ANNÉE 1846.

6

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

Dirigée par le Docteur JULES GUÉRIN.

SEIZIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME PREMIER.



PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE RACINE, 16.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

PARIS. — IMPRIMERIE DE FAIN ET THUNOT,
Rue Racine, 28, près de l'Odéon.

REVUE GÉNÉRALE.

DES MESURES ADOPTÉES ET RÉALISÉES EN BELGIQUE CONTRE LA PROPAGATION DES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES.

Il s'opère depuis quelques années à nos portes et presque sous nos yeux un mouvement auquel la France n'est sans doute pas restée étrangère, mais qui n'a cependant point encore assez fixé son attention. Une nation voisine, rongée comme nous par le hideux fléau de la maladie vénérienne, s'est enfin réveillée de l'apathique sommeil qui depuis tant de siècles courbe les fronts devant cette contagion dévorante comme devant une puissance fatale à laquelle il faudrait nécessairement payer son tribut de victimes. Non contente de remédier à ses ravages, non contente de chercher à les diminuer, l'administration a voulu les éteindre, et déjà une amélioration inespérée de la santé publique garantit le succès qui attend la continuation des mêmes efforts. Pour cette branche importante de l'hygiène sociale, la Belgique, on peut le dire avec assurance, marche à la tête des contrées ses rivales; nous l'avouons sans peine parce que, à côté, au-dessus d'un service civique à glorifier, il y a là surtout un exemple à imiter, et qu'il faudrait être bien malheureusement organisé pour ne pas sentir en son cœur le mouvement d'une reconnaissance si légitime étouffer tout murmure de la vanité nationale humiliée.

Quoique, en fait de mesures de ce genre, le mérite du résultat obtenu puisse toujours être revendiqué par plusieurs, il s'est cependant rencontré un homme auquel l'opinion publique s'accorde à en faire honneur. Cette fois, du moins, le cri de la multitude n'est qu'un écho de la vérité. Par sa courageuse initiative, par sa prudence dans la création, par sa fermeté persévérante dans l'exécution, M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé des armées, a réellement mérité d'attacher son nom aux heureuses réformes dont la Belgique est actuellement le théâtre. Du reste, c'est par ses actes que nous nous proposons de le faire connaître; c'est en racontant diverses et utiles innovations dont il a su en si peu de temps généraliser l'application, que nous voulons maintenant justifier ces éloges anticipés.

I. — C'est à l'Académie royale de médecine de Belgique que sont dus en grande partie les nouveaux règlements sur la prostitution, adoptés pour la ville de Bruxelles. Une organisation déplorable, ou plutôt le manque presque absolu d'organisation de ce service, avait depuis longtemps donné à cette capitale le hideux aspect qu'offrait jadis Paris antérieurement à l'administration de M. de Belleyme. Des groupes de prostituées stationnant librement sur la place publique invitaient les passants du geste et de la voix; rien ne réprimait leur cynique audace, et les arrêtés pour les visites à leur faire subir ne donnaient à la santé générale que d'insuffisantes garanties. En présence de ces abus, que tolérait l'autorité municipale, sans doute par défaut de confiance en son pouvoir à faire le bien, l'un des membres les plus influents de l'Académie, M. Seutin, prit franchement l'initiative. Le 26 décembre 1842, il déposa sur le bureau une proposition formelle de s'adresser au ministre de l'intérieur, *à l'effet d'obtenir des dispositions législatives propres à restreindre les maladies syphilitiques*. Une commission composée de MM. Graux, Lebeau, Seutin, Tallois et Vleminckx s'occupa immédiatement de rassembler et de coordonner les principaux objets à solliciter de l'autorité supérieure; et après quatre mois de travail, elle fit connaître, par l'organe de M. Vleminckx, le résultat de ses délibérations. Dans un rapport plein de force et de logique, l'honorable président s'attacha à démontrer l'urgente nécessité des cinq mesures suivantes: 1° faire en sorte que les filles mineures et les femmes mariées se livrant notoirement à la débauche soient assujetties aux règlements sur la matière; 2° interdire entièrement le stationnement et la promenade des prostituées; 3° nommer, dans toutes les communes populeuses, un ou plusieurs médecins et un commissaire spécialement chargés de la surveillance des prostituées; 4° donner aux autorités communales plus de latitude pour sévir contre les prostituées en général; 5° enfin, admettre gratuitement les personnes atteintes de maladies syphilitiques dans les hôpitaux, et leur en faciliter l'accès.

Ces propositions, comme on le voit, statuaient largement sur la matière, et tranchaient plus d'une question délicate. Aussi n'étaient-elles assurément pas de nature à être adoptées sans discussion par l'autorité supérieure. Mais elles révélaient du moins un sentiment profond de la souffrance publique, et un ardent désir d'essayer enfin quelque chose pour extirper cette lèpre du corps social. Aussi semble-t-il que, en principe et tout en modifiant peut-être certains articles, l'Académie eût dû s'associer par acclamation à cette philanthropique motion. C'est ce qui n'arriva point cependant: et peu s'en fallut que ce généreux élan ne fût comprimé et étouffé à son origine même. Il existe dans toute compagnie un banc isolé où s'assoient les rigides observateurs de la lettre écrite, les formalistes impitoyables, gens fort sensés, très-logiques, excellents citoyens et bons pères de famille sans contredit, et mus, on n'en saurait douter, par les meilleures intentions; mais qui ne sauraient permettre, sous aucun prétexte, la moindre infraction au règlement, et verraient brûler l'édifice social sans y laisser jeter une goutte d'eau avant d'être sûrs que les secours contre l'incendie ont été demandés et envoyés par la voie légale. En cette circonstance, les prudents de l'Académie belge ne manquèrent pas l'occasion; et vraiment l'occasion était belle. *Pouvons-nous*, disaient-ils, *prendre l'initiative alors qu'il s'agit d'appeler l'attention du gouvernement sur des mesures d'hygiène publique pour lesquelles nous n'avons point été consultés officiellement*? D'ailleurs, en supposant que le gouvernement accepte nos conclusions, nous n'obtiendrions rien encore, car *il existe dans la loi communale un article qui confère à l'autorité municipale seule le droit de faire les règlements qu'elle juge nécessaires et utiles pour tout ce qui concerne la prostitution*. Enfin, la prostitution se comporte différemment selon les diverses localités; *c'est donc avec raison que la loi a dû laisser à chaque administration communale la faculté de prendre telles mesures que les nécessités locales lui paraîtraient exiger*.

A cette argumentation très-fondée en droit strict, que pouvait-on répondre? Rien autre chose que ce que dirent MM. Vleminckx et Seutin : « L'autorité communale possède seule, il est vrai, le droit de réglementer la prostitution; mais il est certain qu'une invitation faite à elle par le gouvernement, et surtout une invitation basée sur les décisions de l'Académie, influerait puissamment sur ses déterminations. — Est-il d'ailleurs si difficile de faire au besoin une loi sur la matière? N'en fait-on pas tous les jours et pour des choses bien moins utiles? » Une phrase de M. Seutin exprime parfaitement, à notre sens, les droits et la compétence de chacun dans ces questions : « La santé publique doit être placée au-dessus de la loi, et *comme médecins* (il aurait pu ajouter comme membres de l'Académie) nous n'avons point à nous enquérir de ce que celle-ci veut ou ne veut pas! » Le mot est un peu vif sans doute, et il ne passa point sans orages. Mais ceux qui réclamèrent con-

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La Gazette médico-chirurgicale. — Encore le droit de libre discussion. — Désintéressement du journal officiel du congrès. — Dernier mot sur le congrès. — Une méthode innocente, suivant la Gazette médicale de Toscane. — Une méprise. — Curieuse annonce. — Nouvelle spécialité — La clairvoyance sans magnétisme. — Une scène médicale au Vaudeville. — Solution des troubles. — Le sel de Bayonne. — Nouveau procédé pour obtenir des malades. — Rectification. — L'édit de 1707. — La haute commission des études. — La suppression des officiers de santé.

C'est toujours avec une vive satisfaction que nous voyons naître un nouveau journal de médecine : c'est un organe de plus au profit de la science et des savants. Nous espérons toujours aussi qu'une critique sage, bienveillante et de bon goût viendra faire équilibre à celle qu'il n'est pas très-rare de rencontrer sans toutes ces qualités portées à la perfection. A tous ces titres, que la Gazette médico-chirurgicale, dont le prospectus vient de paraître, soit la bienvenue! Que Dieu lui prête vie! Que le mérite de sa rédaction lui donne beaucoup d'abonnés, sans diminuer le nombre de ceux de la Gazette Médicale.

— La Gazette Médicale fait peau neuve, a dit un spirituel critique, en parlant des améliorations qu'elle vient de réaliser. Puis le même critique, de plus en plus spirituel, se livre à d'agréables plaisanteries sur la mission que nous nous sommes donnée de représenter la *médecine étiologique*. Rien à dire à cela, bien au contraire : notre Aristarque est parfaitement dans son droit de ne pas trouver la peau de la Gazette Médicale de son goût, de se moquer de ses prétentions, et surtout, de ne rien comprendre à ses rêveries sur la médecine étiologique. Mais notre critique, grand connaisseur en fait de droit de *libre discussion*, ne se contente pas de si peu, il ajoute : « En fait de bruit, nous serions désespérés d'en faire jamais autant et de la *même nature* que ce journal : nous n'ambitionnons pas la plus petite part de sa gloire *sur ce point*. » — Nous n'avons rien changé au texte; nous nous sommes permis seulement d'en mettre quelques mots en italiques, pour mieux faire ressortir l'intention de l'auteur : il nous en saura gré sans doute. Nous lui promettons même de ne négliger aucune occasion de lui procurer la même satisfaction. Nous le prévenons cependant de ce que pensent et disent de ce genre d'arguments certaines personnes moins avancées que lui sur le droit de *libre discussion*. Quand on a recours aux personnalités offensantes et aux insinuations injurieuses contre des adversaires qui dédaignent de telles armes, on donne légitimement à penser qu'on n'est pas de force à se mesurer loyalement avec eux. Madame de Staël avait dit il y a longtemps : « Il y a des gens qui savent mieux se servir du stilet que de l'épée. »

— On ne le sait que trop, toute cette mauvaise humeur, cette colère, ce quelque chose que nous ne voulons pas nommer, mais qui transpire à chaque ligne de notre adversaire, tient au peu de sympathie que nous avons montré

tre cette sortie de l'honorable orateur n'auraient pas dû oublier qu'ils l'avaient bien provoquée par l'expression exagérée de leurs scrupules formalistes.

Qu'arriva-t-il cependant de ce conflit? D'abord l'Académie de médecine, un moment éblouie par les fantômes de légalité dont très-consciencieusement on lui voulait faire un épouvantail, se rappela bientôt sa mission officielle et sacrée de veiller au maintien de la santé publique; et, dans sa séance du 2 juillet 1843, elle adopta les conclusions présentées par M. Vleminckx. D'un autre côté, l'autorité civile avertie se mit en mesure de répondre aux reproches qu'on avait dirigés contre elle. Elle s'émut du retentissement de la discussion de l'Académie; il faut bien le présumer du moins, puisque, dès le 21 octobre de la même année, le collége échevinal de Bruxelles vint demander l'avis de l'Académie sur les mesures sanitaires et hygiéniques faisant l'objet des articles 33 à 47 d'un projet de règlement qu'il venait de préparer sur la police de la prostitution. Ainsi se trouvèrent heureusement dissipés les doutes qu'on avait répandus sur l'influence de l'Académie; ainsi, par le concours empressé du pouvoir et de la science, s'évanouirent toutes craintes d'une collision ou tout au moins d'une résistance qu'on annonçait invincible. La médecine avait parlé au nom de la santé publique; elle avait parlé haut sans attendre d'être consultée, et les magistrats s'étaient rendus à sa voix!

Poursuivons cet historique. A la demande du collége échevinal, l'Académie répondit en chargeant de cet objet la même commission qui s'était précédemment occupée de la proposition de M. Seutin. Ce fut donc encore M. Vleminckx qui eut le mérite de signaler et l'honneur de faire prévaloir au sein de l'assemblée les rectifications les plus importantes à introduire dans les règlements. L'autorité tint compte de ces indications; et l'on en trouve en effet la plus grande partie reproduite dans le nouveau règlement sur la prostitution pour Bruxelles, qui fut promulgué par le bourgmestre de la ville, le 18 avril 1844. Ne pouvant donner en détail à nos lecteurs tous les articles de cet arrêté, nous nous bornerons à leur faire connaître ceux qui ont établi les modifications les plus utiles dans les anciennes coutumes de la même localité.

A. Les filles publiques, à Bruxelles, sont visitées deux fois par semaine. Sont aussi soumises à la même formalité, les servantes des maisons, et les matrones non mariées, âgées de moins de cinquante ans.

B. Ces visites sont faites par deux médecins inspecteurs. Outre cela un médecin inspecteur-contrôleur fait une contre-visite, à époques imprévues et inopinées, mais au moins tous les quinze jours.

C. Les fonctions de ces trois médecins sont stables et assez bien rétribuées (4,000 et 5,000 fr.) pour que les titulaires puissent y consacrer tout leur temps et ne soient jamais placés par le besoin entre leurs intérêts et leur devoir. Cette dépense qui profite aux hôpitaux, à l'armée, à la société tout entière, en diminuant le nombre et abrégeant la durée des maladies vénériennes, ne peut donc être un sujet de regret pour personne.

La place d'inspecteur-contrôleur est une sûre garantie, et la seule garantie possible que les visites sont faites avec exactitude et régularité.

D. Pour mieux empêcher la prostitution clandestine, le médecin inspecteur-contrôleur s'adresse à tous les chefs de service des hôpitaux vénériens, ainsi qu'à tous les praticiens placés à la tête des bureaux de consultation, et les prie de demander à tous leurs malades le nom et le domicile de la personne qui les a infectés, et de l'en informer immédiatement afin qu'on puisse, sur ces indices, faire exécuter par la police les perquisitions nécessaires.

E. Les filles qui manquent aux visites sont soumises à double taxe pour chaque contravention. Les filles non en maison, qui se sont rendues exactement aux visites pendant quatre semaines consécutives, ont remise entière de la taxe.

F. Les femmes publiques et les tenants-maison de débauche et de *passe* sont tenus d'obtempérer aux ordres des médecins. — Ceux qui les insulteraient d'une manière quelconque pourraient être arrêtés immédiatement et conduits devant un officier de police. Indépendamment des peines portées par le Code, ils seront pour ce fait passibles de 5 à 15 fr. d'amende et d'un à cinq jours de prison.

G. Les maisons de débauche et de *passe* doivent avoir au-dessus de leur porte d'entrée une lanterne de verre de couleur et de forme ronde. Le diamètre de la lanterne et la couleur du verre, pour chacune de ces maisons, seront désignés par le collége des bourgmestre et échevins, dans un règlement spécial.

H. Il y aura toujours dans chacune des chambres des maisons de débauche et de *passe* où les hommes sont admis : 1° Un flacon contenant une solution de soude caustique (une partie de lessive de soude à 35 degrés sur 20 d'eau distillée); 2° un flacon d'huile fraîche; le tout lisiblement étiqueté; 3° du linge blanc et deux vases remplis d'eau fraîche.

II. — Les mesures que nous avons examinées jusqu'ici accusent à la vérité un état fort satisfaisant de la législation belge sous ce rapport, et, ce qui est mieux, elles constituent un progrès réel dans les institutions sanitaires de ce royaume. Mais, quoique très-intéressantes à un point de vue semblable, on n'y trouve cependant presque rien qui, ailleurs, n'ait déjà été tenté sans beaucoup de succès pour l'extinction de l'affection vénérienne. Il nous reste maintenant à signaler des précautions plus actives et des résultats plus heureux. C'est dans une circulaire, en date du 21 décembre 1842, adressée par M. Vleminckx à tous les chefs de service des établissemens sanitaires de l'armée, que nous trouvons exposés d'une manière générale les moyens véritablement capables d'annihiler à la longue l'infection syphilitique. « Voici, dit dans cette lettre l'honorable inspecteur, ce qui se passe dans les corps de la garnison de Liége. Tout individu reconnu vénérien est aussitôt interrogé par les sous-officiers et officiers de sa compagnie qui en ont reçu l'ordre de leur chef de corps; il est ensuite conduit par un caporal ou par un sergent chez le commissaire de police de son quartier, qui reçoit sa déclaration. Ce dernier se transporte immédiatement au domicile de la femme suspecte et la fait arrêter et visiter. Si elle est reconnue atteinte de maladie vénérienne, elle est de suite transférée à l'hospice. — Après avoir inscrit la déclaration du militaire atteint de syphilis, le commissaire de police en remet un double au sous-officier qui accompagne le malade; ce double est ensuite remis au médecin de garde lors de l'entrée du militaire à l'hôpital, comme preuve que toutes les formalités ont été remplies. Dans le cas où le malade ne serait pas porteur de cette pièce, le médecin de garde le dénonce au commandant de place qui donne tels ordres qu'il juge utiles dans la circonstance. »

Ceci, on peut le dire, est, en quelque sorte, le beau idéal en fait de mesures prophylactiques contre la vérole. M. Vleminckx ne pouvant en généraliser dès à présent l'extension à toutes les villes du royaume (ce qui nécessiterait l'intervention assidue de l'administration communale, ou plutôt un parfait accord entre l'autorité civile et l'autorité militaire), a songé du moins à obtenir le résultat le plus analogue. Pour cela, il n'a eu qu'à rendre les règlements suivants obligatoires dans toute son administration. Par sa cir-

---

pour les délibérations du congrès médical de *France*. Nous avons eu, dit-il encore, le triste courage d'*incriminer* des *intentions* aussi ouvertement, aussi publiquement désintéressées. — Où donc, quand, en quelle circonstance nous est-il arrivé d'incriminer les intentions de qui que ce soit? Ce que c'est que d'avoir des habitudes fortement enracinées! on les prête facilement aux autres. Jamais nous n'avons attaqué ni n'attaquerons les intentions de personne. Nous continuerons à rire des prétentions ridicules; nous nous contenterons de ne point applaudir aux faux semblants de libéralisme; rien de plus, rien de moins. Et quant au *désintéressement* sur lequel le *journal officiel* du congrès se montre si chatouilleux, il serait utile de savoir jusqu'où il va. La GAZETTE MÉDICALE, qui n'était pas payée pour cela (qu'on nous pardonne la vulgarité de l'expression en faveur de sa justesse), a publié tous les travaux, rapports, discussions, délibérations du congrès; elle aurait même inséré le rapport fait par le trésorier à la dernière séance sur l'emploi des fonds, si ledit journal officiel, par une inadvertance qu'il réparera sans doute, n'avait oublié de le publier. Ce document prouvera à l'évidence, jusqu'à quel point les autres journaux ont été aussi désintéressés que la GAZETTE MÉDICALE.

— Encore un mot sur le congrès, et ce sera probablement le dernier. « Il est rare, a dit Voltaire, qu'un esprit faux ne finisse par gâter une bonne idée. » Le congrès a réuni bon nombre d'adhérents: des noms distingués y ont figuré; il a eu du retentissement. Tout cela a donné, aux réclamations que le corps médical n'avait cessé de faire entendre, depuis quinze ans, une nouvelle vie, une nouvelle force, une nouvelle autorité; mais n'est-il pas à craindre que cet effet ne se perde par des déclamations sans but et des démonstrations sans gravité?

— La GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE contient, dans un de ses derniers numéros, une appréciation de la méthode de la cure radicale des hernies, par invagination. Le docteur Ranz a appliqué cinq fois cette méthode, et le professeur Regnoli deux fois. Les opérations ont eu lieu il y a sept ans, et toutes les hernies ont récidivé, quoique les opérés n'eussent pas abandonné le bandage. Il n'y a là rien de très-étonnant jusqu'ici; mais le rédacteur ajoute : « l'opération est, en général, *très-innocente*, quoique parfois elle ait été suivie de *péritonite*, d'*abcès* ou d'*érisypèle du scrotum*. » Nos confrères de Toscane ne paraissent pas très-difficiles. On sait que leurs superlatifs ne tirent pas à conséquence : est-ce que, par hasard, il en serait de leur *très-innocente* comme de leur *eccellentissimo, chiarissimo signore*.

— A propos des formules habituelles du langage italien, on nous citait ces jours derniers la petite anecdote que voici. Au dernier congrès de Naples, un chirurgien nomade, qui n'est pas absolument le roi des oiseaux en chirurgie, avait été transporté au septième ciel en s'entendant appeler *illustrissimo dottore!* c'était un avant-goût de l'immortalité sur laquelle notre estimable confrère a droit de compter. Mais il a été un peu désappointé, lorsque, se trouvant, par hasard, dans les bureaux d'un journal de médecine, il a lu sur les bandes d'adresses imprimées, devant le nom de chaque abonné : *all' illustrissimo signore...*

— Tout le monde a pu lire ces jours-ci, dans plusieurs grands journaux, l'annonce suivante : « On demande deux personnes pour servir à des expériences de physiologie et de thérapeutique. » Six cents francs d'appointement, la table, le logement et de petits profits. — On reconnaissait depuis longtemps aux expériences

culaire en date du 21 décembre 1842, adressée à tous les chefs de service des établissements sanitaires de l'armée, il statue :

1° Que nul vénérien ne pourra être traité dans les casernes, quelque légère que puisse être son affection;

2° Que tout vénérien entrant à l'hôpital sera interrogé par les chefs de service sur le nom et le domicile de la femme publique qu'il présumera lui avoir donné son mal. Ces indications seront immédiatement adressées par leurs soins à MM. les commandants de place, pour qu'ils puissent les porter à la connaissance de l'autorité communale;

3° Qu'une punition soit infligée au vénérien qui refusera de déclarer quelle est la femme publique avec laquelle il a contracté l'affection dont il est porteur;

4° Qu'on punisse également celui qui aurait caché ou tardé à déclarer son mal. Qu'on affranchisse au contraire de toute distinction afflictive ou humiliante le soldat qui, dès les premiers symptômes, aurait déclaré sa maladie au médecin du corps auquel il appartient;

5° Enfin que les chirurgiens des hôpitaux militaires s'efforcent d'établir les relations les plus étroites avec les hommes de l'art préposés aux visites des femmes publiques; qu'ils les engagent à visiter le plus souvent possible les salles des militaires vénériens, afin d'apprendre de la bouche des malades les renseignements dont ils peuvent avoir besoin dans l'intérêt de la santé publique.

Ces mesures sont en vigueur depuis quelques années à peine, et déjà on peut pleinement les juger par leurs fruits. Il n'y a plus, dit M. Vleminckx, dans une récente communication, que 130 vénériens dans toute l'armée belge (qui présente un effectif de 25 à 30 mille hommes). Et encore, ajoute-t-il, ce chiffre ne s'élèverait pas à 100 si, à Gand et à Namur, la police sanitaire se faisait avec le même soin que dans la plupart des autres villes, ou plutôt si elle n'y était pas complétement négligée.

Il importe de faire encore remarquer que, sur ce nombre de 130 vénériens, la plupart des affections ne présentent aucune gravité.

En présence d'un aussi magnifique résultat, M. Vleminckx cependant ne se tient pas pour satisfait. Le but qu'il s'est proposé, ce n'est pas la diminution, c'est l'extinction de la maladie vénérienne dans l'armée. Aussi, malgré ces premiers succès, redouble-t-il en ce moment ses efforts pour remplir cette noble tâche jusqu'au bout. Ainsi, il insiste auprès de l'autorité supérieure pour que le soldat vénérien, s'il a immédiatement déclaré son mal, conserve sa solde d'hôpital, comme le fiévreux et le blessé. Il demande aussi pour lui l'abolition de certaines privations ou rigueurs disciplinaires qui sont encore en usage dans les hôpitaux militaires contre les malades de cette classe. Il propose des punitions pour les caporaux qui ne dénonceraient pas les affections *apparentes* des hommes qu'ils commandent. Il voudrait enfin que les maisons de prostitution soumises aux visites médicales régulières, ne fussent jamais interdites à la troupe, qui, dans ce cas, serait beaucoup plus exposée, forcée alors de se livrer à des filles insoumises, et par conséquent moins surveillées.

Tant de persévérance et de zèle ne peuvent manquer d'obtenir prochainement, dans la réalisation de ces vœux, la récompense la plus douce au cœur de celui qui les a formés. Mais on se tromperait étrangement si l'on croyait que l'effet d'une semblable réforme doit se borner à l'extinction de la syphilis dans l'armée. Quelque satisfaisant que soit déjà ce premier résultat, ce n'est que le moindre des bienfaits qu'on en peut attendre. Ici, la constatation du mal devient un moyen assuré de remonter à sa cause. Si l'on recueille avec tant de soin les effluves pestilentielles, ce n'est pas seulement pour les neutraliser, c'est pour en découvrir le foyer et le désinfecter à jamais. Chaque souffrance individuelle trouve ainsi sa compensation dans le bien général qui en résulte; et la victime, ce nous semble, doit moins déplorer le coup qui la frappe quand elle songe que sa mésaventure doit servir de fanal à ceux qui, suivant la même route, courent les mêmes dangers. Si l'on me promettait de ne pas étendre au delà du sens que je veux lui donner une comparaison qui paraîtra peut-être un peu hasardée, je dirais que l'armée représente, dans ce système, une immense légion d'agents explorateurs de la maladie vénérienne, légion répandue sur tout le royaume, précisément dans les cités les plus populeuses, offrant par l'âge, les mœurs, les habitudes, la discipline de ceux qui la composent, les conditions les plus propres à assurer la découverte du délit qu'ils ont mission spéciale de mettre en relief; car il est presque impossible qu'un seul cas échappe à travers ce réseau serré de précautions, de pénalités, de surveillance, de prohibitions dont nous venons de faire voir la trame. A l'armée seule, d'ailleurs, ce rôle peut convenir. Pour quiconque a fréquenté les hôpitaux civils, il doit être démontré que ce système y demeurerait presque entièrement stérile : un ouvrier, un paysan, livrés à eux-mêmes, ne viendront que trop tard déclarer leurs accidents; très-souvent ils ne sauraient ou ne voudraient en indiquer l'origine; plus souvent encore ils se feraient un jeu de donner de faux renseignements, et le médecin, sans moyen de répression, sans élément de contrôle, se verrait également impuissant à découvrir la vérité et à empêcher la fraude.

M. Vleminckx est donc allé justement frapper là où était le remède; et il peut, non-seulement comme philosophe, mais comme logicien, se féliciter d'un résultat qui, naturellement, devait être la conséquence de prémisses aussi habilement disposées. Peut-être cependant, en lisant ces lignes, se prendra-t-on à songer qu'une classe entière de prostituées (et non la moins dangereuse), celles d'un rang plus élevé, peuvent presque impunément passer à travers ce cordon sanitaire; peut-être trouvera-t-on qu'il eût été à désirer de pouvoir étendre aux plus jeunes officiers les mêmes mesures que l'on prend à l'égard des soldats, en assurant, bien entendu, à ceux-là, toute garantie sur le secret où seraient ensevelies leurs confidences. On élèvera certainement quelques doutes sur la possibilité et la convenance d'une telle inquisition; mais, en droit strict, est-elle autre chose que le complément rigoureusement indispensable du plan qui vient d'être exposé? N'obtiendrait-on pas presque à coup sûr cet aveu, en mettant les soins donnés aux officiers par le chirurgien-major à la condition expresse d'une confession sincère? Et alors que, tous les jours, tant de cupides médicastres savent pénétrer ces secrets sans autre but que d'avoir deux malades à traiter au lieu d'un seul, quelle influence n'aurait pas l'homme parlant au nom de la science, avec l'autorité de l'âge, à des jeunes gens pour la plupart ses inférieurs dans la hiérarchie militaire, et auxquels d'ailleurs il serait si aisé de persuader qu'on ne peut les guérir radicalement sans examiner la source où le mal a été puisé, sans obtenir la confidence de toutes les circonstances qui ont accompagné l'infection. Ces questions, nous les laissons à dessein sans réponse. Pour obtenir leur solution, nous ne saurions les envoyer à plus sûre adresse que sous le couvert de l'honorable inspecteur général de Belgique, qui possède sur la matière une réputation de capacité et d'expérience acquise au prix de tant de services!

La France n'a aucune prétention à faire valoir pour revendiquer la priorité de cette réforme. Mais sans doute elle ne se laissera pas longtemps

---

sur les chiens toutes sortes d'inconvénients. Ils criaient avant d'être touchés et se tenaient coi quand on les écorchait. Impossible de savoir d'eux rien de précis. Ajoutons que les résultats, tels quels, n'étaient pas toujours applicables à l'espèce humaine. Avec deux sujets honnêtes, se faisant conscience de gagner leur salaire, et, de plus, intelligents, tout ira mieux. S'ils crient, on saura pourquoi. Voilà une belle occasion de déterminer les fonctions des paires spinales chez l'homme.

— M. le docteur Robert continue avec un succès croissant à traiter les arbres indisposés. Tout le monde a pu remarquer aux Champs-Élysées et sur les boulevarts extérieurs des *individus* chétifs, rabougris, à l'air souffrant et portant sur leur personne des espèces de cataplasmes assez semblables à des couches de fumier. Ce système de traitement, dont nous n'avons qu'une idée fort imparfaite a, dit-on, sauvé la vie à bon nombre de malades désespérés. Aussi une ordonnance récente autorise-t-elle notre confrère à étendre sa clientèle sur toute la ligne des boulevarts du centre. Une de nos illustrations médicales, qui connaît aussi bien les traditions de M. de Bièvre que les aphorismes d'Hippocrate, disait, en parlant de l'invention de M. Robert : c'est une spécialité bien modeste en apparence, mais qui est destinée à porter *ombrage* à beaucoup de monde.

— Il n'est qu'un gaillard bien éveillé et absolument exempt de somnambulisme pour voir les yeux fermés, lire un billet dans votre tabatière, ou compter les pièces de monnaie enfermées dans votre main. On peut s'en assurer tous les jours aux *soirées amusantes* de Robert-Houdin, au Palais-Royal. Après le *foulard merveilleux*, la *pêche miraculeuse*, la *bouteille aux faveurs*, la *carte obéissante*, la *chouette fascinatrice*, et beaucoup d'autres exercices un peu étrangers à l'objet habituel de nos feuilletons, voici venir les *expériences de seconde vue*. Le jeune Houdin est assis, les yeux bandés, à quinze ou vingt pas de son père; il lui tourne même le dos, si on l'exige. — « Qu'est-ce que je tiens dans ma main? — Un mouchoir. — Et maintenant? — Un canif. — Et cette fois? — Une épingle. — Quel est le numéro de la stalle que je désigne du doigt? — 70. — Que vient-on de me dire à l'oreille? — Ceci et cela. » Et tous ces objets sont fournis, toutes ces questions posées par les premiers spectateurs venus. Et notre homme ne dit pas, comme mesdames les somnambules : « Je vois seulement par côté, ou par en haut, ou par en bas. J'étais lucide hier; aujourd'hui non. » Il nomme les objets, répond aux questions sans jamais se tromper, tous les jours et autant qu'on le désire. Il ne s'agit que de payer sa place.

Nous conseillons fort aux somnambules de prendre leur revanche au plus tôt. Quand on a la prétention de voir plus clair en dormant que les gens éveillés, il serait dur de passer pour y voir moins que le commun des hommes.

— L'autre soir, l'affiche d'un théâtre annonçait une *scène médicale de circonstance*. Nous, d'y courir, comme c'est le devoir d'un chroniqueur consciencieux. L'homéopathie était là-dessous, sans aucun doute, et l'hydrothérapie, et la phrénologie, et le magnétisme, peut-être bien aussi le congrès médical. En y songeant, une sorte de *cérémonie*, avec les mœurs, les usages, les travers, les costumes, le langage de la médecine moderne, ce ne serait pas une trop mauvaise idée... La toile se lève. Qu'est-ce cela? des perruques à la Louis XIV, des souliers à boucles, le latin d'Argan tout pur, *dominus præses, docte bacheliere, medicinæ professores!* Mais voici où est l'actualité. Le *doctor* GRASSOTO reçoit le *doctor* AMANTO. Le *præses* demande la raison *quare* les pommes de terre sont gâ-

devancer par sa voisine dans cette heureuse initiative. De semblables idées n'ont ni patrie ni limites; leur application est de droit comme elle est de nécessité partout où la civilisation a multiplié ses scandales et ses vices. Déjà d'ailleurs elles semblent pénétrer parmi nous; déjà le maréchal Soult faisait, à la fin de 1842, demander à M. Vleminckx, par l'intermédiaire de notre ambassadeur en Belgique, communication des règlements de police sanitaire institués par lui avec tant de succès. Déjà ces règlements commencent à être essayés dans les hôpitaux militaires de quelques grandes villes, parmi lesquels nous citerons notamment celui de Lyon. La France ne peut ni reculer ni ralentir sa marche dans une voie où chaque pas est soutenu par la perspective d'un résultat si beau que, il y a quelquelques années à peine, l'imagination n'eût osé l'envisager sans être éblouie par sa grandeur. Mais les bonnes dispositions que montre le ministre de la guerre ne peuvent suffire. Pour atteindre le but, il faut encore le concours de l'autorité civile, et il le faut, actif, empressé, général, incessant, afin que partout où un délit est signalé la répression le suive immédiatement; car ici le crime est en même temps une maladie et la peine un remède, et tout retard compromettrait à la fois l'intérêt particulier et la santé publique. C'est grâce à cet heureux concours qu'on a déjà pu faire tant de bien en Belgique, et notamment dans cette ville de Liége dont on ne saurait trop proposer l'exemple comme digne modèle à toutes les municipalités.

Qu'on y réfléchisse, d'ailleurs, un seul instant, et l'on verra que cette nécessité d'une coopération de la part de deux pouvoirs distincts est loin de créer à la prompte exécution de ces mesures une difficulté sérieuse. S'il fallait pour l'obtenir une nouvelle loi, sans contredit il y aurait lieu de la provoquer d'urgence; car, comme l'a dit M. Seutin, « on en fait tous les jours et pour des choses bien moins utiles. » Heureusement, on n'en est pas réduit à attendre un perfectionnement toujours tardif de la législation; et l'autorité se trouve suffisamment armée pour accomplir tout le bien qu'elle voudra opérer. C'est même là, si nous ne nous trompons, l'un des côtés les plus séduisants de cette organisation sanitaire, que d'être applicable dès à présent, sans modification et sans secousses. Si vous relisez l'histoire si savamment tracée par Parent-Duchâtelet des efforts tentés successivement depuis quarante ans, à Paris, pour améliorer le système de répression à l'égard des prostituées, vous verrez que les préfets de police ont toujours été arrêtés par la crainte d'être taxés d'arbitraire, de sortir des bornes de la justice, de jeter hors de la légalité commune les malheureuses que leur dégradation n'a point cependant dépouillées de la qualité de citoyennes. Ici rien de semblable n'est à craindre. Si l'on se pénètre bien du rôle qu'ont à jouer et l'autorité militaire et la police municipale, on reconnaîtra qu'il ne s'agit ni de législation nouvelle ni de pénalité plus sévère à instituer. On ne demande et on n'a besoin pour réussir que de l'observation plus stricte des règlements existants et de l'application, partout où elles seraient méritées, des peines aujourd'hui en vigueur. Mais il n'y a besoin pour cela que d'un surcroît de vigilance, en même temps que d'une entente complète entre le pouvoir chargé de dénoncer et celui chargé de poursuivre. Et quand on songe qu'avec une forte impulsion d'en haut, avec un peu de bonne volonté de la part des administrations locales, il nous serait peut être donné de voir dans quelques années ce rêve de l'extinction de la syphilis en France converti en une palpable réalité, on ne peut s'empêcher de confondre dans un sentiment de reconnaissance et l'homme dont l'heureuse influence a déjà assez fait pour nous permettre désormais de croire à cet avenir, et ceux qui voudront après lui travailler à l'accomplissement entier de ce vœu de tous les amis de l'humanité!

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur BILLIET (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfans malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc.

Les détracteurs de cette médecine savante, dont la base repose sur des travaux élaborés au sein des hôpitaux, ont souvent répété que les maladies en général, et celles de l'enfance en particulier, offraient les plus grandes dissemblances, selon qu'on les observait dans la pratique civile ou dans les asiles consacrés par la charité publique au traitement des misères humaines. Cette assertion, prise dans un sens absolu, n'a pas le moindre fondement; il nous a été facile de nous convaincre de son inexactitude, aujourd'hui que nous exerçons la médecine sur un terrain bien différent de celui sur lequel nous avons fait nos premières recherches.

En effet, si l'on étudie comparativement les maladies des enfants du peuple transportés dans les salles d'une infirmerie et celles de jeunes sujets qui séjournent dans leur famille, on pourra s'assurer qu'elles présentent les mêmes symptômes et qu'elles suivent la même marche. Mais, pour que la comparaison soit exacte, il faut avoir soin de suivre les grandes divisions que nous avons établies, M. Barthez et moi, dans la nosographie de l'enfance, c'est-à-dire qu'il faut comparer des maladies primitives, secondaires ou cachectiques de l'hôpital à des maladies primitives, secondaires ou cachectiques de la ville, et non pas des maladies primitives de la ville à des maladies secondaires de l'hôpital. C'est probablement faute d'avoir établi ces distinctions si simples, que l'on a laissé s'enraciner le préjugé que nous combattons ici.

Si l'on nous accorde le premier point, nous sommes de notre côté prêts à reconnaître que si chaque affection en particulier n'offre pas de différence importante, il n'en est plus de même de la fréquence proportionnelle de ces trois groupes. Ainsi, les maladies primitives aiguës simples sont très-fréquentes en ville, les maladies secondaires aiguës beaucoup plus nombreuses à l'hôpital, et les maladies secondaires cachectiques, très-rares en ville, sont l'apanage presque exclusif des malheureux enfants couchés dans les salles des hôpitaux. La contagion et une mauvaise hygiène expliquent suffisamment ces tristes résultats; car ce sont l'isolement, les soins de propreté, la bonne nourriture et la pureté de l'air qui établissent la supériorité de la ville sur l'hôpital. Enfin, le nombre des maladies légères et graves dans les pratiques civiles ou nosocomiales est très-différent. En ville, le plus souvent le médecin est appelé pour des cas légers, pour des dérangements fonctionnels, pour des maladies simples; tandis que les parents ne se décident en général à conduire leur enfant à l'hôpital que lorsqu'il est atteint d'une maladie sérieuse bien caractérisée.

Mais ce n'est pas seulement relativement à la proportion des maladies graves et légères que l'observation de la ville diffère de celle de l'hôpital, c'est aussi sous le rapport des conditions qui président à l'acte même de l'observation. En ville, l'enfant vivant avec ses parents est examiné d'assez

---

tées. Le *recipiandairus respondet quia... pommes de terras habent maladias* qui font par-ci par-là qu'elles vont cahin caha. Les *assistantes* ont la bonté de s'écrier : *Benè, benè respondere.* Naturellement flatté par ce premier succès, le récipiendaire conseille à tous les malades, *pro se deridere, au vaudeville allare, reallare et n'en pas sortirare.* Ainsi finit la comédie.

La médecine, comme on voit, s'est tiré à peu de frais de la plaisanterie.

— Il n'est plus question des mutins de nos écoles. Nous ne parlons pas de cette portion innocente et persécutée que M. le doyen est allé redemander à la préfecture de police, mais du fort minime résidu laissé par ce travail de décantation. La préfecture, moins avare que l'Achéron, a lâché sa proie. A Montpellier, où les troubles avaient eu lieu dans l'intérieur même de la Faculté, c'est la discipline universitaire qui a dû entrer en action. Trois étudiants en médecine ont été traduits devant le conseil académique. Un d'eux a été absous, un autre condamné à la perte d'une inscription, et le troisième (un grand coupable, apparemment), à la perte de trois inscriptions.

Mais les élèves ne sont pas seuls inquiétés. On se rappelle que M. le professeur Gerhardt, voulant échapper à une députation des écoles et éviter un nouveau conflit, prit le moyen héroïque de quitter la place et de venir à Paris. Pour cet acte de prudence non autorisé, il a été mandé également devant le conseil académique. Mais le conseil, qui doit savoir l'histoire *ad unguem*, se souviendra sans doute de ce général romain condamné à mort pour avoir sauvé son pays sans permission, et absous par le sénat.

— Il s'est passé récemment, à l'Académie des sciences, un fait dont il y a peu d'exemples dans l'histoire de la savante compagnie. M. Magendie avait fait, en son nom et en celui de M. Pelouze, un rapport sur un nouveau sel destiné aux usages domestiques, et connu sous le nom de sel de Bayonne; il avait conclu en proposant à l'Académie de déclarer que le sel de Bayonne *pouvait être introduit avec avantage dans le commerce.* Une vive opposition s'est soulevée contre cette conclusion. M. le rapporteur a été invité à *s'entendre* avec M. Pelouze pour une rédaction nouvelle. A la séance suivante, les deux commissaires s'étaient *entendus*, mais, à ce qu'il paraît, pour présenter chacun des conclusions différentes. M. Magendie déclarait le sel de Bayonne aussi propre aux usages domestiques que le meilleur sel ordinaire; M. Pelouze n'était pas du tout de cet avis. L'Académie a renvoyé les parties *dos à dos* en passant à l'ordre du jour.

Cette résolution semble indiquer, de la part de l'Académie, l'intention de s'arrêter dans une voie où elle a, plus d'une fois déjà, rencontré des abus et des dangers. Retirée sur les hauteurs spéculatives, peu mêlée aux intérêts de la petite industrie, elle ignore l'exploitation dont elle est journellement l'objet; elle ne sait pas que son vote, dénaturé, tronqué, passe dans le commerce avec la marchandise dont il est le véhicule complaisant. De là une certaine indifférence dans ses formules d'approbation. C'est le même scrupule, nous dirions presque la même candeur, pour faire ressortir les avantages d'un fourneau économique, que pour apprécier la découverte d'une planète. L'Académie de médecine est mieux avisée, parce qu'elle retrouve dans la pratique toutes les belles inventions pour lesquelles on sollicite ses suffrages. Sur ce point son école est faite; et si parfois encore un rapporteur de *remèdes nouveaux* s'y laisse prendre, n'ayez peur que les vertueux et les dignes de l'endroit oublient de barrer ses conclusions au passage. En cela, sa sœur l'Académie des sciences ferait bien de l'imiter; le

près pour qu'on puisse obtenir les renseignements les plus complets sur l'étiologie et la marche de son affection ; et le médecin, qui connaît déjà son tempérament et ses antécédents, appelé le plus souvent au début, peut observer par lui-même les symptômes fugitifs, mais importants qui caractérisent la première période de sa maladie. Dans l'intervalle qui sépare les visites de l'homme de l'art, une mère ou une bonne attentive le met au courant des moindres détails, et lui conserve toutes les pièces de conviction, tous les corps de délit. Les médicaments sont administrés avec une ponctualité rigoureuse, et l'on connaît l'officine qui les fournit.

A l'hôpital, ces différentes conditions sont plus difficilement remplies. Les renseignements sur l'étiologie sont moins complets et moins sûrs ; le médecin assiste plus rarement au début de la maladie ; les infirmières, moins attentives que les mères, donnent des renseignements moins exacts ; la pharmacie n'est pas toujours scrupuleuse sur la bonté des médicaments qu'elle emploie et sur la ponctualité de son service. Mais l'hôpital a sur la ville le grand avantage que le pouvoir médical y règne sans contrôle, et que les investigations anatomiques sont plus faciles et plus complètes.

L'anatomie pathologique étant la pierre angulaire de l'édifice nosologique, ce sont seulement les recherches faites dans les hôpitaux qui peuvent conduire à une médecine vraiment savante, et qui placent notre science sur une base solide. La pratique civile sert à achever et à orner l'édifice. Quand un médecin, après avoir longtemps exercé son art dans les hôpitaux, vient à être placé exclusivement sur le terrain de la pratique particulière, il découvre de nouveaux points de vue qui servent à compléter ou à modifier les résultats fournis par ses recherches antérieures ; mais lorsque ceux-ci ont été le fruit d'une observation rigoureuse et d'une analyse sévère, ils sont plus souvent confirmés qu'infirmés par des travaux subséquents.

Nous avons pu nous-même nous convaincre de la vérité de cette remarque. Depuis que nous avons été appelé à exercer la médecine à Genève, nous n'avons négligé aucune occasion d'étendre la portée de notre expérience sur la marche et le traitement des maladies de l'enfance, et nous avons eu le plus souvent occasion de confirmer par de nouveaux faits les résultats consignés dans le TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, que nous avons publié en collaboration avec notre excellent confrère le docteur Barthez. Mais le nouveau théâtre sur lequel nous sommes placé nous a permis d'ajouter à certaines parties de notre ouvrage et d'en amender d'autres. La confiance dont plusieurs de nos confrères ont bien voulu nous honorer en nous demandant de leur prêter le faible secours de notre expérience spéciale, a beaucoup contribué à étendre le champ de notre observation. Nous leur offrons ici le témoignage public de notre reconnaissance.

Le climat, les mœurs, les habitudes de Genève ne s'éloignent pas assez de ceux de Paris pour que l'on puisse observer de grandes différences dans le nombre, la nature et la marche des maladies. Aussi, avons-nous retrouvé ici la plupart des affections de l'enfance que nous avions observées dans la capitale à l'hôpital des Enfants malades. Nous nous proposons de publier successivement les remarques que ces nouveaux faits nous ont suggérées, sans nous astreindre cependant à suivre un ordre rigoureux.

Nous commencerons aujourd'hui par les affections cérébrales et en premier lieu par la méningite tuberculeuse.

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE (HYDROCÉPHALE AIGUE DES AUTEURS).

M. Brachet, dans ses excellentes recherches sur l'hydrocéphalie aiguë, s'exprime en ces termes : « Tous les pays ne paraissent pas également avancés dans l'étude de l'hydrocéphale aiguë. L'Angleterre doit occuper la première place ; elle a été, pour ainsi dire, le berceau de la maladie, et elle semble devoir en compléter un jour l'histoire. Genève doit venir en seconde ligne ; après l'Angleterre, elle a fourni les meilleurs mémoires et les observations les plus précieuses. »

C'est probablement à la fréquence de l'hydrocéphalie aiguë dans notre pays que plusieurs des plus habiles médecins de Genève, parmi lesquels je citerai Odier Vieusseux et Coindet, ont dû de jeter quelque jour sur l'étude de la plus grave de toutes les affections de l'enfance.

Odier, dans son mémoire publié en 1779, affirme qu'il meurt chaque année, à Genève, douze à treize enfants d'hydrocéphalie aiguë.

Coindet, en compulsant les registres mortuaires de 1806 à 1815, a conclu que ce nombre variait, en général, de 20 à 26 par année. Enfin, d'après le docteur Marc d'Espine, dont on ne saurait trop louer les ingénieuses recherches statistiques, le nombre des sujets de 0 à 20 ans qui succombent à l'hydrocéphalie aiguë serait loin d'être le même toutes les années. Depuis six ans, ce nombre aurait varié entre 31 et 57. Ces chiffres nous paraissent cependant un peu trop élevés, vu que plusieurs cas, classés dans l'annuaire de la mortalité genevoise sous la dénomination d'hydrocéphalie aiguë, appartiennent à d'autres affections de la première enfance. Quoi qu'il en soit de l'exactitude de ces chiffres, de l'aveu de tous les praticiens de Genève, l'hydrocéphalie aiguë, ou la méningite tuberculeuse, pour l'appeler par son véritable nom, est une maladie fréquente.

Nous avons eu nous-même occasion d'en observer plusieurs exemples, la plupart dignes d'intérêt (1). Nous consignerons, dans les pages suivantes, quelques-unes des remarques que la méditation de ces faits nous a suggérées, en commençant par l'étude des symptômes qui précèdent le début de la méningite, et auxquels les auteurs ont donné le nom de *prodromes*.

DES PRODROMES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

A peine l'hydrocéphalie aiguë avait-elle pris rang dans le cadre nosologique, que deux opinions contradictoires relativement au mode de début de cette maladie se trouvèrent en présence. Robert Whytt, auquel revient l'honneur de la première description complète de cette affection, soutint qu'elle se développait avec lenteur, et que les premiers symptômes appa-

(1) Depuis le mois de janvier 1844, époque de notre établissement à Genève, jusqu'à la fin de juillet 1845, nous avons vu seul, ou en consultation avec nos confrères, vingt et un sujets atteints de méningite tuberculeuse (dans dix-neuf cas, la maladie s'est terminée par la mort ; dans deux cas, par la guérison). Nous avons pu pratiquer l'autopsie de huit des malades qui ont succombé, et nous avons constaté les lésions anatomiques de la méningite tuberculeuse. Ceux dont la nécropsie a pu être faite nous ont offert les exemples les plus caractérisés d'une méningite tuberculeuse régulière. Ainsi, nous n'avons pas hésité à les réunir aux autres, de même que l'on n'hésite pas à réunir, pour faire l'histoire d'une maladie, les observations des individus qui ont guéri, et chez lesquels, par conséquent, la preuve anatomique a manqué, à celles des sujets qui ont succombé, pourvu que chez les premiers le diagnostic ait été rigoureusement établi. Toutefois, pour mettre encore plus de sévérité dans notre appréciation, nous laisserons de côté, dans nos analyses subséquentes, nos deux observations de guérison dont on pourrait nous contester la réalité ; nous nous réservons de les publier plus tard. A ces vingt et une observations nous avons joint un assez grand nombre de faits que nous avons jadis recueillis à Paris, afin de résoudre les questions que nous nous proposons de traiter successivement.

---

pas qu'elle vient de faire est très-significatif. L'honorable rapporteur, dont le caractère garantit les excellentes intentions, n'y a vu sans doute, comme nous, autre chose que le refus d'un texte à prospectus, suivant la juste expression de M. Dumas.

— Un procédé qui aurait pour objet de s'approprier les malades d'un confrère est signalé par la GAZETTE MÉDICALE BELGE. Vous avez un malade, objet de toute votre sollicitude ; depuis longtemps vous étudiez chaque symptôme avec soin ; un confrère se plaît à vous faire développer avec détail la maladie, ses caractères, ses plus légers accidents. L'intérêt qu'il prend à votre récit stimule votre confiance ; vous lui révélez la marche que vous avez suivie, les indices qui l'ont éclairée, et même le prochain résultat que vous en espérez. De ces documents le sagace confrère fait son profit. Un beau jour il rencontre le malade en nombreuse compagnie ; il l'examine, et, prodigieux devin, il lit sur sa figure comme en un livre ouvert ; il l'interpelle avec assurance : « Monsieur un tel, vous êtes malade ; vous souffrez au pylore ; vous ne digérez pas les légumes ; vous avez souvent des syncopes. » Le malade compare la marche incertaine, les tâtonnements de son docteur avec cette lucidité de vue, cette rapidité de diagnostic : « Voilà l'homme qui comprend mon mal, s'écrie-t-il en lui-même. » Pour un malade, cette exclamation équivaut à celle-ci : « Voici le médecin qui doit me guérir. » Dès ce moment tout est dit ; votre client est acquis à votre ingénieux confrère.

Le procédé n'est pas nouveau ; l'application seule est nouvelle. Au dire d'aucuns, le somnambulisme, la phrénologie, la nécromancie et autres arts divinatoires en auraient fait dès longtemps leur profit : *Nil sub sole novum*.

RECTIFICATION. — Un *u* pour un *a*, péché mignon, assurément. Mais nous ne voudrions, pour rien au monde, que la reconnaissance de la postérité s'adressât, par notre faute, à un nom estropié. Nous nous empressons donc de déclarer que le *fondateur du congrès médical* ne s'appelle pas *Lugoguey*, comme il est écrit dans notre dernière chronique, mais bien *Lagoguey*, *Lagoguey-Saint-Joseph*, médecin oculiste voyageur, demeurant rue de la Chaussée-d'Antin, 70, momentanément à Troyes, place de la Préfecture, 146.

— LA GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG rappelle avec raison, dans son dernier numéro, plusieurs excellentes dispositions de l'édit de 1707 rendu par Louis XIV, sur l'exercice de la médecine en France. L'art. 6 prouve, comme le dit notre savante sœur, que l'institution du concours pour la nomination aux chaires dans les Facultés de médecine n'est pas d'origine aussi récente qu'on le croit. En ceci comme en beaucoup de choses :

« *Multa renascuntur quæ jam cecidere...* »

Voici l'article en question :

« Voulons que toutes les chaires de professeurs qui vaquent actuellement ou » qui vaqueront à l'avenir soient mises à la dispute, et qu'après que les aspi» rants à ladite chaire auront fait les leçons, démonstrations et autres actes pro» batoires qui leur seront prescrits par les docteurs de chaque Faculté, la chaire » vacante soit adjugée à celui qui sera trouvé le plus digne à la pluralité des suf» frages, lesquels seront donnés au scrutin ; et le procès-verbal d'élection sera » envoyé à celui de nos secrétaires d'État dans le département duquel se trou-

raissaient cinq ou six semaines au moins avant la mort. Fothergill prétendit, au contraire, que l'hydrocéphalie attaquait des enfants bien portants, et les enlevait en quatorze jours (1). Les médecins qui ont succédé à Whytt et Fothergill ont aussi différé d'opinions sur ce point de doctrine, et il était difficile qu'il en fût autrement, car les deux praticiens anglais étaient l'un et l'autre dans la vérité, la question dont il s'agit n'étant qu'une question de fréquence. Mais il est juste de dire que la manière de voir de Robert Whytt a eu sa faveur l'appui du plus gros chiffre ; le début lent et insidieux étant bien plus fréquent que le début brusque, comme nous allons tâcher de le démontrer dans les pages suivantes.

La méningite tuberculeuse régulière, celle dont la marche et les symptômes correspondent au tableau que les auteurs ont donné de l'hydrocéphalie aiguë, peut se développer dans des circonstances très-différentes. Nous les résumerons sous trois chefs distincts :

1° Elle se manifeste chez des enfants atteints depuis plusieurs mois ou plusieurs années d'une tuberculisation chronique confirmée, cérébrale, thoracique ou abdominale primitive, ou secondaire à une maladie aiguë. Ce fait est loin d'être fréquent ; car lorsque la méningite survient dans ces circonstances, elle est le plus souvent latente, ou tout au moins ne se dénote que par des symptômes obscurs et irréguliers. C'est cette forme que nous avons décrite sous le nom de *tuberculisation méningée latente* (2). Nous n'avons pas à nous en occuper ici.

2° La méningite peut débuter d'emblée, sans être précédée de prodromes. Ce cas est certainement assez rare, du moins il nous a paru être beaucoup moins fréquent à Genève qu'à Paris, ce qui tient peut-être à la différence des conditions d'observation dans lesquelles nous avons été placé.

3° Enfin, le cas le plus fréquent est celui où les symptômes qui annoncent le début de la méningite sont précédés d'une période de prodromes pendant laquelle les enfants sont malades sans le paraître, ou, tout au moins, n'offrent pas des signes de maladie assez tranchés pour que leurs parents croient toujours devoir réclamer les secours de l'art (3). C'est sur cette période que nous voulons spécialement attirer l'attention de nos lecteurs. Nous verrons plus tard qu'elle a été mentionnée par quelques-uns des auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphalie aiguë ou la méningite tuberculeuse, mais qu'aucun d'eux ne paraît avoir rapporté les symptômes à leur véritable cause.

DESCRIPTION DES PRODROMES RÉGULIERS. — Pendant une période qui précède d'ordinaire de quinze jours à trois mois, presque jamais moins, rarement plus, l'apparition des symptômes aigus de la méningite tuberculeuse, les enfants, même les plus remarquables par leur embonpoint et leur bonne mine, commencent à maigrir et à perdre leurs couleurs. Cet amaigrissement n'est pas d'abord très-marqué, ou du moins on lui accorde peu d'attention, parce qu'il respecte le visage ; mais les mères ou les bonnes attentives ne tardent pas à s'apercevoir, en habillant leurs enfants ou en faisant leur toilette, de la diminution du volume des membres, de la saillie des côtes, des apophyses épineuses et des omoplates. En même temps les chairs ont perdu de leur fermeté, la peau est un peu molle et sans ressort. Plus tard le visage lui-même pâlit, les traits sont étirés, les yeux cernés, et le regard perd son éclat. Dans des cas rares, il est un peu fixe et exprime l'étonnement. A cette époque encore, quelquefois même jusqu'à la fin de cette période, les enfants conservent leur entrain et leur vivacité ordinaires ; ils se livrent, comme par le passé, aux jeux de leur âge, et la veille du début des symptômes aigus, leur caractère n'a subi aucune altération. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est bien plus fréquent de voir les enfants tristes, apathiques, aimant à sommeiller dans le jour, recherchant la solitude, refusant de se joindre à leurs camarades, ayant de la peine à changer de place, et ne voulant pas le faire seuls. D'autres deviennent plus doux, plus caressants, mais cette douceur a une teinte de tristesse toute particulière. Leurs occupations intellectuelles, lorsqu'ils sont en âge de s'y livrer, les fatiguent, et de fréquentes distractions leur attirent souvent des réprimandes de la part de leurs maîtres. Les nuits sont quelquefois paisibles, mais d'autres fois l'enfant a un peu d'agitation, d'inquiétude ; il se retourne souvent dans son lit, change à chaque instant de position ; il pousse de profonds soupirs, et grince des dents. Quelques enfants, les plus jeunes surtout, sont devenus très-irascibles ; ils crient, se plaignent et s'agitent pour la moindre cause. Quoi qu'on en ait dit, la céphalalgie n'est pas fréquente pendant cette période, et l'on serait exposé à de cruelles méprises si l'on attendait l'apparition de ce symptôme pour avoir l'esprit en éveil sur les prodromes d'une méningite. L'appétit diminue, ou devient capricieux et irrégulier ; la soif n'est pas augmentée ; les jeunes malades se plaignent quelquefois de douleurs de ventre ; ils ont des alternatives de diarrhée ou de constipation, mais ils ne vomissent pas ; leur haleine est un peu forte. Quelques-uns, mais en petit nombre, ont un peu d'anhélation ; mais à peine en trouverait-on deux ou trois qui aient de la toux, et l'auscultation, avec quelque soin qu'on la pratique, ne fait percevoir qu'une respiration puérile égale, sans expiration ni retentissement de la voix ; il n'existe aucune différence de son à la percussion.

Comme la fièvre est en général absente, les symptômes que nous venons de décrire ne sont pas incompatibles avec la conservation des forces ; aussi la plupart des enfants sortent encore pour faire leurs exercices et leurs promenades accoutumés ; conduits par leurs parents, ils se rendent à pied chez leur médecin. Le peu de changement que leur état de santé imprime à leur vie habituelle fait que, dans bien des cas, les personnes qui les voient tous les jours, et l'homme de l'art qui les voit pour la première fois, attachent peu d'importance à cette série de symptômes. Ce sont, dit-on, les vers, la dentition, la croissance, des habitudes vicieuses ou une mauvaise hygiène qui ont produit ces dérangements de santé, et quelques vermifuges, l'éruption dentaire, l'âge, une surveillance continue, une bonne alimentation y apporteront remède ! Cependant les jours se passent, et les symptômes persistent ; l'amaigrissement, loin de diminuer, augmente ; la face pâlit de plus en plus ; la tristesse s'accroît, l'appétit se perd, les nuits sont plus agitées ;

(1) Voici en quels termes il s'exprime : « Le docteur Whytt suppose que le » commencement de cette maladie est obscur, qu'elle est généralement quelques » mois à se former, et qu'après qu'un symptôme évident a rendu nécessaire l'in» tervention du médecin, elle continue encore pendant plusieurs semaines avant » de se terminer d'une manière fatale. Cette opinion est contraire aux résultats » de mon observation. J'ai vu des enfants qui, selon toutes les apparences, étaient » bien portants et actifs, emportés par cette maladie dans l'espace d'environ qua» torze jours. »

(2) TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, t. III, p. 572.

(3) Chez nos dix-neuf malades, dix-sept fois nous avons pu nous assurer de la présence ou de l'absence des prodromes. Douze fois les prodromes réguliers ont existé du début de la maladie à sa terminaison ; cinq fois ils ont manqué, mais deux de ces derniers malades avaient eu, plusieurs mois ou plusieurs années avant le début, les prodromes que nous avons appelés irréguliers ; en sorte que, chez trois malades seulement le début a été franc. L'autopsie de deux de ces derniers a été pratiquée.

» vera la Faculté où ladite élection aura été faite, et à notre premier médecin » pour nous en rendre compte. »

L'art. 26 du même édit a trait à l'exercice illégal de la médecine, et mérite d'être reproduit.

« Nul ne pourra, sous quelque prétexte que ce soit, exercer la médecine ni don» ner aucun remède, *même gratuitement*, dans les villes et bourgs de notre » royaume, s'il n'a obtenu le degré de licencié dans quelqu'une des Facultés de » médecine qui y sont établies, à peine de 500 livres d'amende. Voulons que tous » religieux mendiants et non mendiants soient ou demeurent compris dans la » prohibition portée par l'article précédent, et en cas de contravention de la part » de ceux qui ne sont pas mendiants, voulons que l'amende ci-dessus de 500 li» vres soit payée par le monastère où ils font leur demeure ; et à l'égard des » mendiants, ils seront renfermés pendant un an dans une des maisons de leur » ordre, éloignée de vingt lieues au moins du lieu où ils auront pratiqué ; et en » cas qu'ils en sortent pendant ledit temps au préjudice de nos défenses, per» mettons à la Faculté de médecine la plus prochaine de les faire arrêter, en ob» tenant préalablement la permission par écrit du lieutenant-général de police » des villes où ladite Faculté sera établie. »

La juste sévérité de cet article contre ceux qui exercent, *même gratuitement*, la médecine sans titre, rappelle un jugement, de date assez récente, en vertu duquel un bijoutier, inventeur d'une certaine méthode pour guérir les humeurs froides, a été renvoyé des fins de la plainte parce que, dit le jugement, il avait fait jouir gratuitement les pauvres du bienfait de sa méthode. La nouvelle loi pourvoira sans doute à ces cas de douteuse philantropie.

— La haute commission des études médicales poursuit le cours de ses délibérations avec la plus grande activité. Un journal annonce que, dans l'une des dernières séances, on a voté la suppression des officiers de santé à 16 voix contre 12. La bataille a été chaude. Les vainqueurs n'ont pourtant pas été aussi impitoyables qu'au congrès ; ils ont laissé parler les vaincus. On assure qu'il y a eu, des deux côtés, des arguments très-forts. Parmi ceux qu'on cite, nous en avons remarqué deux surtout. Un des partisans de l'institution a beaucoup insisté sur l'embarras où se trouveraient, dans le cas de suppression des officiers de santé, bon nombre de docteurs pour faire saigner leurs malades. Un membre, connu par l'originalité de ses réparties, lui a répondu : « Il n'y a pas grand mal à cela : en vertu de la nouvelle organisation, tous les médecins seront des *saigneurs*. » Voici le second argument : Un des discutants, voulant prouver sans réplique combien l'opinion était générale sinon unanime contre l'institution des officiers de santé, s'est étayé du vote des *intéressés*, a-t-il dit, des officiers de santé eux-mêmes, qui ont réclamé la suppression d'un second ordre de médecins. Cet argument a exercé, comme on sait, une grande influence sur la décision du congrès ; mais il ne paraît pas avoir eu le même succès auprès de la haute commission des études. *Habent sua fata... argumenta.*

X.

— M. le docteur Henri Gintrac, par un arrêt ministériel du 6 décembre dernier, vient d'être nommé *chef de clinique* à l'école préparatoire de médecine de Bordeaux.

puis apparaissent quelques-uns des symptômes qui annoncent d'une manière positive l'invasion des accidents cérébraux aigus.

Le tableau que nous venons de mettre sous les yeux de nos lecteurs reproduit l'image des prodromes complets; nous espérons qu'il est fidèle, car il a été copié d'après nature; mais ses teintes ne sont pas toujours aussi vives, et leur affaiblissement progressif conduit, par nuances graduelles, à ces cas rares où les accidents méningés apparaissent d'emblée.

Si les symptômes que nous avons énumérés ne se rencontrent pas toujours réunis dans les faits particuliers, il en est un qui est constant : c'est l'amaigrissement, l'amaigrissement progressif survenant sans fièvre, sans cause appréciable. Un autre symptôme presque aussi fréquent que l'amaigrissement est la perte, et surtout l'irrégularité de l'appétit; puis viennent les irrégularités de la digestion, les alternatives de diarrhée et de constipation, et les douleurs de ventre; la tristesse, l'apathie, les changements dans le caractère, l'amour de la solitude; la céphalalgie est, nous le répétons, dans les prodrômes réguliers de la méningite, un phénomène qui est loin d'être très-fréquent.

Si nous nous en rapportions à quelques faits que nous avons recueillis autrefois, les symptômes aigus de la méningite pourraient être précédés, dans certains cas, d'une fièvre intermittente tierce ou quotidienne, un peu irrégulière soit dans sa périodicité, soit dans ses trois stades, le frisson étant peu marqué, et la sueur ne succédant pas toujours à la chaleur. Ces faits, rapprochés de la forme intermittente que revêt quelquefois la méningite elle-même (forme sur laquelle nous reviendrons plus tard), méritent d'attirer l'attention du praticien; ils appellent de nouvelles recherches.

Les prodromes dont nous venons de donner la description suivent une marche régulière et progressive, et sont terminés par des signes qui annoncent le début de l'hydrocéphale aiguë. Mais il peut arriver aussi que les prodromes soient très-irréguliers, se montrent à des intervalles inégaux et éloignés du début de la méningite. Dans les cas de cette espèce, la filiation est bien plus obscure, et les rapports de ces phénomènes avec l'affection cérébrale sont bien plus difficiles à saisir. Ces symptômes précurseurs sont eux-mêmes très-irréguliers, et ne peuvent être embrassés dans aucune description générale. Quelques exemples copiés dans nos observations nous feront mieux comprendre.

Un enfant, cinq mois avant le début, est atteint de vomissements qui durent pendant deux mois sans interruption; puis ces phénomènes cessent, la santé se rétablit. Ce n'est que trois mois plus tard qu'apparaissent les véritables prodromes. D'autres enfants ont, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant le début, de violents maux de tête, accompagnés de vomissements abondants et de constipation. Cet embarras, qualifié d'embarras gastrique, cède avec facilité, et au bout de trois à quatre jours, les jeunes malades sont rétablis, et ce n'est que six mois ou un an au plus tard que la méningite se déclare.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, on peut, en remontant quelques années en arrière, trouver, dans la santé antérieure, les traces d'une tuberculisation aiguë ou d'une affection méningée arrêtée dans sa marche, et dont les symptômes sont là pour témoigner de l'analogie qui existe entre la maladie passée et la maladie présente. Nous en avons observé deux remarquables exemples, l'un chez une jeune fille de onze ans qui, à l'âge de six ans, avait été traitée, par un de nos plus habiles confrères, pour une méningite tuberculeuse. La maladie avait disparu à la suite d'une abondante salivation mercurielle; la seconde attaque a été mortelle. L'autre, chez une jeune fille du même âge, que nous avions soignée d'une tuberculisation aiguë qui, contre toute espérance, s'était terminée par le retour à la santé. Deux ans plus tard, elle a été prise des prodromes d'une méningite tuberculeuse à laquelle elle a succombé. Nous avons pu constater deux éruptions tuberculeuses pulmonaires qui correspondaient l'une à la tuberculisation arrêtée dans sa marche, l'autre aux prodromes de six semaines qui avaient précédé les accidents aigus de la méningite.

Avant d'aller plus loin, et dans le but de compléter et de contrôler les résultats de notre expérience personnelle, nous reproduirons la description que les auteurs donnent des symptômes précurseurs de la méningite. Nous choisirons, parmi le grand nombre des ouvrages sur l'hydrocéphalie, ceux de trois médecins qui ont écrit sous l'impression des trois principales doctrines qui ont dominé dans la science à des époques différentes, 1768, 1815, 1835. Ces médecins sont : Robert Whytt, qui attribuait la maladie à l'épanchement séreux; Goëlis, qui admettait sa nature inflammatoire, et M. Green, qui, avec MM. Rufz, Gerhard, Piet, etc., la regarde comme une affection tuberculeuse. Quoique le point de départ de ces auteurs soit loin d'être le même, on verra que leurs descriptions offrent assez d'analogie, et qu'en définitive c'est à l'affection du cerveau qu'ils rapportent les symptômes que nous avons décrits plus haut. Seulement, Robert Whytt pense que les symptômes fugaces du début sont le résultat d'un épanchement encore peu abondant; Goëlis les attribue à une congestion sanguine, et M. Green à une inflammation chronique des méninges.

Nous aborderons plus tard ce sujet, en recherchant quelle est la véritable cause anatomique des prodromes. Commençons par la description de Robert Whytt :

« Les enfants atteints de l'hydropisie des ventricules du cerveau, dit ce » médecin, commencent à présenter plusieurs des symptômes que nous al» lons décrire, quatre, cinq, six semaines, et même davantage, avant leur » mort. Ils perdent d'abord leur appétit et leur vivacité; ils deviennent » maigres, pâles; ils ont toujours le pouls fréquent, et un peu de fièvre. » Bien que cette description soit très-succincte, on voit cependant que R. Whytt n'avait pas méconnu les phénomènes principaux qui précèdent l'apparition des symptômes pathognomoniques de la méningite, et qu'il avait bien indiqué leur nature et la lenteur de leur marche. Les auteurs qui lui ont succédé ont ajouté, pour la plupart, quelques traits à ce tableau. Goëlis (1) a résumé tous ces travaux en y ajoutant les fruits de son expérience personnelle. Sa description est assez remarquable pour que nous croyions devoir en donner ici la traduction à peu près complète. Cet habile médecin admet quatre périodes dans la méningite. La première, à laquelle il donne le nom de période de turgescence (turgescens), correspond à celle des prodromes.

« Les enfants, dit-il, commencent à devenir indifférents aux objets qui, auparavant, leur plaisaient le plus, ou qui servaient aux amusements de leur âge. Cette indifférence s'étend aussi aux personnes pour lesquelles ils avaient toujours montré de l'affection. Leur gaieté, leur vivacité, leur bonne humeur disparaissent; ils deviennent taciturnes, susceptibles, boudeurs; ils craignent la lumière, et fuient la société. Les vives couleurs de leur visage se flétrissent, le feu de leurs yeux s'éteint, leurs muscles s'amollissent, la rondeur de leur corps s'efface, et leur charmante bonne grâce se change en mélancolie. Ils vont rarement à la garderobe, urinent moins abondamment qu'en santé, mangent et boivent avec moins de plaisir; ils se réveillent de leur sommeil, pendant lequel ils grognent et s'agitent, plus abattus qu'auparavant. Les plus âgés se plaignent d'étourdissements et de vertiges en se levant, ou même en s'asseyant sur leur lit. Les mêmes symptômes se manifestent chez les plus jeunes par une certaine oscillation de la tête, et par un silence qui interrompt soudainement les cris qu'ils étaient en train de pousser. Les plus âgés accusent, comme Odier, Schmulg et Whytt l'ont remarqué, des douleurs rhumatismales dans les membres, surtout dans la nuque, dans les mollets et les jarrets; on peut reconnaître les mêmes douleurs chez les plus jeunes, lorsqu'ils portent les mains derrière leur tête, et aussi par les pleurs que leur arrache la souffrance. Le pouls, qui s'éloigne peu ou point de la rapidité ordinaire, bat, lorsqu'on y porte une grande attention, de temps en temps quelques pulsations plus faibles que les autres. D'ordinaire, c'est la septième, la neuvième, la seizième, la dix-septième ou la trente et unième pulsation que le doigt perçoit plus faiblement, ou même ne sent pas du tout. La peau des malades est sèche et sans transpiration; on sent chez les enfants plus âgés, sur les bras, les avant-bras, les cuisses et les mollets, au travers de leur peau flasque, les bulbes des poils (chair de poule), mais on n'aperçoit pas encore cette éruption que Formey regarde comme pathognomonique, et qui est bien évidente dans les périodes suivantes. »

» Les enfants sortent de cet état, qui ressemble à une grave méditation, en poussant un profond soupir, et ils commencent à remarquer les objets qui les entourent, et auxquels alors ils ne prenaient pas garde. A chaque instant leur teint change : ils se plaignent tantôt d'une émotion, tantôt d'un effroi passager. Quand on leur demande s'il leur manque quelque chose, ils répondent non avec indifférence. Leur démarche est, comme l'ont remarqué Wilhmann, Falkner, Forel, Schmalz, Formey et un grand nombre d'autres médecins, et comme j'ai pu le constater cent et cent fois moi-même, leur démarche est difficile, mal équilibrée et sans fermeté. Les malades lèvent souvent le pied aussi haut que s'ils voulaient monter un escalier; ils chancellent en marchant, et trébuchent comme s'ils étaient ivres. »

Goëlis reconnaît que ces symptômes sont ceux qui précèdent l'inflammation chez des sujets bien portants; mais cependant ils peuvent aussi précéder plusieurs autres maladies. Il reconnaît que, chez les enfants faibles et chez ceux atteints de maladies chroniques, le diagnostic est bien plus difficile; il a lui-même commis souvent des erreurs. Enfin, chez les très-jeunes enfants, le diagnostic est encore plus épineux; car les plus légères indispositions déterminent chez eux la série des symptômes que nous avons énumérés plus haut. Voici les symptômes qu'il signale chez les très-jeunes sujets, d'un, deux et trois mois :

« De la somnolence, des cris extraordinaires et incessants (sans symptômes d'aucune autre maladie), accompagnés de flexions dans la tête et de courbure du tronc; de l'essoufflement jusqu'à en perdre la respiration pen-

(1) PRAKTISCHE ABHANDLUNGEN UEBER DIE VORZUGLICHEREN KRANKHEITEN DES KINDLICHEN ALTERS. Ersten Band. Wien, 1820.

dant ces cris; du torticolis après ces accès; des sursauts au moindre attouchement, de la susceptibilité surexcitée des yeux à la lumière; de l'impressionnabilité de l'ouïe exagérée au plus haut degré, en sorte que le plus léger bruit les réveille de leur meilleur sommeil. La diminution de l'appétit, le manque de soif, les pleurs qui indiquent la douleur lorsqu'on les soumet à un léger mouvement, et un silence subit lorsque ce mouvement est brusque et rapide, sont des symptômes assez fréquents, ainsi que la préhension de la nuque avec la main. Le décubitus latéral avec la tête ramenée en arrière, position que l'on n'avait pas observée avant le début; des urines moins abondantes et plus colorées que d'ordinaire; des selles rares, qui prennent une teinte vert foncé peu après avoir été rendues; la suspension des vents et des flatuosités, qui auparavant sortaient avec bruit; l'augmentation de la chaleur de la tête, surtout du front et de la nuque, et plusieurs autres symptômes déjà signalés dans la première période, ainsi que d'autres qui appartiennent à la période suivante. »

Ce tableau est certainement tracé de main de maître. Nous ne lui ferons qu'un reproche : c'est d'être trop complet. Goëlis, en réunissant aux vastes résultats de son expérience personnelle ceux des auteurs qui l'ont précédé, a fait du tout une combinaison dont bien des points approchent de la vérité, mais dont d'autres s'en éloignent. Obéissant à ses préoccupations systématiques, qui lui faisaient voir dans l'hydrocéphalie aiguë une maladie locale inflammatoire, et dans la période de turgescence une congestion, il a accumulé et exagéré, dans sa description, tous les symptômes qui indiquent le trouble des fonctions cérébrales; mais nous lui reprocherons d'avoir laissé un peu dans l'ombre, sans cependant les avoir complétement négligés, les phénomènes pathologiques qui révèlent la souffrance générale de l'économie, et en particulier l'amaigrissement, qui, de tous, est le plus important et le plus caractéristique d ns cette première période. Les auteurs qui ont suivi Goëlis ont, les uns admis, les autres rejeté les prodromes; mais il est fort remarquable que les médecins auxquels la science est redevable de la découverte de la nature tuberculeuse de la méningite, MM. Rufz et Gerhard, les aient entièrement passés sous silence. M. Green est le seul qui s'en soit de nouveau occupé. Voici sa description; le lecteur pourra la comparer à celle de Goëlis, et voir jusqu'à quel point elle s'éloigne ou se rapproche de celle du médecin de Vienne :

« Les symptômes qui annoncent l'existence de la méningite chronique, dit M. Green, sont très-variables et incertains: ce sont ceux qui ont été décrits par les auteurs sous le nom de prodromes. Dans quelques cas l'enfant se plaint de malaise général, de douleurs dans les membres; le mouvement lui répugne; il devient triste, évite la société de ses camarades. Le jeu ne lui plaît plus. Les symptômes peuvent être accompagnés d'accès irréguliers de céphalalgie, et alors la maladie n'est pas difficile à reconnaître; mais dans d'autres cas, le diagnostic est rendu obscur par l'existence des douleurs de ventre, par des alternatives de diarrhée et de constipation et de l'amaigrissement. Les enfants atteints de méningite chronique sont souvent pris d'attaques d'épilepsie; ils ont eu, pendant leur première enfance, des écoulements purulents par les oreilles. Ils souffrent souvent des douleurs dans les membres; leur sommeil est agité; ils se réveillent en poussant des cris aigus. M. Green a observé le dernier symptôme plus de deux mois avant la période aiguë. Il était accompagné de fréquents maux de tête, de fièvre irrégulière et d'un amaigrissement progressif. Dans un autre cas, le petit malade fut atteint pendant trois mois de fièvre irrégulière et d'accès de céphalalgie; puis il perdit la gaieté et se plaignit de douleurs de ventre. »

Nous ferons à la description de M. Green le même reproche qu'à celle de Goëlis. On y trouve trop, sur le premier plan, tous les symptômes qui annoncent l'invasion d'une affection cérébrale, et, sur le second, ceux bien plus fréquents et tout aussi importants qui indiquent un trouble général de l'économie.

Les prodromes complets et réguliers, tels que nous les avons décrits plus haut, ont, d'après nos observations, une durée de quinze jours à trois mois; plus leur durée est longue, plus aussi ils sont complets. Goëlis dit que la période de turgescence dure de huit à quinze jours au plus. D'après M. Green, les symptômes de la méningite chronique se montreraient deux, trois, quatre mois, et même plus, avant les symptômes aigus. Il existe un rapport très-curieux entre la durée des prodromes et celle de la méningite confirmée. Ainsi, plus les prodromes réguliers ont été complets et longs, plus la méningite est courte. A des prodromes de six semaines, deux et trois mois, correspond une maladie aiguë de vingt, dix-huit, quinze jours; à des prodromes de quinze jours à trois semaines, une maladie de vingt jours et plus; enfin, lorsque les prodromes manquent complétement, la maladie a en général une durée encore plus longue; elle peut dépasser un mois. Il résulte de ceci cette conséquence, c'est que, étant données la nature et la durée des prodromes, et l'époque à laquelle le médecin est appelé, celui-ci peut prédire, avec une précision presque mathématique, quelle sera la durée de la maladie, pourvu toutefois qu'il connaisse le mode de début des symptômes aigus de la méningite. Il nous est arrivé plusieurs fois d'indiquer ainsi, à un ou deux jours près, l'époque de la terminaison fatale, bien que nous eussions été appelés à une période où les symptômes étaient loin de faire pressentir une issue funeste, même pour un temps éloigné. Mais nous reviendrons plus tard sur ce sujet, en parlant de la durée totale de la maladie.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME (1); par A. DEBENEY, D. M. P., à Paris.

La blennorrhagie était réputée une des affections vénériennes les plus difficiles à guérir; telle était l'opinion générale parmi les praticiens, et le grand nombre de moyens proposés chaque jour pour ajouter à son traitement, et la fréquence des lésions organiques signalées comme la conséquence du travail morbide dont l'écoulement blennorrhagique est le symptôme, sont là pour témoigner combien cette opinion était fondée. Aussi grande dut être l'impression produite dans le monde médical lorsque je publiai, en 1842, une suite d'expériences qui avaient pour résultat la démonstration d'une méthode au moyen de laquelle on pouvait : au début, faire avorter la blennorrhagie; dans la période moyenne, enrayer la marche de la maladie et précipiter sa terminaison; et dans l'état chronique, mettre fin au phénomène stationnaire qui constitue la chronicité. Cette méthode était celle des injections d'azotate d'argent à haute dose portées dans le canal de l'urètre.

La sensation fut grande en effet; une large publicité fut donnée à mes idées par la presse médicale, et les praticiens spécialistes, appelés à vérifier la médication proposée, se mirent à l'œuvre à l'envi. De ce travail sont sorties de nombreuses vérifications plus ou moins confirmatives des propositions que j'avais avancées. Cette confirmation ne ressort point sans doute d'une parfaite unanimité dans les conclusions des divers travaux; car ces conclusions ont dû nécessairement varier suivant les conditions où se sont placés les expérimentateurs, et suivant la manière dont l'expérimentation a été faite; mais elle résulte de leur combinaison. Ainsi, là où les uns se sont trouvés d'accord avec moi, d'autres se trouvaient en dissidence; et tel point repoussé par ceux-ci était concédé par ceux-là. Une polémique a été engagée dans la presse, polémique vive et soutenue, marquée par le nombre et le rang des autorités qui y ont pris part, et qui démontre toute l'importance de la question. De nombreux comptes rendus ont été publiés; les résumés des cliniques nosocomiales ont été exposés. Il n'entre pas dans ma pensée de discuter, encore moins de combattre les résultats obtenus par les expérimentateurs; ce sont des données d'une valeur incontestable, et qui forment les éléments de tout jugement à porter sur une méthode thérapeutique. Mais il est nécessaire de mettre en regard les conclusions diverses pour fixer leur valeur relative, et permettre de tirer la conclusion générale qui ressort de l'ensemble des travaux; car voici ce qui est arrivé : d'une part, par suite du peu de développement que j'avais donné à mon premier travail, où je ne présentais que quelques observations et des chiffres, ma méthode n'a pas été assez clairement exposée, surtout en ce qui concerne les détails de l'exécution; il en est résulté que des praticiens l'ont employée d'une manière incomplète ou vicieuse, et qu'un plus grand nombre, ne se trouvant pas suffisamment éclairé, s'est abstenu; d'autre part, beaucoup de médecins ne l'ayant connue que par des analyses ou des articles critiques publiés isolément dans des journaux divers, n'ont pu s'en former qu'une idée très-imparfaite; enfin, nombre d'erreurs ont été émises, accréditées quelquefois par des noms haut placés. Il est donc convenable, dans l'intérêt d'une médication aussi importante, de tracer un exposé précis des principes qui m'ont dirigé, des règles que j'ai établies dans la pratique, et des modifications qu'une longue étude m'a mis à même d'y apporter; de rectifier les erreurs qui ont pris cours; enfin, de présenter le résultat général des vérifications. Alors seulement les esprits auront les bases nécessaires pour asseoir une appréciation exacte de l'ensemble de la méthode, et les praticiens seront mis en demeure de l'appliquer dans les conditions qui inspirent la confiance et garantissent le succès : celles établies par l'expérience et sanctionnées par le temps.

Avant 1840, la prévention contre les injections avec l'azotate d'argent à haute dose portées dans le canal de l'urètre, pour le traitement de la blennorrhagie, était puissante et générale parmi les médecins. L'emploi de l'azotate d'argent dans cette médication était alors borné aux solutions à très-faible dose, et dans la circonstance restreinte de la phlogose chronique. On se proposait, en théorie, de changer le mode de vitalité de la membrane

(1) L'emploi des solutions concentrées d'azotate d'argent dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme fera le sujet d'un travail particulier.

muqueuse par des injections où ce sel entrait dans la proportion d'un à cinq centigrammes, au plus, pour trente grammes d'eau. Le traitement abortif, qui consistait à faire des injections dans la proportion de cinquante centigrammes du sel d'argent pour la même quantité de trente grammes d'eau, au début de la blennorrhagie, et lorsque l'écoulement commence sans douleur et sans aucun signe d'inflammation, était proscrit en général par les auteurs des traités spéciaux sur la matière. Les plus favorables, tout en reconnaissant comme un axiome incontestable de pathologie et de thérapeutique générales, qu'au début d'une phlegmasie, une irritation artificielle peut arrêter le développement de la maladie, ne conseillaient point cette manière de procéder, qu'ils présentaient comme remplie de chances dangereuses. Enfin, ce n'est qu'à une erreur que la méthode abortive devait alors, et doit encore aujourd'hui, d'être placée sous le nom respecté de Carmichaël; car le chirurgien irlandais s'élevait, à Dublin, contre les injections avec l'azotate d'argent à haute dose dans le canal de l'urètre, avec autant de force que pouvait le faire en France M. Serre lui-même avant 1842; il partageait en un mot, à cet égard, la prévention générale parmi les contemporains.

Cette prévention me parut une erreur, et voici le raisonnement qui me guidait : le génie de Bichat avait imprimé pour direction à l'expérimentation thérapeutique, d'étudier l'action des médicaments sur la sensibilité et la contractilité des tissus; en d'autres termes, de déterminer les modificateurs de la vitalité des divers tissus. Cette détermination me semblait opérée pour le tissu des membranes qui tapissent les réservoirs et les conduits de l'économie. L'heureux emploi du nitrate d'argent dans le traitement des inflammations des muqueuses buccale et pharyngienne; son efficacité pour combattre les flux purulents de la conjonctive, de la pituitaire et de la muqueuse vaginale, était depuis longtemps un fait acquis à la pratique. L'azotate d'argent était donc le modificateur des muqueuses altérées par le travail inflammatoire. Une exception avait été réservée pour les organes génito-urinaires de l'homme. A part quelques tentatives isolées et restées sans suite, l'azotate d'argent n'était employé en solution sur la muqueuse urétrale qu'à des doses minimes, de manière à produire, dans le cas de la phlogose obscurément chronique, au moyen d'une série de petites excitations répétées, une modification lente, à marche entravée par des surexcitations fréquentes, et ne donnant pas toujours des résultats francs et complets.

Conclure de l'analogie d'organisation et de fonction à l'analogie de vitalité et de réaction sous l'influence des mêmes modificateurs, me parut une induction légitime. Ainsi, je fus déterminé logiquement à appliquer à la muqueuse de l'urètre enflammée un modificateur dont l'action était vérifiée à l'égard des autres muqueuses. Ainsi, je fus amené à oser les injections d'azotate d'argent à haute dose, sans croire commettre une grande témérité. Ma première tentative eut un plein succès : une blennorrhagie, parvenue déjà à un certain degré de développement après trente-six heures d'invasion (écoulement caractérisé, douleur, gonflement du méat) fut *jugulée* par une seule injection caustique. Je pus dès lors procéder avec la confiance que donne le fait venant justifier la théorie. Par une singulière coïncidence, mes six premières expériences présentèrent un résultat parfaitement semblable, à mon grand étonnement, je dois le dire; car j'étais loin de m'attendre à une réussite aussi constante. Ces résultats me parurent prodigieux, et je déplorai qu'une médication aussi puissante, aussi héroïque, fût délaissée par la pratique. Il fallait évidemment faire lever la proscription qu'un injuste préjugé faisait peser sur elle. Réhabiliter le traitement abortif, c'était rendre un éminent service à la thérapeutique et à l'humanité.

Je me bornai, dans les premiers temps, à employer l'injection caustique dans la blennorrhagie au début, comme moyen abortif, dominé que j'étais alors par cette idée théorique que, pour arrêter, étouffer l'affection, il fallait la saisir dans son germe, avant que le principe contagieux eût pris une racine profonde dans la muqueuse qu'il a choisie pour le foyer de son action. Mais le principe même qui m'avait fait agir dans ce cas devait m'amener bientôt à sortir de cette réserve pour étendre l'action de l'azotate d'argent à toutes les périodes de la maladie. Dans la blennorrhagie à l'état de développement je constatai l'action antiphlogistique de la solution concentrée d'azotate d'argent; je trouvai que cette action était puissante à éteindre l'inflammation dans sa péri de d'acuité: que l'on produisait, en un mot, par une injection caustique, un effet plus complet et plus prompt que par la plus abond nte évacuation sanguine. Il était dès lors d'une logique bien simple d'employer l'efficacité modificatrice de l'injecti n caustique ainsi éprouvée contre la phlogose chronique, contre la blennorrhée. En substituant les solutions concentrées aux injections à faible dose, j'arrivai à modifier la vitalité de la muqueuse et à tarir l'écoulement d'une manière plus sûre, moins lente, exempte surtout des inconvénients attachés à l'usage des anciennes injections, surexcitations fréquentes, qui nécessitent la suspension de leur emploi et le recours aux antiphlogistiques; puis sensibilité exagérée souvent développée, et persistant après la suppression de l'écoulement, inconvénients signalés par les promoteurs de cette vieille méthode, et en particulier par M. le professeur Serre (1).

Je le dis hautement, j'étais loin de croire à l'infaillibilité de cette nouvelle médication, et les premiers succès ne m'avaient pas ravi au point de me faire oublier que de trop nombreux éléments compliquent les faits pathologiques et les différencient, pour que l'on puisse attendre d'une même médication un effet identique dans tous les cas. Je pensais, au cas particulier, ainsi que je le déclarai dans mon premier mémoire, que les différences dans la constitution des individus, dans la sensibilité de la membrane, dans l'intensité de l'affection, et sans doute aussi dans la nature et l'origine de la phlegmasie blennorrhagique, devaient nécessairement faire varier les résultats produits par l'action d'un même modificateur. Je dois dire, dès à présent, que ces craintes théoriques n'ont pas trouvé une justification complète dans ma pratique ultérieure, et que les résultats, en somme, ont offert une analogie plus constante que je ne l'avais prévu. Cette justification de mes craintes a manqué surtout complétement pour la part que, dans cette question de probabilité, j'avais faite aux accidents.

Toutefois, en conséquence des considérations physiologiques que je viens de rappeler, je ne me hâtai pas de publier mes premières observations, et ce ne fut qu'après deux années d'une expérimentation suivie avec le plus grand soin que je crus pouvoir faire connaître mes résultats. Après avoir eu l'attention d'étudier l'effet de la solution concentrée d'azotate d'argent sur la muqueuse de l'urètre à l'état sain et normal, je pus énoncer d'une manière exacte l'action immédiate de l'injection caustique dans la formule générale suivante : l'injection avec l'azotate d'argent à haute dose produit sur la membrane muqueuse de l'urètre un effet constamment le même, à l'état sain et aux divers degrés de la phlegmasie : inflammation plus ou moins violente, plus ou moins vivement sentie, suivant le degré de sensibilité des individus, et qui se dissipe complétement dans une durée de douze à quarante-huit heures, sans laisser aucune trace d'elle-même.

Les résultats généraux de mes observations furent formulés dans ces cinq propositions :

1° Innocuité absolue de l'injection caustique;

2° Loin de provoquer la réaction redoutée par les auteurs, l'injection d'azotate d'argent à haute dose a pour effet constant d'éteindre l'inflammation blennorrhagique, quel que soit le degré de son développement.

3° Lorsque la blennorrhagie est prise tout à fait à son début, l'avortement a lieu par une seule injection dans les quatre cinquièmes des cas.

4° Lorsque la blennorrhagie a passé la période de début, et après le développement de l'inflammation, il faut un nombre d'injections proportionné au degré du développement inflammatoire, à la gravité de la maladie et à sa durée; c'est la période où la guérison est le plus difficile et le plus longue à obtenir.

5° L'injection caustique, convenablement employée et combinée aux astringents, triomphe toujours de la blennorrhagie chronique; avec elle on vient à bout des vieilles blennorrhées, qui, sous le nom de gouttes militaires, ont résisté aux traitements les plus longs et les plus variés.

Je reprendrai tout à l'heure ces propositions pour les établir sur l'ensemble des résumés cliniques. Il est nécessaire d'exposer auparavant les règles de la méthode dans les divers cas et de les élucider par quelques exemples.

J'ai étendu, ainsi que je l'ai dit déjà, la méthode des injections caustiques au traitement de la blennorrhagie à toutes les périodes de début, d'état ou de plein développement, et de chronicité. Et d'abord, j'entends par injection caustique la solution composée dans la proportion ordinaire d'un gramme d'azotate d'argent cristallisé pour trente grammes d'eau distillée. Mais à ces différentes périodes, la médication, basée sur les injections caustiques, présente une efficacité curative différente, et comporte des modes d'application variés.

I. Période de début. — Cette période est celle où l'on attend de l'injection caustique l'effet abortif; sous ce point de vue, elle n'est pas susceptible d'une délimitation rigoureuse; elle s'étend, en général, d'un à quatre jours d'invasion; l'apparition des signes de l'inflammation n'est pas suffisante pour la limiter; car, dans cet espace de temps, l'effet abortif peut être produit malgré l'existence de ces signes, comme aussi il peut manquer quelquefois malgré leur absence. L'effet abortif est donc ici la règle; il a lieu dans les quatre cinquièmes des cas, c'est-à-dire que, quatre fois sur cinq, il suffit d'une seule injection pour supprimer l'écoulement, accompagné ou non des signes de l'inflammation. Lorsque l'effet abortif n'a pas lieu, il y a néanmoins ordinairement suspension de l'écoulement après la cessation des symptômes inflammatoires produits par la cautérisation; puis la sécrétion blennorrhagique se reproduit dans un court délai. Alors, suivant la nature de l'écoulement, je fais une nouvelle injection caustique, ou je passe aux injections astringentes. Cette dernière pratique est la plus ordi-

(1) Mémoire sur l'effet des injections avec le nitrate d'argent cristallisé, etc. Montpellier, 1835.

naire. Je vais relater des observations pour représenter ces deux circonstances de l'avortement immédiat et d'emblée, et de celui que l'on n'obtient que par la répétition de l'injection caustique, ou avec l'aide des astringents.

BLENNORRHAGIE AU DÉBUT; UNE INJECTION CAUSTIQUE; GUÉRISON.

Obs. I. — M. B..., 29 ans; tempérament sanguin, avec grande susceptibilité nerveuse, constate en se levant, trois jours après un coït suspect, l'apparition d'une blennorrhagie qui débute d'emblée sous la forme aiguë. A la fin du jour, écoulement considérable, blanc jaunâtre, extrémité du méat très-rouge, miction accompagnée d'une vive cuisson. A neuf heures du soir, injection à la dose de 70 centigr. d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée; vive inflammation; excrétion pendant la nuit d'un pus blanc, épais, abondant. Le lendemain, à huit heures du matin, les urines, rendues avec gêne, chassent devant elles une masse épaisse formée de muco-pus et de pellicules blanches, débris de l'épithélium. A onze heures, l'écoulement est supprimé; le canal est sec, et la miction facile et sans douleur. Aucun signe n'a reparu.

Cette observation peut servir de type aux cas simples de l'effet abortif au début. Écoulement depuis un, deux ou trois jours, avec ou sans signes d'inflammation commençante; injection caustique; phénomènes de l'inflammation artificielle plus ou moins vivement sentis, plus ou moins vite dissipés; écoulement supprimé et guérison opérée en vingt-quatre ou trente-six heures.

L'effet abortif est obtenu chez les sujets qui ont eu antérieurement plusieurs blennorrhagies, d'une longue durée, précédents qui rendent, comme on le sait, la guérison plus difficile. Exemple :

BLENNORRHAGIE AU DEUXIÈME JOUR; UNE INJECTION; AVORTEMENT.

Obs. II. — M. M..., officier, 33 ans, sanguin, avec disposition aux fluxions muqueuses; sept blennorrhagies antérieures de durée variable, mais toujours plus ou moins longue; celle des deux dernières a été de quatre et de six mois. Deux jours d'invasion; écoulement prononcé; peu de douleur. Injection le 12 juin 1844, dans la proportion d'un trentième; douleur modérée. Le 13, les symptômes ordinaires consécutifs à la cautérisation ont eu lieu, et de plus écoulement de quelques gouttes de sang; ils sont dissipés; il reste un suintement séro-sanguinolent. Le 14, suintement séreux, qui cesse le 15. Guérison confirmée.

Cette émission de sang, qui arrive dans le dixième des cas et qui m'avait inquiété dans les commencements, est insignifiante et ne mérite pas attention.

BLENNORRHAGIE; TROIS JOURS D'INVASION; DEUX INJECTIONS CAUSTIQUES; ASTRINGENTS; DIX JOURS DE TRAITEMENT.

Obs. III. — Vand..., sergent de ville au Havre, 38 ans; tempérament bilieux; un grand nombre de blennorrhagies antérieures, toutes de longue durée. Symptômes prononcés : écoulement abondant; tuméfaction du gland; rougeur du méat. Le 2 avril, injection à la dose d'un trentième; douleur faible. Le 4, les phénomènes immédiats sont dissipés; diminution notable dans les symptômes primitifs; deuxième injection caustique. Le 6, plus de douleur; suintement séro-muqueux; injection avec une solution d'acétate de plomb pendant trois jours. Le 9, injections avec un mélange d'eau blanche et de décoction de tannin; Le 11, le suintement a cessé; on suspend les injections. Guérison confirmée.

TROIS JOURS D'INVASION; DEUX INJECTIONS CAUSTIQUES; ASTRINGENTS; SUPPRESSION ET REPRODUCTION DE L'ÉCOULEMENT; TREIZE JOURS DE TRAITEMENT; GUÉRISON.

Obs. IV. — M. D..., officier, 35 ans; tempérament nerveux lymphatique; quatre blennorrhagies antérieures; il s'aperçoit d'un écoulement le 10 janvier 1844, huit jours après ses derniers rapports avec une femme. Le 12 au soir, troisième jour de l'invasion, l'écoulement est assez abondant, jaunâtre; la douleur peu vive à la miction, et cependant avec retentissement sympathique dans les ganglions inguinaux droits, ce qui fait redouter au malade un bubon; injection dans la proportion d'un gramme d'azotate pour 30 grammes d'eau. Phénomènes immédiats ordinaires comme ci-dessus; souffrance assez vive. Le 13, à quatre heures de relevée, il n'y a plus ni inflammation ni écoulement; ce dernier reparaît dans la nuit suivante. Le 14 au soir, nouvelle injection caustique au même degré. L'écoulement, supprimé le 15 au soir, est signalé de nouveau le 17 au matin; il persiste à l'état de suintement séro-muqueux. Le 20, je prescris des injections avec l'acétate de plomb; deux injections coup sur coup six fois par jour, en augmentant chaque jour la force de la solution. Le 25, l'écoulement est supprimé; on cesse les injections; guérison définitive.

J'ai remarqué que le succès est d'autant plus assuré et plus prompt que la période d'incubation a été moins longue; c'est surtout lorsque cette période a été prolongée que l'écoulement, arrêté, tend à se reproduire. On ne peut se défendre ici de quelque préoccupation théorique; il semble naturel de poser cette question : La cause contagieuse ne prend-elle pas plus de force par la durée de l'incubation? Et cette force n'est-elle pas signalée par cette tendance de l'écoulement à se reproduire après avoir été supprimé?

Je dirai dès à présent quelques mots sur la douleur développée dans l'urètre sous l'impression de l'injection caustique. Cette douleur est susceptible d'autant de variations que la sensibilité individuelle. Elle est plus vive, toutes choses d'ailleurs égales, lorsque l'injection est faite après le développement de l'inflammation. Voici ce que l'on observe quand l'acuité n'existe pas : l'introduction de l'injection dans le canal ne fait éprouver d'autre douleur que celle d'un liquide froid; puis au bout de quarante à cinquante secondes, la douleur paraît, ordinairement modérée, et telle que les malades la comparent à la sensation que produit le passage de l'urine dans la blennorrhagie aiguë; quelquefois violente et retentissant dans les testicules et le long des cordons; souvent elle paraît à peine perçue. Dans tous les cas d'intensité, elle est de courte durée et descend en cinq ou dix minutes à l'état de sensation très-tolérable.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Sur les reproductions phlogistiques;* par M. Linoli. 2° *Extrait des idées principales de l'ouvrage de Liebig sur la chimie organique appliquée à la physiologie et à la pathologie;* par M. Broglia. 3° *Sur M. Louis et sur sa méthode;* par M. Pignacca. 4° *Cas d'une enfant née vivante avec les signes d'une putréfaction avancée;* par M. Pastorello. (L'enfant ne vécut que deux heures et demie; de plus, on présume que la mère avait usé de quelque moyen pour se faire avorter; enfin, la gangrène n'occupait que la superficie des mains et des pieds; ces trois circonstances enlèvent à l'observation tout caractère de fait extraordinaire.) 5° *Nouvelle méthode d'analyse du sang, principalement à l'usage des cliniciens;* par M. Polli. 6° *Observations nécroscopiques de cas de mort par suite de tétanos traumatique;* par M. Labus. 7° *Note sur l'usage interne des cantharides dans la pneumonie;* par M. Mendini. 8° *Lettre à M. Balardini sur le blé de Turquie comme cause de la pellagre;* par M. Bonetti. (L'auteur cite deux villages d'Italie où la pellagre se comporte d'une manière bien différente et très-propre à éclairer sur la réalité de l'influence qu'on attribue au maïs pour produire cette affection. A Camatta, on ne mange presque que du pain de froment; et le nombre des pellagreux y va toujours croissant; à Chignolo, au contraire, l'usage du maïs comme aliment est très-répandu, et cependant on n'y trouve pas de pellagreux.) 9° *Lettre à M. Fantonetti sur la liqueur fébrifuge de Warburg;* par M. Chiolini. (Une commission nommée par la Faculté de médecine de Pavie pour faire l'analyse de cette liqueur, y a constaté la présence du sulfate de quinine.)

SUR LES REPRODUCTIONS PHLOGISTIQUES; par M. LINOLI.

Le titre de ce travail est tellement général qu'on ne pourrait assurément pas y deviner qu'il s'agit seulement ici d'un point très-restreint d'anatomie pathologique. L'auteur nie que le tissu musculaire puisse participer à l'inflammation. Dans ses recherches, faites, soit sur des malades morts à la suite d'abcès inter-musculaires, soit sur des chiens où un agent irritant avait été à dessein entretenu longtemps en contact avec les muscles, il a toujours vu la fibre charnue baignée de pus, mais intacte et parfaitement saine une fois qu'on l'avait nettoyée.

Partant de ce principe, M. Linoli professe également que la fibre musculaire est incapable de se régénérer. Ce qui en a, dit-il, imposé aux observateurs qui ont soutenu le contraire, c'est que la fibrine ou lymphe plastique qui s'épanche entre les bords d'une solution de continuité y est plus abondante vers le centre qu'aux extrémités. Le tissu de cicatrice forme donc au centre une masse de quelque épaisseur, que l'on pourrait aisément se laisser aller à prendre pour une régénération véritable.

L'auteur pousse encore plus loin les conséquences de cette thèse : appliquant le même principe aux tendons, il admet qu'eux aussi ne sont pas susceptibles de se régénérer, et que si on trouve entre les bouts d'un tendon anciennement divisé une substance qui en reproduit l'apparence, la solidité et les fonctions, ce n'est néanmoins pas un véritable tissu tendineux. Je ne me suis pas, dit-il, contenté, pour le prouver, de rappeler les cas où aucune réunion n'a lieu après la division accidentelle d'un tendon; j'ai aussi fait l'ablation d'une certaine étendue de tendons sur des chiens et des chats, et je n'ai jamais observé que le tendon se régénérât réellement, mais seulement qu'une substance blanche, solide, en prenait la place.

— Ces expériences sont naturellement trop incomplètes ou du moins trop incomplétement narrées pour paraître concluantes. M. Linoli sait sans doute que la substance intermédiaire aux deux bouts d'un tendon divisé n'acquiert qu'à la longue et très-lentement l'apparence et la texture analogues à celles du tissu tendineux. Il sait aussi que la reproduction de cette substance est notablement contrariée toutes les fois que, avec le tendon, sa gaîne s'est trouvée largement divisée, circonstance qui accompagne ordinairement les divisions par cause traumatique. Ces notions, que nous tenions à rappeler, expliquent une partie des conclusions que l'auteur a été conduit à émettre,

contrairement aux principes qui maintenant font loi dans cette branche de la science.

NOUVELLE MÉTHODE D'ANALYSE DU SANG, PRINCIPALEMENT A L'USAGE DES CLINICIENS; par M. POLLI.

Nos lecteurs ont déjà fait, à plusieurs reprises, connaissance avec les intéressantes recherches que M. Polli continue sur l'état du sang dans les diverses maladies. Le travail qu'il publie aujourd'hui a pour but de familiariser encore davantage les praticiens avec la partie matérielle de ces investigations, qui occupent aujourd'hui une si large place parmi les moyens de diagnostic des maladies et de perfectionnement de la médecine.

L'analyse du sang comme élément de diagnostic n'est pas encore vue de bon œil par tous les cliniciens. Les principes organiques qu'elle isole peuvent-ils être regardés comme les mêmes que ceux que ce principe fluide contenait à l'état de vie? En supposant même l'identité parfaite, leur proportion quantitative peut-elle être exactement reconnue dans le laboratoire? Voilà une partie des doutes que l'on oppose encore à l'introduction de la chimie dans le domaine de la pathologie des liquides. Le mode de procédé que M. Polli décrit répond à ces objections; car il donne le moyen de séparer les divers éléments organiques du sang l'un de l'autre avec le moins de risques de les altérer, c'est-à-dire sans l'intervention de corps étrangers qui, formant entre eux des combinaisons, donnent lieu à de nouveaux produits : il fait également découvrir leur quantité proportionnelle avec beaucoup plus de justesse, puisqu'il ne la calcule pas d'après le poids de ces éléments isolés, mais d'après la perte de poids de ceux qui restent dans le sang après la séparation successive de chacun d'eux.

L'analyse chimique du sang qui intéresse principalement le médecin est celle qui lui fait connaître la quantité différente de *fibrine*, d'*albumine*, de *globules* ou *cruor*, de *sels* et *d'eau* que contient un sang donné. Les autres principes plus ou moins connus, qui n'existent qu'accidentellement ou en quantité minime, ont à ses yeux une importance bien secondaire. Non que je veuille par là insinuer que l'analyse complète du sang est un travail superflu et de pure curiosité; mais il n'est pas moins vrai de dire qu'en face des malades, ce que le praticien a surtout besoin de connaître, c'est l'état et la proportion respective de ceux des éléments dont la maladie altère le plus fréquemment les conditions. — Ce qu'il lui importe encore, c'est que le procédé d'analyse soit simple, prompt et donne des résultats facilement comparables; qu'il puisse s'exécuter au lit du malade, sur le sang même qu'on vient d'extraire; qu'il n'exige ni beaucoup de connaissances chimiques, ni un grand nombre d'instruments, ni des manipulations dispendieuses. Or le procédé suivant présente, ce nous semble, tous ces avantages.

La saignée étant faite, on commence par remplir, du sang qui sort, une petite éprouvette, dont on détermine de suite la densité et la température, en y plongeant l'aréomètre et le thermomètre. On a ainsi la *pesanteur spécifique* ou la *densité* du sang avant sa coagulation.

Le sang restant est ensuite mêlé, dans un bassin, à celui qu'a fourni la saignée : immédiatement il faut le battre avec un petit balai jusqu'à ce que toute la fibrine paraisse prise à son extrémité, ou réunie en masse jaunâtre et spumeuse sur le liquide; on recueille cette fibrine avec les mains, et après l'avoir exprimée du sérum dont elle est imprégnée, on remplit de nouveau l'éprouvette du liquide ainsi défibriné, et on explore celui-ci avec l'aréomètre. Si maintenant, en plongeant cette éprouvette dans un bain d'eau chaude, on fait remonter le liquide à la température que présentait le sang au moment de son extraction, on obtiendra de cette manière la densité du sang défibriné, c'est-à-dire du sérum contenant en suspension les globules ou le cruor.

Le sang défibriné est ensuite laissé en repos dans un récipient qui soit convenablement haut et étroit, de manière à ce que le cruor se dépose au fond et que le sérum s'élève clair et limpide à la surface. On décante ce sérum dans l'éprouvette ordinaire, et on l'essaye avec l'aréomètre et le thermomètre comme précédemment, ce qui donne la densité du *sérum*, c'est-à-dire du sang privé de fibrine et de globules.

On finit en faisant coaguler, par la chaleur, le sérum, après l'avoir préalablement étendu d'une quantité déterminée d'eau, afin qu'il puisse fournir assez de liquide pour être exploré après la coagulation, et on le sépare, au moyen d'une toile, des grumeaux d'albumine. En examinant ce liquide avec les instruments accoutumés, on détermine la densité du sérum dépouillé d'albumine, c'est-à-dire la densité qu'a l'eau du sang, chargée des sels et des autres matières organiques qu'elle contient en dissolution. Ce chiffre accuse non-seulement la proportion de l'albumine, que renfermait le sérum; mais encore, en le comparant à celui qui représente la densité de l'eau distillée (zéro de l'aréomètre), on arrive à savoir la quantité des matières salines et organiques qui existaient dissoutes dans le sang.

Il est clair qu'en soustrayant successivement l'un de l'autre les chiffres des diverses densités obtenues, on aura les chiffres proportionnels des quantités de fibrine, de globules, d'albumine, de sels, etc., contenues dans un sang donné. Toutes les analyses qu'on répétera d'après le même plan présenteront donc des résultats parfaitement comparables entre eux.

Toute cette analyse se réduit, on le voit, à la séparation de la fibrine par l'effet du fouettage, à la séparation du cruor d'avec le sérum par la décantation, à la séparation de l'albumine d'avec le sérum par l'ébullition, enfin à quatre explorations aréométriques et thermométriques. L'opération peut se faire en moins d'une heure, avec une éprouvette, un aréomètre, un thermomètre, un récipient, une lampe à esprit-de-vin et un fourneau. Malgré l'extrême simplicité de cet appareil, ainsi que du procédé, ses résultats sont peut-être supérieurs en exactitude à ceux que donne l'analyse chimique la plus minutieuse, parce qu'ici on ne court pas le danger d'altérer les éléments qu'on examine, et, par suite, de se tromper sur leurs proportions, puisqu'on les pèse dans l'état même où ils se trouvent dans le sang, et qu'on les sépare de ce liquide sans l'intervention d'aucun corps étranger.

OBSERVATIONS NÉCROSCOPIQUES DE CAS DE MORT PAR SUITE DE TÉTANOS TRAUMATIQUE; par M. PIETRO LABUS.

Bien souvent déjà, divers auteurs ont essayé à mainte reprise d'assigner pour cause au tétanos traumatique la lésion de l'un des filaments nerveux aboutissant à la plaie; et l'on cite toujours, sous ce rapport, l'observation de Dupuytren qui, à l'autopsie d'un tétanique, trouva, en contact avec le nerf cubital, la mèche du fouet qui avait causé la légère blessure, point de départ de l'affection générale. La conviction n'est cependant rien moins que générale à ce sujet. Tant de fois on a cherché, sans la rencontrer, cette lésion des cordons nerveux; tant d'autres fois, quand elle existait, on a pu l'expliquer très-rationnellement par le travail phlegmasique survenu autour et à quelque distance de la plaie, que les esprits sont devenus plus que défiants relativement à l'existence constante de cette cause dite matérielle. Les observations suivantes de M. Labus ne résolvent sans doute pas la question; mais elles l'éclaireront au moins, ne fût-ce qu'à titre de documents pour la discussion.

FRACTURE DES VERTÈBRES CERVICALES; TÉTANOS; AUTOPSIE.

CAS I. — La dernière cervicale avait son corps fracturé et luxé sur les vertèbres adjacentes supérieure et inférieure; une esquille adhérente au fibro-cartilage intermédiaire faisait saillie à l'intérieur de la cavité rachidienne.

SPINA-VENTOSA AU DOIGT ANNULAIRE INTÉRESSANT L'ARTICULATION DE LA PREMIÈRE AVEC LA SECONDE PHALANGE; TÉTANOS SURVENU SUBITEMENT, SANS CAUSE APPRÉCIABLE, ET AYANT COMMENCÉ PAR DES MUSCLES DU COU; AUTOPSIE.

CAS II. — Le nerf cubital du côté de l'annulaire malade est parsemé, dans le sens longitudinal, de vaisseaux veineux. Les deux nerfs collatéraux du doigt avaient leur névrilème distendu par une substance gélatiniforme d'un blanc jaunâtre; leur volume était du double de celui des nerfs semblables de l'autre main. Le dos du doigt offrait un filament nerveux avec les mêmes altérations, dont l'extrémité se portait directement sur le bord tranchant d'une esquille osseuse placée dans la substance charnue qui remplissait l'intérieur de la tumeur.

ULCÈRE HERPÉTIQUE A LA JAMBE GAUCHE; LE TÉTANOS COMMENÇA PAR DES TREMBLEMENTS DANS LE MEMBRE MALADE; AUTOPSIE.

CAS III. — Un rameau du saphène interne, sain jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ulcère, offrait à ce niveau une tuméfaction, par suite d'un dépôt de matière d'un blanc orangé. Le névrilème, à partir de ce point, était d'une teinte rougeâtre. Contre l'un des bords de l'ulcère, on trouva un petit ganglion, parcouru par deux stries de matière jaune blanchâtre simulant du pus, et que M. Dubini, témoin de l'autopsie, regarde effectivement comme étant du pus.

FRACTURE DU TIERS INFÉRIEUR DE L'HUMÉRUS, COMPLIQUÉE DE PLAIE, AVEC ISSUE DES FRAGMENTS AU DEHORS; TÉTANOS; AUTOPSIE.

CAS IV. — Le fragment supérieur sortait par la plaie; le nerf médian, placé sur ce fragment, offrait, dans l'espace d'un pouce, une teinte jaune rougeâtre, comme résultant d'un vernis jaune rouge étendu sur un fond rouge. Cette altération pénétrait sous tous les névrilèmes particuliers qui enveloppent chacun des filaments dont se compose le tronc du nerf. En examinant un de ces filaments au microscope, on trouva qu'il ressemblait à une sorte de gélatine de couleur orangée, d'une densité et d'une résistance semblables à celle du nerf, et enveloppée dans une gaîne (le névrilème) d'une coloration rougeâtre uniforme. Au-dessus et au-dessous, le nerf reprenait sa texture naturelle. Le radial offrait la même altération dans sa partie qui traversait l'abcès.

NOTES SUR L'USAGE INTERNE DES CANTHARIDES DANS LA PNEUMONIE; par M. MENDINI.

L'auteur ne donne point ce remède comme un spécifique assuré de la pneumonie, ni comme convenant à toutes les variétés de cette maladie, et devant y remplacer tous les autres agents thérapeutiques. Il avertit formellement, au contraire, que l'administration des cantharides ne dispense point des saignées. Chez quelques-uns de ses malades, il les a répétées quatre, six, et jusqu'à dix fois. Il fait aussi remarquer que ce médicament réussit, surtout lorsque l'affection est franchement inflammatoire, la constitution pléthorique, la réaction générale très-prononcée. Dans le cas où une gas-

tro-entérite, ou un état de susceptibilité marquée des premières voies compliquerait l'affection thoracique, il serait contre-indiqué.

Quel est donc l'effet précis des cantharides dans la pneumonie ! M. Mendini pense qu'elles agissent absolument dans le même sens que le tartre stibié, c'est-à-dire comme déprimant, et modérateur de la circulation sanguine. Il n'hésite même pas à déclarer que le pouvoir des antimoniaux, sous ce rapport, est beaucoup moins marqué. Souvent, dit-il, j'ai été forcé de suspendre l'administration des cantharides parce que l'hyposténisation devenait trop forte; parfois même il m'a fallu combattre l'excès de cet état par des moyens stimulants, tels que le laudanum associé à la teinture de cannelle. Mais jamais, sinon une ou deux fois, je n'ai été obligé à de semblables précautions en faisant usage du tartre stibié.

M. Mendini a employé les cantharides dans 70 cas de pneumonie, et cela dans un pays où l'élément inflammatoire est tellement actif que dix ou quinze saignées sont fréquemment nécessaires pour triompher de cette maladie. Dans aucune de ces observations, l'effet ordinaire des cantharides sur le système urinaire n'a été un obstacle à la continuation du remède. Au bout de quarante-huit heures, la douleur et l'ardeur que le malade ressent d'abord aux parties génitales disparaissent, et le priapisme ne subsiste pas au delà du troisième ou quatrième jour. Chez aucun malade, l'auteur n'a vu ces accidents persister après ce terme, bien que l'on n'eût point cessé l'usage des cantharides à la dose ordinaire. Il se trouvait bien, dit-il, pendant les premiers jours, de donner à entendre aux patients que les douleurs qu'ils éprouvaient vers le bassin étaient l'effet du mal qui commençait à descendre par cette voie pour abandonner bientôt le corps. Voici le mode selon lequel M. Mendini administre, en général, le remède :

Prenez : Cantharides entières de 75 centigr. à 1 gramme, faites bouillir dans eau 250 grammes, pour faire une colature à laquelle on ajoute : émulsion d'amandes douces 500 grammes, et mucilage de gomme arabique 180 grammes.

Cette dose doit être prise par intervalles dans les vingt-quatre heures.

— Quelque confiance que doive inspirer et le nom de l'auteur et l'absence complète d'exagération que nous nous sommes plu à signaler dans ses paroles, plus d'un praticien hésitera sans doute avant de se risquer sur ses traces, dans le traitement d'une maladie contre laquelle on possède déjà des moyens aussi sûrs qu'inoffensifs. Ce qui paraît à M. Mendini plaider en faveur du remède augmentera peut-être encore la défiance; et ce sera justement, ainsi qu'il le dit, comme trop efficace qu'on proscrira ce remède. — Nous devons ajouter très-expressément que si quelqu'un voulait se hasarder dans cette voie, il devrait, sous peine des reproches les plus graves, commencer par une dose beaucoup moindre que celle indiquée par l'auteur, et surveiller attentivement le développement des accidents du côté des organes génito-urinaires.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Histoire d'une fièvre pernicieuse nommée par Torti atrabilaire*; par M. Cristofori. 2° *Du purpura hemorrhagica observé dans la Basse-Romagne*; par M. Gamberini. 3° *Arthrite aiguë compliquée d'ischurie (sciatique); efficacité du sulfate de quinine*; par M. Terzi. 4° *Considérations générales sur l'autoplastie en Italie, et en particulier sur un cas d'urétroplastie, ainsi que sur les méthodes et procédés opératoires à employer de préférence dans ce cas*; par M. Chiminelli. (Urétroplastie faite avec succès en disséquant les deux bords cutanés de la fistule et en aidant à leur mutuel rapprochement au moyen d'une incision courbe faite en dehors de celui des deux lambeaux qui prêtait le moins facilement.)

III. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 se composent des articles originaux suivants : 1° *Cas d'évolution artificielle observé dans la Clinique obstétricale de Turin*; par M. Aliprandi. (Une présentation de l'épaule avec issue du bras put être changée par des tractions méthodiques en présentation des fesses. L'enfant était mort, mais à terme et bien développé.) 2° *Cas d'éclampsie à la suite d'une émotion morale excitante chez une femme enceinte de sept mois*; par M. Crispo-Manunta. 3° *Lettre sur la convenance de l'opium dans les phlegmasies*; par M. Silvano. 4° *Résumé historique sur divers cas de maladies observées dans la pratique de M. Cipolina, avec remarques médico-pratiques de l'auteur.* 5° *Histoire d'une névralgie sciatico-crurale périodique sous le type sixte d'abord, puis octave, et d'une névralgie radiale sous le type tierce, guéries par les sels de quinine*; par M. Fiorito. 6° *Mémoire sur le rachitisme*; par M. Sella. (Suite.) 7° *Cas de médiastinite; suivie d'une fièvre pernicieuse dyspnéique-soporeuse*; par M. Belliageri. 8° *Fâcheux effets de la décoction de feuilles de tabac, employée en lavement comme anthelmintique*; par M. Bertini. 9° *Sur un cas d'hypertrophie concentrique volumineuse des deux ventricules du cœur*; par M. Pescetto.

HISTOIRE D'UNE NÉVRALGIE SCIATIQUE CRURALE PÉRIODIQUE SOUS LE TYPE SIXTE D'ABORD, PUIS OCTAVE, ET D'UNE NÉVRALGIE RADIALE SOUS LE TYPE TIERCE, GUÉRIES PAR LES SELS DE QUININE; par M. FIORITO.

Quoique rien ne soit plus commun que les névralgies intermittentes, ainsi que leur prompte guérison par les préparations de quinquina, il y a cependant dans la longueur de l'apyrexie qu'offrirent ces deux cas quelque chose qui les recommande particulièrement à l'attention des cliniciens.

Obs. I. — Une dame de moyen âge, de constitution délicate, avait déjà eu une arthrite, puis une sciatique du côté droit, lorsqu'en décembre 1844 elle fut prise de névralgie dans le membre inférieur du côté opposé. Les accès revenaient constamment entre midi et une heure. Ils furent au nombre de 8, savoir : 4 irréguliers, les 12, 18, 21 et 25 décembre, et 4 sous type simple régulier, les 30 décembre et les 4, 9 et 14 janvier, les jours intermédiaires n'étant troublés par aucun symptôme morbide. Chaque paroxysme était précédé de malaise, d'inquiétude, de dégoût, et commençait par un sentiment d'affaissement, avec sueurs, bâillements, puis abaissement graduel de la température. Après une demi-heure ou une heure de cet état, une douleur atroce envahissait le nerf sciatique à sa sortie du bassin, puis elle s'apaisait et se portait alors avec une égale violence à la partie interne de la cuisse, tantôt occupant simultanément ces deux siéges, tantôt alternant de l'un à l'autre. A cette souffrance, s'ajoutait de l'anhélation et des nausées. A mesure que l'accès s'avançait, la peau prenait une chaleur fébrile. Le pouls serré et fréquent dans le début devenait ensuite plus développé. Au bout de cinq à six heures, la douleur de la cuisse faisait place à une céphalalgie qui tantôt cédait en peu de temps, tantôt durait une grande partie de la nuit. Comme nous l'avons déjà dit, les jours de repos n'offraient aucun phénomène morbide, si ce n'est une soif assez incommode pendant les deux premiers jours qui suivaient l'accès.

Le traitement d'abord employé consista dans l'administration de l'extrait de jusquiame noire, de laitue vireuse, de belladone, de l'extrait gommeux d'opium sans narcotine, de l'acétate de morphine; plus tard, on associa à ces remèdes la valériane et le zinc. Mais les douleurs persistant nonobstant leur continuation, on se décida, après le huitième accès, à donner 24 grains de sulfate de quinine divisés en quatre doses, chacune de 6 grains, dont la malade prit une chacun des jours d'apyrexie; plus 6 autres grains qu'elle prit par prudence le matin du jour où elle craignait le retour d'un accès. A mesure que l'on continuait le médicament, on voyait disparaître un sentiment de faiblesse dans le membre affecté qui, précédemment, existait durant l'intermittence, et en même temps l'appétit revenait.

Le neuvième accès manqua, ou du moins fut remplacé par un seul éclair de douleur qui ne fit que traverser instantanément la cuisse gauche. On persévéra encore quelque temps dans l'usage du sulfate de quinine, et la maladie céda définitivement.

Depuis le milieu de janvier jusqu'en avril 1845, cette malade, bien portante jusque-là, éprouvait une sorte de langueur et de sensibilité dans ce même membre. Le 27 de ce dernier mois, il y avait un nouveau paroxysme de névralgie sciatico-crurale. Il y eut sept accès; les trois premiers, sous type régulier, arrivèrent le 27 avril et les 1 et 6 mai; les quatre derniers, sous type régulier octave, les 13, 20 et 27 mai et le 3 juin. Cette seconde fois, l'accès commençait entre six et huit heures du soir. Les symptômes furent à peu près les mêmes, si ce n'est que la douleur avait moins de violence. Après avoir observé la maladie pendant son accès, on la coupa, comme la première fois, avec le sulfate de quinine administré à une dose un peu plus forte les jours d'apyrexie. Les douleurs disparurent de nouveau; mais on continua une infusion vineuse de quinquina, afin de combattre la débilité, soit locale, soit générale. Aucun accès ne s'est reproduit jusqu'ici.

Obs. II. — Un homme, âgé de 50 ans, de tempérament sanguin nerveux, fut saisi, sans cause appréciable, d'une névralgie radiale de l'avant-bras, périodique sous type tierce. Les accès, qui furent au nombre de six, commençaient de deux à quatre heures de relevée et duraient huit à dix heures. Aucun frisson, aucun phénomène propre au début des accès périodiques ne précédait l'invasion du mal : la région antérieure et externe de l'avant-bras droit devenait alors un peu tuméfiée, et douloureuse au point de désespérer le malheureux patient, dont la moindre pression, le plus léger contact sur la partie affectée exaspéraient les souffrances. Le pouls s'élevait et devenait vibrant et accéléré.

Pendant les jours de relâche, le repos était complet et la santé locale et générale parfaite.

On essaya d'abord les mêmes calmants que dans le cas précédent, mais avec tout aussi peu de succès; les accès se renouvelaient et la douleur ne faisait qu'augmenter. L'auteur donna alors le sous-citrate de quinine à la dose de 24 grains, avec 4 grains d'extrait de jusquiame noire, chacun des jours de l'intermittence qui suivit le sixième paroxysme. Les douleurs s'arrêtèrent dès ce moment, et la continuation du remède assura une guérison définitive.

FACHEUX EFFETS DE LA DÉCOCTION DE FEUILLES DE TABAC, EMPLOYÉE EN LAVEMENT COMME ANTHELMINTIQUE; par M. BERTINI.

Obs.— M. Bertini fut un jour appelé pour visiter une enfant de 4 ans et demi, qu'il trouva dans l'état suivant : agitation extrême, mouvements convulsifs, face pâle et contractée, regard fixe, aspect stupéfait, cris par intervalles, paroles sans suite, pouls lent et petit, sueur froide sur tout le corps, nausées, région épigas-

trique douloureuse à la pression. Interrogeant les parents sur les causes présumées de cette maladie, ceux-ci lui répondirent que leur enfant ayant les digestions troublées depuis quelque temps, ils l'avaient attribué à la présence de vers dans le canal intestinal, et lui avaient en conséquence administré, dans le but d'y remédier et d'après le conseil d'une domestique, un lavement fait avec 6 onces d'eau où ils mirent bouillir un morceau de cigare jusqu'à réduction du liquide jusqu'à moitié environ de son volume. Quelques minutes après avoir pris ce lavement, l'enfant était tombée dans l'état décrit ci-dessus.

Averti de ces circonstances, M. Bertini fit promptement préparer et donner un lavement purgatif; il prescrivit une infusion de café sans sucre, des frictions rudes sur tout le corps, des aspersions froides sur la face, des frictions avec l'éther sulfurique sur les tempes et l'épigastre. Grâce à ce traitement, une amélioration notable des symptômes s'établit graduellement. Dès que la déglutition fut libre, on donna de la limonade en abondance. Deux jours après, la malade était guérie.

M. Bertini prend texte de cette observation pour conseiller aux chirurgiens de se tenir sur leurs gardes quand ils font usage de cette préparation, qui a été vantée par les plus célèbres auteurs comme moyen de provoquer ou de favoriser la réduction des viscères étranglés dans une hernie.

— Il est vrai, effectivement, que ce remède, mal préparé, peut déterminer des accidents très-sérieux; mais les auteurs qui le recommandent ont eu bien soin d'indiquer la manière de prévenir ceux-ci, en formulant exactement la quantité proportionnelle d'eau et de tabac qu'il faut employer quand on veut obtenir une décoction jouissant de propriétés stupéfiantes ou narcotiques, sans avoir d'effets toxiques possibles.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE.

ANTHROPOLOGIE AFRICAINE.

M. Bory-Saint-Vincent présente quelques considérations nouvelles concernant l'anthropologie de l'Afrique française, à l'occasion de la note, communiquée dans la dernière séance par M. Guyon, sur les blancs des Aurès. M. Bory rappelle que, dans une notice qu'il a lue il y a quelque temps sur l'anthropologie africaine, il disait que les hordes vandales et gothes descendues du Nord y vinrent augmenter la confusion et l'hybridité, et que d'elles s'étaient transmises chez certaines tribus de l'intérieur des cheveux blonds, même rouges et jusqu'à des yeux bleus. Les renseignements nouvellement donnés par M. Guyon ne font donc que confirmer ce qui avait été déjà publié. M. Bory présente, comme un nouveau témoignage de cette assertion, quelques-uns des portraits qu'il a fait faire lors de l'expédition de la commission scientifique dont il était président. L'un de ces portraits appartient au type septentrional goth et vandale que tout le monde avait pu reconnaître en Afrique aussi purement conservé chez certaines tribus qu'il l'est dans quelques parties de l'Europe. Les autres portraits sont ceux de divers *chaouias*, gens appartenant à une race mixte, évidement provenue de l'arabe nomade. Ces chaouias sont assez répandus dans nos possessions orientales de l'intérieur, et l'on reconnaît chez eux, dès le premier coup d'œil, les traits adamiques, où les yeux bleus et le poil rouge dénotent un croisement évident avec des peuples du Nord; mais le profil et la maigreur y dénotent la persévérance des caractères de l'homme du désert.

FONCTIONS DU THYMUS.

M. Ripault, médecin à Dijon, offre à l'Académie une brochure publiée en 1840, dans laquelle il émet quelques propositions relatives aux fonctions du thymus. Il signale les rapprochements frappants que présentent ces propositions avec celles qu'a énoncées récemment M. le professeur Simon (de Londres), dans un travail dont M. Flourens rendit compte en juin dernier.

M. Simon avançait, dans ce travail, que la fonction du thymus paraît n'être autre chose qu'une séquestration organisatrice des matières nutritives, action qui aurait une analogie intime avec la formation ordinaire de la graisse. Cette séquestration, ajoutait-il, doit avoir quelque rapport avec la fonction respiratoire, etc.

Telle est l'opinion qui se trouve formulée en termes à peu près analogues dans la brochure de M. Ripault où il est énoncé, entre autres propositions, que « le thymus pourrait bien n'être qu'un organe protecteur pour les deux poumons, pendant la première période de l'existence. »

M. Ripault signale cette coïncidence, moins pour revendiquer un droit de priorité, que pour faire ressortir de ce rapprochement la confirmation des opinions qu'il avançait il y a plusieurs années.

MORT DE L'ENFANT DOUBLE (PHILOMÈNE ET HÉLÈNE).

M. Faucconneau-Dufresne écrit à l'Académie pour lui annoncer que l'enfant double, dont il a été fait mention dans une des séances de juillet dernier, est mort hier soir, Philomène à huit heures et demie, Hélène à dix heures. L'Académie avisera à ce que les pièces de cette nouvelle monstruosité par adhérence de deux individus ne soient pas perdues pour la science.

— M. Arthault adresse un paquet cacheté contenant diverses parties d'un dessin représentant un instrument de lithotritie dont il est l'inventeur. (Voir Gaz. Méd., du 22 février 1845.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

SUITE DES ÉLECTIONS. — NOMINATIONS DES COMMISSIONS.

L'Académie procède au scrutin pour le renouvellement par tiers des membres sortant des commissions permanentes. Il y avait à nommer deux membres pour chacune des commissions des épidémies, des eaux minérales, des remèdes secrets, de vaccine et de topographie médicale, et cinq membres pour le comité de publication.

Voici les noms des membres qui ont été élus pour chacune de ces commissions :

1° Commission des épidémies : MM. Gaultier de Claubry et Dubois d'Amiens.
2° id. des eaux minérales : MM. Lecanu et Bourdon.
3° id. des remèdes secrets : MM. Loiseleur de Longchamps et Bonastre.
4° id. de vaccine : MM. Desportes et Cornac.
5° id. de topographie : MM. Villermé et Jobert.
6° Comité de publication : MM. Bousquet, Bussy, Villeneuve, Barthélemy, Blandin.

A la suite de ces opérations qui ont pris la plus grande partie de la séance, M. Forget a obtenu la parole pour une communication.

PHTHISIE PULMONAIRE; ABCÈS EMPHYSÉMATEUX; FISTULE AÉRIENNE; CAS RARE.

M. Forget, de Strasbourg, donne communication d'un fait très-intéressant, relatif à un sujet phthisique chez lequel il s'était formé aux parois thoraciques, un abcès emphysémateux, contenant un mélange d'air et du pus grumeleux. Le malade ayant succombé, l'autopsie fit reconnaître une carie tuberculeuse des côtes et une fistule établissant une communication entre ce foyer et une vaste caverne tuberculeuse des poumons. C'est le premier cas de ce genre que M. Forget a eu l'occasion d'observer, et il n'en a trouvé aucun exemple dans les traités et recueils sur la matière.

MM. Velpeau et Blandin rapportent plusieurs cas analogues, observés dans leurs services.

M. Forget remercie ces messieurs de lui avoir signalé ces faits qui, n'ayant pas été publiés, n'avaient pu parvenir à sa connaissance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SEPTIÈME SESSION DU CONGRÈS DES SAVANTS ITALIENS, TENUE A NAPLES EN 1845.

L'Italie poursuit avec persévérance les travaux annuels dont chacune de ses grandes villes se dispute tour à tour l'honneur de devenir le siége, et de favoriser le développement. Ces réunions périodiques prennent une place et une influence de plus en plus marquées dans les mœurs de la Péninsule. Depuis sept ans qu'elles se sont fondées, elles n'ont fait que progresser, tant par l'importance des investigations scientifiques qui s'y accomplissent, que par l'apparat dont les gouvernements se plaisent à entourer leurs séances. Tandis que chez nous, la province, presque lassée, voit d'année en année déchoir ces solennités de leur splendeur première, le nombre des savants accourus en 1845, à Naples, de tous les points de l'Europe, ne s'élevait pas à moins de deux mille!... Mais cette différence entre les deux nations incrimine-t-elle notre zèle scientifique, ou doit-elle faire suspecter l'utilité réelle de l'institution elle-même? Non, sans doute; et c'est ailleurs, selon nous, qu'il faudrait chercher la cause de cette diversité. La France possède un centre : l'Italie en compte sept ou huit. — A tort ou à raison, en sciences, comme en matière d'art, rien, parmi nous, n'est apprécié, estimé, consacré que ce qui vient, ou qui, du moins, a reçu sa sanction de Paris. Au delà des Alpes, les foyers de lumière se balancent, se complètent mutuellement. — Ici, la centralisation, fait regrettable peut-être, mais fait incontesté, réserve à un atelier unique la fabrication, sinon des vérités vraies, du moins des vérités acceptées. Là-bas, un principe s'énonce à Gênes, mais il est discuté à Milan, à Venise, contrôlé à Naples, à Turin, etc. On comprend aisément qu'avec une telle organisation, la réunion annuelle de tous les *pouvoirs délibérants* soit peu à peu devenue une nécessité, un besoin sérieux comme moyen de fixer les bases de l'art, de réglementer les découvertes, de donner, en un mot, aux doctrines et aux inventions écloses dans l'année cette souveraine autorité du *consensus unanimus*, que, en France, la capitale a été encouragée à usurper pour son compte propre et exclusif. Scientifiquement parlant, le gouvernement représentatif n'existe que chez nos voisins; aussi font-ils sagement de multiplier et d'encourager autant que possible les sessions de ces pacifiques assemblées législatives.

Les congrès italiens présentent d'ailleurs une organisation parfaite. Ils forment une assemblée savante qui ne diffère des autres que parce qu'elle n'est pas sédentaire et définitive. Cette sorte de constitution est en outre une condition excellente pour l'Italie. En allant de ville en ville, où il est accueilli par la bienveillante protection des souverains, le congrès répand autour de lui l'amour de la science, réveille cette activité qui dort quelquefois parmi les populations italiennes, et prépare pour la belle péninsule un avenir nouvel et brillant.

Le congrès scientifique de Naples a été peut-être le plus brillant de ceux qui se célèbrent depuis quelques années dans la péninsule italienne. Le lieu avait été d'ailleurs bien choisi. Milan, Gênes, Florence, ont des bibliothèques, des musées et des savants; mais Naples a plus que cela. Cette ville présente en effet,

dans ses alentours, de quoi défrayer la curiosité scientifique la plus exigeante. D'un côté du golfe, dans les champs où Virgile plaça son Élysée, sont des ruines pleines d'intérêt pour l'archéologue; du côté opposé, s'élève le Vésuve, que la munificence du roi vient de doter d'un observatoire; et plus loin, dans la même direction, se trouvent Pompéïa, encore à demi submergée par les cendres, et les ruines de Pœstum, qui sont à quelques lieues de l'ancienne ville médicale de Salerne. Aussi le concours a été grand. Aucun des grands noms dont s'honore la science en Italie ne manquait à ce rendez-vous. Dans la section de zoologie, on comptait le prince Lucien Bonaparte et le professeur Delle Chiaje; dans la section de chimie, les professeurs Taddei, Piria, Calamaï; dans celle des mathématiques, Orioli et Libri, de l'Institut; dans la chirurgie, De Horatici, Santoro, Zannetti; et dans la section de médecine, Buffalini, Vulpes, Rucinotti, Giacomini, Panizza, Lanza, etc. Tommasini, le Nestor de la médecine italienne, manquait seul; son âge et ses infirmités l'avaient empêché de porter au congrès le tribut de sa longue expérience et de son grand savoir.

Les journaux italiens de l'année ne tarissent pas en éloges sur la munificence, l'empressement, l'urbanité dont le roi de Naples a fait preuve envers les membres de ce septième congrès. Lui-même a assisté à la séance d'ouverture, et a prononcé quelques paroles de bienveillance et d'encouragement : à peine finissait-il que l'assemblée entière s'est levée battant des mains et dans un enthousiasme tel, qu'on a voulu conserver, par une lithographie, le souvenir de cette scène touchante. Immédiatement après, les diverses sections se sont constituées par la nomination de présidents, vice-présidents et secrétaires; puis elles se sont occupées de leurs travaux respectifs chacune dans un local particulier.

SECTION DE MÉDECINE.

Commençons par les travaux de la section de médecine. Constituée le 20 septembre, elle a élu pour son président M. le prof. Vinc. Lanza, vice-président M. Trompeo, et secrétaires MM. Salvatore de Reazi et Odoardo Turchetti, tous noms honorablement distingués dans la presse, l'enseignement et l'administration supérieure. C'est le 22 septembre qu'ont commencé les lectures et discussions. Nous donnerons seulement ici l'analyse de ceux des mémoires présentés qui, par le fond même du sujet, ont plus particulièrement captivé l'attention de l'assemblée.

DES RAPPORTS DE LA MATIÈRE COLORANTE DU SANG AVEC LA MATIÈRE COLORANTE JAUNE DE LA BILE; par M. POLLI.

Cet auteur, dont la GAZETTE MÉDICALE a plusieurs fois déjà fait connaître les intéressantes recherches touchant la pathologie humorale, a lu sur cette question un mémoire étendu. Il part de deux ordres de considérations : la première est la dégradation de couleur que prend le sang épanché dans le cas de contusion, passant successivement du rouge noir au violet, puis au vert et au jaune; la seconde est la coloration d'abord jaune, puis verte, puis violette, et enfin noire, que la bile subit dans quelques circonstances pathologiques. Ces faits ayant porté M. Polli à soupçonner l'identité de l'hématosine et du principe colorant jaune de la bile, il se mit à la recherche d'un caractère chimique qui pût à la fois différencier ces deux substances l'une de l'autre, et leur être commun à toutes deux. Or, ce caractère, il le trouva dans le fer, dont il constata la présence dans la bile, dans la sérosité sanguine et dans l'urine des ictériques. Il mit l'hématosine en rapport avec les agents chimiques désoxydants, et put observer qu'à mesure qu'elle perdait de l'oxygène, elle se colorait successivement en violet, puis en vert, puis en jaune. Réciproquement, ayant essayé la matière jaune de la bile avec les réactifs propres à oxygéner, il put noter des gradations inverses dans le changement de couleur de cette substance, qui, de jaune, devint verte, violette, et enfin noire.

Ainsi, les deux principes colorants sont identiques en nature; seulement celui du sang est au maximum et celui de la bile au minimum d'oxygénation. Ils pourraient donc se changer l'un dans l'autre sous l'empire de l'influence vitale, comme ils le font dans le laboratoire du chimiste. Plusieurs observations de pathologie, faits absolument empiriques, viennent confirmer cette présomption. Parmi les plus remarquables on peut citer : l'ictère des nouveau-nés, coïncidant chez eux avec l'hypérémie de la peau; l'expectoration jaune qui, dans la pneumonie, suit fréquemment l'expectoration sanguine; le flux bilieux verdâtre qui sort par l'anus ou par la bouche dans quelques irritations des intestins ou du foie; la couleur pâle de l'urine chez les anémiques où les globules sanguins font défaut; la rougeur de l'urine chez les sujets pléthoriques dont le sang est très-riche en globules; les ictères partiels, ceux qui sont spasmodiques, ceux qui tiennent à une cause délétère, à la morsure d'un animal, etc., cas dans lesquels on voyait autrefois une altération bilieuse, et que M. Polli explique par la désoxygénation, ou par l'hyperoxygénation du principe jaune de la bile.

Ces diverses espèces d'ictère sont entièrement différentes de celles qui tiennent à une altération décidée du foie, ou à la diffusion dans l'économie des éléments de la bile. Dans ces dernières (et c'est là la conséquence pratique de ce travail) on peut saigner; mais, lorsqu'il s'agit des autres genres d'ictère, la saignée serait dangereuse, puisqu'il y a alors défaut de quantité des globules sanguins. L'auteur incline à penser que l'administration de corps oxygénés, tels que le peroxyde de manganèse et de fer, l'eau oxygénée, les boissons aiguisées avec l'acide nitrique, serait plus avantageuse, ou du moins se montrerait rationnellement indiquée dans ces cas.

SUR LE MEILLEUR MODE DE PRÉPARATION DES GRAINES DE RICIN; par M. PAROLA.

L'huile de ricin est un purgatif d'une action très-incertaine; elle s'altère facilement; souvent aussi elle provoque le vomissement au lieu d'amener des évacuations alvines. Ces défauts ne sont point évités par le sirop, ni l'émulsion de ricin, qu'ont proposés MM. Mialhe et Nardo. M. Parola, fondé sur des recherches chimiques et sur des observations cliniques nombreuses, considère l'extrait et la teinture éthérée, mais surtout la teinture alcoolique, comme les deux préparations les plus sûres et les plus efficaces des graines de ricin. Des expérimentations qu'il a répétées sur lui-même et sur plusieurs malades et convalescents il ressort :

1° Que la teinture éthérée, ainsi que l'alcoolique, ont une action purgative quatre fois plus forte que l'huile obtenue par expression, et qu'elles ne sont ni plus émétiques ni plus irritantes que l'huile ordinaire;

2° Que ces nouvelles préparations demeurent inaltérables pendant un très-long temps, quel que soit le climat ou la saison;

3° Que le principe extractif éthéro-alcoolique possède une faculté purgative comparativement moindre que la lie ou pulpe de laquelle on le retire; ce qui prouve qu'elle renferme encore un autre principe, qui est insoluble, soit dans l'alcool, soit dans l'éther;

4° L'avantage de ces nouveaux médicaments, de n'être pas émétiques, s'explique aisément si l'on considère que, n'ayant pas besoin d'être pris en grande quantité, ils ne chargent pas l'estomac et ne le sollicitent point à se contracter pour les rejeter.

SUR LA PELLAGRE; par M. CAR. AMPELIO CALDERINI.

Ce n'est pas un mémoire isolé qu'a lu M. Calderini. Les considérations qui suivent émanent d'une commission permanente, nommée lors du sixième congrès tenu à Milan, pour étudier les causes et rechercher le remède de cette maladie épidémique. Aussi l'origine de ce travail, non moins que l'autorité de celui qui l'a signé comme rapporteur, en font-ils un des documents les plus propres à éclairer l'importante question dont la solution commence aussi à préoccuper vivement les esprits en France. C'est là pour nous un pressant motif de reproduire aussi fidèlement que possible les conclusions dans lesquelles il se résume.

Malgré tout son zèle, la commission permanente, loin de présenter cette année un travail complet et définitif, n'a pu en quelque sorte qu'aborder cette question, qui est d'un intérêt aussi vital pour toutes les populations d'Italie. Aussi recommande-t-elle aux médecins qui lui enverront des mémoires sur ce sujet beaucoup de sobriété dans les déductions, et une attention scrupuleuse à observer les phénomènes qui précèdent, compliquent et suivent le développement de la pellagre. Obligée d'analyser tant d'opinions bizarres et confuses, de fouiller dans plus de mille volumes, elle croit avoir rendu un service en dégageant avant tout de ce chaos quelques propositions dont l'exactitude est maintenant à peu près unanimement reconnue par tous les juges compétents. Tels sont les points suivants.

La commission regarde comme parfaitement démontrée, de quelque façon qu'on veuille l'expliquer, l'origine héréditaire de la pellagre, ainsi que l'influence de l'insolation sur la production de l'érithème cutané. Quant à la cause des désordres internes qui accompagnent la maladie, elle se comprend aisément par l'altération des viscères chylopoïétiques.

La commission de Milan place encore parmi les points de doctrine actuellement incontestables l'influence qu'a sur le développement du mal une alimentation pauvre en principes réparateurs, les boissons altérées ou peu spiritueuses, une nourriture composée de substances capables de se gâter comme le maïs récolté avant sa maturité ou par un temps pluvieux. L'action délétère de ces aliments de mauvaise qualité est surtout prononcée sur les personnes qui en font un usage suivi et prolongé; il est sûr et positif que là est la principale cause prédisposante à l'affection pellagreuse dont l'exanthème cutané n'est qu'une des graves et nombreuses manifestations. Ceci est d'autant plus certain que, d'après l'avis de tous les praticiens judicieux, le premier, le plus efficace, le *seul* traitement curatif de la pellagre (du moins à ses premières périodes) consiste dans une nourriture saine, animale, substantielle, dans l'usage habituel du lait et du vin.

Par l'organe de son rapporteur, la commission permanente rappelle encore que cet ordre de faits étiologiques concorde admirablement avec les conditions et prédispositions individuelles, puisqu'il est d'observation que toutes ces causes anti-hygiéniques opèrent bien plus promptement lorsqu'elles agissent sur des sujets faibles naturellement, ou exténués par les fatigues, ou convalescents.

DU NITRATE DE POTASSE CONTRE LE SCORBUT DE TERRE; par M. NOVELLIS.

L'auteur vante les bons effets de ce médicament administré en commençant par la dose d'un scrupule (12 décigrammes) dans les vingt-quatre heures. Il préfère ce sel aux préparations chalybées; mais avertit cependant que l'usage du nitrate de potasse produit des résultats beaucoup plus prompts quand on y joint une alimentation végétale.

DE LA CENTAURINE; par M. GENNARO GALANI.

L'extraction d'une nouvelle substance organique est sans contredit une conquête précieuse pour la science, surtout lorsque l'expérience a prouvé que ce produit peut être utile dans quelques maladies. M. le professeur Galani, après avoir éprouvé l'efficacité de la petite centaurée contre les affections périodiques, chercha dans cette plante une préparation capable d'être substituée au quinquina et à ses dérivés. La *centaurine* a justifié les espérances qu'il en avait conçues. (Nous regrettons de ne trouver dans le texte aucun détail de plus sur l'extraction, sur les propriétés et le mode d'administration de ce nouveau produit.)

LIQUIDE LITHONTRIPTIQUE; par M. SEMENTINI.

Ce médecin, honorable doyen des chimistes de Naples, dit avoir observé qu'on peut dissoudre un calcul dans la vessie de l'homme vivant, au moyen d'un liquide légèrement acidulé avec l'acide chlorhydrique et mêlé à une petite portion d'acide sulfurique. Cette injection, ajoute-t-il, ne cause aucune irritation au patient, même lorsque l'affection calculeuse est compliquée de catarrhe vésical.

DE LA CHORÉE ÉLECTRIQUE; par M. DUBINI.

Sous cette dénomination, M. Dubini décrit une maladie qu'il a observée trente-huit fois, et sur laquelle il n'a trouvé aucune indication dans les auteurs. Ses principaux phénomènes consistent en secousses fortes se succédant à intervalles déterminés, précédées par de la chaleur à la peau et une accélération du pouls simulant la fièvre, capables de laisser à leur suite un état paralytique des membres. C'est la rapidité extrême de ces secousses qui a conduit l'auteur à nommer la maladie *chorée électrique*. Elles occupent le plus souvent une partie isolée, communément un côté seulement du corps, et sont entièrement indépendantes de la volonté. La maladie s'accompagne toujours de tristes pressentiments, même chez les individus les plus jeunes et les plus courageux; et effectivement, sur 38 cas, M. Dubini n'a vu que deux guérisons. Ses causes les plus ordinaires sont une frayeur, ou la présence de vers. Pendant l'accès, la faculté de parler est abolie, mais l'intelligence persiste: la langue se tuméfie, la déglutition devient difficile, et souvent une attaque d'apoplexie termine la scène. A l'autopsie, on reconnaît la présence de vers dans l'intestin; on trouve des tubercules dans les poumons, un épanchement séreux sous les méninges, et la substance cérébrale pointillée. Mais aucune de ces altérations n'est constante et ne peut être regardée comme cause de l'affection. Le cautère, les narcotiques et les saignées n'ont aucun résultat avantageux entre les mains de M. Dubini. Les seuls médicaments qui lui aient paru produire quelque effet favorable (autant du moins qu'il est permis d'en juger d'après l'issue de la maladie) sont les frictions mercurielles, les préparations de zinc, la valériane et l'arnica. Mais il avoue franchement que les preuves manquent pour lui permettre d'affirmer positivement la réalité de leur influence bienfaisante. — Il faut ajouter, pour ce qui regarde le diagnostic, que, selon M. Dubini, la chorée électrique ne s'accompagne jamais de fièvre, et se distingue nettement par ce caractère du typhus tétanique et des fièvres pernicieuses.

SUR L'AUSCULTATION; par M. LANZA.

Ce travail abonde surtout en vues générales sur les services que rend l'auscultation, et sur la méthode à suivre pour tirer le meilleur et le plus sûr parti possible de ce précieux moyen de diagnostic. Depuis Laennec, dit l'auteur, l'auscultation n'a pas réalisé de progrès bien signalés. Parmi les causes qui ont rendu stationnaire cette partie de la science, on doit compter l'importance trop exclusive accordée aux signes stétoscopiques, l'oubli non moins irrationnel fait par quelques médecins de ces mêmes signes, l'habitude de ne pas tenir suffisamment compte des phénomènes vitaux dans les maladies thoraciques, enfin les hypothèses plus ou moins gratuites que l'illustre inventeur français a trop souvent mêlées aux faits d'observation pour l'explication des bruits pathologiques. Selon M. Lanza, si l'on veut élever cette branche des études médicales au rang qu'elle peut atteindre, il faut conserver comme un précieux dépôt l'ensemble de notions recueillies par Laennec, mais recommencer l'édifice par les fondements, et créer, en faisant concorder les signes physiques et vitaux, une physiologie exacte des résonnances naturelles du corps humain.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, EN 1845.

1° DE LA MORT APPARENTE, par M. CLAUDE CARRÉ. (Thèse présentée et soutenue le 29 août 1845.)

Malgré la grave autorité de Louis, qui a cherché, dans ses lettres célèbres, à établir la certitude des signes de la mort, l'expérience a démontré l'insuffisance de chacun de ces signes, sauf un seul: la *putréfaction*. L'absence de la respiration et de la circulation, l'absence de la contractilité et de la sensibilité, le refroidissement général, le facies hippocratique, la sueur froide de tout le corps, les vergétures, le relâchement des sphincters, l'aplatissement des parties du corps sur lesquelles le cadavre a été couché, la mollesse et la flaccidité des yeux, le défaut de transparence de la main, la roideur cadavérique, la sortie des matières alimentaires par la bouche: tous ces signes, réunis ou isolés, peuvent se présenter chez un individu frappé seulement de mort apparente. Sans doute leur réunion complète, intégrale, hors le cas de mort réelle, est extrêmement rare; sans doute quelques-uns d'entre eux ont, même isolément, une si triste signification, qu'ils équivalent presque à un arrêt de mort. Mais, en si grave matière, la plus rare des exceptions a un prix infini; nous dirons plus, elle doit peser autant que la règle dans la conduite du médecin, des personnes préposées à la garde des corps et surtout dans les règlements d'administration publique. C'est ici ou jamais le cas d'appliquer l'axiome: *Melius anceps quàm nullum*. La chance de succès fût-elle de un sur mille, sur dix mille, sur cent mille, toute précaution, toute mesure propre à la réaliser, devient un devoir.

M. Carré se livre à une analyse détaillée des signes de la mort, en se fondant à la fois sur l'opinion des auteurs les plus accrédités et sur sa propre expérience; il arrive à cette conclusion: « L'on peut obtenir une *présomption* par un grand nombre de signes; une *probabilité* par la réunion de quelques-uns très-importants comme la mollesse et la flaccidité des yeux et surtout la rigidité dite cadavérique; enfin une *certitude absolue* par la putréfaction. »

La conséquence immédiate de ceci, est que, si l'on veut être absolument sûr de n'enterrer qu'un cadavre, l'inhumation doit avoir lieu seulement *après un commencement de putréfaction*. C'est à faire passer cette conséquence dans la pratique administrative que s'applique M. Carré: les développements dans lesquels il entre à ce sujet forment, plus que les développements scientifiques, le côté intéressant et original de sa thèse.

Il commence par relever dans les auteurs un grand nombre de faits, en général puisés à des sources authentiques, et propres à démontrer expérimentalement le caractère insidieux de la plupart des prétendus signes de la mort. L'asphyxie, la syncope, le coma, l'apoplexie y fournissent tour à tour leur contingent d'inhumations précipitées. Dans cette histoire de résurrections, une pétition adressée à la chambre des députés par M. Leguerne, et sur laquelle M. Genty de Bussy a fait un rapport le 17 février 1845, joue un très-grand rôle. Cet honorable citoyen avait eu connaissance de six inhumations de ce genre en moins de huit mois! « Depuis 1833, ajoute-t-il, il y a eu, à ma connaissance seulement, quarante-six cas d'enterrements plus ou moins précipités. *Vingt et un* individus se sont réveillés d'eux-mêmes au moment où on allait les porter en terre; neuf, par suite des soins que leur prodigua une trop rare tendresse; quatre par suite de la chute du cercueil; deux par suite de suffocation dans le cercueil; trois par suite de piqûres faites en épinglant le linceuil; sept par suite de retards non calculés dans la cérémonie des funérailles. Et le décès de tous ces citoyens avait été officiellement constaté! » Or, si l'on songe à la masse de décès enregistrée chaque jour; si l'on remarque, d'un autre côté, que le hasard seul amène la découverte de l'erreur on se demande, non sans effroi, combien de victimes la terre a pu ainsi engloutir vivantes et sans retour. Suivant un calcul de M. Cochut, à Paris seulement, pendant la période de 1830 à 1840, la moyenne des décès a été de 25,000 par année. En divisant 365 jours ou 525,600 minutes par 25,000, on trouve un peu plus de 21 minutes; c'est-à-dire qu'à Paris, toutes les 21 minutes, une existence s'éteint. Quelle chance ouverte à la plus funeste des erreurs!

L'auteur qui, après Winslow, a le mieux démontré l'incertitude des signes de mort autres que la putréfaction, Bruhier (Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort, 1742), demandait qu'aucune inhumation ne fût autorisée avant la putréfaction commençante, et sans la constatation de la réalité de la mort par un chirurgien. En attendant, les corps devaient rester dans la maison mortuaire. Or, on comprend sans peine les inconvénients et même le danger d'une mesure qui, à Paris, au train dont vont les décès, établirait en permanence, au centre d'une population agglomérée, une soixantaine au moins de centres d'infection. Pour prévenir ce danger, Thierry proposa en 1787, dans son livre: *de la Vie de l'Homme respectée et défendue dans ses derniers moments*, l'établissement de *dépôts mortuaires*, consacrés à l'expectation, à l'observation des personnes réputées mortes. M. Carré reprend cette proposition, en y ajoutant quelques développements. Ainsi, dans les grandes villes, des surveillants, versés dans l'art de guérir, seraient attachés à ces dépôts; dans les petites localités, les plus pauvres pourraient, au pis-aller, surveiller leurs parents jusqu'à ce que les personnes les plus éclairées de l'endroit, *forcées par les lois d'acquérir les connaissances nécessaires*, ainsi les prêtres ou les autorités, déclarassent, d'après la putréfaction, *signe si facile à reconnaître* que l'inhumation peut avoir lieu.

Il n'est pas hors de propos de faire remarquer ici aux esprits peu enclins à la nouveauté que l'adoption de ce projet, plus ou moins modifié, serait un retour aux usages de l'antiquité, et une imitation d'un usage en vigueur aujourd'hui dans un pays voisin. Moïse prescrivait de garder les cadavres *pendant trois jours*. Cette pratique était également suivie à Athènes. Les Romains prodiguaient *pendant sept jours* des soins de toute sorte aux corps offrant les apparences de la mort. Aujourd'hui, en Allemagne, les protestants n'enterrent leurs cadavres qu'après trois jours révolus, et il n'y a pas longtemps que, dans une partie de cette contrée (nous ne savons plus laquelle), un règlement d'administration publique a prescrit de pratiquer une incision à la plante du pied avant de procéder à l'inhumation. On trouve dans Julia-Fontenelle (*Recherches médico-légales sur l'incertitude des signes de la mort*, 1834). des détails intéressants sur les *maisons mortuaires d'Allemagne* (*vitæ dubiæ asyla*), dont la première a été fondée en 1790, à Weimar, sur les sollicitations d'Hufeland, et qui se sont multipliées depuis sur tout le territoire allemand.

2° DES CAUSES DE LA MORT APRÈS LA CYSTOTOMIE PÉRINÉALE; par M. HENRI MEURGEY (28 août 1845).

Ce titre n'est relatif qu'à une des parties de la thèse de M. Murgey, et de cette partie même, nous ne voulons signaler qu'un seul point. Est-ce à dire que le reste du travail ne mérite pas un sérieux examen? Non, certes, et nous nous plaisons à reconnaître que c'est là une des meilleures thèses présentées depuis longtemps à la Faculté de Paris. La question des causes

de la mort, après la cystotomie périnéale, est traitée avec une connaissance approfondie du sujet, une érudition très-étendue et une grande justesse d'appréciation. Cependant l'auteur y met rarement du sien; la plupart des faits et des idées, il les emprunte aux différents écrivains. Son œuvre est une œuvre de compilation, mais de compilation intelligente et raisonnée; une *dissertation*, dans le sens rigoureux du mot, où les acquisitions actuelles de la science sont mises en présence et évaluées comparativement.

Nous avions besoin de faire ressortir le caractère général de ce travail pour nous justifier de ne nous attacher qu'à l'une des remarques dont il abonde. C'est que cette remarque appartient en propre à l'auteur et a de l'importance dans la pratique. Elle est relative à une disposition anatomique qu'il a plusieurs fois rencontrée, de concert avec M. Demarquay. L'artère obturatrice, issue de l'épigastrique, donnait une artère qui, enveloppée dans l'aponévrose périnéale supérieure, se portait sur le côté correspondant de la prostate. De là, continuant son trajet, elle formait avec une artère vésicale une anse anastomotique qui comprenait t ut l'espace situé entre le trou ovalaire et l'artère hypogastrique. Parfois une branche, qui semblait faire suite à l'artère vésicale, se portait en avant, passait sous le ligament sous-pubien, et formait l'artère dorsale de la verge. Dans un cas, l'anse anastomotique, après avoir rampé dans les lames de l'aponévrose supérieure, pénétrait dans la prostate qu'elle alimentait.

De telles variétés anatomiques entraîneraient nécessairement la blessure de la dorsale de la verge dans les tailles de Joubert et de Thompson. Dans les tailles *latéralisées*, la lésion de l'artère dorsale sera encore inévitable et suivie d'hémorrhagie mortelle quand elle rampera dans l'épaisseur de la prostate, comme dans le cas remarquable observé par John Shaw (Bull. de Férussac, t. 7) chez un homme vigoureux et replet, mort quinze jours après l'opération. La honteuse interne et l'artère transverse étaient intactes, mais un vaisseau artériel assez considérable, né de la honteuse interne et de la fin de l'hypogastrique, traversait la prostate, passait sous l'arcade pubienne, et se continuait sur le dos de la verge. C'est *dans la prostate même* que ce vaisseau anormal avait été ouvert. Shaw a, du reste, observé plusieurs fois cette disposition de l'artère dorsale traversant la prostate, et il pense qu'elle n'est pas très-rare. Vesale, Bauhin, Winslow, Haller l'ont décrite comme normale, et voici ce que dit sur ce point Tiedmann dans ses *Tabulæ arteriarum : « Similem casum observavi in utroque latere viri viginti octo annorum, necnon in puero. Burns hunc casum quater vidit semper in maribus. »*

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

I. MÉDECINE LÉGALE.

AFFAIRE DES DENTISTES. — QUESTION DE PRINCIPE.

L'art du dentiste constitue-t-il une branche de l'art de guérir? Les dispositions prohibitives de la loi de ventôse an XI contre toute personne qui exerce illégalement une branche quelconque de l'art de guérir, sont-elles applicables aux dentistes qui exercent leur art sans diplôme? — Telles sont les questions sur lesquelles le tribunal correctionnel de la Seine a eu récemment à se prononcer à l'occasion de l'action intentée par des médecins et chirurgiens dentistes de Paris contre les sieurs Williams Rogers, Paul Simon, Aimé et Eugène Rubeck. Nous avons reproduit dans un de nos précédents numéros la citation de la partie civile et le jugement du tribunal qui est intervenu. Avant d'apprécier l'esprit et la portée de ce jugement, rappelons en peu de mots l'état de la législation actuelle sur ce point et les diverses interprétations dont elle a été l'objet dans les débats.

Antérieurement à la législation actuelle l'exercice de l'art du dentiste était réglementé par une ordonnance royale. Par lettres patentes de 1768 il fut créé des experts-dentistes auxquels furent exclusivement réservés les soins et opérations de la bouche, qui jusque-là avaient été abandonnés, ainsi que la petite chirurgie, aux barbiers. Ces lettres-patentes spécifiaient les épreuves auxquelles seraient désormais soumis les experts-dentistes, les conditions de leur admission, les limites de leurs droits et de leurs attributions, etc.

Cette ordonnance, qui établissait nettement la position des dentistes, cessa d'avoir force de loi, ainsi que toute la législation concernant l'exercice de la médecine, devant le fatal décret de 1792 qui ouvrit à tout venant toutes les branches de l'art de guérir.

La loi du 19 ventôse an XI, en faisant cesser cet état précaire, rétablit sur de nouvelles bases l'exercice légal et régulier de toutes les parties de la médecine. Mais, par une omission singulière et dont il serait difficile de rechercher le véritable motif, cette loi ne fait aucune mention des *dentistes*. Il résulterait donc de cette omission, qu'en s'en tenant rigoureusement au texte de la loi actuellement en vigueur, la profession de dentiste serait livrée, sans condition ni garantie, à qui voudrait l'exercer. Mais de ce que le mot de *dentiste* ne se trouve point dans le texte de la loi, faut-il en conclure que la chose n'existe point et que le principe en vertu duquel elle a existé et s'est perpétuée jusqu'à ce jour soit sans valeur? Il y a à considérer ici une question de fait, une question de principe et une question de droit.

La question de fait se réduit aux termes les plus simples : existe-t-il ou non un art du dentiste? Cet art exige-t-il des connaissances et des études spéciales? La question de principe découle naturellement de celle-ci. S'il est vrai que le dentiste exécute sur l'homme des opérations ayant pour objet et pour but le traitement et la guérison d'organes spéciaux, opérations qui rentrent naturellement dans le domaine de la chirurgie; s'il est vrai que la manœuvre de ces opérations et les soins divers que réclament les dents exigent et supposent des connaissances anatomiques sur l'organisation et la texture de ces organes, des connaissances physiologiques sur leur mode de formation et de développement, des connaissances médicales sur la nature des lésions dont ils peuvent être le siége, sur les causes de ces lésions, leurs effets sur l'économie et les relations pathologiques qui existent entre l'état des dents et celui des divers systèmes organiques, peut-on mettre un instant en question les garanties qu'exige l'exercice d'une semblable profession? Le fait et le principe avaient été également reconnus et consacrés par les législateurs du dernier siècle lorsqu'ils créèrent des experts-dentistes et qu'ils en exigèrent des garanties relatives aux limites des attributions qui leur furent assignées. Les choses auraient-elles changé depuis? Les dentistes d'aujourd'hui ne pratiqueraient-ils plus les opérations que pratiquaient ceux du siècle dernier? Les garanties de savoir et d'expérience qui furent jugées nécessaires alors auraient-elles cessé d'être exigibles de nos jours? Loin de là, l'art du dentiste, comme toutes les branches spéciales qui se rattachent à la chirurgie, a fait des progrès depuis cette époque : les procédés se sont perfectionnés, et s'il est vrai de dire que parmi ces procédés il en est quelques-uns qui semblent être du ressort des arts mécaniques, on ne peut méconnaître que le plus grand nombre rentre dans le domaine de la chirurgie, et que quelques-uns constituent même des procédés opératoires qui ne sont pas toujours ni les plus simples, ni les plus faciles de la pratique chirurgicale. Les chirurgiens le plus haut placés dans la hiérarchie ont pensé ainsi lorsqu'ils n'ont pas dédaigné de consacrer, soit dans leurs livres, soit dans leur enseignement, de longs développements aux maladies des dents et aux moyens thérapeutiques qu'elles réclament.

Il ne saurait donc être élevé le moindre doute à l'égard du fait et du principe. Ajoutons qu'abstraction faite des dispositions de l'ancienne législation qui l'avaient légalement sanctionné, le principe est depuis longtemps consacré par l'usage, qui lui aussi fait loi, puisque la grande majorité des personnes qui se destinent à la pratique de cette branche de l'art viennent demander à nos facultés et aux jurys institués des titres et une sanction que le texte de la loi semblerait ne pas leur imposer.

Mais si la question de principe n'est pas discutable, en est-il de même pour la question de droit? Les solutions diverses que la magistrature a données à différentes époques à cette question, prouvent suffisamment que l'opinion des magistrats n'est pas fixée sur ce point. Rappelons en peu de mots le texte et les motifs des divers arrêts qui ont été rendus sur cette matière.

A partir de la promulgation de la loi du 19 ventôse an XI, pendant un long cours d'années, la question, à ce qu'il paraît, ne se présenta pas devant les tribunaux; mais en 1827, le tribunal de police correctionnelle de Limoges ayant eu à prononcer sur le sort de la veuve d'un dentiste citée à la requête du ministère public pour se voir appliquer les peines que prononce l'article 15 de la loi du 19 ventôse an XI contre les individus qui exercent l'art de guérir sans en avoir obtenu l'autorisation, le tribunal ne voyant qu'une simple contravention dans le fait reproché à la prévenue, se déclara incompétent et renvoya le ministère public à se pourvoir devant la simple police.

Sur l'appel interjeté par le procureur général, ce jugement fut réformé, quant à la compétence, et il fut statué, quant au fond, que la prévenue serait renvoyée de l'action intentée contre elle, par le motif que le fait pour lequel elle était poursuivie ne rentrait dans aucune des dispositions pénales en vigueur.

Sur le pourvoi formé contre cet arrêt, intervint un troisième arrêt de la cour de cassation, dont voici la teneur :

« Attendu que si l'art. 1er de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, porte que nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, ni obtenir le droit d'exercer l'art de guérir sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la même loi, il résulte de son art. 3 que ces dispositions n'étaient applicables qu'aux docteurs en médecine et aux chirurgiens reçus par les anciennes Facultés de médecine et de chirurgie

et les communautés de chirurgie, et en ayant obtenu le droit d'exercer l'art de guérir; qu'il suit de l'art. 126 des lettres-patentes du roi, portant règlement pour le collége de chirurgie de Paris, du mois de mai 1768, que si ceux qui ne voulaient s'appliquer qu'à la cure des dents étaient tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir au collége de chirurgie, c'était seulement en qualité d'experts et non comme membres en chirurgie ou agrégés du collége des maîtres!

» Qu'aux termes de l'art. 129, il était fait défense auxdits experts, à peine de 300 livres d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie hors celle pour laquelle ils avaient été reçus et de prendre sur leur enseigne, placards, affiches ou billets, la qualité de chirurgien, sous peine de 100 livres d'amende, et qu'ils n'avaient que la faculté de prendre celle d'experts-dentistes;

» Qu'il résulte du rapprochement de ces lois que les personnes qui veulent ne s'appliquer qu'à la cure des dents ne sont point comprises dans les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, puisque ces dispositions ne concernent que ceux qui avaient obtenu ou qui désiraient obtenir le droit d'exercer l'art de guérir dans son intégrité, et que, selon l'art. 25 de cette loi, tous les individus auxquels elles sont applicables acquièrent le droit d'exercer la médecine et la chirurgie, avec cette seule restriction portée par l'art. 29, que les officiers de santé ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur; qu'en cet état la législation de la Cour royale de Limoges, après avoir constaté en fait que la dame X... exerçait exclusivement la profession de dentiste, qu'elle ne prenait que cette qualité sur ses billets ou adresses, et même qu'elle y déclarait formellement qu'elle ne se livrait à l'exercice ni de la médecine ni de la chirurgie, a pu, sans violer les lois, déclarer qu'elle n'était passible d'aucune peine pour n'être munie d'aucun diplôme, certificat ou lettre de réception;

» Attendu, d'ailleurs, que l'arrêt est régulier en sa forme, la Cour, d'après ces motifs et vidant le délibéré, rejette le pourvoi du procureur général près la Cour royale de Limoges. »

Nous avons cité cet arrêt, parce qu'il constitue un précédent d'une haute importance dans la question, et qu'il a été invoqué devant la sixième chambre, et qu'il le serait sans nul doute encore, si l'affaire arrivait devant d'autres juridictions. Personne n'ignore, en effet, de quel poids pèsent, dans la décision des juges, les arrêts de la Cour de cassation. Aussi ne saurait-on trop s'attacher à en peser et apprécier les motifs.

On sait avec quelle sobriété et quelle réserve les magistrats doivent entrer dans la voie des interprétations. Cependant, dans une circonstance pareille, où la loi se tait, appliquer purement et simplement le texte, c'eût été implicitement méconnaître un fait existant au vu et su de tout le monde; c'était placer une profession entière en dehors du droit commun, et la soustraire à toute juridiction. Il était donc indispensable de donner une interprétation à ce silence; et la preuve que la Cour de cassation l'a entendu ainsi, c'est que, définissant le sens des attributions du dentiste, et commentant l'esprit de la loi de ventôse an XI et celui des lettres patentes de 1768, elle en concluait que les dentistes n'appartenant à aucune des trois professions de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, les dispositions de la loi de ventôse an XI ne pouvaient leur être appliquées.

Il est évident que cette interprétation, qui est peut-être la plus conforme à l'esprit de la loi, car on ne peut que difficilement supposer que le silence qu'elle a gardé à l'égard des dentistes ne soit que le fait d'une simple omission, il est évident, disons-nous, que cette interprétation repose sur une fausse appréciation des faits, qu'elle constitue une erreur matérielle. C'est ainsi que l'ont pensé les juges de la sixième chambre, en interprétant d'une manière toute différente le silence de la loi. Mais est-ce à dire que la chose soit jugée maintenant, et qu'il n'y ait plus qu'à s'en rapporter désormais au jugement que vient de rendre le tribunal correctionnel? Loin de là : tout porte à croire, au contraire, que les parties ne s'en tiendront pas à cette décision. L'affaire sera probablement portée devant les juridictions supérieures; et si elle arrive devant la Cour suprême, il est fort douteux que la Cour prononce aujourd'hui autrement qu'elle l'a fait en 1827; et les choses retomberont dès lors dans le chaos où les a laissées la loi de l'an XI.

La conclusion de tout ceci, c'est que, dans l'état actuel de la législation, la profession des dentistes n'est ni spécifiée ni garantie. On ne peut méconnaître cependant que l'art du dentiste ne soit une branche spéciale de l'art de guérir, et qu'à ce titre il n'exige des garanties et vis-à-vis de ceux qui l'exercent, et vis-à-vis du public, qui en invoque les secours. C'est là un fait qui déborde le droit, et que la législation future doit s'attacher à y faire rentrer.

AVORTEMENT PROVOQUÉ PAR L'INJECTION D'UNE SUBSTANCE IRRITANTE DANS LE VAGIN; MORT DE LA MÈRE.

Dans le courant du mois de juillet dernier, le commissaire de police du canton Sud de la ville de Strasbourg fut informé qu'une nommée Pauline M..., repasseuse, venait de décéder, et que tous les symptômes de sa maladie annonçaient qu'elle avait succombé à la suite de l'emploi de remèdes abortifs. L'autopsie cadavérique, à laquelle on procéda aussitôt, vint pleinement confirmer ce qui n'avait été jusque-là qu'à l'état de soupçon. Les hommes de l'art, chargés de l'opération, constatèrent une inflammation du bas-ventre avec ulcération profonde: la gangrène avait fait de tels progrès, que les intestins eux-mêmes en avaient été atteints. Ces désordres, d'après le rapport, étaient le résultat de l'action d'une substance irritante et corrosive, qui avait été injectée par le vagin. Tout portait donc à croire que la mort de la fille M... était la conséquence d'un avortement artificiellement provoqué.

L'information judiciaire confirma ces présomptions.

M. le docteur Gerhardt, qui avait donné ses soins à la fille M..., témoigna que dès ses premières visites il crut remarquer des symptômes qui décelaient l'emploi de manœuvres criminelles pratiquées dans le but de provoquer un avortement. Il recueillit de la bouche de la victime qu'une femme H... lui avait administré des substances qui lui firent éprouver immédiatement de vives douleurs, et que rentrée chez elle, elle fut forcée de se mettre aussitôt au lit; le lendemain elle était délivrée, et quelques jours après elle succomba.

On ne put savoir de quelle substance la femme H. s'était servie pour provoquer l'avortement; mais il était suffisamment établi que c'était à cette substance, que l'on pouvait seulement présumer de nature corrosive, qu'était due la mort de la fille M... — En conséquence les charges des témoins ne laissant aucun doute sur la culpabilité de la femme H..., la cour prononça contre elle la peine de dix années de réclusion et de l'exposition publique.

Ce fait, bien qu'incomplet par l'ignorance où l'on est resté relativement à la nature de la substance injectée, n'en est pas moins utile à signaler comme exemple d'un mode particulier d'avortement qui doit fixer l'attention des experts.

II. TOXICOLOGIE.

Pendant le cours de la dernière session, les diverses cours d'assises du royaume ont eu à juger plusieurs affaires d'empoisonnement, dans lesquelles la justice a dû invoquer les lumières de la science. Parmi ces affaires, il en est deux qui méritent plus particulièrement d'appeler l'attention des médecins par l'importance des questions médico-légales qu'elles ont soulevées: il s'agit de deux cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC. — QUESTIONS DIVERSES RELATIVES A LA RECHERCHE DU POISON DANS LES TISSUS.

Dans le premier cas, l'expertise ayant constaté la présence simultanée de l'arsenic et de l'antimoine dans les tissus, il s'agissait de déterminer quelle avait été l'origine du mélange de ces deux substances, et de rechercher si, dans les circonstances qui avaient amené la présence de l'antimoine dans le corps de la victime, il n'y aurait pas eu des motifs suffisants de croire que la présence de l'arsenic avait une autre origine que celle qui était établie par l'accusation.

Deux mots seulement sur les circonstances principales de la cause :

Non loin de la commune de Normanville, vivaient, à peu de distance les uns des autres, les époux Foucaux et les époux Brument. A la suite d'une altercation suscitée par des relations coupables qui s'étaient établies entre Brument et la femme Foucaux, le mari de cette dernière et la femme Brument périrent, à quelques jours de distance l'un de l'autre, avec tous les symptômes d'un empoisonnement.

L'exhumation des deux cadavres ayant été ordonnée, l'analyse chimique, à laquelle furent soumis les intestins, donna de part et d'autre un résultat semblable. On y découvrit de l'arsenic et de l'antimoine, mais le premier en proportion beaucoup plus grande que le second. Les experts, en rendant compte du résultat de leurs recherches, qui ne laissaient d'ailleurs aucun doute dans leur esprit sur l'existence d'un double empoisonnement, manifestèrent l'étonnement que leur avait causé la présence simultanée de ces deux substances, d'autant que les médecins appelés à donner leurs soins aux victimes déclaraient n'avoir fait usage, pendant tout le cours de leur traitement, d'aucune préparation antimoniale. Mais la suite des débats ayant établi que les deux accusés avaient administré, à plusieurs reprises, la médecine Leroy aux deux victimes, à l'insu des médecins (1), les experts n'hésitèrent pas à trouver dans ce fait l'explication du mélange qui avait d'abord causé leur surprise. Toutefois la révélation de cette circonstance fournit un texte à une série de questions auxquelles les experts eurent à répondre, et notamment à celle-ci : — Les préparations antimoniales ne renferment-elles point de l'arsenic? et dans le cas de l'affirmative, l'arsenic trouvé dans les deux victimes ne pouvait-il pas provenir de cette source?

Dans l'espèce, la réponse n'était pas douteuse. La médecine Leroy, qui se

(1) Il existe, dans les campagnes, un préjugé qui consiste à croire que la médecine Leroy a la propriété de faire disparaître les traces de l'empoisonnement.

compose uniquement d'antimoine, de séné et de vin blanc, ne renferme aucune trace d'arsenic. En fait, l'arsenic entre pour quelques minimes portions dans la plupart des antimoines; mais il est expressément enjoint aux pharmaciens de rechercher, avant de le livrer au commerce ou de le faire entrer dans une préparation pharmaceutique quelconque, la quantité d'arsenic que peut contenir chaque espèce d'antimoine. En supposant d'ailleurs que l'antimoine qui entre dans la composition de la médecine Leroy contînt de l'arsenic, cette substance n'eût été qu'en très-minime portion par rapport à la quantité d'antimoine, tandis que l'analyse avait fait trouver, au contraire, une très-grande quantité d'arsenic et très-peu d'antimoine.

Il résultait donc de ces déclarations que l'empoisonnement ne pouvait être mis en question. Le rapport des médecins appelés à donner leurs soins aux victimes, et de ceux qui avaient procédé à l'autopsie, concordait d'ailleurs de tous points avec la déclaration des experts.

Parmi les nombreuses questions qu'ont soulevées les débats, et dont la plupart ont reçu une solution parfaitement conforme à ce qui est actuellement établi dans la science, nous ferons remarquer seulement la circonstance du mélange de l'arsenic et de l'antimoine, circonstance assez rare pour que la surprise qu'elle causa aux experts n'ait cessé qu'après qu'on leur eut appris que les deux victimes avaient pris un médicament contenant de l'antimoine. Il est à regretter, à cause même de la rareté du fait, que le compte rendu des débats n'ait pas fait mention des caractères mixtes que devaient présenter les taches obtenues par l'appareil de Marsh. Cette circonstance pouvant se reproduire encore, lors d'événements semblables, soit que les individus empoisonnés par l'acide arsénieux aient été traités par l'émétique, soit que, dans l'idée criminelle de faire disparaître les traces de l'empoisonnement, on ait eu recours au moyen dont se sont servis les accusés, il serait utile que l'attention des médecins et des chimistes fût parfaitement fixée sur les caractères mixtes des taches arsénico-antimoniales, et qu'à l'occasion les experts fissent connaître et ressortir avec détail la valeur de ces caractères.

Une circonstance non moins importante et qui ne paraît pas avoir fixé l'attention des experts dans cette affaire, c'est la différence de temps que met à s'effectuer l'élimination des deux substances en question. M. Orfila a établi, par des expériences comparatives, que l'élimination des composés antimoniaux est beaucoup plus rapide que celle de l'acide arsénieux. Or, ne pourrait-il pas arriver que ces deux substances, ayant été ingérées en quantités égales, l'analyse décelant au bout d'un temps donné des quantités moindres d'antimoine que d'arsenic, on ne fût conduit, en ignorance de ce fait, à des conclusions contraires à la vérité. On conçoit l'importance que pourrait avoir une semblable méprise dans des circonstances déterminées. Nous soumettons ce fait à l'appréciation des toxicologistes.

— Le second cas est relatif à une femme accusée d'avoir voulu se défaire par le poison de son mari épileptique. Dans ce cas l'arsenic fut retrouvé dans les liquides que contenait l'estomac de la victime; mais par le fait d'une omission de la part des personnes préposées aux premières opérations de l'instruction, les recherches destinées à déceler la présence du poison dans les tissus ne furent point faites. Cette circonstance fut considérée comme constituant une insuffisance de preuves, et les experts, tout en reconnaissant que l'arsenic trouvé dans l'estomac était en quantités telles qu'il leur paraissait incroyable qu'il n'eût point été ingéré dans une intention criminelle, déclarèrent néanmoins ne pouvoir se prononcer sur la réalité de l'empoisonnement, s'appuyant, disaient-ils, sur ce que la science enseigne que pour que l'arsenic ait été une cause évidente de mort, il faut qu'il ait été retrouvé localisé dans les organes. Le défenseur de l'accusée prenant acte de la réserve des experts et saisissant la circonstance de la maladie épileptique, mit les experts et le jury au défi de se prononcer sur la cause de la mort. Ce système de défense triompha, et bien que les charges morales les plus graves pesassent sur l'accusée, le jury rendit un verdict d'acquittement.

Cette affaire soulève une question médico-légale de la plus haute gravité. Est-il vrai que la constatation de la présence de l'arsenic dans les tissus soit une condition rigoureuse, indispensable pour la démonstration d'un empoisonnement? Faisant abstraction de la cause, où peut-être les preuves morales du crime n'étaient pas suffisantes, pour étendre le principe à toute la série de faits analogues qui pourraient se présenter: de ce que, dans un cas donné où la démonstration de la culpabilité reposerait tout entière sur la démonstration médico-légale de l'empoisonnement, on n'aurait pas procédé à l'analyse des viscères, ou bien de ce que cette analyse ayant été faite, on n'en eût point obtenu des résultat positifs, la présence de l'arsenic étant constatée d'ailleurs dans les matières de l'estomac, comme dans l'espèce, serait-on admis à conclure rigoureusement que l'empoisonnement n'est pas démontré? Cette question, qui, d'après les experts, semblerait devoir être résolue par l'affirmative, ne nous paraît pas avoir été envisagée par eux sous son véritable point de vue. En effet, ne peut-il pas arriver de deux choses l'une: ou que l'arsenic ingéré en une seule fois et en quantité considérable ait produit immédiatement une violente inflammation de la muqueuse gastro-intestinale dans laquelle son action se serait en quelque sorte épuisée, et dans ce cas on n'en retrouverait dans les viscères que des quantités très-minimes et sans proportion aucune avec la quantité de poison ingérée; ou bien que l'arsenic ayant été donné à doses faibles et successives ait été absorbé au fur et à mesure sans produire d'action locale sur la muqueuse digestive; et dans ce cas, la mort ne survenant qu'au bout d'un temps assez long, ne pourra-t-il pas se faire encore que l'acide arsénieux ait été éliminé en totalité ou au moins en assez grande partie pour que l'analyse des viscères soit impuissante à en révéler l'existence? Dans le premier cas les viscères ne contiendront point d'arsenic, parce qu'il n'aura point été absorbé, du moins en quantité suffisante pour que l'analyse le puisse découvrir; dans le second cas ils n'en contiendront plus parce qu'il aura été éliminé, et dans les deux cas cependant l'empoisonnement n'en aura pas moins été constant. Ce serait donc une doctrine beaucoup trop absolue, ce nous semble, et qui pourrait être souvent prise au dépourvu, que celle qui tendrait à ne faire admettre comme preuve d'un empoisonnement que la présence de l'arsenic dans les tissus.

D'un autre côté, il est évident que la présence seule de l'arsenic dans l'estomac ne saurait constituer une preuve suffisante de l'empoisonnement, si à cette circonstance ne se joignent soit l'observation des symptômes caractéristiques de l'empoisonnement pendant la vie, soit les traces manifestes d'une inflammation gastro-intestinale après la mort; car ne pourrait-il pas arriver que, dans l'intention de faire planer sur une personne innocente les soupçons d'un crime imaginaire, on eût ingéré une solution arsenicale dans l'estomac d'un cadavre? Qui oserait, devant une pareille éventualité, affirmer qu'il y a eu empoisonnement, sur le seul indice de la présence de l'arsenic dans les liquides de l'estomac? Mais si ce premier indice étant acquis, il est démontré en même temps que les symptômes observés pendant la vie et les désordres révélés par l'autopsie sont ceux que l'on voit ordinairement dans un empoisonnement, sera-t-il indispensable, pour se prononcer, que l'on ait retrouvé l'arsenic dans les tissus? Nous ne pensons pas qu'on puisse admettre un système aussi absolu. La constatation de l'arsenic est, dans ce cas, un supplément de preuve de la plus grande importance sans doute, tellement importante qu'à elle seule elle suffit pour constater l'empoisonnement, mais cette preuve n'est pas toujours indispensable, car elle peut manquer dans l'une des circonstances qui viennent d'être spécifiées, bien qu'il ne puisse raisonnablement subsister aucun doute sur la réalité de l'empoisonnement.

Ce que nous venons de dire de l'arsenic s'applique *à fortiori* à d'autres poisons, dont la constatation dans les tissus de l'économie est beaucoup plus difficile à acquérir, soit que l'absorption en soit moins facile, l'élimination plus prompte et plus complète, ou que leur action s'épuise sur les tissus avec lesquels ils sont mis en contact, comme cela a lieu, par exemple, dans l'empoisonnement par les acides ou par les substances corrosives, dont l'analyse est impuissante à déceler les moindres traces, ainsi que cela a été reconnu tout récemment encore dans une affaire d'empoisonnement par l'acide sulfurique.

TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT PAR L'ÆNANTHE CROCATA.

Le nommé P..., meunier, accusa sa femme, dont la conduite était déréglée, d'avoir commis sur lui une tentative d'empoisonnement à l'aide de la racine d'ænanthe, en faisant entrer de cette racine dans sa soupe; mais il fut mis en garde contre les suites de cette tentative, parce que cette racine n'était pas cuite et qu'elle était très-âcre. P..., en déposant sa plainte, remit au juge d'instruction des racines semblables à celle qui aurait été introduite dans sa soupe. Ces racines furent soumises à l'examen de MM. Malaguti, Pontalié et Toulmouche. M. Toulmouche déclara devant la Cour que les racines examinées par les experts étaient celles de l'ænanthe crocata, de la famille des ombellifères; que cette plante est classée parmi les poisons narcotico-âcres, et que cette racine, d'après les expériences de divers toxicologistes, notamment de Walton et de M. Orfila, peut donner la mort en deux ou trois heures (1).

Par suite de cette déclaration, la femme P... fut condamnée à dix ans de travaux forcés.

COLORATION DES GENCIVES SOUS L'INFLUENCE DE L'INTOXICATION PAR LE PLOMB. — VALEUR ET SIGNIFICATION DE CE SYMPTÔME.

On sait que plusieurs médecins ont appelé l'attention sur la coloration

(1) On peut consulter sur le même sujet l'observation très-intéressante consignée par le docteur Bossey, dans LONDON MEDICAL GAZETTE, où il s'agit de vingt et un condamnés qui, ayant pris cette plante pour du céleri, s'en nourrirent et éprouvèrent aussitôt de violentes convulsions, auxquelles plusieurs d'entre eux succombèrent en moins d'une heure. (V. GAZ. MÉDIC. du 5 octobre 1844.)

particulière que présentent les gencives des ouvriers cérusiers atteints de colique saturnine. M. Henry Burton, dans une note reproduite dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, a signalé de nouveau ce symptôme comme constant chez toutes les personnes qui ont absorbé du plomb, et il a cherché à en donner l'explication.

Ce phénomène, dit le médecin anglais, diffère totalement de celui qui indique la présence du mercure dans l'économie, ou de celui qui s'observe dans le scorbut, et jamais on ne le voit dans d'autres circonstances que dans celle où le malade a été soumis pendant longtemps à l'action de l'oxyde de plomb. En cherchant à vérifier la valeur de ce signe, M. Burton a pu le produire à volonté sur 52 malades, par l'usage interne de l'acétate de plomb. Jamais aucun d'eux n'avait été atteint ni de coliques ni de paralysie saturnine; aussi le cercle bleuâtre des gencives est pour lui une preuve infaillible de la présence du plomb dans l'économie. Dans les cas où les signes des maladies saturnines laissent quelque ambiguïté dans leur diagnostic, l'examen de la bouche lèvera toute incertitude. Dans 6 des 52 cas cités, le cercle bleuâtre a précédé les autres symptômes de l'absorption du plomb, et dès lors l'acétate de pl mb a été supprimé. Dans 2 de ces 6 cas, des coliques ont suivi l'apparition du premier symptôme; dans les quatre autres, rien de semblable n'a été observé. M. Burton, en examinant la bouche de beaucoup d'ouvriers des manufactures de plomb, a trouvé sur quelques-uns d'entre eux le cercle noirâtre des gencives, sans d'autre symptômes de maladie saturnine, tandis que jamais il n'a rencontré une de ces dernières sur des maladies qui n'offraient point le cercle bleuâtre : il en conclut que celui-ci précède toujours les autres symptômes.

III. POLICE MÉDICALE ET HYGIÈNE PUBLIQUE.

RESPONSABILITÉ. — MÉDECIN MIS EN CAUSE POUR FAIT DE PRATIQUE RÉGULIÈRE.

Nous empruntons au JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE de Montpellier les détails d'un procès fort curieux et probablement sans exemple, lequel a été intenté à un des praticiens les plus honorables de cette ville.

Un magistrat, appartenant à la Cour royale, avait pour médecin de sa famille M. Batigne, qui s'est acquis depuis longtemps des titres recommandables, tant dans l'enseignement que dans la pratique. La femme de ce magistrat a succombé à une longue maladie, pendant laquelle elle avait reçu les soins de ce médecin. Par suite d'une résolution que l'excès de la douleur peut seul expliquer, cette mort a donné lieu à un procès qui a vivement occupé l'attention publique. On jugera du caractère de cet étrange procès par la relation textuelle de la citation qui a appelé M. Batigne devant le tribunal de police correctionnelle.

« Attendu que, comme médecin ayant la confiance entière du plaignant et de sa famille, il a été appelé seul et a soigné madame J.... durant la maladie qui l'a conduite au tombeau; attendu que ce funeste événement ne peut être attribué qu'à l'imprudence et l'inattention les plus condamnables dudit Batigne; qu'en effet il n'ignorait pas qu'au mois de mars, ayant fait sevrer à madame J.... la jeune enfant, âgée alors de 7 mois, qu'elle nourrissait, les douleurs qu'elle ressentait provenaient uniquement du lait, et non d'un prétendu rhumatisme dont il l'a traitée; attendu qu'en se trompant aussi grossièrement, et persistant dans son fatal système, il mit bientôt les jours de madame J.... en très-grand danger; attendu que, pour empêcher que sa lourde faute fût connue, il a laissé le plaignant dans l'ignorance la plus complète de l'état de son épouse, lui disant, au contraire, tous les jours et à tous les siens, qu'il y avait du mieux chez madame J...., et qu'il obtiendrait sa guérison, langage qu'il leur a constamment tenu jusqu'au jour de sa mort; attendu que, par ces moyens, il a sciemment privé le plaignant d'avoir recours aux lumières et à l'expérience d'autres médecins, qui, appelés à temps, eussent trouvé des remèdes efficaces pour guérir madame J....; il a enfin privé ladite dame des consolations de la religion; attendu, d'autre part, que tandis que ledit M. Batigne, abusant de l'aveugle et fatale confiance du plaignant et des siens, les maintenait dans la fausse espérance de la guérison de madame J...., par un calcul machiavélique et inqualifiable, sachant bien le résultat funeste que son incurie devait amener, il répandait et faisait répandre dans le public le bruit que madame J.... était atteinte d'un cancer, maladie incurable; attendu qu'il a répandu ce bruit non-seulement à Montpellier, mais dans d'autres localités, notamment Mèze, Clermont, etc., siége principal de l'avoir du plaignant et de ses enfants; attendu que ces assertions fausses et mensongères, par lesquelles M. Batigne mettait sa responsabilité à couvert dans le public, portent un préjudice énorme au plaignant et à ses enfants, auxquels on pourra reprocher un jour la prétendue maladie dont leur mère serait morte; attendu que tous ces faits constituent de la part dudit M. Batigne : 1° le délit prévu par l'article 319 du Code pénal; 2° le délit de diffamation, qualifié par l'article 13 de la loi du 17 mai 1819, et 378 du Code pénal : en conséquence, s'entendre condamner aux peines portées par la loi, et à payer au requérant tels dommages qui seront arbitrés par le tribunal, et aux dépens, le tout avec la contrainte par corps, et voir ordonner l'affiche et l'insertion du jugement à intervenir dans tels journaux et à tel nombre d'exemplaires qui seront déterminés par la justice. »

Les faits révélés à l'audience, loin de confirmer les assertions contenues dans la citation, ont établi au contraire, ce qui n'avait pu faire l'objet d'aucun doute pour les personnes qui connaissent cet honorable praticien, que M. Batigne avait scrupuleusement rempli tous les devoirs, et plus que les devoirs de sa profession. Il est resté constant en effet :

1° Que depuis neuf ans que M. Batigne était attaché à la famille J...., en qualité de médecin, il n'a jamais accepté d'honoraires.

2° Que M. Batigne a averti les parents de la gravité et de l'état désespéré de la patiente, tout cela en temps utile.

3° Qu'un honorable professeur de la Faculté, appelé en consultation, a approuvé tout ce qui avait été fait. Le traitement exécuté ultérieurement a été le résultat de cette délibérati n. Les deux médecins en ont surveillé l'administration pendant les trente derniers jours de la maladie.

4° Que, durant le cours de ces événements et après leur accomplissement, M. Batigne s'est tenu soigneusement en deçà des limites qu'il aurait pu dépasser sans encourir le moindre reproche d'indiscrétion.

On apprendra avec satisfaction que le plaignant a été débouté, par le tribunal, de toutes ses prétentions. Appel a été interjeté par la partie plaignante. Nous ferons connaître le résultat de l'appel.

SUR LA COLORATION DES BONBONS.

A cette époque où les congratulations de renouvellement d'année se traduisent si souvent, dans les familles, en petites friandises coloriées et enjolivées de mille manières, afin de flatter à la fois le goût et la vue des enfants, il n'est pas superflu de rappeler l'attention sur les accidents auxquels cet usage peut donner lieu, et sur les mesures de police hygiénique qu'il réclame. On sait en effet qu'à plusieurs époques des accidents graves ayant été occasionnés par l'usage des bonbons coloriés, l'administration fit procéder à des recherches qui eurent pour résultat de faire connaître qu'un certain nombre de ces sucreries étaient coloriées avec de l'*arsénite de cuivre*, avec de la *gomme gutte*, du *vermillon*, du *chromate de plomb*, du *minium*, etc. Ces révélations firent adopter par l'administration des mesures sévères pour empêcher à l'avenir la reproduction de pareils faits. Une ordonnance de police, rendue le 10 décembre 1830, sur un rapport du conseil de salubrité du département de la Seine, défend l'emploi de toutes les substances minérales pour le coloriage des bonbons et pastilles. Pour assurer l'exécution de cette ordonnance, il fut institué ultérieurement un système de mesures consistant à faire visiter les magasins et ateliers où l'on prépare ces sucreries, et à faire analyser par des membres du conseil de salubrité les substances employées.

Ces excellentes mesures ont porté leur fruit; mais comme dans toutes les meilleures choses on ne saurait tout prévoir, malgré tout le zèle que le conseil de salubrité a apporté dans l'exécution de ces utiles fonctions, quelques abus nouveaux ont été signalés, quelques accidents se sont encore produits, dont les causes échappaient aux prévisions de l'ordonnance de 1830. Cette ordonnance, en proscrivant l'emploi des substances minérales, exceptait de la proscription le *bleu de Prusse* pur, c'est-à-dire ne contenant pas de cuivre. Mais le bleu de Prusse était souvent livré au commerce à l'état de sophistication; il a pu arriver que les confiseurs, tout en croyant se conformer strictement aux règlements de police, aient introduit dans leurs produits des substances nuisibles. Il en est de même pour le carmin, qui se trouve compris dans la catégorie des substances permises, et qui contient souvent du minium ou du vermillon. M. Chevallier signalait l'année dernière, à pareille époque, une fraude consistant à livrer, pour de l'*outremer factice*, substance inoffensive, un mélange toxique formé de 60 pour 100 d'outremer, et de 40 pour 100 de *cendres bleues*, carbonate de cuivre.

Une autre source de danger était signalée encore tout récemment par un journal; c'est l'usage où sont les confiseurs de se servir, comme moyen de support des bonbons montés, de fils métalliques en cuivre ou en laiton. Ces fils s'oxydant avec une grande facilité par leur contact avec le sucre ou la pâte des bonbons plus ou moins hygrométriques, peuvent, en effet, devenir une cause d'accidents. Il en est de même des papiers blancs lissés ou coloriés dans lesquels on coule les sucreries.

Malgré les sages prescriptions des ordonnances actuellement en vigueur, il y a encore, comme on le voit, de nombreux motifs de sollicitude qui réclament un surcroît de précautions et de surveillance. On ne saurait donc trop, chaque année, à l'époque où il se fait une si grande consommation de bonbons et de sucreries, appeler par toutes les voies possibles l'attention de l'administration sur les dangers qui pourraient résulter des manœuvres frauduleuses ou de l'inexpérience des confiseurs dans la confection et la vente de ces objets.

VARIÉTÉS.

— Le conseil municipal de Paris vient de voter 5 millions pour l'hôpital Louis-Philippe, qui doit être construit dans les anciens terrains de Saint-Lazare, entre le faubourg Poissonnière et le faubourg Saint-Martin.

— La Société de Médecine de Marseille avait mis au concours la question suivante :

« Déterminer, d'après l'expérience et l'observation, quel est le pouvoir de la nature du traitement des maladies aiguës, et quel est celui de l'art dans la guérison des maladies chroniques? »

Le prix, qui était une médaille d'or de 400 fr., a été décerné en séance publique, le 16 novembre 1845, à M. Joseph-Casimir Smith, de Varsovie, réfugié polonais, résidant à Bendfeld (Bas-Rhin); une première mention honorable à M. Charles Gerand, de Gray (Haute-Saône); une deuxième à M. Gaillard, professeur à l'école de médecine de Poitiers.

La Société propose maintenant la question suivante :

« Quelles sont les ressources que la flore médicale indigène présente aux médecins des campagnes? »

Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues, et cependant bien constatées par leur propre expérience ou par l'expérience populaire, des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appellent l'attention des praticiens.

Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires en même temps que les noms scientifiques de ces plantes, et les localités où elles croissent.

Les mémoires devront être envoyés au docteur Beuil, secrétaire général de la Société, rue du Baignoir, 32, avant le 1er juillet 1847.

Le prix sera une médaille d'or de 300 fr.

— PRIX DE VACCINE. Le prix, de la valeur de 1,500 fr., est partagé entre :

MM.

Lafage, officier de santé, à Mont-de-Marsan.	Penant, médecin, à Vervins.
	Serez, idem, à Argelès.

Il est accordé des médailles d'or à :

MM.

Renault, médecin, à Alençon.	Eudes, idem, à Bayeux.
Raynaud fils, idem, à Montauban.	Graziani, offic. de santé, à Saint-Andrea.

Médailles d'argent à :

MM.

Adde-Margras (de Nancy), méd., à Paris.	Goissaud, officier de santé, à Sorgues.
Avisard, idem, à Coulommiers.	Goupil, docteur-médecin, à Nemours.
Bayard, doct.-méd. à Circy-sur-Blaize.	Grandjean, idem, à Bar-le-Duc.
Berrens, chirurgien, à Montignay.	Hervy, idem, à Domfront.
Blanc, pharmacien, à Pradelles.	Hullin, idem, à Mortagne.
Bleynie, docteur-médecin, à Limoges.	Labissière, idem, à Tulle.
Bonnafous, idem, à Mauriac.	Lafforre, idem, à Oloron.
Bonnans, idem, à Chabannes.	Laforet, id., à De Lavit de Laumagne.
Bonnarine, officier de santé, à Plessé.	Lassus, idem, à Castel-Sarrazin.
Bonny-Pellieux, D.-M., à Beaugency.	Lebourlier, idem, à Avranches.
Broustra, idem, à Sore.	Lefiblec, idem, à Loguivy-Plougrat.
Brun-Séchaud, idem, à Chalus.	Lemenuet, officier de santé, à Saint-Lô.
Bulloz, idem, à Besançon.	Lesaing, docteur-méd., à Blamont.
Calsat, idem, à Entraignes.	Lezelleux, chirurgien, à Poullaouen.
Chau, of. de santé, à Montmirail.	Litschgi, doct.-méd., à Molsheim.
Chapuy, idem, à Champagny.	Macqueron, of. de s., à Huchenneville.
Charrier, D.-M., à Chailly-les-Marais.	Maillet (Mad.), sage-femme, à Favouet.
Charropin, idem, à Pons.	Marcollay, of. de santé, à Montcontant.
Chauveau (Mad), sage-fem., à Guérigny.	Mareschal, docteur-médecin, à Fumay.
Chêne, officier de santé, à Allone.	Martenet, idem, à Poutailler.
Clermont, idem, à Clermont-Ferrand.	Martin, idem, à Saint-Bonnet.
Cogoreux, doct.-méd., à Montauban.	Medyski, idem, à Marseille.
Colin, idem, à Vagney.	Méliet, of. de santé, à Saint-Arnould.
Convers, officier de santé, à La Javie.	Messant, idem, à Aigurande.
Coti, idem, à Ajaccio.	Milhet, doct.-méd., à Saint-Wast.
Décazis, chirurgien, à Brussac.	Montécot, idem, à Langres.
Deffis, docteur-médecin, à Morlaas.	Penchinat, idem, à Port-Vendres.
Denizart (Mad.), sage-fem. à St-Quentin.	Picard, idem, à Louviers.
Desmée, officier de santé, à Chinon.	Piffard, idem, à Brignolles.
Droulin, idem, à St-Pierre-sur-Dives.	Piffon, idem, à Lesparre.
Duburgua (J.), D.-M., à Castel-Jaloux.	Pisson, idem, à Crèvecœur.
Duchâtel-Coquet (Mad.), s.-f., à Ardes.	Poumeau, of. de santé, à Chasseneuil.
Dumont, officier de santé, à Labas.	Pourcelot, doct.-méd., à Chaumont.
Dupin, docteur-médecin, à Bagnols.	Poussié père, idem, à Marvejols.
Ducret, idem, à Nuits.	Prevost (Mad.), sage-femme, à Bourges.
Emelin, idem, à Ebreuil.	Renaud, docteur-médecin, à Loches.
Erhoul, officier de santé, à St-Broladre.	Renaud (Mad.), sage-femme, à Bourg.
Falip, docteur-médecin, à Cette.	Rétif, idem, à Selommes.
Fargier-Lagrange, idem, à St-Félicien.	Robert, docteur-médecin, à Ligny.
Fénéon, idem, à Saint-Bonnet-de-Joux.	Roche, idem, à Toulouse.
Fournols, idem, à Mauriac.	Salvaguat, idem, à Neuve-Église.
Gagnebé, idem, à Carlux.	Seurre, idem, à Suippes.
Galdin, idem, à Bazoche-Gouet.	Teilhard, idem, à Figeac.
Gasser, idem, à Masseveaux.	Thomas, idem, à Saint-Étienne.
Gaudinat, idem, à Châteauroux.	Tortera, of. de s. à Villiers-St-Benoit.
Génin, idem, à Rives.	Vaysse, docteur-médecin, à Aunat.
Gérard, idem, à Montiéramcy.	Vellegens, idem, à Bilchi.
Géraudie Lavialle, à Lubersac.	Viens, officier de santé, à Lachau.
Golfier, offic. de santé, à Saint-Brieuc.	Vizerie, docteur-médecin, à Bergerac.
Gonon d'Allary, docteur-méd., à Sury.	Zezierski, idem, à Chaussin.

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ DE STRASBOURG. — Cette année, la Faculté de médecine de Strasbourg a décerné les prix suivants :

Prix de l'Université. — Premier second prix : M. Schnellbach, de Haguenau (Bas-Rhin). — Mentions honorables : MM. Anselme Ruhlmann, de Nolhasen (Bas-Rhin); Dauvé, de Leffonds (Haute-Marne).

Prix de la Faculté. — Médaille d'argent pour la meilleure thèse de l'année : M. Wusgerber, de Ribeauvillé (Haut-Rhin).—Mentions honorables : MM. Schnellbach, Meyer, Dietz, Benoit, Pichoin.

Ecole de pharmacie.—Premier prix : M. Muraille. — Second prix : M. Groeter. — Mention honorable : M. Letz de Strasbourg.

— PRIX PROPOSÉ. La Société médico-chirurgicale de Ferrare met la question suivante au concours pour l'année 1846 : *Indiquer les symptômes, les caractères anatomiques, le diagnostic différentiel et le traitement de la syphilis tertiaire.*

Conditions principales. Chaque mémoire devra porter une épigraphe qui sera répétée sur le paquet cacheté renfermant les nom, prénoms et domicile de l'auteur. — Il est expressément interdit aux concurrents de se faire connaître. — Les mémoires seront adressés, franc de port, au secrétaire de la Société, et ne seront reçus que jusqu'au 30 novembre 1846. — Il est de rigueur que ces mémoires soient complétement inédits et n'aient jamais été présentés à d'autres académies. — Ils peuvent être écrits en italien, en latin ou en français. — Dans le cas où aucun des concurrents n'aurait suffisamment rempli le programme, une médaille d'argent sera décernée à celui qui s'en sera le plus rapproché. — Le prix sera de 100 écus romains.

— La fièvre typhoïde, dit le PATRIOTE DE LA MEURTHE, est en quelque sorte devenue endémique dans les Vosges; elle vient encore de se manifester à Courcelles-sous-Châtenois. Quinze habitants y ont déjà succombé. L'administration a pris des mesures pour combattre cette épidémie et en arrêter les progrès. Les émanations du cimetière, placé au centre du village, paraissant avoir contribué au développement du mal, l'interdiction a été prononcée.

— On nous écrit de Fénétronge (Meurthe) que la fièvre typhoïde y sévit avec beaucoup d'intensité; elle a déjà enlevé un certain nombre d'individus. (GAZ. MÉD. DE STRASB.)

— CRÉTINISME. On sait que le crétinisme est endémique dans la plupart des grandes vallées des Alpes, en Suisse, en Savoie et en Piémont. Le roi de Sardaigne, à la suite d'un voyage, fait récemment dans quelques-unes de ces vallées, a institué une commission composée en grande partie de médecins, à l'effet de recueillir tous les documents relatifs à cette hideuse maladie. M. le docteur Cerise est nommé membre correspondant de cette commission, qui siége à Turin.

— Toutes les femmes qui ont accouché à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux pendant le mois d'octobre dernier, ont été atteintes de métro-péritonites. Les mesures de prudence exigées par la forme épidémique de la maladie ont été prises. Cependant les conséquences n'ont pas été aussi désastreuses que dans d'autres épidémies. Il y a eu 14 accouchements; une femme a été dirigée, au début de la métro-péritonite, sur l'hôpital Saint-André; restaient 13 malades, sur lesquelles il y a eu 4 morts et 9 guérisons.

— On lit dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG :

« Nos confrères d'Allemagne commencent à s'occuper du congrès médical de *France*; ils en paraissent généralement peu satisfaits. Notons d'abord qu'ils ont pris au pied de la lettre toutes les déclamations relatives à l'état déplorable de la médecine française. Dans leur candide ignorance des licences que se permet la liberté de la presse, ils n'ont point assez d'anathème contre la démoralisation du corps médical. Nous sommes gangrenés jusqu'à la dernière de nos fibres; il faut tout réformer, depuis les Facultés jusqu'aux sages-femmes. Le congrès veut supprimer le charlatanisme, dit une feuille médicale de Berlin; mais le charlatanisme est dans le corps médical lui-même. Est-il beaucoup de membres du congrès qui aient pu se dire, en bonne conscience : « Je ne suis pas un charlatan! » Si le mal est grand, le remède est peu efficace; on ne paraît attendre du congrès aucun résultat bien remarquable. Nous ne contesterons guère cette dernière opinion. »

— M. COSTE, professeur au collége de France, ouvrira son Cours d'embryogénie comparée le lundi 5 janvier prochain, à deux heures et demie précises, et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure.

PETITE CORRESPONDANCE.

Nous correspondrons désormais par la voie du journal avec ceux de nos honorables confrères qui nous écriront au sujet de la rédaction.

— M. G., à P. Nous n'avons pas reçu les deux exemplaires du mémoire sur la SUETTE MILIAIRE. Accepté avec empressement l'article proposé sur les diathèses.

— M. R., à Str. Les quatre articles proposés de M. Sch. : Très-volontiers.

— M. Dur. (Alg.). Le sujet convient (fièvres interm.), mais en deux articles au plus.

L'introduction à la troisième série de la GAZETTE MÉDICALE sera tirée à part et envoyée avec un des prochains numéros aux abonnés pour 1846.

REVUE HEBDOMADAIRE.

AUX ABONNÉS. — EXPLICATIONS. — PROGRAMME DES QUESTIONS. — INJECTIONS IODÉES.

9 janvier 1846.

Nous avons reçu de tous les points de la France les adhésions les plus flatteuses et les plus honorables. La manière dont nous avons considéré les hommes et les choses, les faits et les principes, a obtenu une sanction générale. Nous remercions du fond du cœur nos sympathiques confrères : leurs suffrages nous sont d'autant plus précieux que des attaques assez nombreuses, assez diverses et assez bien déguisées dans leur but ne nous avaient pas laissé sans crainte : elles pouvaient avoir semé des germes de prévention plus vivaces. Mais, ainsi que nous l'écrit un de nos honorables correspondants, « le temps et la distance font juger les choses telles qu'elles sont ; loin du foyer où les passions s'agitent, les faits sont appréciés avec les seules données et les seules conditions de la vérité. » — Tous veulent bien nous encourager à persévérer dans la voie que nous suivons depuis longtemps. Deux points surtout nous préoccupaient : la manière dont nous avons jugé les dernières manifestations d'une portion du corps médical, et la déclaration de principes placée en tête de la nouvelle série de la GAZETTE MÉDICALE.

Relativement au premier point, nous l'affirmons hautement et avec la certitude de n'être contredit par personne, aucune improbation, quelque minime qu'elle soit, ne nous a été adressée par nos souscripteurs : on nous demande des développements, des explications nouvelles sur les questions agitées ; mais, nous le répétons, de blâme, de critique, d'improbation, point. Tous ceux qui nous ont fait l'honneur de nous écrire ont respecté notre opinion, parce que tous sans doute sont convaincus qu'elle est sérieuse, loyale et sincère. Mais si aucun blâme ne nous a été exprimé, en revanche, de nombreuses déclarations, et des plus explicites, nous ont prouvé que nous ne nous étions pas trompé. La GAZETTE MÉDICALE n'a certes pas la prétention d'exprimer l'opinion et les sentiments de tous ; mais elle croit avoir été l'organe d'une notable portion du corps médical ; elle espère avoir prouvé à tous qu'elle ne veut que le bien, la considération et la dignité de la profession, et qu'elle le veut sans autre passion que celle de la vérité, et sans autres moyens que ceux qu'on peut avouer ouvertement. Se bornant jusqu'ici au rôle d'appréciateur, elle n'a fait qu'émettre son opinion sur les choses proposées, en signalant leur côté faible ou fâcheux. Heurtée par la forme de certaines manifestations, frappée du vice et de l'insuffisance de certaines mesures, elle l'a dit franchement et avec toute la convenance dont elle est susceptible. C'était la phase critique de son intervention. Sous peu, elle se placera à un autre point de vue, au point de vue organique. On verra, par les mesures qu'elle a à suggérer sur les questions les plus importantes à l'ordre du jour, si son opposition n'était, comme ont osé l'écrire ses adversaires, qu'une affaire de rancune, de bouderie ou de mauvais vouloir. Nous aborderons successivement les questions relatives au mode de nomination des professeurs, à l'enseignement, aux réceptions, à l'organisation des écoles, à l'organisation de la médecine civile, à la discipline médicale, etc. Les moyens et les systèmes nouveaux que la GAZETTE MÉDICALE aura à proposer sur ces points sont complétement différents de ceux qui ont été discutés ou adoptés jusqu'ici : nous attendrons pour cela que la haute commission des études ait terminé ses travaux ; cet acte de déférence lui est dû à tous égards.

Les adhésions relatives à notre manifestation de principes n'ont été ni moins nombreuses ni moins explicites. Nous en sommes plus flatté que surpris. A cet égard, la GAZETTE MÉDICALE doit une déclaration qui sera tout à la fois un développement de ses idées et une application de ses principes.

En inscrivant sur sa nouvelle bannière la MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE, la GAZETTE MÉDICALE a cru y mettre la formule de sentiments de besoins et d'idées existant chez un grand nombre de personnes, mais à l'état d'incubation seulement. Son programme est une manifestation particulière d'une cause plus générale. Celle-ci était répandue dans l'organisme médical ; elle y couvait, y fermentait, mais ne s'y montrait qu'à l'état de prodromes, comme la plupart de ces maladies qui, avant d'apparaître avec des formes explicites et matérielles sur tel ou tel système d'organes, existent en puissance vague et erratique dans toute l'économie. Envisagée de cette manière, la manifestation de la GAZETTE MÉDICALE n'est qu'un symptôme ; elle se hâte de le dire et de le reconnaître, parce qu'en se renfermant dans la proportion réelle de son importance, elle croit rendre justice à chacun, et surtout donner une première preuve du caractère et de la sévérité de ses appréciations étiologiques. Ce qu'elle veut faire, elle l'a jusqu'ici trop vaguement indiqué pour qu'elle ait la prétention d'avoir été comprise par tous. Ses adversaires surtout, partisans de systèmes d'idées opposés, sont sûrement de bonne foi quand ils disent ne savoir pas ce qu'elle veut ; mais en tout temps comme aujourd'hui ils seront difficiles à convaincre : il est à craindre même que, quelque effort qu'on fasse, de quelque clarté qu'on illumine les nouveaux sentiers frayés, on n'arrive jamais à les y engager : cette clarté offusquera plutôt leur vue qu'elle ne les éclairera : cette lumière ne sera point sympathique à leur rétine. Aussi n'est-ce point pour eux que nous travaillerons : il faut savoir accepter les difficultés insolubles pour ne point perdre à les surmonter un temps mieux employé ailleurs. Nous ne nous inquiéterons donc ni des sourds, ni des aveugles, ni des paralytiques, ni des malintentionnés ; nous parlerons pour ceux qui aiment la science, pour les bons et loyaux esprits de toutes les écoles qui ne demandent qu'à voir pour croire, et à entendre pour comprendre. Pour ceux-ci, la GAZETTE MÉDICALE sera toujours prête. — En réponse aux demandes d'explications qui viennent de lui être adressées, elle publiera très-prochainement le programme très-détaillé de ses expositions étiologiques. Dès aujourd'hui elle peut déjà en indiquer les divisions les plus générales : 1° appréciation des écoles régnantes au point de vue de la médecine étiologique : Paris, Montpellier, la médecine allemande ; 2° racines et germes de la médecine étiologique dans l'histoire médicale ancienne et contemporaine ; 3° formules nouvelles de la médecine étiologique ; 4° applications nosologiques, pathologiques et thérapeutiques à la médecine et à la chirurgie.

— L'Académie a continué, dans sa dernière séance, la discussion sur les injections iodées. Un seul point mérite d'être mis particulièrement en relief.

Dans sa réponse aux diverses critiques adressées aux injections d'iode, M. le rapporteur n'a parlé que du traitement de l'hydrocèle ; il s'est soigneusement abstenu de répondre aux interpellations de MM. Blandin et Gerdy sur les injections articulaires et autres applications aussi dangereuses de la méthode. C'était là pourtant le point important, nouveau, difficile ; l'autre n'était que le point accessoire. Les injections iodées dans l'hydro-

---

Feuilleton.

LA MÉDECINE EN 1845.

La continuité est la loi du progrès, comme elle est celle de tous les phénomènes de l'ordre physique et moral. Les sciences, qui représentent l'une des formes de l'activité de l'intelligence humaine, se développent sans interruption dans le temps et l'espace. Mais lorsqu'on envisage la marche de leur évolution à travers un grand nombre d'années, on s'aperçoit qu'elle n'a point lieu d'une manière égale et par gradations régulières ; tantôt ralentie ou presque suspendue en apparence, tantôt rapide et brillante, elle rappelle les alternatives de langueur et de fiévreuse exubérance des forces que le corps de l'homme présente aux diverses époques de la vie. L'année qui vient de finir a-t-elle été pour les sciences médicales, pour la médecine pratique, l'une de ces florissantes périodes de vigueur et d'accroissement ? leur a-t-elle suscité l'une de ces crises salutaires qui retrempent l'organisme et le purgent des maléfices de l'âge précédent ? Hélas ! en fait de révolutions, la médecine ne connaît guère que celles des systèmes ; et sous la poussière qu'elle porte au front de toutes les doctrines passées, de toutes les erreurs accumulées sur elle, c'est à peine si l'œil peut démêler les traits d'une physionomie saine et vivace. L'année 1845 n'a vu naître, n'a vu mourir aucun système ; laborieuse et modeste, elle a passé sans secousse, sans nouveautés saisissantes, sans découvertes de majeur aloi ; faible pour la polémique comme pour l'invention, dépourvue de passions et d'originalité, elle n'est point destinée à proéminer dans l'histoire de la science, comme l'une de ces époques culminantes qui marquent les étapes du génie dans le temps. Avec le niveau général de l'instruction s'élèvent les difficultés de la gloire ; ce qui n'est aujourd'hui que talent et mérite se fût appelé d'un autre nom dans un siècle moins riche de connaissances et d'idées ; ne semble-t-il pas que la vitalité spirituelle, au lieu de se polariser dans quelques individualités de sublime élite, s'épande sur une plus grande surface et perde en intensité ce qu'elle gagne en diffusion ? En aucun temps peut-être on n'a compté un plus grand nombre de médecins instruits, de praticiens sages, d'investigateurs ardents, d'écrivains faciles. L'élégance manque-t-elle aux plumes par ce temps d'universelle littérature, l'habileté aux mains qui pratiquent, les découvertes à ceux qui les désirent ? et n'a-t-on pas réclamé le droit de professer en faveur des élèves qui n'ont pas achevé leurs études, comme si la parole des maîtres était devenue insuffisante pour la vulgarisation des idées et des faits dont la science se grossit et s'arrondit de jour en jour ? En revanche, depuis que le puissant agitateur de la doctrine physiologique a disparu de l'arène, où sont les lutteurs qui font jaillir des étincelles sous leurs pas ? où sont les penseurs à auréole et qui sèment de vérités la route même des théories incomplètes ou absolues ? où sont les mâles écrivains qui attachent à leurs productions le regard et la passion de leurs contemporains ? Toutefois, ne nous plaignons point de l'absence des grandes figures dans le cadre de l'année qui s'éloigne ou à l'horizon de celle qui

cèle ne sont en effet que d'un médiocre intérêt. Injectez du vin, de l'iode, et beaucoup d'autres substances analogues, vous aurez à peu près les mêmes résultats, un peu plus, un peu moins. Les injections articulaires sont d'une bien autre importance et par leur nouveauté et par leurs résultats. C'était d'ailleurs, qu'on se le rappelle, l'objet du rapport lui-même, fait sur un cas d'injection iodée dans l'articulation scapulo-humérale. Pourquoi M. Velpeau s'est-il abstenu d'aborder cette grave difficulté? Chacun décidera. Rappelons seulement les trois points soulevés par la discussion. 1° Les injections articulaires, et autres analogues, constituent-elles une méthode dangereuse, irrationnelle? 2° Cette méthode offre-t-elle d'autres avantages que ceux qu'elle emprunte à la méthode sous-cutanée? 3° Les ponctions sous-cutanées n'offrent-elles pas tous les avantages des injections iodées, sans en avoir les inconvénients?

Si M. Velpeau passe condamnation sur ces trois points, il sera permis d'en prendre acte, et de les regarder comme acquis à la discussion.

M. Jobert, il est vrai, a parlé incidemment des bons effets retirés par lui de l'emploi des injections iodées dans le traitement des tumeurs hydatiques, des ganglions synoviaux, de certains abcès froids, scrofuleux. Ces applications, annoncées par un homme dont le jugement et l'expérience sont d'un grand poids, devraient être prises en sérieuse considération, si elles avaient le caractère qu'il leur suppose. Or, pour admettre les faits cités par cet habile chirurgien, on aurait besoin de détails et d'explications. En preuve, citons un exemple. Dans un cas d'abcès froid, a-t-il dit, une première ponction évacuatrice a été suivie de la reproduction de l'abcès; une seconde ponction, aidée d'une injection iodée, a fait disparaître définitivement la collection. Et d'abord, il serait utile de connaître ce qui s'est passé après l'injection d'iode; ensuite, à supposer le fait tel qu'on l'a présenté, qui ne sait que, dans beaucoup de cas, une seule ponction sous-cutanée suffit aussi pour amener la guérison de ces abcès? Mais il y a manière de pratiquer ces ponctions. Dans le cas cité par lui, M. Jobert est-il bien sûr d'avoir observé les précautions propres à amener d'emblée l'oblitération du foyer? Les faits qu'il a invoqués auraient donc besoin de plus de détails pour être appréciés à leur véritable valeur.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur RILLIET (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Quelle est la cause anatomique des prodromes? Jusque dans ces dernières années, l'anatomie pathologique n'était pas cultivée avec assez de soin pour qu'on pût s'en faire une idée exacte. Dans les autopsies des sujets qui avaient succombé à l'hydrocéphalie aiguë, le cerveau seul était examiné, et l'on négligeait l'investigation des autres organes. Aussi, aucun des auteurs qui, depuis Robert Whytt, ont décrit avec soin la période des prodromes, n'a pu la rattacher à une lésion générale de l'économie.

Dans ces derniers temps, les médecins qui ont établi en loi générale la nature tuberculeuse de l'hydrocéphalie aiguë, et la coïncidence des tubercules méningés et viscéraux, MM. Rufz, Gerhard, Piet, n'ont à leur tour accordé aucune attention aux prodromes, et n'ont pu par conséquent remonter à leur cause. M. Green est le seul qui, à notre connaissance, ait à la fois décrit les prodromes et cherché à établir le rapport qui existe entre cette période et l'anatomie pathologique; nous avons déjà dit qu'il rattachait ce groupe de symptômes à la méningite chronique; nous ne saurions cependant partager sa manière de voir. Il nous paraît évident que les prodromes sont le résultat d'une tuberculisation générale plutôt que d'une méningite chronique. L'amaigrissement, la décoloration du visage, la tristesse, la perte de l'appétit, les irrégularités de la digestion, qui sont les symptômes les plus constants des prodromes, appartiennent évidemment à la tuberculisation. Ces symptômes se confondent par nuances tellement insensibles avec ceux de la phthisie confirmée, et offrent avec eux une si grande analogie, qu'il est impossible de voir, dans ces deux états morbides, autre chose que deux degrés d'une même maladie. Si ces prodromes de quinze jours diffèrent assez de la phthisie pour qu'un médecin non prévenu puisse s'y tromper, il n'en est plus de même de ceux qui durent six semaines, deux et trois mois; et, s'ils avaient duré plus longtemps encore, l'enfant aurait été bien et dûment reconnu phthisique.

Si une méningite se développe chez un tuberculeux dont la maladie date d'un an ou plus, on ne songe pas à dire que les symptômes de la tuberculisation sont le résultat d'une inflammation chronique des méninges; pourquoi donc, lorsque la phthisie a une durée plus courte et qu'elle est représentée par des prodromes d'un, deux et trois mois, admettre que les phénomènes pathologiques sont le résultat d'une méningite chronique?

L'anatomie pathologique confirme encore la thèse que nous soutenons. Ainsi, il est bien connu, d'après le mode de répartition des tubercules, qu'ils frappent en premier lieu les poumons et les ganglions bronchiques, et n'envahissent que consécutivement les autres organes. N'est-il donc pas naturel d'admettre que les symptômes des prodromes correspondent plus encore au développement des tubercules pulmonaires et bronchiques qu'à celui des granulations méningées, qui leur est postérieur? Ou, pour envisager la question de plus haut, ne doit-on pas dire que les prodromes sont le résultat de la diathèse tuberculeuse, de cette maladie générale dont le tubercule n'est que la signature anatomique, pour nous servir de l'ingénieuse expression d'un médecin distingué. Une autre preuve de la véritable cause anatomique des prodromes peut être tirée de la comparaison entre leur durée et l'étendue de la tuberculisation. Si on établit ce parallèle, on pourra s'assurer que les granulations sont d'autant plus nombreuses, plus généralement répandues et plus volumineuses, que les prodromes ont été plus complets et plus prolongés. Dans les cas, au contraire, où la méningite a débuté sans prodromes, la tuberculisation est beaucoup moins avancée, et surtout moins générale; les granulations sont assez rares, très-petites, grises et non jaunes, et n'occupent qu'un petit nombre d'organes. En faisant cette comparaison, il faut cependant avoir soin de tenir compte de la durée des symptômes aigus de la méningite. Il est évident, en effet, que si la méningite elle-même a eu une longue durée, la tuberculisation pouvant s'accroître en même temps que les symptômes marchent, on pourra trouver les organes parsemés d'un assez grand nombre de granulations. Ce qui a pu induire M. Green en erreur et lui faire attribuer les prodromes à une méningite chronique, c'est qu'il a, comme nous l'avons déjà dit, mis trop en relief, dans sa description, les symptômes cérébraux, qui sont assez rares dans

---

arrive. Elles appartiennent aux époques de synthèse et de systématisation, alors que l'esprit humain, las de s'appliquer sans résultat à la recherche des faits, désireux de repos et de séduction, se replie complaisamment sur les trésors acquis et les enfle, à ses propres yeux, par un travail d'induction peu sévère. Ce ne sont pas toujours les grands noms qui ont le plus contribué aux progrès réels de notre science. Le bon sens du grand nombre fait quelquefois plus et mieux pour elle que l'imagination du génie; et si dans notre inventaire nous avons à regretter l'absence de l'un, reconnaissons au moins la compensation apportée par les produits de l'autre. Une multitude de travaux, dont ces colonnes ne suffiraient point à contenir le catalogue, sont marqués au coin de ce genre de mérite.

Les mémoires que ce journal a publiés, envoyés de toutes parts et portant sur les points les plus variés de la science, dénotent tous la forte impulsion que l'exemple des sciences physico-chimiques a imprimée à la médecine. Peu d'écrivains s'obstinent à s'enfermer dans la tradition; si quelques-uns doutent encore des résultats et des découvertes nouvelles, ils ne peuvent nier l'excellence des méthodes employées à les obtenir. Nous avons marqué, dans notre revue de l'année dernière, l'origine de cette rénovation de la science, et nous n'hésitons pas à répéter notre jugement : Elle est, dans les travaux d'un observateur éminent, le seul peut-être, en ces temps de domination ou de réaction systématique, qui ait su s'attacher exclusivement aux faits, et contenir sa pensée dans la stricte limite des faits; le seul esprit qui ait échappé à toute contagion de doctrine, de système, de théorie, de prémisses spéculatives. Ce que Bonnet, Morgagni, ont fait pour l'anatomie pathologique, il l'a étendu au sujet vivant de la clinique; il s'est livré à la recherche des symptômes et des signes avec la même précision et la même fidélité qu'il a déployées dans ses recherches d'amphithéâtre; il a apporté, dans l'annotation des phénomènes physiologiques et cadavériques de la maladie, la même sûreté d'observation, la même fermeté de méthode que les botanistes et les zoologistes dans la détermination des caractères différentiels des êtres de la nature organique. Nous savons ce qu'on peut dire de l'aridité de cette méthode et de l'apparente stérilité de ses résultats; mais, en attendant que quelque grand fait de causalité vienne vivifier la science, c'est à ces conditions que l'on tracera l'histoire naturelle de l'homme dans l'état de maladie : œuvre largement ébauchée par M. Louis, et dont la continuation est, à l'heure qu'il est, au prix d'une conspiration féconde. Ce que l'œil et le scalpel du maître ont commencé, la microscopie, la chimie organique, la vivisection, l'hydrotomie, le poursuivent et l'achèveront. En effet, l'anatomie pathologique, malgré ses progrès, offrait bien des lacunes; celles-ci se faisaient surtout sentir toutes les fois qu'on voulait, de la description des lésions, déduire leur histoire et leur nature physiologique. C'est ici la place du chimiste qui fournira un renseignement précieux par l'analyse d'un produit de secrétion, ailleurs celle du micrographe qui fixera la nature d'une altération par un signe constant et spécial. Si le paradoxe entre à l'amphithéâtre pour nier l'existence des follicules de Peyer, l'eau pénétrant sous une certaine pression dans les ramifications les plus déliées des organes creux et dans les interstices ou lacunes des tissus, se chargera de mettre en évidence les petits appareils glanduleux de l'intestin que l'état pathologique démontre à sa guise. L'expérimentation sur les animaux ouvre, au regard du physiologiste, des scènes qui sont des révélations, et surprend la nature dans le flagrant mécanisme des phénomènes pathologiques les plus complexes. Quelles

cette période de la méningite régulière. Si, au lieu de réunir dans un même cadre tous les cas de méningite régulière ou irrégulière, accompagnés ou non de tubercules cérébraux, il s'était occupé seulement de la méningite normale, il serait probablement arrivé au même résultat que nous; en effet, les symptômes cérébraux des prodromes, sur lesquels il a le plus insisté, la céphalalgie par accès irréguliers, les douleurs dans les jambes, la contracture chronique, les convulsions, sont en général produits par les tubercules cérébraux et non par la méningite. Nous ne voudrions cependant pas nier qu'il n'arrive quelquefois qu'une méningite chronique, autour des granulations méningées ou des granulations seules, donne lieu à quelques-uns de ces symptômes; mais nous maintenons qu'ils font rarement partie des prodromes réguliers de la méningite régulière. Lorsqu'ils se manifestent, c'est principalement chez des enfants atteints de phthisie confirmée, et dont la méningite suit elle-même une marche anormale.

L'identité que nous avons établie entre les prodromes et la phthisie confirmée, nous paraît porter le dernier coup à une doctrine que quelques médecins ont voulu faire prévaloir dans ces dernières années. D'après eux, la nature tuberculeuse de la méningite ne serait rien moins que démontrée, et les granulations décrites par MM. Rufz, Gerhard, Constant, Piet, Green, etc., seraient souvent le produit d'une phlegmasie. Mais si les considérations anatomo-pathologiques, que nous avons présentées plus haut, ne suffisaient pas, le raisonnement viendrait en aide à l'observation anatomique pour démontrer que la méningite n'est pas une simple inflammation. En effet, si l'on étudie son mode de début, sa durée, ses symptômes, on est frappé de voir combien cette affection diffère des inflammations aiguës ordinaires. Ainsi, la pneumonie, l'érysipèle, la pleurésie, la laryngite, la péritonite, sont en général jugées, dans un intervalle de temps très-court, sept, neuf, quinze jours ou plus et quelquefois moins encore; tandis que la méningite tuberculeuse régulière, prise au début des prodromes ou du début des symptômes aigus quand elle n'a pas de prodromes, à sa terminaison, dans l'immense majorité des cas, ne dure guère moins de quatre à six semaines. Les phlegmasies sont accompagnées de phénomènes violents, d'une réaction fébrile intense, tandis que la méningite a un début lent, insidieux, peu alarmant, peu fébrile, etc.

Mais le résultat de cette comparaison entre des maladies occupant un siége différent est bien plus frappant encore quand on établit le parallèle entre la phlegmasie franche des méninges et la méningite tuberculeuse. On observe alors dans les symptômes précurseurs, dans le mode de début, dans la marche, dans la durée, dans les caractères anatomiques de ces maladies, des dissemblances telles qu'elles donnent gain de cause à l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir. Ces différences, nous les avons énumérées ailleurs (1); nous ne croyons pas devoir les reproduire ici.

DIAGNOSTIC.

Goëlis, après avoir décrit avec tout le soin désirable, mais peut-être aussi avec un peu de préoccupation systématique, les prodromes qu'il désigne sous le nom de période de turgescence, convient que ces phénomènes ne sont pas assez tranchés pour marquer le début de plusieurs affections différentes de la méningite. C'est qu'en effet la tuberculisation générale, qui est la cause anatomique des prodromes, peut être confondue avec plusieurs maladies, et aussi avec certains troubles fonctionnels résultant d'habitudes vicieuses, d'une mauvaise hygiène, ou même de l'évolution dentaire ou de l'accroissement rapide du corps. Il est d'autant plus difficile de démêler la vérité, que ces états particuliers de l'économie, qui semblent être le résultat de l'onanisme, d'une mauvaise alimentation ou d'une croissance extraordinaire, ne sont souvent eux-mêmes qu'un premier degré de la tuberculisation, ou tout au moins préparent le terrain à la bien recevoir. C'est dans les cas de cette espèce qu'il est de la plus haute importance de remonter aux causes et d'en éloigner les effets par un traitement convenable. L'adage *curationes morborum naturam ostendunt*, trouve ici son application. En effet, si une surveillance continue, de sages remontrances, les exercices du corps, quelques antispasmodiques, un régime analeptique et fortifiant, rétablissent rapidement la santé d'un enfant qu'on soupçonne enclin à des habitudes vicieuses, ou qui est placé dans de mauvaises conditions d'hygiène, on peut être en droit d'espérer que les symptômes ne sont pas le résultat d'un trouble fonctionnel en rapport avec la nature des causes qui l'ont produit, pourvu toutefois que l'on ne trouve ni dans l'hérédité ni dans les antécédents du malade les traces d'une affection tuberculeuse. Dans les cas, au contraire, où l'on voit persister et s'aggraver les prodromes, chez un enfant appartenant à des parents aisés, qui respectent toutes les règles de l'hygiène, et qui le surveillent d'assez près pour être sûrs qu'il ne se livre pas à la masturbation; si le malade est un garçon de 5 à 8 ans, aux yeux clairs, aux cheveux blonds, à la peau fine, au corps grêle; s'il a eu, dans sa première enfance, des éruptions chroniques, des ophthalmies opiniâtres, des ganglions lymphatiques engorgés, des abcès; s'il s'enrhume facilement l'hiver, et si les maladies dont il a été atteint, telles que la rougeole, la coqueluche, la pneumonie, la pleurésie, ne se sont pas terminées franchement; si, en outre, ses parents ascendants ou collatéraux sont tuberculeux ou scrofuleux, il est à craindre que les prodromes ne soient le résultat d'une tuberculisation générale. Mais, à supposer qu'on soit arrivé à soupçonner une tuberculisation commençante, peut-on reconnaître à certains signes que cette tuberculisation se jettera de préférence sur le cerveau? Si nous suivions les indications rationnelles, et si nous nous en rapportions aux descriptions des auteurs, il serait naturel d'admettre que les symptômes du côté de l'intelligence ou du mouvement, la tristesse, l'apathie, le désir de la solitude, les réveils en sursaut, les grincements de dents, les cris nocturnes, sont des indices non trompeurs de l'imminence d'une affection cérébrale. Cependant il est loin d'en être ainsi, car, d'une part, tous les symptômes peuvent manquer et les prodromes ne consister que dans de l'amaigrissement, de la perte de l'appétit, des irrégularités de la digestion; d'autre part, nombre d'enfants grincent des dents, crient la nuit, ont des réveils en sursaut, sans être menacés pour cela d'une affection cérébrale. Cependant, il faut distinguer les cas où les symptômes sont récents ou anciens. S'ils existent depuis la première enfance, ils ont peu d'importance, tandis que s'ils prennent naissance et se développent progressivement chez un enfant qui ne les a jamais présentés auparavant, ils ont une bien plus grande valeur.

Il est cependant des symptômes qui, en toute circonstance, nous feraient plus spécialement redouter l'imminence d'une affection cérébrale; ce sont: la céphalalgie par accès irréguliers, les douleurs dans les membres, les vertiges, une tristesse profonde ou une excessive irritabilité, des vomissements se répétant fréquemment, et sans cause appréciable, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, etc.

Goëlis a beaucoup insisté sur les caractères différentiels des prodromes de

(1) Loc. cit, tome III, 519.

---

altérations subit la circulation sous l'influence de l'état phlegmasique? qu'advient-il de l'introduction du pus dans le torrent circulatoire? C'est la vivisection qui répond à ces questions et à beaucoup d'autres. Ainsi les instruments de l'investigation diffèrent, sont devenus plus nombreux; mais celle-ci se continue avec la sévérité et d'après la méthode qui nous ont valu les recherches sur la phthisie, sur la fièvre typhoïde, etc.

Le côté brillant de la médecine actuelle, c'est toujours le diagnostic et l'anatomie pathologique qui en est le complément; le concours des différentes méthodes d'investigation dont nous avons parlé n'a guère porté que sur ces deux parties. Il est intéressant de voir les fluctuations que l'incessant travail des savants imprime à la médecine, telle qu'elle semblait naguère constituée pour longtemps. On parlait de mélanose, et l'on ne s'expliquait point la prédilection singulière de cette altération pour le poumon des vieillards. Un investigateur aussi modeste que judicieux, auquel l'histoire physiologique de la phthisie pulmonaire devait déjà une importante élucidation, a jeté une lumière imprévue sur la nature de la mélanose du poumon, et fourni une nouvelle confirmation de la théorie chimique de l'hématose. Dans l'excès de la réaction qui s'est déclarée il y a quinze ans contre le physiologisme, on en était venu à douter de la réalité de l'inflammation, et l'on vit un médecin de grand et légitime renom porter la prudence du langage jusqu'à bannir d'un traité d'anatomie pathologique (1829) le mot d'*inflammation*, qu'il trouvait trop vague, et propre à fausser la signification réelle des faits. Un substantif flanqué d'un adjectif, tous deux dérivés du grec, comme de droit, l'hypérémie sthénique, lui paraissait mieux garantir la pureté de la science. Or voilà que, par un jeu de la fortune, il est appelé lui-même à constater le signe caractérisque de l'inflammation dans le fluide nourricier de l'économie, et la dernière conclusion de la microscopie et de la chimie, revisant les données de la clinique et de l'anatomie pathologique, c'est que les phlegmasies forment une famille naturelle de maladies montrant un certain nombre de caractères constants, quel que soit le tissu ou l'organe affecté. Voulez-vous d'autres résultats, les plus récents, de l'application des méthodes d'investigation les plus minutieuses? La dyssenterie révèle les signes locaux les plus tranchés de l'inflammation; globules sanguins et globules de pus se rencontrent de très-bonne heure dans les matières des évacuations alvines. Écoutez encore un observateur dont le talent et la bonne foi sont également reconnus: La présence à peu près constante du pus, même dans les irritations les plus légères de la membrane muqueuse laryngo-bronchique, prouve jusqu'à l'évidence que les catarrhes sont de véritables inflammations suppuratives. Ces restitutions ne sont pas les seules que la microscopie vient de faire à la doctrine physiologique, et si celle-ci avait eu pour fondement le seul fait de la prédominance de l'état phlegmasique, elle aurait beaucoup moins à souffrir des découvertes obtenues par des moyens plus sûrs que la simple induction. Les renseignements négatifs que fournit le microscope ont aussi leur valeur: le pus syphilitique ne diffère point du pus phlegmoneux; les fausses membranes ne s'ossifient point, et ce que l'on a pris pour leur ossification n'est qu'un dépôt de matière calcaire entre leurs fibres; il n'y a dans l'emphysème pulmonaire ni hypertrophie ni atrophie des vésicules; l'élasticité de leurs parois cède à la compression de l'air dilaté qu'elles retiennent; l'excès de leur ampliation amène leur rupture, et de là leur réunion en cavités anfractueuses, etc. L'analyse clinique a marché de

la fièvre typhoïde et de ceux de l'hydrocéphalie. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire sa description.

PRODROMES DE L'HYDROCÉPHALIE.	PRODROMES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.
Les symptômes qui appartiennent à la période de turgescence de l'hydrocéphalie sont : La perte de la bonne mine sans cause connue; des changements de couleur du visage survenant instantanément dans l'état de repos; des étourdissements et des vertiges se développant tout à coup à la suite d'un léger mouvement de la tête; une démarche trébuchante mal équilibrée; des douleurs rhumatismales dans les mains, les pieds et la nuque; un sommeil léger, agité, accompagné de cris ou de grognements; la perte de l'appétit et de la soif avec ou sans signes gastriques; des selles et des urines rares; de l'indifférence pour tout ce qui plaisait auparavant au jeune malade; un air de méditation profonde; des soupirs involontaires; une grande susceptibilité des yeux; la sécheresse de la peau; les changements dans l'habitus du malade.	Les prodromes du typhus sont : Des étourdissements, de la chaleur du front avec une douleur sourde qui diminue par les évacuations et l'exposition à l'air; la plénitude de l'estomac après avoir bu et mangé; des sueurs, surtout la nuit; l'augmentation des selles et des urines; des frissons dans le dos, sans fièvre; le pouls naturel, ou faible, ou inégal; l'accablement; une lourdeur de plomb des pieds et des mains; l'émoussement des sens; l'irréflexion, la lenteur des réponses.

Nous donnons ces remarques de Goëlis sans commentaire; nous nous contenterons d'ajouter que la fièvre typhoïde a son maximum de fréquence de 12 à 15 ans, âge auquel la méningite régulière est rare, et qu'elle atteint de préférence les enfants vigoureux, et surtout ceux qui n'ont aucun signe d'affection tuberculeuse héréditaire ou acquise.

Nous pensons en outre, contrairement à l'opinion de Goëlis, que les prodromes de la fièvre typhoïde sont souvent plus courts que ceux de l'hydrocéphalie. Ils ne durent guère au delà de cinq, huit, dix jours au plus; tandis que les prodromes les plus courts de la méningite tuberculeuse durent au moins quinze jours. Enfin, quelquefois les conditions étiologiques (épidémie, contagion) peuvent jeter du jour sur le diagnostic.

L'affection vermineuse a été aussi rangée par Goëlis au nombre des maladies qui peuvent simuler l'hydrocéphalie. Nous avons vu souvent des enfants d'un tempérament lymphatique qui étaient sujets à des accès de fièvre irréguliers et à des alternatives de dévoiement et de constipation, dont l'appétit était capricieux, qui dormaient mal, grinçaient les dents, maigrissaient, pâlissaient, avaient les yeux cernés, perdaient leur entrain et leur gaieté. Ces symptômes nous faisaient sérieusement redouter l'invasion d'une affection tuberculeuse, mais leur disparition à la suite de l'administration d'un purgatif et de quelques préparations vermifuges nous avait bientôt rassuré. C'est encore dans les cas de cette espèce que les commémoratifs et le traitement sont la pierre de touche du diagnostic.

Enfin, n'oublions pas de rappeler que l'évolution physiologique qui est l'apanage de l'enfance, la dentition et le développement du corps, s'accompagnent quelquefois de symptômes qui peuvent faire craindre une lésion profonde de l'économie. Des douleurs vagues, de l'amaigrissement, de la tristesse, de l'accablement, coïncident quelquefois avec une élongation accidentelle du corps; de l'amaigrissement, un sommeil agité, des cris aigus, de l'irritabilité, de la perte d'appétit, des dérangements de la digestion, accompagnent souvent la première ou la seconde dentition. L'étude attentive des commémoratifs et des phénomènes qui passent sous les yeux du praticien le mettront, dans bien des cas, sur la voie du diagnostic. Dans d'autres circonstances, il restera forcément dans le doute jusqu'à ce que de nouveaux symptômes viennent l'éclairer.

Dans les cas de cette espèce, et en général lorsqu'il s'agit d'un dérangement de la santé dont la cause est difficile à apprécier, le médecin ne saurait mettre trop de réserve dans son pronostic. Porter un pronostic rigoureux est loin d'être une chose indifférente dans une affection aussi insidieuse que la méningite; car, si l'on ne peut en triompher, tout au moins faut-il, ainsi que le dit Fothergill, « donner de cette maladie une description qui serve à la faire reconnaître lorsqu'elle se présente dans la pratique, et qui permette au médecin de porter, sur ses progrès et son issue, un pronostic qui le justifie à ses propres yeux et aux yeux des familles dont un des membres est enlevé par cette terrible maladie. »

Le pronostic est d'autant plus délicat qu'il est hors de doute que les prodromes ne sont pas toujours suivis du développement des accidents aigus de la méningite. Ainsi il peut arriver, 1° qu'un traitement convenable fasse disparaître les symptômes précurseurs. La tuberculisation existant au premier degré, et n'étant pas accompagnée d'une fièvre continue, peut, nous en sommes convaincu, être enrayée dans sa marche. Nous avons été consulté pour des enfants qui présentaient plusieurs des symptômes qui pouvaient nous faire redouter l'invasion d'une méningite, et qui appartenaient à des familles dont un ou plusieurs membres avaient succombé à l'hydrocéphalie; leur maladie a cédé à un traitement convenable. C'est là le cas le plus rare et le plus favorable. 2° Il peut arriver aussi que la tuberculisation, après avoir menacé le cerveau, se jette sur un autre organe, et que l'enfant échappe à une méningite pour mourir par le poumon, ou bien qu'il soit emporté par une de ces tuberculisations générales, aiguës ou subaiguës, si fréquentes dans l'enfance.

C'est malheureusement ce qui arrive trop souvent. On nous demandera peut-être si, dans le premier cas, nous croyons que les tubercules ont été résorbés. La question est difficile à résoudre; mais nous sommes plutôt porté à croire que les tubercules ont été ramenés à l'état latent, c'est-à-dire que, pour un certain temps, ils ne sont plus en puissance de nuire, ou, pour nous servir d'une comparaison qui fera mieux saisir notre pensée, que le traitement a réduit au silence leur langage symptomatique. Cette proposition ne sera peut-être pas admise par les médecins qui ne reconnaissent de lésions que là où il existe des symptômes; et cependant quoi de plus commun que de voir des tubercules à l'état latent dans les ganglions bronchiques, les poumons, les plèvres, le cerveau, et même les méninges.

MM. Piet et Green avaient déjà indiqué que les granulations méningées peuvent exister sans occasionner de symptômes, mais ils regardaient ce fait comme tout à fait exceptionnel. Nous avons démontré, M. Barthez et moi, qu'il était loin d'être aussi rare qu'on l'avait cru généralement, et que l'état latent existait même dans des cas où les granulations étaient entourées d'inflammation chronique, et, ce qui est plus extraordinaire encore, d'inflammation aiguë. Ainsi, sur 74 cas de tuberculisation méningée et cérébrale, nous avons observé l'énorme proportion de 32 cas dans lesquels la maladie a été à peu près ou complétement latente.

---

pair, en 1845, avec les autres méthodes d'investigation, pour achever certains détails de diagnostic et de pathogénie.

La chimie a été plus avare en 1845 que le microscope; elle éblouit toujours par la splendeur de ses programmes, sans satisfaire aux espérances qu'elle a fait naître; elle ne leur laisse pas le temps de mourir, elle les alimente par des découvertes parcellaires, par un système habile de révélations intermittentes, mais jamais achevées ni complètes; elle esquisse des plans; elle échelonne des projets de recherches; elle prépare des méthodes destinées à corriger la classique lenteur de ses explorations; en attendant les faits, elle fraie avec l'hypothèse, joue avec les idées, escarmouche avec la curiosité du public médical, et distille des mémoires qui n'ont point pour épigraphe *multa paucis*. Et cependant que tarde-t-elle? ne lui a-t-on pas donné pour mission de chercher « le rôle de la matière dans la production et l'accroissement des êtres organisés, la part qu'elle prend à l'accomplissement des phénomènes de leur existence journalière, et les altérations qu'elle éprouve après la mort? » — L'univers tout entier, la vie et la mort, n'y a-t-il point là de quoi exercer le génie du laboratoire? Oui, la chimie a mis la main sur la plante et sur l'animal; elle a frappé du pied le sol, et, regardant vers les régions de l'atmosphère, elle s'est écriée : Tout cela est à moi; la matière, c'est moi. Et la voilà en train d'expliquer la vie universelle en mal de cosmogonie; et, fatiguée d'analyser, elle s'élance sur le Pégase de la science que l'on appelle la synthèse, pour chevaucher dans les espaces sub-lunaires, et faire tomber de haut la poussière irisée de ses théories. C'était, il y a vingt ans, le règne du physiologisme irritatif; nous avons aujourd'hui le physiologisme chimique. Ceux qui l'ont inauguré se préoccupent, avant tout, d'explications et de fabulations; peu importe que les prémisses soient aventurées et que, dans la même année, il faille restituer à l'organisme le privilége légèrement retiré de fabriquer la graisse. N'est-il pas juste que la science rivalise de vitesse avec les machines qu'elle invente, et après avoir comparé l'homme à la machine à vapeur, pourquoi ne communiquerait-elle point à ses propres idées la vélocité de ce moteur? L'insuffisance du concours que le laboratoire a prêté jusqu'à présent à la médecine tient à plusieurs causes; la principale est l'opinion fausse que l'on s'est faite de la chimie organique, celle-ci n'a point mission de se substituer à la physiologie tout entière, et quant elle rattache *à priori* tous les phénomènes de la vie aux forces qui régissent la matière brute, elle commet la même erreur de raisonnement que la doctrine spéculative qui, sous le nom de vitalisme, fait dépendre toutes les manifestations organiques d'une force particulière, occulte, spéciale, antagoniste de la pesanteur, de l'électricité, de l'affinité, etc. Nous ne craignons point de le dire, beaucoup de travaux chimiques sont empreints d'une fausse tendance, et s'éloignent du véritable but qui consiste à rechercher, entre chimistes et médecins, ce qu'il y a de chimique dans les éléments actifs de la pathogénie, ce qu'il y a de chimique sous la phénoménalité morbide, ce qu'il peut y avoir de chimique dans les traitements des maladies. Sans doute il faut faire une distinction rigoureuse des certitudes et des probabilités; après avoir blâmé l'essor de généralisation prématurée auquel s'abandonne la chimie, nous ne souscrirons pas à une classification qui devance les faits, mais il est permis d'indiquer la voie. La thérapeutique ne peut devenir rationnelle que par des études suivies sur l'absorption des médicaments et sur la coïncidence de leurs différents modes d'élimination avec telle ou telle série de

TRAITEMENT.

Les auteurs qui ont décrit les prodromes, ignorant leur véritable cause, n'ont pas, en général, indiqué un plan de traitement rationnel dans cette période de la méningite. La médication que propose Goëlis, par exemple, est tout entière dirigée contre la congestion cérébrale; il recommande successivement le calomel, les applications froides sur la tête, les bains de pieds irritants, les synapismes, les frictions mercurielles ou stibiées, les émissions sanguines, etc. Appuyé sur nos recherches anatomiques qui démontrent jusqu'à l'évidence que les prodromes sont produits par la tuberculisation commençante, nous ne croyons pas nécessaire d'insister longuement pour démontrer que le véritable traitement à suivre est celui de la tuberculisation.

Le rôle du praticien doit être, s'il ne peut obtenir la résorption des tubercules, de les ramener au moins à l'état latent. Nous ne reproduirons pas ici tous les détails du traitement préventif et curatif de la phthisie de l'enfance, nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à notre Traité (t. III, p. 119 et 540); mais nous indiquerons sous forme de consultation le traitement que nous avons fait suivre à quelques jeunes malades qui nous paraissaient entrés dans la période des prodromes de la méningite, ou, en d'autres termes, atteints d'une tuberculisation générale commencante. Ce traitement a réussi, et l'avenir seul pourra nous apprendre si le succès a été temporaire ou définitif.

1° L'alimentation de l'enfant sera tonique; elle se composera principalement de soupe au bouillon, de bonne viande noire rôtie; pour boisson, il prendra du vin de Bordeaux coupé d'eau.

2° Il habitera la campagne dans une localité ou l'air soit vif et fréquemment renouvelé; il passera en plein air la plus grande partie de la journée, se livrera aux jeux de son âge ou à des exercices gymnastiques, et laissera de côté tout espèce de travail intellectuel.

3° Le matin à jeun, il prendra une cuillerée à dessert, et plus tard une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue.

4° Immédiatement avant chaque repas, on lui donnera trois pastilles de lactate de fer.

5° Touts les deux jours il prendra un bain, auquel on ajoutera une forte décoction de feuilles de noyer et deux à quatre livres de sel marin. Le bain sera donné à la température de 27° R. pendant une demi-heure à une heure. On continuera les bains pendant trois semaines au moins.

Sous l'influence de cette médication, l'amaigrissement s'est arrêté, l'appétit est revenu, la coloration du visage a reparu, les enfants ont repris de l'entrain et de la gaieté, en un mot les symptômes alarmants ont été dissipés. Probablement que le traitement tonique a suspendu l'éruption tuberculeuse; nous n'osons pas nous flatter qu'il ait fait disparaître les corps étrangers. Si les symptômes n'avaient pas cédé, nous aurions joint au traitement précédent l'application d'un ou deux cautères au bras. Odier, Quin, Cheyne Matthey, Nachse, ont proposé l'emploi d'un exutoire chez des enfants dont les frères ou les sœurs avaient succombé à l'hydrocéphalie. Nous nous étions montré peu partisan du traitement (*loc. cit.*, p. 540) dans les cas où aucune indication ne légitime son emploi, c'est-à-dire lorsque les enfants n'offraient aucun symptôme qui pût faire soupçonner l'imminence d'une affection cérébrale; mais il n'en est plus de même lorsque les prodromes sont établis. L'application de vigoureux exutoires nous paraît alors indiquée par ce fait que la tuberculisation méningée reste latente lorsqu'il existe d'autres foyers morbides considérables dans la poitrine ou dans l'abdomen, ou même dans le système lymphatique extérieur. Si donc on parvient à établir à l'extérieur un abondant émonctoire, ne peut-on pas espérer qu'il contribuera à réduire au silence les symptômes cérébraux?

La nature nous offre quelquefois elle-même un phénomène semblable chez les scrofuleux. Tant que les abcès glandulaires ou autres fournissent une abondante suppuration, l'affection tuberculeuse dérivée à l'extérieur épargne les principaux viscères. Dans les cas, au contraire, où cette suppuration tarit, on peut voir les symptômes thoraciques abdominaux ou cérébraux se développer avec une effrayante rapidité. Nous avons pu, tout dernièrement, observer un fait semblable chez une jeune fille scrofuleuse. Elle portait un abcès par congestion à la cuisse. Cet abcès considérable fut vidé par plusieurs ponctions successives du pus qu'il contenait, la sécrétion purulente tarit, et, au bout de huit à dix jours, l'enfant, dont l'entrain, la gaieté, la vivacité étaient remarquables, commença à devenir triste, à perdre l'appétit, à maigrir, et trois semaines plus tard les symptômes de la méningite étaient déclarés.

CONCLUSIONS.

1° La méningite tuberculeuse régulière peut débuter dans trois circonstances différentes : *a* dans le cours d'une santé en apparence parfaite; *b* au milieu d'une phthisie confirmée; *c* à la suite de symptômes précurseurs plus ou moins prolongés. Ce dernier cas est le plus fréquent.

2° Les symptômes précurseurs ont été décrits par bon nombre d'auteurs sous le nom de prodromes; mais aucun d'eux n'a connu leur véritable cause, car on les a rapportés tantôt aux épanchements, tantôt à une congestion, tantôt à une méningite chronique.

3° Les prodromes offrent, symptomatiquement la plus grande analogie avec une tuberculisation commençante.

4° Ils sont caractérisés anatomiquement par un dépôt de granulations ou de tubercules miliaires dans un ou plusieurs organes.

5° Le nombre et la nature des tubercules sont en rapport avec la longueur des prodromes.

6° La durée des prodromes est en rapport inverse de la durée de la méningite, qui est d'autant plus courte que les prodromes ont été plus prolongés.

7° Les prodromes peuvent être confondus, *a* avec les accidents qui succèdent à la masturbation, accompagnent la croissance ou l'évolution dentaire; *b* avec les symptômes précurseurs de l'affection typhoïde; *c* avec une maladie vermineuse.

8° Aux prodromes ne succède pas constamment la période aiguë de la méningite; ils peuvent, *a* être enrayés par un traitement approprié; *b* se convertir en une phthisie confirmée.

9° Le traitement le plus convenable des prodromes découle des conclusions précédentes : c'est celui de la tuberculisation.

---

phénomènes fonctionnels et physiques; la séméiotique ne peut se compléter que par deux ordres d'acquisitions qu'elle attend de la chimie et du microscope, les unes relatives à l'histoire des sécrétions, les autres au détail des altérations morbides de nos tissus. Comment la chimie hésite-t-elle à s'établir dans le domaine si largement ouvert par le rénovateur de la toxycologie, et puisqu'elle appète les théories, qu'elle entreprenne celle de l'intoxication qui nous donnera *à posteriori* la clef des phénomènes de la vie. Comment les praticiens des laboratoires se sont-ils épris de spéculations et de métaphores, alors que l'organisme malade les convie à l'enquête d'une foule de phénomènes qui, grossis par l'état pathologique, leur échappent dans l'état sain? Pourquoi n'instituent-ils point sur les animaux des séries d'expériences où ils mettront la vie en conflit avec des agents morbifères déterminés et dosés à l'avance, afin d'en déduire par l'observation une somme de faits positifs, faisceau lumineux qui éclairera par réverbération les parties obscures du problème posé? — Ces entreprises, nous l'avons dit ailleurs, exigent le concours des médecins et des chimistes, coalition féconde, mais difficile à établir, et plus difficile encore à prolonger. La majorité des médecins, dépourvue d'audace et d'initiative, oppose à ces projets de science conquérante l'inertie de leurs habitudes d'esprit spéculatif, les fins de non-recevoir qui appartiennent au scepticisme de leur profession. Que si aucuns, par aventure, pactisent avec la chimie et tentent le laboratoire, l'expert de l'endroit revendique une suprématie qui pèse à leur hippocratique fierté; le chimiste oublie qu'il ne peut fournir que des matériaux aux doctrines médicales, et que l'observation clinique restera toujours la base de la pathologie, le centre d'activité des vrais médecins auxquels il appartient de juger et de coordonner les résultats fournis par la chimie et le microscope. En attendant, les diabétiques, voire même ceux qui sont traités par les alcalis et les albuminuriques, continuent de mourir. Or, je n'accorderai à la chimie l'importance qu'elle s'arroge que le jour où ces affections auront reçu d'elle une chance de guérison.

Si, comme le pensent quelques personnes, on avait assigné au cancer une forme de globule qui le caractérise, ce serait avoir fondé son diagnostic après coup et prévenu le retour des discussions sur les tumeurs fibreuses; mais qu'y pourrait gagner le malade, porteur d'un assemblage de ces globules néfastes dont on a décrit minutieusement les contours et mesuré le noyau? — Avoir reconnu le pus dans l'expectoration de la bronchite simple, c'est avoir jeté une incertitude de plus dans le crachoir, ce véhicule déjà compromis de signes diagnostiques et pronostiques; mais des faits de ce genre n'ajoutent rien à la puissance de la thérapeutique, et presque rien aux lumières de l'étiologie. La même critique s'applique à la plupart des travaux importants de l'année; comme ceux de l'année précédente, ils prouvent que la recherche des causes morbifiques et l'étude approfondie des effets des médicaments, par cela même qu'elles comportent moins de précision et promettent moins de succès, restent encore sur le second plan, et comme en dehors de la faveur studieuse des esprits. Quelques essais ont été faits à ce double point de vue qui intéresse la médecine pratique plus encore que l'indagation scrupuleuse des symptômes et des lésions cadavériques; mais ce sont des efforts isolés. Les recherches d'étiologie sont de celles qui exigent une combinaison de vues et d'expériences qui ne peuvent être entreprises avec succès que sur de grandes échelles; et, par une fatalité en quelque sorte

THERAPEUTIQUE.

DES INDICATIONS A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE; extrait d'un mémoire lu à l'Académie royale de médecine, le 2 décembre 1845, par F. LEURET, médecin en chef d'une section d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, etc. (1).

La confusion de tous les genres d'aliénation en une seule maladie a été cause de la plupart des discussions qui ont eu lieu récemment au sujet du traitement physique et du traitement moral de la folie. Plusieurs médecins se sont sérieusement demandé si l'un de ces genres de traitement mériterait d'avoir la préférence sur l'autre. Que répondre à cette question? Une seule chose : c'est qu'on ne peut pas y répondre. En effet, demanderait-on si dans les affections de poitrine les antiphlogistiques doivent être préférés aux dérivatifs? Aucun homme instruit en médecine ne ferait une semblable question; et si un ignorant s'en avisait, on pourrait lui dire : Il y a des maladies de poitrine qui sont guéries par les antiphlogistiques, il y en a d'autres qui sont guéries par les dérivatifs; on en rencontre même qui sont guéries par ces deux ordres de médication, mais à la condition que, pour les employer, on tiendra compte de la nature, de l'intensité et de la durée des symptômes. Les maladies de poitrine, considérées en général, n'exigent exclusivement ni les dérivatifs ni les antiphlogistiques, mais chacune de ces maladies a besoin d'être bien distinguée de toutes les autres et d'être traitée par les moyens dont le raisonnement et l'expérience ont démontré l'efficacité.

Ainsi dans les affections mentales (car la connaissance des indications est la seule base d'une bonne thérapeutique; et encore, dans les affections mentales, y a-t-il entre les symptômes une différence essentielle qui n'existe pas dans les maladies ordinaires), ici tous les symptômes appartiennent à l'ordre physique; là quelques-uns appartiennent à l'ordre physique, d'autres à l'ordre moral, et quelquefois ceux de l'ordre moral sont les seuls dont on puisse constater l'existence.

Deux exemples par lesquels je commencerai la série d'observations contenues dans ce mémoire me serviront à démontrer l'importance qu'il faut attacher à la recherche des indications, et feront voir comment des maladies, en apparence analogues, ont dû cependant être traitées par des moyens différents. Dans les deux cas il s'agit de mères de famille portées au suicide; toutes deux avaient des idées fausses, des conceptions délirantes, un profond désespoir. Des symptômes physiques existaient chez chacune d'elles; mais le point de départ en était différent : dans un cas, ils avaient précédé et occasionné le dérangement de la raison; dans l'autre, une disposition vicieuse de l'esprit, un très-grand abandon de la volonté, une condescendance habituelle à des caprices multipliés, avaient occasionné l'aberration mentale, et les symptômes physiques n'étaient que la conséquence de cette aberration. Le traitement curatif a consisté, chez la première malade, dans l'emploi des moyens physiques; chez la seconde, les moyens moraux ont été les véritables agents de la guérison.

(1) Avant de publier son remarquable mémoire, M. le docteur Leuret a bien voulu nous permettre d'en offrir les prémisses aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE. L'extrait que nous publions ne peut que donner une idée du mérite de l'ouvrage et engager à le lire en entier.

LYPÉMANIE; CAUSE DE NATURE RHUMATISMALE; GUÉRISON OPÉRÉE A L'AIDE DE MOYENS PHYSIQUES.

OBS. I. — Madame Élise est âgée de cinquante-quatre ans, veuve, mère de deux enfants qu'elle aime beaucoup; elle n'a pas d'aliénés dans sa famille et a toujours joui d'une bonne santé. Sa vie a été occupée, mais sans fatigue. Madame Elise a éprouvé un grand chagrin, celui que lui a causé la perte de son mari. Elle a eu quelques contrariétés résultant de plusieurs procès qu'on lui a suscités; mais elle a supporté tout cela sans que sa raison en fût aucunement atteinte. Vers la fin du mois de mai 1845, elle fut saisie presque subitement par les idées les plus sinistres. Elle se trouva horriblement malheureuse, sans pouvoir s'expliquer à elle-même la cause de sa tristesse. Elle perdit le sommeil, et désespérant de retrouver son bonheur d'autrefois, elle fit des tentatives de suicide. Ayant entrepris un voyage qu'on lui avait conseillé dans l'intention de la distraire, elle fut tellement obsédée par l'idée de se donner la mort, qu'elle accourut à Paris se réfugier dans une maison de santé.

M. Récamier, M. Foville et moi nous vîmes la malade, et après l'avoir bien examinée, après avoir entendu le récit de ses maux, après nous être assurés que toutes ses fonctions, sauf le sommeil, se faisaient bien, nous essayâmes de la calmer, de lui inspirer de la confiance dans l'avenir, et nous prescrivîmes des bains, des distractions, du travail et une surveillance continuelle. Autant que son imagination le lui permit, elle se prêta à tout. Nous lui avions dit que nous préférions pour elle, aux travaux à l'aiguille, à ceux qui se font dans l'intérieur d'un appartement, les travaux du jardinage; elle s'y adonna, et tout en marmottant des paroles toujours chagrines et quelquefois sinistres, on la voyait travailler avec une constance vraiment méritoire.

Ses nouvelles occupations, les bains, la présence des étrangers, devant lesquels un aliéné s'observe toujours un peu quand sa maladie ne lui a pas ôté le sentiment des convenances, la confiance qu'elle avait en nous, donnèrent d'abord à madame Élise un peu de calme et même un peu de sommeil; mais ce calme fut incomplet et de courte durée. Pendant quelque temps, dans nos entretiens avec la malade, nous n'obtenions d'elle que de continuelles redites sur son état actuel, sur son désespoir, sur la mort sinistre qui l'attendait; et si nous parvenions à la reporter à sa vie antérieure, aux causes de sa maladie, elle ne nous apprenait rien dont nous pussions faire notre profit. Ce qu'elle avait éprouvé autrefois était si peu de chose en comparaison de ce qu'elle souffrait maintenant, qu'elle ne voulait pas en parler. Cependant, à force de l'interroger, à force d'exigences pour avoir des réponses précises, je parvins à savoir que son habitation ordinaire était humide; qu'elle y avait ressenti, à différentes reprises, des douleurs dans les membres; que le jour même de l'invasion de sa maladie, ces douleurs avaient subitement disparu des membres pour se porter au sommet de la tête, où elle sentait, disait-elle, toutes ses mauvaises idées se former.

Un pareil aveu, arraché en quelque sorte à madame Élise, devait être et devint pour nous la plus précieuse des indications. Un rhumatisme était là; fixé à la partie supérieure de la tête, il y occasionnait une douleur permanente, et cette douleur avait été suivie d'un violent désespoir et du penchant au suicide.

Puisque la cause du délire était un rhumatisme, il convenait d'administrer les remèdes propres à combattre les affections rhumatismales. Nous eûmes recours aux bains de vapeurs aromatiques, et, rassurés par des succès obtenus dans des circonstances analogues, nous ne craignîmes pas d'exposer à l'action du bain toute la partie crânienne de la tête; mais nous n'obtînmes, à l'aide de ce moyen, qu'un soulagement peu marqué. Alors nous prîmes le parti d'appliquer sur le point douloureux un petit vésicatoire, et, quand l'ampoule fut formée, on glissa sous l'épiderme cinq centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Le soir même, la malade fut soulagée et dormit; le lendemain, elle avait de l'es-

---

inhérente à notre profession, l'association scientifique semble une impossibilité en médecine. Ne confondons pas la trouvaille des spécifiques et l'expérimentation triomphale de quelques remèdes négligés ou nouveaux avec les études que nous désirons en thérapeutique; elles ont besoin du concours de la chimie, de l'expérimentation sur les animaux et de l'observation clinique. L'indigence de la thérapeutique rationnelle n'est un secret pour aucun praticien de bonne foi; elle ne se dérobe point sous le luxe des pharmacopées et des matières médicales; sous un vernis technologique et avec un certain appareil de logique, c'est toujours la fastueuse énumération du guérisseur des carrefours, qui possède des remèdes pour tous les maux. En pratique, quelle déception! Tous ces moyens prônés, vantés, escortés de faits et de noms propres, effleurent-ils seulement l'organe profond qui souffre? et que produisent-ils, si ce n'est la complication des phénomènes de la maladie par ceux d'une perturbation fonctionnelle plus ou moins durable, peu ou mal appréciée? Que manque-t-il à toute main pleine de médicaments? Le tact de l'opportunité; celle-ci est étroitement liée à la connaissance des effets immédiats et consécutifs de la substance employée, effets qui varient à leur tour suivant des conditions d'individualité et de milieu, multiples et complexes, mais toujours appréciables à l'aide d'une observation exacte et persévérante. Or c'est cette observation qui, prodiguée au diagnostic et à l'autopsie, a fait défaut jusqu'à présent à la thérapeutique comme à l'étiologie.

Une tentative d'étiologie et de thérapeutique en grand a beaucoup occupé les esprits en 1845, et il devait en être ainsi. La fièvre typhoïde, la phthisie et la fièvre intermittente sont le trépied de la mortalité de notre espèce : la première tue vite, la seconde tue lentement, la troisième déploie tous les ans ses endémies sur une grande partie du globe, et constitue l'une des causes majeures de la dégradation physique de nos populations. Ce n'est point qu'elle moissonne d'emblée un grand nombre d'individus, mais elle est la mauvaise ouvrière de la première heure; par l'atteinte simultanée ou successive qu'elle porte à plusieurs organes, par la cachexie qu'elle prépare, à force de récidives, par le stigmate héréditaire qu'elle imprime aux pâles rejetons de ses languissantes victimes. Délimiter géographiquement les foyers de ces maladies et constater, par le nécrologe des populations semées sur le globe, l'antagonisme de ces maladies, c'est-à-dire l'inaptitude que l'organisme reçoit de la dernière à contracter les deux autres, c'est là une grande vue *à priori* qu'il eût été désirable de voir confirmée par les faits; malheureusement elle a été ébranlée par maints documents, parmi lesquels il faut mentionner ceux de M. Forget, de M. Lefèvre (de Rochefort), etc. Le promoteur de l'idée d'antagonisme s'est en quelque sorte multiplié pour repousser les objections, et il a déployé dans cette lutte les ressources d'une habile dialectique : peut-on dire que *adhuc sub judice lis est?* Quelle que soit l'issue du procès, les controverses qu'il a suggérées ont eu l'avantage de reporter les esprits vers l'étude des localités, de les ramener à la considération de cette thérapeutique et de cette prophylaxie permanentes, faciles, naturelles, que nous offre la variété des climats, des expositions, des influences continentales et maritimes, etc.— Le jour où l'action des agents climatologiques sera sainement comprise et appliquée à l'éducation physique des familles et des races, l'œuvre de la médecine sera simplifiée. S'il est vrai que la lumière exerce une influence plastique et joue un rôle efficace dans la nutrition et l'orthomorphie des organes, imaginez ce que deviendront les blêmes et flasques tisse-

poir, et sa figure perdit l'expression d'angoisse qui lui était devenue habituelle. L'opium fut continué; quatre vésicatoires appliqués successivement à différents endroits du sommet de la tête furent nécessaires pour le complément de cette médication, qui, en moins de trois semaines, avait fait disparaître la douleur et en même temps les pensées de suicide.

Trois semaines au plus de traitement physique avaient donc suffi, et madame Élise était en état de rentrer chez elle; peu de jours après sa sortie, elle avait retrouvé le calme et le bonheur, si cruellement interrompus pendant la durée de son rhumatisme cérébral.

Pourquoi n'avons-nous pas employé tout d'abord le remède si simple, si bien indiqué, et qui nous a si promptement réussi? C'est que tout d'abord nous ne connaissions pas la véritable cause de la maladie. Personne ne savait dans quelles circonstances le délire s'était développé; madame Élise elle-même, tant était grande la violence de son trouble intellectuel, paraissait l'avoir oublié complétement. Intarissable à nous parler de ses craintes, de son désespoir; persévérante à nous demander un prompt remède à ses maux actuels, elle regardait comme superflu de nous entretenir des douleurs, pour elle insignifiantes, qu'elle avait ressenties auparavant. Là était cependant le point capital. Qu'un rhumatisme soit fixé sur les muscles, il fera souffrir et gênera les mouvements; qu'il soit dans les membranes du tube digestif, il causera des coliques, des vomissements et d'autres symptômes analogues dépendant de son siége; qu'il se porte au cœur, il tuera; qu'il monte aux parties enveloppantes du cerveau, il produira le délire, et à moins d'une grande acuité dans le rhumatisme, ce délire sera sans fièvre; il prendra, suivant qu'il sera partiel ou général, le caractère de la monomanie ou celui de la manie.

Décrivons maintenant un état qui, au premier aperçu, avait de l'analogie avec celui de madame Élise, mais qui, à la suite d'un examen attentif, a présenté de tout autres indications.

LYPÉMANIE; TENTATIVES DE SUICIDE; PRÉDISPOSITION NATIVE AUX MALADIES NERVEUSES; CAUSES EFFICIENTES PUREMENT MORALES; TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON.

OBS. II. — Au mois de juillet 1841, une dame fut amenée de la province à Paris par son mari, qui me donna sur elle les renseignements suivants. La mère de cette dame est morte apoplectique; elle a un frère atteint d'épilepsie survenue à la suite d'excès vénériens et de l'abus du mercure; une de ses sœurs, qui porte la dévotion à un degré extrême, est bizarre et sans cesse occupée de minuties.

Dès sa jeunesse, la malade a eu des idées singulières et des caprices dont on n'a pas assez pris soin de la corriger. A l'âge de 18 ans, par exemple, habituée qu'elle était d'avoir toujours auprès d'elle ou une bonne, ou une gouvernante, ou quelqu'un de sa famille, elle ne pouvait rester seule sans que des craintes chimériques vinssent l'assaillir. Un jour, on noya, dans un étang situé près de la maison qu'elle habitait, un chien enragé; elle en fut impressionnée très-vivement, devenait toute tremblante à l'aspect d'un chien, et refusa très-longtemps de passer près de l'étang où l'animal atteint de rage avait été jeté. Bien d'autres idées analogues vinrent successivement la tourmenter jusqu'à l'époque de son mariage. Alors, et parce qu'elle aimait beaucoup son mari, elle affecta une grande tranquillité d'esprit, afin de ne pas le tourmenter par le récit de craintes qu'elle savait n'être pas très-fondées, mais dont cependant elle subissait le joug. Ainsi, par un accident fort ordinaire, elle fit une tache d'huile à ses vêtements; elle se préoccupa de cette tache, puis elle s'en tourmenta, puis elle prit l'huile en horreur, et, sous prétexte de propreté, elle supprima les lampes de sa maison, où l'on ne brûla plus que de la bougie. La salade et tous les mets à l'huile furent en même temps proscrits de la table, mais avec des ménagements, avec des raisons spécieuses et qui pouvaient être avouées.

Après la crainte d'être seule, après celle des chiens, celle de l'huile, il était survenu des craintes nouvelles, qui elles-mêmes avaient fait place à d'autres. Malgré cela, madame Louise (c'est le nom que je donnerai à cette dame) dirigeait sa maison, surveillait un nombreux domestique, élevait ses enfants (elle en a eu huit), et faisait parfaitement les honneurs de chez elle. Elle n'était pas encore malade, elle était sur le point de le devenir.

A l'âge de 40 ans, après avoir été jusque-là religieuse, mais seulement religieuse, elle tomba dans la superstition; elle poussa les idées de religion comme elle avait poussé les autres idées dominantes, jusqu'à l'exagération, jusqu'à l'absurde. Elle avait communié, et sa communion faite, croyait-elle, en état de péché mortel, la damnait sans rémission : dès lors désespoir, confessions et neuvaines faites inutilement, abandon complet des soins du ménage, des soins de sa personne, en un mot délire véritable, enchaînement de volonté. Jusque-là madame Louise était restée en partie lucide sur ses idées délirantes qu'elle n'admettait qu'avec restriction et auxquelles elle cédait, il est vrai, quelque part de sa liberté morale, mais en restant toutefois assez maîtresse d'elle-même pour ne pas trop se laisser deviner, même par son mari. Dès le moment où l'idée d'avoir profané une hostie s'était emparée d'elle, il y avait eu un trouble profond dans les facultés de l'esprit, un violent désespoir, des tentatives de suicide; en un mot la folie, si longtemps menaçante, était déclarée.

Confiée à mes soins, je l'examinai. Sa santé physique était gravement altérée, et son délire avait fait d'effrayants progrès; elle était abattue, pâle, maigre, décharnée; son haleine était fétide, sa langue sèche, son pouls fréquent et faible; sa peau, ordinairement froide, s'échauffait quelquefois comme dans la fièvre. Plusieurs parties de son corps, les bras surtout, présentaient de nombreuses ecchymoses, et il suffisait d'une légère pression pour en produire de nouvelles. Le délire était incessant, il était le principe de toutes les actions, il entravait toutes les fonctions soumises à l'empire de la volonté : la malade voyait partout des hosties ou des profanations d'hosties. Tout ce qui avait une forme circulaire, tout ce qui était blanc sans même avoir cette forme, était une hostie ou une portion d'hostie. Dans les potages, dans les sauces, il y a de la graisse fondue et affectant des formes circulaires : ce sont des hosties; dans le pain, il y a des trous également circulaires : ce sont encore des hosties; dans la boisson, il y a à la surface des bulles de gaz : toujours des hosties. Il ne faut donc ni boire ni manger sans crainte de sacrilége.

Dans le mucus des narines, dans la salive, dans l'urine, dans les matières fécales, encore des bulles, et par conséquent des formes circulaires : on ne doit donc rien rendre, car on rendrait des hosties. Point de poches, car il y tomberait des hosties; point de changement de linge, car, dans les plis, des hosties pourraient être cachées; pas de lettres fermées avec des pains à cacheter, pas de promenades, parce que, chemin faisant, on rencontre des morceaux de papier, du plâtre, des objets blancs qui sont des hosties; jamais de prières à l'église, parce qu'il y a là des hosties dont on peut s'emparer : de là obligation de se détourner des églises, de s'en tenir assez loin pour ne pas entendre le son des cloches, qui rappellent les églises, qui rappellent les hosties; pas de sommeil, à moins qu'on n'y succombe, parce qu'en dormant on peut se lever somnambule et aller ouvrir le tabernacle; au réveil, frayeur extrême et recherche empressée des hosties qui pourraient se trouver dans les mains, dans le lit; enfin la nuit, le jour, partout des hosties. La vie était devenue, pour madame Louise et pour ceux qui l'entouraient, un affreux supplice.

Ce n'est pas tout d'un coup qu'elle était tombée dans cet excès de délire, c'était par degrés : elle s'en cachait d'abord; mais successivement son mari, sa famille, ses alentours, avaient été témoins de ses frayeurs; ils avaient fini par en savoir le motif. Pour la rassurer, pour la détromper, on avait employé tous les moyens que suggèrent l'amitié la plus vive, le dévouement le plus absolu : on avait réussi à quelque chose, mais à bien peu. Après des heures, des journées d'instances et de prières, on lui faisait avaler une tasse de bouillon bien dégraissé, un peu de viande et de pain. Quand, lasse d'efforts inouïs, elle ne pouvait retenir la matière de ses déjections, elle la laissait échapper, mais avec des

---

rands du Nord, transportés dans les plaines assainies de la Metidjah! — Et cette atmosphère, type de pureté normale, qui se déroule immense sur les mers, imprégnée de lumière, brassée par une ventilation sans fin, et ces sources d'eau à composition diverse qui jaillissent avec profusion en mille coins de l'univers, merveilleuse pharmacie de la nature si elle est comprise et maniée avec habileté; c'est à ces grands moyens d'action collective qu'il faut revenir; c'est à l'harmonie de l'organisation humaine avec les différents milieux représentés par les climats et les localités, qu'il faut réfléchir avec force et tourner l'observation des médecins.

MICHEL LÉVY.

— ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE EN ESPAGNE. Une loi sur la médecine, en Espagne, a été publiée à Madrid le 17 septembre dernier, et contre-signée par M. José Pidal, ministre de l'intérieur. Il est créé cinq Facultés de médecine pour l'Espagne : à Madrid, à Barcelone, à Santiago, à Valence et à Séville, et deux écoles de pharmacie : à Madrid et à Barcelone. Les chaires seront données au concours. Les professeurs seront divisés en trois degrés. Les trois sixièmes seront du premier degré, c'est-à-dire d'entrée; deux sixièmes entreront dans le second degré; l'autre sixième correspondra au plus haut grade. Les positions ou degrés s'acquerront par le concours, qui aura lieu parmi tous les professeurs du royaume ayant une chaire analogue. Les chaires sont inamovibles. On ne pourra concourir, pour un degré supérieur, qu'après huit ans d'exercice ou de professorat dans chaque grade. Les honoraires sont réglés selon l'ancienneté et la catégorie. A l'ancienneté il y a quatre classes : 20 professeurs à 18,000 réaux (4,500 fr.); 50 à 16,000 réaux (4,000 fr.); 90 à 14,000 réaux (3,500 fr.), et tous les autres à 12,000 réaux (3,000 fr.).

En Espagne, les étudiants, pour être admis aux Facultés de médecine, devront être bacheliers en philosophie, et avoir étudié, pendant un an au moins, la chimie, la minéralogie, la zoologie et la botanique.

Sept années d'etudes médicales sont imposées à tous ceux qui veulent être médecins. Pendant l'une de ces sept années d'études, les clercs seront tenus à suivre un cours de langue grecque. Les cinq premières années d'études donnent le titre de bachelier en médecine; les deux autres années le titre de licencié, et le droit d'examen dans toute la monarchie. Il n'y a qu'un ordre de médecins en Espagne.

On ne pourra être reçu docteur qu'à Madrid.

—JOURNAUX DE MÉDECINE ESPAGNOLS. Il se publie actuellement à Madrid deux journaux de médecine du format de la GAZETTE MÉDICALE. L'un est intitulé GAZETTE MÉDICALE, et paraît depuis le commencement de cette année : il en est à son 33e numéro; l'autre, intitulé LA FACULTÉ, ne paraît que depuis le 18 octobre.

regrets indicibles. A force de supplications, on parvenait à la mettre au bain, à l'habiller et à la déshabiller, mais c'était toujours avec des lenteurs infinies, des précautions multipliées, et l'assurance donnée mille fois que ce n'était pas mal faire, et qu'il n'y avait aucun risque de profanation.

Et par-dessus tout cela un profond dégoût de la vie et des tentatives réitérées de suicide!

Que faire?

S'il n'y avait eu que du délire, si la santé physique n'eût pas été elle-même dans un état déplorable, pas d'hésitation. Il fallait rompre avec les habitudes anciennes, éloigner toutes les personnes qui avaient si infructueusement essayé de consoler la malade, diriger tout, régime, remèdes, distractions, susciter des passions, des pensées médicatrices, au risque de contrarier et même d'irriter la malade. Une colère survenant à propos, et répondant à une véritable provocation, est cent fois moins pénible à supporter que ne le sont des craintes chimériques et des idées folles; c'est d'ailleurs une passion normale capable de redonner à la volonté son empire. Mais irriter une femme épuisée, alternativement affaiblie et excitée par la fièvre, devais-je l'oser? La mort ne pouvait-elle pas être le résultat d'une impression trop vive? Et puisque le danger était grand, n'était-il pas moins malheureux de laisser mourir la malade que de s'exposer à hâter sa fin? J'attendis. Joignant mes exhortations à celles du mari, je dis à la malade tout ce que j'imaginai de plus propre à la persuader; usant des avantages que me donnait près d'elle mon caractère de médecin, et de médecin que l'on était venu de fort loin consulter à Paris, mes paroles ne furent pas sans quelque heureuse influence. Je recommandai de la nourriture, des bains chaque jour, des causeries, des promenades à pied ou en voiture, des spectacles; par-dessus tout, une surveillance extrême, et, s'il se pouvait, un redoublement de patience et d'amitié.

Les jours suivants, je revis la malade; tantôt je la trouvai un peu mieux, tantôt plus mal : ce que nous avions gagné la veille, nous le perdions le lendemain. Bientôt mon influence, dans le principe très-faible, devint presque nulle; le mari n'obtenait plus que de rares concessions, et pour faire prendre à la malade un peu d'aliments, il fallait tant la tourmenter, qu'il devenait douteux pour nous si nos obsessions ne lui étaient pas plus nuisibles que la nourriture ne pouvait lui faire de bien.

Le mal empirait donc; mais voyant tous les jours madame Louise, apprenant à la bien connaître, jugeant que malgré son extrême maigreur il lui restait encore de la force, ayant eu l'occasion de m'apercevoir que devant moi elle ne se livrait pas à autant d'extravagances que devant son mari, j'espérai.

L'indication était facile à saisir. Il n'y avait pas là, comme dans le cas précédent, une maladie antérieure, cause de la folie; pas de douleur amenant à sa suite des idées tristes et le désespoir. La cause et la nature de la maladie étaient exclusivement de l'ordre moral; il fallait donc agir par les moyens moraux, et il importait de ne pas temporiser plus longtemps, car l'économie allait en s'appauvrissant, et chaque jour de retard était un pas vers la tombe.

Ma résolution prise et concertée avec le mari, je commençai le traitement. Un matin j'entrai chez la malade, accompagné d'un de mes élèves les plus distingués, M. le docteur Perrot, et d'une femme de chambre choisie parmi les plus capables de celles que j'avais à ma disposition.

La malade parut étonnée de me voir ainsi escorté; mais quand je lui annonçai que M. Perrot resterait près d'elle pour surveiller l'exécution de mes conseils jusque-là fort incomplétement suivis; que la femme de chambre était attachée à son service et avait ordre de ne pas la quitter un seul instant; quand surtout elle entendit que je renvoyais son mari, et que son mari se disposait à m'obéir, elle fut surprise, épouvantée, poussa des cris, témoigna un violent désespoir.

La séparation se fit, non sans une vive résistance de la part de la malade. Restée seule en présence de nous trois qu'elle voyait réunis dans un même but, elle fit, après quelques instants d'exaspération, ce que font presque tous les malades, ce que ferait toute personne raisonnable en pareil cas, elle se calma un peu, et chercha à nous attendrir sur sa position. J'étais devenu l'arbitre de son sort, je venais de me montrer sévère, il fallait me fléchir et obtenir de moi le retour du mari. Elle mangerait, elle boirait, enfin elle ferait tout ce que je voudrais, mais dans la mesure de ses forces, et pourvu que son mari fût avec elle; sans cela, elle n'écouterait rien, et se laisserait mourir.

— Vous me promettez maintenant de manger et de boire; que ne le faisiez-vous quand votre mari était là et qu'il vous en priait?

— Je le ferai maintenant. Oh! rendez-moi mon mari.

— Vous ne pourriez pas aujourd'hui faire plus que vous n'avez fait hier.

— Oh! si, je le pourrais.

— Vous croiriez encore voir des hosties dans vos aliments et dans vos boissons.

— Je ferais tant d'efforts sur moi que je ne le croirais plus.

— Vous ne pourriez pas faire des efforts suffisants pour réussir.

— Oh! j'en ferais, je suis bien sûre d'en faire.

— Les globules de graisse qui sont sur la soupe vous effraieraient encore; il en serait de même des globules d'air qui sont à la surface du lait, de l'eau, des boissons.

— Oh! non, je ne m'effraierais plus de rien, si mon mari était là pour me rassurer.

— Vous vous effraieriez encore, car ce sont des choses si graves!

— Je sais bien qu'elle ne sont pas graves.

— Comment! de la graisse sur la soupe, cela ne vous paraît pas grave?

— Non.

— Et les yeux du pain, cela ne vous paraît pas grave non plus?

— Non.

— Et des morceaux de papier?

— Ce sont des morceaux de papier.

— Et des mies de pain, de la farine, du plâtre, des bouts de fil, du duvet, tout cela ressemble beaucoup à des hosties, et la peur que vous en avez me paraît très-fondée.

— Fondée sur mes idées; mais si j'avais mon mari, je n'en aurais plus peur.

— Et vos besoins naturels, quand vous en éprouveriez, vous les satisferiez si votre mari était près de vous?

— Oui.

— Vous ne le pourriez pas.

— Oh! je le pourrais; cela est bien facile.

— Eh bien! madame, puisque cela est facile, faites-le pour mériter que votre mari revienne. Vos promesses sont belles, mais les faire et les tenir ce n'est pas la même chose. M. Perrot est là, suivez ses conseils, il jugera de vos efforts, et si vous devenez assez maîtresse de vous, je permettrai à votre mari de venir, mais je ne le lui permettrai qu'à cette condition.

Cela dit, je me retirai, laissant à M. Perrot le soin de diriger la malade.

C'était l'heure du déjeuner; on servit. La malade, assise en face de M. Perrot, déploya sa serviette d'assez mauvaise grâce; puis, regardant son assiette et y ayant trouvé un peu de duvet, elle en demanda une autre. M. Perrot s'y refusa, et il jeta dans cette même assiette de la mie de pain. La malade se mit en colère, reprocha au médecin de vouloir la tourmenter, et dit formellement qu'elle ne mangerait pas, et elle quitta la table.

Il fallait bien qu'elle mangeât, car elle était exténuée; elle n'avait rien ou presque rien pris depuis plusieurs jours.

M. Perrot lui dit : « Je vais jeter de la mie de pain dans les assiettes, dans les mets et dans votre verre, et je vous ferai manger de force; ou bien vous allez vous asseoir, on enlèvera l'assiette dans laquelle il y a de la mie de pain, puis vous mangerez et vous boirez volontairement. »

Manger de force et manger des mies de pain qui peuvent être des hosties! Il vaut mille fois mieux se mettre à table et déjeuner : c'est ce que fit la malade, non pas sans de grandes hésitations, mais enfin elle mangea, et M. Perrot ne consentit pas à lui dire, même une seule fois, qu'il n'y avait d'hostie ni dans ses aliments ni dans ses boissons.

Il serait trop long d'entrer ici dans les détails de tout ce que nous avons fait et dit à la malade; les choses principales suffiront au lecteur. Le premier point était de la nourrir; nous y avons mis tous nos soins, et nous avons fini par obtenir un régime régulier sans jamais condescendre au désir qu'avait toujours et que témoignait souvent madame Louise d'être rassurée sur la présence des hosties. Ses demandes directes étaient toujours rejetées, ses demandes indirectes n'étaient jamais comprises. Elle y mettait cependant quelquefois une grande habileté. Bonne, spirituelle et par moment redevenue gracieuse, au milieu d'une causerie à laquelle elle savait nous intéresser, elle nous montrait un peu de duvet, un peu de fil, un morceau de papier, et avec un regard presque suppliant, mais sans parler, elle disait : « N'est-ce pas une hostie? » Notre principe était bien de ne pas répondre et de rester inflexibles; mais je ne pourrais pas assurer qu'elle n'eût jamais entendu de notre bouche ou lu dans nos yeux la réponse qu'elle désirait. Son petit manége avait d'ailleurs de quoi nous réjouir; il indiquait de l'habileté, de l'à-propos, c'était une ruse qu'il ne fallait pas prendre trop au sérieux.

Les premiers jours furent très-pénibles et pour la malade et pour nous. De la part de madame Louise, résistance contre tout; de notre part, de la fermeté, quelques concessions et la permission de courtes entrevues avec le mari. L'espoir de ces entrevues était le plus puissant mobile qui agit sur elle. Je les voulais courtes, parce qu'il fallait stimuler les sentiments affectueux plutôt que les satisfaire. Notre cœur est ainsi fait : s'il désire, il est capable d'opérer des prodiges; s'il a ce qu'il veut, il se rassasie.

J'ai dit que madame Louise ne se mouchait pas, quelque besoin qu'elle en eût. Un matin que M. Perrot avait réussi, pour la première fois, à l'obliger de se moucher, il me fit part de sa joie. Je voulus, pour compléter cette œuvre, que la malade prît elle-même un mouchoir dans la commode, qu'elle s'en servît devant moi et qu'elle le mît dans sa poche; car je lui avais fait faire des poches. Elle ouvrit sa commode; mais précisément sur les mouchoirs se trouvait un petit paquet de morceaux de laine qu'elle y avait cachés pour, quand son mari viendrait, se faire dire par lui que ces morceaux de laine n'étaient pas des hosties. Effrayée à cette vue, elle refusa net de toucher aux mouchoirs. J'insistai, je priai, je m'emportai sans réussir à rien, et cela dura une heure et demie. Alors je ne gardai plus aucun ménagement, et, d'un ton de colère, j'ordonnai que l'on allât me chercher une boîte de pains à cacheter blancs, que je menaçai de jeter partout, sur le parquet, sur les meubles, sur la malade. Abasourdie d'un aussi rude coup, elle prit un mouchoir, devint souriante pour me demander, en s'en servant, s'il ne contenait rien, se moucha en relevant son mouchoir de manière à ne pas se cacher la bouche pour qu'on vît bien qu'elle ne crachait pas d'hostie, et mit le mouchoir dans sa poche. Il y avait peut-être un an que pareille chose ne lui était arrivée.

Pour qu'elle se mouchât comme tout le monde, il fallut encore bien du temps et des peines, mais enfin nous parvînmes à l'y obliger. Les autres évacuations ne se régularisèrent pas non plus en une seule fois ni par nos seules recommandations, nous fûmes obligés de recourir à bien des stratagèmes, parmi lesquels la pensée de la boîte aux pains à cacheter joua aussi son rôle.

La préoccupation des hosties avait perverti toutes les actions, changé toutes les habitudes : afin de ramener madame Louise à son état normal, il fallut s'attaquer à toutes ses habitudes, à toutes ses actions. Sa folie n'était plus seulement dans un principe faux, elle avait pénétré partout et tout vicié. Marcher dans la rue, passer devant une église, monter en voiture, ouvrir des lettres, en écrire, entrer chez des marchands, travailler, lire, tout cela semblait impossible : tout cela s'est fait à l'aide d'une volonté ferme de notre part. Le désir des visites du

mari, et la crainte des pains à cacheter, nous furent en cela de puissants auxiliaires.

Cependant la malade trouvait encore, même en faisant des progrès vers la guérison, un moyen suffisant de contenter son délire. Elle se promenait, agissait, obéissait, mais elle n'était jamais seule, quelqu'un la surveillait toujours, et par conséquent on la voyait toujours. Or, si on la voyait, on était sûr qu'elle ne volait pas, qu'elle ne profanait pas d'hosties, et c'était pour elle un grand motif de sécurité. Il fallait lui ôter ce motif de sécurité, car il n'était pas dans l'ordre des choses raisonnables. Comment faire? Envoyer la malade se promener seule? Elle ne le voulait pas, et on n'avait aucun moyen de l'y forcer. La quitter au milieu du chemin? Ce parti était fort dangereux; la malade se serait précipitée sous une roue ou jetée à la rivière. Il importait cependant de lui ôter l'appui qui servait d'aliment à son délire. M. Perrot s'est avisé d'une chose fort simple et fort ingénieuse, c'est de fermer les yeux. Quand, en se promenant, madame Louise déraisonnait soit en paroles, soit en actions, M. Perrot lui quittait le bras et fermait les yeux. Ce remède agissait toujours, l'effet n'en a jamais manqué. Ce qu'il y avait encore d'important à obtenir a été obtenu soit en fermant les yeux, soit en menaçant de les fermer. Entrer dans une église, assister à la messe, s'y tenir convenablement, n'avoir ensuite ni tourment ni regret, écrire des lettres, les cacheter même avec des pains à cacheter blancs, cela s'est opéré sous l'influence du remède imaginé par M. Perrot.

Tout semblait aller bien; souvent l'esprit paraissait complétement libre; madame Louise rentrait par degrés dans la vie ordinaire; elle voyait souvent son mari, écrivait à sa famille, et ne doutait plus de la possibilité de rentrer chez elle, lorsque, sans motif connu, et cela deux fois, à des époques très-rapprochées, elle renouvela les tentatives de suicide qu'elle avait déjà faites avant que je la connusse. Un jour, elle donna à sa femme de chambre une commission que celle-ci eut la maladresse de faire. Restée seule, la malade courut à toutes jambes vers un chemin de fer qui n'était pas très-éloigné de la maison où elle se trouvait, et comme elle avait choisi l'heure du passage d'un convoi, elle allait se précipiter sous les roues des wagons, si l'on n'était pas venu l'arrêter. Un autre jour, malgré un redoublement de surveillance, on la surprit en train de s'étrangler avec les cordons de son bonnet de nuit.

Ces deux accidents, qui sont venus à l'improviste interrompre la convalescence, ne l'ont que peu retardée, et vers la fin de décembre 1841, c'est-à-dire un peu moins de six mois après avoir été mise en traitement, madame Louise était parfaitement raisonnable.

L'état physique a cessé de nous donner des inquiétudes à dater du moment où la malade a consenti à prendre de la nourriture: le corps s'était appauvri, l'estomac avait souffert; il a suffi d'une bonne alimentation pour faire cesser de ce côté tout danger et même tout accident sérieux. Un seul phénomène a persisté jusqu'après le retour de la raison, c'est la disposition aux ecchymoses qui se produisaient sous l'influence de la moindre pression. Du reste, les gencives étaient saines, et il n'y avait pas d'autre apparence d'une affection scorbutique. Madame Louise, rentrée chez elle, n'a pas cessé d'être complétement raisonnable; aucune idée analogue à celles qui caractérisaient sa maladie, ou qui semblaient l'y prédisposer, n'a maîtrisé son esprit, comme cela avait eu lieu pendant de longues années. Elle a été frappée dans ce qu'elle avait de plus cher; quelques personnes de sa famille ont été grièvement malades, elle a perdu son fils aîné, et cependant elle n'a éprouvé, à la suite de ces malheurs, aucun trouble d'esprit. Assez peu de temps après m'avoir quitté, sa raison était si solide qu'on a cru pouvoir la faire communier. Si l'on m'avait consulté, j'aurais dit d'attendre, mais on a passé outre, et on n'a pas eu lieu de s'en repentir.

Ainsi, malgré une prédisposition native aux maladies nerveuses, prédisposition qu'on est trop souvent porté à prendre comme un présage d'incurabilité; malgré un très-long abandon de sa liberté morale, madame Louise a guéri, et, depuis quatre ans, son esprit s'est constamment soutenu dans un état tel que des personnes qui l'ont connue autrefois la regardent comme plus forte qu'elle ne l'a jamais été.

La part ainsi faite, dans les observations qui précèdent, au traitement physique et au traitement moral, voyons un cas où ces deux moyens de guérison ont dû être employés pour concourir au même but. Je choisis ce cas entre beaucoup d'autres, parce que, outre la double indication thérapeutique dont il offre un exemple, il montre que le raisonnement, le calcul, ne sont pas incompatibles avec la manie furieuse.

TEMPÉRAMENT NERVEUX, MISÈRE, CHAGRIN; MANIE AIGUE AVEC CONSERVATION D'UNE GRANDE LUCIDITÉ D'ESPRIT; TRAITEMENT MIXTE; GUÉRISON.

OBS. III. — Il y a quelques années, je fus chargé par l'autorité administrative de délivrer un certificat constatant l'état mental d'un jeune homme qui avait été envoyé dans un établissement d'aliénés. Je le vis le jour même, le lendemain et les jours suivants, et je ne discontinuai pas mes observations sur lui aussi longtemps qu'il resta dans l'établissement où il était retenu. C'est un des cas de manie lucide les plus intéressants que j'aie rencontrés.

M. Nicolas (j'appellerai ainsi le malade dont il s'agit) est d'un tempérament nerveux, d'une constitution frêle; il a de l'esprit, de l'instruction. Arrivé à l'âge de 30 ans, il ne s'est pas encore créé une position; il a cependant une grande valeur intellectuelle: il connaît plusieurs langues, il écrit avec facilité de la prose et des vers; mais il a toujours été mobile, capricieux, dominé par ses passions, dépensant beaucoup, et trouvant toujours quelque raison spécieuse pour rejeter sur les autres le blâme encouru par son imprévoyance. Cette imprévoyance l'a jeté dans une gêne voisine de la misère; il a fait des excès de table; il a usé du mariage quand son appauvrissement physique nécessitait une continence absolue.

Antérieurement il s'était fait enfermer, disait-il, dans une maison d'aliénés de province, et il y était resté deux ans, d'abord comme malade, ensuite comme sous-directeur. Là, il traitait les aliénés avec une grande douceur, n'employait jamais la force pour les maintenir, et faisait bien mieux, disait-il, qu'au moment de ma visite il ne voyait faire autour de lui. Venu à Paris, il avait eu une mission du gouvernement; il avait rempli cette mission, mais il n'en avait pas été suffisamment récompensé: on le laissait sans emploi, il s'endettait chaque jour, et ses parents ne voulaient plus payer les billets qu'il donnait à ses créanciers.

Son arrestation avait eu lieu d'après sa propre demande. Il était entré dans un corps de garde et avait dit: « Arrêtez-moi, je suis sans moyens d'existence. » Et on l'avait conduit à la préfecture, puis de la préfecture dans un établissement d'aliénés. Ce n'était pas cela qu'il voulait, c'était la prison, parce qu'il avait eu pour but d'humilier ses parents, qui l'avaient laissé sans secours.

J'étais chargé, et je l'en avais prévenu, de l'examiner pour savoir s'il était ou non aliéné; je l'interrogeai donc. Il me répondit volontiers, s'exprimant d'une manière aisée et même élégante, mettant parfois trop de vivacité dans la conversation, mais s'en apercevant lui-même, et attribuant cette vivacité à la position pénible dans laquelle l'avait mis sa fausse démarche près d'un chef de poste, et l'ignorance des médecins qui l'avaient d'abord examiné.

Pendant que nous causions, sa figure, d'ailleurs très-mobile, avait passé plusieurs fois de l'indignation au rire presque sans transition, et j'avais remarqué dans ses yeux une sorte d'égarement très-ordinaire aux maniaques.

Avant de le quitter, il me somma de lui déclarer s'il était ou non aliéné, et exprima sa volonté d'être conduit en prison, afin d'humilier l'orgueil de ses parents. Je ne lui donnai aucune réponse positive, et je lui promis de le revoir très-prochainement. Dans mon certificat, après avoir retracé les principaux faits de la vie de M. Nicolas, je conclus qu'il y avait présomption de folie et qu'il fallait attendre.

Pendant le reste de la journée, il s'emporta à l'occasion de tout et contre tout le monde; il était, m'a-t-on rapporté, dans un véritable accès de manie furieuse: ses discours n'avaient aucune suite, sa figure était rouge, enflammée; il se livra à des violences qui obligèrent les surveillants de l'attacher.

Le lendemain, je me présentai pour le voir. Il était dans une salle commune à plusieurs aliénés maniaques, couché et retenu au moyen de la camisole de force, parlant avec feu et tenant des discours si remarquables, que je m'empressai de les écrire sur mon portefeuille. Il ignorait que je fusse près de lui; il était donc entièrement sous l'empire de ses idées. Je ne dirai pas que j'aie écrit tout ce que j'ai entendu, ma plume ne pouvait pas le suivre; mais je n'ai rien ajouté à ce que j'ai entendu. Ses imprécations, ses menaces, ses raisonnements, sont textuels, sauf cependant des noms propres, que je ne dois pas reproduire. Il s'exprimait quelquefois en italien, le plus souvent en français, et les inflexions de sa voix étaient en harmonie parfaite avec le sens de ses paroles.

Au moment où je suis entré, il faisait l'histoire de sa vie, histoire malheureuse et triste: espérances trompées, avenir perdu, abandon des siens, privations, misère, détention injuste, brutalités odieuses, et pour tout à l'heure peut-être une mort obscure dont les auteurs resteraient impunis. C'étaient là les objets de son délire, où il y avait quelque chose de vrai, beaucoup d'exagéré et de faux; rêve horrible qui exaltait son imagination et le jetait dans une inexprimable angoisse. Il se plaignait surtout de deux hommes bien incapables de lui faire aucun outrage; il voulait les tuer, et il disait:

« *Che piacere! vedere questi duo corpi morti e ballare! Io farò una vendetta terribile... terribile.*

» Apportez-moi à boire de l'eau.

» *Io farò una vendetta terribile... terribile.*

» Mort au surveillant! mort au médecin, et malheur! Sortirai-je d'ici mort ou vivant? Je n'en sais rien.

» *Io farò*, etc. (répété plusieurs fois, et toujours d'une voix menaçante et sombre).

» *Vieni liberarmi da tutti miei mali, altramente sarò assassino! O morte! vieni! se non posso morir in questa maledetta notte... in questa notte passerò coi dannati. Sciagura, sciagura al medico! ascolta mi. Io farò una vendetta terribile... corsica.*

» Que leur sang retombe sur toi! Mais ils seront tués; mais ces misérables-là, malheur à eux, malheur à moi-même! Quand j'aurai tué ces misérables-là, je dirai: Je suis fou, tuez-moi. Et de deux choses l'une: si l'on me considère comme fou, on m'attachera; si l'on me considère comme un criminel, je porterai ma tête sur la guillotine.

» *Che piacere! vedere questi duo corpi morti e ballare*, et d'envoyer leur âme de chien dans l'enfer. Tu seras tué de ma main; je te prendrai en traître, par derrière. Je vous trouverais toujours, mais je veux vous tuer ici, parce qu'ici je suis fou. Vous vous êtes sentis les plus forts, et vous avez abusé de votre force... Ne craignez rien...

» *Per Dio santo, io farò una vendetta terribile!*

» Oui, au nom de Dieu, s'il y en a un, je me vengerai. C'est ta pensée fixe, continuelle... Tu as une proie que tu veux dévorer, tu es un lion, un tigre... J'en tirerai une terrible vengeance... Oh! vous croyez que l'on se joue avec des organisations aussi terribles que la mienne! Vous n'auriez été que deux, vous ne m'auriez pas attaché. Une jambe nerveuse comme la mienne, conduite par une intelligence aussi forte... Vous croyez qu'il est facile de venir à bout d'un homme comme moi! Je sais tout faire, je n'ai peur de rien. Il n'y a qu'une chose que je n'ai pas su, c'est me venger. J'ai été trop bon, trop généreux, trop magnanime, tonnerre de Dieu! Tu seras un lâche, un infâme, tout le monde aura le droit de te cracher au visage si tu ne les assassines pas.

» *Io farò*, etc.

» *Che piacere*, etc. (Puis il siffle l'air de *Marlborough* et reprend):

» *Io farò*, etc. (et il siffle l'air: *Mi rivedrai, ti rivedrò*).

» Par ce Dieu terrible qui nous dit : Assassine-les, ce n'est plus la religion du Christ qu'il nous faut, mais la religion des Hébreux, qui ordonne la vengeance, le pillage, le massacre. *Per Dio santo, questi maledetti !* Ils me tueront ou je les tuerai. Mon cadet, c'est comme cela. Il s'agit de ne pas faire le fou. C'est l'action d'un homme raisonnable. Assassin ou assassiné. Allons, du calme, poëte : Gilbert est mort à l'Hôtel-Dieu, et les médecins de l'époque, quand Gilbert criait : La clef! la clef! disaient : Voyez, le délire!

» Non, illustre confrère, toi, mon maître, sublime J.-J. Rousseau, moi, ton fils Émile, que rien n'intimide, je serais dans l'infortune! Tu sais si j'ai une grande âme, si j'ai souffert les glaces du nord, le soleil de l'Asie. Eh bien, par tes mânes sacrés, ô mon père Jean-Jacques! je le jure par toi, par ton Émile, le plus sublime ouvrage qui soit sorti de la main de l'homme, je le jure par ta statue que les lâches Genevois élèvent dans leur ville, parce qu'ils savent, avides d'argent, que les étrangers viendront l'y voir. Ils t'ont persécuté pendant ta vie, ils t'exploitent après ta mort.

» Cela a l'air de folie, tout cela. Fontenelle avait bien raison, homme égoïste qu'il était; en apprenant la mort d'un de ses amis, il dit : « Catherine, vous ferez toutes les asperges à l'huile. »

» Mais je m'égare. O toi, mon maître Jean-Jacques, je ne suis pas fait pour vivre dans ce monde, il faut être vil, et je suis noble... C'est mon âme qui parle, la matière est muette. Eh bien! cette âme qui parle... dans quelle région céleste suis-je transporté? Non, cette dépouille mortelle qu'ils ont garrottée n'est plus à moi... Mon Dieu, je vous vois, mon Dieu, je vous entends... dans une autre vie... Mort à Louis-Philippe et vive la république!

» Monsieur André, monsieur André, voulez-vous me donner de l'eau sans en répandre sur moi? (Il boit avidement et dit) : Je me vengerai... Aussi vrai que tu n'es pas un mouchard, j'assassinerai le domestique et le médecin... Vous me traitez comme vous ne traiteriez pas un aliéné... La société civilisée tue un homme; la belle vengeance! Elle ne sait rien faire. Il faut les scier en long, les faire cuire, leur mettre de l'huile sur le corps... Malheureux aliénés, dormez, je ne veux pas troubler votre sommeil. (Il demande de l'eau, il boit avidement, et siffle l'air : *Dormez donc, mes chères amours.*)

» Nous aurons une guillotine à la vapeur. Marat était un esprit timide. Nous avons Lyon, la rue Transnonain, Barbès, qui est aux galères; nous avons Alibaud, Meunier...

» *Io farò*, etc.

» Je vois la conséquence de cette action, je la raisonne très-bien. Vous direz : Voilà un aliéné qui a tué un gardien, qui a tué le médecin; on vient m'interroger, je dis : Cet homme m'a torturé. — Mais quant au médecin? Le juge d'instruction dira : Le médecin est un homme juste; il n'a pas donné l'ordre de vous frapper. — Mais le médecin est un homme de police et un ignorant; la preuve qu'il a assassiné... Après cet interrogatoire, je suis déclaré aliéné. Soit, on me donne la douche. Qu'est-ce que la douche pour un homme qui en a tué deux?... Que je les assassinerai avec bonheur! Je boirai leur sang avec délices! La vengeance, un morceau de roi! »

L'accès dure jusqu'à la fin de la nuit. Pendant la journée, le malade est mis dans le bain; il se calme un peu; il promet d'être tranquille si on ne l'attache plus, et il tient parole; il est encore verbeux, ému, délirant, mais non pas agité. La nuit se passe bien, et, le jour venu, la raison est presque complète. Pendant encore un mois, M. Nicolas conserve une grande disposition à s'agiter; il est envers tout le monde d'une exigence extrême; il menace, si on le contrarie, de devenir furieux; il assure que, quand il le voudra, il paraîtra aussi fou que pendant la nuit où il a tant crié; il proteste en même temps contre toute imputation de folie, et, comme il a beaucoup lu, il s'appuie de l'opinion de certains auteurs modernes qui, en l'entendant, auraient été assez embarrassés de lui répondre. « Suivant MM. tels et tels, disait-il, pour être fou, il faut parler ou agir sans savoir ce qu'on fait ou ce qu'on dit; or, comme je sais toujours l'un et l'autre, il en résulte que je ne suis pas fou. »

Le lecteur voudra bien croire que je ne mets pas ces paroles dans la bouche de M. Nicolas pour en prendre occasion de critiquer des opinions qui ne sont pas les miennes. Je raconte ce que j'ai entendu, rien de plus; mais la leçon est bonne et ne doit pas être perdue. M. Nicolas ajoutait encore : « Vous devez tout supporter de la part d'un aliéné; un aliéné vous tuerait que vous n'auriez pas le droit de lui donner une chiquenaude. » Et, comme il se voyait enfermé sous l'imputation de folie, dans ses mauvais moments, il aurait certainement tué son médecin ou celui de ses gardiens auquel il en voulait tant, certain d'avance que la loi l'excuserait. C'est cependant un homme fort doux, d'un caractère bouillant, mais sans aucune méchanceté. Son exaltation, sa colère, ses pensées homicides étaient uniquement l'effet de sa maladie.

Ce qu'on a fait pour le traitement de M. Nicolas, le voici. On lui a donné des bains prolongés et rafraîchi la tête pendant le bain; on l'a nourri d'aliments végétaux et de lait; on l'a isolé de sa famille et du monde; on a été avec lui bienveillant et ferme, et, par de bonnes raisons, on a cherché à redresser son jugement. Que toutes ces choses aient été bien faites, et que, bien faites, elles aient rempli toutes les indications, je ne le crois pas. Les gardiens n'ont pas toujours la patience qui leur est tant recommandée; ils s'irritent trop souvent des injures que leur adressent les malades, et parfois ils repoussent des coups par des coups. On ne trouve pas chez eux l'accomplissement du précepte donné par M. Nicolas, de se laisser tuer et de ne pas même rendre une chiquenaude. Sur ce point, même sans rêver une perfection impossible à obtenir, que de changements à désirer!

Il aurait fallu de plus pour M. Nicolas, pendant sa grande agitation, une température fraîche, de l'obscurité, un silence profond autour de lui, et, pendant sa convalescence, aucun contact avec les aliénés. Lorsque, dans son délire, il exprimait des sentiments doux et tendres et qu'il semblait s'apitoyer sur ses compagnons d'infortune, les sons d'une musique appropriée à ces sentiments auraient peut-être opéré une crise salutaire. J'ai soigné une dame qui, en proie à des idées tristes, ne voulait pas quitter son lit dans la crainte d'être distraite. J'ai fait faire de la musique dans une pièce voisine de la sienne; elle en a été d'abord un peu contrariée, puis émue, puis satisfaite, et, profitant d'un moment où elle ne se croyait pas observée, elle s'est levée pour aller se mettre au piano. Sa guérison a commencé dès ce moment. Un homme, auparavant du nombre de ceux qu'on appelle *viveurs*, refusait depuis longtemps de manger, et il n'avalait rien qu'à l'aide de la sonde. Autour de lui, tout était fort triste, et nos paroles, qui avaient principalement pour but de l'exhorter à prendre de la nourriture, n'avaient rien qui pût le récréer. Je fis venir près de lui un ménétrier; il entendit des airs de valse, et il mangea.

A la vérité, M. Nicolas n'a pas entendu de musique, et cependant il a guéri. Mais qui pouvait prévoir, pendant son exaltation, si c'était ou non le début d'un long accès de manie. Et avant que les sensations fussent perverties, avant une incohérence plus grande dans les idées, n'importait-il pas d'agir par tous les moyens reconnus efficaces? En cas pareil, si je pouvais employer la musique, je l'emploierais. Si je pouvais, dis-je, car, quand il s'agit des pauvres, ce que la science indique, on le fait si l'on peut. Les pauvres ont ce triste privilége : ils sont plus souvent malades que les riches, et beaucoup de remèdes qui les guériraient ne sont pas à leur portée!

Recherchons dans de nouveaux faits des indications nouvelles (1).

. . . .

Je termine ici la série de mes observations; en ajouter davantage, ce serait faire un volume et fatiguer le lecteur. J'ai raconté longuement, mais simplement, ce que j'ai vu, ce que j'ai fait. J'ai eu pour objet principal de bien établir que, dans certains cas d'aliénation mentale, il faut un traitement physique, que, dans d'autres cas, il faut un traitement moral; et je me suis étendu particulièrement sur ce dernier, parce que c'est celui dont on apprécie trop peu l'importance, et dont l'application ne se fait pas encore assez fréquemment. Depuis quelques années, il est vrai, en théorie comme en pratique, on s'est beaucoup modifié : on est devenu moins affirmatif sur la cause matérielle de la folie; on ne croit plus généralement que la pensée soit sécrétée par le cerveau comme la bile est sécrétée par le foie; la localisation des facultés de l'entendement dans un point déterminé de l'encéphale a bien vieilli et paraît étrange, pour ne pas dire plus; les mots de psychologie, de psychisme, se trouvent dans des bouches qui, pendant longtemps, ne parlaient guère que d'altérations, d'irritations, d'inflammations; des écoles dans lesquelles on cultive l'esprit des aliénés en traitement par la lecture, l'écriture, l'exercice de la mémoire, la musique, le chant, se multiplient, et chaque médecin qui les a établies s'applaudit des résultats avantageux que ces écoles lui procurent; on ne dit plus crûment, comme on le disait naguère, que « les évacuations sanguines, les exutoires, les purgatifs, le sulfate de quinine, font sentir au mélancolique toute l'absurdité de ses idées fixes, lui rendent la tranquillité et dissipent ses craintes chimériques; » on admet qu'il y a « des émotions vives et des impressions capables de changer, par un violent ébranlement, le cours des idées, et d'avoir sur les aliénés une influence à peu près incontestable. » Il arrive bien encore à quelques-uns, quand ils ne trouvent pas d'altérations appréciables aux sens dans le cerveau des aliénés, d'en admettre qui échappent et « qui échapperont toujours aux recherches des investigateurs. » On cite même un d'entre eux qui, « pour s'éclairer et voir par lui-même l'intéressant spectacle que peut présenter la dissolution plus ou moins rapide de son être pensant, a pris d'une certaine drogue indienne et a senti ses idées, toute son activité intellectuelle, emportées par le même tourbillonnement qui agite les molécules cérébrales soumises à l'action toxique du hachisch. » Ce tourbillonnement simultané des idées et des molécules cérébrales peut être en effet un phénomène intéressant à étudier, mais seulement comme symptôme d'ivresse, comme idée délirante; car, tenter de l'introduire dans le domaine des choses réelles, vouloir le transporter dans l'anatomie pathologique, ce serait *à peu près* s'engager à montrer, chez les individus qui auraient succombé après un tourbillonnement de cette nature, le cerveau tout jonché d'idées et de molécules cérébrales, choses qui, probablement, échapperont longtemps encore aux recherches des investigateurs.

A part ces excentricités, auxquelles il ne faut pas donner plus d'importance qu'elles n'en méritent, le traitement moral s'est donc généralisé; les répu-

(1) Nous regrettons de ne pouvoir reproduire d'autres observations. Ce sont autant de tableaux frappants de vérité et d'exemples remarquables à l'appui des principes de l'auteur. (Note du Réd.)

gnances qu'il provoquait d'abord vont chaque jour en s'affaiblissant; mais ce n'est pas assez, il faut marcher encore, et marcher de concert, afin d'atteindre au but.

Pour avancer sûrement dans la voie que j'indique, quels guides faut-il suivre? de quels préceptes doit-on se pénétrer? comment l'expérience acquise pourra-t-elle profiter à ceux qui viendront après nous?

Des préceptes, des guides, s'ils existent pour vous, ils sont en vous, ne les cherchez pas ailleurs. Le traitement moral n'est pas une science, c'est un art, comme l'éloquence, la peinture, la musique, la poésie. Quelque grand maître que vous soyez, donnez des règles; celui-là seul s'y soumettra qui sera incapable de faire aussi bien que vous. Dans les choses physiques, des règles précises; dans les choses mathématiques, des calculs rigoureux; dans les choses morales, l'inspiration.

Ne demandez pas à celui qui fait la médecine mentale autre chose que ce qu'il peut donner. Voulez-vous qu'il prescrive à ses malades la joie, l'amour, la frayeur, l'espérance, comme il prescrirait un bain, une saignée, une dose de rhubarbe? Il n'y a pas de préceptes, il ne peut y en avoir : il y a seulement des indications, et ces indications varient à l'infini, car elles dépendent de la nature d'esprit du malade, de son caractère, de l'éducation qu'il a reçue, de son âge, de son sexe, de la forme des causes et de la durée de son délire, de sa position sociale; elles dépendent encore de ses relations habituelles, de ce qu'il a fait, vu, entendu autrefois, hier, tout à l'heure, toutes choses sans nombre et dont les combinaisons varient à l'infini; elles dépendent aussi et tout autant du médecin, de son caractère, de son activité, de ses ressources, enfin de tout ce qui, dans l'esprit d'un homme, peut agir sur l'esprit d'un autre homme. Pour combattre une même maladie, deux médecins prendront chacun un parti tout différent, et pour chacun d'eux ce parti pourra être le meilleur, parce que, trouvant en eux des facultés, des aptitudes qui ne sont pas les mêmes, ils auront choisi le moyen dont ils savent faire le meilleur usage. La pharmacie morale du médecin, qu'on me pardonne cette expression, est dans sa tête et dans son cœur; il prend en lui-même ce qu'il donne à son malade. Ingénieux, il donnera beaucoup; lourdeau, quoique savant, il ne fera rien de bon.

Que l'on me permette de citer encore un fait pour montrer combien il est impossible d'imposer au médecin d'aliénés des règles tracées à l'avance.

Obs. — Un homme de 27 ans, bien portant, quoique très-maigre, était malade depuis plusieurs années, et sa maladie avait pour principal caractère une complète inaction. Il mangeait, buvait, s'habillait, marchait, se tenait propre, mais ne travaillait que rarement et disait à peine quelques mots, toujours les mêmes. Il était facile de voir qu'il comprenait tout ce qu'il entendait, mais il restait opiniâtrément dans une espèce de silencieuse bouderie. Je lui donnai de beaux habits et des friandises; il s'adoucit et parla un peu, mais non sur les choses essentielles que je voulais savoir de lui. Je l'habillai salement, il devint tout honteux et pleura. Je lui rendis ses beaux habits et je l'encourageai par de bonnes paroles, il s'épanouit plus complétement que la première fois et nous fûmes amis. Alors je lui racontai comment, un jour, je m'étais trouvé dans un grand embarras dont je n'avais pas su me tirer. Quelqu'un m'avait demandé s'il était vrai que l'on pût fondre du cuivre, je ne le savais pas plus que lui, et nous avions essayé d'en fondre à notre foyer, sans y réussir. J'interrogeai mon jeune homme pour qu'il me donnât son avis. Il me répondit qu'on en pouvait fondre, mais que le feu ordinaire ne suffisait pas, et qu'il fallait se servir d'un fourneau à réverbère et d'un creuset. Je compris. «Mais alors, lui dis-je, avec ce cuivre ainsi fondu, on doit pouvoir faire tout ce que l'on veut, des tubes de microscope, par exemple.—Assurément,» me dit-il; et je fis tant qu'il me raconta comment se faisaient les tubes de microscope. Enchanté de ce qu'il m'apprenait des choses aussi curieuses et dont je ne me doutais même pas, je l'interrogeai sur la confection des lentilles. «Cette fois, lui dis-je, vous ne prétendrez pas qu'on le fait fondre; car si l'on approche du feu un morceau de verre, si seulement on met de l'eau chaude dans une bouteille, tout cela casse.» Mon malade sourit et me dit que l'on fondait aussi le verre; et il m'expliqua, en y mettant de l'entrain, de l'animation, comment on fait des lentilles pour les microscopes.

« Vous êtes bien habile, vous avez dû passer beaucoup de temps à apprendre tout cela! Quel a été votre maître?

— Un tel.

— Après votre apprentissage, combien avez-vous gagné?

— Tant.

— Mais vous ne m'aviez jamais dit que vous étiez opticien; pourquoi cela?

— Parce que je ne voulais pas travailler.

— Vraiment! Mais aujourd'hui que vous n'êtes pas un paresseux, que vous avez la plus grande bonne volonté pour le travail, qu'allez-vous faire? Je veux absolument vous trouver de l'ouvrage, et que vous jouissiez ensuite de votre liberté comme un honnête garçon et un bon ouvrier. »

Je lui trouvai, en effet, de l'ouvrage; il s'y mit avec tant d'ardeur qu'il en oubliait quelquefois de manger.

Pendant plus de trois ans, il avait refusé de dire qu'il eût un état, et quand on l'interrogeait sur l'emploi de sa jeunesse, il ne répondait pas, parce qu'il craignait qu'on le fît travailler.

A l'établissement de quel précepte un pareil fait pourrait-il me servir? Dirai-je que, quand il s'agira de traiter un opticien paresseux jusqu'à la folie, il faudra paraître ignorant des choses connues du vulgaire, afin d'avoir occasion de le faire parler? Mais ce qui était ici à propos pourrait n'être que grotesque, et le médecin, pour être trop descendu, courrait risque de ne pas se relever. Il y a autant de préceptes que de maladies; et comme chaque médecin possède une aptitude différente pour les différentes indications à remplir, il s'ensuivrait que les préceptes devraient varier aussi d'après cette aptitude. Donc pas de préceptes.

S'il en est ainsi, que sert d'écrire sur le traitement moral de la folie? Cela sert à montrer que, dans certains cas où le traitement physique ne peut rien, le traitement moral peut beaucoup; cela sert à montrer quelle insistance et quelle variété il convient de mettre dans l'emploi des moyens moraux, quand il y a une véritable indication à l'emploi de ces moyens.

Comme but unique de ce mémoire, je dirai en finissant à ceux qui veulent entrer dans la carrière : Venez, voyez et faites mieux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 renferment les articles originaux suivants : 1° *Recherches sur la génération des entozoaires dans le corps humain et sur les moyens de la prévenir*; par M. Cappello. 2° *De la nécessité d'avoir égard à l'altération de l'élément nerveux dans beaucoup de maladies*; par M. Zarlenga. 3° *Apoplexie pulmonaire avec un polype dans le ventricule droit du cœur*; par M. Demitri. 4° *Histoire d'une fausse phthisie pulmonaire*; par M. de Stefano. (Les symptômes qui simulaient la phthisie tenaient au déplacement d'une affection herpétique; des vésicatoires multipliés contribuèrent principalement à la guérison.) 5° *Splénoncie sanguine guérie*; par M. Giocondino del Zio. 6° *Sur le typhus apoplectique d'Alife*; par M. Coppola. 7° *Principes d'une physiologie universelle*; par M. Balestrieri. 8° *Sur la fièvre pernicieuse lymphatique*; par M. Cappello.

DE LA NÉCESSITÉ D'AVOIR ÉGARD A L'ALTÉRATION DE L'ÉLÉMENT NERVEUX DANS BEAUCOUP DE MALADIES; par M. ZARLENGA.

Quoique nous passions habituellement sans beaucoup de scrupules sur les mémoires dont le titre promet, comme celui-ci, plus de discussions théoriques que de résultats immédiatement applicables, il n'est cependant pas sans intérêt pour nos lecteurs de faire de temps en temps connaissance avec ce genre de travaux qui révèlent si bien les tendances favorites de l'école italienne moderne.

Dans cet article, M. Zarlenga recherche d'abord quelles sont les conditions primitives de l'inflammation. Il en compte trois : l'état de la crase du sang, celui de la force chimico-vitale, et celui de l'élément nerveux. L'une ou l'autre de ces conditions peut dominer isolément et constituer ainsi trois sortes d'inflammation qui sont différentes, non par le degré d'intensité, mais par la spécificité de nature. Observez d'un côté l'inflammation du poumon chez un sujet pléthorique; de l'autre, la phlogose spéciale qui accompagne un travail de dégénérescence organique (le cancer, la tuberculisation), et vous aurez un exemple des deux premières espèces. Quant à la troisième, celle qui tient à la saillie de l'élément nerveux, l'auteur l'a fait surtout connaître par ses caractères, lesquels sont de demeurer stationnaire sans produire les crises ou terminaisons accoutumées, de se manifester parfois sous forme périodique, d'avoir des symptômes dont la gravité est peu en rapport avec la légèreté des lésions organiques qu'on peut constater, d'attaquer des sujets dont la prédisposition à ce genre d'affections est facile à deviner; enfin, de céder rapidement à l'usage de certaines médications spéciales.

Il résulte des recherches pratiques de l'auteur sur ce sujet que beaucoup de flux sanguins et muqueux simulant des désordres organiques profonds n'ont en réalité d'autre origine qu'une altération nerveuse dont la connaissance conduit très-promptement à leur trouver un remède efficace. Il a, par exemple, observé un nombre considérable de dyssenteries rebelles aux méthodes curatives le plus usuellement employées, et qu'il a démontré tenir uniquement à une irradiation pathologique de l'influx nerveux. Dans cette forme, les malades n'ont ni sécheresse de la bouche, ni grande fréquence du pouls, ni des symptômes phlogistiques bien intenses. Au contraire, il y a humidité de la langue, nausées, pouls petit et faible, sensations fréquentes d'essoufflement et de malaise. Si elles sont méconnues dans leur cause première, on voit souvent ces dyssenteries durer plusieurs mois, tantôt

s'exaspérant, tantôt faisant mine de s'améliorer, mais restant toujours en quelque sorte sur le même pied, sans produire aucune de ces crises qui servent ordinairement de terminaison aux autres espèces de cette même maladie. C'est probablement à ce genre de dyssenterie qu'ont voulu faire allusion plusieurs médecins anglais et américains qui ont préconisé la strichnine comme son remède le plus constamment efficace.

SPLÉNONCIE SANGUINE GUÉRIE; par M. GIOCONDINO DEL ZIO.

Sous ce titre de *splénoncie*, l'auteur fait l'histoire d'une hypertrophie sub-aiguë de la rate. La rareté des cas de maladie bien étudiée de ce viscère nous a engagé à la reproduire ici avec quelque détail. Le fait contient, en outre, un enseignement plus directement utile : je veux dire la nature éminemment phlegmasique de l'affection dévoilée par un traitement dont le médecin avait, il est vrai, indiqué les bases, mais qu'un hasard heureux se chargea de doser plus hardiment qu'il n'eût sans doute osé le faire. Sous ces divers rapports, le fait suivant mérite d'occuper une place dans le souvenir et dans les méditations des praticiens.

OBS. — Une personne âgée de 21 à 22 ans avait souffert d'une longue maladie que d'autres médecins caractérisèrent de fièvre continue avec violents symptômes adynamiques. Elle usa et abusa des préparations de quinquina, et se regarda enfin comme guérie ; mais elle demeura maigre et incapable de vaquer à ses travaux, perdit la gaieté, devint mélancolique, et fut enfin obligée d'appeler M. del Zio, qui la trouva dans l'état suivant :

Facultés intellectuelles opprimées, souvent des mots sans suite et du délire ; sommeil rare, interrompu et nullement réparateur ; face pâle, émaciée, abattue ; yeux paraissant agrandis ; respiration embarrassée et stertoreuse avec soupirs et bâillements ; toux sèche et accès de palpitations ; voix enrouée et psellisme ; dégoût général et anorexie presque invincible ; langue pâteuse, jaunâtre, croûteuse ; pouls dur et petit ; peau sèche, décolorée, muqueuse et froide ; chairs maigres et flasques ; nutrition misérable ; sensation de poids et de tiraillement au côté gauche de la poitrine ; difficulté de se coucher sur l'un et l'autre côté, mais principalement sur le droit, où existait une splénalgie augmentant à la moindre pression ; urines souvent crues, parfois troubles, mais toujours brûlantes ; dyspepsie ; cacochylie ; déjections alvines rares, dures et fétides, et pénibles à expulser ; pulsations à peine perceptibles dans les artères poplitées et fémorales ; aménorrhée depuis huit mois.

Le bas-ventre attira surtout l'attention du médecin : au premier aspect, son état simulait celui d'une grossesse double presque à terme. L'abdomen était donc très-saillant à la vue, dur et brûlant au toucher ; la peau était là lisse et transparente, parsemée de veines gonflées. La rate avait pris un volume tel, qu'elle était descendue jusque dans les deux fosses iliaques, remplissant le ventre presque en totalité, au point de n'y laisser que trois travers de doigt de libre sous la dernière fausse côte du côté droit. Tous les soirs reparaissait un accès périodique de fièvre rémittente, se manifestant par de la céphalalgie, une soif inextinguible et l'augmentation de la splénalgie. Vers le matin, le mouvement fébrile tombait, mais sans laisser cependant la malade parfaitement en repos.

D'après tous ces symptômes, M. del Zio jugea que l'hypertrophie énorme de la rate dépendait d'une congestion de ses vaisseaux sanguins, et que la condition pathologique était ici franchement irritative. Il ordonna en conséquence d'abord l'application de 6 sangsues de moyen volume, moitié au siége, moitié à la vulve, ou, à leur place, une forte saignée de la saphène ; en même temps il prescrivit une potion *rafraîchissante, diurétique, purgative et résolutive* (sic). Mais les parents de la malade, ayant mal compris l'ordonnance, appliquèrent au lieu désigné 11 grosses sangsues qui donnèrent lieu à une hémorrhagie abondante, et firent en outre pratiquer une saignée de près de 2 livres.

Le lendemain on put noter une amélioration immense dans les phénomènes locaux ainsi que dans la violence du paroxysme fébrile. Le sang extrait offrait une couenne épaisse ; la langue redevenait déjà humide, les urines moins brûlantes, la peau plus moite. Le ventre, plus mou, avait désenflé d'au moins un tiers. La prudence força néanmoins de ne pas insister sur les médications qui avaient obtenu un tel succès ; on ordonna seulement une application locale belladonnée, du bouillon de poulet le matin, et de l'hydrogala le soir.

Le jour suivant, à la suite d'une excrétion de scybales, les piqûres des veines se rouvrirent et un écoulement sanguin reparut, lequel se reproduisit plusieurs fois encore pendant deux semaines. « L'art, dit M. del Zio, fut donc réduit presqu'à l'inaction, puisque la nature elle-même favorisait la cure. Les fonctions chylopoiétiques reprirent bientôt leur activité et leur vigueur. Au bout d'un mois de soins, la malade était entièrement guérie. Les règles ne reparurent que deux mois après. »

La nature, en entretenant un flux sanguin presque continuel par les piqûres de sangsues, a surabondamment montré ici le vrai but auquel on devait tendre ; cette crise naturelle, et le soulagement si rapide obtenu par l'émission sanguine locale et générale, ne laissent pas de doute qu'il ne s'agit là d'une congestion hypérémique active. Mais quel praticien eût osé, sur un sujet aussi affaibli, remplir aussi courageusement l'indication ?... Aucun sans doute à ce moment ; mais quelques-uns trouveront vraisemblablement dans cette lecture de quoi les encourager, s'il le fallait, à imiter cet exemple dans un cas pareil.

V. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'acide valérianique et le valérianate de quinine;* par M. Galvani. 2° *Résumé d'un traité sur le renversement anatomico-organique des parties spéciales à l'embryon et au fœtus;* par M. Rivelli. 3° *Histoire d'une extirpation partielle de la glande thyroïde;* par M. Callegari. (Opération très-laborieuse; mort peu de jours après. L'auteur ajoute : « Je voudrais que ce cas malheureux pût arrêter la manie opératoire si commune de nos jours. ») 4° *Nécrologie du docteur Giovanni Zantedeschi;* par M. Schivardi. 5° *Histoire d'une solution de continuité récente du conduit de Sténon, guérie par les injections excitantes; suivie d'une exposition critique des méthodes et des procédés principaux employés pour la cure des fistules salivaires;* par M. Chiminelli.

SUR LE VALÉRIANATE DE QUININE; par M. GALVANI.

Voici un nouveau procédé simple et économique pour la préparation du valérianate de quinine. C'est, ce nous semble, se recommander suffisamment à l'attention des praticiens que de faire observer qu'il est dû au même savant dont le nom s'est déjà attaché avec tant de succès aux nouvelles préparations de la valériane et du zinc.

Triturez dans un mortier de porcelaine de la quinine hydratée, bien lavée avec de l'eau pour la débarrasser de tout reste de sulfate d'ammoniaque et avec une quantité suffisante d'acide valérianique à 1000° (dernier produit de la distillation des valérianates de chaux et de soude, décomposés par l'acide sulfurique), en agitant sans cesse le mélange jusqu'à ce qu'on arrive à un degré parfait de neutralisation du sel. Les papiers explorateurs servent à reconnaître le moment où cette condition est obtenue.

Il arrive parfois que le valérianate produit par l'effet de la sursaturation de la dissolution saline se précipite en masse, la dissolution elle-même se maintenant acide ; d'autres fois, si l'on se sert d'un acide d'égale densité, mais obtenu par un autre procédé, l'opération ne réussit pas. Dans le premier cas, il faut ajouter assez d'eau distillée bouillante pour dissoudre le sel qui s'est séparé, en y ajoutant ensuite une nouvelle quantité d'alcali afin de saturer l'excès d'acide.

La dissolution de l'alcali dans l'acide étant complète, on la porte à la chaleur du bain-marie, et, s'il en est besoin, on y ajoute autant d'acide organique qu'il en faut, non pour que le papier rouge de tournesol se change au bleu (ce qui exposerait à avoir un sel basique), mais pour que le papier bleui perde un peu de l'intensité de cette coloration sans cependant redevenir absolument rouge : on reconnaît à ceci que l'acide du sel n'y est en excès qu'à une très-faible proportion. Le tout étant dissous, on le filtre, puis on le transporte dans un lieu froid ; et, après vingt-quatre heures, on a obtenu un premier produit de forme mamelonnée, plus ou moins volumineux, très-blanc et opaque.

Décantez alors les eaux mères et laissez égoutter les cristaux ; en les exposant à l'air sec et non au soleil ni dans une étuve, ils sécheront en peu d'heures, de manière à pouvoir être détachés avec une spatule dans leur intégrité ; on complète enfin leur dessiccation en les étalant sur une carte à l'air libre.

Quoique les cristaux ainsi obtenus n'aient pas la forme hexaédrique ou octaédrique, quoique la quinine n'ait pas été dissoute ici par l'alcool, cependant ils sont composés de valérianate de quinine très-pur, ainsi que M. Galvani s'en est maintes fois assuré par l'analyse chimique. Leur odeur et leur forme, qui diffèrent de celles de tous les autres sels de quinine, suffisent d'ailleurs pour les faire aisément distinguer.

HISTOIRE D'UNE SOLUTION DE CONTINUITÉ RÉCENTE DU CONDUIT DE STÉNON, GUÉRIE PAR LES INJECTIONS EXCITANTES; par M. CHIMINELLI.

M. Chiminelli faisait, sur une femme âgée de 48 ans, l'extirpation d'un kyste stéatomateux situé sur le masséter et au devant de la glande parotide. Malgré toutes les précautions qu'il put prendre, il traversa en même temps d'un coup de bistouri et le conduit de Sténon et la paroi buccale. Il lia immédiatement le bout antérieur ou buccal de ce conduit, et, après avoir achevé l'ablation de la tumeur, il réunit la plaie extérieure à l'aide de cinq points de suture. Néanmoins l'adhésion primitive ne se fit que dans la moitié supérieure de la solution de continuité. La salive commença à couler au dehors, augmentant de quantité lorsque la malade parlait ou mangeait. M. Chiminelli recourut alors à la compression qu'il établit sur la plaie au moyen de compresses graduées disposées en pyramide, et défendit aussi de parler, ainsi que de boire et de manger, excepté les aliments absolument nécessaires. Ce système de traitement continué pendant huit jours n'ayant amené aucun bon résultat, il imagina de passer la pierre infernale sur toute la surface qui

était encore en suppuration; mais l'écoulement salivaire n'en persista pas moins. Il en vint enfin à pratiquer, à l'aide d'une seringue fine, des injections dans le trajet de cette plaie sinueuse avec une solution d'un scrupule de nitrate d'argent dans deux drachmes d'eau distillée. Cette manœuvre, répétée tous les deux jours pendant une semaine, et secondée par le bandage compressif, détermina enfin une guérison complète, trois semaines environ après l'opération.

VI. GAZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'avril, mai, juin, octobre et novembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Recherches historiques et observations critiques sur le diagnostic*; par M. Catalani. 2° *Sur l'analyse qualitative et quantitative des iodures*; par M. Pegna. 3° *Observation succincte d'un cas de luxation simultanée des deux fémurs chez le même individu*; par M. E. C. 4° *Discours d'ouverture à un cours d'ophthalmoïtrie*; par M. Cipriani. 5° *Sur les fièvres continues*; par M. Bruni. 6° *Sur un cas de fracture du crâne, avec enfoncement des os, guérie sans trépan*; par M. Bufalini. (Un paysan reçut un coup de pierre qui lui fit au pariétal droit une fracture avec enfoncement. Immédiatement après, perte de connaissance et paralysie des membres du côté gauche. On voulait trépaner; M. Bufalini s'y opposa; il employa les saignées et la glace. Deux mois après, le sujet était parfaitement guéri. On ne dit pas si la dépression osseuse avait disparu.) 7° *Division totale de la mâchoire inférieure, par suite de nécrose*; par M. Torracchi. 8° *Essai critique sur la cure de la phthisie pulmonaire, précédé de quelques considérations pathologiques*; par M. Taussig. (D'après l'auteur, la phthisie n'est pas toujours le résultat d'un dépôt de tubercules; il est des phthisies de plusieurs espèces, et celles qui ne consistent pas dans la tuberculisation du poumon sont les plus susceptibles de guérison. Dans la première période du mal, les préparations d'iode sont l'agent le plus capable d'atteindre ce but; plus tard, on doit employer les astringents et le quinquina à doses modérées.) 9° *Sur les hypothèses en médecine, et spécialement sur celles qui concernent la génération spontanée des principes contagieux et l'étiologie de la fièvre typhoïde*; par M. Ottaviani. 10° *Considérations sur l'emploi de la saignée*; par M. Pistelli. 11° *Sur l'anatomie de la torpille*; par M. Calamai. 12° *Observations sur l'iodure d'amidon*; par M. Orosi. 13° *De l'efficacité thérapeutique des eaux minérales de Chiecinella*; par M. Philipeschi, *avec une note*, par M. Calamai.

Observation succincte d'un cas de luxation simultanée des deux fémurs chez le même individu; par M. E. C.

Malgré la concision regrettable que présente le narré de ce fait, il n'en mérite pas moins d'être considéré comme un des exemples les plus rares et les plus curieux de cette affection que possède la science. Nous le donnons ici tel qu'il est rapporté par son auteur.

Obs. — Un paysan, âgé de 30 ans, cheminait le 12 février à côté d'un chariot chargé de meubles, lorsqu'une de ses roues ayant rencontré une pierre, il tourna et renversa le conducteur violemment contre terre. Le blessé essaya de se relever avec l'aide de quelques assistants, mais ce fut inutilement, et il sentit pendant ces mouvements une vive douleur dans le flanc droit. Il fut alors transporté à l'hôpital et confié aux soins de M. Andreini, qui, malgré le gonflement considérable des parties, reconnut de suite l'existence d'une luxation du fémur droit en haut et en dehors. On s'aperçut en même temps de quelque chose d'anormal dans le membre gauche; mais comme on y trouva la continuité de l'os intacte, que le malade assurait n'y pas sentir de douleur et disait, en outre, que ce membre avait toujours offert une différence avec l'autre, on se contenta d'appliquer sur le côté droit des fomentations en permanence qu'on continua pendant trois jours. On fit aussi une saignée du bras de 8 onces. Tout étant ainsi préparé, on procéda, le 16 février, à la réduction de la luxation du fémur droit. Elle fut obtenue avec une admirable promptitude; cependant il fut ensuite impossible de rapprocher le membre droit du gauche; celui-ci parut d'ailleurs être plus long et dévié en dehors. Le chirurgien ayant de nouveau interrogé le malade, qui répétait ne sentir aucune douleur du côté gauche, finit par lui faire avouer que la seule différence que présentât ce membre antérieurement à l'accident était le volume un peu plus considérable du genou. On examina alors l'articulation ilio-fémorale gauche, et l'on constata que le fémur était luxé en bas et en dedans (luxation sous-pubienne). Quoique surpris de la singularité du fait, M. Andreini n'hésita pas un seul instant; il fit immédiatement changer la direction des lacs extensifs et contre extensifs, et réduisit cette seconde luxation avec autant de rapidité que la première. Les suites furent très-heureuses, et le malade, complétement rétabli, doit retourner sous peu de jours dans le sein de sa famille.

Division totale de la mâchoire inférieure par suite de nécrose; par M. Torracchi.

Obs. — Une femme, âgée de 62 ans, affectée de démence et paralytique, se plaignit, en novembre 1844, de douleur à la partie inférieure droite de la face. M. Torracchi, ayant trouvé en ce point tous les signes d'un abcès, y fit une incision qui évacua beaucoup de pus; la plaie se ferma. Quatorze jours après, les douleurs se réveillèrent et un nouvel abcès se montra plus près de la symphyse du menton. On l'ouvrit de même. Mais l'incision ne se cicatrisa pas entièrement, et le stylet, introduit dans le foyer, rencontra des inégalités osseuses dont la présence fit diagnostiquer une carie du maxillaire inférieur. Bientôt la dent canine et la première molaire devinrent vacillantes; la mastication dut être bornée à l'écrasement d'aliments de consistance molle.

Le 11 janvier 1845, une mobilité insolite et la crépitation qui accompagnait les mouvements firent soupçonner que l'os était divisé dans toute son épaisseur, doute que les investigations ultérieures changèrent bientôt en certitude. On put constater qu'il y avait deux fragments, maintenus en contact seulement par la membrane muqueuse et par les fibres musculaires extérieures, parties qui faisaient là l'office d'un appareil contentif. Sur ces entrefaites, la malade succomba le 2 février, à une attaque d'apoplexie.

Autopsie. L'examen de la région malade fit voir une nécrose de la mâchoire inférieure, au voisinage du trou mentonnier, nécrose de la table externe et des couches profondes de l'os compliquée d'une fracture évidente de celui-ci. Comme la mortification avait envahi la substance spongieuse intérieure plutôt que le tissu compacte cortical, le fragment était resté séquestré, et sa sortie était devenue impossible, de la même manière que les séquestres des os longs demeurent quelquefois incarcérés. Enfin, attendu le peu d'épaisseur de la lame osseuse enveloppant le séquestre, attendu aussi la structure et la configuration de l'os malade, l'étui était seulement constitué par des lamelles osseuses divariquées et disjointes; il adhérait à la surface interne du périoste et pouvait être considéré comme incomplet.

Vue de l'intérieur de la bouche, c'est-à-dire de la face concave de l'os, la division de celui-ci paraissait là être en contact avec la muqueuse; sa surface était érodée, cariée et baignée de pus, dans de telles conditions enfin que, même le séquestre enlevé, la réunion eût été bien difficile, sinon impossible. Le périoste, aux environs des parties nécrosées, était augmenté de volume et de couleur noirâtre, signes indiquant une inflammation ancienne.

Considérations sur l'emploi de la saignée; par M. Pistelli.

Le corps humain est plus disposé à la pléthore, à la surabondance de sang qu'à la pénurie de ce liquide. Voilà la thèse qu'a entrepris de prouver M. Pistelli. Il emprunte ses moyens de démonstration à des sources variées. Ainsi, dès la naissance, dit-il, une fois le cordon lié, tout le sang qui se portait au placenta par l'artère ombilicale reste dans les vaisseaux de l'enfant, où il forme une pléthore artificielle qui excéderait sans doute bientôt les bornes de la normalité, si les diverses sécrétions naturelles à cet âge et le développement de la graisse ne venaient pas mettre obstacle à cette tendance.

D'un autre côté, que l'on considère quelle petite quantité d'aliments est nécessaire pour soutenir l'existence, puis quelle masse énorme de nourriture nous engloutissons dans l'état de civilisation, et l'on prendra une juste idée de l'excès de sang qui doit résulter de cette disproportion.

On trouve encore de plus solides fondements à l'appui de cette opinion, en réfléchissant à la nature des maladies qui affligent le plus souvent le corps humain, et aux circonstances qui accompagnent ces maladies. Ainsi, dès le début de la maladie, la diète nous est impérieusement commandée par la nature, par l'effet de l'inappétence et des nausées, qui sont un symptôme presque constant. L'abstinence par elle-même n'est jamais la cause d'aucune affection : c'est ce que, après Hippocrate et Celse, Boerhaave a exprimé par cet aphorisme : *Inedia sola per seipsam nullum morbum facit*. Il est d'ailleurs bien rare qu'on observe des états pathologiques où les cathartiques, les émétiques, les diaphorétiques, les diurétiques, les déplétions sanguines directes ou indirectes, partielles ou générales ne soient pas d'un utile secours. Enfin, on peut voir que les livres de médecine sont remplis de cas dans lesquels la rétention ou la diminution d'évacuations sanguines naturelles a été fatale, où le malade s'est également mal trouvé de l'omission d'une saignée. Le sentiment des auteurs les plus dignes de faire loi confirme pleinement ces observations.

De tout ceci, quelle conclusion y a-t-il à tirer au point de vue pratique? Seulement, que les conditions physiques et sociales de l'homme favorisant toutes chez lui le développement de la pléthore, il y aurait moins à redouter, dans un médecin, trop de propension à saigner qu'une réserve excessive dans l'emploi de ce moyen. Cette différence mérite d'autant plus d'être proclamée que souvent les indications de la saignée sont obscures et équivoques (comme le dit Sydenham, qui confesse avoir donné des excitants, des alexipharmaques dans des cas où une expérience plus consommée lui apprit que des émissions sanguines réitérées étaient nécessaires), et que par conséquent les médecins ont, en quelque sorte, besoin d'être encouragés à braver ces incertitudes, pour embrasser le parti qui, dans le plus grand nombre des cas, doit être adopté.

VII. IL CIMENTO, GIORNALE DI FISICA, CHIMICA E STORIA NATURALE.

Les numéros de mars, avril, mai, juin, juillet et août 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches de chimie organique sur la salicine*; par M. Piria. (Monographie complète sur les propriétés chimiques de cette substance qu'on emploie encore assez souvent en Italie comme médicament.) 2° *Expériences sur la décharge électrique*; par M. Matteucci. 3° *Leçons sur les courants électro-statiques*; par le même. 4° *Observations minéralogiques faites dans une caverne récemment découverte en Toscane*; par M. Pilla. 5° *Sur l'imbibition et la force d'aspiration de Halles*; par M. C. M. 6° *Note sur la conductibilité électrique*; par M. Matteucci. 7° *Considérations sur la différence qui existe entre la force élastique de la vapeur et l'électro-magnétisme dans leur application comme forces motrices*; par M. E. Kopp. 8° *Expériences sur la résistance élastique des bois*; par MM. Pacinotti et Peri.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JANVIER.

L'Académie a procédé, dans sa dernière séance, à la nomination d'un vice-président en remplacement du vice-président actuel, M. Mathieu, passant de droit à la présidence pour l'année 1846. Le choix devait porter cette année sur un membre appartenant à la classe des sciences physiques et naturelles. Les suffrages de l'Académie se sont portés sur M. Adolphe Brongniard, qui a été immédiatement proclamé vice-président pour 1846.

DE L'EXISTENCE DE LA CELLULOSE DANS UNE CLASSE D'ANIMAUX SANS VERTÈBRES.

M. Milne-Edwards dépose sur le bureau un extrait d'une lettre de MM. Lœvig et Kœlliker, ayant pour objet de démontrer l'existence d'une substance ternaire identique avec la cellulose, dans toute une classe d'animaux sans vertèbres (les tuniciers).

Il résulte, des recherches chimiques auxquelles se sont livrés MM. Lœvig et Kœlliker, que, chez tous les animaux de la classe des tuniciers qui ont été à leur disposition, une très-grande partie du corps est composée d'une substance parfaitement insoluble dans une solution de potasse concentrée. Cette substance forme, chez les ascidies simples et agrégées, la couche extérieure du cartilage ou du cuir; chez les ascidies composées, la masse gélatineuse dans laquelle les groupes d'individus sont logés; chez la salpa, toute l'enveloppe extérieure plus ou moins résistante dans laquelle sont contenus les muscles, les viscères, les nerfs, etc. Il résulte de ce fait que, si l'un de ces animaux est traité avec la solution de potasse, il garde sa forme extérieure et ses contours nets, alors même que les muscles, les viscères et les nerfs se dissolvent.

Cette substance, insoluble dans l'alcali, manque parfaitement d'azote, ainsi que les auteurs s'en sont convaincus en l'échauffant, après l'avoir séchée dans un tube, avec un mélange de chaux et de soude ou avec de l'hydrate de potasse.

Pour ce qui est des autres animaux inférieurs, MM. Lœvig et Kœlliker n'ont trouvé chez aucun, un seul excepté, le moindre vestige d'une substance voisine de la cellulose.

Les observations microscopiques leur ont fait reconnaître que les parties des tuniciers contenant de la cellulose sont composées : par de grandes cellules sans noyaux ressemblant beaucoup aux cellules des plantes et contenant entre elles une substance médullaire parfaitement homogène; par une substance dépourvue apparemment de toute structure, mais qui doit peut-être son origine à des cellules soudées entre elles; et par des fibres très-fines analogues à celles du tissu cellulaire des animaux supérieurs et formant diverses couches.

Il est à remarquer que l'on trouve, outre les éléments désignés, formés uniquement par de la cellulose, dans les enveloppes des tuniciers, d'autres éléments qui disparaissent par le traitement avec de l'acide muriatique et la solution de potasse employés pour préparer la cellulose.

Il résulterait donc de ces recherches : 1° qu'il existe chez des animaux des membranes de cellules, des fibres, des substances homogènes formées par de la cellulose; 2° que chez ces animaux la cellulose forme une grande partie du corps; 3° que les parties formées par de la cellulose contiennent aussi des parties vraiment animales, comme des noyaux, des vaisseaux, des cellules à pigment, etc. Dorénavant on ne pourra plus poser comme caractère essentiel des plantes qu'elles contiennent de la cellulose constituant leurs parties solides; de même on ne pourra plus maintenir la distinction entre les cellules animales à membrane quaternaire et les cellules végétales à membrane ternaire. Il faudra plutôt reconnaître que, chez les animaux, il y a des parties (cellules, fibres, etc.) douées d'un caractère animal, et d'autres qui tiennent des caractères des plantes.

VÉSICULATION DU LAIT.

M. Gros présente un mémoire sur la vésiculation du lait. Les recherches qu'il a faites sur ce sujet peuvent être ramenées aux sept chefs suivants :

1° Les globules du lait sont formés de la matière butyreuse renfermée dans des vésicules analogues à celles du vitellus et à celles de plusieurs larves et insectes.

2° La tunique vésiculaire tant controversée, difficile à démontrer par les acides et les alcalis, se laisse teindre par l'iode après la réaction du chlore.

3° La plupart des vésicules du lait chaud renferment une petite quantité d'acide carbonique.

4° Les vésicules butyreuses se produisent sur la paroi interne des utricules mammaires, qui, dans la période de lactation, se vésiculisent à la manière des ovaires, crèvent et versent leur contenu avec la granulation et les vésicules butyreuses dans les méats lactifères.

5° Les corps granuleux du colostrum ne sont autre chose que de petits utricules avec leurs vésicules internes.

6° A la fin de la lactation, la matière butyreuse est résorbée comme les vitellus dans l'ovaire; il ne reste que les tuniques utricaires et vésiculaires qui offrent divers phénomènes de résorption dans l'arrière-lait.

7° Les vésicules du lait ne sont pas aptes à se convertir en vésicules du sang, qui ont aussi leur reproduction vésiculaire spéciale.

— Le même auteur adresse une note sur les spermatozoïdes. Cette note tend à démontrer que, chez les mammifères et chez l'homme, les spermatozoïdes sont un dérivé de l'organisme, un détritus cilié des conduits spermatiques.

CIRCULATION DES MOLLUSQUES.

M. Gaspard (de St-Étienne en Bresse) rappelle qu'il a déjà mentionné et signalé à l'attention des physiologistes, dans un mémoire sur le colimaçon publié en 1822, la disposition des sinus veineux que MM. Guillot et Milne-Edwards viennent de signaler récemment à l'Académie, chez les raies et autres animaux inférieurs. Ce mémoire, inséré dans le Journal de physiologie de M. Magendie (t. II, p. 295—343) contient les lignes suivantes : « Le sang des escargots est contenu non seulement dans les organes de la circulation, mais il est encore épanché principalement, quand l'animal voyage, dans la cavité où sont les viscères digestifs et génitaux, qui nagent dans ce sang de manière qu'en incisant la paroi qui sépare la trachée et le ventre, on l'en voit sortir par un jet abondant et continu. Lorsque l'animal est retiré et caché dans sa coquille, le sang n'est point contenu et épanché de la même manière. »

L'auteur ajoute que l'existence des canaux péritonéaux sur les tortues, décrits en 1827 par MM. Martin et Isidore Geoffroy-St-Hilaire, a probablement rapport au fait en question, qui ne tardera pas sans doute d'être bientôt expliqué anatomiquement.

— M. Victor Paquet, horticulteur, signale à l'Académie la présence sur les arbres fruitiers, et notamment sur le *ribes nigrum* (groseillier à fruit noir), d'une larve d'insecte qui s'y trouve en si grande quantité que les rameaux en sont tout couverts. Cet insecte est une sorte de puceron dont l'éclosion a lieu au printemps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

FISTULES PECTORALES.

M. Raciborski écrit pour rappeler qu'il a présenté à l'Académie, il y a trois ans, un fait d'anatomie pathologique offrant les plus grandes analogies avec celui que M. Forget a communiqué dans la dernière séance.

— Sur la proposition de M. Roche, président pour 1846, l'Académie vote par acclamations des remerciments à M. Caventou, président sortant. Des remerciments sont aussi votés à M. Dubois, secrétaire sortant.

— M. Roche donne lecture du discours qu'il a prononcé devant le roi, le premier jour de l'an, au nom de l'Académie, et de la réponse de Sa Majesté. Cette communication est accueillie par des applaudissements.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les injections iodées. M. Velpeau occupe la tribune.

INJECTIONS IODÉES.

M. Roux reproduit en grande partie les arguments et les faits qu'il a déjà exposés dans une des précédentes séances en faveur des injections vineuses, préférables sous tous les rapports, à son avis, aux injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle. En supposant, ce qu'on n'est pas, suivant lui, fondé à admettre, que les injections iodées réussissent aussi bien que les injections vineuses, il resterait encore à démontrer qu'elles ne donnent pas plus souvent lieu à des accidents, et que les récidives ne sont pas plus fréquentes. Or on cite plusieurs cas d'hydrocèle traités par l'injection iodée, qui ont récidivé et que l'on a été obligé de traiter ensuite par l'injection vineuse. L'injection vineuse est, comme tout le monde le sait, l'une des opérations les plus innocentes; on ne voit guère survenir d'accidents que lorsqu'il y a eu infiltration du vin dans le

tissu cellulaire. Il ne paraît pas que l'injection iodée soit toujours aussi bénigne. Enfin, l'injection vineuse ne détermine en général que très-peu de douleur, et c'est une circonstance à prendre en considération.

Il a été question, dans cette discussion, de l'adhérence comme condition de guérison radicale de l'hydrocèle. D'après MM. Gimelle et Gerdy, cette adhérence ne serait pas nécessaire. Je ne saurais, ajoute M. Roux, partager cette opinion; je crois au contraire qu'on ne peut obtenir une guérison radicale, durable, qu'à la condition de produire une inflammation adhésive, et c'est là encore une circonstance qui me paraît militer en faveur de l'injection vineuse.

En résumé, je n'ai pas, je l'avoue, une expérience personnelle suffisante des injections iodées pour juger d'une manière absolue cette méthode; mais, d'après le peu que j'en ai pu voir, je conçois difficilement l'espèce d'engouement que M. Velpeau paraît avoir pour cette méthode, et je crois qu'on peut justement lui reprocher d'avoir cherché à l'introduire soudainement, avant de s'être suffisamment éclairé sur les résultats d'une expérience comparative.

M. Velpeau : M. Roux a avancé plusieurs choses qui tendraient à déprécier une méthode à l'égard de laquelle il convient lui-même n'avoir point une expérience suffisante. Et d'abord, il a parlé de cas d'insuccès des injections iodées dans lesquels il a été nécessaire de recourir aux injections vineuses. Mais, pour être complétement vrai, il faudrait aussi signaler les insuccès des injections vineuses. Lorsque je remplaçai M. Roux à la Charité, je trouvai dans ses salles plusieurs malades qu'il avait traités par le vin, et chez lesquels l'hydrocèle avait récidivé.

M. Roux a dit que l'injection vineuse ne produisait presque pas de douleur. Ce n'est pas l'avis de tous les chirurgiens. (M. Velpeau cite plusieurs passages imprimés dans lesquels les douleurs qu'éprouvent les sujets opérés par l'injection vineuse sont dépeintes en termes très-énergiques; l'une de ces citations est empruntée à M. Blandin.) Si l'on veut savoir maintenant, ajoute M. Velpeau, ce que j'ai dit moi-même des injections vineuses, le voici : « Personne ne conteste leurs avantages, les injections vineuses ne déterminent en réalité aucun accident grave; elles l'emportent sur tous les autres moyens, etc. » On peut voir par là que je ne calomnie point cette méthode. Je ne la condamne point, en effet; je comprends même très-bien que M. Roux ne s'en veuille point départir; mais si je lui préfère la méthode des injections iodées, c'est que j'ai des motifs pour croire qu'elle est réellement plus avantageuse; et lorsque M. Roux me fait le reproche de donner la préférence à cette méthode sans l'avoir comparée, il avance un fait inexact.

M. Jobert : Dans le cours de cette discussion, on a fait à la méthode des injections iodées trois objections principales contre lesquelles je crois devoir m'élever. On a dit que les injections iodées exposaient aux récidives, qu'elles déterminaient la gangrène et quelquefois une intoxication. Il ne s'agit pas de prouver si les injections iodées sont ou ne sont jamais suivies de récidives, mais si ces récidives ont lieu plus souvent qu'après l'injection vineuse. Pour mon compte, j'ai fait un assez grand nombre de fois l'opération de l'hydrocèle par l'injection iodée, environ 75 ou 76 fois, et je n'ai observé qu'un seul cas de récidive; encore le malade chez lequel cette récidive eut lieu était-il placé dans des circonstances particulières qui durent rendre la récidive plus facile (il y avait, indépendamment d'une hydrocèle volumineuse, une altération particulière qui a pu s'opposer à ce que l'adhésion fût complète dans tous les points de la tunique vaginale, etc.). Mais qui ne sait d'ailleurs combien les récidives sont fréquentes à la suite des injections vineuses? La récidive n'est donc pas une objection sérieuse, car elle arrive dans un cas comme dans l'autre.

La gangrène est-elle autant à craindre qu'on l'a dit? On a invoqué les expériences qu'a faites M. Bavot sur des chiens, expériences dont il résulterait que des injections d'iode ont produit la gangrène; mais on n'a pas fait attention que M. Bavot employait de l'iode pur dans ses expériences, tandis qu'on se sert pour l'opération d'iode étendu. Il est de fait que, toutes les fois qu'on a employé l'iode avec mesure, il n'est rien arrivé de semblable.

Les injections d'iode, a-t-on dit, produisent des phénomènes d'intoxication, et l'on s'appuie encore sur les expériences de M. Bavot, qui ont déterminé de semblables accidents sur des chiens. Mais en est-il de même chez l'homme? Je suis disposé à croire qu'il n'en est rien. Il faudrait établir d'abord que l'absorption a lieu. Par analogie, l'absorption est probable; mais quand même elle serait démontrée physiologiquement, cela ne suffit pas; ce qu'il faut consulter surtout, c'est l'expérience; or on n'a jamais observé chez l'homme de phénomènes d'empoisonnement par les injections iodées.

Enfin, si nous comparons les injections iodées aux injections vineuses, nous trouvons que les injections vineuses déterminent quelquefois une inflammation assez violente pour produire des abcès, ce qui n'a jamais lieu avec les injections iodées. Le vin occasionne des douleurs très-vives, non-seulement pendant l'opération, mais pendant la période du travail inflammatoire adhésif; il n'en est pas de même avec l'iode. Tout porte donc à penser que c'est un service réel rendu à la pratique que d'avoir substitué aux injections vineuses une méthode aussi efficace et aussi innocente que celle des injections iodées, et que cette méthode devra être généralement adoptée un jour.

J'ajouterai que j'ai employé l'iode avec de grands avantages dans d'autres cas tels que des abcès froids, des tumeurs hydatiques, des kystes, etc. J'ai injecté, dans des cas de ce genre, jusqu'à 250 grammes de teinture d'iode sans qu'il en soit résulté aucun accident. Chez un sujet qui portait un vaste abcès scrofuleux au cou, auquel j'avais pratiqué une ponction évacuatrice, le foyer s'étant rempli de nouveau, je pratiquai une seconde ponction, suivie d'une injection de 200 grammes d'iode qui eut pour résultat l'adhésion complète des parois de l'abcès. J'ai employé encore l'iode avec succès dans des kystes tuberculeux; je citerai notamment le cas d'un jeune homme qui avait un engorgement scrofuleux du testicule avec de nombreuses fistules. Une consultation avait eu lieu; on avait proposé l'extirpation du testicule. Je me décidai pour les injections iodées, et j'eus le bonheur d'obtenir la guérison de cette grave affection. Je pourrais encore citer des cas de kystes hydatiques, de kystes synoviaux du poignet, etc. Voilà des faits qui paraîtront sans doute de nature à inspirer de la confiance dans les injections iodées.

M. Gerdy : M. Velpeau a cru voir, dans ma dernière argumentation, l'intention de soulever une question de personnes; je m'en défends formellement. Je me suis élevé contre cette chirurgie téméraire qui va jusqu'à pratiquer des injections d'iode dans les grandes articulations, et dans les cavités séreuses et jusque dans le péritoine, mais j'ai fait abstraction des personnes.

M. Jobert vient de s'élever en apologiste de cette méthode, et dans son enthousiasme il est allé plus loin que M. Velpeau lui-même. Je prends acte cependant de l'aveu qu'il ne prétendait point qu'il n'y eut pas de récidives à la suite des injections iodées. Longtemps avant qu'on fît ces injections en France, M. Martin (de Calcuta) les avait pratiquées par centaines et absolument de la même manière que M. Velpeau; il prétendait aussi dans le principe que les injections iodées réussissaient toujours, mais il fut obligé de convenir plus tard qu'il y avait de nombreuses récidives. D'autres chirurgiens les ont essayées en Europe, et ils sont loin d'en avoir obtenu d'aussi bons effets qu'on le prétend : M. Fricke (de Hambourg) s'est vu obligé, après plusieurs insuccès, d'y renoncer. M. Jobert n'accuse qu'un insuccès sur 75; c'est un résutat très-heureux sans doute; mais qu'est-ce que cela prouve? C'est qu'en définitive il règne une grande incertitude à cet égard.

M. Jobert semble dire qu'aux doses auxquelles M. Velpeau et lui emploient l'iode, la gangrène est impossible; mais c'est aux mêmes doses que l'avait employé M. Martin dans les cas où il a eu à déplorer cet accident.

Quant à l'intoxication dont M. Velpeau n'a point parlé, je ne crois pas qu'on la puisse mettre en doute. C'est à la suite d'un accident de cette nature que M. Fricke découragé renonça définitivement à cette méthode.

M. Jobert prétend que les injections d'iode ne sont pas douloureuses; il diffère complétement à cet égard avec les rapports de M. Martin et de M. Fricke et de presque tous les chirurgiens qui ont eu recours à ce moyen et qui conviennent tous que ces injections sont douloureuses. Que conclure de tout ceci? qu'il faut employer les injections iodées de préférence aux injections vineuses? Mais je n'en vois pas les motifs, puisqu'elles produisent les mêmes douleurs, qu'elles donnent lieu à des accidents, qu'elles ont plus de chances de récidive, et enfin qu'elles peuvent produire les phénomènes d'intoxication, ainsi que le constate le poison retrouvé dans les tissus et dans les urines des animaux sur lesquels il a été expérimenté.

Quant aux autres applications des injections iodées, celles qu'on voudrait faire dans les grandes articulations, dans les séreuses, c'est une question plus grave. Celles-là je les réprouve d'une manière absolue, et je crois qu'il est du devoir de l'Académie de ne pas encourager de pareilles témérités.

M. Velpeau : M. Gerdy ne paraît pas comprendre pourquoi je préfère l'iode aux autres moyens; mais la raison en est bien simple; la voici : j'ai essayé tous les moyens connus; il n'est pas un des procédés, une des substances proposés que je n'aie soumis à l'expérience, j'ai réussi avec tous; mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir quel est le moyen avec lequel on réussit le mieux. Eh bien! l'expérience m'a démontré d'abord que le vin était préférable à tous les autres moyens; puis, plus tard, j'ai reconnu que l'iode était préférable au vin lui-même. Ne m'est-il pas permis aujourd'hui, que j'ai 400 faits favorables, d'en tirer cette conclusion. M. Gerdy a fait des expériences, dit-il; mais il est aisé de voir qu'il a fait ces expériences dans des dispositions d'esprit peu favorables, ainsi qu'il l'avoue lui-même dans une de ses publications. M. Fricke, cité par M. Gerdy, me paraît avoir fait des expériences quelque peu comme M. Gerdy, pour modérer l'enthousiasme de M. Oppeinheim qui était aussi son collègue. Il dit n'avoir pas réussi; mais qu'appelle-t-il ne pas réussir? Vous allez le voir. Il pratique une injection iodée; dix jours après, il réopère et pratique une injection vineuse. Mais quel est le procédé qui guérit un hydrocèle en dix jours?

M. Gerdy a beaucoup insisté sur l'empoisonnement par l'iode, et il m'accuse de n'en avoir point parlé. C'est à tort. J'ai recherché l'iode dans les urines des opérés; je l'ai retrouvé du 2ᵉ au 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ jour : jamais plus tard. Or peut-on dire qu'un sujet, qui est mort plusieurs mois après l'opération, a succombé à l'intoxication par l'iode; mais l'iode est-il donc un poison si violent, quand on l'administre tous les jours à l'intérieur à des doses élevées? Combien en reste-t-il d'ailleurs dans la tunique vaginale après l'opération? 1 grain peut-être. Mais il y a mieux que cela, il y a des faits. Sur 400 opérations, je n'ai pas observé un seul cas d'empoisonnement. M. Jobert qui est allé beaucoup plus loin que moi dans les doses d'iode injecté n'en a jamais vu non plus. M. Gerdy invoque des expériences. J'en ai fait aussi, et je n'ai jamais vu les accidents que signale M. Bavot. Mais comment M. Bavot a-t-il procédé, à quelle dose a-t-il injecté l'iode, quels étaient l'âge, les dimensions des chiens sur lesquels il opérait? on n'en dit rien. On ne dit pas s'il pratiquait l'injection par de petites ponctions ou s'il faisait de grandes plaies, ce qui n'est pas, comme on le sait, sans influence. A ces faits, j'en opposerais d'autres d'ailleurs. Un vétérinaire distingué, M. Leblanc, m'a dit avoir employé les injections iodées chez des animaux, à des doses considérables, avec de bons effets, et sans qu'elles aient jamais déterminé de phénomènes d'empoisonnement. M. Leblanc m'a envoyé deux articulations d'un cheval, dans l'une desquelles il avait pratiqué une injection vineuse, tandis qu'il avait fait dans l'autre une injection iodée. L'articulation dans laquelle on a injecté du vin offrait les désordres d'une inflammation très-violente, tandis qu'il y en ava i à peine quelques traces dans celle où l'on avait injecté l'iode. Enfin, M. Leblanc a injecté de l'iode dans les cavités pleurales d'un cheval, sans qu'il en soit résulté aucun accident. L'animal ayant été tué quelque temps après, on reconnu t des adhérences entre les deux feuillets des plèvres, et tout portait à croire que

l'animal aurait vécu dans cet état. Quant au reproche de témérité que M. Gerdy ne cesse d'adresser à cette méthode, je ne vois pas en quoi elle est plus téméraire que certaine opération de hernie étrangiée dont les résultats sont bien connus.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SEPTIÈME SESSION DU CONGRÈS DES SAVANTS ITALIENS, TENUE A NAPLES EN 1845.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

ABSTINENCE COMPLÈTE DEPUIS TROIS ANS ; par M. BORELLI.

Nous serons brefs sur ce fait, qui a cependant été l'objet d'une discussion assez étendue au sein du congrès. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui eut, il y a trois ans, en bas et au devant du cou, un abcès dont elle refusa d'abord de laisser pratiquer l'ouverture. Cependant, vaincue par l'imminence de la suffocation, elle consentit à laisser donner un coup de bistouri qui évacua beaucoup de pus. Depuis lors elle éprouva une difficulté d'avaler, qui bientôt ne lui permit plus de prendre ni aliments ni boissons. Soutenue quelque temps au moyen de lavements nourrissants, elle se fatigua enfin de ce régime, et y renonça ; de telle sorte qu'elle vit, depuis lors, privée de toute alimentation solide ou liquide. Elle est faible, un peu assoupie, mais conserve, du reste, ses facultés intellectuelles. La sueur, les urines et les évacuations menstruelles sont, ainsi que les selles, peu abondantes. Elle a un grand besoin d'air pur et libre. Elle se montre insensible à l'odeur des viandes, mais ne l'est point aux douces et suaves effluves d'un beau jour de printemps. MM. Borelli et de Nobili se sont assurés, par le cathétérisme fait avec une sonde en gomme élastique, qu'il existe, à la partie inférieure de l'œsophage, un obstacle qu'ils n'ont pu franchir.

Avec ces deux auteurs, à l'avis desquels s'est aussi réuni le professeur Gorgone, nous pensons qu'avant de rechercher l'explication du phénomène, il faudrait commencer par enfermer la malade à l'hôpital, et la tenir, durant plusieurs jours, sous une rigoureuse surveillance, afin de démêler ce qui, dans ce cas, appartient à la nature, d'avec ce qui n'est peut-être qu'un effet de charlatanisme ou de supercherie religieuse. Un fait extraordinaire et signalé dans l'observation nous rendrait encore plus défiants : la jeune malade, qui ne peut prendre aucun aliment solide, aucune boisson, n'a pas laissé cependant que de communier plusieurs fois, et l'on spécifie catégoriquement qu'elle a pu avaler l'hostie. Cette circonstance nous paraît tout à fait propre à appuyer la version vers laquelle nous inclinons ; et c'est assurément ici ou jamais le cas où l'exception confirmerait la règle.

LA PHYSIOLOGIE D'HOMÈRE.

Le chevalier Quaranta lut, dans la section d'archéologie et de géographie, un mémoire très-curieux sur la physiologie d'Homère. Le président de la section de médecine avait désigné une commission pour aller entendre la lecture de ce travail, et en faire un rapport. Et voici comment le rapporteur rend compte des idées du chevalier Quaranta. Cet archéologue croit avoir trouvé la plus ancienne doctrine physiologique dans l'Iliade et l'Odyssée. C'est cette doctrine qu'il a développée dans un assez long traité, qui forme le mémoire même. Il y dit d'abord que cette base dynamique de la vie, où se rattachent toutes les fonctions de l'animal, est comprise, dans l'ancien poëte de la Grèce, au point de vue synthétique dont s'honore la bonne philosophie. Dans Homère, en effet, les deux mots ζωή et βίος, qui expriment, le premier, la respiration, et, le second, le mouvement, sont employés seulement pour désigner la vie végétative. Or les physiologistes et tous les savants ne sont-ils pas d'accord là-dessus, et ne reconnaissent-ils pas dans cette vie, qui se compose seulement du mouvement et de la respiration, la vie qui est en partage aux êtres inférieurs ? Quant aux signes de la mort, Homère place en première ligne l'immobilité et la rigidité permanentes, sans oublier le signe qui constate en dernière analyse l'état cadavérique, c'est-à-dire la putréfaction. Enfin, le sommeil est pour le grand poëte un relâchement dans les tendons, produit par une émanation somnifère que dispense doucement la main d'une divinité. Cette forme mythologique n'exprime-t-elle pas parfaitement l'alourdissement des organes locomoteurs, et l'augmentation de l'exhalation cutanée qui accompagne toujours cette période de repos pendant laquelle se recomposent nos forces épuisées ? Le docteur Antoine Sementini a défini la vie, la faculté d'agir et de se mouvoir. N'est-ce pas une traduction fidèle des croyances physiologiques du vieil Homère ? La seule différence entre la science contemporaine et celle du poëte grec, c'est que celle-ci est une science d'instinct, de divination, et l'autre une science qui n'est parvenue à formuler des vérités qu'après de laborieuses recherches. La commission comble d'éloges l'ingénieux travail du chevalier Quaranta, elle félicite cet habile archéologue d'avoir démontré que l'étude des classiques peut être très-utile à la science de notre temps malgré l'immense progrès que les connaissances humaines ont fait depuis l'antiquité.

SECTION DE CHIRURGIE.

La chirurgie, qui n'était, au dernier congrès tenu à Milan, qu'une sous-section dépendant de la section de médecine, a eu cette fois l'honneur d'être constituée à part, réunie à l'anatomie. Les membres qui ont pris part à ses délibérations ont nommé pour président M. Santoro.

MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE CONTRE LA CATARACTE.

Le professeur PALIOTTI préconise comme remède contre la cataracte l'usage interne de l'iodure de potassium et la cautérisation ammoniacale appliquée aux tempes. Il assure que, dans les cas mêmes où cette médication ne produit pas la guérison, elle prépare à l'opération un succès plus certain. MM. Quadri et de Horatiis ont été nommés par le président pour faire, sur cette méthode curative, des expériences du résultat desquelles ils feront part au congrès de Gênes.

REMÈDE CONTRE LE CANCER.

Le professeur LANDOLFI traite les ulcères cancéreux avec une pommade consistant en :

Cérat de Galien	1 once,
Morphine	5 grains,
Poudre arsenicale.	1 drachme.

Il y joint l'usage interne des boissons nitrées. Plusieurs dessins et de nombreuses pièces pathologiques, présentées par lui à la section de chirurgie du congrès de Naples, témoignent des succès fréquents qu'a eus entre ses mains ce mode de traitement, dont nous regrettons qu'il ne nous ait pas mis à même d'indiquer avec plus de précision les agents. Il avertit que l'absorption de l'arsenic n'est point à craindre.

NOUVELLE VENTOUSE.

Le docteur CORTELLI présente une ventouse de son invention. La cloche reçoit l'air par un robinet qui s'ouvre à l'intérieur au milieu de sa concavité, de sorte que quand on veut, après l'opération terminée, enlever le verre, on n'a besoin que d'ouvrir ce robinet. C'est là sans doute une amélioration de fort minime importance. Une autre modification un peu plus utile est la suivante : Un morceau d'éponge est suspendu par un fil (vraisemblablement métallique) au milieu de la cavité du verre. De cette manière, on n'a pour faire le vide qu'à imbiber d'alcool la petite éponge, et ce liquide s'enflamme sans exposer la peau à être brûlée, ce qui arrive souvent lorsqu'on se sert d'un morceau de papier ou de quelques brins d'étoupe. — Rappelons, d'après M. Heulhard d'Arcy, que quelques gouttes d'éther projetées au fond de la cloche, puis enflammées en approchant celle-ci d'une bougie allumée, produisent le même effet.

CAS D'ATRÉSIE DE L'ARRIÈRE-BOUCHE.

Le docteur BRESCIANI BORSA a vivement intéressé l'assemblée en rapportant un exemple d'atrésie presque complète de l'isthme guttural, qu'il a pu guérir radicalement par une opération difficile et délicate avec un long et étroit bistouri boutonné introduit par la petite ouverture persistante. Il coupa d'abord le pilier palatin du côté droit dont l'hypertrophie était l'origine de cette difformité ; il fit ensuite la dilatation au moyen des branches d'une pince courbe à polypes ; enfin, à l'aide de ciseaux à cuillers, il excisa tout ce qu'il fallut pour donner à la nouvelle ouverture la courbe et les dimensions de l'orifice naturel.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DU RACHIS PAR LA MYOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

C'est à M. DE BEAUFORT qu'on doit d'avoir porté devant le congrès italien cette importante question que, devant une autre juridiction, les passions personnelles avaient trop souvent fait dévier de la ligne scientifique. Dans le travail lu sur ce sujet, l'auteur a cherché à déterminer : 1° si l'opération est dangereuse ; 2° si elle est utile ; 3° si elle est rationnelle. A première vue, dit-il, on ne saurait concevoir pourquoi la section des muscles du dos ne serait pas trouvée innocente, utile et rationnelle, alors que celle de tous les autres muscles du corps est partout jugée ainsi. Pour bien faire apprécier les véritables indications de l'opération, M. de Beaufort décrit ensuite le mécanisme et les caractères de la rétraction musculaire, tant convulsive que secondaire, et montre comment on peut par là distinguer les déviations rachidiennes tenant à la rétraction de celles qui sont produites par toute autre cause. Il traite de l'anatomie des muscles sacro-lombaire et long dorsal, et apprend les lieux où l'on peut les couper. Il dit enfin qu'on ne doit pas regarder la myotomie rachidienne comme un moyen absolu de guérison des déviations, mais comme un auxiliaire qui abrége de beaucoup la durée de la cure.

Dans une des séances suivantes, M. le professeur Carbonai a montré les résultats de sa pratique orthopédique, en produisant à l'appui beaucoup de pièces moulées en plâtre. Il a rapporté des cas heureux d'application de la ténotomie dorsale sous-cutanée, et a terminé, aux applaudissements de toute l'assemblée, en concluant que cette opération est indiquée dans toutes les déviations de l'épine causées par une véritable rétraction musculaire.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. de Beaufort, il a été reconnu qu'une série plus nombreuse de faits était nécessaire pour pouvoir se prononcer sur la valeur de l'opération. On a renvoyé la discussion au congrès de Gênes, en comprenant spécialement cette question parmi celles qui y seront discutées l'année prochaine. Mais, en attendant, la majorité des membres a déclaré qu'en l'état actuel des connaissances anatomiques et physiologiques, la crainte exagérée des dangers qui suivent l'opération n'est plus un motif valable pour la contre-indiquer.

VISITE FAITE DANS LES HÔPITAUX DE NAPLES PAR UNE COMMISSION DU CONGRÈS.

Avant de se séparer, le congrès a voulu marquer le souvenir de son passage à Naples par une visite dans les différents hôpitaux que renferme cette grande cité. Grâce à la manière digne et bienveillante dont les membres chargés de cet office ont rempli leur mission, ce fait a pris place parmi les actes les plus importants et les plus utiles de l'assemblée. Des deux côtés, d'ailleurs, il n'y a qu'à louer et féliciter ceux qui y ont pris part. En proposant cette visite comme un hommage de gratitude dû à la généreuse hospitalité qu'ils avaient reçue, les membres du congrès ont enlevé à cette visite tout semblant offensant d'inspection ou de contrôle ; tout en louant beaucoup, ils ont ainsi pu critiquer quelquefois, et rendre par là de véritables services aux institutions de charité. De leur côté, les médecins et administrateurs des hôpitaux de Naples ont compris l'avan-

tage de faire ainsi comparer leurs établissements avec ceux de toute l'Italie; ils ont senti tout ce que pourrait y apporter d'améliorations un examen fait sans esprit de dénigrement par des hommes, médecins d'hôpitaux eux-mêmes, et habitués aux mille détails pratiques, aux minuties vitales de la bienfaisance hospitalière. Cette espèce de consultation, où ont concouru l'expérience et les lumières de la nation entière, ne sera sans doute pas perdue pour la ville qui en a été l'objet.

Nous n'avons point à donner ici un compte détaillé de ces visites. Nous tenions surtout à faire ressortir leur but, ainsi que leurs résultats essentiellement empreints du caractère d'utilité et de progrès, et nous l'avons fait d'autant plus volontiers qu'il y a là un exemple à suivre, et du bien à recueillir pour toutes les villes qui peuvent devenir un jour le siége de ces réunions scientifiques. Au milieu des faits intéressants qui sont ressortis de cet examen, nous en mentionnerons cependant quelques-uns des plus saillants.

L'hospice des nouveau-nés, à Naples, reçoit chaque année 2,500 enfants. 1,200 environ sont élevés dans l'établissement. L'allaitement artificiel y est depuis longtemps abandonné, et réservé seulement pour les sujets atteints de maladies contagieuses. Ce sont des nourrices attachées à la maison qui leur donnent le sein, et chacune d'elles doit nourrir trois enfants; mais ce nombre est sans contredit trop fort. Une mortalité énorme règne dans cet hospice; elle est, selon les calculs de M. de Renzi, de 77 sur 100. Elle tient presque certainement à l'insuffisance d'alimentation. Aussi la commission du congrès a-t-elle émis le vœu que cette distribution de trois enfants à une seule nourrice cessât désormais, et qu'en outre les nourrissons fussent donnés de préférence à des femmes de la campagne pour être élevés chez elles.

L'hôpital dit *des Incurables* est le plus considérable des hôpitaux civils de Naples; il contient 1,300 lits. Chose étrange et vraiment inconcevable! au premier étage, au milieu de quatre vastes salles, s'en trouve une, de 104 lits, appelée *salle des Moribonds*, et destinée en effet à recevoir les malades qui y sont transportés lorsqu'on juge qu'ils n'ont plus que quelques heures à vivre. La commission s'est élevée, avec autant de force que de raison, contre cette absurde et cruelle coutume, qui, pour épargner aux trois ou quatre malades voisins le spectacle de l'agonie, exile ainsi, dans une sorte de chapelle des condamnés à mort, des individus dans le nombre desquels plusieurs pourraient sans doute échapper à cet arrêt de la science humaine, si leur imagination n'était pas mortellement frappée par l'aspect de ce lieu de tourments. Dans les hôpitaux militaires, il existe aussi une salle affectée à la même destination. Seulement, on lui a imposé le nom moins effrayant de salle des cas graves (*degli aggravati*).

Un autre abus est encore signalé dans la plupart des établissements de Naples. Au lieu de faire dégager le chlore pour désinfecter les salles, ce sont des fumigations aromatiques que l'on emploie. Les miasmes sont ainsi masqués, mais ils subsistent avec toute leur nocuité. La ventilation et l'usage des fumigations chlorurées employées dans presque tous les autres hôpitaux de l'Europe, sont fortement recommandés par la commission.

Dans l'hôpital militaire, le service des infirmiers est fait en partie par des détenus choisis parmi ceux dont la peine est la moindre. Réhabilités ainsi en face d'eux-mêmes par l'exercice de la charité, ils se montrent pleins de zèle pour les malades et reprennent peu à peu le sentiment de leur dignité jusqu'à ce qu'ils rentrent enfin dans la société, régénérés par le baptême de la bienfaisance. On leur fait remise de six mois de leur peine pour chaque année de service dans l'hôpital.

Une opinion assez accréditée à Naples regarde la phthisie pulmonaire comme une maladie contagieuse. Dans plusieurs hôpitaux, il existe des chambres isolées où les phthisiques sont tenus séparés des autres malades.

L'hospice des aliénés d'Aversa, digne, sous beaucoup de rapports, de sa réputation, présente cependant quelques défectuosités. Celle à laquelle on pourrait le plus aisément remédier est l'absence de médecin résidant à poste fixe dans l'établissement. Cet oubli est assurément inconcevable pour une maison qui ne renferme pas moins de 700 malades. Ce n'est cependant pas seulement à Naples qu'on pourrait le signaler, et la commission, qui mentionne comme modèle en ce genre la nouvelle organisation française d'après laquelle tout hospice d'aliénés doit avoir un médecin résident, aurait pu citer, en France même, plus d'une grande ville où cet article de la loi est encore aujourd'hui transgressé.

— Tels sont les principaux faits et les principales idées qui ont mérité de fixer l'attention dans le congrès scientifique de Naples. Nous mentionnerons, en terminant, quelques délibérations de l'assemblée.

CONTAGION DE LA PESTE; UTILITÉ DES LAZARETS.

La peste, qui a le privilége des préoccupations publiques depuis qu'on s'occupe à décider si on doit ou si on ne doit pas supprimer les quarantaines, la peste a conservé, devant le congrès de Naples, son ancienne réputation; elle a été déclarée contagieuse, et par conséquent assez redoutable pour que le comité de santé et les lazarets ne renoncent pas à leurs mesures de rigueur. Les statistiques, qui avaient une si grande valeur aux yeux de la classe la plus nombreuse des médecins, dans ces dernières années, sont toujours en grand honneur en Italie; une commission a émis le vœu que les souverains des divers États de la Péninsule ordonnassent les mesures nécessaires pour obtenir régulièrement les statistiques annuelles de tous les hôpitaux grands et petits. D'autres commissions, qui avaient été nommées dans les congrès précédents, ou ont fait leurs rapports, ou se sont adjoint de nouveaux membres, afin de préparer leur travail pour le prochain congrès.

SIÉGE DU CONGRÈS DE 1846; PROGRAMME DES QUESTIONS.

La huitième session du congrès en Italie aura lieu en 1846 à Gênes. Le corps municipal de cette ville, désireux de donner une preuve de sa reconnaissance aux savants qui l'ont choisie pour le siége de leur réunion, et voulant en même temps que rien n'y manque de ce qui peut rendre ces assemblées plus utiles pour les sciences et les arts, a cru nécessaire de voter une somme de six mille livres de Piémont, destinée à subvenir aux frais des expériences que les membres du congrès jugeront à propos d'instituer.

PROGRAMME ARRÊTÉ DES QUESTIONS QUI SERONT DISCUTÉES EN 1846 DANS LE HUITIÈME CONGRÈS, A GÊNES.

1° La pelviotomie, exécutée avec les modifications les plus avantageuses de son procédé opératoire, doit-elle être préférée à l'opération césarienne, dans quelques cas déterminés?

2° Décider si l'inflammation gangréneuse profonde du tissu cellulaire souscutané, causée par la morsure du *dragœa drago*, vulgairement nommé par les pêcheurs italiens *tracina*, doit être considérée comme l'effet d'un principe vénéneux de cet animal, ou comme la conséquence de la plaie par morsure.

3° A. Déterminer quel est le volume et la nature des calculs vésicaux qui exclut la lithotritie. — B. Déterminer quel est le volume des calculs qui peuvent être extraits par la méthode sous-pubienne, et quel est le meilleur procédé opératoire à employer.

4° A. Déterminer les cas de déviation de la colonne vertébrale qui dépendent de la rétraction des muscles sacro-spinaux. — B. Dire si, dans ces cas, la myotomie peut rationnellement être pratiquée, et quels avantages on en peut obtenir.

5° Déterminer si, dans le cas où une femme a déjà accouché plusieurs fois, dans le cours du huitième mois, d'un enfant mort, il convient de provoquer l'accouchement prématuré dans les grossesses suivantes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

QUALITÉS PHYSIQUES DE LA BONNE DEXTRINE.

La dextrine de bonne qualité a une teinte qui tire légèrement sur le jaune; elle a une odeur douceâtre particulière et caractéristique, une saveur sucrée très-marquée; elle ne crépite pas sous les doigts comme l'amidon; lorsqu'on la mélange avec de l'eau-de-vie, elle acquiert la couleur, la consistance et le poissant du miel, et en étendant ce mélange d'une suffisante quantité d'eau chaude, on a une solution qui jouit d'une propriété agglutinative très-marquée.

La mauvaise dextrine est plus blanche, moins sucrée; elle crépite sous les doigts, presque comme l'amidon; avec l'eau froide, elle est tout à fait impropre à fournir une solution agglutinative.

La dextrine de bonne qualité délayée dans l'eau, puis traitée par l'eau iodée, prend une teinte rouge vineux ou pelure d'oignon. La dextrine de mauvaise qualité prend une teinte d'un bleu violet qui indique la présence de l'amidon.

DE LA MÉDICATION ALCALINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

La médication alcaline, suivant M. Devergie, est très-bien appropriée aux maladies cutanées, particulièrement aux maladies à forme lichénoïde. Elle est indiquée à l'intérieur toutes les fois que la maladie de la peau est liée à une gastralgie avec une sécrétion acide, quelle que soit d'ailleurs la forme anatomique de cette maladie; elle est indiquée à l'extérieur dans le traitement des affections papuleuses et des affections squammeuses. Essentiellement efficace dans la première de ces catégories, elle l'est moins dans la seconde, quoiqu'elle y compte quelques succès. Il s'agit évidemment, pour les deux cas, de la forme chronique et non de la forme aiguë.

Le bicarbonate de soude, administré à l'intérieur à dose modérée, soit uni à une tisane légèrement amère et stimulante, soit en dissolution dans l'eau ou dans une eau gazeuse (eau de Vichy), a pour premier effet de rétablir les fonctions digestives et surtout de développer l'appétit, principalement dans le cas où il existait quelques symptômes de gastralgie. A des doses exagérées, ce médicament est absorbé; il augmente d'une manière notable la fluidité du sang, en donnant à la fibrine moins de consistance; il met ce fluide dans des conditions favorables à la formation des engorgements des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire, ainsi qu'au développement des hémorrhagies passives.

Des quatre formes principales sous lesquelles s'administre la médication alcaline extérieure (bains, lotions, poudre, pommades), les pommades alcalines étant les plus communément employées, il est bon de rappeler quelques-unes des observations de M. Devergie relativement aux doses qu'il convient de prescrire. Ces pommades varient en effet en énergie, non-seulement par la dose que l'on incorpore à l'axonge, mais encore par

la nature du sel que l'on emploie et les substances auxquelles on associe ce sel.

Les doses prescrites dans les formulaires et qui varient, en général, entre 2 et 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, sont trop fortes, suivant M. Devergie, à moins qu'il ne s'agisse de modifier d'une manière très-active la vitalité du tissu. La pommade qu'il emploie pour combattre le lichen et ses formes composées ne contient jamais plus de 50 centigrammes à 1 gramme de carbonate de soude. Il porte la dose à 1 gramme et même 2 grammes, lorsqu'il combat par les alcalins des affections squammeuses telles que le psoriasis, la lèpre, l'ichtyose nacrée ou noire, etc.

Toutes les fois qu'il s'agit d'affection du cuir chevelu, on peut rendre la pommade plus active, d'abord en la dosant à un degré plus élevé, ensuite en remplaçant le carbonate de soude par le carbonate de potasse, enfin en associant l'un et l'autre de ces sels à son poids de chaux éteinte.

Employée contre les affections lichénoïdes, pour lesquelles M. Devergie la préconise principalement, la médication alcaline externe a pour effet d'atténuer immédiatement les démangeaisons et de faire cesser ainsi une cause continue de la perpétuation du mal. Quant aux papules, elles s'affaissent peu à peu et disparaissent d'une manière insensible; mais il ne faut cesser l'usage de cette médication qu'après l'avoir prolongé pendant un certain laps de temps après la guérison, sous peine de voir récidiver la maladie.

Voici les différentes formules dont M. Devergie fait usage :

A l'*intérieur.*—Prenez : Bicarbonate de soude . . . . . . 1 gramme
Eau de fontaine ou eau gazeuse. 500 —
(Eau de Vichy artificielle.)

A prendre en deux fois dans la journée. La dose de bicarbonate peut être portée à 2, 3 et 4 grammes par jour; il est convenable alors d'augmenter la quantité d'eau de manière à la porter à trois et quatre verres.

Sirop alcalin. — Prenez : Bicarbonate de soude . . . . . . 15 grammes
Sirop de sucre. . . . . 250 —

Une cuillerée à bouche le matin, une le soir, dans un quart de verre d'eau.

Potion alcaline. — Prenez : Bicarbonate de potasse . . . . . 5 grammes
Infusion de tilleul . . . . 125 —
Sirop de guimauve. . . . . 45 —
Eau distillée de menthe. . . . . . 25 gouttes
Deux ou trois cuillerées à bouche par jour.

A l'*extérieur.* Lot. alc. Pr. : Carbonate de soude . . . . 12 grammes
Eau. . . . . 500 —
Cette lotion est rendue plus active en y ajoutant : sel marin. 50 —

Liniment alcalin.—Prenez : Carbonate de soude ou de potasse. 30 grammes
Huile d'olives. . . . . 125 —
Jaune d'œuf. . . . . n° 1
Humectez le carbonate de soude avant de l'associer à l'huile.

Pommade alc. légère.—Pr. : Carbonate de soude . . . . 0,50 grammes
Axonge. . . . . 30 —
On peut porter la dose de sel jusqu'à 6 grammes.

Pommade plus active.—Prenez : Carbonate de potasse. . . 4 à 6 grammes
Chaux éteinte . . . . . . 4 —
Axonge. . . . . 30 —

Bains alcalins.—Carbonate de soude ou de potasse, depuis 250 jusqu'à 500 gram.

Bains alcalins et gélatineux.—Prenez : Carbonate de soude. 250 à 500 grammes
Gélatine. . . . . . . 250 —

Bains alcalins et toniques. — Prenez : Carbonate de soude. 250 500 —
Sel marin. . . . . . 500 à 1000 —

On peut y associer encore de la gélatine et du savon pour les rapprocher de la composition des eaux thermales.

(Bulletin général de thérapeutique.)

EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT CRISTALLISÉ DANS LA DIARRHÉE DES ENFANTS.

M. Romberg, professeur de clinique à Berlin, emploie le nitrate d'argent cristallisé dans les cas de diarrhée, soit aiguë, soit chronique, chez les enfants. Il a recours à la formule suivante :

Prenez : Nitrate d'argent cristallisé. . . . 25 à 50 milligrammes.
Eau distillée. . . . . q. s. —
Faites dissoudre s. a., puis ajoutez :
Mucilage de racine de salep. . . 75 grammes.
Sirop diacode. . . . . 15 —
Mêlez exactement.

Pour une mixture dont on donne, quatre fois par jour, d'une cuillerée à café à une petite cuillerée à bouche.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE MORPHINE CONTRE LA TOUX.

M. Zanetti Giovanni se sert avec beaucoup de succès de l'acétate de morphine pour arrêter ou calmer la toux qui accompagne les maladies de poitrine aiguës ou chroniques. Il cite plusieurs cas de bronchite et de phthisie où l'administration de ce remède a été suivie d'un soulagement que ni les émissions sanguines, ni d'autres sédatifs n'avaient pu procurer. Chez un homme de 37 ans, de tempérament nerveux, affecté d'une bronchite capillaire très aiguë, M. Giovanni, en quittant le malade, avait laissé à sa disposition, pour la nuit, des pilules composées avec le kermès, la digitale et la jusquiame, ainsi que 5 centigrammes d'acétate de morphine divisés en six paquets. Les quintes de toux fatiguant beaucoup le patient, il prit d'abord quelques-unes des pilules, mais sans succès. Il eut alors recours à la morphine, et bientôt il se sentit soulagé; mais la toux revenant encore, il crut pouvoir la calmer à l'aide des pilules. Comme la première fois, elles demeurèrent impuissantes : l'acétate de morphine réussit de nouveau, et le malade, averti par cet exemple, continua ce dernier remède, qui ne tarda pas à consolider la guérison.

Outre ce mode d'administration, M. Giovanni fait encore prendre le médicament sous la forme suivante :

Eau distillée . . . . 120 grammes.
Acétate de morphine. . . . . . 5 centigr.
Une cuillerée ou deux suffisent pour calmer la toux.

(Gazetta medica di Milano.)

APTITUDE DES CORPS GRAS A DISSOUDRE PAR LA COCTION LES PRINCIPES ACTIFS DES SOLANÉES.

Les corps gras sont-ils aptes à dissoudre par la coction les principes actifs des solanées? Cette question, qui intéresse au même degré la thérapeutique et la toxicologie, n'avait jusqu'à ce jour été l'objet d'aucune expérience spéciale; elle n'avait reçu du moins aucune solution formelle. M. Lepage, pharmacien à Gisors, a institué une série d'expériences dont les résultats lui ont permis de résoudre cette question par l'affirmative. Il a été conduit à conclure de ses expériences, dont nous croyons inutile de rappeler ici les détails, que les solanées cèdent aux corps gras, par la coction, leurs principes actifs, et que les médicaments préparés avec les huiles, les graisses et ces plantes jouissent des propriétés thérapeutiques et toxiques de ces dernières.

TRAITEMENT TOPIQUE DES FISTULES.

M. le docteur Tott dit avoir presque toujours réussi à guérir les fistules (il ne dit pas lesquelles) sans recourir à la pratique d'aucune opération. Il se sert d'injections, soit avec le nitrate d'argent ou le sulfate de zinc, soit avec une décoction de chêne additionnée d'eau de chaux et de teinture de myrrhe, soit enfin, et principalement, avec la liqueur vulnéraire de Schmalz, dont voici la formule :

Prenez : Sulfate de cuivre. . . . . 15 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . . . 15 —
Vert de gris. . . . . 15 —
Miel rosat. . . . . 90 —
Eau de fontaine. . . . . . 2000 —
M. s. a.

En même temps il a recours à la compression, quand la position des fistules le permet.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, EN 1845.

3° RECHERCHES CHRONOLOGIQUES OU RHYTHMIQUES SUR LA SÉRIE DES BRUITS ET DES SILENCES NORMAUX DU CŒUR; par M. DELUCQ (28 août 1845).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

La disposition des bruits et des silences du cœur est telle, que leur série est très-distinctement subdivisée en groupes composés d'un bruit et d'un silence de chaque espèce. Ces groupes quaternaires peuvent être déterminés de quatre manières différentes, selon le bruit ou le silence qu'on prend pour point de départ; mais comme, en pratique, une telle multiplicité serait au moins inutile, mieux vaut adopter conventionnellement un des quatre groupes possibles. Jusqu'ici, l'on a toujours pris pour point de départ le bruit sourd, appelé pour cette raison premier bruit du cœur, et ainsi les termes de la série se sont trouvés distribués de la manière suivante : bruit sourd, petit silence, bruit clair, grand silence. L'auteur propose de prendre pour point de départ le bruit clair généralement désigné aujourd'hui par le nom de second bruit, et de constituer ainsi la *période musicale* du cœur : un bruit clair d'abord, puis un grand silence, puis un bruit sourd, puis un petit silence. Rousseau a dit, dans son *Dictionnaire de Musique* :

« Des divers temps de la mesure, il y en a de plus sensibles, de plus marqués que d'autres, quoique de valeurs égales.... Les temps *forts* sont le premier et le troisième dans la majeure à trois temps.... A l'égard du second temps, il est *faible* dans toutes les mesures. » Or, M. Delucq montre, au moyen d'une figure, que, dans chaque période, la mesure est composée de cinq éléments musicaux distribués en trois temps : le premier temps est formé par le bruit clair et une petite fraction du grand silence; le second temps par une grande fraction du grand silence; le troisième temps par le bruit obscur et le petit silence. Le précepte de Rousseau trouve ici son application. Les temps *forts* et le temps *faible* sont extrêmement marqués dans les mesures de la série du cœur, puisque sur les trois temps de chacune d'elles, deux présentent des *sons* (temps sonores) et l'autre un *silence* (temps aphone).

Partant de cette base, l'auteur a cherché à déterminer la *durée* des bruits et des silences du cœur, considérés, soit dans les éléments simples, soit dans les subdivisions composées de leur série. Ce dernier point de vue avait été jusqu'ici négligé par la plupart des pathologistes.

Dans l'impossibilité où nous sommes de suppléer par des explications, quelque longues qu'on les suppose, aux figures musicales ou algébriques dont M. Delucq a enrichi sa thèse, nous nous contenterons de transcrire ici ses conclusions.

1° *Bruits clairs*. Leur durée est invariable, et équivaut *musicalement* à un sixième de seconde;

2° *Bruits obscurs*. Leur durée n'est point fixe, et varie musicalement d'un sixième à un tiers de seconde;

3° *Grands silences*. Leur durée présente des quantités très-variables, qui sont en raison inverse du nombre des pulsations, et en raison directe de la longueur des périodes. Les variations s'étendent depuis moins d'un sixième de seconde jusqu'à une seconde dans l'état normal, et jusqu'à plusieurs secondes dans l'état de maladie;

4° *Petits silences*. Leur durée présente des quantités variables, qui sont en raison inverse du nombre des pulsations ou de la prolongation des bruits obscurs, et en raison directe de la longueur des périodes. Les variations s'étendent depuis un maximum d'un tiers de seconde jusqu'à une quantité presque imperceptible dans l'extrême rapidité des pulsations, ou dans l'extrême prolongation des bruits obscurs.

4° DE LA MALADIE DE BRIGTH, par M. DEMEURAT (27 août 1845).

Dans cette histoire judicieuse et bien exposée de la maladie de Brigth, nous relèverons seulement quelques remarques, sinon tout à fait nouvelles, du moins peu familières à beaucoup de praticiens et relatives aux moyens de constater l'existence de l'albumine.

Toutes les fois qu'on emploie le calorique pour rechercher l'albumine, il est très-important de rendre l'urine acide avec quelques gouttes d'*acide acétique*. Cette précaution favorise la formation du précipité. On évitera d'employer pour cet usage l'acide *azotique*, parce qu'il jouit de la propriété de dissoudre à chaud l'albumine coagulée. L'absence du coagulum pourrait faire croire que l'urine n'est pas albumineuse. « C'est là, ajoute M. Demeurat, une cause d'erreur dont j'ai été témoin plusieurs fois: mais en s'en mettant à l'abri, le calorique est sans contredit le meilleur réactif dont on puisse faire usage..., puisqu'il n'altère pas les matériaux essentiels de l'urine. Les autres réactifs n'ont qu'une importance secondaire lorsqu'il a prononcé.»

A froid, l'acide nitrique précipite les urines, même quand elles ne contiennent qu'une quantité extrêmement faible d'albumine; mais ici encore se rencontre une cause d'erreur. Si l'on ajoute trop d'acide, le précipité déjà formé se redissout : l'urine redevient limpide. Contrairement à ce qui est dit à l'article *Néphrite albumineuse* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE (tome XXIX), à savoir : que le caractère de l'albumine des urines est d'être insoluble dans un excès d'acide nitrique, l'auteur est toujours parvenu à redissoudre, de cette manière, le précipité, quelque considérable qu'il fût.

On a dit aussi que l'urée disparaissait presque entièrement de l'urine dans la maladie de Brigth. Mais, suivant M. Demeurat, si, après avoir redissous le coagulum par un excès d'acide nitrique, on abandonne la liqueur à elle-même, on trouve le lendemain un précipité de cristaux de *nitrate d'urée*. « J'ai vu, dit-il, certaines urines prendre, pour ainsi dire, en masse, tant ce précipité était abondant : j'ai fait constater ce fait par par M. Martin Solon. »

5° DE LA MALADIE DE BRIGHT; par M. PATRICK TEGART (27 août 1845).

Dans la thèse dont il vient d'être question, également relative à la maladie de Bright, l'auteur avait évité de s'engager dans la question si difficile de la *nature* de cette affection. Il ne s'était pas demandé si la lésion rénale est primitive ou si elle est consécutive, bien que le point de vue solidiste paraisse dominer tout son travail. M. Tégart, au contraire, consacre la seconde partie de sa thèse (la première traite des *lésions organiques qui peuvent produire l'ascite*) à défendre la doctrine opposée. Pour lui, l'altération organique des reins est consécutive, et c'est dans le sang que réside primitivement la maladie.

Les arguments dont il se sert pour établir la première partie de cette proposition méritent d'être rappelés. Voici les principaux.

Si l'albuminurie était purement et simplement le résultat d'une sécrétion vicieuse du rein altéré dans ses éléments organiques, comme le produit est invariable et consiste toujours dans une urine albumineuse, la lésion du rein devrait toujours être à peu près identique. Loin de là, elle se présente sous les formes les plus variées, à tel point même que les auteurs ne sont pas d'accord sur le nombre de celles qui doivent être rattachées à la maladie de Bright.

En second lieu, si, comme le veulent la plupart des physiologistes et des chimistes, l'albumine est l'élément que la sécrétion normale des reins convertit en urée, on ne comprend pas bien, dans l'état actuel de la science, pourquoi l'élimination de l'albumine en nature produirait plutôt la cachexie que l'élimination de l'albumine transformée en urée.

Enfin, si la maladie est primitivement locale, pourquoi envahit-elle invariablement *les deux reins?* Il n'y a pas, en pathologie, d'autre exemple d'une affection frappant toujours des organes pairs à la fois.

Ainsi, l'affection ne réside pas primitivement dans les glandes rénales. Réside-t-elle dans le sang? Oui, dit M. Tegart. Appuyé sur ce fait d'observation que l'albuminurie s'observe presque toujours dans la classe ouvrière, dans cette classe soumise à tant de causes de débilitation, travail excessif, abus des liqueurs, mauvaise alimentation, etc., il cherche à montrer comment, dans cet état de détérioration, la force organique, quelle qu'elle soit, ne peut plus fournir à la masse du sang qu'une albumine imparfaite, plus diffluente et moins concrescible que chez un sujet sain. Dans cet état, l'albumine franchit partout les vaisseaux capillaires, et s'épanche dans les mailles du tissu cellulaire, dans les cavités séreuses et par les voies urinaires. Alors le moment est bientôt venu où, les pertes albumineuses excédant de beaucoup les acquisitions journalières du sang, celui-ci épuisé, appauvri, jette dans l'atonie tous les tissus qu'il pénètre. Les reins en reçoivent la première influence par la même raison qui les rend les premiers sensibles à l'action de boissons de diverses natures introduites par les voies digestives dans le torrent de la circulation.

Pour montrer combien facilement l'albuminurie peut s'établir indépendamment de toute altération des reins, l'auteur rapporte les expériences suivantes. Il a remplacé pendant quelque temps une partie de sa nourriture ordinaire par une demi-douzaine d'œufs à la coque, et l'albumine n'a pas tardé à se montrer en abondance dans ses urines. — Un de ses amis s'était avisé, par bizarrerie, de mener une vie de cénobite et de ne vivre que d'œufs, d'herbes fraîches et de pain. Cette nourriture allait bien à son goût; mais, un matin, il fut effrayé en voyant ses urines extrêmement mousseuses. De six jours après, la quantité d'albumine était si grande, « qu'après avoir uriné, des stries de cette substance allaient presque sans se rompre mesurer la distance entre le pénis et le pavé. »

Une objection sérieuse à la manière de voir de l'auteur pourrait être tirée de ce fait, que MM. Bright, Rayer, Christison et autres ont guéri un grand nombre d'albuminuries par des moyens locaux uniquement dirigés sur les reins. Aussi affirme-t-il, sans en fournir la preuve, que toutes ces guérisons appartenaient à la néphrite, à la congestion rénale ou à toute autre affection analogue, tandis qu'ils ont constamment échoué contre l'albuminurie cachectique, sans symptômes inflammatoires.

Tels sont les argumens apportés par M. Tégart à l'appui de son opinion. Toutes réserves faites au sujet de sa théorie de la *cachexie albumineuse*, on ne peut se dissimuler ce qu'il y a de fondé dans quelques-uns de ces arguments. Malheureusement les résultats des recherches hématologiques entreprises jusqu'ici, bien qu'assez concordants quant à l'état physique et chimique du sang dans la maladie de Bright, ont peu avancé la solution du problème. Le sang est pauvre en albumine; le sérum est moins dense que de coutume. Voilà les faits. S'ils s'accordent avec l'opinion des humoristes, qui admettent l'appauvrissement du sang, ils ne sont pas contraires à l'opinion des solidistes, dans laquelle la diminution de l'albumine du sang est la conséquence de l'hypersécrétion albumineuse des reins. Que faudrait-il pour trancher sans réplique la question dans le sens de M. Tegart? Il faudrait pouvoir constater l'intégrité des reins chez un sujet qui aurait offert les caractères pathognomoniques de la maladie de Bright, c'est-à-dire l'albuminurie et l'hydropisie simultanées. Dans cette doctrine, en effet, il doit y avoir, au début de l'affection du sang, quand les reins commencent seulement à servir d'émonctoires, un moment où ces organes n'ont pas encore souffert dans leur composition organique. Est-ce l'occasion qui a manqué jusqu'ici? Nous ne saurions le dire; toujours est-il que, dans tous les cas, coexistaient les deux symptômes indiqués plus haut, les reins étaient altérés de l'une des manières rapportées par les auteurs les plus récents à la maladie de Bright.

VARIÉTÉS.

— A la suite du dernier concours pour l'internat, les nominations ont été faites dans l'ordre suivant :

MM. Viallet, Batemberg, Guibout, Ozanam, Paton, Morvan, Simon, Escallier, Chausit, Follin, Clavaud, Bezançon, Dupuy (Jean), Gogué, Blanche, Courtin, Penard, Dimey, Thimbart, Gauthier, Leneveu, Moulin, Tailhé, Rollet, Blat, Guyton, Gougeon, Lepelletier, Rames, Cœurderoi, Lagrange, Toutée, Sagot, Dubois, Petit (Pierre), Hocquet.

Internes provisoires. — MM. Bouteiller, Vigués, Grivot-Grandcourt, Klippel, Botrel, Boulland, Chertier, Coffin, Mignot, Bellaigue, Boursier, Wickam, Dupuy (Louis), Gondouin, Vinet, Jacotot, Boivin, Chauveau, Saint-Vis, Viollet.

PRIX DES INTERNES.

Troisième année. — Premier prix, M. Jousset ; deuxième prix, M. Richard ; — première mention, M. Erard ; deuxième mention, M. Moutard-Martin.

Première et deuxième années. — Premier prix, M. Caucal ; deuxième prix, M. Racle (Victor-Alexandre) ; — première mention, M. Duclos ; deuxième mention, M. Hervieux.

PRIX DES EXTERNES.

Premier prix, M. Viallet ; deuxième prix, M. Batemberg ; — première mention, M. Guibourt ; deuxième mention, M. Ozanam.

MM. les conseillers municipaux de la ville de Paris n'ont point oublié cette année de récompenser les internes des hôpitaux qui, par le nombre des vaccinations qu'ils avaient pratiquées en 1844, avaient concouru à la propagation de la vaccine. Ces récompenses consistent en des jetons d'argent et de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Une des faces représente une vache et une lancette, et au-dessous on lit cette inscription : *Ex insperato salus.*

Ces jetons ont été distribués de la manière suivante :

MM.	H. Bonnet	3
	G. Gogué	2
	P. Jousset	2
	Tily	2

Internes en 1844 à l'hôpital des Enfants malades.

— M. Parisot, docteur en médecine, suppléant près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Roussel, promu à la chaire d'accouchement.

— Nous avons reçu la lettre adressée à M. le ministre de l'instruction publique par le directeur et les professeurs de l'École préparatoire d'Arras. Cette lettre, empreinte d'un caractère de haute convenance et de distinction, se résume dans les propositions suivantes :

1° Comprendre les Écoles de médecine et de pharmacie au nombre des établissements d'instruction publique à la charge de l'État ; 2° conserver le deuxième degré des médecins et des pharmaciens sans exiger le titre de bachelier ; 3° attribuer la réception du deuxième degré à ces écoles ; 4° leur rendre le titre d'École secondaire ; 5° leur donner une circonscription de plusieurs départements ; 6° exiger seize inscriptions des candidats en médecine, huit de ceux en pharmacie et quatre années de stage.

— Pétrification des substances animales. M. l'abbé Baldaconi, conservateur du musée d'histoire naturelle de Sienne, a inventé un nouveau procédé pour pétrifier les substances animales. Il consiste à tenir la substance qu'on veut pétrifier plongée pendant longtemps dans une solution saturée avec douze parties de bi-chlorure de mercure et une ou deux parties de chlorhydrate d'ammoniaque. Le chlorhydrate d'ammoniaque semble déterminer la pétrification ; et c'est à ce sel que l'inventeur attribue la propriété que cette dissolution possède aussi de conserver aux organes leur couleur naturelle.

M. Baldaconi a envoyé à l'Académie des sciences de Paris un foie de chien parfaitement pétrifié, et ayant sa forme et sa couleur tout à fait naturelles.

— Sur les honoraires des médecins en Italie. Nous trouvons, dans la Gazetta Medica di Milano, les réflexions suivantes, que nous reproduisons textuellement :

« Le Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse raconte qu'un médecin de cette ville ayant réclamé d'un client ses honoraires un jour plus tard que la fin du délai légalement accordé avant la prescription, celui-ci n'eut pas honte de se retrancher derrière la rigueur de la loi ; et le médecin se trouva ainsi frustré d'une bonne partie de son dû. Mais le tribunal, considérant la bonne foi de notre collègue (on pourrait ajouter : et la bassesse de son indigne adversaire), ordonna que les visites non comprises dans la prescription lui seraient payées à raison de *cinquante francs chacune.* »

« En France, poursuit le rédacteur italien, c'est l'usage que le médecin, une fois la cure terminée, envoie au domicile du malade, la note de ce qui lui est dû. Le débiteur alors ne considère pas seulement la fatigue matérielle et le temps dépensé, mais aussi la science, l'habileté, l'intérêt qu'on lui a consacré, et dont il croit juste de témoigner sa reconnaissance. Un de nos compatriotes et amis, qui habite Paris, a reçu récemment la somme de 1,500 fr. pour soins donnés pendant moins de deux mois à une dame dont cependant il n'avait pu conserver la vie. Qui a jamais ouï parler parmi nous d'une rémunération semblable ? A voir l'énorme différence qui, sous le rapport des honoraires, sépare la France et l'Angleterre de l'Italie, un bel esprit ne serait-il pas en droit de dire qu'ici les malades estiment sans doute leur propre existence moins chèrement que là ?

» Heureux pays que celui où les médecins osent *demander justice* ; car s'il est vrai que nulle part les médecins ne prodiguent des secours désintéressés aux malades autant qu'en Italie, d'autre part, répondre comme ils le font par la générosité à la ladrerie de leurs clients, si ce n'est de la lâcheté, n'est-ce pas du moins véritablement *confire des raves ?* »

— Méprise. En novembre 1844, un journal de médecine français annonçait, sous le titre suivant, l'opération de désarticulation de la mâchoire inférieure, exécutée par feu Signoroni, sur la personne de Giovanni Guglielmi : Du procédé opératoire employé par Giovanni Guglielmi dans l'extirpation totale de la mâchoire inférieure ; par le professeur Signoroni.

La Gazetta Medica di Milano, qui relève cette erreur, nomme en toutes lettres le journal par qui elle a été commise ; nous, à qui les devoirs de bonne confraternité ne permettent point les mêmes licences, nous nous bornerons à signaler le fait, certains qu'il profitera à qui de droit, sans indication plus précise.

« Si l'on nous connaît si incomplétement, ajoute la Gazetta, si on nous juge si mal, ne pouvons-nous pas dire en vérité que c'est parce qu'on ne nous comprend pas ? »

— Le journal *officiel* du congrès accuse la Gazette Médicale d'avoir « insinué une grosse calomnie à l'endroit de son désintéressement. » Nous renvoyons notre perspicace confrère à une seconde lecture de l'article ; il y verra seulement l'expression d'un désir qu'il eût été très-facile de satisfaire : « La Gazette Médicale, avons-nous dit, aurait même inséré le rapport fait par le trésorier à la dernière séance sur l'emploi des fonds, si ledit journal *officiel*, par une inadvertance qu'il réparera sans doute, n'avait oublié de le publier. Ce document prouverait à l'évidence jusqu'à quel point les autres journaux ont été aussi désintéressés que la Gazette Médicale. » Nous le demandons, est-ce qu'il y a là une grosse calomnie ? Notre chatouilleux adversaire, qui doit pourtant s'y connaître, aurait-il commis une aussi lourde méprise ? Sa réponse ne permet guère de le croire. En place de l'argument topique avec lequel il eût fermé la bouche à tous les mal pensants, il a publié une déclaration de M. le trésorier, laquelle n'est pas sans quelque ressemblance avec les réponses des oracles antiques. Voici cette pièce : « Je déclare que vous n'avez demandé et qu'il ne vous a été alloué aucune indemnité sur la caisse du congrès *pour les insertions* que vous avez bien voulu faire et que vous faites encore dans votre journal des pièces concernant le congrès médical de France. »

Le journal officiel se montre très-satisfait de ce certificat ; nous n'avons aucune raison d'être plus difficile que lui, bien au contraire.

— Legs aux Hospices. Madame de Lencquesaing, décédée à Paris, a légué à l'administration des hospices de cette ville diverses propriétés évaluées à 835,000 fr. Sur cette somme, 100,000 fr. doivent être employés, d'après le vœu de la testatrice, au soulagement des pauvres des douze arrondissements. Le conseil général des hospices a décidé, sous la réserve de l'autorisation royale, que le surplus sera appliqué à l'acquittement des dépenses de constructions et d'ameublement de l'un des pavillons du nouvel hôpital Louis-Philippe, et que ce pavillon portera le nom de cette bienfaitrice des pauvres.

— Quadrijumeau. Le 4 décembre courant, la nommée Thérèse Sonntag, femme d'André Vollmar, journalier à Lupstein (canton de la Petite-Pierre, département du Bas-Rhin), est accouchée dans ladite commune de *quatre enfants* (un garçon et trois filles). Le garçon et deux filles ont vécu une heure ; la quatrième a vécu quatre heures. (Gaz. Méd. de Strasb.).

— Monument a Helvétius. Il est question de placer, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, le buste d'Adrien Helvétius, célèbre médecin, aïeul de l'auteur du livre de l'*Esprit*, qui découvrit à Paris, en 1686, l'usage de l'ipécacuanha. On sait qu'Helvétius reçut, pour cette découverte, une récompense de 1,000 louis d'or de Louis XIV, gratification qui fut pour lui la source de sa fortune et de nombreux honneurs.

— On lit dans le Raccoglitore Medico :

« Anna-Maria delle Donne, docteur en médecine, auteur d'élégants vers latins, professeur d'obstétrique à l'Université de Bologne, membre de l'Académie bénédictine, etc., est décédée le 9 janvier 1842. Cette femme distinguée, qui a succédé à madame Mazzolini et à madame Bassi, est une des gloires scientifiques de Bologne. Elle soutint en 1800, avec un très-grand succès, une thèse de philosophie, de chirurgie et de médecine. Peu après, à la suite d'un examen public, on lui conféra le grade de docteur et de consultant. Napoléon Bonaparte, en passant à Bologne, fut frappé du savoir de cette dame, et institua pour elle une chaire d'obstétrique, où elle se fit une grande renommée. »

— On lit dans la Gazette Médicale belge :

« Un chimiste allemand vient de découvrir un mystère singulier, en analysant les gaz contenus dans le vin de Champagne d'un négociant de Reims, qui a, depuis plusieurs années, le privilége d'une vogue presque exclusive dans le pays de Wurtemberg. Le sieur Richard Hartmann, de Chemnitz, soutenait qu'il lui était impossible de garder son caractère sérieux après avoir bu un seul verre de vin à la marque de M. S. En effet, après de nombreuses expériences, on se décide à soumettre quelques bouteilles de ce joyeux liquide au professeur Liebig, qui découvrit bientôt la cause de ce phénomène ; ce vin contenait un volume de gaz acide carbonique et deux volumes de gaz *hilariant* ou *deutoxyde d'azote*, qui a la propriété, comme on sait, de remplir de joie et de bien-être ceux qui le respirent, sans qu'il en résulte aucun effet nuisible à la santé, comme après l'ivresse produite par l'opium ou le *hachich*. »

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.

(Premier article.)

Nos lecteurs comprennent pourquoi nous n'avons pas donné dans ce journal un compte rendu détaillé du concours d'anatomie. Ce concours porte sur une branche trop spéciale, et les épreuves sur des questions trop en dehors de nos études habituelles, pour que nous leur consacrassions une place plus utilement employée à des questions plus générales et d'une utilité plus immédiate. Cependant il est un côté par lequel ce concours peut intéresser tout le monde : c'est le côté des idées, le côté des faits nouveaux, de la marche générale des esprits. Un concours de Faculté est une exhibition des vues, des doctrines, des méthodes à l'ordre du jour ; c'est un moyen de savoir où en sont la science et les savants, bien plus qu'une carrière ouverte au progrès de l'une et à l'avantage des autres. Sous ce point de vue il n'est pas sans quelque intérêt pour tous, de rechercher, à l'occasion du concours ouvert à l'école de Paris, quel est l'état des études anatomiques en France, quelle est leur tendance la plus générale, et ce qu'il en doit résulter pour l'école de Paris en particulier. La première partie des épreuves étant terminée (compositions écrites et leçons), nous pouvons commencer immédiatement cet examen.

Les résultats que nous nous proposons de rechercher peuvent être fournis par l'appréciation du caractère des sujets d'épreuves, et par la manière dont les candidats les ont envisagés et traités. Nous ne parlerons aujourd'hui que de la matière des épreuves.

Commençons par rappeler qu'il s'agit d'une chaire d'anatomie humaine ; non pas d'une chaire d'anatomie pathologique ni d'anatomie générale, ni encore moins d'anatomie comparée : toutes divisions de l'anatomie qui sont ou qui mériteraient d'être professées à l'école de médecine : il s'agit de l'anatomie humaine professée par des médecins et pour des médecins, c'est-à-dire avec la destination d'éclairer et de préparer la solution des problèmes que la médecine humaine se propose de résoudre. Or l'ensemble de ces problèmes se rapporte spécialement à la physiologie, celle-ci considérée dans sa plus vaste acception, c'est-à-dire comprenant l'exercice de l'organisme et des organes dans toutes les conditions de développement, d'âge, de santé et de maladie. L'ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE, tel doit donc être le caractère le plus général de l'enseignement de l'anatomie humaine à l'école de médecine de Paris.

Il est certainement difficile, sinon impossible, de séparer de ce but les autres faces de l'anatomie : toutes y concourent d'une manière plus ou moins indirecte. L'anatomie pathologique, comme l'anatomie générale, comme l'anatomie comparée, comprend des faits propres à éclairer la connaissance des dispositions matérielles de l'organisme humain. Mais c'est aux professeurs à les placer sur un second plan et à ne les invoquer que comme auxiliaires, comme des éléments de preuves ampliatives ou confirmatives.

Or que faut-il entendre par anatomie physiologique? Si la chose était clairement définie par le fait, par l'application usuelle, on n'aurait pas besoin de poser la question. Il n'en est malheureusement pas ainsi. Jusqu'ici on a fait bien plus l'anatomie du cadavre que l'anatomie du corps vivant. L'anatomie physiologique est celle qui ne sépare jamais la considération de l'organe de celle de sa fonction, qui étudie l'instrument en vue de son usage, qui se pénètre incessamment de la liaison réciproque qui unit l'un à l'autre, comme de la liaison de deux parties qui se subordonnent à un certain point de vue, et qui, à un autre point de vue, finissent par se confondre comme deux parties intégrantes d'un seul et même fait.

Tel n'a pas été jusqu'ici le point de vue où se sont placés les professeurs d'anatomie humaine, à l'École de médecine surtout. Nous l'avons dit : ils se sont bien plus préoccupés des caractères matériels et empiriques des parties que de leur forme physiologique ; travaillant et décrivant à ce point de vue, leurs divisions comme leurs descriptions n'ont réalisé que des déterminations arbitraires. L'anatomie pathologique et l'anatomie comparée sont destinées sans doute à corriger ces tendances ; mais, à l'anatomie physiologique, qui embrasse tous les autres points de vue et les domine, il appartient seul de fonder des notions précises et définitives sur la composition et les dispositions matérielles de nos organes. Telle est du moins notre opinion et celle de quelques hommes dont nous sommes heureux d'exprimer les idées. Cet avis a-t-il été partagé par les juges du concours? Quelques-uns des sujets proposés permettent de le croire ; d'autres feraient penser autrement. Cela doit être : ces sujets émanant de personnes différentes représentent, par leur diversité de but et de caractère, la différence des idées et des esprits d'où ils viennent. C'était d'ailleurs aux candidats surtout à fixer le sens et la portée des matières de leçons. On verra s'ils ont envisagé et traité ces dernières dans la direction que nous venons d'indiquer.

Parmi les sujets qui paraissaient appeler les candidats dans la voie de l'anatomie physiologique, nous citerons la *peau*, la *comparaison des membres supérieur et inférieur*, les *appareils sécréteurs en général*, les *appareils des sens comparés entre eux*, et plusieurs autres encore, surtout parmi les sujets de thèse. Il n'est pas douteux, par exemple, que la comparaison des organes des sens entre eux n'ait été proposée en vue du caractère physiologique commun de tous les sens et de leurs organes, et en vue des différences de l'instrument corrélatives aux différences de la fonction. Mais ce n'était pas tout. Même dans cette voie qui paraîtrait si bien dessinée et presque absolue, il y a une différence de points de vue qu'il n'est pas inutile de signaler. Toutes les doctrines s'accordent, jusqu'à un certain point, sur l'importance de la liaison qui existe entre l'organe et la fonction, mais beaucoup diffèrent sur le caractère de cette liaison. Les uns voient dans l'organe l'instrument de la fonction ; les autres n'y voient qu'un ensemble de conditions plus ou moins essentielles, établies en vue et même dans la prévision des besoins de la fonction ; d'autres encore, et nous sommes de ce nombre, regardent l'organe vivant comme l'expression de la fonction elle-même, ou du moins considèrent ces deux termes comme la formule de phases et de conceptions différentes d'un seul et même fait : « la fonction fait l'organe, et l'organe fait la fonction. » On voit donc que l'anatomie physiologique peut être fort différente, suivant qu'elle se place à l'un ou à l'autre de ces points de vue, sans cesser d'être physiologique. De ces trois doctrines principales, juges et candidats de ce concours, du moins ceux qui ont compris la stérilité de l'anatomie descriptive, paraissent avoir adopté la première. Pour tous, sans exception même, l'organe fait la fonc-

---

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

N° VI.

JEAN-BAPTISTE VAN HELMONT.

Durant l'époque de tourmente et de lassitude qui se trouve comprise entre les premières attaques dirigées contre le péripatétisme et la consécration solennelle et définitive de la méthode expérimentale ou des naturalistes, quelques hommes cherchèrent à s'ouvrir une route à travers les ruines et les ténèbres des idées scientifiques en prenant pour flambeau une philosophie déplorable, en choisissant pour guide un système marqué au coin du pis aller et du désespoir. Esprits enthousiastes et inquiets par essence, imaginations poétiques et vagabondes, génies rapides et pleins d'audace, ces hommes, qui péchaient à l'endroit de la mesure, qui manquaient de prudence dans les principes comme de rigueur et de solidité dans le jugement, crurent sauver les destinées de la science en leur ménageant un hymen avec celles du mysticisme. Fauteurs d'une réaction inexorable, impatients de briser le joug d'une tradition stérile et décrépite, ils n'hésitèrent pas à subordonner les règles de la logique au procédé de l'intuition contemplative, à élever l'état passif de l'intelligence au-dessus du libre effort de la pensée, à exalter l'influence divine de la grâce au détriment du pouvoir tout humain du syllogisme et de l'induction ; en un mot à sacrifier les conséquences plus ou moins légitimes d'un raisonnement formel aux résultats si souvent excentriques ou frivoles de l'inspiration spontanée, à mépriser la lumière évidente et progressive d'un esprit calme et maître de soi, pour rendre un hommage exclusif à la connaissance obscure et décousue, fruit des élans de l'extase ou des réminiscences du rêve. Or, tout en cherchant la vérité là où n'était pas son foyer réel, tout en la demandant à ce qu'il y a de plus mobile, de plus divers, de plus trompeur dans les abîmes de la pensée humaine, ils parvinrent cependant à en découvrir quelques portions. Du nombre de leurs théories et du désordre de leurs hypothèses sortirent plusieurs idées qui ne furent point perdues pour l'avenir, plusieurs germes qui devaient bientôt grandir et fructifier sous l'influence d'une occasion favorable.

Jean-Baptiste Van Helmont est le plus connu des savants de cette catégorie, le dernier représentant illustre, dans l'ordre des connaissances naturelles, de cette méthode alexandrine dont les illusions et les écarts allaient s'évanouir devant le génie de Bacon, de Descartes et de Galilée, sauf à renaître plus tard, isolément, avec un éclat restreint et passager, modifiées par les siècles et accommodées à d'autres circonstances.

Il naquit à Bruxelles, en 1577. Il appartenait au corps de la noblesse. Il était le plus jeune des enfants d'un gentilhomme qui possédait les seigneuries de Mérode, de Royenboch, d'Oorschot et de Pellines. Il fit ses études à l'université de

tion, la produit, la commande, comme la cause produit l'effet. Ceci est un progrès dans les idées de l'école de Paris, mais c'est toujours l'école de Paris, c'est-à-dire celle qui a inspiré Boyer, Bichat, Laënnec, et la médecine organique. La manière dont on parait y devoir faire de l'anatomie physiologique n'est donc qu'un développement de cette école. C'est ce qui ressortira, nous le croyons, de l'examen des épreuves, auquel nous nous livrerons dans un second article.

ÉTIOLOGIE.

ESSAI SUR LES COLIQUES MÉTALLIQUES (1); mémoire adressé à l'académie royale de médecine belge, séance du 28 septembre 1845, par A. CHEVALLIER, membre honoraire.

HISTORIQUE.

Les accidents et les maladies plus ou moins graves qui sont dus aux préparations de plomb sont très-nombreux, et divers auteurs qui se sont occupés de recherches sur ce sujet, et parmi lesquels on doit citer Stockhusen, Astruc, Bonté, Gardane, Bordeu, Bourdelin, Combalusier, Dehaen, Huxham, Dubois, Kænic, Wilson, Fischer, Perceval, Zeller, Ramazini, Fothergill, Ranque, Gmelin, Cohausen, Schwaller, Gockel, Bruner, Backer, Deering, Fourcroy, Des Bois de Rochefort, Mérat, Gendrin, Tanquerel des Planches, etc., etc., ont, par leurs travaux, démontré que les préparations de plomb pouvaient, administrées à l'intérieur, appliquées à l'extérieur, enfin absorbées par les voies aériennes ou par le tissu cutané, donner lieu à la colique saturnine et aux accidents qui en sont la suite.

On a cité à l'appui de ces opinions :

1° Des faits qui démontrent que les vins et les cidres qui contiennent des sels de plomb peuvent donner lieu aux maladies les plus graves (2);

(1) Le but que nous nous sommes proposé en publiant ces essais, que nous regardons comme très-incomplets, est d'engager les médecins à étudier les malades atteints de coliques métalliques, bien convaincu qu'il y a encore beaucoup d'observations à faire sur les sujets qui en sont atteints.

(2) Zeller, qui étudia les causes d'une colique épidémique dans un des cantons de l'Allemagne, reconnut que cette colique était due au plomb avec lequel on avait adouci des vins trop verts. Citois décrit une colique épidémique due aux mêmes causes.

Bourdelin, en 1775, eut à soigner, dans l'un des faubourgs de Paris, cinquante-quatre malades atteints de coliques saturnines dues à l'usage du vin lithargiré (TRAITÉ DES MALADIES CAUSÉES PAR LA LITHARGE, de Samuel Stockhusen, traduit par Gardane, 1776, p. 106).

En 1839 ou 1840, une épidémie qui se déclara au camp établi près de Compiègne fut reconnue être due à l'usage de vins très-verts, adoucis par l'acétate de plomb. Le paysan qui avait adouci ces vins fut condamné.

Huxham, qui étudia la colique du comté de Devon, crut qu'elle était due à l'usage du cidre trop vert; mais Backer démontra qu'elle était le résultat de l'emploi du cidre contenant des sels de plomb.

En 1841, des cidres vendus à Paris ayant donné lieu à des accidents, on reconnut, par l'analyse chimique, que ces cidres contenaient du plomb (ANN. D'HYGIÈNE, 1842, t. XXVII, p. 104).

2° Des observations qui font voir que l'application sur la peau d'oxydes et sels de plomb, de cosmétiques préparés avec des produits contenant du plomb, et d'emplâtres contenant de l'oxyde ou des stéarates de plomb, avaient donné lieu à des accidents, à des coliques saturnines (1);

3° Des documents recueillis dans les hôpitaux par les ordres de l'administration, documents qui démontrent que les ouvriers qui exercent diverses professions dans lesquelles on emploie le plomb ou les sels de plomb sont exposés à la colique saturnine et à tous les accidents qui sont quelquefois la suite de cette horrible maladie.

DES PROFESSIONS DANS LESQUELLES LES OUVRIERS SONT LE PLUS SOUVENT ATTEINTS DE LA COLIQUE MÉTALLIQUE.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur les professions dans l'exercice desquelles les ouvriers sont exposés à la colique de plomb et aux suites de cette maladie; on est souvent induit en erreur par les renseignements qu'on obtient, de façon qu'on ne peut se prononcer d'une manière bien affirmative. Quoi qu'il en soit, voici le résumé des observations faites pendant cinq ans dans les hôpitaux de Paris (1838 à 1842 inclus), observations à l'aide desquelles on peut établir l'ordre numérique suivant, sur les 1,330 ouvriers atteints de coliques métalliques, reçus dans les hôpitaux de Paris :

1°	Ouvriers	cérusiers	841
2°	—	peintres	310
3°	—	se rattachant aux travaux de l'imprimerie	33
4°	Broyeurs	de couleurs	29
5°	Ouvriers	travaillant les métaux	22
6°	—	potiers de terre	11
7°	—	fondeurs	6
8°	—	doreurs	4
9°	—	polisseurs	4
10°	—	verriers	3
11°	—	vernisseurs	2
12°	—	bijoutiers	2
13°	—	émailleurs	2
14°	—	ciseleurs	1
15°	—	tourneurs	1
16°	—	travaillant dans les produits chimiques	1
17°	—	lapidaires	1

(1) On trouve des renseignements qui viennent à l'appui de ces observations dans diverses publications; nous laisserons de côté ceux de ces renseignements qui remontent à une époque déjà éloignée, pour indiquer les faits observés plus récemment. On trouve dans les ANNALES D'HYGIÈNE, t. VIII, p. 324 : 1° des détails sur des accidents survenus à un garçon épicier qui avait employé une préparation lithargirée pour faire passer au noir la couleur rouge de ses cheveux; 2° l'exposé d'un fait recueilli par l'un des membres du conseil de salubrité, et qui est relatif aux accidents survenus chez un officier qui, à l'aide d'une préparation lithargirée vendue chez un marchand, avait voulu noircir ses favoris rouges; un second fait, tout à fait analogue, fut constaté par un autre membre du conseil de salubrité; 3° on a reconnu que M. D.... était atteint de coliques analogues aux coliques de plomb; que ces coliques furent attribuées à l'usage d'une pommade avec laquelle il se blanchissait les mains, pommade qui contenait du carbonate de plomb connu sous le nom de *blanc d'argent*; en effet, les coliques observées chez ce malade cessèrent dès qu'il ne fit plus usage de cette pommade (BULLET. DE THÉRAP., t. XIV, p. 193); 4° on a vu l'application d'un emplâtre plombique sur des plaies donner lieu à des coliques saturnines.

Louvain, où il resta jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Il en avait vingt-trois quand il reçut le grade de docteur en médecine. Il parcourut ensuite, à différentes reprises, la France et l'Italie. L'enseignement de l'école étant venu se briser contre les résultats de son expérience personnelle, Van Helmont atteignit la seconde phase d'un état dans lequel tout médecin doit tomber tôt ou tard; il passa du dogmatisme au scepticisme. Mais comme le doute n'est qu'une station provisoire, qu'une halte, chez quelques natures actives et passionnées; comme il arrive un instant où ces natures exceptionnelles éprouvent le besoin impérieux de croire à la réalité des choses, Van Helmont, qui voulait le but, devait aussi vouloir les moyens, quelque aveugles, quelque déraisonnables qu'ils fussent. En conséquence, il entra dans une troisième phase, celle où il allait se fixer pour toujours. Il passa du scepticisme au mysticisme : les songes et les visions lui servirent de méthode, comme à d'autres le syllogisme et l'induction.

Van Helmont se plaît à décrire lui-même les étranges procédés dont il usait ordinairement pour arriver à la compréhension des choses. « Un jour, dit-il, je tombai dans un sommeil intellectuel assez remarquable. Je vis mon âme : elle avait une médiocre étendue, elle jouissait de la forme humaine, mais elle n'était revêtue des caractères d'aucun des deux sexes. Puis, une certaine lumière, auprès de laquelle la lumière de ce monde avait l'aspect des plus épaisses ténèbres, et qui n'avait rien d'analogue dans les choses sublunaires, vint à tomber sur elle en se mêlant à sa nature. Dès lors l'union de l'esprit avec le corps devint une idée claire pour moi, et je sus que de ces deux éléments c'est le premier qui enfante le second. » Un peu plus loin il ajoute : « Une autre vision intellectuelle s'offrit à mes yeux. J'aperçus un arbre d'une très-grande beauté, qui occupait presque toute l'étendue de l'horizon, et dont l'élévation et la circonférence me causèrent un profond étonnement. Cet arbre était couvert de fleurs innombrables, odorantes et parées des couleurs les plus agréables et les plus éclatantes. Plusieurs d'entre elles avaient des fruits par devant et des bourgeons par derrière. J'en cueillis une, et tout à coup son odeur, sa couleur et sa forme s'évanouirent en même temps que m'était révélé l'esprit de cette vision (1). »

Une âme tendre et nourrie des préceptes d'un catholicisme ardent décida de sa vocation pour l'étude de la médecine. Un jour où, la face prosternée contre terre, il sollicitait Dieu de lui inspirer le meilleur moyen d'être utile à ses semblables, il tomba dans un sommeil extatique au sein duquel cette vocation lui fut suggérée par un avis céleste. « Là, dit-il, je vis toutes les choses sous leur aspect réel, en d'autres termes, semblables au chaos le plus informe, ce qui me causa une émotion pénible. Puis j'entendis la conception d'une parole qui signifiait ces mots : Tout ce que tu regardes n'est rien, tout ce que tu fais est moins que rien à côté de la puissance du Très-Haut. Celui-ci connaît la destinée de toutes les choses; quant à toi, pense à ton salut. Enfin, de la conception de cette parole émanait l'ordre de me faire médecin, et la promesse que l'archange Raphaël viendrait quelquefois m'assister de ses conseils (2). » Dès lors, quittant sans regret les carrières élevées que lui ouvrait sa qualité de gentilhomme, renonçant, malgré les prières de sa famille, au riche canonicat qu'on s'était empressé de lui offrir et qu'on s'efforçait en vain de lui faire accepter, Van Hel-

(1) OPERA, Lugduni, in-folio, 1667; CONFESSIO AUTHORIS, p. 9 et 10.

(2) Ibid., STUDIA AUTHORIS, p. 12.

Outre les ouvriers ainsi désignés, on a indiqué sous le nom de *journaliers*, 57 individus dont la profession n'est pas connue.

On conçoit que le tableau que nous donnons ici, des malades atteints de coliques de plomb, doit être différent de ceux qu'on pourrait établir dans diverses localités, et cela s'explique puisque l'on sait, 1° qu'il est des localités où l'on s'occupe de l'exploitation des mines de plomb, et que là les ouvriers, par suite de leurs travaux, peuvent être atteints de la colique saturnine (1); 2° que M. Dalmanèche a établi que les *tisserands à la Jacquart* peuvent être atteints de la colique de plomb, par suite de la division et de l'altération des cylindres en plomb, au nombre de 1,000 au moins et de 8,000 au plus, qui tiennent les fils suspendus, fils qui frottent continuellement les uns contre les autres pendant le travail (ANNALES D'HYGIÈNE, t. XXVII, p. 205).

L'examen de ce tableau démontre cependant que les malheureux ouvriers qui travaillent dans les fabriques de blanc de plomb sont les plus maltraités par la maladie; en effet, on sait que les 841 cérusiers malades ci-dessus mentionnés sortent de six fabriques : la première, qui emploie de 70 à 80 ouvriers, a envoyé, en cinq ans, 630 ouvriers dans les hôpitaux; la deuxième, qui fait travailler de 40 à 50 ouvriers, en a envoyé 143; celle de Grenelle, qui n'existe plus et qui employait de 12 à 15 ouvriers, en a envoyé 32; les trois autres fabriques, que nous ne mentionnons que pour mémoire, puisqu'elles ne fonctionnent plus, ont envoyé dans les hôpitaux 7 malades seulement. Nous devons cependant dire ici que sur les 841 malades, 29 de ces ouvriers avaient travaillé successivement dans diverses fabriques de blanc de plomb, ce qui empêche de déterminer d'une manière précise dans quel lieu ils ont contracté la maladie.

Si les professions autres que celle de cérusiers étaient atteintes aussi fréquemment de la colique de plomb, et dans les mêmes proportions, il faudrait, nous n'en doutons pas, proscrire à l'instant même le travail du plomb et de ses préparations, pour faire cesser les empoisonnements que ces travaux déterminent, puisque six fabriques seulement avaient envoyé, en cinq ans, 841 malades dans les hôpitaux, et que sur ces 841 cas, malgré les soins qui sont donnés avec tant de discernement, 55 ont été suivis de mort.

Les proportions dans lesquelles les ouvriers des autres professions sont atteints ne sont pas comparables; en effet, dans le tableau qui précède, on compte 310 ouvriers peintres; or, on sait qu'il y a à Paris 425 entrepreneurs de peintures, et en supposant que ces entrepreneurs emploient chacun 10 ouvriers, on aurait une population de 4,250 individus, ou 2,125 seulement, si l'on admet que ces entrepreneurs n'emploient chacun que 5 ouvriers; encore ne faisons-nous entrer dans la formation des chiffres de la population que les peintres en bâtiments, quoiqu'on sache que les artistes ont été souvent atteints de la colique de plomb; mais très-rarement les artistes vont chercher des secours hors de leur domicile.

On a reçu dans les hôpitaux 33 ouvriers se rattachant aux travaux de l'imprimerie, et il y a à Paris 80 imprimeurs qui emploient de 1,500 à 1,600 ouvriers; nous dirons qu'il faut encore admettre, dans ces 33 malades, les ouvriers qui travaillent à la fabrication et à l'impression des cartes lithographiées, dites *de porcelaine*.

Les broyeurs de couleurs, au nombre de 29, sont encore loin d'être, comme les cérusiers, atteints dans leurs travaux par la colique saturnine; en effet, il y a à Paris plus de 250 marchands de couleurs et vernis, qui emploient des broyeurs pour amener la céruse et les autres couleurs à l'état pâteux; il est cependant probable que parmi les 310 ouvriers peintres, il en est qui ont été atteints de coliques métalliques pour avoir broyé des couleurs.

Les ouvriers travaillant les métaux, le cuivre et ses alliages, ainsi que le plomb métallique, sont fort heureusement peu sujets à la colique métallique; en effet, dans cinq ans on n'en a reçu que 22 dans les hôpitaux de Paris (1). On sait cependant que les ouvriers qui travaillent les métaux sont en très-grand nombre; on compte seulement de 90 à 100 plombiers qui emploient tous un plus ou moins grand nombre d'ouvriers.

Les ouvriers potiers de terre ont fourni un effectif de 11 malades, ce qui est un chiffre assez élevé en raison des autres professions, si l'on considère qu'il n'y a à Paris que 43 maîtres qui exercent cette industrie.

Les ouvriers fondeurs, parmi les ouvriers qui travaillent les métaux, courent peu de danger relativement à la colique métallique. En effet, on voit que dans les cinq années 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, il n'en est entré que 6 dans les hôpitaux.

Il en est de même des ouvriers doreurs, polisseurs, verriers, vernisseurs, bijoutiers, émailleurs, ciseleurs, tourneurs, lapidaires, et des ouvriers qui travaillent aux produits chimiques, puisque ces professions réunies n'ont envoyé, en cinq ans, que 21 malades dans les hôpitaux (2).

DES CÉRUSIERS : OBSERVATIONS FAITES DANS LES FABRIQUES; RENSEIGNEMENTS PRIS AUPRÈS DES FABRICANTS ET DES OUVRIERS. — OPINION DES MÉDECINS.

Le grand nombre d'ouvriers cérusiers atteints de coliques métalliques, et la gravité des accidents, ont depuis longtemps fixé notre attention, et nous nous sommes constamment occupé depuis 1827 à rechercher quels seraient les moyens à mettre en pratique pour faire cesser le mal, ou tout au moins pour amener une diminution dans le nombre des malades. Jusqu'à présent nos efforts n'ont pas eu les résultats que nous en espérions, par la raison que, pour obtenir des résultats, il eût fallu pouvoir prendre des mesures sévères, les ordonner, les faire exécuter : chose difficile, même pour l'autorité, de laquelle on exige beaucoup, mais à laquelle on n'obéit que comme contraint et forcé.

Nos premières recherches nous avaient fait connaître que, parmi les ouvriers employés dans les fabriques, il y a beaucoup d'hommes, peu de femmes, et quelquefois des enfants; que, selon quelques manufacturiers, les hommes sont atteints plus facilement de la colique de plomb que ne le sont les femmes; que, selon d'autres, M. Labrosse, par exemple, dont la fabrique

(1) On trouve dans les travaux exécutés en Belgique un exemple des maladies causées par les sels de plomb, maladies qui ne s'observent pas dans d'autres localités. M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, nous a fait connaître en effet celles qu'éprouvent les ouvrières qui, à l'aide du *blanc de krems*, donnent de l'éclat et de la blancheur aux dentelles.

(1) Nous avons eu soin d'annoncer que les chiffres que nous donnons ici, soit par rapport aux professions, soit par rapport aux ouvriers des diverses professions admis dans les hôpitaux, ne sont peut-être pas de la plus grande exactitude, et que dans le classement des malades il peut y avoir eu des erreurs; mais ces chiffres peuvent au moins être considérés comme une moyenne.

(2) Ces faits démontrent l'exagération qui a été mise dans un ouvrage adressé à l'Institut par un docteur en médecine.

---

mont se livre, durant trente années, aux investigations les plus diverses; il s'applique, au détriment de sa santé comme au péril de ses jours, aux recherches les plus délicates et les plus pénibles. C'est au bout de ce temps qu'il s'écrie, au milieu d'un des accès de son enthousiasme mystique : « Enfin je sais, avec Salomon, que, jusqu'à présent, mon esprit s'est inutilement mis à la torture, que la science des choses placées sous le soleil est vaine. Adolescent, homme fait, maintenant même où je touche à la vieillesse, ma tâche est restée stérile, je me suis montré ingrat envers Dieu à qui tout honneur appartient (1). »

Étrange illusion que celle dont se berçait l'esprit de cet homme! Bannir l'activité rationnelle de l'âme sous le prétexte que le pouvoir de cette activité s'efface quelquefois devant l'influence de l'inspiration passive! Abdiquer en faveur des chimères enfantées par le fatalisme un élément qui constitue le plus admirable privilége de l'homme, le libre effort de l'intelligence, la personnalité, et cela parce que dans la rêverie, parce que dans le songe, parce que dans le mode hallucinatoire l'imagination est à même d'embrasser par hasard une vérité dont la lumière échappe accidentellement à la pensée qui jouit de toute la plénitude de ses forces! Qu'est-ce à dire? N'est-ce pas prendre l'ombre pour le corps? n'est-ce pas saisir la figure d'un objet dans un miroir, au lieu de percevoir cet objet à l'aide d'un moyen plus facile, par l'entremise d'une opération plus directe? Que penserait-on, en effet, d'un astronome qui viendrait diriger l'objectif de sa lunette du côté des vagues de l'Océan dans le but de mieux s'orienter au milieu de l'océan des astres? De ce qu'on observe quelquefois dans le cristal d'une fontaine toutes les phases d'une éclipse, en faut-il conclure à la possibilité qu'aurait le firmament de se réfléchir d'une manière fidèle à la surface des ondes agitées de la mer? La rêverie comme le songe, celui-ci, comme la vision, ne sont-ils pas des actes qui impliquent presque toujours antérieurement le concours d'une intuition active, la participation d'un effort volontaire?

Malgré les vices d'une telle méthode, l'intelligence supérieure de Van Helmont sut se frayer une issue merveilleuse. Les sciences naturelles où le génie de ce théosophe se révèle avec l'éclat le plus extrême, celles où il projette par torrents des clartés inconnues, où il trace des sillons d'une profondeur impérissable, sont la chimie, la physiologie et la médecine.

La première de ces trois sciences avait surtout pour lui des séductions bien vives. Son laboratoire de Vilvorde lui était plus précieux que tous ses fiefs héréditaires, ses cornues et ses matras lui tenaient plus au cœur que son blason et son épée.

A l'époque dont il s'agit, livrée presque tout entière aux doctrines de l'école fondée par Paracelse, la science admettait déjà, imparfaitement il est vrai, sous les noms génériques de *sel*, de *soufre* et de *mercure*, les trois modes généraux, les trois formes essentielles de la matière : la solidité, la fluidité et la gazéité. Toutefois, elle avait une idée très-vague et très-obscure de ce dernier état; elle croyait sa manifestation bornée à l'existence de l'air, ou plutôt elle ne distinguait point ce composé des divers corps qui en offrent l'apparence. Or, Van Helmont met un terme à cette notion confuse; il définit nettement la nature de l'état *gazeux*, mot nouveau dont il est le créateur : « Cet esprit inconnu jusqu'à présent, dit-il, qui ne peut ni se maintenir au sein des vaisseaux ni se manifester

(1) Ibid., STUDIA AUTHORIS, p. 13.

était à Courbevoie (1), les femmes sont plus prédisposées aux coliques saturnines. M. le docteur Renauldin, qui partageait l'avis des premiers, a établi que, si les femmes sont moins souvent malades que les hommes, c'est qu'elles ne sont pas exposées aux mêmes travaux; qu'elles ne font le plus souvent que des travaux dans lesquels elles ne manient pas la céruse, et qu'elles ne respirent pas la poussière du carbonate de plomb. On conçoit que pour établir quelque chose de positif sur des opinions aussi différentes, il faudrait pouvoir, dans une fabrique, suivre les ouvriers et les ouvrières, tenir note du nombre des personnes des deux sexes qui y sont employées, des travaux qu'elles exécutent, enfin du nombre des accidents qui se seraient déclarés, et de leur gravité. Un travail semblable nous paraît presque impossible à faire, à moins qu'il ne soit exécuté par des hommes intelligents, dans les fabriques mêmes et par les ordres des fabricants.

Il résulte aussi des travaux que nous avons entrepris qu'il est impossible d'établir la moyenne du nombre des ouvriers atteints de la colique métallique, parce que cette moyenne varie en raison de la constitution des ouvriers, de leur régime, de la température, de la ventilation des ateliers, du degré de propreté des hommes et des choses. On peut avoir la preuve de ce que nous avançons dans la comparaison qu'on a faite de la fabrique de M. Th. Lefèvre, dans laquelle on employait de 105 à 120 ouvriers, et qui n'avait que 50 à 54 malades par année, avec d'autres fabriques où l'on employait un nombre moindre de travailleurs, et où l'on avait de 130 à 170 malades dans le même laps de temps (2).

La maladie se fait sentir plusieurs fois chez le même ouvrier : ainsi il est des ouvriers qui ont eu jusqu'à onze et douze fois la colique de plomb ; il en est cependant qui ont travaillé des années entières sans éprouver d'indisposition; mais ceux qui ont ainsi pu résister étaient nés dans les campagnes, accoutumés à boire beaucoup de laitage, et se faisaient une loi d'éviter des excès de quelque genre qu'ils fussent.

Les ouvriers qui ont subi des atteintes une première fois sont bien plus exposés à des atteintes ultérieures; les rechutes sont plus imminentes, surtout lorsque l'ouvrier reprend son travail sans attendre le rétablissement de ses forces.

Les ouvriers qui font des excès sont plus que les autres prédisposés à la colique de plomb; ceux qui habitent l'établissement même le sont plus que ceux qui sont forcés de faire un trajet pour se rendre des lieux d'habitation à la fabrique.

Il est impossible, pour diverses raisons, d'établir l'espace de temps pendant lequel un ouvrier peut travailler à la fabrication de la céruse avant d'être atteint par la maladie; en effet, la population de quelques-unes de ces fabriques est en grande partie nomade, parce que, dans beaucoup de cas, on n'accepte ce genre de travail qu'à défaut d'un autre ; d'ailleurs les uns diffèrent des autres par la constitution, l'ordre, le régime, la propreté, etc.

Cependant l'on sait que des ouvriers sont restés dans les fabriques pendant un laps de temps assez considérable. Ainsi M. Lefèvre, de Lille, a vu des ouvriers travailler pendant dix-huit à dix-neuf ans à la fabrication de la céruse sans avoir éprouvé d'indispositions assez graves pour les forcer de quitter le travail. M. Stollé, de Strasbourg, nous écrivait qu'il y avait des ouvriers qui étaient restés vingt et même trente ans dans des fabriques de céruse, où le procédé hollandais était mis en usage. M. Dehèque dit qu'on peut travailler indéfiniment à la céruse en prenant des précautions hygiéniques et en s'abstenant des écarts de régime. M. Labrosse a émis le même avis, mais M. Breschot, qui a dirigé une grande fabrique, celle de Clichy, n'est pas de cet avis : il dit qu'il est rare qu'un ouvrier puisse travailler un mois sans être frappé.

La question de savoir si les ouvriers cérusiers meurent jeunes a été soulevée : M. le docteur Renauldin a émis l'opinion que ces ouvriers meurent prématurément et que leur vieillesse est anticipée, et M. Tanquerel des Planches pense qu'ils vieillissent avant le temps fixé par la nature, et qu'ils deviennent infirmes de bonne heure.

DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR ÉVITER LES ACCIDENTS.

Des précautions nombreuses peuvent, jusqu'à un certain point, prévenir les maladies déterminées par le plomb ; mais il est difficile de forcer les ouvriers à prendre des précautions. Il faut combattre leur insouciance et les obliger à suivre des conseils qu'ils repoussent souvent, fiers pour ainsi dire de braver le danger et de courir au-devant des maladies qui portent souvent dans leur famille la misère et le désespoir.

Voici, en général, les précautions suivies dans diverses fabriques :

1° On établit des ateliers spacieux, bien ventilés;

2° On ne permet aux ouvriers de toucher la céruse que lorsqu'elle est humide ;

3° On prescrit des mesures de propreté, le lavage des mains, le changement d'habits ;

4° On exige que les ouvriers placent sur leur figure des linges mouillés, des *masques à éponges*. (Le règlement le plus complet est celui qui a été rédigé pour la fabrique de M. Tyrrel, à Londres.)

Toutes ces mesures de précautions sont très-utiles ; elles sont bien ordonnées, mais elles ne sont pas exécutées; ainsi nous avons vu des ouvriers prendre leur repas sans s'être lavé les mains, nous en avons vu d'autres prendre du tabac avec leurs doigts imprégnés de céruse, etc., etc.

Une des réformes les plus utiles, selon nous, serait d'exiger qu'un médecin fût attaché à chaque établissement et que ce médecin fût tenu de faire, à de très-courts intervalles, des visites dans lesquelles les ouvriers seraient examinés, puis forcés de quitter leurs travaux lorsque des signes indiqueraient qu'il y a danger pour leur santé ; selon le dire des personnes qui ont étudié la question, cette marche serait adoptée en Allemagne et en Hollande; elle est en pratique à Lille, chez M. Lefèvre, et les ouvriers se trouvent bien de cette adjonction, ainsi que nous nous en sommes assuré il y a quelques années.

Nous avions pensé que ce qui se faisait à l'étranger, que ce qui se pratiquait à Lille, devait être exigé à Paris. Nous en avions fait la demande, dans l'intérêt des ouvriers et dans celui des fabricants, mais nous n'avons pu jusqu'à ce jour obtenir que cette mesure fût mise en pratique (1); elle eût été,

(1) Cette fabrique est entre les mains de MM. Amelino ; elle a été transportée à Ivry.

(2) Par une lettre, M. Théodore Lefèvre nous donnait les résultats suivants sur les ouvriers employés dans sa fabrique : malades guéris en trois ou six jours, en 1840, 54 sur 105; en 1841, 51 sur 110; en 1842, 44 sur 99; en 1843, 41 sur 115; en 1844, 46 sur 120; en 1845, 9 sur 110.

(1) Des médecins se sont opposés à ce que notre demande fût prise en considération.

sous une forme visible, je l'appelle du nom de *gaz*. » Il fixe son attention sur la multiplicité des fluides élastiques, ces corps qui, selon lui, renferment tous les principes des solides et des liquides d'où ils émanent, et qui, devenus incandescents, constituent la flamme, regardée si longtemps par les péripatéticiens comme un quatrième état de la matière. Van Helmont fait plus : sans savoir recueillir et étudier isolément les divers gaz, il assigne à plusieurs d'entre eux quelques-uns de leurs principaux et véritables caractères. Aussi passe-t-il avec justice pour être le précurseur de la chimie pneumatique : au dix-septième siècle, il déblaye le terrain que doit parcourir le génie du dix-huitième ; ses travaux imparfaits et provisoires ont le mérite déjà fort grand d'aboutir aux investigations radicales, aux découvertes définitives des Priestley, des Schéele et des Lavoisier.

En chimie minérale, Van Helmont signale, le premier, l'existence de l'acide carbonique et celle des gaz hydrogène, sulfureux et azoteux. Dans son livre intitulé DE FLATIBUS, il attribue au premier de ces corps la propriété d'éteindre la flamme d'une bougie, et c'est à son action délétère sur l'économie animale qu'il rapporte la mort instantanée des mineurs, de même que celle des vignerons qui s'introduisent imprudemment au fond des cuves et des celliers où le raisin fermente (1). Il ajoute que certaines substances renferment ce gaz et s'y résolvent presque en entier, qu'il y est comme fixé ou solidifié, qu'il est toujours identique à lui-même, malgré la nature variable ou opposée de ces substances. Il spécifie les principaux corps où on le rencontre en déterminant les conditions au sein desquelles il s'en dégage : le charbon qui brûle, le raisin ou l'hydromel qui fermente, l'action d'un acide sur les combinaisons calcaires, etc. Il découvre une des plus importantes propriétés physiques du gaz hydrogène : « Les vents, dit-il, qui se forment dans les dernières portions de l'intestin, et qui s'échappent par l'ouverture du rectum, s'allument quand ils traversent la flamme d'une bougie, et brûlent en offrant le spectacle d'une couleur irisée (1). » Il trouve le gaz acide sulfureux impropre à la combustion, et il obtient le gaz azoteux en traitant l'argent par l'acide azotique (2). D'une autre part, en faisant fondre de la silice pilée, à l'aide d'un grand excès d'alcali, laissant ensuite tomber ce produit en *deliquium* sous l'influence d'un air humide, il s'aperçoit que l'acide azotique versé dans la solution pour *saturer* la quantité d'alcali, *quæ alcali sufficit saturando*, car c'est encore Van Helmont qui fixe la valeur de ce dernier mot ; il s'aperçoit, dis-je, que l'acide azotique laisse précipiter la silice au fond du vase. A l'aurore de la chimie, quelle sagacité analytique ! Entre cette expérience et la loi de la substitution des corps, le pont est jeté, il ne faut plus qu'un homme pour en franchir l'étendue.

Van Helmont ne se contentait pas des moyens d'approximation qui suffisaient à la masse des expérimentateurs de son époque, il se servait déjà d'un instrument indispensable à la précision d'un résultat quelconque : il avait recours à la

(1) Ibid., DE FLATIBUS, p. 201.

(1) Ibid., p. 261.
(2) Ibid., p. 424.

selon nous, essentielle pour les ouvriers qui, par un repos de quelques jours, eussent évité la maladie et un séjour plus ou moins long à l'hôpital; elle eût profité aux fabricants, puisque l'ouvrier bien portant fait plus de travail que n'en peut faire l'ouvrier maladif.

La présence d'un médecin dans une fabrique, ses visites journalières, lui auraient permis de reconnaître quelles sont les opérations les plus dangereuses, point sur lequel on n'est pas encore bien d'accord; en effet, si l'on consulte les fabricants, les uns disent que la séparation de la céruse formée sur les lames de plomb, sur lesquelles elle se produit, et la trituration sont des opérations plus dangereuses que la mise au séchoir et que l'embarillage; d'autres disent le contraire; si l'on consulte les ouvriers, ils ne sont pas plus d'accord que les fabricants.

On conçoit tout l'avantage qu'on pourrait tirer d'observations faites par un médecin intelligent; les opérations les plus dangereuses une fois connues, on prendrait des mesures convenables pour diminuer le danger, et l'on ferait alterner les ouvriers qui en seraient chargés. Ces médecins consultés par l'administration, la mettraient à même de modifier les mesures qu'elle a publiées relativement aux fabriques de céruse, si l'on ne pouvait toutefois employer des machines.

Nous avons cherché à savoir de diverses personnes qui font usage des différents procédés de fabrication proposés par les auteurs, si quelques-uns de ces procédés présentaient moins de danger que les autres, sous le rapport de l'hygiène des ouvriers; mais le peu de renseignements que nous avons reçus n'a pu nous éclairer sur cette importante question; car ces renseignements ne concordent pas entre eux, et de plus il nous semble que pour bien juger un procédé, il faut qu'il soit mis en pratique sur une grande échelle (1).

Lorsque nous avons demandé qu'un médecin fût attaché aux fabriques de céruse, on souleva la question de savoir si les ouvriers qui sont sur le point d'être malades, présentent des signes précurseurs de la maladie. Nous avons rappelé à cette occasion que de diverses questions adressées à des médecins et à des manufacturiers, il résultait :

1° Selon les fabricants :

Que les ouvriers qui sont sur le point d'éprouver des accidents dus au plomb ont l'air abattu, la face ridée, pâle et jaune et les yeux creux; qu'ils deviennent tristes; qu'ils ne mangent plus; que le tour du nez et de la bouche prend une teinte jaunâtre; que les lèvres sont tremblantes et froides et qu'ils ont de la constipation;

2° Selon plusieurs praticiens :

Que chez les ouvriers prédisposés à la maladie il y a une coloration bleuâtre du collet des dents et de la membrane muqueuse buccale; qu'ils ressentent une saveur sucrée, et qu'enfin ils ont l'haleine d'une odeur particulière, dite *saturnine*.

Il nous semble qu'un médecin habile qui verrait beaucoup de ces ouvriers aurait bientôt saisi ces prodromes de la maladie et pourrait facilement arrêter le mal avant son développement; c'est ce que l'on fait à Lille chez M. Lefèvre. A peine les ouvriers sont-ils indisposés qu'ils sont traités par le médecin, M. Degland; aussi n'a-t-on pas dans cette belle fabrique à déplorer, comme à Paris, soit la mort de malheureux ouvriers, soit la perte des longues journées qu'ils passent à l'hôpital en laissant leurs familles dans la misère.

(1) Il serait à désirer que l'administration proposât un prix spécial pour la personne qui indiquerait une manière de préparer le blanc de plomb inoffensive pour les ouvriers; l'attention n'est pas assez éveillée par le prix Montyon, qui pourrait être aussi décerné à l'auteur d'un mémoire sur ce sujet.

DIFFÉRENCES DANS LES MALADIES DITES COLIQUES SATURNINES ET DANS LEURS CAUSES.

Toutes les maladies traitées dans les hôpitaux sous le nom de coliques saturnines reconnaissent-elles les mêmes causes? Nous nous sommes souvent posé cette question et nous avons fait bien des recherches pour en obtenir la solution; voici ce que nous pensons à ce sujet :

I. Les maladies qui affectent les ouvriers cérusiers qui broient la céruse, ainsi que les ouvriers qui travaillent à la fabrication du minium, sont dues à ces préparations plombiques (1).

II. La maladie des ouvriers peintres peut, selon nous, pour ceux qui broient la céruse avant qu'elle soit humectée par l'huile, être due aux préparations plombiques, et pour les autres aux émanations des huiles essentielles employées en peinture. Ce qui nous porte à avancer cette opinion (que depuis cinq ans et plus nous émettons dans nos rapports au conseil de salubrité), ce sont les observations que nous avons faites sur les ouvriers peintres, observations qui nous avaient conduit à admettre l'idée que ceux qui n'emploient que de la céruse mêlée à de l'huile et qui touchent à peine ce mélange oléagineux qu'on étend au pinceau, ne devaient point leurs maladies à la petite quantité de ce mélange qui pourrait être en contact avec le tissu cutané, mais qu'ils la devaient à l'essence de térébenthine. Ces observations ont acquis une grande force : 1° par le décès du docteur Corsin qui succomba pour avoir couché dans un appartement nouvellement peint; 2° par les travaux de M. Lassaigne qui vit que l'air, dans une pièce nouvellement peinte, ne renferme pas de plomb; 3° par les notes adressées par M. Miahle à l'Académie royale de médecine, notes dans lesquelles ce praticien fait connaître les essais qu'il a faits (2) sur de l'air qui avait passé dans une boîte peinte à l'intérieur avec du blanc de plomb, de l'huile et de l'essence de térébenthine, et sur de l'air qui avait passé dans une boîte peinte avec de la céruse délayée dans de l'huile et sans essence.

Par suite de ces essais, M. Miahle vit :

1° Que l'air qui avait traversé la boîte peinte avec le blanc de plomb mêlé à l'huile et à l'essence, était, en raison de son odeur, susceptible de rendre malades ceux qui seraient forcés de le respirer : conduit dans un vase contenant de l'acide nitrique, il a fourni des traces de plomb, mais ces traces étaient des plus minimes; mille litres de cet air ainsi traité n'ont fourni qu'un milligramme de plomb;

2° Que l'air qui avait traversé la boîte peinte au blanc de plomb et à l'huile, sans essence, avait à peine de l'odeur : traité par l'acide nitrique, comme le précédent, il n'a pas fourni la moindre trace de plomb.

(1) Nous avons voulu, lorsque nous étions à étudier la question de savoir quels seraient les moyens de prévenir les accidents chez les ouvriers cérusiers, reconnaître si les maladies qui affectent ces ouvriers étaient différentes de celles dont sont atteints ceux qui préparent le minium; mais nous n'avons pu nous éclairer à ce sujet; les praticiens, les fabricants, les faits même ne se sont pas trouvés d'accord, de manière que c'est encore une question qui ne peut être résolue qu'après des études plus approfondies.

(2) Ces essais rappellent ceux de M. Lassaigne.

---

balancé en proclamant la nécessité de son usage. Soixante-deux livres de charbon lui en ayant fourni une de cendres, il conclut fort légitimement que la combustion a produit soixante et une livres de gaz. Voulant trouver la solution d'un problème important de physiologie végétale, celui des sources où les plantes puisent leur nourriture, il met dans un vase d'argile deux cents livres de terre séchée au four, et il y plante une tige de saule pesant cinq livres. Le végétal en pesait cent soixante-neuf et trois onces au bout de cinq ans. Or, comme le vase avait été enfoui dans le sol et recouvert de lames de fer étamées qui le garantissaient du contact de la poussière, comme il n'avait été arrosé qu'avec de l'eau de pluie ou de l'eau distillée, comme surtout la terre du vase, de nouveau desséchée à l'expiration des cinq années, n'avait presque rien perdu de son poids, il tire de ce fait la conséquence exacte, pour le temps où l'on ignorait complétement le rôle de l'air dans le phénomène de la végétation, savoir, que l'eau est le seul principe qui sert d'aliment aux plantes.

Van Helmont comptait de nombreux prédécesseurs dans l'étude de la chimie minérale; il venait après Geber, Arnauld de Villeneuve, Raymond Lulle et Paracelse; dans celle de la chimie organique, il n'avait ni maître ni modèle. Savants du dix-neuvième siècle, qui portez les lumières de l'analyse, non plus parmi les terrains si parcourus de l'anatomie des solides, mais dans le champ à peine défriché de l'examen des liquides qui font partie de l'organisme des êtres vivants, poursuivez vos importantes recherches, élargissez le domaine des investigations relatives à l'anatomie des humeurs, sans revendiquer l'initiative de ces précieuses études! Quelques-uns des résultats auxquels ont abouti vos expériences d'hier, le théosophe brabançon les obtenait déjà il y a plus de deux siècles. Il connaissait, par exemple, l'acidité du suc gastrique, qu'il découvrit en opérant sur l'estomac des oiseaux. Il n'ignorait pas la remarquable propriété de ce liquide animal, si bien démontrée par une foule d'habiles vivisecteurs, celle de dissoudre les corps les plus variés et les plus réfractaires à la désagrégation de leurs molécules; car il parle de certains oiseaux dont l'estomac vient à bout de digérer des fragments de verre. Il soupçonnait l'existence d'un élément essentiel que le foie est chargé d'extraire du fluide sanguin, la *biliverdine*, qu'il appelle *bile* pour la distinguer de l'ensemble des autres éléments de la sécrétion biliaire, auquel il donne le nom de *fiel*. C'est à ce principe colorant, si facilement absorbable, qu'il attribue la teinte jaune ou verte qui s'observe quelquefois dans l'urine, les matières fécales et la transpiration cutanée (1). Enfin il étudiait déjà avec beaucoup d'attention l'état du sang sorti des vaisseaux, et ses investigations n'étaient point bornées à quelques faits seulement, ainsi qu'on pourrait peut-être le croire, elles roulaient, comme il nous l'apprend lui-même dans son livre DE FEBRIBUS, sur des cas nombreux : Van Helmont avait examiné le fluide sanguin chez plus de deux cents villageois qui s'étaient soumis à des saignées dites de précaution.

Mais ne croyez pas que tant de matériaux aient à ses yeux la valeur d'une lettre close, qu'ils restent dépourvus de toute espèce d'application à la science qui s'occupe de déchiffrer les énigmes de l'organisation animale; la chimie joue un vaste rôle dans le système physiologique construit par Van Helmont, elle en illumine bien des côtés, elle en résout bien des problèmes; toutefois elle n'y sort pas du rang qui lui est assigné par sa nature, elle y règne sous certaines cor-

(1) SCHOLAR. HUMORISTARUM PASSIVA DECEPTIO, p. 821.

De ces recherches, M. Miahle a conclu, comme l'avait fait M. Lassaigne (et nous partageons l'opinion émise par ces savants) :

1° Que les accidents qu'on observe chez certains ouvriers, sont dus à l'absorption d'une certaine quantité d'essence, absorption qui est nuisible à la santé et qui, portée à un certain degré, détermine l'asphyxie;

2° Que tel est certainement le mode d'action des peintures aux essences, que ces peintures soient ou non à base d'un composé plombique;

3° Que l'affection qui se développe, alors que l'on en respire les vapeurs méphitiques, n'a rien de commun avec les *véritables coliques saturnines;*

4° Que de pareilles émanations peuvent, il est vrai, constituer une des causes efficientes de cette dernière maladie, mais que jamais elles n'en constituent la cause occasionnelle.

A l'appui de l'opinion qui nous est commune avec M. Miahle, nous citerons celle de M. Royer-Collard qui a établi que les effets physiologiques du plomb sont on ne peut plus mal connus; qu'on les a confondus avec beaucoup de cas dans lesquels le plomb n'agissait pas seul, ou dans lesquels même il n'était pas la cause du mal.

Un fait qui vient encore appuyer l'opinion que nous avançons, a été consigné dans le JOURNAL DE CHIMIE, année 1843, page 347. Ce fait démontre que M. Journiel, pharmacien, à Melun (Seine-et-Marne), alors élève en pharmacie, fut très-fortement indisposé pour avoir couché dans une chambre dont le papier avait été recouvert d'une couche de colle de pâte, puis d'une couche d'un vernis à l'alcool, allongé d'essence de térébenthine; là il n'y avait pas de plomb.

III. Les maladies qui affectent les ouvriers qui travaillent les métaux, *les ouvriers potiers de terre*, *les fondeurs*, *les doreurs*, *les polisseurs*, *les verriers*, *les vernisseurs*, *les bijoutiers*, *les émailleurs*, *les ciseleurs*, *les tourneurs*, *les lapidaires*, peuvent être dues, dans quelques cas, aux poussières plombiques, mais dans d'autres, elles peuvent être attribuées aux poussières contenant du cuivre, du mercure, de l'arsenic. Nous placerons encore, parmi ces ouvriers, les *broyeurs de couleurs* qui s'occupent de la pulvérisation du vert-de-gris pour obtenir la couleur verte.

Cette opinion doit, nous le pensons, fixer l'attention des médecins des hôpitaux : ils pourraient élucider la question en interrogeant longuement les malades atteints de coliques métalliques. Ce qui me porte à émettre cette opinion, c'est que nous avons vu des personnes qui avaient été exposées à des émanations mercurielles, antimoniales et arsenicales, ressentir tous les symptômes qu'éprouvent les ouvriers cérusiers, et particulièrement la rétraction de l'abdomen et la constipation.

Relativement aux coliques dues aux poussières cuivriques, nous avons été à même d'observer que des cas de maladie, mais en petit nombre, s'étaient déclarés sur des ouvriers qui travaillent le cuivre, et qui ont été reçus dans les hôpitaux.

On sait que M. Merat a établi que le cuivre donne lieu à des coliques métalliques, et qu'on peut les combattre par le traitement de la Charité (traitement usité pour les coliques saturnines). N'est-on pas en droit de se demander si ces coliques de cuivre n'ont pas été souvent prises pour des coliques de plomb, les malades ayant négligé de faire connaître aux médecins les professions qu'ils exercent et les conditions dans lesquelles ils ont contracté la maladie contre laquelle ils viennent implorer les secours de l'art!

Ce qui nous semble encore prouver que la colique de cuivre a pu être confondue souvent avec la colique saturnine, c'est l'opinion émise par M. Pidoye, docteur en médecine à Villedieu les Poêles (Manche), localité où 311 ouvriers s'occupent de travailler le cuivre en grand (ANNALES D'HYGIÈNE, t. XXX, p. 260). Ce savant s'exprime ainsi dans une lettre qu'il nous a adressée en réponse à des questions que nous lui avions posées relativement à la santé des ouvriers qui travaillent le cuivre :

« Cette colique (la colique de cuivre) a dans sa marche, ses symptômes, sa durée, sa terminaison, son traitement, une complète identité avec la colique de plomb. C'est à tort que les auteurs qui ont écrit sur cette maladie signalent le dévoiement dans la colique cuivreuse comme un symptôme caractéristique et différentiel de la colique saturnine, etc. »

N'en serait-il pas pour la colique causée par d'autres métaux, de même que pour la colique de cuivre? A-t-on étudié jusqu'ici avec assez de soin les symptômes des coliques dues au mercure, à l'antimoine, à l'arsenic?

IV. Les maladies qui affectent les ouvriers qui se rattachent aux travaux de l'imprimerie méritent d'être le sujet d'un examen attentif, parce que rien n'affirme que ces maladies soient dues au plomb ou à l'antimoine. Nous avons su, d'hommes pratiques, que des chats, vivant depuis longtemps dans les imprimeries, avaient tout à coup succombé pour avoir bu, comme ils le faisaient ordinairement, de l'eau dans laquelle on avait mis des caractères à tremper.

Ce qui vient à l'appui de cette opinion (1), ce sont les observations qu'on a faites sur les *polisseuses en caractères d'imprimerie.* On a vu de ces femmes travailler, pendant longtemps et sans accidents, à polir les caractères qui provenaient de la même fonte; mais un autre mélange, une autre *fonte* ayant été préparés, elles tombaient malades. Pourquoi, si l'on ne fait pas intervenir un troisième métal comme cause exceptionnelle, *un travail semblable, sur des alliages semblables, produirait-il des effets différents?*

Ces faits relatifs aux polisseuses nous ont été fournis par un contre-maître habile et expérimenté. Cet homme les avait vus se reproduire souvent et à des époques différentes pendant qu'il dirigeait les travaux d'un grand nombre de personnes s'occupant du polissage des caractères d'imprimerie.

Nous le répétons, une foule de faits ne pourront être éclaircis qu'en interrogeant et faisant causer les malades atteints de coliques métalliques qui se rendent dans les hôpitaux, et en leur demandant des détails sur les opérations qu'ils exécutent, les produits qu'ils emploient, les impressions qu'ils éprouvent, etc., etc.

De tout ce qui précède, il résulte pour nous :

1° Que, sous le nom de coliques métalliques, de coliques saturnines, on a confondu des maladies qui peuvent n'être pas dues au plomb ni à ses composés, mais à l'antimoine, au mercure, au cuivre, à l'arsenic, à l'essence de térébenthine, etc.;

2° Qu'il serait utile que l'attention des médecins fût fixée sur ces maladies, afin de rechercher s'il y a des caractères pathologiques à l'aide desquels on pourrait les différencier.

(1) M. Pelouse ayant fondu de l'antimoine arsenical dans un creuset et l'ayant projeté sur le sol, les élèves qui se trouvaient dans l'amphithéâtre et qui respirèrent de ces vapeurs furent tous pris de coliques.

---

ditions, avec le contre-poids d'un sage tempérament, en vassale, et non pas en despote.

A l'instar d'Hippocrate, de Galien et de Paracelse, Van Helmont admet une force active, spirituelle, intelligente, qui s'unit aux molécules essentiellement inertes de la matière, qui les pénètre, les altère, les vivifie, c'est-à-dire leur imprime le mouvement, l'ordre, la disposition, la figure. Cette force, à laquelle il conserve le nom d'*archée* que lui avait donné Paracelse, il l'associe à ses expériences et à ses théories chimiques, et, sur la combinaison de ces deux éléments, il fonde un système physiologique nouveau dans la science, ou tout au moins qui n'y avait point avant lui les proportions et les développements qu'il présente.

Cette *archée* active et intelligente, considérée dans ses rapports avec les diverses fonctions de l'économie animale, diffère à beaucoup d'égards et de l'*impetum faciens* d'Hippocrate et de la *forme* ou de l'*énergie* d'Aristote. Elle ne règne point, pour me servir d'une métaphore fréquemment employée par Van Helmont, sur des sujets paisibles, ignorants ou peu jaloux de leurs droits; ce n'est pas un monarque absolu à la parole duquel tout se tait et s'incline, petits et grands, esclaves et patriciens; c'est un roi féodal entouré de ses puissants barons, un seigneur suzerain qui exige le serment et les hommages de ses feudataires en laissant à ceux-ci plein pouvoir de disposer de toutes choses dans les limites de leurs domaines et de leurs donjons.

En effet, au-dessous de cette archée principale dont Van Helmont, toujours avec son langage pittoresque, nous montre le mouvement et le travail au sein du produit embryonnaire; qu'il nous représente visitant toutes les molécules de la liqueur fécondatrice, plaçant ici le cœur et là le cerveau, comme un industriel qui parcourt tous les coins de sa manufacture, en fixant là telle machine, ici telle autre; au-dessous, dis-je, de cette archée principale, il établit toute une hiérarchie d'archées subalternes, également actives et intelligentes, qu'il appelle *blas*. Ces principes secondaires, parfaitement distincts des forces physiques, accomplissent les fonctions des divers organes, comme autant de ministres dirigeraient les affaires de leurs départements dans une monarchie constitutionnelle dégagée de tout élément de fiction. C'est ainsi, par exemple, pour continuer ma comparaison, qu'un *blas* occupe le ministère de l'estomac, un autre celui de l'utérus. Libres de leurs actes, ces *blas* ont l'inconvénient de cet avantage, c'est-à-dire la responsabilité. L'archée supérieure, au contraire, est inviolable et sacrée; elle est couverte par ses ministres, elle règne, mais ne gouverne pas.

Les images, toujours poétiques et si souvent ingénieuses, à l'aide desquelles Van Helmont s'efforçait d'expliquer l'ensemble des lois qui président au mystère des phénomènes de la vie animale, sont loin de correspondre constamment à des idées exactes. Séduit par le côté brillant des questions, entraîné par le mirage des métaphores, cet auteur ne sait point s'arrêter à propos dans les limites de son spiritualisme; il abuse de cette théorie comme les anciens matérialistes abusaient de la leur. Pour ceux-ci, tout était force aveugle, mouvement spontané et nécessaire dans les corps; Van Helmont, au contraire, mutile le principe vital en multipliant, chez l'homme et chez les animaux, les êtres intelligents et libres, en voyant dans les causes qui effectuent les fonctions des organes autant de forces isolées et presque indépendantes de la force une et toujours identique qui préside au développement et à l'entretien des phénomènes de l'économie animale. Une seule force vitale est nécessaire pour expliquer chez eux tous

THÉRAPEUTIQUE.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME; par A. DEBENEY, D. M. P., à Paris.

(Suite. — Voir le numéro 1.)

II. PÉRIODE DE DÉVELOPPEMENT ET D'ÉTAT. — Après le développement plus ou moins complet de la blennorrhagie, l'avortement ou la suppression par une seule injection caustique, qui était la règle au début, devient le fait exceptionnel : c'est dire qu'il a lieu quelquefois. On peut partager les symptômes de cette période en trois catégories : blennorrhagie très-aiguë, blennorrhagie peu aiguë, et le degré intermédiaire. Mais il est plus exact de dire que l'inflammation peut présenter tous les degrés, depuis l'apparence chronique jusqu'aux caractères les plus prononcés de l'acuité. Dans tous les cas, je commence le traitement par les injections caustiques : leur action antiphlogistique a pour effet de ramener tous les degrés et toutes les formes de la blennorrhagie au même niveau, c'est-à-dire à l'écoulement indolent. Il y a donc ici deux choses : supprimer l'état aigu, et ensuite faire cesser l'écoulement. Or, la première indication est plus facile à remplir que la seconde; lorsque l'écoulement n'est pas supprimé en même temps que l'inflammation, et c'est le cas ordinaire, il faut ensuite des tentatives plus ou moins nombreuses pour le tarir définitivement, vu sa tendance à se reproduire. Je citerai, pour exemple de l'extinction des signes aigus de l'inflammation, la première observation où je recueillis ce résultat, et où il est parfaitement caractérisé.

OBS. V. — Dans une route où j'accompagnais un bataillon du 66ᵉ de ligne d'Orléans à Versailles, le sergent C... vint, au gîte d'Arpajon, me confier une blennorrhagie déclarée depuis cinq jours, et qui le faisait tellement souffrir qu'il sollicitait un billet d'hôpital. Le pénis était tuméfié, l'orifice du méat d'un rouge vif, l'écoulement abondant et verdâtre, la miction fort douloureuse. Injection, à une heure de relevée, dans la proportion de 60 centigr. d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau; douleur violente, mais qui ne tarde pas à diminuer; le soir, émission de quelques gouttes de sang; le lendemain, à cinq heures du matin, seize heures après l'injection, il n'y a plus aucun signe d'inflammation, et la miction est facile et sans douleur. L'écoulement persista blanc et moins épais; trois jours après, en l'absence de toute médication, et sous l'influence des fatigues d'une route faite par les plus grandes chaleurs de l'été (juillet 1840), l'irritation redevenait aiguë; mais nous étions arrivés à Versailles, où je quittai le corps, ce qui me fit perdre le sujet de vue.

Le fait toutefois était accompli de l'injection caustique pratiquée après le développement entier des symptômes inflammatoires, qui, loin d'exaspérer la phlegmasie, la supprime en peu d'heures, et produit ainsi un résultat plus prompt et plus complet que n'aurait pu le faire la plus abondante évacuation sanguine opérée, conformément à la règle commune, dans la région péritonéale.

Dans l'observation précédente, l'inflammation aiguë a été *jugulée;* mais les choses ne se passent pas ordinairement d'une manière aussi simple et aussi brève. Je vais mettre en regard une observation où la phlegmasie est plus opiniâtre. On remarquera que l'invasion était plus ancienne, et par conséquent l'état de la blennorrhagie mieux établi.

BLENNORRHAGIE INFLAMMATOIRE; QUINZE JOURS D'INVASION; QUATRE INJECTIONS CAUSTIQUES; ASTRINGENTS; VINGT-CINQ JOURS DE TRAITEMENT.

OBS. VI. — M. B..., employé aux bureaux de la marine, au Havre, 24 ans, tempérament sanguin modéré, a eu deux blennorrhagies antérieures qui ont duré, la première, quarante jours, la seconde, trois mois. Quinze jours d'invasion; écoulement abondant, tachant le linge en vert; gland rouge et tuméfié; érections très-douloureuses; insomnie; miction très-pénible et très-cuisante : c'est bien là la blennorrhagie mi-cordée. Le 3 mai 1844, au soir, injection dans la proportion d'un huitième. Le 4 au soir, diminution de la douleur; notez qu'il y a eu très-peu d'écoulement depuis le matin. Le 5, au soir, deuxième injection; symptômes immédiats complets; peu de souffrance au moment de l'injection... Le 7, diminution des deux symptômes, écoulement et douleur; érections moins pénibles; gland détuméfié; attendons. Le 9, troisième injection caustique. Le 10, peu de changements, ainsi que les trois jours suivants. Le 14, quatrième injection caustique. Le 16, il n'y a plus de douleur; l'écoulement persiste, peu abondant et plus clair. Le 18, injections avec une solution d'acétate de plomb, faible d'abord, puis de plus en plus concentrée. Le 22, même état; injections avec une solution mélangée d'acétate de plomb et de sulfate de zinc. Le 25, l'écoulement est plus faible; la matière en devient de plus en plus claire et comme visqueuse; injections avec une décoction de ratanhia et de tannin. Le 27, l'écoulement a cessé; injections suspendues; guérison confirmée.

Entre ces deux cas extrêmes, il y a beaucoup de degrés, de nuances intermédiaires qu'il est facile de se représenter. Il n'y a de variation que dans le nombre d'injections caustiques nécessaires pour réduire la blennorrhagie à l'état d'écoulement indolent. Il est des cas où l'écoulement se reproduit deux ou trois fois, toujours sans le cortége inflammatoire; il faut alors une nouvelle modification par l'injection caustique, de même que s'il résiste opiniâtre à l'action des astringents, ou si l'irritation se ranime sous leur influence ou par toute autre cause. L'effet abortif complet par une seule injection est possible encore à cette période; voici un exemple de ce résultat :

OBS. VII. — M. X..., officier, 42 ans, sanguin-bilieux, très-robuste, quatre blennorrhagies antérieures, avait depuis cinq semaines une blennorrhagie pour laquelle il n'avait suivi aucun traitement, ne retranchant rien à son régime habituel assez excitant, et ne s'abstenant point du coït. Elle était sur son déclin, lorsque tout à coup, à la suite d'une nouvelle infection sans doute, il y eut une recrudescence. Après sept jours d'un écoulement extrêmement abondant, injection à la dose de 70 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau; érections douloureuses pendant la nuit; suppuration plus abondante encore et épaisse; le lendemain, à cinq heures du soir, l'écoulement est beaucoup moindre; il s'arrête dans la nuit suivante pour ne pas reparaître.

Lorsque la blennorrhagie, à sa période d'état, présente peu ou pas de signes d'acuité, le cas rentre dans celui de la blennorrhagie chronique. On débute par l'injection caustique, répétée jusqu'à ce que la muqueuse soit suffisamment modifiée, ce qui se reconnaît à la diminution de l'écoulement et au changement de nature de la matière sécrétée, et on passe aux astringents.

En somme, lorsque la blennorrhagie a passé la période de début, les effets de l'inflammation substitutive produite par le lavage caustique ne sont plus en général aussi constants, c'est-à-dire aussi vite et aussi facilement obtenus, mais on les obtient toujours, et on empêche la blennorrhagie de passer à l'état chronique.

---

les actes variés de leurs éléments divers, parce que ces actes concourent à un but unique, parce qu'il y a coordination de leurs mouvements vers une seule et même fin. Sans doute, la cause qui préside à la formation de la bile dans le foie, par exemple, diffère de la cause qui sollicite dans le rein la sécrétion de l'urine; mais ces propriétés vitales, variables suivant les tissus, modifiées selon les organes, sont identiques au fond, ainsi que le voulait Bordeu, et après lui Bichat; elles dérivent toutes d'un seul agent primordial, le principe mystérieux de la vie, comme dans le mécanisme d'une horloge les mouvements spéciaux accomplis par les divers rouages émanent tous d'un seul et unique mobile, la loi de l'attraction. D'ailleurs, en admettant autant de *blas intelligents* qu'il y a de propriétés vitales inhérentes aux diverses portions du système organique, Van Helmont cédait à un raisonnement contradictoire, acceptait des principes incompatibles avec le fait de son archée souveraine. L'intelligence, dans une force quelconque, implique l'idée de la liberté. Or, si les archées subalternes, au lieu d'être des esclaves dociles, sont des agents auxquels on accorde tant soit peu d'indépendance, que devient la souveraineté de l'archée principale? Une fiction, un vain titre, un pouvoir abstrait et nominal.

Relativement au rôle que joue l'*animisme* en physiologie, Van Helmont tombait donc dans l'excès contraire à celui où Stahl devait tomber plus tard. Celui-ci, à force de considérer le vitalisme comme un principe absolu et indivisible, confondait entre eux des phénomènes de nature tout à fait différente, tandis que le premier nuisait singulièrement à la simplicité de la science en multipliant les agents dynamiques pour ainsi dire à l'infini. Toutefois, le système de Stahl était moins en harmonie avec la vérité, moins conforme à l'esprit du progrès que la doctrine de son prédécesseur. Longtemps avant que le chef de l'école dynamique rapportât, par exemple, la cause de tous les mouvements qui ont lieu chez les animaux à une seule et même force, celle de l'âme agissant tantôt avec une conscience pleine et entière, tantôt procédant d'une façon obscure et latente, Van Helmont posait le germe d'une des grandes lois physiologiques définitivement constituées par le génie de Bichat. Il admettait deux ordres dans ces actes, des mouvements irréfléchis et des mouvements volontaires, et une force spéciale présidant à chacun de ces ordres : *Duplex blas in nobis, unum nempe quod naturali motu, alterum verò voluntarium quod per internum velle, sibi motor existit.* De ce dualisme à celui des *contractilités*, la distance, comme on voit, est tout à fait imperceptible. Une autre de ces grandes lois physiologiques, celle de la *sensibilité organique*, n'échappait point non plus au coup d'œil rapide et perçant de Van Helmont. Il est impossible de méconnaître les linéaments de cette découverte quand cet auteur parle des fonctions du pylore, cet organe qui, selon lui, est doué d'un blas intelligent, *potestas monarchalis;* qui peut, à son gré, ouvrir ou fermer sa porte aux aliments, d'où le surnom de *concierge* de l'estomac, qu'il lui donne; et qui, d'une autre part, jouit d'une activité indépendante, qui ne relève que de lui-même, qui n'est nullement subordonné au commandement de la volonté. MICHÉA.

(*La suite et fin prochainement.*)

III. Chronicité. — La période chronique s'entend en général de l'ancienneté de la maladie, depuis quarante jours jusqu'à plusieurs années; elle présente des états différents; quelquefois la douleur persiste fort longtemps à des degrés divers, plus ou moins obscurs; ordinairement l'écoulement en forme le seul caractère, écoulement véritable ou réduit à l'état de suintement, de goutte: c'est la *goutte militaire*, qui ne se manifeste que le matin, et quelquefois seulement lorsqu'on va la chercher par la pression des doigts dans la profondeur du canal; c'est la blennorrhée, dont l'opiniâtre ténacité désespère les malades et déjoue toutes les médications, et qui a fait éclater au plus haut degré la puissance médicatrice des injections caustiques.

Plusieurs circonstances, il est facile de le concevoir, font varier le traitement et ses résultats. En thèse générale, plus une blennorrhée est ancienne, plus elle est opiniâtre et rebelle aux médications, toutes choses égales d'ailleurs. Il est évident, en effet, que plus le travail morbide de la phlogose aura duré, plus ses résultats seront considérables, plus l'altération des tissus sera profonde, et, par conséquent, plus la modification thérapeutique sera difficile à accomplir. M. Serre, qui me reproche d'avoir exagéré l'importance de cette donnée pour déterminer l'efficacité relative du traitement suivant les cas, a parfaitement admis lui-même la manière de voir que je viens d'exprimer; car il dit: « Quand l'écoulement est ancien, alors que des modifications dynamiques et anatomiques sont déjà survenues dans la muqueuse urétrale, les injections réussissent beaucoup moins, toutes choses égales d'ailleurs, que dans les écoulements récents (1). »

Toutefois, cette mesure de l'altération des tissus par la durée de la maladie ne saurait être prise d'une manière absolue; à durée égale, l'altération peut être plus ou moins profonde: cela dépend de l'activité du travail pathologique et de l'intensité primitive de la phlegmasie. La modification à opérer, pour guérir la blennorrhagie chronique, est donc proportionnée au degré de l'altération de la muqueuse, produite concurremment par la gravité intrinsèque de la maladie et par la durée du travail de la phlogose; et, dans ce concours d'action, le résultat de la durée du travail morbide est nécessairement subordonné à la gravité de l'affection. Il y a loin, en effet, d'une simple habitude vicieuse de sécrétion à l'altération anatomique. Cela explique comment, parmi des blennorrhagies également anciennes, les unes cèdent à une ou deux injections caustiques, tandis que d'autres en exigent un bien plus grand nombre.

Je vais rapporter quelques observations propres à représenter les variétés du traitement dans cette période.

Blennorrhagie de quinze mois; deux injections caustiques; astringents; dix jours de traitement.

Obs. VIII. — Bl..., commis, 27 ans, lymphatique; blennorrhagie de quinze mois, peu aiguë à son origine; plusieurs traitements ont été suivis sans résultat; écoulement peu abondant d'ordinaire, augmentant à la suite des écarts de régime, et s'accompagnant alors d'un peu de douleur dans la miction. Le 2 juillet 1845, injection d'une solution d'azotate d'argent dans la proportion d'un trentième; peu de douleur; phénomènes immédiats tout à fait terminés le 3; peu de changement. Le 4, deuxième injection, à la dose d'un gramme et demi pour 30 grammes d'eau. Le 6, suintement séro-muqueux; injections avec l'acétate de plomb pendant quatre jours. Le 10, injections avec une solution de sulfate de zinc. Le 12, le canal est sec; plus d'injections. Guérison confirmée.

Blennorrhagie de dix mois; deux injections caustiques; guérison.

Obs. IX. — M. P..., courtier de commerce au Havre, 39 ans, robuste, sanguin-nerveux, a contracté, il y a dix mois, une blennorrhagie d'une acuité moyenne qu'il a laissé couler, suivant les conseils de son médecin, espérant en être quitte, comme dans deux cas antérieurs, pour trente à quarante jours de régime et de tisanes; mais point: l'écoulement a persisté avec un peu de douleur pendant les premiers mois. A trois mois, premier traitement: deux applications de sangsues au périnée, quinze chaque fois; capsule de copahu (Mothès); injections avec la décoction de roses, le vin, puis le sulfate de zinc, puis la décoction de ratanhia; deux mois de traitement. Résultat: la douleur a cessé; l'écoulement persiste, moins abondant. Un mois sans rien faire. — Second traitement d'après la consultation d'un spécialiste de Paris: injection d'azotate d'argent à faible dose, élevée successivement d'un à 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau; cubèbe; bougie médicamenteuse passée dans le canal; injections saturnines; bains de mer; deux mois et demi de traitement. Résultat: la goutte paraît toujours très-sensible le matin, et sensible dans le jour quand on va la chercher au moyen de la pression sous la racine de la verge. M. P... vient me consulter; il y a six semaines qu'il n'a rien fait, et, comme il est très-nerveux, il est affecté de son état et demande à tout prix à le faire cesser. Il a, en outre, des envies plus fréquentes d'uriner qu'avant sa maladie, et le jet d'urine lui semble diminué. Il me paraît clair que la muqueuse de la région prostatique est le siége de la phlogose et fournit la goutte; les envies plus fréquentes d'uriner accusent de l'irritation au col de la vessie; la tuméfaction de la muqueuse explique suffisamment la diminution du jet de l'urine, qui n'est point déformé. Le cathétérisme ne fait reconnaître aucun obstacle saillant. L'indication est d'aller modifier la muqueuse dans la région où elle est atteinte et d'étendre l'action du modificateur au col de la vessie. Le 7 août 1844, je fais une injection caustique dans la proportion d'un trentième; le liquide introduit dans l'urètre, je le fais progresser par la pression des doigts jusqu'à la racine de la verge; phénomènes consécutifs ordinaires et terminés le 8. Le 9, au matin, la goutte persiste. Le 10, deuxième injection à la dose d'un gramme et demi de sel d'argent pour 30 grammes d'eau. Le 12, au matin, il n'y a plus de goutte; elle n'a pas reparu, et la guérison s'est confirmée.

Blennorrhée de huit ans; quatre injections caustiques; guérison.

Obs. X. — M. R..., commerçant, 36 ans, sanguin-nerveux, a eu, de vingt à vingt-sept ans, plusieurs blennorrhagies diversement traitées, et qui toutes ont été guéries en un, deux, trois mois; à vingt-huit ans, nouvelle blennorrhagie très-inflammatoire, combattue par un traitement actif: application de vingt, puis de douze sangsues au périnée; copahu; diverses injections astringentes; elle persiste à l'état chronique, et M. R..., fatigué de deux mois et demi de médications infructueuses, abandonne sa maladie à elle-même, et reprend son genre de vie peu régulier. L'écoulement, peu abondant, augmente après le coït, après les excès de table, et s'accompagne alors de cuisson dans la miction, puis retombe à son état ordinaire. Trois fois la blennorrhagie est revenue à l'état chronique, ce que l'on a attribué à de nouvelles infections, en 1837, 1838 et 1841; à chacun de ces retours, nouveau traitement sous la direction d'un médecin, infructueux et abandonné au bout de deux ou trois mois; dans le dernier traitement, les injections d'azotate d'argent à faible dose ont été employées sans autre résultat qu'une constante surexcitation. M. R... est resté quinze mois sans rien faire; puis, ayant formé des projets de mariage, il a recommencé à se faire traiter; depuis sept mois il a parcouru une longue série de médications avec une constance rare. Un praticien qui a vu dans la ténacité de cette blennorrhée un indice certain de l'infection syphilitique, a administré successivement le traitement mercuriel et l'iodure de potassium; des quantités considérables de copahu et de cubèbe ont été ingérées, au grand détriment des organes digestifs, dont les fonctions sont fort altérées. Aucun moyen n'a été omis, les bains froids, les injections astringentes de toutes sortes, et puis enfin les vésicatoires, dont deux aux cuisses et un à la verge. J'oubliais les sulfureux à l'intérieur et en bains, sous l'influence, sans doute, d'une préoccupation dartreuse. Alors M. R... vient à Paris pour ses affaires, et le hasard me le fait rencontrer. Etat général de grande débilité; écoulement modéré, sans douleur, épais et jaunâtre, très-marqué sur le linge; envies très-fréquentes d'uriner. Je constate, au moyen du cathétérisme, qu'il n'y a pas de rétrécissement. Le 8 septembre 1843, injection d'azotate d'argent à la dose d'un trentième, porté avec soin dans la profondeur de l'urètre et jusque dans la vessie; douleur et phénomènes immédiats peu prononcés. Le 10, pas de changement appréciable; deuxième injection, dans la proportion d'un gramme et demi; phénomènes consécutifs plus marqués et dissipés le 11. Le 12, la matière de l'écoulement devient plus blanche et moins épaisse, et le besoin d'uriner moins fréquent: troisième injection à la dose de 2 grammes; phénomènes consécutifs bien établis. Le 15, l'écoulement est réduit au suintement, et la matière en est notablement plus claire; deux jours d'attente. Le 17, quatrième injection dans la même proportion. Le 19, léger suintement séreux; injections avec l'eau froide. Le 25, le suintement a cessé, et le canal est parfaitement sec. J'engage M. R... à s'abstenir pendant quelque temps de boissons excitantes, et à se maintenir à un régime tonique modéré. Je l'ai revu deux ans et demi après, marié et père; la guérison ne s'était pas démentie.

Le cas suivant présente les limites extrêmes auxquelles j'ai porté le nombre des injections caustiques.

Obs. XI. — B..., caporal, 26 ans, entre le 2 décembre 1845 à l'hôpital du Havre, pour une blennorrhagie contractée à Paris dans les premiers jours de novembre, et qui s'est compliquée d'épidydimite pendant la route. Après cinq mois et demi de traitement par les délayants, les sudorifiques, les balsamiques et les injections astringentes, il sort le 15 mai avec un écoulement abondant accompagné d'une faible douleur. Du 15 mai au 9 juin, douze injections dans une proportion d'azotate d'argent, portée progressivement d'un à deux grammes pour 30 grammes d'eau. A cette époque, la matière de l'écoulement est modifiée enfin, et n'offre plus qu'un suintement séreux. Injections pendant douze jours avec l'eau blanche, puis le sulfate de zinc, puis les décoctions de tannin et de ratanhia mélangées. Le 22 juin, tout suintement a cessé; on quitte les injections. Guérison confirmée.

Il y avait à noter chez ce sujet un état fongueux très-marqué de la muqueuse urétrale. Cet état était-il préexistant à la blennorhagie, ou s'est-il développé sous l'influence de la phlogose chronique? Dans le premier cas, l'action répétée de l'azotate d'argent pouvait seule guérir; dans le second, au contraire, deux ou trois injections caustiques auraient prévenu le travail morbide.

Dans l'état chronique, on rencontre encore l'effet abortif, quoique plus rare.

Obs. XII. — Pr..., commis, 32 ans; nerveux-lymphatique; trois blennorrhagies antérieures ayant duré d'un à trois mois. Il a contracté, il y a sept mois, une blennorrhagie traitée par les évacuations sanguines locales, puis par le copahu et les astringents à l'intérieur et en injections. Ecoulement peu abondant,

(1) Gazette Médicale, t. XIII, n° 39, p. 611.

douleur nulle. Le 7 avril, injection caustique (proportion d'un trentième) conduite avec soin dans la profondeur du canal ; phénomènes consécutifs ordinaires; l'écoulement cesse dans la nuit du 8 au 9. Guérison confirmée.

Il ne sera pas sans intérêt de relater dans ce paragraphe un exemple de l'effet produit par l'injection caustique sur la *blennorrhagie sèche*, c'est-à-dire l'irritation de la muqueuse sans écoulement et caractérisée par le seul phénomène de la douleur.

Obs. XIII. — M. B..., officier, avait été soumis, pour une blennorrhagie chronique, au traitement suivant la méthode des injections d'azotate d'argent à faible dose. Ces injections, tout en supprimant l'écoulement, avaient laissé dans la muqueuse une exagération morbide de la sensibilité très-prononcée, et qui se traduisait par de vives douleurs spontanées et par une souffrance aiguë dans la miction. Injection à la dose de 70 centigr. d'azotate d'argent; phénomènes immédiats comme à l'ordinaire. Trois jours après il n'y a plus aucune sensation anormale dans l'urètre, et la miction a lieu avec une parfaite aisance.

On peut représenter d'une manière générale l'effet de l'injection caustique aux diverses périodes de la blennorrhagie, en disant qu'au début elle agit comme abortive; dans la période inflammatoire, comme substitutive, et dans la période chronique, comme modificatrice.

IV. Règles de la pratique. — Il faut tracer les limites au nombre des injections caustiques à employer dans un traitement, pour prévenir l'excès et l'abus dans lesquels sont tombés quelques praticiens. Le principe qui doit diriger, c'est que l'injection caustique a pour but de modifier la vitalité de la muqueuse malade. Cet effet produit, l'emploi de l'azotate d'argent plus longtemps continué est au moins inutile, si même il ne peut devenir nuisible. La modification est accomplie lorsque tout signe aigu de l'inflammation est supprimé, et lorsque l'écoulement est diminué de quantité et que sa matière a changé de nature, c'est-à-dire lorsque d'épaisse et blanche, ou jaune, ou verdâtre qu'elle était, elle est devenue plus fluide, plus transparente, en un mot séro-muqueuse. Je répète donc l'injection caustique jusqu'à modification produite; alors, pour supprimer l'écoulement ou le suintement, dans les cas où ils persistent, j'ai recours aux injections astringentes. Il y a lieu de revenir à l'azotate d'argent dans trois cas : 1° lorsque l'écoulement offre une trop longue résistance aux astringents; 2° lorsque l'irritation se ranime sous leur action ou par une autre cause; 3° lorsque l'écoulement se reproduit après avoir été supprimé. Quant à l'intervalle à mettre entre deux injections caustiques, il doit être suffisant pour permettre d'apprécier l'effet produit par la première injection; il est de vingt-quatre à quarante-huit heures, et par exception de trois à quatre jours. Cette règle paraît bien naturelle; aussi l'on aura de la peine à croire qu'il se soit trouvé des praticiens assez bien disposés pour faire pendant plusieurs jours de suite deux injections caustiques par jour dans le même urètre. Ces médecins se sont prononcés au nom de leur expérience contre le traitement par les injections d'azotate d'argent à haute dose. Une expérimentation semblable peut bien conclure contre la pratique de ses auteurs, mais non point à coup sûr contre la médication que j'expose ici.

Il est aussi quelques règles utiles à suivre dans l'administration des injections astringentes. J'ai reconnu qu'il était convenable de ne pas employer longtemps la même solution astringente, parce qu'alors elle devient sans vertu sur la sensibilité des tissus qui se sont habitués à son contact; j'ai donc pris pour loi de varier les astringents de trois en trois jours, et de faire succéder l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le ratanhia, le tannin, etc. On remarquera que je n'ai point fixé la dose des solutions astringentes; il est important, pour agir d'une manière sûre, de la varier au point de départ de manière à l'adapter à la sensibilité de chaque individu, et à ne produire que juste l'effet astringent; or ce n'est que sur le malade lui-même que l'on peut prendre cette mesure; puis on augmente chaque jour, par une gradation ménagée, la proportion première. Dès que l'écoulement cesse, il faut éloigner les injections, ainsi que l'a recommandé M. Ricord; car il y a danger en les continuant de reproduire de l'irritation et de ramener l'écoulement. Il est bon même de les suspendre de temps en temps; on voit souvent alors le suintement s'arrêter le lendemain.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

VIII. GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros de juillet, août, septembre et octobre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Gastro-entérite aiguë, congestion cérébro-spinale; convalescence le onzième jour; au bout de quelques jours, forte contention, encéphalite périphérique avec délire, guérison en neuf jours et rétablissement parfait le quarantième*; observation par M. Cabini. 2° *Cas de gangrène pulmonaire*; par M. Rizzi. 3° *Compte rendu clinique comprenant l'année 1844*; par M. Prandina. 4° *Compte rendu des maladies traitées en 1845 dans la salle St-Jacques de l'hôpital majeur de Milan*; par le même. 5° *Un mot sur les crétins de la vallée d'Aoste*; par M. Dubini. 6° *Histoire de deux cas d'anasarque entretenus par hydroémie*; par M. Frua. 7° *Sur un fongus du mésentère simulant une hypertrophie de la rate*; par M. Beretta. 8° *Cas de chorée guérie au moyen du sulfate de quinine*; par MM. Tarchini et Pogliaghi. 9° *Fièvre typhoïde des ontologistes à forme d'abord frénétique, puis de stupeur, ou bien gastro-entérite aiguë avec miliaire; cas grave; des saignées d'abord, puis de la glace sur la tête amenèrent la convalescence au bout de dix-sept jours de maladie*; par M. Casorati. 10° *Mémoire sur l'acupuncture*; par M. Grossi. (L'auteur a employé, sur près de 100 malades affectés de névralgie, l'acupuncture simple; les deux tiers environ ont été guéris.) 11° *Cas de grossesse anormale extra-utérine*; par M. Grossi. 12° *Sur la cure des rétrécissements organiques de l'urètre au moyen de l'incision méthodique, etc.*; par M. Pétrequin. (Traduction du mémoire lu par M. Pétrequin au congrès de Milan en 1844, et dont la Gazette médicale a reproduit les principales idées dans son compte rendu (V. déc. 1844) des travaux de ce congrès.) 13° *Sur la pellagre considérée comme étant principalement l'effet de l'usage du blé de Turquie*; par M. Rizzi. 14° *Tumeur sanguine dans la région sus-orbitaire gauche; autre tumeur semblable à la partie supérieure du sternum; carie des os sur lesquels appuyaient ces deux tumeurs; mort à la suite d'une broncho-pneumonie présumée*; par M. Barbieri. 15° *De l'usage de l'acétate de morphine dans les maladies de poitrine*; par M. Zanetti. 16° *Tétanos traumatique à la suite d'une plaie déchirée contuse du pied développée quinze jours après le moment de la blessure et alors que celle-ci était complétement cicatrisée; guérison*; par M. Viani. (Le traitement consista en saignées, sangsues, opium à l'intérieur, frictions ammoniacales sur les parties contracturées). 17° *Sur la pellagre*; par M. Tarozzi. (Les rudes travaux, la misère et l'insolation sont les principales causes déterminantes de cette maladie.) 18° *Perforation de l'estomac*; par M. Senna. (Le malade avait une gastrite chronique; les symptômes de perforation survinrent brusquement sans cause appréciable, et causèrent la mort en vingt-quatre heures. A l'autopsie on trouva, vers le fond de l'estomac, à un pouce du pylore, un trou arrondi capable d'admettre le bout du doigt. A côté et dans la cavité de l'estomac, il y avait un noyau du fruit du cornouiller.) 19° *Nouvelle opération pour la guérison des fistules à l'anus borgnes internes*; par M. Senna. 20° *Piqûre du nerf médian pendant une saignée*; par le même. 21° *Pleurésie terminée par empyème; thoracenthèse; guérison parfaite. Toux férine, pneumonie chronique, empyème à gauche, thoracentèse répétée deux fois en un mois; guérison imparfaite*; deux observations par M. Pogliani. (Après l'incision faite avec le bistouri, il maintint la plaie entr'ouverte avec une petite tente de charpie, de façon que le liquide pût s'écouler peu à peu.) 22° *Extrait de la statistique des maladies traitées à l'infirmerie des femmes des hôpitaux civils de Brescia*; par M. Girelli; publié par M. Mottini. 23° *Fistule urétro-périnéale guérie par le cathétérisme forcé*; par M. Senna. (Il existait un rétrécissement très-serré de l'urètre par lequel la fistule était entretenue.) 24° *Résection d'un morceau du tibia long de près de 2 pouces*; par le même. (Cette opération fut faite pour permettre la réduction d'une fracture compliquée de plaie avec chevauchement des fragments.) 25° *Des rapports anatomiques positifs qui existent entre le réseau sanguin des viscères et celui de la surface extérieure du corps, et qu'il importe le plus de connaître pour pratiquer les émissions sanguines locales*; par M. Casorati.

Un mot sur les crétins de la vallée d'Aoste; par M. Dubini.

Ce n'est point un traité complet du crétinisme qu'a voulu faire M. Dubini. Comme le titre de son travail l'indique, ce sont seulement quelques documents qu'il a réunis sur cette maladie; mais ces renseignements ont été recueillis par lui dans le pays même : ils résultent de ses observations directes, de ses conversations avec les médecins de la localité. Il y a bien là, sans doute, de quoi faire excuser l'absence de plan et de coordination entre eux.

L'opinion générale, chez les médecins d'Aoste, est que les scrofules et le crétinisme sont deux affections tout à fait distinctes. Il ne faut pas penser pour cela que les crétins soient exempts de la maladie scrofuleuse; mais cependant, même dans ce cas, ils ne présentent pas ordinairement autour du cou ces engorgements glandulaires énormes qui, chez les autres scrofuleux, constituent une difformité si fréquente et si hideuse.

Les praticiens, même les plus habitués, ne peuvent pas toujours recon-

naître, en examinant un nouveau-né, s'il est ou s'il sera crétin. Un enfant vient au monde vif et bien développé; son apparence, la finesse des traits, les proportions de la tête, l'activité des mouvements musculaires, annoncent une constitution saine et vigoureuse... Si on le revoit quelques mois ou quelques années plus tard, on le retrouve hébété et sans parole; le développement des membres n'est plus en rapport avec l'âge; la tête, comme enchâssée dans un goître volumineux, prédomine déjà sur les membres grêles et flasques, et la face ressemble à celle d'un vieillard devenu stupide par les progrès de la décrépitude.

Chez les crétins, le crâne est en général très-grand, mais mal conformé, tant dans son apparence extérieure que dans ses diverses dimensions ou dans l'inclinaison des plans de la base; M. Dubini a pu constater, sur un de ces malheureux, le défaut de cette série d'organes cérébraux qui sont placés transversalement au-dessus de l'arcade sourciliaire; il présentait aussi un développement peu commun de l'organe de la vénération. Cependant, parmi un grand nombre de crétins, on en trouve quelques-uns dont le crâne est bien conformé.

Quant à l'hérédité de cette maladie, dit l'auteur, peu de faits la démontrent clairement, et d'autres l'infirment de la manière la plus formelle. On attribue souvent à la transmission héréditaire ce qui tient aux influences endémiques. Plusieurs fois le médecin a été à même de vérifier le cas de parents crétins qui ont eu des enfants sains dès qu'ils ont été habiter des localités dont les conditions atmosphériques étaient meilleures. Par contre, on observe des exemples où les causes et les effets sont diamétralement inverses. Ainsi, il y a quelques années, deux époux piémontais, le mari et la femme tous deux d'un esprit très-vif, étant venus demeurer dans une chaumière basse située au fond d'une vallée d'Aoste, et où l'air est stagnant, y procréèrent des enfants crétins.

Un militaire, marié avec une femme bien portante, habitait Cormajor; il y avait eu une nombreuse famille de bonne santé et de bonne constitution. Étant venu se fixer près d'Aoste, il y engendra des enfants crétins.

On a inculpé la qualité de l'eau comme cause du crétinisme; mais l'analyse chimique a prouvé que l'excès de carbonate calcaire qu'on trouve dans les sources d'Aoste existe aussi dans celles de Cormajor, où le crétinisme est cependant inconnu.

Il paraît qu'à Aoste, l'air non renouvelé de ces profondes vallées, où il était jadis retenu encore par beaucoup d'arcs de triomphe antiques et par des forêts élevées, a contribué à fomenter le germe de cette infirmité endémique. Du moins il est digne de remarque que le crétinisme semble diminuer depuis quelques années, en même temps que le déboisement et la démolition de quelques-uns de ces anciens monuments a rendu aux courants atmosphériques leur libre circulation. Du reste, cette opinion sur les causes du crétinisme est celle des médecins du pays.

CAS DE GROSSESSE ANORMALE EXTRA-UTÉRINE; par M. GROSSI.

OBS. — Une femme âgée de 30 ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, et mariée depuis neuf ans, n'avait pas eu d'enfants. En octobre 1842, la menstruation, jusque-là très-régulière, se suspendit; elle eut des nausées, des vomissements, des appétits bizarres, et tous les autres signes rationnels de la grossesse, mais continua du reste à se bien porter. Le 10 février, M. Grossi l'ayant touchée, trouva le col extrêmement élevé; ses lèvres n'avaient pas la mollesse qu'il présente ordinairement pendant la gestation. Il reconnut distinctement les mouvements du fœtus en appliquant la main sur le ventre, mais il lui fut impossible de constater le ballottement.

Dans les premiers jours de juillet, le toucher fut réitéré : col utérin toujours très-haut et ne pouvant être atteint avec le doigt; les mouvements du fœtus étaient forts, les mamelles gonflées donnaient du lait. D'ailleurs, la santé persistait.

M. Grossi voyant cependant que les choses restaient toujours dans le même état, quoique quatorze mois fussent révolus depuis la première suppression des règles, eut l'idée qu'il pouvait y avoir une grossesse extra-utérine. En conséquence, il l'examina plus attentivement et de concert avec deux autres médecins. L'utérus était alors un peu abaissé et diminué de volume; le ventre avait 4 pieds 3 lignes de circonférence; de la symphyse du pubis au creux de l'estomac, la longueur était de 2 pieds 3 pouces. Au toucher, on trouva le col tuméfié et plus dur à son extrémité, laquelle offrait le volume d'un petit œuf de poule; il avait la même longueur que lors de la grossesse, et, loin d'être incliné en arrière, il occupait la moitié du bassin. Par le côté droit, on sentait l'utérus vide, et plein du côté gauche; en soulevant l'utérus du bout du doigt, on le trouvait léger; on ne put déterminer le ballottement; les mouvements du fœtus étaient répétés et assez forts pour repousser la main appliquée sur l'abdomen, et même la tête de l'observateur placée pour ausculter.

D'après ces symptômes, les consultants restèrent d'accord qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine abdominale; car si elle eût été tubaire ou ovarique, l'une ou l'autre de ses parties ne se prêtant qu'à un médiocre développement, l'avortement ou la mort du fœtus seraient bien certainement arrivés vers le septième mois. On convint également de ne rien faire et d'attendre que le progrès de la maladie indiquât plus exactement la marche à suivre pour aider la nature. La femme, du reste, continuait à être bien portante, et elle resta dans ce même état jusqu'au 9 juillet 1844, qu'elle fut prise d'une métrorrhagie abondante avec une douleur peu forte dans le flanc gauche. Depuis un mois, dit-elle, elle ne sentait plus les mouvements du fœtus, et le ventre avait un peu diminué de volume. (Petite saignée, diète, repos, aliments doux, décoction légère de ratanhia et limonade minérale pour boisson.) Les symptômes se dissipèrent promptement, et tout rentra dans l'état normal.

Le 8 septembre 1844, M. Grossi visita de nouveau cette femme. La circonférence du ventre avait diminué d'un demi-pied, et la distance du pubis à l'épigastre de 2 pouces. Le col était toujours au milieu du bassin, et semblable, pour ses dimensions, à celui d'une femme qui n'aurait pas eu d'enfants. Le corps de l'utérus est vide, léger, mobile. On sent, dans les régions colique et splénique, le corps du fœtus dur, résistant, mais ses mouvements ont cessé depuis un mois. Depuis trois mois la menstruation a reparu régulière, quoiqu'un peu moins abondante qu'auparavant. Avant de cesser, les mouvements du fœtus étaient devenus, durant quelques mois, périodiques, et ne se faisaient sentir que pendant trois ou quatre jours.

Une lettre récente de M. Grossi annonce qu'actuellement encore (28 août 1845) l'état de cette femme est toujours le même.

— Des observations analogues en quelques points à celles-ci ne manquent pas dans les auteurs. Mais une circonstance très-remarquable si elle était bien authentique la distinguerait de la plupart des cas publiés jusqu'ici, c'est la durée extrêmement longue du temps pendant lequel l'enfant a continué à vivre. Si l'on s'en rapporte à la femme, les mouvements du fœtus n'auraient cessé que *vingt-trois mois* après la première suppression des règles, et ils se seraient jusque-là maintenus fréquents et énergiques! Il y a là, nous le répétons, de quoi recommander particulièrement ce fait à l'attention des tocologistes; car il est très-rare que, dans les cas de grossesse extra-utérine, le fœtus vive seulement jusqu'au terme normal de neuf mois.

Mentionnons encore, comme modèle à suivre, la conduite tenue ici par le médecin chargé du traitement. Ainsi que l'événement l'a prouvé, temporiser était ici le parti le plus sûr; c'était, du reste, le seul prudent, car pour être autorisé à aider à la sortie du fœtus, au moins fallait-il que l'art attendît que la nature lui indiquât la voie par laquelle elle se proposait de procéder à son expulsion.

DE LA PELLAGRE CONSIDÉRÉE COMME ÉTANT PRINCIPALEMENT L'EFFET DE L'USAGE DU BLÉ DE TURQUIE; par M. RIZZI.

L'influence du blé de Turquie altéré sur la production de la pellagre est maintenant un fait assez généralement admis parmi les médecins italiens. Les dissidents, peu nombreux aujourd'hui, ne nient point absolument la réalité de cette cause; ils se bornent à faire observer, d'un côté, qu'elle ne suffit pas toujours pour déterminer la maladie chez ceux qui s'y soumettent; de l'autre, que plusieurs individus deviennent bien certainement pellagreux sans avoir fait du maïs gâté leur alimentation habituelle. C'est dans cette limite que sont renfermées les objections que présente ici M. Rizzi. D'après M. de Reuzi dont il cite l'autorité, dans le plus grand nombre des provinces du royaume de Naples, les paysans se servent presque exclusivement du blé de Turquie pour aliment; ils en consomment tellement, qu'un adage populaire parmi eux, lorsqu'un homme est malade, est de dire de lui qu'*il est au pain de froment*. Le maïs est de toutes qualités, et offre souvent la même altération qu'on nomme en Lombardie *vert-de-gris*. Et cependant la pellagre ne s'observe jamais dans cette contrée, ou du moins elle y est si rare, que la plupart des médecins ne la connaissent que par la description qu'ils en lisent dans les traités nosologiques, quoique l'on y trouve néanmoins d'autres maladies de la peau souvent graves et susceptibles de dégénérer.

Et pour mentionner encore un fait emprunté à l'histoire du pays où la pellagre sévit le plus, il convient de rappeler que les individus originaires du territoire de Trente et de Gênes, qui séjournent depuis plusieurs années dans la Lombardie, s'y maintiennent presque toujours exempts de cette maladie, quoiqu'ils fassent continuellement usage de *polenta* préparée avec la farine provenant des grains de la localité où ils vont travailler.

Si l'on voulait invalider ces faits en alléguant qu'à Naples la chaleur de la température étant supérieure à celle de la Lombardie, le maïs y arrive à une maturité plus parfaite, il serait aisé de répondre en rappelant que l'altération de ce grain connue sous le nom de vert-de-gris est connue à Naples tout aussi bien qu'en Lombardie.

NOUVELLE OPÉRATION POUR LA GUÉRISON DES FISTULES A L'ANUS BORGNES INTERNES; par M. SENNA.

On se familiarisera bien plus aisément avec la connaissance de ce nouveau procédé, en en suivant l'application chez le malade sur lequel l'auteur l'a exécuté avec succès, qu'en en lisant une description sèche et didactique, telle que nous la pourrions dresser d'après les données contenues dans cette observation.

Obs. — Un jeune homme avait contracté au service militaire un vaste abcès à la marge de l'anus, dont il ne voulut pas se laisser opérer. L'ouverture se fit spontanément, et peu après il rentra dans sa famille. L'orifice fistuleux correspondait au côté externe de l'anus, à droite. Malgré l'exploration la plus attentive, on ne put découvrir l'orifice profond. On se décida à opérer par incision, et on coupa les tissus jusqu'à la hauteur à laquelle le bout du doigt pouvait atteindre l'extrémité du bistouri boutonné. Le pansement fut pratiqué pendant un mois entier selon la méthode ordinaire; mais malgré ces soins, on remarquait que la quantité de suppuration fournie par la plaie surpassait de beaucoup celle que doit produire une surface traumatique simple de cette dimension. On examina de nouveau le trajet; le doigt introduit dans le rectum ne put parvenir à toucher le bout du stylet poussé par l'ouverture externe qui s'enfonçait à une profondeur de près de 6 pouces. M. Senna songea alors à la ligature, mais elle lui parut impraticable.

Sur ces entrefaites, continue l'auteur, le malade alla consulter un célèbre opérateur qui le garda dans ses salles pendant quelques semaines; mais n'ayant pu le guérir, il lui persuada que sa maladie était incurable et qu'il devait tout attendre du temps. Revenu dans sa famille, il appela de nouveau M. Senna, qui pensa alors à employer la pince à mors ondulés, l'entérotome imaginé par Dupuytren pour la cure des anus anormaux. Il faut remarquer que le sphincter ayant déjà été incisé, la pince n'avait ici à mordre que sur les membranes intestinales. Ayant introduit dans le sinus fistuleux l'un des mors d'un entérotome modifié pour la circonstance, il plaça l'autre dans le rectum; il les serra ensuite autant qu'il fut possible, et les fixa au moyen de la vis dans cette situation. L'instrument ne resta que deux jours en place, sans donner lieu à de vives souffrances; il tomba sans hémorrhagie. Après quatre ou cinq semaines de pansements simples, la guérison fut complète, et l'individu est maintenant en bonne santé.

Quelques personnes, poursuit M. Senna, pourront penser que la ligature aurait dû ici être préférée. Mais, outre la profondeur du sinus qui, dans ce cas particulier, aurait rendu le placement du fil presque impossible, tout le monde comprendra la différence d'action qui existe entre les deux procédés, l'entérotome ne faisant que comprimer et diviser les tissus qu'il embrasse, tandis que la ligature les tiraille et les déchire avec de nouvelles souffrances pour le malade chaque fois qu'on est obligé de serrer derechef le fil.

— La première remarque que suggère cette communication porte sur le nom donné à la maladie dont il est ici question. Évidemment, ou l'auteur ou l'imprimeur se sont trompés : ce n'est pas d'une fistule borgne interne, mais borgne externe, qu'il pouvait s'agir chez le malade dont l'observation précède; il est même très-probable (mais ceci rentre parmi les points à discuter) que la fistule était complète, mais que son orifice interne était situé très-haut, ce qui a pu en faire méconnaître et par suite nier l'existence. Cela posé, il nous paraît hors de doute que le procédé proposé par l'auteur l'emporte réellement sur la ligature par la simplicité de son exécution et le peu de douleurs qu'il cause. Mais il ne faudrait pas pour cela lui attribuer une supériorité absolue sur les autres moyens de traitement de la fistule anale; car, d'un côté, l'incision devra sans contredit être conservée pour tous les cas où l'orifice interne est situé à peu de distance au-dessus des sphincters (c'est-à-dire dans la très-grande majorité des cas); d'autre part, même chez les sujets où la hauteur extrême du point où la fistule s'ouvre dans l'intestin rendrait chez eux, comme chez le malade de M. Senna, l'*entérotomie rectale* indiquée, un certain nombre d'entre eux s'y soustrairaient encore; car, pour qu'elle soit praticable, il faut que le trajet soit assez large pour pouvoir admettre un instrument d'un volume un peu considérable, puisque dans le cas contraire, comme on serait forcé de rendre les mors de l'entérotome très-grêles, ils n'auraient plus la force suffisante pour presser au point de produire la gangrène, et plieraient devant les tissus au lieu de les comprimer.

Piqûre du nerf médian; par le même.

Il n'est pas d'auteur de médecine opératoire ou de petite chirurgie qui, traitant des accidents de la saignée, ne se crût coupable d'omettre *la piqûre du nerf*. Il est cependant bien positif qu'on voit rarement des accidents qui, par leur violence et leur ténacité, puissent mériter d'être regardés comme dus à cette lésion. Mais pour être moins commun que ne semblent l'indiquer les prévisions de nos classiques, cet accident n'est pourtant pas tout à fait imaginaire, et c'est précisément à cause de sa rareté qu'il importe de recueillir tous les exemples bien avérés qui s'en présentent. Le cas suivant présente en outre quelque intérêt en raison du succès prompt et décisif que produisit une médication de laquelle son auteur n'attendait sans doute pas lui-même un résultat aussi favorable.

Obs. — Une dame blonde, de tempérament nerveux, se fit saigner au sixième mois de sa troisième grossesse pour quelques incommodités habituelles à cet état. La douleur fut extrêmement vive au moment de l'opération; elle alla toujours en augmentant, et finit par causer des convulsions tétaniques accompagnées de cris aigus, d'insomnie complète. Les douleurs, partant de la plaie, envahissaient l'épaule correspondante et traversaient le col pour finir au pli du coude du côté opposé. Le médecin opérateur, informé de cet accident, appliqua et réappliqua sur le lieu malade des sangsues, puis des médicaments nervins, le tout sans succès. Le troisième jour on appela M. Senna, qui, après avoir étudié attentivement le cas, se disposa à isoler le nerf médian. Cependant, avant de se décider à le couper, il voulut encore essayer, quoique sans beaucoup d'espoir, l'essence de térébenthine; mais la malade se refusant à respirer aucune odeur forte, il se borna à insinuer sur le médian mis à découvert un peloton de charpie imbibée d'alcool rectifié. Quelle ne fut pas notre surprise, dit l'auteur, quand nous vîmes immédiatement les convulsions cesser et les douleurs se calmer, comme par enchantement! On appliqua sur la plaie un pansement simple, et le calme persista; seulement, le sixième jour, la malade accusa des douleurs pulsatives au pli du bras de l'un et de l'autre côté. Bientôt il s'y forma deux abcès que l'on ouvrit, après quoi la guérison fut complète.

Des rapports anatomiques positifs qui existent entre le réseau sanguin des viscères et celui de la surface extérieure du corps, et qu'il importe le plus de connaître pour pratiquer les émissions sanguines locales; par M. Casorati.

La grande efficacité d'une application de sangsues à l'épigastre dans les maladies de l'estomac, du duodénum, des intestins, est aujourd'hui universellement reconnue même par les plus opiniâtres adversaires de Broussais; mais ce qui n'est pas moins généralement admis, c'est que l'anatomie ne peut expliquer ce phénomène. De là vient sans doute que cette médication n'est pas mise en usage aussi souvent qu'elle le serait si la science était sur ce point plus avancée; car lorsqu'il s'agit de résultats dont on ignore l'origine, il est remarquable que certains esprits inclinent plutôt à nier ou à mettre en doute la réalité de l'effet qu'à s'occuper de rechercher la cause.

On pense communément que le feuillet du péritoine qui tapisse les viscères et celui qui adhère à la paroi abdominale sont séparés l'une de l'autre par la cavité péritonéale; on regarde conséquemment comme impossible qu'une soustraction du sang faite à la région épigastrique puisse vider directement les vaisseaux de l'estomac ou du foie. Mais il n'est pas difficile de démontrer que cette opinion repose sur une fausse idée que l'on se forme trop généralement de la disposition du péritoine. Presque tout le monde, en effet, se figure que cette membrane d'enveloppe se comporte comme la plèvre, c'est-à-dire qu'après avoir tapissé toute la face interne de la paroi abdominale, elle se replie en arrière vers la région lombaire, et là seulement s'adosse à elle-même, face externe contre face externe, pour aller ensuite recouvrir les viscères. Mais les choses sont loin de se passer ainsi.

Il existe beaucoup de points du contour abdominal, outre la région postérieure, où le péritoine, par places plus ou moins étendues, abandonne la paroi ventrale pour se jeter immédiatement sur les viscères. Cela est tellement vrai, qu'on peut établir comme loi que partout où une partie quelconque d'un viscère est abandonnée par le péritoine et laissée en contact immédiat avec les tissus de la paroi abdominale, là le péritoine de pariétal devient viscéral, et sert à mettre en rapport plus ou moins prochain le réseau capillaire sanguin de l'extérieur et celui des viscères. Ces points principaux sont les suivants.

A l'épigastre, un peu au-dessus du cartilage xyphoïde, le péritoine, comme on le sait, se reporte en dedans sur la surface inférieure de la partie antérieure du diaphragme, qu'il revêt partout jusqu'à l'ouverture qui donne passage à l'œsophage. Là, le péritoine diaphragmatique se jette immédiatement sur l'estomac et devient de pariétal viscéral. M. Casorati a mesuré sur plusieurs sujets l'étendue de ce repli séreux et l'a trouvé tantôt de 2 pouces, tantôt de 3, de 2 1/2, de 1, selon l'âge des individus et la différence de capacité de leur poitrine.

La même disposition se remarque à droite pour le foie, là où, en arrière, cet organe à l'insertion du ligament coronaire est abandonné par le péritoine et laissé en contact immédiat avec le diaphragme.

Dans la région iliaque droite, précisément à la partie moyenne de la crête iliaque, le péritoine quitte la paroi du bas-ventre et se porte directement sur le cœcum et la fin de l'iléon, soit en formant un repli, soit sans s'adosser à lui-même. La même disposition s'observe à gauche, où le péritoine passe sur le colon descendant. — On peut déduire immédiatement de ces notions anatomiques le précepte d'appliquer les sangsues sur l'un ou l'autre de ces deux points dans le cas d'inflammation des portions du canal intestinal auxquelles ils correspondent; la conclusion, quant à ce qui regarde le côté droit, est d'autant plus précieuse pour le praticien que les lésions de la fin de l'iléon sont plus fréquentes et plus graves. Ainsi, ce sera vers la partie moyenne et en dedans de la crête iliaque droite qu'on devra mettre les sangsues lorsqu'on les jugera indiquées pour une affection du cœcum ou de la fin de l'iléon.

Vers le pubis encore, le péritoine devient tout à coup viscéral en passant sur le sommet de la vessie, et en établissant là, entre les organes et la peau, des communications vasculaires dont la connaissance peut être utilisée dans

la pratique, lorsqu'on a à appliquer les sangsues pour une inflammation du corps de la vessie.

Enfin, ces communications existent aussi au centre même de l'abdomen, un peu au-dessus de l'ombilic, là où l'on croit généralement que les deux feuillets du péritoine sont le plus éloignés l'un de l'autre. La veine ombilicale, en se rendant au sillon longitudinal du foie, doit rester en dehors du péritoine; autrement son tronc, pour s'aboucher dans la veine cave inférieure, devrait percer deux fois le péritoine. Après un pouce de trajet sur la face externe du feuillet pariétal, la veine ombilicale commence donc à devenir plus profonde et à se diriger un peu à droite de la ligne blanche; mais elle ne peut s'éloigner de la ligne blanche sans que le péritoine ne lui forme un repli qui l'accompagne dans sa marche. Le fond de ce repli, qui constitue le bord inférieur du ligament suspenseur, va donc se rapprochant de plus en plus vers le foie. Parvenu à son bord tranchant, il subit un écartement énorme et reçoit entre ses deux lames le viscère tout entier; de cette manière, la portion du péritoine qui constitue le fond du repli se continue avec la veine ombilicale dans le sillon longitudinal d'où elle se répand sur toute la face concave de l'organe, tandis que les deux portions latérales du même repli s'adossent, l'une à droite, l'autre à gauche, au bord tranchant du foie, et de là à toute sa face convexe.

Il résulte de cette disposition que la partie du péritoine qui revêt la face concave du foie est la continuation du feuillet pariétal sur lequel la veine ombilicale chemine au-dessus de l'ombilic, et que le péritoine de la face convexe est en continuité avec les deux lames du ligament suspenseur, et par conséquent avec le péritoine pariétal antérieur qui est adjacent à la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'au cartilage xyphoïde.

Ce repli lie le réseau capillaire de la région ombilico-épigastrique avec celui des deux faces du foie non-seulement par le moyen de sa continuité, mais encore par un faisceau de vaisseaux qui, partant du sillon longitudinal du foie où ils pénètrent dans son parenchyme, se continuent avec le cordon de la veine ombilicale jusqu'au pourtour du nombril, et se mêlent là au réseau vasculaire formé par les artères et les veines épigastriques mammaires internes, lombaires, etc. — Quant aux applications pratiques à tirer de ces notions, il doit maintenant être évident que si les sangsues peuvent être mises avec avantage à l'anus pour les maladies du foie, il est cependant plus rationnel de les placer aux régions épigastrique et ombilicale, parce que les rapports des veines de cette région avec celles du foie sont encore plus immédiats que ceux des vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs avec la veine porte. Si la phlegmasie était fixée plus particulièrement sur la face concave du viscère, c'est à la région sus-ombilicale qu'on devrait de préférence faire mordre les sangsues.

Il ressort clairement des notions précédentes que, loin d'isoler les viscères abdominaux et d'intercepter la communication de leurs vaisseaux avec ceux du réseau capillaire sous-cutané, le péritoine sert admirablement par sa disposition à favoriser cette communication en en multipliant les agents. Mais ce ne sont pas là les seuls moyens que la nature ait employés pour l'entretenir. M. Casorati rappelle avec raison que les artères diaphragmatiques inférieures se terminent en deux ordres de rameaux, dont les uns se portent sur l'œsophage et l'estomac, et les autres, après s'être étalés en forme d'éventail sur la face abdominale du diaphragme, vont en définitive se perdre dans le système capillaire sous-cutané de tous les points de la paroi abdominale qui correspondent à ceux où se font les insertions de ce muscle. Or on sait que les veines diaphragmatiques inférieures suivent exactement le trajet, la distribution et le mode de terminaison des artères qui portent le même nom.

M. Casorati fait encore remarquer que, outre ces divers vaisseaux, la région épigastrique reçoit de plus la terminaison des artères et des veines mammaires internes, des épigastriques, des intercostales et des lombaires. Ce n'est donc pas sans une raison toute matérielle que l'expérience journalière et l'autorité d'une coutume ancienne ont consacré les avantages de la saignée locale pratiquée à l'épigastre dans les fièvres aiguës et dans les inflammations des viscères abdominaux et thoraciques.

IX. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Du spasme de la glotte, ou asthme de Kopp*; par M. Ferrari. 2° *Ligature de la carotide primitive*; par M. Triboli. 3° *Convulsions épileptiformes produites par la force de l'imagination*; par M. Trevisiani. (Une jeune fille devient sujette à des accès épileptiformes pour avoir assisté au spectacle d'un accès d'éclampsie chez une de ses parentes). 4° *Sur l'homœopathie*; par M. Zambianchi. 5° *Expulsion d'un placenta trois mois après l'accouchement, provoquée à l'aide du seigle ergoté*; par M. Malagodi. 6° *Sur la pustule maligne*; par M. Santopadre. 7° *Cas de pustule maligne*; par M. Albertini. 8° *Fistule stercorale guérie par les seuls efforts de la nature*; par M. Bertuzzi. (Un homme de 35 ans avait depuis l'enfance une hernie inguinale du côté droit, pour laquelle il porta d'abord un bandage qu'il abandonna ensuite. Un jour la hernie s'étrangla à la suite d'une grande fatigue; elle était sortie depuis six jours, lorsque M. Bertuzzi l'examina. Il fallut en venir à l'opération, qui donna issue à une grande quantité de matières stercorales. Néanmoins, ainsi que cela s'observe très-souvent dans les cas analogues, l'écoulement fécal diminua peu à peu, spontanément, et au bout de trente-deux jours le cours des matières était rétabli et la plaie extérieure parfaitement cicatrisée.)

DU SPASME DE LA GLOTTE, OU ASTHME DE KOPP: par M. FERRARI.

L'asthme thymique est la maladie qui fait le sujet de ce mémoire. Cette affection, on le sait, n'a point encore pris définitivement un rang dans le cadre nosologique : les uns (en tête desquels se place Kopp) considèrent l'hypertrophie du thymus comme réellement capable de produire chez les enfants tous les symptômes décrits dans cette espèce d'asthme; les autres (parmi lesquels se trouvent MM. Blache, Trousseau, Barthez et Rilliet, Caspari, Paugestecher et la plupart des médecins anglais) pensent que tous ces phénomènes peuvent s'expliquer par un spasme de la glotte, par une lésion purement nerveuse. Il n'est point indifférent de se former ici une opinion; car, selon qu'on adopte telle ou telle théorie, on est conduit soit à un traitement très-actif par les sangsues et l'iode, pour diminuer le volume du thymus, soit à une temporisation presque absolue, aidée seulement par l'administration de quelques antispasmodiques, si l'on admet l'hypothèse du spasme glottique.

Une troisième manière de voir est défendue par l'auteur. D'après lui, le thymus hyperthrophié peut fort bien provoquer le spasme de la glotte; mais il est une foule d'autres causes locales ou générales qui sont également dans le cas de produire le même effet, et par suite de donner lieu aux phénomènes morbides. Selon cette théorie, l'altération de volume du thymus, décrite par Kopp, ne serait plus la cause unique de l'affection; elle ne compterait que parmi les conditions multiples, de l'action desquelles peut résulter le spasme glottique, seul élément immédiat de la génération des symptômes pathologiques. Cette opinion nous paraît la plus rationnelle et la plus philosophique. N'oublions pas, du reste, de rappeler que M. Barrier l'avait déjà émise dans son TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE. L'une et l'autre explication, d'ailleurs, invoquent en leur faveur et des autopsies et des cas de guérison, ce qui prouve irrésistiblement, ce nous semble, que l'une et l'autre possèdent une partie de la vérité.

L'asthme dépendant d'un excès de volume du thymus se reconnaît surtout par la percussion et l'auscultation. On trouve une matité parfaite dans la région qu'occupe cet organe, c'est-à-dire sous le sternum, et s'étendant là plus ou moins en longueur et en largeur. Dans toute cette partie, l'oreille entend un murmure respiratoire, faible, lointain, presque imperceptible, et parfois manquant tout à fait. Postérieurement à la racine des bronches, la respiration est sonore, sifflante, indiquant par ces caractères l'existence d'un obstacle à l'accès de l'air. L'expiration n'est pas en rapport par l'intensité du son avec l'inspiration. Dans tout le reste des poumons le bruit est à l'état normal, ou si l'on y trouve quelques bulles de râle muqueux, elles dépendent d'une complication accidentelle. — Les battements du cœur sont presque toujours obscurs, et quelquefois on ne peut les percevoir en avant.

Sous le rapport du diagnostic, il est une maladie qu'on pourrait confondre avec celle-ci, c'est la laryngite spasmodique ou asthme aigu de Millar. Le tableau suivant, où les principaux symptômes de chacune d'elles sont mis en regard, aidera puissamment à les discerner sur le vivant :

ASTHME AIGU DE MILLAR.	SPASME DE LA GLOTTE, OU ASTHME THYMIQUE.
1. Maladie très-rare chez les enfants âgés de moins d'un an, et qu'on observe jusqu'à 7 et 8 ans.	1. Maladie qui se développe toujours quelques semaines ou quelques mois après la naissance, et jamais après dix-huit mois.
2. Précédée de larmoiement, de coryza, de prostration des forces et d'un léger mouvement fébrile.	2. Aucun de ces prodromes n'existe; leur absence complète est au contraire un signe constant.
3. La percussion rend un son égal dans toute la poitrine.	3. Inégalité de résonnance à la percussion de la poitrine; obscurité du son sous la partie antérieure du sternum.
4. Le premier accès survient la nuit, et il n'y en a guère que cinq ou six pendant toute la durée de la maladie.	4. Le premier accès survient indifféremment le jour ou la nuit; il y en a jusqu'à vingt dans la même journée.
5. Les paroxysmes sont accompagnés et suivis d'une toux rauque, sèche; après l'accès, la voix demeure enrouée, ou il y a quelquefois aphonie.	5. Il n'y a pas de toux; les accès ne consistent qu'en une ou plusieurs respirations sifflantes et aiguës; la voix n'est pas changée.
6. Les convulsions sont très-rares; on n'observe pas de contractions.	6. A une certaine période de la maladie, les convulsions et les contractions sont fréquentes.
7. La maladie est essentiellement aiguë.	7. La maladie est presque toujours chronique.

Le spasme de la glotte, tel que l'auteur le considère, est un phénomène commun à beaucoup d'états morbides. Les maladies qui le déterminent le plus souvent, chez les enfants en bas âge, sont : une dentition difficile, la présence des vers, un embarras gastrique, l'hydrocéphale chronique, les maladies aiguës ou chroniques de la moelle, la compression exercée sur les rameaux des pneumo-gastriques par la dégénération tuberculeuse des ganglions lymphatiques du col ou de la poitrine. On comprend que la connaissance de ces diverses affections, toutes les fois qu'on aura pu les constater, facilitera singulièrement le diagnostic du spasme de la glotte.

Le traitement de cette maladie comprend plusieurs indications que l'auteur résume sous les quatre chefs suivants :

1° Soins à donner durant l'accès : tenir l'enfant penché en avant, en lui frappant légèrement sur le dos avec la paume de la main. Si la suffocation est imminente, lui jeter un peu d'eau froide sur la figure; éviter de faire respirer des odeurs fortes, comme l'ammoniaque, etc.

2° Modérer la violence des spasmes. L'eau de laurier-cerise à petites doses, l'assa-fœtida, la valériane, le cyanure de zinc, un peu d'opium, s'il y avait beaucoup d'irritabilité et de sensibilité nerveuse; d'autre part, un air frais, mais point froid ni trop chaud; si l'enfant est sevré, l'abstinence de vin et de tout aliment excitant; le soin de lui épargner tout ce qui peut provoquer un rire trop violent, des cris ou des pleurs immodérés, voilà les secours sur lesquels le médecin peut le plus sûrement compter.

3° Éviter les congestions vers le cœur et les poumons. C'est à obtenir ce but que l'on pourra faire concourir des saignées locales assez abondantes, la diète, les exutoires, les purgatifs énergiques et fréquemment répétés. L'accélération des pulsations cardiaques indiquerait la digitale, et la sécrétion de mucosités dans les tuyaux bronchiques serait avantageusement combattue par l'ipécacuanha poussé jusqu'à dose vomitive.

4° Combattre directement la cause de la maladie. Si l'asthme dépend de l'hypertrophie du thymus, on pourra lutter contre cet état par les purgatifs et les saignées locales. Les purgatifs seront d'abord réitérés plusieurs fois durant les premiers jours, puis on les donnera ensuite à des époques plus éloignées. Hirsch conseille d'appliquer quelques sangsues au sternum tous les sept ou huit jours. Il faut néanmoins prendre garde de ne pas trop affaiblir l'enfant, proportionner par conséquent le nombre et l'abondance de ces soustractions sanguines à sa constitution et à l'état de ses forces, enfin, contre-balancer autant que possible leur effet par une alimentation copieuse et nutritive. On aura à se louer d'administrer à l'intérieur les préparations d'iode, en y associant aussi les frictions sur le siége du mal avec une pommade iodurée.

M. Ferrari a été une fois à même d'observer cette maladie durant depuis trois ou quatre mois chez un enfant. La percussion lui ayant révélé l'existence d'un développement assez considérable du thymus, il fit appliquer quatre sangsues au sternum, et donner un purgatif qu'indiquaient quelques symptômes d'embarras gastrique. La saignée n'amena que peu de soulagement; au bout de deux jours, il fit faire une seconde application de sangsues et donner encore un drastique. Un amendement marqué suivit l'exécution de ces prescriptions. Dès le lendemain il ordonna à l'intérieur une solution d'iodure de potassium (aucun autre détail n'est fourni par le texte) et des frictions avec une pommade contenant la même substance. — Il y a plus d'un mois aujourd'hui que l'enfant prend ces médicaments; sa mère assure que les accès d'asthme sont devenus plus rares, moins pénibles, et qu'ils ne se reproduisent que quand il pleure ou qu'il mange avec avidité.

LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE; par M. TRIBOLI.

OBS. — Un homme âgé de 27 ans reçut, vers l'angle droit de la mâchoire, une blessure par instrument tranchant qui fut immédiatement suivie d'un écoulement très-abondant de sang artériel. L'hémorrhagie s'arrêta spontanément par suite de la syncope, et ne se reproduisit qu'à la fin du dixième jour, mais avec une telle force qu'il fallut de suite procéder à la ligature de la carotide primitive. On plaça deux fils, l'un avec lequel l'artère fut serrée, l'autre au-dessous du premier, qu'*on laissa en place comme ligature d'attente*. Ces deux fils tombèrent le huitième jour de l'opération. A partir du dixième jour, survinrent plusieurs hémorrhagies qui se répétèrent tous les deux, trois ou quatre jours. La quantité de sang perdu était tantôt de 2 ou 3, tantôt de 7, 8 ou 10 onces. Cependant le malade finit par guérir.

— A propos de son idée de placer une ligature d'attente, l'auteur dit : « J'étais pleinement convaincu qu'en agissant ainsi je me mettais en opposition avec l'opinion des chirurgiens modernes, qui tous réprouvent cette pratique; mais je me sentis conduit à la mettre en usage par un de ces instincts inconnus que l'on ne saurait définir. » Quelque franc que soit cet aveu, et quoique l'auteur confesse loyalement plus loin que les hémorrhagies secondaires furent probablement dues à cette ligature d'attente, nous ne saurions admettre une pareille justification. Ce serait presque le cas de rappeler au chirurgien italien ce passage de La Bruyère : « Mille gens se ruinent au jeu et vous disent froidement qu'ils ne sauraient se passer de jouer : quelle excuse !..... Et serait-on reçu à dire qu'on ne peut se passer de voler, d'assassiner, de se précipiter? » A part l'acerbité de la forme, que rien n'excuserait de notre part, le fond du jugement serait ici parfaitement applicable.

EXPULSION D'UN PLACENTA TROIS MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PROVOQUÉE A L'AIDE DU SEIGLE ERGOTÉ; par M. MALAGODI.

OBS. — Une villageoise de 30 ans, déjà mère de deux enfants, était accouchée heureusement une troisième fois depuis trois mois; il lui restait depuis lors une métrorrhagie légère, accompagnée de douleur dans la région utérine, d'un sentiment de faiblesse. Elle était sans fièvre, mais ne pouvait vaquer à ses occupations. M. Malagodi l'ayant examinée trouva la matrice un peu gonflée, résistante, et comme occupée par un corps étranger; l'orifice était presque entièrement fermé. La malade lui apprit qu'à l'époque de ses couches le placenta n'était pas sorti, que la sage-femme, après avoir inutilement essayé de l'extraire, l'avait abandonné aux efforts de la nature.

M. Malagodi pensa alors que la métrorrhagie était le résultat de l'irritation entretenue par le contact du placenta sur l'utérus. Ne pouvant songer à une opération pour l'extraire, on prescrivit de la poudre de seigle ergoté à prendre en plusieurs doses répétées dans la journée. Dès les premières prises, la malade sentit ses douleurs augmenter par suite des contractions utérines, et elle finit par rendre un corps charnu, compacte, d'une couleur rouge foncé, ayant la forme de la cavité utérine, dans laquelle il avait été si longtemps comprimé. M. Malagodi le reconnut pour être réellement le placenta.

La malade recouvra promptement sa santé primitive.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une place est vacante dans le sein de l'Académie par suite du décès de MM. Canuet, Larrey et Chervin. Il sera procédé à la nomination d'une commission composée de 11 membres (1 membre par section), pour désigner la section à laquelle devra être affectée la prochaine nomination.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les injections iodées. M. Velpeau est invité à venir prendre place à la tribune. La parole est à M. Bérard.

INJECTIONS IODÉES.

M. BÉRARD : Lorsque M. Velpeau préconisa pour la première fois l'usage des injections iodées, j'accueillis cette méthode, je dois le dire, avec une certaine répugnance; j'accusais presque M. Velpeau de vouloir substituer un moyen incertain, dont les effets étaient encore douteux, à un moyen éprouvé, et qui jusqu'alors avait paru suffire aux besoins de la pratique. Cependant, comme il entre dans mes habitudes de ne me prononcer sur la valeur d'une méthode qu'après l'avoir soumise à ma propre expérience, je crus de mon devoir d'expérimenter, et c'est ce que je fis. Je dois dire que le résultat de mes expériences a été si favorable, que depuis cette époque je n'ai plus employé le vin dans le traitement des hydrocèles, ainsi que de toutes les hydropisies qui réclament l'usage des injections irritantes. Cette déclaration devrait suffire s'il ne s'agissait que d'émettre mon opinion sur cette question; cependant il ne sera pas superflu, je pense, de rapporter quelques faits.

J'ai employé les injections iodées dans les hydrocèles, dans les hydropisies enkystées du cordon, dans des cas d'hydrobroncocèles ou de goitres enkystés, dans des cas de kystes hydatiques du poignet, et enfin dans des hydropisies des articulations. Voilà, comme on le voit, un ensemble d'opérations pratiquées dans des maladies fort diverses. Afin d'en faire mieux apprécier les résultats, je les envisagerai relativement à leur innocuité et à leur efficacité.

Innocuité. — Je dirai de suite dans quelles proportions j'ai employé l'iode; ceci est important, car il est évident que si on l'emploie à des doses énormes, on ne saurait sans injustice rendre la méthode responsable des accidents qui pourraient survenir. Je n'ai jamais employé l'iode pur, ni très-étendu; j'ai adopté à cet égard les proportions indiquées par M. Velpeau, qui sont de moitié de teinture d'iode pour moitié d'eau. Dans aucun cas les injections ainsi faites n'ont été suivies d'accidents ni généraux ni locaux; je n'ai jamais vu survenir d'inflammation gangréneuse, bien que dans un cas il me soit arrivé, par suite d'un mouvement brusque du malade, de pousser l'injection dans le tissu cellulaire du dartos. J'avais, je l'avoue, les appréhensions les plus graves; cependant il n'en résulta qu'une inflammation de moyenne intensité, et le malade guérit. J'ai su que de semblables accidents étant arrivés entre les mains d'autres chirurgiens, il n'en était pas résulté de conséquences plus graves.

On sait que M. Maunoir ayant voulu injecter du vin chaud dans un goître enkysté, il survint des accidents tellement graves que ce chirurgien renonça pour toujours à ce moyen. Dans deux cas de même nature j'ai employé les injections d'iode, et il n'en est résulté aucun accident.

Relativement à la douleur, je ne puis que répéter ce que j'ai recueilli des ma-

lades eux-mêmes : dans le plus grand nombre des cas, il ont dit n'avoir pas ou avoir peu souffert ; quelques-uns au contraire ont accusé d'assez vives douleurs. Il n'y a donc là rien d'absolu : c'est une question de nombre.

Quant aux phénomènes généraux d'intoxication, il y a bien eu quelquefois un peu de fièvre, un goût d'iode dans la bouche, un peu de trouble dans les fonctions digestives, mais jamais d'accidents graves.

Ainsi, pour me résumer : en ce qui concerne l'innocuité, point d'accidents locaux, inflammation modérée, absence d'accidents généraux ; tels sont les résultats que j'ai constatés. Je n'en pourrais pas dire autant du vin.

Efficacité — J'aborde la question de l'efficacité. J'ai eu des récidives, j'en ai eu 3 sur 250 à 300 opérations d'hydrocèles environ. Il s'en faut, comme on le voit, que ce soit dans les proportions signalées par M. Gerdy. J'ajouterai que sur les trois sujets qui ont eu une récidive, une seconde injection d'iode a été suivie d'une guérison radicale.

Maintenant l'iode a-t-il plus d'efficacité que les autres agents dans les maladies des autres cavités? Il faudrait, pour résoudre cette question, un plus grand nombre d'expériences comparatives. Tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que j'ai guéri deux hydrocèles enkystés par ce moyen. Dans deux cas d'hydrocèle enkysté du cou où j'ai eu recours à l'iode, la guérison en a été la suite.

Reste une maladie dont la curabilité par l'iode est fort controversée, l'hydropisie articulaire. J'ai pratiqué cinq fois l'injection iodée sur deux malades, trois fois sur l'un, deux fois sur l'autre. C'est assez dire que les premières injections n'eurent point de résultat fâcheux, puisque je fus encouragé à y revenir ; mais si elles n'ont pas produit d'accidents, elles n'ont pas eu non plus d'efficacité, car sur ces deux malades j'ai été obligé d'en venir à l'amputation. Les phénomènes qui ont suivi l'injection dans ces deux cas ont été une inflammation modérée, trop modérée même, puisqu'elle ne fut point suffisante pour modifier favorablement l'état des surfaces malades. Voilà ce que j'avais à dire sur les deux points que je voulais établir.

M. Rochoux rectifie quelques assertions qui lui auraient été faussement attribuées par M. Roux dans la précédente séance. M. Roux lui aurait fait dire que les rhumatismes articulaires ne produisent jamais l'ankylose. Ce n'est point là son opinion : il a dit au contraire que le rhumatisme articulaire étant une inflammation des séreuses, cette inflammation pouvait, comme celle des autres séreuses, produire l'adhérence des surfaces enflammées, et, par conséquent, l'ankylose, mais que ce résultat était rare. C'est à cause de cette circonstance que les injections iodées réussissent moins bien, suivant lui, dans les maladies des articulations que dans l'hydrocèle.

M. Blandin : Je crois nécessaire de rétablir des faits qui ont été mal interprétés dans cette discussion. On m'a fait dire que les injections iodées ne réussissent jamais : je n'ai pas dit cela ; j'ai dit qu'elles réussissaient rarement, et j'ai signalé les inconvénients qu'il y a à se livrer ainsi à des tâtonnements avec un moyen incertain, quand on possède un moyen assuré. J'ai cité l'exemple d'une dame chez laquelle j'ai pratiqué trois fois l'injection iodée pour un kyste de la vulve, et que je ne suis point parvenu à guérir. Je ne nie pas que ce moyen ait réussi quelquefois, mais il n'en résulte pas moins des faits nombreux que j'ai rappelés qu'il ne réussit pas du premier coup, toujours du moins, et que les guérisons exigent en général plus de temps par l'emploi de l'iode que par l'emploi du vin.

Je crois que la discussion a établi que j'avais eu raison de dire que les injections iodées produisent des accidents au moins pareils à ceux qui résultent de l'emploi du vin. Les faits cités par M. Roux, ceux qu'a rapportés M. Jobert lui-même, ne laissent aucun doute à cet égard. M. Jobert a parlé d'un cas de gangrène ; il a ajouté, il est vrai, que le liquide avait été accidentellement lancé dans le tissu cellulaire ; mais il est évident que les accidents de cette nature n'arrivent que dans cette circonstance. Il en est ainsi pour le vin. On sait même que le vin injecté dans le tissu cellulaire ne détermine pas toujours la gangrène, il se borne quelquefois à produire une simple inflammation.

On a dit que les injections iodées dans les kystes étaient innocentes, mais il en est de même du vin. On a commencé par injecter du vin dans les kystes goitreux, longtemps avant de songer à y injecter de l'iode, et ce n'est qu'après avoir éprouvé des accidents qu'on y a renoncé. (M. Velpeau : Ce n'est pas exact.) Du reste, tous les moyens sont dangereux dans ce cas, et on a généralement renoncé maintenant à opérer ces kystes. Il serait superflu de rappeler encore l'accident survenu dans le service de M. Gerdy.

A l'occasion des accidents qui peuvent suivre les injections vineuses, M. Velpeau a employé un petit artifice fort innocent sans doute, mais dont il attendait plus d'effet qu'il n'en a obtenu. Il a parlé d'un chirurgien grand partisan des injections vineuses, et il a cité un passage d'un écrit dans lequel ce chirurgien énumère les accidents que peuvent produire ces injections. Ce chirurgien, a-t-il dit ensuite, c'est M. Blandin. Oui, sans doute, c'est moi qui ai écrit ces lignes : jai dit plus encore, j'ai même cité des cas de phlébite ; mais dans l'article auquel M. Velpeau a fait allusion, j'ai décrit tous les accidents que peuvent produire les injections irritantes en général : cela n'a rien de particulier aux injections vineuses. Est-ce que les injections iodées n'ont pas les mêmes inconvénients? Cela n'a aucune signification particulière. La phlébite dont j'ai parlé n'est pas plus imputable au vin qu'à l'iode. Toutes les substances irritantes peuvent donner lieu à des accidents à peu près de même nature ; je ne sais donc pourquoi M. Velpeau a mis particulièrement en cause les injections vineuses, quant les lignes qu'il a citées s'appliquaient à toutes les injections irritantes.

M. Velpeau a parlé de la douleur ; il a dit qu'il ne niait pas que l'iode produisit aussi de vives douleurs. Je prends acte de cet aveu. (M. Velpeau : Je n'ai pas dit cela.) Il a dit du moins qu'il en produisait autant que le vin (M. Velpeau : Non ; j'ai dit moins) ; M. Bérard a fait le même aveu. Eh bien! il y a des malades qui, n'ayant point éprouvé de douleurs à la première injection, en ont accusé d'atroces aux injections suivantes. Chez un homme du monde que j'opérai d'un hydrocèle par les injections iodées, la première injection avait été très-bien supportée ; à la deuxième il survint des douleurs tellement vives et un si grand trouble, que jen fus effrayé ; je crus un instant que l'injection avait passé dans le péritoine. Il y a donc au moins parité à cet égard entre l'iode et le vin : je n'ai jamais prétendu dire autre chose.

M. Velpeau, pour prouver l'efficacité des injections iodées, a cité les nombreux faits de sa pratique. Certes, je ne mets pas la réalité de ces faits en doute : on doit y croire ; mais ne peut-il pas s'être glissé quelques erreurs dans les appréciations? ne peut-on pas s'être trompé? Combien n'y a-t-il d'exemples de pareilles erreurs! Il ne suffit donc pas de dire : Voilà trois cents faits, la chose est jugée ; non, il faut que ces faits, avant d'être admis, aient été discutés contradictoirement, et c'est ce que nous faisons ici.

On a cité un cas d'injection d'iode dans le péritoine ; mais ce fait ne me paraît pas avoir une authenticité suffisante ; on a émis des doutes sur sa réalité, et pour moi je n'y crois pas.

M. Jobert a injecté 250 grammes dans un abcès, mais c'est là un fait qui est en dehors du point en discussion ; tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que je ne le ferais pas. Quant aux injections iodées dans les fistules tuberculeuses ou autres, c'est différent ; je suis convaincu qu'elles peuvent avoir de bons résultats, j'en ai pratiqué moi-même pour des cas de ce genre, et je m'en suis bien trouvé ; mais, je le répète, ces faits-là ne sont pas en discussion.

M. Velpeau paraît avoir pris en considération les objections qui lui ont été faites, et il s'est préoccupé des insuccès de M. Fricke, de Hambourg. Quel parti prendre entre des assertions aussi opposées? Il est difficile de s'arrêter à un terme moyen. Je proposerai à l'Académie un moyen que je crois propre à vider cette question : c'est de nommer une commission qui ferait des expériences comparatives dans les hôpitaux. Je suis convaincu qu'en prenant 20 cas d'hydrocèle, dont 10 seraient traités par l'injection vineuse et 10 par l'injection iodée, on aurait des résultats assez importants pour juger la question.

Enfin, pour terminer par ce qui a trait aux injections iodées dans les articulations, il me paraît résulter des faits énoncés dans cette discussion que c'est là une mauvaise opération. Le fait de M. Velpeau, les deux faits que vient de mentionner M. Bérard, un fait analogue de M. Robert, qui après une injection iodée fut obligé d'en venir à l'amputation, le démontrent suffisamment. Rappelez-vous, messieurs, ce que disait Boyer, le sage Boyer, qu'il ne fallait jamais pratiquer d'injection dans les articulations ; il ne voulait pas même qu'on eût recours à la ponction. Et vous voudriez prétendre aujourd'hui qu'on peut impunément injecter des substances irritantes dans les articulations! Pour moi je suis convaincu, et je crois que l'Académie partagera mon opinion, que c'est une mauvaise opération.

M. Velpeau : S'il fallait prendre à la lettre tout ce que vient de dire M. Blandin, ce serait fort grave ; mais je suis fâché de le dire, il y a dans ses assertions beaucoup d'inexactitudes.

Relativement aux faits de M. Fricke, qu'on ne cesse d'invoquer, je pourrais dire à la rigueur : Qu'importe que M. Fricke n'ait pas réussi? cela n'enlève rien aux succès des autres. Mais si nous examinons de près les faits de M. Fricke, je vois d'abord que ce chirurgien a employé l'iode à la dose de 1/30°, dose évidemment insuffisante, quand nous l'employons dans les proportions de moitié. D'un autre côté, je vois que M. Fricke réopérait ses malades au bout de 10 ou 12 jours, terme évidemment insuffisant pour juger du succès ou de l'insuccès de l'opération. Il n'en faut pas davantage pour faire voir combien ces faits sont ici de peu de valeur. Il n'en est pas de même du fait rapporté par M. Dieulafoy ; et ici, je dois le dire, je regrette d'avoir entendu suspecter aussi légèrement la bonne foi et la sincérité d'un homme aussi honorable et aussi instruit que M. Dieulafoy. M. Blandin a dit que M. Maunoir avait préconisé longtemps les injections vineuses dans l'hydrocèle du cou : c'est une erreur. Il n'a fait cette opération qu'une seule fois, et il en résulta des accidents tellement graves qu'il a expressément défendu aux praticiens de l'imiter. Je ne sache pas que des injections de vin aient été pratiquées en pareil cas ni avant ni après l'opération de M. Maunoir. M. Blandin a cité encore le malade du service de M. Gerdy, opéré en l'absence du chef de service par M. Chassaignac ; mais il n'a pas dit à quelle circonstance avaient tenu les accidents qui sont survenus dans ce cas-là. Ces accidents ont dépendu de la compression que la distension de la tumeur avait exercée sur les organes importants du cou. Il est évident qu'on ne peut en rendre l'injection responsable : ce fait ne prouve donc rien. Quant au fait de M. J. Roux, il n'est nullement question d'accidents graves. (M. Blandin : M. Roux m'en a fait l'aveu lui-même verbalement.) J'ignore ce que M. Roux peut avoir dit, mais ce qu'il y de certain, c'est qu'il n'est point fait mention d'accidents graves dans son mémoire. M. Blandin a parlé enfin des faits d'injection dans les articulations rapportés par M. Bérard et M. Robert. Ces faits ne prouvent qu'une chose, c'est que dans ces cas les malades n'ont pas guéri. Mais je n'ai pas prétendu dire que les injections iodées pouvaient guérir toutes les hydarthroses. Il semble que je préconise les injections iodées dans tous les cas ; mais si M. Blandin avait bien entendu la lecture de mon rapport, il y aurait vu que je fais une distinction à cet égard, et que loin de recommander les injections iodées pour tous les cas d'hydarthrose, je ne les recommande que dans les cas d'hydarthrose chronique seulement.

M. Bouley : Dans la dernière séance M. Velpeau a cité 35 expériences faites sur des chevaux par M. le docteur Thierry et M. Leblanc, vétérinaire. Ces expériences sont très-intéressantes en ce qu'elles semblent établir l'innocuité des injections iodées. Il semblerait en résulter qu'on pourrait injecter l'iode sans inconvénient dans les gaines synoviales, dans les articulations et même dans la cavité thoracique des chevaux. Je n'ai aucun motif de mettre en doute l'exac-

titude de ces faits, mais j'en connais d'autres qui, bien que moins nombreux, sont de nature à infirmer les conséquences qu'on a tirées des premiers. Il y a longtemps, pour le dire en passant, qu'on a pratiqué des injections de cette nature dans la pratique vétérinaire; mais je commence par convenir qu'il n'y a pas parité entre les ponctions que l'on pratiquait autrefois avec le cautère actuel et celles que l'on fait aujourd'hui par la méthode sous-cutanée. Aussi n'invoquerai-je pas des faits tirés des anciennes pratiques.

Les faits dont je veux parler sont au nombre de 7; un seul s'est passé sous mes yeux : les 6 autres m'ont été rapportés par des personnes dignes de foi et dont je garantis la sincérité devant l'Académie. M. le docteur P... me fit appeler pour soigner un de ses chevaux qui avait une tumeur synoviale de l'articulation du jarret. Je conseillai des frictions résolutives qui ne produisirent aucun effet. Au bout de quinze jours je fis appliquer un vésicatoire en prévenant qu'en cas d'insuccès j'aurais recours au feu. Le vésicatoire appliqué il y eut du mieux; mais dix jours après le jarret était triplé de volume, l'animal avait la fièvre et ne marchait plus. Comme je cherchais à me rendre compte de ce qui avait pu se passer, j'appris par une voie indirecte que dans l'intervalle de ces dix jours un autre vétérinaire, appelé à mon insu, avait pratiqué une injection d'iode. Quelque temps après il survint une plaie gangréneuse au pourtour du point où la ponction avait été faite.

M. Bouley, mon fils, professeur à l'école d'Alfort, m'a autorisé à dire qu'il a injecté six fois de l'iode dans l'articulation du genou, aux mêmes doses qui ont été employées chez l'homme. Sur les 6 chevaux qui ont été le sujet de ces expériences, 3 sont morts de la fièvre inflammatoire consécutive à l'opération. Depuis lors M. Bouley n'a plus eu recours à ce moyen, et il a pris l'engagement de faire des expériences avec mon concours.

Un vétérinaire de province a pratiqué trois fois les injections iodées, et dans les trois cas il est survenu une inflammation très-intense sans aucun succès, et il a été obligé de recourir plus tard au feu pour obtenir la guérison. Voilà des faits qui, s'ils n'infirment pas les expériences de MM. Thierry et Leblanc, sont du moins de nature à rendre très-circonspect dans l'emploi de ce moyen.

M. Velpeau : Je ne puis rien répondre à ces faits, qui me paraissent être en dehors de la question.

M. Guibourt donne quelques explications sur les diverses manières de préparer et d'administrer l'iode, et sur les effets différents qu'il doit produire suivant ce mode de préparation et son degré d'ancienneté. Il résulte en effet de ces explications que la teinture d'iode, par exemple, produit des effets différents, suivant qu'elle est récente ou ancienne; récente, elle est beaucoup plus irritante, et cela tient à ce que l'iode n'étant pas complétement dissous et restant en partie libre et à l'état de suspension dans le véhicule alcoolique, se dépose en nature sur les tissus, et agit sur eux avec toute l'intensité que l'on connaît à l'iode pur : de là les accidents si graves du côté de l'estomac que l'on observait à l'époque où l'on commença à faire usage de cette préparation à l'intérieur, accidents auxquels M. Coindet (de Genève) chercha à obvier en combinant l'iode avec le potassium. Lorsque la préparation de teinture d'iode est ancienne, au contraire, l'iode cesse de se précipiter, par suite des combinaisons nouvelles qui se sont opérées sous l'influence de l'action prolongée de l'air, il s'altère même plus ou moins, et son effet devient de moins en moins irritant.

Il n'est pas, comme on le voit, sans quelque importance pour la question qui s'agite en ce moment devant l'Académie, de chercher à s'assurer à quelle sorte de préparation d'iode on a eu recours, et s'il s'agit de la teinture, par exemple, de savoir si elle est ancienne ou récente, ces diverses circonstances pouvant influer sur les résultats obtenus.

M. Gimelle revient sur un point de son argumentation qu'il croit n'avoir pas été très-bien comprise par plusieurs des membres et notamment par M. Roux, qui l'a mal interprétée dans sa réponse. Il s'agit du degré relatif de gravité de l'inflammation des diverses séreuses. Il est évident pour lui que l'inflammation des synoviales est en elle-même aussi grave que celle de toutes les autres séreuses, et si les effets n'en sont pas toujours aussi apparents et aussi funestes, cela tient à ce que la plus grande gravité de l'inflammation de ces membranes est surtout relative à la nature des organes qu'elles recouvrent. Voilà ce que M. Gimelle avait dit dans une des précédentes séances et ce qui avait, à ce qu'il paraît, été interprété dans un autre sens.

Il est cinq heures passées; personne n'étant plus inscrit, M. le président consulte l'Académie pour savoir si elle veut clore la discussion, sauf à réserver la parole à M. Velpeau dans la prochaine séance pour résumer la discussion. L'Académie n'étant plus en nombre, se sépare sans voter.

La séance est levée.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

L'introduction à la nouvelle série de ce journal a déjà fait connaître le but que nous nous proposons dans les comptes rendus des cliniques. Ce but est à la fois *critique* et *historique*. Au premier point de vue, nous examinerons les doctrines et les idées professées, les méthodes et les procédés employés, en nous attachant surtout à faire ressortir les inconvénients pratiques des unes et des autres. Par contre, nous ferons connaître les doctrines, idées, méthodes et procédés nouveaux qui nous paraîtront susceptibles de perfectionner le traitement des maladies. Bannissant de nos revues toute discussion purement théorique ou de priorité, nous nous abstiendrons également de ces observations banales qui ne font que reproduire ce que tout le monde a vu, dit et fait, et ne publierons d'observations particulières que celles qui renferment des circonstances insolites et dignes d'un intérêt réel, ou qui offriront l'application d'idées, de vues ou de pratiques nouvelles. Nous suivrons la même marche à l'égard de nos revues médicales et de nos revues chirurgicales. Nous commencerons aujourd'hui par une revue chirurgicale.

1° CONTRACTURES SYPHILITIQUES.

Existe-t-il des contractures syphilitiques? quelle en est la nature et le siége précis? Cette triple question a été traitée par M. Ricord dans une de ses leçons cliniques à l'hôpital des vénériens. Pour ce professeur, cette espèce de contracture existe, mais elle diffère totalement de celle qu'on remarque à la suite des lésions du système nerveux. Elle consiste en un raccourcissement précédé et accompagné de douleurs; elle se produit peu à peu; le muscle perd ainsi graduellement la faculté de s'allonger, son tissu s'altère : « c'est une matière plastique particulière qui s'y dépose et qui l'annihile. Le muscle se coagule, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et de là, dans un espace de temps plus ou moins long, dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, osseuse même; hypertrophie du muscle d'abord, plus tard atrophie. » Telle est l'idée que se forme M. Ricord des contractures syphilitiques, et, à cause de cette manière de voir, il propose de consacrer exclusivement à ce genre de raccourcissement le mot de *rétraction*, réservant à celui qui résulte des lésions véritables du système nerveux le mot de *contracture*. En un mot, pour M. Ricord et les médecins de son école, la contracture musculaire syphilitique est le résultat d'une altération particulière de la nutrition du muscle, et le raccourcissement ne serait que le résultat de la coagulation et de la disparition successive de la fibre musculaire proprement dite. Disons d'avance que cette manière de voir, que les termes mêmes qui l'expriment devant influer sur le traitement de la maladie, c'est pour cela que nous nous y arrêtons.

Les contractures musculaires syphilitiques existent, c'est un fait certain et établi par toutes les preuves possibles. Cependant bon nombre de chirurgiens le nient, et récemment encore, les deux manières de voir ont été discutées contradictoirement dans une société de chirurgiens. Pour ne conserver aucun doute à cet égard, il suffit de rappeler qu'il n'est pas rare de rencontrer, chez des sujets affectés de syphilis invétérée (car la contracture est un accident tertiaire), de ces raccourcissements musculaires très-opiniâtres, et qui disparaissent, en même temps que d'autres accidents du même ordre, sous l'influence d'un traitement spécifique approprié. Mais les développements qui vont suivre, en même temps qu'ils fixeront peut-être la véritable idée qu'on doit se faire des contractures syphilitiques, ne laisseront aucun doute sur leur réalité comme fait.

M. Ricord nous paraît se tromper complétement lorsqu'il fait des contractures musculaires syphilitiques une maladie du muscle lui-même. Que la nature propre de la maladie, sa cause spécifique, lui donnent un cachet particulier, rien de mieux; mais qu'elle en déplace le siége et en change le caractère matériel, cela ne nous paraît pas être. Voici des considérations et des faits qui ramèneront peut-être M. Ricord à la véritable doctrine.

C'est une vérité assez généralement reconnue aujourd'hui que la contracture est un mode, un degré de la paralysie. L'une conduit à l'autre; celle-ci en se résolvant repasse par celle-là. Or qui ne sait qu'il y a des paralysies et même des paraplégies syphilitiques? M. Ricord a probablement rencontré, dans sa vaste et savante pratique, des cas de cette sorte, et il s'est convaincu de leur nature spécifique par le succès du traitement qui en a été la pierre de touche. Eh bien! dans ces cas n'a-t-il pas vu, à mesure que la maladie se résout, beaucoup de muscles, presque tous les muscles qui étaient d'abord simultanément paralysés, devenir simultanément contracturés? Or n'est-ce pas ce qu'on voit aussi dans certains cas de compression de la moelle à la suite du mal vertébral de Pott? Là aussi il y a des paraplégies qui se résolvent dans des contractures, et *vice versâ*. Eh bien! la contracture, dans ces cas, se produit avec la même lenteur que la contracture syphilitique. M. Ricord paraît donc avoir été induit en erreur parce qu'il a comparé les contractures syphilitiques avec celles qui surviennent brusquement pendant les convulsions produites par des affections aiguës du cerveau et de la moelle, au lieu de les comparer avec les contractures chroniques qui dépendent des lésions chroniques et mécaniques de la moelle ou des nerfs. Cette première méprise dans les choses a conduit l'honorable professeur à en commettre une seconde dans les termes, et celle-ci n'est pas moins importante à signaler (toujours au point de vue du traitement). Il appelle cette sorte de contracture une *rétraction*, parce que, dit-il, le muscle a changé de texture, d'organisation. Cependant il reconnaît, quelques lignes plus loin (1), que quelquefois, « avant que le tissu musculaire soit

(1) Gazette des Hôpitaux, 3 janvier 1846, p. 2.

dégénéré, il peut se faire une révolution telle que le muscle soit ramené à un état d'intégrité parfaite; les mouvements alors redeviennent possibles. » Il n'y avait donc pas dans ces cas les caractères auxquels il réserve le nom de rétraction. Cette petite contradiction suffit pour montrer que les faits ne sont pas tels que le professeur les théorise. C'est qu'en effet la cause syphilitique produit d'abord la contracture, c'est-à-dire le retrait simple, le plissement des fibres musculaires; puis à la longue le muscle se nourrit dans la condition de ce raccourcissement, lequel devient permanent et prend les caractères assignés depuis longtemps par l'un de nous à la *rétraction* véritable : raccourcissement permanent, transformation fibreuse et même cartilagineuse du muscle. La contracture et la rétraction sont donc deux modes, deux degrés, deux périodes distinctes nettement exprimées par des appellations différentes, lesquelles doivent être conservées pour la contracture et la rétraction syphilitiques comme pour la contracture et la rétraction ordinaires, suivant que le raccourcissement musculaire est récent, non encore organisé, ou suivant qu'il est ancien, permanent ou organisé. La cause syphilitique ne change pas le caractère général du fait, elle ne lui imprime qu'une modification corrélative à son action spécifique, et celle-ci ne s'exerce, comme toutes les causes éloignées des contractures en général, que sur les centres ou dépendances du système nerveux par l'intermédiaire desquels elle réalise toutes les modalités de la paralysie. La conclusion pratique de cette discussion est la suivante : c'est que lorsqu'il n'y a que contracture, c'est-à-dire simple raccourcissement de la fibre musculaire, il est indispensable, en même temps que l'on combat la maladie générale, de recourir au massage, aux extensions manuelles et mécaniques propres à empêcher que le raccourcissement ne devienne fixe et permanent, en un mot ne passe à l'état de rétraction proprement dite. Au contraire, lorsqu'il y a rétraction véritable, il ne faut pas s'épuiser en vains efforts, mais mettre d'abord la maladie générale hors de cause, puis cette dernière sûrement anéantie, recourir aux sections sous-cutanées et aux moyens auxiliaires propres à rendre aux parties leur direction normale. Comme on le voit, ceci est tout un chapitre de la pathogénie et du traitement des contractures syphilitiques.

2° RÉSECTIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES.

Il y a en ce moment à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roux, trois sujets auxquels ce chirurgien a pratiqué la résection des os du coude. A l'occasion de ces opérations, il a discuté les avantages de la méthode, comparée à l'amputation; il a recherché les meilleurs procédés, examiné successivement les articulations où elle réussit le mieux. Le professeur a semblé vouloir résumer tout ce qu'il faut savoir sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Il faut le dire tout d'abord, nul ne personnifie mieux, suivant nous, que le professeur de l'Hôtel-Dieu cette chirurgie habile mais irréfléchie, brillante mais désastreuse, qu'il faut chercher à ramener à la considération des causes morbides, et il n'est d'ailleurs aucun sujet plus propre à prouver ce que nous venons de dire et à montrer l'utilité de la réforme dont nous voulons parler, que la question des résections articulaires.

M. Roux, avons-nous dit, a passé en revue toutes les méthodes et procédés opératoires; il a discuté les chances de résections appliquées à telle ou telle articulation, il n'a omis qu'une chose, savoir : l'indication à l'opération elle-même. Pour lui le malade, la maladie, ne sont que des termes abstraits et absolus : l'articulation à opérer est tout. Il semble qu'il s'agisse simplement de deux morceaux de bois à mieux ajuster, et dont l'ajustement ou la restauration réussit mieux à l'aide de telle ou telle incision, de tel ou tel instrument, et dans tel ou tel point du squelette. Les motifs et la pratique elle-même du chirurgien sont dignes de cette manière d'envisager la maladie, le malade et l'opération. Ainsi, à l'occasion d'une pauvre femme atteinte de deux tumeurs blanches aux coudes, le professeur se décide à la résection, parce que, d'un côté, la maladie a produit une ankylose, et que, de l'autre, il pourrait bien en advenir autant. Citons ses paroles : « Certes, » dit-il, il ne serait pas impossible que par l'*intervention de la nature*, » l'affection, de ce côté, ne se terminât, comme celle du côté gauche, par » ankylose : raisonnons un moment dans cette hypothèse. Représentez- » vous cette malheureuse femme, jeune encore, déjà affectée d'une ankylose du côté gauche et *guérissant* du côté droit avec ankylose également, » avec immobilité complète de l'articulation du coude. Ne serait-ce pas, je » vous le demande, un spectacle bien affligeant, une situation tout à fait » digne de pitié, et ne devons-nous pas *à tout prix* chercher à la prévenir? » Deux ankyloses des coudes, à angle obtus, ne permettraient à cette mal- » heureuse de se servir de ses bras que pour un nombre fort restreint des » actes journaliers de la vie (1). » On le croira à peine, en s'apitoyant sur le sort de cette malade, menacée d'une double ankylose et condamnée à ne pouvoir exécuter qu'un certain nombre d'actes journaliers, il n'est pas venu un seul instant à l'esprit du chirurgien de se demander s'il ne valait pas mieux encore vivre en cet état par l'*intervention de la nature* que de mourir du bienfait d'une résection. Et en effet, il ne s'est nullement inquiété, en thèse générale pas plus que pour le cas particulier, que la plupart des malheureux dont on resèque les articulations sont des tuberculeux, des phthisiques, dont la maladie locale n'est qu'un symptôme de l'affection générale. La seule chose de ce genre que M. Roux ait prise en considération, c'est que « dans l'*immense* majorité des cas, c'est pour des *tumeurs blanches* des articulations qu'il a pratiqué les résections; » et il y a pris garde pour faire remarquer que les *tumeurs blanches* se *terminent* fréquemment par ankyloses. Or tout le monde sait aujourd'hui que la majorité des cas désignés par ce terme vague de *tumeurs blanches* — terme que M. Roux prédilectionne, dit-il, à cause même du vague qu'il exprime — sont causés par l'affection tuberculeuse, c'est-à-dire par une affection presque générale et qui, lorsqu'elle a été repoussée sur un point, reparaît sur un autre; par une affection qui est à la fois ou sera une phthisie vertébrale pulmonaire ou intestinale; en un mot une collection de symptômes dont le mal est dans tout l'organisme et le remède ailleurs que dans une résection.

Pour justifier ce que cette prise à partie pourrait avoir de trop direct en apparence, nous dirons que c'est pour faire mieux ressortir les abus de l'école dangereuse contre laquelle on ne saurait trop s'élever que nous l'attaquons corps à corps dans un de ses représentants les plus considérables. Nous pouvons d'ailleurs justifier pleinement en fait ce qui précède, en indiquant avec précision ce qui est arrivé dans les trois cas qui ont été l'occasion des considérations de M. Roux et de nos remarques.

Le premier malade opéré au mois de janvier 1845 avait, trois semaines ou un mois après l'opération, des *hémoptysies abondantes:* elles ont persisté. Aujourd'hui il a des *cavernes pulmonaires;* il est encore dans le service avec quatre ou cinq fistules au coude opéré.

Le second sujet est la femme opérée dans le courant de décembre dernier pour prévenir une seconde ankylose. Elle avait des tumeurs blanches aux coudes depuis plusieurs années; depuis trois mois irrégularité dans la menstruation, maigreur extrême, faiblesse générale, chairs molles. En novembre, *hémoptysie*, toux, douleurs vagues dans la poitrine. Elle porte aujourd'hui une fistule au coude opéré; elle s'est levée il y a quelques jours pour la première fois seulement.

Enfin le troisième, qui paraît être dans de moins fâcheuses conditions générales, a des abcès au coude reséqué.

Ces résultats ont-ils besoin de commentaires?

3° RÉSECTIONS DANS LES CAS DE FRACTURES COMPLIQUÉES. — DE QUEL CÔTÉ FAUT-IL APPLIQUER LES ATTELLES DE SUPPORT?

Un autre côté non moins intéressant de la question des résections articulaires est celui qui a trait aux résections dans les cas de fractures compliquées. Ici, comme précédemment, le point capital est toujours l'indication et le résultat. Voici un fait propre à éclairer la question à ce double point de vue :

LUXATION COMPLIQUÉE DU PIED EN DEDANS. — FRACTURE DE LA MALLÉOLE EXTERNE. — RÉSECTION DU TIBIA. — MORT.

Obs. — Un chartier bien constitué, 53 ans, conduisait une voiture : ses trois chevaux se tournent brusquement vers lui et l'un d'eux le frappe du pied au bas de la jambe droite avec tant de violence qu'il tombe sur le coup. Il est porté à la Charité, service de M. Velpeau. On constate une luxation complète en dedans, l'extrémité du tibia proéminant à travers une large déchirure de la peau, et la malléole externe fracturée et complétement séparée de l'os est perdue dans les chairs. Le pied était tellement renversé que la face plantaire regardait tout à fait en dedans et se trouvait remontée le long du bord interne du tibia, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de son extrémité. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie...

M. Velpeau pratique immédiatement la résection de l'extrémité inférieure du tibia à 3 centim. environ de sa terminaison; le pied est ramené immédiatement dans sa position, et on l'y maintient à l'aide d'une attelle placée à la partie interne de la jambe (pansement simple). Deux jours plus tard bandage dextriné soutenu par deux attelles placées à la partie interne de la jambe et croisées au pied à angle droit. Les jours suivants, douleurs vives, suppuration abondante, pansement régulier de la plaie à travers l'ouverture laissée au bandage; aggravation progressive des accidents, symptômes de résorption purulente, mort.

A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente de tout le membre et des abcès métastatiques dans le poumon. L'inspection microscopique fait constater des globules de pus dans le sang des veines caves supérieure et inférieure (1).

Ce fait, considéré d'une manière générale, n'offrirait rien d'extraordinaire : la mort s'explique bien par la gravité des accidents, du moins eu égard aux méthodes de traitement employées jusqu'ici. Mais parmi les moyens mis en usage, il en est deux qu'il importe de signaler comme con-

(1) Gazette des Hôpitaux, 2 décembre, page 585.

(1) Ibid., 13 janvier 1846, p. 19.

situant, à notre avis, deux pratiques contraires aux indications et aux règles d'une bonne chirurgie ; nous voulons parler de la résection du tibia et de la pose des attelles de soutien du côté interne, côté de la luxation.

La résection n'était point, suivant nous, indiquée ; elle était inutile et elle n'a fait qu'ajouter aux complications déjà fort graves de l'accident. Inutile, parce qu'on pouvait, en faisant la section sous-cutanée des tendons, obtenir la réduction de la luxation qu'on a voulu rendre plus facile par la résection ; or, si le blessé eût survécu, de quel service lui eût été l'articulation du pied sans malléoles interne et externe ? On peut très-bien se dispenser de montrer en quoi cette opération intempestive a ajouté aux complications de ce cas déjà si grave.

L'application des attelles de soutien du côté correspondant à la luxation est une erreur plus positive et d'un ordre plus général. Que se propose-t-on par l'application de ces attelles. De maintenir le pied réduit et de s'opposer à la tendance qu'il a à se reluxer. Il faut donc employer, dans ce but, le plus de forces possibles avec le moins d'effort dépensé, car l'effort, c'est la compression, c'est la douleur. Or, lorsque le pied est luxé en dedans, c'est-à-dire la face externe renversée en dehors et la face plantaire regardant en dedans, n'a-t-on pas à remplir incidemment et passagèrement l'indication qui se présente d'une manière permanente dans le traitement du pied-bot varus ? n'a-t-on pas à ramener et à maintenir le pied en dehors ? Que fait-on dans ce cas ? S'avise-t-on de mettre les attelles ou les tiges de rappel du côté interne ? Non sans doute, par la raison qu'on ne produirait par une pression directe très-forte, et par conséquent très-douloureuse, qu'une très-petite portion du résultat obtenu beaucoup plus facilement à l'aide d'un levier externe, lequel agit en raison de la longueur de son bras, sans pression, sans effort et d'une manière incessante et graduée. Ce n'est là, du reste, qu'une application de la théorie de l'attelle interne pour la fracture du péronée.

4° HYGROMA PRÉROTULIEN. — MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

On s'occupe aujourd'hui de toute part de subsituer aux pratiques anciennes, c'est-à-dire aux incisions directes et à découvert, des méthodes propres à prévenir l'action de l'air dans le traitement des hydarthroses et des collections péri-articulaires. Ces diverses tentatives sont autant d'hommages rendus aux principes établis et mis en évidence par une nouvelle méthode, mais ce sont en général autant d'emprunts déguisés ou de contrefaçons qui offrent généralement les inconvénients de ce genre d'invention. Voici un fait bien propre à montrer la justesse de ces remaques :

HYGROMA PRÉROTULIEN. PONCTIONS PAR LA MÉTHODE DITE DE M. BAUDENS.

OBS. — Au n° 5 de la salle 31 des gardes municipaux est couché un garde qui s'est présenté avec une tumeur molle de la grosseur du poing, fluctuante, sans rougeur, sans chaleur, siégeant à la région antérieure du genou, en avant de la rotule, qu'elle déborde dans tous les sens. Le billet d'hôpital porte : hydarthrose du genou ; mais un examen attentif fit bientôt reconnaître que l'articulation était saine.

Vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, ce militaire a fait, sur le genou, une chute dont il ne s'est pas préoccupé, et aujourd'hui encore il ne peut indiquer ni la cause, ni la date de la tumeur dont il est porteur.

M. Baudens, dans une leçon clinique, émet l'opinion que la chute sur le genou a déterminé un épanchement de sang dans la bourse muqueuse prérotulienne. Le sang épanché peut, dit-il, donner lieu à des produits variables selon que la résorption porte sur les éléments solides ou sur les éléments liquides. Dans le premier cas, la tumeur reste liquide ; dans la seconde hypothèse, elle devient solide. Enfin, elle peut être mixte. C'est ainsi que M. Baudens l'a trouvée plusieurs fois composée d'un liquide de consistance et de couleur chocolat. Deux fois même, dans sa pratique, il y a rencontré des hydatides. Dans le cas actuel, la fluctuation est manifeste, le liquide fuit sous le doigt sans faire entendre le bruit de cuir bouilli propre aux hydatides. Tout porte à croire que le liquide est séreux, tel qu'on le trouve habituellement dans l'hydrocèle non compliquée. Vider la tumeur sans permettre à l'air d'y pénétrer, tel est le problème que M. Baudens s'est posé. Voici comment il l'a exécuté.

Il fit, à l'aide d'une bande, de haut en bas, à partir de trois à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule jusqu'au-dessous de cet os, une compression circulaire ; le liquide refoulé fit naître une tumeur dont les reliefs fortement accusés se traduisaient près de la crête du tibia. Une ponction directe fut alors pratiquée dans le lieu le plus déclive à l'aide d'un bistouri étroit, et en ayant soin de diviser les tissus profonds plus largement que la peau, afin de donner à la plaie la forme d'un infundibulum. Un liquide séreux, limpide, s'est immédiatement écoulé avec force ; un aide appliqua fortement l'une et l'autre main sur la tumeur, et celle-ci fut complétement vidée. Au moment où le liquide allait s'arrêter, le pouce, appliqué sur la plaie comme sur l'ouverture d'une saignée, ne permit pas à l'air de pénétrer ; deux morceaux de sparadrap remplacèrent le pouce ; une large et épaisse compresse remplaça la main de l'aide qui comprimait la tumeur, et le tout fut maintenu par des circulaires de bandes. Dix jours plus tard, la tumeur s'était reproduite, mais beaucoup moins volumineuse. Ponctionnée de nouveau, elle ne se reproduisit plus, et le malade sortit de l'hôpital un mois plus tard, sans avoir éprouvé le moindre accident, et radicalement guéri.

Reconnaissons d'abord toute la portée de ce fait. Il prouve d'une manière incontestable, après cent autres du même genre, qu'on peut très-bien guérir ces collections sans injections iodées, sans inflammations adhésives et au moyen seulement de ponctions faites de manière à affranchir les cavités ouvertes du contact de l'air et à favoriser la cicatrisation immédiate des plaies.

Le rédacteur de cette observation ajoute (1) : « On a proposé, de nos jours, » un trocart plat, muni d'un robinet que l'on introduit dans la poche par un » trajet oblique et long de plusieurs centimètres. Sans doute on ne saurait » trop se préoccuper de l'introduction de l'air ; mais ce trocart offrant dans » la pratique plus de difficultés que le moyen employé par le chirurgien en » chef du Val-de-Grâce, sans être plus efficace, le procédé que nous venons » d'exposer nous semble préférable. »

Ce passage, que nous reproduisons textuellement, renferme trois inexactitudes : 1° On n'a point proposé de nos jours un *trocart plat*, etc., mais une méthode et des principes, à l'aide desquels on peut, en variant à l'infini les procédés, les moyens d'application, les instruments, remplir le même but, savoir, ponctionner toutes les tumeurs, les articulations, diviser les tissus sous la peau sans courir les risques de l'inflammation suppurative. 2° Le trocart plat proposé n'offre aucune difficulté quand il s'agit de collections étendues ; et quand les collections sont réduites, l'auteur de la méthode emploie une sonde cannelée à dard ou bistouri cannelé à dard, au moyen duquel il produit toujours et de la manière la plus facile à travers un pli de la peau, l'évacuation des petites tumeurs. 3° D'après ce qui précède, il ne viendra à l'idée de personne que l'*invention* du chirurgien du Val-de-Grâce soit un perfectionnement.

5° OBLITÉRATION DU VAGIN. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Le hasard vient quelquefois trancher d'un seul mot des difficultés qui ont occupé fort longtemps des esprits sérieux. On se rappelle qu'il a été proposé comme moyen de remédier aux fistules vésico-vaginales d'oblitérer le vagin, et on n'a peut-être pas oublié non plus dans quels termes et avec quelle conviction la GAZETTE MÉDICALE a combattu cette étrange proposition, qui a eu quelques instants les honneurs d'une discussion académique. Voici un fait bien propre à montrer de quel côté étaient le sentiment de la vérité et la prévision des événements :

OBLITÉRATION SPONTANÉE DU VAGIN CONSÉCUTIVE A UNE SUPPURATION DE CE CONDUIT.—ACCIDENTS DÉPENDANT DE CETTE OCCLUSION.—FISTULE VÉSICO-VAGINALE SURVENUE ACCIDENTELLEMENT PAR LE FAIT DU CHIRURGIEN.—TENTATIVES DE GUÉRISON PAR DIVERSES MÉTHODES.—AMÉLIORATION.

OBS. I. — Catherine Trumot, âgée de 35 ans, mariée depuis quatre ans, née à Rouge (Indre). Elle est forte et vigoureuse. Il y a dix-huit mois elle eut un accouchement très-pénible : l'enfant, dit-elle, resta trois jours au passage. Les suites de cet accouchement furent longues : le vagin était le siége d'une suppuration qui persista longtemps ; la malade dit que l'on introduisait des mèches pour s'opposer à l'oblitération complète de ce conduit. Malgré ce traitement, ces suites et le traitement qui en fut la conséquence durèrent dix mois, au bout desquels elle eut une oblitération complète du vagin. Jusque-là, au dire de la malade, les menstrues n'avaient point reparues ; mais bientôt un mouvement fluxionnaire se fit du côté de l'utérus. Dès lors des douleurs intolérables se firent sentir dans la région hypogastrique et dans toute la cavité abdominale ; des vomissemens se manifestèrent. Ces phénomènes rapportés par la malade ont été constatés par M. Lambron, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, lequel avait adressé la malade à M. Blandin. Un médecin du pays fut appelé près de cette femme. Il pensa qu'à l'aide d'une opération il pourrait rétablir le cours naturel des règles et détruire l'oblitération du vagin existante ; mais au milieu de son opération, alors qu'il cherchait à désunir la paroi supérieure de la paroi inférieure du canal oblitéré, il vint un flot d'urine, et depuis ce moment la malade n'a cessé de rendre ce fluide par cette voie anormale. Toutefois le cours normal des règles n'aurait point été rétabli par cette opération, cela ne serait venu que plus tard et par les efforts de la nature, mais la malade rend mal compte de son état. M. Lambron, à qui plus tard elle s'est adressée, tenta plusieurs moyens de la guérir : il fit la suture et la cautérisation, mais ce fut sans succès ; c'est alors qu'il adressa cette femme à M. Blandin et qu'elle fut placée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 27, le 6 octobre 1845.

On l'examina avec soin ; on constata que les parties externes de la génération étaient rouges, enflammées, excoriées ; les poils des grandes lèvres étaient recouverts des sels de l'urine ; le lit était complètement mouillé ; le doigt introduit dans le vagin ne pénétra qu'à une petite profondeur ; un examen attentif et répété à plusieurs reprises fait reconnaître une fistule vésico-vaginale d'un centimètre au moins d'étendue à 3 ou 4 centimètres au delà de l'orifice externe du méat. Le vagin est retiré, les parois en sont fermes, inextensibles. Enfin on découvre, sur la paroi inférieure et à droite de cet organe, un pertuis par lequel s'engage l'extrémité d'une sonde de femme et qui permet l'écoulement des règles. L'utérus ne paraît pas malade.

Depuis l'entrée de la malade jusqu'au 21 novembre, tous les soins du chirurgien se portèrent sur les accidents que la maladie avait fait naître ; des bains,

(1) GAZETTE DES HÔPITAUX, 13 janvier 1846.

des onctions de corps gras finirent par faire cesser tous ces accidents secondaires.

Des tentatives ont été faites pour dilater le canal qui donne passage aux règles; mais elles durent être cessées promptement à cause des accidents qu'elles firent naître; en effet, sous l'influence de l'introduction d'une mèche grosse comme une plume, on vit apparaître un frisson violent et une réaction fort intense et qui n'eut d'ailleurs aucune suite.

Sous l'influence du traitement que nous avons mentionné tous les phénomènes consécutifs à la fistule disparurent; et le 21 novembre M. Blandin en fit la suture; l'avivement fut pénible; la rigidité de la vulve s'opposait aux manœuvres nécessaires en pareil cas. Dès qu'elle fut faite, des fils furent passés de la façon indiquée par M. Bérard dans la staphylorhaphie et furent liés sur deux petits morceaux de diachylon. En un mot, on fit la suture enfermée; une sonde fut introduite dans la vessie et la malade couchée sur le ventre; mais elle fut tellement indocile que l'on fut obligé d'ôter la sonde dans la crainte de voir survenir des accidents dus à la présence de cet algali; néanmoins au bout de cinq jours on ôta les fils et on constata que l'opération avait un peu diminué l'étendue de la fistule; d'ailleurs l'opérée gardait un peu d'urine dans la vessie, qu'elle rendait ensuite normalement, ce qu'elle ne faisait pas avant l'opération. M. Blandin eut alors recours à la cautérisation avec le fer rouge; elle fut pratiquée à deux reprises, mais la malade ne voulut plus s'y soumettre et quitta l'Hôtel-Dieu.

6° NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA LIGATURE DE LA LANGUE.

La science compte assez peu de cas de guérisons authentiques de cancers de la langue, par amputation ou ligature, ce qui n'empêche pas les chirurgiens de rivaliser de zèle dans la recherche de procédés propres à effectuer cette opération. Le cas que nous allons rapporter, dans lequel une première tentative a été suivie du retour du mal, est propre à donner quelque poids à nos réserves contre la valeur de la méthode, tout en fournissant une nouvelle preuve de la sagacité du chirurgien.

CANCER DE LA LANGUE; OPÉRATION; RÉCIDIVE; RÉOPÉRATION PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; GUÉRISON.

OBS. — Sophie Schranz, âgée de 20 ans, née en Bavière, non mariée, habitait Paris depuis quelques années. Son père est mort à 60 ans, sa mère à 45 ans. Elle a été réglée à 15 ans. A l'âge de 15 ans, elle a eu un gonflement de la langue qui a été traité par des sangsues; elle guérit complétement. Il y a quinze mois environ que le côté droit de l'organe du goût se tuméfia assez rapidement et devint douloureux; des applications de sangsues, des scarifications furent inutiles; des douleurs vives se manifestèrent, enfin la malade entra dans le service de M. Chassaignac à l'Hôtel-Dieu, vers la fin de 1844. Ce chirurgien pratiqua la ligature de la tumeur; cette dernière tomba sans accident grave, et l'opérée quittait l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1845, considérée comme complétement guérie. Mais dans le courant d'octobre de la même année, la cicatrice devint douloureuse; de petites végétations rouges fongueuses se manifestèrent et devinrent en même temps le siége d'élancements assez vifs. A son entrée dans le service de M. Blandin, salle Saint-Paul, n° 12, on constatait les phénomènes suivants: la santé générale est bonne, la langue est rétractée à droite, de petites fongosités cancéreuses se sont développées sur la cicatrice. L'opération fut faite le 11 novembre de la façon suivante: La malade se trouvant placée devant le chirurgien, ce dernier prit une aiguille à manche assez longue, mais droite et ayant un chas assez large; deux fils doubles ou triples, bien cirés et de couleurs diverses, sont passés dans ce chas. Cela fait, la langue étant relevée avec un crochet, on la traverse de bas en haut au-dessus de la partie malade. Ce temps de l'opération étant terminé, on dégage un des fils de l'aiguillette et on le confie à un aide; ce fil est destiné à couper la langue sur la ligne médiane. L'aiguille est restée en place, armée toujours d'un fil. On coupe alors ce dernier par sa partie moyenne, en laissant dans le chas de l'aiguille la partie inférieure; on y fait pénétrer également la partie supérieure du fil coupé; cela fait on retire l'instrument, comme si on voulait faire sortir de la langue l'aiguille et les fils qu'elle porte; mais dès qu'elle est arrivée vers la partie moyenne de l'épaisseur de cet organe, le chirurgien la porte transversalement à droite en passant au-dessus du mal; cela fait, on dégage les fils et on a une ligature ainsi constituée d'un même coup, à savoir: 1° un fil médian destiné à couper la partie moyenne de la langue; 2° deux fils latéraux qui en traversent l'épaisseur transversale, et forment un lambeau supérieur et un inférieur. Ce procédé, comme on le voit, permet de circonscrire facilement un espace triangulaire dans l'épaisseur de la langue d'une façon rapide et sans douleurs bien vives. Les ligatures furent serrées avec des serre-nœuds, et au bout de dix jours la partie de l'organe liée tomba mortifiée et sans accidents, si ce n'est une petite hémorrhagie qui survint la veille de la chute des fils. Des injections furent faites chaque jour pendant le temps que les ligatures restèrent en place, afin d'entraîner le détritus. Après la chute des fils, des cautérisations avec le nitrate d'argent amenèrent promptement la guérison de la plaie. La malade quittait le service de M. Blandin vers la fin de décembre 1845, parfaitement bien guérie. La langue seulement était assez fortement tirée à droite par le tissu des cicatrices, et la malade prononçait certains mots avec difficulté. Il est inutile de dire que pendant le traitement chirurgical qu'a subi cette malade, elle a été soumise à une alimentation liquide.

Cette ligature, telle que M. Blandin l'a pratiquée, a deux avantages incontestables: 1° elle est plus rapide et moins douloureuse; 2° elle amène avec plus de sûreté et moins de douleur la chute de la portion latérale, en ce sens qu'elle sectionne cette seconde portion.

L'espace nous manque pour discuter plusieurs autres questions pendantes et faire connaître quelques autres résultats nouveaux; ce sera pour notre prochaine revue.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE CHIMIE MINÉRALE, VÉGÉTALE ET ANIMALE; par BERZÉLIUS; traduction de MM. ESSLINGER et HŒFER (1).

La chimie semble prendre une direction si vicieuse, que rien n'est plus utile que la publication d'un traité où sont développés les bons principes et où les points de vue d'ensemble font raison, pour ainsi dire, des trop nombreux travaux de détail qui caractérisent la science depuis quelques années. Il serait, en effet, fort difficile de dire quand cette impulsion s'arrêtera. Tous les savants qui s'occupent spécialement de chimie ne semblent se proposer pour but que de constater de nouvelles combinaisons dans la matière. Une fois qu'ils sont parvenus à un résultat, quelque petit qu'il soit, ils s'en font un titre de gloire et croient avoir ajouté quelque chose de plus à la science, lorsqu'ils ne sont parvenus, au contraire, qu'à l'embarrasser de faits inutiles autant sous le rapport théorique que sous celui des applications. On a même poussé si loin les choses dans cette direction, qu'il est impossible à l'esprit le plus spécial de se tenir au courant de toutes les prétendues découvertes qui se sont faites depuis peu de temps et de toutes celles qui se font encore. Ainsi, à force de vouloir enrichir la science, on a fini par lui faire contracter une sorte d'hydropisie monstrueuse (qu'on nous permette cette expression) qui finirait par la tuer si on n'y portait un prompt remède. La réaction n'est pas, sans doute, près de se produire; mais on s'aperçoit déjà de l'existence du mal, et c'est assez pour qu'on songe bientôt aux moyens de le guérir.

En publiant, vers la fin de sa longue et féconde carrière scientifique, le traité qui est sous nos yeux, Berzélius n'a pas eu, sans doute, pour but de commencer une réaction favorable aux vrais progrès de la chimie; mais les traducteurs, MM. Esslinger et Hœfer, ne sont pas restés peut-être étrangers à cette pensée. Ils sont témoins l'un et l'autre de ce qui se passe chaque jour dans nos académies, de la direction vicieuse de ceux qui pourraient employer avec tant de succès, leur zèle et leur intelligence, s'ils savaient prendre une autre route; et ils ont dû croire, par conséquent, que la publication du testament scientifique de Berzélius, comme le chimiste suédois appelle lui-même son traité, était un service à rendre à la chimie moderne, surtout en ce moment.

Jamais choix, d'ailleurs, ne pouvait être mieux fait pour agir sur l'opinion avec l'autorité d'un nom important dans la science. Depuis Lavoisier, Berzélius est peut-être celui qui a le plus contribué aux progrès de la chimie. Il y a, sans doute, Dalton, Davy, Thénard, Gay-Lussac, Mitscherlick, et tant d'autres dont les travaux ont produit les plus beaux résultats et changé pour ainsi dire la face de cet ordre de connaissances; mais Berzélius a peut-être plus fait qu'eux, en ce qu'il n'y a guère de partie de la science à laquelle il n'ait payé un tribut plus ou moins considérable. Il serait trop long d'énumérer tous ses travaux; il faudrait feuilleter pour cela les annales de la chimie depuis un demi-siècle. Ce savant a rendu toutefois des services trop éclatants pour ne pas s'arrêter un moment à ceux dont il peut s'honorer le plus; il a contribué d'abord à la découverte de ces nombreux corps simples qui ont étendu dans ces derniers temps, le domaine de la chimie; il est l'auteur de recherches très-importantes sur l'azote auquel il a donné le nom caractéristique de nitrogène, et sur le soufre et ses composés; il a concouru à créer et à faire admettre dans la science, cette sorte de langage algébrique qui permet d'exprimer, avec autant de concision que de netteté, les diverses proportions des matériaux chimiques du corps; enfin, et ceci est un de ses plus beaux titres, Berzélius a fait faire un grand pas à l'électro-chimie, en étudiant, sous plusieurs points de vue, ce moyen d'action si puissant, qui laisse bien loin derrière lui l'eau et la chaleur, ces deux ressources de l'ancienne chimie. Ainsi c'est lui qui a classé les corps simples suivant leurs propriétés électriques, depuis l'oxygène, qui est le corps le plus doué d'électricité positive, jusqu'au potassium, qui est la substance électro-négative par excellence. Avant que ce chimiste eût fait connaître ces résultats, on ignorait entièrement la vraie loi des affinités; depuis cette époque, beaucoup de difficultés se sont aplanies, et on peut, dans le laboratoire, imiter jusqu'à un certain point les procédés et les merveilleux produits de la nature, comme le font si heureusement M. Mitscherlick en Allemagne et M. Becquerel dans

(1) En vente chez Firmin Didot frères, libraires, rue Jacob, 56.

notre pays. Ces découvertes remontent d'ailleurs, à une époque très-éloignée. Berzélius s'occupait déjà d'électro-chimie dès le commencement du siècle; car deux années après que Nicholson et Carlisle eurent annoncé que, pendant la décomposition de l'eau par la pile, le gaz oxygène et le gaz hydrogène se séparent pour se rendre, le premier au pôle positif, le second au pôle négatif (c'était en 1802), le chimiste suédois démontra, de la manière la plus évidente, que ces phénomènes s'opèrent sous l'influence de lois déterminées, et que, dans les sels, par exemple, les bases se rendent au côté négatif et les acides ou les corps combustibles au côté positif. Ce ne fut cependant que seize ans après, en 1818, que Berzélius publia sa théorie électro-chimique telle qu'il l'enseigne encore et que la science l'a adoptée. Sans entrer dans d'autres détails sur les services que ce savant a rendus à la chimie, ceux-là suffisent pour justifier la haute renommée dont il jouit parmi les hommes éclairés de tous les pays.

Le traité de chimie dont Berzélius a déjà donné cinq éditions peut être aussi considéré comme un de ses glorieux titres. Il ne s'agit pas seulement de trouver, il faut encore savoir faire profiter les autres de ce qu'on trouve; le savant n'est complet que lorsqu'à l'art difficile d'apprendre il joint l'art non moins difficile d'enseigner. Or le traité, que MM. Esslinger et Hœfer viennent de traduire dans notre langue, sur l'édition la plus récente et la meilleure par conséquent, est fait principalement dans ce but. A l'imitation de tant de savants qui ne publient de traités que pour plaider la cause de leurs doctrines et battre en brèche les idées de leurs adversaires, M. Berzélius n'a pas pris la plume pour ne songer uniquement qu'à lui. Dans son œuvre, il tient constamment dans sa main la balance de la justice; et comme un historien impartial qui raconte les faits sans les interpréter, il dispose si bien ceux qu'il présente, que le lecteur peut facilement y puiser les croyances théoriques les plus probables, et s'y faire une conviction. Pour arriver à ce résultat qui ne manque pas de difficultés, surtout quand le livre qu'on écrit est adressé aux savants comme aux ignorants, à ceux qui savent déjà comme à ceux qui commencent à savoir, l'auteur s'est écarté de la méthode ordinaire. Voici en effet en quoi consiste la sienne. Loin de procéder suivant ce qu'on appelle l'ordre logique, c'est-à-dire du connu à l'inconnu, Berzélius a préféré, en homme expérimenté, grouper les faits au lieu de les disséminer, montrer les rapports au lieu de les faire attendre, avancer le moment où l'intérêt se développe plutôt que de le reculer jusqu'au dernier chapitre du traité. Une telle méthode est très-bonne pour ceux qui sont déjà initiés aux connaissances chimiques, mais elle est surtout excellente pour cette classe impatiente et inattentive des commençants qui se décourage dès les premières difficultés, si elle ne peut entrevoir ni le but ni les avantages de la science qu'elle étudie. Tout le monde sait qu'il faut amuser le lecteur pour le fixer; mais en toutes choses il y a toujours très-loin du principe à l'application, et bien que cet axiome soit passé à l'état vulgaire, peu d'écrivains ont suivi, du moins dans la science, l'excellent procédé de Berzélius. C'est donc un utile exemple que le chimiste suédois a donné. Il en a donné un second qui mériterait aussi d'avoir beaucoup d'imitateurs : celui-ci consiste à ne pas encombrer, sous prétexte d'être complet, les monographies des substances et la longue histoire de combinaisons, de faits ou de détails sans importance. Ce qu'il importe au lecteur de ne pas ignorer, c'est ce qui apprend réellement quelque chose. Or, dans la plupart des sciences, et en chimie surtout, il y a certaines recherches que l'amour-propre de l'auteur ou l'engouement du public ont élevé gratuitement au rang des découvertes, et qui présentent certainement aussi peu de valeur que d'utilité. Ce sont ces obstacles, si embarrassants pour l'écrivain qui fait un traité complet sur une division des connaissances humaines, que Berzélius a su sagement écarter. Aussi son ouvrage ne brille pas seulement par les avantages évidents de la méthode, mais encore par cette autre qualité si rare dans les écrits contemporains, qu'on la recherche le plus souvent sans avoir l'espoir de la découvrir.

Malgré le choix éclairé des faits qui distingue le TRAITÉ DE CHIMIE de Berzélius, et qui semblerait devoir le renfermer dans des limites assez restreintes, il comptera huit volumes. Rien n'est plus naturel, et nous pouvons ajouter aussi plus nécessaire. L'auteur ne traite pas seulement de la chimie minérale dans ce grand ouvrage, mais des deux autres chimies, la végétale et l'animale, qui sont de la plus haute importance, et ont été, dans ces derniers temps, l'objet de remarquables travaux. La livraison que nous avons sous les yeux, et qui commence la série de celles qui se succéderont sans doute rapidement, renferme en quelque sorte les prolégomènes de la chimie générale. Les progrès que les travaux contemporains ont imprimés à la physique donnent un intérêt tout particulier à cette partie de l'œuvre, qui du reste a été traitée par l'auteur avec le plus grand soin. Berzélius n'y suit pas plus les divers auteurs des traités de chimie dans la manière de présenter et de considérer les faits, qu'il ne les imite dans leur méthode. Ainsi, il tient surtout à ce que les mots qu'il emploie soient les exacts représentants des idées, dût-il les créer lui-même, pour que le lecteur ne prenne jamais le change sur le vrai sens des choses qu'il doit successivement classer dans son esprit. En voici un exemple : au lieu d'appeler les fluides comme la lumière, l'électricité, etc., du vieux nom d'incoercibles que leur a infligé l'ancienne physique, il les appelle *dynamides*, car ils représentent pour lui les forces qui agissent constamment sur la matière, et lui font contracter l'infinie variété de formes et de combinaisons que la chimie cherche à reproduire et à s'expliquer. Mais Berzélius ne se borne pas à cette exactitude si rare, et pourtant si essentielle dans les ouvrages de science; il s'efforce encore d'être aussi complet que possible, en tenant compte de ces conjectures que l'impatience de l'esprit fait naître longtemps avant qu'elles aient reçu le cachet de la démonstration. Il procède ainsi dans la question des fluides. Il déclare en effet que les quatre agents dynamiques, la lumière, le calorique, l'électricité et le magnétisme, peuvent très-bien être les effets différents d'une cause première, et que la dissemblance de leurs phénomènes n'est probablement que le passage plus ou moins prompt d'une modification à une autre. Tout le monde ne jugera pas peut-être aussi favorablement que nous cette manière de procéder; mais nous aimons les auteurs qui n'enferment pas ceux qui les lisent dans l'étroite circonscription du fait et des expériences. Il faut laisser quelque essor à la pensée, si on veut qu'elle découvre quelque chose. Et puis un livre qui veut vivre ne doit pas seulement constater le présent, il doit aussi quelques pages aux prophétiques instincts de l'avenir.

La chimie inorganique sera comprise entièrement dans les trois premiers volumes; les suivants seront consacrés à la chimie organique. Ainsi Berzélius donne une place considérable à cette partie de la science de la composition et de la décomposition des corps, qui intéresse si vivement les hommes de notre profession. D'ailleurs, cette part lui était due. Depuis vingt ou trente ans, en effet, la chimie organique a été l'objet de recherches si multipliées et même si sérieuses, qu'elle a acquis une certaine valeur; elle présente aujourd'hui des données assez satisfaisantes pour jeter quelque lumière sur des problèmes de la nature organisée. Ce n'est pas à dire pour cela que les travaux modernes aient produit de grandes choses dans cette diffi cile direction. Il y a un obstacle qu'on ne renversera peut-être jamais et qui s'oppose à des investigations aussi complètes que celles qu'on obtient, par exemple, dans la chimie inorganique : cet obstacle est l'ignorance complète où nous sommes des lois de la vie et des conditions essentielles de sa conservation. Il n'est pas dit cependant qu'il ne soit pas permis un jour de reculer les bornes du savoir jusqu'aux limites du possible; mais alors seulement la chimie organique pourra prendre le nom de science, car il n'appartiendra qu'à cette époque d'en systématiser les lois et les règles dans un ensemble satisfaisant. D'ici là les expériences se multiplieront, les faits s'accumuleront; quelques hommes, plus téméraires que le commun des travailleurs, hasarderont des lambeaux de doctrines; ces fragments de systèmes se corrigeront à la longue les uns par les autres, et une époque arrivera peut-être, comme le dit Berzélius, où il appartiendra aux penseurs du temps d'employer les matériaux acquis laborieusement à ériger paisiblement un système scientifique général qui sera conservé ou remplacé par d'autres qui auront sur lui l'avantage de présenter une plus grande perfection. Dans l'espérance de cet avenir, ce qu'il convient, c'est de bien choisir les faits, de les lier entre eux dans le meilleur ordre logique, et d'analyser les théories des divers auteurs avec les réserves qu'exige la prudence. C'est la voie qu'a suivie Berzélius, autant qu'on peut en juger du reste par les promesses de son introduction et par la manière de procéder de l'auteur qui se dessine si complétement dès les premières pages de son œuvre. Qu'ajouter de plus sur un traité que le nom seul du savant qui l'a publié met au-dessus de toute critique, si ce n'est de faire la part de ceux qui se sont chargés de sa traduction? Nous avons déjà nommé les deux jeunes savants qui ont entrepris de transporter dans notre langue, l'œuvre éminente du chimiste suédois. Ce sont MM. Esslinger et Hœfer qui se sont attachés à reproduire le plus littéralement possible la forme grammaticale de l'auteur, pour que rien, ni dans ses idées ni dans son style, ne pût échapper à l'appréciation des lecteurs français. Nous souhaitons que MM. Esslinger et Hœfer terminent leur tâche comme ils l'ont commencée : c'est leur souhaiter un succès.

ED. C.

— MÉLANGES DE CHIRURGIE; par J.-E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'école de médecine de la même ville; ouvrage contenant : 1° la *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon* pendant six ans, avec des mémoires sur la lithotritie, les amputations, la cure des anévrismes par la galvano-puncture, etc.; 2° l'*Histoire médico-chirurgicale de cet hôpital* depuis sa fondation en 542 jusqu'à nos jours, d'après ses propres archives manuscrites; 3° l'*Histoire spéciale de la syphilis* dans cet hospice, de 1496 à 1804, d'après des documents inédits, etc. — Un vol. in-8°, 1845. Prix : 4 fr. 50 c. — Paris, chez J.-B. Baillière; Lyon, chez Dorier, quai des Célestins, 51.

Les titres seuls des sujets traités dans cet ouvrage disent tout l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle publication de notre fécond et savant confrère.

VARIÉTÉS.

— La haute commission des études médicales, après vingt séances de quatre heures chacune, a terminé ses travaux le dimanche 11 de ce mois. Si nous sommes bien informés, voici, sur les points principaux soumis à ses délibérations, quelles seraient ses conclusions :

1° Le concours dans les facultés pour la nomination des professeurs; jury exclusivement composé de professeurs.

2° Concours dans les écoles préparatoires; jury composé de professeurs de ces écoles, d'un professeur de faculté comme président, et d'agrégés de faculté.

3° Examen à la fin de chaque année d'études, et après cinq ans d'études six examens et une thèse : le nouvel examen sur les accouchements. A cet effet, les maternités seront ouvertes pendant six mois aux étudiants en médecine et six mois aux élèves sages-femmes.

4° Écoles préparatoires conférant, après deux années d'études, le grade de bachelier en médecine, lequel ne donne point le droit d'exercer.

5° Des cours de clinique durant toute l'année. Les administrateurs des hôpitaux seront tenus de fournir pour chaque clinique des salles d'hommes et de femmes distinctes et un amphithéâtre.

6° L'enseignement de la médecine sera libre. Tout docteur en médecine ou pharmacie reçu pourra enseigner sans autorisation préalable. Le ministre pourra, après avis du conseil de l'Université, accorder à ceux qui ne seraient pas munis d'un diplôme la faculté d'enseigner.

7° Le double baccalauréat reste obligatoire comme il est, si ce n'est que les écoles préparatoires ne pourront admettre que des élèves bacheliers ès lettres.

8° Un seul ordre de médecins et des médecins cantonnaux. Il y aura des boursiers aux frais de l'État avec dispense de la loi du recrutement et obligation pour eux de servir l'État pendant huit ans, moyennant un traitement fixe payé en partie par les communes, par le département et par l'État. Les places de médecins cantonnaux seront données après concours, et les boursiers seront obligés de concourir;

9° Il y aura deux classes de médecins étrangers : la première comprendra les notabilités; ils pourront être autorisés à exercer en France par une ordonnance du roi après avis des facultés, du conseil de l'Université et du conseil d'État; dans la seconde classe seront les praticiens ordinaires, lesquels, pour être autorisés à exercer, subiront tous les examens, mais ils seront dispensés du temps d'études;

10° L'institution des colléges médicaux. Il y aura un collége par département composé de tous les médecins du département : ceux-ci éliront un conseil médical dont les membres seront nommés par le ministre sur une liste double. Les attributions de ces conseils sont scientifiques et administratives, mais nullement disciplinaires; ils sont seulement chargés d'inciter le ministère public à faire exécuter les lois. Les détails sont parfaitement définis, et une bonne pénalité est appliquée à chacun d'eux.

— CONCOURS D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE. La première partie des épreuves est terminée. Rappelons d'abord que les épreuves sont au nombre de cinq : 1° une composition écrite, même sujet pour tous les candidats, traitée à huis clos dans l'espace de cinq heures, et lue ensuite, à tour de rôle, en séance publique; 2° leçon orale d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation; 3° leçon orale d'une heure, après trois heures de préparation, à huis clos; 4° préparation anatomique faite à huis clos, et leçon publique sur le sujet de la préparation; 5° thèses et argumentations. Toutes ces questions, ainsi que le tour de chaque candidat, sont toujours désignés par le sort. L'appréciation des titres antérieurs des candidats n'aura lieu qu'après la série des épreuves.

Le sujet de la composition écrite était : *La peau*. Toutes les leçons sont terminées. Voici les sujets de chaque leçon en regard du nom des candidats qui les ont traitées :

Noms des candidats.	Première leçon.	Deuxième leçon.
MM. Duméril :	*Les appareils sécréteurs en général.*	*Le foie.*
Chassaignac :	*L'appareil de l'audition.*	*Le foie.*
Bourgery :	*L'appareil de la vision.*	*Articulation de la tête avec la colonne vertébrale.*
Desprets :	*L'appareil digestif en général.*	*Articulation de la tête avec la colonne vertébrale.*
Gosselin :	*Du centre nerveux encéphalo-rachidien.*	*Le testicule, le canal déférent et la vésicule séminale.*
Giraldès :	*Comparaison des membres supérieur et inférieur.*	*La vessie.*
Béclard :	*La main.*	*Les annexes de l'utérus.*
Sanson :	*L'appareil de la respiration.*	*Le testicule, le canal déférent et les vésicules spermatiques.*
Denonvilliers :	*Les organes des sens comparés entre eux.*	*Les annexes de l'utérus.*

Voici les sujets de thèses tirés au sort :

Noms des candidats.	Thèses.
MM. Gosselin :	*Le système nerveux ganglionnaire; ses connexions avec le système nerveux cérébro-spinal.*
Duméril :	*L'évolution du fœtus.*
Denonvilliers :	*Comparaison des deux systèmes musculaires.*
Sanson :	*Les articulations en général.*
Giraldès :	*Du degré d'utilité de l'anatomie comparée dans l'étude de l'anatomie humaine.*
Chassaignac :	*Les membranes muqueuses.*
Despretz :	*De la valeur des recherches microscopiques en anatomie.*
Béclard :	*Le système cartilagineux.*
Bourgery :	*Les annexes du fœtus et leur développement.*

— CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE DE MONTPELLIER. — Voici les questions auxquelles MM. les candidats ont répondu dans les épreuves :

Le sujet de la composition écrite a été : *Passer en revue les principales divisions de la pathologie externe, afin de montrer théoriquement les rapports principaux qui existent entre la médecine et la chirurgie.*

Dans la leçon après 24 heures de préparation, M. Guissac a traité *des kystes en général*; — M. Boyer, *de l'affection scrofuleuse au point de vue chirurgical*; — M. Alquié, *des tumeurs en général.*

Le sujet de la leçon dite improvisée a été commun à tous les candidats; il était ainsi rédigé : *Des corps étrangers dans les voies aériennes.*

Thèse de M. Guissac : *Des progrès que l'anatomie pathologique a imprimés à la connaissance des maladies chirurgicales.*

Thèse de M. Boyer : *Quelle est la part de la nature et quelle doit être celle de l'art de la guérison des maladies chirurgicales?*

Thèse de M. Alquié : *Apprécier les travaux de l'Académie de chirurgie.*

M. Boyer a été nommé à l'unanimité professeur de pathologie externe.

Le jury a accordé à M. Alquié une mention très-honorable, exprimée dans les termes les plus flatteurs pour ce candidat.

— M. le ministre de l'instruction publique demande au budget de cette année une allocation pour trois chaires nouvelles : pour une chaire d'anatomie pathologique à Montpellier, pour une chaire d'histoire de la médecine à Strasbourg, et pour une chaire d'anatomie comparée à l'école de médecine de Paris.

— Le même ministre porte également au budget une somme de 60,000 francs pour trois écoles préparatoires. On présume que cette première allocation s'appliquera à Lyon, Bordeaux et Toulouse. Il est d'ailleurs probable que le nombre des écoles préparatoires sera réduit.

— M. FRÉMY a été nommé professeur de chimie à l'école polytechnique, en remplacement de M. Pelouze, démissionnaire.

— PRIX DES ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Le comité des rédacteurs des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES avait proposé, pour sujet du prix de 1845, la question suivante :

« Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés et de la monomanie homicide; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires; répondre à cette question : La monomanie est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales? »

Une médaille de 200 fr. a été décernée à M. le docteur Bonnet, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à l'école de médecine de Bordeaux.

Un nouveau prix de 500 fr. a été proposé, pour 1846, pour le meilleur mémoire sur la question suivante :

« Examen comparatif des diverses méthodes curatives de l'aliénation mentale. En apprécier la valeur d'après les résultats recueillis par l'observation. »

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1846.

Le prix sera décerné le 1er janvier 1847.

— Le conseil municipal de Marseille vient de voter une somme de 10,000 fr. pour les dépenses du congrès scientifique qui tiendra sa session à Marseille l'année prochaine.

— La défense faite en 1824, en Prusse, d'appliquer le magnétisme animal comme moyen de traitement médical a été révoquée, du moins en faveur des médecins gradués.

— Il est fortement question d'une mesure prise par M. le doyen de l'école de médecine, et qui consisterait à demander aux chambres une somme pour achever le bâtiment de l'hôpital des cliniques et compléter ainsi ce bel établissement. Si nous sommes bien informé, le projet de M. Orfila serait d'affecter, dans une salle particulière de cet établissement, douze lits aux élèves en médecine malades, qui trouveraient dans cette infirmerie tous les soins désirables. Les professeurs de clinique de la Faculté feraient le service à tour de rôle. On ne saurait trop applaudir à cette mesure et désirer qu'elle reçoive une prompte exécution, si l'on considère qu'il y a constamment, dans les hôpitaux de Paris, un certain nombre d'élèves en médecine confondus avec les autres malades.

— La bibliothèque de la faculté de médecine est ouverte le soir depuis le 3 janvier. On commence à apprécier tous les avantages de cette nouvelle mesure. Très-bien chauffée, très-bien éclairée au gaz, la bibliothèque réunit chaque soir un nombre de lecteurs bien plus considérable que dans le jour. La journée étant consacrée aux cliniques, aux leçons de l'amphithéâtre, aux dissections, etc., la soirée est employée à l'étude des auteurs. Grâce à cette heureuse innovation, les études seront plus complètes, mieux distribuées, et le temps des élèves mieux et plus sérieusement occupé. M. SEGOND, docteur en médecine et ancien élève de l'école de Marseille, a été nommé sous-bibliothécaire à la faculté de médecine de Paris, spécialement pour les séances du soir.

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES commencera son cours d'*urologie* mercredi 28 janvier, à sept heures du soir, et il le continuera tous les mercredis à la même heure, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique. Ce cours comprendra l'étude des concrétions urinaires, de la lithotritie, de la cystotomie, des angusties de l'urètre et des maladies de la prostate.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.

(Deuxième article.)

Nous avons promis d'examiner les épreuves des concurrents au point de vue des faits nouveaux, des idées, des doctrines, en un mot de l'état des connaissances anatomiques, et en particulier des tendances plus ou moins prononcées de l'école de Paris vers l'anatomie physiologique. Notre examen s'appliquera surtout à la première et à la seconde épreuve : la composition écrite et la leçon après vingt-quatre heures de préparation ; la leçon après trois heures de préparation, à huis clos et sans le secours d'aucun ouvrage, d'aucune note, nous paraissant plutôt une épreuve de mémoire, un tour de force, peu propre à mettre en évidence les qualités élevées, la vraie science, la méthode, et convenant par conséquent tout au plus pour des concours aux places de second ordre.

Le sujet de la composition écrite, *la peau*, le même pour tous, était bien propre à exercer la sagacité des concurrents. Disons d'abord que tous ont fait preuve de connaissances étendues, variées, que la plupart des idées émises par les différentes écoles anatomiques modernes, depuis l'école analytique de Bichat jusqu'à l'école synthétique de Kessler et Willebrand, ont été exposées et appliquées avec la plus grande intelligence. L'anatomie de structure, l'anatomie de developpement, de rapports, l'anatomie comparée, pathologique ont été judicieusement mises à contribution. Nous voudrions ajouter qu'il en a été de même de l'anatomie physiologique ; mais ce point a été à peine indiqué par les concurrents, et il ne l'a été que par quelques-uns d'entre eux. Il ne suffit pas de dire, en effet, que la peau est un organe de protection, d'absorption, de sécrétion, de respiration, etc....., puis d'abandonner cet énoncé vague et donné comme par manière d'acquit, pour retomber dans les descriptions banales et arbitraires sur lesquelles on se traîne aveuglément depuis un demi-siècle. Non, ce n'est pas là de l'anatomie physiologique, et nous ajouterions volontiers, ce n'est pas là de bonne anatomie, si cette assertion, sans autre autorité que celle d'une conviction très-motivée en soi, ne devait courir le risque de ne rencontrer que l'indifférence ou l'incrédulité. Mais, nous le répétons pour ceux qui comprennent à demi-mot : la manière accessoire, pour ne pas dire incohérente dont les candidats ont rattaché incidemment l'anatomie de la peau à la conception physiologique montre que cette conception n'est nullement encore dans les esprits. Aussi est-ce moins aux concurrents qu'à notre époque même que ce reproche s'adresse ; car si elle était tournée systématiquement vers cet ordre d'idées, nul doute que quelques-uns au moins s'en fussent faits les représentants. Nous ne nous croyons pas obligé, pour justifier notre critique, de faire ce qu'ils n'ont pas fait ; nous pouvons cependant montrer, par une analogie très-simple, comment l'anatomie physiologique de la peau pourrait être entendue et étudiée contrairement à la manière dont on l'a entendue et étudiée jusqu'ici.

Tout le monde admet aujourd'hui que la peau est le siége d'actes physiologiques complexes et multiples : elle réalise à cet égard un ensemble d'organes et de fonctions comme l'économie entière constitue à d'autres égards un système d'organes et de fonctions qui se commandent et se correspondent. Que s'ensuit-il de cette analogie incontestable ? C'est que la méthode employée pour la détermination anatomique du grand système doit l'être pour le petit. Or comment a-t-on procédé et comment procède-t-on actuellement pour arriver à quelque chose de réel, d'intelligible, de scientifique, disons le mot, de physiologique à l'égard de l'organisme animal ? A-t-on divisé et divise-t-on le corps par couches, par lames, par fibres ? Va-t-on aveuglément et matériellement de l'extérieur à l'intérieur, sans autre préoccupation que celle de la couleur, de la densité, de l'épaisseur de la structure ? Pas le moins du monde. On procède par systèmes d'organes ou d'appareils, lesquels ont été déterminés par la suite des temps, non pas à l'aide du scalpel aveugle de l'empirisme, mais à l'aide des idées physiologiques. Certes, on n'est pas arrivé du premier coup à ces déterminations, et on peut dire hardiment qu'on est loin encore d'y être arrivé complétement. Mais, instruits par les progrès antérieurs de la science, qu'on entre hardiment dans la voie où ils ont été faits, et qu'on applique à ceux qui restent à faire le système d'idées hors duquel rien de vrai n'a été obtenu jusqu'ici ; qu'on étende cette vue à l'étude anatomique de la peau, par exemple, qu'en résulte-t-il ? qu'il n'est pas plus rationnel sans doute de la considérer, de la décrire, de la diviser matériellement à l'aide de ses caractères ou dispositions physiques, qu'il ne le serait de décrire, d'après ce mode, l'organisme entier. Il faut donc appliquer à l'une comme à l'autre, à la partie comme au tout, la conception physiologique, hors de laquelle il n'y a point de réalité. Si cette vérité n'était pas d'une évidence incontestable, il suffirait d'appeler en témoignage chaque système d'organes, chaque organe en particulier, depuis le système vasculaire entier, depuis l'appareil de la vision jusqu'au moindre muscle, pour montrer qu'on n'est arrivé à se rendre compte de leur constitution, de leurs rapports, de leur structure, de leur forme, de leurs moindres particularités, que du moment où on en a connu l'usage et les relations, réciproques. C'est donc sur cette base et sur cette base unique qu'il faudrait établir l'étude anatomique de la peau, sous peine de tomber, comme cela est arrivé tant de fois, dans les non-sens, dans les contradictions, et de n'avoir en fin de comptes que des aperçus vagues et grossiers. La première chose à faire dans cette voie était de déterminer rigoureusement comme point de départ les différents ordres de fonctions dont la peau est l'instrument ou le théâtre ; puis de chercher dans les éléments et les dispositions qu'elle présente les corrélations instrumentales et fonctionnelles. Ainsi la peau, en tant que partie intégrante de l'économie, est le siége d'organes communs et de fonctions communes à tout l'organisme : elle vit, se nourrit, se développe, se renouvelle comme les autres parties du tout, et à ce premier égard elle participe aux conditions anatomiques et physiologiques du système entier. Faisons un pas de plus : elle est, dites-vous, tantôt un organe de relation, tantôt un organe d'absorption, de respiration, de sécrétion, etc. ; et d'abord, prouvez-nous qu'il en est ainsi, puis cherchez dans l'ensemble du système cutané les accidents de forme et de structure corrélatifs à ces fonctions. Cela est fort difficile, dira-t-on. On ne sait encore que fort peu de chose à cet égard, nous en convenons volontiers ; mais est-il permis d'arguer de la pénurie de données où on est, pour s'engager ou persister dans une voie mauvaise et stérile ? La première condition pour l'anatomiste était donc de se pénétrer de l'importance du principe, du point de départ, de le reconnaître explicitement comme tel, d'en inspirer ses démarches, et d'harmoniser tous ses moyens, toutes ses méthodes, toutes ses recherches, en vue de ce résultat

---

Feuilleton.

DU PROJET DE LOI DE LA HAUTE COMMISSION DES ÉTUDES MÉDICALES.

Nous avons donné, dans la précédente livraison de la GAZETTE, le résumé des délibérations de la haute commission des études médicales, et énuméré les principales dispositions du projet de loi qu'elle était chargée d'élaborer. Nous ignorons si le rapport de la commission sera publié, et il serait peut-être téméraire de soumettre à un examen critique régulier des propositions dont le sens et la véritable portée ne peuvent être appréciés qu'à l'aide de l'exposé des motifs qui doit les accompagner. Cependant l'attente du public médical a été si vivement excitée par la solennité tout exceptionnelle dont a été entourée cette récente tentative de réorganisation, et l'objet de cette attente est en soi d'un intérêt si pressant et si réel, qu'on nous pardonnera de ne pas ajourner au moins quelques-unes des remarques auxquelles le sujet peut donner lieu.

Ce qui distingue d'abord l'œuvre législative de la commission, c'est tout à la fois le petit nombre des articles et l'esprit de prudente réserve qui y domine. Sous ce rapport, le projet, malgré quelques innovations suffisamment décisives, contraste singulièrement avec les immenses chartes bâclées dans ces derniers temps par un essaim de législateurs improvisés, très-forts sur les principes, très-riches en enthousiasme et en grands sentiments, mais assez pauvres, comme on l'a vu de reste, du côté de l'expérience, du bon sens pratique et du positif des choses. La haute commission, composée d'hommes dont le jugement a été mûri par l'âge, par l'exercice des fonctions publiques, par une longue participation à des travaux scolaires ou administratifs, ne pouvait se livrer à de tels écarts. Elle avait d'ailleurs reçu une mission spéciale et déterminée ; la sphère des questions qu'elle avait à traiter était circonscrite ; enfin elle savait que ce qu'on lui demandait était une œuvre sérieuse, entreprise en vue d'une réalisation pratique prochaine. Elle avait donc à tenir compte d'une multitude de considérations de fait, de temps, de lieu, de personnes, de précédents dont on fait si commodément abstraction dans la rédaction de ces utopies spéculatives où l'on taille, pour ainsi parler, en plein drap dans le champ des idées pures. La commission nous paraît, sous tous ces rapports, avoir parfaitement compris et dignement exécuté sa tâche.

Les dispositions légales nouvelles adoptées par la commission se divisent en deux catégories : les unes sont relatives à l'étude et à l'enseignement de la médecine, les autres se rapportent à l'exercice de l'art et à l'organisation de la profession.

Sous le premier point de vue la commission s'est montrée fort réservée. Nos radicaux trouveront sans doute qu'elle ne s'est pas mise de ce côté en grands frais d'invention. Pour nous, loin de blâmer cette parcimonie d'innovations, nous serions plutôt portés à nous en féliciter si, comme nous le pensons, elle est justifiée par l'état satisfaisant des institutions en vigueur. L'organisation actuelle des études médicales n'est sans doute pas irréprochable, mesurée sur une

positif et réfléchi. C'est alors que l'anatomie de développement, de rapports, de texture, de structure, que l'anatomie comparée, pathologique auront un sens et le même sens; mais c'est alors aussi qu'on abandonnera à tout jamais ces divisions subtiles et arbitraires en couches, lames, réseaux, fibres, qui ne témoignent d'autre chose que d'une absence totale de doctrine de la part de ceux qui les ont enfantées et de la part de ceux qui les perpétuent.

Voilà un but bien clair, bien décidé. Mais, dira-t-on, que deviennent, en présence de ce système exclusif et absolu, toutes les magnifiques créations de l'anatomie moderne? l'anatomie générale, l'anatomie d'évolution? l'embryogénie? l'anatomie de texture, l'anatomie comparée, l'anatomie philosophique? Tant de belles intelligences, et de si ardentes inspirations ne peuvent avoir pris le sentier de l'erreur! les richesses acquises depuis un demi-siècle dans toutes ces voies nouvelles ne peuvent être des chimères! Et en effet, les hommes qui ont ouvert ces voies sont bien les ministres du progrès, et les résultats auxquels ils sont arrivés sont bien des éléments de la vérité définitive: mais les uns et les autres à la condition d'avoir préparé, commencé d'une manière instinctive ou réfléchie l'édifice de l'anatomie physiologique. L'anatomie physiologique a donc été, dans le passé, la formule des grands anatomistes et de la grande anatomie, aussi bien qu'elle le sera dans l'avenir. Que ceux qui ont cherché à se rendre compte de la signification la plus élevée de l'anatomie comparative, par exemple, disent si elle a eu un autre but et un autre résultat; et que ceux qui l'ont employée en vertu seulement d'une heureuse inspiration du vrai, réfléchissent à la nature des services qu'elle leur a rendus, et ils verront si le but vers lequel ils ont été conduits comme à leur insu n'est pas celui que nous leur signalons. Des analogies obscures et des rapports éloignés peuvent sans doute ne pas frapper tous les yeux ni satisfaire tous les esprits; mais lorsque les preuves de tous les ordres seront venues nouer les extrêmes de la série des faits, et éclairer l'obscurité des uns par l'évidence des autres, ce que nous opposons aujourd'hui à des tendances presque générales comme une conviction personnelle sera regardé comme l'expression de l'opinion générale. Abordons maintenant quelques-unes des compositions qui nous ont suggéré ces remarques.

Partant de l'idée que toutes les faces sous lesquelles on peut envisager l'étude anatomique de la peau n'ont d'autre caractère que d'éclairer sa structure physiologique, on comprendra que nous devions considérer en première ligne l'intelligence et l'application réfléchie de ce système. Et en effet, celui qui l'aurait conçu dans son véritable but et ses moyens n'aurait pas seulement employé l'un ou l'autre de ces derniers: il les aurait employés tous, de la même façon que quiconque aurait à déterminer un objet l'examinerait à tous ses points de vue et sous toutes ses faces. A défaut de cette doctrine, que nous ne trouvons chez aucun des concurrents, il y a eu de très-bons esprits qui, en dehors des routines de l'anatomie descriptive et matérielle, ont signalé des rapports, des différences, des analogies empruntées à l'anatomie comparée, à l'anatomie pathologique, à l'anatomie de développement, etc. Nous analyserons leur composition à ce point de vue dans un troisième article.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR L'EXISTENCE DE DEUX VARIÉTÉS DISTINCTES DE TÉTANOS; par M. le docteur TOULMOUCHE, professeur à l'école préparatoire de médecine de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Les exemples de tétanos ne sont pas tellement nombreux, qu'il soit indifférent pour la science de signaler ceux qui peuvent se présenter, surtout lorsque l'examen minutieux des divers appareils nerveux peut tendre à éclairer sur la cause et le siége d'une affection morbide tellement grave, qu'elle se termine presque toujours par la mort. On peut, en effet, compter facilement, en fouillant ses archives, le très-petit nombre de guérisons qu'on en a obtenu, et pour ma part, j'avoue n'en avoir jamais observé. Le résultat est assez effrayant pour que les efforts des médecins ne se laissent arrêter par aucune considération d'insuccès presque inévitable. Ils doivent, au contraire, chercher à surmonter l'inutilité de la plupart des médications thérapeutiques, en s'efforçant de régler ces dernières sur la connaissance encore ignorée du siége précis et de la nature de la maladie. L'un et l'autre sont malheureusement enveloppés d'un voile impénétrable, mais il ne faut pas se décourager. Il faut interroger les symptômes, les noter avec soin, les comparer avec les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre des tétaniques ou avec ceux de maladies plus ou moins analogues, établir des rapprochements et tirer de ces ressemblances ou dissemblances des inductions médicatrices.

Il faut encore, par des expériences variées pour les traitements, chercher à s'éclairer, en notant celles à l'aide desquelles on a pu guérir, l'espèce d'effets produits, et de quelle manière ces derniers deviennent des crises favorables. Cette voie, tout empirique qu'elle soit, peut servir de flambeau propre à jeter quelque clarté sur un sujet aussi obscur dans son étiologie.

Il est assez difficile d'assigner le point de départ des premiers accidents du tétanos, bien que les recherches d'anatomie pathologique aient été aussi minutieuses et aussi patientes que possible.

Les symptômes disent que la lésion doit siéger dans les paires de nerfs cérébrales qui se distribuent aux muscles du cou, aux élévateurs de la mâchoire inférieure, enfin à quelques faisceaux des muscles du pharynx, et qu'elle s'étend ensuite plus ou moins rapidement de haut en bas aux diverses paires spinales, tantôt en envahissant la moelle épinière elle-même (traces d'inflammation et de ramollissement), tantôt indépendamment de cette dernière (absence de lésion appréciable).

Mais l'état congestionnaire, l'injection, la rougeur de la pie-mère et de l'arachnoïde rachidienne, et parfois, mais rarement, de la tige spinale, seules lésions anatomiques qu'on rencontre souvent chez les tétaniques, expliqueraient aussi bien l'état convulsif permanent de toute une partie du système musculaire, que l'état congestionnaire du cerveau et de ses membranes ou leur phlegmasie, et celui intermittent des muscles de certaines régions (accès épileptiformes). Enfin, ne retrouve-t-on pas dans les accès convulsifs et parfois tétaniques des hydrophobes, et dans la ressemblance de quelques autres symptômes qu'ils éprouvent, dont le point de départ est pro-

---

certaine échelle de perfection théorique (de laquelle on doit du reste toujours se rapprocher autant qu'il se peut), mais elle n'est certes pas inférieure à celle des nations les plus avancées dans la pratique de l'enseignement et de l'instruction publique, et elle aurait beaucoup plus à perdre qu'à gagner à des remaniements profonds et violents. La commission n'a dû y toucher qu'avec précaution, et les mesures qu'elle propose ne sont guère que l'extension de ce qui existe.

Parmi les questions sur lesquelles la commission avait à se prononcer, la plus importante était celle du concours; c'était aussi une des plus controversées, et les dissidences qui de tout temps ont partagé l'opinion publique sur la valeur de cette institution se sont également produites dans le sein de la commission. Ces divergences ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, toutes intéressées; elles sont fondées sur des motifs réels tirés de l'expérience comparative des avantages et des inconvénients de ce mode de nomination, lesquels, étant assez balancés, frappent diversement les esprits dans un sens ou dans un autre, et c'est ainsi que, suivant les temps et les circonstances, l'institution elle-même est en faveur ou en discrédit. On sait que la majorité de la commission, quoique évidemment hostile au concours en principe, l'a maintenu en fait dans la loi, simplement par déférence pour l'espèce de popularité dont il jouit. Les convictions de la commission ne devaient pas être bien fortes puisqu'elles ont cédé si facilement à des considérations extérieures de cette nature. Et de fait, tant que l'on continuera de mettre en opposition, d'une manière générale et absolue, le concours et la nomination ou l'élection directes, les arguments connus pour et contre les divers systèmes, ainsi abstraitement considérés, se feront nécessairement équilibre, et le choix devient à peu près arbitraire. Il est évident pour nous que la question, telle qu'elle a été posée jusqu'ici dans les discussions, n'est pas susceptible d'une solution satisfaisante. Il faudra donc qu'on arrive à en changer les termes. Ainsi, au lieu, par exemple, de prétendre faire triompher de toutes pièces tel ou tel système sur tel ou tel autre et de se condamner par là à accepter leurs défauts pour ne pas perdre leurs avantages, ou à se passer de leurs avantages pour ne pas subir leurs défauts, ne devrait-on pas chercher un moyen de les concilier? La haute commission ne paraît pas avoir songé, plus que les précédentes, à la possibilité de ce genre de solution. Nous nous proposons d'exposer prochainement sur ce point quelques vues que l'étude de la question nous a dès longtemps suggérées, et qui nous semblent propres à lever au moins une partie des difficultés dont cette importante matière est hérissée.

En maintenant le concours pour les chaires des Facultés, la commission propose de revenir à l'ancien jury exclusivement composé des professeurs. Nous ignorons les motifs de ce changement qui, à Paris, enlève à l'Académie royale de médecine la petite part qui lui revenait dans les nominations. A-t-on voulu, en rendant aux membres des Facultés le privilége exclusif du jugement, indemniser un peu le corps de l'espèce de violence indirecte que lui fait le concours en le forçant à choisir entre des candidats imposés par le hasard? Ce retour à l'ancien mode ne serait, dans ce cas, qu'une protestation bien timide en faveur du système de l'élection.

Les conditions imposées à l'acquisition du diplôme ont été rendues plus sévères par les examens annuels auxquels les étudiants seront soumis, indépendamment des six examens et de la thèse qu'ils doivent soutenir après cinq ans d'études. Parmi ces examens, il y en a un spécial sur les accouchements; et

bablement le même que celui du tétanos, une analogie encore assez frappante, bien que la cause qui agit dans ce cas sur le système nerveux spinal soit totalement différente? Je crois qu'il est difficile de ne pas établir, malgré soi, un certain rapprochement entre ces deux affections morbides. On y sera conduit d'une manière encore bien plus logique, si l'on vient à considérer l'identité d'insuccès de toutes les méthodes thérapeutiques, et celle de nullité d'action sur l'organisme des doses les plus élevées d'opium.

Je serais donc très-disposé à regarder le tétanos comme une phlegmasie spéciale, tantôt bornée à la pie-mère et à l'arachnoïde rachidienne, tantôt envahissant en même temps les mêmes membranes à la base du cerveau, et enfin pouvant dans quelques cas, mais les plus rares, s'étendre à la moelle épinière elle-même, comme on voit l'arachnitis ordinaire se compliquer parfois de céphalite : et je crois qu'on pourrait lui donner le nom d'arachnitis basi-céphalo-rachidienne.

TÉTANOS CHEZ UN INDIVIDU ATTEINT D'EMPHYSÈME DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU LOBE SUPÉRIEUR DU POUMON GAUCHE AVEC ENGORGEMENTS HÉMOPTOÏQUES, COMPLIQUÉ D'UNE PNEUMONIE AU PREMIER DEGRÉ DU DROIT ET DE DILATATION DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; MORT.

OBS. I. — David, âgé de 36 ans, détenu, employé au chauffage des bains, d'une constitution très-robuste, adonné à la boisson et transpirant habituellement beaucoup de la tête et du cou, s'exposa imprudemment à un courant d'air et commença à se plaindre, le 9 décembre, de lassitudes générales, de malaise et de difficulté à ouvrir la bouche.

10. La sueur était abondante à la tête et au col; le malade était sans fièvre, mais il accusait toujours la même roideur dans les mâchoires et un peu de gêne dans les mouvements du cou. Je diagnostiquai un tétanos (infusion de sureau, pédiluve sinapisé, bain entier). Il refusa d'entrer à l'infirmerie, et s'obstina à vouloir continuer son travail.

11. Le trismus était prononcé; il y avait de la douleur à l'épigastre et nulle fièvre, mais une expression particulière du visage (application de 15 sangsues sur le creux de l'estomac et de 12 derrière les oreilles, sur les côtés du cou, tisane de salsepareille, de gayac et de sassafras).

Le soir, le resserrement des mâchoires était plus fort, ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou et de ceux du dos qui renversait la première partie sur la seconde; il y avait un commencement de gêne dans la respiration, nulle toux; les muscles de l'abdomen étaient tendus comme des cordes, surtout les grands droits (potion avec 15 centigrammes d'opium).

12. La sueur était générale; on remarquait un commencement d'opisthotonos; le trismus était tel qu'on eut beaucoup de peine à passer un morceau de bouchon entre les dents. Le visage était très-rouge; il y avait de la fièvre, de légères secousses convulsives générales par moments. Je fis appliquer 50 sangsues le long de l'épine du dos, et immédiatement après, un vésicatoire allongé à la région cervicale et à celle dorsale du rachis. Il fut pansé à minuit avec 8 centigrammes d'acétate de morphine incorporés dans 16 grammes de cérat (potion avec un décigramme du même médicament). Il n'en fut donné que quelques cuillerées, à cause de l'assoupissement qui survint; cependant des secousses générales réveillaient par moments le patient.

13. Le trismus était un peu moindre, les muscles du cou un peu moins tendus, ceux du ventre de beaucoup relâchés. Il y avait de la constipation, des convulsions de temps en temps, pendant lesquelles le corps se renversait en arrière et la figure exprimait la souffrance. Le visage était moins rouge, la soif vive, le pouls fréquent, faible, la peau moite (diète, bains de vapeur, potion avec 15 centigrammes d'acétate de morphine à prendre dans la journée, infusion de fleurs de violettes et de mélisse).

Le soir, à quatre heures, la roideur générale était plus forte, malgré que les doses du sel opiatique eussent produit de la somnolence pendant presque toute la journée. Le malade supporta difficilement le bain de vapeur et ne put y rester longtemps. On remarquait incessamment des secousses tétaniques, durant lesquelles le corps se renversait; la poitrine semblait ne se dilater qu'avec peine et convulsivement, ce qui obligeait ce malheureux à rejeter brusquement les couvertures, en étendant les bras et les portant en avant. Le pharynx partageait ce état spasmodique, car l'action de parler semblait très-difficile. Le moindre geste des assistants pour toucher le malade ou lui parler semblait exciter les convulsions : aussi faisait-il signe de s'en abstenir. L'intégrité des facultés intellectuelles était parfaite; il se plaignait de douleurs dans la partie postérieure des cuisses, dont les muscles tendus étaient envahis par le tétanos, ainsi que les gastrocnémiens; il y avait du coma; le pouls était faible et d'une fréquence extrême et l'altération des traits prononcée (frictions pour le soir et la nuit, à faire toutes les deux heures, avec un mélange de 4 grammes de pommade mercurielle et d'un d'extrait aqueux d'opium sur les côtés du cou, les mâchoires et la partie interne des cuisses alternativement; pédiluves sinapisés aux extrémités inférieures). Le malade expira à 7 heures du soir.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, faite 26 heures après la mort, par une température de + 0 Réaumur.

ÉTAT EXTÉRIEUR. Le cadavre de la taille d'un mètre 90 centimètres était fortement musclé; il existait des sugillations à la partie postérieure du tronc et des cuisses, une roideur très-marquée; les muscles étaient poisseux.

CRANE. Les téguments n'étaient nullement infiltrés; les os de la tête étaient d'une dureté extrême et d'une épaisseur de 7 millimètres.

La dure-mère présentait à sa face externe, dans une largeur d'à peu près 3 centimètres quelques millimètres, et sur la ligne médiane, une rougeur intense. Les artères méningées étaient injectées; la grande faux n'avait pas plus de deux centimètres de hauteur, en sorte qu'elle ne séparait les hémisphères du cerveau que dans le tiers de leur étendue verticale; dans les deux autres, ils se touchaient immédiatement. La partie antérieure de ce repli membraneux offrait dans son épaisseur une production osseuse aplatie transversalement, renflée dans sa partie moyenne, tandis qu'elle s'amincissait insensiblement dans sa circonférence; sa forme se rapprochait de celle de l'apophyse crista galli.

L'arachnoïde était généralement rouge et un peu épaissie, surtout le long de la partie gauche de la grande scissure où elle était tout à fait opaque, recouverte d'une pseudomembrane blanchâtre et très-adhérente à la dure-mère : elle était encore très-rouge et un peu épaissie au-dessous et au devant de la protubérance annulaire et assez résistante. Les circonvolutions du cerveau étaient bien dessinées, fermes, tout le système veineux distendu par du sang, principalement au devant du mésocéphale, au-dessus de l'entre-croisement des nerfs optiques et à la partie antérieure et moyenne de la face interne des hémisphères, où il ressemblait à une magnifique injection en bleu très-foncé. Les sinus cérébraux étaient aussi très-gonflés par le sang; les hémisphères se touchaient immédiatement dans toute l'étendue des deux tiers inférieurs de leur hauteur. Les circonvolutions d'un côté semblaient presser celles de l'autre et y adhéraient par l'intermédiaire de l'arachnoïde rouge et enflammée.

La substance du cerveau était ferme, la blanche légèrement sablée. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité. Les plexus choroïdes étaient très-injectés. Les pédoncules, ainsi que le mésocéphale, étaient d'une grande fermeté. Le cervelet offrait ses conditions naturelles; la portion d'arachnoïde qui l'enveloppe était çà et là rouge; il en naissait quelques pseudo-membranes déliées comme des fils. Il existait un peu de sérosité à la base du crâne.

MOELLE ÉPINIÈRE. Le rachis fut ouvert dans toute sa longueur par sa partie postérieure. La gaîne, que fournit la dure-mère à la tige spinale, était d'un rouge intense, surtout à sa partie antérieure. L'arachnoïde était généralement enflammée, rouge, épaissie et admirablement injectée dans son réseau capillaire artériel et veineux, qui se détachait vivement sur la couleur blanche de la moelle épinière elle-même.

Le fluide céphalo-vertébral s'était accumulé dans la partie la plus déclive du canal spinal, en sorte qu'en pressant sur la partie inférieure et postérieure de la

---

pour que les élèves puissent apprendre les choses sur lesquelles ils seront interrogés, les hospices publics d'accouchement leur seraient ouverts pendant une moitié de l'année. Cette addition est fort importante. Jusqu'ici l'enseignement obstétrical officiel était purement théorique. L'admission des étudiants dans les maternités et leur participation aux exercices pratiques des accouchements avait paru offrir des obstacles insurmontables; la commission, en proposant cette innovation, aura sans doute songé aux moyens d'obvier aux difficultés morales et matérielles de la mesure, mais nous croyons que l'expérience seule pourra décider de sa valeur. On peut, en revanche, approuver par avance et sans réserve l'extension donnée à l'enseignement clinique, qui devra être permanent, ainsi que la clause destinée à en assurer l'exécution, c'est-à-dire l'obligation imposée aux administrations des hôpitaux de fournir, pour les leçons de clinique, des salles d'hommes et de femmes et un amphithéâtre.

Nous ne savons trop ce qu'il faut penser du nouveau titre de bachelier en médecine conféré, après deux années d'études, par les écoles préparatoires. Ce titre, ne donnant pas le droit d'exercer, n'est qu'un simple grade honorifique correspondant au grade de même dénomination qui existe dans les trois autres Facultés, de droit, des lettres et des sciences, et imaginé évidemment pour établir dans l'organisation hiérarchique des Facultés une parfaite symétrie. Du reste, le double baccalauréat, ès lettres et ès sciences, est maintenu comme condition d'admissibilité aux études médicales dans les Facultés, et en outre le premier de ces grades est exigé pour l'admission aux écoles préparatoires. Il n'y a ici qu'à louer; car rétrécir l'entrée de la carrière médicale par des conditions et des épreuves de cette nature, c'est travailler directement au profit de la dignité de la profession, qui vaudra ce que vaudront les hommes admis à l'exercer.

Une question bien plus délicate que les précédentes a été tranchée par la commission dans un sens tout à fait conforme à l'esprit libéral et populaire des institutions de notre pays, c'est celle du droit d'enseignement accordé à tout docteur en médecine ou en pharmacie, sans autorisation préalable. C'est une sorte de reconnaissance du principe général de la liberté d'enseignement, une satisfaction accordée aux plaintes, fondées ou non, auxquelles a donné lieu, en médecine comme dans les autres branches de l'instruction, ce qu'on a appelé le monopole universitaire. Ce n'est, du reste, que comme déclaration de principes que cette disposition a de l'importance, car la liberté qu'elle érige en droit existe déjà en fait, l'autorisation préalable étant accordée avec une extrême facilité, comme le prouvent les nombreux cours privés ouverts chaque année sur toutes les branches de la science et de l'art. Mais il est très-bien que ce qui n'était que tolérance devienne un droit. Nous ne pensons pas, à la vérité, que la déclaration de ce droit ait pour effet, comme quelques esprits ardents pourraient le désirer, d'établir immédiatement une concurrence redoutable contre l'enseignement officiel. Nous croyons au contraire qu'il n'y aura rien de changé, du moins d'une manière notable, dans l'équilibre actuel de l'enseignement privé et de l'enseignement public. Quoi qu'il en soit, il importe de rappeler que cette mesure, qui sera considérée en général comme une innovation et peut-être comme une révolution, n'est en définitive qu'un retour à ce qui a existé pendant une longue suite de siècles dans toutes les universités de l'Europe. Dans les anciennes universités, qui comprenaient, comme on sait, les quatre Facultés, le

gaine névrilématique, on le faisait remonter plus ou moins haut, suivant qu'on rapprochait plus ou moins la pression de la région cervicale. L'injection de l'arachnoïde était plus prononcée à la partie postérieure ou antérieure, quoique cette dernière fût généralement rouge. Chaque artériole des paires de nerfs spinaux était fortement injectée, ainsi que la veine qui l'accompagnait. Les branches postérieures offraient cette particularité d'une manière plus tranchée que les antérieures.

La queue de cheval était si finement injectée qu'elle en avait une teinte violacée. La moelle épinière était ferme et d'une grande blancheur.

THORAX. La poitrine était large, bien développée. Le poumon gauche était adhérent à la plèvre costale par des fausses membranes de formation ancienne très-difficiles à rompre. Toute la partie antérieure de son lobe supérieur était emphysémateuse et bosselée, par suite de l'agglomération de grosses bules; elle était sèche et faisait entendre, lorsqu'on la comprimait, le bruit de parchemin sec. Les lobes moyen et inférieur étaient fermes, d'un rouge intense, renfermaient plusieurs engorgements hémoptoïques (apoplexie pulmonaire). Il suintait du parenchyme intermédiaire une sérosité spumeuse très-sanguinolente.

Le poumon droit adhérait par toutes ses faces externe, postérieure et inférieure à la plèvre correspondante, par un tissu celluleux ancien, très-difficile à déchirer. (Trace d'une ancienne pleurésie guérie.) La partie antérieure de son lobe supérieur était emphysémateuse. Les lobes moyen et inférieur étaient atteints de pneumonie au premier degré; ils se déchiraient à la moindre pression; le sang en ruisselait abondamment. Il existait à la partie externe et inférieure du lobe moyen, un tubercule enkysté de la grosseur d'une petite noisette, formé d'une matière blanchâtre presque sèche et onctueuse.

Le cœur était flasque, avait à peu près deux fois la grosseur du poing du sujet. Le ventricule gauche était d'une vaste capacité; ses parois minces pouvaient avoir de 7 à 9 millimètres d'épaisseur. Il contenait, ainsi que l'oreillette correspondante, une concrétion fibrineuse de formation ancienne. L'aorte était parfaitement saine.

Le ventricule droit, comme pratiqué dans le gauche, était occupé par un caillot polypiforme, et l'oreillette du même côté par du sang veineux coagulé. Les diverses cavités étaient presque exsangues, le tissu du cœur mollasse et facile à déchirer.

ABDOMEN. Le ventre était météorisé et les intestins en général distendus par des gaz, surtout l'arc transverse du colon, qui s'était logé, par suite de l'ampliation qu'il avait acquise, au devant et au-dessus de l'estomac. Ce dernier était petit, revenu sur lui-même, renfermait un liquide jaunâtre; sa membrane muqueuse était blanche et sans aucunes traces de phlegmasie. Dans le grand cul-de-sac, elle formait des losanges irréguliers ou plissements épais faisant bas-relief. Le duodénum sain contenait un fluide jaune analogue à celui de la vésicule biliaire. Le jéjunum, dans les mêmes conditions, offrait des intervalles variables, des espèces de rétrécissements dépendant de la contraction anormale de la tunique musculaire. L'iléon présentait la même disposition, excepté que dans ses deux tiers inférieurs, on rencontrait, dans des portions séparées, des traces évidentes de phlegmasie, dont l'étendue en longueur pouvait être de 9 à 11 centimètres. Dans ces endroits, les parois intestinales étaient rouges, amincies, faciles à déchirer, et la muqueuse ramollie et son réseau capillaire très-injecté.

Le cœcum était distendu par des gaz et par des matières fécales molles; tout l'intestin colon était énormément développé, par suite de l'existence de fluides élastiques, surtout sa portion transverse dont la paroi était postérieurement sèche, demi-transparente, principalement vis-à-vis les valvules conniventes qui étaient presque diaphanes, et résonnait comme du parchemin à demi desséché, ce qu'on ne pouvait attribuer qu'à l'air contenu dans sa cavité. Les épiploons étaient sains, mais bordés de graisse. Le foie était volumineux, sa vésicule petite et occupée par un fluide jaune, épais, dans lequel on rencontra des calculs biliaires; ses parois étaient évidemment hypertrophiées.

Cette observation offre un exemple curieux de tétanos spontané se développant chez un individu qui n'était atteint d'aucune blessure, et sous la seule influence d'un courant d'air froid, le corps étant en moiteur. Il débuta, comme toujours, par les muscles du cou et ceux de la mâchoire, ne tarda pas à s'étendre à ceux du dos, à produire l'opisthotonos, puis à ceux du thorax, et à occasioner une grande gêne dans la respiration, et enfin à ceux du ventre, qu'il tendit comme des cordes. On le vit s'accompagner de temps à autre de convulsions générales qui semblaient être excitées ou augmentées par l'action de parler au malade ou de le toucher.

L'état de contraction spasmodique gagna les muscles du larynx, plus tard ceux de la partie postérieure des membres inférieurs, et enfin il se termina par la mort le cinquième jour.

Les médications tentées consistèrent d'abord dans l'emploi des sudorifiques et des émissions sanguines locales à la base du crâne et simultanément à l'épigastre, renouvelées le long du rachis; dans celui consécutif, des révulsifs sur toute la longueur de ce dernier, dans des doses assez fortes d'acétate de morphine qui ne provoquèrent que de la somnolence, et enfin des bains de vapeurs qui furent difficilement supportés.

Leur succession rapide n'enraya pas un instant les symptômes terribles de cette affection morbide si grave; seulement, après les applications de sangsues et la première administration du sel d'opium, je crus remarquer un peu de diminution dans les contractions des muscles du cou et du ventre et le trismus; mais ce léger mieux s'évanouit promptement et sans retour. Quoi qu'il en soit, cette modification, si brièvement favorable sous l'influence des déperditions de sang, militerait en faveur de l'opinion que j'ai émise, que le tétanos serait dû à un état phlegmasique des membranes spinales et à celui parfois simultané de l'arachnoïde et de la pie-mère de la base du cerveau, et à un état identique ou convulsif de la moelle épinière elle-même et de l'origine des nerfs qui en partent.

Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre viendraient en quelque sorte en aide à cette opinion, puisqu'elles consistèrent en une rougeur intense avec épaississement ou production de pseudo-membranes et opacité de l'arachnoïde cérébrale, en une distension de tout le système veineux de l'encéphale, dans les mêmes lésions de celle spinale, l'exhalation bien plus considérable que de coutume du fluide céphalo-rachidien, l'injection veineuse très-considérable des nerfs spinaux plus prononcée dans les branches postérieures, et enfin dans celle excessive de la queue de cheval, tandis que la moelle épinière elle-même était ferme, d'une grande blancheur, et par conséquent saine.

Arrigi cite l'observation d'un jeune homme de 24 ans qui fut pris d'une douleur vive des muscles de la partie gauche du cou, sans fièvre d'abord, puis ne tardant pas à s'en accompagner, qui résista à un traitement antiphlogistique, aux antispasmodiques et à toute espèce de moyens. Bientôt il survint de la difficulté dans la respiration et la déglutition, ainsi qu'une entière impossibilité d'exercer les mouvements de mastication, une contraction permanente des muscles fléchisseurs du côté gauche, et le malade succomba. Il trouva à l'autopsie du cadavre un léger épanchement de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde vertébrale, depuis l'atlas jusqu'à la dernière vertèbre cervicale. La seconde membrane était pointillée et rouge, et comme veloutée dans la portion correspondante aux faces antérieure et latérale gauche de la tige nerveuse et spinale. La pie-mère offrait les mêmes désordres. La moelle épinière ne présenta aucune altération, si ce n'est quelques points rouges dans le faisceau gauche et les nerfs qui en partent.

Bellingieri considère les faisceaux latéraux de la moelle comme présidan

---

droit d'enseigner était inséparable du droit d'exercer, et le diplôme de docteur était en même temps un diplôme de professeur. La faculté individuelle d'enseigner faisait partie du droit public universitaire. *Multa renascuntur quæ jam cecidere.*

Toutes ces résolutions se rapportent à l'enseignement et à l'organisation des études. Il nous reste à jeter un coup d'œil sur celles qui concernent l'exercice de l'art et l'économie intérieure de la profession. Cette partie du programme des travaux de la commission offrait des questions bien autrement ardues que celles des études, et nous n'oserions assurer que les solutions auxquelles elle s'est arrêtée soient aussi heureuses que les précédentes.

Le premier problème était celui de l'abolition ou de la conservation de deux ordres de médecins; c'est là l'épine la plus désagréable de la réorganisation médicale. Après bien des débats, la commission a décidé la suppression des officiers de santé ou, en d'autres termes, l'adoption d'un seul ordre de médecins. Les motifs de cette décision sont si connus qu'il est inutile de les rappeler; mais ce n'est pas là qu'est la difficulté. Les médecins du degré inférieur étant supprimés, par qui sera fait le service médical des campagnes, c'est-à-dire de la portion la plus considérable de la population du pays? Pour remplir cette lacune, la commission propose, après beaucoup d'autres, la création de médecins cantonnaux. Ces médecins seraient payés à frais communs par l'État, le département et la commune. Ces places se donneraient au concours. Nous n'entrerons pas pour le moment dans le détail de cette organisation, qui nous est d'ailleurs imparfaitement connue, nous nous bornerons à remarquer d'une manière générale que cette institution paraît n'avoir d'autre but et n'aurait probablement d'autre résultat que d'assurer aux pauvres habitants des campagnes et des petites communes rurales la visite et les conseils de bons médecins en cas de maladie. Ce résultat n'est certes pas à mépriser, mais est-ce bien là tout ce qu'il y a à faire pour ce qu'on appelle le service médical des campagnes? Les conseils de la science sont sans doute fort précieux et il est très-bien que le pauvre n'en soit pas privé, mais ces secours de l'art proprement dit, qui se résolvent en visites et en prescriptions thérapeutiques, auront-ils l'efficacité qu'on leur suppose, si les malheureux auxquels ils s'adressent sont et demeurent dans les conditions hygiéniques et matérielles, qui sont la source la plus ordinaire de leurs maladies? Les remèdes ordonnés, le régime prescrit, les soins de toute espèce que réclame une médication méthodique, seront-ils employés au sein du dénûment, de la misère et de la solitude? La médecine est, dans de pareilles conditions, une sorte de luxe presque inutile pour ceux qui manquent des choses les plus essentielles non-seulement au bien-être, mais même à la vie. Dans les villes, le pauvre a pour abriter ses maladies les hôpitaux, où il trouve à peu près tout ce que les riches ont chez eux, les meilleurs médecins, les meilleurs médicaments, un bon régime, les soins les plus intelligents et les plus actifs. Dans les campagnes, il en est autrement. Il serait donc à souhaiter que l'on ne perdît pas de vue ces considérations dans tous les projets relatifs à la dispensation des soins médicaux aux populations rurales, et qu'on ne s'imaginât pas que c'est avoir fait tout ou même beaucoup d'assurer aux malades de nos campagnes la visite d'un docteur. Sur ce point, comme sur la question du concours, nous aurons à proposer également quelques idées nouvelles, dont le défaut d'espace nous interdit de parler aujourd'hui.

aux fonctions organiques. Eh bien ! ici, l'inflammation des membranes du cordon latéral gauche et de sa substance altéra sensiblement la mastication, la déglutition et la respiration, et les antérieurs comme affectés aux mouvements de flexion. Dans ce cas-ci encore, l'inflammation des portions de pie-mère et d'arachnoïde qui enveloppent les cordons antérieurs produisit une contraction spasmodique des muscles fléchisseurs du cou. Cette observation offre la plus grande analogie avec la précédente, non pas sous le rapport de l'identité des symptômes qui furent bien moins intenses et moins généraux, parce que la phlegmasie arachnoïdienne était bien plus limitée, puisqu'elle était bornée en quelque sorte à la région cervicale du rachis et qu'elle agit plutôt sur les nerfs spinaux présidant aux fonctions organiques telles que la mastication, la déglutition, la respiration, que principalement sous l'espèce de lésion rencontrée à l'ouverture du cadavre, laquelle consistait en une arachnitis rachidienne limitée, avec exhalation sanguine, mais avec intégrité de la moelle épinière elle-même.

Cette localisation de la phegmasie explique parfaitement la limitation de l'état tétanique à certains appareils musculaires, et néanmoins la prompte terminaison fatale, par l'importance des fonctions organiques essentielles à l'existence auxquelles ils président.

TÉTANOS A LA SUITE D'ABCÈS OUVERT AVEC LA POTASSE CAUSTIQUE; TRAITEMENT PAR LES BAINS ALCALINS, LES ÉMISSIONS SANGUINES ET LES RÉVULSIFS; MORT.

OBS. II. — Delanoe, homme âgé de 45 ans, entra dans le service de chirurgie de la maison centrale de détention de Rennes, le 7 décembre 1839, pour un abcès sous-aponévrotique situé au-dessus du genou droit. Il fut prescrit des cataplasmes, et à l'intérieur une infusion de houblon, la demi-ration et un décilitre de vin.

Les jours suivants, les cataplasmes furent continués. L'état du malade ne changeant pas, le chirurgien se décida, le 9, à ouvrir le dépôt avec la potasse caustique. Il s'écoula une assez grande quantité de pus. Les pansements furent faits avec l'onguent styrax.

22. Il y eut diminution de la suppuration.

23. Il survint une douleur à la partie antérieure du sternum qui obligea à appliquer vingt sangsues sur la partie; en outre, de la difficulté à avaler, une contraction spasmodique des masséters et des ptérigoïdiens, un commencement de trismus qui augmenta dans la journée, de l'agitation, de la fièvre, une soif vive, des inquiétudes. Le malade se plaignait de souffrir beaucoup. Dans la crainte d'une métastase purulente sur la poitrine, il fut appliqué un vésicatoire à la partie antérieure de la cuisse sur le lieu de l'abcès. (Diète, saignée de 690 grammes, sinapismes aux extrémités inférieures, lotion avec 2 grammes de laudanum et d'éther.) Le lendemain, on fit placer quinze sangsues de chaque côté du rachis.

24. Il y avait un commencement d'opisthotonos; les mâchoires étaient extrêmement serrées, la soif ardente. On observait une contraction tétanique de toute la jambe droite, bien moindre dans la gauche, une contracture des muscles de la partie postérieure du cou. (Application de vingt sangsues le long de la colonne vertébrale; le soir, vésicatoire à la nuque.) Cependant on pouvait encore asseoir en partie le malade dans son lit. Les facultés intellectuelles restaient intactes, la sueur assez abondante, le visage pâle, les yeux brillants. Le patient accusait de vives douleurs. Les urines étaient limpides, mais rares. Le pouls donnait 110 pulsations par minute. Le coucher avait lieu sur le dos avec impossibilité de pouvoir changer de position. La voix était comme soufflée, et l'on ne pouvait passer un biberon entre les dents, aucune ne manquant. (Potion avec 10 centigr. d'extrait aqueux d'opium, diète.) La respiration étudiée, en avant seulement, avec le stéthoscope, ne se faisait qu'imparfaitement. En effet, le bruit respiratoire était faible; on sentait que l'air ne pénétrait qu'en partie dans les aréoles du tissu. (Bain alcalin avec 30 grammes de potasse caustique.)

25. La maladie avait fait des progrès : la roideur tétanique était plus forte, elle s'étendait aux muscles de la partie postérieure du tronc et un peu à ceux des parois du thorax. Le visage était pâle, le pouls à 140 pulsations. (Saignée de 620 grammes, bain chaud avec un boisseau de cendres et 30 grammes de potasse caustique, application d'un vésicatoire le long du rachis qu'on pansera avec 3 centigrammes d'acétate de morphine.)

Après le premier bain, il survint des sueurs et une amélioration légère dans l'état du malade. Les mâchoires purent être écartées par suite de moins de contraction dans ses muscles élévateurs.

26. Le pansement fut fait avec 5 centigr. du même sel de morphine; en même temps on fit recouvrir toute la surface occupée par l'abcès d'un large cataplasme auquel on ajouta 2 décigr. d'opium.

Le patient fut mis dans un second bain semblable au précédent, excepté qu'on porta la dose de pierre à cautère à 60 grammes. Il en résulta encore une sueur générale, une diminution dans la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire. Il demanda à boire; mais, immédiatement après, il eut une attaque de suffocation durant laquelle il succomba à midi le même jour.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite vingt-sept heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. La roideur cadavérique était très-forte, les muscles encore tendus; on ne pouvait plier les extrémités inférieures. Il existait au-dessus du genou droit une petite plaie ou ulcération ronde communiquant avec un abcès sous-aponévrotique, tapissé d'une membrane pyogénique rouge d'aspect muqueux ou tomenteux. Ce dernier s'étendait au devant du tendon rotulien du triceps, avait 11 centim. 1/2 de hauteur, et transversalement sur une partie du vaste interne et de l'externe. Il en pouvait avoir 8 dans cette direction; sa cavité ne renfermait pas de pus ou que très-peu. Vers la crête iliaque du même côté, on remarquait encore un trajet fistuleux sous-cutané de 5 centim. 1/2 d'étendue, se terminant superficiellement en cul-de-sac dans le tissu cellulaire.

APPAREIL CÉRÉBRO-SPINAL. Les os du crâne étaient assez durs. Après avoir enlevé la calotte, des gouttelettes de sang suintèrent de la partie postérieure de la dure-mère, le long du sinus longitudinal. Il existait un peu de sérosité dans la cavité arachnoïdienne : la pie-mère et l'arachnoïde étaient injectées et rouges à la base du cerveau. Ce dernier organe était généralement ferme, médiocrement sablé, les parois des ventricules injectées; leurs cavités ne renfermaient que la quantité ordinaire de sérosité. Toutes les parties de l'encéphale furent examinées avec une scrupuleuse attention et n'offrirent rien d'anormal : il en fut de même de celles du cervelet.

Il s'écoula de la sérosité par l'ouverture supérieure du rachis; la pie-mère, qui enveloppe le cordon spinal, était injectée à sa face antérieure, mais nullement rouge ou enflammée. Ce dernier organe, qui fut étudié dans toute sa longueur, était consistant et dans l'état naturel. Les veines spinales étaient, dans la région lombaire, assez gorgées de sang.

APPAREIL RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE. Le poumon droit était emphysémateux dans la partie supérieure et antérieure de son lobe supérieur et son tissu rosé. Le lobe moyen offrait un peu d'engouement sanguin, mais l'inférieur était atteint d'hépatisation rouge et en partie d'œdème, en sorte qu'il n'était plus perméable à l'air. La pneumonie avait dû préexister de beaucoup au développement du tétanos.

Le poumon gauche était emphysémateux dans son lobe supérieur; il présentait d'anciennes adhérences cellulaires à sa base et dans le reste du lobe inférieur, qui était engoué de sang; son tissu était en général très-crépitant.

La muqueuse du larynx, de la trachée-artère et celle des bronches était parfaitement saine.

La cavité du péricarde renfermait très-peu de sérosité. Le cœur était de volume normal; ses cavités droites contenaient du sang coagulé, les gauches bien moins; son tissu était un peu moins ferme que de coutume, l'épaisseur de ses parois ordinaire.

APPAREIL DIGESTIF. L'estomac n'était occupé que par une très-petite quantité d'un liquide trouble, d'un blanc jaunâtre; sa muqueuse était saine; il en était de

---

L'institution des *colléges* et des *conseils médicaux* de département, décrétée aussi par la commission, a le mérite singulier de n'être pas une de ces chambres de discipline, un de ces tribunaux de police dont on a souvent parlé comme du seul remède à apporter aux plaies morales de la profession. Ce mérite, pour être tout négatif, n'en est pas moins grand; car on pouvait craindre que la commission n'eût été plus ou moins influencée par certaines idées creuses d'association, de corporation, redevenues de mode depuis quelques années. Sous ce rapport, la commission a fait preuve d'une grande sagesse. Les attributions de ces conseils ne nous étant pas connues avec tout le détail suffisant, nous nous abstiendrons de les juger. L'occasion de revenir sur la question ne nous manquera pas.

Nous laissons de côté quelques dispositions de moindre importance. On voit, par le détail dans lequel nous venons d'entrer, que l'œuvre de la commission se recommande à tous les bons esprits par la sagesse, la mesure, la parfaite connaissance des besoins réels de la science et de la profession, et des moyens pratiques de les satisfaire. Sous des formes modestes, avec peu de bruit, son projet réaliserait des réformes dont on n'aurait pas à redouter les conséquences. Il ne resterait donc plus, ce semble, qu'à chanter hosanna et à nous écrier mutuellement en nous embrassant : *Le jour de gloire est arrivé.* Mais nous compterions, comme on dit, sans l'hôte. En premier lieu, le projet de la commission n'est qu'un projet, c'est-à-dire quelque chose de très-volatil; en second lieu, ce projet n'est, à ce qu'il paraît, qu'un projet de projet. Nous apprenons, en effet, *horresco referens*, que cette œuvre, si doctement élaborée par les premières têtes médicales du royaume, va être donnée à remanier au conseil royal de l'Université, lequel est composé aujourd'hui de trente membres; ce qui nous promet une suite de délibérations de la plus haute importance et gravité. Nous ne pouvons pas évaluer à moins de trois ou quatre mois la durée des travaux de cette *trente-cinquième* commission pour la réforme médicale; d'où nous pouvons conclure sans témérité que, cette année encore, la campagne se passera en préparatifs, et qu'aucun véritable projet de loi ne sera porté aux chambres.

Nous aurons donc, comme on voit, tout le temps nécessaire d'étudier, examiner et juger à loisir le projet de la commission, et bien d'autres encore qui ne manqueront pas de surgir, et d'exposer à notre tour quelques-unes de nos disquisitions personnelles sur ces matières.

— Une question préoccupe en ce moment au plus haut degré le corps médical belge. Il s'agit de savoir si on interdira ou non aux médecins de campagne la faculté de vendre des médicaments. Ce que les libéraux de la médecine française veulent abolir à tout prix, les libéraux de la médecine belge, c'est-à-dire les élèves en médecine et le plus grand nombre des médecins praticiens, veulent le conserver. L'Académie de médecine belge est pour l'interdiction de la vente des médicaments. La question est toujours pendante.

même de celle du duodénum et de celle de jéjunum ; seulement on remarquait dans plusieurs points de ce dernier une injection sous-muqueuse très-fine avec rougeur de cette membrane et l'iléon en offrait aussi dans quelques portions : l'un et l'autre renfermaient un liquide jaunâtre.

Tout le gros intestin était sain. On rencontrait, surtout dans le colon, des magdaléons, et la fin de la portion iliaque était distendue par du gaz.

La rate était bilobée, flasque, d'un tissu un peu rougeâtre, très-facile à écraser entre les doigts.

Le foie était dans l'état normal, la vésicule très-distendue par une bile d'un vert foncé et filante comme l'albumine.

Appareil urinaire. Les reins étaient comme lobulés et sains, la vessie vide et très-contractée par elle-même.

Dans le cas que je viens de citer, le tétanos se développa sans cause appréciable car le malade gardait le lit, ne s'était exposé à aucun refroidissement ou courant d'air. La potasse caustique, employée comme moyen d'ouverture pour l'abcès sous-aponévrotique, en fut-elle la cause occasionnelle ? Il y a lieu d'en douter. Quoi qu'il en puisse être de l'obscurité de l'étiologie de ce cas, la maladie n'en parcourut pas moins rapidement ses périodes, puisque la mort survint le quatrième jour.

Les symptômes qui caractérisèrent la maladie furent nettement dessinés et très-tranchés ; seulement, l'ordre dans lequel ils prirent de l'extension n'offrit pas la même régularité que dans la première observation. En effet, l'affection morbide commença par les muscles élevateurs de la mâchoire et ceux de l'isthme du gosier, de l'agitation, de la fièvre, de vives inquiétudes, de la soif. Elle s'étendit aux muscles de la région postérieure du tronc, puis à ceux des jambes, ensuite à ceux de la partie postérieure du cou, du larynx, et enfin à ceux des parois de la poitrine.

Quant aux médications suivies, elles furent énergiques et cependant elles n'enrayèrent en rien les progrès rapides de la lésion. Ainsi, au début, on fit appliquer un vésicatoire sur la plaie, vingt sangsues sur le sternum ; le soir, quinze le long du rachis, et au milieu de la journée, on pratiqua une saignée de 620 grammes en même temps qu'on prescrivait une potion avec 2 grammes de laudanum et d'éther.

Le lendemain on fit de nouveau placer vingt sangsues le long de la colonne vertébrale et panser un vésicatoire qui avait été appliqué à la nuque avec 5 centigrammes d'acétate de morphine, sans modifier en rien l'intensité de la maladie. Le jour suivant, il en fut encore de même, malgré l'augmentation des doses d'opium, un bain entier avec 30 grammes de potasse caustique et l'application d'un vésicatoire le long de l'épine dorsale pansé avec le sel de morphine. En effet, il ne survint qu'une légère et courte amélioration. Nonobstant le renouvellement du même bain à dose double du caustique, qu'on y dissolvait et l'application, sur la plaie du genou, d'un cataplasme auquel on avait ajouté 20 centigrammes d'opium, le malade n'en succomba pas moins.

Si l'on vient à rapprocher les lésions rencontrées à l'ouverture du cadavre, de celles de l'observation première, on reconnaîtra quoique à un bien plus faible degré, la même phlegmasie de l'arachnoïde et de la pie-mère de la base du crâne, la même présence d'un liquide céphalo-rachidien abondant, et enfin, sinon la rougeur et l'épaississement des mêmes membranes, leur injection prononcée à la partie antérieure ; et ici encore, la même intégrité de la moelle épinière ; et cependant la mort fut aussi ou même un peu plus rapide. Enfin une ressemblance assez singulière entre ces deux cas, fut l'identité parfaite des lésions rencontrées dans les poumons. Ainsi on trouva dans l'un et l'autre, un emphysème de la partie antérieure des lobes supérieurs et une pneumonie au premier degré avec un peu d'œdème du lobe inférieur du poumon droit. Ces complications avaient-elles préexisté et été enrayées dans leurs progrès par l'invasion du tétanos, ou en avaient-elles été la conséquence? je pencherais davantage pour cette dernière opinion. Je pense que cette lésion fut en effet le résultat de la gêne progressivement croissante de la respiration, de l'engouement et de la stase sanguine qui surviennent secondairement, et qu'elle est analogue à ces pneumonies hyposthéniques qui se développent souvent durant les maladies un peu longues et deviennent ainsi une cause occasionnelle de mort, comme la coexistence, dans ces deux mêmes cas, d'un emphysème pulmonaire partiel dut être la suite des grands efforts respiratoires, dans l'asphyxie progressive et inévitablement mortelle qu'amène l'état de contraction convulsive permanente des muscles, des parois thoraciques et du diaphragme, sous l'influence du trouble de l'innervation des nerfs phréniques et pneumo-gastriques. Ne serait-il pas dès lors, d'après les considérations qui précèdent, rationnel de penser que dans le tétanos il y a réellement deux éléments distincts, l'un phlegmasique, toujours le plus apparent dans les nécroscopies, l'autre de perturbation nerveuse, encore inconnu dans son essence, et ne laissant que des traces matérielles très-fugaces et le plus souvent nulles, tandis que durant la vie, il semble prédominer sur l'autre, l'étouffer en quelque sorte sous l'énergie de ses manifestations.

Excès de boissons ; refroidissement ; tétanos idiopathique ; ramollissement des cordons antérieurs de la moelle épinière ; mort.

Obs. III. Henry, âgé de 36 ans, chapelier, d'une assez bonne constitution, usant habituellement de liqueurs spiritueuses, entra le 4 janvier 1843 à l'Hôtel-Dieu. Il raconta que se trouvant le 25 décembre dans un état d'ivresse complète, il avait fait une chute de sa hauteur, mais sans qu'elle eût aucune gravité ; que le 1er janvier il avait renouvelé ses excès, et que le lendemain il avait commencé à ressentir les premiers symptômes de sa maladie.

2. Il éprouvait des douleurs le long du rachis et principalement à la limite supérieure de la région dorsale ; elles étaient sourdes, très-supportables. Il existait, en outre, un malaise général, une sorte de roideur qui gênait les mouvements du tronc ; le jour suivant les souffrances augmentèrent.

4. Il s'était traîné très-péniblement, à cause de la roideur et des douleurs qu'il ressentait dans la région lombaire, jusqu'à l'hospice ; le lendemain, l'interne, en l'absence du médecin, fit appliquer des sangsues et des ventouses le long de la colonne vertébrale et donner un bain simple.

6. Les symptômes avaient considérablement augmenté d'intensité. En effet, il existait de la rigidité dans les muscles masseters, une contraction spasmodique dans tous ceux du tronc, et ceux de l'abdomen étaient tendus comme des cordes, surtout à gauche. Il en était encore de même de ceux de la partie postérieure du col, en sorte que la tête était fortement renversée en arrière.

Le malade, couché sur le dos, craignait le plus léger mouvement ; la colonne vertébrale était le siége et le point d'origine de douleurs qui semblaient aboutir et se concentrer à la région épigastrique ; elles étaient permanentes, mais il survenait des crises pendant lesquelles elles étaient notablement plus intenses. Ces dernières semblaient augmenter de fréquence au moindre mouvement tenté ou exécuté. Alors des convulsions se manifestaient, le visage se crispait, les mâchoires se serraient fortement, la roideur tétanique devenait générale et le malheureux ne pouvait comprimer ses plaintes.

Dans les intervalles de ces moments d'exacerbation, il devenait plus tranquille et s'assoupissait ; il conservait une intelligence intacte ; sa figure exprimait l'abattement et la souffrance ; la respiration était difficile, laborieuse et accélérée ; l'articulation des sons embarrassée, les réponses brèves et précises. Le malade conservait la plus grande immobilité possible.

La maladie n'avait pas encore envahi les membres, et le trismus n'était pas tellement complet qu'il ne pût encore permettre l'ingestion des liquides ; le pouls donnait 60 pulsations par minute (saignée de 400 grammes, potion avec 30 centigrammes d'acétate de morphine à donner par cuillerée à bouche toutes les deux heures). Le lendemain, la contracture des masseters et la rigidité des muscles abdominaux étaient moins prononcées, les douleurs un peu moins vives ; les crises avaient encore lieu, mais avec moins de fréquence et d'intensité ; le pouls était à peu près le même. La préparation d'opium fut continuée à 50 centigrammes ; on ajouta une infusion de tilleul, avec 5 gouttes d'ammoniaque liquide par verre, et un bain avec 150 grammes de potasse caustique.

La légère amélioration constatée le matin disparut bientôt dans l'après-midi ; les contractions cloniques augmentèrent, de même que le serrement des mâchoires, qui ne permit plus l'ingestion des médicaments, si ce n'est à l'aide d'une éponge. La déglutition devint à peu près impossible, la respiration plus laborieuse ; une sueur glutineuse se répandit sur tout le corps de Henry ; l'abattement augmenta, un gros râle trachéal commença à se former et augmenta rapidement jusqu'à 7 heures du lendemain matin, où ce malheureux expira.

Autopsie cadavérique. A l'ouverture du corps, les recherches portèrent surtout sur la moelle épinière et le cerveau.

On n'observait aucune lésion appréciable dans les méninges encéphalo-rachidiennes, mais une injection capillaire du cerveau et de la moelle épinière. Cette dernière présentait des traces évidentes de ramollissement, surtout dans les cordons antérieurs, et notamment dans deux correspondant aux septième et douzième vertèbres dorsales. Cette tige ayant été incisée avec précaution dans toute sa longueur se réduisait avec une extrême facilité en une pulpe d'un jaune grisâtre dans les points qui viennent d'être indiqués. Il n'existait aucune trace de ramollissement dans l'encéphale, tous les autres organes étaient sains ; seulement, bien que le malade n'eût offert aucun signe de contusion pendant sa vie, on rencontra, entre le muscle grand droit de l'abdomen et l'aponévrose sous-péritonéale, un peu au-dessus de l'ombilic, un léger épanchement sanguin.

Cette observation diffère totalement des précédentes, sous le rapport des lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture du cadavre. Ainsi, les membranes rachidiennes furent trouvées intactes, et la moelle épinière, au contraire, injectée et ramollie, surtout dans les cordons antérieurs.

La lésion phlegmasique avait ici débuté par la tige spinale, tandis que dans les deux histoires précédentes, l'inflammation sembla avoir frappé, au contraire, les seules méninges céphalo-rachidiennes.

Dut-on, dans ce cas, attribuer le développement du tétanos à la chute faite par Henry? difficilement, car elle avait été trop insignifiante pour en être regardée comme la cause, et il est plus rationnel de considérer comme tel, le refroidissement qui avait dû suivre les excès de boissons, par une température telle qu'on l'observe durant le mois de janvier. Ce tétanos aurait donc été, comme dans le premier cas, idiopathique, seulement l'élément phlegmasique aurait prédominé sur l'élément nerveux.

Il y aura donc à faire ultérieurement des recherches nombreuses d'anatomie pathologique, pour établir ainsi pratiquement deux variétés de tétanos que je crois exister dans la nature soit isolement, soit, ce qui est

plus probable, la plupart du temps simultanément, et il faudra en même temps, comme preuve complémentaire, tenter dans cette direction deux modes de médications correspondants, l'une antiphlogistique, l'autre sédative.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LES AVANTAGES DE L'EXTRACTION ARTIFICIELLE DES DÉBRIS DE CALCULS URINAIRES DANS LA LITHOTRIPSIE; par M. LEROY-D'ÉTIOLLES.

Depuis longtemps nous n'en sommes plus à considérer la rétention d'urine comme une complication des calculs urinaires qui doive mettre obstacle à l'application de la lithotritie et nécessiter l'opération de la taille; tous les chirurgiens savent comment, au moyen des brise-pierre à cuillers et des sondes évacuatrices, on extrait artificiellement les débris de pierre dont la vessie serait impuissante à se débarrasser. Pour ma part, j'ai opéré avec succès 63 malades affectés en même temps de calcul et de rétention complète d'urine, et dans le nombre il y en avait dont les pierres étaient assez volumineuses pour que leurs débris formassent une masse de 6 centimètres cubes; j'en ai présenté deux exemples l'année dernière à l'Académie de médecine.

L'extraction artificielle doit-elle être bornée à ces cas de rétention d'urine complète ou à peu près complète, ou bien y a-t-il avantage à en étendre l'application? C'est ce que je vais examiner dans cette note.

Il y a un certain nombre de malades qui ont le col de la vessie conformé de telle sorte que, l'urine étant expulsée avec énergie et en totalité, les débris de la pierre ne sortent cependant qu'avec lenteur et difficulté. Ce sont ceux dont la prostate forme du côté de la vessie une surface plane dans laquelle s'ouvre l'orifice interne de l'urètre presque sans aucune dépression.

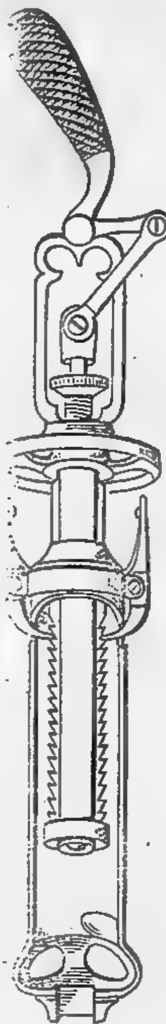
Il y en a d'autres dans l'urètre desquels les fragments s'engagent au contraire très-volumineux et en grand nombre de manière à obstruer le passage; cela a lieu pour les calculeux dont le col de vessie est évasé en entonnoir, comme l'est en général celui des enfants. L'on conçoit de suite que pour ces deux catégories de malades l'évacuation artificielle offre des avantages; aux uns en accélérant l'évacuation et suppléant la nature: aux autres en prévenant l'engagement du plus grand nombre des fragments et les dangers qui l'accompagnent. Comment se fait-il que, malgré cette évidente utilité, un si petit nombre d'opérateurs fasse usage de l'extraction artificielle hors des cas de rétention d'urine? Deux causes, ce me semble, peuvent en donner l'explication, savoir: la forme vicieuse des cuillers des brise-pierre évacuateurs, et la fréquente nécessité d'avoir recours à la percussion pour rapprocher complétement les branches dont les cuillers sont remplies de détritus.

NÉCESSITÉ DE LA PERCUSSION DANS LE PROCÉDÉ DE L'EXTRACTION ARTIFICIELLE.

La principale cause du peu d'emploi de la lithotripsie évacuatrice, c'est, dis-je, la nécessité d'avoir recours à la percussion pour tasser dans les cuillers les débris de la pierre. En effet, lorsque les cuillers sont bien pleines, la seule pression est impuissante à opérer le rapprochement, il faut que des coups frappés sur le bout externe de la branche mobile chassent de chaque côté l'excédant de détritus et mettent en contact les bords des gouttières pour reformer le tube. Mais pour appliquer convenablement la percussion, il faut un appui plus solide et plus immobile que les mains des aides; de là l'obligation de l'intervention des lits spéciaux qui, malgré leur utilité, sont, il faut bien l'avouer, embarrassants, effrayants au premier abord pour le malade, et ont été dans certains pays un obstacle à la vulgarisation de la lithotritie. Ce qui se passe en France et en Angleterre tendrait à le prouver; en France, où l'écrasement par pression est généralement mis en usage, soit avec mon écrou brisé (1), soit avec le pignon à engrenage de M. Charrière, la lithotritie est devenue méthode générale et usuelle; tandis qu'en Angleterre, où le baron Heurteloup a fait prévaloir la percussion, la lithotripsie a de la peine à se défendre en présence de la cystotomie. Il n'est pas inutile d'ajouter, pour expliquer la différence d'appréciation de la nouvelle méthode dans les deux pays, que le baron Heurteloup a, pendant longtemps, délaissé la pratique de la médecine pour diriger son imagination inventive presque exclusivement vers le perfectionnement des armes de guerre, et que les chirurgiens, tout en adoptant à son exemple le principe de la percussion, ont négligé l'emploi des lits et autres appareils spéciaux qu'il avait inventés pour en assurer le succès.

Aujourd'hui ces lits et appareils ne sont plus indispensables à la percussion; l'instrument que j'ai nommé *percuteur à détente* permet de briser les pierres les plus dures et de rapprocher les cuillers les plus remplies de détritus, sans marteau, sans étau, sans support immobile, sans aide ni assistance aucune. Voici dans quels termes Larrey et Breschet parlaient de ce percuteur à détente dans leur rapport à l'Académie des sciences, en date du 8 avril 1839: « Une action combinée de pression et de percussion que produit cet appareil lorsqu'on le met en jeu sans effort sensible et sans point » d'appui à l'extérieur, établit un vrai perfectionnement dans l'art de la lithotritie. La dextérité et la promptitude avec lesquelles de très-gros calculs ont été brisés en notre présence, sans que les sujets aient paru éprouver de grandes douleurs, nous ont causé la plus agréable surprise. »

FIG. 1.



Cet instrument, que l'on peut voir représenté dans la fig. 1, est formé d'une large gouttière, s'adaptant à l'instrument brise-pierre, qui lui sert de point d'appui; au centre de cette gouttière est un tube, dans l'intérieur duquel est un fort ressort en spirale, dit à boudin, enroulé autour d'une tige d'acier, dont un bout s'articule avec un levier coudé, muni d'une poignée; l'inclinaison alternative de ce levier tire sur la tige, tend le ressort et le laisse échapper brusquement, pour produire la percussion. Deux crémaillères, placées sur les côtés du tube qui contient le ressort, engrènent deux cliquets destinés à empêcher le recul à chaque coup frappé par la détente; une vis de pression augmente ou diminue la tension du ressort en raison de la force, du volume des instruments dont la résistance, appréciée à l'avance, est exprimée par un numéro inscrit sur le brise-pierre auquel correspond un numéro pareil inscrit sur la vis de tension, de telle sorte que si l'on prend la précaution de régler la force du choc sur la résistance connue du brise-pierre et de mettre en rapport les numéros des deux instruments, il n'y a pas de chance d'en produire la rupture; si, négligeant cette précaution, l'on emploie un choc plus fort que ne le comporte le brise-pierre, et qu'il se rompe, la faute en est à l'inadvertance du chirurgien, et non au percuteur à détente, car il présente en réalité plus de sécurité que le marteau, dont le coup varie en raison de l'impulsion de la main qui le fait mouvoir.

Si dans l'application de l'extraction artificielle il n'y avait à remplir d'autre condition que le rapprochement complet des branches des brise-pierre évacuateurs par la percussion, le percuteur à détente y suffirait parfaitement sans lit spécial, sans support immobile, mais il en est d'autres qui sont sinon indispensables, du moins très-utiles à la promptitude du succès, comme nous le dirons plus loin.

FORME DES CUILLERS DES BRISE-PIERRE ÉVACUATEURS.

Les cuillers ou gouttières, dans lesquelles le détritus des calculs urinaires est extrait de la vessie, doivent être profondes et ne point ressembler à celles qui sont plates et larges, ayant l'apparence d'un bec de cane, adoptées et préconisées par un opérateur dont les écrits ont encore une certaine autorité. Ces brise-pierre à cuillers plates, que l'on désigne par le nom de ramasseurs de graviers, n'ont presque pas de cavité, et ne peuvent par conséquent ramener au dehors qu'une couche très-mince de détritus. J'admets qu'à la fin de l'opération du broiement, lorsqu'il ne reste dans la vessie que des fragments assez petits pour entrer dans les gouttières profondes du brise-pierre évacuateur sans avertir par une résistance la main du chirurgien de leur présence; j'admets, dis-je, qu'alors le litholabe en bec de cane puisse trouver une utile application, attendu que, présentant une largeur plus grande, les fragments lui échappent plus difficilement, et que n'ayant

(1) Des discussions de priorité d'invention de l'écrou brisé s'étant élevées entre M. Civiale et moi, le débat porté devant l'Académie des sciences a été vidé de la manière suivante dans un rapport fait par Larrey et M. Roux: « Nous » avons examiné avec soin les mémoires qui vous ont été adressés par MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles pour pouvoir signaler à l'Académie celui des deux » auquel appartient réellement cette addition. Il est probable que ces deux habiles lithotritistes ont eu la même idée et l'ont mise à exécution chacun de son » côté; *mais enfin il ne reste aucun doute pour vos commissaires que M. Leroy-d'Étiolles l'a émise le premier.* »

presque pas de cavité, les branches ne peuvent manquer de faire sentir, de saisir et d'écraser au besoin les petits morceaux qui seraient interposés entre elles; mais de ce que ces branches à rainures larges et plates peuvent avoir leur utilité comme explorateurs, s'ensuivait-il que l'on dût n'en construire que de cette sorte? car, malgré mes recommandations et mon exemple, les brise-pierre vraiment évacuateurs à gouttières profondes et longues se fabriquent en très-petit nombre, et se trouvent dans les mains de fort peu de chirrugiens.

La profondeur des cuillers n'est pas la seule condition pour extraire rapidement les débris des calculs urinaires; leur longueur ajoute encore à la masse qu'ils ramènent au dehors. Ainsi, un brise-pierre ayant 8 millim. de diamètre extérieur et 55 millim. de longueur de branches, pourra, défalcation faite de l'épaisseur des parois, contenir un cylindre de 5 millim. d'épaisseur sur 4 centim. de long, et ramener dans sa cavité, à chaque sortie, près de 2 centim. cubes de détritus, en sorte que la totalité des débris d'une pierre de 34 millim. de diamètre, 15 lignes (c'est la grosseur la plus commune), pourrait à la rigueur être extraite en huit introductions de l'instrument, c'est-à-dire en une seule séance. Mais chacun sait que les brise-pierre à longues branches ne peuvent, comme les instruments à petite courbure, exécuter dans la vessie un mouvement de rotation pour aller dans le bas-fond saisir les pierres par l'extrémité de leurs mâchoires (fig. 2); il faut donc que ce soient les pierres et leurs débris qui viennent se placer entre les branches, dont l'une, la branche fixe, ou femelle, appuie sur la paroi postérieure de l'organe. Pour obtenir ce résultat, il faut que le bas-fond cesse d'être la partie la plus déclive, que le bassin soit relevé et que les épaules soient abaissées; il suffit ensuite de quelques légers mouvements d'avant en arrière et latéraux de l'instrument pour déterminer les calculs et leurs débris à tomber dans la gouttière; et ce ne sont pas seulement alors un ou deux fragments qui sont saisis par l'extrémité des mors, comme dans la manœuvre de la rotation en bas, mais c'est toute la longueur de la cuiller qui s'en trouve remplie par la pente naturelle, comme le montre la fig. 3.

FIG. 2.



FIG. 3.



Pour obtenir l'élévation du bassin, il n'est pas indispensable d'avoir des lits spéciaux, des appareils particuliers; il suffit de placer les malades sur un plan incliné, formé d'oreillers et de coussins, le percuteur à détente pouvant agir dans toutes les positions et n'ayant pas besoin, comme le marteau, d'étau ni de support. Le chirurgien qui n'a pas de nombreuses occasions de pratiquer la lithotripsie, qui ne veut pas se faire suivre partout d'un lit opératoire, peut donc fort bien s'en contenter. Mais il n'en est pas de même de l'homme spécial qui, se bornant à la *pratique* d'une seule branche de l'art de guérir, contracte l'obligation d'être sur ce point toujours aussi près que possible de la perfection, et doit toujours y tendre, sans toutefois perdre de vue ce précepte : *Qui meliora petit caveat peccare novando.* Dans les arts d'application, l'adresse et l'expérience sont beaucoup, sans doute, mais elles ont besoin d'être secondées par la précision et la perfection des instruments. Pour s'assurer la supériorité sur le chirurgien qui pratique seulement par hasard le broiement, le lithotritiste doit donc ne rien négliger pour son outillage. Or, il y a des lits opératoires qui n'obligent pas à maintenir le malade renversé pendant le temps de l'écrasement, qui permettent de le replacer dans la position horizontale dès que la pierre ou ses débris sont chargés dans l'instrument. Ces appareils sont : le lit rectangle de M. le baron Heurteloup (fig. 4 et 5); le lit pupitre de M. Rigal de Gaillac, renfermé dans une boîte (fig. 6); le même modifié par moi (fig. 7), qui diffère du précédent en ce que les pantoufles et le support suivent le mouvement d'élévation du plan qui supporte le bassin; le lit pupitre de M. Heurteloup, qui bascule au moyen d'une coupe en segment de cercle du dessous de la boîte, comme les chevaux de bois qui servent de jouet aux enfants (fig. 8); enfin le siége monté sur pivot (fig. 9),

FIG. 4.

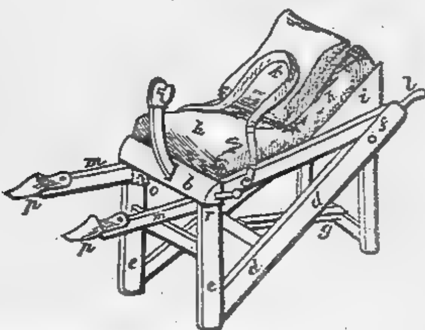


FIG. 5.

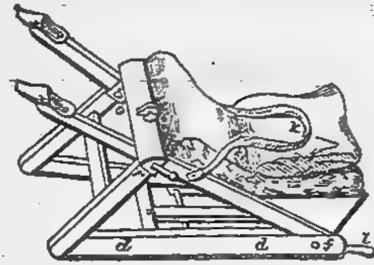


FIG. 6.

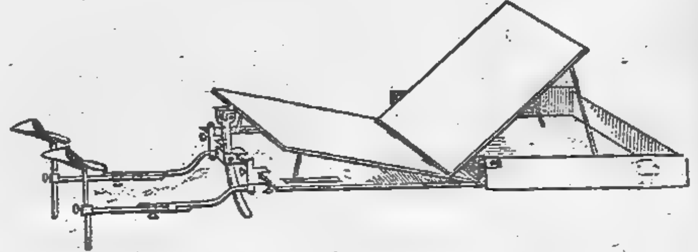


FIG. 7.

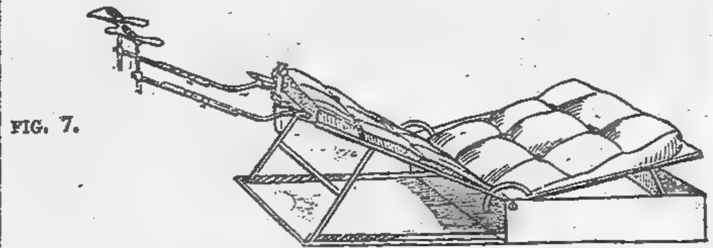


FIG. 8.

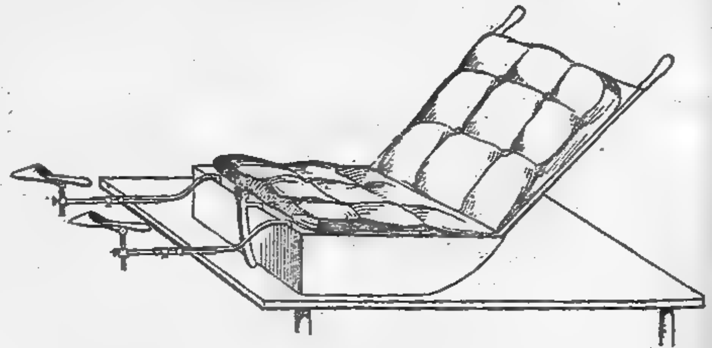
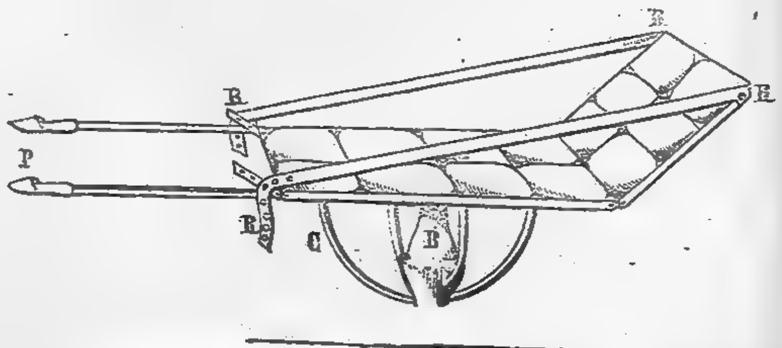
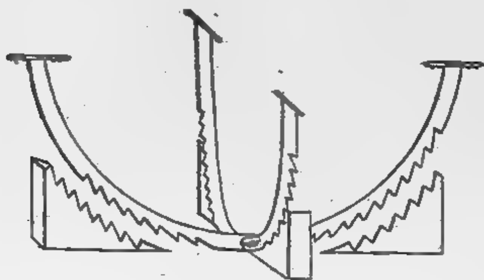


FIG. 9.



que j'ai décrit en 1839, dans mon HISTOIRE DE LA LITHOTRITIE. Celui-ci me semble préférable parce qu'il produit, outre l'élévation du bassin, un mouvement latéral utile pour déloger les calculs et leurs fragments des côtés de la vessie. Dans la fig. 10, on voit que la sellette pivote sur le point de réu-

FIG. 10.



nion de ses demi-cercles; il n'y en a ici que deux de figurés, mais quatre valent mieux. Des coins garnis de dents, glissés sous les demi-cercles, leur servent de calle et maintiennent la sellette ou le lit au degré d'inclinaison longitudinal et latéral approprié aux conditions dans lesquelles se trouvent la pierre et la vessie.

C'est à cette sellette demi-sphéroïdale pouvant s'incliner dans tous les sens que je me suis arrêté. Outre l'avantage principal résultant de la variété de position, elle a encore celui d'être plus légère, moins embarrassante que tous les lits à bascule, lits pupitres et appareils précédemment appliqués ou proposés. Une table, pourvu qu'elle soit solide, et, ce qui est mieux encore, le premier bout de planche venu placé sur le lit du malade peut lui servir de base : l'opérateur peut, au moyen des calles dentées, faire et maintenir l'inclinaison seul et sans aide; enfin, pour éviter au chirurgien la multiplicité des boîtes ou appareils, et l'embarras qui en résulte, je m'occupe en ce moment à disposer la sellette de manière à ce qu'elle soit en même temps la boîte contenant les instruments de lithotritie.

Si le chirurgien veut faire la lithotripsie par extraction d'une manière brillante et rapide, il dispose en ordre près de lui, sur une table, cinq ou six brise-pierre à cuiller de même calibre, et il les fait succéder rapidement l'un à l'autre jusqu'au dernier; mais cette prestidigitation n'est nullement nécessaire: si l'opérateur n'a qu'un seul lithotribe évacuateur du calibre convenable au cas actuel, il peut prendre son temps pour le débarrasser du détritus après chaque extraction. L'intervalle qui s'écoule entre chaque introduction semble même préférable à certains malades, surtout à ceux qui sont très-irritables et dont la vessie hypertrophiée se révolte contre l'action prolongée et la succession rapide des instruments : c'est ce que j'ai observé sur un assez bon nombre de calculeux, et ce que je viens de voir encore il y a quinze jours sur M. M... (de Mons), que j'ai opéré en présence de MM. les docteurs Furstemberg (de Berlin), Walther fils (de Munich), Benignetti et Rossi (de Rome). La pierre existait depuis environ cinq ans; elle était formée d'acide urique fort dur et elle avait le volume d'un œuf. Quoique la vessie fût hypertrophiée et fortement racornie, elle n'expulsait presque aucune des parcelles des débris de la pierre, en sorte que la méthode de l'extraction artificielle eût été ici d'une absolue nécessité.

L'extraction artificielle du détritus de la pierre ne met complétement à l'abri de l'engagement des fragments dans l'urètre qu'autant qu'elle peut être accomplie entièrement en une séance; or cela ne peut guère avoir lieu que quand le calcul a moins de 34 millim. de diamètre (15 l.) : la substitution de la pulvérisation à la méthode de la fragmentation ferait plus sûrement encore parvenir à ce but, vers lequel depuis vingt ans j'ai constamment ramené mes pensées; je m'en occuperai dans un prochain article.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

En commençant notre première revue clinique des services de médecine, nous éprouvons en quelque façon le besoin de nous orienter, de chercher, à travers cette prodigieuse quantité de faits, de leçons, de matériaux de toute sorte, quelle sera notre route, quels seront nos choix; car il ne faut pas se le dissimuler, la matière est beaucoup moins féconde qu'abondante, et pour nous excuser de la pénurie où nous nous trouverons quelquefois au milieu de cette richesse factice, nous sommes obligé de montrer une première fois comment, pour se renfermer rigoureusement dans le plan qu'elle s'est fait, la GAZETTE MÉDICALE passera sous silence tant de choses dont on parle, et ne trouvera à extraire de ce fond de médecine publique que peu d'idées nouvelles, peu de faits saillants, peu de vues originales, peu de moyens et de méthodes utiles. Il existe sous ce rapport, entre la chirurgie et la médecine, une immense différence : là où l'une se multiplie en essais qui, s'ils manquent souvent d'invention et de portée, ne manquent pas d'une certaine variété, l'autre affecte une uniformité dont la forme est en parfait accord avec le fond.

Nous avons pour exercer nos choix trois sources différentes : les leçons de clinique dogmatique, les comptes rendus publiés des différents services, et ces services eux-mêmes tels qu'ils sont ouverts et accessibles à tout le monde.

Les leçons cliniques, par le but même qu'elles se proposent, et en supposant qu'elles le remplissent exactement, sont des enseignements destinés surtout aux élèves. On y fait des cours de médecine pratique avec les vues, les idées et les données répandues dans la science courante; c'est une vulgarisation des principes admis, une répétition incessante de ce que chaque professeur a vu, fait et dit depuis longtemps, moins l'originalité, moins la vivacité de la forme qui se perd incessamment à chacune de ces éditions populaires d'un même livre et d'un même système. Dans ces énumérations régulières, dans ces descriptions sages, dans ces expositions méthodiques de choses connues, quelque bonnes, quelque excellentes qu'on les suppose pour le genre d'auditoire qu'elles sont destinées à alimenter, la presse, avide de matières nouvelles et succulentes, n'a guère à butiner. Aussi aurons-nous rarement à faire rasseoir nos lecteurs sur les bancs des cliniques médicales officielles. Ils aspirent, et ils ont droit à un genre d'enseignement plus élevé. Aussi ne prendrons-nous de cette première source que ce qu'elle produira après distillation et évaporation suffisante.

Les comptes rendus des services médicaux publiés dans les journaux *ad hoc* paraîtraient devoir offrir plus de résultats. En effet, si l'on s'en rapportait à l'apparence, ce seraient les faits eux-mêmes sur lesquels le lecteur pourrait exercer son jugement et sa réflexion. Mais est-il besoin de le faire remarquer, les faits recueillis et publiés ne sont plus les faits comme ils sont dans la nature, c'est ce que tel médecin a vu et considéré; c'est une portion de son esprit, de son idée, appliqués à quelques-unes des circonstances de tels ou tels faits, mais non ces faits eux-mêmes. Il en résulte que si les hommes qui voient, qui copient, qui commentent, qui réfléchissent cette nature riche et diverse, ne sont pas aptes à rendre ce qu'ils reçoivent; ils ressemblent par un autre côté aux professeurs de cliniques officielles : leurs observations ne contiennent que les éléments, les données incessamment répétées de l'observation antérieure; et la vulgarisation, qui est le caractère de l'enseignement des uns, devient ainsi le cachet de l'observation des autres. A ce point de vue que personne ne contestera, la richesse réelle, le produit véritablement nouveau de cette seconde source de renseignements ne doivent pas tenir grande place; et pour qui veut ne donner que la quintescence de ces longs *états de lieux* médicaux, il y a beaucoup plus à lire qu'à écrire.

Restent les services eux-mêmes qui sont des sources fécondes de faits, d'observations et de considérations nouvelles; car, bien que les préposés à ces services ne parlent pas ou parlent peu, ils agissent. Parmi ces praticiens d'élite, il n'est pas très-rare de rencontrer d'excellents guides, dont le bon sens, le tact et les résolutions, à l'abri des modes et des doctrines courantes, constituent ce que Zimmermann appelait la *science pratique perpétuelle*. Ajoutons d'ailleurs que, dans bon nombre de ces services neutres, les maladies conservent à peu près leur marche, leurs tendances et leur issue naturelles. La médecine contemporaine offre en effet ce bon côté : elle est généralement assez inactive pour être innocente, et assez innocente pour ne pas troubler les évolutions naturelles de la maladie. Certes les cliniques médicales ainsi considérées sont des mines inépuisables. C'est par ce côté surtout que nous les interrogerons.

Cette triple source de nos informations ainsi indiquée et jugée, faisons part à nos lecteurs du faible butin que nous avons recueilli à leur intention depuis le commencement de ce mois.

1° DES OCCLUSIONS INTESTINALES ET DES ÉTRANGLEMENTS INTERNES.

Une femme du service de M. Chomel a succombé tout récemment à un étranglement intestinal interne causé par des adhérences qui s'étaient formées à la suite d'une péritonite post-puerpérale. L'histoire des étranglements internes et des occlusions intestinales est trop intéressante et trop peu connue, pour que nous ne nous empressions de saisir cette occasion d'en rappeler les principaux traits en résumant quelques-unes des leçons que M. Chomel a consacrées à ce sujet.

Les occlusions intestinales peuvent être produites par des causes très-diverses, mais agissant toutes de la même manière, c'est-à-dire en interrompant le cours des matières dans le tube digestif. C'est tantôt une oblitération du calibre de l'intestin par un corps qui bouche sa lumière, tantôt une

constriction de l'extérieur à l'intérieur qui produit le même résultat. Ces sortes d'étranglements sont assez souvent produites par une bride épiploïque ou par une portion d'épiploon accidentellement adhérente. Dans quelques circonstances, l'épiploon présente des appendices graisseux plus longs que de coutume qui, par suite d'adhérences anormales, deviennent l'occasion de ces étranglements. Une anse intestinale dont les deux extrémités ont contracté des adhérences par suite d'une inflammation partielle de la tunique séreuse, peut également étrangler les portions d'intestins situées au-dessous. D'autres fois, c'est l'appendice cœcal qui, dans des circonstances semblables d'adhérence anormale, opère la constriction d'une anse d'intestin. Il n'est pas sans exemple que de pareils étranglements aient été le résultat de la déchirure de l'un des points des parois abdominales, du diaphragme par exemple, ou de l'épiploon lui-même, déchirure dans laquelle se serait glissée une anse intestinale qui s'y serait ainsi trouvée prise.

Une autre cause d'occlusion est l'invagination. Ce n'est pas que les invaginations aient toujours les conséquences graves qu'on suppose ici. On sait qu'une portion plus ou moins considérable d'intestin grêle peut accidentellement se trouver invaginée dans une portion inférieure du même intestin, le jéjunum dans l'iléon, par exemple, sans qu'il en résulte d'accidents notables. Ainsi il n'est pas rare de rencontrer, à l'ouverture des corps de jeunes enfants, de ces sortes d'invagination sans qu'aucun symptôme d'étranglement se soit manifesté pendant la vie, ni que rien indique que ce soit là un phénomène morbide. Aussi n'est-ce pas de ce genre d'invagination qu'il s'agit, mais de celles qui se font du petit intestin dans le gros intestin. La présence de la valvule iléo-cœcale, l'immobilité du gros intestin, d'une part, la mobilité de l'iléon, d'autre part, sont autant de circonstances qui rendent très-grave ce dernier genre d'invagination par le constriction inévitable qui résulte de la disposition de la valvule iléo-cœcale.

Il est une autre sorte d'étranglement fort rare que l'on pourrait appeler par torsion. M. Andral en a cité un exemple fort remarquable. Chez un sujet qui avait succombé aux symptômes d'étranglement, on trouva tout le paquet intestinal tordu sur lui-même au niveau du jéjunum, d'où était résulté une oblitération complète.

Il peut se faire aussi que le conduit digestif soit oblitéré par des corps étrangers tels qu'un noyau ou un amas de matières stercorales durcies. Mais dans ce cas les symptômes n'ont pas l'acuité qu'ils présentent dans l'étranglement; la marche des accidents est ordinairement chronique.

Il n'est pas rare enfin de voir des tumeurs abdominales comprimer une portion des intestins contre un des points solides du bassin.

Lorsque les malades succombent, on trouve constamment cette disposition particulière: dilatation considérable de la portion du tube digestif située au-dessus du point oblitéré, rétrécissement plus ou moins prononcé et quelquefois oblitération complète des portions situées au-dessous. Le plus ordinairement il y a une inflammation du péritoine dans les points les plus voisins de l'occlusion et même quelquefois dans des points plus éloignés; et l'on trouve une perforation avec épanchement stercoral dans le péritoine. Il n'en est cependant pas toujours ainsi; assez souvent les sujets meurent par le seul fait de l'étranglement sans qu'il se soit fait d'épanchement dans la cavité séreuse.

Les symptômes de l'occlusion sont ceux de l'étranglement externe, et ce n'est que par l'absence des signes extérieures d'une hernie étranglée que l'on est conduit à présumer l'existence d'un étranglement ou d'une occlusion interne. Le premier phénomène par lequel cette lésion se manifeste est une douleur vive, circonscrite dans un des points de l'abdomen, douleur dont l'intensité va toujours croissant; puis surviennent des nausées, puis plus tard des vomissements, l'accélération du pouls, le hoquet, etc. Les matières vomies sont d'abord des aliments et des boissons; les vomissements deviennent ensuite bilieux, puis fades et nauséeux, et ils finissent par n'être plus constitués que par des matières manifestement stercorales. En même temps les selles se suppriment, mais la constipation n'est pas d'abord absolue. Il sort encore pendant quelque temps quelques matières dures jusqu'à ce que toute la portion d'intestin située au-dessous de l'étranglement soit vidée; une fois cette évacuation complète, les selles sont entièrement supprimées. Les vents sont également supprimés par en bas, tandis qu'ils sont rendus en abondance par la bouche.

Un autre caractère se déduit de la forme du ventre. Il y a une tension de l'abdomen, mais cette tension n'est pas uniforme, elle a lieu par places, elle se manifeste sous forme de bosselures qui dessinent, à travers les parois, les anses intestinales plus distendues les unes que les autres. On remarque par instants un mouvement particulier de reptation des intestins qui mérite aussi une attention spéciale. Dans quelques circonstances il est possible, par l'exploration, de reconnaître le siége de l'occlusion, ce qui est d'une grande importance, car cette détermination peut conduire à distinguer, d'une manière au moins très-probable, une invagination d'avec toute autre forme d'étranglement. Ainsi si le siége de l'occlusion est dans la fosse iliaque droite, par exemple, il y a tout lieu de penser qu'on a affaire à une invagination de l'iléon dans le cœcum. On conçoit quelle peut être l'influence de cette détermination sur le choix des moyens à employer.

La durée de ces accidents est ordinairement assez courte, de six à huit jours le plus communément. La mort n'en est cependant pas toujours la conséquence inévitable. De même qu'on parvient quelquefois à réduire une hernie externe à l'aide du taxis, de l'application de la glace; on peut, dans quelques cas, faire cesser les accidents d'un étranglement interne par les mêmes moyens ou par des moyens analogues. Il n'est même pas sans exemple que ces accidents aient cessé spontanément. Cette solution heureuse arrive par exemple dans les cas où l'occlusion est due à l'accumulation de matières stercorales durcies dans un point de l'intestin. Une débâcle suffit, dans ce cas, pour mettre un terme aux accidents. Dans quelques autres cas non moins heureux, mais plus rares, la portion d'intestin invaginée est frappée de gangrène, se détache, tombe, et il se fait une adhésion qui rétablit la continuité de l'intestin. D'autres fois, c'est un abcès aigu du bassin qui causait la compression et l'étranglement d'une anse intestinale; l'explosion du pus par les selles ou à travers les parois abdominales amène la cessation de la compression et des accidents qui en étaient la suite; mais ces cas sont rares, et ces sortes d'abcès se forment avec trop de lenteur, d'ailleurs, pour qu'ils puissent aisément donner lieu aux accidents de l'étranglement.

Plusieurs maladies peuvent simuler une occlusion interne. En première ligne, se présente la hernie étranglée. Il arrive quelquefois que la portion d'intestin herniée est tellement petite qu'elle échappe aux plus minutieuses investigations; la confusion est d'autant plus facile alors que les symptômes dans les deux cas sont absolument les mêmes. M. Chomel rappelle à cette occasion le fait d'une femme qui succomba à une hernie crurale étranglée méconnue, dissimulée qu'elle était par une épaisse couche de graisse qui avait rendu toutes les explorations infructueuses.

La péritonite pourrait jusqu'à un certain point, peut être, en imposer pour une occlusion intestinale, mais on sera tenu en garde contre cette cause d'erreur par ce seul fait que la péritonite est rarement une affection primitive, qu'elle est dans l'immense majorité des cas secondaire. Les symptômes de la péritonite ne survenant dans ce cas qu'après les premiers symptômes de l'étranglement, la confusion ne sera plus possible.

Les anciens médecins admettaient un iléus nerveux produit par un mouvement péristaltique de bas en haut; mais en admettant cette forme particulière d'iléus, il y aurait bientôt par suite des évacuations par le haut un affaissement complet du ventre, ce qui n'arrive jamais dans le cas d'occlusion.

La perforation intestinale est de tous ces accidents celui qu'il peut être le plus difficile de distinguer de l'étranglement. Les accidents débutent, comme dans ce dernier cas, par une douleur violente locale, soudaine, s'accompagnant de nausées, de vomissements et de fièvre secondaire. Il est de la plus grande importance cependant de ne pas confondre deux états qui réclament des moyens de traitement si différents. Le plus souvent on sera éclairé par les circonstances qui auront précédé le développement des accidents. Si le malade se trouve placé dans les conditions les plus habituelles où ont lieu ces perforations, à la fin ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, par exemple, l'erreur sera facile à éviter. Mais si les accidents sont soudains, s'ils surviennent en état de santé, comme cela a lieu, par exemple, dans certains cas de perforation de l'appendice vermiforme, il devient extrêmement difficile au premier abord de distinguer la perforation d'avec l'étranglement. La marche ultérieure des accidents peut seule faire cesser le doute dans ce cas. Lorsqu'il y a indécision toutefois il y a moins d'inconvénient à se comporter comme s'il s'agissait d'une perforation qu'en se plaçant dans l'hypothèse contraire, car les moyens que l'on dirigerait contre une occlusion présumée, soit par étranglement ou par invagination, seraient on ne peut plus funestes s'ils s'adressaient à un cas de perforation, tandis que l'erreur contraire serait moins grave.

Enfin un dernier point de diagnostic comparatif qu'il est très-important, au point de vue du pronostic et des indications, de chercher à établir, autant du moins que le permettent les moyens bornés d'exploration, c'est, lorsqu'on a déjà acquis la certitude qu'il s'agit d'une occlusion intestinale, de savoir si cette occlusion est le résultat d'un étranglement ou d'une invagination. On conçoit aisément l'importance de cette distinction en se rappelant que de ces deux formes d'occlusion, celle par invagination offre seule quelques chances de salut, et que c'est à peu près la seule contre laquelle le traitement ait quelque prise en imprimant de vives secousses aux mouvements péristaltiques des intestins. Mais cette distinction est loin d'être aisée à faire. Cependant il est une circonstance anatomique propre aux invaginations qui peut, jusqu'à un certain point, mettre sur la voie de cette distinction, c'est la forme de tumeur qu'affectent les parties invaginées, tumeur plus ou moins volumineuse, dure, résistante, rendant un son complétement mat à la percussion, dans toute son étendue, comme ferait un phlegmon.

Telle est, en raccourci, l'histoire des particularités principales et les plus importantes que présente cette grave lésion. Voici le fait qui a été l'occasion de cette courte dissertation.

ILÉUS. — ÉTRANGLEMENT INTERNE PRODUIT PAR LES ADHÉRENCES D'UNE ANSE INTESTINALE, A LA SUITE D'UNE PÉRITONITE PUERPÉRALE.

OBS. I. — Une jeune femme de 19 ans, habituellement bien portante, devenue enceinte, fit il y a quatre mois une fausse couche de six semaines. Elle éprouva à la suite de cette fausse couche des douleurs violentes dans l'abdomen, avec un peu de diarrhée, quelques vomissements et de la fièvre, en un mot tous les symptômes probables d'une métro-péritonite. Ces symptômes s'étaient dissipés lorsque cette femme fut prise quelque temps après, un mois environ, de nouvelles douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements devenant de plus en plus fréquents, puis presque continus, tandis que les selles, de plus en plus rares, avaient fini par se supprimer complétement. Ces accidents l'ayant fait amener à l'hôpital, on constata l'état suivant :

Pouls fréquent, 124 pulsations par minute : faiblesse extrême, état d'anxiété portée au dernier point ; faciès hippocratique. Le ventre n'était point météorisé, il présentait peu de sensibilité à la pression ; mais on remarquait, à travers les téguments, des mouvements vermiformes des intestins et dans quelques points des bosselures persistantes. Enfin les vomissements exhalaient une odeur fécale très-prononcée et contenaient manifestement les derniers résidus de la digestion. L'absence de météorisme parut un instant devoir jeter quelque incertitude sur la nature de la lésion à laquelle on avait affaire ; mais, d'après les rapports de la malade, qui disait avoir eu le ventre beaucoup plus tendu et plus volumineux, on pouvait présumer que le météorisme eût existé et qu'il se fût dissipé depuis, circonstance qui n'est pas très-rare vers les derniers jours de la maladie. Il y avait, du reste, dans le caractère et l'invasion brusque de la douleur, dans la persistance et la nature des vomissements, dans l'aspect inégal, bosselé du ventre et dans ces mouvements vermiculaires des intestins des signes évidents d'une occlusion intestinale. On administra l'huile de croton tiglium, mais il n'y eut point de selles, et les symptômes ne cessèrent de s'aggraver jusqu'au moment de la mort, qui survint 48 heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'autopsie, on constata les phénomènes suivants : l'épiploon recouvrait en grande partie les intestins et plongeait dans le bassin où il avait contracté adhérence par un de ses angles. Le péritoine offrait dans toute son étendue des traces d'inflammation. Il existait des adhérences nombreuses, fortes et solides dans la région hypogastrique ; dans les parties supérieures, cette membrane offrait seulement cet état poisseux particulier qui caractérise une inflammation à un degré moins intense. On trouva toute la partie supérieure de l'intestin grêle, dans l'étendue de sept pieds environ, considérablement développée ; elle avait de deux pouces et demi à trois pouces de diamètre, tandis que toute la portion de ce même intestin située au-dessous, ainsi que tout le gros intestin, étaient réduits au point de permettre à peine l'introduction du petit doigt. Au point où cessait l'ampliation exagérée de l'intestin, on trouvait une petite anse intestinale adhérente par ses deux extrémités aux parois postérieures du bassin et libre par son milieu, de manière à représenter une arcade étroite et serrée, sous laquelle une seconde portion d'iléon était comprimée et dans un état de constriction telle que sa lumière était entièrement effacée. Il n'existait que de très-légères traces d'inflammation récente immédiatement au-dessus du point étranglé.

A peu près en même temps que ce fait se passait à l'Hôtel-Dieu, des journaux de médecine étrangers publiaient deux cas analogues d'occlusion intestinale déterminés par des causes différentes, et dont l'issue fut fatale dans un cas et heureuse dans l'autre. Il ne sera pas sans quelque intérêt de rapprocher ces deux faits de celui qui vient d'être rapporté. Ce sont autant de documents nouveaux propres à compléter l'histoire des occlusions intestinales.

SYMPTÔMES D'ILÉUS. — OCCLUSION DU PYLORE ET DES DEUX TIERS SUPÉRIEURS DU DUODÉNUM, SUITE D'ADHÉRENCES INFLAMMATOIRES.—RÉTRÉCISSEMENT CONSIDÉRABLE DU COLON ASCENDANT, DU COLON TRANSVERSE ET DU COECUM.

Nous empruntons le cas suivant au GUY'S HOSPITAL REPORTS :

OBS. II. — Une dame de 50 ans, mère de nombreux enfants, avait réclamé les soins du docteur Lever un an auparavant pour des symptômes semblables à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires, c'est-à-dire des douleurs très-vives sur le trajet de ces conduits et revenant par accès, de l'ictère, des nausées, des urines rares et fortement colorées, de la constipation, etc. Tous ces symptômes disparurent par un traitement convenable, à l'exception de la teinte jaunâtre qui persista. Entre cette époque et le moment où cette dame fut prise de l'affection qui l'entraîna au tombeau, elle fut exposée à une constipation des plus rebelles ; en même temps, pour peu qu'elle surchargeât un peu son estomac, elle était prise de vomissements. Il survint un jour tout à coup des douleurs extrêmement vives, bornées principalement à la région de la vésicule et présentant des exacerbations de temps en temps ; vomissements presque continuels ; teinte ictérique générale ; évacuations alvines peu abondantes ; urines rares et fortement colorées (saignée locale, calomel et opium, lavements).

Malgré ce traitement, la constipation persista ; cependant les lavements ramenèrent, le lendemain, une petite quantité de matières féculentes. A deux reprises différentes on introduisit une sonde dans l'intestin, quoique avec une certaine difficulté. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre. L'affaiblissement marcha rapidement, et la malade mourut pendant qu'elle était sur un vase de nuit.

A l'examen du cadavre, on trouva : Foie volumineux, d'une couleur brunâtre et fortement congestionné ; pas de traces de vésicules biliaires. L'extrémité pylorique de l'estomac, le foie et la tête du pancréas étaient soudés par adhérences. L'orifice pylorique de l'estomac était considérablement rétréci par suite de l'épaississement de ses parois et des dépôts qui s'étaient faits entre les membranes. Un changement analogue s'était produit dans le tiers supérieur et le tiers moyen du duodénum, qui avait tellement perdu de sa capacité qu'à peine si l'on pouvait y introduire une plume. Le tiers inférieur du duodénum avait un diamètre bien plus considérable, le jéjunum et l'iléon avaient leur capacité normale. Le cœcum et le colon ascendant avaient aussi perdu de leur capacité, mais ils avaient conservé l'aspect du gros intestin, tandis que le colon transverse, le colon descendant et le rectum ne le présentaient plus. A peine si l'on apercevait leurs faisceaux longitudinaux, et leur cavité était si étroite qu'on aurait eu peine à y passer le petit doigt. Au centre de l'iléon, on trouva un calcul biliaire du volume d'une noisette ; il était enchatonné en partie, quoique mobile.

Voici le troisième fait rapporté par M. le docteur Noegel (de Lemberg) et que nous trouvons consigné dans la GAZETTE DES HÔPITAUX :

SYMPTÔMES D'ILÉUS (INCOMPLÉTEMENT DÉCRITS). — EXPULSION D'UNE PORTION CONSIDÉRABLE D'INTESTIN PAR LES SELLES. — GUÉRISON.

OBS. III. — Un jeune homme âgé de 21 ans, dont la santé avait toujours été bonne jusque-là, à des coliques près qui avaient été éprouvées depuis quelques années, fut pris tout à coup, dans la nuit du 12 au 13 février, d'une douleur très-vive dans l'hypogastre, douleur qui s'accompagna de frissons, de chaleur, de vomissements fréquents et d'évacuations alvines. Transporté à l'hôpital, il présenta à son arrivée les symptômes suivants : céphalalgie, tête brûlante, langue chargée, soif, abdomen gonflé, chaud et très-douloureux au toucher ; peau sèche, pouls dur, plein et fréquent ; vomissements et selles de matières limpides et teintées de sang. Après un traitement antiphlogistique énergique, pendant la durée duquel il survint du ténesme et un prolapsus d'une portion d'intestin qui put être réduite sans douleur, le malade arriva, le 26 du même mois, à un état satisfaisant ; la fièvre avait cédé complétement. Ce même jour il rendit, en allant à la garde-robe, une portion d'intestin de 55 centimètres environ de longueur sur 7 centimètres de largeur dans certains points de son étendue.

Cette portion du tube intestinal comprenait une partie de l'iléon, le cœcum, l'appendice vermiforme, tout le colon ascendant et une certaine étendue du colon transverse. La membrane muqueuse, tournée en dehors, était brunâtre et marquée de noir, particulièrement sur le cœcum ; elle était ramollie, et se laissait facilement détacher de la tunique sous-jacente. La tunique séreuse, pareillement brunâtre et érodée, laissait voir à nu la tunique musculeuse également détruite en certains points.

Après cette expulsion, le malade éprouva pendant quelques jours encore de légères douleurs à l'hypogastre, puis elles cédèrent définitivement, et le 25 mars suivant, l'individu sortit de l'hôpital parfaitement rétabli.

2° CAUSES ET CARACTÈRES DE L'HYDROPNEUMOTHORAX.

Un cas d'hydropneumothorax a mis en évidence quelques points très-intéressants de l'histoire de cette affection. Nous rapporterons sommairement l'état de la malade qui en a été le sujet.

OBS. — Une jeune femme de 20 et quelques années, d'une santé jusque-là assez bonne, vit ses règles cesser, il y a quatre à cinq mois, à la suite de profonds chagrins. A dater de cette époque elle commença à maigrir et elle eut quelques vomissements de matières glaireuses, bien que son appétit fût conservé et que ses digestions n'en parussent point troublées ; puis, plus tard, il lui survint des palpitations et un peu d'essoufflement. A cela près sa santé n'était pas notablement altérée et elle vaquait à ses affaires, lorsqu'il y a quinze jours la malade, en rentrant chez elle, ressentit une douleur aiguë excessive dans le côté droit de la poitrine, et fut prise de défaillance. A partir de ce moment elle eut une gêne croissante de la respiration, une toux presque continuelle avec expectoration de matières muqueuses aérées. Quelques jours après cet accident, étant entrée à l'hôpital, elle offrit les phénomènes suivants : Oppression considérable ; respiration brève, précipitée. Considérée à l'extérieur, la poitrine est manifestement bombée, plus du côté droit que du côté gauche ; les espaces intercostaux du côté droit ont presque entièrement disparu ; en avant la sonorité est normale ; en arrière et en haut, sonorité un peu plus prononcée qu'à l'état normal ; dans le tiers inférieur, son tout à fait mat. A l'auscultation on constate l'absence du bruit respiratoire à la partie supérieure du thorax ; plus bas, à la partie moyenne, le murmure vésiculaire était remplacé par un souffle amphorique très-prononcé avec tintement métallique ; absence de respiration dans les parties inférieures.

Quelle a été dans ce cas particulier, et quelle est, dans la pluralité des cas de ce genre, l'origine de ce double épanchement d'air et de liquides dans les plèvres ? A quelle sorte de lésion primitive faut-il attribuer la double perforation de la plèvre et du poumon qui a lieu en pareil cas ? car cette perforation doit être nécessairement la conséquence d'une lésion antérieure. M. Chomel, après avoir énuméré les circonstances nombreuses qui peuvent amener un semblable résultat, telles que les lésions traumatiques, l'emphysème très-ancien et porté à un haut degré d'intensité, le cancer ou la gangrène du poumon, et élaguant ces causes comme très-rares en général, et

n'ayant, dans le cas particulier, aucune espèce de fondement, s'est arrêté à deux états morbides qui, par leur très-grande fréquence, doivent être considérés comme les conditions pathogéniques les plus communes de l'hydropneumothorax : ce sont les tubercules pulmonaires sous-pleuraux et la pleurésie purulente.

La première de ces conditions morbides surtout paraît de beaucoup devoir être considérée comme la plus fréquente. M. le docteur Saussier, auteur de recherches intéressantes sur ce sujet, a établi des rapprochements desquels il résulte que sur 149 cas d'hydropneumothorax, 81 fois la maladie a reconnu pour cause la tuberculisation pulmonaire; 29 fois elle a été la suite de pleurésies purulentes : encore est-il probable que dans un certain nombre de ces cas la pleurésie n'avait été elle-même qu'un effet ou au moins une complication de la tuberculisation; 8 fois l'hydropneumothorax avait succédé à la gangrène du poumon; 5 fois à l'emphysène avec distension excessive et rupture des vésicules pulmonaires; 3 fois à des hydatides du parenchyme pulmonaire; 3 fois à une lésion traumatique.

Si l'on considère que dans les recherches de cette nature on apporte généralement une bien plus grande attention aux faits rares, insolites, qu'aux faits vulgaires et d'une fréquence journalière, on doit naturellement être conduit à admettre que la fréquence des épanchements thoraciques produits par la tuberculisation pulmonaire doit se montrer dans une proportion plus considérable encore que celle qui est constatée dans ce relevé.

Il y avait donc à rechercher, chez cette malade, quelle était celle de ces deux causes, les tubercules ou la pleurésie purulente, les deux seules ici probables, à laquelle on devait faire remonter l'origine de l'épanchement. L'état antérieur de la malade, le mode d'invasion de la maladie, sa marche, pouvaient seuls, à défaut d'autres signes directs, concourir à établir ce point de diagnostic *à posteriori*. On a vu, d'après l'exposé succinct de l'état de cette femme avant son entrée à l'hôpital, que bien qu'elle éprouvât depuis quelque temps quelques symptômes qui semblaient dénoter chez elle un commencement de dépérissement, elle était cependant assez bien portante encore jusqu'au moment de l'invasion brusque des accidents, pour éloigner l'idée d'une pleurésie purulente qui eût nécessairement été accompagnée de troubles beaucoup plus considérables dans la respiration et d'un appareil fébrile plus ou moins intense. D'un autre côté, l'invasion et la marche des accidents n'ont point été celles que présente ordinairement la perforation par suite de pleurésie purulente; le premier phénomène que l'on observe dans ce cas est le vomissement de pus. L'invasion est toute différente lorsque c'est une fonte tuberculeuse qui est le point de départ de l'épanchement. Il peut se présenter trois circonstances particulières lorsqu'un petit foyer tuberculeux circonscrit vient à suppurer : ou la perforation se fait dans les bronches, et alors elle se manifeste par des crachats purulents; ou le tubercule s'ouvre dans la plèvre et laisse tomber quelques gouttes de pus dans la cavité séreuse; ou bien il se fait une double perforation à la fois, l'une dans le parenchyme pulmonaire, l'autre dans la plèvre, et il se manifeste, dans ce dernier cas, les symptômes qui ont été constatés chez cette malade. Si l'on considère enfin, d'autre part, l'état antérieur de cette femme, son amaigrissement graduel, son état de souffrance depuis plusieurs mois, sans cause appréciable, bien qu'on n'eût constaté aucun signe direct de tuberculisation, tout ne porte-t-il pas à penser que telle était en réalité l'origine de sa maladie? Cette hypothèse est d'autant plus probable, que dans l'hydropneumothorax tuberculeux la perforation se fait ordinairement à une époque peu avancée de la tuberculisation.

C'est là un fait dont l'importance, sous le rapport étiologique, ne peut être méconnue. Il est un autre point de vue encore sous lequel il peut être intéressant de l'envisager, c'est celui du diagnostic. Lorsqu'un hydropneumothorax se manifeste inopinément en plein état de santé, alors même qu'il n'existait aucun indice capable de faire soupçonner l'existence de l'affection tuberculeuse, le fait seul de la brusque invasion de ces sortes d'épanchements doit fixer de suite l'attention sur l'existence probable de tubercules pulmonaires.

Il reste toutefois un dernier point à éclaircir, et disons par avance que les raisons données par M. Chomel du fait dont nous voulons parler paraîtront tout à fait péremptoires. Comment se fait-il que les affections tuberculeuses des poumons étant si fréquentes, l'hydropneumothorax soit au contraire un accident si rare, au moins relativement? Voici comment M. Chomel se rend compte de cette circonstance : « Le plus ordinairement, dit-il, lorsque les tubercules se ramollissent, il y a autour d'eux un certain degré d'induration; la plèvre pulmonaire qui les avoisine s'enflamme et contracte des adhérences avec la plèvre costale. Il en résulte que lorsque le ramollissement est parvenu au point où la perforation pourrait se faire, il n'y a plus, dans ce point, de cavité pleurale, partant plus d'épanchement possible, soit de gaz, soit de liquides. »

3° DANGER RÉEL DE LA PLEURÉSIE PRIMITIVE.

Depuis les recherches si précises de M. Louis, on est généralement disposé à reconnaître, avec ce savant investigateur, que la pleurésie primitive offre très-peu de danger. M. Chomel pense que cette conclusion, quoique fournie par la grande majorité des faits, n'est pas absolument rigoureuse. Il fait la distinction suivante, qui nous paraît mériter d'être prise en considération : les pleurésies primitives *séreuses* ne seraient en effet que très-accidentellement graves; au contraire, les pleurésies *purulentes* seraient la plupart du temps très-dangereuses. M. Chomel n'a pas dit sur quels faits et sur quel nombre de faits il base cette distinction; ce sera à l'observation ultérieure à prononcer. Disons toutefois, quoique cette remarque n'ait qu'une application très-éloignée au point en litige, que l'opération de l'empyème pratiquée pour les épanchements purulents ne compte que de très-rares succès, comparativement à la même opération pratiquée dans les cas d'épanchements séreux : ceci est un fait établi sur les données les plus précises.

4° MÉCANISME DES DÉFORMATIONS DU THORAX SUITES DE PLEURÉSIES.

Tout le monde sait que, dans les pleurésies avec épanchement, le côté qui en est le siége augmente de capacité, il se distend et s'amplifie en proportion de la quantité de sérosité contenue dans les plèvres. Puis, lorsque arrive la résolution de la maladie, alors que le liquide épanché est peu à peu résorbé, le côté tend à revenir sur lui-même, il se rétrécit peu à peu, et ce mouvement de retrait, au lieu de s'arrêter aux limites de l'étendue primitive du thorax, va souvent au point que, de plus volumineux qu'il était d'abord, le côté qui a été malade finit par devenir plus étroit que le côté resté sain. Laënnec avait très-exactement décrit cette succession de phénomènes, mais sans chercher à en donner l'explication. « Eh bien! ajoute M. Chomel, voici ce que nous avons observé de plus, et ce que nous signalons depuis plusieurs années dans chacun de nos cours de clinique : c'est que, une fois la maladie guérie, si au bout d'un an ou deux on examine de nouveau le sujet, si l'on prend avec soin les dimensions du côté anciennement malade, et cela non-seulement dans sa circonférence, mais encore dans son diamètre antéro-postérieur, on s'aperçoit que le rétrécissement, suite de la résorption du liquide, a disparu, et que le côté a repris les dimensions qu'il présentait avant d'avoir été le siége de l'épanchement. » M. Chomel fait remarquer toutefois que, pour que ce dernier changement ait lieu, il faut que l'épanchement pleurétique n'ait été ni trop abondant, ni trop longtemps prolongé; car si la compression du parenchyme pulmonaire avait été trop prolongée, le poumon aurait perdu à tout jamais son ressort, son élasticité, et le retour aux dimensions normales serait impossible.

Le fait signalé par M. Chomel est de la plus grande exactitude; mais on s'est tu en général sur le mécanisme de ces déformations et de ces retours des parois thoraciques à leurs dimensions normales, ou on en a donné des explications tout à fait insuffisantes et incomplètes. M. Chomel, à qui le fait n'a échappé dans aucune de ses particularités, nous paraît, à l'égard des causes qui le produisent, être resté fort loin de ce que la science moderne enseigne à cet égard. Le professeur de clinique a judicieusement remarqué qu'à la suite des épanchements pleurétiques persistants le poumon reste comprimé, il perd de son volume, et occupe par conséquent un espace moindre. Jusqu'ici rien de plus juste. Mais pourquoi et comment la cage thoracique suit-elle le mouvement de retrait du poumon? C'est ce que M. Chomel n'a pas dit. Il aurait pu alléguer l'explication générale des anciens qui est encore à l'usage de quelques modernes, à savoir, que la nature a horreur du vide; c'est pour cela qu'elle comblerait par la rentrée de la paroi thoracique l'espace inoccupé par le poumon réduit. C'est ce qui ressortirait des prémisses posées par M. Chomel. Mais là n'est pas le vrai mécanisme de ces déformations. Delpech, qui, comme on sait, s'est beaucoup préoccupé des difformités et aussi des phénomènes de retrait du tissu des cicatrices, a supposé que, dans ces cas, la plèvre qui a été enflammée et a suppuré offre les conditions du tissu inodulaire, lequel, en se rétrécissant, tire en tous sens sur les parois du thorax et fait qu'elles se dépriment. Mais l'expérience n'a pas tardé à montrer l'inanité de cette explication. On a ouvert des sujets qui n'avaient eu que des épanchements séreux sans suppuration des plèvres, et celles-ci n'étaient point du tout converties en tissu inodulaire, et cependant il y avait dépression de la paroi thoracique correspondante. On a remarqué d'ailleurs, comme l'a dit M. Chomel, que bon nombre de ces déformations consécutives aux épanchements pleurétiques se dissipent à mesure que la perméabilité du poumon se rétablit : il y avait donc à rechercher ailleurs l'explication et le mécanisme de ces déformations.

Les personnes qui ont suivi les conférences de M. J. Guérin à l'hôpital des Enfants ont pu l'entendre souvent développer une théorie de ces déformations, que l'on ne peut hésiter un instant à considérer comme l'expression exacte du fait, quand on a examiné avec soin ce qui se passe dans les déformations thoraciques des sujets rachitiques. Lorsque les enfants affectés de rachitisme sont parvenus à cette période de la maladie où les os commencent à se ramollir, où les poumons présentent, dans quelques-unes

de leurs parties, un état particulier de carnification qui les rend, dans les points ainsi affectés, imperméables à l'air, on voit, disons-nous, dans ces circonstances, les parois thoraciques s'affaisser, se déprimer, se déformer, non point d'une manière générale et uniforme, mais partiellement et dans les points correspondants aux parties du poumon qui ont cessé de se laisser distendre par l'air. De là ces formes irrégulières, bizarres, qui n'étaient le plus souvent considérées que comme un pur effet du ramollissement des os, quand elles sont au contraire l'expression constante et régulière d'une cause physique parfaitement déterminée. Que se passe-t-il en effet dans ces cas? Le poumon ne recevant plus d'air que dans une partie seulement de son étendue, ne se dilate que partiellement; la colonne d'air intérieure cesse donc de faire équilibre à la colonne d'air extérieure, et celle-ci pèse alors sans antagonisme d'une partie de son poids sur les parois thoraciques qui cèdent, dans les points correspondants aux parties du poumon privées d'air, et elles cèdent avec d'autant plus de facilité que les côtes ont déjà subi un état d'altération rachitique plus avancée. Cette influence est si manifeste qu'on peut voir à chaque mouvement d'inspiration ces dépressions partielles de la poitrine, et qu'on peut en suivre en quelque sorte les progrès à vue d'œil. Une action en sens inverse s'opère, mais avec une intensité beaucoup moins prononcée, après la période de résolution, lorsque le poumon, redevenu perméable dans tous ses points, se dilate amplement et fait partout équilibre à la pression extérieure. De là le retour plus ou moins complet du thorax vers les formes normales.

M. J. Guérin a fait voir que ce qui se passe dans les diverses périodes d'un épanchement pleurétique offre la plus grande analogie avec les cas de déformations rachitiques que nous venons de rappeler : il est aisé de concevoir en effet le parti que l'on peut tirer de cette théorie pour l'explication du mécanisme des ampliations et des retraits successifs auxquels sont assujetties les parois thoraciques dans ce cas.—C'est un sujet dont la nouveauté exigerait quelques développements; ce n'est pas le lieu de les présenter ici : ils le seront sans doute en temps opportun avec tous les détails désirables. Ajoutons seulement que cette théorie des déformations du squelette sous l'influence de la pression atmosphérique s'applique à des faits de beaucoup d'ordres, notamment encore aux déformations thoraciques engendrées par la phthisie pulmonaire.

5° TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA TÊTE ET DE LA FACE; INDICATIONS COMPARATIVES DES ÉVACUANTS ET DES TOPIQUES ABORTIFS.

Le traitement de l'érysipèle de la tête comprend, dans les salles de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, les moyens suivants : saignées générales, purgatifs salins répétés tous les jours, vésicatoires et sinapismes volants sur les extrémités inférieures, boissons rafraîchissantes. M. Chomel proscrit l'application des sangsues dans le voisinage de l'érysipèle, par la crainte de voir l'irritation des piqûres favoriser l'extension de l'inflammation. Cette crainte nous paraît effectivement fondée, et les sangsues réussissent d'ailleurs rarement dans les érysipèles par cause interne; mais il n'en est pas de même des érysipèles traumatiques ou de cause externe, et particulièrement de ceux qui siégent sur les membres. Nous avons vu souvent M. Blandin appliquer avec un grand succès, dans ce cas, des sangsues en grand nombre à la racine des membres affectés d'érysipèle et sur le trajet des ganglions et des vaisseaux lymphatiques engorgés; mais, nous le répétons, il n'y a évidemment pas parité entre ces deux cas.

Un point plus important est celui qui concerne l'emploi des évacuants émétiques. M. Chomel emploie assez généralement le tartre stibié, ainsi que le font la majorité des praticiens, dans les érysipèles de la face ou d'autres régions, qu'il suppose être liés à l'existence d'un état saburral des premières voies; mais il exclut l'emploi de ce moyen lorsque l'érysipèle, fût-il dépendant de la même cause, siége sur le cuir chevelu. Nous comprenons moins bien les motifs de cette exclusion. Sans doute on peut paraître jusqu'à un certain point autorisé à craindre que les secousses des vomissements ne retentissent d'une manière fâcheuse sur l'encéphale, et c'est là la raison que fait valoir M. Chomel; mais cette crainte ne nous paraît pas fondée, et nous sommes d'autant plus surpris de la voir partagée par cet habile praticien, qu'il convient lui-même que les phénomènes cérébraux qui accompagnent ordinairement les érysipèles du crâne sont purement sympathiques. Ici, comme en maintes autres circonstances, le fond emporte la forme. Quelque soit le siége de l'érysipèle, lorsqu'il est spontané et manifestement lié à cet état particulier d'altération des fluides nutritifs connu sous le nom d'état saburral, l'expérience nous a prouvé qu'en présence d'une indication aussi formelle on ne doit pas hésiter à administrer l'émétique.

Cette distinction de l'origine des érysipèles, qui est fondamentale en pratique, nous semble aussi expliquer la différence des résultats que l'on obtient par les moyens topiques à l'aide desquels on se propose d'enrayer la marche envahissante des érysipèles erratiques ou ambulants. M. Chomel a voulu s'enquérir de la valeur des vésicatoires volants, du nitrate d'argent, de la pommade mercurielle appliqués sur les surfaces érysipélateuses, et pour bien s'assurer si l'efficacité de ces moyens était réelle, il les a appliqués dans les cas où l'érysipèle offre sur ses limites ce bourrelet rouge caractéristique qui est un signe avant-coureur de la marche progressive de l'érysipèle. Il a vu constamment l'érysipèle continuer ses progrès et sa marche envahissante sans que l'emploi de ces moyens ait paru en rien la modifier. Mais n'est-on pas en droit de se demander si les cas où les moyens en question ont manifestement eu le résultat indiqué, n'étaient pas d'une nature et d'une origine différentes de celles des érysipèles que M. Chomel a soumis à cette expérimentation, et n'est-ce pas le cas d'invoquer encore la distinction et les principes que nous rappelions tout à l'heure?

6° FIÈVRES CONTINUES RÉMITTENTES DE FORME TYPHOÏDE. — GUÉRISON RAPIDE PAR LE SULFATE DE QUININE.

Il s'est présenté à quelques jours d'intervalle, dans le service de M. Rayer à la Charité, deux cas de fièvre continue rémittente offrant tous les caractères de la fièvre typhoïde, et qui ont promptement cédé au sulfate de quinine. Ces faits sont trop importants pour que nous ne devions pas les rapporter.

OBS. I. — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, d'une constitution robuste, entra à la Charité avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde ordinaire : éruption papuleuse au tronc, abattement, stupeur, épistaxis, ballonnement du ventre, légère diarrhée, peau chaude et sèche, pouls fréquent, etc. M. Rayer fut frappé du caractère particulier de rémission de l'appareil fébrile; il percuta la rate ainsi qu'il a l'habitude de le faire chez les sujets typhoïdes, et il constata une matité plus profonde et plus étendue qu'à l'état normal. Cet organe dépassait de 9 à 12 centimètres le bord des dernières côtes. Cette circonstance donnant, aux yeux de M. Rayer, une nouvelle valeur au fait de la rémittence qu'il avait déjà constaté, ce praticien se décida à administrer le sulfate de quinine que ne contre-indiquait point d'ailleurs l'état des voies digestives. Il ordonna le sel à la dose de 1 gramme en poudre. Dès le troisième jour la fièvre et tout l'ensemble des phénomènes typhoïdes étaient dissipés; la rate continuant encore à rester volumineuse, on persista pendant huit jours encore dans l'administration du sulfate de quinine, en diminuant graduellement la dose vers la fin, et le malade alla de mieux en mieux. Le neuvième jour, la rate avait beaucoup diminué de volume, le malade était en pleine convalescence.

A peine ce fait venait-il de se passer qu'un second cas de la même affection entièrement semblable vint confirmer par le même résultat l'heureuse application de la médication antipériodique.

OBS. II. — Il s'agit d'une jeune femme présentant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité avec une rémission marquée. L'examen de la rate fit également reconnaître un développement anormal de cet organe. On prescrivit 60 centigr. de sulfate de quinine et des ventouses scarifiées sur la région splénique. Le lendemain la malade était déjà mieux; le sulfate de quinine fut continué, et à dater du troisième jour tous les symptômes se dissipèrent rapidement (1).

Les faits de ce genre sont loin d'être rares dans les pays où, sous l'influence d'une constitution endémique spéciale, on observe journellement tout le cortége des fièvres intermittentes et où la plupart des affections pyrétiques ordinaires ont une tendance plus ou moins manifeste à se montrer sous le type rémittent; mais ils sont rares à Paris, et méritent, sous ce rapport, d'être signalés à l'attention des praticiens, d'autant plus que ces faits ne nous paraissent pas entièrement isolés et que nous avons quelque raison de penser qu'ils se rattachent à une influence générale dont nous aurons prochainement l'occasion de faire ressortir les principaux caractères. Ce ne sont pas d'ailleurs les premiers cas de ce genre que M. Rayer ait observés dans le courant de l'année; il a eu l'occasion de traiter dans son service quatre ou cinq cas semblables qui ont cédé au même moyen de traitement. Il n'a pas échappé à la sagacité de cet habile praticien que ces cas insolites, insidieux sans nul doute pour quiconque eût négligé la circonstance importante du type fébrile dont il s'est justement préoccupé, pouvaient se rattacher par quelque lien de solidarité avec les faits de guérison de fièvre typhoïde que l'on dit avoir obtenue dans le temps par le sulfate de quinine. Telle est aussi notre opinion; nous reviendrons sur ce point prochainement.

(1) Nous avons appris depuis qu'il s'était présenté de nouveaux cas semblables dans le même service. Nous les suivrons attentivement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le cahier d'octobre 1845 contient les mémoires originaux suivants : 1° *Deux cas de travail prolongé par l'insurmontable régidité de l'orifice utérin, avec remarques;* par M. John Lever. 2° *Essai sur un cas de meurtre par empoisonnement avec l'arsenic;* par M. Alfred S. Taylor. 3° *Cas d'ossification et de déplacement de la lentille cristalline, suivi de remarques;* par M. John France. 4° *Cas d'anévrisme poplité et de ligature de l'artère crurale;* par M. Nottingham. 5° *Sur la pathologie et le traitement des fractures du col du fémur;* par M. Bransby Cooper. 6° *Extrait de deux relevés semestriels de la société de clinique, pour* 1844; par MM. Lloyd Birkett et Robert Gosset. 7° *Deux cas de gestation extra-utérine;* par M. Oldham. 8° *Choix d'observations cliniques;* par M. Barlow.

DEUX CAS DE PARTURITION RETARDÉE PAR LA RIGIDITÉ DU COL UTÉRIN; par M. JOHN LEVER.

OBS. I. — Le premier cas est relatif à une femme de 23 ans, primipare. Quand le docteur Dry (de Walworth) fut appelé vers elle, le mardi 10 septembre, les eaux de l'amnios étaient écoulées, les douleurs étaient faibles et le col utérin peu dilaté. Pendant toute cette journée et la suivante, les douleurs furent médiocres et la dilatation ne fit presque pas de progrès. Le pouls et l'appétit étaient bons. Le jeudi, à quatre heures du matin, les douleurs devinrent fréquentes et énergiques, l'orifice utérin était un peu plus large qu'un schelling, et ses bords étaient épais et rigides. La tête de l'enfant semblait presser énergiquement, surtout pendant les douleurs, contre la partie antérieure du col. Le pouls était plein et gros. M. Dry pratiqua une saignée de 16 onces, dont l'effet immédiat fut de diminuer les douleurs ; elles augmentèrent de nouveau dans la journée, mais la dilatation ne fit plus aucun progrès. L'extrait de belladone appliqué sur le col ne produisit aucun effet.

C'est ce jour-là que M. Lever fut appelé en consultation. L'émétique fut mis en usage jusqu'à production de nausées et suivi d'une faible dose d'opium, mais sans succès marqué. Les bords de l'orifice utérin restèrent rigides et augmentèrent même d'épaisseur. Mais le soir, M. Lever fut appelé en toute hâte : la malade venait de rendre par le vagin un *morceau de chair* répandant une odeur fétide et qui fut aussitôt reconnue pour une portion considérable de l'utérus. Une planche jointe au mémoire de l'auteur montre que le col a été en grande partie, sinon en totalité, détaché du corps.

La malade était dans la plus grande anxiété : tout son corps était couvert de sueur ; son pouls battait 140. Les douleurs étaient très-fréquentes et intolérables. le vagin était le siége d'un écoulement fétide ; l'anus dilaté donnait passage à une matière *féculente* (en purée); le périnée, œdémateux, rougeâtre, commençait à se déchirer. Sans perdre de temps, M. Lever introduisit le perforateur, évacua la masse cérébrale et amena ensuite le reste du corps au moyen des crochets sans augmenter beaucoup la déchirure. Le placenta vint peu de temps après. Après la délivrance, le vagin parut d'un rouge noirâtre, et la pression n'y causait aucune douleur.

Malgré la gravité de ces désordres, il n'y eut pas de symptômes de péritonite, ni même d'inflammation grave de l'utérus. Le 15 septembre, l'épaule et le coude, du côté droit, devinrent douloureux et tuméfiés, sans changement de couleur à la peau ; quelques heures plus tard, ce fut le tour de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, laquelle rougit et se gonfla. Sous l'influence de fomentations résolutives, ces symptômes s'amendèrent, et la malade paraissait entrer en convalescence quand le 22 septembre elle fut prise d'un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur. Les articulations se prirent de nouveau ; la face pâlit ; la langue se couvrit d'aphtes ; les dents devinrent fuligineuses. Pouls petit, à 140. Ventre flasque, non douloureux à la pression ; écoulement purulent et fétide par le vagin. La mort eut lieu le 25 au matin. — L'autopsie n'a pu être faite.

OBS. II. — Le second cas est relatif à une femme de 20 ans chez laquelle une extrême rigidité de l'orifice utérin ne céda ni à l'huile de ricin, ni à la saignée, ni au tartre stibié. Quand M. Lever fut appelé auprès de la malade par le docteur Evans, le travail durait depuis environ soixante heures. Anxiété générale ; langue sèche et brune ; pouls petit, à 120. La tête de l'enfant était engagée dans le col utérin qui était œdémateux ; l'orifice avait à peine la grandeur d'une demi-couronne, et ses bords étaient tendus comme une corde à violon, à l'exception de leur quart antérieur qui était gonflé et mou. M. Evans ouvrit alors l'avis d'inciser les lèvres du col, et M. Lever pratiqua cette opération à l'aide d'un bistouri boutonné. Deux incisions furent faites à la partie postérieure, dans la direction des symphyses sacro-iliaques ; on avait choisi l'instant de la contraction utérine. La malade n'en éprouva aucune douleur particulière. Le résultat immédiat de cette opération fut une diminution de l'œdème du col et la perte d'une petite quantité de sang. Les douleurs devinrent plus modérées ; le travail fit de légers progrès pendant une demi-heure, puis les douleurs cessèrent pendant près d'une heure, mais elles reprirent bientôt. Deux heures au plus après l'opération, l'orifice utérin avait deux pouces de diamètre, et une heure plus tard, la malade mettait au monde une fille vivante.

Les suites ne présentèrent rien de remarquable.

Ces deux observations soulèvent, d'une part, une question générale d'étiologie, et, de l'autre, peuvent donner lieu à quelques remarques particulières.

La question d'étiologie est relative à la cause immédiate de cette tension, de cette dureté du col utérin, appelée *rigidité*. Il nous semble qu'on est beaucoup trop porté à voir dans ce fait le résultat d'une lésion vitale purement spasmodique ; nous ne nions pas qu'il en puisse être ainsi, et le bon effet des onctions belladonnées, des injections émollientes ou des moyens généraux propres à abattre l'éréthisme, comme la saignée ou le tartre stibié, ne paraît pas laisser de doute à cet égard ; mais qui ne sait combien de fois la rigidité utérine résiste à l'emploi de ces moyens ? Et, dans ces cas, est-il bien avéré qu'il ne s'agisse jamais que d'une contraction spasmodique du col ? Loin de là, les caractères mêmes de la rigidité ne s'accordent pas toujours avec cette explication. Par exemple, et cela avait lieu dans la seconde observation de M. Lever, le col n'est quelquefois dur et tendu que dans une portion de sa circonférence. D'autres fois, on voit le col rester longtemps resserré et rigide, puis se dilater rapidement et comme de lui-même dès que la tête du fœtus s'est engagée dans l'orifice. Toutes ces circonstances et quelques autres plus rares, comme l'état béant de l'anus, l'arrachement du col, etc., non-seulement s'expliquent difficilement dans l'hypothèse d'un état purement spasmodique, mais elles conduisent invinciblement l'esprit à l'idée d'une cause mécanique. Cette manière de voir est d'ailleurs celle de beaucoup de praticiens. Le docteur Merriman en particulier admet que, dans certains cas, la tête de l'enfant portant sur le côté du petit bassin *détourne l'action de l'utérus qui, dès lors, ne s'exerce plus vers l'orifice*, et, en obstruant la circulation utérine, produit le gonflement et l'œdème du col. Nous ne voulons pas soutenir que cette interprétation soit suffisante et réponde à toutes les difficultés, mais au moins peut-on penser qu'une étude qui aurait pour but l'influence des causes mécaniques dans la production de la roideur et du gonflement du col utérin, conduirait à des résultats pratiques importants, et rectifierait plus d'une opinion en faveur aujourd'hui.

La déchirure et la séparation complète du col a été plusieurs fois observée. Le premier cas de ce genre qui ait été publié appartient à M. Scott ; on le trouve dans le onzième volume des TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES ; MM. Kennedy, Power en ont cité d'autres exemples. Dans tous, le col était noir, gonflé, répandait une odeur plus ou moins fétide, en un mot offrait tous les signes d'une gêne de la circulation. On ne voit pas trop pourquoi, en présence de ces faits, M. Lever, après avoir admis avec M. Merriman l'influence d'une cause mécanique, croit devoir attribuer encore à la rigidité spasmodique une certaine part dans la production des accidents observés chez ses deux malades, et particulièrement chez la première.

Mais on ne peut que louer le parti énergique auquel il s'est déterminé dans les deux cas. Dans le premier, les plus graves désordres allaient se produire infailliblement si le fœtus n'eût été extrait immédiatement. Dans le second, l'incision du col était à coup sûr la meilleure ressource à employer, et, comme M. Lever, nous la croyons plus sûre et moins dangereuse que la dilatation artificielle ; elle ne cause aucune douleur et ne donne lieu qu'à une hémorragie ordinairement insignifiante.

CAS D'OSSIFICATION ET DE DÉPLACEMENT DE LA LENTILLE CRISTALLINE, SUIVI DE REMARQUES; par M. JOHN FRANCE.

Les exemples de détachement spontané du cristallin sont assez communs dans la science ; ceux observés par Boyer, Fischer, Beer, etc., sont devenus de notoriété classique. Il est plus rare de voir une ossification de la lentille, et plus rare encore de trouver sur le même sujet la transformation osseuse de la lentille et son déplacement dans la chambre antérieure. Sous ce rapport, M. J. France a raison d'appeler l'attention sur le cas suivant qui s'est présenté à son observation. Il n'est cependant pas unique ; Beer avait déjà publié l'histoire d'un malade chez lequel ces deux circonstances étaient également réunies.

OBS. I. — Henri K..., groom, âgé de 44 ans, avait reçu, il y a environ vingt ans, un coup de brosse sur l'œil droit. Une violente inflammation en fut la suite, et l'œil devint complétement amaurotique. Le malade ne subit depuis lors aucune nouvelle violence ; mais un matin, en se levant, il observa pour la première fois dans son œil un corps blanc, qui y causa, à partir de ce moment, une douleur continue et une inflammation revenant de temps en temps à degrés variables. Reçu trois ou quatre mois après (le 7 mai 1845) à l'hôpital ophthalmologique, son œil présentait une opacité à la partie inférieure externe de la cornée ; au fond de la chambre antérieure, on voyait un corps opaque, oblong, de couleur de paille, qui occupait les trois quarts de cette cavité. C'était le cristallin, séparé de la cornée, en contact avec l'iris, et laissant apercevoir au-dessus de son bord supérieur une partie de ce voile membraneux ainsi que de la pupille.

Le 10 mai, M. Morgan pratiqua l'extraction en incisant la partie inférieure externe de la cornée et saisissant la lentille au moyen d'une curette. Tout se passa

bien ; l'incision se cicatrisa, la cornée reprit sa tension, et la chambre antérieure sa capacité normale.

Le cristallin, examiné après l'opération, fut trouvé dur et calcaire dans la plus grande partie de son volume. Dépouillé de ses couches extérieures les plus molles, il faisait entendre un bruit sec lorsqu'on l'agitait dans une fiole vide. Le docteur Rees, qui l'analysa, le trouva composé de trois parties de carbonate et de phosphate de chaux, et de deux parties de matière animale.

Cette altération de composition que présentait le cristallin dans un cas où il n'avait perdu ses connexions que depuis quatre mois au plus, contraste singulièrement avec les résultats d'un déplacement ancien que l'auteur a observé chez un malade de M. Morgan. Nous reproduisons ici ce second fait qu'on pourra utilement rapprocher du précédent.

Obs. II. Un homme âgé de 50 ans reçut, il y a quelques années, un coup qui sembla avoir déterminé le déplacement de la lentille cristalline, car depuis lors celle-ci traversa de temps en temps et à plusieurs reprises l'ouverture pupillaire, tantôt apparaissant dans la chambre antérieure, tantôt se retirant derrière l'iris. Ce changement de situation et la pression sur l'iris qui en résultait déterminaient une douleur et une inflammation si fatigantes, que le malade se décida à se faire débarrasser par une opération de la cause qui entretenait ces symptômes. Quand il se présenta à M. Morgan, l'œil offrait un aspect normal, sauf un corps opaque de couleur de paille, immobile et adhérent, placé dans la chambre antérieure. Le chirurgien en fit l'extraction par une incision pratiquée à la partie inférieure et externe de la cornée : l'opération ne présenta que quelques difficultés tenant aux adhérences du cristallin avec la cornée. La lentille, dans ce cas, était principalement constituée par une substance semblable au mucus épaissi, et renfermée dans une capsule un peu dure. Le malade fut guéri au bout d'un mois; mais la vue resta affaiblie par suite des attaques réitérées d'inflammation que l'œil avait subies depuis quelque temps.

Sur le traitement de l'anévrisme poplité par la ligature de l'artère crurale ; par M. Nottingham.

L'observation qui a donné lieu au travail de M. Nottingham n'est pas sans analogue dans la science; mais quoiqu'il ne contienne rien d'absolument neuf, les cas de ce genre offrent tant d'intérêt sous le rapport de la thérapeutique des anévrismes, que nous ne pouvons ni le rapporter textuellement ni le passer non plus tout à fait sous silence. Un homme portait un anévrisme volumineux du creux poplité. On fit la ligature de la crurale au-dessus du point où cette artère s'engage sous le muscle couturier. Le malade guérit parfaitement, et il avait même repris depuis un mois son service de garçon d'hôtel, lorsque trois mois et demi après l'opération, il mourut de délire nerveux survenu par suite d'excès de boissons alcooliques. L'autopsie montra les particularités suivantes : L'ouverture qui conduisait de la cavité du vaisseau dans l'anévrisme persistait; elle avait un pouce et demi de largeur et siégeait sur la face antérieure du vaisseau. La tumeur anévrismale, réduite à un très-petit volume, était remplie par de la fibrine coagulée. Quant à la ligature, on trouva qu'elle avait porté à trois pouces et demi au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. La lymphe organisée située au-dessus du point lié avait un pouce et quart de longueur; au-dessous du même point, le bouchon n'avait que deux pouces. Dans la partie du vaisseau comprise entre la fin de ce dernier bouchon et l'anévrisme, l'artère était entièrement perméable. L'état de sa surface interne montrait qu'elle avait servi pendant la vie au cours du sang ramené par les collatérales. Les artères articulaires étaient dilatées.

— On enseigne partout que la guérison d'un anévrisme opéré par la ligature n'est assurée que lorsqu'el'artère est complétement oblitérée depuis le point lié jusqu'à la tumeur elle-même. Ce précepte est vrai en général, et il est positif que le retour du sang dans la partie de vaisseau située au-dessus de la tumeur expose toujours à la récidive de l'affection. Aussi ne conseillerons-nous jamais, comme l'auteur paraît incliner ici à le faire, de se borner à *affaiblir* le courant sanguin dans l'artère au-dessus de l'anévrisme au lieu de l'y *suspendre* tout à fait, toutes les fois du moins que la chose est praticable et que le médecin a son choix libre entre les deux méthodes.

Cependant, si le cas précédent ne nous paraît point de nature à faire d'é-modifier les règles du traitement des anévrismes, il n'en est pas moins digne tre médité, pourvu que le lecteur soit bien, au préalable, averti de ne pas généraliser outre mesure les conclusions auxquelles il pourrait conduire. Ainsi l'exemple d'un pareil succès encouragera sans doute les praticiens à recourir et les malades à se soumettre plus aisément, soit à la compression, soit à la méthode de Valsalva; mais, nous le répétons à dessein, ce serait seulement dans les cas où la ligature serait impossible.

L'observation de M. Nottingham, quelque encourageante qu'elle paraisse sous ce rapport au premier coup d'œil, manque néanmoins d'un complément indispensable : le malade est mort trois mois et demi après l'opération. Il paraissait guéri ; mais qui oserait affirmer que cette guérison était solide et à l'abri de rechute, lorsqu'on sait qu'un anévrisme poplité, opéré en 1821 par M. Cumming, reparut en 1825, au point de nécessiter alors l'amputation de la cuisse ? La même objection peut encore être adressée contre une observation du même genre qui est propre à Ch. Bell, et que M. Nottingham cite à l'appui de ses vues sur le traitement des anévrismes par la *diminution* du courant sanguin dans l'artère. Cette réserve faite, nous devons toutefois rapporter, telle qu'elle est publiée dans le texte anglais, l'observation de Ch. Bell, qui ne laisse pas de présenter un extrême intérêt.

Obs. — Dans un cas remarquable d'anévrisme poplité observé par sir Ch. Bell, la fémorale se partageait au pli de l'aine en deux branches d'un égal volume, qui se réunissaient ensuite pour constituer l'artère poplitée. L'anévrisme siégeait sur ce dernier vaisseau résultant de la fusion des deux branches. L'opérateur ignorant cette disposition, ne lia que l'une de ces branches, Le patient succomba par suite d'érysipèle accompagné d'une affection pulmonaire ; mais la marche de la maladie après l'opération suffisait pour garantir la cure qui aurait assurément eu lieu sans cette complication fatale ; on reconnut en effet à l'autopsie que le sang était coagulé dans la poche anévrismale, quoique le courant circulatoire qui y apportait directement ce liquide n'eût été interrompu que dans l'une de ses moitiés.

Sur la pathologie et le traitement des fractures du col du fémur ; par M. Bransby Cooper.

Le travail de M. B. Cooper ne concerne que les fractures intra-capsulaires du col du fémur. On sait que le traitement de cette lésion est, parmi les praticiens, un sujet de dissidence, les uns croyant à la possibilité de la consolidation et cherchant en conséquence à l'obtenir au prix des bandages les plus assujettissants et d'un décubitus dorsal extrêmement prolongé; tandis que les autres, doutant qu'un pareil résultat soit possible, préfèrent abandonner les choses à la nature, tout en prenant certaines précautions contre un déplacement trop considérable des fragments. C'est à ce dernier parti, défendu par sir A. Cooper, que s'arrête aussi l'auteur. Il emploie la première partie de son mémoire à énumérer toutes les causes qui, pour cette extrémité du fémur, mettent obstacle à la consolidation : ce sont le défaut de fixation et de pression réciproque des deux fragments, le peu de vitalité du supérieur, l'interposition de la synovie, la langueur des forces de réparation à l'âge où cette fracture arrive le plus ordinairement, etc.

Nous ne trouvons rien jusqu'ici de bien nouveau, car ce sont là des causes admises et appréciées par tous les auteurs. Mais M. B. Cooper va plus loin : après avoir établi que la consolidation de cette fracture ne s'opère point, il cherche à prouver qu'elle ne *doit* point s'opérer, que la nature a *dû* prendre des précautions pour l'empêcher. « Que seraient devenus en effet, dit-il, les mouvements du membre, si la substance osseuse destinée à former le cal s'était épanchée dans l'intérieur de l'articulation et avait rempli la cavité cotyloïde et toutes les parties adjacentes ? » Malgré la force qu'il peut supposer à cet argument, M. B. Cooper a sans doute pensé que ce théorème de l'impossibilité absolue de la consolidation rencontrerait de nombreux contradicteurs s'il l'appuyait uniquement sur la considération des causes finales; aussi s'est-il mis en devoir de rassembler d'autres preuves. « Le col du fémur, continue-t-il, a perdu chez les vieillards une proportion notable de son phosphate calcaire, ce qui le rend plus susceptible de céder aux causes traumatiques; or, cette disposition anatomique n'est pas seulement propre au col fémoral, elle semble être commune à toutes les épiphyses articulaires.» C'est là surtout ce que l'auteur a voulu prouver dans ce travail, et c'est ce dont il s'est assuré par des injections qu'il avait entreprises dans le but spécial de démontrer que *l'épiphyse est un appareil expressément destiné à la production du cartilage articulaire*. Voici les faits qui ressortent de ces recherches, faits dont l'exactitude est d'autant plus vraisemblable qu'ils s'accordent entièrement avec les résultats obtenus par M. Toynbee, qui, dans un autre objet, s'était aussi occupé de recherches semblables.

La surface de l'épiphyse *qui touche le corps du fémur* ne reçoit pas de vaisseaux sanguins provenant de cette dernière partie. On trouve cependant souvent du sang entre ces deux couches osseuses, mais il n'est pas contenu dans des vaisseaux ; et on ne peut conclure de sa présence autre chose sinon qu'il y a là quelque appareil de nutrition dont l'influence s'exerce spécialement avant l'âge où l'ossification de l'épiphyse est terminée. La surface *articulaire* de l'épiphyse est également séparée du cartilage articulaire; ses vaisseaux sanguins se terminent de la même manière que ceux de la surface que nous venons de décrire. Une sorte de communication existe cependant à travers des canaux creusés dans le cartilage d'encroûtement entre ces vaisseaux et ceux que fournit la membrane synoviale; mais l'union ne se fait pas par anastomose, comme cela a lieu entre les artères. Il paraît donc y avoir pour les épiphyses trois sources de nutrition (bien qu'on puisse à peine dire qu'elles reçoivent des vaisseaux sanguins) : 1° vers l'extrémité qui est contiguë à la diaphyse de l'os, la nutrition s'effectue par les capillaires de l'extrémité correspondante de cette diaphyse (la disposition frangée particulière de ces vaisseaux constitue l'appareil par lequel la matière nourrissante du sang est rendue propre à entretenir la vitalité du cartilage). 2° Quant à l'extrémité articulaire de l'épiphyse, elle reçoit son aliment des capillaires

de la synoviale. 3° Enfin la partie centrale de l'épiphyse est pénétrée directement par les vaisseaux appartenant aux tissus fibreux qui recouvrent cette portion de l'os.

La présence de la synoviale et son influence sur la nutrition du cartilage qui lui est sous-jacent paraissent être la cause pour laquelle on observe une telle différence entre le cartilage articulaire d'encroûtement et celui qui est le rudiment de l'épyphise, le premier demeurant cartilagineux pendant toute la vie, tandis que le second n'est cartilage que temporairement, et passe toujours plus ou moins rapidement à l'état osseux. Cette explication serait encore confirmée par la durée si diverse du temps qu'emploient les apophyses et les épiphyses pour s'ossifier. En effet, les apophyses, qui ne sont point en rapport avec la synoviale, sont envahies par l'ossification dans tous leurs points à la fois et avec une promptitude extrême; les épiphyses, au contraire, persistent pendant toute la jeunesse avec leur structure de cartilages, et ne s'ossifient que tardivement, parce qu'elles sont recouvertes par la synoviale dans une partie de leur surface.

Si ces vues sont exactes, on comprend pourquoi les fractures intra-capsulaires du col du fémur ne se consolident pas; c'est le résultat de l'organisation du col qui amène entre ses fragments l'union ligamenteuse, et l'application la mieux soutenue des machines les plus compliquées ne saurait y produire l'ossification. Toute tentative faite pour déterminer là l'épanchement de matière osseuse doit, en vertu même des lois de la nature, demeurer infructueuse.

Après ces considérations d'organogénie, M. B. Cooper a voulu déterminer exactement la nature des changements qui s'opèrent avec l'âge dans la texture du col fémoral, et par suite desquels celui-ci devient susceptible de s'incliner à angle droit sur le corps et si sujet à se fracturer. Pour préciser ce point, il a inciné́ré différentes parties d'os après les avoir pesées, puis il les a pesées de nouveau ensuite, et a ainsi connu la proportion de substance terreuse qu'ils contenaient. Pour mieux faire ressortir la modification que présente, sous ce rapport, le col du fémur, il a toujours comparé la composition du col avec celle du corps du même os chez le même sujet. Le tableau suivant contient le résultat des opérations auxquelles il s'est livré :

1. Col du fémur fracturé non consolidé chez une personne âgée, sur 100 grains, matière terreuse	23,9
Corps du même fémur	50,1
2. Col du fémur non fracturé, non enterré, d'une personne âgée	33,5
Corps du même os	55,5
3. Col du fémur, non fracturé, non enterré, d'une personne d'âge moyen	50,1
Corps du même os	56,7
4. Col de fémurs de vieillards, os très-secs ou exhumés	61,4
Corps des mêmes os	64,9

Ces résultats sont assez significatifs. Nous devons, du reste, faire remarquer que sans avoir, il est vrai, appuyé leurs assertions sur des calculs aussi précis, MM. Chassaignac (Notes aux œuvres chirurg. d'A. Cooper, page 146), et Mercier (GAZ. MÉD., 2e série, t. III, p. 562) avaient énoncé dès l'année 1835 des remarques à peu près semblables à celles qui font l'objet de cette partie du mémoire de M. B. Cooper.

Avant de terminer, l'auteur avait à répondre à une objection. La manière dont il la discute est trop remarquable pour que nous ne le laissions pas ici parler lui-même : « Sachant bien que ces résultats diffèrent entièrement de l'opinion reçue que la fréquence des fractures dans la vieillesse dépend d'un excès de matière terreuse dans les os, j'ai dû n'arriver que lentement et mûrement à une conclusion opposée.... Mais en réfléchissant au mode selon lequel la réparation des os s'effectue dans les cas ordinaires de fractures, il m'a paru qu'il y avait presque du ridicule à croire ainsi, chez les vieillards, à un excès de matière osseuse, dans une partie siége d'une vitalité si imparfaite et, qui, comme toutes les épiphyses, met tant d'années à se convertir en os. Nous voyons dans les fractures ordinaires que la matière animale est sécrétée peu d'heures après l'accident, tandis qu'il s'écoule plusieurs jours avant que la formation de la matière osseuse soit même essayée par la nature; ce qui prouve qu'il est besoin d'un plus grand effort de sa part pour accomplir la production de la moelle que pour la réparation d'aucun autre des tissus mous. C'est pourquoi, quand les progrès de l'âge ont graduellement diminué les pouvoirs de la constitution, il semble raisonnable de penser qu'il doit à la fin s'établir un certain état de l'économie où la matière calcaire se dépose dans les parties du corps les plus richement organisées et les plus vasculaires; de là résulte par conséquent une diminution dans la quantité de la substance solide qui entre dans la composition des os, diminution qui porte spécialement sur ceux qui sont doués d'un degré de vitalité moindre. Les épiphyses sont par conséquent des premières parties du système osseux qui doivent subir cette détérioration par défaut du dépôt calcaire, et ce défaut est suppléé par la déposition de cartilage, de gélatine et d'autres substances sécrétées plus aisément que l'os. Pendant ce temps la tendance à la sécrétion osseuse réalise ses produits dans les organes les plus vasculaires, comme l'aorte, les poumons, la prostate, les reins, donnant souvent lieu dans ces parties à des ossifications ou à des concrétions calculeuses.... Il ressort de là que, selon le plan normal de l'organisation, l'on ne doit plus guère espérer que l'union osseuse s'accomplisse facilement après la période moyenne de la vie, lorsque la fracture a affecté ces extrémités articulaires. »

Enfin, étendant aux autres os du squelette les mêmes recherches qu'il a d'abord faites sur le col du fémur, M. B. Cooper a prouvé, par des expériences spéciales sur l'humérus, le fémur, le radius et le cubitus, que les épiphyses articulaires, à tous les âges de la vie, contiennent beaucoup moins de phosphate que les diaphyses des mêmes os.

DEUX CAS DE GESTATION EXTRA-UTÉRINE ; par M. OLDHAM.

L'un de ces deux cas mériterait au plus haut degré d'être distingué des innombrables exemples de grossesse extra-utérine que l'on connait déjà, si l'explication qu'en donne l'auteur était réellement exacte. D'après lui, en effet, il ne s'agirait de rien moins que d'une grossesse interstitielle et présentant la curieuse anomalie d'un ovule passé de l'ovaire gauche dans la trompe de Fallope droite et transmis enfin par ce conduit dans un sac artificiel formé dans la substance de la corne droite de la matrice. Au reste, le lecteur pourra juger par les détails de l'observation même de la validité de cette interprétation, sur laquelle nous reviendrons ensuite.

OBS. — M. Harvey fut appelé le 3 octobre 1844, à 3 heures de l'après-midi, auprès d'une femme âgée de 28 ans, qui, étant occupée dans la même matinée à laver avec deux autres femmes, sentit subitement une douleur violente dans les reins qui la força de se mettre au lit. A l'arrivée du médecin, elle était pâle, épuisée, la peau froide, le pouls à peine perceptible, indiquant une place près du pubis comme le siége de sa plus vive souffrance. On assura à M. Harvey qu'elle avait été réglée quinze jours auparavant; mais le mari lui dit ensuite que sa femme se croyait enceinte de deux mois. On ne distinguait dans tout l'abdomen ni tumeur ni tension. Cet état alla en empirant et elle succomba le lendemain 4 octobre, à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. En ouvrant l'abdomen, on trouva dans la cavité péritonéale quatre pintes de sang partie liquide, partie coagulé et occupant principalement la région lombaire. Les gros vaisseaux étaient intacts; mais on découvrit, vers le côté gauche du fond de l'utérus, une ouverture par où le sang s'échappait.

L'examen ultérieur et plus attentif de la pièce anatomique a été fait par M. Oldham. L'utérus était plus volumineux qu'à l'état normal, ayant quatre pouces de longueur et des dimensions proportionnées dans les autres sens. Ses parois très-épaisses laissaient voir le développement fort apparent de leur texture musculaire, et la dilatation considérable des artères et des veines. L'orifice était fermé par du mucus; plusieurs des glandes de Naboth en étaient également remplies et distendues.

En ouvrant l'utérus, on vit que sa cavité était plus spacieuse qu'à l'ordinaire; mais on n'y trouve point d'œuf. Ce qui frappa le plus fut la présence d'une membrane caduque riche et très-développée qui tapissait de toutes parts cette cavité. Elle couvrait l'orifice des trompes, mais laissait libre l'ouverture du col. La surface de cette membrane était polie, offrant des plis délicats et ondulés, et percée de petites ouvertures plus apparentes vers l'angle formé par les côtés de la matrice. Elle différait d'épaisseur dans ses diverses parties, ayant plus de quatre lignes de diamètre vers le centre de l'utérus sur ses parois antérieure et postérieure, et s'amincissant dans les points où elle avoisinait l'orifice des trompes, ainsi que celui du col. Elle adhérait fortement à la surface utérine, et ne présentait point ces cavités en godet qu'on observe sur la véritable caduque, qu'on observe sur l'œuf après l'avortement. La cavité du col était dans l'état naturel.

En examinant les parties par l'extérieur, on vit, près de la corne gauche de l'utérus, un lambeau détaché du péritoine, indiquant le point où s'était rompue une cavité formée dans le tissu de l'utérus. Cette cavité avait à peine assez de capacité pour loger un marron. Elle était située immédiatement en arrière de l'orifice de la trompe, mais il n'existait aucune communication ni de la trompe avec la cavité, ni de la trompe et de la cavité avec l'intérieur de l'utérus. Le fond de cette cavité était irrégulier et sillonné ; çà et là on y remarquait quelques villosités qui, examinées au microscope, parurent être le duvet du chorion. Le sac avait repoussé en dehors la membrane séreuse ; et même dans un point, les parois de la cavité n'étaient plus constituées que par le péritoine.

Il existait des deux côtés plusieurs bandes de fausse membrane entre les ovaires et les trompes de Fallope ; mais on en observait un plus grand nombre à droite. Une couche de cette membrane transparente s'étendait obliquement de chaque côté, entre le bord inférieur de l'ovaire et l'extrémité externe de la trompe ; à gauche, d'autres bandes, situées entre la trompe et le corps de l'utérus, maintenaient l'extrémité interne de la trompe près de la paroi postérieure de la matrice. A gauche, les fausses membranes avaient laissé le pavillon béant ; mais, à droite, elles l'avaient entièrement oblitéré. Les trompes, bien que fermées à leur orifice utérin par la caduque, avaient conservé leur perméabilité et leur aspect normal dans tout le reste de leur canal.

L'ovaire droit contenait un *corpus luteum* volumineux ; il touchait et repoussait à l'extérieur la surface de l'ovaire. Après avoir fait une incision, on trouva

que ce corps occupait plus de la moitié de l'ovaire, et qu'il avait treize lignes dans sa plus grande dimension et sept dans sa plus petite. La matière jaune était arrangée en plis ; la cavité était effacée, et les marques blanches denses étaient disposées d'une manière plus irrégulière que dans la grossesse normale. L'ovaire gauche parut volumineux, mais sain.

Dans ce cas, dit l'auteur, l'œuf lui-même était probablement passé, lors de l'hémorrhagie, dans la cavité abdominale, et il y a été méconnu au milieu des caillots de sang. Cette circonstance serait insignifiante, si la partie de l'utérus où l'œuf avait été déposé avait été du même côté que celui de l'ovaire dans lequel on a trouvé le *corpus luteum*. D'après M. Oldham, il faut admettre qu'ici la trompe de Fallope gauche a fait l'office de celle du côté droit, que son pavillon s'est appliqué contre l'ovaire droit et a ensuite transmis l'œuf dans la matrice. Ç'a aussi été là l'opinion de M. Warton Jones, qui a, soigneusement et à deux reprises, examiné la pièce anatomique.

— Nous ne prétendons point nier cette explication ; mais il nous semble que l'on pourrait avec tout autant de vraisemblance, supposer un autre mécanisme pour se rendre compte de la migration de l'ovule dans ce cas. Ce qui fait penser à M. Oldham qu'il a dû passer par la trompe gauche, c'est qu'il a trouvé, à l'autopsie, la droite oblitérée par de fausses membranes. Mais ne pourrait-il pas se faire que le travail qui a amené l'oblitération ne fût pas encore assez avancé au moment de la conception pour avoir alors apporté un obstacle insurmontable au passage de l'ovule ? S'il nous est difficile de prouver qu'il en a réellement été ainsi, on avouera aussi que nos adversaires seraient encore plus embarrassés pour prouver que cela n'a pas pu avoir lieu, d'autant plus que notre hypothèse comprend tous les phénomènes, en laissant cheminer l'ovule par les voies naturelles, tandis que celle de M. Oldham lui fait parcourir un trajet compliqué, dont ce cas serait le premier exemple.

Une circonstance pourrait cependant porter à penser que l'ovule est venu, comme le pense M. Oldham, par la trompe gauche, c'est la situation de la cavité anormale qui était creusée dans l'utérus *immédiatement* derrière l'orifice interne de cette trompe. Mais le mécanisme de production de la grossesse interstitielle est encore tellement obscure que cette objection n'a pas à nos yeux grande valeur ; car dans l'état de la science à ce sujet, il n'y a guère de raisons pour conclure de la situation de l'ovule *près* de l'orifice d'une des trompes qu'il a nécessairement été conduit là *par* cette trompe.

La difficulté, je l'avoue, serait plus pressante, si l'ovule avait été contenu moitié dans la trompe, moitié dans la matrice, s'il s'agissait ici en un mot d'une grossesse *tubo-utérine interstitielle* ; mais ce n'est point là le cas, et les détails si minutieux de l'autopsie ne permettent pas de douter que ce fût ici seulement la véritable grossesse *utéro-interstitielle*.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JANVIER.

CIRCULATION DU SANG.

M. le docteur GUETTET adresse un mémoire sur quelques applications de l'hydraulique à la circulation du sang. Il n'est pas possible de donner par l'analyse une idée sommaire de ce travail d'une grande étendue. Nous ne pouvons qu'indiquer le but principal que s'est proposé l'auteur. Il a eu en vue de fournir des preuves nouvelles à l'appui des propositions qu'il avait déjà émises dans un précédent travail (thèse inaugurale), relativement à l'analogie des effets de l'acte circulatoire avec les effets d'hydraulique ordinaire. L'application qu'il a faite des lois du mouvement des liquides dans des tubes de conduite se rapporte particulièrement aux effets dynamiques de la circulation dans les gros troncs aortiques. D'après une étude systématique de la disposition anatomique des parties, il apprécie les effets comparatifs qui ont lieu dans les points de la conduite circulatoire sous la triple influence des actions hydrauliques pures, des modifications physiologiques et pathologiques et des conditions artificielles que la thérapeutique chirurgicale y apporte quelquefois.

Sous forme de note, l'auteur a exposé des idées d'ensemble sur la manière dont le système circulatoire doit être considéré dans son entier effet au point de vue hydraulique. De plus, il s'est occupé de déterminer le chiffre de la vitesse absolue du sang dans les artères et de sa vitesse pendant la systole. Il estime la vitesse artérielle, terme moyen, entre la systole et la diastole, et, terme moyen, entre les capillaires artériels et les gros troncs, à 0 m. 50 par seconde. Si la systole durait toute une seconde avec la vitesse qui lui est propre, elle ferait faire au sang pendant cette seconde environ 0,70, terme moyen encore entre ce qui est dû aux capillaires et aux gros troncs. On arrive à ce même chiffre en basant le calculs sur des données de nature différente, c'est-à-dire soit qu'on mesure les espaces parcourus par les réactifs chimiques ou physiologiques des expériences de M. Hering et de M. Blacque ; soit qu'on détermine la vitesse par la longueur du cylindre liquide qui traverse la section de l'aorte lors de la contraction ventriculaire.

THÉORIE DES SÉCRÉTIONS.

M. GROS écrit à l'Académie qu'ayant eu l'occasion de connaître depuis sa dernière communication la théorie des sécrétions de M. le docteur Mandl, il a été heureux de se rencontrer en plus d'un point avec cet habile observateur. Les observations de M. Gros et celles de M. Mandl se rencontrent surtout en ce qui concerne les fonctions de la rate, qui, selon M. Mandl, serait destinée à la reproduction vésiculaire du sang. M. Gros se propose de soumettre à l'Académie quelques recherches nouvelles sur l'origine et la reproduction vésiculaire du sang, l'émission vésiculaire de la rate, la rénovation vésiculaire du sang dans le foie et l'observation directe de la résection vésiculaire sanguine dans les animaux inférieurs.

— M. LEREBOULLET, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, écrit sur le même sujet pour rappeler à l'Académie que dans un travail sur la ligidie, lu dans la séance du 29 mai 1843, il parle déjà d'un mode analogue de formation de la bile dans ce petit crustacé et en général dans les crustacés de la famille des cloportides à laquelle il appartient.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

M. le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. BLANDIN donne à cette occasion quelques explications sur un passage de sa dernière argumentation auquel on aurait donné une interprétation malveillante à l'égard d'un honorable praticien de province, interprétation qui n'était nullement dans sa pensée. Il s'agit du fait de l'injection iodée dans le péritoine, pratiquée par M. Dieulafoy de Toulouse. M. Blandin n'a nullement entendu suspecter la bonne foi de cet honorable praticien lorsqu'il a contesté la valeur de ce fait ; il n'a pas dit qu'il eût des raisons pour ne pas y croire, ainsi qu'on le lui a fait dire, mais qu'il avait des raisons de ne pas croire à *l'importance* qu'on y attachait, ce qui est bien différent ; et cette opinion, la seule qu'il ait voulu exprimer, il la maintient encore aujourd'hui.

M. VELPEAU : Que M. Blandin n'ait point voulu dire ce qu'il a dit, c'est possible, mais il n'en est pas moins vrai que tout le monde l'a compris ainsi, sans quoi ma réponse n'eût en aucun motif.

Cet incident n'a pas de suite. Il sera tenu compte au procès-verbal de la déclaration de M. Blandin.

REMÈDES SECRETS.

M. BOUDET lit, au milieu du bruit des conversations, une série de rapports sur des remèdes secrets. Les conclusions, toutes conformes à l'esprit de la décision prise par l'Académie sur ce sujet, sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les injections iodées.

INJECTIONS IODÉES.

M. LAUGIER : J'ai eu l'occasion d'employer un grand nombre de fois les injections iodées dans le traitement des hydrocèles, d'après la méthode de M. Velpeau, et je m'en suis constamment bien trouvé. Je n'ai jamais eu de récidives, jamais d'accidents, ni empoisonnement, ni inflammation suppurative, ni gangrène, et le succès a été constant. Cette méthode, indépendamment des heureux résultats qu'elle m'a donnés, me paraît avoir en outre sur l'injection vineuse l'avantage d'une plus grande simplicité dans le procédé opératoire et d'une exactitude beaucoup plus rigoureuse dans le dosage des substances employées. L'injection vineuse est loin, en effet, d'être aussi bien formulée que l'injection iodée. Les diverses qualités de vin que l'on emploie pour ces injections varient tellement dans leur composition et dans les proportions d'alcool qu'ils contiennent, qu'il est extrêmement difficile d'évaluer d'une manière quelque peu exacte leur degré d'activité respective. D'un autre côté, les chirurgiens ne sont point fixés sur le nombre d'injections qu'il convient de faire ; les uns n'en pratiquent qu'une, d'autres en font deux, trois ou un plus grand nombre. Quelques chirurgiens enfin sont dans l'usage d'employer subsidiairement des emplâtres fondants pour faciliter la résolution. L'injection vineuse constitue, comme on le voit, une méthode complexe qui n'a rien de fixe, tandis que l'injection iodée, au contraire, est une opération parfaitement réglée et dont les résultats peuvent toujours être appréciés d'une manière rigoureuse. C'est là un point de vue sous lequel on n'a pas assez insisté. J'aurais voulu, pour que les résultats fussent parfaitement comparables, qu'on se plaçât de part et d'autre dans les mêmes conditions.

Il est une autre question encore sur laquelle il me paraît utile d'appeler l'attention de l'Académie. La teinture d'iode dont on se sert pour ces sortes d'injections est une préparation fortement alcoolisée. Elle contient une proportion d'alcool beaucoup plus considérable que les vins les plus spiritueux. Or ne peut-on pas se demander si l'efficacité des injections iodées n'est pas due à cette proportion considérable d'alcool qu'elles contiennent ? S'il en était ainsi, on ne comprendrait pas les objections que l'on a cherché à faire contre l'efficacité de ce moyen. Mais dans ce cas que ferait l'iode ? Des expériences faites avec l'iode

pur sembleraient tendre à prouver que cette substance seule n'est pas très-irritante. Mais si l'iode n'agit pas à la manière des irritants, n'agit-il pas en vertu d'une autre propriété spéciale que nous ne connaîtrions pas? Les faits n'ont encore rien établi de précis à cet égard, et cette question ne sera pas susceptible d'une solution satisfaisante tant qu'on emploiera l'iode à l'état de mélange avec l'alcool. Il serait utile peut-être pour arriver à quelque résultat concluant sous ce rapport, de tenter des expériences avec d'autres préparations d'iode, l'iodure de potassium par exemple.

Tels sont les doutes que je voulais soumettre à l'appréciation de M. Velpeau.

M. Roux : D'après ce que je viens d'entendre, il semblerait que M. Laugier n'a jamais pratiqué ni vu pratiquer d'injections vineuses. Il commet une grande erreur quand il dit que l'injection vineuse n'est point une opération réglée. On ne pratique jamais plus d'une ou deux injections au plus avec le vin. Pour mon compte, j'ai l'habitude de faire toujours, par précaution, une seconde injection, mais jamais davantage. Les qualités différentes du vin n'ont, comme le croit M. Laugier, aucune influence notable sur le résultat de l'opération; le plus mauvais vin des hôpitaux est aussi bon sous ce rapport que tout autre vin. Quant à la température, elle est, aussi, toujours la même. Il n'est donc pas exact de dire que l'injection iodée est une opération mieux réglée que l'injection vineuse; tout au contraire, car les partisans de ces injections ne sont pas fixés sur la question de savoir s'ils doivent ou non laisser de l'iode dans la tunique vaginale et quelle quantité ils en doivent laisser, tandis que tout le monde est d'accord sur tous les détails de l'opération par l'injection vineuse. Quant aux topiques, il est vrai, quelques chirurgiens, et je suis du nombre, pensent qu'il est utile de les faire concourir au traitement; mais cela ne détruit en rien la précision de l'opération. Le tableau qu'en a fait M. Laugier n'est donc pas exact.

J'avais parlé de quatre opérations qui ont eu des suites funestes; ces quatre cas malheureux que M. Velpeau n'a pas manqué de relever, n'ont pas, pour le dire en passant, toute l'importance qu'il leur a attribuée si l'on fait attention qu'ils entrent dans un nombre de 1500 ou 2000 opérations environ. Ces faits se sont passés d'ailleurs il y a 20 ou 25 ans, à une époque où je n'avais pas encore l'expérience que j'ai acquise depuis; ce qu'il y a de certain, c'est que depuis cette époque il ne m'est pas arrivé un seul accident, et cela, je le répète, sur 2000 opérations de ce genre, environ, que je puis avoir pratiquées. Mais ce n'est pas là l'objet pour lequel je rappelle ces faits, c'est pour répondre aux interpellations de MM. Gimelle et Gerdy, relativement à l'état que présente la tunique vaginale à la suite de l'injection vineuse. Dans ces quatre cas où l'autopsie a été pratiquée peu de temps après l'opération, la tunique vaginale contenait une sérosité lactescente avec des flocons albumineux flottants qui n'étaient pas encore organisés, mais qui indiquaient un commencement d'organisation adhésive. Je crois donc, et je reviens sur ce point parce qu'il est controversé, que la guérison de l'hydrocèle ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une oblitération complète de la tunique vaginale par l'adhérence de ses parois. Je ne pense pas du tout qu'il soit suffisant d'avoir rétabli, par une modification particulière de la vitalité des tissus, l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption de la sérosité. Une guérison obtenue dans cette condition, quel que soit le procédé employé, ne sera jamais une guérison radicale, ce sera une de ces guérisons temporaires à la suite desquelles la récidive est imminente. Il n'y a de cure radicale possible, à mon avis, qu'à la seule condition de l'adhérence.

M. Caventou : Les considérations dans lesquelles est entré M. Guibourt, dans la dernière séance, sur le point de vue pharmacologique de cette question, sont parfaitement exactes; j'aurais peu de chose à y ajouter et j'y reviendrai d'autant moins que j'ai entendu dire depuis à M. Velpeau, une chose qui en atténuait un peu l'importance sous le point de vue pratique, c'est que la teinture d'iode du moment où elle était mêlée avec de l'eau, lui avait paru réussir également dans toutes les circonstances, qu'elle fût ancienne ou récente. Cependant s'il importe peu de tenir compte de cette circonstance par rapport au résultat pratique, je ne crois pas qu'il en soit de même par rapport aux douleurs, et qu'il soit indifférent, à cet égard, d'employer une teinture d'iode ancienne ou récente. Tous les chimistes savent qu'il se forme avec le temps une réaction entre l'iode et les éléments de l'alcool, d'où résulte la formation de l'acide hydriodique, lequel se trouvant en rapport avec une certaine quantité d'iode resté libre, forme en second lieu de l'acide hydriodique ioduré. Or cet acide est très-actif, et je crois que des injections faites avec la teinture d'iode ainsi transformée doivent être beaucoup plus irritantes et donner lieu à des douleurs beaucoup plus vives que la teinture récente dans laquelle l'iode n'est tenu qu'en suspension dans l'alcool.

Il est un autre point de la question thérapeutique que je n'aborde qu'avec méfiance. M. Laugier a très-bien posé la question, suivant moi, et il est allé au-devant de ce je me proposais de dire. Le vin contient, comme tout le monde le sait, de l'alcool, de l'eau, du tartre et de la matière colorante. Or quelle est celle de ces substances qui agit? c'est évidemment l'alcool. Entre autres preuves, je citerai le résultat d'expériences d'un chirurgien de Château-Thierry, qui, au lieu d'injecter du vin, a fait pénétrer la vapeur du vin seulement dans la tunique vaginale, et les résultats ont été ce qu'ils sont quand on injecte le vin. Il est évident, que dans ces cas, ce n'est ni l'eau, ni le tartre, ni la matière colorante, mais l'alcool seul qui a agi. Ne pourrait-il donc pas se faire aussi que, dans les injections iodées, l'alcool jouât un rôle plus important que ne le croit M. Velpeau? On est fort disposé à le croire quand on considère que la teinture d'iode contient une partie d'iode pour douze parties d'alcool, c'est-à-dire, en la supposant même très-étendue d'eau, une proportion d'alcool beaucoup plus considérable encore que celle des vins qui en sont le plus chargés. C'est une question pour moi, de savoir si les injections iodées n'agissent pas *malgré* l'iode, plutôt que *par* l'iode.

M. Moreau : Ceci expliquerait, ce me semble aussi, pourquoi il n'est pas nécessaire de faire intervenir le calorique dans les injections iodées.

M. Burdin pense qu'en raison de l'importance de la question qui est soulevée et de la divergence qui se manifeste parmi les chirurgiens, il serait nécessaire de constituer une commission qui eût à l'examiner à fond. Il en fait la proposition.

M. Velpeau : Cette discussion a pris, comme on le voit, de très-grandes proportions. Son importance en effet n'est pas limitée au fait du traitement de l'hydrocèle, que l'on a eu principalement en vue, mais elle s'étend à un grand nombre d'autres maladies graves et tellement fréquentes qu'elles constituent la dixième partie au moins du cadre nosologique chirurgical. On comprendra par conséquent aisément le prix que j'attache à réfuter les objections nombreuses dont la méthode des injections iodées a été l'objet.

On a dit que le nombre des faits invoqués en faveur de la méthode ne prouvait rien, et on a comparé, sous ce rapport, les faits que j'ai présentés, aux faits non moins nombreux que l'on invoquait naguère en faveur de deux opérations que l'opinion a condamnées, depuis, celles du strabisme et du bégaiement. Il n'est pas exact d'abord de dire que ces opérations sont abandonnées, qu'elles ont été condamnées par l'opinion; mais peu importe d'ailleurs; ce que je tiens à établir, c'est qu'il n'y a pas parité entre les faits dont on parle et ceux que je soumets à l'Académie. Ceux-ci se sont passés au grand jour, dans les salles d'un hôpital, en présence d'un grand nombre de témoins; ils sont d'ailleurs d'une vérification facile; on peut revoir tous les opérés et rien ne sera plus aisé que de s'assurer s'ils sont guéris ou non.

Le procédé d'injection par le vin n'est pas tout à fait aussi simple qu'on le dit (M. Velpeau lit plusieurs passages d'auteurs classiques, et notamment de Boyer, sur les diverses précautions et les détails minutieux du procédé opératoire. Il résulte de ces citations que le procédé par l'injection vineuse exige plus de soins, plus de précautions, et a moins de fixité et de certitude que le procédé par l'injection iodée).

Relativement à la douleur, je ne vois pas quelles sont les raisons qui peuvent faire présumer que les injections iodées doivent être plus douloureuses que les injections vineuses. Si nous cherchons à comparer ces deux procédés sous ce point de vue, nous trouvons d'une part qu'il faut chauffer le liquide à une température considérable, ce qui est déjà une condition propre à exalter la sensibilité, ce me semble, tandis que l'iode s'injecte à froid. Avec le vin, tous les auteurs recommandent, comme une condition importante, de remplir jusqu'à distension la tunique vaginale, cette distension n'est nullement nécessaire avec l'iode, et on ne peut nier que ce ne soit encore là une source de douleur. Mais il y a mieux que cela, il y a les faits qui prouvent que dans l'immense majorité des cas les injections iodées sont effectivement moins douloureuses que les injections vineuses.

MM. les pharmaciens ont soulevé des difficultés auxquelles j'avais songé aussi. J'avais remarqué ce fait de la précipitation de l'iode sur lequel M. Guibourt a appelé l'attention. Un chirurgien distingué de Lyon, M. Pétrequin ayant fait la même remarque, a cherché à obvier à cet inconvénient en mêlant à la teinture d'iode une certaine proportion d'iodure de potassium, afin de favoriser la dissolution de l'iode resté libre. Cette précaution me paraît bonne sans doute, mais comme j'ai réussi aussi bien sans cela, je m'en suis tenu à ma première pratique.

M. Velpeau enumérant tous les cas pour lesquels il a employé les injections iodées, passe successivement en revue les hydrocèles enkystés, les hématocèles, les hydrocèles avec hernie, l'hydrocèle congénital, les hernies, puis les kystes de toutes les régions du corps, le goître et enfin les hydropisies articulaires; et il constate qu'encouragé par les premiers résultats, il a pu successivement appliquer les injections iodées à des maladies de plus en plus graves, sans avoir eu jamais à déplorer d'accidents. Il a été frappé enfin de cette dernière circonstance, que lorsque le liquide iodé était accidentellement poussé dans le tissu cellulaire, il n'en résultait pas ces inflammations gangréneuses graves que l'on observe à la suite des injections vineuses. Il est conduit de là à se demander si l'iode n'aurait pas la propriété d'enflammer d'une manière spéciale et différente de la manière d'agir du vin, c'est-à-dire, sans produire jamais de suppuration; c'est ce qu'il est porté à croire d'après les faits et d'après les expériences auxquelles il s'est livré sur cet objet.

Il est donc établi suivant lui que les injections iodées ne sont pas dangereuses; mais sont-elles utiles? Telle est la seconde question qu'il examine.

Les injections iodées ne sont pas dangereuses; cela résulte clairement des faits; quant au succès, il y avait, dit M. Velpeau, des raisons déjà pour présumer qu'elles devaient être tout aussi efficaces dans les divers cas de collection séreuse qu'elles l'avaient été dans les hydrocèles, et l'expérience est encore venue convertir cette présomption en fait démontré pour un grand nombre d'affections. A tous ces faits on a opposé des récidives : mais il est facile de s'en laisser imposer à cet égard; il y a des raisons qui font croire souvent à des récidives alors qu'elles n'ont réellement pas lieu. M. Velpeau cite ici, entre autres faits, un cas d'opération d'hydrocèle par l'injection iodée dans lequel le testicule conservait encore son volume primitif au bout de plusieurs semaines; on aurait certainement pu croire à une récidive dans ce cas et cependant on ne tarda pas à voir avec satisfaction la résolution s'opérer d'une manière complète. C'est pour s'être trop hâté de réopérer qu'on a cru bien souvent à des récidives qui n'existaient pas.

Revenant sur la question des douleurs et des accidents, M. Velpeau cite de nouveau des passages des auteurs desquels il résulte que les douleurs y sont décrites en des termes qui ne sauraient être appliqués à ce qui se passe à la suite des injections iodées. Il en est de même relativement aux accidents et particulièrement à l'inflammation suppurative et à la gangrène.

Enfin, abordant la dernière question, celle des hydropisies articulaires,

M. Velpeau répète ce qu'il en a dit dans les précédentes séances, à savoir qu'il est notoirement établi maintenant par les faits de M. Bérard, ceux de M. Robert et les siens propres, que les injections iodées ne produisent dans ce cas aucun des accidents graves que l'on semblait tant redouter, et que quant à leur efficacité, c'est une question qui ne peut être résolue qu'en tenant compte du degré d'ancienneté de la maladie, de ses complications, de sa gravité, etc.

L'orateur termine en examinant les faits invoqués par MM. les vétérinaires, et d'après les renseignements qu'il a recueillis sur quelques-uns des faits invoqués par M. Bouley, il croit que cet honorable membre a été induit en erreur, et que les expériences de MM. Leblanc et Thierry, loin d'être infirmées par les cas malheureux qu'on a cherché à leur opposer, viennent au contraire confirmer tout ce qui a été observé sur l'homme.

M. *Bouley* persiste à maintenir l'exactitude parfaite de tout ce qu'il a avancé.

Au moment où M. le président se dispose à mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Velpeau, M. Gerdy demande la parole contre les conclusions mais comme l'académie n'est pas en nombre pour voter sur une question aussi importante, il demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine.

M. le président déclare la discussion close sur le corps du rapport. La discussion sur les conclusions est renvoyée à la séance prochaine.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

EXPÉRIENCES SUR LES INJECTIONS IODÉES PAR M. BABAULT.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 6 janvier, vous attribuez à M. Jobert les paroles suivantes :

« La gangrène est-elle autant à craindre qu'on le dit? On a invoqué les expériences qu'a faites M. Babault sur des chiens, expériences dont il résulterait que des injections d'iode ont produit la gangrène; mais on n'a pas fait attention que M. Babault employait de l'iode pur dans ses expériences, tandis qu'on se sert pour l'opération d'iode étendu. Il est de fait que toutes les fois qu'on a employé l'iode avec mesure, il n'est rien arrivé de semblable. »

Il y a erreur dans cette citation, erreur qui tient probablement au peu de sonorité de la salle, car il n'est guère permis de croire que M. Jobert m'ait cité sans me lire. En effet, comme vous le pourrez voir dans l'exemplaire de ma thèse ci-joint, je n'ai point employé la teinture d'iode pure, mais bien étendue d'eau, dans les proportions indiquées par M. Velpeau dans son article *Hydrocèle* du dictionnaire en 25 volumes, et je n'ai, en outre, injecté que les quantités de liquide prescrites par le même auteur.

Agréez, etc.

BABAULT.

BIBLIOGRAPHIE.

TUSSIS CONVULSIVA, ILLUSTRATA PASSIM OBSERVATIONIBUS EX EPIDEMIIS SALISBURGENSIBUS ANNORUM 1816-1840, AB AUCTORIS PATRE INSTITUTIS; scripsit doctor CAROLUS ABERLE. — Vindobonæ, 1843.

L'histoire de la coqueluche n'a peut-être jamais été écrite d'après des documents plus nombreux et plus précieux tout ensemble que ceux qui ont été à la disposition de l'auteur. Pendant vingt-quatre ans, son père avait recueilli des observations sur cette maladie dans une localité où elle est souvent épidémique; lui-même avait pris part, sous la direction paternelle, à bon nombre de ces observations, et c'est le résultat de ces longues recherches qu'il vient offrir au public. C'est toujours, pour un livre de ce genre, une excellente recommandation que de s'appuyer sur une expérience clinique étendue; mais c'en est une surtout (et ceux qui ont quelque habitude d'écrire le savent bien) quand l'expérience a été poursuivie pendant un laps de temps considérable. Des faits nombreux, entassés en quelques mois, ne font souvent que surcharger l'esprit, ne lui laissent pas le loisir de les comparer, d'en bien saisir les rapports et les différences; et c'est une erreur de croire qu'il suffit de les rassembler après coup pour en embrasser d'un seul regard toutes les conséquences. Au contraire, recueillis avec persévérance pendant quelques années, ils permettent à l'esprit de s'arrêter de temps à autre aux aperçus qui se dévoilent à lui, de les vérifier par une expérimentation nouvelle, et de donner ainsi à ses convictions ce degré de maturité qui attire sa propre confiance et la confiance d'autrui.

Ces réflexions sont justifiées par l'ouvrage que nous avons sous les yeux. On y reconnaît partout l'empreinte d'une observation attentive et exercée. Il est vrai que l'auteur, comme nous l'avons dit tout à l'heure, n'a recueilli qu'un petit nombre des matériaux qu'il a mis en œuvre, et n'a pas eu, par lui-même, les bénéfices du temps. Mais son père les a eus pour lui, et l'on s'aperçoit en maint endroit qu'il lui a communiqué non-seulement les faits qui étaient à sa disposition, mais encore les remarques que ces faits lui avaient suggérées.

Une analyse rapide montrera avec quel soin la maladie a été étudiée, fouillée, pour ainsi dire, dans toutes ses parties et sous toutes ses faces.

L'ouvrage commence par une description de la coqueluche à son état ordinaire, l'une des meilleures descriptions que nous connaissions. Viennent ensuite les anomalies que la maladie peut subir dans son cours, puis ses nombreuses complications, telles que la bronchite, la pneumonie, la phthisie, la parotidite, la fièvre intermittente, les exanthèmes, la dyssenterie, les maladies encéphaliques, etc. On sait combien, au début principalement, quelques-unes de ces complications, comme les exanthèmes fébriles, la bronchite, aussi bien que certaines autres lésions des voies respiratoires, comme l'angine membraneuse, le pseudo-croup, l'asthme aigu de Millar, etc., peuvent jeter d'obscurité sur le diagnostic. L'auteur promène l'analyse à travers ce labyrinthe avec beaucoup de dextérité et de jugement. Sans doute la nature se joue fréquemment de ces distinctions que l'esprit conçoit et déduit même logiquement des faits tels qu'il lui est donné de les apprécier; mais c'est là un défaut inhérent à toute science, à la médecine plus qu'à aucune autre, au diagnostic différentiel plus qu'à aucune autre partie de la pathologie. Les divers modes de terminaison de la coqueluche, les altérations anatomiques qu'elle laisse à sa suite sont étudiées avec beaucoup de soin. Relativement au siége de la maladie, l'auteur le place dans une lésion des filets *sensitifs* du nerf vague qui se distribuent à la membrane muqueuse des bronches, esquels réagissent, suivant lui, contre un *miasme contagieux*. Cette phrase, presque textuellement extraite de l'ouvrage, est, comme on le voit, grosse de difficultés. Elle suppose premièrement que le siége primitif de la maladie est dans le nerf vague; secondement, qu'il est dans les filets sensitifs de ce nerf; troisièmement, que ces filets sont affectés par un miasme; quatrièmement, que ce miasme est contagieux. Cependant, si l'on excepte de ces opinions celle qui circonscrit peut-être arbitrairement le siége du mal dans les filets sensitifs du nerf vague, dont la souffrance déterminerait la réaction des filets moteurs, les autres sont aujourd'hui partagées par les pathologistes les plus distingués, et réunissent en leur faveur de solides arguments. Avec Hufeland, Albert, Richter, Jos. Frank, Stewart, M. Blache, on ne peut guère se refuser à méconnaître, dans la coqueluche, le caractère d'une névrose. Quant au caractère contagieux, il en est de cette affection comme de la fièvre typhoïde; la contagion, qui ne peut être facilement saisie dans les grandes villes, devient évidente dans certaines petites localités; et si la contagion existe, elle suppose un principe miasmatique. Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ces points de doctrine qui demanderaient de trop longs développements.

L'étude empirique des causes prédisposantes et déterminantes de la coqueluche, et l'appréciation des circonstances propres à asseoir le pronostic, ne sont pas moins approfondies que les autres parties de l'ouvrage. Mais c'est surtout à l'occasion du traitement que l'auteur déploie une richesse de détails et une connaissance de la matière tout à fait remarquables. Après l'exposé du traitement qui convient en général à chacune des phases de la maladie et des modifications qu'il doit subir en raison des complications morbides, après quelques mots sur le traitement prophylactique, il reprend successivement chacun des moyens, soit internes, soit externes, qui ont été plus ou moins préconisés, et assigne à chacun ses usages spéciaux. Narcotiques, antispasmodiques, émétiques, résolutifs et expectorants, toniques, stimulants, antiphlogistiques, fumigations, bains, onctions, emplâtres, etc., sont successivement passés en revue et appréciés à l'aide de l'observation clinique. Il termine par quelques lignes sur la vaccination employée comme moyen dérivatif; mais il ne paraît pas que son expérience personnelle lui ait rien appris à cet égard. On sait que plusieurs auteurs, et en particulier Struve et Oswald, regardaient la vaccination comme un préservatif de la coqueluche. Cette opinion n'a pas prévalu; mais un grand nombre d'observateurs, tels que Thomson, Thomas, Adam, Ferrari, Durando, Combette, se sont accordés, après de nombreuses expériences, à regarder ce moyen comme propre à mitiger la violence du mal et à abréger sa durée. Mais il ne faut pas oublier que d'autres observateurs, et en particulier MM. Blache et Constant, ont répété ces expériences sans arriver au même résultat. Pour eux, la vaccination n'a aucune influence sur la marche ou l'intensité de la maladie.

— DE LA GYMNASTIQUE DANS LES COLLÉGES ROYAUX; par C.-V.-B. AMYOT, avocat, membre de la société pour l'instruction élémentaire. — Brochure in-8°, 8 pages.

L'auteur, zélé partisan de la gymnastique, la regarde comme une des premières nécessités de l'éducation corporelle et morale. Il désirerait que son emploi fût généralisé dans tous les colléges, et qu'elle devînt la matière d'un examen pour le baccalauréat ès lettres et ès sciences.

VARIÉTÉS.

— Par décision ministérielle récente, l'emploi de vétérinaire en premier dans la garde municipale de Paris sera désormais conféré, sur le rapport du ministre de la guerre et d'après la proposition du préfet de police, approuvée par le ministre de l'intérieur.

— Par ordonnance royale du 25 décembre 1845, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A trois emplois de chirurgien-major de deuxième classe : MM. Woll, Morau, Maigrot.

Chirurgien-aide-major de deuxième classe : M. Jourdheuil, au 61[e] régiment de ligne.

— La Société royale de médecine de Marseille propose la question suivante :

« Des ressources que la flore médicale indigène présente aux médecins de campagne. »

Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues et cependant bien constatées par leur propre expérience ou par l'expérience populaire, des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appelleront l'attention des praticiens. Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires en même temps que les noms scientifiques de ces plantes, et les localités où elles croissent.

Les mémoires devront être envoyés au docteur Beuil, secrétaire général de la Société, rue du Baignoir, 32, avant le 1[er] juillet 1847, terme de rigueur.

Le prix sera une médaille d'or de 300 fr.

— Prix scientifique biennal de l'Institut royal des sciences, des beaux-arts et des lettres a Venise. — Sujet. — Les controverses qui ont lieu parmi les médecins au sujet de l'inflammation que les uns prétendent reconnaître dans telle ou telle maladie et dont les autres nient complétement l'existence, montrent que les caractères de la phlogose ne sont pas encore bien définis, ou du moins que les médecins ne sont pas d'accord sur l'importance et la valeur clinique de ces caractères. On demande donc aux concurrents de déterminer les caractères constants au moyen desquels on pourra reconnaître l'inflammation, depuis le degré le moins grave jusqu'au plus intense, sur un organe ; un tissu, un système, soit sur le vivant, soit sur le cadavre.

Le prix est de 1,800 livres d'Autriche.

Les mémoires écrits en latin, en italien, en français ou en allemand, suivant les usages académiques établis, seront envoyés franco, dans le courant de janvier 1847, au secrétaire de l'Académie de Venise.

— Traces formées par les empreintes des pieds. — M. Mascart a présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique un mémoire intéressant sur ce sujet.

M. Mascart a fait remarquer que la conformation naturelle du pied, la manière de marcher, et aussi la forme des chaussures, ont pour résultat de laisser sur la terre une empreinte plus petite que le pied qui l'a faite. Or, l'opinion la plus commune est que l'empreinte correspond exactement à l'étendue du pied ; il y aurait donc là une grave source d'erreurs.

Ces recherches présentent de l'intérêt, mais les conclusions posées par M. Mascarat sont trop absolues, car la circonstance du sol fait varier à l'infini ces empreintes, qui deviennent, dans quelques cas, beaucoup plus larges que celles du pied.

— Désinfection des cadavres employés aux travaux anatomiques. — Le problème de la conservation des cadavres destinés aux études anatomiques paraît être enfin résolu. Nous venons de visiter avec détail les pavillons de dissection de l'école pratique de la Faculté de médecine, et nous avons été frappé du parfait état de conservation des corps livrés aux élèves depuis plusieurs semaines. Nous nous proposons de consacrer prochainement un article spécial à l'examen des procédés mis en usage pour atteindre ce but. Aussi nous contenterons-nous de dire ici que c'est par l'injection dans les artères d'une solution aqueuse de sulfite de soude à 18 degrés, que l'on parvient d'abord à prévenir la putréfaction durant plusieurs semaines. Des lotions avec une solution de chlorure de zinc assurent la conservation ultérieure ; les organes conservent leur forme et leur couleur, les instruments n'éprouvent aucune altération, et aucune odeur ne se fait sentir, même à quelques centimètres du cadavre. Cet important résultat aura sans doute la plus heureuse influence sur la santé des élèves en médecine, ainsi que sur l'avenir des études anatomiques.

— Falsification du poivre. — Les bancs de la 7[e] chambre du tribunal correctionnel étaient occupés, il y a quelques jours, par huit épiciers en gros et en détail ; ils étaient poursuivis sur les réquisitions du ministère public, sous la prévention de tromperie sur la nature et la qualité des marchandises vendues.

Un procès-verbal dressé le 2 juin dernier, dans l'une de ces visites prescrites par l'autorité dans l'intérêt de la santé publique, constatait que les poivres vendus par les prévenus étaient altérés, falsifiés par l'immixtion de substances étrangères. Il n'y entrait point de graine de poivre, mais seulement des grabeaux de poivre, c'est-à-dire l'écorce qui enveloppe la graine.

Quant aux substances étrangères, elles consistent, au dire même des prévenus, en un mélange de tourteaux de chenevis ; et aussi, d'après le rapport de M. le chimiste Chevalier, en poudre de grès.

— Une question de médecine vétérinaire, fort importante pour la cavalerie et pour la race chevaline en France, vient d'être mise au concours pour 1846 par M. le ministre de la guerre. La question dont la solution est demandée est celle-ci :

« Des maladies typhoïdes dans l'espèce chevaline, et spécialement sur les chevaux de l'armée ; en connaître les causes ; savoir si la maladie est épidémique ; apprécier les méthodes expérimentées jusqu'à ce jour ; indiquer de nouveaux moyens curatifs. »

A diverses époques déjà, les vétérinaires avaient signalé et décrit des maladies typhoïdes dans les chevaux de troupes ; mais cette question n'avait jamais été l'objet de recherches sérieuses et approfondies. Le but du concours ouvert par le ministre de la guerre est d'appeler l'attention sur cette importante partie de la médecine vétérinaire.

— Dans un article sur la conservation des végétaux alimentaires, inséré dans le Journal d'agriculture des Pays-Bas, on trouve ce passage :

« On sait que la gelée, lorsqu'elle est forte, détruit entièrement la vie ; mais un moindre degré de froid produit une altération singulière, c'est de convertir une partie de la fécule ou du mucilage en sucre, phénomène analogue à celui qu'on observe dans la germination des graines. » Un effet analogue se manifeste dans le changement notable de saveur qu'éprouvent plusieurs espèces de choux par l'action de la gelée ; quant aux racines et tubercules alimentaires, nous pensons que le peu de sucre produit par la destruction d'une portion notable de mucilage et de fécule ne saurait faire compensation à la diminution de leurs propriétés nutritives ; on doit donc les préserver avec soin des atteintes, même légères, d'une température inférieure à zéro.

— Proportion des rechutes chez les aliénées, les idiotes et les épileptiques admises a l'hospice de la Salpêtrière de 1840 a 1845.

La population de la cinquième division de la Salpêtrière (aliénées en traitement et chroniques, idiotes et épileptiques) était au 22 septembre dernier de. 1,428

Sur cette population il restait des admissions antérieures à 1840. . . . 559

Le nombre des restantes, sur les admissions qui ont lieu depuis le 1[er] janvier 1840 est donc de. 869

Le nombre des rechutes constatées sur ce dernier nombre étant de 141

la proportion des rechutes est 1 sur 6,16 entrées, et cette proportion devrait peut-être être plus forte encore, car il pourrait bien exister quelques rechutes qu'on n'a pas été à même d'indiquer lors des admissions.

La même observation n'a pas été faite pour les aliénées dont l'admission remonte au delà du 1[er] janvier 1840, parce qu'alors les rechutes n'étaient que fort rarement indiquées.

— Ce n'est pas seulement en France qu'il est question de la réforme médicale. En Saxe, des projets de même genre occupent l'opinion publique. L'association médicale de Dresde réclame l'abolition de différentes classes de médecins, et leur réunion en une seule, assujettie aux mêmes épreuves scientifiques ; elle demande la suppression des liens qui existent encore entre les chirurgiens et les barbiers ; elle réclame le transfert à Dresde d'une école médicale qui existe à trois lieues et demie de la capitale, et qui est tellement pauvre en sujets d'études anatomiques et en cas de médecine opératoire, qu'il est absolument impossible qu'un chirurgien puisse se former en Saxe. (Gaz. méd. de Strasb.)

— Hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques. M. Hérard a montré, à l'une des dernières séances de la Société anatomique, une masse énorme de ganglions, qui a été enlevée par M. Roux, sur un jeune homme de constitution très-faible. Ces ganglions, les uns du volume d'une noix, les autres beaucoup plus gros, étaient placés dans l'aisselle, remontaient jusqu'à la clavicule, et s'étendaient au devant des muscles pectoraux. Pendant l'opération, qui dura environ une demi-heure, on fut obligé de faire un grand nombre de ligatures d'artères, et d'agir avec la plus grande précaution ; pour ne pas blesser les vaisseaux principaux de l'aisselle. L'altération de ces ganglions lymphatiques n'est, suivant M. Hérard, qu'une simple hypertrophie, malgré le volume assez considérable des tumeurs.

— Le docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, membre associé de l'Académie de médecine, l'un des hommes les plus éminents de la science dans les provinces, vient de mourir, après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de 61 ans.

— La séance générale annuelle de l'Association des médecins de Paris aura lieu le dimanche 25 janvier 1846, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— Le docteur Auzoux a ouvert son cours d'anatomie dimanche 18 janvier, à une heure, et le continuera tous les dimanches à la même heure. Il expliquera le mécanisme des principales fonctions par lesquelles la vie s'entretient dans l'homme.

Mettant ses préparations d'anatomie clastique comparée sous les yeux de ses auditeurs, M. Auzoux démontrera les modifications que subissent ces mêmes fonctions dans les autres mammifères, les oiseaux, les reptiles, les poissons, les mollusques, les insectes, les zoophytes et les végétaux.

Les jeudis, à la même heure, conférences publiques sur la leçon du dimanche.

PETITE CORRESPONDANCE.

M. B..., à Arras : Votre lettre sera insérée.

M. G..., à Poitiers : Reçu votre premier envoi après le second. Nous tenons deux exemplaires de votre mémoire à votre disposition.

M. Al..., à Vinay : Accepté vos propositions : vous recevrez incessamment.

M. R..., à Troyes : Accepté : vous recevrez incessamment.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.

(Troisième article.)

Les différentes faces sous lesquelles l'anatomie peut être considérée sont donc des points de vue différents d'un même objet, et cet objet c'est l'organisme physiologique. L'anatomie ordinaire, l'anatomie comparée, l'anatomie pathologique, l'anatomie de rapports, l'anatomie d'évolution, l'anatomie de structure, l'anatomie de texture sont comme autant de termes d'une même formule dont l'inconnue à déterminer est l'instrument fonctionnel ou la fonction elle-même. Aucun ne suffit à dévoiler cet X de l'équation; mais tous se prêtent un secours mutuel et projettent une portion de lumière sur le dernier mot du problème. Il en résulte que l'anatomie ainsi comprise ne peut faire abstraction d'aucune des données qui peuvent lui révéler quelque chose de son objet. Si les candidats avaient été pénétrés de cette vérité, ils auraient non-seulement interrogé les faits fournis par les différentes espèces d'anatomies, mais ils auraient groupé ces derniers; ils les auraient classés autour du point à éclairer en montrant explicitement leur valeur relative et collective dans ce but. Au lieu de cet ensemble méthodique et réfléchi, ils n'ont présenté que des points de vue partiels et des applications particulières : celui-ci donnant la préférence à l'anatomie comparée, celui-là à l'embryogénie, un autre à l'anatomie de rapport, un dernier à l'anatomie pathologique; mais presque tous, il faut le reconnaître, ont paru pénétrés de la conviction que l'anatomie humaine seule, l'anatomie descriptive proprement dite est incapable de conduire à une solution quelconque.

M. Béclard, dont le nom réveille des souvenirs si chers à l'école, a particulièrement insisté sur les analogies de structure et de fonctions que présentent la peau et les membranes muqueuses. Il a rappelé l'expérience de Trembley qui consiste à retourner un polype et à changer ainsi la peau extérieure en peau intérieure et *vice versâ*. Poursuivant cette analogie jusque dans ses applications les plus délicates, il a montré les connexions de la peau avec les glandes considérées comme des dépendances de la peau elle-même réfléchie à l'intérieur. Il a surtout présenté de très-bonnes remarques sur l'influence des agents extérieurs, des circonstances météorologiques comparées aux circonstances héréditaires comme producteurs ou modificateurs de la coloration de la peau. Si nous considérions la composition de M. Béclard dans son ensemble, nous dirions que ce candidat, chez lequel les amis de la science sont si heureux de voir se perpétuer l'héritage paternel, a très-bien marié les vues générales à la science positive. Peut-être ne lui a-t-il manqué qu'un but mieux déterminé pour faire plus amplement usage des richesses scientifiques qu'il possède et des qualités élevées qui le distinguent.

M. Bourgery avec moins de précision dans l'analyse, mais une plus grande habitude de généralisation, a fait ressortir mieux encore tout ce que la comparaison de la peau et des muqueuses peut offrir de rapprochements utiles. Plus qu'aucun autre candidat il s'est montré pénétré de l'importance du point de vue fonctionnel, ainsi que le prouvent ses remarques sur les différences que présentent le tégument interne et le tégument externe par rapport à leurs fonctions. Dans cette appréciation, M. Bourgery a fait naître du tégument externe si variable dans la série animale les phanères (ongles, poils), les cryptes (organes sensoriaux) et les follicules et glandes sébacées sudoripares; puis poursuivant avec ses rentrées le tégument cutané, il l'a montré se prolongeant en tégument muqueux, et formant les deux grands appareils respiratoire et digestif, avec leurs développements et dépendances. Enfin, pour compléter l'analog e des deux téguments il en a recherché la parfaite conformité dans les *six* couches qu'il leur a trouvées, en procédant de la surface externe vers les *deux surfaces véritablement internes*, les feuillets *pariétal* et *viscéral* de la *séreuse commune*. Le seul énoncé de cette proposition, que M. Bourgery s'est efforcé de démontrer à l'aide de beaucoup de faits intéressants, justifie les éloges que nous donnerions sans restriction à ses conceptions élevées, s'il les avait tournées plus directement vers l'anatomie physiologique.

Le concurrent qui suit par ordre alphabétique contraste complétement sous le rapport du caractère et de la tendance des idées avec les deux qui précèdent. Pour M. Chassaignac, l'anatomie descriptive est à peu près tout; il s'y renferme et s'y complait. Il a décrit toutes les particularités de la peau comme enveloppe tégumentaire, tous ses accidents, ses plis, ses adhérences celluleuses aponévrotiques; il a insisté sur les bourses muqueuses qu'elle forme au niveau des saillies osseuses, et signalé, en comparant ces bourses aux véritables séreuses, une différence fort importante peut-être, puisqu'il l'a jugée telle, mais qui, suivant nous, n'a d'autre mérite que de caractériser l'esprit de M. Chassaignac, et l'école à laquelle il appartient. En effet, cette différence essentielle, capitale, pour ce candidat, consiste en ce que « l'épithélium qui tapisse les bourses muqueuses n'est pas, comme celui des véritables séreuses, *pavimenteux*, c'est-à-dire qu'à l'examen microscopique il n'offre pas la disposition en pavé. » Ce caractère n'est pas nouveau, comme on sait, mais il ne nous paraît pas meilleur pour cela. Le même concurrent a encore trouvé que l'acide acétique détruit la cellule du pigmentum et ne dissout pas le noyau coloré qu'elle renferme. Dans cette voie, que beaucoup de personnes avec M. Chassaignac trouveront sans doute la meilleure, on ne peut disconvenir que ce candidat n'ait fait preuve d'habileté, de sagacité et d'exactitude, si toutefois l'exactitude peut être appréciée dans la description et l'exposition de choses qui n'ont qu'une existence purement subjective ou de convention.

M. Denonvilliers, qu'une certaine réputation d'anatomiste avait précédé à ce concours, a très-bien justifié, à un certain point de vue, l'opinion qu'on avait de son genre de talent et de science. Comme M. Chassaignac, il s'est à peu près complétement renfermé dans les considérations d'anatomie descriptive, des régions, de texture; il a de plus signalé quelques applications à la pathologie et à la chirurgie proprement dite. Ainsi, à la face profonde de la peau, il a indiqué deux dispositions particulières du tissu cellulaire, lequel est *aréolaire* à la couche superficielle surtout, et *lamelleux* à la couche profonde. Ces deux dispositions prédomineraient suivant les régions, la première, plus abondante, par exemple, à la plante des pieds, à la paume de la main; la seconde existerait seule aux paupières. En conséquence de ces dispositions, les inflammations seraient plus circonscrites dans les régions où prédomine le tissu aréolaire et plus diffuses dans les autres. Pour M. Denonvilliers, la peau n'a que *deux* couches : le *derme* avec le corps papillaire; l'*épiderme*, comprenant le corps muqueux de Malpighi. Comme M. Chassaignac, M. Denonvilliers signale des particularités de structure vraiment caractéristiques de ses tendances. Ainsi pour lui les aréoles du derme ont une *forme conique à base très-large* et tournée du côté in-

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

N° VI.

JEAN-BAPTISTE VAN HELMONT.

(Suite et fin. — Voir le numéro 3.)

Jusqu'ici je n'ai envisagé qu'une des deux faces de la physiologie vanhelmontienne; il s'agit maintenant de passer à l'autre. Or, à côté des lois qui régissent les phénomènes de l'animalité, le théosophe brabançon accorde une large part aux forces inhérentes à la matière inorganique, tout au moins à celle d'où dérive l'affinité des corps. Dans l'organisme des êtres sensibles, il voit des propriétés vitales qui commandent et des propriétés chimiques qui obéissent : chez les unes en quelque sorte le pouvoir législatif, chez les autres le pouvoir exécutif. Il est déjà quelque peu conciliateur, il tient le milieu entre Stahl et Sylvius del Boë; il n'est ni animiste pur comme le premier, ni chimiste exclusif ainsi que le second.

Malgré ses défauts, ce système rendit de grands services à la physiologie moderne; il mit en lumière un élément précieux à cette science, l'exégèse humorale.

Un des points de la science physiologique où le génie de Van Helmont laisse éclater toute sa puissance, c'est l'étude des fonctions nutritives ou assimilatrices. Pour se faire une juste idée du progrès qu'il introduisait à cet égard, il suffit de mettre sa doctrine en parallèle avec la théorie des anciens. Ces derniers partant d'un principe vrai, l'intervention de la chaleur dans la métamorphose des aliments en chyme, en avaient tiré des conséquences erronées. Au lieu de considérer la température de l'estomac comme une simple condition, ils en faisaient une cause nécessaire, un élément indispensable, l'agent unique de la métamorphose dont il s'agit. De là l'hypothèse nommée *coction*. Van Helmont lui oppose des arguments d'une valeur incontestable. Pour lui, l'estomac n'est point, comme pour Galien, un sac pur et simple, un vase inerte où s'accomplit l'élaboration ignée des aliments, et cela, d'une part, parce que la digestion ne s'opère pas mieux quand s'élève la température animale, durant un accès fébrile, par exemple, que chez les poissons où l'estomac fonctionne malgré l'absence de la chaleur indispensable à la nature des mammifères; parce que, de l'autre, la disgrégation moléculaire de certains composés résiste constamment au pouvoir de cette dernière condition.

Sur les ruines de ce fragile édifice, il établit sa théorie des *ferments*. L'école chimique a sans contredit beaucoup abusé des ressources de cette exégèse. Se confiant aux lueurs trompeuses d'une analogie plus ou moins lointaine, elle passa trop tôt du particulier au général, de l'analyse à la synthèse; mais ce re-

terne, « ce qui fait, dit-il, que l'inflammation n'éprouve aucun obstacle à s'étendre indéfiniment. » Nous omettons une foule d'observations et d'appréciations du même genre, qui doivent certainement avoir classé très-haut ce concurrent dans l'esprit de ceux qui envisagent l'anatomie comme lui : car dans cette direction M. Denonvilliers n'a manqué ni d'abondance, ni de verve, ni d'aperçus ingénieux.

Autant MM. Chassaignac et Denonvilliers se sont complus dans l'anatomie descriptive, autant M. Duméril a cherché à en sortir pour entrer largement dans les voies de l'anatomie comparée. Comme MM. Béclard et Bourgery, ce candidat a insisté sur l'analogie profonde qui existe entre la peau et les muqueuses. Entre autres considérations intéressantes qu'il a fait valoir, il a invoqué, avec raison, les changements que subissent suivant les conditions, le tégument interne et le tégument externe, lesquels réalisent alternativement et réciproquement les caractères cutanés ou muqueux. Prenant pour base de sa description les usages de la peau, et les caractères qui la distinguent des muqueuses, il en a examiné successivement la surface *interne* et la surface *externe*, rattachant à ces deux points de vue tous les accidents, toutes les différences, toutes les variétés qu'on observe dans la série animale. M. Duméril a envisagé la structure de la peau à peu près comme il l'a décrite, c'est-à-dire en tenant compte des appareils fonctionnels, et des différences que présente à cet égard la peau externe et la peau interne. Ainsi, il a judicieusement fait remarquer en parlant des papilles comparées aux villosités des muqueuses, la richesse de ces dernières en vaisseaux lymphatiques, contrastant avec la richesse des premiers en éléments nerveux : les uns considérés comme organes d'absorption, les autres comme appareils de sensibilité. Il est à regretter seulement que ce concurrent inspiré par d'heureux instincts, et servi par des connaissances de bon aloi, n'ait pas su s'affranchir davantage des préoccupations de l'école, et abandonner plus complétement les divisions purement anatomiques.

Nous sommes heureux de trouver plus spécialement dans quelques parties de la composition de M. Giraldès, des exemples à l'appui de nos principes, et par conséquent des faits justificatifs de nos critiques. Les divisions admises par ce concurrent témoignent d'une tendance très-marquée vers l'anatomie physiologique. Ses descriptions sont une espèce de canevas emprunté aux descriptions anciennes; mais ce canevas, il l'a ourdi d'aperçus nouveaux et de considérations judicieuses sur la destination fonctionnelle du tégument. Il divise aussi la peau en trois couches : 1° Couche *papillaire*, fondamentale, supportée par le derme; 2° au-dessus de la précédente la couche *graisseuse* et la couche *musculaire*, représentées dans les animaux par le panicule charnu, et dans l'homme par le *fascia superficialis*, qui devient dans quelques régions peaucier, dartos, etc.; 3° enfin, couche de *protection* ou épiderme, constituée par l'épiderme et le corps muqueux, ces deux parties étant identiques. A l'exception de cette dernière désignation, *couche de protection*, qui exprime un but de finalité en place d'un résultat de causalité, on ne peut s'empêcher de reconnaître à cette division élémentaire de la peau le véritable caractère physiologique; et à propos de cette intervention des causes finales, nous dirons qu'elle n'est plus à nos yeux que le pis aller de la science sérieuse. Si on les invoque, c'est que, ou bien on ne comprend pas la stérilité du système, ou bien on n'a rien de positif et de vraiment scientifique à lui substituer. Au lieu de dire que l'épiderme est une couche de protection, pourquoi n'avoir pas plutôt cherché en vertu de quelle action combinée de causalité intérieure et d'influences externes le corps muqueux, et l'épiderme qui n'en est que le produit desséché, existent. Après cet énoncé des principaux éléments constitutifs de la peau, M. Giraldès, procédant du simple au composé, en a indiqué les parties accessoires et les organes de perfectionnement, c'est-à-dire les *cryptes*, les *phanères* et les *glandes*. S'appuyant sur les observations de R. Owen, Goodsir et Arnold sur le développement des dents, il regarde les phanères comme des organes de sensibilité, comme des papilles rentrées. Après avoir exposé avec une grande précision la texture vasculaire de la peau, M. Giraldès a indiqué quelques particularités nouvelles sur la terminaison des nerfs dans les papilles. Jusqu'ici personne n'avait pu s'assurer de ce mode de terminaison, parce qu'on n'avait observé que de la peau morte depuis plus ou moins longtemps; circonstance qui établit une confusion entre les filaments nerveux et les fibres de la peau. En examinant celle-ci presque vivante ou même vivante, M. Giraldès est parvenu à distinguer ces parties en raison de leur coloration différente.

Le reste de la composition de M. Giraldès a trait aux modifications de l'appareil tégumentaire considéré dans l'individu et dans la série. Il a étudié ces différentes modifications en vue des besoins fonctionnels de la peau, c'est-à-dire de la peau considérée comme organe de protection, de sensibilité, de sécrétion, d'absorption, de respiration. N'était que M. Giraldès s'est constamment placé dans cet examen au point de vue de la finalité, sa composition se fût placée, suivant nous, à une grande distance de toutes celles de ses compétiteurs.

Il nous resterait à examiner les compositions de MM. Desprès, Sanson et Gosselin; mais ces trois candidats, quoiqu'avec des mérites fort différents, n'ont fait que reproduire les directions signalées à l'occasion des autres concurrents. Disons cependant que la composition de M. Gosselin offre un ensemble extrêmement distingué des diverses qualités que nous avons signalées chez la plupart de ses compétiteurs.

On voit par ce très-court aperçu de la première épreuve du concours d'anatomie que les tendances de l'école sont encore indécises; que nulle doctrine ferme et positive ne préside aux travaux de la génération actuelle; que les divers développements imprimés à l'anatomie depuis Haller ont été tour à tour mis à contribution par les concurrents, sans qu'aucun d'eux se soit pénétré de leur signification élevée. Si quelques-uns, exceptionnellement, ont été conduits vers l'anatomie physiologique, ce n'a été qu'à travers des contradictions, et en sacrifiant aux routines de l'anatomie descriptive.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

QU'EST-CE QUE LA MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE?

Une des causes qui s'opposent le plus à la propagation des idées nouvelles, c'est la ressemblance qu'elles peuvent avoir avec des croyances ou des erreurs anciennes. Cette méprise tient à ce que les mêmes mots sont souvent employés à exprimer des choses différentes. Il en résulte que chacun donnant à une doctrine ou à une vérité qui n'existait pas le sens d'idées qu'il a connues, pratiquées ou abandonnées, il ne l'accepte qu'avec indifférence ou la repousse avec prévention. De là, à l'un et à l'autre point de vue, la nécessité de s'expliquer clairement sur le sens réel des choses, si l'on veut qu'elles ne fassent pas dès le début fausse route dans l'esprit de ceux auxquels on les adresse. Cette vérité est d'autant plus applicable à la médecine étiologique,

proche s'adresse plutôt aux disciples qu'au maître. Van Helmont, en effet, considérait la *fermentation* d'une tout autre manière que Sylvius del Boë. Pour le premier, ce mot exprime l'action la plus générale des forces chimiques, le résultat de la loi qui préside à toute espèce de métamorphoses et de réactions moléculaires, à la transmutation des matières du monde minéral, comme à celle des éléments du monde organique; pour le second, au contraire, il a un sens plus restreint; il traduit l'idée d'un mouvement intérieur, d'une effervescence exclusivement propre aux substances animales et végétales. Or, sous ce point de vue, comme sous plusieurs autres, Van Helmont se rencontre avec les chimistes les plus éminents de notre époque. Qui croirait que sa théorie de la digestion, si combattue, si dédaignée par les solidistes, est presque exactement celle du célèbre professeur de Giessen? « La digestion, dit M. Liebig, s'accomplit sous l'influence d'une décomposition analogue à celle connue sous le nom de fermentation. » Et pour répondre aux objections des physiologistes qui nient le rapprochement admis entre ces deux actes, il ajoute : « Ce qui empêche surtout de bien saisir le phénomène de la digestion, c'est l'idée fausse qu'on se fait des métamorphoses organiques, des phénomènes de fermentation et de pourriture; on y envisage d'une manière trop exclusive ceux que présentent le sucre et les matières animales, et l'on oublie qu'il est un grand nombre de cas où des métamorphoses s'accomplissent sans aucun dégagement de gaz. La digestion appartient précisément à cette classe de métamorphoses chimiques. »

Ce n'est pas seulement le principe de la fermentation stomacale que Van Helmont impose à la science, mais encore sa nature véritable qu'il désigne, son essence réelle qu'il spécifie. Il admet dans le suc gastrique un ferment qui, à l'aide d'un acide, opère la dissolution des aliments, c'est-à-dire qui change la direction de leurs divers groupes moléculaires; et c'est ce résultat chimique qui constitue pour lui le premier des six temps qu'il assigne à la fonction digestive.

La bile, cette combinaison organique à base de soude, était regardée par les anciens comme un liquide tout à fait impropre à la digestion, comme une humeur entièrement excrémentitielle. Van Helmont s'éleva contre l'erreur dont il s'agit; il la combattit, non par le moyen des hypothèses, mais avec le secours des faits. Il s'était assuré que le résidu stercoral n'offre pas d'amertume, et de ce fait négatif il tirait une induction qui devait être basée ultérieurement sur des expériences plus complètes et plus régulières, sur des analyses soit quantitatives, soit qualitatives, sur ce que, d'une part, dans mille parties de résidus stercoraux, on en trouve huit, suivant M. Berzélius, d'une substance analogue à la bile dont, comme le prétend Burdach, tout homme sécrète par jour de cinq cents à sept cent cinquante grammes; et sur ce que, de l'autre, sauf un peu de sel marin et de sulfate de soude, principes qui font partie de tous les liquides animaux, on ne rencontre dans les excréments solides aucune trace du mélange inhérent à l'essence du fluide sécrété par le foie : la combinaison sodique; de ce seul fait négatif, dis-je, il concluait avec raison que, loin d'être inutile à l'entretien de l'économie animale, la bile est une humeur qui joue un rôle actif et capital dans le phénomène de la digestion. Quant à la nature de ce rôle et à la manière dont cette humeur le remplit, Van Helmont émet une idée qui se trouve plus tard adoptée par Dumas, Werner, Proust, MM. Leuret et Lassaigne, etc. Il regarde la bile comme un alcali qui rencontre dans le duodénum l'acide de l'estomac, et qui, se combinant avec lui de la même façon que le minium avec l'a-

telle que nous la concevons, que d'une part elle n'a pas la prétention de sortir de toute pièce des flancs de la GAZETTE MÉDICALE, et de l'autre pourtant, elle s'y établira avec une forme, des développements et des applications qui la rendront en quelque façon sienne et nouvelle. Bonne ou mauvaise, elle a donc le désir de n'être jugée qu'en elle-même et après avoir dit nettement ce qu'elle croit être et entend être.

Si l'on s'en rapportait au sens étymologique et grammatical, la médecine étiologique serait celle qui s'occupe des causes des maladies. Or, depuis que la médecine existe chez les anciens comme chez les modernes, la pathologie n'a jamais négligé l'étiologie. On peut en dire autant des systèmes et des écoles. Les hippocratistes, les galenistes, les solidistes, les humoristes, les animistes et les matérialistes ou organiciens ont eu la prétention de s'occuper des causes des maladies. Il est même à remarquer que la part de l'étiologie a paru être d'autant plus grande qu'il s'est agi de systèmes plus absolus et plus généraux; car qu'ont été chacun de ces systèmes, sinon une cause imaginaire arbitrairement généralisée. Il s'en suivrait donc, si l'on s'en rapportait à l'apparence ou au sens vulgaire des mots, que nous ne viendrions après tant d'autres que faire peut-être plus mal ce qu'ils ont fait mieux avant nous : c'est-à-dire risquer quelque système : imaginer ou ressusciter quelque hypothèse à l'aide de laquelle nous aurions la prétention de classer, d'encadrer et d'expliquer les maladies. Tel n'est point notre but, et nous sommes certain de ne pas nous tromper en l'affirmant. La médecine étiologique, comme nous l'entendons, est tout à fait différente de celles que nous venons de rappeler, et nous ajouterons avec la même confiance qu'elle leur est complétement opposée.

La médecine étiologique que la GAZETTE MÉDICALE va chercher à faire prévaloir est la médecine des *causes réelles* expérimentales, c'est-à-dire des causes qui matériellement constatées, soit comme *agents extérieurs* répandus dans l'espace, soit comme *substances* hétérogènes introduites ou développées dans l'économie, soit comme *propriétés* ou *forces* primitivement altérées de l'organisme, y réalisent des maladies qu'elles tiennent sous leur dépendance. Il ne s'agit donc ni des humeurs peccantes, ni des troubles de la force vitale, ni de l'irritation des viscères, ni de l'inflammation des organes, dans la réalisation ou l'accomplissement desquels on a appelé toute la séquelle des causes extérieures, intérieures, physiques ou morales, connues depuis l'origine de la médecine; il n'est question très-explicitement pour nous que des causes déterminées, agissant une à une et produisant chacune pour son compte et suivant sa nature propre, dans la sphère particulière de son action, une maladie déterminée, corrélative à ce mode d'action; ou bien une maladie complexe et composée, représentant par la complexité de ses effets et la composition de ses éléments la multiplicité des éléments étiologiques qui lui ont donné naissance. Pour qu'on ne puisse prétexter ni de l'obscurité ni de l'insuffisance de cette définition, nous allons l'appliquer à trois exemples bien connus, et la développer à l'aide ces trois exemples.

Nous avons fait prévoir incidemment, plus haut, que nous admettons des causes expérimentales des maladies de différents ordres : des causes extérieures ou *mécaniques* agissant sur l'organisme en l'impressionnant; des causes *substances* ou chimiques, introduites ou engendrées dans l'économie, et des causes dynamiques, forces ou propriétés réelles de l'organisme pathologiquement altérées. Ce n'est pas le moment de dire si ces ordres de causes sont les seuls qui existent; si les unes ne se résolvent pas dans les autres, ou n'appartiennent pas à des catégories différentes; l'important pour nous c'est de les faire admettre pour le moment comme faits de causalité réelle, expérimentale, sauf à régler plus tard leur ordre d'importance et leur hiérarchie. Voici donc nos trois exemples se rapportant aux trois ordres de causes précitées : 1° la *réfrigération;* 2° l'*intoxication saturnine;* 3° la *rétraction musculaire;* la première consistant dans l'action trop forte ou trop prolongée du froid sur l'économie, réalisant des effets constants qui lui sont propres; la seconde consistant dans l'introduction au sein de l'économie d'une substance hétérogène dont la présence se révèle par des caractères, des symptômes et des altérations qui n'appartiennent qu'à elle-même; la troisième consistant en une altération dynamique du muscle, n'ayant pas des effets moins précis, des caractères et des symptômes moins déterminés; et toutes trois réalisant, en vertu de leur dose et de leur siége différent, c'est-à-dire par une distribution multiple et différente de leur activité, autant de maladies partielles, autant de formes, autant de combinaisons variées qu'il y a de modalités dans leur nature, de degrés dans leur force, et de variété dans leur action. Ces trois ordres de faits sont trop connus pour être contestés. Or, quelle que soit l'opinion théorique qu'on se forme de leur essence, de la manière d'agir du froid sur la périphérie organique, du plomb sur nos tissus, ou du phénomène intime de la rétraction musculaire, il n'est pas moins certain qu'il y a dans les trois cas un fait primordial, ou cause expérimentale incontestable et vraie pour toutes les doctrines, et des effets physiquement observables et universellement acceptables, en tant que phénomènes morbides ou mécaniques. Nous ne supposons pas qu'il y ait quelque chose de plus simple et de plus clair jusqu'ici que l'étiologie pathologique ramenée à cette circonscription et bornée à ces trois exemples. Eh bien! tel est, suivant nous, le cas général de la pathologie, c'est-à-dire que toutes les maladies ne sont que des produits de l'un ou de l'autre de ces trois ordres de causes ou *facteurs*, non de l'action du froid, non de la présence du plomb dans le corps ou de la rétraction musculaire, mais de l'impression mécanique d'agents extérieurs de toute sorte, de la présence de substances hétérogènes de toute espèce, et de lésions dynamiques et réelles des diverses forces et propriétés de nos organes et de nos tissus. Qu'on ne voie point dès l'abord, dans cet énoncé, une prétention purement systématique; c'est l'expression d'une vérité provisoire contre les déceptions de laquelle nous pouvons rassurer immédiatement les esprits les plus timides et les plus sévères. En effet, notre formule ne préjuge pas les causes qu'elle comprend, elle ne fait que les annoncer, sous condition de ne les admettre que munies des caractères de certitude et d'existence matérielle reconnues aux trois exemples précédemment proposés. On voudra bien remarquer d'ailleurs, — et nous avons besoin de le dire pour assurer chacun de nos pas contre la prévention et le préjugé, — qu'il ne s'agit ici que d'une simple définition, d'une simple indication, et non d'une démonstration. Nous cherchons à faire comprendre ce que nous entendons par médecine étiologique, voilà tout; nous voulons tout au plus dire très-clairement d'abord ce qu'elle n'est pas, sauf à mieux et plus complétement démontrer plus tard ce qu'elle est en réalité.

Revenons sur ces trois exemples.

Par le premier, on constate : 1° que le froid agissant outre mesure sur un point de la surface du corps y développe une série de phénomènes réels, constatables et admissibles par toutes les doctrines, quelle que soit au fond leur manière de s'en rendre compte; 2° que cette action est la même sur tous les points de la surface cutanée externe ou interne, sauf les modifications commandées par les différences accessoires de fonction et de struc-

---

cide acétique, produit un corps nouveau, donne naissance à un sel neutre. Tel est l'acte qu'il nomme *seconde* digestion. Les veines mésentériques sont les agents immédiats de la *troisième*. Ce sont elles, et non pas les veines stomachiques qui opèrent l'absorption chyleuse, car, dans l'estomac, la dissolution alimentaire est acide, et les vaisseaux sanguins ne peuvent supporter le contact d'un liquide jouissant de cette dernière propriété.

Les idées relatives aux trois autres *digestions* laissent infiniment plus à désirer. A part la connaissance du changement qui se manifeste quand le fluide sanguin passe d'une moitié du cœur à l'autre moitié, et sauf l'appréciation exacte du point où ce fluide devient nutritif et excitateur, où la chair coulante, pour me servir de l'expression de Bordeu, se métamorphose en chair solide, en tissus variables suivant la nature et la disposition dynamique de chaque organe, Van Helmont s'égare dans la nuit des hypothèses. Non-seulement il ignore le mécanisme de la petite circulation, quoique celle-ci fût déjà découverte depuis plus d'un demi-siècle; mais encore il ne semble pas se douter de l'existence des réformes opérées par Vésale. Son enthousiasme exclusif à l'endroit des théories humorales et vitalistes l'entraînait au sein des erreurs anatomiques les plus surannées et les plus grossières.

Toutefois il y avait compensation ailleurs. Que d'idées merveilleusement justes, par exemple, au sujet du phénomène des sympathies organiques! Van Helmont, en effet, signale avec une très-grande netteté d'expression l'influence considérable que le cerveau, l'estomac et l'utérus exercent sur toute l'économie. Le resserrement spasmodique de l'habitude du corps, qui se manifeste durant la période de l'élaboration digestive, il l'expliquait par une liaison harmonique, par un état contractile analogue ayant lieu d'une manière primitive au sein de quelque viscère, et notamment à l'orifice supérieur de l'estomac. Ces problèmes de la connexion sympathique si obscurs aux yeux des physiciens et des chimistes, ces étranges rapports d'action appelés *départements organiques* par l'école de Bordeu, Van Helmont les désigne sous le nom plus explicite et plus juste de *monarchies vitales*.

La pathologie de Van Helmont émane nécessairement de son système physiologique. C'est un théâtre nouveau sur lequel ce grand homme transporte ses deux exégèses favorites, où le vitalisme et la chimie se partagent les principaux rôles, où l'une et l'autre théorie se distribuent l'office du *deus ex machinâ*.

La maladie n'est point une négation, mais une substance qui se trouve engendrée par deux causes générales, l'une psychologique et l'autre matérielle : l'oligarchie des *blas* ou des archées subalternes et l'action irrégulière du monde ambiant. L'archée principale, qui règne sans gouverner, entre alors en lutte, tantôt avec une force intelligente, celle des autres pouvoirs de l'état, des *blas* insurgés contre leur souveraine par l'effet d'un caprice ou d'une raison motivée, et tantôt avec un élément aveugle et fatal. Or cette lutte se termine de trois manières, ou bien l'archée principale est victorieuse et fait sur-le-champ tout rentrer dans l'ordre, ou bien le triomphe reste incertain, et dans ce cas elle se voit mise en demeure de garder son ennemi, forcée de lui proposer des conditions; ou bien enfin le succès ne répond pas à son attente, la fortune est hostile à ses efforts, l'archée succombe et entraîne ses états dans sa ruine. Tant que dure l'insurrection des *blas*, les principes qui leur sont subordonnés, les *ferments*, se trouvent eux-mêmes en butte à l'anarchie. Les forces *vitales* ne pouvant plus

ture; 3° que cette action est toujours identique à elle-même, et, dans son mode d'activité et dans ses effets, exclusive de toute autre cause.

Par le second exemple, on constate : 1° que du jour où on a reconnu la présence du plomb dans l'organisme, on a logiquement cessé d'envisager la maladie comme un groupe de symptômes produits par une irritation, par une gastrite, une méningite, une myélite, ou bien par une lésion des forces vitales, ou bien encore par une atonie ou une surexcitation; mais on s'est borné à la décrire comme une maladie particulière produite et dominée par une cause spéciale, présentant des symptômes particuliers, exigeant un traitement corrélatif à cette cause; 2° on constate, en outre, que dès ce moment la cause a emporté le siége; que du jour où on a compris que l'intoxication saturnine pouvait donner lieu, en se portant sur le cœur, le poumon, le foie, le cerveau, la moelle, les nerfs, à autant de groupes de symptômes différents, à autant d'altérations locales différentes, on a retiré ceux-ci des groupes analogues par leur siége avec lesquels ils étaient confondus avant la détermination de leur nature; de manière qu'à supposer (ce que nous croyons fermement) qu'on arrive un jour à déterminer les causes inconnues et différentes dont les manifestations sur le poumon sont aujourd'hui confondues pêle-mêle dans ce qu'on appelle la *pneumonie*, il n'y aura plus de maladie spéciale portant ce nom, mais des maladies réalisant incidemment la forme pneumonique, ou gastrique, ou cérébrale, etc., etc., suivant le siége qu'elles occuperont; 3° on constate enfin que le traitement prophylactique et curatif de la maladie ne consiste plus dans une série de moyens à *essayer* successivement, sans autre indication que le symptôme et sans autre caractère de certitude d'action que le résultat.

Par le troisième, on apprend 1° qu'une foule de causes éloignées, en apparence diverses, jusqu'ici confondues pêle-mêle (les affections cérébrales, le rhumatisme, la syphilis, les contusions, les plaies des muscles) se résolvent toutes dans un phénomène commun, la contracture; 2° que celle-ci, en tant qu'altération dynamique évidente d'une propriété (la contractilité musculaire), devient à son tour une seule et même cause prochaine à l'égard d'effets multiples, différents par le siége topographique (régions), différents par le siége anatomique (muscles divers, aponévroses), différents par le mode (contracture, rétraction, paralysie), différents par le degré, mais identiques à eux-mêmes par rapport à l'identité de la cause dont ils émanent; 3° que l'ensemble des effets qui en résultent (difformités par rétraction musculaire) doit être rigoureusement séparé de toutes les difformités de cause différente, quoique du même siége, et que cette séparation peut s'effectuer à l'aide de caractères exclusivement propres à leur nature, sauf à tenir compte des influences accessoires ou intercurrentes capables d'en modifier la physionomie; 4° qu'indépendamment des moyens adaptés à l'action des causes éloignées, il doit exister une thérapeutique de la cause prochaine ou dynamique, l'une et l'autre combinées entre elles de manière à se compléter réciproquement.

D'où il résulte que la médecine étiologique, considérée au point de vue général comme elle est appliquée dans ces trois cas particuliers, consiste :

1° A n'admettre dans l'étude pathogénique des maladies que des causes réelles parfaitement démontrables, ayant des effets réels, des caractères propres à les distinguer rigoureusement les unes des autres, en tant que causes mécaniques, chimiques ou dynamiques, et en tant que causes éloignées ou prochaines.

2° A considérer les maladies comme des émanations ou réalisations étiologiques distinctes, ayant leurs caractères, leurs symptômes propres, leur marche et leur traitement, en un mot, constituant chacune un système ou ensemble commandé par sa cause éloignée et sa cause prochaine.

3° A considérer le siége des maladies comme une circonstance de second ordre, et, par conséquent, à bannir du cadre nosologique toutes les déterminations basées sur cette considération; à disjoindre et à séparer, à tout jamais, les unes des autres, les maladies d'origine étiologique différente, réunies et confondues jusqu'ici en une même dénomination de localité.

4° Enfin à établir une thérapeutique sur la considération hiérarchique des causes et des effets appropriés à chacune d'elles et à chacun d'eux, sans jamais perdre de vue qu'il ne s'agit que des causes réelles, phénoménales, expérimentales, admissibles par toutes les doctrines, et non des causes théoriques, hypothétiques, figurées, comme l'irritation, l'hyposthénie, l'inflammation, l'insurrection ou la dépression de la force vitale, etc., etc.

Ce qui précède n'est qu'une définition, une formule, et non une démonstration. Celui qui voudrait contester aurait beau jeu, et on lui donne d'avance toute latitude à cet égard. Ce qu'on demande, c'est simplement d'être compris dans l'idée qu'on se fait de la médecine étiologique, et du but qu'on se propose, en l'appliquant à la réforme de la médecine scientifique et pratique. Or personne ne contestera qu'à l'heure qu'il est, pas plus en France qu'en Angleterre, en Italie qu'en Allemagne, à Paris qu'à Strasbourg ou à Montpellier, pas plus dans les académies que dans les journaux, pas plus enfin dans les dictionnaires que dans les monographies, il n'existe de doctrine posée ayant la signification, les tendances, en un mot les intentions que nous exprimons à l'égard de la médecine étiologique. Certes nous ne le nions pas, et nous tirons plutôt de cette croyance, un témoignage en faveur de la vérité de nos idées, il y a aujourd'hui sur plusieurs points de la France et de l'Europe beaucoup d'hommes qui éprouvent les mêmes besoins que nous, qui sont pénétrés des mêmes espérances et des mêmes convictions; mais de doctrine faite, constituée, professée, appliquée ou défendue, point. Pour mettre cette vérité hors de doute, nous aurons, comme nous l'avons annoncé, à passer en revue, à la lumière de notre formule, les principales doctrines, les principales écoles, les principaux monuments de la science; cet examen, indispensable pour bien déterminer le caractère de notre point de départ, aura pour effet d'empêcher comme nous l'avons dit, en commençant cet article, qu'on ne confonde, sous le prétexte d'analogies extérieures de langage et d'objet, ce qui est tout-à-fait différent sinon complétement opposé.

OBSTÉTRIQUE.

DU DÉBRIDEMENT DU COL DE L'UTÉRUS DANS LES CAS OU L'ÉTAT DE CONTRACTION DE CET ORGANE DEVIENT UN OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT ; par M. le docteur EDOUARD LABORIE, ancien chef de clinique de la Faculté.

Parmi les causes si nombreuses de dystocie, il en est une qui peut devenir dans quelques cas la source d'accidents graves capables de compro-

---

commander, les forces *chimiques* doivent conséquemment cesser d'obéir, ou plutôt la mauvaise harmonie des unes implique le trouble et la désunion des autres.

Or le propre de tout *ferment* qui se trouve dans cette dernière condition consiste à produire un *acide*. Dans les inflammations, cet acide agit comme une épine, il irrite les tissus, il y appelle le fluide sanguin, il en opère la coagulation, il y engendre le pus (1).

Dans toute cette théorie chimique, Van Helmont partait de quelques résultats fournis par l'expérience et laissait faire le reste aux ailes de son imagination trop rapide.

Au point de vue de la grande question des fièvres, les idées de Van Helmont se rapprochent singulièrement de celles de Broussais. Le médecin flamand du dix-septième siècle voit, dans ces affections, comme le médecin français du dix-neuvième, non pas des désordres essentiels, mais des phénomènes sympathiques; non pas un trouble dont le siége est partout, mais une lésion ayant son principe circonscrit dans les limites d'un seul organe; et ce principe, ce point de départ, il le place également au centre épigastrique (2). Son ardeur de localisation et sa tendance à exagérer le rôle de l'estomac dans le fait génésique des maladies vont même, à certains égards, plus loin que celles de Broussais. La goutte, par exemple, que ce dernier auteur regardait comme une forme de phlegmasie articulaire, souvent, et non toujours compliquée d'une gastro-entérite, Van Helmont la faisait constamment dériver d'une lésion primitive survenue à l'épigastre (1).

Sa thérapeutique est à sa pathologie ce que celle-ci est à sa physiologie : une conséquence du vitalisme et de la chimie. Il demeure fidèle jusqu'au bout à ces deux prémisses, qui supportent comme autant de colonnes tout le système de ses idées scientifiques, sans jamais rien sacrifier sur l'autel du solidisme. Contre la lésion des propriétés vitales, dont il faisait des forces intelligentes, des entités jouissant des avantages du libre arbitre, il dirigeait des agents psychologiques; l'influence de l'imagination, la puissance occulte de certaines paroles mystérieuses. Enfin, aux perturbations aveugles des affinités qui ont les liquides animaux pour théâtre, à la prétendue acidité du sang et des autres humeurs, ce soi-disant principe des fièvres, des phlegmasies et d'une foule d'autres désordres matériels, il opposait, d'une part, l'action neutralisante des alcalis, et de l'autre le pouvoir éliminateur des diaphorétiques minéraux.

Selon Guy-Patin, Van Helmont serait mort victime de ses idées systématiques; il aurait succombé dans un état de frénésie consécutive à une inflammation de la plèvre, combattue par les moyens chimiques et non par la saignée. Mais sortant de la bouche d'un tel homme, cette assertion doit paraître suspecte : il est permis d'y entrevoir avec quelque vraisemblance le souffle de la passion, l'entraînement de l'esprit de parti qui animait l'épigrammatique auteur du *martyrologe* de l'antimoine. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'illustre savant brabançon, qui,

(1) OPERA, p. 117.
(2) DE FEBRIBUS, p. 741.

(1) Ibid., p. 270.

mettre l'existence de la mère et de déterminer bien fréquemment la mort de l'enfant : nous voulons parler de la contraction partielle, ou rigidité spasmodique du col utérin, état particulier que quelques accoucheurs ont désigné sous le nom de contracture tétanique.

Il arrive quelquefois que chez une femme parvenue au terme de la grossesse, toutes choses étant du reste à l'état normal, le commencement du travail ayant lieu, on voit se dérouler les diverses phases de ce travail avec une régularité apparente. Les contractions se succèdent convenablement ; elles sont accompagnées de vives douleurs ; le plus souvent il y a rupture des membranes, les eaux de l'amnios s'écoulent au dehors ; et quand, persuadé à l'aspect de tous ces symptômes que l'accouchement est prochain, le chirurgien examine la malade il trouve le col presque entièrement fermé, dur, résistant, ne subissant aucune modification sous l'influence de la pression exercée par la partie qui se présente. La femme est bien conformée, la présentation est bonne, où peut être l'obstacle qui arrête ainsi les effets de la nature ? Il est, à n'en pas douter, au col de l'utérus ; car c'est la seule partie qui soit restée sans modification au milieu des divers phénomènes qui se sont successivement montrés.

Nous avons eu soin d'établir que nous admettions toutes choses à l'état normal. Nous ne faisons aucune allusion à la résistance que pourrait opposer un col malade, induré ou chargé de productions morbides, et dont, par ce fait, la dilatation serait mécaniquement empêchée. Nous ne parlons ici que d'une résistance toute vitale, musculaire : c'est là exclusivement le sujet de notre travail.

Cet état de contraction spasmodique du col utérin persiste souvent assez longtemps et quelquefois avec tant d'énergie qu'aucun des moyens ordinairement utiles dans ces cas ne peut le vaincre ; et c'est alors, surtout si les membranes se sont rompues prématurément, que la vie du fœtus est gravement compromise. Il est en effet vivement pressé à chaque contraction utérine, et cette pression peut produire promptement l'asphyxie par la gêne qu'elle doit nécessairement amener dans la circulation utéro-fœtale. Quant à la mère, ces douleurs incessantes et inutiles agissent défavorablement sur le système nerveux, et en outre de l'épuisement qui en est la conséquence, on doit craindre de voir survenir des attaques d'éclampsie.

Dans des cas de ce genre, la médecine est loin d'être impuissante sans doute, et hâtons-nous de le dire, une médication simple, bien dirigée, peut, dans un grand nombre de cas, amener la cessation des accidents. On aura recours, suivant l'occurrence, aux saignées, aux bains, aux narcotiques, aux antispasmodiques tant locaux que généraux, etc..... Mais si tous ces moyens échouent, c'est alors que le praticien se trouve dans un grand embarras. Sollicité instamment par la malade elle-même, par les assistants qui s'alarment à juste titre d'un état ainsi insolite dont la durée peut être de plusieurs jours, il ne sait quel parti prendre. Si, pressé par les circonstances, il tente de forcer la dilatation du col, le plus souvent il voit s'accroitre encore la résistance de l'organe ; et même alors, sous l'influence du surcroît d'irritation produit par des manœuvres intempestives, on peut déterminer des convulsions.

C'est dans ces cas si graves que nous croyons devoir conseiller de recourir à une opération dont l'effet a été bien souvent constaté par plusieurs accoucheurs distingués. Nous voulons parler de l'incision ou débridement du col utérin.

La nature a mis elle-même sur la voie de ce mode d'action chirurgicale. On sait en effet que, lors du passage du fœtus à travers l'orifice utérin, il se fait presque constamment, sur les deux parties latérales du col, deux petites déchirures dont les traces persistent ensuite, formant la division en deux lèvres distinctes de la partie vaginale du col. On pouvait donc, sans être taxé d'imprudence, recourir à l'incision du col ; et du reste, dans certaines altérations pathologiques, on a souvent largement débridé cet organe sans déterminer d'accident.

En lisant les observations que nous rapportons, on sera étonné de la rapidité de l'effet obtenu ; et les accoucheurs qui ont eu recours à ce mode d'action s'accordent tous pour attester le même résultat. Il est probable que le débridement de quelques-unes des fibres musculaires circulaires qui se trouvent à l'orifice utérin, en détruisant leur résistance, entraîne de proche en proche la cessation de rigidité des fibres qui n'ont pas été atteintes par l'instrument tranchant. Il a suffi de rompre l'unité d'action pour faire cesser la résistance.

Quoi qu'il en soit des explications, qui n'ont toujours qu'une médiocre valeur, nous fixons l'attention des accoucheurs sur les résultats obtenus. Les deux observations qui suivent sont tout à fait probantes ; nous les transcrivons telles que nous les avons relevées pendant que nous étions attaché à la clinique d'accouchements.

Nous aurions pu multiplier les exemples, car la pratique de M. Dubois suffirait pour nous donner une intéressante collection de faits. Le professeur nous a dit en effet avoir débridé le col dans un grand nombre de cas, et toujours avec succès et sans aucun accident. Un seul fait s'est montré à M. Dubois dans des circonstances tout à fait extraordinaires, et il nous a été donné d'être témoin de ce fait. Nous nous empressons de l'ajouter à notre travail. En publiant cette observation si exceptionnelle, notre intention est de mettre le praticien en garde contre la possibilité de la reproduction d'un phénomène pareil. En parlant du manuel opératoire, nous exposerons quelques considérations sur ce sujet. Nous passons actuellement aux observations.

ACCOUCHEMENT A TERME ; PRÉSENTATION DU SOMMET ; LENTEUR ET IRRÉGULARITÉ DU TRAVAIL. — SAIGNÉE ; BAINS OPIACÉS EMPLOYÉS SANS RÉSULTAT ; INCISION DU COL. — ON PEUT APPLIQUER LE FORCEPS UNE DEMI-HEURE APRÈS LE DÉBRIDEMENT. —EXTRACTION D'UN ENFANT MORT.

Obs. I. — Le 3 avril 1843, est entrée à la clinique d'accouchements la nommée B..., âgée de 30 ans, primipare. Elle est d'une forte constitution, bien conformée. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 22 juin 1842 ; sa grossesse n'a rien présenté d'extraordinaire. Depuis huit jours déjà, elle est souffrante, mais sans cependant se mettre au lit. Lors de son entrée, elle éprouvait des tranchées utérines assez fortes ; néanmoins, on put la mettre à la galerie des femmes enceintes.

Le 4 avril, les contractions devinrent plus rapprochées et plus douloureuses. On la fit passer à la salle d'accouchement, où nous l'avons trouvée.

Le 5 au matin, la nuit avait été très-pénible, et nous devions penser que les douleurs qui s'étaient succédé à de courts intervalles avaient dû modifier l'état du col ; mais il n'en était rien. En touchant la malade, je trouve le col assez fortement porté en arrière, encore épais, et à peine assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt. A neuf heures et demie, M. le professeur Paul Dubois l'examine et ne trouve aucune modification.

La malade nous assure que depuis son entrée, à chaque contraction utérine il s'écoule de l'eau. Nous pouvons constater immédiatement la justesse de ce renseignement. J'ausculte la malade, et j'entends parfaitement à gauche les battements du cœur du fœtus ; en touchant, on reconnait la présentaton de la tête.

Après cet examen, le professeur passant à l'amphithéâtre, entre, à propos de ce fait, dans d'intéressantes considérations pratiques.

---

vers la fin de sa vie, ne quittait jamais son laboratoire, s'éteignit avec la plénitude de ses facultés, dans sa terre de Vilvorde, à l'âge de 67 ans, laissant à son fils le soin de publier ses œuvres.

MICHÉA.

La faculté de médecine de Strasbourg a présenté comme candidats : pour une *chaire de pathologie externe à Besançon*, MM. Henry, docteur en médecine à Grandvelle, et Ordinaire, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de Besançon ; pour une *chaire de clinique interne à Dijon*, MM. les docteurs Sanderet et Ripault.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Ordinaire, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur adjoint de pathologie externe dans ladite école, en remplacement de M. Delacroix, promu à la chaire de matière médicale.

—SOCIÉTÉ DE PATRONAGE POUR LES FEMMES ALIÉNÉES SORTANT DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE. — Il s'est formé depuis quelques années un grand nombre de sociétés de patronage pour venir au secours de toutes les infortunes. Une seule a été oubliée, la plus affligeante, car elle frappe l'homme dans son plus haut attribut, dans son domaine moral. Les aliénés pauvres reçoivent aujourd'hui, pendant le cours de leur maladie, des soins dignes de l'administration charitable qui les recueille dans ses vastes asiles ; mais aucun genre d'assistance n'est préparé pour affermir au dehors leur convalescence. Les aliénés guéris sont des enfants auxquels il faut donner la main. Bon nombre ne sont véritablement guéris qu'autant qu'on veille sur eux. Les premières semaines sont, pour l'aliéné guéri, les plus difficiles à passer : les rechutes du premier mois, comparées aux autres, sont plus fréquentes ; les rechutes de la première année, comparées aux suivantes, sont aussi les plus multipliées. Un grand nombre pourraient être évitées par une sollicitude moins oublieuse et plus éclairée.

On a pensé qu'une société de patronage qui veillerait sur les aliénés à leur sortie de l'asile de traitement, qui obtiendrait leur confiance, soutiendrait leur faiblesse, les aiderait à renouer leurs liens de famille relâchés, leurs relations rompues, aplanirait, en un mot, les obstacles qu'ils trouvent devant leurs pas, devrait être une fondation utile, et que le moment est venu de la considérer comme nécessaire.

Le conseil d'administration de la société de patronage pour les aliénées se compose de M. le duc de Liancourt, membre du conseil général des hospices, chargé de la surveillance supérieure de la Salpêtrière ; M. le vicomte de Melun ; M. Batelle, administrateur des hôpitaux ; M. Esquirol, conseiller à la cour des comptes ; M. Durand, aumônier de l'hospice de la Salpêtrière ; M. Censier, directeur de la même maison ; M. Chapellier, notaire ; MM. Mitivié, Baillarger et Trélat, médecins de la Salpêtrière.

Les souscriptions sont reçues dès à présent en l'étude de Me Chapellier, trésorier de la société, rue Saint-Honoré, 370.

« C'est là, dit M. Dubois, un cas intéressant qui n'est pas rare et qui ne laisse » pas d'embarrasser le praticien. Une malade dans des conditions pareilles, » renfermée dans une clinique, n'est le motif que d'une médiocre préoccupation ; » car on n'est pas tourmenté par les questions et les obsessions de toute nature » qui sont ordinaires dans la pratique civile, et nous marchons ici librement, » sans crainte, persuadés que nous sauvegarderons les intérêts de la ma- » lade ; mais en ville il n'en serait pas de même, et vous ne pourriez agir en » toute liberté, obsédés que vous seriez par tous les assistants. Vous devez donc » observer avec attention cette malade : elle est évidemment parvenue au terme » de sa grossesse ; le travail paraît avoir commencé depuis une semaine, et ce- » pendant il n'a fait aucun progrès sensible chez elle avant lundi 5 avril, jour de » son entrée et jour de la rupture des membranes. Aujourd'hui, quant à la dila- » tation, le travail est presque nul ; la tête se présente, l'enfant est vivant. Quelle » peut donc être la cause de cette irrégularité dans la nature de l'accouche- » ment ? »

Le professeur se demande si la rupture prématurée des membranes peut expliquer l'irrégularité du travail. Il ne le pense pas. Serait-ce à l'insuffisance des contractions ou à la trop grande résistance du col qu'il faudrait attribuer ces accidents ? Quant à présent, cette dernière cause ne lui paraît pas jouer le rôle principal ; mais il croit que l'irrégularité des douleurs les rend insuffisantes, et que c'est là l'obstacle principal à la terminaison de l'accouchement. Ces contractions irrégulières, que l'on peut appeler pathologiques, ont pour caractère de ne pas être expulsives : elles se passent dans la totalité de l'utérus et avec une égale force ; si bien que le col se contractant avec une aussi forte énergie que le reste de l'organe, le fœtus est seulement embrassé et non poussé en bas, comme cela doit être dans l'état normal. Ces douleurs impuissantes sont tout aussi pénibles que de franches douleurs expulsives ; les femmes qui y sont soumises souffrent autant. En vue de combattre cette irrégularité, M. Dubois fait pratiquer une saignée du bras, puis on donne un bain, et de quart d'heure en quart d'heure 1/8 de lavement avec laudanum 10 gouttes, jusqu'à narcotisme. Cette prescription fut rigoureusement exécutée ; néanmoins les contractions se suivaient aussi fréquentes, aussi pénibles, et toujours sans résultat. La malade éprouvait bien un peu d'assoupissement, mais seulement pendant le court intervalle qui séparait les douleurs.

Le soir, à quatre heures et demie, nous avons revu la malade. La dilatation ne s'était pas accrue, mais seulement le col était un peu moins épais, et nous avons remarqué que la partie de la tête répondant à l'orifice utérin offrait un peu d'œdème, ce qui devait faire penser que pendant les contractions il y avait un peu de pression exercée de haut en bas.

Le soir, à huit heures, quand je revis la malade, elle était au bain ; rien de modifié.

Le matin 6 avril, la malade nous dit avoir passé une fort mauvaise nuit. Le col n'est pas plus ouvert, mais vers son bord libre il est aminci, tranchant. On entend bien le cœur de l'enfant (bain, lavement laudanisé).

La journée et la nuit se passent comme précédemment, et le 7 au matin nous retrouvons les choses dans le même état ; seulement la tête est fortement appliquée contre l'orifice, et la dilatation a peut-être gagné un centimètre de diamètre. La femme est épuisée ; elle a un peu de frisson, le pouls petit et très-fréquent. C'est alors que M. le professeur Dubois, pour accélérer le travail, se décide à débrider le col. Il pratique un débridement que nous pourrons appeler multiple ; il fait en effet, avec un bistouri boutonné, quatre petites incisions, une de chaque côté et deux autres, l'une en avant et l'autre en arrière ; il donne un peu plus d'étendue aux incisions latérales. Immédiatement après que deux de ces incisions furent pratiquées, M. Dubois fit remarquer que déjà le col se relâchait ; il perdait sa dureté. Il n'y eut aucun écoulement de sang qui mérite d'être noté.

Une demi-heure après, les choses étaient bien changées : la dilatation était assez avancée pour permettre une application de forceps qui fut faite immédiatement et avec toute l'habileté bien connue du professeur. Cette opération fut jugée nécessaire pour deux motifs, d'abord dans l'intérêt de la mère, arrivée à un degré d'épuisement et d'irritabilité nerveuse devant faire redouter des attaques éclamptiques, et ensuite dans l'intérêt de l'enfant, dont les battements du cœur étaient devenus plus sourds et tumultueux.

La tête fut saisie suivant le diamètre bi-pariétal, et l'extraction fut facilement faite. L'enfant pesait 6 livres 3/4 ; il était long de 18 1/2, parfaitement conformé. Les artères ombilicales battaient encore ; on voyait quelques battements irréguliers dans la région précordiale, mais on ne put rétablir la respiration malgré les soins prolongés et l'insufflation pratiquée dans les voies respiratoires à l'aide de la sonde laryngienne.

Quant à la mère, la délivrance fut naturelle. Les suites de couches se passèrent convenablement ; il y eut seulement de la rétention d'urine qui nécessita pendant deux jours l'usage du cathétérisme. Le 9 au matin il y avait eu de violentes tranchées utérines, à la suite desquelles la malade rendit un énorme caillot pesant 358 grammes.

Dès lors jusqu'au 15 il n'y eut plus d'accidents ; la fièvre de lait suivit son cours normal, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement rétablie.

Il est impossible de nier ici l'influence du débridement, l'effet a été immédiat ; sous le bistouri même la rugosité du col disparaissait, et l'application du forceps devenait possible une demi-heure après. Quant à l'enfant, si l'on avait pu agir plus promptement, il est probable qu'il eût été extrait vivant. Mais les indications n'étaient pas suffisantes avant le moment choisi par le professeur ; il fallait que la pression de la tête sur le col fût bien manifeste, et que le col, sous l'influence de cette pression, se fût aminci.

ACCOUCHEMENT A TERME ; RÉSISTANCE DU COL ; DÉBRIDEMENT SUR DEUX POINTS D'ABORD, PUIS SUR DEUX AUTRES POINTS ; TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT A L'AIDE DU FORCEPS ; ENFANT VIVANT.

Obs. II.—Le 3 mars 1844, est entrée à la clinique d'accouchement la nommée B..., âgée de 34 ans, blanchisseuse.

Cette femme est d'une constitution pléthorique, à système musculaire largement développé, bien réglée ; elle a déjà eu un enfant qui est venu à terme, et mort après un travail laborieux qui avait duré trois jours.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 25 mai 1843. La grossesse a suivi toutes ses phases sans aucun accident.

Le 3 mars 1844, à quatre heures du soir, on fit entrer la malade dans la salle des accouchements. A cette époque, l'orifice admettait l'extrémité du doigt seulement, et avec peine. Jusqu'au lendemain matin 4 mars, les douleurs se succédèrent assez rapprochées et très-violentes. Le repos fut impossible pendant toute la nuit. A chaque douleur il sortait un peu d'eau ; les membranes s'étaient rompues dans la matinée du 3 mars.

Le 4 au matin, la dilatation n'avait fait que très-peu de progrès ; le doigt pénétrait assez facilement dans la cavité utérine ; on sentait parfaitement la tête de l'enfant ; l'orifice était régulier, résistant ; le col présentait assez d'épaisseur (application de belladone sur le col, bain).

A midi et demi le même jour, la belladone n'avait produit aucun effet ; les douleurs se succédaient toujours fort pénibles pour la malade, qui éprouvait une grande fatigue. M. le professeur Dubois trouvant le col résistant, aussi peu dilaté, aminci, pratiqua deux petites incisions latéralement : immédiatement les douleurs parurent plus franchement expulsives ; la tête vint s'appliquer avec force, pendant les contractions, sur l'orifice qui s'accrut. A deux heures après midi, la dilatation présentait environ 3 centimètres ; les douleurs devinrent moins fréquentes et beaucoup faibles. On donna, à demi-heure d'intervalle et en trois doses, 1,0 de seigle ergoté qui réveillèrent les douleurs.

A quatre heures, la dilatation égalait environ 5 centimètres. Les bords de l'orifice étaient excessivement résistants ; on sentait facilement avec le doigt la trace des deux incisions pratiquées le matin. La malade était dans un état extrême d'épuisement et d'irritabilité nerveuse ; les battements du cœur du fœtus étaient sourds et irréguliers. M. Dubois se décida à terminer l'accouchement.

Pour vaincre la résistance du col, il fit de nouveau deux petites incisions latérales près des premières, et immédiatement il put trouver moyen d'appliquer le forceps.

La tête fut saisie un peu obliquement ; l'extraction fut facile, et l'opérateur amena un enfant pesant 4,050 grammes, long de 19 pouces. Il était dans un état d'asphyxie assez prononcé ; mais peu de minutes après sa naissance, sous l'influence des frictions faites sur la région du cœur et de titillations exercées avec une barbe de plume dans le nez et dans le pharynx, il respira. Il présentait à droite une paralysie du nerf facial, produite par la compression d'un des bords de la cuiller du forceps (cette paralysie traumatique disparaissait complétement deux jours après la naissance).

Nous avons immédiatement examiné la malade en la délivrant, et le bassin nous a paru parfaitement conformé.

Le 5 mars au matin, la malade se plaint seulement de fatigues du côté du ventre, où il existe un peu de sensibilité. Le pouls est très-calme ; les lochies coulent convenablement (cataplasmes sur le ventre, bouillon, gomme sucrée, 2 pots).

Le 6 mars, même état, même prescription.

Le 7 mars, il y a eu encore des douleurs abdominales ; les seins sont un peu tuméfiés ; pas de fièvre ; il n'y a pas encore eu d'évacuation (lav. avec miel de mercuriale, 60,0). Toute la journée la malade a été bien, mais la nuit fut mauvaise. Le lavement purgatif a produit peu d'effet.

Le 8 mars, la face est rouge, le pouls marque 100 et est médiocrement développé, la respiration fréquente, régulière, la langue humide ; les seins sont très-durs et douloureux. Les lochies sont séro-purulentes et devenues fétides. Il existe sur la partie latérale droite de l'utérus une douleur très-vive (30 sangsues *loco dolente*, 0,6 d. de calomel en six doses, groseille, diète, injection de camomille).

Le soir, la malade est toujours souffrante ; je trouve encore 100 pulsations ; le ventre est presque aussi douloureux ; la figure est pâle ; il y a de l'abattement (synap. aux cuisses).

Le 9 mars, grande amélioration ; la nuit a été calme ; la fièvre de lait suit ses phases. Il y a eu deux évacuations. Les lochies coulent bien ; le pouls est à 84 ; il est régulier (cataplasme sur le ventre, gom., diète).

Le 10 au matin, les lochies se sont supprimées, le pouls est à 98, la face rouge, le ventre est un peu douloureux (15 sangsues au haut des cuisses).

Le 11, l'application des sangsues a produit de l'amélioration ; les lochies sont revenues ; l'écoulement est séro-purulent ; il y a de la diarrhée (riz gommé, julep, diacode, dulc.).

Le 12, amélioration ; il reste néanmoins un peu de fièvre ; il y a toujours de la diarrhée (décoct. blanche).

Le 15, la malade se trouve très-bien et, malgré un peu de diarrhée qui persiste, elle veut quitter l'hôpital.

Nous n'avons pas moins que, dans notre première observation, la preuve de l'heureux effet des incisions du col. Nous remarquerons ici qu'un effet immédiat a été obtenu à l'aide des deux premières incisions, mais que cependant, pour en terminer, il est devenu nécessaire d'en pratiquer deux autres : et alors le professeur a pu immédiatement appliquer le forceps. Il

n'est pas besoin de démontrer combien il était urgent de hâter la fin de l'accouchement. En tardant encore, en outre des accidents qui auraient pu survenir à la mère, on aurait, suivant toute probabilité, extrait un enfant mort. Nous avons vu en effet qu'il était dans un état prononcé d'asphyxie. Par l'auscultation des battemens du cœur, on avait, du reste, reconnu la nécessité d'une prompte terminaison.

L'attention sera sans doute fixée sur les accidents qui sont survenus chez cette malade, et peut-être aura-t-on quelque tendance à faire jouer aux incisions un rôle dans la production des phénomènes morbides qui se sont montrés pendant les suites de couches. Mais à cela nous répondrons facilement, en disant que pendant le mois de mars 1844 presque toutes les femmes accouchées à la clinique ont présenté cette même nature d'accidents, et nous avons même perdu quelques malades. Les médecins qui ont suivi les hôpitaux où sont agglomérées des nouvelles accouchées savent que malheureusement on voit fréquemment ces affections régner épidémiquement dans les salles, quelque soin que l'on prenne pour les prévenir. Les hôpitaux placés dans les meilleures conditions hygiéniques n'en sont pas exempts, et bon nombre de malades succombent à la suite de fièvre puerpérale.

Quelques accoucheurs qui ont eu recours aux incisions du col utérin ont eu beaucoup à s'en louer, et m'ont assuré n'avoir jamais vu survenir d'accidents à la suite de ces opérations. M. Cazeaux nous a dit que dans trois cas il s'était vu dans la nécessité de pratiquer le débridement, dans deux cas l'accouchement se termina seul avec promptitude, et dans le troisième cas, la femme présentant une déformation du bassin, il put immédiatement appliquer le forceps céphalotribe.

Mais cependant, comme nous l'avons fait pressentir, l'innocuité de ces incisions ne peut être admise d'une manière absolue. En outre des accidents secondaires qui pourraient à la rigueur survenir si les incisions étaient pratiquées imprudemment et trop profondément, tels que déchirures, inflammation, etc., il est un autre accident qui peut se montrer immédiatement: nous voulons parler de l'hémorrhagie. Le fait suivant en est un exemple bien manifeste.

ACCOUCHEMENT A TERME; PRÉSENTATION DE LA FACE EN POSITION MENTO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE NON RÉDUITE; DIFFICULTÉS DE L'ACCOUCHEMENT; INCISIONS PRATIQUÉES SUR LE COL; HÉMORRHAGIE IMMÉDIATE; ON TERMINE L'ACCOUCHEMENT A L'AIDE DU FORCEPS; ON EXTRAIT UN ENFANT MORT; SUITES DE COUCHES TRÈS-HEUREUSES.

OBS. III. — La nommée B..., âgée de 19 ans, couturière, entrée le 6 juin 1844 à l'hôpital des cliniques, est bien constituée. Elle est de petite taille, mais d'une conformation parfaitement régulière; elle a été réglée à l'âge de 11 ans, et depuis lors elle assure que régulièrement chaque mois le flux menstruel apparaissait abondamment; elle est primipare.

Il y a un an, pendant une époque menstruelle, elle eut une peur à la suite de laquelle l'écoulement sanguin fut immédiatement supprimé, et pendant plus de quatre mois les règles ne reparurent plus. Il y avait déjà six semaines qu'elle ressentait quelques symptômes de grossesse lorsqu'elle eut une perte qui dura un jour environ, et peu abondante; depuis lors, et pendant tout le temps de la gestation, ce même phénomène se reproduisit régulièrement de quinze jours en quinze jours, sans que la santé parût en souffrir. Il n'existait aucune espèce de malaise, et le ventre se développait régulièrement. La malade, qui avait été admise dans nos salles, dans la galerie des femmes enceintes, longtemps avant le terme de la grossesse, ne cessa pas de jouir d'une excellente santé.

Le 6 juin la malade qui, d'après ses calculs, se considérait comme parvenue à la fin du neuvième mois, éprouva les premières douleurs de l'enfantement; elles durèrent toute la journée, assez régulières et très-pénibles, et le soir, à dix heures, quand j'examinai l'état du col, je le trouvai présentant une dilatation de 2 centimètres environ, encore épais et résistant.

Vers onze heures du soir eut lieu la rupture des membranes.

Le 7 juin, à l'heure de la visite du matin, nous reconnûmes une présentation de la face; le menton était au niveau de la symphise sacro-iliaque gauche (mento-iliaque gauche postérieure); la face était engagée dans le bassin, mais elle restait depuis longtemps au même point, le menton n'exécutant pas son mouvement de rotation. Cependant madame Calet, sage-femme en chef, nous dit que depuis le matin le menton s'était un peu porté en avant. La dilatation était d'environ 3 centimètres; le col assez résistant et un peu aminci; les contractions s'étaient succédé toute la nuit avec régularité et provoquaient de vives douleurs; on avait donné un bain le matin. Le pouls était faible et fréquent; la malade se sentait très-fatiguée. Néanmoins, M. le professeur Dubois ne jugea pas convenable d'intervenir à cause du peu de dilatation.

A 1 heure 1/2, le professeur revit la malade; les douleurs avaient continué sans amener de modification apparente au travail; on entendait bien les battements du cœur du fœtus. La malade était très-épuisée; alors M. Dubois se décida à débrider le col. Une première incision fut faite à droite; elle ne produisit aucun phénomène extraordinaire, si ce n'est que la malade ressentit distinctement la douleur produite par l'incision. Sous l'influence de cette première section, il y eut un peu de relâchement du col; une deuxième incision fut immédiatement pratiquée à gauche; mais à peine fut-elle achevée qu'il se fit une hémorrhagie abondante de sang très-rouge. M. Dubois tenta immédiatement d'introduire le forceps pour achever l'accouchement, mais ce fut en vain; il voulut ensuite, avec le levier, aider la rotation, mais sans plus de succès.

Le sang s'écoulait toujours avec abondance; on fit des injections d'eau froide qui paraissaient d'abord arrêter le sang, mais il n'en étoit rien; seulement il s'accumulait dans le fond du vagin. Aussi la malade s'affaiblissant d'une manière inquiétante on fit le tamponnement du vagin. La dilatation était alors d'environ 5 centimètres; elle s'était accrue d'une manière bien sensible. Les contractions étaient cependant devenues très-faibles et très-rares, le tamponnement fut fait avec des bourdonnets de charpie. La malade se trouvait alors dans un état d'angoisse extrême; il y avait du délire. Le sang parut s'arrêter pendant une demi-heure que fut laissée la charpie; mais quand on la retira, il sortit un caillot volumineux.

Pendant ce temps la dilatation était devenue suffisante; M. Dubois fit immédiatement l'application du forceps. Le menton était devenu transversal; la branche gauche de l'instrument fut appliquée en arrière et la droite en avant. Cette application entre les mains de M. Dubois fut facile.

Une fois le forceps assemblé, le professeur fit, à l'aide de l'instrument, exécuter à la face son mouvement complet de rotation, de telle façon que le menton fut amené tout à fait en avant et dégagé sous la symphise pubienne. Ceci fait, le forceps fut retiré.

Mais alors le mouvement de flexion de la tête ne s'exécuta pas; M. Dubois, pour faciliter ce temps de l'accouchement, introduisit le doigt dans l'anus et refoula en bas l'occiput.

Cette manœuvre eut un plein succès, et immédiatement l'accouchement fut terminé. Il était quatre heures.

On amena un enfant à terme bien constitué, pesant 3,500 grammes, ne donnant plus aucun signe de vie, mais paraissant mort depuis peu. La délivrance se fit bien et toute hémorrhagie cessa.

La malade fut transportée à l'infirmerie dans un état extrême de faiblesse. Le délire avait cessé dès que le tampon avait été retiré.

Le 8 au matin, le ventre est sensible; les tranchées utérines sont très-rares et faibles; le pouls est à 100, il est petit; la face est pâle; du reste la malade se trouve bien (diète, groseille).

Le 9, même état; le pouls reste fréquent; la malade a faim (bouillon).

Le 10, les seins sont un peu gonflés; dès lors rien de particulier à noter. La fièvre de lait eut son cours normal; le cinquième jour je fis donner une purgation légère, et le 20 juin au matin la malade, qui se levait depuis quelques jours malgré les prescriptions, demande sa sortie.

Elle est dans un état très-satisfaisant; seulement elle est pâle et présente manifestement la teinte des chlorotiques, ce qui s'explique bien facilement quand on considère l'énorme quantité de sang perdu pendant l'accouchement.

A bien des égards cette observation devra paraître intéressante, ainsi elle nous offre un exemple peu commun de pertes survenant régulièrement et à des époques fixées pendant tout le temps de la gestation. Ensuite notons que la fécondation a eu lieu malgré l'état évident de souffrance des organes génitaux, les règles étant supprimées depuis trois mois au moins lorsque cette malade est devenue enceinte.

Maintenant, quant à l'accouchement, nous voyons que le mouvement de rotation qui devait porter le menton en avant s'exécutait d'une manière manifeste malgré l'irrégularité du travail. Les accoucheurs modernes, et parmi eux M. Dubois, ont démontré que les présentations de la face même en mento-postérieure devaient se terminer presque toujours naturellement par les seuls efforts de la nature, et on voit ici qu'au milieu des difficultés anormales que présentait l'accouchement le menton avait évidemment une tendance à venir se dégager en avant sous les symphyses pubiennes pour que la tête pût présenter au détroit inférieur des diamètres possibles.

M. Dubois a dû appliquer le forceps d'une manière exceptionnelle, et cette application a été très-facilement exécutée. On comprend combien on aurait rencontré de difficultés si par méprise on eût saisi la tête suivant le diamètre occipito-mentonnier.

Enfin notons encore, relativement à la manœuvre de l'accouchement, la manière dont M. Dubois a procédé pour faciliter le mouvement de flexion de la tête qui ne s'exécutait pas.

Mais le fait principal au point de vue de ce travail est relatif à l'accident qui a suivi le débridement du col. L'opérateur a agi avec toute sa prudence habituelle, et néanmoins il y a eu section de vaisseaux artériels, suivant toute probabilité d'après la nature du sang; et l'hémorrhagie qui en a été la conséquence a compromis la vie de la malade.

Cependant l'effet relativement au travail a été ce qu'il est presque constamment. Malgré la perte de sang, les efforts d'expulsion ont été plus avantageusement dirigés, et malgré la complication, deux heures après l'opération on pouvait appliquer le forceps.

Ce fait joint aux précédents est donc d'une haute importance. En laissant au procédé toute sa valeur, il en démontre la gravité possible et devra mettre en garde contre son emploi inconsidéré.

Le fait d'hémorrhagie grave, survenant à la suite d'une si petite incision, doit étonner, et nous n'hésitons pas à le considérer comme tout à fait exceptionnel. Nous croyons que notre observation est unique dans la science et

cependant nous avons dit que M. Dubois avait pratiqué un grand nombre de fois le débridement du col sans avoir déterminé d'accident. L'école de M. Dubois a fourni bon nombre d'accoucheurs distingués qui, imitant la conduite du maître, ont toujours eu à se louer des résultats obtenus. Nous avons signalé déjà trois cas appartenant à M. le docteur Cazeaux.

M. Danyau fils a bien voulu aussi nous donner sur ce sujet des renseignements puisés dans sa pratique, il a fait six fois le débridement du col et constamment il a appliqué le forceps avec succès immédiatement après l'opération. Aucun accident n'est survenu.

C'est au résumé, comme nous l'avons déjà dit, l'imitation des procédés naturels; et certes, une hémorrhagie aussi grave survenant par le seul fait de la rupture de la partie vaginale du col doit être considérée comme bien rare, puisque les accoucheurs n'en font pas mention.

M. Depaul nous a cependant cité un fait de ce genre, mais hâtons-nous de dire que la rupture avait environ un pouce d'étendue. Notre confrère n'a pu malheureusement nous donner en entier cette intéressante observation.

Il s'agit d'une femme primipare bien conformée; l'enfant se présentait convenablement par la tête lorsque le travail, étant déjà assez avancé, le col aminci et dilaté, il survint une hémorrhagie de sang rouge sortant par saccades isochrones avec les pulsations artérielles; la perte de sang étant considérable et donnant des inquiétudes pour la vie de la mère, M. Depaul toucha la malade pour savoir s'il était possible de terminer l'accouchement, et alors il reconnut une déchirure du col bornée à la partie vaginale de cet organe, et en même temps, en pressant sur cette partie, il fit cesser l'hémorrhagie. Il maintint cette pression jusqu'à ce que la tête de l'enfant, en s'engageant davantage, fit elle-même l'office de compresseur. L'accouchement se termina heureusement.

Doit-on attribuer à une anomalie la présence, dans cette partie de l'utérus, de vaisseaux artériels assez volumineux pour déterminer une hémorrhagie qui pourrait devenir mortelle? ou bien doit-on penser que le hasard seul fait que, dans les déchirures qui s'opèrent naturellement chez presque toutes les accouchées, les vaisseaux artériels se trouvent ménagés? Cette explication nous paraît inadmissible. Nous pensons que le plus souvent les vaisseaux, dans cette région, sont assez peu volumineux pour donner lieu à une perte de sang aussi inquiétante, et que même seraient-ils d'un volume assez considérable, ils doivent, par le seul fait des modifications que subit assez rapidement cette partie pendant le travail, s'annihiler presque complétement par le fait de l'amincissement du col.

Il est, à la rigueur, possible qu'anormalement il y ait, dans le col, une plus grande vascularité, et ce serait là une cause suffisante pour expliquer l'hémorrhagie; mais cette prétendue anomalie peut elle-même s'expliquer et devenir un phénomène physiologique tout à fait ordinaire.

En effet, on sait que, dans les parois de l'utérus, il se fait non-seulement sur le lieu de l'insertion du placenta un développement vasculaire excessif, mais encore que, dans le voisinage de cette insertion, les vaisseaux acquièrent un volume relativement bien plus fort que dans les autres parties de l'organe. Cette loi est si ordinaire que personne ne peut la révoquer en doute, et quel que soit le lieu d'adhérence du placenta, on retrouve autour la même richesse vasculaire. N'est-il pas possible d'admettre que, dans ces deux cas, celui que nous avons observé à la clinique et celui de M. Depaul, le placenta se greffait dans l'utérus, proche le col. Malheureusement nous n'avons pas examiné notre malade sous ce point de vue, et M. Depaul n'a pu nous donner de renseignements à ce sujet. M. Danyau, à qui nous communiquions notre travail en lui demandant quelques renseignements, pense que cette circonstance d'insertion du placenta proche le col doit rendre compte de cet accident si exceptionnel. Sans admettre d'une manière absolue cette explication, pour notre compte nous y attachons une valeur si réelle que nous nous abstiendrions peut-être, à moins de nécessité absolue, de débrider le col de l'utérus si le placenta nous paraissait inséré à une petite distance de l'orifice; et si nous nous décidions à opérer, nous ne le ferions qu'avec une prudence excessive et en limitant l'action de l'instrument aux fibres les plus proches de l'orifice.

Voici du reste les préceptes que nous croyons pouvoir tracer relativement au manuel de cette petite opération, qui ne demande en réalité que beaucoup de prudence.

Pour faire le débridement, nous avons vu M. Dubois se servir, tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux. M. Danyau se sert presque exclusivement des ciseaux.

Doit-on donner la préférence à l'un ou l'autre de ces instruments ou les employer indifféremment?

On ne peut résoudre ces questions d'une manière absolue, car chacun de ces instruments trouvera son emploi suivant les circonstances et suivant les points sur lesquels devra porter le débridement. Mais en thèse générale, le col de l'utérus n'étant pas déplacé, nous n'hésiterons pas à nous servir du bistouri. Nous choisirons celui dont on se sert pour pratiquer l'amputation des amygdales. C'est, comme l'on sait, un bistouri boutonné dont la lame étroite et droite, longue de 12 à 15 centimètres, n'est tranchante qu'à son extrémité et sur un de ses côtés seulement dans l'étendue de 3 centimètres au plus. Si l'on veut pratiquer le débridement, soit à gauche, soit en avant, soit en arrière, on introduira l'indicateur de la main gauche dans l'intérieur du vagin, l'extrémité palmaire du doigt viendra s'appliquer sur le lieu choisi pour être incisé. Ce premier temps exécuté, saisissant le bistouri de la main droite on le fera glisser à plat sur l'indicateur de la main gauche jusqu'à ce que son extrémité dépassant le col de l'utérus vienne se mettre en rapport avec le bout de l'indicateur. Alors faisant exécuter à l'instrument un demi-cercle de rotation on dirigera son tranchant perpendiculairement au bord libre de l'orifice, et si cet orifice est tendu on incisera avec la plus grande facilité en faisant exécuter à l'instrument un petit mouvement de va et vient. Nous engageons les chirurgiens, dans tous les cas, à borner l'incision à une étendue d'un centimètre, et nous pensons qu'il serait préférable de multiplier les débridements si l'on n'obtenait pas immédiatement les modifications désirées. Si l'incision doit être faite à droite, on se servira de la main droite pour guider l'instrument.

Lorsque le col de l'utérus sera fortement porté en arrière, il deviendra presque impossible de se servir d'un bistouri pour débrider la lèvre postérieure; c'est alors que les ciseaux deviendront nécessaires. La manœuvre sera à peu près la même; seulement le doigt conducteur devra donner la certitude à l'opérateur, par une attentive exploration, que les ciseaux ne vont pas au delà d'un centimètre; on pourrait se servir avec avantage de ciseaux courbés latéralement. Les ciseaux seront applicables de même pour le cas de rétroversion, pour débrider la lèvre antérieure, et lorsque le col sera fortement porté à droite ou à gauche, pour faire le débridement latéral sur le côté qui se trouve le plus élevé. On conçoit, en effet, que dans tous ces déplacements le bord le plus élevé de l'orifice serait difficilement accessible au bistouri qui pourrait, par son extrémité, se heurter contre les parois de l'utérus et les blesser. Si l'on tenait absolument à ne pas employer les ciseaux, il faudrait se servir d'un bistouri fortement convexe sur son tranchant.

L'opérateur peut, en général, immédiatement apprécier le résultat du débridement; car si le col était résistant, dur, rugueux, il se fait, sous l'action même de l'instrument tranchant, des modifications bien appréciables: le col perd ces caractères que nous venons de signaler, il devient plus souple. On devra surtout suivre attentivement l'influence exercée par l'opération lorsque surviendra une douleur; on reconnaîtra alors que, pendant la contraction de l'utérus, la partie de l'enfant qui se présente vient fortement s'appliquer sur l'orifice, et s'y engage d'une manière plus manifeste. En général, s'il y a nécessité de terminer l'accouchement un quart d'heure ou une demi-heure après l'opération, la dilatation est suffisante pour faire l'application du forceps. Si, après ce temps écoulé, on n'avait pas obtenu plus de dilatation, on devrait ne pas craindre de faire de nouvelles incisions. M. le professeur Dubois nous a dit n'avoir jamais manqué de réussir en suivant ces préceptes.

Il est une contre-indication formelle à l'opération que nous devons signaler tout particulièrement; nous voulons parler de l'épaisseur du col. Quand, en effet, le col de l'utérus n'est pas aminci, l'incision ne peut avoir aucun résultat avantageux, et bien plus, elle peut offrir de graves inconvénients. C'est alors surtout que l'hémorrhagie pourrait être à redouter, et même l'incision, portant ainsi sur une surface étendue, pourrait devenir le point de départ de déchirures peut-être mortelles.

Nous pouvons signaler encore comme contre-indication le voisinage de l'insertion placentaire qui peut se faire proche le col utérin. Nous avons suffisamment déd it les motifs qui nous font émettre cette opinion.

Quant aux indications, nous avons, dans le commencement de ce travail, rapidement esquissé le tableau des phénomènes qui se montrent lorsque la résistance à l'accouchement semble se concentrer sur le col. Redisons, en terminant, que malgré l'innocuité presque constante de l'opération, nous ne la conseillons que comme dernier moyen dans les cas où la médication habituelle serait restée impuissante, et lorsque cependant il deviendrait urgent de terminer l'accouchement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE CAUSE DE MAUVAISE POSITION DES ENFANTS DANS LE SEIN DE LA MÈRE ET AU MOMENT DE LA NAISSANCE; communiquée par S. TANCHOU.

On croit généralement que la mauvaise position d'un enfant, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, est due à une très-grande

quantité d'eau dans l'amnios, à l'obliquité de l'utérus chez les femmes qui ont eu plusieurs couches; enfin on ignore entièrement pourquoi certaines femmes ont toujours des accouchements difficiles, c'est-à-dire chez lesquelles l'enfant est toujours mal placé dans toutes les grossesses.

Ces premières explications sont insuffisantes, et, sans nier l'influence de ces causes sur le phénomène que je viens d'indiquer, nous croyons devoir en chercher d'autres.

L'utérus est un organe essentiellement élastique, dilatable, disposé à se laisser distendre dans tous les sens pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement; de plus, il peut être malade, c'est-à-dire atrophié, *hypertrophié*, chroniquement enflammé sur un ou plusieurs points de son étendue. Dans cet état, si une femme devient enceinte, ce viscère se prête mal au développement du produit de la conception; ses parois ne cèdent qu'avec difficulté aux efforts expansifs de l'œuf; il se forme dans la cavité des loges, des saillies analogues à celles qu'on observe dans les vessies urinaires dites à colonnes; alors les enveloppes du fœtus doivent en suivre les contours : celui-ci doit s'y arrêter d'autant plus facilement que son volume devient plus considérable et que la quantité d'eau de l'amnios diminue; c'est ce qui arrive à mesure que la grossesse approche de son terme. Si dans cette circonstance les douleurs de l'accouchement se déclarent, l'enfant est pris, il faut qu'il reste dans la mauvaise position où il se trouve et que le travail de l'enfantement augmente encore, surtout quand les eaux amniotiques viennent à s'écouler.

Si on ajoute à cela que la matrice ne se contracte pas toujours uniformément pendant l'accouchement et surtout après, qu'elle reste flasque quelquefois pendant quelques instants, qu'elle ne revient sur elle-même que graduellement et souvent d'une manière inégale; enfin, si on considère que les portions de l'utérus, que je suppose ici malade, ne se contractent pas, ni aussi bien, ni aussi fort, ni aussi vite que celles qui sont restées saines, on ne sera peut-être pas éloigné d'admettre que les circonstances que je viens d'énumérer doivent entrer pour beaucoup dans la mauvaise position que les enfants prennent dans le sein de leur mère et au moment de naître.

Ce qui me le fait croire, c'est que plusieurs femmes que j'ai traitées d'affections du corps de la matrice ont eu des accouchements difficiles soit avant, soit après, et la femme que je venais de délivrer était dans ce cas.

Ce qui rend cette explication plausible, c'est ce qu'on observe à l'autopsie des femmes qui meurent promptement après leur couche; alors, vous le savez, on trouve presque toujours l'utérus inégalement revenu sur lui-même, épaissi sur un point, aminci sur un autre, ramolli dans un endroit, dur un peu plus loin, etc., en un mot, avec des altérations qui rendent très-probable que quelque chose de semblable a existé pendant la vie. Qui n'a senti, par exemple, en portant la main sur le ventre de certaines femmes enceintes très-avancées, à travers les parois de l'abdomen et de celles de l'utérus, les membres de l'enfant, comme si on n'en était séparé que de quelques lignes?

Toutefois, ces explications ne sauraient s'appliquer aux femmes bien portantes, à celles qu'on ne peut soupçonner d'avoir été malades du côté de l'utérus antérieurement à leur mariage ou à leur grossesse, en un mot, à celles qui, dans tous leurs accouchements, présentent constamment leurs enfants dans une mauvaise position. Pour celles-ci, ne peut-on pas supposer un vice de conformation? ne peut-on pas admettre que l'utérus, comme un autre organe, peut présenter des arrêts de développement, que les bandes ou les trousseaux musculaires qui le constituent peuvent être originellement d'une inégale forme, d'une inégale puissance dans leurs contractions pendant l'enfantement? Dès lors on comprendrait que le phénomène que j'indique, c'est-à-dire un accouchement difficile, peut en être le résultat.

En résumé, d'après ce qui précède, je me crois suffisamment autorisé à penser que certains accouchements difficiles résultent de ce que l'utérus a été malade avant ou depuis la conception; que, dans d'autres cas, ils peuvent être attribués à la mauvaise conformation utérine de la mère, par exemple à un arrêt de développement, par conséquent à une inégalité de force de contraction de ce viscère; que, dans le premier cas, on peut quelquefois considérer la femme comme malade et la traiter comme telle; que, dans le second, il est bon de se tenir en garde, de prendre des précautions pour amener la grossesse à bien, et même de se préparer à un accouchement prématuré s'il y a lieu.

Ce grave sujet mérite d'exercer la sagacité des praticiens.

OBSERVATION D'HERMAPHRODISME FÉMININ; communiquée par M. le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique, etc.

Obs. — Un enfant fut déposé à l'hospice des Enfants trouvés, le 16 mars 1842. Il était né la veille. Il était de force moyenne et bien développé. Sa conformation extérieure ne présentait rien de particulier, à l'exception des parties génitales dont voici la description.

Au milieu d'un scrotum assez bien conformé apparaît un corps en forme de massue, élargi inférieurement, mesurant 5 millim. en haut et 12 millim. en bas; sa longueur totale est de 2 centim. 1/2. On sent à travers les téguments un corps caverneux très-développé et très-résistant. Il se termine par un petit repli triangulaire qui représente une sorte de prépuce. Au-dessous de ce repli, se voit un corps arrondi, du volume d'un gros pois, de couleur violette, formé par la fin du corps caverneux. On trouve ensuite une ouverture demi-circulaire, formée en arrière par un repli de la peau; sa concavité est tournée en avant. On introduit facilement par cette ouverture une petite sonde qui pénètre directement dans la vessie et donne issue à une certaine quantité d'urine. Si l'on pratique le toucher par le rectum, on ne sent ni prostate, ni utérus et l'on suit très-bien la sonde que l'on a introduite jusqu'à une certaine hauteur.

On ne reconnaît point l'existence de testicules, soit au scrotum, soit aux anneaux inguinaux. L'anus est régulièrement conformé et séparé des bourses par un raphé saillant.

On n'a point noté d'autres vices de conformation. M. Baron, à l'examen duquel cet enfant avait été soumis, pense qu'il est du sexe masculin. Il se fonde surtout sur la communication directe de l'urètre avec la vessie et sur l'impossibilité de reconnaître l'existence d'un vagin. Cependant, après un second examen, il émet des doutes sans revenir complètement sur son premier diagnostic.

Cet enfant succomba au bout de quelques jours à la crèche et ne fut point observé par nous pendant sa maladie.

Son autopsie fut faite le 26 mars 1842.

On constate, sans rien noter de nouveau, l'état des parties extérieures de la génération.

Il existe un ictère très-prononcé, avec œdème léger des extrémités inférieures.

Après avoir ouvert l'abdomen, on voit qu'il existe un utérus bien conformé, ainsi que toutes ses dépendances. Cet organe a la forme ordinaire : la hauteur est de 2 centim. 1/2; à son fond il a 13 millim. de large et 7 près de son col. Les trompes sont très-développées, et on distingue facilement leurs franges. Les ovaires se présentent sous l'aspect d'un corps jaunâtre, demi-transparent, d'un centimètre et demi de longueur.

La vessie est vide, fusiforme, s'élève jusqu'à 3 centim. de l'ombilic. L'ouraque est transformé en un cordon au centre duquel on voit un point rougeâtre à peine perceptible, vestige du canal primitif. Les artères ombilicales sont pâles et leurs parois sont très-épaisses.

Le rectum occupe le place ordinaire.

On introduit de nouveau une sonde par l'ouverture extérieure déjà indiquée; elle pénètre directement dans la vessie, et l'on ne peut encore reconnaître s'il existe un vagin et quels rapports il a avec l'utérus.

On incise la vessie sur la sonde, et l'on voit que ce réservoir n'est en quelque sorte que l'expansion de l'urètre. L'urètre a une longueur de 2 centim. et demi, et sa largeur lorsqu'il est développé est d'un centim.; il se termine par une ouverture demi-circulaire immédiatement au-dessous du corps caverneux.

Après un examen attentif, on découvre, à 3 millim. en arrière d'une petite valvule semi-lunaire qui se trouve à l'orifice de l'urètre, un bourrelet froncé, percé d'une petite ouverture par laquelle on introduit un stylet. Une incision dirigée sur ce stylet tombe dans une autre cavité qui est le vagin. Ce canal est complétement fermé de toutes parts, excepté par le point que nous venons d'indiquer. A son extrémité postérieure se trouve le col de l'utérus disposé comme à l'état normal; en avant il se termine par un cul-de-sac, fermé par la muqueuse, du tissu cellulaire graisseux et la peau. Il existe dans son intérieur du mucus en très-petite quantité.

Cet enfant a succombé à une pneumonie; tout le poumon droit est hépatisé à l'exception du lobe moyen. Il y a aussi hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Les parties du poumon qui ne sont point enflammées sont, ainsi que l'origine des gros vaisseaux colorés en jaune foncé. Le canal artériel a 1 centim. de long. Le trou de Botal est complétement oblitéré.

La muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin donnent des lambeaux très-courts. Le foie et la rate sont à l'état normal. Les capsules surrénales sont très-volumineuses, mamelonnées, d'un gris très-foncé; elles recouvrent les reins dans presque toute leur étendue; leur intérieur est rempli d'une bouillie violacée. Les reins sont peu volumineux, uniformément rougeâtres; leurs tubes ne sont point injectés.

Le point d'ossification du fémur est peu prononcé; il y a 2 millim. de diamètre; sa forme est circulaire.

Les faits d'hermaphrodisme, même peu complexe, ne sont point tellement nombreux qu'il soit inutile de les recueillir quand ils se présentent à l'observation. On trouve dans celui qu'on vient de lire quelques particularités qui lui donnent un certain intérêt. Nous ferons d'abord remarquer, comme dans le plus grand nombre des cas, la difficulté souvent assez grande du diagnostic pendant la vie et quelquefois l'impossibilité de se prononcer seulement d'après l'examen extérieur sur le véritable sexe qu'il faut assigner à l'enfant. M. Baron, dont on ne peut assurément contester l'habileté et l'expérience, avait d'abord déclaré que l'individu était du sexe masculin; puis, après un nouvel examen, il s'éleva des doutes dans son esprit sans qu'il pût se prononcer positivement sur ce point délicat de diagnostic.

En effet, le développement considérable du corps caverneux, le prépuce qui le terminait, l'orifice qui se trouvait au-dessous et qui conduisait directement à la vessie devaient faire présumer qu'il s'agissait d'un hermaphro-

disme mâle, quoique d'un autre côté l'absence complète des testicules dans le scrotum et à l'anneau inguinal pût faire naître des doutes.

La première opinion était donc la plus probable et cependant elle ne fut pas justifiée par l'examen nécroscopique. Nous pourrions rapprocher de ce fait celui qui a été décrit par M. Hersent dans les Bulletins de la société anatomique (1843, p. 196), et qui lui sert en quelque sorte de contre-partie.

Un enfant né à terme avait un scrotum dépourvu de testicules et surmonté d'un tubercule ressemblant à un clitoris très-développé, percé à son centre d'un orifice à deux lèvres, entouré d'une sorte de prépuce. On le déclare du sexe masculin. A un second examen, on introduit une sonde dans l'orifice du tubercule en même temps que l'on place un doigt dans l'anus. On remarque qu'elle est arrêtée par un cul-de-sac en rapport immédiat avec la paroi antérieure de l'intestin; il ne sort pas une seule goutte d'urine. On conclut en conséquence que l'enfant pourrait bien n'être qu'une fille dont le vagin serait parcouru par la sonde et qui aurait un urètre s'ouvrant dans le vagin. On regarde donc l'enfant comme étant du sexe féminin. L'autopsie démontre tout le contraire. Tous les organes génitaux mâles sont à l'état normal; il n'y a point de vagin; seulement au-dessus du *veru montanum* existe une petite fente qui conduit dans une cavité dont les limites ne furent pas bien définies, mais qui ne communiquait point avec la vessie.

Dans notre observation, une sonde fut introduite par l'ouverture du scrotum et pénétra directement dans la vessie; rien n'indiquait la présence d'un vagin, ce qui fit admettre qu'il s'agissait d'un individu appartenant au sexe mâle. L'examen nécroscopique vint donner l'explication d'une erreur fort pardonnable d'ailleurs.

L'urètre était très-développé et allait en s'évasant d'une manière graduelle du côté de la vessie, qui ne semblait en être que l'expansion; son orifice était placé, comme on l'a vu, à l'extrémité du corps caverneux du clitoris et au-dessous de son renflement terminal.

En ouvrant l'abdomen, on découvrit l'utérus, qui était, ainsi que ses annexes, conformé normalement. Mais il fut d'abord impossible de savoir s'il communiquait à l'extérieur ou avec une cavité quelconque. Cependant on finit, après d'attentives recherches, par découvrir à la partie inférieure de l'urètre et derrière le repli falciforme qui se trouvait à son orifice, un petit pertuis, dans lequel on put faire passer un stylet, qui pénétra dans une autre cavité; c'était le vagin, disposé comme à l'ordinaire, aboutissant à un col utérin, mais fermé en avant et se terminant tout à fait en cul-de-sac de ce côté.

Je ne connais de fait analogue que celui qui est rapporté par Astley Cooper et extrait de Guy's hospital reports (v. Gaz. Méd., 1840, p. 804). Le sujet de cette observation était une vieille femme de 86 ans, dont la vie a présenté les particularités suivantes : jamais elle n'avait été réglée; elle était un type de ce que nous appelons *virago* et avait toujours témoigné de l'aversion pour les hommes et pour les femmes. Cette dernière circonstance n'est point fréquente dans l'histoire des hermaphrodites. Les parties génitales disséquées par l'illustre A. Cooper ont offert un clitoris très-développé et imperforé; le méat était placé au-dessous. De chaque côté du périnée existaient deux bourrelets graisseux, simulant des testicules; un vagin, terminé en cul-de-sac en avant, s'ouvrait à la partie inférieure de l'urètre, à un pouce du méat et conduisait à un col utérin normal, mais petit; matrice bien développée; un des ovaires a été coupé, l'autre est petit et atrophié.

Ce fait, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire avec de plus grands détails, est doublement important, en ce qu'il signale cette disposition singulière d'un vagin s'ouvrant dans le canal de l'urètre et qu'il sert de complément au nôtre sous le point de vue physiologique. Cette femme n'avait jamais été menstruée, et il est permis de se demander ce qui serait advenu si dans l'une ou l'autre de ces observations les règles s'étaient établies; l'ouverture de communication avec l'urètre aurait-elle suffi pour leur donner passage? ou bien plutôt le sang ne se serait-il pas accumulé dans le vagin jusqu'à ce qu'une opération lui eût donné issue en détruisant le cul-de-sac qui fermait en avant ce canal?

La personne dont le chirurgien anglais a rapporté l'histoire avait montré une égale répulsion pour les deux sexes. En eût-il été de même dans le fait qui nous occupe, et en supposant que cette femme eût eu des désirs vénériens et satisfait ses penchants pour le sexe mâle, la fécondation eût-elle été possible? Je me contenterai de poser ces questions sans chercher à les résoudre.

Note sur les suites des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle, suivie d'expériences sur les animaux; communiquée par M. le docteur Babault (1).

Les injections iodées se composent d'un mélange de 4 à 8 grammes de teinture d'iode par 31 grammes d'eau; 31 à 125 grammes de ce liquide suffisent pour une injection, car il est inutile d'en remplir la tunique vaginale; pourvu qu'en palpant la tumeur on force le médicament à en toucher tous les points, on le retire aussitôt, mais sans craindre d'en laisser une certaine quantité.

Suites de cette médication. — Pour bien les exposer, je crois devoir citer MM. Velpeau et Dujat. Voici ce que dit le premier de ces écrivains dans son article sur l'hydrocèle, p. 480 du dictionnaire en 25 vol. : « Après l'injection, le malade peut ne pas rester couché. La partie se gonfle pendant trois ou quatre jours, sans causer de fièvre ni de douleurs sérieuses; la résolution commence ensuite et s'opère ordinairement avec rapidité. J'ai maintenant (janvier 1837) mis vingt fois cette méthode en usage, aucun des malades n'en a éprouvé le moindre accident: dix-huit d'entre eux ont été guéris en moins de vingt jours; chez un autre, la résolution n'était encore qu'à moitié opérée au trente et unième jour : j'ai recommencé l'opération, et la guérison s'est ensuite effectuée rapidement. »

D'après le résumé de M. Dujat sur l'hôpital des natifs de Calcutta : « Dans nombre de cas, les injections iodées occasionnent des douleurs qui durent quelques minutes, mais qui sont moins vives que celles produites par les injections de vin. Chez la plupart des malades il y a, le lendemain de l'opération, un mouvement fébrile qui dure de douze à vingt-quatre heures; la partie est sensible pendant quelques jours (ces symptômes d'inflammation sont plus marqués chez les Européens); il y a un sentiment d'engourdissement dans la cuisse du côté opéré; un autre effet particulier à cette médication est que, pendant plusieurs jours après l'opération, les malades se plaignent que leur nourriture n'a aucun goût, ou qu'ils ont constamment le goût de cuivre, indépendamment de la présence d'aliments dans la bouche. Ces symptômes sont ordinairement légers et durent peu; aussi les malades reprennent leurs occupations quelquefois le jour même de l'opération, mais le plus souvent deux ou trois jours après. Il n'en est pas toujours de même. Ainsi, l'inflammation est portée quelquefois au point de provoquer la suppuration, mais ces cas sont excessivement rares. J'en ai vu un. Comme, à la suite des injections avec le vin, il se produit un épanchement secondaire; celui-ci augmente jusqu'au quatrième ou sixième jour de l'opération, puis l'absorption se fait; tout le liquide disparaît rarement avant le douzième jour; la moyenne est de vingt à vingt-cinq jours. Lorsque la résorption tarde à se faire, on peut la hâter en retirant par la ponction une partie de la sérosité de l'épanchement secondaire. Dans quelques cas rares, la maladie persiste » (Gaz. Méd., t. VI, 1838. Compte rendu du docteur Martin, de Calcutta). Si l'on compare les suites de ces deux modes de traitement, on voit qu'elles sont à peu près les mêmes, et l'on ne concevrait guère cette tentative de substitution d'un liquide à l'autre, si on ne lisait, dans l'article de M. Velpeau sur l'hydrocèle : « Avec la teinture d'iode, substituée au vin, on n'a besoin ni de réchaud, ni de seringue exprès, ni d'aucun préparatif; n'étant point obligé de distendre la tunique vaginale, on court à peine le risque de faire refluer le liquide ou de le pousser dans l'épaisseur du scrotum. Comme c'est une substance *absorbable*, son infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangréneuses comme le vin. » M. Vidal (de Cassis), en mentionnant les expériences de M. Velpeau, va plus loin que lui, car il affirme ce que ce professeur avait émis sous la forme d'un doute; en effet, nous lisons au bas de la page 675 de son cinquième volume de Pathologie externe : « Il est aussi absorbé (ce liquide) quand, par accident, il se met en contact avec le tissu cellulaire. Il ne donne donc pas lieu à des abcès et à la gangrène du scrotum, comme le vin. »

D'après ce parallèle du traitement par le vin et du traitement par l'iode, tout l'avantage demeurerait à ce dernier système; mais l'expérience seule nous a semblé pouvoir confirmer cette conclusion, parce que, à traiter la question théoriquement, la supériorité de l'iode ne paraît pas suffisamment indiquée, attendu que cette substance possède, à un degré au moins aussi élevé, toutes les propriétés irritantes qui font exclure le vin comme pouvant produire, par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, des abcès et des gangrènes. C'est là ce qui nous a amené à soumettre les injections iodées à des expériences que nous avons faites avec le plus grand soin, et que nous rapporterons ici avec la défiance naturelle qu'on doit éprouver quand on se trouve en désaccord avec un homme éminent dans la science,

(1) Cette note est extraite de la thèse inaugurale de l'auteur. — Paris, 1844.

mais avec la franchise, qui est le premier de tous les devoirs chez l'observateur.

Exp. I. — Le 7 mai, à trois heures du soir, j'injectai un mélange de 64 grammes d'eau et de 15 grammes de teinture d'iode dans le tissu cellulaire de la cuisse droite d'un chien. Le lendemain, à deux heures, cet animal qui, la veille, pouvait à peine être maintenu dans sa cabane, n'exécute aucun mouvement, malgré les morceaux de pain qu'on lui jette et les impulsions que je lui communique; il est très-abattu et éprouve des frissons. Le 9 et le 10, même état, sauf des vomissements de matière bilieuse. Le 11 au matin, les garçons d'amphithéâtre le trouvent mort.

Autopsie. Le tissu cellulaire de la cuisse injectée est d'un rose légèrement foncé. La couche superficielle des fibres musculaires est d'un pâle analogue à de la viande bouillie, ramollie, s'enlevant assez facilement lorsqu'on gratte avec le dos du scalpel. La couche profonde n'offre aucun de ces caractères. Les parties environnantes sont injectées, surtout le tiers postérieur de la cuisse, dont le tissu cellulaire est rouge, parcouru par un assez grand nombre de petits vaisseaux gorgés de sang; dans l'épaisseur de la peau du pli de l'aine existe un épanchement sanguin pouvant avoir 4 centimètres carrés de surface. Le côté opposé à l'injection se trouve infiltré, jusqu'à l'épaule, d'une sérosité très-abondante; au reste, cette infiltration peut dépendre du long décubitus de l'animal sur le côté, l'autopsie n'ayant pu être faite que le 14 mai.

Analyse des viscères. N'étant pas sûr de trouver de l'iode, je fis deux parts des organes. La première contenait une moitié du foie, la seconde ce qui restait de ce viscère avec le cœur, les poumons et la rate.

La première part fut traitée au moyen d'un nouveau procédé par mon ami M. Lanaux, aide de chimie à la Faculté; procédé dont je ne parlerai pas, M. Lanaux se réservant de le publier lui-même. Le liquide qu'il obtint, mélangé avec de l'eau amidonnée, quelques gouttes d'acide sulfurique et deux de chlore, a fourni une coloration bleu violet qui a été détruite par l'addition de plusieurs gouttes de sulfide de carbone, et n'a pas tardé à fournir par le repos un précipité coloré en rose violet.

La seconde part a donné une liqueur qui, mélangée avec de l'eau amidonnée, a produit au contact d'une petite quantité d'acide sulfurique un précipité bleu. Ce précipité agité a coloré le reste de la liqueur en un très-beau bleu; une portion de ce liquide, ayant été mélangée dans un tube avec du sulfide de carbone, a été aussitôt décolorée, et un précipité rose s'est formé.

Exp. II. — Le 18 mai, à trois heures, un mélange de 125 grammes d'eau et de 31 grammes de teinture d'iode fut injecté dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche d'un caniche. Le 20, tuméfaction considérable de la cuisse, qui laisse suinter du liquide injecté. Le 21 au matin, le chien étant couché le nez sous le membre malade, lève la tête à mon arrivée, et laisse voir ses narines qui sont couvertes de pus; la cuisse, examinée, présente une plaie ovale, pouvant avoir 13 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 10 centimètres dans le transverse, qui laisse apercevoir les muscles à nu, tapissés par des lambeaux de tissu cellulaire gangrené; le ligament suspenseur de la verge est détruit.

Le 22, il y a de la toux; les selles sont demi-liquides. Le 23, même état. Le 24, le chien, à mon arrivée, se lève et vient au-devant de moi, en cherchant à me caresser; les parties gangrenées sont tombées; toute la face interne de la cuisse est privée de sa peau. Le 25, abattement très-prononcé; selles liquides; toute la face est couverte de matière purulente, ce qui tient à ce que le chien se couche le nez sous la cuisse malade. Mort sur les six heures du soir.

Autopsie. La poitrine, ouverte, laisse voir le poumon droit, qui est rouge, livide, analogue, pour la couleur, au foie, présentant des marbrures blanchâtres dues à des abcès, et des taches noires produites par de petits foyers de sang épanché; le poumon gauche est affaissé, d'un très-beau rose, et n'offre aucune altération; les poumons enlevés, on reconnaît qu'il n'y a que le quart postérieur du lobe inférieur du poumon malade qui ne soit pas envahi par les abcès; il est friable et laisse suinter, lorsqu'on l'incise, une assez grande quantité de matière sanieuse. La plèvre diaphragmatique du côté malade offre des pseudo-membranes. Le cœur et le péricarde sont sains; le foie est assez friable; les autres viscères sont sains; l'abdomen ne contient ni liquide ni fausses membranes.

Examen de la plaie. Les muscles, privés de tissu cellaire, sont baignés de matière sanieuse; une fusée purulente a eu lieu jusqu'au talon de l'animal. Le tissu cellulaire de cette région est en partie détruit depuis le calcanéum jusqu'à la moitié postérieure de la jambe; de sorte que les tendons se trouvent disséqués, et sont en outre enveloppés d'un putrilage noirâtre. Le tissu cellulaire qui environne le cordon spermatique est détruit, ainsi que le ligament suspenseur de la verge.

Analyse chimique. Les viscères, examinés, n'offrent aucune trace d'iode. La petite quantité d'urine qui se trouvait dans la vessie, mélangée avec de l'eau amidonnée, donne un précipité bleu par l'acide sulfurique, qui disparaît au moyen d'un excès de chlore.

Exp. III. — 15 grammes de teinture d'iode et 125 grammes d'eau sont injectés dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche d'un griffon; le 27, l'animal est triste; le 28, même état; la cuisse est devenue rosée. Le 30, la peau offre une rupture qui peut avoir 6 centimètres de long; les bords de cette plaie sont noirs; sa cavité présente des lambeaux de tissu cellulaire gangrenés; toute la peau environnante est rouge. Jusqu'au 10 juin, époque à laquelle l'appétit revient, l'animal n'offre rien de particulier; la plaie est détergée et offre un bel aspect : du reste, il présente une maigreur des plus prononcées. Le 11 et le 12, l'appétit augmente. Le 13, il parvient à se sauver en passant par une brèche de la cabane.

Exp. IV. — Le 20 juin, à quatre heures du soir, une injection de 4 grammes de teinture d'iode et de près de 60 grammes d'eau est pratiquée dans le tissu cellulaire qui se trouve au devant du pli de l'aine. Une grande partie de l'injection est perdue par l'inexpérience de la personne qui maintenait le chien. Le 24, l'animal ne pose que le bout de la patte à terre; la partie injectée est rouge; le poil est tombé; la partie malade fait entendre une crépitation bien manifeste sous la pression des doigts; la petite plaie au travers de laquelle a pénétré l'injection s'est un peu agrandie; elle est ronde, peut avoir un diamètre capable de laisser passer une chevrotine; par son ouverture, on aperçoit du tissu cellulaire ayant l'air gangrené. Le 26, toute la portion de peau qui offrait la crépitation n'existe plus, et est remplacée par un ulcère de forme triangulaire, dont la perpendiculaire, abaissée du sommet sur la base, peut avoir 5 centimètres; le sommet présente un reste d'escarre qui peut avoir 1 centimètre d'étendue. Le 28, il ne reste plus de trace d'escarre; il y a des frissons. Le 29, même état; seulement la soif est plus grande que d'habitude.

Ces expériences étaient à peine terminées, lorsque nous apprîmes que M. Jobert (de Lamballe) avait eu l'occasion d'observer un cas de gangrène du scrotum chez l'homme après l'emploi de l'iode. Ce chirurgien eut l'obligeance de nous dire qu'effectivement il avait eu cette année, au n° 21 de la salle St-Augustin, hôpital St-Louis, un malade qui entra pour une affection gangréneuse de la partie antérieure du scrotum, pouvant avoir 2 pouces carrés, venue à la suite d'une injection iodée qui avait été faite en ville pour la cure de l'hydrocèle.

Ces expériences nous paraissent démontrer que le traitement par les injections iodées exige un opérateur habile, que l'iode produit les mêmes accidents reprochés au vin par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, et que sa qualité d'être absorbable, tant alléguée par ses partisans, devient un véritable défaut, puisqu'en raison même de l'absorption il peut occasionner la mort.

SUR LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE COMME SIGNE CERTAIN DE LA MORT; par le docteur Fouanes, aide-major au 4e de ligne, à Bordeaux.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu, dans votre numéro du 3 janvier 1846, le compte rendu d'une thèse intitulée De la mort apparente. Certes, on ne peut qu'applaudir aux louables intentions de l'auteur; mais quand on réfléchit au grand nombre d'inconvénients qu'il y aurait à conserver des cadavres jusqu'aux signes évidents de putréfaction (inconvénients trop saillants pour que je les retrace ici, et que tout le monde peut apprécier), ne serait-il pas permis de soumettre à l'analyse les conclusions qu'a tirées M. Claude Carré ?

Si pourtant il existait un signe toujours manifeste, facile à constater, précédant toujours la putréfaction, se développant dans toutes les circonstances, et si l'on pouvait faire donner à ce phénomène la preuve de la cessation de la vie, preuve qu'une théorie plus que contestable lui a refusée jusqu'ici, n'en retirerait-on pas deux avantages bien importants : 1° la sécurité pour les familles; 2° l'observation des lois hygiéniques, que les dépôts mortuaires même me paraissent quelque peu violer ?

Eh bien ! ce signe de certitude existe; M. Carré et autres auteurs en ont fait mention, mais ils ne lui reconnaissent qu'une valeur de probabilité. Quant à moi, je le considère comme le signe le plus certain : c'est la roideur cadavérique. Lorsque je soutins à Strasbourg, le 9 août 1843, ma thèse sur ce sujet, je cherchai à prouver que ce phénomène était purement physique et complétement en dehors de toutes les lois vitales, contrairement à Nysten et à tous ceux qui l'ont suivi.

Malgré les recherches les plus actives, je n'ai pas trouvé dans les auteurs un seul fait avéré de résurrection après qu'on eut constaté la roideur cadavérique.... la roideur cadavérique, je m'explique.

Je cherchai à démontrer que la rigidité ne pouvait se manifester dans un corps que lorsque tous les actes organiques ont cessé. Les agents galvaniques ont toujours échoué quand cette rigidité était survenue.

D'après les considérations développées dans cette thèse, et que je ne retracerai point ici dans la crainte d'abuser de vos instants, il est résulté pour moi cette évidence : que la rigidité cadavérique est un signe certain de mort, et que toutes les fois que l'on constatera ce phénomène, on pourra se prononcer avec autant d'assurance que si on avait reconnu les signes de la putréfaction.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de juillet et octobre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Relevé fait sur les tables de mortalité en Irlande pour l'année 1841*; par M. Robert Wylde. 2° *De la vision des objets sur et dans l'œil*; par M. Mackenzie. (Par ce titre, l'auteur comprend la vue des objets extérieurs et les sensations normales de fils, de mouches volantes, etc., que l'on perçoit dans certaines circonstances. Dans le présent travail, il ne traite que de cette seconde espèce de vision.) 3° *Sur l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse de l'œil*; par M. Alexander Watson. 4° *Sur les fièvres de marais observées au Canada en* 1838; par M. Stratten. 5° *Coup d'œil sur les progrès de la littérature médicale militaire dans ce pays*; par M. Irving. 6° *Recherches sur la cause probable de la persistance et de la gravité de la variole*; par M. Stork. 7° *Sur la période de la puberté chez les femmes de l'Inde*; par M. Robertson. 8° *Cas d'empoisonnement par le* conium maculatum; par M. Hughes Bennett. 9° *Relevé d'observations présenté à la Société de médecine de Liverpool*; par M. Inman. 10° *Observations sur la nature, les causes et le traitement de la fièvre jaune*; par M. Imray. 11° *Notes sur l'expédition vers le Niger*; par M. M'Cormac. 12° *Notes médicales sur la Syrie, etc.*; par M. Robertson. 13° *Remarques historiques et critiques sur les opérations pour la cure de la cataracte*; par M. Alexander Watson. 14° *Cas de maladie de la rate, dans lequel la mort eut lieu par suite de la présence de matière purulente dans le sang*; par M. Craigie. 15° *Cas d'hypertrophie de la rate et du foie dans lequel la mort eut lieu par suite de la suppuration du sang*; par M. Bennett. 16° *Essai biographique sur feu M. le docteur Trotter*; par M. Alexander Cockburn; 17° *De la couenne du sang*; par M. Georges Gulliver.

SUR L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE L'HUMEUR AQUEUSE; par M. ALEXANDER WATSON.

L'auteur avait déjà présenté en 1825 le résultat de ses recherches sur cette maladie à la société médico-chirurgicale d'Édimbourg. Le motif qui l'engage à revenir aujourd'hui sur ce sujet est la découverte qu'il a faite d'un état morbide particulier, lequel échappe à l'œil nu et ne peut être reconnu qu'à l'aide de verres grossissants. Or il importe d'autant plus au chirurgien d'établir de bonne heure le diagnostic de cette maladie qu'elle est très-curable à sa première période, tandis que, si on la laisse marcher, elle peut occasionner de graves désordres et ne se laisse plus influencer par les agents thérapeutiques.

Le signe caractéristique de cette affection est une apparence comme brumeuse ou nébuleuse de la cornée; examinée avec un verre grossissant, cette membrane paraît parsemée de petites taches distinctes, rondes, blanchâtres, ayant à peu près l'étendue de petites têtes d'épingles (si le verre employé donne un grossissement de 4 à 5 diamètres). Ces taches semblent résulter d'un dépôt de lymphe à la surface interne de la cornée ou sur la membrane de l'humeur aqueuse. En même temps la pupille est déformée, ce qui tient aussi à l'épanchement de lymphe et aux adhérences qui en résultent entre la capsule et l'iris. Les signes extérieurs d'une inflammation oculaire, injection, rougeur, larmoiement, etc., coïncident avec ceux-ci; mais comme ils sont facilement perceptibles pour l'observateur, nous pouvons les passer sous silence. Dans d'autres cas, et principalement chez les jeunes sujets, les symptômes sont plus aigus et les autres parties de l'œil participent à l'inflammation; ainsi la choroïde, la cornée, la conjonctive et même la rétine sont compromises. Alors les caractères ci-dessus indiqués et qui sont propres à l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse sont masqués et obscurs à distinguer.

Chez quelques autres malades, au contraire, M. Watson a vu la maladie être très-circonscrite. Il cite entre autres un exemple où l'aspect tacheté n'existait que sur la face antérieure de la capsule cristalline.

Trois indications principales doivent ici fixer l'attention du médecin :

1° Dompter l'état d'excitation ou d'inflammation aiguë, au moyen de la médication antiphlogistique locale et générale, sangsues, purgatifs, fomentations chaudes, vésicatoires, etc.

2° Arrêter les progrès de l'inflammation à l'état chronique; ce but est atteint par l'administration du mercure, que l'auteur recommande de donner dans ces cas à petites doses.

3° Prévenir les récidives par l'usage des toniques et par une alimentation fortifiante. Lorsque le sujet est scrofuleux, M. Watson conseille un mélange de quinquina et de rhubarbe, comme le meilleur moyen auquel on puisse avoir recours.

Enfin, il faut aussi avoir soin de prévenir le rétrécissement ou les déformations de la pupille, au moyen des préparations de belladone.

L'appareil grossissant qui a servi à l'auteur pour reconnaître les signes physiques de cette maladie consiste simplement en deux lentilles plano-convexes, d'un pouce 1/2 à 2 pouces 1/2 de foyer. On les place à une certaine distance de l'œil, leurs deux surfaces convexes étant tournées l'une contre l'autre. Des verres jouissant d'un pouvoir de grossissement plus considérable seraient gênants parce qu'il faudrait les placer trop près de la cornée, et parce que l'observateur devrait aussi s'approcher de trop près de l'œil du patient.

DES FIÈVRES DE MALARIA OBSERVÉES AU CANADA, DE 1838 A 1845; par M. THOMAS STRATTON.

La maladie que l'auteur décrit sous le nom de *fièvre continue de malaria*, règne dans une grande partie du haut Canada et surtout le long des cours d'eau qui le séparent des Etats-Unis. Cette affection, d'après le tableau qu'en fait M. Stratton, nous a paru ressembler beaucoup au *typhus*. Cependant, suivant le docteur écossais, elle en diffère par sa cause spécifique, par son caractère non contagieux, par l'absence d'éruption à la peau, par sa transformation ordinaire en fièvres rémittentes ou intermittentes et par ses récidives. Mais à part la spécificité de la cause sur laquelle on serait fort embarrassé de prononcer, aucune de ces circonstances n'est absolument incompatible avec le véritable typhus, à moins qu'on ne veuille faire une espèce d'une variété, et exiger d'un certain degré de la maladie tous les symptômes qui appartiennent au degré le plus avancé. Au reste, un élément important, le plus important peut-être, manque pour la solution du problème; nous voulons parler de l'anatomie pathologique, en ce qui concerne surtout l'état de la rate et du tube digestif.

RECHERCHES SUR LES CAUSES PRINCIPALES DE LA FRÉQUENCE ET DE LA LÉTHALITÉ DE LA VARIOLE; par M. JAMES STORK.

L'auteur se pose successivement quatre questions dont il demande la solution à la statistique. Il nous est impossible d'entrer dans le détail de ces chiffres empruntés à tous les pays. Voici seulement les conclusions auxquelles ces chiffres l'ont conduit :

1° La variole a augmenté de fréquence et de léthalité dans ces dernières années;

2° Ce phénomène ne vient pas d'un affaiblissement de la vertu préservatrice de la vaccine;

3° Il tient uniquement à ce que la vaccine est négligée;

4° La vaccine préserve aussi bien de la variole que la variole elle-même de l'inoculation.

C'est surtout sur cette dernière conclusion que nous engageons le lecteur à recourir aux intéressantes recherches satistiques du docteur Stork.

DE L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ CHEZ LES FEMMES HINDOUES; par M. JOHN ROBERTSON (de Manchester).

Il résulte du long travail de M. Robertson et de l'enquête à laquelle il s'est livré dans les Indes, en s'éclairant d'une correspondance directe avec les missionnaires et les médecins anglais, que si les mariages sont plus précoces chez les femmes hindoues qu'en Europe, on ne peut affirmer qu'il en soit de même pour la menstruation. Haller se serait trompé en plaçant entre la huitième et la dixième année la puberté chez les femmes des régions chaudes de l'Asie.

Il serait singulier que l'observation se fût jusqu'ici fourvoyée sur un sujet aussi facile à éclaircir. Tous les écrivains sont d'accord avec Haller. On affirme même (THE ENCYCLOPEDIA OF PRACTICAL MEDICINE, vol. III, p. 110) que de jeunes filles des Indes orientales, de neuf à dix ans, et déjà réglées, cessent de l'être jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans, si on les transporte en Europe et particulièrement en Angleterre. Leur santé, dit-on, ne souffre aucunement de ce retard.

Haller a dit aussi, dans ses ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE, que les femmes des pays chauds rendent deux fois plus de sang par les menstrues que dans les pays septentrionaux. M. Robertson se tait sur ce point.

NOUVEL INSTRUMENT POUR ACHEVER L'INCISION DE LA CORNÉE DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE; par M. ALEXANDER WATSON.

Lorsque, avant que l'incision de la cornée soit achevée, l'iris se présente sous le tranchant du kératotôme, quelques chirurgiens donnent le conseil de retirer l'instrument; d'autres engagent à provoquer des mouvements de

retrait de la part de l'iris, soit en frictionnant du bout du doigt sur le devant de l'œil, soit à l'aide de la belladone, soit en fermant subitement les volets de la chambre où l'on opère, ce qui fait retirer brusquement l'iris; un petit nombre enfin veulent que, même au risque de léser cette dernière membrane, on finisse la section cornéenne, comme si de rien n'était.— Cette divergence d'opinions vient sans doute de ce qu'on manque d'un bon moyen pour compléter la division de la cornée sans avoir à redouter de blesser l'iris. Pour remplir cette indication, M. Watson a imaginé un petit couteau à pointe mousse. On pourrait prendre une juste idée de cet instrument en se figurant une sonde ordinaire pour le cathétérisme, droite, percée d'un seul œil latéral assez large pour occuper la moitié de la paroi cylindrique, si la circonférence de cet œil était tranchante dans sa moitié inférieure. L'emploi en est très aisé à comprendre. Lorsqu'une circonstance imprévue empêche de terminer la kératotomie avec le couteau ordinaire, on le retire et on introduit celui-ci, dont la portion convexe, tournée en arrière du côté de l'iris, prévient sûrement toute lésion de cette membrane, tandis que la partie coupante, limitée à un espace très-circonscrit, agit en toute sûreté pour diviser la portion de cornée demeurée intacte.

— L'indication de tenir l'iris éloigné du tranchant de l'instrument avait déjà été formulée par la plupart des ophthalmologistes, et quelques-uns, tels que Bérenger, Lobstein, Jung, avaient même essayé de la remplir en donnant, comme M. Watson, une convexité plus ou moins prononcée à celle des faces du kératotôme qui est destinée à regarder en arrière pendant l'opération. L'instrument que nous venons de décrire ne fait donc qu'exagérer une disposition déjà en usage. Il est positif qu'il met encore plus sûrement que les précédents l'iris à l'abri de toute lésion. Mais la configuration même qui lui donne cet avantage n'aura-t-elle pas l'inconvénient de trop limiter la partie tranchante et de rendre ainsi la section de la cornée fort difficile à compléter? C'est à l'expérience à décider sur ce point.

DEUX OBSERVATIONS DE MALADIE DE LA RATE, AVEC PUS DANS LE SANG; par M. DAVID CRAIGIE.

Sans nous arrêter avec l'auteur aux divers écrits publiés sur les maladies de la rate, venons-en de suite aux deux observations qui font le sujet principal de son mémoire. Nous rapporterons la première avec détails, bien qu'en l'abrégeant beaucoup, parce qu'elle offre un grand intérêt, et qu'il serait impossible, sans l'avoir à peu près complète sous les yeux, d'apprécier les considérations auxquelles elle sert de texte.

OBS. — Il s'agit d'un tisserand, âgé de 30 ans, entré à l'infirmerie royale le 24 février 1841, avec symptômes de faiblesse, altération profonde de la santé générale et gonflement du ventre. La maladie datait d'un an. Elle avait commencé par du malaise, de la constipation et des douleurs d'apparence rhumatismale qui durèrent six semaines. Alors se développa dans l'hypochondre gauche une douleur très-vive qui disparut promptement et se renouvela trois semaines environ avant l'entrée à l'hôpital. Un mois auparavant, on s'était aperçu d'une dureté dans l'hypochondre gauche, avec gonflement.

Voici l'état du malade au moment de son entrée:

Développement uniforme et distension du ventre, surtout dans la région sous-ombilicale. Le gonflement est élastique et compressible dans toute la moitié droite, et à gauche, dans toute la partie située un demi-pouce au-dessous de l'ombilic. De ce côté, et immédiatement au-dessus d'une ligne transversale passant au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur dure, résistante, avec matité complète, se prolongeant en haut jusqu'à la mamelle. La constipation a cessé; garde-robes régulières; jamais de vomissements ni de frissons; pouls de 92 à 96; respiration gênée; dyspnée dans la marche ascendante.

Des purgatifs répétés furent administrés pendant près d'un mois, sans amendement et sans autre changement qu'un peu d'œdème aux pieds et d'ascite. Mais le 25 mars, la fièvre augmenta et le malade se plaignit d'une douleur très-vive à la région temporale et pariétale droite.

Le 27, la céphalalgie persiste et a même augmenté. Les veines du cuir chevelu et l'artère temporale semblent très-distendues. Des sangsues, un vésicatoire sur la tête n'amènent aucun soulagement.

Le 29, délire, insensibilité générale. Mort le 1er avril.

AUTOPSIE le 3. La rate forme une tumeur énorme remplissant, et au delà, tout l'hypochondre gauche. Elle pèse 7 livres 3 onces. Sa face supérieure est rugueuse, irrégulière, avec adhérences solides au péritoine diaphragmatique et aux muscles abdominaux, ainsi qu'au lobe gauche du foie. L'artère splénique est plus volumineuse que de coutume; la veine splénique, aussi grosse que le doigt annulaire d'un adulte, contient des grumeaux de sang avec une matière légèrement colorée paraissant être un mélange de pus et de lambeaux pseudo-membraneux. La rate, dont la grande circonférence n'a pas moins de 15 pouces, est, à l'intérieur, d'un rouge brillant. Il offre une apparence charnue, solide, assez semblable à celle du foie. Un examen plus attentif y découvre un grand nombre de corpuscules blanchâtres, de forme irrégulière, formant des espèces de cloisons qui divisent la matière rouge.

Le tissu splénique n'est, du reste, ni ramolli, ni friable. Les vaisseaux sont développés, mais vides.

Dans la veine cave inférieure et les veines mésentériques, on trouve une grande quantité des mêmes grumeaux sanguins, de couleur vineuse, semi-fluides, mal coagulés, mêlés à des masses blanchâtres de lymphe plastique et de pus. Même altération dans les divisions de la veine porte, le foie paraissant sain d'ailleurs.

Le canal intestinal, les plèvres et les poumons présentent quelques lésions sans importance. Les vaisseaux pulmonaires, le cœur (surtout les cavités droites) contiennent du sang grumeleux et de la matière plastique, sans offrir aucune altération de leur tissu.

La même matière se rencontre enfin dans les veines des circonvolutions du cerveau et de la base du crâne, ainsi que dans les sinus, sans rugosités, ni épaississement, ni vascularisation de leurs parois. Dans quelques-uns de ces vaisseaux, l'existence du pus est plus manifeste que partout ailleurs; léger ramollissement rouge du corps strié droit.

En présence de lésions si généralisées dans les vaisseaux, sans altération organique de leurs parois, M. Craigie se refuse à admettre l'existence d'une phlébite. Il pense que du pus et de la lymphe plastique se sont mêlés au sang et ont donné lieu aux symptômes observés pendant la vie. Mais d'où étaient venus ce pus et cette lymphe? Dans cette inspection cadavérique si minutieuse, où aucun organe principal, sauf la moelle, n'a échappé à l'examen, on ne découvre pas le plus petit foyer purulent; et quant aux parties non examinées, telles que les veines des membres, celles du rachis, etc., aucun des symptômes notés ne peut faire présumer qu'elles aient été le point de départ de la maladie. M. Craigie, considérant l'altération de la rate et la structure vasculaire de cet organe, la regarde comme le siége primitif de la sécrétion plastique et purulente dont le produit aurait été aussitôt absorbé par les veines et porté dans le système circulatoire.

Cette explication est fort contestable. La rate ne contenait pas même de pus: comment en aurait-elle pu fournir au système vasculaire? contenait-elle seulement de la matière plastique? On ne pourrait encore l'affirmer; car rien n'est plus incertain que la nature des corpuscules blanchâtres qui parsemaient son tissu. Quant à sa tuméfaction, on ne peut guère l'invoquer en faveur de la thèse de M. Craigie, quand on se rappelle que le gonflement de la rate appartient, comme phénomène *consécutif*, à la plupart des pyrexis un peu graves (fièvre typhoïde, fièvre jaune, typhus, etc.). Au reste, l'observation renferme une particularité curieuse et qui ne tend pas à moins qu'à faire supposer une maladie du sang lui-même; c'est la présence de grumeaux puriformes dans les deux côtés du cœur. Admettez, où que ce soit, un foyer purulent circonscrit, et vous cesserez de comprendre, même avec les idées les plus avancées sur la résorption purulente, comment de la matière plastique a pu passer d'un côté du cœur dans l'autre, à travers le poumon, surtout sans laisser dans ce dernier aucune trace de son passage.

La seconde observation, recueillie par M. Bennett, ressemble beaucoup à la précédente. On y voit une hypertrophie de la rate, mais sans indication de grumeaux blanchâtres, liée à la présence de grumeaux puriformes dans les veines; aucune trace de phlegmasie récente ou de foyer purulent. L'examen microscopique démontra cette fois que les grumeaux étaient réellement constitués par des globules de sang et de pus. Dans ce second cas, les cavités gauches du cœur n'en contenaient pas.

DE LA COUENNE DU SANG; par M. GEORGES GULLIVER.

Les nombreuses expériences de M. Gulliver sur l'état du sang dans l'inflammation l'ont conduit aux résultats suivants:

1° Quand le sang *enflammé* est déposé dans un vase, au bout de quelques minutes, les corpuscules se séparent, pour aller au fond, beaucoup plus vite qu'à l'état normal; le degré *d'enfoncement* est moindre dans le sérum seul.

2° Cette accélération peut être activée en augmentant l'agrégation des corpuscules, et empêchée ou renversée en empêchant ou détruisant cette agrégation.

3° L'enfoncement des corpuscules peut être plus lent dans le sang rendu moins épais par de faibles solutions salines que dans le sang rendu plus visqueux par du mucilage ajouté au sel.

4° Le même phénomène a lieu pour le sérum.

5° Dans le sang du cheval, la couenne se forme régulièrement; les corpuscules rouges se réunissent comme s'ils étaient en partie fondus les uns dans les autres et s'agglomèrent en masses.

6° Le sang peut n'être pas couenneux ou la couenne être très-mince quand le sang a été rendu moins épais et que sa coagulation a été retardée.

7° La formation de la couenne n'est due ni à un épaississement moindre du liquide sanguin, ni à une diminution de sa pesanteur spécifique, ni à une coagulation lente; elle dépend d'une agrégation plus grande des corpuscules et de leur enfoncement plus rapide.

8° Ces faits sont favorables à la vieille doctrine de la stase et de la viscosité du sang et de l'union des corpuscules, et défavorables à la doctrine plus récente de l'altération du sang dans l'inflammation.

9° Chez le cheval, les corpuscules s'enfoncent plus rapidement dans le sérum que chez l'homme.

10° Une augmentation dans la quantité des corpuscules hâte la coagulation et diminue la formation de la couenne plus que la simple augmentation du sérum.

11° Si l'on augmente seulement la proportion d'eau, on ne hâte pas la coagulation du sang, comme on le fait en augmentant la proportion du sérum.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de mai et juillet 1845 renferment les articles originaux suivants : 1° *Considérations sur l'emploi de la compression dans les anévrismes, avec quelques détails statistiques;* par M. Bellingham. 2° *Considérations cliniques sur le diagnostic et le traitement des maladies syphilitiques;* par M. Egan. 3° *Considérations sur une forme particulière de maladie du cœur, accompagnée de gonflement de la glande thyroïde et des globes oculaires;* par M. Robert Mac Donnell. 4° *Rapport sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'hôpital des femmes en couche de Dublin;* par M. Alfred M'Clintock. 5° *Remarques sur l'emploi de l'ergot de seigle et ses effets sur la femme et l'enfant pendant le travail de l'accouchement;* par M. Samuel Hardy. 6° *Déchirure du vagin chez une femme enceinte, sans aucune cause appréciable*, etc.; par M. Richard Doherty. 7° *Propositions relatives aux maladies de l'estomac ;* par M. Osborne. 8° *Sur le traitement d'une forme particulière de la maladie de la glande prostate;* par M. W. Colles. 9° *Observations tirées de la pratique de l'hôpital de Richmond ;* par M. John Hamilton. (L'auteur rapporte un cas de périostite du plancher de l'orbite chez une femme qui, cinq ans auparavant, avait eu des chancres, puis une éruption, des douleurs ostéocopes et une iritis. On sentait une tuméfaction sur la paroi interne de l'orbite; et vraisemblablement le gonflement s'étendait plus en arrière, car la paupière supérieure de l'œil correspondant était paralysée, et la malade ressentait des maux de tête et présentait une faiblesse marquée dans le bras et la jambe du côté opposé. Le mercure et l'iode amenèrent deux fois un soulagement prononcé et très-rapide; mais, après chaque amélioration, la malade voulut quitter l'hôpital.) 10° *Quelques remarques sur le mémoire de M. Mac Donnell sur une forme particulière de maladie de cœur* ; par M. J. Hill (Réclamation de priorité en faveur de sir Henri Marsh). Voir ci-après l'analyse du mémoire de M. Mac Donnell).

SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA COMPRESSION; par M. BELLINGHAM.

L'auteur, dont nous avons déjà fait connaître à deux reprises les travaux sur ce point de thérapeutique chirurgicale, est partisan décidé de la compression faite sur l'artère au-dessus de l'anévrisme. Il préfère cette méthode à la ligature, pense qu'avec la compression il n'est pas besoin d'oblitérer complétement le vaisseau pour obtenir la cure radicale, et affirme enfin que, lorsque la guérison a eu lieu par ce moyen, le malade a beaucoup moins à redouter ensuite une récidive que quand il a été guéri par la ligature. Ces conclusions ne nous paraissent pas être entourées de preuves assez solides, assez spécieuses même pour qu'il y ait utilité à les discuter ici de nouveau : nous nous bornerons donc à reproduire, d'après M. Bellingham, le relevé suivant des cas de guérison dus récemment, dans la Grande-Bretagne, à la compression.

Depuis novembre 1842, époque à laquelle M. Hutton a réintroduit la compression dans le traitement des anévrismes, 12 guérisons ont eu lieu, savoir : de 9 anévrismes poplités et de 3 de l'artère crurale. Les chirurgiens entre les mains desquels la compression a eu ces succès, sont : MM. Liston, Hutton, Cusack, Harrison, Kirby, Allan, Greatres, Porter et Bellingham. Huit de ces douze malades habitent Dublin ; on a pu s'assurer que chez eux la cure est définitive.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES; par M. EGAN.

L'auteur, qui est chirurgien d'un hôpital spécial, partage presque entièrement les idées de M. Ricord sur la nature et le traitement de la syphilis. Il est cependant un point sur lequel il serait en désaccord avec le professeur français; et comme il appuie sa dissidence sur des chiffres, nous devons faire connaître sa doctrine qui a, par cela seul, plus d'importance qu'un dissentiment basé seulement sur le raisonnement.

Le nombre des chancres que M. Egan a eus à traiter depuis le mois d'avril 1843, s'élève à 252. 219 étaient sans induration ; 25 se sont indurés ; 8 avaient le caractère phagédénique.

On sait que M. Ricord n'admet pas que des symptômes de syphilis consécutive puissent se manifester sans antécédent autre qu'un chancre simple non induré. M. Egan convient bien que dans ces cas les accidents constitutionnels sont beaucoup moins fréquents, et qu'ils n'ont jamais la même gravité que quand il y a eu primitivement une induration; mais il affirme positivement avoir observé plusieurs fois alors des signes non équivoques de vérole constitutionnelle. Sur ces 219 cas de chancres simples, il a vu 79 fois des accidents de cette espèce, savoir : 10 fois des douleurs ressemblant à celles du rhumatisme; 31 fois une augmentation de vascularité de la gorge, accompagnée de tuméfaction des amygdales et d'engorgement des glandes du cou; 30 fois une éruption papuleuse ; 2 fois des pustules; 8 fois l'iritis.

L'auteur, pour dissiper toute objection sur ce point de doctrine, ajoute que, dans 80 de ces 219 cas de chancres simples, l'altération était très-légère, n'avait que l'apparence d'une excoriation ou d'une abrasion de la muqueuse; et cependant, malgré la bénignité de l'antécédent, il y eut chez 20 des malades de cette classe, une invasion, fort douce, il est vrai, de symptômes consécutifs, savoir : douleurs, 4 fois ; congestion de la gorge, 7 fois; éruption papuleuse, 8 fois; iritis, 1 fois.

— La doctrine dont M. Ricord est fondateur, ne restera pas silencieuse devant cette attaque. Si nous, qui ne l'admettons point dans le sens absolu que lui prête son auteur, nous avions en ce moment mission de la défendre, nous ne la regarderions pas le moins du monde comme compromise, malgré la forme directe et l'apparence invulnérable de l'objection. On conviendra d'abord (et M. Egan lui-même l'avouerait sans doute), que des douleurs vagues et un peu de sensibilité à la gorge ne constituent pas des signes bien caractéristiques, bien indéniables d'une infection syphilitique. Nous essayerons prochainement de démontrer dans un travail spécial que ces accidents assez fréquents, dont malades et médecins méconnaissent à l'envi la nature, ne sont point la vérole, puisqu'ils ne guérissent jamais, mais sont, au contraire, toujours aggravés par le mercure et les préparations iodées. Ce seraient donc, tout d'abord, autant de cas à défalquer du total dans le tableau statistique de l'adversaire de M. Ricord.

Mais une difficulté encore plus sérieuse se présente contre sa validité. Tous les malades dont parle M. Egan étaient des femmes ! Or, d'un côté, les femmes qui sont traitées de maladie vénérienne dans un hôpital, sont-elles toujours assez franches, assez véridiques pour qu'on soit certain que l'affection qu'elles portent actuellement est la première de cette espèce qu'elles aient eue ? Une ou plusieurs contagions vénériennes ne sont-elles pas au contraire, dans leur existence, un antécédent à peu près constant ? Et n'est-ce point dès lors, à un ancien chancre *induré*, dissimulé ou peut-être oublié par elles, qu'il devient logique d'attribuer les accidents consécutifs qui surviennent ? D'autre part, même en laissant de côté cette fin de non-recevoir si fondée cependant, est-il bien possible, chez les femmes, d'explorer assez complétement les organes génitaux, pour pouvoir affirmer avec assurance, qu'aucun chancre n'a échappé à la vue de l'observateur ? M. Egan assure qu'il a usé du spéculum *dans la majorité* des cas ; nous insérons sa déclaration, mais les termes mêmes dans lesquels elle est conçue ne suffisent guère, on en conviendra, pour dissiper tout soupçon sur ce point capital de la discussion.

OBSERVATIONS D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE MALADIE DU CŒUR, AVEC DÉVELOPPEMENT DE LA GLANDE THYROÏDE ET DES YEUX; par M. ROBERT MAC-DONNELL.

L'auteur rapporte deux observations détaillées. La première est relative à un ministre anglican, âgé de 55 ans, sujet depuis 1838 à des palpitations, avec impossibilité de se coucher sur le côté gauche. Ces symptômes allèrent en augmentant rapidement, sans toutefois présenter les caractères d'une maladie organique du cœur, et bientôt le malade remarqua dans la région de la glande thyroïde une petite tumeur indolente qui s'accrut par degrés sans causer d'autre inconvénient qu'un sentiment de constriction. Quand le sujet fut visité par M. Mac-Donnell, la tumeur, formée évidemment par la glande thyroïde et plus volumineuse à gauche qu'à droite, avait seize pouces de sa partie la plus saillante à la sixième vertèbre cervicale. On y sentait à la main un frémissement semblable à celui de la varice anévrysmale, et le stéthoscope y faisait entendre un *son musical*. Ce son existait aussi, mais *moins musical*, au niveau des carotides. Le pouls ne battait jamais moins de 120 pulsations et montait quelquefois à 200. Depuis quatre ans environ, les yeux ont augmenté de grosseur et ont pris une expression d'égarement et de férocité. Cependant la *vision est restée parfaite;* les yeux ne sont devenus le siége d'aucune douleur.—La seconde observation est relative à une femme, âgée de 22 ans, également sujette aux palpitations, et dont les yeux acquirent le même développement et la même expression sauvage, avec intégrité de la vision. Les palpitations au début étaient accompagnées de douleurs lancinantes dans la région précordiale. Le thorax était soulevé par les battements du cœur, principalement vers le bord droit du sternum. Un bruit de souffle existait à l'origine de l'aorte.

Postérieurement à ces deux observations, l'auteur a été conduit à soupçon-

ner des palpitations chez une dame, au seul aspect des yeux proéminents et égarés ; les palpitations existaient en effet depuis plusieurs années.

La proéminence des yeux et le gonflement de la glande thyroïde, coïncidant avec l'existence des palpitations, ont été signalés en 1841, par sir Henry Marsh, à la société pathologique de Dublin. La seconde de ces deux lésions a été ensuite mentionnée par MM. Graves et Stokes. M. Graves (CLINICAL MEDICINE) a même donné, sur le rapport des palpitations avec le gonflement de la glande, des détails qu'on regrette de ne pas rencontrer dans les observations de M. Mac-Donnell. Ainsi il a remarqué que la glande se gonflait quand le paroxisme des palpitations commençait à décroître ; dans les intervalles des paroximes, son volume restait stationnaire.

M. Mac-Donnell attribue le développement de la thyroïde à des congestions sanguines temporaires, déterminées par les troubles de la circulation. Il est probable, en effet, qu'il se passe là un phénomène analogue à celui qu'amènent quelquefois les efforts violents, dans l'accouchement, par exemple. Quant à la lésion des globes oculaires, l'auteur renonce à l'expliquer. Mais d'abord, s'agit-il d'un véritable développement des globes oculaires, ou seulement d'un exophthalmos ? Le texte dit positivement que les yeux étaient augmentés de grosseur (*enlarged*) ; mais l'absence de douleurs et la conservation entière de la vision nous laisse des doutes sur ce point. Et si, en effet, il ne s'agissait que d'un exophthalmos, il serait aussi rationnel de l'expliquer par la congestion du réseau vasculaire du fond de l'orbite que d'expliquer le gonflement de la glande par la congestion de ses propres vaisseaux.

REMARQUES SUR L'EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE, ET SES EFFETS SUR LA FEMME ET L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ; par M. SAMUEL HARDY.

Si ce travail a quelque chose d'utile, c'est moins par les idées neuves qu'il contient que par le tour précis, presque mathématique qu'il donne à des notions assez généralement connues. Peut-être même pensera-t-on, non sans fondement, que le désir de livrer des solutions positives, a entraîné quelquefois l'auteur trop loin, et qu'un peu plus de réserve caractérise ordinairement le langage du praticien qui a beaucoup vu, et qui veut ne dire que ce dont il a été témoin. Quoi qu'il en soit, voici ces résultats.

Le seigle ergoté commence quelquefois à manifester son action sur l'utérus au bout de sept minutes ; chez d'autres sujets, elle demeure beaucoup plus longtemps avant de se prononcer. En général, le terme moyen est de quinze minutes. J'ai toujours observé, dit M. Hardy, lorsque l'enfant vient au monde vivant, que l'effet du remède s'est prononcé dans les vingt-cinq minutes qui ont suivi le moment de son administration.

Une autre influence non moins marquée du seigle ergoté, est celle qu'il exerce sur le pouls de la mère ; le ralentissement commence ordinairement de quinze minutes à une demi-heure après l'ingestion du remède. — Il résulte de ce phénomène une contre-indication formelle à l'emploi de l'ergot, toutes les fois que la femme étant déjà épuisée par hémorrhagie ou par toute autre cause, on pourrait craindre que l'effet déprimant du médicament venant encore augmenter la langueur des puissances circulatoires, une faiblesse mortelle pût en être la suite.

M. Hardy a remarqué plusieurs fois que lorsque la circulation de la mère a été influencée par l'ergot, l'état de ralentissement du pouls dure quelques jours après le travail, même lorsqu'il survient une inflammation de l'utérus. Dans ces cas aussi, la tumeur que l'utérus forme à l'hypogastre demeure parfois plus considérable qu'à l'état naturel, donnant à la main la même sensation qu'une matrice renfermant encore le placenta. Enfin il a remarqué un petit nombre de fois que les lochies étaient plus rares, et de couleur moins foncée.

La circulation fœtale est aussi influencée dans la grande majorité des cas. La période de temps qui s'écoule avant que cet effet commence, est de quinze minutes à une demi-heure. Le plus ordinaire et en général le premier qui s'observe, est la diminution de fréquence des battements cardiaques ; il s'établit ensuite de l'irrégularité dans les pulsations, irrégularité qui continue plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que les bruits deviennent intermittents, puis à la longue cessent de se faire entendre. A ce sujet, M. Hardy énonce une remarque à laquelle ses observations cliniques l'ont conduit : lorsque l'ergot ayant été donné, les pulsations sont réduites au-dessous de 110 par minute, et sont en même temps intermittentes, l'enfant ne peut que rarement être sauvé, et il faut tâcher de terminer l'accouchement aussi vite que possible. Il avertit que la réduction des battements au-dessous de 110 n'est pas une circonstance suffisante pour faire redouter une terminaison fatale, *quand il n'y a pas en même temps d'intermissions :* dans un cas où les battements du fœtus n'étaient qu'à 56, mais sans intermissions, il vint au monde vivant, et fut facilement ranimé. — Il ressort de là l'importante règle d'ausculter soigneusement le cœur de l'enfant après l'administration du seigle ergoté ; cette exploration apprendra seule, quand il faut absolument terminer l'accouchement à quelque prix que ce soit, et quand on peut, au contraire, attendre encore l'effet des efforts naturels.

M. Hardy ajoute encore qu'il n'a jamais vu la métrorrhagie survenir après l'accouchement, dans les cas où l'utérus a éprouvé d'une manière marquée l'influence du seigle ergoté.

SUR LE TRAITEMENT D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE MALADIE DE LA GLANDE PROSTATE ; par M. W. COLLES.

Ce mémoire est composé de documents propres à la pratique du célèbre chirurgien Colles, rassemblés et mis en ordre par son fils. Il porte sur un point très-délicat de pratique, le traitement de certaines tumeurs de la prostate au moyen d'une ponction faite par le rectum. Ce procédé thérapeutique ne convient, dit l'auteur, que chez quelques sujets. Il n'est point proposable dans les cas en grande majorité, où la glande hypertrophiée est ferme et solide, sans bosselures ni proéminences à sa surface. Mais si l'on trouve un homme avancé en âge, se plaignant d'éprouver fréquemment le besoin d'uriner, n'accomplissant cette fonction qu'avec effort, son urine contenant un sédiment mucoso-purulent abondant, ayant quelquefois un suintement de même nature par l'urètre ; si, dans ces circonstances, le doigt introduit dans le rectum, sent l'un des lobes de la prostate tuméfié, et qu'en pressant sur ce gonflement, il y trouve un point plus mou, où sa pointe s'enfonce plus aisément ; si surtout au même instant que l'on presse ainsi, il sort par l'urètre un peu de pus, dont la quantité varie de quelques gouttes à une cuillerée à café, alors le chirurgien peut espérer de rendre un important service à son malade. Une opération est indiquée ; et elle consiste simplement à donner un coup de lancette dans *ce point creux, cette partie molle* que le doigt a sentie, et qui en général contient un peu de matière purulente. On se trouvera bien de substituer le pharyngotome à la lancette ; la pointe de l'instrument ne doit faire saillie que d'un huitième de pouce à un demi-pouce, selon le degré d'épaisseur des tissus que l'on présume avoir à traverser.

La douleur qui suit cette ponction est légère et momentanée. M. Colles a souvent eu une preuve incontestable que la cavité incisée contenait du pus, en voyant quelques gouttes de ce liquide sur la lame et dans la gaîne de l'instrument. Mais sur douze malades qu'il a opérés de cette manière, il n'a jamais pu découvrir du pus à la surface des matières fécales rendues les jours suivants. Chez un ou deux, un peu d'urine a passé par le rectum, en petite quantité, il est vrai, mais suffisamment cependant pour entretenir de l'irritation à l'anus et du ténesme. Cet accident s'est en général dissipé de lui-même dans l'espace d'une ou deux semaines, pour ne plus reparaître. Dans un cas, toutefois, il se prolongea pendant assez longtemps pour faire craindre qu'une fistule permanente s'établît ; cependant la guérison eut lieu en définitive.

Il n'arriva qu'une seule fois une légère hémorrhagie, encore fut-elle facilement réprimée en tenant un linge appliqué fortement pendant quelques minutes sur l'orifice de la petite plaie avec le bout du doigt indicateur introduit dans le rectum.

M. Colles a aussi appliqué ce traitement à certains cas d'écoulement chronique (de blennorhée, je suppose) dans lesquels le suintement ne revient que par intervalles. Mais il avertit que le succès a été très-variable, ou, pour mieux dire, qu'il n'a pas pu préciser exactement les circonstances où l'opération est indiquée. Il l'a encore pratiquée quelquefois, la prostate n'offrant aucune partie plus dépressible, et n'ayant pas de bosselures à sa surface ; aucun résultat avantageux n'a alors suivi la ponction ; mais il a du moins pu s'assurer qu'ici, comme dans tous les cas où elle réussit, aucun danger, aucun inconvénient sérieux n'en est la suite.

Voici maintenant le premier cas, d'une date un peu ancienne comme on va le voir, où l'opération a été appliquée.

OBS. — En août 1824, M. Colles, appelé auprès de M. T. L., apprit de ce malade que, depuis plusieurs semaines, il était affecté de *symptômes d'irritation urinaire*, lesquels s'étaient tellement augmentés pendant un long voyage, que, depuis son retour (trois semaines auparavant), il avait été obligé de garder le lit. Durant les derniers huit jours, il avait souffert de rétention d'urine. On avait mis la sonde à demeure ; mais tant qu'elle était en place, il était obligé d'uriner toutes les dix minutes. On la retira ; et alors on put se contenter d'évacuer l'urine deux fois par jour. Pendant les deux derniers jours, il put uriner sans secours étranger.

Le malade souffrait de vives douleurs en rendant les dernières gouttes d'urine, et quelques minutes après. Ce liquide était très-alcalin et contenait parfois quelques grumeaux de sang ou de fibrine coagulée. La prostate, et particulièrement son lobe gauche, fut trouvée très-tuméfiée. En touchant le lobe droit, le moins volumineux, M. Colles sentit une place plus molle de l'étendue du bout du doigt : en pressant sur ce point, il détermina quelque douleur et fit couler par l'urètre un peu de pus ou de muco-pus.

Le 31 août, il fit pénétrer dans cette partie la lame du pharyngotome ; en retirant l'instrument, il trouva sa canule remplie de pus ; mais, ayant provoqué, peu de temps après, une selle au moyen d'un lavement, il ne put y découvrir de ma-

tière purulente. Le malade passa une bonne nuit ; mais, le jour suivant, il n'éprouvait encore nul soulagement bien marqué de l'opération.

Le 23 septembre, le malade ne rend ses urines que toutes les quatre ou six heures ; elles sont encore alcalines, mais ne contiennent plus de sang et très-peu de mucus. On n'a pu trouver de pus dans les selles. Le lobe droit de la prostate a repris presque son volume naturel. Le gauche est toujours aussi tuméfié ; mais il est devenu plus mou.

1er octobre. M. le docteur Gason apprit à M. Colles que son malade avait continué à aller de mieux en mieux depuis l'opération, et qu'il était débarrassé de tout symptôme du côté des voies urinaires.

Mai 1840. Ce sujet est encore vivant, et n'a pas, du côté des fonctions urinaires, d'autres incommodités que celles habituelles à un âge très-avancé.

M. Colles cherche à s'expliquer comment il se fait que cette petite ponction apporte un soulagement aussi prompt et aussi souvent permanent. Ce n'est pas, dit-il, en évacuant le pus d'un abcès, puisqu'il n'en coule que justement assez pour paraître sur la lame de l'instrument. Serait-ce plutôt en débridant l'aponévrose d'enveloppe, en faisant ainsi cesser la tension qui empêchait la glande de prendre l'expansion à laquelle une cause morbide la sollicitait ? L'auteur inclinerait de préférence vers cette seconde supposition ; mais il fait remarquer que l'existence (constante dans les cas où l'opération est indiquée) d'une place plus molle sur un point de la surface prostatique, semble s'opposer à cette idée d'un étranglement, qui supposerait au contraire une tension générale et prononcée de toute la superficie de la glande.

— La question qu'agite ici l'auteur n'a sans doute qu'un intérêt secondaire ; car la principale, et certainement la plus litigieuse, serait de savoir si l'opération guérit, en effet, comme il l'annonce. Nous manquons d'éléments propres à la résoudre, et nous ne pensons guère que la pratique des chirurgiens français en apporte prochainement de bien nombreux, malgré les exemples que M. Colles cite, et qu'il trouve si encourageants.

Quant à l'explication de l'heureuse influence qu'a l'opération, il nous semble, contrairement au sentiment de l'auteur, que la soustraction de quelques gouttes de pus est une circonstance assez importante pour rendre compte de l'amélioration qui s'observe à la suite. Nous avons assez souvent vu, soit dans notre service, soit à la clinique de M. Ricord, des bubons en apparence indolents et dans lesquels on n'aurait pas soupçonné la présence du pus ; un ténotome était-il introduit sous la peau, à peine avait-il divisé le tissu de la glande, qu'on voyait sortir par la petite plaie deux ou trois gouttes de pus ; et dès lors l'engorgement ganglionnaire prenait une marche plus décidée vers la résolution.

S'il fallait, après tout, dire bien franchement toute notre opinion sur ce procédé opératoire et sur l'utilité de son application à la pratique, nous avouons qu'il y aurait de notre part plus que de l'hésitation à l'employer. Selon nous, dans une partie des cas où M. Colles en a retiré quelque avantage, il n'aura le plus souvent agi que sur l'élément nerveux, sur la névralgie du col qui complique ordinairement les engorgements prostatiques. La perturbation causée par l'opération a procuré un calme momentané dans ceux des symptômes qui dépendaient de l'état nerveux, absolument comme on a vu parfois le bégaiement cesser pour quelques jours après la section du filet ou l'excision des amygdales et même l'incision de la langue (V. Gaz. Méd., 1841, p. 394).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 JANVIER.

ANALOGIE DU MAGNÉTISME ET DE L'ÉLECTRICITÉ.

Il a été fait dans la précédente séance une communication qui, bien qu'étrangère aux sciences médicales proprement dites, intéresse trop les progrès des sciences physiques pour que nous ne devions la mentionner ici. Il s'agit d'une découverte que vient de faire récemment l'illustre physicien anglais Faraday, et qui ne tendrait pas à moins qu'à établir une nouvelle relation d'analogie entre l'électricité, le magnétisme et la lumière. Voici en quels termes se résume la lettre que M. Faraday écrit à ce sujet à M. Dumas, et dont cet académicien a donné connaissance de la part de l'auteur à l'Académie :

« Toute matière est affectée par l'aimant, mais non comme le serait le fer. Une substance magnétique à la façon du fer est attirée par l'aimant, et toute portion allongée de cette substance se place dans la direction des lignes magnétiques. Une substance non magnétique à la façon du fer, et qui sera appelée *diamagnétique*, est repoussée par l'aimant, et toute portion allongée de cette substance se place perpendiculairemant à la direction des lignes magnétiques. L'eau, l'alcool, l'éther, l'huile, le bois, la chair, le sang et mille autres substances possèdent cette dernière relation magnétique ; les substances les plus *diamagnétiques* sont le verre pesant, le phosphore, l'antimoine et le bismuth. Tous les composés d'une substance magnétique à proprement parler, du fer, du chrome, du manganèse, etc., sont magnétiques comme est le fer pur. »

EFFETS DES EAUX SULFUREUSES THERMALES DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Lallemand adresse du Vernet, à M. le secrétaire perpétuel, une lettre sur les effets des eaux sulfureuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; nous en extrayons les passages suivants :

« J'ai voulu, dit M. Lallemand, déposséder l'Italie du monopole de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales, qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités les plus favorisées du ciel ; on n'y a pas même pensé, parce qu'on n'a pas cru la chose possible. Cependant, s'il est une saison dans laquelle il soit plus utile de lutter contre ces affections, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette saison qu'elles sévissent le plus cruellement et que les rechutes sont plus faciles et plus fréquentes. Il importe donc de guérir ces maladies en hiver, non-seulement pour ne pas faire perdre un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades ont ensuite tout l'été devant eux pour compléter leur rétablissement chez eux ; tandis que quand ils vont aux eaux en été, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en automne, et retombent nécessairement en hiver sous l'empire des causes qui ont amené le développement de la première maladie.

» Il faut donc faire le contraire précisément de ce qu'on a toujours fait jusqu'à présent ; il faut s'efforcer de guérir ces affections chroniques dans la saison qui leur est le plus contraire, afin que la convalescence coïncide avec les conditions les plus propres à consolider la cure et à prévenir des rechutes toujours à redouter par des temps rigoureux.

» Mais pour que les eaux thermales puissent être administrées avec avantage en hiver, il faut qu'elles réunissent bien des conditions indispensables dont la plupart ne dépendent pas de la volonté, et ne peuvent être acquises par aucun sacrifice pécuniaire ou remplacées par aucun effort de l'intelligence. Il faut que tout l'établissement puisse être entretenu à une température d'environ 20° c. constante la nuit comme le jour, et uniforme jusque dans les dépendances les plus accessoires, afin de rendre impossible tout refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc. ; c'est ce qu'on ne peut obtenir à l'aide des cheminées, des poêles, etc., qui d'ailleurs nécessitent des courants d'air dans les appartements pour entretenir la combustion, qui ne peuvent être maintenus au même degré d'activité la nuit comme le jour. Les poêles, qui ont sur les cheminées l'avantage de chauffer davantage et d'une manière plus uniforme, dessèchent la poitrine ; d'ailleurs les poêles et les cheminées ne peuvent chauffer tous les lieux dans lesquels les malades ont besoin de circuler. Enfin le système de chauffage par l'eau de M. Duvoir, qui pourrait remplir toutes les conditions voulues, serait beaucoup trop dispendieux si la température de l'eau circulant dans les tubes, devait être entretenue par un combustible. Il faut donc que ce soient les eaux thermales qui passent dans les conduits pour que la température soit égale, partout constante nuit et jour, et ne coûte que les frais de premier établissement. Mais pour cela il faut que la source ait au moins 60° pour céder assez de chaleur dans tout son parcours, qu'elle soit très-abondante pour ne pas s'épuiser, et ne soit pas indispensable à l'administration des bains, douches, etc. ; il faut aussi qu'elle soit plus élevée que le bâtiment pour pouvoir circuler partout. D'un autre côté, il est indispensable que les appartements des baigneurs soient unis à l'établissement thermal, pour que les malades n'aient à traverser pour rentrer chez eux que des lieux aussi chauds que leur appartement.

« Ce n'est pas tout encore : les malades ne peuvent rester sans inconvénient confinés constamment dans un établissement quelconque, quelque vaste qu'il soit ; ils ont besoin de respirer de temps en temps l'air du dehors, de s'exposer aux rayons bienfaisants du soleil. Il faut donc qu'un établissement thermal pour l'hiver soit situé dans un climat qui permette plusieurs heures d'exercice par jour, dans la saison la plus rigoureuse.

» C'est parce que j'ai trouvé toutes ces conditions réunies à Vernet que j'ai poussé les propriétaires à les mettre à profit. Si tout ce qui précède est applicable en général à toutes les affections chroniques, c'est surtout à celles qui ont leur siége dans les organes de la respiration. Mais ici se présente une circonstance tout à fait spéciale et de la plus haute importance. Tout le monde sait que les eaux hydro-sulfureuses sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît en particulier la réputation des Eaux-Bonnes contre tous les cas de cette nature ; mais comment les emploie-t-on en général ? En bains, surtout en boissons. Les Eaux-Bonnes ne s'administrent même que sous cette forme à cause de leur basse température. Si les eaux sulfureuses sont si utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées seulement à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact immédiat avec les tissus mêmes qui sont malades, lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des vésicules aériennes ? Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate, et plusieurs ont imaginé divers moyens de faire respirer aux malades de l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès, parce que la respiration avait lieu à travers des tubes plongeant dans les vapeurs destinées à pénétrer dans les poumons ; il en est toujours résulté une gêne dans la respiration qui ne permettait pas de prolonger cette espèce de supplice au delà de quelques minutes. Pour obvier à cet inconvénient capital, j'ai imaginé de faire vivre, en quelque sorte, ces malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par en bas et s'échappant par en haut, entretient la température de ce courant continu à 18 ou 20 degrés centigrades environ ; température qu'on peut, au reste, faire varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation.

» Dans le principe on n'y reste qu'une heure ou deux matin et soir, mais on s'y habitue bientôt de manière à y rester douze heures par jour sans la moindre incommodité, en s'y livrant aux mêmes occupations que dans son cabinet. On peut imaginer quelle puissante influence une médication aussi directe, aussi permanente, peut exercer sur les organes affectés. Elle est telle, que dès les premiers jours les malades en éprouvent un effet sensible.

» En ce moment il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont guéris depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver dans la crainte de quelque rechute; plusieurs ont même quitté Pise ou Naples pour revenir se plonger dans les vapeurs qui leur avaient été salutaires et que le plus beau climat ne peut remplacer. Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses parfaitement constatées par l'auscultation, de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diarrhées colliquatives, enfin de tous les symptômes qui accompagnent la dernière période de cette terrible maladie.

» C'est donc une révolution à introduire dans la thérapeutique de ces affections, non-seulement quant à l'époque de l'administration des eaux sulfureuses, mais encore quant au mode de leur emploi, puisqu'il s'agit de les faire pénétrer jusqu'aux tissus altérés comme on applique un topique sur un mal extérieur, et cela pendant des journées entières s'il le faut. Depuis longtemps j'avais constaté ce résultat sous ce double rapport. »

NOUVEAU MOYEN DE DISTINGUER LES TACHES ARSENICALES ET LES TACHES ANTIMONIALES.

M. Leroy (de Grenoble) fait part à l'Académie des recherches qu'il vient de faire sur le moyen de distinguer les taches arsenicales et les taches antimoniales. Il pense avoir trouvé quelques caractères nouveaux, quelques réactions particulières, propres à parvenir à ce but d'une manière plus directe qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent.

Le moyen que propose M. Leroy est le sulfhydrate d'ammoniaque employé d'abord seul et ensuite succédant à l'action du chlore ou du brome. Touchée avec une goutte de sulfhydrate d'ammoniaque portée à l'extrémité d'un tube, une tache antimoniale se dissout instantanément, tandis qu'une tache arsenicale résiste ou ne se dissout que lentement. Elle résiste si la température est basse, elle finit par se dissoudre si on l'élève; de sorte que pour obtenir l'effet sous sa forme la plus prononcée, il faut opérer à froid ou, dans tous les cas, à la température ordinaire. « Toujours alors, dit M. Leroy, la tache d'antimoine disparaît entièrement et de suite, lorsque la tache d'arsenic est à peine attaquée. »

Il ressort des expériences dont l'étendue ne nous permet pas de reproduire ici les détails, que ce réactif fournit un moyen de plus à joindre aux moyens que possède déjà la science pour éviter toute équivoque et pour distinguer non-seulement l'arsenic, mais encore l'antimoine, à l'égard duquel on semblait se borner à des caractères négatifs.

— M. Isid. Geoffroy-St-Hilaire dépose sur le bureau le premier numéro des Archives d'anatomie générale et de physiologie, publiées sous la direction de M. Mandl. Il signale ce recueil comme devant concourir, par le bon esprit qui règne dans sa rédaction, aux progrès de ces deux sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

INJECTIONS IODÉES.

M. Fontan obtient la parole à l'occasion de la correspondance, pour donner communication d'une lettre de M. Dieulafoy (de Toulouse).

On a rendu justice, dit-il, au caractère honorable et à la sincérité de M. Dieulafoy, mais on a contesté la valeur scientifique du fait qui a été invoqué dans cette discussion. Je demande à l'Académie la permission de lui lire un extrait d'une lettre qui en renferme les détails, et je ne doute pas qu'après l'avoir entendu, l'Académie ne pense, comme moi, qu'on n'était pas plus fondé à contester la valeur de ce fait qu'on ne l'aurait été à suspecter la loyauté de cet honorable confrère.

Voici le contenu de cette lettre :

C..., teinturier, âgé de 42 ans, d'une constitution cachectique, affaibli par une diarrhée constante depuis deux ans, fut exposé au froid pendant une nuit à la suite de quelques excès. Le lendemain, 19 octobre, malaise général, fièvre, douleurs dans le ventre, diarrhée totalement supprimée. Le médecin ordinaire prescrit le repos, les calmants, un bain. Le 29 octobre, on constate un épanchement dans le péritoine, augmentant malgré le traitement. 15 décembre, consultation avec MM. Viguerie et Rauphost, médecin ordinaire (traitement : digitale à l'intérieur et en frictions, purgatif); sans succès.

Nouvelle consultation le 13 janvier 1841 avec MM. Naudin et Rauphost. La ponction est conseillée. Le 15 janvier, je suis appelé pour faire la ponction. Je trouve le malade très-amaigri, le ventre énormément distendu, les extrémités inférieures infiltrées; la ponction donne 20 litres de liquide clair, mousseux. Le 3 février, appelé de nouveau, nouvelle ponction : 18 litres de liquide. Dans l'intervalle, le malade avait été soumis au traitement conseillé dans les consultations. Ne pouvant respirer et prêt à suffoquer, le 20 février, nouvelle ponction : 24 litres de liquide. Le 9 mars, nouvelle ponction : à peu près même quantité de liquide. Mais le malade très-affaibli eut une syncope presque mortelle. Bien convaincu que l'ascite qui était réfractaire aux remèdes devait entraîner rapidement la perte du malade, je conçus l'idée d'oblitérer la cavité péritonéale par une injection iodée. Ce projet fut accepté par le médecin ordinaire.

Le 20 mars, le malade était sur le point d'expirer, tant était grande la gêne de la respiration par le développement du ventre. Nouvelle ponction. Une solution iodée avait été préparée d'avance : 32 grammes teinture d'iode, 4 grammes iodure de potassium, 150 grammes d'eau. Au moment de l'injection, cette solution fut affaiblie en ajoutant de l'eau; l'injection fut faite dans le péritoine par la canule qui avait été laissée en place; avec la main promenée sur le ventre la solution fut étendue dans cette vaste cavité. Le malade éprouva une sensation de chaleur agréable. Après l'avoir laissée séjourner quelque temps, le malade qui avait été couché à plat fut remis sur le côté, il sortit par la canule la moitié du liquide injecté. Le soir, réaction fébrile, légère douleur de l'abdomen (frictions mercurielles, cataplasmes). Le lendemain, le malade est mieux. Je ne fus appelé auprès de lui que le 19 avril. Nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié. Le développement était fait aux dépens de la partie supérieure et droite de l'abdomen (8 ou 10 litres de liquide). Nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes que lors de la première injection.

Le 30 mai, appelé de nouveau, la tumeur formée par le liquide était globuleuse, arrondie. Nouvelle ponction (3 litres de liquide); nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes, état fébrile, douleur abdominale.

Huit jours après, le malade était infiltré dans tout son tissu cellulaire. La cavité abdominale ne contenait plus de liquide. Je cessai de voir le malade. Des purgatifs le débarrassèrent de son infiltration; la convalescence fut longue; mais sa santé se rétablit complétement; il reprit son état; seulement lorsque étant couché il se relevait, il éprouvait du tiraillement dans le ventre, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité.

M. Blandin : La communication que vient de faire M. Fontan ne fait que me fortifier dans l'opinion que ce fait n'a pas l'importance qu'on lui prête. Ma répugnance à croire à l'innocuité d'une pareille opération était telle que je ne pouvais me défendre *à priori* d'une certaine défiance, et les détails qu'on vient de nous lire me paraissent donner parfaitement raison du fait. Tout le monde sait que rien n'est plus facile que de confondre une ascite avec une hydropisie enkystée. Cette erreur que bien d'autres ont dû commettre, je me rappelle l'avoir commise dans un cas où l'autopsie vint la démontrer. Eh bien ! tout porte à penser qu'ici il en a été de même, et que l'on a eu affaire à un de ces kystes multiloculaires dont on a de si nombreux exemples. Tous les détails de l'événement me paraissent s'accommoder parfaitement de cette explication. Les injections successives qui ont été pratiquées auraient donc été faites dans autant de kystes distincts, et non dans le péritoine comme on le prétend, et il ne me paraît pas démontré même que le liquide soit parvenu dans le kyste séreux quel qu'il soit. Ce qui me porte à le croire, c'est que le malade n'a accusé aucune douleur. Cette circonstance est à mes yeux d'une telle valeur, qu'elle équivaut pour moi à une preuve évidente que l'injection n'est point parvenue dans le péritoine.

M. Fontan : L'hydropisie s'est formée en trois semaines; je demanderai à M. Blandin s'il pense qu'un kyste séreux se fût développé dans un laps de temps aussi court. Je lui ferai remarquer en outre que la disparition de l'hydropisie a été suivie d'un anasarque général, ce qui a lieu, comme on le sait, assez fréquemment par une sorte de métastase à la suite des ascites, mais jamais à la suite de kystes.

M. Velpeau ne comprend pas l'interprétation que M. Blandin cherche à donner à ce fait. Peut-on supposer qu'un kyste multiloculaire eût pu donner vingt-quatre litres de liquide à une seule ponction? Mais admettant même que ce fût un kyste, un kyste assez volumineux pour donner une pareille quantité de sérosité, cela ne ressemble-t-il pas déjà singulièrement à une ascite, et ça change-t-il de beaucoup la question?

M. Velpeau revient sur diverses circonstances relatives à la douleur des injections.

M. le président interrompt M. Velpeau en rappelant que la clôture de la discussion a été prononcée; il va mettre aux voix les conclusions du rapport.

M. Blandin (pour une motion d'ordre) : Je demande que la discussion soit ouverte sur les faits incidents soulevés par la communication de M. Dieulafoy.

M. Caventou : Je demande qu'on vote d'abord sur les conclusions.

M. Roux déplore l'usage consacré par le règlement de l'Académie, qui veut qu'on ne puisse rien répondre au résumé du rapporteur. Cet usage a un grave inconvénient, c'est de permettre au rapporteur de faire intervenir des faits et des arguments nouveaux qui devront rester sans réponse.

M. Velpeau est invité à donner nouvelle lecture des conclusions; elles sont ainsi conçues :

Les commissaires proposent : 1° de remercier M. J. Roux de sa communication; 2° de renvoyer son travail au comité de publication; 3° de le placer en rang honorable sur la liste des candidats aux places de correspondants.

M. Gerdy présente un amendement ainsi conçu : Remercier l'auteur; renvoyer son travail au comité de publication, mais sans se prononcer sur la valeur des injections dans les hydarthroses, etc. (le reste comme dans les conclusions du rapporteur).

M. Rochoux : Les conclusions du rapporteur ne disent rien sur la bonté du remède; elles n'approuvent ni n'improuvent. Ce qu'il y a de favorable est dans le corps du rapport, mais l'Académie n'adopte par son vote que les conclusions; elle reste donc neutre en ce qui concerne les opinions émises par le rapporteur.

M. Velpeau : S'il n'y avait pas d'autre inconvénient dans l'amendement proposé, que d'introduire une phrase surabondante, je ne m'y opposerais pas; mais cette phrase contient implicitement un blâme et un blâme qui retombe directement sur le rapporteur. Je ne puis l'accepter, surtout de la part de M. Gerdy, et je ne pense pas qu'il entre dans l'intention de l'Académie de me le faire subir. (Aux voix! aux voix!)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Blandin présente encore quelques considérations sur le fait de M. Dieulafoy et sur les objections de M. Velpeau. Il désirerait que cette question incidente fût l'objet d'un nouvel examen et d'une discussion approfondie; mais l'Académie ne paraissant pas désirer qu'une nouvelle discussion s'engage, M. Blandin se borne à rétablir, contre le sentiment de M. Velpeau, l'interprétation qu'il vient de donner au fait invoqué.

L'ordre du jour appelle M. Ségalas à la tribune pour un rapport.

STRONGLES GÉANTS DES VOIES URINAIRES.

M. Ségalas lit, au nom de MM. Duméril, Martin-Solon et au sien, un rapport sur une communication de M. Arlaud, chirurgien de la marine royale, relative à une observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme.

Cette espèce d'elminthe a été trouvée bien des fois dans les reins de certains mammifères, notamment du chien, du loup, du renard, et même quelquefois dans les reins du cheval et du bœuf; mais elle est très-rare chez l'homme, ce qui donne à ce fait un intérêt particulier.

Le sujet de cette observation est une fille de 26 ans, bien constituée et bien portante jusqu'à l'époque où se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection vermineuse. Lorsque M. Arlaud la vit, elle souffrait depuis dix-huit mois. Elle avait éprouvé d'abord les symptômes d'une néphrite, pour laquelle on lui avait fait subir un traitement antiphlogistique qui n'avait eu aucun résultat. M. Arlaud apprit, en outre, qu'après trois mois de souffrances, la malade avait rendu spontanément un ver par l'urètre; six autres vers semblables furent expulsés ensuite dans l'espace de six mois. Voici quelques-uns des principaux phénomènes qu'il observa :

Le 3 mars (époque où il l'a vit pour la première fois) : facies souffrant, un peu d'amaigrissement, douleur dans la région rénale droite, engourdissement et douleur le long du nerf rénal droit; ischurie; sensation de piqûre et d'une sorte de mouvement désagréable de reptation et de pesanteur, alternativement dans les lombes et dans la vessie. Le lendemain, rétention complète d'urine. Le cathétérisme fit reconnaître un obstacle au col de la vessie; cet obstacle vaincu et l'urine en partie évacuée, M. Arlaud introduisit une pince de Hunter, à l'aide de laquelle il parvint à saisir un ver rougeâtre, aplati, long de 22 centimètres et de 4 millimètres d'épaisseur, et qu'il reconnut être un strongle géant. Les mêmes accidents s'étant reproduits douze jours après, M. Arlaud, après plusieurs tentatives infructueuses, parvint à saisir, à l'aide d'une pince à trois branches, et à extraire un corps mou, rougeâtre, d'apparence charnue et du volume d'une amande. Dans l'espace de huit mois, il pratiqua ainsi l'extraction d'une quinzaine de ces corps, de volume différent, et de sept nouveaux strongles. Un nouveau corps mou, spongieux, ayant la forme d'un gros marron et contenant cinq autres corps plus petits dans son centre fut rendu plus tard par l'urètre, après des douleurs vives et des efforts pénibles d'expulsion semblables à ceux d'un accouchement.

Pendant la durée de cette longue maladie, les règles avaient été supprimées, et il s'était manifesté de fréquentes hémorrhagies, tantôt par les bronches ou par l'estomac, qui avaient fini par prendre une marche périodique.

A la suite de plusieurs tumeurs séro-sanguinolentes abcédées sur divers points du corps, les règles reparurent vers le mois d'avril (c'est-à-dire plus de deux ans après leur suppression). A cette même époque, une membrane de 30 centimètres, formant un conduit cylindrique, sortit spontanément par l'urètre. A dater de ce moment, la malade alla de mieux en mieux. M. Arlaud, obligé de changer de résidence, cessa de voir la malade au mois de juillet; mais il a appris depuis que trois nouveaux strongles avaient été extraits.

Durant tout le temps que la malade a été soumise à l'observation de M. Arlaud, chaque fois qu'il y eut une extraction d'un strongle, il se manifesta toujours divers accidents nerveux et un peu de fièvre, souvent une hématurie, quelquefois du hoquet.

Telles sont, en résumé, les principales circonstances de l'observation recueillie par M. Arlaud. Elle est d'autant plus importante à enregistrer que les faits authentiques de ce genre sont extrêmement rares. Aussi la commission a-t-elle cru devoir se livrer avec le plus grand soin à l'examen des pièces jointes au récit. Voici ce qui résulte de son observation :

Les pièces adressées par M. Arlaud sont : 1° deux entozoaires; 2° une espèce de gaîne membraneuse; 3° un corps charnu; 4° deux autres petits corps charnus.

Les deux vers, ayant à peu près la longueur des grands ascarides lombricoïdes de l'homme, ont été reconnus, d'après leurs caractères zoologiques, pour des entozoaires appartenant à l'ordre des vers cavitaires de l'espèce strongle géant et du sexe femelle, ainsi que l'avait pensé M. Arlaud.

Le tube membraneux dans lequel l'index peut être introduit est constitué par une membrane mince, d'une couleur jaune blanchâtre; elle est formée par des fibres blanches et nacrées, texture que les commissaires ont retrouvée dans la peau d'un gros strongle géant. Ce tube a donc appartenu, suivant toutes les apparences, à un strongle géant énorme qui a dû se rompre dans la partie des voies urinaires où il séjournait; quant aux trois autres corps charnus, ils sont d'une nature musculeuse et d'une origine indéterminée.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission : 1° de remercier M. Arlaud de son intéressante communication; 2° d'inscrire son nom sur la liste préparatoire des candidats aux places de correspondants; 3° de publier le fait dans les fascicules de l'Académie, et d'y joindre, s'il est possible, un dessin des pièces à l'appui.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Capuron lit un rapport sur un fait curieux d'obstétrique dont il nous est impossible de saisir le moindre détail. (Nous tâcherons d'y suppléer dans notre prochain compte rendu.)

M. P. Dubois aurait quelques observations à présenter sur ce rapport; mais l'heure étant trop avancée, il demande qu'on surseoie au vote des conclusions et que la parole lui soit réservée pour la prochaine séance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

L'Encyclopédie du dentiste, ou répertoire général de toutes les connaissances médico-chirurgicales sur l'anatomie et la pathologie des dents, sur les deux dentitions, avec conseils aux mères, aux nourrices et aux gens du monde sur les soins de la bouche et les moyens de conserver les dents saines et belles; précédé de l'Histoire du dentiste chez les anciens, et accompagné d'un Traité compet sur les dents artificielles et principalement sur les osanores; par William Rogers.—Deuxième édition.—Un vol. in-8° — Paris, 1845. Chez J.-B. Baillière et chez l'auteur.

Manuel d'hygiène dentaire a l'usage de toutes les classes et professions; par le même. —Un vol. in-12. — Paris, 1845. Chez l'auteur, rue Saint-Honoré, 270, et chez les principaux libraires.

La vogue, décidément, est aux in-octavos. Jadis on lisait les annonces sur les murs ou au bas des journaux; aujourd'hui c'est à la dernière page d'un gros, parfois d'un savant ouvrage qu'il les faut aller chercher. Ce changement est-il un grogrès réel ? A part la critique, dont la besogne augmente ainsi dans une proportion énorme, il nous semble que tout le monde y doit trouver son compte. Le lecteur a du moins de quoi se dédommager des nauséabondes senteurs de la réclame : l'auteur lui-même, quelles qu'aient été ses véritables intentions en écrivant un livre, est, ce nous semble, plus à l'aise s'il peut au moins donner à ses inventions une forme ou même un prétexte scientifique. Enfin cette tendance ne fît-elle que dénoter une réforme imminente dans les mœurs publiques sous ce rapport, nous applaudirions encore et de tout notre cœur aux symptômes les plus fugaces qui paraîtraient la faire pressentir.

M. Rogers, fort connu déjà parmi ceux qui s'occupent spécialement de la prothèse dentaire, vient de publier la deuxième édition d'une Encyclopédie du dentiste. Si, après l'avoir lue attentivement, nous n'y avons guère trouvé rien de bien réellement nouveau sinon les eaux, brosses, ciment et dents artificielles de son invention, il n'en est pas moins vrai que toutes les connaissances de nécessité et même de luxe sur la science et l'art du dentiste y sont réunies dans un cadre à la fois simple et méthodique, attrayant à une lecture soutenue autant que commode pour les recherches de détail. Le plan du livre, il est vrai, ne comportait guère d'innovation systématique; il se divise en dix parties : 1° paléologie dentaire; 2° traité anatomique de la dent; 3° première dentition; dents de lait; 4° seconde dentition; 5° pathologie dentaire, maladies des dents; 6° hygiène de la bouche; 7° thérapeutique dentaire; 8° physiologie dentaire; 9° odontotechnie; 10° les osanores.

Ce travail, on le reconnaît sans peine, et l'auteur le déclare lui-même catégoriquement, n'a pas été composé exclusivement pour les médecins. Tout le montre, le développement de certains chapitres, la concision de presque tous les détails techniques, le style, le choix des citations, etc., prouvent que M. Rogers en le rédigeant a eu sans cesse en vue deux ordres bien distincts de lecteurs. Nous ne lui ferons donc pas le procès sur ce que nous n'avons pas trouvé dans son livre, parce que, raisonnablement, nous aurions eu tort de l'y chercher. Mais il ne nous en coûte nullement, car cela est de toute justice, de déclarer que ce qui peut y manquer quant à certains points d'anatomie de texture, d'évolution des organes, de pathogénie, de descriptions de procédés, est abondamment racheté par la clarté parfaite de la rédaction. L'auteur a voulu ici parler aux gens du monde un langage qu'ils pussent comprendre; mais la science n'est ni sacrifiée ni mutilée dans ce but; il la dégage seulement de ce qui pourrait leur en gêner la facile perception en émondant de son arbre les sommités les plus épineuses et les plus ardues. Une spécialité aussi cultivée, aussi riche en ouvrages classiques que la pathologie dentaire avait, ce nous semble, plus à gagner à un pareil travail de simplification qu'à un nouveau livre conçu et écrit sur les mêmes bases que les anciens. On peut donc, en toute sécurité de conscience,

louer M. Rogers et sur ce qu'il a fait et sur ce qu'il n'a pas fait, sur ce qu'il a mis dans son livre et sur ce qu'il a osé y omettre. L'art ne saurait en éprouver de dommage sérieux ; il y gagnera sans doute en devenant désormais plus généralement connu et partant mieux apprécié.

Quelques chapitres méritent en outre de notre part une recommandation plus spéciale. La *paléologie dentaire* contient, sous la forme de sentences, d'anecdotes, d'épigrammes, etc., une foule de notions extrêmement curieuses sur l'état de l'art chez les anciens, sur les moyens hygiéniques et cosmétiques en honneur dès les temps les plus reculés, sur l'importance que tous les peuples, tous les âges ont accordée à la conservation et à la belle apparence des dents. Cette partie est véritablement travaillée ; et ce n'est réellement qu'après l'avoir lue tout entière qu'on songe à se plaindre de son trop grand développement. Ce n'est pas de l'érudition, ce n'est pas du racontage : on assiste, pour ainsi dire, à une conversation brillante entre vingt écrivains anciens et modernes, où chacun fournit son trait, sa repartie et dont l'auteur se réserve seulement le droit de gouverner la direction. Chacun voudra parcourir ces pages qu'on n'analyse point, mais qu'on peut recommander sans crainte d'encourir un reproche.

Sous un autre rapport, nous mentionnerons dans la sixième partie une série de propositions ou de conseils pour la conservation des dents, où le mérite d'une observation judicieuse et neuve en beaucoup de points s'allie constamment à un style dont la concision augmente encore l'autorité du précepte. Ce sont là des règles à méditer ; elles sont le fruit d'une longue expérience et résument complétement cet intéressant sujet, en même temps qu'elles l'éclairent de plusieurs aperçus réellement neufs.

M. Rogers a imaginé un nouveau système de dents artificielles, qu'il appelle osanores. Cette innovation a déjà fait quelque bruit : aussi n'avons-nous pas ouvert sans un certain empressement un livre dont le titre promettait un *traité complet sur les dents artificielles et principalement sur les osanores*. Si la physionomie particulière de l'ouvrage avait pu d'abord nous faire craindre un instant de voir notre curiosité déçue, ce passage si explicite eût dû certainement suffire pour dissiper toute méfiance : « Bien différent, dit l'auteur (v. p. 447), de plusieurs de mes confrères, je me suis gardé de solliciter un brevet, parce que ma pensée intime est que tout homme qui a fait une découverte utile à ses semblables doit à l'instant même la livrer au public, au lieu de restreindre son idée aux étroites proportions de l'exploitation mercantile. » Et cependant, malgré tant et de si fortes assurances, plus nous avancions, plus la terre promise semblait fuir sous nos pas. Force éloges, maint récit de succès, des lettres de félicitations, des vers même... oui, des vers (car les osanores ont inspiré tout un poëme, dédié à l'auteur par madame la baronne Jenny-Éléonore de B...), voilà tout ce qui nous a été accordé, et ce dont nous devons nous contenter au sujet de la composition et du mode d'application de ces fameux *rateliers à succion*. Nos lecteurs ne gagneraient rien à se montrer plus exigeants envers nous, car nous ne pourrions que les renvoyer à l'auteur, dont l'extrême concision sur ce chapitre nous laisse le regret de n'avoir pas un mot à dire sur une invention qu'il faut bien croire admirable, puisque M. Rogers prend la peine de la déclarer telle dans vingt passages de son livre. Voici tout ce que le texte contient sur le procédé du posage (nous empruntons la description du manuel opératoire au poëme déjà cité de madame de B...) ;

Le docteur mit deux doigts sur mes lèvres tremblantes,
Examina ma bouche, et des dents très-brillantes
Fermèrent aussitôt, par un pouvoir divin,
La brèche qui causait ma douleur, mon chagrin.

Puisons encore à cette source ; la poésie, on le sait, a le droit de tout dire ; et si l'on a ici quelque chose à déplorer, c'est seulement qu'elle n'ait pas usé plus librement de son privilége pour suppléer aux lacunes de l'ouvrage.

Au comble du bonheur, je bénis l'osanore,
Puisque son grand pouvoir conserve une beauté
Qui fait toute ma gloire et ma félicité.
Laisse-moi voir tes dents, admirable parure ;
On dirait qu'elles sont filles de la nature !
Leur parfaite blancheur, leur incarnat rosé,
Charmeraient un vieillard et son regard blasé.

(Les Osanores, chant IIIe.)

Avant de fermer l'encyclopédie du dentiste, nous signalerons encore à l'attention de l'auteur (au cas d'une troisième édition) quelques fautes d'impression d'autant plus importantes à rectifier que certaines d'entre elles pourraient, par des esprits malveillants, être attribuées à d'autres qu'au compositeur. Ainsi la *fortune* de la dent est bien certainement sa *forme* ; la dent *œnillère* sera pour tout le monde la dent *œillère*, etc. Mais quelques lecteurs pourraient être moins indulgens à l'encontre d'autres passages et voir, par exemple, dans M. *Fulmouche*, au lieu de *Toulmouche*, peut-être l'essai d'un calembourg anglais (1) ; dans *Cœlius d'Orléans*, au lieu de *Cœlius Aurelianus*, une erreur plus topographique que typographique.

Le Manuel d'hygiène dentaire ne sera pas long à faire connaître. Appelé depuis longtemps, par l'étendue de sa clientèle, à soigner des affections dentaires dans toutes les classes, à tous les âges, dans les diverses professions, M. Rogers comprit de bonne heure que, dans chacune de ces conditions, hygiénique ou sociale, différentes, le système dentaire était exposé à des dangers, à des causes de lésions particulières, et que les mêmes règles préservatrices de son intégrité ne pouvaient par conséquent pas convenir indistinctement à tous les individus. Il y avait là le germe d'un excellent livre, si l'on voulait s'astreindre à ne remplir ce plan si pratique que d'une manière pratique, c'est-à-dire à le composer seulement des résultats d'une expérience attentive et mûrement méditée. M. Rogers a bien traité ce cadre ; mais il reconnaîtra certainement de lui-même que beaucoup de ses compartiments sont restés à peu près vides et attendent encore une seconde visite de la main qui les a disposés. Une intention bonne en elle-même, mais exagérée sans doute, a contribué à rendre ces lacunes plus saillantes. L'auteur, dans un empressement louable, a voulu qu'aucune profession ne fût exclue de son livre ; que toutes y trouvassent des conseils spécialement adressés à elle. Dans ce but il a multiplié à l'excès les divisions et les subdivisions, sans le plus souvent s'apercevoir que l'analogie des conditions propres à beaucoup d'entre elles rendait les redites à peu près forcées. Quels avis différents, par exemple, donner sur l'entretien de la bouche aux *journalistes* et aux *feuilletonistes*, aux *tragédiens* et aux *comédiens*, aux *naturalistes* et aux *botanistes*, aux *bijoutiers* et aux *orfèvres?...* Aussi n'avons-nous point été étonnés de rencontrer dans les règles qu'il leur indique une foule de répétitions, qu'un peu moins de prétention à tout embrasser lui eût facilement épargnées. Avec cette correction, le livre de M. Rogers aura plus de valeur sous un moindre volume ; plus aisément consulté, il le sera alors plus fréquemment et avec beaucoup plus de fruit.

(1) Le mot *full*, en anglais, signifie plein, entier.

VARIÉTÉS.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.— SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU MARDI 30 DÉCEMBRE 1845.

I.— La société avait proposé un prix de la valeur de 500 fr. sur la question suivante :

« Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers ? »

La société a reçu cinq mémoires que nous allons examiner dans l'ordre que leur mérite leur a assigné.

Le n° 4 a pour épigraphe :

« Les remèdes qu'exigent les misères de la classe pauvre intéressent les hommes de tous les rangs et sont liés aux fondements mêmes de notre ordre social. » (A. Chevallier.)

L'auteur étudie toutes les branches de l'industrie manufacturière ; il le fait avec méthode, clarté, et une judicieuse appréciation soit médicale, soit physiologique. Mais, par une contradiction singulière, après avoir signalé bon nombre de causes morbifiques qui ressortissent directement à l'industrie elle-même, il ne reconnaît de nuisible à la santé de l'ouvrier que le battage du coton à la baguette. Le dépérissement de l'individu et la dégradation de la classe ouvrière sont pour lui les effets directs des mauvaises mœurs et des conditions hygiéniques en dehors de l'atelier. On ne pourrait arriver à des conclusions plus opposées aux prémisses qu'il avait posées avec une si remarquable habileté.

L'auteur du mémoire n° 5 a pris pour épigraphe cet apophthegme dont la vérité paraît altérée par un seul mot :

« La misère, la faim, le travail incessant, voilà ce qui tue la virilité du prolétaire ; mais il est encore plus heureux d'énerver l'espèce humaine sous les toits de l'atelier que de l'aguerrir sous la tente, parce que le commerce crée pendant que la guerre détruit. »

L'auteur, donnant trop souvent à la question un sens philosophique plutôt que médical, applique à toutes les industries ce qu'il dit d'une seule ; il n'étudie que la fabrique lyonnaise, mais il le fait avec une profonde connaissance. Il étudie le *canut* dans l'atelier comme dans sa vie extérieure, et il apprécie en physiologiste consommé, en médecin habile, les maladies que le *canut* contracte dans son travail et celles qui sont le résultat de la triste condition que lui fait l'industrie. On regrette de rencontrer dans ce mémoire, remarquable souvent par la beauté du style, par l'élévation des pensées, des choses qui peuvent passer pour des contradictions, d'autres pour des hors-d'œuvre, qui détournent l'auteur du véritable esprit du programme.

Le mémoire n° 1 a pour épigraphe :

Des bienfaits les plus doux l'homme corrompt l'usage.

L'auteur résume en quelques pages ce que l'on trouve chez les deux premiers ; on dirait qu'il n'a voulu présenter que la substance d'un travail où devaient se trouver résolus tous les points de la question. On regrette qu'il n'ait pas donné à sa composition les développements indispensables pour étayer sa pensée. La concision a été en cette circonstance un défaut réel.

Le mémoire n° 3 porte pour épigraphe :

Dic verum mihi, Marce, dic, amabo;
Nihil est quod magis audiam libenter.
(MARTIAL, Epigramme, liber 8.)
Odiosa veritas! (Epigr. LXXII.)

Ce travail a des défauts contraires : il est diffus, sans plan, sans méthode; aussi l'auteur est-il tombé dans des répétitions continuelles. Il n'est certes pas sans mérite, mais la forme qu'il a donnée a tout obscurci, et les meilleures choses, isolées et perdues au milieu de redites continuelles, passent pour ainsi dire inaperçues.

Le mémoire n° 2 a pour épigraphe :

Non est vivere vita, sed valere.
(MARTIAL.)

La nature a voulu sans doute, mère sage,
Entre tous ses enfants faire un égal partage :
Aux brutes n'accorder qu'un instinct limité,
Mais au lieu de l'esprit leur donner la santé.

L'auteur paraît avoir manqué de temps et peut-être d'occasions pour étudier le problème. Il n'a fait qu'une œuvre incomplète où l'on trouve néanmoins les traces d'un esprit judicieux, mais philosophique plutôt que médical.

La société accorde :

1° Une médaille de 300 fr. et le titre de membre corrrespondant à M. le docteur Thouvenin, médecin à Lille, auteur du mémoire n° 4;

2° Une médaille de 200 fr. à M. le docteur Gerbaud, médecin à Lyon, auteur du mémoire n° 5;

M. Gerbaud, couronné dans un concours précédent, est déjà membre correspondant de la société;

3° Une mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur Le Chaptois, médecin à Bolbec (Seine-Inférieure), auteur du mémoire n° 1.

II. — La société rappelle ici le texte de la question qu'elle a mise au concours pour 1846, et le préambule dont elle l'a fait précéder :

« Les classifications diverses qui ont été faites depuis un demi-siècle pour les maladies de la peau ont exercé une grande influence sur leur diagnostic et sur leur thérapeutique. Ça n'a pas été toujours à l'avantage de l'un et de l'autre, et trop souvent l'esprit du médecin reste indécis sur les principes qu'il doit suivre. Le temps semble être venu pour dissiper toutes les incertitudes qui règnent encore après les travaux des hommes célèbres qui ont fait des maladies de la peau une étude spéciale ; mais on ne peut espérer d'obtenir ce résultat que par une longue comparaison clinique. La société, en mettant la question suivante au concours, espère que ceux qui la traiteront n'oublieront jamais que les faits seuls donneront une grande importance à leurs travaux. »

« Quelle est la classification des maladies de la peau qui a contribué le plus aux progrès de leur thérapeutique (1)? »

Le prix, qui est une médaille de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1846.

III. — Si l'homme a fait tourner à son profit avec une si ingénieuse sagacité une maladie qu'il observait chez les animaux, il en contracte d'autres par leur contact, mortelles pour lui comme pour eux. La morve, qui semble particulière à la classe des solipèdes, est l'une des plus cruelles. On ne sait si sa transmission à l'espèce humaine fut reconnue autrefois, mais depuis quelques années des faits incontestables ont établi cette triste vérité. Le premier de ces faits fut recueilli en 1811 par M. le docteur Hameau, médecin à La Teste, qui le fit connaître à notre société avec autant d'empressement qu'il en mit plus tard à lui communiquer les faits de pellagre qu'il observa le premier, en France, dans les landes du département de la Gironde. La morve pouvant être destinée à prendre une fatale extension, il convient d'en étudier la nature, le caractère, la marche et le traitement, tout en s'éclairant des lumières que pourra fournir la médecine comparée. C'est dans ce but que la société propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1847, la question suivante :

« De la morve chez l'homme, et de sa transmission des animaux à l'espèce humaine. »

IV. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

V. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations manuscrits sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants, et à récompenser leurs efforts.

La société a reçu cette année un assez bon nombre de mémoires manuscrits sur divers sujets. Elle a trouvé dans tous des preuves authentiques de savoir et de zèle, et tous méritent également sa reconnaissance ; mais elle en a distingué particulièrement trois qui lui ont été envoyés par MM. les docteurs Lafargue, médecin à Bordeaux, Lefèvre, membre correspondant, médecin à Rochefort, et Philippe, aide-major à l'hôpital militaire de notre ville et membre correspondant.

M. le docteur Lafargue a traité des difficultés du diagnostic des tumeurs. Il présente une série de faits qui met dans tout son jour l'incertitude qui existe encore sur cette partie si importante de la chirurgie. L'exposition de ces faits, l'appréciation des opinions émises à leur occasion, décèlent un esprit juste et bien propre lui-même à porter la lumière là où règne tant d'obscurité.

Placé mieux que personne pour juger la question de l'antagonisme entre la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire, M. le professeur Lefèvre a mis à profit les riches matériaux que lui offraient les archives de l'hôpital et de la ville de Rochefort. Il les a étudiés avec cette sûreté du jugement que nous avons reconnue dans tous ses travaux antérieurs. Aussi il est difficile de ne pas partager ses convictions quand il se prononce pour la négative.

M. le docteur Foucart a recueilli l'observation d'une arthrite survenue à la suite d'une blennorrhagie. C'est là le texte d'un mémoire dans lequel il examine l'opinion des auteurs qui ont admis cette terminaison de l'écoulement urétral. L'auteur se livre, à cette occasion, à une discussion dans laquelle il se montre aussi judicieux observateur que praticien habile.

M. le docteur Philippe s'est livré à des recherches intéressantes sur l'éducation de l'ouïe chez les sourds. Sans négliger les agents thérapeutiques pour combattre la surdité, il accorde toutefois une grande importance à l'art de diriger l'attention. Ce mémoire fournit de nouvelles preuves du zèle de M. le docteur Philippe.

La société, toujours heureuse de récompenser de pareils travaux, accorde :

1° Une médaille d'encouragement au docteur Lafargue.

Ce médecin habitant Paris, elle regrette que son règlement lui interdise d'ajouter à cette preuve de son estime le titre de membre correspondant ;

2° Une médaille d'encouragement à M. le docteur Lefèvre ;

3° Une première mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur Foucart ;

4° Une seconde mention honorable à M. le docteur Philippe, membre correspondant.

VI. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver par des expériences exactes son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que de simples nomenclatures. Elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

La société n'a à couronner cette année aucun travail de ce genre. Elle en est d'autant plus étonnée, que la présence de la variole dans ce département a dû ramener beaucoup d'esprits à la découverte jennerienne.

VII. — Les mémoires écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, francs de port, chez M. BURGUET, secrétaire général de la société, rue Fondaudége, 67, avant le 15 mars.

Les membres associés résidants de la société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté contenant leurs noms, leur adresse ou celle de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 30 décembre 1845.

DUPONT, président.
BURGUET, secrétaire général.

(1) Les mémoires envoyés sur cette question devront être remis au secrétariat de la société le 15 mars 1846.

PETITE CORRESPONDANCE.

La GAZETTE MÉDICALE n'a pas reçu : des ARCHIVES DE MÉDECINE DU MIDI, les numéros d'octobre et de novembre ; du JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, le numéro de septembre ; du JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER, juillet, novembre et décembre ; du BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS, tous les numéros, moins le numéro 10 ; des ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE, les numéros de juillet à décembre ; du JOURNAL DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BRUXELLES, le numéro de décembre. Nous prions nos honorables confrères de nous adresser ces numéros sans retard, et de veiller à ce que leur journal nous parvienne plus exactement, s'ils veulent que la GAZETTE MÉDICALE en donne régulièrement l'analyse.

— M. le prof. Fr. à L. : Vous recevrez prochainement les mémoires et une réponse détaillée à votre lettre.

— M. le prof. B. à M. : Merci de tout cœur de vos encouragements ; c'est une récompense anticipée : *Intelligenti pauca*.

— M. le docteur Dav. à Aut. : Accepté vos propositions ; vous recevrez prochainement. On rendra compte de votre mémoire, qui est très-bon.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LES INJECTIONS IODÉES.

La discussion qui vient d'occuper plusieurs séances de l'Académie ne porterait qu'une partie de ses fruits si on en laissait les éléments épars. Chacun a donné son opinion, invoqué son expérience, produit ses preuves, mais il n'est personne qui, prenant la position d'appréciateur impartial, ait fait la part de chaque chose, et ait conclu dans le seul intérêt de la science et de la vérité. M. le rapporteur, moins que tout autre, n'a rempli ce rôle; au contraire, usant largement du privilége accordé à tout rapporteur de parler le dernier sans crainte d'être contredit, il a rassemblé toutes les propositions hasardées que la discussion avait éparpillées et mal menées, et, au lieu d'un résumé où chaque objection, chaque fait eût obtenu au moins une mention, il a présenté le résumé de ses prétentions, de ses assertions, laissant ainsi à chacun le soin de refaire pour son propre usage ce qu'il avait sans doute de bonnes raisons pour ne pas tenter. En pareille occurrence c'est à la presse à parler pour ceux que les règlements académiques obligent à se taire : c'est un droit, c'est un devoir.

La discussion peut être ramenée aux points suivants :

1° Les injections iodées sont-elles préférables aux injections vineuses: *a* sont-elles moins douloureuses? *b* offrent-elles moins de danger? *c* sont-elles plus efficaces? *d* offrent-elles des propriétés spéciales?

2° Peut-on les appliquer sans inconvénients et avec des avantages qui leur soient propres, *a* aux collections séreuses sous-cutanées; *b* au bronchocèle; *c* aux kystes synoviaux; *d* aux hydarthroses; *e* aux tumeurs hématiques; *f* aux abcès roids?

I. La première question envisagée d'une manière générale ne peut pas être résolue immédiatement. D'une part, MM. Blandin, Gerdy et Roux se sont prononcés pour les injections vineuses; de l'autre, MM. Bérard, Jobert, Laugier, Velpeau préfèrent les injections iodées. A prendre les choses à ce point de vue, on pourrait croire que le vin et l'iode sont également bons, et que la préférence à donner à l'un ou à l'autre est une pure affaire de sentiment; il faut donc entrer plus avant dans la question. En procédant à l'analyse des éléments dont elle se compose, on arrive aux véritables motifs, aux motifs rationnels de la conviction de chacun.

Douleur. Tous les auteurs, partisans et adversaires, sont à peu près d'accord sur ce point: les injections iodées causent moins de douleur que le vin. La différence n'est pas aussi grande sans doute que l'assure M. Velpeau; mais elle existe. A quoi tient cette différence? L'analogie sinon l'identité d'action signalée par MM. Laugier et Caventou entre les injections vineuses et les injections iodées n'aurait-elle pas dû mettre sur la voie : s'il est vrai, en effet, comme tout porte à le croire, que les unes et les autres n'agissent qu'à la faveur de l'alcool qu'elles contiennent, la plus grande douleur causée par le vin ne tiendrait-elle pas à ce que celui-ci est employé chaud, très-chaud, à ce qu'on est obligé de l'employer à plus fortes doses et d'en réitérer l'emploi? et ces diverses conditions du succès de la méthode n'auraient-elles pas pour motif la plus faible quantité de son élément actif, l'alcool? L'expérience résoudrait facilement cette difficulté : injectez du vin froid aussi chargé d'alcool que l'injection iodée, et vous verrez.

Danger. — Ce second point est moins facile à résoudre que le précédent. Les partisans du vin reprochent à l'iode des inflammations graves, érysipélateuses, phlegmoneuses, la gangrène, par suite d'injections dans le tissu cellulaire. Les partisans de l'iode nient ces faits et les imputent au vin. De quel côté est la vérité? De quel côté l'exagération? Reconnaissons d'abord avec la bonne foi dont les partisans du vin ont fait preuve, que cette dernière méthode a quelquefois donné lieu à ces divers accidents; mais ils sont tellement exceptionnels que beaucoup de praticiens ne les ont jamais rencontrés.

Suivant M. Velpeau et quelques autres, il n'en serait pas de même de l'iode. Voyons l'expérience. On a cité des faits cliniques, M. Velpeau les a niés ou expliqués. Mais il y en a d'autres qu'il ignore sans doute ou qu'il ne pouvait pas connaître encore. Le dernier numéro de la Clinique de Montpellier rappelle un fait de gangrène des bourses cité dans la thèse de M. Carion (1844), survenu chez un malade opéré à l'hôpital Saint-Éloi par M. Lallemant. Si ce fait, à cause de son ancienneté, pouvait avoir perdu de son autorité aux yeux de M. Velpeau, nous lui en citerions un beaucoup plus récent qu'il n'ignore pas sans doute. Au moment où la discussion était close, un cas de gangrène des mieux caractérisés survenait à l'hôpital Saint-Louis, à la suite d'une simple injection iodée dans la tunique vaginale. M. Velpeau qui se défie avec raison aujourd'hui (1) de l'expérience de ceux qui repoussent une méthode n'aura pas ici ce prétexte : l'accident en question, et dont nous donnerons plus tard la relation détaillée, est arrivé à un très-habile chirurgien, et de plus, à un très-zélé partisan de la méthode. A l'appui des faits cliniques et pour les éclairer, un jeune médecin, M. Babault, a fait sur des chiens les expériences que nous avons publiées dans notre dernier numéro. Chez tous ces animaux opérés, la gangrène a suivi l'injection de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire. A ces expériences si concluantes M. Velpeau a objecté d'autres expériences négatives étayées d'insinuations peu obligeantes à l'adresse de l'expérimentateur; mais l'argument ne vaut pas mieux que son adjuvant. Il eût été plus sage et plus utile à la méthode de reconnaître que l'injection iodée dans le tissu cellulaire des bourses est autant à craindre que l'injection vineuse, qu'il faut s'en garder soigneusement sous peine de s'exposer à la gangrène. C'eût été rendre service à la science, aux praticiens et aux malades.

Efficacité. — De part et d'autre on a cité des insuccès, mais de part et d'autre de très-nombreux succès. Ce qu'il y a de consolant, c'est qu'au lieu d'un bon moyen on en a deux, si tant est qu'ils diffèrent. Reconnaissons toutefois que dans certains cas où les injections iodées avaient échoué les injections vineuses ont réussi, et réciproquement. Partant quittes. Reconnaissons même que les injections vineuses, pour être aussi souvent efficaces que les injections iodées, paraîtraient exiger plus de précautions relativement à l'étendue de l'injection, à sa durée, c'est-à-dire à l'intensité réelle de son action. Ces particularités, que notre impartialité nous empêche de méconnaître, conduisent naturellement à l'examen du point suivant.

Propriétés spéciales. — La même efficacité, les mêmes accidents, jusqu'aux nuances différentielles qui les distinguent, tout devait faire présu-

(1) On sait que M. Velpeau n'a pas toujours professé le même principe : on se rappelle en effet que, se fondant sur ses propres et nombreux insuccès dans le strabisme (M. Velpeau reconnaît qu'il ne réussit que chez la moitié de ses malades), il accusait la véracité de ceux qui disaient réussir presque toujours.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les injections iodées. — Style modèle. — L'axiome de Buffon. — Ténotomie magnétique. — Mercuriale de la Gazette Médicale de Montpellier. — Encore M. Lagoguey. — Troubles médicaux de la Grande-Bretagne. — Révolte médicale à Séville. — La maladie des pommes de terre expliquée. — Succédanée des sangsues. — Nouvelle médecine physiologiq e. — La fièvre puerperale à Birmingham. — M. Liebig baron. — Ligature du pneumo-gastrique. — Pastorale chirurgicale de M. S. l'archevêque de St-Dié. — Scène médicale au Palais-Royal. — La médecine à la sixième chambre.

La *chronique*, avec la modestie qui lui convient, s'immisce rarement aux discussions académiques; l'air de ces hautes régions ne convient pas à son tempérament. Il ne s'ensuit pas qu'elle reste absolument sourde aux savantes choses qui s'y débitent et le *doux zéphir* (ou l'aquilon) *qui règne en ces beaux lieux* en porte toujours quelque chose à ses oreilles. Or la querelle entre les injections iodées et les injections vineuses l'a particulièrement intéressée. A entendre la teinture d'iode, le vin était hors d'âge, usé, vieux style, passé à l'état d'*antique*. Et justement la discussion démontre qu'il n'y a rien de meilleur contre l'hydrocèle et l'hydarthrose que la teinture d'iode sans iode; en d'autres termes, que ces fameuses injections iodées, agissant uniquement par l'alcool, ne sont au fond que ce qu'elles voulaient renverser, c'est-à-dire des injections vineuses. O Providence, ce sont là de tes jeux!

M. Burdin a proposé de nommer une commission chargée de poursuivre de nouvelles expériences. Nous n'y voyons rien à redire. Si même cela ne gênait pas trop l'honorable membre d'instituer un nouveau prix de 3,000 fr. pour celui qui démontrerait l'inutilité, sinon les dangers, de l'iode dans le traitement des hydarthroses et de l'hydrocèle, nous lui en serions particulièrement obligé.

— Voici, sur le même sujet, une phrase empruntée à un auteur qui passe pour avoir du style et reproche volontiers aux médecins d'en manquer : « Les résultats chimiques annoncés par M. Guibourt... ne tendent rien moins qu'à ceci : à savoir que la teinture d'iode, *suivant la préparation récente ou ancienne*, est un médicament d'*une nature toute différente* et dont l'énergie varie entre zéro et maximum. »

— Phrase pour phrase, nous préférons celle que nous allons extraire du premier article du premi r numéro d'un nouveau journal. L'auteur ne passe pas plus que le précédent pour un mauvais écrivain ; au contraire, il passe pour ne pas écrire du tout, bien qu'il ait déjà publié huit ou neuf volumes. Mais cette fois nous espérons bien que ces méchants bruits s'arrêteront devant le style que voici : « On l'a dit avec raison, *explorer est la base de la médecine*. Tous les maîtres de l'art ont reconnu que *sans les explorations* la médecine n'existerait pas. » L'axiome de Buffon n'a jamais été plus juste.

mer que ces deux méthodes n'agissent qu'en vertu du même principe, des mêmes propriétés. On a donc supposé avec toute apparence de raison que les injections vineuses et les injections iodées ne sont efficaces qu'en vertu de l'alcool qui les anime. M. Caventou a surtout fait ressortir les raisons qui militent en faveur de cette opinion. Les injections iodées doivent être moins abondantes parce qu'elles renferment une plus forte proportion d'alcool, 33 et même 35 pour 100, tandis que les vins les plus riches n'en contiennent que 25 pour 100. Il s'ensuit qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel vin; car tandis que les vins de la haute Bourgogne contiennent 16 pour 100 de liquide alcoolique à 22°, ceux du Midi 24 à 25 pour 100, les vins des environs de Paris n'en contiennent que 11 à 12. On remarquera d'ailleurs que l'alcool de la teinture d'iode est d'un titre bien plus élevé que celui du vin. Ces diverses circonstances font donc présumer que les deux méthodes agissent absolument de la même manière, en vertu des mêmes éléments, du même principe. Ce qui tend encore à le démontrer, c'est que la teinture d'iode dont on se sert pour les injections, étendue d'eau, donne facilement lieu à la précipitation de l'iode dont une partie reste ainsi dans la seringue, et l'autre se rassemble en un point de l'intérieur de la tunique vaginale, alors que l'alcool agit sur toute l'étendue de sa surface. Il aurait donc fallu, pour avoir des résultats concluants, n'employer qu'une solution aqueuse tenant parfaitement l'iode en suspension, si cette solution eût été possible. N'omettons pas de faire remarquer en outre que l'efficacité du vin, accrue par la chaleur, est en parfait accord avec cette explication. M. Caventou a rappelé à cette occasion les expériences de M. l'Homme (de ChâteauThierry), qui injectait avec beaucoup de succès de la vapeur de vin. Or, qu'est-ce que la vapeur du vin, sinon de l'eau alcoolisée? — Si cette doctrine se vérifie, et nous pensons que cela ne tardera pas, il en résultera que les injections iodées réussiront quoique iodées, au lieu de parce que iodées. C'est ce qui sera surtout vrai à un autre point de vue; mais n'anticipons pas.

II. Les applications nombreuses que l'on a faites dans ces derniers temps des injections iodées à la cure des autres collections séreuses, des kystes hématiques, synoviaux, des hydarthroses, des abcès froids, sont d'une bien autre importance pour la chirurgie et pour les malades. Ce que nous en avons dit précédemment nous dispense d'insister sur ce premier point. Faisons remarquer seulement qu'ici la comparaison n'existe plus entre le vin et la teinture d'iode, entre deux moyens également bons, mais entre deux méthodes dont l'une est souvent dangereuse, mortelle même, et l'autre est parfaitement innocente, sinon toujours efficace. Ajoutons que ce n'est plus seulement à un ordre d'affections très-bénignes, à l'hydrocèle qu'on a affaire, mais à une foule d'affections de gravité très-diverse, depuis le simple kyste jusqu'aux abcès par congestion. Nous nous croyons d'autant plus obligé de poser nettement la question, que M. Velpeau l'a mieux esquivée, et que personne n'a pu troubler les satisfactions terminales dans lesquelles il s'est enveloppé.

Or, de quoi s'agissait-il? De savoir, 1° si les injections iodées dans le traitement des kystes séreux, synoviaux, des hydarthroses, des abcès, réussissent; 2° si elles réussissent autrement qu'à la faveur du mode opératoire emprunté à la méthode sous-cutanée; 3° si les dangers qui les accompagnent presque toujours ne tiennent pas précisément et uniquement à la présence de la teinture d'iode (1). A ces trois questions précises M. Velpeau n'a répondu que par ces mots de son résumé : « Est-il besoin de rappeler » que M. Blandin se trompe en préférant pour les ponctions dont je parle » les trois-quarts à robinet et aspirateur au petit trois-quart cylindrique? » Que vient-il m'objecter la méthode sous-cutanée et les opinions de Boyer, » quand mes observations viennent toutes déposer contre la manière de » voir de ce patriarche de la chirurgie (1)? » Voilà toute l'argumentation de M. Velpeau sur ce point. Est-il nécessaire de faire remarquer, en passant, la facilité merveilleuse, l'adresse infinie avec laquelle l'habile rapporteur, après avoir accolé la méthode sous-cutanée à Boyer, escamote cette méthode pour ne parler plus que de la manière de voir du patriarche de la chirurgie contre laquelle déposent ses observations. Remplissons donc en très-peu de mots la lacune laissée par M. le rapporteur.

Pour bien apprécier le caractère originel et original des applications générales de la méthode des injections iodées, il faut se rappeler qu'avant 1839, époque où la méthode sous-cutanée établit en principe l'innocuité absolue de ses opérations de toute sorte, y compris les ponctions articulaires, il n'était question nulle part du système opératoire qu'on a cherché à substituer depuis à cette méthode. On peut en acquérir la preuve incontestable en parcourant les différents volumes de la médecine opératoire de M. Velpeau, portant, comme on sait, la date de 1839, mais publiés postérieurement à cette date. A chacune des opérations absorbées depuis par les injections iodées, il n'est question de cette dernière méthode que sous forme de proposition hypothétique et très-exceptionnelle, laissant aux méthodes antérieures toute leur autorité et mentionnant déjà la plupart des applications de la méthode sous-cutanée. A mesure que le cercle de ces dernières s'est agrandi, que la réalité du fait capital qui leur sert de base, l'innocuité des plaies fermées au contact de l'air, s'est vérifiée, la méthode des injections iodées s'en est emparée, en y ajoutant l'iode ou en substituant cette substance aux scarifications sous-cutanées. Qu'est-il advenu? que les injections iodées ont pu réussir en raison du mode opératoire employé, mais avec des accidents proportionnés à l'action de la teinture d'iode ajoutée. Voilà toute la formule des succès et des accidents de la méthode de M. Velpeau. Parcourons-en rapidement les applications.

A. *Kystes séreux.* Peuvent guérir avec des accidents modérés. Cependant si le kyste est multiloculaire ou hydatique, M. Velpeau reconnaît l'insuffisance des injections iodées. Il n'en est pas de même des ponctions et scarifications sous-cutanées qui réussissent très-bien dans ces complications comme dans les cas simples.

B. *Bronchocèle.* Opération qui n'est pas sans danger, au dire de M. Velpeau lui-même; ne peut réussir qu'en faisant courir les risques d'une inflammation grave dont il est impossible de calculer l'étendue et les suites. L'incision sous-cutanée longitudinale du kyste, aidée des scarifications de sa surface interne, n'expose à aucun danger et remplit exactement le même but.

C. *Kystes synoviaux.* De l'avis de M. Velpeau, les injections iodées ne

(1) Ceci est clair, et ce n'est pas d'aujourd'hui que la question est posée dans ces termes catégoriques. Rappelons même, pour qu'on ne suppose pas que l'idée nous en est venue après coup, que dès la première fois que M. Velpeau exprima ses prétentions dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1842, nous y répondîmes par une lettre adressée à ce corps savant, lettre sur laquelle M. Velpeau jugea prudemment devoir garder le plus profond silence.

(1) Résumé de la discussion, GAZETTE DES HÔPITAUX, 27 janvier 1846, p. 43, 1re col.

— Le dernier numéro du JOURNAL DU MAGNÉTISME renferme l'histoire d'une section du tendon d'Achille pratiquée sur une demoiselle qu'on avait préalablement endormie. Voici dans quels termes est rapportée cette nouvelle preuve d'insensibilité magnétique :

« Lorsque l'instrument eut traversé les chairs, la malade fit entendre un » *bourdonnement* sourd. Alors plusieurs des assistants, qui ignoraient qu'elle » avait l'habitude de *chanter* pendant son état de somnambulisme, *crurent* que » c'étaient des *plaintes* arrachées par la douleur; mais peu à peu la voix devint » plus claire; à la monotonie des premiers sons succéda un chant vibrant et sonore.

» Huit témoins, dont cinq médecins, assistaient à cette opération, et *tous*, » ajoute le journal, se sont retirés *entièrement convaincus* de l'utile emploi que » l'on fait du magnétisme dans les opérations chirurgicales. » Le journal ne cite pas les noms des honorables confrères sur lesquels le magnétisme aurait produit un aussi curieux résultat. Cela n'eût pas été tout à fait sans intérêt; car quelques lecteurs penseront sans doute avec nous, que ce qu'il y a de plus extraordinaire dans ce fait, ce n'est pas le *bourdonnement sourd* de l'*insensible* opérée.

— LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER adresse à son *aimable sœur* la GAZETTE MÉDIDALE DE PARIS une très-longue mercuriale sur une analyse faite par celle-ci d'une brochure intitulée : *Réponse aux questions du programme présenté par la commission permanente.* Suivant notre sœur chérie, cette analyse ne donne pas *une idée exacte* du travail. Si elle avait dit *une idée complète*, nous ne ferions pas difficulté d'en convenir, n'ayant pas eu la prétention de suivre chacune des huit brochures du même genre analysées par nous dans l'examen des interminables questions de la *commission permanente.* Mais pour de l'inexactitude, toute la tendresse du monde ne saurait nous y faire souscrire. La difficulté, du reste, ne roule que sur un point. Nous avons dit : « M. Chrestien tranche dans le vif; il demande la suppression des écoles préparatoires » (GAZ. MÉD., 1845, p. 840), et M. Chrestien nie qu'il ait demandé cette suppression. Or, voici *intégralement* le passage de sa brochure qui a trait aux écoles préparatoires : « *Loin de connaître des avantages* aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, *nous ne leur connaissons que l'inconvénient* d'augmenter le nombre des officiers de santé, en facilitant l'entrée de la carrière à des jeunes gens dont l'éducation de collége est inachevée, et qui, plus tard, ne sont pas capables d'obtenir les baccalauréats exigés pour le doctorat en médecine. » Ainsi, M. Chrestien ne reconnaît aux écoles secondaires aucun avantage; il leur reconnaît un grave inconvénient, et il ne demande pas leur suppression! A ceci nous n'avons qu'un raisonnement à opposer. Les remarques qu'on vient de lire impliquent-elles, oui ou non, une conséquence quelconque? Si non, elles n'ont aucun sens; si oui, la conséquence ne peut être que le maintien ou la suppression des écoles préparatoires. Les remarques de M. Chrestien peuvent-elles conclure au maintien de ces écoles? voilà toute la question.

Au surplus, nous sommes étonné de ne pas voir l'exactitude de notre analyse contestée sur beaucoup d'autres points. Par exemple, à propos du nombre des Facultés de médecine, M. Chrestien dit : « Leur nombre actuel ne nous paraît ni insuffisant ni trop considérable, » et notre compte rendu affirme que

réussissent pas quand le contenu de ces kystes est gélatiniforme, et dans les cas simples elles ne réussissent qu'au moyen de l'inflammation du foyer. La méthode sous-cutanée réussit dans *tous* les cas, quel que soit le contenu du kyste, et elle réussit sans inflammation.

D. Hydarthroses. Opération des plus graves, et jusqu'ici problématiquement efficace par les injections iodées ; toujours innocente et fréquemment efficace par la méthode sous-cutanée. M. Velpeau a cité comme preuve d'innocuité de ces injections des expériences sur les chevaux. Outre qu'il n'y a point parité entre le cheval et l'homme, M. Bouley a cité des expériences contraires, où des accidents graves avaient suivi les injections articulaires chez le cheval. A propos de cette catégorie de faits, M. Velpeau, à défaut de succès réels et complets, a cité des cas où les injections iodées avaient retardé l'amputation du membre de six mois, d'une année. Sans nous arrêter à la question de savoir si, dans ces cas, l'injection n'a pas rendu indispensable une opération qu'une autre méthode eût peut-être empêchée, nous rappellerons que M. le rapporteur se montre infiniment moins difficile aujourd'hui qu'à une autre époque. On n'a peut-être pas oublié qu'en faisant le procès à une certaine statistique devant la même académie, M. Velpeau s'amusa beaucoup aux dépens d'un cas d'hydarthrose du genou, annoncé comme amélioré par la méthode sous-cutanée, et dont le sujet avait été obligé plus tard de recourir à l'amputation. Il y a, comme on voit, améliorations et améliorations. M. Velpeau est beaucoup moins difficile quand il s'agit des injections iodées. Ses motifs sont sûrement très-plausibles.

E. Tumeurs hématiques. C'est peut-être la catégorie où l'on peut le mieux juger de la valeur relative des deux méthodes. Voici comment M. Velpeau s'exprime dans sa médecine opératoire : « Pour peu qu'il existe des » caillots ou des concrétions dans le kyste, il est *presque impossible* que » les topiques, les *injections*, les vésicatoires volants réussissent... Dans ces » cas donc l'*opération proprement* dite (section extérieure de la tumeur, » inflammation suppurative) peut être proposée (1). » M. Velpeau n'a probablement pas changé d'opinion depuis. Or nous affirmons sans restriction aucune que dans ces sortes de collections la méthode sous-cutanée n'a jamais échoué : elles en ont tout au plus exigé deux applications; aucune opération d'ailleurs n'a été suivie du plus petit accident.

Abcès froids. Il n'existe jusqu'ici aucun cas authentique de guérison de ces abcès par les injections iodées. M. Velpeau en a cité très-laconiquement et très-vaguement quelques-uns. Ayant voulu savoir au juste de quoi il s'agissait, nous avons fait quelques recherches, mais nous n'avons pas trouvé ce que les paroles de M. Velpeau semblaient annoncer. Ainsi, en parlant d'un fait propre à M. Boinet, M. Velpeau dit : « Demandez à M. Boinet si, » chez un jeune homme traité d'un large kyste de la fosse iliaque par » l'injection iodée, la guérison s'est longtemps fait attendre, et s'il est sur» venu chez ce malade un seul phénomène inquiétant (2)? » Or, renseignements pris auprès de M. Boinet, il reste établi qu'il ne s'agissait pas d'un kyste, d'un abcès, mais simplement d'une ancienne fistule, consécutive à un abcès de la fosse iliaque, fistule dont l'oblitération a été favorisée par les injections iodées. Voilà comme on écrit l'histoire des injections iodées. Jusqu'ici donc il n'y a point encore d'exemple bien avéré d'abcès froids ou par congestion guéris par cette méthode. Il est même à désirer, pour le salut des malades, qu'on ne tente point d'y parvenir : la méthode sous-cutanée a d'ailleurs fait ses preuves depuis longtemps à cet égard.

On voit donc qu'en ce qui concerne les applications de la méthode des injections iodées, en dehors de l'hydrocèle, leur succès est très-problématique, généralement entouré d'accidents dont la gravité varie en raison de la nature et du siége du kyste; et ce succès est toujours le résultat du mode opératoire emprunté à la méthode sous-cutanée. Elles guérissent parfois malgré l'iode. N'est-ce pas, à un autre point de vue, ce que nous disions de l'iode comparé au vin pour l'hydrocèle? Les injections iodées dans l'hydrocèle guérissent par le vin dissimulé et malgré l'iode; les injections iodées dans le traitement des kystes synoviaux, des hydarthroses, des abcès, etc., guérissent par la méthode sous-cutanée déguisée et malgré l'iode. C'est, comme on voit, la même conclusion pour les deux cas : l'expérience décidera s'il y a un mot à y changer.

(1) Médecine opératoire, t. III, p. 158.
(2) Gaz. des hôp., 27 janvier 1846, p. 42.

OBSTÉTRIQUE.

Du diagnostic de la grossesse ; par M. le professeur Paul Dubois (1).

Le diagnostic de la grossesse, considéré soit sous un point de vue purement pratique, soit dans ses rapports avec la médecine légale, offre un intérêt que personne ne saurait contester, et qui résulte non seulement de l'importance des cas dans lesquels son secours est invoqué, mais encore des causes nombreuses et variées qui peuvent le rendre obscur et difficile. Il est en effet peu de questions dans l'exercice de notre art dont la solution impose au médecin une mission plus délicate et une responsabilité plus grande. Il suffit pour s'en convaincre de songer aux graves intérêts matériels et moraux que cette solution peut sauver ou compromettre.

Les modifications que la grossesse produit sont rarement réunies toutes chez le même sujet, mais les plus importantes et les plus significatives le sont en général, et leur manifestation est assez apparente pour que la cause réelle en soit presque toujours aisément reconnue; le diagnostic de la grossesse est donc ordinairement facile, du moins quand elle a déjà parcouru ses premières périodes; toutefois des complications diverses peuvent créer des difficultés sérieuses et provoquer des incertitudes et même des erreurs dont l'expérience la plus grande ne met pas toujours à l'abri. Il ne faut pas oublier, d'une autre part, que notre opinion et nos recherches ne sont pas toujours sollicitées pour des cas de grossesse réelle, et qu'elles le sont presque aussi souvent pour des cas de grossesse supposée à tort, et dont quelques apparences plus ou moins décevantes ont fait naître l'idée; or, il est certain que ces derniers présentent souvent des difficultés plus grandes que les autres. A ces difficultés qui résultent tout à la fois de l'insuffisance de nos moyens d'investigation et d'une similitude trompeuse dans les désordres fonctionnels et dans les conditions extérieures, s'en

(1) Ce mémoire peut être considéré, à quelques changements près dans la forme, comme un extrait du Traité d'obstétrique que M. le professeur P. Dubois a depuis longtemps annoncé, et dont les premières livraisons vont paraître prochainement. Nous croyons pouvoir faire espérer à nos lecteurs qu'ils auront, sur les principaux points de l'art des accouchements, les prémices de cet important ouvrage. (N. du Réd.)

« M. Chrestien demande le *statu quo*. » Mais pas du tout! M. Chrestien ne demande pas le *statu quo!* Il ne demande pas que le nombre des Facultés ne soit ni augmenté ni diminué; il dit seulement que le nombre, tel qu'il est, n'est ni trop grand ni trop petit.

— M. Lagoguey St-Joseph, bien connu de nos lecteurs, nous écrit une longue et spirituelle lettre de remerciment. Ceci prouve que nous ne nous étions pas trompé à l'endroit de l'excellent caractère du principal fondateur du congrès médical. M. Lagoguey, qui a beaucoup réfléchi sur toutes les conséquences de sa première idée, ne paraît pas très-convaincu de l'efficacité des mesures prises par le congrès pour l'abolition des affiches et des prospectus. *Experto crede Roberto.* Lisez plutôt ce que nous écrit à cet égard M. Lagoguey : « Je vais démon» trer, dit-il, l'impuissance et l'inutilité de cette mesure. Je suis médecin » cosmopolite, et ne puis vivre sans affiches ni prospectus (je n'ai pas d'ami jour» naliste) ; le congrès obtient donc la loi favorite, affiches et prospectus prohibés, » je le suppose. Or j'arrive à Paris ou à Brives-la-Gaillarde ; je laisse tomber ma » tabatière, dans la Seine ou dans le Vézère : le lendemain cent affiches, quatre » mille prospectus, et les journaux du lieu annoncent en gros caractères :

» Mille francs de récompense !!!

» M. Lagoguey St-Joseph, médecin-oculiste, fondateur du congrès médical de » Paris, etc., etc., a perdu une tabatière d'un travail exquis, qu'il tient de la re» connaissance de M. le chevalier de Vieillard, lieutenant-colonel, ex-maréchal» des-logis des gardes du corps de Louis XVI, qu'il a opéré de cataractes à Mortagne, à l'âge de 85 ans.

» M. Lagoguey-St-Joseph attache d'autant plus de prix à la possession de cette » tabatière qu'elle est le travail de l'opéré, cinq ans après son opération.

» La personne qui aurait trouvé ce précieux bijou est priée de le rapporter à » l'hôtel de ...., rue de ...., où ce médecin attendra jusqu'à la fin du mois, et » remettra la récompense promise depuis *midi* jusqu'à *deux heures.* »

— Dans les trois royaumes de la Grande-Bretagne, la profession médicale menace de perdre à tout jamais le renom de grave et de paisible qu'elle s'était acquis. Ce n'est partout que clameurs et disputes : les médecins se plaignent des apothicaires parce qu'ils gagnent trop d'argent; les apothicaires se plaignent des droguistes qui voudraient en gagner autant qu'eux ; les charlatans se plaignent de la chasse qu'on leur fait ; les malades seuls ne se plaignent pas. Hélas ! ce fait n'est que trop significatif.

— Une révolte a éclaté parmi les étudiants en médecine de Séville. Un professeur patriote était-il, comme à Paris, en butte *aux tracasseries du pouvoir?* Nullement. La chaire d'Hippocrate était-elle envahie par le *jésuitisme?* Pas davantage. Ou bien ne serait-ce pas qu'on aurait introduit dans les examens quelque rigueur nouvelle? Encore moins. Point n'était question non plus de *fueros*, ni des biens du clergé, ni du prétendant, ni du mariage de la reine, ni du manifeste de l'infant, ni de l'entrevue de Pampelune. De quoi s'agissait-il donc? Il s'agissait de la chose du monde la plus grave, d'une chose qui touche à la liberté individuelle et sent son inquisition d'une lieue ; il s'agissait, en un mot, d'une ordonnance interdisant l'entrée aux cours *sans cravate et sans casquette!*

ajoutent d'autres que créent trop souvent les témoignages des personnes soumises à nos recherches, lorsque le diagnostic de l'homme de l'art les intéresse au plus haut degré. Une femme qui est enceinte et qui ne devrait pas l'être nie avec une obstination incroyable, et quelquefois avec l'indignation en apparence la plus sincère, jusqu'à la possibilité même de sa situation. Telle autre qui n'a aucune raison de craindre et de dissimuler une grossesse, pour des motifs raisonnables ou non, ne veut pas absolument admettre qu'elle existe. Une troisième croit être grosse parce qu'elle éprouve quelques nausées, parce que son ventre se développe, parce que ses menstrues ne sont pas tout à fait régulières, et plus que tout cela, parce qu'elle le désire ardemment et ne veut rien accepter de ce qui pourrait dissiper son illusion. Il est à peu près impossible que ces négations obstinées et ces idées préconçues n'exercent aucune influence sur l'esprit du médecin ; et ainsi s'expliquent des erreurs assez fréquentes qui ne sont pas toujours le fruit de l'ignorance et de la précipitation, mais qui sont quelquefois commises par des praticiens judicieux, instruits et attentifs. Ces dernières réflexions, que j'emprunte à un homme d'un profond savoir et d'un excellent esprit (1), et les difficultés qu'elles révèlent, justifieront le soin que je prendrai d'exposer d'abord les phénomènes qui, bien appréciés, constituent les signes de la grossesse, et d'examiner ensuite la valeur séméiologique de chacun d'eux en particulier.

Lorsqu'une femme est enceinte, ses règles cessent de paraître, un certain trouble se manifeste dans ses fonctions digestives et parfois dans celles du système nerveux ; ses seins se gonflent et deviennent sensibles ou même douloureux ; la membrane muqueuse vaginale prend une teinte bleuâtre, violette ou lie-de-vin ; la portion vaginale du col utérin change de forme, de volume, de situation et de consistance ; le corps de l'utérus, également modifié dans sa forme, dans son volume, dans sa structure intime et surtout dans son appareil circulatoire, s'élève au-dessus du détroit supérieur et distend graduellement les parois abdominales. Sa cavité contient un fœtus mobile au milieu des eaux de l'amnios, dont les mouvements actifs de plus en plus prononcés produisent des impressions diverses ressenties par la mère, et dont les bruits circulatoires se propagent au delà des organes dans lesquels il est renfermé. L'aréole des seins se colore et prend une teinte brunâtre plus ou moins foncée ; elle se couvre en quelques points de tubercules papillaires, et s'entoure plus tard de la zone tachetée que j'ai décrite ; un liquide séro-lactescent s'écoule par le mamelon ; des taches brunâtres de forme et de dimension variables se développent sur quelques régions de la peau ; le col utérin s'élargit, s'affaisse en quelque sorte et s'aplatit de haut en bas ; enfin l'orifice s'ouvre, et laisse à nu une petite portion des membranes : telles sont les modifications principales et appréciables que la grossesse produit. En conséquence, reconnaître l'existence ou l'absence de cet état, c'est constater l'existence ou l'absence de la plupart de ces modifications fonctionnelles et organiques.

Parmi les phénomènes que je viens de rassembler à dessein, il en est plusieurs dont la connaissance ne peut être acquise que par des témoignages étrangers, trop souvent suspects ; il en est d'autres dont l'existence peut et doit être reconnue par nos sens. Il en est qui peuvent être provoqués par des causes variées et étrangères au développement d'un produit de conception, et qui d'ailleurs sont loin d'en être la conséquence constante ; il en est d'autres qui ont avec la grossesse une coexistence nécessaire, mais qui ne lui appartiennent pas exclusivement ; il en est enfin qui sont inséparables de cet état et ne coexistent jamais avec un autre. L'on peut donc juger par ce qui précède que notre esprit et nos sens doivent puiser les éléments d'une conviction à des sources qui sont loin d'avoir toutes une égale importance, et que les conclusions que nous pourrons déduire de la constatation des phénomènes que j'ai exposés n'auront pas toutes la même valeur : ainsi l'existence des unes établira des *présomptions*, l'existence des autres des *probabilités*, celle de quelques autres enfin une *certitude*. Cette distinction, adoptée par M. Montgomery (1) dans un travail plein d'intérêt, et que je rappellerai plusieurs fois dans le cours de cet article, me paraît infiniment préférable à celle de la plupart des accoucheurs qui distinguent les signes en *rationnels* et en *sensibles* ; distinction qui ne se fonde que sur les différents moyens par lesquels ils sont recueillis, et non sur leur importance relative, ce qui est beaucoup plus utile.

Lorsque la menstruation est interrompue sans aucune cause accidentelle appréciable chez une femme jeune, bien portante, bien réglée, et qui s'est exposée à devenir enceinte, on considère en général cette suspension comme l'indice d'une grossesse commençante ; toute pensée d'une grossesse est exclue au contraire lorsque les règles continuent de paraître aux époques où elles étaient attendues. La conclusion, dans l'un et l'autre cas, est presque toujours fondée, et c'est avec raison que la suppression ou la persistance des règles sont regardées comme très-significatives dans la question qui nous occupe. Cependant il s'en faut de beaucoup que ces inductions soient rigoureuses.

J'ai dit ailleurs, après avoir exposé les phénomènes de la menstruation, qu'il est peu de fonctions dont l'accomplissement régulier exige à un plus haut degré l'intégrité de la santé générale ; aussi n'en est-il guère qui soient plus souvent troublées par les causes nombreuses qui produisent des modifications lentes ou soudaines dans l'économie, les unes la préparant graduellement à la suppression des règles, les autres en prévenant brusquement le retour au moment même où il était imminent. Je me contenterai de rappeler, parmi ces causes, l'impression subite du froid, une indisposition même légère, une fatigue extrême, les émotions vives de l'âme, une irritation développée dans quelque organe, le changement de lieux et d'habitudes.

Une suppression qui survient sous l'influence oubliée ou méconnue de l'une de ces causes, chez des femmes qui se sont exposées à devenir enceintes, peut donc donner lieu de croire à l'existence d'une grossesse, et ces erreurs de diagnostic s'observent très-souvent ; mais il est un cas où cette supposition erronée devient presque inévitable, c'est lorsque la cause qui la fait naître se produit dans certaines circonstances qui semblent lui donner encore plus de valeur. Par exemple, il n'est pas très-rare qu'une jeune femme récemment mariée éprouve une suppression de règles qui, survenant sans doute sous l'influence seule des impressions nouvelles auxquelles les organes génitaux ont été exposés, conduit d'autant plus naturellement à conjecturer une grossesse, que cette suppression ne tarde pas à être suivie de quelques autres phénomènes ordinairement consécutifs d'une conception. Denman (2) dit avoir vu plusieurs faits de ce genre, et après lui d'autres accoucheurs, Schmitt (3) en particulier, en ont également signalé. Un exemple

(1) Gooch, AN ACCOUNT OF SOME OF THE MOST IMPORTANT DISEASES PECULIAR TO WOMEN. — 2e édit., page 199.

(1) Montgomery, AN EXPOSITION OF THE SIGNS AND SYMPTOMS OF PREGNANCY.
(2) Denman, INTRODUCTION TO MIDWIFERY, page 149, septième édition.
(3) Schmitt, RECUEIL D'OBSERVATIONS SUR DES CAS DE GROSSESSES DOUTEUSES ;

Au fait, si l'Andalousie est, comme on l'appelle, *l'écurie de l'Espagne*, c'est bien le moins qu'à Séville on puisse entrer aux cours comme à l'écurie.

— En Angleterre comme en France, on s'est beaucoup préoccupé de la maladie des pommes de terre. On pensait avoir épuisé la question, lorsque le docteur Playfair, dans une leçon à l'Académie royale d'agriculture, a conclu que la maladie des pommes de terre n'était rien moins qu'une hydropisie !

— Un naturaliste vient de découvrir un genre d'annélides fort commun dans les eaux courantes des Alpes et des Pyrénées, et pouvant rendre les mêmes services que les sangsues ordinaires. Quand la médecine physiologique brillait de tout son éclat, les sangsues étaient rares ; maintenant qu'elle est morte, les sangsues vont foisonner. La Fortune est aveugle, et un ancien avait bien raison de dire que la meilleure façon de l'honorer est de l'accabler de reproches. *Fortuna conviciis colitur.*

— Mais non, la *médecine physiologique* n'est pas morte ! car c'est précisément le titre d'une brochure récente, laquelle n'est elle-même qu'un extrait d'un ouvrage plus étendu. Mais, ô inconstance des choses humaines ! cette nouvelle doctrine, non moins physiologique que sa devancière, rejette les saignées et les sangsues, *et autres remèdes débilitants et perturbateurs*. Comme sa devancière aussi, elle réduit la mortalité à vue d'œil partout où elle pénètre, et invoque en preuve *des rapports officiels et authentiques*. Elle n'a pas encore fait le tour du monde ; mais cela viendra. A l'heure qu'il est, elle est déjà bien connue dans la commune de Trigavou, dans celle de Tréméreuc et dans le séminaire de Saint-Malo. Ses succès dans ces deux communes ne laissent aucun doute ; ils sont attestés par M. le maire, la sœur Saint-Thomas, *fille de la sagesse (sic)*, le curé de Saint-Malo et le desservant de Trigavou.

— Un médecin accoucheur de l'hôpital de Birmingham se lamente sur les ravages que fait la fièvre puerpérale dans cet établissement. Il attribue ces résultats funestes à la contagion, et pour étayer cette opinion, il cite des cas non moins nombreux et non moins déplorables arrivés à plusieurs de ses amis. Un de nos confrères disait à cette occasion que si ces tristes documents ne prouvent pas la contagion de la fièvre puerpérale, ils prouvent du moins que les mécomptes de la médecine ne sont pas plus rares au delà qu'en deçà de la Manche.

— Le professeur Liebig a été fait récemment baron par le grand-duc de Hesse-Darmstadt. La même faveur vient d'être accordée par le roi des Français à M. le docteur Pasquier, son premier chirurgien. C'est une coutume fort louable assurément, et qu'on ne saurait trop encourager ; il est seulement à regretter que le malheur des temps ne permette plus aux princes d'ajouter au titre de baron une baronnie, mais une baronnie véritable, avec droits de hart, d'aubaine, de taille, de justice, de pigeonnier, de confiscation, de chevauchée et autres *droits superbes*, parmi lesquels le droit de battre monnaie aurait pour les médecins un avantage particulier.

— Un chirurgien dont on connaît la louable franchise dans l'aveu de ses fautes appréciera le zèle que nous mettons à remplir ses vues, et il nous saura gré de publier l'observation suivante :

Un homme de 32 ans portait une énorme tumeur cancéreuse occupant presque

de cette anomalie s'est offert à mon observation il y a quelques années, et je suis témoin d'un autre en ce moment. Il n'est pas rare non plus que, chez une femme rapprochée de son mari après une longue absence, les règles se suppriment accidentellement, sans autre cause apparente que cette réunion même, qui y est cependant tout à fait étrangère; enfin, une suppression également indépendante de la grossesse est quelquefois aussi observée chez des femmes non mariées, précisément après qu'elles se sont secrètement et pour la première fois exposées à devenir enceintes; Gooch en cite en ces termes un cas intéressant : « Une jeune femme élégamment vêtue se présenta chez moi un soir, et après un long silence et beaucoup d'agitation elle m'apprit qu'elle n'était pas mariée, qu'un jeune homme avec lequel elle était très-liée avait, un certain jour, abusé de cette intimité; que depuis ce moment ses règles s'étaient supprimées, que son ventre avait pris un développement remarquable, et que ses parents, qui n'avaient pu manquer de s'en apercevoir, lui avaient déjà manifesté l'intention de consulter un médecin. Comme la suppression des règles datait de quatre mois seulement, et comme je désirais, dans une telle occurrence, n'exprimer à cette jeune femme qu'une opinion décisive, je l'engageai à venir me revoir dans un mois, et afin de prévenir les conséquences possibles de ses alarmes, je m'attachai à lui persuader que son appréhension n'était pas fondée. Exactement un mois après, une voiture s'arrêta à ma porte, et la même jeune femme fut introduite dans mon cabinet; son agitation était excessive, et elle avait pris la précaution de se vêtir de manière à rendre faciles les recherches que je me proposais de faire; aussitôt que j'eus appliqué ma main sur les parois abdominales, je restai convaincu qu'elle n'était pas enceinte; la saillie qu'elles formaient était si molle et si dépressible que ma main pénétra presque jusqu'à la colonne vertébrale. Je constatai aussitôt après l'état de l'utérus à l'aide du toucher vaginal : je trouvai le museau de tanche long et ferme, et le corps de l'organe restreint à ses dimensions régulières. Je déclarai donc à cette jeune femme qu'elle n'était pas enceinte, et à cette nouvelle heureuse et inattendue, elle eut une défaillance (1). »

Si les règles peuvent être supprimées sans qu'il y ait grossesse, le contraire peut être aussi observé. Il arrive quelquefois en effet qu'elles continuent de paraître quoique la grossesse existe; c'est une vérité qui me semble aujourd'hui entrée dans le domaine de la science, et il n'est pas d'année où je n'aie l'occasion d'observer et de signaler à l'attention des élèves qui suivent la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine, des exemples bien positifs de cette exception.

Quoique ces anomalies aient fixé l'attention des médecins depuis bien longtemps (2), des accoucheurs modernes dont le nom fait autorité dans la science ont cependant révoqué en doute l'exactitude de ces observations. Denman pousse l'incrédulité sur ce point jusqu'à l'ironie. Après avoir affirmé que la suppression des règles est une conséquence constante de la grossesse : « Je laisse, dit-il, aux philosophes le soin de rechercher quel plaisir l'esprit humain peut trouver dans les récits de faits singuliers qui ne dépendent ni de notre volonté ni de notre pouvoir, et dont on ne peut espérer ni réputation ni avantage (3). » J. Hamilton (d'Édimbourg) (4) professe la même incrédulité que Denman; et j'ajouterai que mon père, dont l'expérience était très-grande, et dont l'esprit fort éclairé acceptait sans nulle peine, mais avec discernement, les faits même les plus opposés à ses opinions, enseignait que la persistance des règles chez une femme qui se croyait enceinte suffisait pour qu'on pût sûrement prononcer qu'elle ne l'était pas. Il est bien certain que l'observation ne justifie pas ces dénégations; mais quand elles sont exprimées par des hommes dont personne ne saurait révoquer en doute le savoir, l'expérience et le jugement, elles prouvent du moins que l'apparition périodique des règles chez une femme grosse est un phénomène rare, et que les jeunes praticiens abusent singulièrement de la connaissance de cette exception, en admettant beaucoup trop souvent, et presque toujours à tort, l'existence d'une grossesse chez des femmes dont les règles ne sont pas suspendues.

Il convient néanmoins de faire observer, quant à la persistance des règles malgré la grossesse, que des accoucheurs s'accordent à dire qu'elles ne paraissent en général qu'à la première, et tout au plus à la seconde époque qui suivent la conception; que cette menstruation anormale offre d'ailleurs dans ses apparitions, dans sa durée, dans la quantité et la coloration du sang perdu, des différences que j'ai exposées ailleurs et qui leur paraissent caractéristiques. Ces remarques sont justes et doivent être prises sans doute en considération; mais elles n'ont pas dans la pratique la valeur qu'on avait tenté de leur prêter. S'il est vrai en effet qu'en général, lorsque les règles ne sont pas suspendues par une grossesse, elles ne paraissent qu'une ou deux fois, il n'en est pas moins vrai aussi qu'on les a vues persister plus longtemps et même pendant toute sa durée. D'une autre part, les différences que je viens de signaler dans les principaux phénomènes de l'écoulement, quand il a lieu pendant la gestation, peuvent se présenter également dans des conditions qui y sont étrangères, et se combiner avec des réactions sympathiques parfaitement semblables à celles qui appartiennent à cet état.

Il résulte de ce qui précède qu'une suspension des règles peut se produire sans cause accidentelle apparente et même dans des conditions particulières qui seraient de nature à justifier la supposition d'une grossesse, sans que cependant cet état existe; et que, d'une autre part, il n'est pas impossible que les règles persistent avec les caractères qui appartiennent à une menstruation régulière, bien qu'une grossesse soit déjà commencée. Concluons donc de ces deux anomalies opposées que si l'on ne consultait que l'état de la menstruation, on pourrait être conduit quelquefois à présumer une grossesse lorsqu'elle n'existe pas, et à la rejeter d'autres fois lorsque réellement elle existe.

S'il est des circonstances dans lesquelles la considération seule de l'état de la menstruation peut induire en erreur, il importe de rappeler qu'il en est d'autres où elle ne peut être d'aucun secours. J'ai dit ailleurs que si l'accomplissement et jusqu'à un certain point la régularité de la menstruation sont favorables et presque nécessaires à la fécondation, il n'en fallait pas moins reconnaître que celle-ci peut avoir lieu malgré l'absence de ces deux conditions, et j'en ai cité des preuves nombreuses.

Des femmes sont devenues enceintes sans être réglées, soit qu'elles ne le fussent pas encore, ou soit qu'elles fussent destinées à ne l'être jamais; d'autres le sont devenues lorsque la cessation naturelle des règles avait eu lieu déjà par les progrès de l'âge; quelques autres, quoique les retours de leurs règles fussent séparés par de très-longs intervalles; d'autres encore, quoique leurs règles fussent depuis plusieurs mois supprimées par une ma-

traduit par J.-A. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; p. 91.

(1) Gooch, loc. cit., p. 219.

(2) Schenk, Obs. méd., liv. 4 : *De gravidis obs.*, p. 574.

(3) Introduction to midwifery, p. 148, septième édition.

(4) Practical obs. on midwifery, p. 84.

---

tout le côté droit de la face; plusieurs chirurgiens des hôpitaux avaient été consultés et n'avaient pas cru devoir enlever cette tumeur. Un d'eux, plus hardi que les autres, se décida pour l'opération. Il lia préalablement la carotide du même côté; ensuite il procéda à l'enlèvement de la tumeur. L'opération dura trois quarts d'heure. Le lendemain on desserra la ligature : au même instant des phénomènes de suffocation eurent lieu. Le malade mourut quelques heures après. A l'autopsie on trouva, dans l'anse du fil laissée sur le cadavre, l'*artère carotide*, le *pneumogastrique* et une *veine*.—C'est une occasion rare d'étudier sur l'homme vivant les effets de la ligature du *pneumogastrique*, que l'honorable chirurgien n'aura pas manqué de mettre à profit.

— Un des orateurs du congrès *dénonça* un jour, de sa voix la plus solennelle, des curés de campagne coupables d'avoir réduit des hernies, et même, *horresco referens*, d'avoir mis des pessaires. Il avait pour cela deux motifs tout à fait respectables. D'abord, ce fait constituait un empiétement manifeste sur sa spécialité; puis ses savantes études sur la chirurgie de la Bible n'étaient pas propres à lui donner confiance en des notions chirurgicales puisées à cette source. Mais les termes mêmes de la dénonciation parurent à monseigneur l'évêque de Saint-Dié renfermer une intention hostile contre le clergé; et comme la mauvaise humeur pousse aisément à l'extrême, peu s'en fallut qu'il ne prît l'orateur pour un mauvais chrétien; c'est même à peu près ce qu'il lui dit poliment dans une lettre. Heureusement, entre personnes pratiquant, comme chacun sait, la charité évangélique, *caritatem quæ est vinculum perfectionis*, il est facile de s'entendre; on se conforme à la parole du maître : *heureux les pacifiques!* et la paix n'est jamais troublée. Le pieux orateur n'a pas eu de peine à démontrer que son âme n'avait jamais cessé d'être pure devant le Seigneur, et qu'il était la victime de la calomnie, *acuerunt linguas suas sicut serpentis, venenum aspidum sub labiis eorum*; il a invoqué le Seigneur contre la malignité des hommes, *redime me à calumniis hominum. Domine, ut custodiam mandata tua*; tant et si bien que le bon prélat, tout glorieux de retrouver sa brebis égarée, n'a pu s'empêcher de lui manifester sa joie dans une épître que le journal *officiel* du congrès *porte avec satisfaction à la connaissance du public médical. † Benedicamus Domino.* ℟ *Deo gratias.*

— Nous racontions l'autre jour comment, ayant été attiré au Vaudeville par l'annonce d'une *scène médicale de circonstance*, nous avions été désappointé de ne rencontrer là ni magnétisme, ni homœopathie, ni eau froide, ni eau chaude. Il paraît que nous nous étions trompé d'adresse; c'est au Palais-Royal qu'il fallait aller. Là, on vous sert chaque soir un plat de *pommes de terre malades*, assaisonné à souhait d'hydrothérapie, de congrès, de camphre et de beaucoup d'autres choses; espèce d'*olla podrida* dont la médecine fait en partie les frais. Vous dire ce qu'il entre là-dedans de drôleries décolletées, de calembours égrillards et de grosses énormités, nous n'oserions : la pudeur de nos abonnés pourrait s'en alarmer. Voici pourtant quelques échantillons dont les estomacs dégoûtés feront bien de s'abstenir. *Pomme-de-Terre Ier* et *Vitelotte*, son épouse, sont atteints d'une maladie *noire*. Quatre docteurs crasseux, assemblés en consultation ou en *congrès*, comme ils disent, émettent sur cette affection les avis les plus contradictoires et les plus burlesques. A chaque bê-

ladie sérieuse; M. Montgomery en a cité un cas remarquable (1); d'autres enfin pendant la suspension temporaire des règles qui accompagne en général l'allaitement ou qui succède quelquefois à une couche.

Voilà donc une série de cas dans lesquels la menstruation ne peut éclairer le diagnostic. Je ferai remarquer toutefois que ces anomalies ne peuvent nous conduire, comme les précédentes, ni à admettre ni à rejeter à tort l'idée d'une grossesse, qu'elles ne deviennent pas par conséquent la cause d'un jugement erroné, mais qu'elles nous laissent souvent dans l'ignorance en nous privant d'un avertissement utile.

On a vu enfin quelques femmes qui, par une rare bizarrerie d'organisation, reconnaissent qu'elles sont enceintes précisément au signe qui en exclut l'idée chez les autres. Ce sont des femmes non réglées habituellement et qui ne le sont que pendant leur grossesse, ou d'autres qui sont bien menstruées, mais chez lesquelles une apparition de sang à une époque insolite se manifeste assez constamment après la conception pour en être un indice presque certain. Deventer (2) et Baudelocque (3) ont donné des exemples du premier cas; Desormeaux (4), Puzos et d'autres en ont indiqué du second.

J'ai dit que presque toutes les femmes enceintes éprouvent dans les premiers mois de leur grossesse un trouble remarquable dans les fonctions digestives, et que ce trouble se révèle presque toujours par la perte de l'appétit, des dégoûts, des nausées et des vomissements, quelquefois par une salivation abondante et des déjections bilieuses; la plupart de ces phénomènes sont si communs et si connus, qu'ils sont avec raison considérés comme les témoignages d'un gestation commençante, et leur manifestation a par conséquent une certaine importance dans le diagnostic de la grossesse.

Tantôt, et c'est le cas le plus commun, ils viennent seulement confirmer les présomptions que la suppression des règles a fait naître, et tantôt, mais bien plus rarement, ils en sont le premier indice. C'est ce qui arrive soit dans les cas où ils se déclarent aussitôt après la fécondation, et par conséquent avant toute suppression des menstrues, soit dans les cas où la menstruation n'est pas immédiatement suspendue par la grossesse. Cependant, comme les conditions de l'utérus en état de gestation ne sont pas les seules qui éveillent les sympathies qui existent entre ces organes et les organes digestifs, et comme ces conditions sont loin d'ailleurs de les provoquer constamment, les lésions fonctionnelles que j'ai indiquées deviennent par cela même beaucoup moins significatives.

En effet, 1° elles manquent chez un grand nombre de femmes; 2° elles peuvent résulter soit d'une suppression accidentelle des règles, soit d'un état pathologique de l'utérus; 3° elles peuvent être occasionnées par un état maladif tout à fait étranger à une grossesse. Il est vrai cependant que les vomissements des femmes enceintes se distinguent en général des vomissements pathologiques, parce qu'ils semblent un simple accident au milieu des conditions d'une santé d'ailleurs parfaite, parce que souvent ils n'excluent pas l'appétit, et paraissent provoqués par la seule ingestion des aliments dans l'estomac, parce que d'autres fois ils n'ont lieu que dans la matinée, et ne produisent que le rejet de matières aqueuses. Mais ces circonstances différentielles ne sont pas assez constantes pour mettre à l'abri de l'erreur, et l'expérience en fournit des preuves quotidiennes.

J'appliquerai les mêmes réflexions aux altérations fonctionnelles du système nerveux, lesquelles se traduisent par le changement d'humeur, l'assoupissement, la syncope, la perversion du goût. Ces altérations sont trop peu régulières dans leur manifestation, et se produisent d'ailleurs sous l'influence de trop de causes indépendantes de la grossesse, pour qu'elles puissent avoir d'autre importance séméiologique que celle qu'elles tirent de leur adjonction aux autres phénomènes que j'ai indiqués.

Nous avons vu que les mamelles se gonflent et deviennent douloureuses pendant les premiers mois de la grossesse. Ces modifications sont assez régulièrement observées pour qu'on les ait regardées avec raison comme un signe d'une certaine valeur; toutefois il ne faut pas oublier qu'elles peuvent se produire sous l'influence de causes tout à fait étrangères à la gestation: ainsi, elles sont assez souvent provoquées par la seule excitation qui est la conséquence du mariage, par la suppression ou la rétention accidentelle des règles, par les maladies de l'utérus, et particulièrement par l'excitabilité qui se développe dans cet organe à l'époque de la vie des femmes où surviennent les dérangements de la menstruation qui en précèdent ou en annoncent la cessation prochaine.

Il faut se souvenir que le gonflement et la sensibilité des mamelles sont fort peu remarquables pendant la grossesse dans certaines circonstances que j'ai signalées, à savoir: chez les femmes d'une constitution fort délicate ou dont la santé est très-affaiblie; et il en est quelques-unes chez lesquelles ces modifications sont à peu près nulles. Je puis donc conclure que, considérés seuls, les phénomènes qui précèdent sont en général peu probants, mais qu'associés à la suspension des règles et au trouble des fonctions digestives, ils ajoutent une présomption de plus à celles qui existent déjà.

On attache généralement plus d'importance aux modifications que les mamelons et l'aréole subissent. Je rappellerai qu'elles consistent, 1° en une tuméfaction comme œdémateuse ou emphysémateuse de la peau de cette partie du sein; 2° en un développement de tubercules papillaires; 3° en une coloration brune plus ou moins foncée. Les deux premiers de ces phénomènes ont particulièrement fixé l'attention de deux observateurs très-éclairés, J. Hamilton (d'*Édimbourg*) et M. Montgomery (de *Dublin*). Ils prêtent en effet à ces modifications une très-grande valeur séméiologique, et les placent sous ce rapport bien au-dessus de la coloration. J. Hamilton pense même que chez les femmes qui ont eu des enfants et dont l'aréole a conservé la couleur brune, la turgescence est le seul signe caractéristique d'une nouvelle grossesse.

La turgescence humide et comme emphysémateuse du mamelon et surtout de l'aréole m'a paru un phénomène très-prononcé et par conséquent très-facile à constater chez quelques femmes, mais inappréciable chez la plupart des autres; et pour ce motif, je ne pense pas, comme J. Hamilton, que cette modification puisse être fort utile au diagnostic de la grossesse. Il n'en est pas de même des tubercules papillaires: leur développement est un caractère fréquent de la grossesse, et il peut être facilement reconnu. Malheureusement ce signe perd de sa valeur par les raisons suivantes. J'ai constaté leur présence, avec le développement qu'ils ont dans plusieurs cas de grossesse, chez des femmes qui n'étaient pas enceintes: la plupart, il est vrai, avaient eu déjà des enfants, mais plusieurs étaient nullipares. D'un autre côté, le développement de ces tubercules est nul chez un très-grand

(1) Montgomery, loc. cit., p. 43.
(2) Deventer, OPERATIONUM CHIRURGICARUM NOVUM LUMEN, etc., chap. XV.
(3) Baudelocque, L'ART DES ACCOUCHEMENTS, p. 198.
(4) DICTIONNAIRE DE MÉDECINE OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL, etc., deuxième édition, vol. XIV, p. 345.

---

tise magistrale de l'un d'eux, un autre se hâte de lui répondre: *Congrès médical, tais-toi.* Mais Leurs Majestés viennent expliquer elles-mêmes la cause de leur mal; il consiste dans l'horreur, non des liquides, mais du journal l'ÉPOQUE. L'ÉPOQUE les poursuit partout comme un cauchemar. Arrive ensuite un canotier qui conseille aux malades les bonbons de Malte; lui même en a fait usage dans la traversée de Honfleur, mais ayant eu à s'en plaindre, il les a *restitués* immédiatement; sur quoi, Pomme-de-Terre Ier fait observer qu'il eût été plus honnête de les *rendre* avant.

L'hydrothérapie veut mettre Pomme-de-Terre *à l'eau*, le camphre prétend la *conserver*, et ainsi de suite. Au lecteur intelligent à imaginer le reste.

— La médecine, depuis quelque temps, joue un rôle fort actif à la sixième chambre. Galien n'y est guère moins connu que Cujas. Les dentistes en sont à peine sortis que trois médecins et un pharmacien y arrivent à la file. Voici d'abord deux champions du congrès médical (*champions* est le mot propre). Le docteur L..., se croyant insulté dans plusieurs articles du journal L'ASMODÉE, résolut d'administrer à M. D..., rédacteur en chef de ce journal, une preuve *frappante* de son mécontentement. C'est ce qui eut lieu à l'ouverture du congrès, en manière de prologue. Un coup de poing dans le dos avertit M. le rédacteur que quelqu'un avait affaire à lui; et comme, se retournant, il se mit à regarder son interlocuteur d'un air peu poli, comme un homme *qui n'est pas accoutumé de parler à des visages* (M. D... est pharmacien), un bon soufflet vint compléter l'admonition. L'ASMODÉE, qui paraît un diable très-civilisé et pacifique, endossa le tout sans mot dire, et alla déposer sa plainte. Notre confrère y répondit par une plainte reconventionnelle en diffamation. Or, chacun de ces deux messieurs ayant gagné un procès et perdu l'autre, se sont en conséquence partagé les profits de la police correctionnelle. A M. L..., pour avoir souffleté la joue de M. D..., huit jours de prison et 100 francs d'amende; à M. D..., pour avoir souffleté la réputation de M. L..., quinze jours de prison et 200 francs d'amende.

Mais là ne se terminent pas les malheurs d'Asmodée. Le métier de passer par le trou des serrures ou de descendre par les cheminées ne lui réussit pas; le pauvre diable n'a jamais été si boiteux qu'à présent. Sur une seconde plainte en diffamation portée par le docteur Hureau, il vient d'être encore condamné à 100 fr. d'amende, *item* 500 francs de dommages-intérêts. Avec les 200 francs ci-dessus, cela fait, sauf erreur, 800 francs à tirer des coffres de l'enfer, sans compter les frais de plaidoiries, de plumitif, d'insertion du jugement, et autres. Nous avions toujours cru le diable très-fort sur le grimoire, mais voilà pour faire tort à sa réputation. Il est à croire qu'il n'a pas une habitude suffisante de nos lois et de nos mœurs, et n'a jamais eu à son usage qu'un code de l'autre monde.

Enfin, la *médecine hippocratique*, dont l'enseigne a fait longtemps l'ornement du boulevard Beaumarchais, vient de recevoir, toujours à la même chambre, un coup funeste. Il paraît que les difficultés inhérentes à l'étude de cette précieuse médecine n'ont pas encore laissé à son inventeur le temps de se munir d'un diplôme quelconque. Aussi, avec une modestie louable, prend-il la qualité d'*étudiant*, étudiant de trentième année. Notre étudiant donc, depuis longtemps incommodé par la surveillance indiscrète du procureur du roi, avait porté

nombre de femmes pendant la grossesse; et ce fait m'a tellement frappé, que je me suis demandé si la différence qui existait à cet égard entre les observations faites par M. Montgomery en Irlande et par moi en France ne résulterait pas d'une différence d'organisation des mamelles chez les sujets de nos recherches respectives. Concluons de ce que nous venons de dire à l'égard du développement des tubercules papillaires, que ce phénomène considéré isolément est bien loin d'avoir dans mon esprit l'importance que lui donne l'accoucheur distingué de Dublin.

La coloration brune de l'aréole me paraît offrir plus d'intérêt sous le rapport séméiologique, parce qu'elle est beaucoup plus facile à constater que la turgescence dont je viens de parler, et parce qu'elle présente dans sa manifestation beaucoup moins d'exceptions que le développement des tubercules papillaires. J'accorderai par conséquent à ce signe une partie de la valeur que W. Hunter lui prêtait, et que l'on assure avoir été mise à une épreuve décisive dans une circonstance très-connue (1); et je pense que quand ce phénomène est observé chez une femme qui n'a pas encore eu d'enfants et qui a déjà quelques raisons pour se croire enceinte, il établit, en faveur de la grossesse, une très-grande probabilité. Je dois ajouter cependant : 1° que la coloration brune de l'aréole n'est pas un résultat constant de la grossesse; qu'elle manque en effet quelquefois, surtout chez les femmes dont la peau est très-blanche et les cheveux blonds; qu'ainsi son absence ne saurait être considérée comme devant exclure l'idée d'une grossesse; 2° que cette coloration persiste, au moins en grande partie, chez les femmes qui ont eu des enfants, et que sa présence seule ne peut en général éclairer pour les grossesses subséquentes; 3° que cette modification ne paraîtrait pas être exclusivement provoquée par la grossesse, et par conséquent sa manifestation, quand on l'observe même chez une femme qui n'a jamais eu d'enfants, ne prouve pas positivement qu'elle soit enceinte; telle est du moins l'opinion de quelques auteurs recommandables. Denman pensait que la coloration de l'aréole était moins le résultat de l'état particulier de l'utérus que du gonflement et de l'altération des seins, et qu'elle pouvait être produite par toute cause capable de provoquer dans ces organes des modifications semblables à celles que la grossesse y détermine; qu'ainsi plusieurs des maladies qui simulent la grossesse produisent la coloration brune de l'aréole (2). Gooch (3) dit avoir reconnu cette coloration brune chez des jeunes femmes qui n'étaient pas enceintes, et qui, suivant leur assertion, n'avaient jamais eu d'enfants. Dewees (4) pense que la présence d'un faux germe ou d'une môle dans la cavité utérine produirait très-probablement ce phénomène, bien qu'il n'ait pas eu l'occasion d'en rencontrer la preuve.

Nous avons vu que chacune des modifications qui se manifestent sur l'aréole, savoir : la turgescence, le développement des tubercules papillaires et la coloration brune, considérées isolément, ne sont pas des signes démonstratifs d'une grossesse, même chez une femme qui se croirait enceinte pour la première fois. La réunion de ces trois phénomènes n'a-t-elle pas plus de valeur? M. Montgomery pense que celle-ci est tout à fait significative, et que la véritable aréole (the true areola), c'est ainsi qu'il appelle celle sur laquelle on peut reconnaître les trois caractères que je viens de rappeler, est, chez une femme qui n'a pas encore eu d'enfants, l'indication positive d'un état de grossesse, attendu qu'elle ne peut être le produit d'aucune autre cause.

Cette opinion me semble parfaitement admissible. Je crois devoir ajouter cependant que l'absence de ces modifications ne me paraîtrait pas être un signe négatif absolu, et que quand elles sont prononcées de manière à constituer un signe démonstratif, la grossesse est en général déjà assez avancée pour qu'elle puisse être reconnue par des circonstances plus probantes encore que les changements de l'aréole. M. Montgomery justifie l'importance séméiologique qu'il accorde à la véritable aréole, en rapportant un fait assez curieux et par lequel je terminerai ce premier article.

Pendant les leçons de ce professeur sur les signes de la grossesse, un élève qui les suivait lui fit observer que son opinion sur la valeur séméiologique des modifications de l'aréole était probablement exagérée : car celles qu'il indiquait comme caractéristiques de la véritable aréole existaient chez une jeune femme non mariée atteinte d'aménorrhée depuis quatre mois, et admise depuis quelques jours dans l'hôpital fondé par sir P. Dun. M. Montgomery se rendit auprès d'elle, et prononça, après l'avoir examinée, que l'aréole offrait tous les caractères distinctifs de la grossesse. Cette déclaration fut reçue par la jeune malade avec tous les témoignages de l'indignation la plus vive, et la résolution de se soumettre à tout ce qu'on exigerait d'elle pour que la vérité fût connue, plutôt que de rester sous le poids d'une aussi odieuse calomnie. Sa proposition fut acceptée, une exploration vaginale eut lieu aussitôt, et permit de constater le ballottement d'un fœtus. Plus tard, elle fit le tardif et timide aveu d'une promenade au clair de lune, en compagnie d'un jeune homme qui avait pour elle une vive affection.

(1) Le cadavre d'une femme ayant été transporté dans l'amphithéâtre de W. Hunter, cet accoucheur célèbre fut frappé, en examinant les seins, de la teinte brune qu'offraient les aréoles, et il n'hésita pas à déclarer que ce cadavre était celui d'une femme enceinte. Cependant un des élèves, ayant dirigé son attention sur les organes génitaux, constata l'intégrité de l'hymen. Malgré cette découverte imprévue, et qui semblait donner un démenti au professeur, il n'en persista pas moins dans son opinion. Les parois abdominales furent incisées, et l'on put reconnaître en effet que l'utérus contenait un produit de conception.

(2) Denman, loc. cit., p. 145.

(3) Gooch, loc. cit., p. 197.

(4) Dewees, A COMPENDIOUS SYSTEM OF MIDWIFERY, p. 99.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME ; par A. DEBENEY, D. M. P., à Paris.

(Suite. — Voir les numéros 1 et 3.)

RÉGIME. — Lorsque les malades suivent un régime ordinaire modéré, il n'est pas nécessaire d'y rien changer; pour ceux qui ont un genre de vie plus excitant, je me borne à leur interdire le café, les liqueurs et la bière. Une précaution fort utile à observer consiste à pratiquer l'injection assez longtemps après l'ingestion des aliments et des boissons, de manière que le malade ne soit exposé à uriner que le moins possible, afin que l'évacuation des urines ne vienne pas troubler le travail consécutif à la cautérisation qui s'accomplit dans le canal, et le rendre d'ailleurs plus douloureux. Cette manière de voir est bien différente de celle qui porte quelques méde-

---

ses pénates à Nanterre, où il exerçait ses talents avec la plus grande distinction, assisté d'un docteur en médecine. Hélas! les oreilles passaient sous la peau du lion, et la justice, qui voit pour le moins aussi loin que Nanterre, les a tout de suite aperçues. Le reste de l'histoire va de soi. Assignation, jugement, amende et prison. — La justice se répète.

X.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE DIMANCHE 25 JANVIER 1846, DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

(Compte rendu de M. le docteur PERDRIX, secrétaire général.)

Messieurs,

Il y a quelques années, M. le docteur Gibert, mon honorable prédécesseur, en terminant son compte rendu, vous citait ces paroles d'un spirituel écrivain :

« Le principe de l'association bien conçu, sagement appliqué, n'est-il pas par » excellence le principe de progrès, le principe de liberté comme celui de l'ordre, » le mobile le plus énergique des intérêts généraux et particuliers, en même » temps que le frein le plus puissant de l'égoïsme? »

Nous reconnaissons la justesse de ces pensées, et nous n'avons pas la prétention de vouloir les modifier.

Pour nous, messieurs, l'association c'est la famille. C'est la famille avec ses liens, son union, ses avantages moraux et matériels; pour nous, l'association c'est le guide dans la carrière, l'appui dans la faiblesse, l'espoir dans le découragement, l'asile du malheur et de la vieillesse. Pour nous, Messieurs, l'association c'est la sauve-garde de la moralité.

Voilà ce que vous avez voulu, ce que vous avez entrepris sagement et librement, voilà ce que vous devez maintenir.

Point d'action dans l'isolement, point de force sans union, point de considération vraie sans moralité ; c'est ainsi que vous l'avez compris.

Hommes de cœur et de raison, vous êtes aussi hommes d'expérience. Si l'expérience se mesure au nombre des années, les années se doublent par la valeur des faits et l'importance des résultats.

L'Association des médecins de Paris commence aujourd'hui la quatorzième année de son existence, et nous ne craignons pas de dire que depuis longtemps déjà elle marche avec assurance dans la voie qu'elle s'était ouverte, et que, la première, elle a tracée au corps médical, qui lui rend cette justice de le reconnaître, en proclamant qu'elle a créé l'association médicale, et en réclamant chaque jour, de tous les points de la France, ses statuts, son concours et ses moyens d'exécution.

Réunis en assemblée générale, au sein même de cette Faculté à laquelle vous appartenez, dans cette enceinte, hospitalité digne de vous et non moins digne de votre président fondateur, auprès de qui la commission générale trouve aussi chaque mois un généreux et bienveillant accueil, vous venez entendre le compte rendu de nos travaux et de notre gestion, vous venez aussi vous donner des témoignages réciproques d'estime et de bonne confraternité; et si, comme on l'a

cins à recommander des boissons délayantes en grande quantité, dans le but d'obtenir des urines abondantes et fréquentes, et d'éviter le contact d'une urine concentrée sur la muqueuse cautérisée. Cette pratique est mauvaise ; les urines fréquentes et abondantes sont plus nuisibles après la cautérisation que l'urine rare et peu abondante, bien que concentrée. Le frottement répété des premières exerce une action plus efficace pour désorganiser et détacher avant le temps l'épithélium cautérisé, que le contact rare de la seconde. Aussi, quand on s'est placé dans le premier cas, celui des boissons abondantes, on est obligé de pratiquer un plus grand nombre d'injections caustiques que chez les malades sevrés de boissons. Cette conséquence m'a été démontrée par un grand nombre d'essais comparatifs.

J'arrive à un point essentiel, la manière de pratiquer l'injection ; car si d'une bonne exécution dépend le succès de toute opération, on conçoit qu'ici surtout une exécution vicieuse n'a pu conduire qu'à de mauvais résultats. Le procédé varie suivant la période de la blennorrhagie et l'étendue du canal envahie par l'inflammation.

Au début de l'affection, la chose est simple et facile. Comme la phlegmasie commence ordinairement par l'extrémité du canal et qu'elle n'a pas encore fait de progrès dans le sens de sa longueur, il suffit d'introduire dans l'urètre une quantité de liquide suffisante pour aller un peu au delà de la fosse naviculaire ; toutefois il est prudent de dépasser cette limite, au risque d'atteindre la région malade ; il vaut mieux ici s'exposer à faire trop que pas assez. Nul inconvénient ne peut s'ensuivre ; car nous avons vu que le liquide caustique produit sur le tissu sain un effet tout aussi temporaire que sur le tissu malade.

La manière de procéder n'est plus la même lorsque la blennorrhagie est développée, et surtout lorsqu'elle est plus ou moins ancienne. En principe, pour que l'injection caustique soit bien faite, il faut que la solution d'azotate d'argent soit mise en un contact exact avec la membrane muqueuse ; or cette condition peut manquer. Chez les sujets surtout qui ont le canal un peu large, il y a plus à craindre le défaut de contact intime de l'injection avec la muqueuse, protégée d'ailleurs par l'exsudation qui tapisse sa surface, et qui, se combinant avec le liquide caustique, peut l'altérer, et contrarier ainsi l'opération de deux manières, mécaniquement et chimiquement. Alors, au lieu des phénomènes ordinaires de la cautérisation, inflammation temporaire suivie de la suppression des signes aigus ; on a tout simplement une surexcitation qui persiste. Les choses se passent alors comme lorsque l'on emploie des doses inférieures : on a produit l'effet excitant et non point l'effet caustique, ce qui est bien différent. Pour éviter cet inconvénient, la première précaution à prendre est de faire balayer d'abord le canal par l'émission de l'urine ; alors on pousse l'injection caustique, et si l'on voit qu'elle n'éprouve pas d'obstacle à pénétrer jusqu'à la hauteur du canal où l'on suppose la muqueuse affectée, on peut s'en tenir à cette injection, que l'on laisse échapper après l'avoir retenue pendant une minute dans l'urètre ; il vaut mieux en faire deux coup sur coup, la première à titre de lavage, et la seconde pour être maintenue. Mais ce n'est pas tout, et le plus souvent il faut recourir à d'autres manœuvres, indispensables surtout dans la grande catégorie des blennorrhées anciennes, pour assurer la cautérisation dans un point où elle est très-susceptible de manquer par le procédé commun. La région prostatique est le siége principal des écoulements blennorrhagiques anciens ; il est donc nécessaire de cautériser sa surface. Mais la seringue est habituellement impuissante à faire parvenir le liquide caustique jusque dans cette région. En effet, les contractions de l'urètre peuvent s'opposer à son ascension ; le refoulement des mucosités contenues dans le canal, en présentant un autre obstacle, peut produire le même effet. Voici ce qui arrive alors : le liquide retenu vers le haut distend le canal dans sa partie moyenne ; le malade souffre et l'on arrête l'opération, et il ne faut plus compter sur le succès d'une injection qui doit être considérée comme non avenue. Pour assurer l'opération, j'ai pris pour règle générale, dans les blennorrhagies anciennes, de faire progresser le liquide par la pression des doigts jusqu'à la racine de la verge, et voici comment je procède : ayant poussé dans l'urètre toute la quantité de liquide qu'il peut admettre, je ferme le canal en pressant l'extrémité du gland entre le pouce et l'index de la main gauche ; puis, remontant par une pression graduée vers la racine de la verge avec les deux premiers doigts de la main droite, je refoule le liquide, qui est reporté ainsi dans la région prostatique, et que l'on peut conduire jusque dans la vessie. Cette dernière mesure est nécessaire lorsque la phlogose blennorrhagique s'est propagée au col vésical. Distendre la verge pendant tout le cours de l'opération pour effacer les plis de la muqueuse, est une précaution qui n'est rien moins qu'inutile. Toutes ces manœuvres, bien entendu, doivent être conduites avec la douceur et les ménagements qu'exigent la délicatesse et l'état d'irritation de l'organe.

En agissant ainsi, on sera sûr d'étendre à toute la surface muqueuse l'action caustique de l'azotate d'argent ; et l'on ne comprendra pas que M. Cullerier ait vu, dans l'impossibilité d'arriver à ce résultat, une raison suffisante pour renoncer à une médication dont il reconnaît toute la puissance (1).

La compression du périnée au moment de l'injection doit être une méthode jugée par ce que je viens de dire ; elle va droit contre le but que l'on doit se proposer dans le traitement de la blennorrhagie chronique, celui d'atteindre les parties profondes qui sont le siége du mal. Elle a des inconvénients plus graves dans la blennorrhagie à sa période inflammatoire ; elle peut donner lieu à des accidents. Il résulte, en effet, de cette compression de l'urètre pendant l'injection que le liquide, poussé avec force par la seringue, et retenu par la barrière établie à la partie supérieure, exerce une pression latérale sur les parois du canal. Or, dans l'état de friabilité plus grande où se trouve la muqueuse par le fait de l'inflammation, tout effort sur cette membrane, fût-il produit au moyen du liquide le plus innocent, peut devenir funeste en produisant des tiraillements, des déchirures. La compression est donc mauvaise au point de vue du traitement, et dangereuse par elle-même. C'est peut-être bien à cette malheureuse manœuvre qu'il faut demander la raison de quelques-unes de ces redoutables conséquences de l'injection caustique, dont l'effrayante découverte a été faite aux rives de la Garonne.

Il a été prouvé surabondamment que les craintes exprimées à l'endroit de la pénétration du liquide caustique dans la vessie étaient chimériques ; que dans les cas de blennorrhée où la phlogose s'est propagée au col de cet organe, il était nécessaire d'y étendre aussi l'action caustique pour parfaire la guérison ; enfin j'ai établi, par des expériences directes publiées dans un autre travail (2), que la muqueuse de la vessie affectée de phlegmasie chronique était modifiée tout aussi avantageusement que celle de l'urètre par la solution d'azotate d'argent à haute dose.

(1) Journal de chirurgie, mai 1845.

(2) Observations de l'application de la méthode des injections caustiques a la cure du catarrhe vésical chronique. — Paris, 1845. — J.-B. Baillière.

---

dit, à aucune époque les liens du corps médical ne furent plus relâchés, vous venez prouver qu'à aucune époque les efforts ne furent plus unanimes pour les resserrer.

Guidés par le sentiment de prévoyante charité qui a présidé à la création de votre institution, qui l'a affermie et qui la soutiendra, vous venez ici chaque année déposer votre offrande pour agrandir vos ressources et répandre plus libéralement vos bienfaits, non-seulement sur vos frères malheureux, mais encore en dehors de vos rangs, sur ceux à qui vous ne demandez d'autres titres que l'infortune et des malheurs immérités.

Dans cette réunion paisible et modeste, et pourtant empreinte d'un caractère de solennité qu'elle emprunte à l'esprit même de l'œuvre que vous poursuivez, nous aimons à retrouver chaque année, dans le plus grand nombre de vos sociétaires, la même assiduité, le même empressement à nous seconder ; mais, il faut l'avouer, chaque année nous avons le regret de remarquer l'absence de sociétaires retenus loin de nous par des motifs que nous ne voulons point interpréter. Nous serions heureux de les voir entrer dans la commission générale, où ils remplaceraient à leur tour ceux de ses honorables membres que le sort y appelle souvent pendant plusieurs années consécutives. C'est là surtout qu'en prenant part à nos travaux ils seraient à même d'apprécier l'importance de notre association. Ils nous honoreraient en venant au sein de nos assemblées générales, et s'honoreraient eux-mêmes en donnant à l'institution des preuves directes de sympathie, et des témoignages d'une déférence méritée à ceux d'entre vous qui ont peut-être des droits à y prétendre.

S'il est parmi nous des élus de la fortune, il est aussi des hommes qu'elle ne comble point de ses faveurs ; nombreux et honnêtes praticiens, aussi estimables par le savoir que par la modestie, qui savent dérober à leurs occupations, peut-être à quelques heures d'un repos indispensable, le temps qu'ils viennent consacrer à un acte considéré par eux comme un devoir. Pourquoi donc ce zèle si louable chez les uns, et chez les autres, qui pourtant ont tous les moyens matériels de multiplier le temps par la vitesse, pourquoi cet oubli, pourquoi cette indifférence ? Prenons garde, messieurs, qu'en proclamant les bienfaits de l'association, en prêchant cette légitime propagande, l'indifférence de quelques-uns n'excite contre tous d'injustes critiques ! Vous savez comment on vous représente aujourd'hui, à tort ou à raison, le corps social : d'un côté l'apathie égoïste avec sa léthargique inaction, de l'autre l'agitation fiévreuse avec ses crises et sa soif de l'or ; et, pour citer textuellement, on vous dit : « Le veau d'or est partout : » c'est lui qui dessèche nos cœurs, c'est lui qui étouffe, dans un siècle de civilisation, les sentiments sublimes qui ont soutenu l'humanité dans les temps les » plus barbares ! Partout l'égoïsme, et tous les jours quelque noble passion se » détache de nous. »

Pensées déplorables, messieurs, et que nous voulons croire plus remplies d'amertume que de vérité ; car aujourd'hui même cette réunion d'hommes de bien qui s'inspirent de l'heureuse pensée du poëte :

Non ignara mali, miseris succurrere disco.

ne dit-elle pas que tout instinct généreux n'est pas mort en nous ? et la charité, dans son acception la plus étendue, n'est-elle pas une de ces vertus sublimes qui soutiennent l'humanité ?

Lorsque l'on a constaté que l'écoulement est dû à la phlogose d'un point circonscrit de la muqueuse urétrale, il est inutile de cautériser le canal dans toute son étendue; on agit alors sur le point déterminé avec des instruments appropriés, et qu'il serait trop long de décrire ici.

Est-il nécessaire de faire remarquer maintenant, après l'exposé que je viens de donner des conditions que comporte une bonne injection caustique, que cette opération doit être pratiquée par le médecin? Il est peu prudent d'ailleurs de laisser à la disposition des malades un moyen que son héroïque efficacité même ne peut rendre que plus dangereux entre leurs mains.

Proportion de l'azotate d'argent dans la solution, et mode d'action des injections caustiques. — Dans les commencements, mes injections furent composées dans la proportion de 60 centigrammes à un gramme d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. Je me suis depuis arrêté, en règle générale, à cette dernière dose, que l'on peut porter jusqu'au double. Dans ces limites, la proportion du sel d'argent dans la solution n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire; un seul point est essentiel à mon sens, c'est qu'elle soit suffisante pour produire la cautérisation: il importe peu, après cela, qu'elle soit un peu plus ou un peu moins forte. Aucun danger n'est à redouter pour les tissus; il n'y a qu'un temps de cautérisation, et l'escarre superficielle une fois produite, la membrane est protégée par elle et garantie contre toute action ultérieure du caustique.

Ces dernières lignes, écrites et publiées il y a trois ans, expriment clairement ma pensée sur le mode d'action de l'azotate d'argent à haute dose, savoir : la cautérisation superficielle de la muqueuse. M. Serre, dans un mémoire récent publié par la Gazette Médicale (1), m'a prêté une tout autre théorie. D'après l'honorable professeur de Montpellier, j'aurais cherché à prouver que ce mode d'action est la cautérisation au même degré que celui qui résulte de l'application du caustique solide; cette analogie ne lui semble pas exacte, et il a cru devoir faire, pour s'en convaincre, des essais comparatifs. Il a trouvé, en effet, qu'après la cautérisation du canal de l'urètre au moyen d'une sonde armée, les douleurs sont plus profondes et plus durables qu'après les injections, et que les escarres ne se détachent guère avant le troisième ou le quatrième jour. « Les escarres dont parle M. Debeney, ajoute-t-il, ne représentent que du muco-pus coagulé par le sel argentifère et les débris de l'épithélium qui forme la couche la plus superficielle de la muqueuse urétrale. » Puis il conclut que l'azotate d'argent agit ici, comme dans la plupart des cas, en modifiant profondément la sensibilité de la muqueuse avec laquelle il est mis en contact. Or je n'ai cherché en aucune manière à établir l'action caustique des injections au degré que présente M. Serre. J'ai appelé caustiques les injections d'azotate d'argent à haute dose; mais il y a loin de là à assimiler leur action à celle du caustique solide. Après la cautérisation solide, l'escarre est plus profonde et le phénomène pathologique a plus de durée. Assez d'essais comparatifs avaient été faits avant ceux tentés en dernier lieu par M. Serre pour établir la différence d'action entre ces deux modes d'application du sel; et c'est précisément parce que je connaissais cette différence que j'ai substitué le lavage caustique au contact du nitrate d'argent solide, et dans le cas particulier et dans d'autres cas encore, par exemple dans le catarrhe vésical. Sans doute l'azotate d'argent en solution concentrée agit en modifiant profondément la vitalité de la muqueuse; mais il n'opère cette modification qu'en cautérisant l'épithélium : cautérisation superficielle, ainsi que je l'ai caractérisée, et que M. Serre admet par le fait, puisqu'il reconnaît *la sortie des débris de l'épithélium qui forme la couche superficielle de la muqueuse urétrale*. Cet épithélium qui se détache, n'est-ce pas un produit de la cautérisation? Ainsi nous paraîtrions parfaitement d'accord, M. Serre et moi, et sur le mode d'action des injections caustiques, dont je n'ai pas donné d'autre formule que celle-ci : modification profonde de la vitalité de la membrane muqueuse, et sur le degré superficiel de la cautérisation, au moyen de laquelle cette modification est opérée. Mais M. Serre a une autre pensée. Cette analogie qu'il repousse avec raison, entre l'action du caustique solide et celle des solutions concentrées, il veut l'établir entre les injections caustiques et les injections à faible dose. Cette théorie touche au principe même de la méthode, et ne tend à rien moins qu'à confondre la nouvelle médication avec l'ancienne; il faut donc montrer l'erreur. Il n'y a pas plus d'analogie entre les modes d'action des deux espèces de solutions de nitrate d'argent, qu'il n'y en a entre celui du caustique solide et celui des injections caustiques. En effet, si l'action était la même et des solutions de nitrate d'argent à faible dose et des solutions concentrées, leurs effets seraient semblables : or il n'en est rien. Après les injections concentrées on observe les phénomènes ordinaires consécutifs à la cautérisation superficielle : inflammation temporaire vive, suivie bientôt de la suppression des signes aigus; — après les injections à faible dose, au contraire, on observe tout simplement une surexcitation qui persiste. Dans ce dernier cas, on a ajouté à l'inflammation primitive, au lieu d'y retrancher, comme dans le premier. Il est d'une grande importance pratique de bien établir ce point; car j'ai vu nombre de médecins se trouver fort mal d'avoir eu recours aux injections à dose inférieure, soit parce qu'ils étaient dans l'erreur à l'égard de la proportion que j'ai fixée, soit parce qu'ils en redoutaient la violence. Il ne saurait y avoir ici de juste milieu : ou il faut renoncer aux injections avec le nitrate d'argent, ou il faut les porter à la dose caustique. Si vous êtes resté au-dessous, vous aurez ajouté à l'inflammation au lieu d'y retrancher; vous aurez, en un mot, trouvé l'effet excitant et non point l'effet abortif, c'est-à-dire le contraire de ce que vous cherchez (1).

Complications et accidents. — J'ai peu de chose à dire sur ce chapitre. L'émission de quelques gouttes de sang dont, sous le nom d'urétrorrhagie, on a voulu faire un fantôme formidable, dit M. Diday, ne présente rien de sérieux. — L'orchite, ou plutôt l'épididymite, complique assez souvent la blennorrhagie dans toute méthode de traitement, et même en l'absence absolue de médication, pour qu'on ne puisse avec quelque raison rapporter à l'injection caustique les quelques exemples de cette complication que l'on a observés après son emploi. Pour moi, je ne l'ai jamais rencontrée. Je n'ai à noter, dans toute ma pratique, en fait de complications et d'accidents, que deux tuméfactions de la prostate, l'une inflammatoire avec rétention d'urine incomplète, et l'autre évidemment indolente et produisant

(1) Gazette Médicale, tome XIII, n° 39.

(1) Un exemple récent de ce fait vient d'être donné à Paris, et en haut lieu. Un médecin, hostile par système à la méthode des injections caustiques, a porté au conseil de santé des armées les résultats défavorables d'un chirurgien-major de la garnison de Paris pour témoigner contre cette médication. Or les injections avaient été faites à une dose fort inférieure à celle que j'ai fixée. Ces résultats donc, loin de s'élever contre ma méthode, l'appuient au contraire, et confirment ce que j'ai dit de l'effet des solutions de nitrate d'argent dans des proportions inférieures à la dose caustique.

Associés depuis quatorze ans dans ce noble but de charité, vous avez vu grandir et fructifier l'œuvre que vous aviez créée; tout en la poursuivant avec une admirable persévérance, vous avez senti que votre mission devait être moins limitée, et vous n'avez pu considérer vos attributions au point de vue seul de la bienfaisance.

Du sentiment intime de la dignité professionnelle, vous le savez, est née la grande et sévère pensée de moralisation. Et d'où venait cette grave préoccupation des intérêts moraux? C'est que vous aviez compris qu'il y avait une société qui vous confiait ce qu'elle a de plus cher et de plus sacré, et que cette société, à qui vous apportez des garanties de savoir, avait aussi le droit d'attendre de vous des garanties de moralité! C'est que vous vouliez être considérés, et que pour vous il n'y a point de considération vraie sans moralité! « La considération, » disait il y a quelques mois dans cette enceinte un éloquent professeur de cette » Faculté, ne s'écrit point dans les lois, ne se décrète point par ordonnance; si » vous voulez être considérés, montrez-vous dignes de la vocation que vous avez » acceptée. »

Rattachant à vos propres intérêts les intérêts généraux, vous ne pouviez oublier que vous aviez, sous ce rapport, des devoirs à remplir.

S'il est de la sagesse des législateurs de veiller à la santé des citoyens, s'il est du devoir des magistrats d'appliquer les lois qui la protégent, il est aussi du devoir des médecins, dans l'intérêt de la société, de demander l'exécution et l'application de ces lois. Toutes les fois que l'occasion de remplir de tels devoirs s'est présentée, vous n'avez consulté que votre conscience, et jamais vous n'avez agi que dans un but d'*utilité publique*.

Chaque jour, enfin, reculant les premières limites de vos attributions, ne rattachez-vous pas encore, quoique indirectement, d'autres intérêts à ceux qui vous avaient tant et si justement préoccupés?

Cette union fraternelle, ce contact incessant, cette connaissance plus intime, cette appréciation plus directe du caractère, des intentions et du savoir de chacun, tous ces avantages de l'association devaient avoir pour complément l'étude et la culture de la science. Et quels avantages, messieurs, pour la société, pour l'autorité elle-même, que ces réunions de médecins consciencieux, praticiens observateurs, hommes de progrès, s'éclairant mutuellement, recherchant et indiquant les moyens d'améliorer la santé et le sort des hommes, et les hommes eux-mêmes; car vous n'avez point oublié cette belle pensée d'un grand philosophe : « S'il y a un moyen de rendre l'homme meilleur, c'est dans la médecine » qu'il faut l'aller chercher. »

Ces sociétés médicales d'arrondissements, composées en grande partie des membres de l'Association, ou qui les ont fondées, ou qui s'y sont ralliés avec empressement, rattachant en même temps à votre institution ceux qui n'en faisaient point partie; ces sociétés ne sont-elles pas comme les rameaux du tronc principal de notre association, où elles ont puisé les éléments de leur existence, c'est-à-dire leurs règlements, avec les mêmes conditions de dignité et de moralité? N'est-ce pas toujours l'Association des médecins de Paris appliquant sa première pensée, la prévoyance, aux intérêts matériels, moraux et scientifiques de la profession? N'est-ce pas là l'association dans toute son acception?

Votre commission générale, messieurs, s'est montrée cette année, comme par le passé, soigneuse de vos intérêts. Nous avons retrouvé, dans la plus grande

la rétention complète. Dans le premier cas, une application de sangsues au périnée et quelques grands bains rétablirent bientôt l'état normal; dans le second cas, la sonde ordinaire de trousse fut introduite sans rencontrer de résistance et sans déterminer aucune sensation; puis les jours suivants, une sonde de gomme du calibre du canal passait avec la même facilité. Ce gonflement, qui du reste fut long à se dissiper complétement, affectait une périodicité singulière et dont je ne connais pas d'exemple. — Le docteur Leriche a cité 600 cas d'urétrites à toutes les périodes, traitées par lui au moyen des injections caustiques, au dispensaire spécial de Lyon, sans qu'il y ait eu d'accident ni de complication à noter (1). Ces cas, réunis à mes observations, forment une masse considérable. Or, sur un nombre égal de blennorrhagies, prises en série et sans choix dans toutes les méthodes de traitement, ou en dehors de toute médication, on doit s'attendre à trouver un certain nombre de complications et surtout d'épidydimites. Si cette proposition est vraie, et je ne pense pas qu'elle soit contestée, n'est-on pas en droit de conclure que le traitement fondé sur les injections avec l'azotate d'argent à haute dose, a pour résultat de prévenir les complications? Cette conclusion devait être prévue *à priori*. En effet, puisque la méthode des injections caustiques a l'efficacité de prévenir ou de borner le développement de la blennorrhagie, elle embrasse nécessairement les complications qui se rattachent au cours de la maladie.

Cette action prophylactique de la médication basée sur l'azotate d'argent, me paraît devoir être opposée avec plus de raison encore à ceux qui ont reproché aux injections caustiques de provoquer la formation des rétrécissements dans l'urètre. Et en effet, comment se forment les rétrécissements? De l'aveu de tous les pathologistes, les lésions organiques qui en font la base proviennent de l'épaississement de la muqueuse génito-urinaire, de l'induration ou de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien de la cicatrisation de quelque ulcération. Or toutes ces causes de rétrécissement reconnaissent pour générateur commun la phlogose chronique; le moyen le plus sûr de prévenir la production des rétrécissements sera donc le traitement le plus propre à prévenir la chronicité ou à y mettre un terme, ce sera le traitement basé sur les injections caustiques. Il y a longtemps, du reste, que MM. Ricord et Serre se sont élevés contre ce vice de raisonnement qui fait attribuer aux agents de la médication ce qui n'est le résultat que de la prolongation de la maladie. Bien avant qu'il fût question de la méthode des injections caustiques, on a constaté que les 99 centièmes des rétrécissements étaient la conséquence de vieilles blennorrhagies. Si l'on a remarqué qu'une partie des rétrécissements succédait à des blennorrhagies où les autres injections de toute nature avaient été employées, cela ne prouve rien, sinon que, contre ces affections longues et rebelles, on avait eu recours à tous les moyens; et l'on ne peut se fonder que sur la déduction — *post hoc ergò propter hoc* — pour en conclure que le rétrécissement provient du fait des injections, à moins toutefois qu'elles n'aient servi à entretenir l'irritation au lieu de concourir à la résoudre. Dans ce cas, il y avait eu application inopportune ou vicieuse, il y avait eu abus, et l'abus ne saurait fournir un argument contre l'emploi rationnel d'une médication. Le rétrécissement a lieu par le fait seul de la persistance de la maladie; il peut se former encore après la suppression de l'écoulement, quel qu'ait été le moyen employé à cet effet, toutes les fois que la blennorrhagie a duré assez longtemps pour laisser pénétrer la phlegmasie dans le tissu cellulaire sous-muqueux; car alors, après la guérison de la phlogose à la surface, le travail morbide peut continuer dans la région profonde, et la lésion organique est produite. En résumé, le traitement qui seul doit encourir le reproche de favoriser ou de provoquer la formation des rétrécissements, c'est le traitement qui ne guérit pas, et qui laisse s'établir dans la paroi de l'urètre le travail de la phlogose chronique.

Contre-indications. — Depuis que j'ai généralisé la méthode des injections caustiques à tous les cas de blennorrhagie, je n'ai pu déterminer de contre-indication à son emploi, hors le cas de complication phlegmoneuse, à savoir la blennorrhagie dite cordée ou avec extension de l'inflammation au corps de l'urètre. Il m'a semblé qu'alors il était prudent d'ajourner l'injection. D'abord, le siége du mal n'étant pas borné à la muqueuse, il ne suffirait pas d'agir sur cette membrane; en second lieu, l'inflammation immédiatement consécutive à la cautérisation pourrait être dangereuse en exagérant outre mesure la tension de la verge produite par la tuméfaction inflammatoire du tissu cellulaire et du corps spongieux. Dans ce cas, j'ai pensé qu'il fallait combattre ce que l'on peut regarder comme une complication, et faire cesser l'état phlegmoneux de l'urètre avant d'en venir à l'injection caustique.

Quant aux affections des organes génito-urinaires susceptibles de compliquer la blennorrhagie, elles ne peuvent former contre-indication. — Les rétrécissements ne sauraient en offrir, puisqu'on trouve dans l'injection caustique la modification appropriée aux lésions organiques qui les constituent. Pour ce qui est de l'irritation de la vessie, l'action de l'azotate d'argent sur la muqueuse vésicale affectée de phlegmasie n'est pas moins efficace que sur celle de l'urètre. — Enfin, l'épidydimite blennorrhagique a été traitée avec succès au moyen de l'injection avec le nitrate d'argent à haute dose (1). — Le chancre larvé dans l'urètre, soit qu'il accompagne la blennorrhagie, soit que seul il produise l'écoulement, loin d'être une contre-indication, n'est qu'un motif plus impérieux de pratiquer la cautérisation; mais alors on peut craindre que l'injection ne produise pas un effet suffisant. D'après cette pensée, dans les quelques cas où j'ai pu constater dans le canal l'existence du chancre caractérisé par l'induration qui forme sa base, j'ai cru devoir employer le porte-caustique de M. Lallemand pour effectuer sur le chancre une cautérisation plus profonde. Si d'autres chancres larvés se sont dérobés à mon observation, ils étaient assez légers, sans doute, pour que les injections aient suffi à les cicatriser. Dans aucun cas je n'ai vu les accidents secondaires succéder à la blennorrhagie, bien que j'en admette la possibilité; il suffit de laisser le chancre de l'urètre durer assez longtemps pour que l'infection syphilitique soit généralisée.

Il est à propos de faire observer qu'il ne s'agit ici que de la blennorrhagie communiquée par le contact vénérien. Il ne peut être question par conséquent des contre-indications qui proviendraient d'une cause différente de la phlegmasie de la muqueuse urétrale : métastases rhumatismale, dartreuse, suppression de la transpiration des pieds, effort mécanique, etc. Peut-être y a-t-il quelque chose à faire pour établir, sinon des contre-indications formelles, au moins des degrés dans l'opportunité et l'efficacité des injections caustiques sur la constitution, sur le climat et sur la température; je n'ai pu, pour moi, jusqu'à ce jour, rien déterminer de positif à cet égard.

(1) De l'emploi du nitrate d'argent dans les écoulements blennorrhagiques a toutes les périodes. — Lyon, 1844.

(1) Observations cliniques; par le docteur Leriche. — Lyon, 1843.

(La suite et fin prochainement.)

---

partie de ses membres, le même zèle, la même assiduité que nous avions remarqués dans les commissions précédentes.

Animée d'un esprit d'ordre, d'impartialité, de juste sévérité dans l'appréciation des demandes qui lui ont été adressées, elle a mis autant de modération que de mesure dans les déterminations qu'elle a dû prendre à l'égard des faits qui lui ont été signalés, en même temps qu'elle a donné des preuves de sa sagesse et de sa sagacité dans l'examen des questions qu'elle avait à résoudre.

Et tout d'abord, nous vous dirons que, dans sa première réunion, elle a cru devoir s'occuper d'une question soulevée dans la dernière assemblée générale, à l'occasion d'une proposition faite par M. le trésorier, ayant pour but de modifier l'article 21 de vos statuts, et d'élever la cotisation annuelle pour tout membre nouveau admis dans l'Association.

Dans un rapport concis et remarquable, M. le docteur Vosseur vous démontra que la modification proposée s'offrait avec les conditions de nécessité, de justice et d'opportunité. Il vous indiquait, avec cet esprit d'ordre et de précision qui préside à notre gestion financière, le moyen de continuer l'accroissement progressif de votre capital social.

Dans la discussion de ce rapport, dont les conclusions furent adoptées, la question d'élever la cotisation des anciens membres fut soulevée, appuyée, mais non résolue. La commission générale a cru devoir examiner immédiatement cette question et en provoquer la solution; elle a chargé une commission de lui faire un rapport. Cette commission a rejeté purement et simplement la proposition, qui lui a paru injuste et inexécutable, se bornant à manifester l'espérance que tous les anciens membres qui croiraient pouvoir augmenter leur cotisation le feraient quand ils connaîtraient les besoins de l'institution, et les justes motifs qui ont fait élever la cotisation annuelle pour les membres nouveaux.

Une autre question grave, difficile, bien que digne de nos sympathies, est venue éveiller la juste sollicitude de votre commission générale; elle en a confié l'étude à une commission composée des membres du bureau qui, dans des circonstances éloignées, avaient été à même de l'examiner, et connaissaient les objections et les difficultés qu'elle avait soulevées.

Un médecin honorable de Bercy, M. le docteur Ch. Martin, frappé, d'un côté, de l'isolement des médecins qui exercent aux portes de la capitale, et de l'autre, des avantages et des bienfaits de notre association, a vivement exprimé le désir que les médecins du département de la Seine en fissent partie.

La commission spéciale, messieurs, après avoir mûrement délibéré, a unanimement déclaré qu'elle trouvait la question trop grave pour se croire suffisamment investie du droit de la résoudre; elle a pensé qu'elle devait être soumise à l'assemblée générale, et a décidé que M. le docteur Ch. Martin, qui agissait par une inspiration personnelle, serait invité à présenter directement sa demande collectivement appuyée, à l'assemblée générale de janvier 1846.

M. le docteur Martin nous a fait connaître, il y a quelques jours seulement, son intention d'ajourner la présentation de sa demande.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Le troisième cahier de 1845 contient les articles originaux suivants : 1° *Sur la plique polonaise;* par le docteur Szokalski. (Travail très-intéressant qui échappe à l'analyse par ses nombreux détails ; disons pourtant que l'auteur attribue l'endémie de cette maladie en Pologne à l'usage presque exclusif des aliments tirés du règne végétal, tels que les pommes de terre, les choux, les navets et les citrouilles, auxquels on a fait subir la fermentation acide. Si cette maladie ne se rencontre pas en Russie, où l'alimentation est à peu près la même, c'est que dans ce pays on a encore conservé l'usage des bains de vapeurs, négligés en Pologne depuis le commencement du dix-septième siècle, époque à laquelle la plique s'est montrée pour la première fois.) 2° *Verugas, maladie endémique dans le Pérou;* par le docteur de Tschudi. 3° *Sur l'emploi des moxas dans les maladies de la moelle épinière;* par le docteur Reinbold. 4° *De la nécrose des mâchoires due à l'influence des vapeurs de phosphore;* par le professeur Heyfelder. 5° *Sur le traitement local des inflammations;* par le docteur Frey. (Explications physiologiques de l'action des moyens employés localement contre les inflammations.) 6° *Sur la mensuration des bassins;* par le docteur Beck. (Considérations générales sur l'importance de la pelvimétrie, et description d'un nouveau pelvimètre.)

VERUGAS, MALADIE ENDÉMIQUE DANS LE PÉROU (1); par le docteur DE TSCHUDI.

Parmi les maladies endémiques sur les côtes occidentales de l'Amérique du Sud, principalement au Pérou, celle appelée *verugas* par les indigènes est la plus intéressante.

Cette maladie se présente sous la forme d'exanthème, et son développement peut être divisé en quatre périodes :

I. PÉRIODE DES PRODROMES. — Elle débute par un malaise, abattement, anorexie, céphalalgie fugace, principalement sus-orbitaire, vertiges, suppression de la transpiration, sécheresse et chaleur de la peau, douleur au cou avec dysphagie intermittente, plutôt nerveuse qu'inflammatoire, et même impossibilité d'avaler, sans rougeur du pharynx. Souvent l'un ou l'autre des symptômes manque, rarement tous.

II. PÉRIODE D'ÉRUPTION. — Crampes dans les bras et dans les mollets, douleurs intermittentes et souvent très-fortes dans les os, principalement dans les grandes articulations et dans les jambes, avec un sentiment de distension des os; ce symptôme est pathognomonique, car il manque à peine une fois sur vingt. Ces douleurs, après une durée de quelques jours, diminuent d'intensité, et alors apparaissent sous la peau des indurations du volume d'une lentille, mobiles et indolentes et arrivant en peu de jours aux dimensions d'une noisette, quelquefois à celles d'un œuf de poule ou même du poing. L'épiderme qui les couvre s'amincit, devient d'un rouge vif avec des traînées d'un bleu foncé. Il se forme fréquemment à un endroit, le plus souvent sur la partie la plus élevée de la tumeur, un point brun noirâtre d'où s'élève une vésicule qui se rompt et laisse écouler une quantité de sang noir, épais, sans que la tumeur diminue. L'éruption commence ordinairement aux articulations et s'étend suivant la direction des os longs; elle se montre rarement à la poitrine, jamais je ne l'ai vue au dos, au cou, au ventre, mais à la région mastoïdienne, au front, et une fois sur les paupières supérieures.

III. PÉRIODE D'EFFLORESCENCE. — Aucune des périodes n'a de durée déterminée; l'éruption se fait peu à peu, elle est en rapport avec l'efflorescence, qui est d'autant plus lente que l'éruption a été plus lente aussi. Pendant ces deux périodes, le malaise, les crampes et les douleurs dans les os continuent, mais la dysphagie disparait après l'apparition de l'exanthème. Avec l'efflorescence se montre un autre symptôme, l'œdème, qui commence aux mains et aux pieds, et s'étend promptement, s'il n'est pas arrêté par une ligature, à tout le corps du malade, qui devient méconnaissable. Cet œdème diminue aussi vite qu'il a augmenté, et disparait au bout de quelques jours et même après quelques heures, pour reparaître fréquemment dans le courant de la maladie; souvent il reste fixé localement, surtout aux pieds. Les boutons sont très-sensibles, et laissent échapper à la moindre pression une quantité de sang foncé, dont l'écoulement est accompagné de convulsions si douloureuses, que le malade tombe en syncope; l'écoulement spontané est si peu douloureux, que le malade peut se voir baigné de sang avant de sentir l'endroit de l'hémorrhagie. Voici un exemple d'une de ces hémorrhagie qui, quelque abondante qu'elle soit, ne fait pas diminuer la tumeur : Un métis avait des verugas, plusieurs tumeurs fort grandes étaient situées sur le tibia, et une de la grandeur d'un pois au-dessous de la malléole externe; celle-ci, heurtée contre le pied d'une table, donna issue, en occasionnant beaucoup de douleurs, à plus de deux livres et demie de sang, sans celui dont les souliers et les habits étaient imprégnés, et dont on ne put par conséquent évaluer le poids.

IV. PÉRIODE DE DÉCROISSEMENT. — Très-variable dans sa forme et dans sa durée, elle se fait parfois dans quelques jours, mais le plus souvent elle se prolonge pendant des mois. Les petites tumeurs disparaissent sans laisser de traces, ce n'est que lorsqu'elles ont souvent saigné qu'on voit des escarres d'un brun foncé remplacées à leur chute par de petites cicatrices rouges. Les grandes tumeurs suppurent à leur base, elles deviennent plus petites et se flétrissent sous forme d'une masse brune, et laissent à leur place une plaque très-rouge qui disparaît avec le temps.

Réaction. On remarque déjà dans la première période des symptômes de réaction. La fièvre est ordinairement médiocre, les exacerbations vers le cou peu prononcées, le pouls petit et dur; la fièvre est plus forte et le pouls plus tendu lorsqu'il existe des douleurs dans les os; la fièvre prend le caractère torpide dans la deuxième période; l'éruption tarde à paraître; les forces du malade diminuent; la peau est parcheminée quoique flasque; la pesanteur de la tête et les vertiges augmentent; les crampes dans les extrémités deviennent plus fréquentes et sont plus longues; il y a des mussitations qui persistent jusqu'à la mort; une seule fois il existait des symptômes tétaniques auxquels le malade succomba. La fièvre continue pendant toutes les périodes, quoique ordinairement elle soit peu intense; elle se caractérise par des exacerbations régulières.

Formes. On a distingué plusieurs formes sous lesquelles l'exanthème se montre, toutes sont dues aux mêmes causes, présentent les mêmes symptômes qui pourtant varient dans leur développement.

A. La forme la plus commune est celle de boutons assez grands, rouges, peu nombreux et placés dans le sens de la direction des os longs; ils sont inégaux et bosselés, de la grandeur d'une noisette jusqu'à celle d'une noix; la sang s'échappe d'une ou de plusieurs bosselures, de plusieurs boutons ou d'un seul, tandis que les autres boutons se flétrissent sans avoir saigné.

B. Les boutons varient en dimensions depuis celle d'un haricot jusqu'à celle d'un œuf de poule et même plus; ils sont quelquefois allongés et pendent comme des cigares à un pédicule étroit, de la longueur de quatre pouces sur trois à quatre lignes de diamètre; les appendices ne sont pas bosselés comme les autres, mais lisses, tendus, très-rouges et rayés de bleu. Souvent on n'en voit qu'un seul de cette espèce, qui alors est toujours très-volumineux et porte à sa surface une ou deux vésicules d'un brun noirâtre par où le sang s'échappe à la suite. L'hémorrhagie, qui n'est guère moins de 6 à 8 onces, ne fait pas diminuer le volume des boutons, à peine la peau devient-elle un peu flasque et se forme-t-il autour des vésicules des plis rayonnées. Les boutons sont à peine sensibles, pourtant à une forte pression ils causent des douleurs même convulsives. Ces sortes de verugas plus rares que les autres sont nommées par les indigènes « *verugas de mula,* » parce qu'on les rencontre souvent sur des chevaux et des mulets.

C. La troisième espèce est plus rare que les précédentes, et est le plus souvent méconnue par les médecins qui n'ont pas étudié cette maladie; elle se caractérise par de nombreuses taches rouges de la grandeur d'une lentille qui se trouvent aux jambes, surtout autour des malléoles, à l'avant-bras, aux articulations, parfois aussi au bras, aux cuisses et à la figure. Dans le principe, elles peuvent être confondues avec des piqûres de moustiques, elles sont rouges, brunâtres, et ne disparaissent pas par la pression. De même que dans les deux autres espèces, il se forme quelquefois des boutons qui donnent lieu à des hémorrhagies également très-abondantes. Le traitement de cette espèce est le plus ingrat; souvent la maladie persiste pendant des années et finit par amener la mort par faiblesse. Pas plus que dans les deux autres espèces précédentes, l'éruption n'est accompagnée de prurit. Assez souvent on voit apparaître dans cette troisième espèce un bouton de la seconde, appelé par les indigènes *veruga madre.* Un exemple pareil a été observé sur le baron de W., qui pendant plusieurs mois affecté de cette troisième espèce, présentait en outre à la face interne de l'avant-bras une excroissance cylindrique de 3 pouces de long.

D. La quatrième espèce ne se caractérise pas par des formes extérieures, mais par des symptômes. Elle se développe sur la muqueuse intestinale, si l'on ose baser son jugement sur une seule observation. Un jeune Colombien fut forcé de s'arrêter pendant quelques mois dans le village Santa-Olaga (dont il sera question plus bas): peu après son départ de ce village, il tomba malade et eut journellement deux à trois selles mêlées d'une certaine quantité de sang noir. Il ne vint consulter qu'au bout d'un an. La perte du sang seule pouvait être prise pour un écoulement hémorrhoïdal; mais le séjour antérieur du malade, un œdème de tout le corps qui s'est répété à trois reprises différentes, et des douleurs dans les mollets, pou-

(1) L'auteur en a vu plus de 50 cas pendant un séjour de quatre ans et demi.

vaient faire admettre des verugas dans le canal intestinal. On prescrivit les médicaments employés contre cette maladie, et on l'envoya dans un pays chaud. Après quinze jours de séjour dans la Montania (au bord des forêts vierges), plusieurs verugas se montrèrent sur la peau; le malade guérit peu à peu et les selles sanguinolentes disparurent.

Diagnostic.—La douleur au cou, dans les os, et les crampes, peuvent déjà faire soupçonner la maladie avant l'éruption, mais ne suffisent pas pour fonder un diagnostic certain, qui n'est assuré que par l'apparition des boutons caractéristiques. Les douleurs des os se distinguent de celles de la syphilis par leur apparition irrégulière et par les autres symptômes indiqués plus haut, dont elles sont accompagnées.

Complications.—Elles sont encore très-peu connues. Lorsque la syphilis l'accompagne, les ulcères des os présentent les caractères de la maladie vénérienne, leurs bords sont boursouflés, rouges, et le fond est lardacé; les éruptions impétigineuses n'ont pas été rencontrées avec les verugas.

Étiologie.— La cause la plus probable de cette maladie paraît être celle indiquée par les Indiens, l'eau de quelques sources. Presque dans toutes les vallées qui conduisent des côtes de l'océan Pacifique aux Cordilières, il y a quelques sources d'eau dont les conducteurs de mulets ne boivent jamais, ne laissent pas boire leurs bêtes, et défendent aux étrangers de s'y désaltérer en s'écriant: *Es agua de Veruga*, c'est de l'eau de Verugas. Le village de *Santa-Olaga* dans la vallée de Cochacra, entre Lima et les Cordilières, est célèbre par son eau de Verugas dont peu d'étrangers boivent impunément, et même les indigènes sont souvent atteints de cette maladie. Les changements brusques de l'atmosphère, les conditions géologiques et les propriétés chimiques de l'eau sont probablement les causes de l'endémie de cette maladie; parmi les causes occasionelles, même admises par les Indiens, il faut surtout noter le refroidissement brusque par des courants d'air ou de l'usage de l'eau froide, le corps étant échauffé. Les verugas ne se rencontrent qu'au versant ouest des Cordilières, non sur les côtes, mais dans les vallées, où il y a une lutte continuelle entre les vents glacés des Andes et l'air brûlant des terrains sablonneux des côtes. La maladie reste toujours comprise entre une hauteur de 2 à 5,000 pieds au-dessus du niveau de la mer.

Outre le village Santa-Olaga, les provinces Huaraz, Chiquiang, etc., sont connues par cette maladie, qui n'a pas encore été rencontrée au versant est des Cordilières. Il est remarquable que dans quelques vallons, par exemple dans la Quabrada de Santa-Rosa, de Quibes, qui par leur position sembleraient favoriser le développement de cette maladie, celle-ci est remplacée par une autre appelée par les Indiens *uta* (cancer du scrotum).

Durée et marche. — Cette dernière est ordinairement lente; rarement elle dure moins de deux mois, le plus souvent six, huit et plus. La durée de chacune des périodes est également variable. L'influence nuisible sur l'organisme se manifeste souvent brusquement, souvent avec lenteur, ce qui est surtout frappant dans les cas de verugas produits par l'ingestion de l'eau suspecte, où déjà, le troisième jour, apparaissent les symptômes de la maladie, tels que malaise, vertiges, disphagie; souvent ils ne se déclarent que quelques mois après que le malade a quitté le village de Santa-Olaga, et sans qu'ils soient précédés de la période des prodromes, en sorte qu'on est aussi obligé d'admettre une durée d'incubation.

La période de l'éruption est relativement la plus courte, car la forme C se développe quelquefois dans peu d'heures, tandis qu'il faut plusieurs semaines aux deux autres formes, surtout à la forme B, pour arriver à leur entier développement. La durée de l'efflorescence, en général plus longue, est surtout soumise aux influences climatériques: les verugas suppurent et se dessèchent rapidement pendant un temps chaud, mais restent longtemps stationnaires, presque dans un état torpide, lorsque l'air est froid et humide.

La période de décroissement varie beaucoup; dans les formes A et B, où la suppuration a lieu, elle peut ne durer que six à huit jours. Comme ce n'est pas la tumeur en entier, mais seulement un pédicule qui entre en suppuration, la durée varie selon l'épaisseur de ce dernier. Si dans la forme C il y a deux escarres, elles tombent au bout de quelques jours; mais si elles manquent, les tumeurs disparaissent peu à peu, d'abord celles des os, puis celles des articulations.

Terminaison.—1° *Par une santé parfaite.* Elle est extrêmement rare: à peine voit-on un malade sur dix guéri complétement; si cela arrive, l'exanthème disparaît peu à peu sans évacuation critique.

2° *Par une santé imparfaite.* Ce mode est bien plus fréquent que le précédent; la maladie disparaît, mais il reste des dérangements plus ou moins prononcés, tels que des douleurs intermittentes des os qui persistent quelquefois pendant des années, des crampes dans les mollets survenant aux moindres efforts, l'œdème des pieds permanent ou revenant à intervalles fréquents, des douleurs obtuses, oppressives, des mouvements pénibles dans les articulations, des ulcères atoniques difficiles à guérir.

3° *Par une autre maladie.* A. *Hypertrophie* des parties qui ont été le siége de l'éruption, principalement des membres inférieurs.

B. *Varices.* Elles sont très-fréquentes, principalement aux extrémités inférieures.

C. *Anasarque.* Elle existe, surtout quand la maladie a une marche torpide et sous des influences climatériques nuisibles, dans la période de décroissement, plus rarement dans celle de l'efflorescence, et est souvent accompagnée de varices.

D. *Paralysie.* Elle ne se montre qu'aux membres inférieurs, au moins à en juger par sept cas où les jambes seules avaient perdu leur mouvement, tout en conservant le sentiment. Chez une malade il y avait aussi paralysie de la vessie;

E. *Par la mort.* Elle arrive ordinairement pendant la deuxième période, lorsque l'éruption n'apparaît pas, soit par des causes externes ou par défaut de réaction; dans ce cas la fièvre est torpide, et il survient tous les symptômes d'une paralysie du cerveau qui finit bientôt par amener la mort. Dans la période d'efflorescence, la mort arrive par l'hémorrhagie; dans celle de décroissement, par l'épuisement suite d'hémorrhagies ou de suppuration trop abondante qui amènent bientôt la fièvre hectique.

Pronostic. — Il est peu favorable, car le nombre des guérisons complètes est très-minime, et quoique la mort immédiate soit assez rare, la terminaison par d'autres maladies est la plus commune.

Le pronostic dépend:

A. *De l'age des individus.* Il est plus favorable pour les sujets jeunes et robustes que pour les vieux décrépits;

B. *De la race d'hommes.* Les Européens, en général les blancs avec leur peau délicate, sont plus souvent atteints des verugas que les Indiens; il n'y a pas d'exemple que cette maladie ait atteint un nègre ou des femmes: ces dernières en sont probablement préservées parce qu'elles ne s'exposent pas aux causes qui les produisent;

C. *De la forme.* Celle décrite sous la lettre B est la plus favorable, moins celle de A, encore moins celle de C, surtout quand elle est compliquée de B;

D. *Des complications.* Celle de la syphilis est très-funeste, surtout quand les forces sont épuisées par la marche chronique de la maladie;

E. *De la durée.* Il est d'autant plus fâcheux que la maladie se traîne en longueur et que les hémorrhagies se répètent; les verugas qui ne durent que deux ou trois mois se terminent ordinairement d'une manière favorable;

F. *De la continuité de la marche.* Moins les symptômes, tels que l'œdème, les crampes et les douleurs des os sont prononcés, moins le pronostic est défavorable;

G. *De la réaction.* Il est toujours plus favorable quand la fièvre est modérée et surtout quand elle diminue après l'apparition de l'éruption. La fièvre avec le caractère torpide chez les hommes jeunes et forts est mauvaise et encore plus mauvaise chez les vieillards, surtout quand elle se prolonge pendant la période d'efflorescence et comme au début de la maladie; il en est de même de la fièvre hectique dans la période de décroissement;

H. *Des influences atmosphériques.* C'est dans les Cordilières et dans la Sierra que la maladie se montre le plus fréquemment et le plus longtemps; souvent l'éruption ne se manifeste pas tandis que les symptômes nerveux se développent rapidement. Les verugas sont rares dans le climat sec des côtes;

I. *Des terminaisons.* L'œdème est le plus à craindre tandis que la paralysie persiste pendant des années.

La maladie est sujette à des récidives qui sont fréquentes.

Caractères anatomiques. — On comprend facilement que dans un pays où il y a encore tant de préjugés, on puisse rarement faire des autopsies. Je n'ai jamais eu l'occasion d'ouvrir le cadavre d'un individu mort de verugas; aussi mes observations se bornent-elles à la description de la structure des boutons. L'épiderme qui revêt les tumeurs est noir, transparent et très-rouge; les vaisseaux capillaires et les petites veines cutanés sont très-dilatés; ils sont placés parallèlement les uns aux autres, ou repliés en arc de cercle, ou entrelacés en mailles très-larges; les intervalles sont remplis par un tissu cellulaire spongieux, brun rouge. Les veines sont tellement gorgées de sang qu'elles menacent de se rompre; si on ouvre sur une des tumeurs fraiches un de ces vaisseaux avec une lancette, le sang s'en écoule lentement pendant des heures entières. J'ai toujours trouvé que l'oblitération commence par la base et plutôt par les vaisseaux de la circonférence que par ceux du centre, d'où on s'explique l'altération par sa base. Dans une tumeur complétement isolée par la suppuration, toutes les veines sont oblitérées et forment un nœud fortement serré.

La forme décrite sous la lettre C ne paraît se développer que par une dilatation très-circonscrite des vaisseaux capillaires les plus fins; il est impossible de s'expliquer pourquoi ces nœuds se rencontrent plus souvent aux

extrémités, aux articulations, à l'apophyse mastoïde, etc., qu'aux autres parties du corps.

Traitement. L'expérience a démontré aux Indiens que l'excitation de la sécrétion de la peau contribue beaucoup à faire parcourir aux verugas la marche la plus convenable : à cet effet ils se servent d'une plante appelée *huacra-huacra* (dans la langue des Quiochas, corne-corne ; *unia de gato*, ongle de chat par les Espagnols), qui a une propriété diaphorétique très-forte. Une autre plante *huamanputa*, également très-employée, qu'on trouve dans les hautes Cordilières, est aussi très-diaphorétique, de plus diurétique. L'efficacité de la *huacra* est moins sûre, mais elle diminue manifestement les douleurs dans les os, et offre par conséquent dans le courant de la maladie un avantage immense contre ce symptôme; il faut y renoncer dans les cas où les organes digestifs sont affaiblis, car un usage prolongé produit des symptômes qui dénotent la gastrite.

Le traitement que j'ai le plus souvent employé est le suivant : aussitôt que les premiers symptômes positifs des verugas, tels que douleur au cou, crampes aux mollets, douleurs dans les os ont été constatées, on enverra le malade dans un climat chaud, ce qui est très-facile au Pérou, où dans trois jours de temps on peut passer depuis les régions des neiges éternelles jusqu'aux terrains brûlants des forêts vierges. Si le changement de climat n'est pas possible, le malade doit surtout éviter le froid humide et garder la chambre ou le lit. Le matin il boira un ou deux verres de tisane formée par *Zeæ maïs (var. alba), Radic. sassaparillæ et Chuquiragæ spinosæ*. Il boira trois ou quatre verres de cette même tisane froide ou tiède dans le courant de la journée. Si l'éruption tarde à venir ou se déclare d'une manière incomplète, il suffit de donner quelques cuillerées de vin de Bordeaux pour la faire paraître immédiatement. De cette manière je suis parvenu à faire parcourir à cette maladie toutes les périodes avec le plus grand succès. Les tumeurs ne réclament pas de soins spéciaux, seulement le malade doit éviter de les écorcher. Les hémorrhagies très-abondantes sont arrêtées souvent rapidement par une ligature placée autour du membre, mais elle ne réussit pas toujours; alors il faut avoir recours à l'excision de la tumeur, au moins à une ligne de sa base dans la partie saine de la peau. On fait aussi bien de panser la plaie avec des onguents irritants pour entretenir une suppuration abondante. Dans la première période, lorsqu'il existe de fortes douleurs et lorsque l'éruption tarde à paraître, les poudres de Dower sont très-utiles; si la fièvre est d'un caractère nerveux et l'exanthème incomplet, il n'y a pas de médicament plus efficace que le camphre. Dans le cas de faiblesse extrême suite d'hémorrhagies, les préparations de fer sont indispensables pour soutenir le malade pendant les périodes de décroissement; le quinquina est aussi très-utile pour soutenir les forces. Contre les douleurs locales des articulations, la tuméfaction prolongée des extrémités, on a recours avec avantage aux frictions volatiles de camphre, d'essence de térébenthine et de teinture d'opium.

De la nécrose des machoires sous l'influence des vapeurs de phosphore ; par le professeur Heyfelder (Mémoire lu à la Société médicale d'Erlangen).

Dans le cahier de mars des Annales médicales de l'Autriche, M. Zorinser fait mention de plusieurs cas de nécrose des mâchoires, qui tous ont été observés sur des ouvrières employées dans des fabriques d'allumettes phosphoriques à friction, principalement dans des lieux où la dessiccation de ces allumettes donne lieu à la vaporisation du phosphore. La maladie commence par une odontalgie plus ou moins forte, ne s'étendant dans le principe qu'à une ou plusieurs dents, mais plus tard à toute la mâchoire, qui se gonfle et devient douloureuse au toucher. Le gonflement s'étendant bientôt aux gencives, aux joues, devient érysipélateux et se propage à toute une moitié de la face et au cou; il est accompagné de fortes douleurs, d'anorexie, de selles irrégulières, de soif, de fièvre, de forte salivation et d'une teinte jaunâtre sale de la peau. Quelques dents sont agacées, branlent, un pus fétide s'écoule des alvéoles et s'amasse sous les gencives, de là se fraye un passage au dehors ou dans la cavité buccale. Il se forme des trajets fistuleux à travers lesquels on peut sentir avec la sonde la mâchoire rugueuse et dénudée; enfin les dents tombent, les parties molles de la bouche se détachent, et la nécrose apparaît à découvert dans une étendue plus ou moins considérable. Chez les individus forts et lorsque la nécrose n'est pas très-étendue, la guérison se fait par l'exfoliation des os; dans les cas contraires les malades, surtout ceux qui sont scrofuleux, meurent de phthisie tuberculeuse.

M. Zorinser conclut de ces observations que la maladie n'est pas seulement locale, mais liée à une affection particulière de tout l'organisme, et attribue l'affection locale, qui n'est qu'un reflet de la maladie générale, au passage des vapeurs de phosphore à travers la bouche et le nez.

Obs. — Le 7 juin 1843, Margarite Rumpler, âgée de 21 ans, entra à la clinique chirurgicale d'Erlangen pour une nécrose avec carie de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Elle a travaillé pendant plusieurs années dans une fabrique de briquets phosphoriques à Nurenberg. D'après son dire, plusieurs autres ouvrières de cette fabrique ont souffert en même temps du même mal, qui a été pris pour une périostite. A la fille Rumpler, on a arraché, dans les dernières semaines, quelques dents vacillantes, et on lui avait administré sans résultat des médicaments à l'extérieur et à l'intérieur.

En examinant la malade, on trouva dans les parties molles tuméfiées et épaissies du côté gauche de la face plusieurs fistules qui aboutissaient à l'os carié; des dents manquaient de ce côté, et le bord alvéolaire nécrosé paraissait à nu dans la bouche; la peau de la malade était terreuse, le pus qui s'écoulait des fistules était ténu, sale, ichoreux et fétide; la salivation était abondante, l'appétit médiocre, la digestion paresseuse; fièvre le soir. Cette fille avait souffert à plusieurs reprises, dans les dernières années, de douleurs rhumatismales, mais jamais de scrofules ni de syphilis. La menstruation était normale jusqu'à il y a six mois. Le 9 juin, on fit l'extraction de la mâchoire malade, et après avoir excisé les parties molles fistuleuses, on réunit la plaie avec des sutures à points séparés et entortillés. La guérison fut si rapide que la malade sortit le 23 juin de l'hôpital.

A la suite d'un refroidissement, il survint à la partie opérée un léger gonflement qui passa en suppuration. Il fallut encore arracher quelques dents; presque toutes étaient dans un mauvais état. Rumpler reprit bientôt ses occupations dans la fabrique de briquets phosphoriques; mais en mars 1844 elle revint à l'hôpital pour la même affection, occupant alors toute la moitié droite de la mâchoire inférieure et toute la mâchoire supérieure droite. Il y avait, vers la même époque, d'autres ouvrières atteintes de la même affection dans la fabrique, en sorte qu'on devait supposer une lente intoxication.

Comme la constitution très-affaiblie de la malade ne permettait pas d'entreprendre une opération, on eut recours jusqu'à mi-mai à des bains généraux, cataplasmes, gargarismes; à l'intérieur, l'hydriodate de potasse, huile de foie de morue, décoction de Zittmann sans mercure, mais le tout sans succès, et elle sortit de l'hôpital. Plus tard, elle se fit extraire, à Nurenberg, la moitié droite de la mâchoire, et mourut dans un état de marasme.

On dit qu'à l'autopsie on a trouvé l'affection étendue jusqu'à l'os frontal.

La partie de la mâchoire extraite à la clinique d'Erlangen a offert quelques particularités remarquables : la face interne de cet os est nécrosé depuis la partie moyenne où elle a été sciée jusqu'à la dernière molaire qui est encore saine; toute la face externe était couverte par une couche épaisse de tissu osseux nouvellement formé. Depuis les molaires jusqu'à l'angle de la mâchoire, on trouva sur les deux tiers inférieurs de la face une couche épaisse de tissu osseux, grisâtre, criblé de trous, également de nouvelle formation, mais paraissant aussi avoir été carié; c'est dans cette masse qu'on arrivait en sondant par les fistules avant l'opération. A l'angle même de la mâchoire, il existait une tuméfaction comme un commencement de ligne de démarcation. Derrière cette tuméfaction, l'os est comme épaissi et montre plusieurs trous nourriciers; la face intérieure a la même structure que l'extérieur. Le tissu osseux de nouvelle formation se trouve sur la face interne et sur la partie antérieure de la face externe et s'étend jusqu'aux alvéoles où il offre une très-belle structure; à la face externe, le tissu nouveau dépasse l'angle, derrière lequel l'os est également tuméfié. Dans les deux substances de nouvelle formation, on trouve des trous depuis la dimension d'un point jusqu'à celle d'une lentille aboutissant à la mâchoire inférieure nécrosée; dans d'autres parties, ces trous ne sont que rudimentaires ou borgnes et ne pénètrent pas à la mâchoire.

La moitié droite de la mâchoire excisée par un autre médecin se trouve entre les mains de M. Ried, agrégé à la Faculté de médecine d'Erlangen; le bord alvéolaire est ici également nécrosé et toutes les dents manquent, excepté les deux dernières molaires dont l'avant-dernière, tout à fait saine et bien développée, est sortie de son alvéole, tandis que la dernière, également saine, n'est pas encore sortie de sa cavité. Toute la face externe de l'os, à l'exception du bord alvéolaire, du bord le plus externe de la branche postérieure de l'apophyse coronoïde et articulaire est couverte d'une couche de masse osseuse de nouvelle formation, épaisse, grise et criblée comme de la pierre ponce: celle-ci s'étend aussi par-dessus la base de la mâchoire et paraît avoir été cariée. La face interne est également couverte par une masse osseuse de nouvelle formation, mais moins épaisse qu'à la face externe; mais elle était plus blanche, moins criblée et moins semblable à la pierre ponce, et offrant des parties saines qui s'étendaient jusqu'au bord alvéolaire. On trouve dans la masse nouvellement formée sur la face externe et à la base de l'os de petits trous qui au moins en partie aboutissent à la mâchoire nécrosée.

M. le professeur Diez possède la moitié d'une mâchoire inférieure extirpée à une ouvrière employée dans la même fabrique de briquets phosphoriques à Nurenberg, qui diffère de la précédente en ce que les apophyses coronoïde et articulaire sont couvertes par une masse épaisse, grise, semblable à la pierre ponce, tandis que dans la mâchoire de Rumpler, les apophyses sont restées saines et nullement incrustées de tissu osseux nouvellement formé. M. de Bibra, qui a soumis à un examen chimique et microscopique les pièces anatomiques, y a trouvé de la matière organique et principalement la graisse augmentée.

D'après un écrit de M. Diez à M. Heyfelder, il résulte que le nombre des cas de nécrose de la mâchoire observés sur des ouvrières employées dans des fabriques de briquets phosphoriques se monte à 8 ou 9. Les malades âgées de 18 à 27 ans ont toutes travaillé dans une seule et même fabrique qui occupe le plus de monde, et se sont trouvées depuis le matin à six heures jusqu'au soir à neuf heures dans des courants d'air très-chauds et imprégnés de vapeurs phosphoriques. Il est à remarquer que ces conditions se trou-

vent aussi dans d'autres fabriques où cette maladie n'a pas été observée. La plupart de ces ouvrières jouissaient auparavant d'une bonne santé; quelques-unes paraissaient scrofuleuses et étaient employées depuis plusieurs années dans les fabriques; leurs dents étaient plus ou moins cariées. Chez 4 la nécrose avait son siége à la mâchoire supérieure, et chez 4 ou 5 à la mâchoire inférieure. Une de ces ouvrières guérit par exfoliation spontanée du bord alvéolaire, une autre après la résection de la mâchoire inférieure, 6 moururent de fièvre hectique, dont 2 après avoir été opérées.

Les 9 malades observées par Zorinser, et âgées de 19 à 40 ans, étaient employées depuis 4 à 9 ans dans une fabrique de briquets phosphoriques. Chez 4 il y avait nécrose de la mâchoire supérieure totale, chez une elle était partielle. Une seule de ces malades guérit, 5 moururent, 3 restèrent en traitement, une avec nécrose totale de la mâchoire supérieure, une avec nécrose partielle de la mâchoire supérieure, et une avec nécrose totale de la mâchoire inférieure. La première était malade depuis 6 mois, la seconde depuis 3 mois, et la troisième depuis 5 mois.

Il ne reste pas de doute, d'après ces observations identiquement les mêmes, à Nurenberg et à Vienne, que c'est aux émanations des vapeurs de phosphore dans un local enfermé qu'il faut attribuer les cas de carie de la mâchoire. Il faut éloigner tout ouvrier qui présente quelque symptôme de la maladie, et le mettre dans une habitation où il respire un air pur.

La police doit dorénavant veiller à ce que, dans les parties de la fabrique où l'on trempe les allumettes phosphoriques, les courants d'air soient convenablement établis, que cette partie du travail ne se prolonge pas, que les ouvriers ne séjournent pas trop longtemps dans les séchoirs, et que jamais ils ne prennent les repas dans la fabrique. Les ouvriers doivent fréquemment prendre des bains et changer de vêtements, surtout ne pas se coucher avec du linge porté dans la journée.

M. le professeur Martius, présent à la lecture de ce mémoire, a dit avoir trouvé de l'arsenic dans le phosphore employé dans la fabrique de Nurenberg.

M. le professeur Heyfelder a aussi entretenu de ce sujet le congrès scientifique qui a eu lieu cette année à Nurenberg. M. le docteur Blumhardt (de Stuttgard) dit en avoir vu également, surtout chez des enfants, et M. le docteur Rose sur des hommes.

M. le docteur Diez, dont il a été question dans le mémoire de M. Heyfelder, remarque que depuis qu'on a modifié la fabrication des allumettes, en ce qu'au lieu de phosphore retiré autrefois de Vienne et contenant de l'arsenic, on ne se sert plus que du phosphore où il n'entre pas de ce métal, les cas de nécrose sont devenus plus rares.

M. Fuchs ne regarde pas l'arsenic comme bien dangereux, au moins à en juger par ce qui se passe à l'exploitation des minerais du Hartz.

Le 7 août, M. le docteur Stroll a lu, à la société de médecine de Strasbourg, une note sur la même affection. Il a observé lui-même 4 cas et a entendu parler de 3 autres. Sa relation coïncide parfaitement avec celle de M. Heyfelder: c'étaient toujours des nécroses des maxillaires avec tous les symptômes que relate le médecin allemand (Gazette médicale de Strasbourg, n° 11, 1845).

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER.

BÉGAIEMENT.

M. le docteur Serre (d'Alais) lit un mémoire intitulé : Études sur le bégaiement et la parole. Les récidives, dit M. Serre, à la suite des tentatives faites pour guérir le bégaiement, ont été si nombreuses; les cures ont été si rares et surtout si contestées, que j'ai cru convenable de faire connaître les véritables causes de ces récidives, les conditions sans lesquelles il n'y a pas de succès possible, en exposant un système de guérison, jugé par une longue expérience faite sur moi-même.

Les principes sur lesquels ce système repose, sont les suivants : 1° Une volonté inébranlable; 2° l'équisyllabisme; 3° les gestes régulateurs et modulateurs des sons.

L'indication la plus importante à remplir dans la cure du bégaiement et du bredouillement, consiste à opposer l'ordre au désordre des syllabes, en mettant entre elles des intervalles égaux. La régularisation syllabique, entièrement conforme au sens général de la constitution de notre langue, longtemps mise en pratique, peut rendre les services les plus signalés, pourvu que l'on ait soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner à la longue, la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent.

Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles. Voilà une règle fondamentale, avec laquelle il faut s'identifier et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent ou rapide de certains groupes de syllabes, conservant entre elles, cependant, des espaces relativement égaux.

L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes; de là, la nécessité d'avoir recours aux mouvements des diverses parties du corps.

M. Serre distingue les gestes, sous ce rapport, en gestes régulateurs et gestes modulateurs. A la première difficulté de prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps, isochrones avec la sortie des syllabes; ce sont les mouvements régulateurs.

Puis, s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sortes de *pédales*, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

Ici l'action du geste, par la voie des solidarités et des connexions musculaires, remonte jusqu'à la poitrine, et devient expiratrice; elle s'associe alors à celle du thorax, qu'elle modère ou renforce *harmoniquement*, selon la nature de l'idée.

Désormais la parole devra tout dire : la langue d'action, si son intervention est nécessaire, sera tenue de marcher parallèlement avec la langue phonétique, sans se séparer de cette dernière.

M. Serre, appliquant ces principes aux redressements des perturbations nerveuses de la parole, cherche à les rattacher aux lois naturelles qui président à l'émission des sons articulés, et étudie le geste considéré dans ses rapports plus ou moins intimes avec l'acte de la parole.

De nombreuses et attentives observations faites sur les personnes qui parlent en public, l'ont convaincu que le geste n'est pas uniquement destiné à faire connaître nos sentiments et nos pensées, formant ainsi le langage d'action, supplémentaire de la parole. En d'autres termes, le geste n'est pas seulement régulateur, ni seulement expressif, mais il est encore modulateur.

Les trois propriétés, *expressive*, *régulatrice*, *modulatrice* du geste, sont destinées à se combiner entre elles, dans des proportions que l'observateur apprécie et dont il peut faire une heureuse application.

En résumé, le système que M. Serre oppose au bégaiement, est formulé dans les propositions suivantes qui en feront ressortir les résultats généraux :

1° La plupart des vices de la parole et en particulier le bégaiement ne peuvent disparaître, si les individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très-grand d'en être débarrassés, et si ce désir ne les conduit à déployer une volonté inébranlable pour mettre toujours en œuvre, et pendant longues années, les moyens propres à les corriger.

2° L'équisyllabisme doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose, avec succès, l'ordre au désordre des syllabes.

3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées, en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole; ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et gestes modulateurs,

4° L'exercice et l'usage habituel de l'équisyllabisme secondé par ces gestes vocalisateurs, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal et ceux-ci deviennent, au besoin, des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utiles aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

Le principe de l'équisyllabisme, modifié avec intelligence à l'aide de la ponctuation, de l'accent, de l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur, dont l'attention ne se fatigue plus à les écouter.

L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse : d'une part elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en soutenant chacune d'elles, et de l'autre elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité du son émis. La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette sur l'étude et l'emploi du geste, une clarté toute nouvelle. Elle conduit naturellement à faire une part légitime à ses trois propriétés et de plus à une meilleure intelligence de l'opportunité de leur application, seul moyen d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire.

ASSAINISSEMENT DES AMPHITÉATRES D'ANATOMIE.

M. le docteur Sucquet, préparateur du musée d'anatomie de l'École de Médecine de Paris, adresse un mémoire sur l'assainissement des amphitéâtres d'anatomie.

Les études anatomiques possèdent depuis longtemps un certain nombre de substances destinées à conserver les diverses parties de l'organisme animal. Mais les unes sont inefficaces, les autres dangereuses. Les amphithéâtres d'anatomie, placés quelquefois aux centre de quartiers populeux, offraient partout de déplorables foyers d'infection, dont la funeste activité s'exerçait de préférence sur une classe d'hommes dignes à tous égards de l'intérêt le plus vif. Tous les ans, la fièvre typhoïde, développée dans leur atmosphère miasmatique, marquait çà et là quelques victimes et toujours des plus regrettables, car leur assiduité au travail rendait celles-là même plus oublieuses de leur santé. Tous les ans des blessures, insidieuses par leur légèreté, inoculaient dans quelque organisme des parcelles de ces détritus infects et prenaient ainsi tout à coup une gravité trop souvent mortelle.

Il devenait donc urgent de faire disparaître, du sein même de la science, des méthodes capables de faire douter de sa puissance. Des résultats aussi désirables ont été obtenus à l'école pratique de médecine de Paris, par l'emploi combiné de deux substances conservatrices, indiquées et employées pour première fois

sous notre direction. Je veux parler de deux solutions de sulfite de soude et de chlorure de zinc.

Ces deux liquides jouissent de propriétés conservatrices remarquables et méritent à des titres divers de fixer l'attention. Le sulfite de soude n'avait point encore été indiqué comme anti-septique. Mes premiers essais remontent à la fin de l'année 1844. J'avais pour objet de conserver les sujets de dissections pendant un mois ou quarante jours, sans altération des qualités physiques des tissus qui entrent dans leur composition et sans altération des divers instruments destinés au travail, circonstances qui n'avaient point été obtenues jusqu'à présent et qui ajournaient indéfiniment l'assainissement des salles de dissection. Les premières tentatives furent heureuses sous tous les rapports, et le doyen de l'école de Paris constata, dès le commencement de 1845, des exemples de conservation très-satisfaisante. Elle se maintenait un mois, trente-cinq, quarante, quarante-cinq jours, suivant l'état de l'atmosphère ou la nature de la maladie à laquelle le sujet avait succombé. Ces essais faisaient espérer des succès plus complets; ils se sont réalisés et depuis plus de deux mois les pavillons de l'école pratique ne reçoivent que des sujets conservés.

Chaque cadavre entier reçoit une injection de quatre litres de sulfite de soude à la température ordinaire. Cette injection se pratique généralement par l'une des artères carotides, ou indifféremment par une des artères poplitée ou brachiale, etc. Cette injection aqueuse pénètre rapidement, soit dans les veines qu'on voit se gonfler et se distendre, soit même dans les vaisseaux lymphatiques. Cependant, au bout de six à huit heures, les artères n'en contiennent plus aucune trace; tout le liquide a transsudé à travers leurs parois, et pénétré par imbibition tous les parenchymes du corps. Si le sujet est destiné à l'étude de l'angéiologie, il peut, au bout de ce temps, être injecté au suif, par l'aorte, comme cela se pratique habituellement. Il paraît même que l'injection au suif réussit mieux après l'injection au sulfite de soude. Les autopsies sont partiellement injectées avec du sulfite de soude par les artères carotides, sous-clavières et iliaques.

L'école pratique a reçu, depuis le 12 novembre 1845, près de 200 sujets injectés et tous les jours le nombre s'accroit de ceux destinés aux distributions quotidiennes. Ces sujets restent dans les salles de 20 à 30 jours en général. Les amphithéâtres où l'on respirait autrefois une atmosphère infecte sur des dalles humides de sang et de boue, sont aujourd'hui sans odeur appréciable.

L'action conservatrice du sulfite de soude peut s'expliquer par l'affinité de l'acide sulfureux pour l'oxygène de l'air. Cet oxygène est absorbé par l'acide sulfureux qu'il fait passer à l'état d'acide sulfurique, et les tissus, pendant la durée de cette réaction, sont soustraits à l'influence de cette cause puissante de désorganisation.

Quoi qu'il en soit, cette action préservatrice du sulfite de soude n'est cependant pas absolue et définitive. Lorsqu'une région du corps a été disséquée et reste après son étude, exposée au contact de l'air, elle s'altère au bout de 10 à 15 jours. Cette putréfaction demande alors l'emploi de moyens antiseptiques plus actifs et irrévocables, et le chlorure de zinc suffit alors à cette tâche.

Les parties abandonnées et découvertes, les cavités du tronc des autopsies sont lavées avant leur altération avec la solution des chlorures. Tous les matins un service particulier, organisé dans ce but et sous notre direction, visite chaque table et imbibe de chlorure de zinc les parties dont l'étude est terminée et dont l'altération perpétuerait une infection dangereuse. Si l'épiderme se détache des téguments, il est enlevé avec une éponge et la peau est lavée avec la solution indiquée, ce qui la rend désormais imputrescible.

Rien n'égale pour nous l'action conservatrice du chlorure de zinc, les matières animales les plus infectes, sont rendues inodores à l'instant par leur contact avec ce liquide, et celles dont la couleur verdâtre annonçait déjà la désorganisation profonde sont arrêtées dans le mouvement intime de leur décomposition et retrouvent même leur couleur blanche après leur séjour momentané dans la solution indiquée. Le chlorure de zinc coagule immédiatement l'albumine, la fibrine et les matières solubles et putrescibles des humeurs animales, pour former un précipité insoluble et imputrescible même dans l'eau et sous une température élevée, comme celle de 15 à 20° du th. centig.

APPAREIL RESPIRATOIRE DES OISEAUX.

M. Milne Edwards présente, au nom de M. Natalis Guillot, un travail ayant pour titre : Recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux.

On a généralement indiqué chez les oiseaux l'existence d'un appareil celluleux recevant l'air par des ouvertures permanentes des bronches au moyen desquelles cet air est introduit au travers de la capacité du thorax et de l'abdomen, dans les os, à la surface du foie, des intestins, dans le tissu cellulaire intermusculaire, et même, a-t-on assuré, sous la peau, dans l'intérieur du tuyau des plumes, conduit en un mot dans toutes les parties du corps de l'animal.

Après avoir entrepris une double série de recherches expérimentales et anatomiques sur les réservoirs aériens des oiseaux, M. Natalis Guillot s'est cru autorisé à soumettre au jugement de l'Académie les détails suivants :

L'air pénétrant dans les poumons des oiseaux, par la trachée, sort en partie de ces organes par des orifices capables de le conduire dans des réservoirs distincts indépendants l'un de l'autre.

Le premier est le réservoir aérien thoracique, dont plusieurs anatomistes ont fait comprendre l'arrangement le plus général. On admet encore la communication des cellules qui le composent avec le réservoir aérien abdominal, tandis que ces parties isolées l'une de l'autre ne reçoivent point l'air par les mêmes ouvertures.

Le second réservoir aérien des oiseaux, que M. Guillot nomme réservoir abdominal, peut être distendu par une insufflation convenable; il s'élève alors au milieu même de la cavité péritonéale, avec l'apparence de deux énormes vessies sphéroïdales, constituées par une membrane transparente d'une excessive ténuité.

Lorsque ces organes sont vides, ils flottent à la surface des intestins; on n'en soupçonne point alors l'existence; remplis d'air, ils s'élèvent au contraire, non-seulement dans toute l'étendue de la cavité de l'abdomen, mais ils en dépassent alors les limites, et leurs contours parviennent jusqu'à la hauteur du niveau de la région moyenne des cuisses. Dans certains oiseaux, tels que le coq, le dindon, le diamètre de chacune de ces vessies est de plus d'un décimètre.

Les deux parties, symétriquement placées de chaque côté de l'abdomen, sont séparées l'une de l'autre par le mésentère, la masse du canal digestif, le foie, la rate et par tous les organes que recouvre la membrane péritonéale.

Le point de départ de ces énormes vessies se découvre à la base de la poitrine, au niveau de la dernière côte, sur un point plus ou moins éloigné de la colonne vertébrale, suivant les espèces... L'intérieur de ces réceptacles ne communique point avec le péritoine. Ces cavités ne présentent aucune apparence de cellules. Ce qui a été décrit dans le ventre des oiseaux, sous le nom de cellules vides et de cellules pleines ne représente donc en aucune manière l'état naturel des choses.

M. N. Guillot se fonde sur les résultats de ces recherches, pour assurer : 1° que l'air qui traverse les poumons des oiseaux pénètre dans deux réservoirs distincts au ventre et à la poitrine;

2° Que, maintenu par les enveloppes de ces réservoirs, cet air ne peut entrer que dans les os, mais qu'il n'entre ni dans le péritoine, ni dans le tissu cellulaire; en un mot, qu'il ne saurait se répandre dans toutes les parties du corps pendant la durée de la vie de l'animal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

EAUX MINÉRALES NATURELLES DE FRANCE.

M. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel dont l'objet est de faire connaître au ministre l'état actuel des eaux minérales naturelles en France, considérées sous le point de vue chimique.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'appeler l'attention de l'autorité sur les eaux minérales de France.

M. Caventou présente à cette occasion quelques considérations sur l'acide crénique et sur la matière extractiforme particulière dont M. Berzélius a constaté la présence dans les eaux minérales ferrugineuses; il demande à M. le rapporteur s'il a constaté l'existence de ces produits dans les diverses eaux ferrugineuses dont il a dû faire l'analyse, et particulièrement dans les eaux de forges.

M. Henry répond affirmativement.

M. Fontan : J'aurais quelques réflexions à faire sur le mémoire de M. Henri, que je crois très-remarquable : je dis, je crois, parce que les rapports de M. Henri ont toujours ce caractère; mais, malgré toute mon attention, je n'ai pu en saisir que quelques mots.

Je répondrai d'abord à M. Caventou, et je donnerai quelques détails sur l'acide crénique. Cet acide est très-répandu dans la nature. Je l'ai trouvé dans le plus grand nombre des eaux minérales ferrugineuses que j'ai visitées soit en France, soit à l'étranger. C'est par son intermédiaire que le fer est dissous dans les eaux ferrugineuses de Cambo, de Bagnères-de-Bigorre, de Sainte-Marie, dans la source de la Géronstère de Spa; et c'est à ce corps que cette source doit une grande partie de son activité, quoiqu'elle soit moins ferrugineuse que quelques autres de cette localité. C'est aussi à ce corps que cette source doit la propriété de devenir quelquefois sulfureuse, principalement en été par la décomposition plus active des matières organiques.

Je l'ai trouvé dans une source ferrugineuse de Borcette et d'Aix-la-Chapelle, ainsi que dans les sources qui avoisinent celles d'Aix en Savoie. Je ferai même remarquer à ce sujet que la formation des sources crénatées coïncide souvent avec celle des eaux sulfureuses accidentelles; ce qui prouve que ces deux minéralisations tiennent à la même cause : la décomposition d'une matière organique. J'ai trouvé cet acide, que j'ai le premier signalé dans les sources de France en 1835-36, avec les caractères indiqués par Berzélius.

Il ne m'a pas paru que M. Henri ait suffisamment distingué les sources sulfureuses de diverse formation. Cependant cette distinction est très-importante soit au point de vue chimique, soit au point de vue thérapeutique.

En effet, les sources sulfureuses primordiales ou naturelles, telles que sont la plupart de celles des Pyrénées, sont sulfureuses dans les points les plus profonds où l'on peut les rencontrer; et plus on les cherche profondément, plus leur sulfuration et leur température sont considérables, quoique ces sources sourdent de terrains primitifs, granite, gneiss, micaschiste, lurite, etc., et qu'aucune matière organique ne se rencontre sur leur passage. Et l'on ne peut pas davantage attribuer la formation du principe sulfureux à la substance organique qui se trouve en dissolution dans les eaux, la pyrénéine ou barégine : car lorsqu'on concentre ces eaux et qu'on les conserve dans un flacon hermétiquement fermé, ce résidu n'acquiert jamais les caractères sulfureux qu'il a perdus par l'évaporation, bien que des sulfates alcalins se trouvent en présence de cette substance; tandis que pour les eaux sulfureuses accidentelles ou pour s autres sources salines qui contiennent des sulfates et de l'acide crénique,

le résidu de ces eaux enfermées dans un flacon acquiert bientôt le caractère sulfureux par la décomposition des sulfates et de ces matières organiques.

Ces eaux, accidentelles ou secondaires, offrent des caractères tout à fait opposés à ceux des eaux primordiales. Indépendamment de ce que ces eaux ne sourdent jamais dans des terrains primitifs, mais au contraire dans les terrains de transition ou secondaires où existent des corps organiques, plus on creuse profondément, moins ces eaux sont chargées de principes sulfureux; et tandis que, pour les eaux primordiales, lorsque dans une même localité il existe plusieurs sources, la source la plus chaude est la plus sulfureuse, et que les autres sources, qui vont en s'éloignant de la principale, perdent et de leurs principes sulfureux, et de leur calorique, les sources sulfureuses accidentelles, au contraire, sont d'autant moins sulfureuses dans une même localité, qu'elles sont plus chaudes, et elles acquièrent une plus grande sulfuration à mesure qu'en se refroidissant elles s'éloignent de la source principale. Toutes les sources salines contenant surtout des sulfates calcaires et de la matière organique, sont susceptibles de devenir sulfureuses.

Quant à l'action thérapeutique, le principe sulfureux des eaux accidentelles est bien moins actif que celui des eaux naturelles. Nous avons à Salis (Haute-Garonne) une source qui est deux fois plus sulfureuse que les sources d'Enghien, qui le sont beaucoup, et qui a infiniment moins d'action et de propriétés que les eaux sulfureuses naturelles qui contiennent dix et vingt fois moins de principes sulfureux qu'elle. Cela s'explique : les unes sont le résultat d'une force primitive, composante, énergique, qui a créé les eaux par la même impulsion qui a soulevé les masses granitiques des Pyrénées; tandis que les autres sont le résultat d'une action lente et décomposante, qui ne leur donne pas plus de propriétés qu'aux eaux artificielles formées par le même mode. On sait qu'il faut employer une dose au moins dix fois plus forte d'eau artificielle que d'eau naturelle pour obtenir quelques effets appréciables, quoiqu'ils soient loin d'être identiques à ceux obtenus par les eaux naturelles.

Comme j'ai éprouvé le regret de n'avoir pas entendu le rapport de M. Henri, je me réserve de répondre ultérieurement aux faits et aux opinions qui seraient en opposition avec les doctrines que j'ai émises.

(Cette allocution est accueillie avec faveur.)

M. Lecanu : M. Fontan a-t-il fait des recherches nouvelles sur l'acide crénique?

M. Fontan : Je n'en ai pas fait d'autres que celles déjà faites par M. Berzélius.

M. Henry : J'admets, avec M. Fontan, qu'il y a des eaux minérales dont la formation est, comme il le dit, accidentelle ou secondaire, mais pour être de formation secondaire, ces eaux n'en sont pas moins naturelles en définitive, et je ne vois pas la nécessité d'établir la distinction qu'il propose.

On demande la lecture des conclusions.

M. Henry donne une nouvelle lecture de ces conclusions qui se résument dans cette proposition : Éveiller l'attention de l'autorité sur les eaux minérales de la France.

M. Girardin voudrait qu'on invitât le ministre à faire imprimer et distribuer le rapport aux médecins inspecteurs des eaux minérales.

M. Londe : Il est dit, dans les considérants qui précèdent les conclusions, que les inspecteurs des eaux minérales manquent en général des connaissances chimiques que semblerait nécessiter l'exercice de leurs fonctions. Il me semble que ce que vient de dire M. Fontan doit faire modifier ce passage.

M. Boullay défend les conclusions et pense qu'elles doivent être maintenues textuellement.

M. Dupuy propose de dire que les rapports que les inspecteurs adressent à l'Académie manquent en général des renseignements chimiques suffisants, etc.

Aucune de ces propositions n'étant appuyée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

VACANCES DANS LA SECTION DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

M. Bérard est appelé à la tribune pour faire, au nom d'une commission de onze membres pris dans chacune des sections de l'Académie, le rapport relatif à la désignation de la section à laquelle devra être affectée la prochaine nomination. La commission a été d'avis de déclarer la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Nacquart : Le rapport que vient de lire M. Bérard est par trop concis; il ne dit point quels sont les motifs qui ont déterminé la commission à faire choix de la section de médecine opératoire. Cette manière de faire un rapport me paraît contraire aux usages académiques.

MM. Bousquet et Moreau parlent dans le même sens. M. Moreau désirerait, pour éviter un ajournement inutile, que M. Bérard voulût bien indiquer de vive voix les motifs d'après lesquels la commission a déterminé son choix.

M. Bérard monte à la tribune. Il y avait à opter entre trois sections : celle de pathologie interne, celle d'hygiène et de médecine légale et la section de médecine opératoire, dans lesquelles il y a un excédent égal sur le nombre de membres auquel doit être réduite chacune de ces sections, mais inférieur à l'excédent des autres sections. Nous avons dû en conséquence prendre pour base le chiffre comparatif de tous les chirurgiens et de tous les médecins de l'Académie, à quelle section qu'ils appartinssent, et nous avons trouvé une disproportion notable en faveur des médecins. Nous avons consulté, d'autre part, la nature des travaux qui sont journellement communiqués à l'Académie, et nous avons reconnu que le nombre des communications chirurgicales dépasse de beaucoup celui des communications relatives à des sujets de médecine. Cette double considération a déterminé la commission à affecter la place vacante à la section de médecine opératoire. (Marques d'assentiment général.)

La proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

DYSTOCIE. — MONSTRE A DEUX TÊTES.

M. P. Dubois a la parole pour présenter quelques réflexions sur le rapport fait par M. Capuron dans la dernière séance.

Il s'agit d'un cas d'accouchement laborieux communiqué par M. Chrestien (de Montpellier), qui l'a pris lui-même sur un journal espagnol.

Une jeune femme à terme d'une deuxième grossesse appela une sage-femme qui trouva la tête de l'enfant encore assez élevée. Elle attendit; mais voyant que la tête ne s'engageait pas, elle demanda un accoucheur qui, à son arrivée, trouva la tête engagée, et crut que les choses allaient se passer normalement. Vain espoir, la tête n'avança pas. Après une assez longue attente, l'accoucheur introduisit profondément sa main, et il crut reconnaître une seconde tête qui commençait aussi à s'engager. Croyant à une grossesse gémellaire, il voulut repousser cette dernière tête; mais il s'aperçut que tous les mouvements qu'il lui imprimait faisaient remonter l'autre. Par une exploration plus attentive, il vit que ces deux têtes appartenaient au même corps; et faisant pénétrer sa main jusque dans la cavité du bassin, il reconnut que le cordon ne battait plus, et que par conséquent l'enfant était mort. L'accoucheur fit alors des tentatives pour arracher la première tête, et ne pouvant y parvenir il la coupa; la seconde tête se présenta alors avec un bras; il fit l'ablation de ce bras, et l'accouchement se termina ensuite sans difficulté.

M. Capuron a critiqué la manière dont l'observation a été présentée et la conduite de l'accoucheur. Sous le premier rapport, il a trouvé, avec raison, que cette observation manque de détails importants, que les renseignements donnés sont incomplets et insuffisants.

Sous le second rapport, je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Capuron. Que le procédé employé par l'accoucheur soit mauvais, je le reconnais; l'arrachement de la tête est un moyen tombé avec raison en désuétude; l'art possède aujourd'hui des moyens plus sûrs et moins dangereux. Mais c'est le principe même de la mutilation de l'enfant que M. Capuron a combattu, et ici je ne peux plus être de son avis.

Que pouvait faire l'accoucheur? Tenter la version? Si elle eût été possible, rien de mieux. Mais comment faire remonter cette tête dans le bassin, où elle avait pour ainsi dire perdu droit de domicile? Et si cette opération préliminaire eût été impossible, la version n'eût-elle pas considérablement augmenté les difficultés par le volume qu'aurait présenté le tronc ajouté au volume des deux têtes?

On aurait pu essayer l'emploi des crochets; peut-être, mais je crois qu'on aurait éprouvé des difficultés considérables, et que celles-ci n'auraient pu être surmontées qu'après des tractions violentes qui auraient probablement exercé une influence fâcheuse sur la santé et peut-être sur la vie de la mère.

« On n'aurait pas dû mutiler l'enfant, a dit M. Capuron, car il n'est pas bien sûr qu'il ne fût pas vivant. » Quoique l'observation manque de détails, rien n'autorise à penser cependant que l'accoucheur se soit trompé sur ce point, et qu'il n'ait pas bien constaté que le cordon ne battait plus. Je sais bien que ce n'est pas toujours un signe de mort; mais j'admets même que l'enfant eût été vivant, je dis que la mutilation était encore nécessaire. Je ne partage pas, je l'avoue, l'intérêt que les accoucheurs du dernier siècle portaient à ces enfants monstrueux. Je sais qu'il en est quelques-uns qui sont nés vivants, mais pour mener une vie courte et misérable, et pour être le désespoir de leur famille, quand ils n'ont pas été l'objet d'une honteuse et immorale spéculation. D'ailleurs, ces enfants monstrueux qui sont nés vivants sont toujours venus par des accouchements naturels; puis ce n'étaient pas des monstruosités semblables à celle dont il est question. Je pense donc que si l'accoucheur a mis en usage un procédé vicieux, il a du moins employé les seules ressources qui, dans ce cas fâcheux, fussent encore applicables. Assurément je suis d'avis, comme notre collègue, que des mutilations ne doivent être effectuées que dans des cas de nécessité absolue, et le principe proclamé à cet égard par M. Capuron devrait être toujours présent à l'esprit des accoucheurs; s'il en était ainsi, ils s'abstiendraient plus souvent qu'ils ne le font peut être de recourir à des extrémités funestes pour les enfants, inutiles d'ailleurs, parce qu'en général elles ne dissipent pas les obstacles qui les ont provoquées. Ils ne donneraient pas d'ailleurs à des clients ingrats, nécessiteux ou cupides, l'occasion de leur intenter une action judiciaire, et aux tribunaux celle de leur appliquer parfois avec trop de sévérité la doctrine légale de la responsabilité.

Je terminerai en rappelant à notre collègue qu'il a été l'un des premiers à proscrire avec raison l'opération césarienne, conseillée par des accoucheurs célèbres et ses contemporains, pour faire naître vivants des enfants monstrueux comme celui qui a été le sujet de cette discussion. Que M. Capuron fasse donc un pas de plus dans cette voie qui est la seule raisonnable, et qu'il proclame que non-seulement il ne faut pas compromettre sûrement la vie des mères pour de tels monstres, mais qu'il ne faut pas même la mettre en danger.

M. Velpeau : J'applaudis de tout cœur aux principes exposés par M. P. Dubois; je veux seulement présenter une remarque. M. Dubois a dit que la version, dans le cas en question, eût rendu la difficulté beaucoup plus grande, et que d'ailleurs il eût été impossible de faire remonter la tête engagée. Dans ces circonstances, l'enfant s'engage de deux manières : ou bien la tête qui était la plus antérieure s'engage la première, et alors l'accouchement se fait facilement; ou bien c'est la tête qui était postérieure qui s'engage la première, et l'accouchement est alors impossible. Eh bien! dans ces cas, serait-il impossible de faire remonter cette tête pour livrer un passage plus facile à l'autre?

M. P. Dubois : Dans le cas actuel, l'insuffisance de détails ne permet pas de voir comment les choses se sont passées et de quelle manière s'est fait l'enga-

gement de la tête. Si en thèse générale on peut dire que la supposition de M. Velpeau est absolument d'une réalisation possible, il faut reconnaitre aussi que la chose est fort difficile.

M. Moreau donne son assentiment complet à tout ce qu'a dit M. Dubois.

M. Capuron soutient les opinions qu'il a émises. Il n'a critiqué l'accoucheur que parce que son observation est incomplète, insuffisante, et qu'aucun détail précis ne vient justifier la mutilation qu'il a faite. C'est une position bien grave que celle de l'accoucheur en présence d'une mutilation à faire, et lorsqu'il l'a faite et qu'il l'annonce au monde savant, il doit compte de tous les motifs de son opération; il doit, par les détails les plus précis, justifier cette rigoureuse nécessité. Ici rien de pareil, rien sur le bassin de la femme, rien sur le volume de la tête, rien qui puisse faire juger que l'opérateur se soit guidé sur les principes de l'obstrétique. Voilà ce que j'ai blâmé, et je persiste dans mon blâme.

M. Castel fait remarquer que l'enfant monstrueux dont il est question présentait des analogies fort grandes avec Rita-Christina, et que ce dernier a vécu.

Les conclusions du rapport de M. Capuron sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'EXTRACTION DE L'IODE DE L'EAU DES BAINS IODURÉS.

Les discussions récentes sur l'usage de l'iode en chirurgie et l'extension que les chirurgiens semblent disposés à donner à l'emploi de ce moyen impriment un. certain caractère d'opportunité aux recherches suivantes entreprises dans le but d'apporter une économie considérable dans le budget des hôpitaux, sensiblement grevé par le prix élevé de cette substance.

La grande quantité de bains iodurés donnée journellement à Saint-Louis suggéra à MM. Chantrel et Labiche l'idée de rechercher un moyen d'extraire économiquement l'iode de l'eau de ces bains, eau qui contient encore, par bain, de 20 à 25 grammes d'iode, soit libre, soit combiné au potassium. Après avoir essayé divers moyens qui ne leur donnerent aucun résultat satisfaisant, voici celui auquel les auteurs se sont arrêtés :

Les bains étant une solution d'iodure de potassium ioduré, on commence par s'emparer de l'iode libre par la fécule ; on décompose l'iodure à l'aide du chlore, puis on y ajoute de nouveau de la fécule que l'on a délayée dans de l'eau (environ 500 grammes pour 25 à 30 grammes d'iode) ; on agite de temps en temps pendant l'espace d'une heure, on laisse déposer, on décante et on recueille le dépot, on le délaye dans un peu d'eau, et on y fait passer un courant d'acide sulfureux jusqu'à ce que la fécule soit entierement décolorée : il se fait alors de l'acide hydriodique et de l'acide sulfurique ; on laisse déposer, on décante, on lave la fécule, on réunit les eaux de lavage aux eaux mères, et on sature par la potasse : il se fait alors du sulfate de potasse et de l'iodure de potassium ; il y a aussi un dépôt formé d'un peu de soufre qui se précipite ; on fait évaporer jusqu'à consistance sirupeuse, et on traite le résidu de l'évaporation par l'acide sulfurique et le peroxyde de manganèse pour en extraire l'iode.

La fécule décolorée par l'acide sulfureux et lavée peut servir à de nouvelles opérations.

Depuis ces expériences faites en commun avec M. Chantrel, M. Labiche a reconnu que le charbon qui a servi à enlever l'iode à l'eau (charbon iodé) a formé avec l'iode une combinaison intime. Lorsqu'on incinere ce charbon, on retrouve l'iode dans la cendre en la traitant par le peroxyde de manganese et l'acide sulfurique ; on l'obtient encore plus facilement en incinérant le charbon avec de la potasse.

L'iodure d'amidon est aussi une combinaison intime dont on peut extraire l'iode en incinérant ce composé avec un alcali; de sorte que l'on pourrait encore, suivant M. Labiche, mettre en usage ce nouveau mode pour obtenir l'iode de l'eau des bains. Voici la maniere d'opérer qu'il indique :

Après avoir recueilli l'iodure d'amidon, on le mêle avec un peu de chaux vive en poudre ; on le délaye dans un lait de chaux épais de manière à en faire une pâte. Après avoir ainsi mêlé la chaux et le composé d'iode et d'amidon, on l'incinère dans un vase en fer ; on recueille la cendre, et on la traite par l'acide sulfurique et le peroxyde de manganèse pour en extraire l'iode.

IODE EXTRAIT DE L'ÉCONOMIE.

Voici un autre procédé non moins économique de se procurer l'iode, indiqué par M. Giovanni Righini, d'Oleggio. Il consiste à extraire cette substance de l'économie animale. On sait que les diverses préparations iodées sont facilement absorbées, et qu'on retrouve en partie ces composés dans les humeurs, dans la salive, dans la sueur, le sang et l'urine. M. Righini a eu l'idée de mettre cette circonstance à profit, en retirant l'iode de l'urine des individus qui ont été soumis à l'action de cette substance, pour la rendre apte à être employée de nouveau dans les prescriptions médicinales, et il est parvenu à l'isoler et à l'obtenir dans un état de pureté parfaite.

Voici le procédé dont il s'est servi pour arriver à ce résultat :

Il prend l'urine des malades soumis à la médication iodée, et il l'abandonne à elle-même pendant un jour ou deux. Pendant ce temps, il se forme un sédiment composé de phosphate de chaux, d'iodure de potassium, d'iodure de sodium, et de divers autres sels. L'urine est alors séparée de ce sédiment par la filtration, puis soumise à la température de 10°—0 R., et, sous l'influence de ce refroidissement, sa partie aqueuse se congele et se sépare ainsi de la portion du liquide qui tient différents sels à l'état de solution. Ce liquide est réuni au sédiment resté sur le filtre, et l'on y ajoute de l'acide sulfurique concentré jusqu'à neutralisation complete des carbonates, ou mieux jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence. Alors on étend le mélange avec de l'eau distillée et on verse par-dessus une solution d'amidon, en ayant soin de bien agiter le tout. Au bout de quelques heures, l'iode se précipite à l'état d'iodure d'amidon, d'où on l'obtient à l'état de pureté par volatilisation.

Lorsque l'opération a été faite convenablement, on peut estimer que la quantité d'iode retirée représente la moitié de celle des iodures solubles qui avaient été introduits dans l'économie animale.

Si l'on soumet la salive des sujets traités par l'iode aux mêmes opérations, on en retire de l'iode très-pur. La salive de ces malades est liquide, limpide, insipide, beaucoup plus chargée d'iodure, que ne l'est l'urine et par conséquent susceptible de fournir de l'iode en plus grande proportion et plus pur.

SUR LES PROPORTIONS ET LES DEGRÉS D'ALCOOL NÉCESSAIRES POUR LA CONFECTION DES TEINTURES.

Dans un mémoire sur ce sujet couronné par la Société de pharmacie, M. J. Personne émet les propositions suivantes, auxquelles il a été conduit par une nombreuse série d'expériences :

1° Les degrés de l'alcool prescrits par le Codex ne sont pas toujours ceux qui sont le plus favorables pour dissoudre en plus grande quantité les principes contenus dans les substances employées à la préparation des teintures.

2° Ces degrés ne peuvent guère être admis d'une manière générale et par analogie que pour un certain nombre de substances. Ce n'est que l'expérience qui doit prouver quel est celui qui convient le mieux à chacune d'elles.

3° La proportion de quatre parties d'alcool pour une de ces substances, employée par le Codex, n'est presque dans aucun cas suffisante pour dissoudre en totalité les parties solubles de ces matières. Les cas dans lesquels cette proportion est suffisante sont assez rares pour empêcher de généraliser ce fait.

4° La quantité d'alcool suffisante pour épuiser complétement une substance est, en général, de cinq parties d'alcool pour une partie de substance.

5° La quantité d'alcool est toujours suffisante pour épuiser une substance, quand ce véhicule est en assez grande quantité pour la baigner, lorsque ces matières sont de nature herbacée, comme les feuilles.

6° Les degrés alcooliques les plus convenables pour la préparation des différentes teintures sont l'alcool à 80°, à 56° et 45°.

M. Personne signale, en outre, un fait singulier qui s'est présenté presque à chacune de ses expériences chaque fois que la proportion d'alcool était trop forte pour épuiser les substances, il a toujours obtenu moins d'extrait que quand cette proportion était juste suffisante, c'est-à-dire que plus il augmentait la quantité d'alcool, plus la quantité d'extrait diminuait ; d'où résulte qu'il y aurait un grand inconvénient à augmenter de beaucoup la proportion d'alcool dans la préparation des teintures ; car outre que la densité de la teinture serait diminuée par cette addition d'alcool, elle le serait encore par la précipitation d'une certaine quantité de la substance active qu'on lui associe.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DU LACTATE DE FER.

Le procédé dont on s'est servi jusqu'à présent pour préparer le lactate de fer consiste à faire réagir l'acide lactique étendu sur de la limaille de fer parfaitement décapée. On opère ordinairement dans un matras à la chaleur du bain de sable, etc., et on obtient, en procédant ainsi, un produit qui ne laisse rien à désirer. Néanmoins on reproche à ce mode d'opérer d'être long : 1° en ce qu'il oblige à préparer préalablement de l'acide lactique ; 2° en ce que la réaction de cet acide étendu sur la limaille de fer, quoique aidée de la chaleur, marche lentement. Dans le but d'obvier à ces inconvénients, M. Lepage, pharmacien à Gisors, propose le procédé suivant qu'il vient de mettre à exécution, et qui, tout en donnant un aussi beau produit, a l'avantage d'être beaucoup expéditif.

Prenez : Lactate de chaux préparé par le procédé de M. Gobley. 100
Eau bouillante. 500

Dissolvez et filtrez.

D'autre part :

Prenez :	Sulfate ferreux pur cristallisé.	68
	Eau distillée froide	500

Faites dissoudre et filtrez.

Mélangez les deux solutions claires dans un matras, acidulez-les légèrement avec un peu d'acide lactique, et chauffez au bain-marie en agitant souvent jusqu'à ce que, par l'action du calorique, la décomposition mutuelle des deux sels soit opérée. Alors retirez le matras du bain-marie, filtrez rapidement pour séparer le sulfate de chaux, et soumettez la liqueur à une évaporation rapide dans une chaudière de fonte, ou dans une capsule de porcelaine dans laquelle vous projetterez quelques fragments de tournure de fer. Quand elle sera réduite à moitié de son volume environ, vous la filtrerez de nouveau et la laisserez cristalliser. L'eau mère décantée et évaporée convenablement donnera de nouveaux cristaux. Après chaque cristallisation, mettez les cristaux obtenus dans un entonnoir, lavez-les avec un peu d'alcool, et lorsqu'ils seront égouttés vous les sécherez dans des doubles de papier joseph.

Le sel ainsi obtenu est aussi blanc que possible ; la dissolution dans l'eau distillée n'est troublée ni par le nitrate de baryte ni par l'oxalate d'ammoniaque.

TEINTURE DE RICIN.

L'huile de ricin serait avantageusement remplacée, suivant M. Parola, par l'extrait et la teinture éthérée, ou mieux encore la teinture alcoolique des graines de ricin, qui, jouissant d'une efficacité plus grande et plus sûre, n'auraient pas, comme l'huile, l'inconvénient de provoquer quelquefois le vomissement au lieu d'amener des évacuations alvines. Des expérimentations auxquelles ce praticien s'est livré sur lui-même et sur plusieurs malades et convalescents, il ressortirait :

1° Que la teinture éthérée, ainsi que l'alcoolique, ont une action purgative quatre fois plus forte que l'huile obtenue par expression, et qu'elles ne sont ni plus émétiques ni plus irritantes que l'huile ordinaire ;

2° Que ces nouvelles préparations demeurent inaltérables pendant un très-long temps, quels que soient le climat et la saison ;

3° Que le principe extractif éthéro-alcoolique possède une faculté purgative comparativement moindre que la lie ou pulpe de laquelle on le retire ; ce qui prouve qu'elle renferme encore un autre principe, qui est insoluble soit dans l'alcool, soit dans l'éther ;

4° L'avantage de ces nouveaux médicaments, de n'être pas émétiques, s'explique aisément si l'on considère que, n'ayant pas besoin d'être pris en grande quantité, ils ne chargent pas l'estomac et ne le sollicitent point à se contracter pour les rejeter. (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.)

PATE ALUMINEUSE ÉTHÉRÉE, ODONTALGIQUE.

Nous trouvons dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE la formule d'un topique odontalgique dont l'un des avantages sur la plupart des médicaments du même genre est de modifier l'état du nerf dentaire affecté, sans déterminer, comme ceux-ci, l'inflammation du périoste ou même des gencives. Cette préparation consiste à verser sur une certaine quantité de sulfate d'alumine en poudre une suffisante quantité d'éther nitrique pour en faire une pâte molle. On prend, avec l'extrémité d'une petite tige de bois aplatie, un peu de cette pâte, et l'on en remplit le trou de la dent ; il est même utile d'en mettre une légère couche sur les gencives lorsqu'elles sont congestionnées et douloureuses. Cette application qu'on peut répéter au besoin, au bout d'une demi-heure, enlève promptement la douleur.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE RICIN.

M. Righini s'est proposé de trouver un moyen de faire disparaître ce que l'administration de l'huile de ricin a de difficile et de désagréable, sans diminuer toutefois sa propriété purgative, et il croit avoir atteint ce but au moyen de la formule suivante :

Prenez :	Poudre très-ténue de gomme arabique . . .	8 grammes.
	Eau pure.	100 —

Faire un mucilage avec une petite partie de l'eau, puis ajouter :

Huile de ricin bien pure.	30 grammes.

Mêler exactement et diviser ensuite le mélange avec le restant de l'eau ; ajouter enfin, en agitant toujours :

Suc filtré d'une orange.	
Sirop de sucre.	30 grammes.

(JOURN. DE CHIM. MÉD.)

LES MALADIES CUTANÉES DOIVENT ÊTRE TRAITÉES EN TOUTE SAISON.

Existe-t-il une saison d'élection pour le traitement des affections cutanées ? L'opinion qui veut que le printemps et l'été soient les seules époques de l'année où l'on puisse efficacement se livrer à la thérapeutique des maladies de la peau est-elle fondée ? Telles sont les questions qu'examine M. Devergie dans un article du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, et qu'il résout par la négative. Il combat cette opinion, que l'été est l'époque la plus convenable pour le traitement des maladies cutanées, en s'efforçant de démontrer : 1° qu'il est des maladies cutanées devant être traitées à leur début, qui se développent, les unes dans la saison chaude, les autres durant la saison froide ; 2° que le médecin peut disposer pendant la saison froide de ressources bien pl s nombreuses et de moyens plus efficaces.

Les maladies cutanées qui se développent en hiver, dit M. Devergie, sont au moins aussi nombreuses que celles qui se développent en été : ce sont surtout des affections ayant une tendance à prendre la forme chronique, et d'une guérison assez difficile (lichens chroniques, eczema simplex, rubrum et lichenoïdes, les variétés de psoriasis et de lèpre vulgaire, etc.) ; d'où il résulte qu'en attendant la saison chaude, on donne à la maladie la condition de la chronicité. Les maladies du printemps, au contraire, se présentent presque toutes avec le cachet sécrétant ; elles sont toutes plus ou moins aiguës, d'une forme plus ou moins inflammatoire, et se terminent avec assez de facilité par résolution (érythèmes, impetigo, lichen aigu simple, psoriasis aigu, les variétés d'herpès, ecthyma, etc.). Or la plupart d'entre elles sont une conséquence même de l'élévation de la température, et l'on attribue leur guérison moins au traitement qu'à la condition favorable dans laquelle on s'est trouvé en ne tenant compte que de la saison.

Quant aux moyens thérapeutiques dont on peut disposer dans les deux saisons et à la tolérance des malades pour ces divers moyens, M. Devergie constate qu'à l'exception des dépuratifs dits jus d'herbes, et des eaux minérales naturelles prises aux sources, la thérapeutique dispose en hiver des mêmes agents médicamenteux que dans les autres saisons, et que ces moyens sont généralement plus faciles à administrer en hiver, mieux supportés par les malades, et qu'ils conduisent à de meilleurs résultats.

En effet, tandis qu'en été la peau jouit d'une sensibilité telle qu'on est obligé d'employer des pommades moins actives, des lotions moins énergiques, des bains médicamenteux à un moindre degré, que la plupart des modificateurs des tissus échouent par suite de la surexcitation qui se manifeste sous l'influence des doses thérapeutiques un peu énergiques, que les bains de vapeurs affaiblissent, que les fumigations fatiguent, les bains excitants raniment les démangeaisons ; en hiver, au contraire, la peau étant moins impressionnable, les lotions médicamenteuses diverses, les solutions modificatrices plus ou moins actives, telles que celles de nitrate d'argent à divers degrés, de sublimé, d'iode, de chlorure de zinc, de nitrate de mercure, etc., peuvent être appliquées sans craindre les réactions inflammatoires. Enfin les bains de vapeur, les fumigations aromatiques ou sulfureuses, ces moyens dont la thérapeutique des affections cutanées tire un si puissant parti, ne sont pas moins efficaces en hiver qu'en été. Quant à la crainte des effets répercussifs que l'on pourrait objecter, M. Devergie ne la croit nullement fondée, l'expérience ayant démontré depuis nombre d'années que ces bains étaient administrés pendant les rigueurs même de l'hiver sans inconvénient.

Il en est de même en ce qui concerne la médication interne. En été l'estomac ne saurait supporter, en général, l'influence des agents médicamenteux aussi bien qu'en hiver. Les préparations arsenicales, la teinture de cantharides, les composés antimoniaux, ne peuvent être pris qu'à petite dose ; les sirops dépuratifs, les décoctions de tisanes dans lesquelles entrent la bardane, la fumeterre, la patience, la chicorée sauvage, etc., sont difficilement tolérés. En hiver, au contraire, les malades prennent facilement les robs et les sirops dépuratifs, et toutes les médications générales qui modifient si avantageusement l'économie.

MOYEN NOUVEAU DE DÉVELOPPER UNE ABONDANTE TRANSPIRATION.

Le moyen suivant a été employé avec succès par M. le docteur Serre (d'Alais) pour agir sur la peau à la manière des bains de vapeur.

Il s'agit d'avoir un morceau de pierre à chaux, de moitié plus grosse que le poing. On l'enveloppe dans un morceau de toile mouillée, qu'on a tordue un peu, afin que l'eau ne puisse couler. Par dessus ce linge mouillé on place un autre linge sec en plusieurs doubles, et l'on attache en tous les sens ce paquet, afin qu'il ne se défasse pas. C'est là l'appareil calorificateur. On place dans le lit auprès du malade deux de ces boules, une de chaque côté, au voisinage du tronc. Le linge sec extérieur permet ce voisinage. Bientôt il se développe une abondante chaleur humide par la combinaison de la pierre à chaux avec l'eau. Cette chaleur se répand dans le lit et détermine une transpiration abondante. L'effet de cet appareil se continue pendant deux heures au moins. Quand la sueur est développée, on peut faire retirer les paquets de chaux ; celle-ci est réduite dans l'intérieur en poussière et se sépare du linge qui la renfermait. Ce moyen suffit pour développer la sueur sans l'aide d'aucune boisson, ni sans changer le malade de couvertures.

(IBID.)

EMPLOI DE L'ACIDE HYDROCHLORIQUE PUR DANS LE TRAITEMENT DU MUGUET.

M. le docteur Coudray, de Mazan, rapporte plusieurs observations de muguet, dans lesquelles l'application topique de l'acide hydrochlorique pur a été suivie d'un plein succès. Dans un cas de stomatite couenneuse grave, envahissant la surface de la langue, la voûte palatine, le voile du palais, les amygdales, et toute l'étendue du pharynx accessible à la vue, jusqu'aux lèvres elles-mêmes, qui étaient tapissées entièrement par des fausses membranes, M. Coudray eut recours au moyen suivant : à l'aide d'un petit pinceau de charpie trempé dans de l'acide hydrochlorique pur, il badigeonna toute la cavité buccale, le palais, la langue, jusqu'aux amygdales ; le pinceau fut trempé à deux reprises différentes dans l'acide en question et fut promené deux fois sur les parties affectées. L'enfant manifesta peu de douleur et d'agitation ; il put téter quelques heures après (il n'avait pu prendre le sein depuis plusieurs jours et n'avalait qu'à grand'peine quelques gouttes de lait injecté dans sa bouche). Le lendemain il s'était détaché spontanément plusieurs fausses membranes ; la langue, le voile du palais et l'isthme du gosier étaient presque entièrement débarrassés. Une seconde application fut faite, mais en étendant l'acide d'une partie égale d'eau. A partir de ce moment, la guérison fut assurée.

Ce même moyen lui a depuis réussi un grand nombre de fois ; dans plusieurs cas il lui a suffi, lorsque les couches étaient peu épaisses ou qu'elles n'occupaient que des points circonscrits de la langue et des joues, de les toucher avec l'acide étendu de partie égale ou même de deux parties d'eau. Mais toutes les fois que le produit pseudo-membraneux est épais, résistant et jaunâtre et que l'enfant refuse le sein, M. Coudray donne le conseil d'agir hardiment, de badigeonner la cavité buccale avec l'acide hydrochlorique pur, comme il l'a fait dans le cas précité, et de revenir à l'emploi du même moyen s'il ne s'est détaché qu'une partie des fausses membranes et si la gène de la succion persiste, en ne faisant toutefois qu'effleurer les parties, surtout si la muqueuse est sensible à la vue. Il lui a été rarement nécessaire de faire une troisième application de l'acide pur ; mais il a dû, dans quelques cas, pour hâter la guérison, ou pour la consolider, promener à deux ou trois jours d'intervalle une troisième et même une quatrième fois le pinceau trempé dans l'acide étendu d'eau. (BULL. DE THÉR.)

AZOTATE DE POTASSE EMPLOYÉ COMME ANTIPÉRIODIQUE CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Briquet vient de publier dans le quatrième numéro de la GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE les résultats des essais qu'il a tentés sur l'efficacité de l'azotate de potasse contre quelques-unes des fièvres intermittentes qui ont régné l'année dernière. Guidé par des recherches expérimentales desquelles il résultait que l'azotate de potasse injecté dans les veines des animaux produit sur la circulation et sur toute l'économie des effets semblables à ceux que déterminent l'acide cyanhydrique, l'arséniate de potasse, le sulfate de quinine, la cinchonine et les autres fébrifuges introduits de la même manière dans le sang, ce praticien a pensé qu'il pourrait bien se faire que cet azotate, qui se trouve avoir aussi à un haut degré sur le cœur et sur le système nerveux une influence que l'expérimentation a fait reconnaître d'une manière très-prononcée dans toutes les substances fébrifuges, fût également doué de la propriété antipériodique à un degré suffisant pour arrêter les accès des fièvres intermittentes. Cette analogie lui semblait encore confirmée par l'identité des accidents qui se manifestent à la suite de l'administration, à des doses trop élevées, soit du sulfate de quinine, soit de l'azotate de potasse. Enfin les observations cliniques ont paru démontrer, dans ces derniers temps, que l'azotate de potasse pouvait, comme le sulfate de quinine et comme l'acide cyanhydrique, enlever les attaques intermittentes de l'arthrite rhumatismale.

Telles sont les données d'où est parti M. Briquet pour expérimenter l'azotate de potasse comme fébrifuge. Voici les résultats qu'il a obtenus, résultats qu'il ne présente pas d'ailleurs comme définitifs, en raison du petit nombre de faits qu'il lui a été donné de recueillir, mais seulement comme un premier aperçu de nature à encourager à de nouveaux essais.

Sur cinq cas, trois fois les accès cessèrent complétement dès la première dose du médicament. Deux fois les accès ne cessèrent que graduellement. Dans un cas seulement il y eut récidive.

La dose du sel de potasse a été de 4, 6 et 8 grammes par jour. Chez un malade il a pu être porté graduellement jusqu'à 24 grammes, en augmentant de 1 à 2 grammes par jour. Il a été donné soit en poudre dans du pain azyme, soit dissous dans un julep gommeux, dans les six heures qui suivaient la fin d'un accès.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ; par J. LISFRANC. 3 forts volumes in-8° de près de 900 pages chacun. — 4 livraisons formant une partie du premier volume. — Paris, 1845, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 1.

Un TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE par M. Lisfranc ! grande et bonne nouvelle ! avons-nous ouï répéter à l'envi autour de nous dès la première annonce de ce livre ; et nous nous sommes ardemment associé à ces espérances, parce qu'elles exprimaient à la fois un besoin général de l'époque et une confiance non moins générale dans l'auteur que la voix publique désignait depuis longues années comme le plus capable de satisfaire complétement à ce besoin. Pour nous, le nom de M. Lisfranc en tête d'un mémoire comme sur le titre d'un livre, a toujours été un puissant attrait, parce que jamais nous ne l'avons vu couvrir de son imposante autorité que des opinions consciencieuses, que des recherches dirigées exclusivement par l'amour du vrai. L'opinion que nous exprimions à cet égard en 1842 (v. GAZ. MÉD., p. 190), au sujet du premier volume de sa CLINIQUE CHIRURGICALE, ne s'est pas modifiée ; et si nous ne l'avons pas renouvelée depuis lors, c'est seulement parce que les tomes subséquents de l'ouvrage ne nous ayant point été remis, il a fallu forcément borner au peu de retentissement de notre approbation particulière un éloge auquel nous eussions aimé à donner l'écho de la publicité de ce journal. — Si d'ailleurs le succès d'une œuvre présentée sous les auspices d'un tel nom était assuré d'avance, on conviendra, d'un autre côté, que ce succès ne pouvait venir plus à propos. Cette branche de la médecine qui, depuis l'immortel ouvrage de Sabatier, n'a compté qu'arides manuels ou diffuses compilations, attendait encore un livre classique. Le sceptre était donc disponible, et depuis longtemps maîtres et élèves désignaient M. Lisfranc pour le saisir ; car même dans les imparfaites ébauches successivement mises au jour et qui masquaient si mal le vide de cette partie de la science, sa doctrine, ses procédés, ses découvertes frappaient à chaque instant l'œil et remplissaient toutes les pages.

Nous venons de lire les quatre premières livraisons de cette œuvre importante ; sans rien préjuger sur un jugement définitif qui ne pourra être rendu qu'en présence du travail entièrement terminé, nous ne pouvons cependant nous défendre d'exprimer par avance toutes les sympathies qu'il nous semble mériter par la manière loyale et vraiment scientifique que l'auteur met à aborder et à approfondir les difficultés que chaque pas soulève à travers ces graves problèmes de la médecine opératoire ; questions de vie ou de mort que trop souvent le chirurgien se croit obligé de trancher. M. Lisfranc, lui, apprend dès la première page qu'il doit presque toujours essayer d'abord de les dénoncer ; et l'on peut dire de son livre qu'il paraît entièrement destiné à lui faire connaître les moyens qui, pour chaque cas particulier, peuvent concourir à amener cette heureuse solution. « Si la chirurgie est brillante quand elle opère, dit-il dans sa préface ; elle l'est bien davantage encore, lorsque, sans faire couler le sang et sans mutilation, elle obtient la guérison des malades ! »

Dans cette seule phrase, le lecteur peut, ce nous semble, juger de l'esprit du livre sans avoir besoin d'attendre qu'il soit achevé. Tous les auteurs n'apprécient point de même le caractère et le but de la médecine opératoire. Les uns, en petit nombre il est vrai, n'y voient que l'art de couper un membre, d'extraire un calcul, d'extirper une tumeur : à peine la plaie est-elle pansée, ils abandonneraient volontiers le malade ; c'est pour eux que le *citò* fut placé en tête de la devise de l'opérateur. D'autres reconnaissent bien la prééminence des soins médicaux proprement dits ; ils affectent même à chaque page de répéter qu'en décrivant l'opération ils n'indiquent qu'une des parties, qu'un des éléments multiples dont le traitement doit se composer. Mais cette seconde moitié qu'ils nomment sans cesse, ils la laissent en réalité tellement dans l'oubli, que présenté par eux, l'art d'opérer ne peut vraiment que par antiphrase être appelé *médecine* opératoire. L'ouvrage de M. Lisfranc, nous l'affirmons, ne pèchera point par ce défaut ; dans les seuls chapitres qui aient paru jusqu'ici, on trouvera la garantie la plus formelle de cette promesse. On reconnaît sans peine dans l'écrivain l'un des robustes enfants de cette école de Dupuytren, dont les disciples sont accoutumés à briller moins par le nombre de leurs innovations systématiques que par la rareté des erreurs qu'ils commettent dans le traitement des malades. Veut-on savoir, à son tour, comment M. Lisfranc comprend la médecine opératoire ? « C'est, dit-il, la science qui traite des maladies qu'on doit opérer, de celles qui font renoncer aux opérations ou qui exigent qu'on en retarde plus ou moins la pratique ; cette science est encore basée sur l'anatomie descriptive, sur l'anatomie chirurgicale,

sur l'organogénie, sur la physiologie et sur l'anatomie pathologique; elle s'occupe aussi très-spécialement à combattre les complications locales et générales auxquelles les malheureux opérés sont si fréquemment en proie; elle ne néglige enfin aucun des moyens propres à les conduire à la guérison; elle rentre essentiellement ainsi dans le domaine de la médecine, car malheur au chirurgien qui n'est pas doué de connaissances médicales profondes! sans cette importante et indispensable condition, l'opérateur verrait souvent quelques jours de triomphe se convertir en un jour de deuil. »

On pourrait adresser plusieurs reproches à cette définition sous le rapport de la forme; et d'abord, elle pèche sans doute essentiellement contre la première règle de la scholastique, qui fait ici de la brièveté une obligation toute spéciale. Mais je doute qu'un seul des traits qui la constituent fût trou de trop par les véritables chirurgiens; tout en leur marquant un modèle difficile à imiter, elle ne doit cependant point décourager leur zèle, car si le portrait qu'elle représente a été jusqu'ici en quelque sorte le beau idéal de l'opérateur, on peut hardiment assurer que le livre qui développe une pareille définition contiendra tous les préceptes nécessaires pour donner un corps à cette abstraction, pour réaliser cet idéal.

La partie de l'ouvrage publiée jusqu'à ce jour ne renferme qu'un petit nombre de questions vitales en chirurgie opératoire. C'est pour ce motif que nous nous bornons aujourd'hui à le mentionner sans entrer dans aucun détail sur la composition de chaque chapitre; car nous ne voudrions point que ce jugement anticipé, dicté par le seul désir d'initier sans retard le public médical à l'avénement d'une œuvre qui l'intéresse à un si haut degré, pût nous conduire à quelque erreur ou à quelque déni de justice. Les quatre premières livraisons ne contiennent guère autre chose que la petite chirurgie et les règles générales sur les bandages et sutures, sur les pansements, la chirurgie dentaire, les plaies, et notamment celles par armes à feu; puis vient enfin le commencement de l'article AMPUTATIONS. — Sur ces minuties élémentaires, qui sont les grandes petites choses de la chirurgie, M. Lisfranc a été aussi complet qu'on pouvait l'être; mais il ne s'est pas contenté d'être complet. C'est le propre de ceux qui ont mûri dans la pratique, de ne pouvoir traiter un sujet sans y mêler, non pas comme addition, mais je dirais presque en dissolution, en combinaison intime, les souvenirs et les résultats de leur expérience. Là ou l'*auteur-écrivain* a ajouté des idées nouvelles en nombre déterminé, et croit être original parce qu'il a innové sur tant de points et perfectionné sur tant d'autres, l'*écrivain-praticien* prodigue ses pensées sans les compter, répand comme instinctivement sur toute la route qu'il parcourt les richesses de son passé, juge, critique, modifie et invente en tout et sur tout, sans avoir pensé le moins du monde à s'en faire un titre de propriété scientifique. C'est là le charme de cette lecture, et en même temps son côté décourageant pour l'analyste; car cette abondance, si précieuse pour l'élève, n'est point capable d'être reproduite dans un compte rendu. Réduit donc à louer sans pouvoir justifier nos éloges, citons cependant les recherches spéciales de M. Lisfranc au sujet du premier pansement après les opérations, et celles non moins intéressantes sur la levée du premier appareil. Dans presque tous les hôpitaux, et très-généralement dans la pratique civile, on a l'habitude de ne renouveler pour la première fois les pièces de pansement qu'au bout de quatre, cinq ou six jours. Quelque hardie que soit la proposition de changer une coutume aussi répandue et aussi ancienne, il n'est personne qui soit désormais autorisé à la condamner sans examen ou à passer outre sur ce point, aujourd'hui que M. Lisfranc a énoncé dans ce livre tous les motifs sur lesquels il fonde cette innovation, et les résultats cliniques qu'il a déjà obtenus de son application sur une large échelle. La discussion, sinon l'adoption de cette pratique, sera donc dorénavant pour ainsi dire de droit dans tous les livres et dans tous les cours; et quelle que soit la solution à intervenir, il y aura toujours lieu à remercier l'auteur de l'avoir préparée par une initiative aussi courageuse. — Signalons encore comme appartenant particulièrement à M. Lisfranc les remarques sur l'engorgement des glandes lymphatiques, voisinage d'un cancer, les préceptes sur le toucher et l'emploi du spéculum, sur l'application des sangsues dans certaines localités, sur la phlébotomie au pli du coude, etc. Deux tout petits articles méritent d'être encore distingués dans cette nomenclature, que sans peine nous eussions pu faire plus longue: l'un est relatif à la suppression des exutoires, circonstance délicate pour les médecins, sous la responsabilité desquels les gens du monde se plaisent ordinairement à mettre tous les accidents qui suivent la dessiccation d'un vésicatoire, l'enlèvement d'un cautère; l'autre concerne le changement de lit après l'opération. L'auteur fait voir, d'après son expérience, que le refroidissement auquel on expose alors les malades, sous prétexte de propreté, peut amener les conséquences les plus graves, et il indique en même temps la conduite à tenir pour concilier avec la santé le confortable du coucher et de la toilette, qui, maintenu dans de justes limites, fait, lui aussi, partie des règles hygiéniques à observer.

M. Lisfranc n'a point renoncé, dans cet ouvrage, à cette polémique caustique qui a valu à son enseignement tant de succès et aussi tant de représailles. Il ne nous appartient point de déconseiller à l'auteur un genre auquel il paraît tenir particulièrement, et qui d'ailleurs ne laisse pas que de jeter assez de piquant sur quelques parties de la science un peu arides à exposer. Jamais d'ailleurs il ne lui arrive de sacrifier à ces formes favorites la justice ou la vérité; jusque dans la raillerie brille son esprit logique et positif, et c'est ordinairement aux dépens du pédantisme prétentieux et de la nullité encyclopédique qu'il obtient, dans cette lice, ses plus beaux triomphes. Pour faire juger le lecteur de la verve que l'écrivain sait déployer dans cette lutte, nous avons jugé à propos de détacher le morceau suivant, qui, au mérite d'offrir une satire aussi juste que mordante contre un des travers de l'époque, réunit celui non moins précieux à notre sens de ne pas contenir un seul nom propre, une seule allusion blessante contre les personnes: « Il est des hommes qui osent encore se permettre d'attaquer la valeur scientifique de la chirurgie. Personne plus que moi n'estime leurs travaux, mais ceux de J.-L. Petit et de tant d'autres n'ont rien à leur envier; il suffit d'ailleurs d'ouvrir les annales de l'art pour se convaincre que les chirurgiens ont fait aussi des recherches anatomiques et physiologiques importantes. La belle distinction des signes de la commotion et de la compression du cerveau peut être mise en regard avec l'idée que la tête est une vertèbre. L'entérotome de Dupuytren, les études sur les effets de cet instrument, les belles recherches de Scarpa sur la guérison des anus anormaux, valent la découverte des poils sur la membrane muqueuse intestinale, lors même que leurs extrémités libres seraient dirigées en haut. Fondée sur l'anatomie des téguments, sur leur physiologie et sur l'anatomie pathologique, l'incision de l'anthrax bénin est plus utile et plus ingénieuse que les pompeuses et nouvelles descriptions qu'on a données de la peau dans ces derniers temps. Personne n'en doute, il nous serait très-facile de multiplier ici les exemples; mais je m'arrête, j'ai déjà réveillé peut-être un grand nombre de susceptibilités; je me garderais bien de comparer le plus beau fait anatomo-chirurgical à l'idée tant vantée que l'œil est un poil. » (Préface, pages V et VI.)

VARIÉTÉS.

— Une ordonnance royale, en date du 17 janvier, rendue sur un rapport de M. de Salvandy, déclare le sieur Baruh, docteur de l'université d'Aberdeen, incapable d'exercer la médecine. Le sieur Baruh avait été précédemment condamné, par le tribunal d'appel de Versailles, à six mois de prison, pour avoir prescrit à tort un médicament arsenical qui a occasionné la mort d'un malade.

— Le JOURNAL GÉNÉRAL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE publie le tableau des réceptions d'officiers de santé faites par les jurys médicaux en 1845.

Dans la circonscription de Paris, 14 départements ont fourni des candidats; on a reçu 73 officiers de santé. Le Pas-de-Calais seul compte 10 réceptions. Dans la circonscription de Montpellier on a reçu, pour 11 départements, 59 officiers de santé.

Sept départements de l'arrondissement de Strasbourg ont fourni des candidats. Voici le détail des réceptions: Doubs, 7 officiers de santé; Saône-et-Loire, 6; Loire, 5; Marne, 2; Ardennes, 3; Moselle, 1; Meurthe, 5; total, 29. Ce qui fait pour toute la France 161 réceptions d'officiers de santé pour 1845. C'est un accroissement notable sur les années précédentes. La création des écoles préparatoires commence à porter ses fruits.

— La Société médicale de Gand met au concours pour l'année 1847 le sujet suivant: *Faire l'histoire de la pomme de terre et de ses divers rapports avec les sciences médicales.* On demande aux concurrents de faire connaître les différentes transformations qu'on peut faire subir aux pommes de terre au moyen de la culture; l'influence de ce tubercule sur la santé comme aliment; ses rapports avec l'hygiène publique; les altérations qu'il peut subir et les maladies que ces altérations peuvent développer chez l'homme et chez les animaux domestiques. Le prix est de 600 fr. Les mémoires écrits en français ou en latin devront être adressés franco, et selon les usages académiques, avant le 31 décembre 1846, au secrétariat de la société, rue des Chartiers, à Gand.

— Prix offert par M. le docteur Bonafous et proposé par l'Académie royale d'agriculture de Turin. *Sujet:* Démontrer par des arguments et des faits l'influence que la culture des rizières exerce sur la santé. Et, supposant que cette influence pernicieuse soit bien démontrée, suggérer des règles hygiéniques capable de la neutraliser et concilier, s'il est possible, la culture du riz avec la santé des personnes qui le cultivent. Enfin exposer si la somme des produits qu'on retire des rizières compense la somme des inconvénients qu'elle procure.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 500 fr. Les mémoire écrits en italien ou en français devront être envoyés au secrétariat de l'Académie dans le courant de décembre 1846.

— POMMADE D'AUTENRIETH. — Le docteur Dertini a fait souvent usage de cette pommade préparée d'après la méthode de Stanag. Elle se compose de 3 décigr. de sublimé corrosif, de 8 grammes de tartre émétique, mêlés à 50 grammes de saindoux. Après la seconde friction, et au plus tard après la troisième, il a toujours obtenu de nombreuses pustules qui ont suppuré aussitôt. Il n'a jamais remarqué que cette addition ait provoqué de salivation.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

REVUE SANITAIRE DE L'ANNÉE 1845.

Sous le titre de REVUE SANITAIRE, nous nous proposons d'exposer, tous les trois mois, le mouvement de la santé publique à Paris. Nous puiserons nos documents à deux sources principales, à savoir : les relevés officiels de l'administration des hôpitaux, et des observations prises dans les différents services et dans la pratique civile. La première nous donnera, d'une manière générale, les oscillations du chiffre des malades; la seconde, les variations de la forme et du siége des maladies.

Le travail que nous entreprenons est, avant tout, un ESSAI. A ce titre, il n'est pas tenu de fournir immédiatement la démonstration des vues qu'il pourra présenter. Il lui est interdit d rien affirmer san preuves, mais non d'ouvrir une perspective, même incertaine, à l'esprit d'investigation. En cela, d'ailleurs, il ne fera que se conformer au but avoué de la GAZETTE MÉDICALE, qui est de concourir, selon la mesure de ses forces, à la recherche des causes réelles, de les signaler du plus loin qu'elle pourra les entrevoir, de provoquer sur tous les points, dans le sens de ses penchants et de ses convictions, l'activité scientifique, en un mot (pour rappeler une locution connue) de s'atteler au char de la science *par-devant*, au lieu de s'y asseoir pour se laisser traîner par les routes battues. D'un autre côté, ce travail n'a pas la prétention de tout expliquer, ni de présenter sur tout ses vues particulières. Quand les faits ne parleront pas d'eux-mêmes un langage assez clair, il ne les fera pas parler de force; il les acceptera dans leur simplicité, comme éléments indéterminés de quelque formule à découvrir. En résumé, suivre pas à pas, sans idées préconçues, le mouvement de la santé publique en regard des variations météorologiques, et, au besoin, des autres influences qui pourront se présenter; s'arrêter à tous les faits principaux qui ressortiront de cette étude; assigner, autant qu'il se pourra, la raison des phénomènes morbides observés; poser les problèmes à résoudre; enregistrer purement et simplement les faits à signification douteuse ou inconnue; contrôler chaque revue trimestrielle par les revues suivantes, pour confirmer ou infirmer les opinions ou les vues précédemment émises : tel est le plan que nous nous proposons de suivre. C'est, comme on le voit, une sorte d'expérience que nous entreprenons sans en prévoir nous-même les résultats.

Nous donnerons, au commencement du second trimestre de cette année, la première revue trimestrielle. Nos observations ne nous permettraient pas d'exposer avec les détails suffisants l'état sanitaire de l'année qui vient de s'écouler. Cependant, appuyé d'une part sur les relevés statistiques de l'administration des hôpitaux, et, d'autre part, sur les observations météorologiques recueillies à l'Observatoire, nous allons constituer, en quelque sorte, un point de départ à nos recherches ultérieures, en établissant, de la seule manière qu'il nous soit possible, le rapport des oscillations de la santé publique avec les variations du baromètre, du thermomètre et de l'hygromètre, ainsi qu'avec la direction ou la violence des vents. Les résultats, comme on le voit, ne porteront, pour cette fois, ni sur la forme ni sur la nature des maladies, mais seulement sur leur nombre et sur leur degré de gravité. Ce premier travail aura ainsi pour résultat d'initier le lecteur au mécanisme du mouvement sanitaire des hôpitaux, en même temps que d'établir certaines données générales qui trouveront, dans nos revues ultérieures, leur application.

Commençons par établir les faits, c'est-à-dire le mouvement exact des hôpitaux et hospices civils de Paris, sous le triple point de vue du chiffre des malades, de celui des sorties et de celui des décès; trois termes qui pourront nous servir à apprécier la *fréquence* et la *gravité* des maladies qui ont régné dans le cours de cette année.

Le tableau suivant résume, mois par mois, le mouvement de l'année entière.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Janvier. . .	Hôpitaux.	5,561	6,568	12,129	5,679	614
	Hospices.	10,377	1,068	11,445	710	286
Février. . .	Hôpitaux.	5,836	5,645	11,481	5,055	587
	Hospices.	10,449	985	11,434	595	291
Mars. . . .	Hôpitaux.	5,839	6,594	12,433	5,961	757
	Hospices.	10,548	1,094	11,642	828	389
Avril. . . .	Hôpitaux.	5,715	6,861	12,576	6,329	654
	Hospices.	10.415	1,072	11,487	790	246
Mai.	Hôpitaux.	5,593	6,979	12,572	6,267	625
	Hospices.	10,451	1,051	11,502	745	247
Juin	Hôpitaux.	5,680	6,685	12,365	6,418	493
	Hospices.	10,510	1,013	11,523	789	226
Juillet . . .	Hôpitaux.	5,454	6,513	11,967	5,984	558
	Hospices.	10,508	1,002	11,510	807	177
Août	Hôpitaux.	5,425	6,140	11,565	5,749	498
	Hospices.	10,526	891	11,417	648	195
Septembre.	Hôpitaux.	5,318	6,151	11,469	5,779	460
	Hospices.	10,574	946	11,520	756	183
Octobre . .	Hôpitaux.	5,230	6,385	11,615	5,747	527
	Hospices.	10.581	943	11,524	735	167
Novembre .	Hôpitaux.	5,341	5,920	11,261	5,288	519
	Hospices.	10,622	960	11,582	760	201
Décembre .	Hôpitaux.	5,454	6,316	11,770	5,775	583
	Hospices.	10,620	1,022	11,643	846	173
TOTAUX. . . .		192,327	88,814	281,432	79,042	9,666

Sur la question spéciale du *nombre des malades* admis dans le cours de l'année, les hospices doivent être mis hors de cause, les maladies régnantes n'y affectant pas directement le chiffre des entrées. En ne tenant donc compte que des hôpitaux, ce chiffre est de 76,757 (1). Si l'on examine comment il se partage entre les mois de l'année, on voit que le chiffre mensuel s'abaisse de janvier à février, s'élève graduellement en mars, avril et mai, redescend en juin, juillet et août, remonte un peu en septembre et octobre, s'abaisse de nouveau en novembre, et enfin se relève encore en décembre.

(1) Si l'on tenait à connaître le chiffre des entrées dans les hospices, il est de 12,057.

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES ET PHILOSOPHIQUES SUR LES HUITRES.

> Les aliments et les boissons qui servent de remèdes ont seuls prolongé ma vie.
>
> (Voltaire, CORRESP. GÉNÉRALE, décembre 1765.)

Plus on y réfléchit, et plus on comprend combien cette observation que Voltaire jette en passant, et dont il a tiré lui-même un si bon parti, peut être féconde et utile. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en général les estomacs délicats, les constitutions faibles, les malingres, les malades, sont à peu près déshérités des béatitudes gastronomiques. On vante avec raison les progrès du grand art de la cuisine, on exalte ses bienfaisants résultats; mais n'est-il pas triste de voir que ces progrès ne sont réservés, en définitive, que pour les corps de fer, les estomacs à toute épreuve? Vous offrez un somptueux dîner à vingt personnes; l'artiste s'est surpassé: tout y est excellent, parfait, apprêté au *suprême*; mais parmi les convives, beaucoup sont obligés de se restreindre, de se mortifier, à cause de leur ennemi intérieur, l'*estomac*. La beauté, l'élégance du service, les délicieux parfums qui s'exhalent de toutes parts, quelques mets choisis avec une extrême réserve, voilà leurs seules jouissances; ils payeraient cher l'envie de se laisser aller à de trop séduisantes tentations. Certainement le supplice de Tantale n'était qu'une plaisanterie en comparaison d'un pareil tourment. Ces convives, dira-t-on, feront leur choix, d'accord; mais ce choix est-il donc si aisé à faire? Non, sans doute; mille difficultés se présentent, et l'indigestion reste toujours menaçante, toujours cachée, comme le serpent, sous ces chefs-d'œuvre d'une succulente cuisine.

Il faudrait donc, à l'imitation de Voltaire, établir un code complet de cuisine pour les mauvais estomacs; et, croyez-le bien, il n'y en aurait pas de plus reconnaissants. Pour ces pauvres exclus du bonheur des gourmets, un bon plat ne serait plus du fruit défendu; aussi que d'actions de grâces ne rendraient-ils pas à celui qui leur ouvrirait les portes de cet Élysée, une table bien servie! Il y a plus, c'est qu'il est très-possible de trouver, par cette méthode, d'excellents moyens de guérison. Ce que l'humanité demande douloureusement à la médecine, ce sont des remèdes sans trop de déboires et de dégoût; jugez quand ils sont agréables. Il s'agit en effet de guérir et de plaire, de soulager des maux en multipliant les jouissances. Est-il un objet plus élevé, plus noble, plus capable d'exciter le génie des princes de la cuisine et de la médecine? Quant à

En rangeant les mois suivant l'ordre de gradation décroissante du chiffre mensuel, on obtient l'espèce de *calendrier sanitaire* que voici :

Mai, avril, juin, mars, janvier, juillet, octobre, décembre, septembre, août, novembre et février.

Un fait remarquable auquel peut-être on ne se serait pas attendu, c'est que le mois de juillet a fourni presque autant de malades que le mois de janvier et 128 de plus que le mois d'octobre. Nous reviendrons plus loin sur cette circonstance.

Enfin, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur cette série de variations, on voit que, sous le rapport du nombre des malades, la constitution médicale de 1845 peut se diviser en quatre périodes. La première, continuant le mouvement sanitaire de la fin de 1844, ne comprend que les mois de janvier et février; le nombre des entrées tombe de 6,558 à 5,645. La seconde période, très-longue, s'étend du mois de mars au mois de novembre inclusivement; le chiffre des entrées, d'abord de 6,594, s'élève graduellement jusqu'en mai, où il atteint 6,979, puis s'abaisse graduellement aussi jusqu'en août, où il s'arrête à 6,140. La troisième période comprend les mois de septembre, octobre et novembre : le chiffre des entrées s'élève à 6,151, puis à 6,385, puis retombe à 5,920. Enfin, la quatrième période, commençant le mouvement sanitaire des premiers mois de 1846, ne comprend que le mois de décembre; le chiffre remonte tout à coup à 6,316. Le passage de la première à la seconde période a lieu brusquement; la différence est de 849. De la seconde à la troisième, la transition est graduelle ; de la troisième à la quatrième, elle est assez brusque (différence, 390), mais moins que dans le premier cas.

Le chiffre des *sorties* n'a également de valeur, au point de vue qui nous occupe, que pour les hôpitaux. On peut le considérer à deux points de vue, par rapport au chiffre des entrées et par rapport au chiffre de la population actuelle des hôpitaux, c'est-à-dire des malades actuellement en traitement. Il n'est pas inutile de faire remarquer que la comparaison du chiffre des entrées avec celui de la population repose sur une base un peu fictive, puisque ce chiffre est afférent, pour une certaine portion, à des malades admis dans le cours de l'année précédente. Dans le cas présent, 5,561 malades avaient été légués par l'exercice 1844 à l'exercice 1845. Mais la compensation se trouve dans le résidu laissé par cette dernière année, et qui est, comme nous nous en sommes assuré, de 5,412, lequel affectera à son tour l'exercice 1846, et ainsi de suite d'année en année.

La même remarque s'applique au chiffre de la mortalité.

En ajoutant les 76,757 malades admis pendant l'année aux 5,561 restés de l'année précédente, on a un total de 82,318, représentant le nombre des malades qui ont passé par les hôpitaux en 1845. Or, le nombre total des sorties a été de 70,033, c'est-à-dire de 1/1,17. Le nombre total des décès a été de 6,875, c'est-à-dire de 1/11,97.

Si maintenant on cherche quelle a été, dans chaque mois, la *proportion* du chiffre des sorties et de celui des décès au chiffre de la *population en traitement*, on arrive aux résultats suivants.

Pour les *sorties :*

En janvier, le rapport au chiffre de la population est de	1 à 2,13
février	1 à 2,27
mars	1 à 2,09
avril	1 à 1,98
mai	1 à 2,018
En juin le rapport au chiffre de la population est de	1 à 1,92
juillet	1 à 2,18
août	1 à 2,011
septembre	1 à 1,97
octobre	1 à 2,02
novembre	1 à 2,12
décembre	1 à 2,03

Pour les *décès :*

En janvier, le rapport au chiffre de la population a été de	1 à 19,7
février	1 à 19,4
mars	1 à 16,4
avril	1 à 19,2
mai	1 à 20,1
juin	1 à 30,6
juillet	1 à 21,4
août	1 à 23,2
septembre	1 à 24,9
octobre	1 à 22,04
novembre	1 à 22,08
décembre	1 à 20,17

Pour apprécier sainement la portée des variations observées dans le nombre des sorties, il faut remarquer que ce nombre reçoit de deux manières le contre-coup des entrées. Quand les malades affluent, les sorties se multiplient; les anciens font place aux nouveaux. Ce n'est là qu'une nécessité du service, dont il n'y a aucune conséquence à tirer relativement à la terminaison plus ou moins heureuse ou plus ou moins rapide des maladies régnant à la même époque. D'un autre côté, les nouvelles entrée préparent nécessairement de nouvelles sorties qui, par leur nombre et par l'époque à laquelle elles s'effectuent, peuvent jusqu'à un certain point concourir à l'appréciation et du nombre des guérisons, et de la durée approximative des maladies. On le comprend, du reste, une telle appréciation ne peut être de quelque poids que si elle est appuyée sur des quantités considérables. Si, par exemple, on voyait le chiffre de la population des hôpitaux monter rapidement, puis redescendre de même et les sorties se multiplier, on pourrait en conclure que les maladies, causes du mouvement ascensionnel, étaient de courte durée. Une conséquence inverse pourrait être tirée de conditions inverses.

Que disent nos chiffres à cet égard?

Si l'on dresse le *calendrier* des sorties, comme plus haut celui des entrées, suivant une série décroissante, les mois se trouvent rangés dans l'ordre que voici :

Juin, septembre, avril, août, mai, octobre, décembre, mars, novembre, janvier, juillet, février.

Or, le premier fait qui frappe est que les deux recrudescences d'entrées notées plus haut, l'une en janvier, l'autre en avril, mai et juin (celle de décembre appartient, sous ce point de vue, à l'étude de l'année 1846) retentissent sur le chiffre des sorties à des intervalles assez bien déterminés. Ainsi, le nombre des admissions en janvier est très-élevé ; la proportion des sorties, au lieu d'augmenter dans le mois suivant, diminue; elle ne s'accroît que dans le mois de mars, et plus encore dans le mois d'avril. A cette époque survient une brusque recrudescence d'entrées; on renvoie les anciens malades, on *fait des lits*, suivant l'expression consacrée. Le mouvement des sorties s'accélère; mais alors se passe un phénomène intéres-

---

moi, je suis profondément convaincu, avec beaucoup de gens instruits et judicieux, qu'il existe une médecine très-efficace par la seule alimentation, en un mot une *thérapeutique* gastronomique dont les principes sont fondés sur les lois de la vie et sur l'expérience; il ne s'agit que d'en poser les bases, d'établir des séries de substances alimentaires, puis de déterminer les applications individuelles.

Parmi ces substances alimentaires, il est en effet un choix à faire : de là dépend tout le succès. Eh bien ! on a déjà sur ce point un principe fondamental facile à reconnaître, c'est la *digestibilité.* Partez de ce point, et vous obtiendrez les plus heureux résultats. C'est par ce motif que nous plaçons l'*huître* en première ligne; le lait même n'en approche pas, car il s'en faut qu'il convienne à tous les estomacs. L'huître ordinaire, *estrea odulis*, avec toutes ses variétés, peut donc être considérée comme l'aliment digestible par excellence ; c'est la base des substances capables de nourrir et de guérir sans efforts de l'estomac, c'est le premier degré de l'échelle des plaisirs de la table réservés par la Providence aux estomacs délicats, aux malades et aux convalescents. L'expérience, d'ailleurs, a si bien démontré qu'il en est ainsi, qu'il n'est pas de festin, de repas digne des connaisseurs, où l'huître ne figure avec honneur et en première ligne. C'est elle, en effet, qui prépare les voies, qui les excite doucement, qui semble commander à l'estomac de se préparer aux sublimes fonctions de la digestion ; en un mot, l'huître est la clef d'or de ce paradis qu'on nomme l'appétit.

Du reste, qu'on ne s'imagine pas que ce soit une mode à peu près nouvelle, qu'elle passera comme tant d'autres. Cet usage est au contraire ferme et stable à toujours, comme on dit dans le protocole des lois, parce qu'il est fondé sur une expérience qui ne s'est jamais démentie. Les Romains, nos maîtres en tout, dans la science de la gueule, selon Rabelais, comme dans celle de la politique et des grandes choses admirables ou horribles, recherchaient ce mollusque avec un soin particulier. « On ne peut trop, dit Pline, parler des huîtres qui figurent avec tant d'éclat sur la table des riches (1). » Il ne faut pas croire que les gourmets de Rome se contentaient des huîtres pêchées au hasard sur les côtes de l'Italie ; ils les voulaient, comme nous, grasses, fraîches, fines et d'un goût exquis. Écoutons encore Pline, cet encyclopédiste de l'antiquité. « Sergius Orata, dit-il, est le premier qui imagina des parcs d'huîtres dans les environs de Baïes, au temps de l'orateur L. Crassus, avant la guerre des Marses, et ce ne fut point la gourmandise, mais une spéculation d'intérêt qui le dirigea (2). Ce fut le même Sergius Orata qui avait inventé les bains suspendus, mais surtout « qui donna la réputation d'une saveur exquise aux huîtres du lac Lucrin (3). » On voit qu'alors, comme aujourd'hui, des industriels spéculaient sur les faiblesses, sur les sottises et la gourmandise humaines. Mais soit que ce lac ne fût qu'un vi-

(1) *Nec potest videri satis dictum esse de his, quum palma mensarum divitum attribuatur illis* (lib. XXXI, cap. 21).

(2) *Ostrearum vivaria primus omnium Sergius Orata invenit, in Bayano, ætate L. Crassi oratoris, ante marsicum bellum, non gulæ causâ, sed avaritiæ*, etc. (lib. XIX, cap. 29).

(3) *Is primus optimum saporem ostreis Lucrini adjudicavit* (ibid).

sant et d'une autre signification. D'avril à mai, le chiffre des entrées augmente, celui des sorties diminue. De mai à juin, c'est l'inverse : les entrées diminuent, les sorties augmentent (1). Ici évidemment les nécessités du service n'ont plus aucune part au mouvement. Pour que les sorties deviennent moins fréquentes alors que les entrées deviennent plus nombreuses, et réciproquement, il faut une cause autre que le degré de fréquence des maladies, et ce ne peut être que leur degré de gravité et leur durée. Si, *proportionnellement*, il sort en mai moins de malades qu'en avril, bien qu'il en entre davantage, c'est manifestement que les individus entrés pendant ce dernier mois continuent à grossir la population ; c'est que, pour un certain nombre, la maladie se prolonge. De même si, en juin, il sort *proportionnellement* plus de malades qu'en mai, bien qu'il en entre moins, c'est qu'un certain nombre d'individus encore à l'hôpital dans ce dernier mois se trouvent en état d'en sortir. Ce phénomène est donc l'analogue de celui que nous avons noté tout à l'heure après la recrudescence de janvier, c'est-à-dire que, dans les deux cas, une augmentation dans le chiffre des entrées entraîne une diminution dans le nombre des sorties ; de même que la recrudescence de janvier n'a fait hausser le chiffre des sorties qu'en mars, de même la recrudescence d'avril, aidée de celle du mois de mai, ne fait hausser le chiffre analogue qu'en juin.

Poursuivons, et nous verrons encore le mois de juin, très-riche en entrées, suivi d'un mois très-pauvre en sorties ; le mois de juillet se trouve effectivement rejeté presqu'à l'extrémité du calendrier ; le mois d'août, au contraire, n'est pas loin du commencement. L'ascension brusque du chiffre des entrées dans le mois d'octobre est encore suivie, en novembre, d'un abaissement de celui des sorties, qui se relève dans le mois suivant. Enfin, on a pu être frappé de la place élevée que les mois de septembre et octobre occupent dans l'échelle des sorties, eu égard à la faible proportion des entrées dans les mois précédents. On ne peut guère l'attribuer à un retentissement tardif de la recrudescence de janvier, ni de celle du printemps épuisée par les nombreuses sorties du mois d'août, et dès lors il en faut probablement chercher les causes dans les sorties simultanées d'un grand nombre des malades entrés dans les mois de juillet et d'août. Quant aux autres mois, leurs variations ne sont pas assez tranchées pour permettre avec quelque fruit des observations analogues.

Ces différents résultats, jusqu'ici sans application directe et dont l'intérêt est plus dans l'avenir que dans le présent, tendent seulement à montrer comment et suivant quelles règles les variations dans le chiffre des sorties peuvent traduire celles du chiffre des entrées. Pour en tirer maintenant un enseignement positif relativement à la durée et à la gravité des maladies, il faudrait dans les chiffres des oscillations plus brusques et plus prononcées, comme il en arrive, par exemple, dans les épidémies. Cependant les indications présentées plus haut ne sont pas absolument sans signification. Si cet élément du problème peut se représenter jusqu'à un certain point par le chiffre proportionnel des sorties dans un espace de temps donné, il s'en suit que plus minime sera ce chiffre, plus longues auront été les maladies auxquelles il se rapportera. Par exemple, 600 malades étant entrés au mois de janvier, si, pendant le mois suivant, il n'en sort que 150, soit 1 sur 4, on sera en droit de penser que les maladies régnantes étaient en général plus longues que si la proportion des sorties avait été de 1 sur 2. Or, en consultant le calendrier ci-dessus, établi précisément d'après ces proportions et suivant leur gradation décroissante, on verra qu'après la recrudescence de janvier, le mois suivant a donné en sorties la plus faible de toutes les proportions, et celui de mars une proportion encore faible ; que les trois mois qui ont donné le plus d'admissions, avril, mai et juin, se sont transmis l'un à l'autre une proportion élevée de sorties ; que le dernier de ces mois n'en a légué, par contre, au suivant qu'une très-minime et les a en partie transmis au mois d'août ; que les entrées d'août et de juillet n'ont sensiblement retenti que sur les sorties de septembre et d'octobre, et la recrudescence d'octobre sur les sorties de décembre. D'où l'on pourrait induire que les maladies régnantes de janvier ont été, en général, de plus longue durée que celles du commencement du printemps, et ces dernières plus courtes que celles de la fin du printemps et du reste de l'année. Cette induction nous semble, du reste, assez conforme à l'observation ; mais nous nous contenterons de l'indiquer pour le moment, n'oubliant pas que le chiffre de la mortalité doit à son tour influer sur le chiffre des sorties, ce que nous chercherons à vérifier dans un instant.

(1) On remarquera que de légères différences entre les proportions ont ici une grande valeur, en raison des quantités considérables sur lesquelles elles reposent.

Quant aux conséquences à tirer, sous le point de vue de la *gravité* des maladies, du rapport des sorties aux entrées, nous ne les examinerons, par les mêmes raisons, qu'en nous occupant des décès.

Le mouvement annuel et mensuel des *admissions* nous a donné la *fréquence* et la *distribution* des maladies dans le cours de l'année. Le mouvement relatif aux *sorties* nous a donné approximativement les variations de leur *durée*. Le mouvement relatif à la *mortalité* va nous donner maintenant leurs degrés de *gravité*.

Et d'abord, on est frappé de la grande proportion des décès : 1/11,97 est un chiffre auquel très-probablement on ne se serait pas attendu (1). Il faut sans doute en accuser surtout l'incurie des malades, qui le plus souvent ne se décident à entrer à l'hôpital qu'après que le mal a fait assez de progrès pour les rendre absolument incapables de travail, et y arrivent fréquemment d'ailleurs avec des constitutions délabrées par la misère et les excès de tout genre. Mais le séjour à l'hôpital n'y contribue-t-il en rien ? on peut en douter. Ce serait, ce nous semble, un intéressant et utile sujet de recherches que de déterminer les proportions différentes de la mortalité, toutes choses égales d'ailleurs, dans les maisons nosocomiales et dans la pratique civile. Un tel travail, dont nous ne nous dissimulons pas les difficultés, conduirait peut-être à des notions plus précises sur les effets de l'encombrement et autres conditions d'insalubrité.

Quant aux proportions mensuelles des décès dans les hôpitaux, leur classement par série décroissante donne lieu au calendrier suivant :

Mars, avril, février, janvier, mai, décembre, juillet, octobre, novembre, août, septembre, juin.

On voit par là, 1° que la proportion des décès a été beaucoup plus forte en été qu'en hiver ; 2° qu'elle a été plus forte à la fin de l'hiver et au commencement du printemps (février, mars, avril) qu'à la fin du printemps et

(1) Les proportions mensuelles indiquées plus haut varient entre 1/16,4 et 1/30,6, parce qu'elles sont prises sur le chiffre total des malades *actuellement* en traitement, et qu'ainsi les mêmes malades sont portés plusieurs mois de suite sur le mouvement. Mais ici, la proportion est prise, comme elle doit l'être, sur le nombre des malades contenus dans les hôpitaux en 1845.

---

varium, comme je le crois, soit en effet que les huîtres y eussent naturellement un goût exquis, on demande ce qu'il en est aujourd'hui. Hélas ! tout a disparu, le lac Lucrin n'existe plus. Le président des Brosses, ce spirituel et caustique voyageur, gourmand achevé, voulut voir ce lac célèbre, et voici ses propres paroles : « Ce n'est plus qu'un mauvais margouillis bourbeux. Ces huîtres précieuses du grand-père de Catilina, qui adoucissent à nos yeux l'horreur des forfaits de son petit-fils, sont métamorphosées en malheureuses anguilles qui sautent dans la vase. Une grande vilaine montagne de cendres, de charbon et de pierres ponces qui, en 1538, s'avisa de sortir de terre tout en une nuit, comme un champignon, a réduit ce pauvre lac dans le triste état que je vous raconte (1). » Plus loin, notre voyageur ajoute : « Pline n'était pas un sot lorsqu'il a dit que les huîtres du lac Lucrin n'avaient eu tant de vogue que parce qu'on ne connaissait pas alors celles d'Angleterre... Mais où diable en avait-il mangé, lui qui parle » (tome III, p. 88) ? Mais, pour me servir de la même expression, où diable le président des Brosses a-t-il lu dans Pline qu'il avait mangé des huîtres d'Angleterre ! Il est vrai que ces dernières étaient très-estimées à Rome, mais surtout comme aujourd'hui celles des côtes de la Bretagne, ainsi que le témoigne ce vers d'Ausone :

Sunt et Armorici qui laudent ostrea ponti.
(Epist. 13.)

(1) Lettres historiques et critiques sur l'Italie (tome II, page 190).

Toujours est-il que depuis l'antiquité jusqu'à nos jours ce délicieux mollusque a joui d'une réputation qui s'est maintenue à travers les âges, les révolutions et la chute des empires ; le temps n'a pu la détruire, parce que ce qui est réellement utile, bienfaisant à l'humanité, sera éternellement vénéré. On sait que Franklin, qui ne connaissait que l'utile, préférait de beaucoup un dindon à un aigle, et certes personne n'oserait l'en blâmer.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'huître est un aliment qui réunit les qualités les plus précieuses pour la nourriture. Sa chair est douce, fine et délicate ; elle a assez de saveur pour plaire au goût, pas assez pour exciter, pour rassasier, pour arriver à cette effrayante limite du gastronome, *c'est trop*. Elle favorise en outre, par une qualité qui lui semble particulière, l'absorption gastrique et intestinale. Se mêlant avec facilité avec les autres aliments, s'assimilant aisément avec les sucs de l'estomac, elle aide et favorise les fonctions digestives. Il n'est point de substance alimentaire, sans même en excepter le pain, qui ne produise des indigestions dans une circonstance donnée, les huîtres, jamais ! c'est un hommage qui leur est dû. On peut en manger aujourd'hui, demain, toujours, en manger à profusion, l'indigestion n'est point à redouter, et l'on peut assurer que jamais aucun médecin n'a été appelé pour traiter une maladie de ce genre. Est-il vrai que le célèbre docteur Hecquet embrassait les cuisiniers par reconnaissance ? cela peut être ; mais à coup sûr ce n'était pas pour les huîtres. Il est bien entendu que nous exceptons les huîtres cuites, mais c'est une fâcheuse exception qui confirme l'assertion principale ; puis, quel est le barbare qui mange des huîtres cuites ? si l'on en excepte les matelottes normandes.

Dans tous les temps on a exalté la *truffe* ; je ne sais quel poëte anglais la qua-

au commencement de l'été (mai, juin, juillet); 3° que, faible dans le cours de l'été (août et septembre), elle s'est relevée au passage de l'été à l'automne (octobre); 4° qu'après s'être maintenue à peu près au même degré en novembre, elle s'est élevée encore vers le milieu de l'hiver (décembre).

Rapprochons ces résultats successivement de ceux qui concernent les entrées et de ceux qui concernent les sorties.

On remarquera tout d'abord que le mois placé en tête de l'échelle des décès, le mois de mars, était loin d'être aussi chargé en admissions que le mois d'avril, occupant néanmoins ici le second rang; que le mois de mai, occupant le cinquième; que le mois de juin, placé à l'extrémité de l'échelle. Le mois de février, celui qui a fourni le moins d'admissions, est un de ceux qui ont donné la plus forte proportion de décès. Cette remarque a une importance particulière; elle prouve que le chiffre de la mortalité serait, en thèse générale, un *criterium* vicieux de la constitution médicale actuellement régnante, et qu'il exprime seulement les effets d'une constitution passée, ou, du moins, dont la première influence remonte à un temps plus ou moins éloigné. On comprend, à la rigueur, que la gravité des maladies pourrait ajouter au contingent mortuaire ce que le petit nombre des malades lui enlèverait; mais ni habituellement, ni en particulier dans l'année 1845, les maladies observées en février et mars n'ont présenté ce caractère. C'est donc très-probablement dans la recrudescence de janvier qu'il faut chercher la cause de l'élévation de la mortalité dans les mois de février et mars.

Le rapprochement du calendrier des décès et de celui des sorties conduit à un résultat curieux sous un autre rapport. Ces deux calendriers, sauf quelques exceptions, marchent pour ainsi dire en sens inverse: celui des décès finit par où commence celui des sorties; et si le premier ne commence pas par où finit le second, au moins est-il que l'inversion a lieu pour quatre mois sur six. En d'autres termes, sur les six mois de la *première* section du calendrier des sorties, quatre se trouvent compris dans la *seconde* section du calendrier des décès. Réciproquement, sur les six mois de la *seconde* section du premier calendrier, quatre se trouvent compris dans la *première* section du second. Cela revient à dire qu'en général le nombre des décès a été en raison inverse du nombre des sorties.

S'il en est ainsi, si le chiffre des sorties peut servir, comme celui des décès, à apprécier le degré de *gravité* des maladies, on voit que ces résultats viennent corroborer ceux que nous avait déjà donnés l'étude des chiffres des sorties au point de vue de la *durée*. En effet, il y a concordance entre les données statistiques relatives à la durée et les données relatives à la gravité des maladies. Un grand nombre de malades sont admis en janvier; beaucoup ne sortent qu'en avril; nous en avons conclu à une durée moyenne assez longue des maladies fournies par le mois de janvier. Mais dans ces deux mois intermédiaires, c'est-à-dire en février et mars, la *proportion* des morts est très-considérable; donc les affections étaient graves, et ainsi la gravité accompagne la longue durée, comme en effet il arrive ordinairement. En mai, où il entre beaucoup de malades, la *proportion* des sorties reste à peu près la même qu'en avril; au lieu de s'élever, elle s'abaisse légèrement: signe d'un certain degré de gravité, mais moindre que dans les cas précédents. En juin, la *proportion* des sorties s'élève tout à coup; elle s'élève à un degré qui n'est pas facilement explicable par le chiffre des entrées de mars ou d'avril; donc il était en grande partie fourni par les malades entrés en mai ou dans le commencement du mois de juin; donc les maladies étaient d'une durée moyenne assez courte. Or, justement en mai, la proportion des décès est moindre qu'en février, mars et avril, et en juin elle est beaucoup moindre qu'en mai, à tel point qu'elle occupe le bas de l'échelle; donc encore la gravité des affections afférentes aux sorties de mai, et reçues pour la plupart en avril, est moindre que celle des affections afférentes aux sorties d'avril, et reçues pour la plupart en janvier. De même la gravité des affections afférentes aux sorties de juin et reçues pour la plupart en mai sont moins graves encore que celles afférentes aux sorties de mai. Enfin, le nombre élevé des admissions de juin ne retentit sensiblement sur les sorties qu'en août, et nous en avons conclu que les maladies régnantes de juin étaient d'assez longue durée, et la proportion des décès dans le mois intermédiaire à l'entrée et à la sortie décèle, dans les maladies, une certaine gravité; c'est-à-dire, en résumé, que partout le degré de gravité des maladies s'élève ou s'abaisse avec la moyenne de leur durée.

Abordons maintenant l'étude des variations météorologiques, et mettons-les en regard du mouvement des maladies et de la mortalité pour montrer les rapports qui peuvent exister entre ces deux ordres de faits.

A. D.

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR L'OBLITÉRATION DES VEINES RÉNALES ET SUR LES ACCIDENTS QUI SEMBLERAIENT EN ÊTRE LE RÉSULTAT; par M. J. Cossy, membre titulaire de la société médicale d'observation, interne des hôpitaux de Paris.

Bien qu'on trouve çà et là dans la science quelques exemples d'obstruction complète par des caillots de l'une, et plus rarement des deux veines rénales, on ne sait rien de bien positif sur les symptômes auxquels cette altération peut donner lieu.

Dans les observations que j'ai pu consulter, l'oblitération en question avait presque toujours été rencontrée à l'autopsie de sujets morts à la suite d'une phlébite des veines fémorales et cave inférieure, et les symptômes que ces malades avaient présentés étaient trop incomplétement décrits pour qu'il m'ait été possible de savoir quels étaient ceux qui pouvaient être attribués à l'oblitération des veines rénales.

Théoriquement parlant, et en s'appuyant sur certains faits dans lesquels on voit parfois une désorganisation profonde de l'un des reins rester latente, on peut concevoir que l'oblitération de l'une des veines rénales seulement pourra exister sans donner lieu à aucun symptôme bien tranché, le rein du côté sain suppléant celui dont les veines sont malades; mais ce que l'on ne comprend plus, pour peu qu'on réfléchisse à l'extrême activité de la sécrétion urinaire et à la masse énorme de sang qui traverse sans cesse les deux reins, c'est que les veines émulgentes puissent être simultanément oblitérées d'une manière complète, sans qu'il en résulte bientôt des accidents plus ou moins graves.

Cependant, comme il vient d'être dit, l'attention des médecins n'a guère été dirigée de ce côté; aussi j'espère qu'on lira avec intérêt les observations que je publie dans cette courte note. Bien qu'incomplètes sous plusieurs rapports, elles me semblent néanmoins pouvoir jeter quelque jour sur ce

---

lifie d'*impératrice souterraine*; un illustre gastronome français dit que c'est le *diamant* de la cuisine; soit: à Dieu ne plaise que nous ayons l'intention de nier les éminentes propriétés de ce précieux tubercule! mille voix de fins gourmets nous contrediraient aussitôt. Et pourtant qui voudrait, qui oserait manger toujours des truffes? qui n'en serait aussitôt rassasié? Si l'on insiste, l'estomac se soulève, la muqueuse gastrique s'irrite, le sang s'échauffe au point de produire un état fébrile permanent. Il est un médecin qui, lancé dans une certaine clientèle, ne manque jamais d'être appelé à la fin de l'hiver par ces malades atteints de *truf-féisme*, selon son expression. C'est un état singulier d'irritation et d'abattement, de surexcitation gastrique et de dégoût, d'appétit factice et de digestions pénibles. On arrive à cette profonde mortification du gourmand, de dîner sans plaisir et sans appétit; quelquefois même le danger devient plus grave, et ce qui avait fait dire à un amateur se gorgeant imprudemment de truffes: «Quatre dîners de plus et j'étais de moins. » Or rien de tout cela n'est à craindre avec les huîtres; la digestion n'en est que meilleure, le chyle mieux formé, le sang plus balsamique, plus frais, plus nourrissant. Tout en adorant la truffe, il faut avouer que son parfum, sa haute et délicate saveur, ont des inconvénients tout à fait inhérents à sa nature; cependant ses qualités sont si relevées, qu'on ne s'étonne pas si ce tubercule a le mérite d'être, dit-on, un puissant séducteur dans les hautes régions de la diplomatie et de la politique, en excitant tout à la fois l'ambition et l'appétit. On dirait que messer Gaster, alors organe de corruption, se laisse aller par un charme particulier, qu'il se fait dans ce cas une réaction sur le cerveau, du cerveau sur le raisonnement, puis sur le sens intime; il y a ici les faits *sensibles* et les faits de *conscience*, selon la grande division des philosophes modernes. L'huître, il faut l'avouer, n'a pas un tel privilége, ou du moins elle ne l'obtient qu'à un degré très-inférieur. Mais par compensation, elle ne charge pas plus l'estomac que la conscience; d'une suavité fondante et succulente, elle coule, passe et se digère sans soins et sans ardeur. A peine s'aperçoit-on de sa présence, et néanmoins elle a satisfait le goût, apaisé l'estomac, calmé cette impatience de nerfs qu'éprouve intérieurement tout homme qui a faim. Voilà pourquoi les huîtres sont bien reçues partout, pourquoi elles font partie d'une cuisine en même temps savante et simple, pourquoi on les voit sur une table richement servie et sur la table du petit rentier. C'est le *grata ingluvies* d'Horace dans toute sa sublime modestie, qui ne laisse après elle ni regrets, ni satiété, ni coliques, ni remords. Quand Malherbe dit qu'il ne connaît rien de meilleur que les femmes et les melons, on ne conçoit pas que cet humoriste poëte normand ait pu oublier les huîtres. Je dirai plus: on trouve des personnes qui ne s'accommodent pas toujours des femmes, vrai métal de Corinthe; il est des estomacs pour qui les melons sont indigestes; mais qui donc refuse des huîtres? quelques barbares peut être qui ne comptent pas et qu'on regardera toujours, pour me servir de l'expression de Bayle, comme des individus *paradoxes* de l'espèce humaine.

Ce qui plaît éternellement dans l'usage des huîtres, c'est qu'en même temps qu'on peut narguer la gastrite, le moral n'est ni inquiété ni irrité par la crainte de l'avenir. On a la certitude pleine et entière que la santé ne sera nullement compromise, voulût-on se plonger dans cet abîme qu'on appelle la satiété. Cherchez bien, et dites s'il en est de comparable dans la liste de nos plaisirs. Manger des huîtres est donc tout à la fois une hygiène physique et une hygiène morale,

point encore si obscur et en même temps si intéressant de la pathologie rénale.

OBS. I. — Une domestique, âgée de 20 ans, grande et forte, ayant les cheveux et les yeux d'une couleur claire, est apportée à l'hôpital Beaujon, division de M. Louis, le 28 mai 1845.

Elle est incapable de fournir des renseignements un peu exacts, et tout ce que l'on peut savoir d'une femme qui l'accompagne, c'est que, quarante-sept jours auparavant, elle était accouchée à terme de son premier enfant, à la suite d'une grossesse heureuse, et que depuis lors elle avait toujours été malade et alitée.

Quelques heures après l'entrée à l'hôpital, à quatre heures du soir, on note l'état suivant : décubitus dorsal, affaissement considérable, figure pâle, un peu pleine, inexpressive, intelligence très-obtuse, réponses incohérentes, pas de paralysie évidente, un peu de toux et de dyspnée, râle sous-crépitant médiocrement abondant à la base des deux poumons en arrière avec sonorité normale, un peu de râle sibilant dans le reste du dos, ainsi qu'en avant. A la région précordiale, le son est un peu obscur, dans une étendue d'ailleurs peu considérable, mais qui n'a pas été rigoureusement déterminée ; les battements du cœur sont réguliers, le premier bruit s'accompagne d'un souffle doux et léger ; quelques nausées sans vomissements, langue blanche et collante, soif assez vive, appétit nul. Le ventre est souple, médiocrement volumineux, à peine un peu sensible à la pression à l'hypogastre, où l'on ne sent d'ailleurs pas de tumeur; ni selles, ni urines depuis l'entrée. Les membres supérieurs sont un peu *potelés*, sans œdème bien manifeste; les inférieurs, au contraire, offrent dans toute leur étendue et à un égal degré des deux côtés un œdème considérable. La peau de ces parties est pâle, tendue, conserve profondément l'impression du doigt, et offre en outre à sa surface d'assez nombreuses veines superficielles anormalement développées.

La chaleur générale est médiocrement élevée avec moiteur, le pouls à 120, étroit et faible.

Le 29, un peu de délire la nuit dernière ; actuellement même état de l'intelligence, dépression plus marquée des forces ; œdème médiocre, mais bien évident de la face, du cou, du thorax et des deux membres supérieurs dans toute leur étendue, plus marqué au membre du côté droit. Cet œdème est pâle, indolent ; bien qu'assez ferme, il cède cependant sous la pression du doigt dont il conserve l'empreinte. Nulle part, dans les parties indiquées, on ne trouve de veines anormalement développées. Aux membres inférieurs, l'infiltration est stationnaire. L'état des organes circulatoires et respiratoires est aussi comme hier ; peau médiocrement chaude et moite, pouls faible et accéléré. (Eau de Vichy, potion gomm. avec 20 gouttes de teint. de digit., deux demi-bouillons.)

Dans la journée, l'œdème de la face, du cou et des membres supérieurs s'accroît rapidement et devient considérable ; affaissement croissant. Le soir, à quatre heures, la religieuse de la salle prévient que la malade n'a pas uriné *une seule fois* depuis son entrée; comme l'hypogastre est souple et sonore, la sonde n'est pas introduite.

Dans la nuit, la malade rend dans son lit une très petite quantité d'urine, dont la tache, qui n'offre rien de particulier, n'a pas deux pouces d'étendue. La mort survient le 30 mai à 8 heures du matin, après quelques heures de râle trachéal.

OUVERTURE DU CADAVRE 25 heures après la mort, par une température de + 16 centigr.

ÉTAT EXTÉRIEUR. Pas de traces de putréfaction, roideur à peu près nulle, infiltration comme pendant la vie.

TÊTE. Le sinus latéral droit est rempli en totalité par des caillots jaunâtres et rougeâtres, friables, moulés exactement sur ses parois. En quelques points, le centre de ces caillots contient une sorte de bouillie gris jaunâtre; les autres sinus sont à l'état normal.

Deux grosses veines de la pie-mère, l'une à la convexité, l'autre à la face inférieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau, sont remplies, ainsi que leurs principales divisions, par des caillots pareils à ceux du sinus latéral *droit*. A leur voisinage, la pie-mère est d'un rouge ecchymotique, et les circonvolutions correspondantes sont un peu boursouflées, rougeâtres et jaunâtres très-ramollies et parsemées à leur intérieur d'une quantité innombrable de très-petits caillots noirs d'égal volume, d'un millimètre à peine de diamètre. Ces altérations ne dépassent pas en profondeur les circonvolutions indiquées, et dans le reste du cerveau, dans le cervelet, la protubérance, on n'en retrouve aucune trace. Ces diverses parties, sauf un peu de congestion sanguine, n'offrent rien de notable.

POITRINE. Les deux poumons, à peine engoués dans leurs parties déclives, sont médiocrement humides à leur intérieur, n'offrent aucune trace d'hépatisation, de foyers purulents, ni de caillots dans les artères et veines pulmonaires.

Le péricarde contient onze cuillerées à soupe de sérosité citrine parfaitement limpide, sans traces de fausses membranes. Le cœur est d'un médiocre volume, et, à part un peu de flaccidité, n'offre aucune altération. Les valvules sont minces et insuffisantes, les orifices non rétrécis, l'endocarde lisse et transparent. Le ventricule gauche est vide, mais les oreillettes et le ventricule droit contiennent une notable quantité de sang noir, liquide ou coagulé, sans caillots fibrineux. L'aorte n'offre rien de particulier.

ABDOMEN. Pas d'épanchement dans le péritoine; rien de particulier dans le tube digestif, sauf un peu de mollesse de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac et de celle de la fin de l'iléon.

Le foie est parfaitement sain, sans traces de foyer purulent, sans obstruction de ses principales veines. La rate est petite et saine. L'utérus, d'un tiers plus volumineux qu'à l'ordinaire, n'offre aucune trace de lymphite ni de phlébite.

Le rein gauche a son volume ordinaire; sa capsule s'enlève aisément sans altérer le tissu rénal; celui-ci est médiocrement humide, d'une bonne consistance, et n'offre aucune trace de suppuration ni de l'affection de Bright. Le rein droit ne diffère du précédent que par son volume qui est un peu plus considérable et par un peu de friabilité de son tissu, qui est en même temps très-légèrement jaunâtre.

Les uretères sont à l'état sain ainsi que la vessie, laquelle ne contient que quelques gouttes d'urine citrine et légèrement louche qui n'a pas été analysée.

ÉTAT DES VEINES. Les grosses veines du cou, celles des membres supérieurs, superficielles et profondes, les sous-clavières et innominées, enfin la veine cave supérieure, ne contiennent partout qu'une assez petite quantité de sang noir et liquide, et nulle part de caillots.

Les veines fémorales, iliaques externes, et la veine cave inférieure elle-même, jusqu'à 2 centim. *au-dessus* de l'embouchure des veines rénales, sont complétement oblitérées par des caillots assez fermes, élastiques, friables, d'un blanc rougeâtre et moulés exactement sur les parois veineuses. D'espace en espace, ces caillots présentent à leur entrée une sorte de bouillie épaisse, rougeâtre et jaunâtre, sans véritables foyers de pus. Des caillots *tout à fait semblables* se prolongent de la veine cave dans les veines rénales des deux côtés, et on les suit dans leurs principales divisions jusque dans les intervalles des cônes tubuleux; ces caillots sont partout exactement moulés sur les parois veineuses, auxquelles ils n'adhèrent cependant qu'en quelques points.

L'oblitération des veines cave inférieure et fémorale explique aisément l'œdème considérable que les membres inférieurs offraient déjà lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. On peut en dire autant des altérations des veines de la pie-mère et des circonvolutions sous-jacentes relativement aux symptômes cérébraux qui existaient en même temps; mais le point difficile de cette observation, c'est de déterminer sous quelle influence l'infiltration s'est si rapidement généralisée dans les derniers jours de l'existence. L'autopsie n'a fait constater aucune de ces lésions que l'on s'accorde généralement à considérer comme pouvant produire un pareil effet; ainsi la circulation était parfaitement libre dans le système veineux supérieur; le cœur, le foie, étaient sains; les reins enfin n'offraient aucune trace de l'affection de Bright. L'infiltration n'étant devenue générale que quarante-sept jours après l'accouchement, on ne peut en accuser l'état puerpéral ; et quant à vouloir en trouver la raison dans une altération du sang consécutive à l'in-

---

Qu'on ne taxe point d'exagération ces dernières expressions, car rien n'est mieux fondé sur l'expérience la plus évidente; l'expérience médicale et l'expérience gastronomique sont ici dans un parfait accord, ce qui n'a pas toujours lieu à beaucoup près. Et cependant qui le croirait ? l'huître souveraine dans l'empire de la cuisine, l'huître, ce délicieux, ce bienfaisant testacé, est classée au plus bas degré dans le domaine de l'intelligence ; elle est donnée comme le représentant de l'ineptie, comme le prototype de l'ignorance! Faut-il donc toujours insulter ce que nous savourons avec délice, ce qui contribue à nos jouissances, à l'allégement de nos maux? *Bête comme une huître!* dit-on; ajoutons aussitôt ingrat comme l'homme! assertion certainement plus vraie que l'autre. Le préjugé, ce *sot* qui gouverne le monde, selon le mot de La Bruyère, fait croire que rien n'est au-dessous de l'huître pour l'intelligence, comme si elle en manquait pour ses besoins, pour son existence. L'huître est aussi bien que l'homme une des roues de la machine du monde; elle est placée à son rang, à son échelon; l'huître de moins, l'univers cesserait d'être ce qu'il est. D'ailleurs sommes-nous donc nous-mêmes au suprême degré de l'échelle organico-spirituelle où le corps cède à l'esprit et la bête à l'âme? nos passions, nos folies, nos sottises, ne donnent-elles pas un formel démenti à nos prétentions?

L'huître a quelque chose du fond commun de l'intelligence universelle que les philosophes et les poëtes de l'antiquité ont si bien remarqué ; c'est dans ce sens qu'on a dit : *Deus est anima brutorum.* Quoique nous ne puissions jeter sur ces terres inconnues de l'univers physique et moral que le regard douteux de la conjecture, on peut néanmoins assurer qu'il y a dans l'huître un esprit vital *infus* qui la fait naître, croître et se reproduire. Or, comme dans la série zoologique l'organisation est la mesure des acquis, la vitalité physique et la vitalité morale de l'huître sont dans les proportions de son être. L'huître vit et meurt, ainsi que nous, à son temps, à son heure; elle accomplit son destin quel qu'il soit. N'est-il pas singulier de la voir insultée par cet être bizarre et orgueilleux qui rêve le pouvoir durable, la fortune constante, la gloire éternelle et la vie sans douleurs? La nature, qui n'est que l'art de Dieu sur la matière, n'a point déshérité cet heureux mollusque de ses faveurs. Si on le connaissait à fond, on saurait que sa constitution physique et morale n'est point indigne d'une étude assidue. Lyonnet a donné la merveilleuse histoire de la chenille du saule; on sait que Strauss a compté 306 pièces dures, 494 muscles, 24 paires de nerfs pour les animer, dans le hanneton, ce misérable coléoptère aussi ravageur qu'étourdi. Que ne découvrirait-on pas dans l'huître! Elle a une conformation tout à fait convenable au milieu qu'elle habite; elle a des branchies pour respirer, une sorte de cœur musculeux, un système circulatoire, un canal digestif allant de l'embouchure à l'anus. Du reste, l'infinie petitesse de son intelligence n'en prouve nullement la privation absolue. L'huître a un ganglion nerveux, donc elle a des impressions, des volitions. Elle s'en sert pour soulever et refermer sa coquille, au sommet de laquelle se trouve un ligament lui servant de bras pour cette manœuvre d'une précieuse utilité pour absorber l'eau de la mer qui la nourrit, et pour d'autres fonctions encore ignorées. « L'huître océanique, dit un philosophe du dernier siècle, est placée sur un rivage ou sur un rocher que la mer couvre et découvre alternativement; si elle s'ouvre pendant que la mer est basse, elle perd son eau, pâtit, périt quelquefois victime de son imprudence. Celles qui en échappent *comprennent* qu'il ne leur est bon de faire jouer leur coquille que

fection purulente, on ne saurait y songer sérieusement un seul instant, car trop de faits viendraient aussitôt contredire une pareille manière de voir.

Il ne resterait en définitive que l'altération des veines rénales à laquelle on pourrait rattacher l'anasarque en question; et j'avoue que pour mon compte je vois plus de raisons en faveur que contre un pareil rapprochement. En effet, si on veut bien se rappeler que les caillots qui oblitéraient complétement les deux veines rénales et leurs divisions ont été évidemment formés pendant la vie; que, d'une autre part, la sécrétion de l'urine a été complétement suspendue dan les derniers jours, et que c'est précisément à dater de ce moment que l'infiltration est devenue générale; si, dis-je, on rapproche ces diverses circonstances, on ne pourra s'empêcher de soupçonner entre elles un lien de cause à effet bien plutôt qu'une simple coïncidence.

Le soupçon que je viens d'émettre relativement aux effets possibles de l'oblitération des veines rénales recevra une nouvelle force de la lecture des faits que j'ai à rapporter.

Le suivant m'a été communiqué par M. le docteur Ducrest, qui l'a recueilli pendant qu'il était interne à la Maternité de Paris.

Obs. II. — Il s'agit d'une cuisinière de 24 ans, brune et fortement constituée, primipare, accouchée heureusement à terme, à la Maternité, le 4 mars 1842.

Quinze heures après l'accouchement, frissons répetés, bientôt suivis de douleurs hypogastriques vives et continues; le ventre est le siége d'une sensibilité extrême à la pression et d'une fluctuation obscure; la chaleur est brûlante, avec sueurs, le pouls à 128. (Potion avec calomel, 0,4, et résine de jalap, 0,3, 30 sangsues sur le ventre, vésicatoire à chaque cuisse.)

Les jours suivants, jusqu'au 16, le ventre devient de moins en moins douloureux, et bientôt la malade n'y éprouve plus spontanément que quelques coliques accompagnées de dévoiement. Il y a chaque jour des frissons légers, suivis d'une chaleur brûlante; le pouls, d'abord au delà de 120, tombe à 80 le 11, bien qu'à cette époque il survienne une bronchite caractérisée par de la toux et un peu de dyspnée, et par la présence d'un râle sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière.

Du 16 au 24 mars. Les deux membres inférieurs, le gauche dans toute son étendue, le droit à partir du genou, deviennent le siége d'un œdème pâle, assez ferme, accompagné d'un développement anormal du réseau veineux sous-cutané. Cet œdème, d'abord léger, devient peu à peu considérable. La langue devient sèche et brune, le dévoiement persiste. Il n'y a pas de frissons à dater du 16, mais il y a chaque jour une chaleur brûlante avec sueurs et accélération du pouls.

Le 24, on s'aperçoit que le membre supérieur gauche est œdémateux dans toute son étendue. La face, qui était déjà un peu tuméfiée depuis quelques jours, surtout aux paupières, se bouffit davantage.

Enfin, la malade succombe le 26 à neuf heures du soir; après avoir eu du râle trachéal et une sueur froide depuis le matin.

Quant aux urines, leur émission avait eu lieu les seize premières heures de la maladie; elles furent ensuite suspendues pendant quatorze heures, puis elles sont notées assez abondantes jusqu'au 24 inclusivement. Il n'en est plus question pour les deux derniers jours.

Ouverture du cadavre 36 heures après la mort. Rien de remarquable dans le cerveau et ses enveloppes; quelques noyaux hépatisés gris blanchâtre dans les deux poumons, dont *quelques* vaisseaux (on ne sait si ce sont des veines ou des artères) contiennent quelques caillots fibrineux.

Le péricarde contient deux cuillerées de sérosité claire.

Le cœur est sain; on trouve dans ses cavités quelques caillots fibrineux assez fermes.

Abdomen. Il n'y a dans le péritoine que quelques fausses membranes récentes, qui unissent l'utérus au rectum et à la paroi postérieure du bassin.

L'estomac et l'intestin grêle n'offrent rien de particulier; le cœcum et le colon sont d'un rouge vif; le premier contient de nombreux tricocéphales.

Le foie est sain et gorgé d'une grande quantité de sang noir.

La rate est un peu augmentée de volume, mais ne s'éloigne d'ailleurs pas de l'état normal.

Les deux reins sont injectés à leur surface et dans leur profondeur; les branches veineuses qui s'engagent entre les divers cônes de la substance tubuleuse sont obstruées par des caillots blanchâtres, friables, se rompant lorsqu'on les courbe, s'écrasant avec la même facilité; ils adhèrent facilement aux parois veineuses. La surface interne des bassinets est semée d'un grand nombre de plaques rouges; la vessie est normale. Phlébite et lymphite utérine très-multipliées; couleur noire de la couche la plus interne de la matrice.

Les veines superficielles et profondes des deux bras et avant-bras, les axillaires et sous-clavières, la veine cave supérieure, sont à l'état normal et sans caillots. Quant au système veineux inférieur, on y remarque ce qui suit: les saphènes internes présentent à leur partie supérieure un peu d'épaississement et une légère diminution de calibre. Ces veines sont néanmoins perméables, ainsi que les fémorales et iliaques primitives, car toutes contiennent une colonne non interrompue de sang noir liquide; mais au milieu de ce sang est un caillot qui s'étend depuis le milieu des veines fémorales jusqu'à la partie moyenne de la veine cave inférieure, et envoie des prolongements dans toutes les branches qui aboutissent à ces veines. Ce caillot se compose de plusieurs fils tortueux et repliés sur eux-mêmes; il est fibrineux, rouge, flexible, élastique, et entraîne, enchevêtrés avec lui, plusieurs fragments d'autres caillots grisâtres et d'une date évidemment plus ancienne. Les parois veineuses sont d'ailleurs lisses et polies.

Malgré une lacune bien regrettable relativement à la sécrétion urinaire dont l'étude a été négligée, cette seconde observation, rapprochée de la première, n'en a pas moins de la valeur. Les caillots des veines cave et fémorales, bien que n'oblitérant pas entièrement ces vaisseaux, devaient cependant y gêner la circulation, et suffisent pour expliquer l'infiltration des membres inférieurs. Mais quant à l'œdème du membre supérieur gauche et de la face qui, par sa disposition rappelait assez bien ces infiltrations d'abord partielles et souvent mobiles qu'on observe assez communément au début, dans l'affection de Bright, cet œdème ne peut être expliqué d'une manière satisfaisante par aucune lésion, soit des veines correspondantes, soit du cœur, soit du tissu des reins, etc.; en sorte qu'ici, comme pour le sujet de la première observation, on en vient presque forcément à se demander si l'œdème en question ne doit pas être rattaché à l'état des veines rénales qui, ainsi qu'on l'a vu, étaient complétement oblitérées des deux côtés par des caillots dont l'origine est évidemment antérieure à la mort. La même question se présentera encore à l'occasion de l'observation suivante que j'extrais textuellement du livre de M. Rayer (1), qui la livre sans commentaires à ses lecteurs.

Obs. III. — Chez une jeune femme de 28 ans, morte avec *une anasarque*, les deux reins avaient un volume très-considérable. Le poids de chacun d'eux était d'environ 12 onces; ils étaient décolorés, d'une teinte jaunâtre. La membrane propre était extrêmement mince, comme si elle eût été amincie par la distension. Les lobes des reins étaient fortement dessinés et séparés par des lignes distinctes; dépouillés de leur membrane propre, ils paraissaient *très-lisses* et humides; leur grosse extrémité, la supérieure, offrait de petites étoiles vasculaires disposées en groupes; il y en avait aussi quelques-unes sur l'extrémité inférieure, mais elles étaient beaucoup plus rares. Les reins semblaient

(1) Rayer, Traité des malad. des reins, etc., t. III, p. 592.

---

lorsque la mer est haute; et par cet usage de leur intelligence, elles conservent leur santé, fortifient leur constitution et prolongent leur vie. » A la vérité, l'huître n'a pas le secret de son org nisation, non plus que celui de sa destinée; mais en savons-nous davantage? Elle ignore que son tombeau est l'estomac d'un gourmand. N'ignorons-nous pas également ce que le sort nous réserve demain, peut-être aujourd'hui avant la fin du jour? Dieu est le seul être, tout le reste est mode; c'est toujours le combat éternel et muet de la vie et de la mort au sein de toute chose créée. Mais pendant sa vie, l'huître a cet instinct, cette raison clairvoyante et lumineuse qui lui fait choisir ou rejeter ce qui lui est bon, ce qui lui est nuisible; elle s'attache à la réalité, la calcule et la pèse. Comme tout être vivant, elle a son cachet particulier d'animalité, elle a son *maximum* et son *minimum* d'existence, sa vie propre qu'elle transmet à d'autres dans la succession des siècles. Dira-t-on maintenant: *Bête comme une huître?* anathème qui ne saurait être prononcé que par l'inconséquence la plus évidente ou la plus noire ingratitude; car remarquez qu'indépendamment de sa chair si délicate, si nourrissante, ce sont des huîtres qui fournissaient la pourpre aux anciens, ce sont encore elles qui fabriquent ces perles recherchées avec tant de soins et de périls, et qui ornent si bien les grâces et la beauté.

Ce mépris pour l'intelligence des huîtres est donc tout à fait irréfléchi; bien plus, l'usage convenable de ce précieux mollusque aide beaucoup à notre esprit. Quand un homme est fatigué par un excès de travail de tête, lorsque son estomac est faible et cependant tourmenté par le besoin, les huîtres conviennent mieux d'abord qu'une alimentation plus solide. Quelques douzaines de ces stupidités-là introduites dans l'estomac, tout aussitôt l'intelligence se ranime, se fortifie, parce que l'estomac, satisfait et non surchargé, influe d'une manière favorable sur le cerveau, puis sur l'esprit et le cœur. Ainsi les huîtres, dans certains cas, provoquent les forces intellectuelles, elles excitent l'imagination, raffermissent le jugement, précisément en raison du calme et du bien-être qu'on éprouve. Certes, il y a dans les huîtres le germe de bien des idées.

Si du reste on doute de la vérité des considérations précédentes, il n'y a qu'à examiner les chiffres de consommation des huîtres, consommation qui augmente chaque année. Comme tout s'estime aujourd'hui par l'utile, il faut que la nécessité de cet aliment soit bien grande pour produire un tel besoin. Le commerce qui s'en fait à Paris est considérable, et c'est aujourd'hui une urgente nécessité pour la capitale. L'autorité en est si bien convaincue, qu'on vient de construire une halle tout exprès pour en faciliter la vente; c'est ce que le peuple appelle le *palais* des huîtres, très-juste dénomination, a dit un fin gourmet, parce que les huîtres sont naturellement faites pour les *palais*, ce qui est incontestable. On a calculé que le port de Granville seul en expédie plus de vingt millions par an. Leur prix était de 1 fr. 50 c. le mille il y a cent cinquante ans, il s'élevait de 12 à 14 fr. il y a quelques années; il est maintenant de 20 à 22 fr. C'est bien autre chose quand l'exportation se fait au loin. Un journal racontait tout récemment qu'à Varsovie, un général s'était fait une illustre réputation d'amphitryon, notamment par les huîtres; chez lui on en prodiguait les cloyères, et néanmoins chaque huître revenait à quinze sous; on n'est pas plus magnifique.

La valeur des huîtres est telle que les gouvernements se disputent avec jalousie un banc d'huîtres plus ou moins éloigné des côtes de leur empire; il a même fallu dans ce cas de longues et difficiles négociations; et véritablement les huîtres

imprégnés d'un liquide séreux; divisés de leur grande courbure à leur scissure, une assez grande quantité de liquide aqueux s'est écculée sur presque tous les points. Les stries de la substance corticale étaient distinctes, la substance tubuleuse d'un beau rouge. Les artères, les ganglions et les nerfs n'offraient rien de particulier; mais les deux veines rénales présentaient une altération très-remarquable; leur tronc, leur première et leur seconde division en arcade étaient remplies de concrétions fibreuses d'un blanc jaunâtre, très-solides. De la veine rénale on pouvait extraire des concrétions blanchâtres dont le centre offrait un petit conduit que le sang pouvait traverser. Ce caillot était rougeâtre à l'extérieur et blanchâtre à l'intérieur; les veines rénales n'étaient pas sensiblement épaissies. Il est probable que l'augmentation de volume des reins et l'humidité de leur tissu étaient la suite de cette affection des veines rénales.

Les capsules surrénales et les uretères étaient dans l'état sain; la vessie contenait peu d'urine. L'utérus était sain; il y avait deux petits kystes dans un des ovaires; l'estomac et l'intestin grêle n'offraient pas de lésions notables. Le gros intestin était sain jusque vers le rectum; mais ce dernier était labouré par une ulcération inégale, à fond grisâtre, qui communiquait avec le vagin par deux ou trois fistules. La membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux étaient détruits. Quelques tubercules de la dimension des tubercules syphilitiques existaient à la marge de l'anus. Le foie, très-volumineux, offrait plusieurs points d'anémie superficielle; en outre, il était un peu mou. La rate était assez volumineuse. Il y avait pleuro-pneumonie du côté droit. Le cœur était sain; une certaine quantité de sérosité était épanchée dans le péritoine.

Ici encore, en regard d'une oblitération des deux veines rénales par des caillots déjà anciens, nous avons une *anasarque* qu'aucune autre lésion ne saurait expliquer. On voit que ce fait se prête aux mêmes remarques que les deux premiers, relativement aux effets possibles ou plutôt probables de l'oblitération des deux veines rénales.

Tels sont les faits que j'ai pu rassembler sur le sujet qui fait l'objet de cette note. Sans doute le petit nombre de ces faits, les lacunes qu'ils présentent, en diminuent la valeur; mais s'ils sont insuffisants pour qu'il soit permis d'avoir une opinion bien arrêtée relativement aux questions qu'ils soulèvent, ils n'en méritent pas moins d'attirer l'attention des observateurs. Il me semble évident que dans le cas où des faits pareils viendraient à se multiplier, on devrait admettre qu'une anasarque plus ou moins prononcée, et peut-être la diminution ou même la suppression complète de la sécrétion urinaire, sont bien l'effet de l'oblitération simultanée des deux veines rénales, et non une complication étrangère. J'ajoute même que s'il fallait alors absolument une explication, afin de satisfaire certains esprits, il ne serait peut-être pas très-difficile d'en trouver une assez satisfaisante, plus satisfaisante même que celles qu'on a acceptées pour une foule de cas où le rapport de cause à effet entre telle lésion et tel symptôme n'est cependant contestée par personne. On conçoit, en effet, qu'ici l'urine cessant d'être sécrétée, et ses matériaux restant dans le sang, il puisse en résulter une pléthore séreuse, et par suite une hydropisie. . . . .

. . . .

Je ne terminerai pas cette note sans faire encore remarquer combien les trois faits rapportés plus haut touchent de près à certains points de l'histoire des affections du rein avec hydropisie, à la maladie de Bright plus particulièrement. De l'aveu de la plupart des médecins qui ont fait une étude spéciale de cette maladie, le dernier mot n'est pas dit à son sujet, et il n'est pas du tout prouvé, par exemple, que l'état granulé soit la cause organique de l'hydropisie. On a vu en effet les deux reins être granulés au plus haut degré, sans pour cela qu'il y ait eu pendant la vie la plus légère infiltration. Les faits de ce genre ne sont pas rares; ils le sont même si peu que Grégory à lui seul en cite vingt exemples (1). D'une autre part, le même Grégory, Bright et plusieurs autres anatomo-pathologistes, ayant injecté les reins granulés de sujets morts avec de l'anasarque, ont fait cette importante remarque, c'est que l'injection poussée par les veines ne pénétrait qu'avec difficulté et incomplétement la substance des reins malades. Cette circonstance, à laquelle jusqu'ici on n'avait pas accordé beaucoup d'attention, acquiert de la valeur lorsqu'on la rapproche de ce que les faits rapportés plus haut sembleraient établir relativement à l'influence probable de l'oblitération des veines rénales dans la production de l'hydropisie.

Il y a dans tout cela de quoi donner à penser, et tout indique la nécessité d'étudier avec plus de soin que jamais l'état des veines rénales dans l'affection de Bright, afin de savoir si la présence ou l'absence de l'hydropisie, son degré, ne seraient pas en rapport avec le *degré de perméabilité des veines rénales et de leurs divisions*, bien plutôt qu'avec l'existence de l'état granulé.

(1) Dans EDINB. MEDIC. JOURN., octobre 1829.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME; par A. DEBENEY, D. M. P., à Paris.

(Suite et fin. — Voir les numéros 1, 3 et 6.)

INSUCCÈS ET RÉCIDIVES. — Le traitement basé sur les injections d'azotate d'argent à haute dose présente, ainsi que je l'ai suffisamment exposé, une efficacité différente suivant les périodes. Après le développement complet de la blennorrhagie, les résultats sont variables surtout, et d'ordinaire plus ou moins longs à obtenir. Mais ces résultats ne manquent jamais; et j'ai dit, en donnant le résumé de ma pratique dans un travail antérieur, que toutes les blennorrhagies dans lesquelles j'avais pu conduire le traitement pendant le temps nécessaire avaient été guéries, et que nulle blennorrhée, si ancienne et si chronique qu'elle fût, n'avait résisté indéfiniment à l'application rationnelle de la méthode des injections caustiques. Cependant des praticiens, en rendant compte de l'expérience en général heureuse qu'ils avaient faite de cette médication, ont trouvé la réussite que j'avais énoncée trop constante, et déplorant, dans l'intérêt même de la méthode, que je n'eusse pas mentionné des insuccès qui leur paraissaient nécessaires, ils ont imaginé de les placer dans des récidives qui m'auraient échappé, faute d'avoir pris le soin de m'informer de mes malades, une fois sortis de l'hôpital ou de l'infirmerie régimentaire. D'abord, il faut bien expliquer que souvent on a appelé insuccès de la méthode les cas où les injections caustiques seules n'avaient pas été suffisantes pour opérer la guérison, et où il avait fallu leur adjoindre les injections astringentes, et quelquefois le copahu. C'est ici le cas de signaler une erreur commune à plusieurs écrivains, et qui consiste à considérer ma méthode comme bornée aux injections caustiques exclusivement à tout autre moyen. Qu'est-il arrivé comme conséquence de cette

---

ont une grande importance parmi les diplomates. Plus d'une fois la guerre a été sur le point d'éclater entre la France et l'Angleterre pour un banc de ces mollusques dont la possession n'était pas nettement décidée. Or, la guerre entre ces deux puissances, c'est la guerre sur le globe entier, tant les huitres, si insultées proverbialement, si recherchées en réalité, ont de poids dans la balance politique! C'est qu'au fond il s'agit de nos jouissances, de notre santé, de notre bien-être. Le salut de l'estomac, *suprema lex esto*.

Jusqu'à présent il n'a été question de l'emploi des huitres que pour les personnes en pleine jouissance de leurs facultés gastriques. Voyons maintenant l'usage qu'on doit en faire pour les estomacs faibles et délicats, pour les malades, les convalescents, en un mot pour la partie la plus à plaindre de l'humanité, celle qui ne digère pas ou qui digère mal.

R. P.

(*La suite prochainement.*)

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE DIMANCHE 25 JANVIER 1846, DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

(Compte rendu de M. le docteur PERDRIX, secrétaire général.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

De nombreuses demandes de secours nous ont été adressées; nous avons accueilli avec empressement celles qui ne pouvaient manquer d'exciter en nous un vif intérêt, en un mot celles de nos sociétaires que les progrès de l'âge, les infirmités, la maladie, mettaient dans la nécessité de faire valoir leurs droits au bénéfice de l'article 27 de nos statuts; et c'est dans ces circonstances, messieurs, que tout en agissant aussi libéralement qu'il lui est possible de le faire, votre commission générale regrette de ne pas avoir à sa disposition des ressources plus considérables, et, disons-le, plus dignes des honorables infortunes qu'elle est appelée à soulager.

Nous avons alloué à des veuves de sociétaires des sommes proportionnées à nos moyens.

D'autres veuves de sociétaires continuent à jouir des bienfaits de l'Association, à titre de pension et de subvention.

Des veuves de médecins non sociétaires, des vieillards infirmes étrangers à l'Association, déjà secourus plusieurs fois, ont réclamé de nouveau notre assistance, et des secours leur ont été accordés.

L'Association, vous le voyez, messieurs, animée d'un admirable esprit de charité, a voulu porter ses bienfaits en dehors de ses rangs, et les répandre sur des personnes qui lui sont étrangères. Mais votre commission générale, en présence d'aussi nombreuses demandes, a su se montrer sévère à l'égard de celles qui ne s'appuyaient pas sur des titres légitimes, et s'est vue forcée d'en écarter plusieurs, soit parce que les pétitionnaires habitaient les départements, ou qu'ils ne se trouvaient pas dans des conditions de moralité justement exigées, soit enfin parce qu'ils avaient déjà reçu de nombreux secours.

erreur ? C'est que les médecins qui ne pouvaient achever la guérison des écoulements blennorrhagiques par la manière dont ils pratiquaient la nouvelle médication, en la restreignant à l'azotate d'argent, ou se sont élevés contre elle et m'ont accusé d'avoir exagéré son efficacité, ou sont venus proposer comme moyens auxiliaires de la méthode ceux-là même qui en faisaient partie, et dont j'avais posé l'indication formelle et par le précepte et par l'exemple ; je veux parler des injections astringentes seulement, et non point des balsamiques, auxquels je n'ai pas eu recours. Ainsi, de ce que les injections caustiques ne suffisent pas dans tous les cas, ce que j'ai mis moi-même hors de doute, on ne peut en déduire l'insuffisance de la méthode telle que je l'ai formulée. Ce point éclairci, passons aux récidives.

Que des récidives m'aient échappé, cela est possible, et je ne puis pas plus soutenir la négative à cet égard que de l'autre côté on ne peut maintenir l'affirmative. Je me contenterai de faire observer que ma pratique s'étant exercée en grande partie dans un régiment, je me suis trouvé dans la position la plus favorable pour surveiller mes malades et de près et longtemps ; et l'on voudra bien croire que j'ai pris le soin de constater les suites des traitements dont j'ai rendu compte au public.

J'ai mentionné des récidives, et il suffit, pour s'en convaincre, de lire mon premier mémoire, où l'on en trouvera quatre exemples sur vingt et une observations détaillées. J'ai tellement insisté sur cette circonstance, que j'ai cherché à me rendre compte, au moyen d'une supposition théorique, de la reproduction des écoulements. La supposition que j'ai émise alors embrasse précisément le point de doctrine dont on m'a reproché dernièrement dans ce journal d'avoir fait abstraction. Il s'agit de la question des blennorrhagies syphilitiques. Voici comment j'ai envisagé cette question : n'ayant pu découvrir le caractère syphilitique dans la blennorrhagie, je l'ai poursuivi sous la forme d'hypothèse par une espèce de concession faite aux médecins pour lesquels cette hypothèse est une réalité. Peut-être, ai-je dit, faut-il reconnaître le cachet de la nature syphilitique dans la ténacité des blennorrhagies où la suppuration, plusieurs fois arrêtée, se reproduit plusieurs fois ; les choses se passent alors comme si le virus ou principe contagieux qui a pris siége dans la muqueuse de l'urètre, pouvait à plusieurs reprises, et jusqu'à épuisement de sa force, faire sentir son action sur la membrane et ranimer la phlogose ; cet épuisement serait facile lorsque la cause infectante, manifestée récemment, est encore à l'état de germe : ce qui expliquerait le succès plus grand des injections au début, et la réussite plus difficile à mesure que le germe, se développant, a poussé, pour ainsi dire, de plus profondes racines. Je ne suis pas plus avancé aujourd'hui, et il ne m'est pas permis de saisir l'ombre de la prétendue infection syphilitique dans la blennorrhagie autrement qu'au travers de cette supposition, à laquelle je n'attache pas plus d'importance que n'en comporte le titre auquel je l'ai donnée ; car enfin c'est ici une question de faits ; je ne puis admettre les blennorrhagies syphilitiques, puisque je n'ai pu en découvrir après quatorze ans de recherches, et sur un champ très-étendu. Toutefois, je ne vois point là une raison absolue de nier leur existence à ceux qui croient l'avoir constatée, et qui regardent les mercuriaux comme nécessaires pour guérir les écoulements de cette nature. Mais cette opinion n'exclut point les injections caustiques ; bien au contraire, elle doit tenir plus que toute autre au traitement abortif, car ses partisans posent en principe que faire avorter la blennorrhagie et prévenir la suppuration est le meilleur moyen de s'opposer au développement de l'infection syphilitique, quand son point de départ est dans la muqueuse de l'urètre.

Il me reste à présenter le résumé général des vérifications faites par les praticiens placés dans le vaste champ d'observation des établissements spéciaux. Je rappelle les propositions dans lesquelles j'ai énoncé les propriétés des injections caustiques.

1° Innocuité des injections avec l'azotate d'argent à haute dose dans l'urètre.

2° Efficacité du traitement basé sur ces injections au début de la blennorrhagie et dans l'état chronique.

3° Efficacité plus variable et en général moins certaine après le développement de la maladie, c'est-à-dire guérison plus longue à obtenir.

Je reprends.

1° *Innocuité.* L'accord unanime avec lequel les praticiens se sont élevés contre les fameuses conclusions de Bordeaux me dispense d'insister sur ce point. L'innocuité, première condition à exiger de tout médicament héroïque, est donc un caractère établi et consacré des injections caustiques.

2° *Efficacité au début et à l'état chronique.* Ces deux points sont concédés unanimement par tous les praticiens qui ont publié des résultats cliniques étendus : MM. Serre (de Montpellier), Bourguet (d'Aix), Jacquot, de l'hôpital de Charonne, Diday (de Lyon), Mayer (de Besançon), etc. L'expression textuelle de l'opinion de ces médecins sera donnée plus loin.

3° *Efficacité dans la période moyenne, et action de l'azotate d'argent sur les symptômes aigus de l'inflammation.* Ici éclate la dissidence et des praticiens à moi et des praticiens entre eux. Mais d'abord cette dissidence n'est point générale ; ensuite, là où il y a dissidence il n'y a point dissidence complète, il n'y a point opposition : cette dissidence porte quelquefois sur l'opportunité des injections caustiques à certaines formes de cette période, quelquefois sur leur valeur curative absolue lorsque le traitement est restreint à leur emploi, rarement sur leur efficacité comme moyen modificateur.

— MM. Serre, Mayer, Foucart font une réserve pour les cas d'inflammation aiguë, les deux derniers appuyés seulement sur des considérations théoriques et non point sur l'expérience. Ils croient devoir alors débuter par des évacuations sanguines. MM. Leriche, Diday et Bourguet ne les emploient point, et les deux premiers les regardent même comme défavorables à l'issue du traitement. — M. Leriche administre les injections d'azotate d'argent à haute dose dans la période la plus aiguë de la phlegmasie blennorrhagique (1). — M. Diday a observé sur la plupart de ses malades qu'après chaque injection les symptômes inflammatoires baissent sensiblement (2).

— MM. Cazalis, Bourguet, Foucart, ont remarqué que la modification opérée par les injections caustiques dans la blennorrhagie la disposait à céder plus promptement ensuite à l'action du cubèbe ou du copahu.

— « Ce serait encore, dit M. Serre, un vrai service que rendraient les injections avec l'azotate d'argent si, lorsqu'elles ne guérissent pas les blennorrhagies, elles en abrégeaient la durée en préparant la muqueuse urétrale à mieux ressentir les effets des autres remèdes (3). »

— « Il est en général indispensable, dit M. Bourguet, d'associer aux in-

(1) Observations cliniques, etc. — Lyon, 1843.

(2) Gazette Médicale, t. XIII, n° 44. Lettre a M. Debenet sur la valeur clinique du traitement de la blennorrhagie a sa période moyenne par les injections avec le nitrate d'argent a haute dose, page 696.

(3) Gazette Médicale, mémoire cité.

Notre honorable président a bien voulu recommander à M. le ministre de la guerre, au nom de l'Association des médecins de Paris, la veuve d'un ancien chirurgien de l'armée qui, grâce à cette démarche, a obtenu une subvention.

C'est aussi par l'intervention de M. le président, d'après le vœu exprimé par l'Association, que le fils d'un médecin honorable des départements, enlevé jeune encore à sa famille, a été placé dans un collége royal en qualité d'élève du gouvernement.

La commission générale, en appliquant sagement les dispositions qui vous régissent, a donc aussi répondu dignement à vos intentions.

La situation de nos finances s'améliore de plus en plus : notre capital social, placé en rentes 5 p. 0/0 sur l'État, nous donne aujourd'hui un revenu annuel d'environ 3,000 fr. La modification apportée à l'article 21 de vos statuts contribuera à l'accroissement progressif de ce capital, et nous avons l'espoir fondé que dans quelques années, grâce à la gestion si bien entendue de M. le trésorier, grâce aussi au concours unanime de nos sociétaires, nos ressources répondront à nos besoins.

Le tableau que nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux, dressé par les soins de M. le docteur Vosseur, vous expose la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1845.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1845.

RECETTES.	F. C.	DÉPENSES, EMPLOI.	F. C.	BALANCE.	F. C.
Le 1er janvier 1845, en caisse	669 00	Secours sur le sixième des cotisations	840 00	Recettes	11,144 00
Cotisations	5,496 00	Sommes allouées à quatre sociétaires et à trois veuves de sociétaires	4,200 00	Dépenses et emploi	10,978 00
Dons et admissions	2,194 00	Dépenses de gestion, imprimés, etc.	722 40	Reste	166 00
Rentes, deux semestres	2,785 00	Achat de 220 fr. de rentes	5,215 60	Le 1er janvier 1846, il reste en caisse	166 00
Total	11,144 00	Total	10,978 00		

L'Association possède aujourd'hui une rente sur l'État de 2,930 fr.

Si vous comparez, messieurs, le tableau de la caisse de 1845 avec celui de l'année 1844, vous noterez une différence très-grande dans les recettes de 1844 et celles de l'année qui vient de s'écouler. En 1844, le total des recettes était de 9,495 fr. ; en 1845, il s'est élevé à 11,144 fr. Différence en faveur de l'année 1845, 1,649 fr.

jections de nitrate d'argent à haute dose les injections astringentes, et *parfois aussi* les balsamiques à l'intérieur. On peut les essayer dans toutes les périodes de la blennorrhagie; mais on a moins de chances de réussite lorsque celle-ci date de deux ou trois jours et présente déjà des symptômes inflammatoires, que lorsqu'on les fait au début ou à une époque beaucoup plus éloignée (1). » — A part les balsamiques à l'intérieur, auxquels encore M. Bourguet n'a recours que quelquefois, il est impossible de se rapprocher davantage de l'appréciation que j'ai donnée.

Il est à propos de rappeler ici ce que j'ai fait remarquer déjà, à savoir: que les auteurs qui ont trouvé la méthode des injections caustiques insuffisante entendaient parler des injections seules, et qu'ils ne proposaient autre chose que l'adjonction des astringents et des balsamiques. M. Diday, dans la lettre qu'il m'a écrite dans la GAZETTE MÉDICALE pour établir ce point de dissidence, n'arrive pas à une autre conclusion. Or les injections astringentes font partie de la méthode telle que je l'ai formulée primitivement. Quant au cubèbe et au copahu, qu'un certain nombre de praticiens ont trouvé opportun, nécessaire même, dans une partie des cas, d'associer aux injections caustiques, je n'ai point encore éprouvé le besoin d'y revenir. Si même opportunité, même nécessité se rencontrait dans ma pratique, je n'hésiterais pas à les employer; car je suis persuadé, avec les observateurs cités plus haut, que l'action des balsamiques doit être plus efficace et plus prompte lorsqu'elle a été préparée par celle de l'azotate d'argent.

Il est donc démontré d'une manière incontestable que parmi les praticiens qui ont été présentés comme adversaires aucun ne rejette les injections caustiques dans la période moyenne. Quelques-uns croient devoir les ajourner pendant la durée de l'état inflammatoire aigu où d'autres se trouvent bien de les employer : tous enfin admettent la modification qu'elles produisent dans la vitalité de la muqueuse de l'urètre comme la base fondamentale du traitement de la blennorrhagie.

Reste une différence sur le degré et l'étendue de l'efficacité curative que possède la nouvelle médication. En effet, la plupart des médecins qui ont adopté d'après leurs expériences la méthode des injections caustiques, en comparant leurs résultats avec mes assertions, ont trouvé, chacun de son côté, à un point de vue et pour des motifs différents, que j'avais exagéré son efficacité. Or, il est exact de dire, et facile d'établir que chacune de mes propositions a été confirmée séparément.

« Il résulte de la statistique de MM. Jacquot et Lafond, dans les hôpitaux militaires de la rue de Charonne et du Gros-Caillou, que le traitement abortif a presque constamment réussi quand la maladie ne datait pas de plus de trois jours (2). » Je cite textuellement.

— « Si M. Debeney n'avait parlé que du traitement abortif de la blennorrhagie, dit M. Serre, tout le monde eût été à peu près d'accord avec lui (3). »

— M. Foucard, dans les cas d'écoulement sans signes aigus, auxquels il restreint l'emploi des injections caustiques, trouve que la guérison est la règle, la non-guérison l'exception (4).

— M. Mayer exprime ainsi les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital Saint-Louis de Besançon, dans le traitement des blennorrhagies simples datant d'un mois à un an : « Dès le lendemain de l'injection caustique, diminution de l'écoulement; deux ou trois jours suffisent pour la guérison, et s'il reste un suintement, les astringents les plus faibles le tarissent (1). »

— M. Cazalis (seize observations). Dans dix cas les injections caustiques suffirent; dans les six autres, quelques injections astringentes durent être employées pour achever la guérison (compte rendu de la GAZETTE DES HÔPITAUX) (2).

J'ai déjà cité MM. Leriche et Diday pour l'action exercée par l'injection caustique sur les signes aigus de l'inflammation.

— Enfin M. Marchessaux (du Havre), praticien justement considéré, donnant une adhésion plus entière, écrivait à la GAZETTE DES HÔPITAUX, lors de la polémique dont ce journal a été l'organe au commencement de l'année 1845, que sur un nombre de plus de cent cas observés dans sa pratique, il avait obtenu des résultats analogues à ceux que j'avais présentés (3).

Maintenant il faut encore retrancher de la différence en question ce qui tient à l'erreur signalée ci-dessus, et qui consiste à considérer la méthode comme bornée aux injections caustiques. Tel médecin qui a dû avoir recours aux injections astringentes pour terminer dans bien des cas l'œuvre de l'azotate d'argent, a dû trouver aussi que ce dernier n'avait pas toute l'efficacité qu'il supposait, bien à tort, lui avoir été donnée dans mon exposé, et par conséquent proclamer une différence.

L'ensemble de mes propositions a donc trouvé une confirmation pleine et entière dans les résultats isolés des pratiques diverses.

On a vu par les détails dans lesquels je suis entré sur le procédé d'exécution, de combien de soins et de précautions je me suis entouré; ces soins et ces précautions, indispensables au succès de l'opération, n'ont sans doute pas été toujours réunis.

Ainsi réduites et justement appréciées, les différences énoncées n'offrent plus rien que de normal. Les variétés dans les résultats des expériences sont une chose inhérente à l'expérimentation thérapeutique. Ces variétés trouvent leur raison suffisante dans les conditions diverses où se sont trouvés placés les expérimentateurs, et dans la manière dont l'expérimentation a été faite.

En résumé, les vérifications que l'on a fait subir à la méthode des injections caustiques aboutissent, dans l'ensemble de leurs résultats, aux conclusions suivantes :

Le traitement basé sur les injections d'azotate d'argent à haute dose a pour effet : — au début de la blennorrhagie, de la faire avorter; — après son développement, d'abréger notablement sa durée; — enfin, il présente le moyen le plus efficace de mettre un terme au travail tenace et rebelle de la blennorrhagie chronique.

Ces conclusions sont conformes à mes propositions premières. La méthode des injections caustiques a donc reçu de la pratique générale une sanction définitive.

Si la blennorrhagie, de l'aveu de tous, est une maladie difficile à guérir, si c'est une des affections dont les suites engendrent les plus graves lésions de l'urètre, on conviendra que la nouvelle médication, en prévenant son

(1) CLINIQUE DE MARSEILLE, mars 1845.
(2) BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, 1845.
(3) GAZETTE MÉDICALE, article cité.
(4) GAZETTE DES HÔPITAUX, 30 janvier 1845.

(1) GAZETTE DES HÔPITAUX, 8 mai 1845.
(2) Ibid.
(3) GAZETTE DES HÔPITAUX, 11 février 1845.

Vous remarquerez aussi que les sommes qui ont été accordées aux membres de l'Association ont été de 5,040 fr., chiffre un peu inférieur, mais à peu près égal à celui des sommes allouées en 1844. Cependant vos rentes qui, en 1844, ne s'étaient accrues que de l'achat de 125 fr. de rente, se sont, en 1845, augmentées de l'achat de 220 fr. de rente 5 p. 0/0; ce qui porte aujourd'hui les rentes de l'Association à la somme de 2,930 fr.

Cet état prospère, cette amélioration croissante, vous le devez, messieurs, à la sage prévoyance qui vous a fait adopter la proposition qui vous était faite de porter à 20 fr. la cotisation annuelle des membres nouveaux.

Vous avez laissé à la générosité toute volontaire de vos anciens sociétaires le soin d'augmenter eux-mêmes leur cotisation annuelle. Votre appel a été entendu, et aujourd'hui, au lieu de 36 membres à 20 fr., vous en avez 108, et cependant cette nouvelle modification date à peine d'un an.

Espérons, messieurs, qu'un grand nombre d'autres de vos anciens sociétaires, connaissant cette nouvelle modification, s'empresseront d'imiter le généreux exemple qui leur a été donné, et de porter eux-mêmes volontairement leur cotisation annuelle à 20 fr.

Nous ne craignons pas de faire appel à leur générosité, et nous sommes sûrs que nos paroles trouveront de l'écho et de la sympathie dans leurs cœurs.

Dans quelques années cette légère libéralité aura créé un fonds de réserve de 6 à 7,000 fr. qui viendra, chaque année, s'ajouter à votre capital social; ainsi, comme nous avions l'honneur de vous le dire l'année dernière, « en adoptant cette proposition, vous donnerez à vos libéralités en même temps qu'à vos ressources une plus grande extension. »

Le nombre de vos sociétaires s'accroît chaque année; mais remarquez, messieurs, que nos pertes rendent cet accroissement moins sensible. Nous avons encore à vous annoncer la perte de huit sociétaires.

Le vénérable Ribes, médecin en chef des Invalides, une des gloires de la médecine militaire, cet homme de bien uni à Larrey par l'amitié comme il devait l'être par la conformité de leurs principes, à Larrey que nous avons aussi perdu il y a quelques années, mais qui a laissé parmi nous un fils digne de porter cet illustre nom et de soutenir cette grande renommée.

Ollivier (d'Angers) dont la vie si bien employée et si active qu'elle semblait prévoir sa courte durée, Ollivier frappé à 49 ans comme par la foudre, laissant des travaux utiles et des écrits inachevés qui doivent l'être.

Enfin, messieurs, nous avons à regretter les honorables praticiens Sterlin, Piet, Olivier du deuxième arrondissement, Petit du douzième, Fournier, de Montmahou.

Trois sociétaires, MM. Wanner, Grollet et Léon Rattier, ont quitté Paris.

Un sociétaire a été considéré comme démissionnaire par application de l'article 22 de votre règlement.

Votre commission générale a admis, cette année, 22 nouveaux membres, qui sont MM. les docteurs Desormeaux, Moreau, Porre, Vasseur, Chassaignac, Mac-Carthy, Olliffe, Ducos, Béhier, Aublin, Payen, Pinel, Blatin, Lemarchand, Serrurier, Piet, Fournier, Wernicki, Deschamps, Baron fils, Collin de Larbre, Labrunie.

Les comités d'arrondissement nous ont prouvé par leur active surveillance qu'ils avaient compris l'importance de la mission qui leur est confiée chaque

développement, en assurant sa guérison, a rendu un service éminent à la thérapeutique.

Pour mettre dans tout son jour l'importance, qui ne me paraît assez généralement sentie, du traitement abortif de la blennorrhagie, je terminerai cet exposé par quelques considérations générales sur l'influence prophylactique que la méthode des injections caustiques est appelée à exercer sur les affections des organes génito-urinaires.

On n'est jamais sûr de prévenir la chronicité d'une blennorrhagie que l'on a laissée se développer en la traitant suivant l'ancienne méthode (antiphlogistiques, délayants, révulsifs, etc.). On parviendra sans doute à mettre un terme à l'état aigu qui se termine bien de lui-même avec le temps; mais la blennorrhagie devenue chronique peut opposer une résistance opiniâtre et indéfinie, et cela est loin d'être rare, chez les sujets surtout dont le canal a été le siége de plusieurs urétrites. Rien n'est plus fréquent dans le monde que les écoulements leucorrhéens constitués à l'état d'incurabilité: ces écoulements sont le symptôme de la phlogose chronique. Or, par suite de l'union étroite qui lie les deux sections de l'appareil génito-urinaire dans leurs modifications pathologiques, l'inflammation blennorrhagique du canal excréteur, de nature très-expansive, s'étend, d'une part à la vessie, aux uretères et aux reins; d'autre part, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux canaux déférents et aux testicules. La blennorrhagie qui marche à son développement ou qui passe à l'état chronique, est donc grosse des conséquences suivantes :

1° Dans l'urètre; par suite du travail qui s'accomplit dans la membrane muqueuse et dans les tissus sous-jacents, rétrécissements, extension au tissu de la glande prostate: d'où abcès, dégénérescences.

2° Propagation à la section urinaire de l'appareil; d'où cystite, catarrhe vésical, inflammation des uretères, des reins, pyélite blennorrhagique.

3° Extension à la section génitale, aux canaux éjaculateurs : d'où l'origine des pertes séminales involontaires, si bien établie par M. Lallemand; enfin, propagation aux canaux déférents et aux glandes spermatiques, d'où une foule de lésions consécutives de la dernière gravité.

La cautérisation prompte de la membrane muqueuse de l'urètre au début de la blennorrhagie n'est pas indiquée moins impérieusement au point de vue de la thérapeutique générale des affections contagieuses. Faire avorter la phlegmasie à son début est évidemment le meilleur moyen d'étouffer le germe et de prévenir le développement de l'infection, quelle que soit sa nature.

Quant aux partisans du *contagium* syphilitique, qui pensent que guérir la blennorrhagie ce n'est pas guérir toute la maladie que suppose l'impression contagieuse, je leur dirai : D'après votre système, il y a dans la blennorrhagie *virulente* deux choses : affection locale, affection générale. Or l'affection locale, l'inflammation de la membrane muqueuse, doit, de précepte rigoureux, être supprimée de prime abord pour prévenir les conséquences graves que peut produire dans les tissus le travail de la phlegmasie; sauf ensuite à diriger contre l'affection générale, contre l'élément syphilitique, les moyens que commande votre théorie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers de juin, juillet et août contiennent les notices et articles originaux suivants: 1° *Sur les ulcères variqueux, leurs causes et leur traitement basé sur une connaissance plus exacte de leur nature*; par le professeur Wernher. (Article contenant des préceptes excellents, mais connus de tous les praticiens instruits.) 2° *Ponction de la vessie;* par le docteur Krause. (Rétention d'urine causée par des hémorrhoïdes vésicales chez un homme de 63 ans; ponction de la vessie; guérison de la plaie après que les urines eurent repris leur cours naturel.) 3° *Scoliose, suite d'un épanchement pleurétique considérable;* par le docteur Muller. (Chez une fille de 10 ans, affectée d'empyème faisant saillie entre la cinquième et la sixième côte gauche, on fit la thoracentèse qui donna issue à une livre de fluide purulent. La poitrine, examinée quelques mois après, a été trouvée déprimée du côté gauche, le bruit respiratoire nul, l'épaule plus haute, la colonne vertérale déviée et la pointe du cœur au bord droit du sternum.) 4° *Sur la nature du choléra;* par le docteur Eichhorn. (Elle consiste, d'après l'auteur, dans une hypersécrétion du sérum du sang qui alors devient plus épais; les vaisseaux perdent leur force pour le ramener au cœur avec la liberté nécessaire. Pour provoquer la réaction, il place autour du malade des cailloux chauds et applique sur le creux de l'estomac des emplâtres de poivre d'Espagne.) 5° *Remarques touchant l'action de quelques médicaments sur les facultés intellectuelles et affectives;* par le docteur Weber. (Suite.) 6° *Courtes notices recueillies dans un voyage en Suisse et en Italie*; par le docteur Stricker. 7° *Quelques cas d'éclampsie;* par le docteur Albers. (Dans une pratique de vingt ans, l'auteur en a observé 7 cas, dont 5 guérisons et 2 morts; il regarde les saignées générales et locales, suivies d'applications froides sur la tête, comme les moyens les plus efficaces.) 8° *Observations de médecine pratique*; par le docteur Jaffé.

OBSERVATIONS DE MÉDECINE PRATIQUE; par le docteur JAFFÉ (de Hambourg).

EAU DE GOUDRON A L'INTÉRIEUR CONTRE DES DARTRES HÉMORRHOÏDAIRES.

OBS. — Un homme de 38 ans, de constitution grêle, scrofuleux dans sa jeunesse et affecté d'hémorrhoïdes héréditaires, eut autour de l'anus une éruption dartreuse causant des démangeaisons insurmontables qui, existant déjà depuis plusieurs années, empoisonnèrent la vie du malade. Celui-ci avait épuisé toutes les ressources de la matière médicale, il avait eu recours, avec un succès momentané, aux eaux de Helgoland et à l'application de la pommade de goudron; celle-ci en faisant disparaître l'éruption produisit une congestion cérébrale si violente et d'autres accidents tellement graves qu'on a été bien heureux de voir revenir l'éruption. M. Jaffé, consulté en novembre 1843, ne s'est pas laissé effrayer par l'action de la pommade de goudron; il ordonna l'eau de goudron à l'intérieur à la dose de deux verres dans les vingt-quatre heures. Déjà, dès le premier jour, l'urine devint plus abondante et elle resta ainsi jusqu'à la fin du traitement; le

---

année. Nous espérons que le zèle qui les dirige ne se ralentira pas devant ces nombreux et déplorables abus dont la répression se montre si difficile malgré nos efforts persévérants et l'appui que nous trouvons auprès de l'autorité judiciaire.

M. le président a bien voulu porter à la connaissance de l'autorité administrative, au commencement de l'année 1845, le résumé de nos travaux depuis la création de notre institution. En remerciant notre président de sa communication, M. le préfet de la Seine a répondu que le but de l'association des médecins de Paris lui avait paru éminemment utile et avait fixé toute son attention, et qu'il avait vu en même temps avec un vif intérêt les heureux résultats qui avaient déjà été obtenus.

Les départements ont entretenu avec nous des relations plus nombreuses et plus fréquentes que les années précédentes.

L'association médicale de la Sarthe nous envoie chaque année le compte rendu de ses travaux qui prouvent la bonne direction donnée à cette institution. Nous avons aussi reçu les statuts de plusieurs arrondissements de départements associés depuis quelque temps.

Une institution fondée et organisée sur les bases de la nôtre, l'association des médecins du département du Bas-Rhin, nous a adressé le compte rendu de ses travaux et de sa gestion; nous y avons remarqué les justes hommages rendus à notre institution et à nos efforts par M. le professeur Ehrmann, président de l'association des médecins du Bas-Rhin, et par M. le docteur Schaaf, secrétaire général. Ces hommages honorent trop les deux associations pour que les paroles de M. le président et de M. le secrétaire ne trouvent pas place ici. « L'esprit et le but de notre association, a dit M. le professeur Ehrmann, se rapprochent de ce qui existe déjà, soit à Paris, soit dans quelques départements. » L'infatigable activité du doyen de la Faculté de médecine de la capitale a su » imprimer une salutaire impulsion à ces établissements, et la prospérité de » l'association de nos confrères de Paris témoigne du zèle et de la persévérance » qu'ont mis les fondateurs pour arriver au terme de leurs désirs. »

M. le secrétaire a ajouté : « Vous ne l'ignorez pas, messieurs, la première » idée de notre association nous est venue de la capitale; là cette belle et généreuse pensée fut réalisée, il y a douze ans déjà, avec un empressement remarquable, et depuis, ses éclatants succès dans sa double tendance de bienfaisance et de moralisation témoignent de l'utilité et de l'excellence de » semblables institutions. »

Ainsi, messieurs, les départements s'organisent à votre exemple et vous rendent la justice qui vous est due. Bientôt, nous l'espérons, tous les départements auront réclamé votre concours; et qui mieux que votre secrétaire général peut fonder cette espérance, lui à qui vous avez confié l'honneur de recevoir toutes les communications, et le soin d'y répondre, et qui va vous apprendre que dans cette dernière année les départements des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, de l'Ain, de l'Aisne, de la Meurthe, de la Moselle, des Vosges, de la Côte-d'Or, du Puy-de-Dôme, d'Eure-et-Loir, de Seine-et-Oise, lui ont demandé votre règlement et les moyens de le mettre à exécution?

La presse médicale de Paris, qui n'est jamais divisée d'opinion au point de vue des intérêts de l'humanité, se fait un devoir d'encourager tout ce qui tend à rétablir l'unité de la profession, et, nous devons l'en remercier, enregistre

malade recouvra le sommeil. L'éruption qui suintait une matière séro-purulente devint sèche, les fissures se gonflèrent, la sensibilité et le prurit disparurent, et déjà au bout de quatre semaines le malade paraissait complétement débarrassé de son affection.

L'eau de goudron fut portée au bout de huit jours à la dose de deux grands verres à bière. Dans les deux dernières semaines, on fit prendre tous les deux jours un bain sulfureux, et à la fin du traitement on plaça un cautère pour assurer la guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour (il y a six mois). Le malade a repris sa gaieté ; son teint est plus frais que jamais, et l'état général est sous tous les rapports très-satisfaisant.

L'eau de goudron employée dans ce cas, sans autre adjuvant, à la suite d'un grand nombre d'autres remèdes restés infructueux, a été suivie d'une amélioration si manifeste et si prompte qu'il lui faut attribuer évidemment cette guérison; espérons que d'autres observations viendront bientôt confirmer ce premier succès. L'action principale de l'eau de goudron est de provoquer une plus forte sécrétion des reins. M. Jaffé a fait préparer le remède de la manière suivante : une livre de goudron, trois livres d'eau, sont placées dans un vase pendant vingt-quatre heures; au bout de ce temps, on décante l'eau qui surnage et on la filtre. Pour corriger la saveur amère désagréable, on peut y ajouter quelques préparations aromatiques.

Du VALÉRIANATE DE ZINC. — Une fois dans des tics douloureux de la cinquième paire et une autre fois dans les paroxysmes d'une épilepsie ancienne, ce médicament, donné à la dose d'un grain deux à trois fois par jour, paraissait avoir diminué et abrégé les attaques.

SUR L'EMPLOI EXTERNE DU CALOMEL DANS LES MALADIES DES YEUX; par le docteur E. MUNCHMEYER, de Verden.

On sait que Fricke vantait beaucoup l'emploi externe du calomel, non-seulement dans les altérations chroniques de la cornée et dans les conjonctivites les plus invétérées, mais encore dans la plupart des affections inflammatoires de l'œil, et notamment celles de nature catarrhale, rhumatismale ou scrofuleuse. M. Münchmeyer a soumis cette indication à de nouveaux essais, l'employant presque toujours seule, sans adjuvant, ou au moins de manière que son action locale pût être bien constatée. Il a étendu son emploi à toutes les formes morbides qui lui paraissaient pouvoir être favorablement modifiées par son influence, et c'est le résultat de son expérience personnelle qu'il soumet aujourd'hui au public médical.

Le mode d'administration qui lui paraît mériter la préférence est celui recommandé par Fricke. Il consiste à porter sur la conjonctive, au moyen d'un pinceau à miniature préalablement imbibé d'eau, un mélange de parties égales de calomel et de sucre réduits en poudre impalpable. Souvent il emploie la poudre avec excédant de calomel. Le point le plus favorable pour cette application est le repli conjonctival de la paupière inférieure ; cependant il est des cas où il vaut mieux porter le médicament sur un point quelconque du globe oculaire. On devra toujours éviter de toucher avec le pinceau la cornée transparente, à cause de la sensibilité particulière de cette partie. Après l'application du calomel, il convient de clore les paupières pendant dix minutes, de faire exécuter des mouvements à l'œil dans différentes directions, et de faire garder la chambre aux malades pendant un quart d'heure à une demi-heure. « Ce procédé, dit l'auteur, est bien préférable à l'insufflation, laquelle occasionne une irritation trop vive et est à peu près inexécutable dans le cas de photophobie intense ou de spasme des paupières. »

Dans les *ophthalmies idiopathiques*, dites franches, qu'elles soient violentes ou légères, on n'a rien à attendre du calomel tant que le *caractère* de la maladie ne s'est pas modifié. Ces changements de nature surviennent fréquemment, même dans les inflammations traumatiques, sous l'influence de certaines dispositions morbides ou d'autres circonstances. C'est alors que l'auteur a souvent retiré d'excellents effets du calomel. Dans deux cas d'opération de cataracte à travers la sclérotique et un cas de pupille artificielle, on n'avait pu ni prévenir ni arrêter l'inflammation, malgré la médication préparatoire et les soins consécutifs les mieux entendus. La conjonctive, surtout au niveau des plaies, restait rouge, gonflée, douloureuse; il y avait photophobie. Le calomel fit rapidement disparaître ces accidents. Pareils résultats ont été obtenus dans deux cas de kératite, le premier déterminé par une paille de fer, le second par une parcelle de chaux vive appliquée sur le centre de la cornée.

Dans les *ophthalmies catarrhales*, le calomel l'emporte sur tous les autres moyens locaux par la rapidité de son action et la facilité de son emploi. Dans les cas légers d'inflammation catarrhale aiguë, on peut commencer de suite par le calomel et se borner à son emploi pendant toute la durée de la maladie. La guérison s'obtient généralement du troisième au quatrième jour, sans que pour cela les malades soient obligés de rester chez eux. Si l'inflammation catarrhale est plus vive il convient, d'écarter d'abord la congestion trop active par les moyens appropriés. Le calomel agira d'autant plus efficacement que l'inflammation se rapprochera davantage de la forme chronique. La guérison lui a paru plus longue et plus difficile à obtenir quand la maladie prenait la forme blennorrhoïque; il a toujours fallu seconder l'action du calomel par les purgatifs et les révulsifs sur la peau. Quelquefois il s'est vu dans la nécessité de laisser, dans le principe de la maladie, un intervalle de deux à trois jours entre chaque application de calomel, à cause de l'irritation que produisait ce médicament. — Le siége de l'inflammation catarrhale semble exercer une influence sur l'action du calomel; il agit très-rapidement et favorablement dans la conjonctivite catarrhale. Dans la blépharite catarrhale glanduleuse, il n'agit qu'au commencement, et agit d'autant mieux que la conjonctive est moins atteinte. — Dans les cas chroniques de cette espèce, il agit moins que les autres moyens usités. Il paraît très-efficace dans la cantite catarrhale, en modifiant rapidement la nature âcre de l'écoulement et la rougeur foncée de la partie excoriée. L'auteur dit en avoir vu guérir plusieurs cas assez graves après trois à quatre applications. Il a vu ce moyen réussir dans un cas d'inflammation catarrhale du sac lacrymal, datant de quatre semaines. Au bout de quinze jours d'application de calomel dans l'angle interne de l'œil, vers les points lacrymaux, la guérison était complète.

Les *ophthalmies rhumatismales* exigent plus de précautions dans l'emploi de ce moyen. Dans les cas aigus, intenses, il exerce une irritation trop vive; mais quand la marche est plus lente, on l'emploie avec avantage aussitôt que la rougeur devient plus foncée, que la cornée, l'iris et la membrane de Descemet se troublent et que la vision diminue. On remarque alors qu'aussitôt que la conjonctive reprend son aspect normal, les membranes situées plus profondément se modifient dans la même proportion. Cependant les exsudations considérables occupant la pupille résistent aussi bien au calomel qu'à tous les autres moyens. S'il survient un abcès dans la cornée, le calomel rend les mêmes services que dans les inflammations accidentelles de cette membrane.

C'est dans les ophthalmies scrofuleuses que le calomel donne les plus

---

avec soin, chaque année, les faits qui se rapportent à l'Association des médecins de Paris, rendant ainsi un juste hommage à l'importance de cette institution.

C'est la presse médicale qui va porter au loin nos actes, et voilà qu'au delà des mers, dans nos colonies, à la Guadeloupe, les médecins de la Pointe-à-Pitre, menacés et frappés dans leur indépendance, réduits à l'impuissance de l'isolement, presque sans défense contre des prétentions plus ou moins arbitraires, s'émeuvent à la pensée de leurs frères de France, et, se plaçant sous la protection de l'Association des médecins de Paris, s'adressent à vous dans ces termes si nobles et tout à la fois si touchants, que je ne voudrais pas en retrancher un seul :

« Sentinelles avancées, quand loin de la patrie nous nous portons à la défense » de nos prérogatives les plus sacrées, nous aimons à croire que votre appui ne » nous faillira pas, et que vous nous aiderez à sortir victorieux d'une lutte où » sont mis en péril les intérêts de l'humanité, la dignité de l'art et l'inviolabi- » lité de la profession. »

Vous avez répondu à cet appel. Ces sentiments élevés qui sont les vôtres, messieurs, vous les avez accueillis unanimement, et vous avez remis cette noble cause dans des mains dignes de la défendre; vous l'avez confiée à un homme de bien, toujours animé pour vous d'un zèle que rien n'égale, si ce n'est le dévouement le plus désintéressé. Votre conseil judiciaire, Me Boullanger, qui comprend si bien vos droits et vos prérogatives, et qui vous l'a prouvé, a développé et soutenu avec un talent remarquable, dans une savante consultation, le principe de l'inviolabilité du secret, principe si en harmonie avec les inspirations de votre conscience et le sentiment de vos devoirs.

Une autre lumière du barreau, Me Paul Fabre, avocat à la cour de cassation, en défendant nos confrères des colonies, a plaidé la cause du corps médical avec un talent auquel nous aimons à rendre hommage.

Permettez-nous, messieurs, de vous citer ces belles paroles de M. l'avocat général Quesnault : « Il faut se garder de violenter la conscience des témoins; » le domaine de la conscience est celui de la liberté morale. L'intérêt public, » l'intérêt de l'humanité exigent que toutes les conditions nécessaires à la li- » berté, à la sûreté, à l'efficacité de l'art de guérir soient respectées. »

Si malgré tant d'efforts le succès n'a pas été complet; si l'un des médecins de la Pointe-à-Pitre a dû souffrir de l'interprétation de la cour, tel qu'il est, cependant, l'arrêt de la cour suprême n'en consacre pas moins les droits et les prérogatives du corps médical.

Tout récemment, messieurs, dans une grande manifestation non moins remarquable par l'imposante adhésion qu'elle a obtenue que par la prodigieuse rapidité de ses travaux, et qui restera un fait considérable par son objet lui-même, nous avons donné des preuves de la sympathie qu'éveilleront toujours en nous les intérêts de la société et les besoins du corps médical.

Grâce au principe de l'association, ces besoins, messieurs, expression d'un vœu général, ont été compris. Une promesse solennelle nous fait espérer qu'enfin cette loi sur l'organisation de la médecine, si impatiemment attendue, va être présentée aux pouvoirs de l'État.

Il est aussi, messieurs, un de vos vœux les plus ardents, dont nous voudrions avoir à vous annoncer aujourd'hui la réalisation: nous n'avons encore à vous apporter que des espérances; ces espérances, disons-le, s'appuient sur les

brillants résultats. On arrive très-rapidement à faire disparaître la trop vive sensibilité de l'œil et la photophobie, ce qui permet d'exposer le malade à l'air et au soleil, conditions importantes dans le traitement de l'affection scrofuleuse. — Les ophthalmies scrofuleuses peu intenses peuvent être traitées dès l'abord par le calomel; dans les cas intenses, il convient d'écarter d'abord les symptômes trop aigus. Dans ces cas, il arrive souvent qu'après la première ou même la deuxième semaine on n'a pas encore obtenu de résultat favorable, ce qui ne doit pas décourager le praticien; avec de la persévérance on arrive au but, et l'on voit souvent disparaître entièrement et sans traces des ulcères, des phlyctènes ou des exsudations de la cornée.

Les *ophthalmies blennorrhagiques* mêmes, malgré leur marche essentiellement aiguë et rapide, présentent néanmoins assez souvent une tendance à prendre un caractère inflammatoire passif et torpide. C'est à ce moment que le calomel peut rendre des services; mais il convient surtout quand la conjonctive subit des modifications, depuis la formation des papilles muqueuses jusqu'au développement des phlyctènes, des ulcères de la cornée, du pannus, etc. Bien entendu qu'il y faut recourir plus fréquemment que dans les cas ordinaires, et répéter les applications trois ou quatre fois par jour.

III. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE,

Publié par BUSCH, DE RITGEN et DE SIEBOLD.

Les deux premiers cahiers du dix-huitième volume contiennent : 1° *Sur l'accouchement forcé, la délivrance et les hémorrhagies*; par le professeur Stein. (Critique d'un ouvrage de M. Ulsamer sur la délivrance.) 2° *Opération césarienne faite dans un cas d'étroitesse du bassin, suite d'ostéomalacie;* par le professeur de Siebold. (La mère et l'enfant ont succombé. C'est la septième opération césarienne qui a été pratiquée jusqu'aujourd'hui dans la clinique d'accouchement de Gœttingue, sans qu'on ait pu sauver la mère ou l'enfant.) 3° *Sur l'âge de la puberté chez les femmes des Esquimaux;* par M. John Roberton. (Voy. GAZ. MÉD., p. 654, 1845.) 4° *Sur l'ovariotomie;* par M. Churchill. (Voy. GAZ. MÉD., p. 692, 1844.) 5° *Dans quel cas seulement la position coccygienne devient-elle mortelle pour la mère et l'enfant?* par le professeur Stein. (Principalement lorsqu'on intervient dans le travail de la nature.) 6° *Sur les céphalomatomes des enfants mort-nés, sous le rapport des accouchements et de la médecine légale;* par le docteur Hüter. 7° *Observations et remarques pratiques;* par le docteur Bodenstal. (Entre autres faits, l'auteur rapporte l'extirpation totale d'un utérus cancéreux : la malade est morte peu après l'opération.) 8° *Sur l'éclampsie;* par le docteur Plasse. (Trois observations dont deux guérisons. Il recommande principalement les saignées, les applications froides sur la tête, l'esprit de corne de cerf, les sinapismes et l'évacuation de l'utérus.) 9° *Extraits des papiers de feu le docteur Schenk;* par le docteur Winckel. (Ce sont des cas d'adhérences de placentas et d'hémorrhagies utérines comme on en observe très-fréquemment. Faute de seringue, M. Schenk a introduit une fois des glaçons de gouttière dans les parties génitales.) 10° *Remarques sur la préférence à donner au tampon ou à l'incision de l'utérus dans les hémorrhagies causées par l'insertion du placenta sur l'orifice;* par le docteur Schreiber. (Critique d'un article inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, 25 janvier 1845, où Ciniselli défend le tampon et Bellini l'incision du col de l'utérus.) 11° *Sur les accouchements tardifs et les monstruosités;* par le docteur Braun.

LES CÉPHALÉMATOMES CHEZ LE FOETUS MORT, AUX POINTS DE VUE DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE; par le docteur HUTER (directeur de la maison d'accouchement de Marbourg).

L'auteur rapporte sept observations de tumeurs sanguines de la tête sur des fœtus morts plus ou moins longtemps avant la naissance. Chez la plupart, la putréfaction était déjà manifeste. L'épanchement, chez les trois premiers, siégeait entre le péricrâne et les os; chez les quatre autres, il était situé en dehors du péricrâne. Ces derniers s'étaient *tous présentés par le siége*, les trois premiers par la tête; chez aucun le passage n'avait été assez difficile pour avoir pu déterminer la formation de ces tumeurs.

Ces observations peuvent jeter quelque jour sur les questions suivantes : 1° un enfant mort étant donné, savoir s'il vivait au moment de la parturition; 2° dans quelle position s'est-il présenté? car on a eu recours à ces tumeurs chez les sujets vivants pour déterminer la position de la tête lors du passage.

Pour ce qui est de la distinction entre une tumeur à la tête chez un fœtus mort et celle développée chez un fœtus vivant, voici ce que l'expérience a appris à l'auteur. Il peut y avoir du sang dans ces tumeurs chez le fœtus mort comme chez le fœtus vivant; et quant à des signes certains propres à faire connaître si le fœtus vivait ou non au moment de la parturition, il n'y en a pas dans l'état actuel de la science. Il en est de même de la distinction, par le moyen de ces tumeurs, entre un fœtus mort avant ou un fœtus mort pendant l'accouchement; la question reste même douteuse pour les sujets morts après la naissance.

On admet presque partout qu'il ne se forme point, pendant le travail, de tumeurs à la tête chez les fœtus morts antérieurement. Siebold, Vogel, Busch et beaucoup d'autres ont accrédité cette opinion, qui est généralement vraie, mais qui, comme on voit, a aussi des exceptions, déjà signalées d'ailleurs par Hesselbach, Mende, Siebenhaar, Haller, etc.

On ne peut non plus induire des cas rapportés par M. Hüter, que la présence de ces tumeurs soit un indice de présentation céphalique.

On voit qu'il faudrait, pour tirer quelque induction valable de ces sortes de lésions, en connaître la véritable origine et le mécanisme de formation : la science manque encore de données précises à cet égard.

SUR L'ÉCLAMPSIE DURANT LA GROSSESSE, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT; par le docteur F. PLASSE, à Einbeck.

L'auteur rapporte trois cas : le premier suivi de guérison pour la mère et de mort pour l'enfant, le deuxième funeste à la mère et à l'enfant, le troisième suivi de guérison pour les deux.

ÉCLAMPSIE PENDANT LA DEUXIÈME GROSSESSE CHEZ UNE FEMME DE 35 ANS; PONCTION DES MEMBRANES; GUÉRISON DE LA MÈRE.

OBS. I. — Madame D..., taille moyenne, constitution délicate, n'a été réglée qu'à l'âge de 20 ans, et l'a été régulièrement jusqu'à 32 ans. A 29 ans, elle a été prise, apparemment à la suite de refroidissement, d'un mal de tête rhumatismal qui revenait à des intervalles irréguliers et durait quelquefois des semaines et même des mois entiers, principalement en hiver. Cet état a persisté pendant deux années; puis, complétement rétablie, elle se maria et accoucha heureuse-

---

bienveillantes dispositions des diverses administrations auprès desquelles notre honorable président a bien voulu faire des démarches, en nous adjoignant à lui.

Alors que les services rendus par le corps médical ne sont plus contestés, et que naguère ils étaient publiquement reconnus et consacrés par une puissante approbation, nous avons pensé que notre grande Association, qui représente le corps médical de Paris, devait faire valoir les siens, et pouvait, par leur nature, prétendre aux droits des sociétés d'*utilité publique*. Nous avons donc mis sous les yeux du gouvernement les résultats des travaux de l'Association depuis sa fondation, et, répondant à vos désirs unanimes, nous nous sommes présentés avec confiance, avec espoir, à la sanction du roi.

Si, contre notre légitime attente, nos vœux n'étaient pas satisfaits, nous penserions que de graves préoccupations d'intérêts d'un autre ordre auraient pu seules nous empêcher d'être compris, et nous ne verrions en cela qu'un ajournement.

Redoublant d'efforts, loin de nous décourager, nous trouverions dans le concours persistant de nos honorables sociétaires des éléments d'avenir et de durée pour notre belle institution, et nous saurions apporter d'autant plus de zèle et de persévérance que nous demeurons convaincus qu'elle est désormais assise sur des bases solides, et qu'elle reste incontestablement une œuvre d'*utilité publique.*

NOTA. L'impression et la distribution de ce compte rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

Dans cette séance ont été réélus : M. Orfila, président; MM. Fouquier et Adelon, vice-présidents.

La commission générale est composée, pour l'année 1846, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er ARROND.	MM.	Izarié, Martinet, Foissac, Canuet.
2e	—	Marotte, Devilliers fils, Soulaas, Foureau de Beauregard.
3e	—	Parmentier, Janin, Ducos, Toirac.
4e	—	Léger, Langlois-Longueville, Godart, Tessereau.
5e	—	Lebreton, Labarraque, Serré, Pertus.
6e	—	Gaide, Lozes, Ledeschault, Paguégny.
7e	—	Lembert, Huron, Trèves, Vasseur.
8e	—	Belhomme, Bouillet, Augouard, Maurue.
9e	—	Chailly, Boullard, Deville, Aubrun.
10e	—	Robert, Simond, Giraldès, Poyer.
11e	—	Bayle, Salacroux, Tardieu, Reynier,
12e	—	Baillarger, Rousset, Ménière, Devilliers père.

ment d'une fille qu'elle nourrit elle-même. Devenue enceinte une seconde fois, elle fut prise, vers le sixième mois, de convulsions dont l'auteur trace le tableau suivant :

L'aspect de la malade était effrayant; les yeux fixes, ouverts, la pupille dilatée, la vision abolie; scotomie; la langue pincée entre les dents; le tiers antérieur de l'organe, complétement détaché à gauche, fournissait une abondante hémorrhagie; les jambes et les pieds agités sans cesse de mouvements convulsifs, ainsi que l'abdomen. Au bout d'une heure, la tête et une épaule sont également prises de secousses convulsives incessantes; une écume sanguinolente s'échappait de la bouche; écoulement involontaire des urines, des matières et des gaz intestinaux; pouls petit, déprimé. Ces attaques, d'une demi-heure de durée environ, faisaient place à un coma profond pour reprendre peu après.

On commença par dégager la langue, en écartant les dents avec une spatule en bois et en plaçant un bouchon de bois entre les arcades dentaires; sinapismes sur les bras et les jambes; saignée au bras; lavements purgatifs avec un peu d'extrait de belladone. A l'intérieur, mixture huileuse avec acétate d'ammoniaque, teinture de musc et de castoréum, et nitrate de potasse, qu'on instillait dans l'intervalle des paroxysmes. L'utérus, exploré dans l'intervalle, présentait l'effacement du col, sans dilatation de son orifice; le pouls devint plus plein et plus régulier. Au bout de dix-sept heures, l'intensité des convulsions ayant diminué, on fit, au moyen d'une forte aiguille à coudre, montée sur un manche en bois et introduite à travers une sonde forée à son extrémité, une simple piqûre dans les membranes (le col s'était très-légèrement dilaté). La ponction donna issue à une assez grande quantité de liquide. — Adm. laud. de Sydenham, 5 gouttes dans une émulsion. — On ne fit aucune tentative pour dilater le col. — 24 heures après, accouchement spontané d'un fœtus mort pesant près de 4 livres. — Le lendemain les convulsions continuaient, mais étaient beaucoup moins intenses. La malade avait repris connaissance hors le temps des accès, mais ne pouvait parler à cause du gonflement extrême de la langue. — Fomentations froides sur cet organe; à l'intérieur, émulsions de graines de pavot avec du nitre, avec quelques doses de carbonate d'ammoniaque. Il survint des sueurs copieuses qui soulagèrent la malade. Les lochies coulèrent avec abondance; la sécrétion du lait, au contraire, se montra très-minime. Quelques jours après, la gangrène s'étant mise au lambeau détaché de la langue, on en fit l'ablation. — Rétablissement complet. — La même femme est accouchée depuis d'un troisième enfant, sans éprouver aucun accident.

Ce fait intéressant vient à l'appui de l'opinion que nous avons soutenue (V. Gaz. Méd., 1845, p. 312, 313) contrairement aux idées émises par M. Léva, en montrant qu'il est des cas où l'accouchement forcé est l'unique chance de salut pour la mère.

Les deuxième et troisième observations se rapportant à des cas d'éclampsie au moment de l'accouchement, n'offrent pas le même degré d'intérêt. Sauf la ponction des membranes, le traitement a été le même.

Matériaux pour servir a la théorie des naissances tardives et des anomalies chez le fœtus; par le docteur Braun, de Furth.

L'auteur rapporte deux observations de fœtus mort-nés, mais bien conformés d'ailleurs et dont l'un pesait 11 livres 1/2 et l'autre 9 livres 1/2. Dans les deux cas l'accouchement paraît avoir eu lieu au terme normal, en sorte qu'il serait impossible d'attribuer ce volume considérable à une prolongation de séjour dans l'utérus. Du reste, le travail, quoique long et pénible, s'est chaque fois terminé naturellement.

Les deux observations suivantes sont relatives à des faits intéressants de monstruosités.

Obs. I. — La femme d'un fabricant de bronze accoucha, en juin 1840, d'un fœtus à terme, du sexe féminin, qui avait des pieds-bots, et dont les deux jambes offraient, dans leur partie moyenne, une courbure anguleuse. Par suite de cette courbure, les talons arrivaient presque en contact avec les mollets. On ne remarquait, au sommet de l'angle, aucune trace de plaie ni de cicatrice. Les parties situées au-dessous de l'angle étaient aussi bien nourries que celles situées au-dessus. La tension de la peau, au niveau de la courbe, était très-considérable. Cette difformité n'avait apporté aucun obstacle à l'accouchement.

L'auteur attribue avec raison la difformité à l'action musculaire; mais il pense que la courbure anguleuse s'est produite sous l'influence d'une action lente et continue des muscles. Ici nous ne sommes plus de son avis : une action lente et continue aurait pu donner lieu à une courbure arrondie des os ou tout au plus à une inflexion au niveau de l'insertion des épiphyses sur les diaphyses. Or, ici la courbure est brusque, anguleuse, et s'est opérée dans la partie moyenne de la diaphyse; elle n'a pu se produire que par suite de fracture. Ces fractures par influence directe de l'action musculaire se rencontrent d'ailleurs assez souvent chez les monstres. M. J. Guérin a, dans sa collection, un enfant nouveau-né chez lequel les os des quatre membres, fracturés sous l'influence d'une rétraction musculaire inouïe, sont déjà réunis par un cal solide. Ces fractures s'étaient opérées, sans doute, à une époque où les os n'avaient pas encore atteint un degré suffisant de résistance. Les muscles sont presque entièrement fibreux.

Nous regrettons que l'auteur ne donne pas plus de détails; il eût été sans doute intéressant de connaître l'état du crâne, de la colonne vertébrale, du thorax et de l'abdomen, qui probablement offraient aussi quelques anomalies.

Obs. II. — Fœtus du sexe masculin ayant respiré pendant deux heures. La tête, très-petite, n'est pour ainsi dire constituée que par le frontal et l'occipital; point de fontanelles; les os du crâne sont épais, sans sutures; au milieu du front existe un œil unique, dont l'iris est bleu; les paupières, dépourvues de cils, sont fendues dans le sens longitudinal; point de sourcil; aucune trace du nez. Une vaste poche, située au devant de la région ombilicale, contenait tous les viscères abdominaux. Au-dessus de cette poche se trouvait le cordon ombilical; le scrotum était vide, l'anus imperforé, les deux pieds retournés en dehors (pieds valgus). L'autopsie n'a pu être faite.

Ici même pauvreté de détails. Y avait-il ou non fissure de la colonne vertébrale? y avait-il trace d'une ouverture ayant donné issue à la substance cérébrale, comme cela se remarque dans les cas d'anencéphalie? y avait-il une poche ou hernie cérébrale dans la région de l'occiput ou ailleurs? A-t-on examiné l'enfant pendant qu'il vivait, le mécanisme de ses mouvements respiratoires, celui de ses paupières, etc.?

IV. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Le cahier de décembre contient deux articles originaux :

Quelques remarques sur la toux périodique nocturne des enfants; par le docteur Behrend, à Berlin.

Cette toux peu grave, assez fréquente et d'un caractère particulier, n'a pas encore été décrite dans les ouvrages.

Symptômes. — Cette toux s'observe le plus souvent au printemps et en hiver, mais souvent en automne, le plus rarement en été; elle ne se rencontre peut-être jamais chez des nourrissons, mais chez d'autres enfants de tout âge, plus souvent chez les garçons que chez les filles. Les enfants sans aucune toux, même sans aucun vestige de catarrhe pendant toute la journée, s'endorment tranquillement le soir à l'heure ordinaire; mais après deux ou trois heures de sommeil, ils commencent à s'agiter, à tousser fortement avant de s'éveiller; ils jettent des cris, pleurent, et la toux devient de plus en plus violente, jusqu'à produire quelquefois des vomissements; après une, deux ou trois heures de tourments, les enfants s'endorment de nouveau et passent bien le reste de la nuit. La toux revient à la même heure les nuits suivantes, et dure quelquefois pendant des semaines et des mois; elle finit par diminuer et par disparaître complétement et spontanément; les accès deviennent peu à peu plus courts et se déclarent à des heures plus avancées dans la nuit, en sorte que le sommeil qui précède la toux se prolonge de plus en plus; les enfants sont blêmes, paraissent fatigués et ont les pieds froids vers le soir, jouent, mangent, et au reste se portent bien. La toux nocturne est souvent catarrhale et fréquemment accompagnée de râle muqueux, mais quelquefois elle est sèche, croupale, sifflante; les quintes courtes, isolées, uniformes, se répètent toutes les cinq minutes ou se bornent à une ou deux.

Diagnostic. — Cette toux périodique ne peut être confondue avec le croup qui a des symptômes très-tranchés, ni avec la coqueluche; celle-ci, presque toujours épidémique, s'observe autant le jour que la nuit, et se fait toujours remarquer par une dyspnée particulière. Dans la toux périodique, il n'y a pas de véritable suffocation; les enfants ne sont pas réveillés subitement comme dans les accès d'asthme ou de spasmes de la glotte, mais ils s'éveillent lentement après avoir toussé plusieurs fois pendant le sommeil. Elle ressemble le plus aux catarrhes et aux bronchites, mais se distingue de ces affections par l'absence presque complète des signes physiques, par la périodicité nocturne des accès suivis d'une rémission complète.

Étiologie. — L'auteur regarde cette toux comme une affection des nerfs, peut-être du nerf vague, en s'appuyant principalement sur les symptômes et sur la circonstance qu'elle a paru fréquente après des épidémies de coqueluche, et pendant que des fièvres intermittentes sévissaient contre des adultes; cette dernière remarque a été faite par plusieurs médecins dont l'attention a été portée sur cette toux par M. Behrend.

Le pronostic a toujours été favorable; une fois la toux périodique a été suivie d'une bronchite qui probablement n'était qu'accidentelle; dans un autre cas, il y a eu de fréquentes épistaxis.

Traitement. — La maladie, plutôt pénible qu'inquiétante, ne réclame pas de traitement énergique; de légers purgatifs, la manne avec la teinture de rhubarbe, donnés vers le soir, et une diète convenable, sont à recommander. On peut encore donner à l'enfant, avant de le mettre au lit, 1 à 2 gros d'acétate d'ammoniac dans de l'eau sucrée tiède. Un médecin a eu à se louer de petites doses de sulfate de quinine données vers le soir; un autre, de légères irritations de la peau, principalement de pédiluves, de frictions de la plante des pieds avec des oignons rôtis, et même de l'enveloppement des jambes à la manière de Priessnitz.

DES DANGERS DE L'ADMINISTRATION DE L'OPIUM DANS LES MALADIES DES ENFANTS; par le docteur SOBOTKA, à Vienne.

L'opium est un remède dont il faut se méfier, et qu'il ne faut donner aux enfants que comme moyen extrême; rien n'est si fréquent que les empoisonnements par ce narcotique, même à des doses extrêmement petites; John admet même que le sirop diacode administré aux nourrices puisse porter danger aux nourrissons. Mikisch rapporte un commencement d'empoisonnement chez un enfant d'un an auquel on avait donné quelques cuillerées d'une solution de deux gouttes de laudanum de Sydenham dans deux onces d'eau; Kœchlin vit survenir des convulsions à la suite d'une goutte d'opium, et Meissner observa des symptômes inquiétants après un huitième de goutte. D'après Werdt, un enfant de sept semaines succomba pour avoir reçu une mixture de trois onces contenant quatre gouttes de teinture d'opium. A ces faits pris entre un grand nombre, M. Sobotka en ajoute encore six autres qui lui sont particuliers.

OBS. I. — Le 31 août 1843, l'auteur fut appelé chez un enfant de sept mois auquel on avait donné, pour une diarrhée, une potion composée d'une décoction de salep, 4 onces; teinture d'opium, 3 gouttes; sirop diacode, une demi-once. A peine l'enfant en avait-il reçu quelques cuillerées, qu'il tomba dans un état soporeux et succomba le lendemain.

OBS. II. — Chez un autre enfant affecté de muguet, on prescrivit une décoction de guimauve, 3 onces; teinture d'opium, 2 gouttes; sirop diacode, une demi-once. L'enfant, après avoir pris par cuillerées à café, d'abord toutes les deux heures, la moitié du médicament, et plus tard toutes les heures, présenta tous les symptômes du narcotisme, principalement une paralysie du canal intestinal. On prescrivit une décoction de salep, 2 onces; camphre suspendu dans un mucilage de gomme, 3 grains; sirop de guimauve, une demi-once; à prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures, plus tard toutes les heures. Les symptômes d'empoisonnement disparurent, et le muguet céda à la rhubarbe unie à l'hydrochlorate de magnésie.

OBS. III. — N. P., âgé de 4 mois, affecté de vomissements et de diarrhée, avait reçu la même potion que l'enfant précédent. Trois cuillerées à café, données dans la journée, avaient suffi pour jeter l'enfant dans un état de narcotisme. M. Sobotka, qui fut appelé (le 27 avril 1844), supprima la potion et donna la rhubarbe avec l'hydrochlorate de magnésie, plus tard la cascarille. Guérison.

OBS. IV. — Elisabeth Rabensteiner, âgée de six semaines, a reçu deux à trois cuillerées d'une potion composée d'infusion de digitale, 4 onces; teinture d'opium, 9 gouttes; sirop d'écorce d'orange, 2 gros. Elle tomba dans un état paralytique des sens et des muscles dont on la retira à l'aide du camphre, un demi-grain; mucilage de gomme, 2 onces, toutes les demi-heures une cuillerée à café. La diarrhée céda plus tard à un traitement convenable.

OBS. V. — Madeleine Saxin, âgée de 9 mois, affectée de diarrhée depuis trois semaines, reçut une potion d'ipecacuanha, un demi-grain sur 3 onces d'eau; mucilage de gomme, un demi-gros; sirop diacode, une demi-once; plus tard, on ajouta 2 gouttes de teinture d'opium, une cuillerée à café toutes les heures. Un état de narcotisme s'étant déclaré après la première cuillerée, on donna une infusion de valériane et plus tard la rhubarbe. Guérison.

OBS. VI. — N. S., âgé de 2 à 3 mois, émacié par une diarrhée, reçut une potion contenant trois gouttes de teinture anodine. A l'arrivée de M. Sobotka, il remarqua un état de narcotisme contre lequel il prescrivit du camphre qui réveilla l'enfant momentanément; mais il mourut le lendemain.

Ces exemples de narcotisme par une très-faible dose d'opium ne doivent pas faire rejeter complétement l'opium dans la médecine des enfants; mais quand on croit qu'il est positivement indiqué, on ne doit l'administrer qu'avec la plus grande circonspection. M. Sobotka lui-même l'a souvent prescrit sans accident à la dose d'une goutte dans 2 onces de liquide, une cuillerée à café toutes les heures, ou un sixième de grain de poudre de Dower toutes les deux heures.

Quant à l'action de l'opium, M. Sobotka pense, d'après les cas d'empoisonnement observés sur les enfants et les vieillards, qu'il déprime immédiatement la sensibilité et la motilité sans produire d'abord d'excitation, comme le croient quelques auteurs, et que les meilleurs antidotes contre ce narcotique sont les stimulants diffusibles, à la tête desquels il faut placer le camphre. Les évacuations sanguines, les applications froides sur la tête, les acides, sont plutôt nuisibles qu'utiles, en ce que dans le narcotisme les congestions sanguines sont plutôt passives qu'actives.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER.

M. MILNE EDWARDS fait, à l'occasion du procès-verbal, la réclamation suivante: Dans la dernière séance, j'ai présenté à l'Académie un mémoire de M. Natalis Guillot sur la respiration chez les oiseaux, et j'ai exposé les principaux résultats obtenus par cet anatomiste. A la suite de cette communication, M. Serres a annoncé qu'un de ses disciples, M. Sappey, s'occupait depuis longtemps de recherches sur le même sujet, et que par conséquent, dans le cas où ce dernier viendrait à présenter des faits ou des vues analogues, il ne faudrait pas conclure de cette similitude que M. Sappey aurait emprunté quelque chose au travail de M. Guillot. Mais M. Serres n'a fait connaître aucun résultat obtenu par M. Sappey, et s'est borné à constater l'existence de recherches inédites dont s'occupe ce jeune anatomiste; je n'en ai eu connaissance que par la note que M. Serres a insérée à cette occasion dans les comptes rendus. Afin que l'on ne puisse conclure de l'assertion de M. Serres que M. Guillot eût pu avoir connaissance des travaux de M. Sappey, je dois déclarer que les propositions consignées dans la note de M. Serres ne sont de nature à jeter aucune lumière nouvelle sur la question spéciale dont l'étude a occupé M. Guillot.

APPAREIL DE LA RESPIRATION DANS LES OISEAUX.

M. SAPPEY lit un mémoire sur ce sujet (1). En réduisant, dit-il, à son état le plus simple l'appareil de la respiration dans les trois premières classes d'animaux vertébrés, on peut dire que cet appareil est constitué par un organe creux, essentiellement vasculaire, qui communique par un canal avec l'air extérieur et habite une cavité susceptible de se dilater et de se resserrer tour à tour. L'auteur déduit de cette disposition la théorie du mécanisme de la respiration. Il résume les principaux résultats de ses recherches dans les propositions suivantes:

1° Il n'existe point de plèvres dans les oiseaux. Le poumon, situé dans une loge que circonscrivent en dedans le rachis, en haut et en dehors les côtes et en bas le diaphragme, loin d'être isolé de tout ce qui l'entoure par une membrane séreuse, adhère au contraire de toute part aux parois de la cavité qu'il habite; et nous verrons plus loin combien cette adhérence était nécessaire pour le mécanisme de la dilatation.

2° On trouve dans tous les animaux de cette classe un double diaphragme qui est l'agent principal de la respiration.

Il existe pour l'organe pulmonaire, chez les oiseaux comme chez les mammifères, une cavité contenante; cette cavité se compose dans ces deux classes d'animaux du même élément; dans l'une et dans l'autre, elle s'agrandit au moment de l'inspiration par la contraction du diaphragme et la projection des côtes en dehors: dans toutes donc le diaphragme représente l'agent essentiel de l'ampliation pulmonaire.

3° Les cellules aériennes annexées aux poumons sont au nombre de cinq de chaque côté; chacune d'elles présente un orifice par lequel elle communique avec le poumon, et un appareil musculaire chargé de la comprimer.

4° Ces cellules contiennent exclusivement de l'air atmosphérique; elles communiquent avec quelques os, mais elles ne se prolongent ni dans la poitrine, ni dans les muscles, ni dans le tissu cellulaire, ni dans les plumes.

5° Pendant l'inspiration, l'air qui pénètre dans le poumon provient soit de l'atmosphère par la trachée, soit de cellules par les orifices qui la font communiquer avec l'organe respiratoire; dans l'expiration, cet air reflue par la trachée au dehors et par ces mêmes orifices dans les cellules, en sorte que ces réservoirs aériens ne contiennent jamais qu'un air expiré.

6° Les plumes renferment de l'air qui y pénètre directement par un orifice elliptique, situé sur sa face inférieure, au point d'union de la partie transparente et la partie opaque qui la constituent. Cet air, comme celui qui circule dans les os, a pour usage principal d'accroître leur résistance sans augmenter leur poids.

M. Sappey conclut en définitive de ces faits, que la formule générale qu'il a énoncée au début est complétement applicable aux oiseaux. Un organe creux, communiquant avec l'air extérieur et habitant une cavité susceptible de se dilater et de se resserrer tour à tour, tel est, au point de vue physiologique, l'appareil respiratoire des oiseaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

Quelques membres réclament, à l'occasion du procès-verbal, contre la manière de voir exprimée dans la précédente séance par M. Fontan. (Voir le compte rendu de la dernière séance.)

M. le président prévient l'Académie qu'elle aura à se former en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport sur l'élection des correspondants nationaux.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit une lettre de M. Leroy d'Étiolles, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

INJECTIONS IODÉES.

M. LEROY D'ÉTIOLLES, par la même occasion, adresse les réflexions suivantes au sujet des injections iodées: Lorsque, dans le débat, les vertus *spécifiques* de l'iode furent mises en doute, et lorsque l'efficacité de la teinture fut rapportée à l'alcool, je m'attendais à entendre citer le travail de Sabatier, inséré dans le numéro 5 des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE. On y trouve, à la trente et unième observation, ce qui suit: « M. Chastanet, chirurgien de l'hô-

(1) C'est le travail auquel M. Milne Edwards vient de faire allusion, et dont les conclusions ont été insérées dans le dernier numéro des COMPTES RENDUS de l'Académie.

» pital de Lille en Flandre, après avoir vu M. Plauque, premier chirurgien du » même hôpital, injecter avec succès une certaine quantité d'esprit-de-vin *qu'il laissait dans le sac*, a fait usage du même procédé. Il n'en a employé que *trois gros* la première fois : le malade a guéri *sans douleur* et sans accident. » Un autre malade, traité de la même manière, a été guéri en 24 jours. On » pourrait, ce me semble, attribuer la réussite de MM. Plauque et Chastenet *à » ce qu'ils n'ont injecté qu'une fort petite quantité d'esprit-de-vin*; au lieu » qu'on ne sait combien Monro en a employé, et M. Sharp en a injecté une » once entière. »

Il est vrai que Sabatier conclut en faveur des injections vineuses, mais cela ne prouve rien pour ou contre l'efficacité du procédé de Plauque; car, tout en l'approuvant, il ne l'a pas suivi, donnant la préférence à celui de Majault.

PUISSANCE DE LA MÉDECINE.

M. BOUSQUET lit un rapport sur un mémoire en langue étrangère, de M. le docteur Cipriani, ayant pour titre : DE LA PUISSANCE DE LA MÉDECINE ET DES BORNES DE CETTE PUISSANCE. M. le rapporteur saisit cette occasion pour se livrer à des considérations philosophiques d'un grand intérêt sur ce sujet. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire quelques extraits de ce remarquable travail, dont il n'est pas possible de donner une idée par l'analyse.

M. CASTEL : Le rapport de M. Bousquet mériterait une discussion solennelle. J'aurais quelques observations à présenter; mais vu l'heure avancée, je demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

M. ROCHOUX : Je ne vois pas la nécessité de renvoyer; je demande, pour mon compte, à être entendu de suite, je n'ai que quelques mots à dire.

On a besoin, a dit M. Bousquet, de croire à la perfectibilité indéfinie de l'esprit humain. Cette doctrine est très-consolante sans doute, mais elle es de toute fausseté. Pour que l'homme fût perfectible, il faudrait que les éléments dont il se compose fussent susceptibles d'être modifiés, altérés dans leur composition et leurs rapports. Or, ces éléments sont invariables et inaltérables; l'oxygène, l'hydrogène, l'azote, le carbone, etc., qui les constituent, sont et seront toujours ce qu'ils ont été jusqu'à présent. Ce qui est vrai pour les substances élémentaires l'est pour l'homme même. Sa taille et son esprit n'ont pas changé, ils sont aujourd'hui ce qu'ils ont été de tout temps; c'est que les lois de l'organisme humain sont immuables comme toutes les lois de la nature. L'histoire vient elle-même démontrer la fausseté de cette doctrine. Est-ce que les Grecs du siècle de Périclès n'étaient pas aussi civilisés et plus civilisés même que nous? On ne doit rien attendre des progrès de l'homme. (Une voix : La vaccine!) La vaccine, dont nous faisons grand bruit, n'a pas sensiblement changé le chiffre de la mortalité. Aujourd'hui on guérit la syphilis...., mais on était bien plus avancé quand on ne l'avait pas. (Explosion de rires. — Plusieurs voix : Et les chemins de fer, les télégraphes!) On parle des perfectionnements industriels, des chemins de fer, des télégraphes; mais ce sont de ces petits perfectionnements partiels qui ne prouvent pas le moins du monde le perfectionnement de l'esprit humain; ce sont de bien faibles imitations de ce que fait la nature. Qu'est-ce que les dix lieues à l'heure de nos wagons par rapport au mouvement de la terre? On dit : Voyez les animaux, ils ne se perfectionnent pas. Sans doute leur organisation cérébrale est au-dessous de celle de l'homme, mais il n'est pas exact de dire que les animaux ne sont susceptibles d'aucune éducation. On a observé, dans les environs de Manchester, que les oiseaux, qui faisaient autrefois leur nid avec des brins de paille et de chardon, ne se servaient plus que de laine depuis qu'on a établi des filatures dans ce pays. (On rit.)

M. Bousquet a parlé encore du fatalisme comme d'une doctrine qu'il croit devoir être repoussée; je crois au contraire qu'il n'y a rien de mieux établi et de mieux prouvé. Pourquoi la vaccine préserve-t-elle de la variole, si ce n'est en vertu d'une propriété préservatrice fatale?

En résumé, l'esprit humain, à mon avis, n'est pas susceptible de perfectionnement, ou du moins, s'il se perfectionne, ce n'est que dans de très-étroites limites, et il en sera ainsi tant que les molécules organiques dont nous sommes formés conserveront les mêmes rapports et les mêmes qualités.

M. LOUIS n'adopte pas entièrement la manière de voir du rapporteur sur le degré de certitude comparative qu'il a cherché à établir entre la médecine et la chirurgie. Il y a, suivant lui, des maladies internes dont le diagnostic est aussi assuré que celui des tumeurs situées à l'extérieur. Quant à l'efficacité des diverses méthodes curatives, il en faudrait conclure, de ce que des méthodes différentes en apparence conduisent au même résultat, que ce résultat leur est étranger; car il y a souvent de très-grandes analogies dans la manière d'agir des évacuations sanguines et des purgatifs, par exemple. D'ailleurs, pour bien comparer ces résultats, il faudrait avoir les observations sous les yeux, et être bien certain qu'il y ait identité entre les cas que l'on rapproche.

M. Louis n'adopte pas non plus la distinction qu'établit M. Bousquet entre la science et l'art. L'art n'est autre chose que la science en action, et s'il ne procède pas toujours d'après les données scientifiques, c'est que celles-ci font défaut souvent et qu'alors l'art, qui ne peut rester inactif, en est réduit assez souvent à des tâtonnements ou à une sorte d'inspiration.

M. BOUSQUET : Je crains de n'avoir pas été très-bien compris de M. Louis. Ce que j'ai dit du degré différent de certitude de la médecine et de la chirurgie est bien moins au point de vue du diagnostic qu'au point de vue de la puissance de l'art. Ce que j'ai voulu établir surtout, c'est la limite de la puissance de l'art comparée à la puissance de la nature, et j'ai cité en preuve des limites de la puissance de l'art les solutions des maladies, presque toujours les mêmes, quels que soient les moyens employés.

M. LOUIS : Je ne conteste pas la puissance de la nature, elle est certaine; mais je crois qu'il est très-difficile de comparer les limites respectives du pouvoir de l'art et de celui de la nature.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

I. MÉDECINE LÉGALE.

Dans le courant du mois de janvier, les cours d'assises ont dû invoquer les secours de la médecine légale dans sept affaires criminelles d'une plus ou moins grande importance. Ces affaires sont les suivantes : 1° cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux. (Il s'agissait d'un empoisonnement d'une jeune femme, commis en complicité par son mari et la tante des deux époux. Les experts ont constaté par les procédés actuellement en usage la présence de l'arsenic dans le corps de la victime. L'expertise et les débats n'ont offert d'ailleurs aucune circonstance particulière digne d'être mentionnée); 2° un cas de tentative d'empoisonnement et simulation d'aliénation mentale; 3° assassinat d'une femme et de ses quatre enfants par le chef de famille; question de libre arbitre; 4° homicide par strangulation; caractères distinctifs de la strangulation opérée par une main criminelle ou par le fait d'un suicide; 5° submersion précédée de coups et violences; la mort était-elle le résultat des coups ou de la submersion? 6° infanticide, contusions et aplatissement de la tête; ces blessures étaient-elles le résultat de manœuvres criminelles ou de l'accouchement? 7° infanticide. (L'examen cadavérique n'ayant pu être fait que longtemps après la consommation du crime, les experts ne purent constater les caractères d'une mort violente; ils purent seulement reconnaître et attester que l'enfant était né à terme.)

En outre, la cour de cassation est intervenue dans une question qui concerne l'aliénation mentale. C'est par l'examen de cette question, qui intéresse à un haut degré la médecine légale, que nous commençons cette revue.

DÉMENCE ET INSANITÉ D'ESPRIT.—DIFFÉRENCE QUE LA LOI ÉTABLIT ENTRE CES DEUX ÉTATS.

La cour de cassation a rendu un arrêt qui, en fixant un point délicat de juridiction relatif à la démence et à l'insanité d'esprit, suivant que ces deux états d'infirmité de la raison s'appliquent aux contrats ou aux testaments, soulève une des questions les plus difficiles et les plus importantes de la médecine légale.

Pour bien comprendre la teneur de cet arrêt, il est nécessaire de rappeler le sens que la loi attache aux mots *démence* et *insanité d'esprit*. Par démence, la loi entend une aliénation d'esprit qui place l'individu dans l'impossibilité de remplir tous les actes de la vie, et qui entraîne l'interdiction; par insanité d'esprit, elle entend toute aliénation, quelque légère qu'elle soit; tout affaiblissement de l'intelligence, tout désordre, à quelque faible degré que ce soit, suffisant pour qu'il soit constaté que l'individu n'est pas dans la plénitude de l'exercice de ses fonctions intellectuelles. Ce dernier état n'entraîne pas l'interdiction, mais il constitue l'incapacité de dicter un testament ou une donation entre vifs. Cet exemple, puisé dans le Code même, fera sentir l'importance de cette distinction au point de vue légal.

Voici le texte de l'arrêt en question.

« Le juge qui trouve dans un testament, attaqué pour cause de démence du testateur, des dispositions bizarres, extraordinaires, *excentriques*, et qui néanmoins ordonne l'exécution de l'acte, par le motif que le testateur n'était pas fou, que son état de démence n'était pas démontré, ne se justifierait pas suffisamment s'il résultait des conclusions des parties que l'articulation de la démence a été faite en vue de l'article 901 du code civil, c'est-à-dire sous le rapport de l'insanité d'esprit, et non dans le sens de l'article 504 du même code. Ces deux états d'infirmité de la raison sont en effet différents, suivant qu'il s'appliquent aux contrats ou aux testaments.

» On ne peut attaquer un contrat pour cause de démence qu'autant que l'interdiction de la partie du chef de laquelle on en demanderait la nullité pour cette cause aurait été prononcée ou provoquée avant son décès, à moins que la preuve de la démence ne résultât de l'acte même qu'on voudrait faire annuler (art. 504); mais il est permis de demander la nullité d'un testament, si on allègue que le testateur n'était pas sain d'esprit, ne jouissait pas de la plénitude de sa raison au moment où il disposait (art. 901). Il n'est pas nécessaire que l'insanité d'esprit qui vicie les testaments soit la démence caractérisée, et qui autorise une interdiction faisant cesser la capacité de contracter. Conséquemment, juger qu'un testament est valable parce que le testateur n'était pas en état de démence, alors que la démence était invoquée comme synonyme d'insanité d'esprit, ce serait violer l'article 901 du code civil, et par suite l'article 7 de la loi du 20 avril 1810.

» Mais s'il est démontré que l'arrêt a envisagé le moyen tiré de la démence dans le sens le plus large, dans son acception générale et applicable au cas prévu par l'article 504, comme à celui dont parle l'article 901 ; s'il résulte de ces motifs que la question d'insanité d'esprit a préoccupé les magistrats; si, par exemple, il a été déclaré que le testament, *quelle que soit sa bizarrerie est écrit avec clarté et lucidité*, cette déclaration pourra être considérée comme constatant suffisamment que l'auteur de la disposition était sain d'esprit. »

L'arrêt de la cour de cassation est, comme on le voit, très-explicite, et l'instruction qu'il fournit au juge sur la manière dont doivent être interprétés les articles 504 et 901 du Code civil, par rapport à l'incapacité de tester ou de contracter, constituée par l'état d'insanité d'esprit ou de démence, implique aussi la règle de conduite que devra tenir à l'avenir le médecin légiste appelé à donner son opinion sur l'état mental de l'auteur d'un contrat ou d'un testament attaqué en invalidation. Ainsi, en ce qui concerne l'état mental d'un testateur, il ne sera pas nécessaire, dit l'arrêt, pour invalider son testament, que l'insanité d'esprit soit la démence caractérisée, et qui autorise une interdiction faisant cesser la capacité de contracter (et il met le juge en garde à cet égard contre l'erreur qu'il pourrait commettre en considérant la démence comme synonyme de l'insanité d'esprit); il suffit, aux termes de l'article 901, que le testateur ne soit pas *sain d'esprit*, qu'il ne jouisse pas de la *plénitude* de sa raison au moment où il disposait. Ces expressions, prises dans leur sens le plus large, suivant l'esprit de la loi, comprennent évidemment, comme nous le disions tout à l'heure, tous les genres d'aliénation indistinctement et à tous les degrés, tous les troubles de l'esprit, de quelque nature qu'ils soient, et à quelque faible degré qu'ils se manifestent. Or, si l'on rapproche le sens de cet arrêt des incertitudes de la science sur la détermination précise des limites où cesse la plénitude de la raison, où commence l'insanité; si l'on tient compte surtout des tendances actuelles à étendre considérablement le champ des maladies mentales, à considérer comme de véritables aliénations ce qui ne constitue aux yeux des gens du monde que de simples *bizarreries* de caractère, des *excentricités* des *manies* prises dans le sens vulgaire, ne prévoit-on pas les difficultés qui peuvent entraver la justice, les embarras où pourront se trouver les experts?

On se rappelle encore sans doute ce procès qui fit grand bruit il y a deux ans, dans lequel il s'agissait de savoir si le donataire avait testé sain d'esprit ou en proie aux premières atteintes d'une folie qui plus tard fut complétement confirmée. Bien qu'à l'époque du testament, le donataire fût dans un état qui permettait de penser qu'il avait encore la conscience de ses actions et une raison suffisante pour les diriger, le tribunal admit la doctrine de l'*incubation* de la folie, dont arguaient les parties intéressées, et le testament fut annulé. Ce que disait alors la Gazette Médicale, à l'occasion de ce fait particulier, n'est-il pas applicable d'une manière générale au principe que tend à faire prévaloir l'arrêt de la cour de cassation? N'est-il pas prouvé en fait que chacune des facultés multiples de l'intelligence peut manquer, être plus ou moins profondément altérée, bien que la conscience du *moi* reste intacte et que le libre arbitre conserve toute son indépendance, de même que la conscience peut manquer à son tour, alors que les autres facultés de l'esprit sont plus ou moins conservées? Et dès lors, n'est-il pas évident qu'un homme qui sera affecté d'une de ces lésions partielles de l'intelligence, qui déraisonnera sur un certain ordre d'idées, devra, aux termes de la loi, être considéré comme incapable de disposer de ses dernières volontés, bien qu'en réalité il ait, pour dicter cet acte, toute la conscience, la liberté et la lucidité d'esprit nécessaires? Un hypochondriaque, qui est un fou aux yeux de certains médecins, un lypémaniaque, qui auront d'ailleurs la parfaite conscience de leurs actions, verront invalider leurs dispositions testamentaires parce qu'une perturbation particulière des facultés sensorielles leur fera porter un faux jugement sur l'origine et la nature des impressions qu'ils éprouvent, et qu'ils ne jouiront pas, dans la rigoureuse expression, de toute la plénitude de leur raison? — Voilà cependant où conduirait le principe consacré par l'arrêt de la cour, s'il devait être appliqué dans toute sa rigueur avec les idées accréditées aujourd'hui dans la science sur les folies partielles. La loi, nous ne nous le dissimulons pas, ne peut entrer dans tous ces détails d'application; elle pose un principe, et ce principe doit être absolu et s'étendre à la plus grande généralité possible des faits. Mais ce que ne peut faire la loi, il faut que les médecins le fassent, soit en éclairant le législateur sur la portée du principe et sur les graves abus qui en pourraient découler, soit en restreignant et en définissant dans des termes nets et précis ce que l'on doit entendre par *démence* et *insanité d'esprit* en tant que devant entraîner aux yeux de la loi l'incapacité réelle et l'interdiction des actes civils.

C'est là une question de la plus haute importance, sur laquelle doit se fixer sérieusement l'attention des hommes spéciaux.

TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT ; ALIÉNATION SIMULÉE.

Une jeune femme, mademoiselle C. de St-L..., mue par un sentiment de violente jalousie amoureuse, adressa à sa rivale, avec une lettre anonyme, des gâteaux empoisonnés. Les gâteaux refusés furent mangés par d'autres personnes chez lesquelles ils produisirent des symptômes d'empoisonnement. Inculpée pour ces faits, mademoiselle de St-L... ne chercha point à les nier, mais à dater du moment de sa détention, elle simula des actes de démence, afin de faire prendre le change sur la véritable détermination de son crime. On dut en conséquence chercher à s'éclairer et de ses antécédents et des déclarations des médecins chargés de lui donner des soins et de surveiller ses actes pendant toute la durée de l'instruction. Or, dans les antécédents de la vie de mademoiselle de St-L... rien n'indiquait qu'elle eût jamais montré le moindre signe de folie. Dans la série des faits qui avaient précédé, accompagné et suivi la perpétration de son crime, tout décelait au contraire un raisonnement parfait, un raffinement extrême de ruse et de précaution, et des ressources d'esprit peu communes. Quant aux actes par lesquels elle avait cherché, pendant sa détention à se faire passer pour aliénée, il fut aisé aux médecins de les apprécier à leur véritable signification. Voici en quels termes s'exprimait l'un d'eux, M. le docteur André Rous, à l'audience :

« Le 10 juin dernier, je fus appelé à donner mes soins à l'accusée dont la santé était un peu altérée. Des accidents graves se manifestèrent chez elle ; sa face était injectée, son pouls agité et je remarquai du désordre dans ses idées. Suivant les apparences, ses facultés auraient été notablement altérées, car elle se livrait à des actes qui annonçaient une déraison complète. Ainsi, elle prenait du pain et faisait des boulettes auxquelles elle donnait les noms des membres de sa famille. Une Vierge en plâtre, qui avait été placée dans sa cellule, lui avait promis, disait-elle, de faire arriver ses parents dans sa prison, et cette promesse ne pouvait manquer de se réaliser. Dans une autre circonstance, elle se jeta sur le guichetier et voulait le battre; elle se livrait à des travaux bizarres, et s'amusait quelquefois avec des cailloux qu'elle prenait pour des pierres précieuses.

« L'accusation qui pesait sur mademoiselle de St-L... devait me rendre circonspect, et avant de me prononcer sur son état mental, je dus observer encore, et m'assurer si ce n'était pas chez elle une folie simulée; je l'examinai avec soin plusieurs fois, j'interrogeai ses compagnes de captivité, et j'appris d'elles qu'elle mangeait peu, qu'elle pleurait et ne dormait pas.

» Je la fis transporter à l'hospice, et peu de temps après elle devint plus calme; quelques jours encore et elle fut dans une tranquillité parfaite. Ce résultat fut obtenu sans aucun traitement, et seulement par l'application de quelques bains. Dans une circonstance, je pus me convaincre que la déraison de mademoiselle de St-L... était simulée : j'interrogeais une insensée, qui me fit une réponse d'une grande bizarrerie. Mademoiselle de St-L... était non loin de moi, et je vis, au sourire qui effleura ses lèvres, que son intelligence, et elle est grande, n'était nullement obscurcie. »

De tous ces faits, le docteur Rous conclut que si un homme qui n'aurait aucun intérêt à simuler la folie lui avait présenté les phénomènes qu'il avait remarqués chez mademoiselle de St-L..., il n'hésiterait pas à affirmer que cet homme est atteint d'une monomanie aiguë; mais que dans les circonstances où l'accusée se trouvait placée, et après l'avoir prise en flagrant délit de simulation, il déclare que mademoiselle de St-L... n'est ni folle, ni idiote, ni imbécile.

Cette opinion fut partagée par les médecins appelés concurremment pour examiner l'accusée, ainsi que par celui qui l'avait connue et soignée avant sa détention.

Le fait d'aliénation écarté, la culpabilité n'était pas douteuse; l'accusée fut condamnée.

ASSASSINAT COMMIS PAR UN PÈRE SUR SA FEMME ET SES QUATRE ENFANTS; QUESTION DE LIBRE ARBITRE.

La cour d'assises du Rhône a eu à juger, dans les derniers jours de décembre, une affaire d'assassinat de toute une famille, commis par le père dans des circonstances tellement effroyables que dans l'opinion publique, qui s'en préoccupa vivement à l'époque de sa consommation, il semblait qu'un pareil crime n'avait pu être que le résultat d'un accès de délire furieux. En effet, un homme aux habitudes jusque-là simples et laborieuses, vivant dans un état d'aisance au moins apparent, n'ayant dans ses antécédents rien qui pût faire présumer une tendance au crime, ayant paru vivre jusque-là en assez bonne harmonie avec sa famille, cet homme se précipitant tout à coup sur sa femme et ses enfants, les massacre tous, les uns après les autres, à coups de pioche. En moins de cinq minutes il avait fait cinq victimes. Puis courant comme un insensé appeler un de ses voisins, il se roule par terre et se livre aux marques du plus violent désespoir, s'é-

criant qu'on le saisisse et qu'on lui fasse subir le sort qu'il vient de faire subir à sa femme et à ses enfants qu'il aimait tant! A dater de ce moment et pendant toute la durée de l'instruction et des débats, l'accusé, B. ne cessa d'exprimer les plus vifs regrets de ce qu'il appelait son malheur et de protester de l'affection qu'il avait toujours eue pour sa famille. Cependant l'instruction parvint à découvrir des faits qui établirent que le crime odieux dont B. s'était rendu coupable, et que rien jusque-là n'avait pu expliquer, avait été commis en toute connaissance de cause, avec préméditation, et pour satisfaire des vues d'intérêt qui jusqu'à la révélation de ces faits avaient été et avaient pu rester méconnues. D'un autre côté, deux médecins préposés aux rapports déclaraient que l'état maladif de B., depuis le crime, ne prouvait pas qu'il eût été sous l'influence d'un délire passager, mais qu'il n'était pas non plus de nature à infirmer la possibilité de ce délire; mais rien ne l'établissait. Un autre médecin, tout en émettant comme une simple opinion, que dans l'espèce l'état de folie devait être présumé, déclarait qu'il n'en avait reconnu aucun symptôme. Il était constant que B. n'avait jamais, ni avant ni depuis son crime, donné aucun signe d'aliénation mentale. La défense a cherché en vain à se saisir de la réserve des médecins à l'égard de la possibilité d'un accès momentané de délire, le système de l'accusation, tendant à établir qu'il y avait eu arbitre et préméditation, a triomphé. Le jury a rendu un verdict de culpabilité, et la cour a prononcé la peine capitale.

STRANGULATION OPÉRÉE PAR UNE MAIN CRIMINELLE; CARACTÈRES DISTINCTIFS D'AVEC LA STRANGULATION QUI RÉSULTERAIT D'UN SUICIDE.

Un homme avait été trouvé étranglé dans un grenier. On distinguait clairement autour de son cou la trace brune et ecchymosée du lien employé pour commettre le crime. On ne trouva point auprès du cadavre l'instrument qui avait dû servir à opérer la strangulation. La femme de la victime fut accusée d'avoir assassiné son mari. La scène s'était passée sans témoins, l'accusée chercha à soutenir que son mari s'était suicidé. Le médecin commis à l'examen du cadavre eut, en conséquence de ces faits, à répondre aux questions suivantes:

Pouvait-on, dans l'espèce, admettre la possibilité d'un suicide, ou bien la strangulation n'avait-elle pu être pratiquée que par une main étrangère? Voici quelle a été sa réponse:

L'hypothèse du suicide doit être repoussée. Lorsque la strangulation a été un acte de suicide, elle n'a pu avoir lieu qu'à l'aide, 1° de la suspension, 2° de la constriction directe du col, soit par un tourniquet, soit par toute autre manœuvre. Ce dernier mode de strangulation exige des précautions toutes particulières: il a dû être fort rare, et nous ne l'admettons ici que parce que les auteurs en citent des exemples. Or, la direction de la trace du lien que nous avons décrite avec la plus grande exactitude exclut la possibilité de ces deux modes de strangulation. En effet, pour que la strangulation par suspension soit possible, il faut que le lien soit retenu derrière les angles de l'os maxillaire inférieur qui lui servent comme de crochet pour l'empêcher de glisser sur le bord inférieur du même os, glissement qui mettrait les voies respiratoires à l'abri de l'acte de constriction.

Dans l'espèce, le seul examen de la trace du lien qui, à droite, passe au devant de l'os maxillaire, et à gauche au-dessous du même angle sans y toucher, rend de tout point invraisemblable l'hypothèse de la suspension.

Quant à la constriction directe du cou, soit par un tourniquet, soit par toute autre manœuvre, il faut, pour qu'elle puisse s'effectuer, que le lien porte à peu près horizontalement et d'une manière égale sur toute la circonférence du col. Le lien doit donc laisser une impression horizontale et visible sur toute cette circonférence; or, l'impression du lien chez la victime n'est point horizontale, et elle n'embrasse que la partie antérieure du col. Je suis donc rigoureusement conduit à déclarer que la strangulation a été ici le résultat d'un crime. Je suis porté à croire que cette strangulation a été exécutée par la pression du lien violemment serré par les deux mains au devant du col pendant que la victime était couchée sur le dos.

INFANTICIDE; CONTUSION ET APLATISSEMENT DE LA TÊTE.—CES DÉSORDRES ÉTAIENT-ILS LE RÉSULTAT DE MANŒUVRES CRIMINELLES OU DE L'ACCOUCHEMENT?

Une jeune fille chez laquelle on avait remarqué les signes extérieurs d'une grossesse avancée, accoucha clandestinement. Soupçonnée de s'être rendue coupable d'infanticide, elle nia obstinément sa grossesse et son accouchement. Un homme de l'art, appelé pour l'examiner, déclara qu'elle était récemment accouchée. La jeune fille finit par avouer ce qu'elle avait jusque-là cherché à dissimuler, ajoutant que, se trouvant seule dans sa chambre, elle était accouchée d'un enfant mort, qu'elle l'avait enfoui trois jours après dans un endroit qu'elle indiqua.

L'autopsie du cadavre fut ordonnée : elle démontra que l'enfant était né à terme, bien constitué, viable, et qu'il avait vécu. L'examen de la tête présenta un aplatissement assez notable du crâne dans le sens transversal, et une ecchymose considérable, ou plutôt un épanchement sanguin, situé dans le tissu cellulaire qui unit la peau aux os du crâne. Cet épanchement occupait principalement les deux régions pariétales, et était bien moins prononcé au sommet ainsi qu'à la partie postérieure de la tête. Les médecins déclarèrent que c'était là la cause de la mort de cet enfant.

Il restait à se demander si ces traces de violence étaient le résultat d'un crime ou d'un accident. D'après les conclusions du rapport, il était possible qu'une compression aussi considérable fût le résultat de l'accouchement, mais d'un accouchement long et difficile: or, il résultait de l'aveu même de l'accusée que son accouchement n'avait été ni long ni difficile, et qu'elle était accouchée sans secours. Ce n'était donc pas l'accouchement qui avait produit l'aplatissement du crâne, cause de la mort. L'inculpée sentant la nécessité d'expliquer cet état du cadavre, prétendit que cet aplatissement pouvait provenir des pierres qu'elle avait placées sur le cadavre en l'inhumant; mais il suffisait de l'existence d'une ecchymose pour qu'il fût irréfragablement démontré que cet aplatissement avait eu lieu pendant la vie de l'enfant. Tout semblait donc établir la culpabilité de l'accusée.

Ajoutons toutefois que, sans le concours des preuves morales de la culpabilité, il y eût eu peut-être quelques réserves à faire à l'égard des faits résultant de l'expertise médico-légale; car, ainsi que l'avait prudemment fait remarquer le médecin consulté, il n'était pas rigoureusement démontré que les lésions constatées par l'autopsie ne fussent point le résultat même de l'accouchement; il n'y avait à cet égard que des probabilités qui empruntaient leur plus grande valeur aux autres témoignages.

En raison de cette réserve, le président posa au jury la question d'homicide par imprudence, qui fut affirmativement résolue.

EST-IL POSSIBLE DE DISTINGUER LA CENDRE QUE LAISSE LE BOIS BRULÉ DE CELLE QUI SERAIT LE RÉSULTAT DE LA COMBUSTION D'UN ENFANT NOUVEAU-NÉ?

Voici en quels termes cette question a été résolue par M. Orfila, à qui elle avait été posée par un professeur d'une école secondaire de médecine :

1° Lorsque la cendre d'un fœtus ne sera pas mélangée de fragments d'os qui permettent de la distinguer au premier aspect des autres cendres, on la reconnaîtra aux caractères suivants : Si on la calcine avec de la potasse dans un creuset de porcelaine, on obtient du cyanure de potassium, facile à constater par les réactifs ordinaires; en traitant la cendre par l'acide sulfurique, on dégage constamment de l'acide sulfhydrique. La dissolution acide qui en résulte après une réaction de deux ou trois jours, contient toujours du biphosphate de chaux.

2° La cendre des charbons de chêne et de sapin, calcinée de même avec la potasse, ne contient pas de cyanure de potassium, et ne dégage pas d'acide sulfhydrique; elle ne fournit pas de biphosphate de chaux par l'acide sulfurique.

3° La cendre des mottes à brûler et du sarment de vigne laisse seulement dégager quelques traces d'acide sulfhydrique.

4° La cendre du coak ne fournit pas de cyanure de potassium, mais donne une proportion notable de biphosphate de chaux avec dégagement d'une grande quantité de gaz sulfhydrique.

5° La cendre de chêne ou de sapin, mélangée de cendre de coak et de débris de matières animales, se comporte, à peu de chose près, comme la cendre du fœtus, si ce n'est qu'elle fournit beaucoup moins de bleu de Prusse, d'acide sulfhydrique et de phosphate de chaux.

6° La cendre de tourbe ne fournit ni cyanure de potassium, ni phosphate de chaux, mais elle dégage beaucoup d'acide sulfhydrique, quand on la traite par l'acide sulfurique pur.

7° Il suit de ce qui précède que les experts devront être excessivement réservés avant de se prononcer sur la nature des cendres, toutes les fois qu'ils n'auront pas pu s'assurer que la combustion du fœtus a été opérée avec des bois de chêne ou de sapin ou avec d'autres bois qui ne contiennent ni de l'azote, ni du soufre, parce qu'il existe d'autres matières combustibles qui, à la rigueur, auraient pu être employées, et qui se comportent, sinon avec tous, du moins avec quelques-uns des agents indiqués, à peu près comme la cendre du fœtus.

QUESTION COMPLEXE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Nous avons inséré, dans le numéro du 3 janvier de cette année, le jugement intervenu dans la singulière affaire intentée à M. le docteur Batigne par un magistrat de Montpellier. Ce jugement et l'arrêt confirmatif touchent à des points qui intéressent à tant d'égards et sous des points de vue si différents notre profession, que nous croyons devoir reproduire ce document en entier.

On voit que si notre confrère est parvenu à échapper aux nombreux dangers qu'une habile et savante rancune avait multipliés sous ses pas, la profession n'en retirera pas moins, ainsi que le fait remarquer le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER, des avertissements utiles. Nous n'avons pas besoin d'insister pour les faire ressortir : la sagacité de nos lecteurs y suppléera.

14 NOVEMBRE 1845.

Le tribunal, jugeant contradictoirement contre M. J.-P. B., et statuant sur la plainte de M. J. :

En ce qui touche l'inculpation d'avoir, par imprudence, inattention ou maladresse, causé involontairement la mort de la dame J., délit prévu par l'article 319 du code pénal :

Attendu que si, en principe, les tribunaux sont compétents pour apprécier les faits d'imprudence, de maladresse ou d'impéritie reprochés aux médecins et chirurgiens, dans l'exercice de leur profession, ces faits ne prennent le caractère de délit qu'autant qu'ils constituent de la part des médecins ou chirurgiens des fautes lourdes, grossières, accusant chez eux l'oubli des règles ordinaires de la raison, l'ignorance des notions les plus usuelles de leur art;

Attendu qu'il est loin d'en être ainsi dans la cause;

Qu'en effet, non-seulement il n'a pas été établi par les débats que B., dans les soins qu'il a donnés à madame J., ait commis une des fautes de la nature de celles dont il vient d'être parlé, mais qu'il n'a été justifié contre lui d'aucune faute même moins grave, d'aucun fait pouvant entraîner une responsabilité quelconque de sa part;

Qu'à la vérité, B. a employé vis-à-vis du mari et des frère et sœur de la dame J. des ménagements peut-être excessifs, en leur laissant ignorer jusque dans les derniers temps la situation dangereuse de la malade, mais que cette réserve de B. prenait sa source dans un sentiment d'intérêt et d'affection pour la famille J. elle-même, et qu'il n'a pas été démontré, d'ailleurs, que B. ait, par cette conduite, diminué ou compromis en rien les moyens de guérison qui pouvaient exister pour la dame J., ni privé ou empêché la famille de cette dernière de recourir à toutes les ressources de l'art;

Qu'il y a donc lieu d'écarter ce premier chef d'inculpation.

En ce qui touche l'inculpation relative au délit de diffamation de la part de B., pour avoir répandu et fait répandre dans le public le bruit que madame J. était atteinte d'un cancer, délit prévu par l'art. 13 de la loi du 17 mai 1819 :

Attendu que le tribunal n'a point à rechercher si le genre de maladie assigné par B. à la dame J. a réellement existé ou non; qu'il importe seulement aux magistrats de savoir si la publicité qu'aurait donnée B. à l'existence prétendue de cette maladie pourrait constituer de sa part le délit de diffamation;

Attendu qu'aux termes de la loi pénale invoquée, la diffamation consiste dans *l'allégation ou l'imputation d'un fait portant atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne à laquelle ce fait est imputé;*

Et attendu qu'il est notoire, même pour les hommes les moins versés dans la science médicale, et qu'il a été établi aux débats, par les explications du professeur Golfin, que l'existence du mal attribué par B. à madame J. (une tumeur cancéreuse) n'est point susceptible de porter atteinte à l'honneur ou à la considération de la dame J., de son mari ou de ses enfants;

Attendu d'ailleurs et surabondamment qu'en supposant le fait diffamatoire, l'allégation de B. à cet égard manquerait de deux autres caractères nécessaires pour constituer le délit de diffamation aux yeux de la loi : l'intention de nuire et la publicité;

Que le second chef de plainte n'est donc pas fondé.

En ce qui touche l'inculpation d'avoir révélé un secret dont il était dépositaire, ou qui lui aurait été confié en sa qualité de médecin, délit prévu par l'art. 378 du code pénal :

Attendu qu'il est résulté des débats que, plusieurs mois avant la mort de madame J., le bruit s'était répandu, à Montpellier, à Paulhan et autres lieux, touchant l'existence d'une affection cancéreuse dont aurait été atteinte cette dame, mais qu'il n'a été nullement prouvé que ce bruit eût pris sa source dans une indiscrétion de B.;

Qu'il a été établi, au contraire, par la déposition de plusieurs témoins, que B. avait, en diverses circonstances, cherché à les dissuader de croire à l'existence d'un tel mal chez madame J.;

Qu'enfin, l'ensemble des faits et circonstances de la cause est loin d'exclure la possibilité que toute autre personne que B. ait donné naissance au bruit en question;

Attendu néanmoins qu'il est aussi résulté des débats, qu'après la mort de madame J., B. avait confié à trois personnes, M. B., M. et madame L., que madame J. était réellement morte d'un cancer; mais que ces confidences n'avaient point été spontanées de la part de B.;

Qu'elles avaient eu lieu à une époque où, depuis longtemps, le bruit dont il a été parlé était répandu dans le public;

Qu'elles avaient été faites, enfin, l'une à un médecin ami de la famille J., le sieur B., l'autre à deux parents de la même famille, le sieur et la dame de L., d'où la conséquence que B. ne faisait que céder en cela au sentiment d'affectueuse sollicitude dont il devait croire ces personnes animées envers madame J.;

Attendu, dès lors, qu'on ne saurait voir dans de tels faits les caractères de délit de divulgation ou de révélation de secret qu'a voulu punir la loi, sans qu'il soit besoin de se demander si l'existence de la prétendue maladie avait été confiée à B. sous le sceau du secret, ou si la nature du mal par elle-même devait le faire considérer comme devant être tenu secret par le médecin;

Qu'il y a donc lieu de rejeter ce dernier chef d'inculpation;

Attendu que l'écrit imprimé et distribué au nom de B. pendant le procès, et dont J. demande la suppression, ne contient rien qui puisse motiver cette mesure;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens;

Par ces motifs, le tribunal renvoie B. des fins de la plainte, dit n'y avoir lieu d'ordonner la suppression du mémoire par lui produit; condamne le plaignant en tous les dépens liquidés, ceux exposés par B. à... sans à ce comprendre les frais d'enregistrement, d'expédition et signification du présent jugement.

Et statuant sur la demande en dommages-intérêts formée par B. contre J. :

Vu les dispositions de l'art. 191 du code d'instruction criminelle ainsi conçu :

« Si le fait n'est réputé ni délit, ni contravention de police, le tribunal annulera l'instruction, la citation et tout ce qui aura suivi, renverra le prévenu, et statuera sur les demandes en dommages-intérêts. »

Attendu que si, à raison des fonctions dont il est revêtu, le sieur J. est justiciable en matière criminelle ou correctionnelle d'une juridiction autre que celle du tribunal, il n'en est point de même en ce qui concerne les dommages-intérêts qui lui sont réclamés à la suite d'une plainte portée contre un tiers et déclarée mal fondée;

Que ce sont là des dommages civils pour l'appréciation desquels le tribunal saisi de la plainte est essentiellement compétent, aux termes de l'art. 191 du code d'instruction criminelle;

Au fond : attendu que, par la plainte de J. contre B., la comparution de ce dernier en police correctionnelle et le retentissement naturel et inévitable de ce procès, un préjudice a été causé à B.;

Mais attendu, d'autre part, que l'action de J. ne lui a été nullement dictée par l'intention de nuire à B., et qu'il n'a été mû en cette circonstance que par le sentiment irréfléchi d'une profonde et trop légitime douleur;

Attendu, d'autre part, que le préjudice causé à B. est inappréciable en argent, et qu'il doit lui suffire, à titre de réparation, que le présent jugement reçoive un degré de publicité susceptible de détruire l'effet de la plainte;

Par ces motifs, le tribunal ordonne l'insertion du présent jugement dans chacun des journaux publiés dans la ville de Montpellier, et son affiche au nombre de vingt-cinq exemplaires, le tout aux frais de la partie civile.

14 JANVIER 1846.

La Cour, après en avoir délibéré en secret :

Sur les questions relatives aux trois délits imputés par J. à B. dans sa plainte, adoptant les motifs des premiers juges;

Sur la demande d'expertise formulée par les parties devant la cour :

Attendu qu'il est de la nature d'une action du genre de celle intentée par le plaignant, de se justifier devant les magistrats par l'évidence des faits, indépendamment des vérifications médicales qui n'en feraient qu'une question de science; que tout au plus pourrait-on admettre l'expertise comme complément de preuve, à l'appui des faits de responsabilité rendus très-vraisemblables par les circonstances; mais que, dans l'espèce, non-seulement les débats de la cause n'ont pas rendu vraisemblables des faits de négligence ou d'impéritie qui seraient de nature à entraîner la responsabilité légale; que même ces débats n'ont pas établi la preuve suffisante d'une faute ou d'une négligence ordinaire dans la conduite de l'inculpé; qu'enfin et surabondamment, l'expertise devrait encore être rejetée, par ce motif que, d'après le laps de temps et le défaut de renseignements, ces moyens de fixer d'une manière assurée l'opinion de la cour ne seraient plus au pouvoir des experts; qu'il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à ce chef de conclusions de l'appelant.

En ce qui touche la demande en dommages formée par le défendeur :

Attendu qu'il est permis, d'une part, de prendre en considération dans l'appréciation de cette demande la nature des sentiments sous l'influence desquels la plainte a été portée;

Que, d'autre part, il n'est pas prouvé que cette plainte ait causé aucun dommage à B. dans l'exercice de sa profession, d'après la réputation dont il jouit; que, dès lors, la condamnation aux dépens est la seule réparation pécuniaire qu'il convienne d'accorder.

En ce qui touche la demande en suppression du mémoire produit par J. sur l'appel :

Attendu que, quelle qu'ait pu être la disposition d'esprit sous l'influence de laquelle l'appelant principal a consigné dans cet écrit des expressions violentes et injurieuses contre B., ces expressions n'en restent pas moins répréhensibles, et doivent dès lors faire ordonner la suppression de l'écrit qui les contient;

Qu'à l'égard de la demande d'acte et des réserves faites au sujet de certains passages dudit mémoire prétendus contenir des expressions outrageantes étrangères à la cause, ces expressions, qui ne présentent pour la plupart que des allusions plus ou moins éloignées à des faits antérieurs, ne sont pas assez précises ni assez étrangères à la cause pour motiver la réserve de l'action ultérieure dont il est fait mention dans le dernier alinéa de l'article 33 de la loi du 17 mai 1819; qu'à cet égard, la suppression qui sera ordonnée du mémoire est une mesure suffisante;

Attendu que, dans les deux écrits produits par B., rien n'excède les bornes d'une légitime défense et ne justifie par conséquent la demande en suppression dont ils sont l'objet;

Attendu qu'il y a lieu de donner acte à B. de la remise par lui effectuée sur le bureau, de deux certificats produits, et dont le dépôt avait été demandé par l'appelant.

En ce qui touche les griefs des appels principal et incident relatifs à la publication du jugement et arrêt :

Attendu que, d'après la nature et l'étendue de la publicité que le défendeur a intérêt d'obtenir, l'insertion du jugement et arrêt dans deux journaux de la localité, au choix dudit défendeur et aux frais du plaignant, est une mesure convenable et suffisante; qu'il faut donc, en autorisant cette insertion, réformer le jugement de première instance, en ce qu'il aurait prescrit un mode de publicité autre et plus étendu, et démettre en même temps les parties de toutes demandes par elles formées à ce sujet;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens;

Par ces motifs;

La cour, sans s'arrêter à la demande d'expertise, et la rejetant au principal, démet des appels, et confirme le jugement de première instance; relaxe néan-

moins J. de la demande en dommages contre lui formée; ordonne la suppression du mémoire par lui produit devant la cour, commençant par ces mots: *Frappé dans ce que j'avais de plus cher*, et finissant par ceux-ci: *La justice de la cour ne leur a pas fait défaut*, et moyennant ce, déclare n'y avoir lieu à concéder acte à B. de ses autres réserves, touchant ledit mémoire; rejette la demande en suppression des deux écrits produits par B.; autorise ce dernier à faire insérer le présent arrêt, ensemble le jugement dont est appel, dans deux journaux de la localité à son choix; met le coût desdites insertions à la charge de J., et ce faisant, réforme le jugement de première instance en ce qu'il aurait autorisé tout autre genre de publication, et démet les parties de leurs autres demandes à ce sujet; donne acte de la remise faite par B. de deux certificats par lui produits pendant la plaidoirie, lesquels demeureront joints à la procédure, après avoir été parafés par M. le président;

Et vu l'art. 194 du code d'instruction criminelle, dont il a été fait lecture publiquement à l'audience par M. le président, et qui est ainsi conçu:

« Tout jugement de condamnation rendu contre le prévenu et contre les per» sonnes civilement responsables du délit ou contre la partie civile, les condamne » aux frais, même envers la partie publique: les frais seront liquidés par le » même jugement; »

Condamne J. aux dépens exposés sur l'appel par B., etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

AN ESSAY ON THE PHILOSOPHY OF MEDICAL SCIENCE; par le docteur ELISHA BARTLETT. — Philadelphie.

Un défaut commun à la plupart des essais de philosophie médicale consiste dans une notion insuffisante des problèmes, des procédés et de la langue philosophiques; on n'est pas généralement assez persuadé de cette vérité qu'il est impossible de cultiver avec fruit la plus minime portion du champ de la philosophie, sans être profondément initié aux plus hautes questions métaphysiques comme aux procédés les plus difficiles de la logique. Ce n'est cependant qu'à ces conditions qu'une science peut être véritablement comprise, qu'elle peut être tout à la fois soumise, dans ses investigations, à des règles précises, jugée dans ses résultats, et élevée enfin à la hauteur de principes généraux. Au contraire, supprimez ces conditions, et l'horizon de la science se rétrécit, le rapport de ses parties entre elles échappe, le sens de ses données expérimentales s'obscurcit ou s'altère, et l'esprit est invinciblement conduit à une philosophie étroite, aveugle, qui fausse ensuite toutes ses conceptions. C'est ainsi que certains médecins arrivent à soutenir de la meilleure foi du monde, *au nom de l'expérience*, les principes de philosophie médicale les plus stériles, les plus contraires aux principes élémentaires de la philosophie générale, les plus funestes aux intérêts de la science. Nous ne voulons pas dire qu'une étude approfondie de la philosophie générale doive nécessairement conduire à une philosophie médicale irréprochable. Si la première est fausse, la seconde le sera également. Mais l'erreur ici n'est jamais qu'une exclusion: elle masque une partie de la vérité, mais elle donne à l'autre plus de vivacité et d'éclat; en un mot, elle laisse toujours subsister quelque principe fécond qui, tout exclusif qu'il est, et même parce qu'il est exclusif, tourne toujours d'une manière ou d'une autre au profit de la science.

M. Bartlett a compris ces vérités; non qu'il les expose dans son livre, mais, ce qui vaut mieux, il les applique. La première partie de l'ouvrage est en effet consacrée au développement de principes philosophiques applicables aux sciences physiques en général; et la philosophie médicale, traitée dans la seconde partie, n'est qu'une application de ces principes. Voici en résumé, sous ce double point de vue, les doctrines de l'auteur, à peu près dans les termes où il les exprime.

Toute science physique consiste dans un ensemble de faits, phénomènes ou événements constatés, et dans la relation de chacun d'eux avec les autres, le tout classé et coordonné.

Ces faits, phénomènes ou événements, ainsi que leurs relations, ne peuvent être constatés que de deux manières, par l'observation ou par l'expérience; ils ne peuvent être déduits ou inférés d'autres faits ou de leurs relations par quelque procédé logique indépendant de l'observation ou de l'expérience.

Une loi ou principe, dans les sciences physiques, consiste uniquement dans une généralisation de ces faits, de ces phénomènes ou de ces événements et de leurs rapports; elle exprime l'universalité du fait et l'invariabilité de ses rapports.

Une hypothèse est un essai d'explication ou d'interprétation de phénomènes certains et de leurs rapports; elle consiste dans la présomption ou la supposition de certains autres phénomènes, de certains autres rapports non constatés; elle ne peut constituer un élément essentiel d'aucune science. Toute science est absolument indépendante de l'hypothèse.

Une théorie est, *suivant la manière dont on l'entend* (*according to the manner in which the word has been used*), l'une ou l'autre de ces deux choses: ou la généralisation d'un phénomène et de ses rapports, et dans ce cas elle est identique à une loi ou principe; ou bien un essai d'explication ou d'interprétation d'un phénomène et de ses rapports, par la supposition de phénomènes et de rapports non constatés, et dans ce cas elle est identique à l'hypothèse.

Toute classification ou coordination doit être fondée sur l'identité ou la ressemblance d'un certain nombre de phénomènes ou de leurs relations, et sur leur dissemblance avec d'autres phénomènes ou d'autres relations. Une classification est plus ou moins naturelle et parfaite, suivant le nombre, l'importance et le degré de ces ressemblances et de ces différences.

Nous pourrions presque nous arrêter là; car il est facile de prévoir à quelle philosophie médicale doit aboutir l'ensemble des principes que nous venons de rappeler. On devine que pour l'auteur la science de la médecine consiste exclusivement dans la connaissance des phénomènes de la vie et de leurs rapports classés et coordonnés. Il cherche à établir par des exemples que la connaissance de l'anatomie ne peut se déduire de celle des autres branches de la médecine, ni la connaissance de la physiologie de celle de l'anatomie, ni la connaissance de la pathologie de celle de la physiologie. Sur tous ces points, nous n'avons rien à attendre de certain que de l'observation et de l'expérience. Il en est de même pour les différentes parties de la pathologie; ainsi, les causes morbides ne peuvent être déduites des symptômes, ni les symptômes déduits des causes morbides. Par exemple, aucun raisonnement, aucun procédé logique, aucune considération *à priori*, n'auraient pu nous apprendre que le croup est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte; que les dépôts tuberculeux des poumons se rencontrent le plus souvent de quinze à trente-cinq ans, l'hémorrhagie cérébrale après quarante-cinq ans, etc. La thérapeutique ne peut non plus être déduite de la pathologie, témoin les fièvres intermittentes et le quinquina; comme aussi l'action des remedes sur l'homme ne peut être inférée de leur action sur d'autres animaux. La thérapeutique consiste uniquement dans les rapports qui existent entre l'action ou condition morbide et l'action connue d'un remède; et le diagnostic ne doit et ne peut se proposer autre chose que de déterminer, à l'aide des symptômes, la condition morbide.

Toutes les acquisitions de l'expérience, la médecine doit tendre à les convertir en lois ou principes. Mais en médecine comme en toute autre science, une loi ne peut consister que dans une généralisation des faits et de leurs rapports; or ces faits et ces rapports varient à l'infini par suite de la mobilité des phénomènes de la vie; il en résulte que les lois et principes, en science médicale, sont toujours approximatifs et non absolus.

Si les principes, même en les bornant à la simple généralisation des phénomènes, ne sont pas absolus, que sera-ce des doctrines proprement dites? L'auteur se donne la tâche facile de démontrer que les plus célèbres doctrines médicales n'ont eu le plus souvent d'autre fondement que l'hypothèse, telle qu'il l'a définie précédemment. Il bat successivement en brèche les méthodistes, les iatrochimistes, les mécaniciens, Brown, Rasori, Broussais, Hahnemann, Thompson et autres.

Enfin, l'auteur s'élève contre les classifications généralement adoptées. Il leur reproche, avec quelque raison, de n'avoir pour base que la comparaison de certains phénomènes morbides saillants arbitrairement choisis, et non l'ensemble de ces phénomènes, soit physiologiques, soit anatomiques. Nous croyons seulement qu'une telle classification, tentée sous l'inspiration des doctrines philosophiques de l'auteur, offrirait plus de difficultés qu'il ne le suppose, et ne porterait pas tous les fruits qu'il s'en promet. L'esprit de comparaison serait promptement étouffé sous la masse des phénomènes et déroulé par cette mobilité dont nous parlions tout à l'heure. Il lui manquerait une idée mère pour féconder tous ces produits de l'observation, une lumière pour distinguer, dans leurs ressemblances et leurs différences, l'*essentiel* et l'*accessoire*. Cette idée, cette lumière, nous croyons qu'elle réside dans l'*étiologie*, comprise comme elle doit l'être. Mais ce n'est pas le lieu de nous jeter dans une question de doctrine qui ne pourrait recevoir ici tous ses développements.

Au reste, les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont pu voir, par ce qui précède, combien les doctrines philosophiques de M. Bartlett diffèrent des nôtres. Nous ne pensons pas que la science médicale soit tout entière dans l'observation et l'expérience telle que l'entend l'auteur, ni qu'une loi et un principe soient une seule et même chose; ni qu'une théorie soit nécessairement ou une loi ou une hypothèse. Mais ces dissidences et quelques autres ne nous empêchent pas de rendre justice à la manière large et forte tout à la fois dont l'auteur a conçu son sujet. De la première page à la dernière, le raisonnement s'enchaîne avec rigueur, sans contradiction, sans lacune notable; s'il arrive à des conséquences, suivant nous erronées, c'est que les prémisses étaient fausses; la logique n'a pas à répondre. Ainsi que nous le disions en commençant, un point de vue exclusif, mais fortement présenté peut servir la science à sa manière, et, sous ce rapport, la cause de l'observation et de l'expérience, fort respectable dans ses justes limites et que nous n'avons pas envie de renier, a trouvé dans M. Bartlett un habile et zélé défenseur.

VARIÉTÉS.

TARIF PHARMACEUTIQUE. — GARANTIE POUR L'EXÉCUTION DES ORDONNANCES DES MÉDECINS.

> ... Quæque ipse miserrima vidi,
> Et quorum pars magna fui...
> (VIRGILE.)

Nous recevons d'un de nos honorables confrères, M. le docteur Prosper Meynier, d'Ornans, la lettre suivante :

Monsieur et cher confrère,

Comme tous les membres du corps médical, j'ai suivi attentivement les travaux du congrès qui vient de finir. Vous dire ici les impressions nombreuses que j'en ai reçues, les réflexions qui m'ont été suggérées, serait trop long et sans profit pour vos lecteurs. La seule remarque à vous communiquer à ce sujet, c'est l'abnégation dont les médecins ont fait preuve, et le soin minutieux que les pharmaciens ont mis à sauvegarder leurs intérêts. Il y a eu, là, contraste parfait! Mais tout cela sans doute aura été senti par plus d'un observateur tel que moi; je n'insisterai donc pas là-dessus : ce serait chose inutile.

Il est deux points sur lesquels je vous prie d'appeler l'attention. Je crois digne de la GAZETTE MÉDICALE de prêter son influence et sa publicité à ceux qui souffrent depuis si longtemps en silence. Je crois digne d'elle de provoquer le redressement de deux griefs dont l'un a été complétement oublié.

Je serai bref et précis dans mes plaintes, car

> La raison qui s'emporte a le sort de l'erreur.
> (CASIMIR DELAVIGNE.)

Parlons d'abord d'un tarif du prix des médicaments.

La section pharmaceutique du congrès a forcément touché cette question palpitante. Comme elle lui brûlait les doigts, la section susdite n'a fait que l'effleurer, en déclarant toutefois l'établissement d'un tarif nécessaire, mais en le disant impossible *quant à présent!*

Le règne du physiologisme a singulièrement amoindri l'antique prospérité des apothicaires. De là, sans doute, leurs efforts incessants pour trouver des compensations de toutes sortes; de là ce déluge de pâtes, de sirops, d'épispastiques et de pilules, de taffetas plus ou moins rafraîchissants, de tablettes et chocolats!

O Guy Patin! où es-tu? Où es-tu, toi qui, dans un siècle polypharmaque, voulais te passer de pharmaciens? Un peu de sirop de roses pâles, de la casse et de bon séné, choses que pouvait fournir l'épicier du coin, voilà tout ce que tu demandais alors. Plus poli que toi, je n'appellerai point le pharmacopole « *animal benè faciens partes et lucrans mirabiliter.* » Maintes fois pourtant son avidité se montre la même!

J'aurais bien envie d'énoncer un beau paradoxe; mais la GAZETTE MÉDICALE n'entend pas raillerie à l'endroit des écarts de la folle du logis!

Dans l'état présent des choses, les pharmaciens sont-ils nécessaires?

Autrefois, quand il n'y avait qu'eux qui préparassent les substances employées en médecine, ils étaient indispensables : j'en conviendrai, malgré les boutades de Patin. Mais aujourd'hui que les fabriques de produits chimiques fournissent abondamment ce que les apothicaires seuls composaient jadis; aujourd'hui que l'on trouve partout des sirops, du vitriol, du nitre, de la farine de lin, des sangsues, de la moutarde, etc., etc.; aujourd'hui que la thérapeutique est si fort réduite, ne se pourrait-on point passer de pharmaciens?

Ce n'est pas assurément dans l'intérêt de cette classe d'individus, mais dans celui de la société, qu'a été institué le monopole de ces messieurs. S'il était reconnu que la pharmacie simplifiée fût tout aussi bien faite par les médecins dans une foule de localités; s'il était prouvé pour tous comme pour moi que cette partie offrît plus de garanties dans les mains des médecins directement intéressés à guérir, le monopole devrait-il être maintenu judaïquement, sévèrement, exclusivement? Que d'avantages à laisser préparer les remèdes aux praticiens des petites villes et des campagnes! que d'inconvénients à le leur interdire!

Je reviens au point de départ.

Il faudrait un tarif, car il y a des exactions, non partout peut-être, je le concède, mais en beaucoup de lieux et souvent. Veut-on des faits? En voici un tout récent, de ce matin même : huit grammes de pommade ammoniacale de Gondret viennent d'être vendus CINQ FRANCS!!! *Ab uno disce...* Cela nuit aux malades, qui fréquemment sont obligés de compter avec leur bourse, et se voient ainsi privés de secours efficaces; cela nuit aux médecins qui ont les bras liés, et encourent le reproche de prescrire des drogues trop dispendieuses. Dans ce cas qui est de tous les lieux, de tous les instants, à qui recourir? Le malade souffre, le temps presse; il faut subir une loi que vous impose une autorité sans contrôle et sans frein. Vous le voyez, monsieur, il y a là une lacune, un vide à combler. La loi à intervenir le remplira-t-elle?

J'ai gardé à dessein, pour la fin, un autre point sur lequel personne, que je sache, n'a rien dit encore.

Qu'est-ce qui, ou qui est ce qui obligera les pharmaciens à exécuter les prescriptions des médecins? De quelle peine seront passibles ceux des premiers qui, sciemment ou par négligence, par un mauvais vouloir ou par cupidité, tronqueront les ordonnances des seconds *hors le cas d'erreur évidente?*

Et qu'on ne vienne pas se récrier contre une telle supposition; qu'on ne vienne pas la taxer d'injurieuse, d'impossible! Je n'écris pas pour faire du sentiment, mais pour dire la vérité. Nous ne sommes plus dans l'âge d'or, non; et l'innocence des mœurs actuelles n'exclut pas un soupçon légitime; je dis *légitime*, car la plaie où je viens de poser le doigt est saignante. Oui, jusqu'alors il dépend d'un pharmacien de perdre tel médecin qui aura pu lui déplaire; oui, sous un régime fondé sur l'égalité devant la loi, il y a des hommes complétement soumis à d'autres hommes; il y a des seigneurs et des serfs, des maîtres et des esclaves; il y a des citoyens qui peuvent dire à d'autres citoyens : « Si vous ne » prescrivez pas beaucoup de médicaments, si vous contrôlez, dans l'intérêt » de vos malades, mes préparations, gare à vous! Je changerai vos formules, je » les blâmerai, je les critiquerai, je ne les exécuterai pas; et vous n'aurez pas » de moyens de me forcer à faire autrement, et vous perdrez votre clientèle, » car vous ne pourrez plus guérir, et vous mourrez de faim, vous et votre fa» mille!!! »

Mais, esprit chagrin, méfiant et frondeur, si vous n'êtes pas content, si vous n'êtes pas sûr de tel pharmacien, envoyez chez un autre!

Et s'il n'y en a qu'un chez vous...? Le monopole n'est-il pas là, toujours là? Soumettez-vous donc, et souffrez sans rien dire.

Vous voyez bien, monsieur, qu'il y a ici un immense abus, un oubli, si l'on veut, et que j'ai eu raison de vous le signaler.

Agréez, etc.

— Quelques personnes ont cru devoir donner une très-grande portée à une décision prise récemment par le conseil général des hôpitaux. Avant de reproduire les récriminations, nous avons voulu connaître les faits. Or il s'agit d'une clinique particulière que le conseil n'a pas cru devoir autoriser. Seulement, comme il a rattaché à ce refus des considérations d'un ordre plus général, on a cru y voir une menace pour l'avenir de l'enseignement libre. S'il en était ainsi, nous nous joindrions à tous les amis de la science et de l'humanité pour réclamer auprès du conseil des hôpitaux, dont les hautes lumières et la prudence peuvent rassurer toutes les craintes. Mais le fait considéré pour ce qu'il vaut est loin d'être aussi alarmant qu'on l'a dit. Ce n'est pas la première fois que le conseil use d'un droit qu'il s'est réservé; et si nous avons bonne mémoire, il n'y a pas deux ans qu'un enseignement clinique, qui existait librement depuis cinq années, a été suspendu tout à coup. On sait à quelles démarches et d'après quelles réclamations cette mesure a été prise; l'on sait aussi dans quels termes le journal qui montre aujourd'hui tant de susceptibilités libérales, l'a rapportée, jugée et accueillie. La GAZETTE MÉDICALE ne croit pas devoir donner de proportions plus grandes au fait ancien qu'au fait nouveau; c'est pour cela qu'elle laisse à d'autres le facile mérite de combattre des dangers qui n'existent pas.

— PROGRAMME DU CONCOURS OUVERT PAR LES DIRECTEURS DU LEGS DE FEU MONNIKHOFF, A AMSTERDAM. — *Première question.* « Des recherches anatomiques, » physiologiques et pathologiques sur l'origine, la nature et les caractères dis» tinctifs des humeurs dites bénignes et malignes, avec indication des résultats » qui pourront en être déduits pour l'avancement de la thérapie chirurgicale et » médicale. »

On désire avant tout que cette question soit approfondie par des recherches et des observations des auteurs mêmes.

Deuxième question. « Un traité anatomique, physiologique et pathologique » sur les déviations de la colonne vertébrale, avec indication d'un mode de trai» tement basé là-dessus et approuvé par l'expérience de l'auteur et d'autrui. »

Les réponses satisfaisantes à ces questions remporteront la médaille d'or de la valeur intrinsèque de *trois cents florins de Hollande*, sous condition que les mémoires, couronnés ou non, restent exclusivement la propriété du legs; qu'ils seront écrits distinctement en caractères romains, d'une autre main que celle de l'auteur, soit en latin, en français, en allemand ou en hollandais, et munis d'un billet cacheté, contenant le nom de l'auteur et son domicile, portant pour adresse l'épigraphe de la réponse, et qu'ils soient envoyés francs de port, avant le 31 décembre 1847, à M. H. Vrolik, professeur à l'Athénée illustre d'Amsterdam.

— Un fait de responsabilité médicale, complétement en désaccord avec nos mœurs professionnelles, a récemment occupé le corps médical de Londres. Il s'agit d'un chirurgien de l'hôpital de Westminster, M. Hale Thompson, accusé par ses élèves d'incapacité et comme opérateur et comme professeur. Deux plaintes ont été adressées à la commission des professeurs de l'hôpital de Westminster. Ceux-ci n'ont pas tenu compte de la première; mais à la seconde réclamation, signée de presque tous les élèves du docteur Thompson, ils ont cru une enquête nécessaire, et ont nommé un sous-comité, contre l'opinion de quelques membres. Plusieurs séances ont été consacrées à cette enquête, et ce qui était digne de remarque, c'est que le plus grand nombre des accusateurs ne parlaient que par ouï-dire, et semblaient obéir plutôt à un mauvais vouloir de suggestion traditionnelle qu'à leur propre conviction.

Le docteur Thompson s'est refusé à donner des éclaircissements sur plusieurs cas déjà fort anciens. La commission a pourtant débattu, en présence de témoins, les cas incriminés, et a discuté sur l'opportunité des opérations et jusque sur les doses des médicaments administrés aux malades.

M. Fresneau a parlé avec fermeté et chaleur en faveur de M. Thompson, et sur ses conclusions, l'assemblée générale a adopté la résolution suivante : « D'après l'enquête qui a eu lieu, l'assemblée est d'avis qu'il n'existe aucun fait tendant à faire douter de l'habileté professionnelle du docteur Thompson. »

— La maladie qui frappe en ce moment les animaux dans les provinces méridionales de la Russie présente tous les symptômes du choléra. Les personnes qui ont observé la marche de ce fléau en 1830 et 1831 assurent que chez les animaux atteints de l'épidémie on retrouve les mêmes phénomènes que chez les individus frappés par le choléra à cette époque.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

REVUE SANITAIRE DE L'ANNÉE 1845.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Nous avons à examiner s'il y a eu un rapport quelconque entre l'état de l'atmosphère et chacune des quatre principales oscillations de la santé publique précédemment indiquées. Ces oscillations peuvent se résumer ainsi :

1° En janvier, maladies fréquentes, probablement de longue durée et souvent mortelles. Calme en février.

2° En mars, avril, mai et juin, recrudescence très-prononcée ; maladies plus courtes et moins souvent mortelles, sauf celles de juin, qui paraissent avoir été tout à la fois plus longues et plus graves. Calme en juillet, août et septembre.

3° En octobre, recrudescence brusque; maladies assez longues et donnant une mortalité moyenne. Calme en novembre.

4° En décembre, nouvelle recrudescence.

Les conditions météorologiques, dans leurs rapports avec ces faits, doivent être considérées sous deux points de vue principaux : 1° *en elles-mêmes*, c'est-à-dire en tant que qualités manifestes de l'air, le chaud, le froid, le sec, l'humide, etc., chacune d'elles pouvant exercer sur la santé publique une action spéciale corrélative au mode d'action qui lui est propre; 2° dans leurs *variations* successives, c'est-à-dire dans la substitution plus ou moins brusque du froid au chaud, du chaud au froid, du sec à l'humide, de l'humide au sec, d'une atmosphère plus pesante à une atmosphère qui l'est moins, etc. Ces deux ordres de conditions sont exposés dans les tableaux suivants. Le premier exprime, pour chaque mois, la hauteur *moyenne* du baromètre et du thermomètre. Il est à regretter que l'Observatoire n'enregistre pas, ou du moins ne publie pas d'observations hygrométriques, et s'en tienne à mesurer la quantité de pluie tombée dans la cour ou sur la terrasse; cette mesure ne peut donner qu'une appréciation peu rigoureuse du degré d'humidité de l'atmosphère. Nous nous en occuperons cependant plus loin, ainsi que de la direction des vents.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DE 1845, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIES.		Vents qui ont régné, classés d'après leur ordre de fréquence.
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ. mm c	Terrasse. mm c	
Janvier	754,98	+ 1,6	754,57	+ 3,1	754,11	+ 4,0	754,08	+ 2,4	+ 2,4	5,075	4,207	S. N. O. E.
Février	755,72	— 0,5	755,70	+ 0,8	755,41	+ 1,5	755,94	— 0,9	— 0,6	3,773	2,725	N. O. S. E.
Mars	756,41	+ 1,4	756,25	+ 3,0	755,76	+ 3,8	756,49	+ 1,6	+ 1,3	3,215	3,443	N. O. S. E.
Avril	752,44	+ 11,3	751,93	+ 13,8	751,53	+ 14,4	752,23	+ 10,4	+ 11,2	4,949	4,137	S. N. O. E. (1)
Mai	753,07	+ 11,5	752,81	+ 13,1	752,37	+ 13,5	752,97	+ 9,8	+ 11,0	5,759	5,187	O. N. S. E.
Juin	755,73	+ 18,4	755,58	+ 20,3	755,21	+ 20,6	755,78	+ 16,7	+ 17,8	8,211	7,482	S. O. N. E.
Juillet	755,90	+ 18,2	755,75	+ 20,1	755,47	+ 20,8	755,76	+ 16,7	+ 17,1	4,804	4,096	O. S. N. E.
Août	755,28	+ 16,5	754,84	+ 18,4	754,41	+ 19,0	755,38	+ 14,5	+ 16,0	4,955	4,740	O. S. N. —
Septembre	755,55	+ 15,1	755,24	+ 17,5	755,56	+ 18,3	755,09	+ 14,5	+ 15,2	7,625	6,540	E. S. N. O.
Octobre	759,00	+ 10,1	758,67	+ 12,9	758,12	+ 13,6	758,72	+ 10,0	+ 10,5	3,530	2,901	O. S. E. N.
Novembre	752,96	+ 7,2	752,58	+ 9,7	752,16	+ 10,3	752,78	+ 8,0	+ 8,2	7,525	6,231	S. O. E. N.
Décembre	755,83	+ 5,0	755,62	+ 6,6	755,25	+ 6,6	754,98	+ 5,8	+ 5,6	7,832	6,447	O. S. N. —

Le second tableau, relatif aux *variations* atmosphériques, comprend deux parties distinctes. Dans la première, nous avons noté, pour chaque mois, les oscillations les plus prononcées qui ont eu lieu, *d'un jour à l'autre*, dans les colonnes barométriques et thermométriques ; nous entendons toutes celles de 6 millimètres au moins pour le baromètre, et de 4 degrés au moins pour le thermomètre. Dans la seconde partie du tableau, chaque mois est divisé en trois périodes s'étendant, la première du 1er au 10 inclusivement, la seconde du 10 au 20, la troisième du 20 à la fin du mois, et nous avons noté pour chaque période le minimum et le maximum. On a ainsi, tout à la fois, l'*époque exacte* des variations principales, la *mesure* de ces variations, et les degrés de *température* et de *pression* atmosphérique entre lesquels elles ont lieu.

(1) *Ex æquo.*

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES ET PHILOSOPHIQUES SUR LES HUITRES.

> Les aliments et les boissons qui servent de remèdes ont seuls prolongé ma vie.
>
> (Voltaire, CORRESP. GÉNÉRALE, décembre 1765.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Nous avons vu, dans l'article précédent, combien les huîtres, ces mollusques de si peu de valeur en apparence, contribuaient à nos jouissances gastronomiques, à cet heureux confortable de la table encore si peu répandu. Nous avons fait remarquer une de leurs plus éminentes qualités, celle d'exciter doucement l'estomac, du moins dans cette proportion que leur usage satisfait sans rassasier jamais, à moins d'inconcevables excès. Une aussi remarquable qualité rend nécessairement les huîtres très-précieuses aux estomacs délicats, aux personnes souffrantes, aux convalescents, aux dégoûtés, etc. ; bien entendu que leur usage sera néanmoins proportionné aux forces digestives, très-variables chez la plupart des hommes. Il est, en effet, des estomacs robustes qui engloutissent d'énormes quantités d'huîtres. Dans ce cas, à parler rigoureusement, elles ne sont pas digérées, elles sont dissoutes, liquéfiées, pour ainsi dire, à mesure qu'elles arrivent dans l'estomac. Le docteur Gastaldy, jadis président du comité dégustateur, qui mourut dignement comme il avait vécu, car il fut frappé à table d'apoplexie, alors qu'il tenait dans sa main un morceau de pâté de foie gras, eh bien ! Gastaldy avalait impunément trente à quarante douzaines d'huîtres ; tout un *banc* y aurait passé. Mais peu d'estomacs sont doués d'aussi brillantes prérogatives ; il en est même qui ne supportent qu'une quantité fort modérée de ces zoophytes. Les personnes ne digérant que lentement ne peuvent prendre qu'une petite quantité d'aliments, et les huîtres ne font pas exception. Il est, d'ailleurs, une remarque importante à faire, c'est que tout estomac faible est un estomac irritable, point hygiénique très-essentiel à ne pas perdre de vue. C'est ainsi qu'on croit corroborer cet organe par des liqueurs spiritueuses surexcitantes, et il n'en est rien ; on l'irrite sans le fortifier, on le fatigue sans lui donner plus d'énergie.

Une autre remarque non moins opportune, c'est que, de tous les viscères de l'économie, l'estomac est, sans contredit, le plus irrégulier dans ses fonctions, dans son instinct. Ses fantaisies, ses caprices, ses bégueuleries, qu'on nous passe cette expression, sont infinies, et toutes cependant doivent être connues pour accomplir l'acte solennel d'une parfaite digestion. C'est là ce qu'il faut bien connaître, à cause des nombreuses sympathies de l'estomac avec les autres parties de l'économie, notamment avec le cerveau, siége de l'intelligence ; sympathies connues et avouées de tous les physiologistes philosophes. *Manger* est donc une chose, *digérer* en est une autre, et malheur à qui ces deux fonctions ne sont pas en harmonie ; ainsi, l'estomac est le protecteur ou le destructeur de la santé, selon qu'il existe ou non une concordance de ces deux actions. On ne

TABLEAU DES VARIATIONS ATMOSPHÉRIQUES (1).

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
	Du 15 au 16	6mm	mm	Du 1 au 2	•	4°	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 18 au 19		7	Du 4 au 5	4													
	Du 19 au 20		19	Du 6 au 7		4												
	Du 20 au 21	26		Du 10 au 11	6,5													
Janvier.	Du 23 au 24		11	Du 14 au 15		5,5	758,54	766,25	732,25	762,24	737,20	765,38	— 3,5	+ 3,8	— 0,6	+ 6,0	— 1,2	+ 7,9
	Du 24 au 25	8,5		Du 18 au 19	6,5													
	Du 25 au 26		10,5	Du 25 au 26	5,5													
	Du 27 au 28		9,5	Du 26 au 27		5												
	Du 5 au 6		11	Du 8 au 4		4												
	Du 11 au 12	14,5		Du 11 au 12		4												
	Du 13 au 14		21	Du 13 au 14	8													
Février.	Du 21 au 22		14	Du 16 au 17		4	749,68	761,08	749,28	768,68	744,29	762,24	— 5,8	+ 2,8	—10,0	+ 1,1	— 9,5	+ 6,7
	Du 24 au 25	12		Du 19 au 20		9												
	Du 25 au 26		8	Du 21 au 22	10													
				Du 25 au 26	6													
	Du 12 au 13		6,5	Du 3 au 4		6												
	Du 19 au 20	8		Du 13 au 14		5												
Mars.	Du 20 au 21	13		Du 15 au 16	5		751,79	759,80	742,83	757,74	757,42	770,59	— 7,3	+ 1,1	— 5,8	+ 1,4	+ 1,3	+ 9,2
	Du 23 au 24		10	Du 22 au 23	4,5													
				Du 24 au 25		4,5												
	Du 8 au 9		20	Du 9 au 10		4												
Avril.	Du 11 au 12	12,5		Du 19 au 20		5	729,05	763,93	734,89	757,45	749,10	762,09	+ 6,2	+13,8	+ 6,2	+12,5	+12,8	+17,5
	Du 13 au 14		9															
	Du 6 au 7		6	Du 16 au 17	4													
Mai.	Du 21 au 22		7	Du 17 au 18		5	744,08	760,12	749,32	762,78	743,79	761,80	+ 7,6	+15,3	+ 7,5	+13,2	+ 9,5	+18,5
	Du 22 au 23	8																
	Du 30 au 31	13																
	Du 2 au 3		10	Du 2 au 3		6												
	Du 18 au 19	5,5		Du 9 au 10	6													
Juin.	Du 21 au 22	6		Du 12 au 13		4	746,23	766,11	751,36	759,49	744,92	759,88	+12,1	+21,8	+14,8	+24,1	+15,4	+20,9
	Du 27 au 28		9	Du 18 au 19		7												
	Du 28 au 29	11		Du 19 au 20	5													
				Du 21 au 22		5												
	Du 3 au 4	7		Du 2 au 3	4													
	Du 10 au 11		6	Du 3 au 4		9												
	Du 11 au 12		6	Du 4 au 5	4													
	Du 28 au 29		7	Du 5 au 6	6													
Juillet.	Du 29 au 30	10		Du 7 au 8		6	751,94	762,76	749,97	760,58	745,23	757,52	+15,7	+25,8	+14,4	+21,0	+13,6	+20,1
				Du 11 au 12		5												
				Du 13 au 14	5													
				Du 18 au 19		4												
				Du 28 au 29		6,5												
	Du 1 au 2		6	Du 1 au 2		5												
	Du 2 au 3	7		Du 18 au 19	4													
Août.	Du 18 au 19		10	Du 27 au 28		4	748,30	755,57	743,84	758,85	756,59	764,26	+14,2	+19,8	+12,6	+20,4	+13,3	+21,3
	Du 19 au 20	9																
	Du 21 au 22	6																

(1) Nous négligeons les fractions trop minimes.

saurait nier qu'il y a dans ce principe une bonne leçon de sagesse expérimentale. Avec un estomac faible et délabré, s'adonner au culte de la gastronomie, c'est une dangereuse folie, et elle doit être courte, comme toutes les folies. Cependant, que les infortunés condamnés à mal digérer ne désespèrent pas, ils trouveront dans les huîtres la manne de consolation, une précieuse ressource pour soutenir l'estomac, en exciter les forces à un degré convenable, pour peu qu'on y ajoute une alimentation choisie. Les huîtres sont légères, nutritives, éminemment digestibles. Où veut-on chercher des conditions plus heureuses, un aliment plus convenable aux estomacs débiles, inertes, irrités ou légèrement phlogosés, à ces malheureux gastralgiques, à ces hypocondriaques dont l'attention est perpétuellement concentrée sur leur digestion, parce qu'ils digèrent mal? A moins que la maladie n'exige des remèdes spéciaux, d'une indication formelle, les huîtres, données en abondance plusieurs fois dans la journée, conviennent parfaitement. Il faut l'avouer, les remèdes sont des maux présents, acceptés dans une vue assez incertaine d'un bien à venir; heureux donc quand il est possible de les remplacer par des aliments qui plaisent au goût. Selon Montaigne, la *drogue est ennemie de notre nature.* L'expression est trop générale pour être juste; c'est une boutade du philosophe périgourdin, piqué de ce que les médecins ne pouvaient guérir sa gravelle, maladie qui faisait que la mort le *pinçait aux reins.* Cependant, quand il est possible de remplacer la drogue par l'aliment, on a résolu un important problème, guérir ou soulager par le plaisir, émousser la douleur par la jouissance.

C'est surtout dans les affections nerveuses, irrégulières, insupportables, où l'on répugne à tout, où la vue d'un mets quelconque, fût-il délicat, apprêté par Carême ou Chevet, soulève l'estomac, que les huîtres administrées avec sagesse et discernement produisent d'excellents effets, et s'il est possible de les donner avec profusion, d'en gorger le malade, on obtient parfois des guérisons inespérées. La diète *ostrée*, comme je l'ai nommée ailleurs, est bien supérieure à la diète lactée, qui ne convient guère qu'à certaines personnes et dans un temps assez limité. Les huîtres au contraire, nous l'avons dit, à peu d'exceptions près, plaisent universellement, et on peut en prolonger l'emploi, avec de courts intervalles, d'une manière indéfinie. Nous avons vu un artiste, atteint d'une maladie au foie, se guérir par ce moyen. Des huîtres et de la *tisanne* de Champagne pendant plusieurs mois, ce fut là sa pharmacie, son unique régime, et son talent resta dans la force et l'éclat qu'il pouvait désirer. Aussi, dans l'enthousiasme de sa reconnaissance, aurait-il volontiers consacré un autel à l'huître qu'il appelait sa mère bienfaitrice. On lit dans Athénée que, chez les anciens, l'*esturgeon* était porté dans les festins par des esclaves couronnés et précédés d'un joueur d'instruments. On s'étonne vraiment qu'un pareil triomphe n'ait pas été décerné aux huîtres, dont la chair est bien autrement délicate que celle de l'esturgeon; mais de tout temps il en fut ainsi: les honneurs ne vont pas toujours aux plus dignes et aux plus utiles, *sic olim, nunc hodie.*

Il est surtout un état particulier de l'estomac qui exige impérieusement une grande réserve dans le régime; c'est la convalescence. Après une grave maladie, l'estomac est tellement brisé par le double supplice de la diète et des remèdes, qu'il n'a pas même le sentiment de la faim, tant l'atonie est extrême. Souvent le bouillon le plus léger ne peut passer, le potage le plus confortable est d'un insupportable poids; mais permettez quelques huîtres, et le malade se

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élevat.	Abais.	Jours.	Élevat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
							mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 1er au 2		9	Du 7 au 8	4°													
	Du 14 au 15		6	Du 10 au 11		4												
	Du 15 au 16	10		Du 14 au 15		4,5												
Septem.	Du 18 au 19	7,5		Du 16 au 17	5		755,92	760,20	750,20	758,52	750,62	761,29	+13,8	+21,6	+12,4	+18,2	+ 8,5	+17,5
	Du 26 au 27	8,5		Du 23 au 24		8												
	Du 29 au 30		7	Du 25 au 26	5													
				Du 27 au 28	6													
	Du 4 au 5	6		Du 1er au 2	4,5													
	Du 5 au 6		6,5	Du 4 au 5		4,5												
	Du 9 au 10	6		Du 16 au 17		4												
	Du 10 au 11		9	Du 17 au 18	4,5													
Octobre.	Du 11 au 12	21		Du 23 au 24		4,5	742,88	758,88	739,21	769,82	757,15	770,75	+ 8,2	+18,7	+ 4,1	+13,2	+ 5,0	+ 9,7
	Du 12 au 13	7																
	Du 15 au 16		5,5															
	Du 19 au 20		6															
	Du 4 au 5		6	Du 5 au 6	4													
	Du 5 au 6		6	Du 13 au 14		4												
	Du 10 au 11		7	Du 25 au 26	6,5													
	Du 11 au 12	6		Du 27 au 28		4,5												
Novemb.	Du 13 au 14	13					746,68	763,24	739,86	758,26	747,87	764,13	+ 4,3	+11,5	+ 4,15	+11,0	+ 1,0	+ 9,8
	Du 16 au 17		6															
	Du 20 au 21	7,5																
	Du 24 au 25	6																
	Du 27 au 28		10															
	Du 2 au 3		11	Du 1er au 2	5													
	Du 4 au 5		6	Du 3 au 4		4												
	Du 7 au 8	12		Du 4 au 5	9													
	Du 12 au 13	9		Du 5 au 6		4,5												
	Du 14 au 15		10	Du 8 au 9	7													
	Du 17 au 18		11	Du 12 au 13		4,5												
Décemb.	Du 19 au 20		9,5	Du 14 au 15	6		747,72	765,37	735,02	768,62	734,13	766,38	+ 0,8	+11,2	+ 0,1	+ 9,3	— 0,2	+ 9,5
	Du 21 au 22	12,5		Du 24 au 25		4,5												
	Du 22 au 23		18	Du 25 au 26	4,5													
	Du 23 au 24	20		Du 28 au 29		4,5												
	Du 24 au 25	12		Du 29 au 30	6													
	Du 27 au 28		9	Du 30 au 31		5												
	Du 20 au 31	6																

Il suffit de jeter les yeux sur le premier de ces deux tableaux pour reconnaître que les différentes *qualités* de l'atmosphère, le chaud, le froid, le degré de pesanteur de l'air, considérées d'une manière absolue et indépendamment de leurs variations, n'ont pas exercé sur le mouvement des hôpitaux une influence bien prononcée. Ainsi, en mars, avril, mai, à mesure que la température s'élève et devient plus douce, la pesanteur moyenne de l'air restant à peu près la même, le nombre des entrées augmente et la proportion des décès reste fort élevée. Ainsi que nous l'avons fait remarquer, le mois de juillet, dont la température moyenne est de + 17°,1, donne presque autant d'entrées que le mois de janvier, dont la température est à + 2°,4, et en donne plus que le mois d'octobre, dont la température est de + 10°,5. Nous ne voulons pas en conclure que les qualités manifestes de l'air soient par elles-mêmes sans influence aucune sur la santé publique. Il paraît au contraire certain que chacune d'elles exerce une action spéciale sur le jeu des principales fonctions, et en particulier sur la circulation. Suivant que l'atmosphère est chaude ou froide, pesante ou légère, l'organisme se sent différemment influencé, et cette sensation dure autant que l'état atmosphérique qui l'a provoqué. Nous aurons occasion, sans doute, ultérieurement, de chercher à préciser ces diverses influences et leurs différents modes d'action; mais, pour le moment, tout ce que nous voulons établir, c'est leur impuissance à affecter par eux seuls, d'une manière évidente, le mouvement des hôpitaux.

Ce mouvement est-il en rapport avec les *variations* météorologiques, avec les oscillations plus ou moins brusques du baromètre et du thermo-

sent renaître; un peu plus tard, quand l'appétit devient, au contraire, vif et tourmentant, toutefois hors de proportion avec les forces de l'estomac, si vous donnez trop d'aliments substantiels, les indigestions sont à craindre; mais, par l'usage des huîtres, on satisfait la faim sans l'assouvir, et l'indigestion n'est pas à craindre; puis, à l'aide d'autres aliments, on parvient à la pleine restauration des forces. Quand un convalescent dit qu'il n'aime pas les huîtres ou qu'il est impossible de s'en procurer, c'est un malheur; on peut être assuré que le rétablissement de la santé sera long et difficile. La vie ne revient vite et bien que par les huîtres; elle s'entretient également de cette manière, car beaucoup de vieillards en font un usage copieux et s'en trouvent à merveille. Par cet aliment, le corps se raffermit, s'invigore; l'esprit participe également à cette bienfaisante influence, car les digestions sont bonnes, et les révélations intuitives de l'estomac ne sont jamais à négliger.

Il est encore un produit naturel des huîtres qu'on ne doit pas dédaigner, c'est l'eau qu'elles contiennent. Ce liquide provient de l'eau de la mer qu'elles ont humée, mais qui, étant digérée, n'a plus les défauts de celle de la mer, c'est-à-dire le fond d'amertume et d'âcreté qui lui est particulière. L'eau des huîtres est assez limpide, d'un goût légèrement salé, saveur qui plaît à beaucoup de personnes. Loin d'être purgative comme celle de l'Océan, du moins pour quelques individus d'une faible complexion, celle des huîtres aide et favorise la digestion; on lui a même attribué une foule de propriétés médicamenteuses extraordinaires, mais qu'elle ne possède nullement. On a été jusqu'à la comparer à l'eau de Vichy, à l'eau de Barége, de Plombières, etc.; on a prétendu même que c'était une eau minérale *animale* (nous conservons l'expression), la seule capable de dissoudre les graviers, de dissiper les engorgements du foie, de la rate, de calmer les irritations de beaucoup d'organes, etc. Tout cela est chimérique. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'eau des huîtres les entretient fraîches, prolonge leur vie pendant quelque temps, jusqu'à ce que cette vie trouve sa fin dans notre estomac, jusqu'à ce que l'huître se transforme en nous-même, sorte de métempsycose d'ailleurs très-évidente chez certaines personnes.

On voit combien ce mollusque de chétive apparence, et si vilipendé par un odieux dicton, a de précieuses qualités; combien l'humanité lui est redevable de plaisirs, de bonheur, de jouissances, de remèdes et de soulagements! Que de choses dans une huître! Oui, on peut le dire hardiment, sans craindre d'être taxé d'adulation exagérée. D'ailleurs, l'éloge que nous en faisons ne ressemble guère à un panégyrique d'Académie; en effet, quiconque a connu le défunt sait très-souvent à quoi s'en tenir sur les pompeuses qualités du cœur et de l'esprit qu'on lui attribue si libéralement. Mais ici la renommée est-elle donc l'infidèle dispensatrice de la gloire? Non, sans doute. Dans l'éloge de l'huître, le mensonge n'est pas permis, car le sujet est connu, bien connu, apprécié de tous; c'est donc la vérité même. Toutes les classes de la société peuvent être appelées en témoignage, parce qu'il y a partout des hommes de plaisir et d'entrain, et plus souvent encore des êtres qui souffrent, des estomacs languissants, des convalescents qui aspirent à la santé, etc. Aussi avons-nous placé l'huître au premier rang de cette bienfaisante médecine par l'alimentation, cette *thérapeutique* gastronomique que doivent à l'humanité les docteurs, les plus instruits, les plus spirituels et les plus gourmands.

mètre? Sans nous préoccuper des idées reçues, interrogeons simplement les faits.

En janvier, des oscillations brusques et considérables ont lieu dans la colonne *barométrique.* Du 18 au 19, le mercure descend de 7mm; du 19 au 20, il descend encore de 19mm; en tout 26mm. Puis, dès le lendemain, il est remonté d'une quantité égale, 26mm. Deux jours après, il descend de 11mm, remonte le lendemain de 8mm,5, et descend encore le surlendemain de 10mm,5, et deux jours après de 9mm,5. Ces oscillations ont lieu entre un minimum de 732mm,25 et un maximum de 766mm,25. Les oscillations du thermomètre sont proportionnellement moindres, et surtout ne se succèdent pas avec la même rapidité; cependant elles sont loin d'être insignifiantes. Ainsi, du 1er au 2, 4° d'abaissement; du 4 au 5, 4° d'élévation; du 6 au 7, nouvel abaissement de 4°; du 10 au 11, élévation de 6°,5; du 14 au 15, abaissement de 5°,5; du 18 au 19, élévation de 6°,5; enfin, du 25 au 26, le mercure monte encore de 5°,5, pour redescendre dès le lendemain de 5°. Ces oscillations ont lieu entre un minimum de — 1°,2 et un maximum de + 7°,9. — A l'aspect de ces soubresauts barométriques et thermométriques, on est assurément fort tenté de leur attribuer le grand nombre et la gravité des maladies envoyées aux hôpitaux par le mois de janvier, d'autant plus que le baromètre accuse surtout des *diminutions* brusques de la pression atmosphérique, c'est-à-dire la condition météorologique la plus désagréable aux constitutions délicates. Cependant poursuivons.

Le mois de février est celui qui a fourni le moins d'entrées. Que disent nos tableaux? La colonne barométrique a subi quatre abaissements brusques, moins considérables que dans le mois précédent, mais encore assez prononcés; l'un d'eux est de 21mm, un autre de 14mm, le troisième de 11mm, et le quatrième de 8mm. Ce dernier abaissement avait été précédé la veille d'une élévation brusque de 12mm, et offrait ainsi des conditions favorables à une action morbide sur l'économie. Le minimum des oscillations a été de 744mm,29, et le maximum de 768mm,68. D'où il suit que la pression atmosphérique, d'une part, n'est pas tombée aussi bas qu'en janvier, et, de l'autre, n'a pas varié dans des limites aussi étendues. — Quant au thermomètre, il a présenté, soit de bas en haut, soit de haut en bas, des mouvements brusques plus considérables et à peu près aussi nombreux qu'en janvier, et dont les limites extrêmes sont marquées par—10°,0 et + 6°,7. Rien donc ici ne justifie l'immunité dont a joui le mois de février. La seule circonstance à laquelle on pourrait chercher à la rapporter est le degré toujours assez élevé, pendant ce mois, de la pression atmosphérique. La suite de cet examen fixera l'opinion à cet égard. Mais on se rappelle que la *mortalité* a été proportionnellement très-considérable dans le mois de février. Les vicissitudes atmosphériques de ce mois ont-elles, en effet, exercé une influence funeste sur les maladies de cette époque et sur celles reçues en janvier? C'est encore une question que nous posons et que nous serons tout à l'heure plus en mesure de résoudre.

Les mois de mars, avril, mai et juin sont les plus riches en entrées. Les deux premiers offrent la plus forte proportion de décès, le mois de juin la proportion la plus faible, et le mois de mai une proportion moyenne. Or, dans ces quatre mois, les variations brusques du baromètre et du thermomètre sont notablement moindres et plus rares que dans les mois précédents. En mars, du 12 au 13, un abaissement barométrique de 6mm,5 seulement; du 23 au 24, un autre de 10, précédé, il est vrai, à deux jours d'intervalle, de deux élévations successives, l'une de 8mm, l'autre de 13mm. Trois abaissements thermométriques dont le plus fort est de 6°, et deux élévations dont la plus forte est de 5°. En avril et mai, presque pas de soubresauts. D'un bout à l'autre du mois, ou à peu près, les mouvements du baromètre et du thermomètre se font graduellement, sans secousses notables. Dans le mois de juin enfin, si les variations sont un peu plus prononcées que dans les deux mois précédents, elles sont incomparablement moindres qu'en janvier et février. Quant aux limites extrêmes des oscillations, elles s'étendent : 1° en mars, pour le baromètre, de 742mm,83 à 770mm,59; pour le thermomètre, de — 7°,3 à + 9°,2; 2° en avril, pour le baromètre, de 729mm,05 à 763mm,93; pour le thermomètre, de + 6°,2 à + 17°,5; 3° en mai, pour le baromètre, de 743mm,79 à 762mm,78; pour le thermomètre, de + 7°,5 à + 18°,5; 4° en juin, pour le baromètre, de 744mm,92 à 766mm,11; pour le thermomètre, de + 12°,1 à + 24°,1.

Tout à l'heure nous nous demandions si l'immunité dont a joui le mois de février, quant au nombre des entrées, pouvait être attribuée au degré constamment élevé de la pression atmosphérique; et voilà que, dans les quatre mois les plus chargés en entrées, la pression se maintient dans les mêmes limites qu'en février, à 2 ou 3 millim. près, sauf toutefois le mois d'avril, dans lequel le baromètre est descendu une fois à 729mm,05 (15mm au-dessous du minimum de février). Nous nous demandions encore si, au moins, il n'existait pas un rapport entre les perturbations atmosphériques de ce dernier mois et la mortalité considérable qu'il a présentée, et voilà que les mois de mars et avril, les plus chargés de tous en décès, comptent parmi les plus exempts de perturbations; le dernier surtout, qui vient en seconde ligne dans *le calendrier des décès*, est le plus calme de tous les mois. Par contre, le mois de juin, dont les variations, quoique peu prononcées, le sont pourtant plus que celles de mars et d'avril, est le dernier du calendrier. Quant au mois de mai, qui offre une mortalité moyenne, il est remarquable aussi par la rareté et le faible degré des variations.

Qu'on examine les chiffres relatifs à chacun des autres mois, et l'on se convaincra que, pour la plupart, il n'a existé aucune concordance entre les brusques oscillations du baromètre et du thermomètre et la fréquence ou la léthalité des maladies reçues dans les hôpitaux en 1845. — En *juillet*, maladies de fréquence et de gravité moyennes; variations météorologiques plus prononcées qu'en avril, si riche en entrées et en décès. — En *septembre*, peu d'entrées, peu de décès; variations assez considérables. — En *novembre*, même chose. — Restent les mois d'août, octobre et décembre, dans lesquels le mouvement des hôpitaux n'est pas trop en désaccord avec les observations météorologiques; mais les faits qui précèdent ôtent toute valeur à cette coïncidence.

Pour donner une garantie de plus à nos appréciations, nous avons relevé dans les tables de l'Observatoire les moyennes des *minima* et des *maxima* thermométriques quotidiens. Or les différences qui existent entre ces moyennes ne sont pas davantage en rapport avec les variations des chiffres des entrées et des décès. Ainsi, dans le mois de janvier (entrées nombreuses), la différence entre le minimum et le maximum n'est que de 3° environ pour chacune des trois périodes de dix jours. En février (entrées peu nombreuses), la différence est de 2° pour la première période, 5° pour la seconde, et 6° pour la troisième. Dans le mois le plus chargé, les différences sont de 7,7 et 8°, chiffres inférieurs à ceux des mois d'août et septembre, qui sont si peu chargés. Au reste, il faut remarquer que les *moyennes* de *minima* et *maxima* expriment surtout les variations régulières de température qu'amène la marche naturelle des saisons, et qu'elles ont moins de valeur, au point de vue du problème actuel, que les indica-

---

Une preuve de notre impartialité pour cette exquise production, qui se recommande doublement à la reconnaissance des malades et des gens pleins de santé, c'est que nous nions la qualité que lui attribuent certains auteurs, qualité si estimée dans les harems, si recherchée par ces riches blasés qui, ayant trop sacrifié à la bonne déesse, n'ont plus d'encens à lui offrir. Dans cet espoir de *résurrection*, il est des hommes qui ont poussé l'*ostréophagie* à un point extrême, incalculable, mais sans obtenir les résultats qu'ils s'en promettaient; le désir n'allait pas plus loin que l'imagination. Nous pouvons citer le fait suivant à l'appui de notre assertion. Un vieux et riche banquier, quelque peu clerc, demanda à son médecin si les huîtres avaient en effet la bienheureuse propriété dont on les gratifie. Le médecin, en homme prudent, répondit que rien n'était moins certain; mais il l'assura en même temps, d'après Chirac, célèbre médecin du régent, que les huîtres n'ayant pas le danger des autres drogues employées en pareil cas, il pouvait en essayer. Notre *affligé* en usa et en abusa; des cloyères entières disparaissaient chaque jour. Un matin, le docteur vint le voir et s'informer de l'effet du remède; mais la réponse ne se fit pas attendre, et elle fut désastreuse, *silent organa....* Peut-être en est-il de même de la liqueur, jadis fameuse, que fournissaient les fourmis, et appelée, par une étrange hyperbole, *essence de magnanimité.* Les véritables philtres, dans ce cas, sont la jeunesse, la santé et la modération. Du reste, les huîtres ont tant d'autres qualités qu'on peut bien leur refuser celle-là sans diminuer en rien leurs bienfaits envers l'humanité.

Toutefois, il en est de ce remède comme de tous les autres; on sait que le *modus faciendi* ajoute beaucoup à leur efficacité, d'autant plus que l'art culinaire doit avoir un degré tout particulier de perfection pour les estomacs très-susceptibles; *les délicats sont difficiles*, La Fontaine l'a dit avec tant de raison. Aussi les huîtres reçoivent-elles un complément d'éducation dans des parcs réservés à cet effet. De là les différentes variétés de ce mollusque, quoique dans le fond ce soit toujours la même espèce. Les huîtres ordinaires, petites ou grandes, les huîtres vertes, les huîtres de Marenne ne diffèrent pas dans le fond, mais chacune d'elles a son degré d'*esculence;* or le palais fin et raisonneur d'un gourmet ne s'y trompe pas. Toutefois, il est dans toutes une condition indispensable à observer, une condition d'urgence : c'est de les manger fraîches, tout animées, s'il est possible, de leur pleine et entière vitalité. La fraîcheur et la vie sont ici tellement identiques, tellement liées, qu'il est impossible de les séparer sans méfait gastronomique, sans crime de lèse-nature. Les anciens, ces gourmands achevés, n'oubliaient pas cette condition. Comme nous, ils mangeaient les huîtres au commencement du repas, et on les ouvrait sur la table. *In ipsâ mense aperiuntur*, dit très-expressément Sénèque. (Épist. 88.) Les médecins, les gastronomes, les savants, sont ici d'un accord unanime; notez ce point important. Oui, il faut engloutir les huîtres toutes vivantes, si l'on veut en obtenir la jouissance, le bien-être, l'efficacité qu'on en attend. L'huître fraîche, la caille grasse, la femme potelée, sont trois choses qui contribuent singulièrement à notre félicité, si on en croit l'expérience des connaisseurs.

Quant aux condiments, que peut-on en dire? Les gastronomes, les vrais amateurs, avalent les huîtres telles que la nature les donne; ils craignent trop de perdre le goût exquis de leur chair. Mais il est des personnes qui s'accommodent mieux d'un peu de poivre, de jus de citron, soit pour en relever la saveur, soit pour qu'elles ne produisent pas un effet purgatif, ainsi qu'il arrive chez certains

tions d'abaissement ou d'élévation brusques et journalières de la colonne barométrique, telles qu'elles ont été données plus haut.

Enfin, nous avons consulté avec soin, sur les mêmes tables, les oscillations du baromètre et du thermomètre, non plus d'un jour à l'autre, mais aux différentes époques d'une même journée : à neuf heures du matin, à midi, à trois heures du soir, et là encore, nous ne sommes arrivé qu'à des résultats négatifs. Le lecteur en jugera, d'ailleurs, par les moyennes des variations diurnes notées dans le premier de nos deux tableaux.

Ne pourrait-il pas arriver que l'influence des variations météorologiques ne se fît sentir qu'après un temps plus ou moins long, et, par suite, retentît sur le mouvement sanitaire, non pas dans le mois même où elles ont lieu, mais dans le mois suivant? Cette supposition tombe encore devant les faits. Et d'abord nous nous sommes assuré que les variations des derniers mois de 1844 (1) étaient trop légères pour expliquer la fréquence des maladies en janvier 1845. Puis, si l'on pouvait croire, à la rigueur, que les variations considérables de février ont amené la recrudescence de mars et d'avril, on demanderait comment l'état météorologique très-satisfaisant de mars et d'avril concorde avec l'état sanitaire très-mauvais d'avril et de mai; pourquoi le mois de septembre, plus beau que le mois d'octobre, lui a transmis plus de malades qu'octobre n'en a transmis à novembre, etc.

Que conclure de cet ensemble de faits? Faut-il croire que les variations atmosphériques n'exercent absolument aucune influence sur la santé publique? Une telle conséquence serait trop en opposition avec l'expérience la plus vulgaire. Il ne faut pas d'ailleurs oublier qu'il ne s'agit ici que des hôpitaux dont le mouvement n'est pas uniquement subordonné à la fréquence et à la gravité des affections régnantes, et porte sur une classe soumise à plus de causes pathologiques que le reste de la population. Il ne s'agit non plus que d'un mouvement sanitaire général relatif au *nombre* et à la *mortalité*, et ainsi se trouve entièrement réservée la question de l'influence des conditions météorologiques sur les formes, le siége, la nature des maladies. Cependant, on ne peut se le dissimuler, ces considérations n'affaiblissent que très-peu la portée du résultat, sans doute inattendu, auquel nous sommes arrivé. Les mois de grande affluence dans les hôpitaux (mars, avril, mai, juin) ne sont pas ceux où les ouvriers pâtissent le plus; c'est le temps du travail, partant du bien-être, et l'on ne voit pas la cause mystérieuse qui, en l'absence de grandes intempéries, les pousse vers les hôpitaux. Ce n'est pas l'effet tardif des souffrances endurées pendant l'hiver : il suffit, pour s'en convaincre, de considérer le début rapide, la forme aiguë des maladies du printemps, et surtout leur siége habituel dans les voies respiratoires. Qu'est-ce donc? Nous l'ignorons absolument, et cette question ne provoque en nous autre chose que le souvenir de ces paroles de Sydenham: « Quoique j'aie observé avec tout le soin possible les différentes constitutions des années par rapport aux qualités manifestes de l'air, afin de pouvoir découvrir par ce moyen les causes de cette grande variété des maladies épidémiques, je ne vois pas que j'aie rien avancé jusqu'ici.... Il y a diverses constitutions d'années qui ne viennent ni du chaud ni du froid, ni du sec ni de l'humide, mais plutôt d'une altération *secrète* et *inexplicable*. »

Terminons par un examen rapide des conditions météorologiques relatives au degré d'humidité et à la direction des vents.

(1) En décembre, le *baromètre* a baissé, du 12 au 13, de 9^{mm}; du 15 au 16, de 5^{mm}; s'est élevé, du 17 au 18, de 6^{mm}, et du 18 au 19, de 7^{mm}. Le thermomètre a monté, du 14 au 15, de 4°, et a baissé, du 18 au 19, de 4°.

Si l'on jette un coup d'œil sur le premier tableau, l'on verra qu'à l'encontre des variations barométriques et thermométriques, le degré d'humidité de l'atmosphère (inexactement mesuré, il est vrai, par la quantité de pluie tombée) paraît avoir un rapport assez marqué avec le nombre des entrées. Ainsi la recrudescence de janvier correspond avec un temps pluvieux : 5^c,075 d'eau dans la cour de l'Observatoire, 4^c,207 sur la terrasse. Le mois qui offre le moins d'entrées (février) est aussi le moins pluvieux : 3^c,773 dans la cour, et 2^c,725 sur la terrasse. A mesure que le chiffre des entrées s'élève en mars, avril, mai, juin, la quantité de pluie devient graduellement plus considérable, et cela dans de fortes proportions, tellement qu'en juin la quantité d'eau est dans la cour de 8^c,211, et sur la terrrasse de 7^c,482. En juillet et août, la quantité de pluie diminue avec le nombre des entrées. Mais en septembre et oc obre se présente une irrégularité. Bien que les admissions aient été plus nombreuses en octobre qu'en septembre, la quantité d'eau est moindre en octobre qu'en septembre, où elle atteint même un degré très-élevé (7,65 dans la cour et 6,540 sur la terrasse). Mais en novembre et décembre le rapport se rétablit : dans le chiffre des entrées comme dans la quantité de pluie, on observe une légère différence à l'avantage du dernier mois.

La relation du chiffre des entrées avec la direction des vents est moins marquée, mais pourtant assez sensible. On peut voir sur le tableau ci-dessus, où les quatre vents cardinaux sont classés suivant leur ordre de prédominance, que dans les cinq premiers mois le vent du nord occupe toujours l'une des deux premières séries et s'y trouve par conséquent cinq fois, tandis que le vent du sud ne s'y trouve que deux fois et le vent d'ouest trois fois. Dans les sept derniers mois, c'est le vent d'ouest qui prédomine; il est compris quatre fois dans la première rangée et deux fois dans la seconde; vient ensuite le vent du sud, que la première rangée contient deux fois et la seconde cinq fois; le vent du nord est toujours relégué à la troisième ou à la quatrième. On ne voit pas très-bien dans ces variations la raison des légères recrudescences d'octobre et de décembre; le vent d'ouest y a prédominé, il est vrai, et l'on sait qu'il amène généralement un temps couvert, nuageux, variable; mais la même condition existait dans le mois d'août, qui n'a donné que très-peu de malades. En revanche, la prédominance du vent du nord dans les cinq premiers mois explique assez bien la masse considérable d'entrées qu'ils ont fournies, à l'exception du mois de février.

Tels sont les faits; nous les avons exposés dans toute leur nudité, ne voulant pas, sur des données aussi générales, nous embarquer dans des inductions ou des interprétations que nos revues ultérieures, portant sur des faits mieux définis et plus significatifs, nous permettront de présenter, peut-être, avec plus de fruit. La seule conséquence que nous puissions quant à présent, tirer de notre travail est la suivante :

La pesanteur et la température de l'air, considérées soit en elles-mêmes, soit dans leurs variations, ne paraissent exercer sur la santé publique ou tout au moins sur le mouvement des hôpitaux, *aucune influence appréciable. Le degré d'humidité de l'atmosphère et la direction des vents paraissent, au contraire, exercer une influence assez marquée.*

Bien que cette conclusion soit en grande partie négative, nous ne regretterions pas de la faire prévaloir, si l'avenir en confirmait la justesse. Renverser une croyance en des influences imaginaires, ce serait encore servir la cause de l'Étiologie.

A. D.

---

individus dont le système digestif est d'une grande susceptibilité. Mais le lait est-il par excellence le *digesteur* des huîtres, comme on le pense généralement? Il est à croire que ce n'est qu'un préjugé, à la vérité qui n'a rien de fâcheux, ce qu'on ne peut pas dire de tous les préjugés. Il n'est nullement besoin d'un estomac de prolétaire pour digérer des huîtres sans lait. Cependant, nous avons connu un goutteux qui s'était guéri de sa maladie, autant qu'on peut en guérir par un usage abondant du lait et des huîtres, il en était sursaturé; mais comme le premier suffit à lui seul pour amener une amélioration dans la goutte, ce fait n'est pas concluant. Est-il indispensable, en mangeant des huîtres, de boire du vin? le vin blanc est-il, comme on le croit, préférable au vin rouge? Nous l'avouons, ces solennelles questions médico-gastronomiques ne sont pas plus résolues que les plus grandes questions de politique ou de philosophie. Néanmoins, elles ont été soulevées, discutées dans les gymnases scolastiques, dans les facultés de médecine. Pourquoi s'en étonner? ne sont-elles pas d'une utilité plus démontrée que celles de savoir si l'actualité tient à la substantialité par l'unité, si le purement possible est radicalement impossible, si l'âme est un feu principe ou une *entéléchie* renfermant les principes et la vie en puissance, etc.? et autres questions pareilles qui prouvent évidemment la faiblesse de notre esprit et l'enflure de notre orgueil. Quant à la question du vin avec les huîtres, elle a été hygiéniquement décidée en pleine Faculté, il y a plus de soixante ans. Un docteur, qui fut notre contemporain, soutint, en 1785, une thèse dont voici le sujet: AN INTER EDENDUM OSTREA, MERI POTUS? NEGAT. Corvisart, devenu depuis le premier médecin de Napoléon, et qui dès le commencement de la dispute avait largement bu et mangé, entra brusquement dans la salle où se faisait l'examen; il tenait à sa main un verre plein rase-bord d'excellent chablis; il l'avala d'un trait, puis il dit : *Sic argumentabor contra conclusionem*. Ce qui fit éclater de rire la docte assemblée, et trémousser les vieilles perruques qui en faisaient partie.

Le vif intérêt qui de tout temps fut attaché à ces questions prouve combien notre société tient aux huîtres, combien elle croit à leur importance. Sans les huîtres, en effet, il y aurait un grand vide dans la cuisine, une diminution de plaisirs pour les gastronomes à panse de silène, de cruelles privations pour l'estomac, et une grande ressource de moins pour les malingres, les souffreteux, les délicats. Aussi a-t-on été frappé de stupeur, quand l'année dernière, un homme instruit, et très-probablement un *ostréophile* consommé, est venu déclarer à l'Académie des sciences que les huîtres diminuaient de plus en plus, que les bancs s'épuisaient ou qu'ils se trouvaient à une profondeur telle qu'il était impossible de les draguer. Un sentiment d'effroi s'est aussitôt répandu de toutes parts, les cœurs en frémirent et les estomacs se soulevèrent. Cependant un tel malheur est-il réellement à craindre? Pour notre compte, nous ne ferons qu'une objection. Les anciens préféraient les huîtres de Bretagne à toutes les autres, et ils les faisaient venir à grands frais de ce pays; le vers d'Ausone que nous avons cité dans le premier article en fait foi. Or, depuis ces temps reculés jusqu'à notre époque, les côtes de Bretagne n'ont pas encore failli. Espérons donc qu'avec un peu de prudence et de sages réglements de police, les huîtres ne deviendront pas un jour à l'état fabuleux et jugées antédiluviennes.

D'ailleurs savons-nous comment elles se reproduisent? Voltaire écrit à Chabanon, en 1767 : « Je suis toujours embarrassé de savoir comment les huîtres font *l'amour*. » Eh bien! ce problème n'est pas plus résolu aujourd'hui qu'autrefois;

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DES IDÉES SCIENTIFIQUES QUI DOIVENT DOMINER LA DIRECTION DES TRAVAUX CLINIQUES; par CH. SCHUZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Strasbourg (1).

Quand on jette un coup d'œil sur le mouvement qu'une philosophie scientifique plus sévère a imprimé à la médecine moderne, l'esprit est saisi d'admiration en face de ces travaux d'observation immenses, en face de ces moyens d'investigation de plus en plus nombreux, de plus en plus délicats. A ne considérer que cette tendance, on est fier du dix-neuvième siècle, fier de son ardeur laborieuse, fier de ses conquêtes dans le vaste domaine des faits. Mais si l'on cherche à apprécier les principes qui doivent relier les faits entre eux, les idées générales qui doivent les féconder et ouvrir à l'observation médicale des routes nouvelles, l'admiration cesse; car l'on ne trouve plus qu'une déplorable confusion. Moins que personne, nous regrettons la domination des doctrines dont l'audacieuse synthèse crut pouvoir se passer du contrôle de l'observation analytique, des doctrines qui, dans leur orgueil, foulaient aux pieds l'expérience des siècles et prétendaient donner le dernier mot de la science; mais nous ne sommes pas non plus de ceux qui croient pouvoir faire de l'observation sans idées, de la science sans principes. Or, en fait d'idées générales, en fait de principes, notre époque de transition est un véritable chaos. Beaucoup d'esprits restent attachés aux traditions du passé, d'autres se cramponnent à des dogmes qui, nouveaux au commencement du siècle, sont aujourd'hui dépassés par les faits et incapables de dominer la direction scientifique moderne. Bien petit est le nombre de ceux qui cherchent à se rendre un compte sérieux des points de vue auxquels il est nécessaire de s'élever pour dominer le présent et pour marcher d'un pas ferme et assuré à la conquête de l'avenir; et cependant c'est là une nécessité imposée à quiconque veut marcher avec le mouvement qui entraîne la science. Il n'est donc pas sans opportunité de chercher quelles sont les idées générales qu'une méthode scientifique sévère permet d'élever au rang de principes régulateurs, dans l'état actuel des notions expérimentales déjà acquises et des moyens de les étendre encore; en d'autres termes, de chercher à déterminer le point de vue scientifique auquel le médecin doit se placer quand il s'agit de science, d'observation ou de pratique.

Avant tout, je tiens à démontrer la nécessité absolue d'un point de vue général quelconque quand il s'agit de science et de pratique médicale.

(1) En publiant le mémoire de M. le professeur Schuzenberger, nous n'avons pas besoin de faire remarquer l'élévation des vues qu'il renferme, ni le talent très-distingué avec lequel elles sont exprimées. C'est un morceau qui fait le plus grand honneur au savant professeur de Strasbourg. Nous devons dire cependant que si l'on y trouve, à quelques égards, une application des idées que la GAZETTE MÉDICALE s'est proposé de développer, on y rencontre aussi quelques essais de doctrine qui ne se tiennent pas absolument dans les mêmes voies. C'est un motif de plus pour nous de les accueillir : ils ne feront que marquer mieux les tendances actuelles de l'École de médecine de Strasbourg, et faciliteront l'appréciation comparative à laquelle nous comptons nous livrer prochainement.
(N. DU R.)

Un point de vue général d'observation, c'est l'idée générale que l'observateur a conçue de l'objet même de ses études. Cette idée peut être vraie ou fausse, fondée en réalité ou purement hypothétique, mais elle est nécessaire quand il s'agit d'appliquer volontairement ses sens dans une direction donnée, dans un but déterminé, en un mot quand il s'agit d'observer. L'observation, en effet, n'est pas un fait passif, elle ne consiste pas dans l'impression confuse qu'un objet extérieur fait sur nos sens.

Nous ne découvrons pas au hasard les phénomènes qu'il importe de connaître; ils ne viennent pas à nous, il faut aller à eux; il faut que l'œil, l'oreille, la main, nos instruments, aillent les chercher, non pas confusément et en désordre, mais avec ordre, avec méthode, dans une direction déterminée d'avance. Or, qui déterminera cette direction, cet ordre, cette méthode d'application, si ce n'est une idée, si ce n'est un point de vue sous lequel l'esprit envisage d'avance l'objet qu'il s'agit d'examiner!

Que l'on soit empirique, dogmatiste ou partisan de la méthode expérimentale, dès que l'on prétend être observateur et praticien, il faut des idées directrices et déterminantes. La question n'est pas de savoir si l'on peut s'en passer, mais quelles sont les meilleures, quelles sont les plus vraies, les plus larges, quelles sont celles enfin qui conduisent au point de vue scientifique le plus élevé et le plus sûr.

Dans les sciences d'application comme la médecine, les idées à valeur pratique réelle, sont toujours adéquates aux notions expérimentales acquises. Plus ces notions sont positives et multipliées, les moyens d'investigations nombreux, délicats, perfectionnés, plus aussi les idées générales s'élargissent, tout en restant l'expression fidèle de la réalité des choses. C'est assez dire que les idées scientifiques dont nous disposons sont différentes de celles qui dominaient autrefois la pratique médicale, que les points de vue se sont modifiés avec les faits et par les faits péniblement recueillis à travers les siècles. Pour apprécier ces points de vue divers, pour apprécier celui auquel il convient de se placer aujourd'hui, il est nécessaire de comprendre le passé et le présent; il faut que notre esprit saisisse le rapport naturel qui existe entre les faits, entre les notions expérimentales acquises et les idées dominantes. Quand nous nous serons rendu compte des points de vue scientifiques divers, nous comprendrons et nous apprécierons facilement aussi les différences fondamentales qui, selon nous, doivent distinguer les tendances pratiques modernes de la pratique ancienne.

La médecine ancienne ne possédait des notions expérimentales positives, ni sur les propriétés générales de la matière, ni sur la composition élémentaire, ni sur la structure du corps humain, ni sur le mécanisme de ses fonctions. La physique et la chimie n'existaient pas; l'anatomie et la physiologie ne consistaient que dans quelques idées vagues, incomplètes, hypothétiques plutôt qu'expérimentales. Privé de toutes les sciences qui constituent les éléments d'une compréhension large et positive des phénomènes organiques, le médecin de l'antiquité dut faire ce que fait encore aujourd'hui le vulgaire. Placé en face de ses malades, il ne pouvait chercher à constater par l'observation que ce dont il avait conçu l'idée, c'est-à-dire l'existence des phénomènes particuliers, des symptômes par lesquels l'état de maladie se distingue de l'état de santé. A des phénomènes anormaux isolés, ou à des ensembles de phénomènes, il dut appliquer des noms qui en exprimassent l'idée, tels sont ceux de fièvre, d'inflammation, d'hydropisie, d'apoplexie, d'angine, de dyspnée, etc., etc.

C'est là l'origine du premier point de vue expérimental sous lequel les

---

à quoi pensent donc les corps savants? On croit les huîtres hermaphrodites, car de penser que celles qui sont bordées d'une petite *frange brune* sont les mâles, n'est qu'un préjugé populaire. Mais comment se fait la fécondation? par quelle voie s'opère la transformation fœtale; on l'ignore. Quelques savants pensent que leur frai a lieu à la fin du printemps, quand la brise est tiède, l'air doux et tempéré,

« Que Zéphire en ses rets surprend Flore la belle. »
(MATHURIN REGNIER.)

Il est probable que, dans cette saison, la mer étant calme ou doucement onduleuse, de chauds et vivifiants rayons de soleil en pénètrent les profondeurs; alors ces mollusques comme les autres animaux s'embrasent des feux de l'amour, mais dans la proportion d'une huître; assez néanmoins pour qu'il y ait génération.... *Omnia junxit amor.* Au reste, l'anatomie et la physiologie de l'huître ne sont pas encore bien connues. On ignore même le mode circulatoire du sang blanc qui les pénètre et les alimente. Cette circulation est-elle semi-vasculaire, semi-lacunaire? nos savants en sont restés là. Il en est qui pensent qu'elles vivent dix ans, et que passé trois ans, devenues adultes, elles manquent de saveur et doivent être rejetées. Mais qui est-ce qui a suivi, observé sans désemparer la vie d'une huître? Duvernoy, d'après Fontenelle, a bien pu à soixante-seize ans, passer les nuits à plat ventre dans son jardin pour observer les *amours* des colimaçons; la même chose n'est pas possible pour les huîtres. Quoi! on a fait de grandes découvertes, on a perfectionné les arts, l'industrie, et l'on ne connaît pas les mœurs et les habitudes des huîtres!! Placées au bas de l'échelle, leur être, leur substance tient à la fois de la plante et de l'animal; leur vitalité n'en est pas moins réelle, bien qu'elle soit à un degré inférieure. Le principe de la vie est un, mais il se présente avec des modes et des caractères infinis, suivant la nature des êtres que Dieu appelle en partage de ce don céleste. Nous en voyons ici un exemple remarquable. Qui peut savoir également dans l'échelle des êtres le point où l'intelligence finit, le point où elle commence; les études des infiniment petits sont à peine ébauchées au moral comme au physique. Nous pensons donc que l'huître est encore trop perfectionnée, à vrai dire trop animal, pour être le dernier terme de l'organisme. La nature ou plutôt son auteur peut animaliser la matière sur un plan tout différent et pour des fins que nous ignorons absolument : nous ne faisons qu'entrevoir, et notre science se compose de vérités ni complétement ténébreuses, ni complétement rayonnantes. Toujours est-il que tout est mystère dans le curieux et bienfaisant mollusque dont il s'agit. *Bête comme une huître!* dira-t-on encore. Mais dans cette huître existe une force réelle de vie et une somme quelconque d'instinct; il y a de hauts problèmes de la science à résoudre, il y a des trésors d'intelligence divine à découvrir. Les huîtres ne méritent donc ni notre dédain, ni notre indifférence. Admirez-les comme un phénomène d'animalité présenté à notre étude, à nos recherches, mangez-en le plus que vous pourrez et bénissez la Providence.

R. P.

maladies ont été envisagées; point de vue tout phénoménal, point de vue symptomatique qui domine toute la médecine antique. Il s'est perpétué à travers les siècles de la médecine moderne et n'a pas encore pu s'affranchir complétement.

L'esprit du symptomatisme dérive de la première idée expérimentale qu'il était possible de formuler sur la maladie à une époque privée de tous les éléments d'une compréhension positive plus large; idée vulgaire, qui ne s'arrête qu'à la superficie, faute de pouvoir pénétrer plus avant, et qui définit la maladie : « Un état différent de celui de la santé, caractérisé par des phénomènes particuliers anormaux ». C'est sous la domination de cette idée que se sont constituées toutes les parties de la science positive des anciens. Les caractères extérieurs, les symptômes, sont le principe fondamental de la détermination des différents modes morbides. Des groupes de phénomènes coordonnés d'une certaine façon représentent des individualités pathologiques, et ces individualités elles-mêmes, groupées d'après leur analogie phénoménale, constituent les classes, les genres et les espèces.

Nous savons aujourd'hui quelle était la valeur de cette spécification, nous savons combien elle était erronée; personne ne conteste plus qu'elle réunissait souvent sous une même dénomination, considérait comme identiques des états morbides essentiellement différents, en séparant d'autres essentiellement les mêmes. Et cependant une spécification exacte, irréprochable, peut seule mettre à l'abri des erreurs pratiques. Forcément ces erreurs devaient être commises, forcément une individualité pathologique faussement établie devait conduire à prendre un état morbide pour un autre, à administrer avec la plus entière confiance le remède indiqué par une analogie erronée. C'est pour cela que l'expérience elle-même devenait trompeuse, et que le praticien dut se défier de la science nosologique, de ses cadres, de ses spécifications; mais sans boussole, sans principe, il était abandonné ou à ses inspirations théoriques, ou à son tact pratique, qui lui faisait pressentir instinctivement des différences essentielles là où la science positive d'alors établissait l'identité.

Un autre principe de spécification fut appliqué, à la vérité, à quelques individualités nosologiques dès les temps anciens. Certaines analogies frappantes, soit de forme, de marche ou de succession phénoménale, soit, que l'on permette l'expression, de réaction thérapeutique, entre des groupes de symptômes, du reste différents, avaient fait admettre entre eux une identité de cause. C'est ainsi qu'en dehors des unités symptomatiques se sont constituées quelques unités étiologiques de valeur pratique réelle, telles que la goutte, le rhumatisme, la syphilis, les scrofules; mais le symptomatisme n'en est pas moins resté le point de vue fondamental, et la science positive de l'antiquité porte le cachet indélébile de son influence dominatrice. Jetez un coup d'œil sur l'histoire des maladies tracée par l'ancienne médecine, partout vous retrouvez le cachet indélébile de la première idée expérimentale formulée sur la maladie : tout émane, tout se rapporte aux symptômes.

La définition des maladies n'est qu'un résumé de leurs symptômes. Leur description, une énumération minutieuse des phénomènes dans leur succession, dans leur transformation, dans leur ensemble. Tracées de main de maître, ces descriptions reflètent l'image phénoménale extérieure des maladies avec une vérité frappante; mais on chercherait en vain l'indication du rapport de causalité, du lien qui doit relier entre eux ces phénomènes divers. Une nomenclature, le plus souvent stérile, des circonstances et des influences constatées avant le développement des groupes symptomatiques, constitue à peu près seule l'étiologie de la plupart des maladies, sans tentative aucune de faire saisir *expérimentalement* le rapport qui doit unir l'effet à la cause.

Le même esprit, le même principe, la même idée dominent la coordination des notions plus particulièrement consacrées à la pratique. Le seul but de la séméiotique était d'établir des signes pathognomoniques, des caractères, pour faire reconnaître les individualités pathologiques admises dans le cadre nosologique. Le diagnostic avait pour mission essentielle d'établir une comparaison entre les groupes de symptômes analogues, et de faire ressortir leurs caractères différentiels. L'énumération des phénomènes coïncidants ayant telle ou telle terminaison, constituait la partie fondamentale du pronostic. Enfin, le chapitre du traitement fournissait l'indication des agents, des influences et des médicaments que l'expérience avait trouvés utiles dans les cas analogues, et spécifiait, autant que possible, les symptômes qui devaient fournir plus particulièrement l'indication ou la contre-indication.

C'est à cela que se réduit la science positive de la médecine constituée du point de vue symptomatique. A côté de cette science positive, et par suite même de son insuffisance théorique et pratique, il s'en était développé une autre, constituée par un ordre d'idées que personne ne pouvait vérifier, parce que les moyens de contrôle faisaient généralement défaut. A tendance plus élevée, mais sans base positive, ces idées avaient la prétention de soulever le voile de l'inconnu, de rendre compte de la *cause cachée* des phénomènes, des ensembles de phénomènes, des maladies et de leur guérison. Résultats de vagues inductions, d'analogies trompeuses ou purement hypothétiques, elles ont été, généralement, plus dangereuses qu'utiles. Tantôt timides, ayant conscience de leur vice originel, elles ne représentent qu'un appendice stérile de l'histoire des maladies, qu'un chapitre à part qui, sous le nom de théorie, renferme toutes les élucubrations des imaginations fantasques employées à la solution d'un problème insoluble avec les données acquises : tantôt orgueilleuses, dominatrices, elles se donnent comme le dernier mot de la science, comme la dernière raison d'être de tous les phénomènes, comme le principe régulateur par excellence de la pratique médicale.

Greffées sur le symptomatisme comme des plantes parasites sur un vieux tronc, les idées théoriques formulées sur la maladie en général, ou sur les différentes individualités pathologiques, n'avaient cependant avec lui qu'une apparence de vie commune; en réalité et de fait la science positive ancienne et les théories ne se sont jamais confondues. Aussi, tant que le symptomatisme est resté le seul point de vue expérimental possible, les idées théoriques ont, ou bien végété à sa surface, sans vivifier la pratique, ou, s'affranchissant de toute entrave, elles étouffaient les notions expérimentales acquises, pour lancer le praticien sur l'écueil des conceptions imaginaires.

En effet, que l'ensemble phénoménal qui, expérimentalement, constituait toute la maladie fût considéré théoriquement comme l'expression d'une lutte du principe vital contre une cause de trouble, qu'il apparût comme le résultat d'une altération des humeurs, des solides, ou de ce qui imprime le mouvement, qu'on l'attribuât à l'effervescence des humeurs, au défaut de proportion entre le soufre, le mercure et le sel, à la sthénie ou à l'asthénie, qu'importait à l'observation clinique? Le bon sens pratique ne se préoccupait que le moins possible de ces idées, tant qu'il n'existait aucun moyen de s'assurer de la réalité de ces choses. Tant que l'investigation se trouvait réduite aux symptômes, l'observation clinique ne pouvait se proposer qu'un but essentiel : c'était de chercher, un à un, les phénomènes caractéristiques des différentes individualités morbides, et de reconstituer, *en fait*, l'image symptomatique de l'une d'elles. L'œuvre diagnostique dut se restreindre à trouver le nom de la maladie d'après ses caractères, comme on trouve le nom d'une plante par l'observation de ses fleurs, de ses fruits, de sa tige, de ses feuilles, de sa racine.

Sans doute, les idées théoriques intervenaient souvent, mais c'était encore pour diriger l'observation plus particulièrement sur tel ou tel ordre de phénomènes, considérés comme l'expression d'une cause cachée plus ou moins hypothétique. C'est ainsi que le médecin vitaliste attachait une grande importance à la constatation de certains symptômes considérés comme l'expression de la réaction de la force vitale. La présence de ces phénomènes annonçait que l'organisme se défendait; leur intensité, que la défense était vigoureuse; leur excès, qu'elle dépassait le but. On basait là-dessus certaines indications d'apparence rationnelle et expérimentalement justifiées. Mais cela ne changeait pas le point de vue essentiel de l'observation clinique. Et quand des dogmatistes déterminés essayèrent de pousser leurs principes théoriques jusqu'aux dernières conséquences et tentèrent de faire de l'observation clinique sous les inspirations exclusives de leurs idées théoriques, ils trouvèrent à peu près tout ce qu'ils cherchaient, et là où Brown avait vu l'asthénie la mieux caractérisée, Broussais trouva tous les signes de l'irritation la plus violente.

En pratique enfin, l'indication thérapeutique n'avait que deux motifs déterminants possibles. Ou bien elle s'appuyait sur une idée hypothétiquement formulée sur la cause cachée des phénomènes morbides, sur la cause cachée de la guérison et le mode d'action des remèdes, ou bien l'empirisme était le seul principe régulateur de la pratique, et le motif déterminant de l'emploi d'une méthode de traitement ou d'un remède était leur réussite dans les groupes symptomatiques analogues.

Nous avons vu ce qu'était la théorie des maladies tant que régna la nosologie symptomatique; il est donc inutile de faire ressortir la base chancelante des indications qui n'avaient que ce point d'appui. Quant à la théorie de la guérison elle mérite une mention spéciale. Un fait général d'observation, la guérison spontanée des maladies, leur guérison sans les secours de l'art et souvent dans les conditions extérieures les plus défavorables, avait frappé profondément l'esprit des premiers observateurs. Ce fait, cet effet général dut être nécessairement attribué à une cause inhérente à l'organisme. Le génie antique y vit la manifestation d'une *force*, et dès lors la nature, sa force médiatrice, devint l'agent principal de la guérison des maladies. Νουσων φυσις ιητροι.

On a beaucoup discuté sur l'existence de cette force, on a discuté sur ses attributs, on a demandé si elle agissait aveuglément, instinctivement ou avec intelligence, en un mot on l'a prise au pied de la lettre comme quelque chose placé jusqu'à un certain point au-dessus de l'organisme, au-dessus des organes et des fonctions. Il suffit d'un peu de réflexions pour s'apercevoir que l'idée de la force médiatrice n'exprime en réalité que *la cause générale inconnue* d'un *effet général connu*. Or, dans sa généralité abstraite, l'idée d'une force médiatrice ne vaut, quand il s'agit d'application prati-

que, que ce que vaut la connaissance du fait expérimental lui-même. Pour avoir des indications positives sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire dans un cas donné, il ne suffit pas de savoir que la nature peut guérir; c'est-à-dire qu'il y a dans l'organisme une cause cachée de guéri on, mais comment et par quel *mécanisme* physiologique cette guérison est possible. Or, de connaissances de ce genre, l'antiquité ne possédait que quelques notions incomplètes et souvent fausses, déduites de l'observation de quelques phénomènes intérieurs coincidant avec la guérison. Tous les éléments d'une compréhension plus profonde lui faisant défaut, elle dut, ou bien se contenter de diriger l'action de ses remèdes contre la cause interne inconnue, contre la force elle-même, comme le font du reste encore certains vitalistes, pour l'éveiller, pour modérer ou stimuler son action, ou bien substituant incessamment l'opinion à la notion expérimentale qui lui faisait défaut, le médecin rationaliste dut incessamment aussi risquer la vie de ses malades, sur l'hypothèse d'un mécanisme dont il ne connaissait pas les rouages.

L'empirisme lui-même était exposé à des erreurs inévitables, dépendantes d'une spécification incomplète ou vicieuse.

Sans doute la pratique fondée sur le symptomatisme avait conduit à une foule de notions éminemment positives. Souvent même les résultats pratiques étaient d'accord avec l'idée théorique formulée sur la maladie ou la guérison, et l'acte thérapeutique revêtait tous les caractères du rationalisme expérimental. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par les apparences : le rationalisme expérimental n'existe en réalité que quand l'idée théorique qui conduit à l'emploi d'un remède est elle-même l'expression d'une vérité expérimentale. Telles ont été, telles sont encore les conséquences du nosologisme symptomatique; son insuffisance scientifique et pratique est incontestable. Nous ne pouvons l'accepter que comme pis aller; mais nous devons le subir encore partout où les données expérimentales nécessaires à des idées positives plus larges nous font défaut.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, dans les sciences d'observation le progrès réel ne commence, il ne peut commencer que par les faits. Pendant des siècles des centaines de doctrines se sont greffées sur le symptomatisme et sont tour à tour tombées en poussière; il y a eu bien des *révolutions* dans les idées, il n'y a eu que peu d'évolutions, et celles-ci ont eu leur point de départ dans des données expérimentales nouvelles.

Lentement les éléments de la transformation scientifique se sont préparés. Le développement de la physique et de la chimie, de l'anatomie et de la physiologie marque cette tendance ascendante, mais l'impulsion finale n'a été donnée que par des découvertes nouvelles faites dans le domaine même de la science pathologique. C'est l'anatomie pathologique et ses données expérimentales qui marquent le commencement de la chute du nosologisme symptomatique; c'est par elle que commence l'évolution de la médecine moderne.

Cultivée avec ardeur depuis Théophile Bonnet et Morgagni, l'anatomie pathologique a révélé tout un ordre de faits nouveaux. A côté des symptômes est venue se placer l'altération anatomique, la lésion matérielle des organes. C'était un nouvel élément de compréhension positive dont il s'agissait de déterminer la portée scientifique et pratique. Il était impossible qu'un progrès immense ne se réalisât pas sous son influence, mais inévitable aussi que de nombreuses erreurs ne fussent pas commises.

L'importance des lésions anatomiques est trop évidente pour ne pas frapper les esprits les plus prévenus en faveur du nosologisme symptomatique. Avec les connaissances physiologiques déjà acquises, il était impossible de méconnaître le rapport de causalité qui place certains groupes symptomatiques sous la dépendance immédiate et directe de la lésion de l'organe. Il était donc naturel, il était inévitable que la cause organique maintenant révélée ne devînt un élément pivotal. *Cette cause*, que les anciens avaient en vain cherché à deviner, sur laquelle ils avaient fait mille hypothèses, était là à découvert, on pouvait la montrer à la pointe du scalpel. Dès lors commença un travail de transformation immense, qui réalisa un progrès incontestable et incontesté. Scientifiquement, théoriquement, ce progrès consiste dans la compréhension positive de certains groupes symptomatiques, d'une foule d'effets par la connaissance précise de la cause organique dont ils émanent. Cette compréhension dut nécessairement modifier le point de vue de systématisation, et conduire à une détermination plus exacte, à une spécification dans laquelle la lésion anatomique entrât comme élément d'une haute importance. En pratique, le point de vue de l'observation se modifia. On ne se contenta plus des symptômes comme signe d'une individualité purement phénoménale, on dut chercher à découvrir sur le vivant, à l'aide de certains phénomènes extérieurs, les lésions intimes, et bientôt on put saisir leur étendue, leur nature, les suivre, si je puis dire, pas à pas, comme si elles étaient à découvert. Vouloir nier l'immense avantage qui résulte d'une connaissance aussi exacte, c'est vouloir nier l'évidence, c'est nier la lumière du soleil quand elle brille de tout son majestueux éclat. Ce diagnostic anatomique si précis, si positif, permit de prévoir avec plus de sûreté la marche et la terminaison des maladies. En thérapeutique, enfin, si la connaissance de la transformation matérielle des organes ne conduisait directement qu'à un petit nombre d'indications précises, elle exerça néanmoins sur l'intervention pratique une influence salutaire immense. Ce progrès, elle le réalisa en permettant de ne plus confondre des états morbides essentiellement différents, et en rapprochant, comme analogues ou comme de même nature, des affections que les anciens traitaient par des moyens différents et souvent opposés, en mettant fin aux désastreux abus des médications dangereuses employées contre des groupes de symptômes dont la cause organique réclamait un traitement tout opposé, en faisant rejeter, enfin, comme au moins inutile le long appareil de médicaments à l'aide desquels on tourmentait des maladies incurables. Sans doute la connaissance de la lésion matérielle n'amena directement la découverte d'aucun médicament nouveau, mais le progrès réalisé indirectement par un diagnostic positif et précis de l'état des organes internes, n'en fut pas moins un progrès réel, un progrès plus que négatif.

Maintenant que nous avons résumé la large part qui, dans le progrès moderne, revient à la notion expérimentale que l'anatomie pathologique révèle, nous pouvons aborder l'appréciation de l'école qui a élevé cette notion au rang de dogme, au rang de principe régulateur de la science et de la pratique médicale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES NÉVRALGIES TRAITÉES PAR LE QUINQUINA ET SES PRÉPARATIONS; par le docteur E. HERMEL.

Nous allons parler dans ce mémoire des névralgies intermittentes, rémittentes, et de leur traitement (1).

Le type est le point capital, il est vrai, d'où nous tirons l'indication; mais, comme dans toutes les maladies intermittentes, il est soumis lui-même à des contre-indications. C'est pour cela qu'il faut établir des distinctions entre ces névralgies, qui souvent n'ont que le type de commun entre elles. En effet, parmi les névralgies intermittentes et rémittentes qui vont nous occuper, nous verrons qu'il en est qui sont essentielles, d'autres qui sont symptomatiques. De cette différence, il doit nécessairement naître des considérations qui confirment ou qui nient l'emploi d'une même médication, bien qu'elle soit d'un avantage général dans le type dont nous parlons. Cette thérapeutique est l'emploi de l'antipériodique par excellence, le quinquina et ses préparations.

Nous allons donc vérifier dans les observations qui suivent : 1° la valeur du type intermittent et rémittent comme indication dans les névralgies; 2° constater l'efficacité des préparations de quinquina dans ces maladies. Nous terminerons par un exemple dans lequel cette médication échoua, et nous verrons dans quelles circonstances.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE ESSENTIELLE DU NERF TRIFACIAL DU CÔTÉ DROIT DATANT DE SIX SEMAINES ENVIRON; GUÉRIE MOMENTANÉMENT EN QUATORZE JOURS PAR LE SULFATE DE QUININE; REPARUE SIX JOURS PLUS TARD SANS RÉGULARITÉ DANS LES ACCÈS; GUÉRIE MOMENTANÉMENT PAR DEUX APPLICATIONS DE L'ÉLECTRO-PUNCTURE; RECHUTE AU BOUT DE TROIS JOURS; GUÉRISON DÉFINITIVE PAR UNE TROISIÈME APPLICATION DE L'ÉLECTRO-PUNCTURE.

OBS. I. — Le 6 septembre 1842, nous vîmes la nommée Godard, âgée de 25 ans, relieuse. Elle travaille depuis longtemps dans un atelier, ayant continuellement du papier mouillé étendu au-dessus d'elle. Deux ans auparavant, elle a éprouvé de violentes douleurs à la tête, mais nous ne pouvons affirmer sur son dire que c'étaient des névralgies.

A la fin du mois de juillet précédent, elle sentit un soir une douleur lancinante à la partie supérieure du pariétal droit, se dirigeant vers l'occiput. Depuis, des douleurs semblables se sont renouvelées toutes les nuits et se sont étendues au trajet des nerfs sus et sous-orbitaires, mentonniers et temporaux; en arrière, elles gagnaient plusieurs rameaux des nerfs occipitaux. Pendant quatre jours elle employa des bains de pied, des lavements et une tisane insignifiante sans aucun avantage.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu annexe, où M. Requin la guérit en quatorze jours par l'usage du sulfate de quinine et du sous-carbonate de fer. Alors elle voulut, malgré les conseils de ce médecin, revenir chez elle, et cessa de prendre du sulfate de quinine. Six jours étaient à peine écoulés, elle avait repris son travail, les mêmes douleurs reparurent avec la même intensité. Cette fois, elles étaient presque continues; il n'y avait plus une intermittence régulière évidente; les accès duraient quelquefois vingt heures.

---

(1) Dans un mémoire publié dans les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES d'octobre 1843, nous avons parlé des névralgies essentielles traitées avec succès par l'électro-puncture.

Lorsque nous l'examinâmes dans l'intervalle d'un accès, tout le côté droit de la tête était endolori; le trajet des nerfs indiqués plus haut était douloureux à la pression du doigt; la partie supérieure et moyenne du pariétal était le siége de battements continuels et d'une chaleur appréciables à la main; c'était là qu'avaient commencé les douleurs.

Le 6 septembre, nous essayâmes l'électro-puncture. Après son application, elle n'éprouva plus d'autres douleurs qu'un léger engourdissement dans les parties affectées.

Le lendemain 7 septembre, nous appliquâmes de nouveau l'électro-puncture; elle en éprouva le même soulagement immédiat.

Le 8, de nouvelles douleurs ne s'étaient point fait ressentir; la place occupée par les aiguilles était seule sensible à la pression; comme elle, nous la crûmes guérie. Mais trois jours après, le 11 du même mois, elle réclama nos soins de nouveau, pour la même maladie. Elle fut soumise au même traitement, et s'en trouva aussi bien immédiatement après. Cependant nous convînmes que si elle éprouvait une rechute nouvelle, elle retournerait à l'Hôtel-Dieu annexe pour être traitée par le sulfate de quinine qu'elle ne pouvait se procurer.

Nous devons remarquer ici : 1° l'indépendance de la névralgie par rapport à toute autre affection; 2° la fixité de son siége primitif; 3° la régularité des accès; 4° la tendance aux récidives avec irrégularité des accès; 5° le mode d'apparition des douleurs.

A. Par l'indépendance de cette névralgie, nous reconnaissons sa nature essentielle.

B. La fixité du siége primitif n'a pas été absolue, puisque les douleurs se sont étendues à d'autres rameaux nerveux, mais sans abandonner le premier siége; c'est encore un caractère que nous donnons en général comme un caractère de la névralgie essentielle.

C. La régularité des accès nous donne le type intermittent et nous indique l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine, qui guérirent en effet la maladie momentanément.

D. La tendance aux rechutes est commune aux névralgies intermittentes comme aux fièvres qui affectent ce type, si l'on n'insiste pas assez longtemps sur la médication.

C. Le mode d'apparition des douleurs, qui se fait d'emblée, sans être précédé de frisson, ni de chaleur, ni de fièvre, confirme l'essentialité de la névralgie intermittente; elle prouve son indépendance même d'une fièvre intermittente, et fournit par cela même des signes sur lesquels nous attirerons l'attention quand il en sera temps.

Nous n'avions point de renseignements ultérieurs sur cette malade, lorsqu'elle vint nous voir pour un autre motif le 20 août 1843, c'est-à-dire un an après. Elle nous apprit que depuis la troisième et dernière application de l'électro-puncture, elle n'avait éprouvé aucunes douleurs nouvelles. Malgré ce résultat si heureux, nous devons dire que nous n'aurions point fait ces applications de l'électro-puncture, si la malade ne l'avait pas demandé avec instance, parce qu'elle ne pouvait se procurer de sulfate de quinine à cause de son prix élevé, et qu'elle éprouvait une grande répugnance à rentrer à l'hôpital.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE ESSENTIELLE REVENANT PÉRIODIQUEMENT, DATANT DE QUELQUES JOURS; MODIFIÉE AU CINQUIÈME ACCÈS APRÈS L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE; GUÉRIE EN QUATORZE JOURS PAR CE MÉDICAMENT.

OBS. II. — Le 31 janvier 1843, le nommé Euvrard Louis entra à la salle Sainte-Madeleine, n° 6, puis n° 17 de l'Hôtel-Dieu.

Il y a six ans qu'au mois de février il éprouva des douleurs violentes au front, aux sourcils, aux tempes et à la partie supérieure du nez. Ces douleurs avaient été précédées d'un coryza de quelques jours et de douleurs de tête, jusqu'au moment où elles prirent un siége et une heure d'apparition fixes. Tous les matins elles reparaissaient et duraient de six à huit heures. Il prit du sulfate de quinine et fut guéri en huit jours.

L'an dernier 1842, à pareille époque, des douleurs semblables reparurent au même lieu et de la même manière; il guérit de nouveau par l'usage du sulfate de quinine.

Cette année 1843, les douleurs sont plus vives que jamais; elles siégent des deux côtés sur le rameau frontal du nerf trifacial, sur les deux branches nasales de ce nerf qui s'anastomosent entre elles, et aux tempes sur quelques rameaux que l'on ne peut préciser aussi bien. Elles ont été précédées de quelques maux de tête vagues et d'un léger coryza avec écoulement de mucosités, qui a cessé dès la brusque apparition des douleurs. Les accès commencent le matin de 6 à 8 heures, sont très-violents jusqu'à midi, et diminuent peu à peu. Ils ne sont précédés d'aucun frisson ni suivis d'aucune sueur. Pendant leur durée, le trajet des nerfs indiqués plus haut est très-sensible à la pression; cependant elle n'exaspère pas la douleur aussi violemment que dans la plupart de ces névralgies. La limite des douleurs accusées par le malade n'est pas bien déterminée; elle représente, à son dire, une surface triangulaire dont la base serait tournée en haut vers l'origine du cuir chevelu et le sommet à la racine du nez; le médecin, par la pression du doigt, les circonscrit mieux, et peut en déterminer le siége dans les rameaux que nous avons nommés.

Pendant les accès, les muscles frontaux, sourciliers, orbiculaires des paupières, sont dans une contraction forcée et presque permanente, mais il n'y a point de convulsion. Le malade est dans un état de spasme indicible; il se tient sur son séant, s'appuie la tête dans les deux mains, s'accroupit sur son lit, se recouche, étend les bras au hasard et saisit tout ce qui se présente; ses yeux s'ouvrent et se ferment à demi; indifférent à tout ce qui l'entoure, il est incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse. Enfin cette angoisse cesse peu à peu.

Dans l'intervalle des accès, les parties affectées sont endolories; il est fort difficile de déterminer leur siége par la pression du doigt, qui n'excite de douleurs que sur l'émergence du nerf frontal à droite et les rameaux temporaux des deux côtés.

Le 1er février on lui donna : julep gommeux, 120 grammes; sulfate de quinine, 1 gramme, à prendre en quatre fois dans l'intervalle des accès : on continua cette potion tous les jours.

Le 6, à dix heures du matin, l'accès n'avait pas encore paru; le malade se plaignait de quelques étourdissements, de bluettes, de tintements d'oreille. Jusqu'à ce jour les accès n'avaient pas été modifiés; il n'éprouva que la sensation douloureuse qu'il ressentait ordinairement dans l'intervalle des accès. On continua la prescription.

Le 10, les accès n'avaient point reparu; il ne se plaignait que d'un vague endolorissement des parties affectées; la pression du doigt ne provoquait plus les douleurs. Même prescription.

Le 13, il sortit parfaitement guéri, refusant de rester plus longtemps, quoiqu'on lui fit craindre une rechute en cessant l'usage du sulfate de quinine.

Remarquons encore ici : 1° l'indépendance de la névralgie de toute autre affection; 2° la fixité de son siége; 3° la régularité des accès; 4° la périodicité; 5° le mode d'apparition des douleurs.

Nous ne répéterons pas pour chacune de ces remarques ce que nous avons dit à l'observation précédente, puisqu'elles sont les mêmes; nous ajouterons seulement que la périodicité de cette névralgie, qui apparaissait pour la troisième fois à la même époque de l'année, qui chaque fois avait été guérie par le sulfate de quinine, nous fournissait une indication d'autant plus précise en faveur de cette médication. Cependant notons encore la résistance que les accès lui ont offerte, car elle sera le sujet de quelques réflexions; la difficulté de limiter les douleurs dans l'intervalle des accès, néanmoins la possibilité de le faire sur les points principalement affectés.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE ESSENTIELLE DATANT DE DOUZE JOURS, GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE EN SEPT JOURS.

OBS. III. — Le 24 décembre 1841, est entré à la salle Sainte-Madeleine, n° 7, de l'Hôtel-Dieu, le nommé Havard, âgé de 23 ans, garçon dans un magasin de quincaillerie.

Il y a douze jours, au moment de se lever le matin, il a été pris d'étourdissements, de bluettes, de douleurs violentes dans toutes les dents du côté droit; puis ces douleurs se sont étendues dans tout ce côté de la tête jusqu'à la partie supérieure et postérieure du cou. Ses yeux ne pouvaient supporter la lumière; il avait de la peine à lever la tête de dessus son oreiller. En s'habillant, ayant les bras élevés pour mettre sa cravate, pris d'un vertige, il fit involontairement quelques pas en arrière; ses jambes fléchirent, et il tomba; on le remit au lit. Les douleurs qu'il éprouvait étaient lancinantes; il avait de la chaleur et de la rougeur à la face; l'œil droit était environné d'un cercle jaune. Cet état dura de huit heures du matin à une heure. Un médecin lui annonça une névralgie et lui prescrivit des bols de quinquina à prendre le surlendemain, si un pareil accès reparaissait le lendemain. Le lendemain à la même heure, un accès aussi violent eut lieu, et pendant douze jours consécutifs cet accès reparut. Le troisième jour, on lui appliqua au cou un emplâtre où il entrait de l'opium, mais dont il ne connaît pas les autres composants. Il ne prit pas de quinquina, et voyant que les accès ne cessaient point, il entra à l'hôpital.

Lorsque nous l'examinâmes, les douleurs n'étaient exactement limitées aux trajets nerveux que pendant la durée des accès; dans l'intervalle elles étaient diffuses. L'accès commençait par un sentiment de chaleur dans les parties affectées, il n'était point suivi de sueurs. On lui administra le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes dans un julep de 120 grammes, à prendre en quatre fois pendant l'intermittence.

Après les trois premières potions, les accès disparurent; mais il restait une douleur de tête continuelle du côté affecté: celle-ci disparut aussi en grande partie à la quatrième. La cinquième fois, on lui donna, en plus de la potion, une forte infusion de café torréfié; les douleurs disparurent complétement; une transpiration qu'il n'avait éprouvée à la suite d'aucun accès les remplaça, et le 30, septième jour de son entrée, il sortit parfaitement guéri, deux jours après n'avoir point éprouvé d'accès.

A son entrée et pendant le cours de la maladie, nous avons examiné la rate; elle ne nous a présenté aucun développement anormal.

Nous devons noter ici : 1° le début violent et brusque de la maladie; 2° l'imparfaite limitation des douleurs dans l'intervalle des accès; 3° la régularité des accès; 4° le mode d'apparition des douleurs, qui n'apparaissaient pas aussi franchement que dans les cas précédents; elles étaient précédées de bouffées de chaleur; 5° le dernier accès fut remplacé par une sueur abondante.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE ESSENTIELLE DATANT DE QUATRE JOURS; SYMPTÔMES D'EMBARRAS GASTRIQUE; CRAMPES; APPARITION DES DOULEURS; MOUVEMENTS FÉBRILES PEU RÉGULIERS; IPÉCACUANA; RÉGULARITÉ DES ACCÈS; SULFATE DE QUININE PENDANT QUATORZE JOURS; PERSISTANCE DES ACCÈS ET DES DOULEURS; ASSOCIATION DU VIN DE QUINQUINA PENDANT QUATRE JOURS; DISPARITION COMPLÈTE DES ACCÈS ET DES DOULEURS.

OBS. IV. — Le 21 septembre 1841, le nommé Étienne Bagot, âgé de 20 ans, tailleur de pierres, est entré à la salle Sainte-Madeleine, n° 20, de l'Hôtel-Dieu.

Quatre jours avant son entrée, après avoir mangé, il fut pris d'un malaise général, de douleurs vagues, de crampes dans les jambes, surtout dans le pied gauche, d'envies de vomir, de nausées sans vomissement. Plus tard, il éprouva de la céphalalgie, des éblouissements aux deux yeux, puis, par instants, des douleurs vives bornées au côté gauche de la face. Ces douleurs siégeaient à certains points fixes, limités, qui étaient : le niveau du trou mentonnier et des dents correspondantes, le trajet de la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur, à la partie externe de la paupière supérieure, au niveau du trou sourcilier, et s'étendant jusqu'à la bosse pariétale du côté gauche. Elles commençaient par une chaleur vive, duraient un quart d'heure, et se terminaient par une sueur pour revenir à des intervalles indéterminés. La nuit suivante, il ne put dormir.

Le lendemain, il prit un bain : les crampes diminuèrent. Le soir de ce second jour, il but du vin chaud dans le but de provoquer une sueur, mais il n'obtint qu'une sueur partielle de la tête et de la poitrine. Elle fut suivie de chaleurs ardentes qui alternèrent toutes les demi-heures avec des frissons. Les douleurs névralgiques se firent sentir par intervalle.

Le troisième jour, il souffrit peu ; mais la nuit suivante, les mêmes symptômes reparurent et durèrent douze heures.

Le quatrième jour, il entra à l'hôpital, et nous apprîmes ce qui précède. Nous reconnûmes une névralgie de quelques rameaux du nerf trifacial, précédée d'embarras gastrique et coïncidant avec des mouvements fébriles dont nous ne pouvions déterminer la régularité. On déféra à la première indication fournie par l'état saburral des premières voies, en prescrivant 2 grammes d'ipécacuana en macération pendant vingt-quatre heures dans un litre d'eau, à prendre à jeun. Pendant trois jours on continua ce traitement, qui provoqua de nombreux vomissements et six à huit selles par jour. Nous ne vîmes point reparaître les crampes, mais le malade accusait toujours des accès de fièvre la nuit, et en même temps des paroxysmes de douleurs névralgiques.

Le 24 septembre, on lui donna 2 grammes de sulfate de quinine dans un julep, à prendre dans l'intervalle des accès ; on le continua jusqu'au 4 octobre, sans maîtriser les accès. Alors on lui associa le vin de quinquina ; cinq jours après il fut guéri, et sortit le 11 octobre 1841, après vingt jours de maladie.

Sans répéter les notes des observations précédentes, nous ajouterons les remarques suivantes : deux indications se sont succédé : 1° l'état saburral des premières voies ; 2° le type intermittent. Nous avons lieu de croire que si l'on n'avait pas tenu la première indication de l'ipécacuana, nous n'aurions pas trouvé celle du sulfate de quinine, puisque l'intermittence ne s'est régularisée qu'après l'administration du premier médicament. Donc l'emploi du sulfate de quinine s'est trouvé soumis lui-même à une autre indication (1).

Enfin, de même que l'on voit le sulfate de quinine échouer dans le traitement des fièvres intermittentes ordinaires, et réussir le quinquina, de même nous le voyons ne pas suffire seul pour cette névralgie intermittente, et l'on a été forcé de lui associer le vin de quinquina.

NÉVRALGIE TRIFACIALE ESSENTIELLE AFFECTANT LE TYPE INTERMITTENT, DATANT DE DEUX MOIS ; ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE PENDANT CINQ JOURS ; CESSATION DES ACCÈS ; CONTINUATION DU MÉDICAMENT PENDANT QUATRE JOURS ; GUÉRISON.

OBS. V. — Le 11 octobre 1841, Honorine Babin, âgée de 26 ans, entra à la salle Saint-Joseph, n° 13, de l'Hôtel-Dieu.

Deux mois avant son entrée, elle perdit un enfant qu'elle avait allaité pendant dix mois. Son lait s'arrêta peu à peu, ses règles reparurent après six semaines. Cependant, depuis cette époque, elle souffre du côté droit de la tête, de violentes douleurs qui ont commencé par l'odontalgie. Le soir, elle se couche avec un frisson, puis la chaleur du lit, dit-elle, provoque des douleurs lancinantes dans les oreilles, les tempes, au niveau du trou mentonnier et sous-orbitaire. Au commencement des paroxysmes, elle sent une douleur dans la gorge, à la base de la langue ; cette douleur remonte vers la tête avec des bouffées de chaleur, et se termine par la cessation de la chaleur et la diminution des douleurs en sens inverse. Les accès les plus courts durent de trois à quatre heures, les plus longs sont de douze heures. Les douleurs sont quelquefois si violentes, que ses membres sont agités de mouvements convulsifs, et qu'elle se roulerait à terre, dit-elle. Dans ces moments, toute la tête lui fait mal.

Le 12, à la visite, il lui est resté encore quelques douleurs de la nuit. Aucun des points douloureux indiqués plus haut n'était sensible à la pression dans l'intervalle des accès. Le soir, un accès revint et dura presque toute la nuit.

Le 13, étant fixé sur l'intermittence, on prescrivit une potion contenant 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 14, l'accès fut moins long. (Même traitement.)

Le 15, il fut plus fort et dura plus longtemps que la veille, de sept heures du soir à trois heures du matin. (Id.)

Le 16, elle n'éprouva que quelques douleurs sans chaleur, et s'endormit paisiblement peu de temps après. (Id.)

Le 17, elle n'eut point d'accès. (Id.)

Le 18, après avoir pris sa potion, elle eut une douleur très-vive à l'épigastre et des défaillances, mais les douleurs ne reparurent point le soir. (Id., plus une infusion de café.)

On continua ce traitement jusqu'au 22 octobre, jour où elle sortit parfaitement guérie, ayant séjourné onze jours à l'hôpital.

Nous trouvons encore ici l'occasion de faire les remarques que nous avons déjà signalées sur : 1° le début de la maladie ; 2° l'imparfaite limitation des douleurs au commencement ; 3° la régularité des accès ; 4° le mode d'apparition des douleurs coïncidant avec un mouvement fébrile ; 5° la difficulté que l'on éprouve à limiter exactement le siége des douleurs par la pression du doigt dans l'intervalle des accès.

(La suite et fin au prochain numéro.)

(1) Nous dirons encore qu'un des premiers symptômes qui apparurent, les *crampes*, est devenu pour nous, dans ces circonstances, une indication pour administrer l'ipécacuana. En effet, depuis que nous avons pris ces observations, M. Tessier et moi, nous avons publié des observations de paralysie et de contracture où ce symptôme dominait, et où l'ipécacuana fut le meilleur moyen employé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Observation de guérison d'une phlébite survenue après une saignée, et qui a présenté tous les symptômes de l'infection purulente ;* par M. A. Vidal (de Cassis). (Le traitement a consisté en une bouteille d'eau de Sedlitz tous les deux jours et un décigramme de sulfate de quinine par jour.) 2° *Sur la nécrose des os maxillaires causée par des vapeurs phosphoriques ;* par M. Heifelder. (Voy. l'analyse de ce mémoire, GAZ. MÉD., 1846, n° 6, p. 113.) 3° *Mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs) ;* par M. Lesauvage (de Caen). (Voy. l'analyse de ce mémoire, GAZ. MÉD., 1845, p. 461.) 4° *Note sur une sonde destinée à l'alimentation des aliénés ;* par M. Leuret. (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 540 et 555.) 5° *Mémoire sur l'écoulement séreux qui s'effectue par l'oreille à la suite des fractures du rocher ;* par M. Chassaignac. 6° *De la modification de la variole par la vaccine ;* par M. Tardieu. 7° *Remarques sur la persistance du canal artériel et sur le rétrécissement de l'aorte thoracique ; mode naturel d'occlusion du canal artériel ;* par M. Norman Chevers. (Travail déjà analysé dans la GAZ. MÉD., 1845, p. 717.) 8° *Mémoire sur l'écoulement aqueux très-abondant qui accompagne certaines fractures de la base du crâne ;* par le docteur Alph. Robert, médecin de l'hôpital Beaujon. 9° *Nouvelles recherches sur les bruits des artères et applications de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies ;* par le docteur Beau, médecin des hôpitaux. (Quatrième article.) 10° *Etudes cliniques sur les maladies vénériennes : des plaques muqueuses ;* par MM. Davasse et Deville, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. (Deuxième article. — Nous rendrons compte de ces deux derniers travaux quand la publication en sera terminée.)

MÉMOIRE SUR L'ÉCOULEMENT SÉREUX QUI S'EFFECTUE PAR L'OREILLE A LA SUITE DES FRACTURES DU ROCHER ; par M. CHASSAIGNAC.

Nous avons déjà analysé récemment un bon mémoire de M. Laugier (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 815) sur cette question. M. Chassaignac, qui, à son tour, a observé un cas d'écoulement séreux par l'oreille, essaye aujourd'hui de donner une nouvelle théorie du phénomène ; mais auparavant il jette un coup d'œil sur les théories déjà émises. Or, d'après ce seul fait que l'écoulement de sérosité est abondant et continue quelquefois pendant quatre ou cinq jours, il conclut qu'on ne saurait admettre pour en rendre raison qu'une cause susceptible de persister. Ainsi se trouve mise de côté l'opinion que cet écoulement serait un produit de la décomposition du caillot de sang épanché au moment de la fracture.

Parmi les théories qui supposent une source d'écoulement continue, la plus répandue est celle de MM. Bodinier et Bérard, qui attribuent l'écoulement auriculaire au liquide céphalo-rachidien ; mais elle ne peut concorder qu'avec les faits où la fracture passe précisément sur le conduit auditif et laisse donc forcément de côté ceux où la fracture a un siége différent, sans aucun rapport avec ce conduit. En second lieu, cette théorie suppose con-

stamment la déchirure des méninges, laquelle manque souvent. D'autre part, comme nous l'avons déjà dit (Voy. Gaz. Méd., 1845, p. 816), les expériences sur lesquelles on l'appuie ont donné à M. Laugier et à M. Robert des résultats contradictoires. Enfin, pour s'écouler au dehors, le liquide céphalo-rachidien ne peut passer qu'entre le névrilème du nerf auditif, et le prolongement que le feuillet viscéral de l'arachnoïde envoie sur ce nerf. Il faudrait donc, pour que cet écoulement eût lieu, non-seulement que la dure-mère fût déchirée, ainsi que le feuillet pariétal de l'arachnoïde (car alors ce serait la cavité arachnoïdienne seule qui serait ouverte), mais que le feuillet viscéral de l'arachnoïde, celui qui est juxtaposé au nerf auditif, fût lui-même déchiré; et il faudrait encore que la rupture membraneuse fût en communication directe avec la fracture. Notez que ceci n'a pas encore été observé une seule fois; et de plus, on peut dire que cela ne le sera pas fréquemment. Or, disons-nous avec M. Chassaignac, faire d'une condition anatomique aussi difficile à réaliser la base d'une explication, n'est-ce pas avouer le peu de fondement de celle-ci?

Voici maintenant comment l'auteur se rend compte de l'écoulement de sérosité à la suite des fractures de cette partie du crâne. Le rocher, entouré presque de tous côtés par des affluents sanguins considérables, est, de tous les os du crâne, celui sur lequel sont concentrés le plus d'aboutissants veineux; de plus, le golfe jugulaire, qui renferme la plus grande masse sanguine à l'état de collection qui puisse se trouver dans le crâne, est dans de tels rapports avec le rocher, qu'une fracture ou un déjettement de cet os peut causer aux parois membraneuses du golfe de petites ruptures. — Dans l'autopsie du malade qu'il a observé, M. Chassaignac a effectivement trouvé une ouverture du diamètre d'une tête d'épingle faite à la paroi adhérente du golfe au contact de la fracture: celle-ci coupait le trajet du conduit auditif interne.

Il est presque impossible de concevoir une fracture du rocher qui, par quelque point de son trajet, n'arrive pas au contact de l'un des sinus. Or la paroi adhérente, *périostique* des sinus, étant plus mince et plus tendue que leur paroi libre, *méningienne*, peut se déchirer plus facilement à la suite de fracture.

D'après M. Chassaignac, c'est donc une rupture de la paroi adhérente des sinus qui permettrait au sang en circulation dans ces cavités de produire et d'entretenir l'écoulement de sérosité dans l'oreille; et cet écoulement est clair quand il y a fracture étroite, parce qu'alors la partie *non colorée* du sang peut seule filtrer; il est plus ou moins rougeâtre quand la fracture s'accompagne d'écartement, parce qu'alors une certaine quantité de la *partie colorée* du sang traverse en même temps la solution de continuité osseuse.

Mais pourquoi, demandera-t-on sans doute à M. Chassaignac, cette petite rupture de la paroi du sinus n'est-elle pas promptement fermée par un caillot sanguin, comme cela arrive pour toutes les divisions de peu d'étendue des tubes vasculaires? A cette objection, sans contredit la plus forte de toutes celles qu'on peut diriger contre sa théorie, l'auteur répond: 1° la paroi du sinus étant collée à l'os, cette adhérence fait rester la plaie béante; 2° le sang ne se coagule que quand il est extravasé: ici il est à l'état de courant continu dans une veine qui ne s'affaisse même pas; 3° dans ce cas, la plaie ne se porte pas sur un vaisseau situé à l'extérieur, la rupture a lieu au sein de tissus dérobés à l'air; elle est donc soustraite à l'influence de la température externe et de la vaporisation des parties liquides, circonstances éminemment favorables à la formation d'un coagulum.

De la modification de la variole par la vaccine; par le docteur Ambroise Tardieu.

La Gazette Médicale a eu souvent occasion d'exposer les dissidences qui règnent aujourd'hui sur la question de l'influence réciproque de la variole et de la vaccine. L'opinion qui admet l'affirmative est aujourd'hui la plus répandue, et voici encore un fait extrêmement curieux qui vient à son aide. L'importance exceptionnelle de ce fait nous engage à la rapporter avec quelques développements.

Obs. — Un jeune homme, âgé de 18 ans, entra à la Charité le 21 septembre 1845. C'est le 17 qu'il a ressenti les premiers symptômes d'une affection fébrile en apparence assez grave à laquelle on opposa le lendemain une saignée du bras. Dans la matinée du quatrième jour, le 20, parurent les premiers boutons de la variole. La vaccine fut inoculée ce jour-là, suivant l'indication d'Eichorn, au moyen de douze à quinze piqûres à chaque bras. (Le vaccin était sec et conservé entre deux lames de verre). A son entrée à l'hôpital, un grand nombre de pustules varioliques étaient déjà répandues sur tout le corps et principalement sur la face, sans être cependant confluentes. La fièvre était d'ailleurs très-modérée. Quant à la vaccine, il n'y en avait aucune trace, si ce n'est, au bras droit, trois ou quatre petites piqûres superficielles sans élevure ni rougeur.

L'éruption variolique suivit son cours sans accidents et parcourut ses différentes phases avec une grande rapidité. Il n'y eut ni fièvre secondaire ni gonflement de la face et des extrémités. Du sixième au huitième jour de leur apparition, les pustules étaient déjà arrivées à la période de desquammation. A cette époque et jusqu'au 29 septembre, dixième jour de l'éruption, les traces de l'inoculation vaccinale n'avaient pas changé d'aspect; les piqûres n'avaient fait absolument aucun progrès.

Depuis ce moment, on cessa d'examiner chaque jour l'état des bras; la desquammation s'opéra régulièrement; on remarqua la forme papuleuse, la disposition saillante des cicatrices. Le 5 octobre, le malade dit que depuis cinq jours la vaccine *semblait avoir pris*. Et en effet, on apercevait au bras droit, au niveau des piqûres restées apparentes, quatre pustules vaccinales déjà presque complètement desséchées. « Il n'y avait pas à s'y tromper, ajoute M. Tardieu; au milieu des cicatrices petites, blanches et saillantes laissées par la variole, on voyait ces quatre pustules, larges de 5 à 10 millimètres, recouvertes, l'une d'une croûte épaisse et brune, les autres d'un liquide en partie desséché, toutes entourées d'une auréole circulaire très-étroite, d'un rouge vif et sans tumeur vaccinale. »

Ce fait, que M. Rayer a observé de concert avec M. Tardieu, a surtout de l'importance sous le point de vue que voici. Ceux qui nient l'influence de la vaccine sur la variole allèguent, entre autres raisons, que beaucoup de varioles abandonnées à elles-mêmes, sans inoculation vaccinale, marchent irrégulièrement et prennent spontanément les caractères qu'on assigne aux varioles dites modifiées. Or ici, la marche si rapide de la maladie, la forme acuminée des boutons, ne sont pas des caractères isolés, abandonnés à leur signification propre, et partant susceptibles d'interprétations diverses; leur sens se trouve éclairé par cet autre caractère connexe: l'apparition tardive des boutons vaccinaux, lesquels semblent attendre, pour faire éruption, l'amortissement des pustules varioliques. Ce dernier point, dont nous ne connaissons pas d'autre exemple, trahit quelque influence particulière qu'on ne saurait guère trouver en dehors de la variole concomitante; et dès lors on est bien près d'attribuer la marche et la forme insolites de cette dernière à l'influence réciproque de la vaccine.

S'il en était ainsi, il faudrait poser avec l'auteur ce précepte de thérapeutique: « Chez les individus non vaccinés, l'inoculation de la vaccine est opportune et peut être utile, ne fût-ce que par exception, non-seulement pendant la fièvre primaire, mais même au début de l'éruption variolique. »

Nature de l'écoulement aqueux qui accompagne certaines fractures de la base du crane; par M. le docteur Robert, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nous venons de faire connaître, avec tout le soin et toute l'impartialité désirables, une nouvelle manière d'expliquer comment le liquide épanché par l'oreille, à la suite des fractures du rocher, peut être fourni par la partie séreuse du sang. Voici une nouvelle démonstration de la théorie opposée, de celle qui regarde l'écoulement auriculaire comme produit et alimenté par le liquide céphalo-rachidien.

On avait objecté à ceux qui croient que c'est la partie séreuse du sang qui sourd à travers les fêlures du rocher l'abondance et la nature du liquide, dont les caractères chimiques différaient notablement de ceux du sang. Le mémoire de M. Robert est destiné à établir, précisément à l'aide de ces deux objections étayées de nouveaux faits et de nouvelles preuves, que l'écoulement dont il s'agit est le produit du liquide céphalo-rachidien.

Dans une seconde partie de son mémoire, M. Robert cherche à prouver que l'issue du liquide aqueux, au lieu de dépendre exclusivement des fractures du rocher, est un phénomène plus général, lié à l'existence de certaines fractures de la base du crâne, et peut avoir lieu aussi bien par les fosses nasales que par le conduit auditif externe.

Dans le premier cas qu'il rapporte, M. Robert a pu recueillir de 5 à 10 grammes de liquide par heure, 4 à 500 grammes pour les 70 heures qui se sont écoulées depuis l'accident jusqu'à la mort. M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, y a trouvé une proportion de chlorure de sodium au moins double de celle que présente la sérosité du sang. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de caillot entre la dure-mère et les os du crâne. Deux autres faits rapportés par M. Robert et communiqués par MM. Nélaton et Chassaignac témoignent aussi de la quantité du liquide écoulé en disproportion considérable avec la quantité de sang qu'on supposerait avoir été épanché ou fourni par les vaisseaux déchirés intérieurement. M. Robert, rapprochant les différents faits où l'écoulement a eu lieu par l'oreille externe, et dans lesquels le siége précis de la fracture a été indiqué, établit comme une règle certaine de diagnostic la proposition suivante:

« L'écoulement aqueux très-abondant qui a lieu par l'oreille externe, à la suite des percussions du crâne, indique l'existence d'une *fracture* divisant en travers la partie moyenne du rocher, et intéressant le conduit auditif interne, le labyrinthe et la paroi interne de la cavité du tympan; cette fracture est compliquée de la déchirure de la membrane du tympan. »

Cherchant ensuite à préciser plus rigoureusement par quelle voie le liquide céphalo-rachidien arrive dans le conduit auditif interne, M. Robert met d'abord hors de cause l'explication donnée précédemment, et qui consisterait à considérer le passage du liquide à travers les enveloppes du cerveau

comme un phénomène d'exosmose. Il explique ensuite cette communication au moyen d'une déchirure du prolongement fourni par les enveloppes du cerveau dans l'intérieur du conduit auditif, à travers lesquelles le liquide aurait une issue facile. M. Robert affirme avoir vérifié cette disposition sur une pièce présentée par lui à une société savante. Si les observateurs précédents n'ont pas mentionné la même déchirure dans les cas qu'ils ont rapportés, c'est que cette lésion leur a échappé à raison de son peu d'étendue, de son siége caché, et aussi sans doute parce qu'ils ne la cherchaient pas.

Un fait rapporté dans la seconde partie du mémoire de M. Robert vient encore déposer en faveur de cette explication. Il s'agit d'une percussion violente du crâne qui a été suivie de l'écoulement d'un liquide aqueux par la narine droite, écoulement qui a duré jusqu'à la mort. A l'autopsie, on a trouvé : 1° les méninges déchirées au niveau de la selle turcique et des prolongements que l'arachnoïde envoie autour de la tige pituitaire; 2° vis-à-vis de la portion déchirée des méninges, la base du crâne offrait une solution de continuité pénétrant dans les sinus sphénoïdaux, et principalement dans le droit; la muqueuse correspondante était déchirée; or, une lame osseuse, mince et fragile, séparant seule, en cet endroit, la cavité du crâne de celle des sinus, il est évident que le liquide cérébro-spinal a pu s'échapper très-facilement par cette voie, et pénétrer dans le sinus sphénoïdal du côté droit, qui, s'ouvrant lui-même dans le méat supérieur correspondant des fosses nasales, a dû le verser dans la narine.

DE LA TEMPÉRATURE CHEZ LES ENFANTS A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE; par M. HENRI ROGER, médecin des hôpitaux.

Si l'étude de la température du corps humain à l'état physiologique a donné lieu à de nombreux et importants travaux, celle de la température à l'état pathologique a été jusqu'ici fort négligée. Ce contraste est remarquable, et il serait peut-être difficile d'en donner une bonne raison, tant il semble qu'il eût été naturel de rechercher, ne fût-ce que par curiosité, ce que devenait dans les maladies ce singulier phénomène de la fixité de la température normale du corps au milieu des plus grandes variations atmosphériques. Toujours est-il que les travaux relatifs à la chaleur animale dans l'état morbide sont très-peu nombreux et n'ont pas encore conduit jusqu'ici à des données bien certaines ni bien utiles. Nous en excepterons cependant l'ouvrage de Currie et un mémoire inséré par M. Donné dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (11ᵉ série, t. IX), et dans lequel il étudie non-seulement les modifications de la chaleur dans un grand nombre d'affections, mais encore ses rapports avec les variations du pouls et des mouvements respiratoires. Ce dernier point de vue est particulièrement important, en ce qu'il fournit un élément d'appréciation jusqu'ici négligé, à l'endroit de la théorie de Lavoisier sur la source de la chaleur animale. Le mémoire de M. Donné contient sur ce point et sur quelques autres le germe de plusieurs idées que M. Roger a pu développer, grâce à des expériences beaucoup plus nombreuses, et que nous indiquerons chemin faisant.

Les recherches de M. Roger, fondées sur un millier d'expériences, et exposées dans un travail qui n'a pas moins de deux cents pages, se distinguent de celles qui les avaient précédées en deux points principaux; elles étendent à la pathologie de l'enfance une étude jusque-là bornée à l'âge adulte, et, des résultats obtenus, l'auteur tire des applications au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies de l'enfance: c'est là leur double caractère d'originalité. Nous allons les suivre successivement et dans ces résultats et dans ces applications; mais d'abord un mot sur la manière dont l'auteur a procédé à ses expériences.

Il s'est toujours servi d'un thermomètre centigrade d'une grande sensibilité, et portant des divisions assez grandes pour permettre d'apprécier exactement les cinquièmes ou au moins les quarts de degré. La boule de l'instrument a toujours été mise dans le creux axillaire, sauf pour les cas où il s'agissait de constater la chaleur locale de certaines parties. Chez l'enfant, dont le creux axillaire n'est jamais très-profond, l'application immédiate est facile. Le petit malade étant dans le décubitus dorsal, l'instrument est placé dans la partie la plus profonde de l'aisselle, puis le bras fléchi et rapproché du corps est maintenu exactement contre la poitrine, de manière que le réservoir soit pressé de tous côtés par les parois du creux de l'aisselle. En général, au bout de trois minutes, la colonne de mercure avait atteint son maximum et restait stationnaire; cependant le thermomètre était ordinairement laissé en contact cinq minutes et quelquefois davantage. On profitait de ces cinq minutes pour compter les battements du pouls et les mouvements respiratoires; mais il est prudent, avec les enfants indociles, de ne pas mener de front ces diverses expériences, et d'explorer le pouls et la respiration avant de s'occuper de la chaleur animale. Ces détails ne seront pas inutiles à ceux qui voudraient répéter les expériences de M. Roger. Voici maintenant l'exposé abrégé des faits principaux auxquels il a été conduit et des déductions qu'il en a tirées.

RÉSULTATS PHYSIOLOGIQUES. — *Au moment de la naissance*, l'enfant a, dans quelques cas, une température supérieure et à celle que lui-même aura plus tard, et à celle des adultes; cette somme un peu plus forte de calorique lui vient du milieu où il était plongé, puisque l'on constate une identité presque parfaite entre le chiffre qui l'exprime et celui que donne le thermomètre placé dans la cavité utérine immédiatement après l'expulsion du fœtus.

Que la chaleur de l'enfant naissant surpasse ou égale la chaleur moyenne des autres âges, ou qu'elle lui soit inférieure (ce qui arrive chez les enfants très-chétifs, dont la température peut être de 32°), toujours est-il que dans presque tous les cas (8 fois sur 11) elle est supérieure d'au moins un degré à celle de la mère.

Constamment aussi, dans le nouveau milieu où il se trouve plongé, l'enfant qui vient de naître se refroidit rapidement. Au bout de quelques minutes, il a déjà perdu deux ou trois degrés de chaleur. C'est seulement le lendemain de la naissance que la chaleur animale semble avoir pris son niveau physiologique; elle s'y maintient avec de très-légères oscillations tant que la santé persiste. L'auteur a trouvé *comme moyenne normale* 37°,08 pour 33 nouveau-nés d'un à sept jours, et 37°,21 pour 25 enfants âgés de 4 mois à 14 ans. Si l'on compare ces moyennes à celles qu'a déjà données M. Despretz ou que donne l'auteur lui-même pour les autres âges, on voit que la chaleur animale, dans l'état de santé, ne présente aux diverses périodes de l'existence que des différences à peine sensibles; 36° et 38° sont les limites physiologiques inférieure et supérieure; 37° est le chiffre le plus fréquent dans l'enfance; il est atteint presque aussi souvent par les adultes, et la vieillesse la plus avancée ne s'en éloigne guère que de quelques centièmes. Mais s'il est vrai que la température du corps humain diffère peu avec les âges, il n'en est plus de même de la force de résistance au froid, laquelle est à son minimum aux deux extrêmes de la vie.

Un fait bien remarquable, c'est que l'exercice des fonctions, tant qu'il reste normal, n'entraîne dans la température que des modifications presque insignifiantes. Dans les expériences de M. Roger, l'état de veille ou de sommeil, de repos ou de mouvement, le travail de la digestion, ont été sans influence. Pour quelques nouveau-nés, l'activité plus grande de la circulation, le sexe masculin, une plus grande force de constitution, ont donné une légère élévation d'un degré ou d'un demi-degré.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, ces diverses régions du corps, facilement accessibles au thermomètre, ont des températures un peu différentes. Pour la fixité et l'élévation comparée de la température, elles peuvent être rangées dans l'ordre suivant: aisselle, abdomen, bouche, pli du coude, mains et pieds; d'où il suit, pour le dire en passant, que le chiffre obtenu dans les expériences qui ne s'adressaient pas spécialement à telle ou telle partie circonscrite du corps, représentait le maximum de température des individus soumis à l'expérience, puisque le thermomètre était placé dans le creux axillaire.

Tels sont les principaux résultats *physiologiques* auxquels est arrivé M. Roger. Ceux qui concernent la *pathologie* de l'enfance étant extrêmement nombreux, on comprend que nous ne puissions les exposer tous, même succinctement, et que nous nous bornions à quelques indications générales propres seulement à faire deviner l'importance des détails que nous sommes forcé de négliger.

La première remarque pour laquelle l'auteur commence cette seconde partie de son travail mérite d'être rappelée. « Le jeu des fonctions, tant qu'il reste régulier, est, on peut dire, sans influence sur la chaleur animale ; et voici que le plus léger dérangement dans la santé, l'accès de fièvre le plus simple, vont augmenter la température de l'enfant de plusieurs degrés, ce que ne font point les variétés de l'état physiologique, ce que ne fait pas non plus une chaleur ambiante de 40°. De même pour le froid, l'enfant.... trouve jusqu'à un certain point dans sa frêle économie et dans les forces de la vie commençante de quoi résister aux causes physiologiques de refroidissement les plus actives; mais survienne l'état morbide, et sa température va baisser d'une manière extraordinaire (comme on le voit dans le sclérème). »

La chaleur animale peut être partout diminuée ou partout augmentée; elle peut aussi n'être diminuée ou augmentée que partiellement.

Parmi les maladies de l'âge adulte, il n'en est qu'une, le *choléra algide*, qui soit accompagnée d'une diminution *générale* de la température. L'enfance en offre deux, qui sont le choléra et le sclérème. A cette occasion, nous devons dire que l'étude du sclérème, ou œdème des nouveau-nés, au point de vue de la température, est devenue pour l'auteur une source d'expériences et d'inductions qui jettent un nouveau jour sur les conditions étiologiques, et, jusqu'à un certain point, sur la nature de cette affection. Sans doute quelques auteurs, notamment MM. Auvity et Valleix, avaient déjà signalé ce refroidissement général dont elle est accompagnée, mais ils ne l'avaient pas étudié, le thermomètre à la main, dans ses phases, sa durée, ses effets, ses conséquences pratiques. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce dernier point; pour le moment, nous ne voulons signaler que le ré-

sultat brut de l'expérience. Or sur 52 enfants affectés de sclérème, dix-neuf fois le thermomètre marquait moins de 33°, sept fois il descendit plus bas que 26°, c'est-à-dire 11° au-dessous du niveau physiologique; une fois même il descendit à 22°. La moyenne pour les 52 cas fut de 31°, six degrés de moins que la moyenne normale. Le refroidissement a ceci de remarquable, que le plus souvent il persiste et parfois même augmente en dépit d'influences contraires. Il existe dès le début de l'endurcissement; c'est quelquefois le premier phénomène qu'on observe. M. Roger a essayé en vain de s'assurer d'une manière positive si ces deux phénomènes, *induration commençante* et *abaissement de la température*, sont simultanés, ou lequel des deux est antérieur à l'autre. Cependant le degré considérable de refroidissement qui existe parfois au début le porte à penser que le refroidissement est le phénomène initial. Enfin, il s'est demandé quelle est la limite du refroidissement au-dessous de laquelle l'enfant ne peut plus guérir; les sujets soumis à ses expériences ne lui ont offert que deux cas de guérison; dans l'un, le thermomètre avait baissé jusqu'à 32°,50; dans l'autre, il s'était arrêté à 33°.

Quant à la diminution *locale* de la température animale, elle s'observe aussi dans un nombre très-restreint d'affections; ainsi dans certains cas de paralysie sur le membre affecté; ainsi encore dans la gangrène de la bouche, sur l'escarre.

La chaleur, avons-nous dit, peut être *généralement* et à peu près uniformément augmentée. C'est le fait le plus commun. Elle est surtout très-élevée dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, la pneumonie; résultat tout à fait conforme à ceux qu'avaient déjà obtenus MM. Andral et Donné. L'état tuberculeux ne donne lieu à une augmentation de température que par ses effets consécutifs sur les tissus envahis; cette augmentation est plus considérable, comme l'avait déjà vu M. Donné, quand la tuberculisation porte sur le parenchyme pulmonaire. La chaleur offre des variations singulières dans la méningite.

D'autres fois la chaleur n'est augmentée que *localement*, et alors l'augmentation porte, tantôt exclusivement sur la température des organes internes, la périphérie étant au contraire refroidie (comme il arrive dans la fièvre intermittente), tantôt sur une région limitée de la surface externe, ainsi qu'on l'observe dans l'érysipèle inflammatoire ou dans la stomatite gangréneuse autour de l'escarre. Notons cependant que, dans ce dernier cas, si le thermomètre placé sur le point affecté marque un degré plus élevé que sur les régions voisines ou correspondantes du côté opposé, la chaleur locale n'excède pas la température générale (prise au creux axillaire), qui est simultanément exaltée.

Entre quelles limites d'accroissement ou de diminution oscille la température de l'enfant malade ? Pour les adultes, si l'on s'en rapporte aux observations de M. Andral qui embrassent à peu près toutes les maladies, le choléra indien excepté, les oscillations de la température se maintiennent dans une latitude de 7° seulement, entre 35° et 42°. Sur l'enfant, suivant M. Roger, les extrêmes sont beaucoup plus éloignés: ils comprennent 20° au moins, entre 42°,50 et 22°. Mais cette différence est plus apparente que réelle, et l'identité des chiffres eût été presque complète si l'auteur n'avait pas dû comprendre dans ses expériences une affection qui ne rentrait pas dans le cadre de M. Andral, et qui, à elle seule, abaisse singulièrement le chiffre minimum de la température; nous voulons parler de l'œdème des nouveau-nés.

Enfin, il paraît qu'une élévation de 5° à 6° au-dessus de la moyenne normale est le maximum que l'enfant soit capable de supporter, tandis que, comme nous l'avons dit tout à l'heure, il peut perdre, avant de mourir, 15 degrés ! Et encore n'est-ce peut-être pas là le dernier terme de la réfrigération ; car l'enfant qui a présenté le minimum 22° a encore vécu près d'un jour après l'expérience.

Toutes les variations de température, en plus ou en moins, que nous venons d'indiquer, n'ont pas avec la fréquence du pouls et de la respiration un rapport aussi constant qu'on pourrait l'imaginer. C'est surtout dans la fièvre typhoïde que le nombre peu élevé des battements du pouls et des mouvements respiratoires contraste avec l'élévation considérable de la température. Par opposition, la pneumonie est la maladie qui offre entre ces différents phénomènes la relation la plus exacte. M. Roger, poursuivant l'expérience dans les diverses maladies de l'enfance, montre que dans un très-grand nombre d'affections, et en particulier dans quelques névroses et quelques affections cérébrales, il y a désaccord complet entre la fréquence du pouls et de la respiration et le degré de chaleur animale. On comprend l'importance de ces résultats au point de vue physiologique. Si la production de la chaleur a sa source exclusive dans le poumon, si elle dépend uniquement d'un travail chimique opéré dans cet organe, d'où vient qu'il est des affections (fièvre intermittente, dothinentérie, rhumatisme articulaire aigu, etc.) où la température est à son maximum, tandis que la respiration garde presque son rhythme normal ? D'où vient, au contraire, que la fréquence des mouvements respiratoires puisse augmenter sans que le thermomètre monte d'un seul degré (chorée, rachitisme, etc.) ? Les mêmes remarques pourraient être faites au sujet des battements du pouls et montreraient l'insuffisance de l'hypothèse des iatro-mécaniciens; en sorte qu'au point de vue physiologique comme au point de vue pathologique, il y a là un mystère que nous ne sommes pas près de percer encore.

Il ne nous reste plus, pour faire connaître le remarquable travail de M. Roger sous ses faces principales, qu'à indiquer quelques-unes des applications qu'il a faites des résultats thermométriques au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies de l'enfance.

Au point de vue du *diagnostic*, les deux exemples suivants suffiront pour faire entrevoir tout le parti qu'on peut tirer de ce nouvel ordre de faits.

La fièvre typhoïde se trouvant être la seule maladie de l'enfance dans laquelle une très-forte chaleur coïncide avec une accélération du pouls modérée, si chez un enfant dont la température s'élève à 40° ou 41°, l'on ne compte guère que 100 à 112 pulsations, on pourra, d'après le simple désaccord entre la caloricité et la circulation, prononcer presque infailliblement qu'il y a fièvre typhoïde. L'œdème algide étant (avec le choléra épidémique) la seule maladie où la température générale du corps subisse un abaissement considérable, et cet abaissement précédant quelquefois et accompagnant toujours les premières lésions anatomiques du sclérème, un refroidissement bien constaté pourra seul suffire à diagnostiquer soit la venue prochaine, soit l'intensité de cette affection.

Relativement au *pronostic*, on peut dire qu'une exaltation excessive de température indique en général la gravité de la maladie. Excepté dans la fièvre intermittente, dont la terminaison est habituellement favorable malgré une chaleur de 41° et même 42°, on est presque toujours en droit de dire qu'il y a danger quand le thermomètre marque 41°. Les cas où la mesure est si près de la limite pathologique supérieure sont le plus souvent mortels; cependant la guérison est encore possible, et Currie a vu une scarlatine se terminer favorablement malgré une chaleur de 42°,78. A l'autre extrémité de l'échelle, l'intensité du froid dans l'œdème des nouveau-nés est un signe certain de l'intensité, de l'étendue des altérations anatomiques et par conséquent de la gravité de la maladie. Des cholériques adultes ont pu guérir bien que, chez eux, le thermomètre fût descendu à 24°; mais les nouveau-nés malades, comme les nouveau-nés bien portants, ne sauraient supporter sans périr après une lutte plus ou moins longue, un abaissement de température au delà de 5° à 6°.

Enfin, qui ne voit tout le parti qu'on peut tirer en *thérapeutique* d'une connaissance exacte du degré de la chaleur animale et des oscillations qu'elle subit ? Dans les pyrexies comme dans le choléra ou le sclérème, on sera heureux de posséder toujours une règle certaine propre à guider dans l'emploi des moyens *réfrigérants* ou *réchauffants*. C'est un point sur lequel il serait superflu d'insister.

En terminant cette analyse, nous regrettons de n'avoir pu, malgré de si longs détails, ne donner qu'une notion incomplète des faits et des aperçus nouveaux dont abonde le mémoire de M. Roger; c'est sa faute plus que la nôtre : tel est le caractère des travaux qui ne sont que l'expression sévère des faits et de leurs conséquences immédiates, de ne se prêter qu'à une analyse imparfaite; mais aussi c'est leur destinée de rester à tout jamais dans la science, et nous croyons que celui de M. Roger y tiendra une place honorable.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER.

PRODUCTIONS PILIFORMES DE LA LANGUE.

M. H. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, communique plusieurs exemples de productions piliformes de la langue.

Occupé depuis quelque temps, dit-il, d'études spéciales sur la surface de la langue à l'état pathologique et physiologique, je suis arrivé à conclure que la coloration brune ou noire de cet organe, si fréquente dans les affections internes ou externes à type adynamique, tient, dans la plupart des cas, à l'existence d'appendices piliformes qui paraissent provenir des villosités de la muqueuse linguale.

Je pense même que tout ce qu'on a appelé jusqu'ici *enduits* de la langue tient au développement de ces appendices, de quelque couleur que soit l'enduit.

En effet, depuis le 15 novembre dernier, j'ai observé quatorze cas dans lesquels la langue était noire ou brune, et dans tous ces cas la coloration était due à ces productions piliformes que j'ai présentées à l'Académie.

Ces quatorze cas appartenaient aux affections suivantes :

Abcès inguinal symptomatique d'une affection de l'os iliaque.	1 cas.
Tumeur blanche du genou, tubercules pulmonaires.	1
Tubercules au sommet, phthisie à la dernière période.	2
Emphysème pulmonaire, hypertrophie du ventricule droit du cœur.	1
Fièvre typhoïde très-grave, compliquée de pneumonie droite.	1
Fièvre typhoïde légère.	1
Fièvre typhoïde moyenne.	2
Ascite symptomatique de l'albuminurie.	1
Polype utérin, hémorrhagies fréquentes avant l'opération.	1
Squirrhe de l'utérus et du rectum, fièvre hectique.	1
Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez une femme de 82 ans.	1
Hypertrophie du foie, ictère, symptômes de cirrhose.	1
Total.	14 cas.

En joignant à ces quatorze faits les deux cas de pleurésie et d'érithème noueux signalés dans la première communication que j'ai faite à l'Académie royale de médecine en novembre dernier, j'ai donc seize cas, répartis entre douze affections distinctes, dans lesquels la coloration noire de la langue est due au développement de productions piliformes.

Sans vouloir, de cette circonstance, conclure que la coloration noire de la langue est *toujours* due à ces végétations, on conviendra cependant qu'il y a dans la simultanéité de ces phénomènes une constance qui suffirait presque pour justifier une loi générale.

Ces poils sont en apparence tellement semblables aux poils de la peau, qu'à l'œil nu il serait difficile de les en distinguer. Vus au microscope, ils diffèrent beaucoup des poils cutanés.

Sans doute ils sont à l'épithélium ce que les poils sont à l'épiderme; sans doute ils doivent être attribués à une altération de sécrétion de l'épithélium et comparés aux concrétions épidermiques.

Ces productions piliformes ont de 1 à 15 millimètres de longueur sur 1/5 à 1/200 de millimètre d'épaisseur. La plupart sont coniques; un grand nombre sont disposés en faisceaux et semblent se diviser en plusieurs branches partant d'un tronc unique; leur présence ne paraît altérer ni la voix, ni le goût, ni la mastication.

En général, quand ces poils sont longs, ils causent une sensation incommode au fond du palais: et effectivement, placés d'une manière verticale sur la base de la langue, vers le foramen cœcum, ils doivent, par un frottement incessant contre la luette, causer ce chatouillement incommode qui se manifeste souvent à la gorge vers la convalescence, et que les malades et les médecins ne savaient comment expliquer.

Après de nombreuses recherches dans les auteurs, je n'ai trouvé que deux exemples analogues, et encore sont-ils simplement énoncés sans le moindre développement. Le premier, cité par Meckel dans sa monographie sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps, est emprunté à Lusitanus Amatus, qui déclare (1) « avoir vu un homme dont la langue était » chargée de poils qui repoussaient après qu'on les avait arrachés. »

Portal rapporte un deuxième exemple en ces termes : « J'ai vu dans une femme » la langue couverte de poils qui avaient cinq à six lignes de hauteur; ils étaient » assez rudes et reparaissaient peu de temps après qu'on les avait coupés. L'u- » sage des antiscorbutiques longtemps continués guérit cette singulière affec- » tion (2). »

Ce qui a sans doute empêché jusqu'ici les observateurs de reconnaître ces végétations, c'est qu'à la partie antérieure de la surface de la langue elles sont le plus souvent couchées complétement, sans aucune saillie apparente. Mais si l'on examine avec attention la moitié postérieure de l'organe, et surtout si l'on rebrousse les villosités et qu'on les écarte dans des directions diverses, on les reconnaît alors manifestement, et on les enlève avec la plus grande facilité, soit avec des pinces, soit en raclant la langue avec un couteau.

Mes observations sont trop récentes encore et trop peu nombreuses pour que je veuille aborder toutes les considérations que le sujet peut faire naître relativement à la durée de ce phénomène, à sa valeur diagnostique ou pronostique, aux lésions anatomiques qui l'accompagnent, etc., etc. Si donc j'occupe l'Académie de cette question avant d'avoir pu l'entourer de toutes les données qu'elle comporte, c'est que la saison actuelle étant marquée surtout par des affections à type adynamique, et ce type paraissant le plus favorable à la production de ces végétations de l'épithélium, j'ai voulu, sans attendre le complément de mes recherches, mettre la section de médecine et de chirurgie à portée de vérifier elle-même les faits qui leur servent de base.

MALADIES DES OUVRIERS EMPLOYÉS DANS LES FABRIQUES D'ALLUMETTES.

M. Théophile Roussel adresse un travail relatif aux maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques et aux mesures hygiéniques et administratives nécessaires pour assainir cette industrie.

Déjà quelques médecins ont signalé quelques accidents produits par cette fabrication. M. Gendrin a insisté récemment sur la gravité des bronchites qui affectent les ouvriers des fabriques d'allumettes. Quelques médecins allemands ont accusé cette fabrication de produire des affections de la bouche et des os maxillaires qui s'accompagnent de nécroses étendues et se terminent souvent par la mort (3). M. Roussel, désirant éclaircir quelques-uns de ces points nouveaux de pathologie, s'est attaché : 1° à étudier toutes les opérations qui constituent la fabrication des allumettes; 2° à rechercher toutes les conditions qui peuvent concourir à la production des maladies chez les ouvriers; 3° à observer le développement de ces maladies et déterminer les moyens de les prévenir.

(1) Curat. méd., cent. vi, obs. 65.

(2) Anat. méd., t. iv, p. 527.

(3) V. Gaz. Méd. du 7 février, p. 113.

En étudiant chaque partie de la fabrication, il a été facile de reconnaître que l'insalubrité n'appartenait qu'à un petit nombre d'entre elles, et qu'à l'aide d'une séparation convenable des ateliers qui ne nuirait en rien à l'économie du travail, on obtiendrait d'abord ce résultat, de réduire à un cinquième au plus du nombre total des ouvriers le nombre de ceux qui sont exposés à l'émanation des vapeurs phosphorées.

L'examen des ouvriers démontre l'existence non-seulement d'affections plus ou moins intenses des voies respiratoires, mais encore d'affections des gencives et des os maxillaires se terminant par la nécrose et quelquefois par la mort des malades.

En ce qui concerne cette dernière maladie, il résulte du petit nombre d'observations connues que l'auteur a pu consulter que les antécédents des malades, l'examen de leur constitution, etc., permettent d'affirmer, pour la plupart des cas, que la syphilis et la scrofule sont étrangères au développement de la maladie; que celle-ci n'a paru qu'après un séjour d'au moins deux ans dans les fabriques; que tous les individus affectés étaient habituellement exposés aux vapeurs phosphorées.

Les mesures que M. Roussel croit capables d'assainir la fabrication des allumettes consistent: 1° dans la séparation complète des ateliers, afin de soustraire les plus considérables aux émanations phosphorées; 2° dans l'établissement des moyens convenables de ventilation dans les ateliers qui ne peuvent être complétement débarrassés de ces émanations.

PHÉNOMÈNE EXTRAORDINAIRE D'ÉLECTRO-MAGNÉTISME.

Une jeune fille, ou plutôt une enfant âgée de treize ans, Angélique Cottin, ouvrière dans une fabrique de gants en filet pour les dames, sachant lire et écrire, mais d'une intelligence bornée, une villageoise du département du Finistère, dévidait de la soie dans les premiers jours du mois de janvier avec ses compagnes d'atelier, lorsque tout à coup le tour qu'elle faisait mouvoir fut projeté au loin. Ne sachant comment expliquer cet accident, les jeunes filles remirent le tour à dévider en place et recommencèrent à travailler. Mais le même événement se renouvela, et bientôt on reconnut qu'Angélique Cottin était la cause de ce fait extraordinaire. Grand bruit dans le village, comme on pense bien; le curé est appelé. Angélique n'est pas malade; elle paraît bien portante. Qu'a-t-elle donc? le *diable au corps* peut-être, pour nous servir de l'expression qui peint le mieux l'idée qu'eurent tous les habitants de l'endroit. Le bon curé procéda à un exorcisme, mais rien n'y fit.

Après le prêtre, le médecin. M. le docteur Verger, puis M. le docteur Cholet visitèrent Angélique, et les phénomènes qu'elle manifestait leur parurent si extraordinaires qu'ils décidèrent son père et sa mère à l'amener à Paris, où elle se trouve avec M. le docteur Cholet, rue des Deux-Écus, hôtel de Rennes. Ces jours derniers, Angélique a été conduite dans le cabinet de M. Arago à l'Observatoire, et l'illustre astronome a consenti à être témoin des expériences suivantes, en présence de MM. Mathieu, Laugier et Goujon :

La main gauche d'Angélique Cottin a attiré vivement une feuille de papier placée sur le bord d'une table.

Angélique, tenant son tablier à la main, s'est approchée d'un guéridon, et le guéridon a été repoussé, tandis que le tablier l'effleurait à peine.

Angélique s'étant assise sur une chaise et ayant posé ses pieds à terre, la chaise a été projetée avec une violence extraordinaire contre la muraille, tandis que la jeune fille était jetée d'un autre côté. Cette dernière expérience a été recommencée plusieurs fois de suite par M. Arago, et toujours elle a réussi. M. Arago n'a pas pu empêcher la chaise d'être repoussée. MM. Goujon et Laugier ensemble n'ont pas été plus heureux. Enfin, M. Goujon s'étant assis à l'avance sur la moitié de la chaise, a été renversé avec celle-ci au moment où Angélique est venue pour partager le siége avec lui.

Tels sont les faits dont M. Arago a été témoin dans l'espace d'une demi-heure. Il n'a rien vu qui pût faire croire à une supercherie quelconque. N'est-il pas d'ailleurs bien peu présumable qu'une jeune fille de 13 ans ait plus de force physique que deux ou trois hommes? Les plus incrédules ne sauraient sérieusement élever des doutes admissibles à égard (1).

(1) Depuis la visite faite par Angélique à M. Arago, d'autres expériences ont été entreprises par plusieurs personnes, et entre autres par M. le docteur Tanchou. Nous ne reviendrons pas sur les faits semblables à ceux dont a été témoin M. Arago. Nous ajouterons seulement que M. Tanchou ayant pu les suivre longuement, les a vus se manifester avec une énergie plus grande encore qu'à l'Observatoire. Ainsi, une chaise étant tenue par deux *forts de la halle* n'a pas été projetée, mais s'est brisée entre leurs mains quand Angélique s'est assise. Une table à manger, un guéridon, un canapé très-lourd ont été projetés par cela seul qu'ils étaient touchés par les vêtements de la jeune fille.

M. Tanchou a en outre indiqué plusieurs circonstances curieuses qui accompagnent ces phénomènes physiques. La chaise sur laquelle s'assoit la jeune fille tient d'abord à ses vêtements, est attirée par elle et ensuite est repoussée. Quand Angélique est isolée du sol par du verre, du taffetas gommé, de la cire, ou toute autre substance non conductrice de l'électricité, les projections n'ont point lieu. Un aimant étant approché de la main gauche, qui seule est magnétique, fait éprouver à Angélique des sensations tellement différentes lorsque c'est l'un ou l'autre des pôles nord ou sud qui la touchent, qu'elle sait toujours dire avec quel pôle on l'a mise en contact. Elle est repoussée par le pôle nord.

Du reste, Angélique éprouve elle-même des commotions violentes chaque fois qu'une décharge se produit. Son poignet est soumis à une sorte de rotation sur lui-même, et elle se trouve dans un grand état de souffrance pendant toute la

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

MM. Vidal (de Cassis), Larrey et Fournier de Lempdes écrivent qu'ils se mettent sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. M. Fournier adresse, à l'appui de sa candidature, divers travaux relatifs à la lithotritie et aux maladies génito-urinaires.

— M. le président prévient l'Académie qu'elle aura à se former en comité secret à quatre heures, pour entendre la suite du rapport sur l'élection des correspondants.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bousquet. Nous reproduisons quelques extraits de ce rapport.

DE LA PUISSANCE DE LA MÉDECINE ET DES BORNES DE CETTE PUISSANCE.

Le manuscrit dont vous nous avez chargé de vous rendre compte est écrit en italien; il a pour titre: VIRTU E LIMITE DELLA MEDICINA, ce qui signifie: DE LA PUISSANCE DE LA MÉDECINE ET DES BORNES DE CETTE PUISSANCE.

L'auteur, M. Cipriani (de Naples), est docteur en médecine et docteur en philosophie. Comme médecin il a voulu connaître toute la puissance de son art; comme philosophe il se demande où s'arrête cette puissance.

M. Cipriani distingue la science d'avec l'art; et à l'insistance qu'il met à cette distinction, on comprend qu'il y attache quelque importance. Considérée sous le premier point de vue, la médecine est toute spéculative; considérée sous le second, c'est une science éminemment pratique ou d'application.

Si pour exercer l'art il faut savoir la science qui lui dicte ses préceptes, pour savoir la science il faut comparer, induire, raisonner. L'observation et le raisonnement, dit M. Cipriani après son compatriote Baglivi, sont les deux pivots de la médecine. Notions vulgaires et qu'on ose à peine rappeler devant vous; mais si tout le monde s'accorde à dire ce qu'il faut faire, on se divise bientôt quand on passe du principe à l'application. Et ce ne sont pas seulement les individus qui cessent de s'entendre, ce sont les écoles elles-mêmes. Paris reproche à Montpellier d'avoir plus de penchant pour le raisonnement que pour l'observation. Montpellier répond non pas qu'on observe trop à Paris, on ne saurait trop observer, mais elle dit que toutes les richesses de l'observation ne sont que des embarras quand l'esprit n'en fait pas sortir les principes qu'elles renferment. Qu'est-ce à dire? qu'on n'observe pas assez d'un côté, qu'on raisonne trop de l'autre? Peut-être. Il faut voir la nature à l'œuvre pour apprendre à la connaître; mais il faut méditer sur ses opérations pour lui dérober ses lois, sinon la science sera toujours au même point, elle sera toujours à faire. Le nombre des faits est moins essentiel que leur exactitude. Rappelez-vous, messieurs, la patrie de la médecine. Elle est née dans une petite île de la Grèce où le nombre des malades était nécessairement proportionné à celui de sa population. Et, pour prendre un exemple plus près de nous, un des hommes qui ont le plus fait pour la chirurgie, Scarpa pratiquait dans une ville qui compte à peine 25,000 âmes. A ces exemples, j'en ajoute un autre que vous ne me pardonneriez pas d'oublier; c'est un modeste praticien de campagne qui a trouvé la vaccine, et quand Jenner en fit présent au monde, savez-vous ce qu'il avait de faits? il en avait dix-sept!

Après tous ces détours, M. Cipriani arrive enfin à l'objet essentiel de son mémoire. Il se propose, ai-je dit, d'apprécier la puissance de la médecine. Je me trompe peut-être, mais, à mon sens, cette question n'est pas traitée et elle ne pouvait pas l'être dans les termes où elle a été posée. On comprend bien qu'on se demande où en était la médecine dans tel ou tel siècle, à telle ou telle époque, sous telle ou telle doctrine; mais comment dire ce qu'elle deviendra avec le temps? Comment lui tirer son horoscope et fixer aujourd'hui ses destinées? Il n'est pas donné à l'homme de lire dans l'avenir, et mettre des bornes à sa perfectibilité, c'est se dégrader soi-même. Qui eût dit, à l'apparition de la petite vérole, que dix siècles plus tard il se trouverait un génie heureux qui nous enseignerait les moyens de nous en préserver? Qui eût dit à la même époque qu'un chirurgien de notre temps, membre de cette académie, irait briser la pierre dans la vessie à travers les voies naturelles?

Ces perfectionnements, M. Cipriani ne les nie pas, personne ne peut les nier; mais il les considère comme des perfectionnements partiels, et il n'en persiste pas moins à dire que la médecine a des bornes qu'elle ne franchira pas: ces bornes, il les trouve dans la force médiatrice de la nature. Mais où commence, où s'arrête cette force? qui est-ce qui nous en donnera la mesure? Il faut convenir que tout cela est bien vague. Veut-on dire cependant que là où la médecine n'est pas secondée par la nature, son art est impuissant? La proposition est beaucoup trop générale.

Il fallait distinguer entre les maladies, car elles ne sont pas toutes les mêmes. Parmi les maladies chirurgicales il en est, telles que les luxations et les hernies, où l'art n'a rien à attendre de la nature. A la vérité, ce ne sont pas à proprement parler des maladies; ce sont des lésions physiques, comparables à celles qu'on pourrait produire sur une machine faite de main d'homme, et faciles à imiter sur le cadavre. Il en est d'autres, mi-partie physiques et mi-partie vitales, où l'intervention des deux puissances est également nécessaire: un os est rompu, une artère est ouverte; l'art rapproche et la nature unit. *Ars curat, natura sanat.*

Il est d'autres maladies que la chirurgie traite encore plus cavalièrement. Ce qu'elle ne peut pas conserver, elle le retranche. Le cristallin est opaque, elle ne cherche même pas à lui rendre sa transparence, elle l'ôte ou le déplace; on lui demande de fondre une loupe, elle l'extirpe; de résoudre une tumeur fibreuse, elle l'enlève; de cicatriser un ulcère, elle le brûle; de dissiper une tumeur blanche, elle coupe le membre, etc. Et ces mutilations, loin de nuire à sa réputation, font éclater sa puissance! Les profanes ne peuvent se lasser d'admirer tant de hardiesse et d'audace. Loin de moi la pensée de rabaisser la gloire ou les services d'une des plus belles parties de la médecine, car je comprends toute la science sous ce mot; ce n'est pas une petite gloire, ce n'est pas un mince service que de conserver la vie au prix d'un membre ou de toute autre partie du corps; mais il est permis sans doute à la science d'apprécier les procédés de l'art. Or, couper, extraire, enlever, brûler, ce n'est pas guérir.

A cet égard, la médecine a un désavantage immense sur la chirurgie. Presque exclusivement occupée de l'intérieur, elle devine plutôt qu'elle ne voit; et d'autre part, comme elle s'exerce sur des organes dont la vie ne peut se passer, l'usage du bistouri lui est interdit.

Son seul espoir est de rendre les organes à leur état naturel. A consulter les matières médicales, les moyens ne lui manquent pas; mais c'est ici le cas de dire que la disette se cache sous les dehors de l'abondance. En réalité, la médecine possède peu de moyens efficaces; alors même qu'elle en a, la nature lui dispute les honneurs de la guérison. C'est, dans tous les cas, une question bien délicate que celle de savoir avec quelque exactitude ce que fait l'art et ce que fait la nature. M. Cipriani accorde beaucoup à la nature; d'autres accordent davantage à l'art, et je suppose que, selon le cas, tout le monde a raison à son tour. A l'appui de sa thèse, M. Cipriani argumente de la diversité des doctrines et de la variété des pratiques. Personne n'ignore que le même problème peut recevoir plusieurs solutions; personne n'ignore que la nature égarée n'attend quelquefois qu'un ébranlement, qu'une secousse quelconque pour rentrer dans le droit chemin. Et néanmoins quand on voit la même maladie prendre la même terminaison avec les traitements les plus divers, on ne peut s'empêcher de penser que la nature se joue de tous les efforts du médecin, et marche, malgré tout, à ses fins suivant le plan qu'elle s'est tracée. Prenons un exemple. On a fait dans cette enceinte un raisonnement qui me frappa. Vous l'entendrez avec d'autant plus de plaisir, vous le recevrez avec d'autant plus de confiance qu'il est de notre honorable confrère, M. Guéneau de Mussy. Je vous reporte en 1837; on discutait alors sur la valeur du calcul appliqué à la thérapeutique. A l'hôpital Necker, il est, vous le savez, un médecin qui traite toutes les fièvres typhoïdes par des purgatifs quotidiens; à la Charité, il en est un autre qui a adopté les saignées coup sur coup. Le médecin de Necker dit qu'il guérit 90 malades sur 100; celui de la Charité en guérit 94; c'est encore mieux. Voilà les chiffres, je les admets tels qu'ils nous sont donnés; et quand ils seraient un peu différents, le raisonnement serait le même. La seule chose essentielle est de se souvenir que les cas sont semblables, car sans cela ils ne seraient pas comparables. Cette similitude admise, il s'ensuit invinciblement que les 90 malades qui à Necker sont guéris avec les purgatifs, seraient guéris à la Charité avec la saignée; et réciproquement tous les malades, moins 4, qui sont guéris à la Charité avec la saignée seraient guéris à Necker avec les purgatifs. La conclusion est sans réplique; car, je le repète, les cas sont semblables. A l'égard des quatre qui restent, c'est un avantage en faveur de M. Bouillaud; mais je ne m'en occupe pas, car je ne juge pas en ce moment là valeur des deux méthodes.

Si le raisonnement est juste, comme nous le croyons, nous sommes peut-être autorisé à conclure que ni les purgatifs, ni les saignées n'ont l'utilité qu'on leur attribue dans la fièvre typhoïde; ce qui revient à dire que la nature fait plus que la médecine pour la guérison. Rien ne manquerait à la démonstration, si à côté de ces chiffres nous avions ceux d'une pratique plus simple et non moins heureuse.

Enfin M. Cipriani puise dans les morts prématurées une nouvelle preuve que la puissance de la médecine n'est pas sans bornes. Peu d'hommes, dit-il, meurent de vieillesse. La moitié du genre humain périt avant 14 ans; et sur mille naissances c'est à peine si 57 dépassent la cinquantième année.

S'il est vrai que le but de l'art est de guérir, on conçoit que, pour en apprécier la puissance, on s'empare des tables de nécrologie. Sans doute la médecine ne promet pas l'immortalité; mais, à part les morts violentes et par accident, on peut lui demander de prolonger la vie jusqu'au terme accordé à notre espèce. Que si la plupart des hommes périssent en chemin, il est visible que la médecine n'a pas été assez puissante pour les faire aller plus loin. Atteindra-t-elle jamais le but que lui assigne M. Cipriani? Est-elle réservée à tant de perfection? Je ne sais, mais il répugne de borner ses destinées. Pour lui conserver tout leur zèle, les hommes studieux ont besoin de croire à des progrès indéfinis.

Mais il est des esprits impatients, prompts à se décourager; plus on leur parle de progrès, plus ils s'étonnent que la pratique suive de si loin les autres parties de la science; et ils sont si fermes à cet égard que, dans leur opinion, Stoll guérissait aussi bien que Pinel, Boerhaave aussi bien que Corvisart, Hildenbrand aussi bien que Laënnec.

Je ne me fais pas le défenseur de ces désolantes doctrines, je rapporte seulement les raisons par lesquelles on prétend les justifier. On dit encore que la plupart des maladies ont des racines si profondes dans l'organisme qu'il est bien difficile à la médecine d'atteindre jusqu'à elles: telles sont, par exemple, celles dont les parents transmettent le germe avec le sang, et les maladies héréditaires sont plus nombreuses qu'on ne le croit peut-être. Comment corriger des vices qui viennent de si loin? il faudrait refaire la constitution, en renouveler tous les éléments, et l'entreprise est au moins très-laborieuse.

Peut-être aussi la nature ne le veut-elle pas. A la profusion avec laquelle elle répand les germes, on peut croire qu'il n'est pas dans ses desseins qu'ils viennent tous à bien. Sans cela, la même espèce couvrirait bientôt tout le globe. Non-seulement tous les germes ne doivent pas éclore, mais parmi les plus favorisés beaucoup sont destinés à périr avant d'atteindre leur maturité.

---

durée de ses accès. Ceux-ci sont surtout remarquables de 7 à 9 heures du soir, une heure après qu'elle a diné. Son pouls donne alors de 105 à 120 pulsations par minute.

Cette jeune fille n'est point nubile, du reste, et sa mère affirme qu'il ne s'est encore rien présenté d'analogue à la menstruation.

Cela est vrai des autres espèces; pourquoi ne le serait-il pas de l'homme dont l'enfance est entourée de tant de périls et demande tant de soins pour y échapper? Ainsi, j'en conviens, on s'explique comment tant d'enfants périssent en bas âge; mais il faut prendre garde de ne pas aller trop loin : ici l'exagération mène droit au fatalisme.

Mais quelque position qu'on fasse à la médecine, dans quelques limites qu'on la renferme, on ne lui refuse pas sans doute tout pouvoir sur la vie. Il y aurait, dans ce jugement, plus d'ignorance que d'ingratitude. La médecine n'est pas seulement l'art de guérir les maladies, elle est aussi l'art de les prévenir. Elle en écarte les causes, elle en abrége la durée, elle en prépare une heureuse issue. De toute manière, elle prolonge donc la vie, elle met l'homme en état de travailler et de se reproduire, et de rendre ainsi à la société les avances qu'il en a reçues. Sous ce rapport, l'économie politique n'a pas de plus puissant auxiliaire que la médecine. La vie s'allonge sensiblement. En 1806, Duvillard la fixa à 28 ans, et l'on estime aujourd'hui qu'elle va jusqu'à 33 : elle a donc gagné 5 ans en moins d'un demi-siècle, ce qui est énorme. Sans doute, le problème est très-compliqué; et bien des causes concourent au même résultat : les progrès de l'industrie, la facilité des échanges, l'aisance qui en est la suite, une bonne nourriture, la propreté, des habitations plus saines, des vêtements plus chauds, en un mot tout ce qui contribue à rendre la vie plus commode et plus douce, tend aussi à la protéger et à en prolonger la durée. Notre amour pour notre art ne nous aveugle pas, comme on voit; mais notre désintéressement ne va pas non plus jusqu'à méconnaître la part qu'il prend à ce grand résultat.

M. Castel : De autocratia naturæ; — De affectibus incurabilibus. Si nous mettons en regard les titres de ces deux dissertations de Stahl, nous aurons une idée du sujet que M. Cipriani a voulu traiter. Le titre qu'il a donné à son mémoire offre moins de clarté; il est moins explicite que ceux que je viens de citer; il n'a point de base. La nature possède une puissance, la médecine exerce des influences; la puissance de la nature consiste dans les moyens de réaction inhérents à l'organisme; les moyens de réaction ont une certaine fixité, quelque chose de constant; ils sont soumis, sinon exclusivement, au moins principalement, aux conditions du tempérament, tandis que ceux qui sont à la disposition de la médecine sont assujettis à un plus grand nombre de circonstances accessoires, et plus dépendants des éventualités. Par ces motifs, à la question proposée par notre confrère, je substituerais celle-ci : De la puissance de la nature, et de ses limites. De cette manière, elle se trouverait en contact avec la question de médecine expectante et de médecine agissante, laquelle se présente souvent dans la pratique, et qui n'a pas été complétement résolue, quoiqu'elle ait été savamment controversée.

De ce que la puissance de la nature n'est autre chose que les moyens de réaction qui sont le produit de l'organisation de chaque animal, il suit :

1° Qu'on doit compter sur cette puissance dans les maladies aiguës plus que dans les maladies chroniques, car la réaction est plus vive dans les unes que dans les autres;

2° Qu'il est impossible, rationnellement parlant, d'adopter une médication uniforme pour tous les malades, alors même que les phénomènes qui constituent un genre de maladie sont les mêmes; car les moyens de réaction sont plus en rapport avec le tempérament de chaque malade qu'avec les phénomènes de la maladie; je n'admets point d'exception même dans les fièvres, et ici mon opinion s'accorde avec celle de l'honorable rapporteur;

3° Que le passage d'une maladie de l'état aigu à l'état chronique atteste l'insuffisance du pouvoir de l'organisme et la nécessité de lui prêter assistance;

4° Que le succès de la médecine est plus remarquable ou moins équivoque après la guérison d'une maladie chronique qu'après la guérison d'une maladie aiguë;

5° Que le jugement d'une maladie est d'autant moins tardif que la réaction est plus franche (exemple : les fièvres intermittentes comparées aux continues);

5° Que dans certaines fièvres, la faiblesse de la réaction est une preuve de leur danger (exemple : la fièvre jaune, la peste, la dyssenterie des pays chauds);

7° Que les échecs de la médecine pratique sont dus à la hardiesse des entreprises, plus souvent qu'à leur timidité.

C'est ce qu'on ne saurait assez répéter à une époque où on attache plus d'importance à la découverte d'une formule ou à l'invention d'un procédé, qu'aux principes qui fondent une science. Aussi nous en sommes encore aujourd'hui reduits à désirer une théorie stable, une théorie assez solide pour être généralement acceptée. Au lieu de cela, les systèmes se succèdent, et avec les systèmes les illusions.

D'où vient cette prédilection pour les innovations, d'où vient cet empressement d'un troupeau toujours prêt à s'attacher au char d'un novateur? De ce que le vulgaire a toujours été fort crédule et de ce que les médecins le sont de même. Le nombre des médecins capables d'analyser la vie est de jour en jour plus petit. Cependant cette analyse n'est point une voie tracée par les modernes : elle avait été commencée par Galien et ses commentateurs. Abandonnée par les Arabes, elle a été reprise dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, notamment en Italie, à laquelle la science est si redevable, et plus tard par Haller, qui n'a pas craint de signaler, comme cause indispensable de chaque phénomène, la nécessité du concours d'un stimulant avec la sensibilité; enfin, je ne crains point de mentionner Cullen, si délaissé, et Brown si dédaigné depuis quelques années. Osera-t-on considérer comme étrangère à l'analyse de la vie l'anatomie générale, l'anatomie des systèmes de Bichat?

M. Dupuy présente quelques observations relatives à l'économie politique qui, suivant lui, ne sont pas étrangères au sujet du rapport, et il exprime le regret que la question n'ait pas été envisagée sous ce point de vue. Il croit que le rapporteur n'a pas assez tenu compte, dans l'appréciation comparative qu'il a faite des diverses méthodes de traitement, des divers modes d'action de la saignée qui agit à la fois comme moyen spoliatif et comme dérivatif, et qui, sous ce dernier rapport, offre beaucoup d'analogie avec l'action des purgatifs.

M. Bousquet : J'ai dit dans mon rapport que la médecine n'avait pas pour objet seulement de guérir, mais encore de prévenir; et dans cette dernière attribution se trouvent implicitement contenus tous les rapports de la médecine avec l'économie politique.

Quant à ce que M. Dupuy dit des modes divers d'action de la saignée et des purgatifs, je ne puis point admettre que ces deux moyens agissent d'une manière identique.

M. Rochoux revient sur son argumentation de la précédente séance, sur la perfectibilité, sur le fatalisme, l'unitéisme et le dualisme, et sur l'insénescence de l'esprit, et après avoir jugé d'un mot toutes les doctrines philosophiques, il termine en rapportant quelques faits nouveaux tendant à prouver, suivant lui, que la perfectibilité est une chimère. (De toutes parts : Assez, assez! aux voix!)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

II. TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE.

Dans notre dernière revue médico-judiciaire, nous avons parlé de cas d'empoisonnements dans lesquels l'analyse chimique était impuissante pour déceler la présence du poison dans les tissus.

Le fait suivant présente un des exemples les plus remarquables sous ce rapport.

Dans le courant d'avril dernier, MM. Blondlot, Braconnot et Larcher, de Nancy, furent chargés de procéder à l'examen de différentes pièces de conviction provenant d'un enfant de deux mois, à l'effet de constater si cet enfant avait péri victime d'un empoisonnement par l'acide sulfurique, conformément au rapport d'une première expertise dont on ne crut pas devoir leur communiquer le contenu.

Les pièces à examiner étaient : 1° un paquet de linge; 2° plusieurs bocaux contenant diverses parties du cadavre de l'enfant : une portion de l'estomac, la langue et une partie de la muqueuse bucco-pharyngienne, des parties d'intestin grêle, les poumons, le cœur, le larynx, la vessie et les reins.

L'analyse fit reconnaître que tous les linges désignés comme ayant appartenu à l'enfant étaient fortement imprégnés d'acide sulfurique libre.

L'examen anatomo-pathologique des portions du cadavre ne fit découvrir ni sur la langue, ni dans le pharynx, ni dans l'œsophage, aucune altération qui pût faire présumer que ces parties eussent été en contact avec un agent corrosif. On n'y remarquait aucune tache, aucune altération, aucune escarre, aucune coloration anormale de la muqueuse. La portion de l'estomac qui appartenait au petit cul-de-sac et à la grande courbure, et qui pouvait équivaloir au tiers environ de cet organe, offrait tous les caractères de l'état normal, à l'exception toutefois d'un endroit fort restreint du petit cul-de-sac où se voyaient deux espèces d'ulcérations presque contiguës, l'une ovale, dont la surface équivalait à celle d'une pièce de 1 franc, et l'autre ronde, ayant l'étendue d'une pièce de 25 centimes; du reste, toutes deux offraient la même apparence; elles étaient rougeâtres, comme fongueuses; en les examinant à la loupe, on remarquait que la muqueuse y était en partie détruite; ce qui en restait était parsemé de parcelles flottantes qui adhéraient encore assez fortement au tissu sous-jacent; on les eût prises au premier abord pour des papilles muqueuses hypertrophiées.

La portion d'intestin grêle soumise à l'examen fut trouvée saine. Quant au cœur, aux poumons, au foie, ils n'offrirent aucune trace de lésion appréciable, par suite de l'état de putréfaction où ils se trouvaient. Ces mêmes organes, lavés séparément et à plusieurs reprises avec de l'eau distillée tiède, ne rougirent pas sensiblement le papier de tournesol et ne donnèrent, par le chlorure de baryum, qu'un précipité très-peu abondant. En résumé, les experts conclurent : 1° que tous les linges désignés comme ayant servi à l'enfant étaient fortement imprégnés d'acide sulfurique libre; 2° qu'aucune des parties du cadavre de cet enfant, soumises à leur examen, n'offrait de lésions suffisamment caractérisées pour faire présumer qu'elles avaient été en contact immédiat avec de l'acide sulfurique libre; 3° que les différents traitements auxquels on les avait soumises n'y avaient en effet décelé ni acide sulfurique en état de liberté, ni sulfate en proportion plus considérable qu'on n'en rencontre en agissant sur des chairs en état normal.

Le rapport des experts de Nancy ayant été transmis au procureur du roi, ce magistrat, ne trouvant pas les conclusions conformes à celles des premiers experts, provoqua une troisième expertise qui fut confiée à MM. Devergie, Barse et Lesueur, de Paris. Ces nouveaux experts constatèrent,

comme les précédents, la présence de l'acide sulfurique libre dans les langes, et son absence absolue dans les différentes parties du tube digestif, ce qui ne les empêcha pas de conclure que l'enfant avait succombé à un empoisonnement par cet acide. Mais nous devons ajouter que ces conclusions étaient basées en partie sur l'examen des pièces de la procédure.

Il résultait en effet du rapport dressé par les premiers médecins qu'à leur arrivée près de l'enfant ils l'avaient trouvé à l'agonie, vomissant une liqueur acide, corrosive, qui avait produit au pourtour de la bouche, sur les joues, le cou, etc., des excoriations rougeâtres et profondes, et dont une partie, tombée sur les linges, y avait déterminé les taches reconnues par les diverses expertises comme provenant de l'acide sulfurique.

L'un des experts de Nancy, M. Blondlot, appelé lui-même à l'audience, et après avoir pris connaissance de ces faits, n'hésita pas à adopter en tous points les conclusions des experts de Paris, expliquant la réserve que ses co-experts et lui avaient cru devoir mettre dans les conclusions de leur rapport, par le manque absolu des documents propres à les éclairer dans l'interprétation des faits qu'ils avaient été à même de constater.

DE L'EMBAUMEMENT PAR RAPPORT AUX INVESTIGATIONS CHIMICO-LÉGALES EN MATIÈRE D'EMPOISONNEMENT.

La justice a trop d'intérêt à ce que rien n'entrave les investigations chimico-légales qui peuvent l'éclairer dans la recherche du crime d'empoisonnement, pour qu'elle n'ait pas dû se préoccuper des difficultés qui pourraient surgir à la suite des embaumements, s'il était démontré que les liquides servant à cette opération contiennent des substances toxiques.

Une note lue à l'Académie des sciences de Rouen, par M. Morin, professeur de chimie à l'école de médecine de cette ville, sur les graves inconvénients de l'emploi de l'arsenic dans les embaumements au point de vue médico-légal, appela la sollicitude de l'autorité judiciaire, qui provoqua à cette occasion un rapport officiel sur cette matière. Voici quels ont été les résultats des recherches auxquelles se sont livrés sur ce sujet MM. Avenel, Girardin et Morin, de Rouen, et la réponse qu'ils ont adressée au parquet :

MM. Avenel et Couronné ayant été chargés de procéder à l'exhumation d'un cadavre inhumé en décembre 1843, après avoir été embaumé par le procédé de M. Gannal, pour en constater le degré de conservation, les chimistes que nous venons de désigner se livrèrent aux opérations analytiques suivantes :

Deux fragments avaient été enlevés au cadavre; l'un consistait en tissu cellulaire très-gras offrant la consistance du suif : il avait été extrait des parois du ventre dans la région de l'ombilic; l'autre provenait du tissu musculaire de la partie antérieure de la cuisse gauche. Ces deux morceaux furent coupés et carbonisés par l'acide sulfurique pur; le charbon traité à plusieurs reprises par de l'eau régale, pour détruire aussi complétement que possible toutes les parties grasses, fut épuisé par l'eau distillée; la liqueur filtrée ne conservait qu'une légère teinte jaune : elle fut soumise à la concentration avec une certaine quantité d'acide sulfurique pur, afin d'en chasser la dernière trace d'acide hypo-azotique. Dans cet état, elle fut versée peu à peu dans un appareil de Marsh fonctionnant depuis quelque temps, avec des substances essayées à l'avance et donnant du gaz hydrogène très-pur. Aussitôt que le liquide provenant du cadavre arriva dans l'appareil, la flamme de l'hydrogène prit le caractère d'une flamme arsenicale, et donna sur les soucoupes de porcelaine des taches abondantes et bien caractérisées d'arsenic métallique.

La production de ces taches fut considérable et permit d'en couvrir plusieurs grandes capsules. Ces taches recueillies présentaient aux différents réactifs tous les caractères de l'arsenic métallique.

Ces expériences étaient de nature à convaincre que la liqueur employée pour la conservation du corps renfermait une grande quantité d'une préparation arsenicale. Ce fait confirmait l'opinion émise à l'Académie de Rouen par M. Morin, que le liquide d'injection de M. Gannal renferme de l'arsenic.

Dans une réponse aux auteurs du rapport, M. Gannal ne nie pas l'existence de l'arsenic dans le liquide conservateur dont il s'est servi jusqu'à une certaine époque; mais ce qu'il conteste, c'est que l'arsenic s'y trouve en aussi grande quantité que le ferait supposer la déclaration des chimistes de Rouen. Il résulterait du rapport d'une ancienne commission de l'Académie de médecine, invoqué par M. Gannal, que la proportion d'arsenic contenue dans le mélange dont il se servait à cette époque ne dépassait pas 1/2000. D'ailleurs, ajoute M. Gannal, le liquide nouveau dont je me sers depuis le mois de mars 1845 ne contient aucun poison minéral, et les craintes exprimées par les auteurs du rapport cesseraient dès lors d'être fondées pour l'avenir.

La question soulevée par les déclarations contradictoires des chimistes de Rouen et de M. Gannal est trop grave pour qu'on ne doive chercher à s'entourer de toutes les garanties désirables à cet égard.

III. HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA FALSIFICATION DES VINS. — LE MÉLANGE DE PLUSIEURS VINS ENTRE EUX PEUT-IL ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME CONSTITUANT UN VIN FALSIFIÉ ?

La loi sur la falsification des vins, qui vient d'être votée par la chambre des députés, a pour objet de prévenir les falsifications et les altérations des vins dans le double intérêt du commerce et de la santé publique. Elle tend vers ce but par l'élévation des peines stipulées par les articles 475 et 318 du code pénal, dont l'insuffisance était depuis longtemps démontrée. Mais la loi reste muette sur les faits qui constituent la falsification et l'altération, et laisse aux tribunaux et aux experts toute latitude sur l'interprétation de ces faits. Il ne sera donc pas sans intérêt, à mesure que des questions de cette nature se présenteront, d'examiner jusqu'à quel point les faits d'altération seront de nature à compromettre la santé publique, et à quel titre ils devront être tolérés ou réprimés par la loi. Parmi ces questions se présente naturellement la suivante : Le mélange de plusieurs vins entre eux peut-il être considéré comme constituant une falsification ? Cette question est résolue dans les termes suivants par les rédacteurs du JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE PHARMACIE :

Le vin qui résulte du mélange de plusieurs vins auxquels on n'a pas ajouté d'eau, ni *d'autres substances que du vin*, n'est pas un vin falsifié.

On ne peut pas non plus regarder l'addition de l'alcool et de certains vins, le *vinage*, comme étant une falsification ; en effet, outre que ce vinage est passé en usage, on sait que des vins de certaines parties de la France, s'ils n'ont été additionnés d'alcool, ne peuvent subir le transport sans s'altérer et passer à l'acidité.

Cette opinion est conforme à celle qui est énoncée dans un rapport de Buquet lu dans une des séances de la Société royale de médecine en 1776, et où il est dit « qu'on doit regarder comme une correction utile le mélange d'un vin généreux avec un vin faible, d'un vin trop léger avec un vin qui a plus de corps et qui nourrit davantage, d'un vin tartareux avec un vin qui graisse et dont l'altération est très-prochaine, puisque, dans ces cas, l'avantage est égal pour les deux vins mélangés qui, pris séparément, seraient tous deux de médiocre qualité, etc. »

Mais Buquet ajoute que le préparateur ou le marchand de vins étant souvent obligé d'acheter des liqueurs de médiocre qualité et de les conserver longtemps, il peut et doit même prendre les précautions convenables non-seulement pour leur conservation, mais encore pour augmenter leur qualité, masquer leurs défauts, autant qu'il est *en lui, pourvu qu'il n'y mette rien qui puisse nuire à la santé des personnes qui en feraient leur boisson.*

Ici les rédacteurs de la note que nous empruntons au JOURNAL DE CHIMIE cessent d'être de l'avis de Buquet. Ils ne pensent pas que l'on puisse ajouter aux vins des produits destinés à masquer leurs défauts; car c'est en appliquant en partie ce principe du savant, qu'on est arrivé à introduire dans le vin de la potasse pour lui enlever son acidité, de l'acide tartrique pour lui donner de l'acidité, etc.; ils considèrent les vins, dans ce cas, comme étant falsifiés.

Ajoutons que cette dernière opinion est entièrement conforme à l'esprit de la nouvelle loi, ainsi qu'il résulte du moins des avis émis à peu près unanimement sur ce sujet dans la discussion.

VENTILATION DES VAISSEAUX.

M. Poiseuille vient d'imaginer un nouveau système de ventilation des vaisseaux qui obvierait aux inconvénients des systèmes de ventilation actuellement en usage, en permettant d'établir des courants d'air constants dans des directions multipliées. Cette disposition nécessiterait quelques modifications dans l'arrimage ordinaire de la cale. On la diviserait en compartiments, à l'aide de pièces de bois mobiles de forte épaisseur, dont l'objet serait, en outre, de maintenir les rapports des différentes piles de la cale. Ces piles, espacées entre elles de 16 à 20 centimètres, seraient placées parallèlement à l'axe longitudinal du navire, et elles auraient 2 mètres de long sur 1 mètre de large. Leur hauteur serait celle de la cale, à l'exception d'un intervalle de 2 décimètres qui les séparerait du plancher de la sentine.

Admettons que la cargaison est ainsi disposée, à quelques différences près, suivant la nature du chargement; il existe alors dans toute la capacité de la cale des couches d'air longitudinales et transversales. Pour y faire circuler l'air extérieur, on établit de chaque côté de cette cale un tuyau qui s'ouvre à 30 ou 40 centimètres du plancher de la sentine, et porte une clef ou soupape à son extrémité libre, située vers l'arrière du navire. Ces deux tuyaux, après s'être recourbés et relevés pour passer à travers les chambres de l'avant, se réunissent et forment un seul et même tuyau, dit *d'aspiration*, de 20 centimètres ou à peu près de diamètre. Durant tout leur trajet, les tuyaux dont nous venons de parler présentent des ouvertures rectangulaires intéressant la moitié de leur contour, et regardant

l'arrière du bâtiment. Ces ouvertures, pratiquées à 1 mètre 50 centimètres les unes des autres, sont fermées par de petites portes appelées *soupapes antérieures* de l'appareil. Aussitôt après son origine, le *tube d'aspiration* traverse verticalement le pont, à 1 mètre 50 centimètres environ de la proue, puis il prend une direction oblique de bas en haut, et redevient bientôt vertical. La portion obl que de ce tube est reçue dans un fourneau.

Un autre système de tuyaux, en tout semblable à celui qui vient d'être décrit, mais marchant en sens contraire, va s'ouvrir à l'arrière du bâtiment : c'est le *tube d'aspiration*. Il présente deux *soupapes inférieures*, deux *supérieures*, et d'autres *postérieures*, qui regardent la proue. La portion de ce tube, qui précède le point de bifurcation, débouche dans une caisse placée sur le pont, et contenant des substances propres à fumiger au besoin l'intérieur du navire : tel serait, par exemple, le cas ou une maladie pestilentielle se déclarerait à bord pendant la traversée.

Cette description abrégée des diverses parties de l'appareil suffit pour faire concevoir de quelle manière il doit fonctionner, lorsque le fourneau du tube *d'aspiration* est allumé et que les écoutilles du pont sont fermées hermétiquement. Le jeu alternatif des soupapes permet d'établir dans la cale des courants d'air, les uns parallèles aux flancs du navire, et diagonalement de bâbord à tribord et de tribord à bâbord dans des plans horizontaux ; les autres, de même variété, mais allant dans des plans de plus en plus obliques à l'horizon et de l'arrière à l'avant, soit de bas en haut, soit, au contraire, de haut en bas. Cette direction multiple des courants est indispensable pour chasser l'air des anfractuosités nombreuses où l'irrégularité des masses lui permet de se réfugier.

Le mode de ventilation proposé par M. Poiseuille n'est pas seulement propre à renouveler l'air des différentes parties d'un navire, mais il paraît encore devoir favoriser puissamment l'évaporation de l'humidité, l'une des plus grandes causes d'insalubrité pour les équipages.

VENTILATION DES MINES.

M. Triger a eu l'heureuse idée d'employer l'air comprimé comme force motrice pour l'exploitation des mines. Pour cela, après avoir établi dans l'intérieur de la mine une machine à vapeur de la force de dix à douze chevaux, il la fait marcher au moyen de l'air comprimé que refoule une seconde machine d'une force à peu près double et placée à l'air libre. Parmi les avantages que présente cette application, nous devons signaler ceux d'aérer parfaitement tous les travaux d'exploitation, et de pouvoir porter de l'air sur des points où il serait impossible d'en faire arriver par les moyens ordinaires.

RÈGLEMENTS D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Le conseil général de la Seine, dans sa session de 1844, prit trois délibérations qui intéressaient à un haut degré l'hygiène publique : la première concernant les remèdes secrets, les deux autres relatives aux animaux morts conduits aux abattoirs, et à l'état sanitaire des chevaux. Le préfet de police prenant en considération les vœux exprimés par le conseil général, lui a fait connaître, dans sa dernière session, les mesures adoptées par l'administration sur ces divers objets. Nous reproduisons les délibérations du conseil et les réponses de M. le préfet de police.

REMÈDES SECRETS.

« Le conseil général,

» Considérant que la vente des remèdes secrets présente des dangers incontestables pour la santé des citoyens ; que les moyens de publicité journellement employés les augmentent encore et offensent la morale publique ;

» Appelle l'attention de M. le préfet de police sur cette grave question, et l'invite à chercher, dans l'application rigoureuse des lois et des règlements, notamment dans les dispositions de la loi du 21 germinal an XI, les moyens de réprimer les abus qui viennent d'être signalés. »

L'administration ne néglige, en aucun cas, les soins nécessaires pour détruire les abus qui résultent de la vente des remèdes secrets : ainsi, elle fait saisir les annonces de ces remèdes et les médicaments préparés contrairement à la loi, et elle traduit devant les tribunaux les auteurs de ces délits. Si, malgré la surveillance qu'elle fait exercer incessamment pour atteindre les délinquants, il en est quelques-uns qui échappent encore à l'action répressive des tribunaux, il est juste de reconnaître que l'insuffisance des dispositions législatives sur cette matière en est la principale cause ; aussi, pour combler les lacunes que présente la législation à cet égard, un travail complet sur cette partie importante de la police médicale a été soumis, par les soins du préfet de police, à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

ANIMAUX MORTS CONDUITS AUX ABATTOIRS.

« Le conseil général,

» Considérant que des bestiaux destinés à la consommation sont quelquefois introduits morts dans les abattoirs, et qu'il est souvent impossible de déterminer la cause de leur mort, qui peut avoir eu lieu dans des circonstances de nature à compromettre la santé publique ;

» Appelle l'attention de M. le préfet de police sur cette importante question, et l'invite à vouloir bien lui faire part, dans la prochaine session, du résultat des mesures qu'il aura pu prendre pour empêcher des abus à ce sujet. »

Des bestiaux morts peuvent être introduits dans les abattoirs ; mais cette faculté, bien loin de présenter des inconvénients, permet de soumettre ces bestiaux à un examen attentif, par suite duquel les viandes sont livrées à la consommation, si elles sont saines, ou envoyées, dans le cas contraire, à la ménagerie du Jardin du Roi. L'introduction dans les abattoirs de bestiaux morts et saignés en route n'est donc qu'un moyen de surveiller la salubrité des viandes qui en proviennent.

Voici, du reste, comment on procède : les bestiaux qui sont amenés morts sur les marchés, comme ayant été saignés d'urgence en route, et ceux ayant été saignés d'urgence sur les marchés mêmes, sont consignés et visités par les inspecteurs de la boucherie. On ne délivre de bayons d'entrée à Paris, ou de laisser-passer (de sortie du marché), que pour ceux de ces bestiaux qui sont reconnus livrables à la consommation ; les autres sont saisis et envoyés directement des marchés à la ménagerie royale.

Quant aux animaux morts aux abattoirs, comme ayant été saignés d'urgence dans le trajet des marchés de Paris, et qui ont des bayons d'entrée pour cette ville, ils sont, aussitôt après leur arrivée dans les abattoirs, consignés et visités d'abord par les inspecteurs de ces établissements, et ensuite par les inspecteurs de la boucherie. On saisit alors et on envoie à la ménagerie royale ceux de ces animaux qui sont trouvés impropres à la consommation ; les autres sont laissés à la disposition des propriétaires.

Dans tous les cas, les agents placés dans les abattoirs, et les vétérinaires appelés sur la demande des propriétaires de bestiaux, sont parfaitement en position de discerner si la mort a été naturelle, si la saignée faite l'a été en temps utile, et si l'état des viandes est tel qu'elles puissent être livrées à la consommation.

Voici le relevé des bestiaux morts naturellement, et dont les viandes, reconnues insalubres, ont été envoyées à la ménagerie du Jardin du Roi :

Depuis le 1er janvier 1845 jusqu'au 18 septembre,
Bœufs : 12, y compris 3 saignés d'urgence ;
Vaches : 11, y compris 7 saignés d'urgence ;
Veaux ; 12, y compris 1 saigné d'urgence ;
Moutons : 26.

MORVE DES CHEVAUX.

« Le conseil général,

» Considérant que des faits nombreux attestent que les chevaux affectés de la morve communiquent cette maladie non-seulement aux animaux, mais à l'homme, qui peut la propager à son tour ;

» Appelle l'attention et la sollicitude de M. le préfet de police sur cette grave question, l'invite à vouloir bien constater l'état sanitaire des chevaux dans la circonscription du département de la Seine, et à lui transmettre, dans sa prochaine session, le résultat de ses investigations et de ses études. »

La recherche et l'abattage des chevaux morveux ont de tout temps excité la sollicitude de l'administration, qui s'est vivement préoccupée, depuis quelques années surtout, de la communication de la morve à l'homme. Aussi, indépendamment des mesures présentées pour la destruction des chevaux morveux, l'ordonnance de police du 31 août 1842 contient les dispositions qui ont paru les plus propres à empêcher que les personnes appelées à saigner ces animaux ne contractent leur maladie. L'exécution de cette ordonnance est suivie avec beaucoup de soin ; les états mensuels des visites faites, tant à Paris que dans la banlieue, en fournissent la preuve ; ils constatent, en outre, que l'état sanitaire des chevaux est généralement satisfaisant, puisque, sur la grande quantité de ceux qui ont été visités pendant les six premiers mois de 1845, on n'en a abattu que 33 comme étant morveux.

BIBLIOGRAPHIE.

HYGIÈNE DU CHANTEUR ; INFLUENCE DU CHANT SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE ; par le docteur L.-A. SEGOND. — In-12. Paris, chez Labé, 4, place de l'École-de-Médecine.

Les absents ont tort, et les morts aussi. On sait avec quelle unanimité la théorie de Dodart sur le mécanisme de la voix humaine a été condamnée par les physiologistes modernes. Il n'y a pas longtemps encore que chaque auteur ne semblait la mentionner que pour mémoire, et c'est à peine s'il lui faisait l'honneur d'un rejet motivé. Pour tout dire, on la condamnait sans la connaître, ou tout au moins *sans l'entendre*, c'est-à-dire sans prendre la peine de s'initier aux considérations et aux expériences sur lesquelles elle s'appuyait. Il en a été ainsi pendant une centaine d'années. Aujourd'hui, la théorie de Dodart reprend un peu de faveur; Muller l'appuie de sa grave autorité, et plus d'un physiologiste se range à son avis : M. Segond est de ce nombre. Il n'accorde aucun rôle dans les modifications des sons aux différents degrés de rapprochement ou d'éloignement des lèvres de la glotte ; mais à part cette erreur, dit-il, tout est vrai et démontré dans la théorie de Dodart. Ce physiologiste, on le sait, attribuait la production de la voix aux vibrations des lèvres de la glotte, sans que le tuyau vocal y prît aucune part. La glotte, suivant lui, faisait la voix et tous les tons. Au reste, M. Segond, quoique très-explicite dans l'expression de son opinion, s'in-

terdit sur ce point une argumentation en règle que ne lui eût pas permis la nature de son travail.

Ce préliminaire indispensable établi et rendu parfaitement intelligible au moyen des données anatomiques les plus essentielles et de quelques figures, l'auteur aborde l'explication du registre de fausset sur laquelle MM. Diday et Pétrequin ont publié dans la GAZETTE MÉDICALE (tome XII) un mémoire plein d'intérêt. Suivant ces auteurs, pour donner les sons de fausset, la glotte se place dans un état tel que les cordes vocales ne puissent plus vibrer à la manière d'une anche. Son contour représente alors l'embouchure d'une flûte; et, comme dans les instruments de ce genre, ce n'est plus par les vibrations de l'ouverture, mais par celles de l'air lui-même que le son est produit; pour cela, ajoutent-ils, il faut que la glotte réunisse des conditions particulières qui ne se rencontrent pas dans le larynx des *basses-tailles;* aussi ces derniers n'ont-ils pas de voix de fausset. M. Segond s'élève et contre cette dernière affirmation et contre la théorie tout entière; il renvoie les auteurs à Lablache, à Geraldi, à Levasseur, capables, à l'occasion, de donner la voix de fausset. Au milieu de ces opinions contraires, placé sans éléments personnels de conviction entre le savoir de nos confrères de Lyon et l'expérience toute spéciale de notre confrère de Paris, nous n'oserions risquer un jugement, et nous nous contenterons d'exposer en quelques mots la manière de voir de M. Segond, qui est, sauf quelques développements, celle de Muller. Le physiologiste allemand, avons-nous dit, admet les vibrations des ligaments inférieurs de la glotte. Partant de cette considération, et s'appuyant sur un grand nombre d'expériences, il soutient, avec Lehfeldt, que les ligaments vibrent tout entiers pour la voix de poitrine, et vers leurs bords seulement pour la voix de fausset. G. Weber compare les sons de fausset avec les sons flûtés des cordes, et les attribue à ce que les cordes vibrent avec des nœuds. « La formation d'un nœud de vibration dans les ligaments, ajoute l'auteur, ne doit pas plus étonner que la formation des concamérations dans les tuyaux à bouche.» Et, sans se prononcer sur ce dernier point, il n'hésite pas à attribuer à un phénomène de cette nature la formation du registre de fausset. A cette interprétation, il ajoute quelques remarques qui lui sont propres. « De même que dans la production naturelle des sons vocaux l'air chassé du poumon repousse de *dedans en dehors* les replis inférieurs de la glotte; de même on peut, à l'aide d'une inspiration forte et brusque, produire un son en ébranlant les replis glottiques de *dehors en dedans*, et les mouvements de la glotte sont sentis par l'expérimentateur. Or, par ce moyen, on produit beaucoup plus facilement des sons de fausset que des sons de poitrine; on atteint même dans le registre du fausset des notes qu'il serait impossible de donner avec la voix *expiratoire* ou naturelle. » Chose digne de remarque, si l'on s'exerce à donner une même note en voix de fausset alternativement avec la voix expiratoire et avec la voix inspiratoire, on n'a plus le sentiment d'aucune espèce de mouvement dans la glotte.

Nous avons donné une certaine étendue à cette partie du travail de M. Segond, quoique n'étant pas celle qui répond le mieux au but avoué de son livre. Nous avons préféré insister sur les considérations purement physiologiques aux dépens de celles qui concernent plus particulièrement les artistes. Nous n'en recommandons pas moins, et très-vivement, à ces derniers, la lecture des chapitres consacrés à l'hygiène des chanteurs, et plus spécialement le chapitre quatrième. Ils y trouveront d'excellents conseils sur les exercices à faire subir de longue main aux poumons pour éviter leur fatigue, et sur les dangers de viser, au prix d'efforts inouïs, à des notes impossibles. Nous avons aussi remarqué, dans le cinquième chapitre, d'ingénieuses considérations sur les rapports de la respiration du chanteur avec son alimentation. L'auteur pose en principe que plus on respire, plus on enlève à l'économie de carbone et d'hydrogène, et plus l'alimentation doit être réparatrice. Or, le chanteur respire plus, absorbe plus d'oxygène que le commun des hommes: de là pour lui l'indispensable nécessité d'une nourriture saine, substantielle et réglée. Enfin, les derniers chapitres de l'ouvrage contiennent de bons préceptes relatifs à la digestion, à la veille, au sommeil, à l'usage des gargarismes, des remarques sur les sympathies des organes de la voix et de l'appareil générateur, et des réflexions sur l'enseignement du chant dans les colléges.

UEBER DAS UROKYANIN, ETC. (SUR L'UROCYANINE ET SUR QUELQUES AUTRES MATIÈRES COLORANTES DE L'URINE HUMAINE); par le docteur C. ALOYSE MARTIN, médecin assistant de la polyclinique royale de Munich. — In-4°, 1845.

L'urine bleue (cyanourine de Braconnot) a été rarement observée; les faits rapportés par Hippocrate, Rufus d'Éphèse, Galien, Actuarius, et par plusieurs auteurs du moyen âge, sont vaguement indiqués, et n'offrent pas d'ailleurs une authenticité suffisante. *J. Bianchi* de Rumini a publié le premier fait un peu circonstancié en 1756. *Mansonius* a, le premier, soumis à une analyse chimique de l'urine bleue qui s'était produite à la suite de l'ingestion d'Ethiops Martial. Ce chimiste attribue la coloration bleue à la présence du cyanure ferruré de fer. A la même opinion se range *Julia de Fontenelle*, qui a eu deux fois l'occasion d'en examiner chimiquement. Cependant, eu égard à la *dissolution* de ce principe dans l'urine, il est difficile d'admettre que ce fût du bleu de Prusse. *Angelini* a eu occasion d'observer l'urine bleue sur lui-même. Atteint d'une maladie fébrile, il voulut examiner l'urine sédimenteuse qu'il avait rendue; mais comme sa convalescence se prolongeait, il ne put procéder à cet examen qu'au bout de plusieurs jours. Le dépôt s'était recouvert d'une couche bleue; la quantité de cette couche n'augmenta pas par une plus longue exposition, mais elle acquit une plus grande intensité de coloration. L'analyse de cette substance fournit de l'acide phosphorique, traces de fer et de chaux, d'où Angelini conclut que la coloration était due à du phosphate de fer.

Ces trois chimistes attribuent donc, les deux premiers au bleu de Prusse, le dernier au phosphate de fer, la coloration bleue de l'urine; mais ils ont oublié de dire si quelque préparation ferrugineuse avait été préalablement administrée au malade.

L'auteur de ce travail a dû au hasard la découverte de l'urocyanine. En traitant de l'urine albumineuse par l'acide chlorhydrique, il a trouvé, au bout de 12, 24 à 36 heures, un dépôt bleu un peu plus clair que l'indigo. Cette matière est amorphe, cristalline, même au microscope; elle est insoluble dans l'eau, légèrement soluble dans l'alcool froid, plus soluble dans l'alcool bouillant et dans l'éther, insoluble dans la potasse et le phosphate de soude, inaltérable par l'exposition à l'air et la lumière solaire. — Les acides nitrique, chlorhydrique, phosphorique et sulfurique n'exercent d'autre action sur la teinture de cette substance qu'un léger trouble de la liqueur. — La potasse caustique la colore en brun jaunâtre; mais une addition d'acide chlorhydrique rétablit aussitôt la couleur bleue. L'ammoniaque n'y opère aucun changement. Le sous-acétate et l'acétate neutre de plomb y déterminent aussitôt un précipité floconneux, brun rouge abondant, avec légère décoloration du liquide surnageant. — Le nitrate d'argent produit un précipité abondant pulvérulent de couleur violette fuligineuse, avec décoloration complète du liquide qui tenait la matière en dissolution.

Nous avons déjà vu que l'urocyanine a été trouvée pour la première fois dans l'urine albumineuse. Il était intéressant de savoir si le même phénomène ne se retrouverait pas dans d'autres affections. Dans cette vue, l'auteur entreprit une série d'expériences sur l'urine dans différents états pathologiques, et arriva aux résultats suivants:

1° *Pneumonie.* Le principe colorant s'est retrouvé aux différentes époques de la maladie, principalement dans les premiers jours, et notamment alors que le sérum du sang des saignées présentait la coloration dite bilieuse. (Ce malade avait pris du tartre stibié et du calomel.)

2° *Rhumatisme aigu.* Le malade n'avait pris à l'intérieur que du tartre stibié.

3° *Fièvre typhoïde.* Aux trois périodes de la maladie, on avait administré le calomel et le sulfate de quinine.

4° *Scarlatine.* Aux différentes périodes, mais principalement à la période de desquammation, laquelle était accompagnée de phénomènes hydropiques.

5° *Chlorose.* Ici l'urocyanine n'a été retrouvée en abondance qu'aux époques où la malade présentait concurremment des accidents gastriques. On lui avait administré une infusion de séné avec magnésie.

6° *Anémie.* Ce malade avait pris phosphate de fer avec rhubarbe.

7° *Hydropisies* de différentes espèces par maladies de cœur, du foie, des reins.

8° *Affection tuberculeuse aiguë.*

9° *Squirrhes*, sept cas.

10° Différentes affections *dyspeptiques* par maladies du foie ou de l'estomac.

Si maintenant on jette un coup d'œil sur ces différentes affections, on remarquera que, malgré leur diversité apparente, elles offrent néanmoins un lien de parenté qui pourra conduire à la solution du problème de l'origine de la matière bleue. Ainsi nous voyons:

A. Que toutes les affections où l'auteur a constaté la présence de l'urocyanine s'accompagnent d'un vice radical de la sanguification, soit par suite d'un dérangement des fonctions respiratoires, soit par un désordre de la digestion, de la chylification, modifiée dans sa quantité ou sa qualité, soit enfin par un vice de sécrétion, toutes circonstances qui exercent une influence capitale sur la composition du fluide nourricier.

B. L'urine elle-même, dit l'auteur, offrait des propriétés en rapport avec ce caractère fondamental de la maladie. Sa quantité avait notablement diminué, mais c'est spécialement sous le rapport de la qualité qu'elle présentait de notables différences. Dans presque tous les cas il y a retrouvé des traces d'albumine et quelques-uns des principes de la bile.

VARIÉTÉS.

Le fait si curieux d'électro-magnétisme communiqué à la dernière séance de l'Académie des sciences nous en a rappelé un autre en tout semblable, dont la relation nous avait été adressée par M. le docteur Floquin, de Smyrne, en 1839. Il s'agissait de deux jeunes sœurs grecques qui possédaient à peu près toutes les propriétés observées chez la petite Angélique Cottin, entre autres, celle de mettre en mouvement certains objets sans les toucher autrement que de leurs vêtements. L'étrangeté du phénomène nous empêcha de le rapporter avec détail. La GAZETTE MÉDICALE se borna à l'indiquer en termes généraux (GAZ. MÉD. 1839, page 272), promettant d'en publier les particularités aussitôt que M. le docteur Floquin nous les aurait communiquées d'une manière plus précise, et après de nouvelles expériences. Malheureusement ce jeune et savant médecin est mort dans l'intervalle, en sorte que le fait dont il nous avait entretenu n'a été connu que par des détails peu circonstanciés, insérés dans le JOURNAL DE SMYRNE (mars 1839), et reproduits plus tard par le SÉMAPHORE DE MARSEILLE. Les phénomènes offerts par Angélique Cottin viennent de jeter sur ceux observés par M. Floquin un grand jour, et leur donner une importance nouvelle. Nous ferons en sorte de retrouver le récit des expériences de M. Floquin.

On peut encore lire dans la GAZETTE MÉDICALE de 1838 (t. VI, p. 395), un fait qui présente quelque analogie avec les précédents. Il s'agit d'une jeune femme qui acquit subitement, et à son insu, la propriété de produire une quantité considérable d'électricité. Ce phénomène, qui s'était montré pour la première fois pendant la durée d'une aurore boréale très-remarquable, dura trois mois environ, et se dissipa ensuite graduellement.

— Le concours pour la chaire d'anatomie humaine à la Faculté de Paris se poursuit sans relâche. La quatrième épreuve (thèses et argumentation) est terminée. Dans la séance du 28 janvier, M. Gosselin a été argumenté par MM. Duméril, Denonvilliers, Sanson et Giraldès ;

Dans celle du 30, M. Chassaignac, par MM. Desprès, Béclard, Bourgery et Gosselin ;

Le 2 février, M. A. Duméril, par MM. Denonvilliers, Sanson, Giraldès et Chassaignac ;

Le 4, M. Desprès, par MM. Béclard, Bourgery, Gosselin et Duméril ;

Le 6, M. Denonvilliers, par MM. Sanson, Giraldès, Chassaignac et Desprès ;

Le 8, M. Béclard, par MM. Bourgery, Gosselin, Duméril et Denonvilliers ;

Le 11, M. Sanson, par MM. Giraldès, Chassaignac, Desprès et Béclard ;

Le 13, M. Bourgery, par MM. Gosselin, Duméril, Denonvilliers et Sanson ;

Le 16, M. Giraldès, par MM. Chassaignac, Desprès, Béclard et Bourgery.

Cette épreuve, très-propre à faire ressortir l'esprit, les tendances et le degré de *force réelle* de chaque candidat, a fourni à quelques-uns le moyen de faire valoir un mérite qu'on n'eût peut-être pas suffisamment apprécié d'après les épreuves orales.

— Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, le roi a accordé à M. le docteur Furnari la naturalisation exceptionnelle et la jouissance des droits civils et politiques de citoyen français.

— Des lettres de la Perse annoncent que le choléra fait d'affreux ravages dans l'intérieur de l'Asie ; ce fléau, venant du Caboul, a déjà pénétré jusque dans le voisinage de Téhéran.

— Le docteur de Lens, membre de l'Académie royale de médecine, ancien inspecteur général de l'Université, agrégé libre de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé mercredi 18 de ce mois. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui vendredi 20, à dix heures du matin, en l'église de la Madeleine, sa paroisse. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe.

— On lit dans une dépêche de M. le contre-amiral Lainé, commandant la station navale devant Montevideo :

« M. Peise, médecin en chef de notre escadre, a rendu des services éminents. Je citerai aussi M. Treilhadet, élève de première classe, et M. Pratabuy, volontaire, qui tous deux, quoique blessés, n'ont pas quitté un instant leur poste. Le premier maître Giraud, les chefs de pièces Théodin et Léoquet méritent aussi d'être nommés. »

— Nous avons déjà donné quelques renseignements sur l'état de la médecine en Espagne. Voici de nouveaux détails sur ce sujet. Une loi promulguée à Madrid en septembre dernier a doté l'Espagne de cinq Facultés de médecine. Madrid, Barcelone, Santiago, Valence et Séville en sont le siége ; de plus, il a été créé deux écoles de pharmacie, une à Madrid, l'autre à Barcelone. Les professeurs sont nommés au concours. La Faculté est composée de trois ordres de professeurs, moitié du premier degré, un tiers du second et un sixième du degré le plus élevé. Un professeur ne pourra pas concourir pour un degré supérieur avant d'avoir rempli pendant huit années celui qu'il occupe. Chaque promotion sera obtenue par la voie du concours, et tous les professeurs du royaume ayant des chaires analogues seront appelés à concourir. Les élèves ne seront admis à la Faculté de médecine qu'après avoir obtenu le diplôme de bachelier en philosophie, et après avoir étudié la chimie, la minéralogie, la zoologie et la botanique au moins pendant un an ; ils ne recevront le titre de bachelier en médecine qu'après cinq années d'études, et celui de licencié que deux ans après. Le degré de docteur en médecine ne pourra être conféré qu'à Madrid. Un seul ordre de médecins est reconnu en Espagne.

— On s'occupe beaucoup depuis quelque temps, en Angleterre, de réforme médicale. Une assemblée composée de l'élite de ses professeurs s'est intitulée *Association nationale*, et s'est donné pour mission d'obtenir du gouvernement la répression des abus qui nuisent à la profession, et la réalisation des mesures qui doivent assurer sa prospérité. Dans ce but, une commission a été choisie pour servir d'interprète entre le gouvernement et l'association nationale. Une partie de la presse médicale a attaqué cette commission de la manière la plus violente, et, séparant sa cause de cette dernière, a fait peser sur elle seule la responsabilité de ses transactions avec le gouvernement. Dans cet état de choses, l'association nationale, dans une séance spéciale du 27 novembre 1845, après avoir délibéré s'il fallait répondre ou non aux attaques de la presse, a pris le parti de protester, par une lettre signée de tous les membres présents, contre les insinuations malveillantes dont les secrétaires honoraires et le président avaient été l'objet. Cette lettre atteste en outre que toutes les mesures présentées à la sanction du gouvernement par la commission avaient été préalablement soumises à l'approbation de l'assemblée générale.

— Il existe depuis quelque temps en Lombardie une société de secours pour les médecins et les chirurgiens lombards, pour leurs veuves et leurs enfants mineurs. Les séances ont lieu tous les deux mois ; une séance extraordinaire aura lieu le 20 juillet, anniversaire de cette philanthropique institution. Le fonds social était, le 31 décembre 1845, de 17158,05 livres d'Autriche. Cette institution, qui prend chaque jour un plus grand développement, est l'analogue de l'association des médecins de Paris.

— La petite vérole sévit en ce moment à Marseille avec une grande intensité. C'est principalement dans les hauteurs de la ville que l'épidémie se propage avec des symptômes graves. Les jeunes enfants à la mamelle non vaccinés en sont particulièrement atteints, et les sujets visités au début de la maladie ont presque tous présenté des convulsions épileptiformes, qui ne laissaient pas que d'inspirer des craintes sérieuses. On a vu quelques pustules rares se former sans fièvre sur des personnes portant les traces d'une bonne vaccine. (CLINIQUE DE MARSEILLE.)

— Une grande question agricole est soumise en ce moment à des expériences réitérées, soit en France, soit dans nos possessions algériennes. Il s'agit de s'assurer si l'on peut cultiver en pleine terre et en grand, en France et en Algérie, l'arbrisseau à thé, avec espoir d'en obtenir des feuilles propres à être préparées en suffisante quantité et de qualité convenable pour remplacer celles que l'on tire de la Chine. En Algérie, les trappistes de Staouéli ont fait un premier essai qui a réussi.

En France, le problème vient d'être résolu à Angers. On sait combien l'année dernière a été défavorable à l'horticulture. Les plantes, fatiguées par un triple hiver dont la troisième recrudescence n'a cessé de sévir qu'à la fin de mars, ont eu à supporter un printemps sans soleil et un été constamment pluvieux et froid. Malgré toutes ces intempéries, dit le COMPTE RENDU DE LA SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE D'ANGERS, les thés en pleine terre franche que cultive M. A. Leroy n'ont pas souffert ; ils ont fleuri, et les graines sont venues à maturité. Au mois de novembre dernier, M. Leroy apporta à la société plusieurs branches chargées de boutons, de fleurs épanouies et de capsules dont les graines s'étaient détachées. Ces graines, sans être parfaitement pleines, ce qui s'explique par les rigueurs de l'année 1845, sont néanmoins dans les conditions de la reproduction. Elles seront, du reste, semées ce printemps.

M. Leroy est convaincu que le thé viendra très-bien sur les côtes de la Bretagne, parce que là il rencontrera moins de variations climatériques qu'à Angers même.

— Jusqu'à la fin du douzième siècle, le clergé avait presque le monopole de la pratique médicale en Angleterre. Richard Nigel, évêque de Londres, mort en 1198, était l'apothicaire de Henri II.

— On a affirmé au parlement que pendant les sept années de la guerre qui fut terminée en 1762, 13,000 marins moururent de maladie, dont les deux tiers atteints de scorbut.

— HONORAIRES MÉDICAUX AU SEIZIÈME SIÈCLE. La princesse Marie, qui fut plus tard reine d'Angleterre, donna pour son jeune frère Édouard, à la sage-femme de la reine, 30 livres. Cette princesse ayant pris fièvre, le roi lui envoya son chirurgien, Nicolas Simpson, qui lui arracha une dent, et reçut pour ce service six agnels. En 1538, étant à Windsor, elle tint sur les fonts de baptême les enfants de son apothicaire et de son médecin, et l'on trouve sur son budget particulier 40 schellings à John, apothicaire, pour le baptême de son fils, Sa Grâce ayant été marraine. Item au docteur Michaels, Sa Grâce ayant été marraine de son fils, une salière en vermeil du prix de 2 l. 6 s. 8 d. Dans le courant de l'été de l'an 1540, la princesse Marie fut malade à Zittenhanges : le registre de ses dépenses personnelles fut tout à coup interrompu. On trouve parmi les derniers articles : Un souverain au chirurgien du roi, venu de Londres pour la saigner, et 15 schel. à son apothicaire pour médicaments fournis. (LOND. MED. GAZ.)

— MANIÈRE DE FAIRE ATTACHER PLUS FACILEMENT LES SANGSUES. — Le docteur Reim recommande la méthode suivante pour faciliter la pose des sangsues : Mettre les sangsues dans un bocal plein de bière fraîche et de bonne qualité ; les y laisser jusqu'à ce qu'elles paraissent devenir vivaces. Après qu'on les aura laissées s'agiter quelques instants dans ce liquide, les retirer et les appliquer aussitôt. Ce procédé est presque infaillible. Des sangsues très-faibles et dont on s'était servi depuis peu s'attachent aussi bien que si on les employait pour la première fois.

— Une souscription est ouverte à Rouen et à Paris, pour élever une statue au docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, décédé le 17 janvier 1846. Les souscriptions seront reçues à Paris, à la librairie médicale de Victor Masson, 1, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES AFFECTIONS PUERPÉRALES RÉGNANTES.

Les affections puerpérales se montrent depuis quelque temps avec une fréquence et une gravité bien dignes de préoccuper les praticiens. Ce n'est pas seulement dans les services spéciaux d'obstétrique qu'on observe les maladies puerpérales, mais dans tous les hôpitaux et même dans la pratique civile. A l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à l'hôpital Saint-Louis, à la Pitié, partout on voit en ce moment des accidents plus ou moins graves se manifester, soit immédiatement, soit plusieurs jours après les couches, chez des femmes accouchées en ville ou dans les salles mêmes de l'hôpital. Cette circonstance exclut tout d'abord l'idée que ces affections doivent être attribuées exclusivement à l'encombrement ou à l'infection particulière dont on est toujours disposé à admettre l'existence dans les salles d'accouchement. On est forcé de reconnaître une influence plus générale qui semble s'étendre sur la ville entière et constituer chez toutes les femmes en couche une sorte de prédisposition particulière aux accidents que nous signalons. Ces accidents ne sont pas moins remarquables par leur variété que par leur fréquence et par la gravité du danger qui les accompagne. On en jugera par l'indication sommaire des principaux faits que nous avons pu voir.

L'Hôtel-Dieu et la Charité sont les hôpitaux où l'on observe en plus grand nombre les cas de ce genre. Dans le seul service de M. Rayer il est entré, dans l'espace de quelques jours, plusieurs femmes nouvellement accouchées, qui se sont présentées avec des douleurs hypogastriques, s'étendant quelquefois à tout le bassin, fixées le plus souvent dans l'une des fosses iliaques, où l'on trouvait à la palpation une tumeur dure, irrégulièrement circonscrite. Dans quelques cas, les douleurs s'irradiaient aux membres inférieurs par le trajet des nerfs. Rarement la péritonite a paru être générale. Chez la plupart la maladie était circonscrite et paraissait constituée par des phlegmons du tissu cellulaire du bassin, qui dans quelques cas se sont résolus ou sont restés plus ou moins longtemps à l'état d'induration indolente; d'autres fois ils ont suppuré, mais sans entraîner toujours nécessairement la mort, lorsqu'on était assez heureux pour donner issue au pus au dehors, comme cela a eu lieu chez une malade traitée en ville par M. Rayer.

Des affections de même nature s'observent également en assez grand nombre dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, où une salle spéciale est réservée aux femmes en couches. Ici l'on a pu assister au début de la maladie, et l'on a pu constater chez la plupart des femmes qui ont été prises de fièvre puerpérale que les accidents se sont développés immédiatement après l'accouchement, dans les 24 heures ou les 48 heures au plus qui l'ont suivi. La matrice, au lieu de revenir sur elle-même, conservait le volume qu'elle avait immédiatement après la délivrance; la sécrétion laiteuse ne s'établissait pas; les lochies s'arrêtaient ou coulaient irrégulièrement, il survenait des frissons, de la fièvre, chez quelques-unes des vomissements, de la diarrhée, et des douleurs dans des points plus ou moins circonscrits de l'abdomen avec une tympanite plus ou moins prononcée. Toutefois le début des accidents ne s'est pas toujours montré aussi prompt. Chez quelques malades les premiers accidents ne se sont développés que plusieurs jours et quelquefois même plusieurs semaines après l'accouchement.

Chez deux malades que nous avons vues dans le service de M. Chomel la maladie ne s'est déclarée que du huitième au dixième jour après les couches. L'une d'elles était une jeune femme de 21 ans qui avait accouché heureusement à la Maternité. Elle en était sortie volontairement le neuvième jour, étant assez bien portante à cela près d'une douleur sourde qu'elle accusait dans le flanc et dans la fosse iliaque du côté gauche. De retour chez elle, cette femme s'étant livrée de suite aux travaux du ménage sentit sa douleur s'aggraver à tel point qu'elle dut s'aliter, puis se faire transporter à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba quelques jours après. Chez une autre, il se déclara le cinquième jour des couches une douleur vive au mollet droit, sans fièvre ni aucun désordre apparent du côté du ventre. Les choses restèrent ainsi jusqu'au onzième jour, où la malade ayant été prise de fièvre entra à l'Hôtel-Dieu. Elle n'avait encore à cette époque que la douleur persistante du mollet, mais avec une fréquence considérable du pouls. En toute autre circonstance on n'eût peut-être prêté qu'une médiocre attention à cet état; mais en raison des conditions défavorables actuelles, M. Chomel crut devoir pratiquer le toucher, et il trouva dans le vagin une chaleur âcre des plus intenses et les sécrétions vaginales avaient une odeur d'une fétidité extrême. Il n'hésita pas à pronostiquer l'invasion d'un affection puerpérale grave qui ne tarda pas effectivement à se manifester. Chez une malade du service de M. Andral il se déclara un phlegmon pelvien avec péritonite partielle le douzième jour seulement après les couches. Chez quelques-unes des malades de M. Rayer, l'accouchement datait de plus longtemps encore lorsque des accidents de même nature se sont développés. Enfin dans les salles de M. Louis plusieurs malades éprouvent des accidents divers du côté des organes génitaux qui, bien qu'ils ne se soient développés que un ou plusieurs mois après l'accouchement, pourraient peut-être bien n'être pas entièrement étrangers à l'influence pathogénique particulière sous laquelle se trouvent en ce moment les femmes en couches (1). Tout en faisant à cet égard les réserves nécessaires, nous signalons ces faits comme se rattachant à une question délicate sur laquelle on n'est peut-être pas encore parfaitement fixé, savoir : quelle est la durée de la période de puerpéralité? jusqu'à quelle limite les femmes peuvent-elles conserver l'aptitude à contracter des accidents puerpéraux sous l'influence d'une constitution épidémique spéciale? Quoi qu'il en soit, du reste, de la durée de cette disposition morbide, le petit nombre de faits que nous avons eus sous les yeux nous a paru jusqu'à présent de nature à modifier quelque peu cette proposition assez généralement admise, et que M. Chomel développait récemment dans une de ses leçons cliniques, proposition qui consiste à dire que les accidents post-puerpéraux sont d'autant moins graves, qu'ils se manifestent plus long-

(1) Nous sommes d'autant plus autorisé à émettre cette opinion que nous tenons de M. le professeur Dubois des faits qui tendraient à prouver que l'influence épidémique s'exerce non-seulement sur des femmes accouchées depuis longtemps, mais encore sur des femmes enceintes, dont elle provoque l'accouchement prématuré, suivi dans ce cas de tous les accidents puerpéraux ; même sur des femmes qui ne sont dans aucune des conditions de la puerpéralité, c'est-à-qui ne sont ni grosses, ni récemment accouchées, et qui aux époques menstruelles éprouvent des accidents analogues à ceux qui caractérisent l'affection puerpérale. Des faits de ce genre ont été observés à la Maternité sur des élèves sages-femmes qui donnaient leurs soins aux accouchées malades. On peut consulter sur ce point l'intéressant mémoire que MM. Bidault et Arnoult ont publié dans la Gazette Médicale, 1845, p. 481.

Feuilleton.

LES BAINS SANS BAIGNOIRES (1).

Nous n'aurions pas vu le nom de notre très-excellent confrère, le docteur Mathias Mayor, inscrit à la suite de ce titre, que nous n'aurions pas hésité un instant à lui en faire honneur. Ces traits foudroyants n'appartiennent qu'à lui : *ex ungue leonem*. C'est une véritable bonne fortune, par le temps de calme lui : plat scientifique où nous vivons, que l'apparition d'un nouveau produit de ce fertile cerveau dont sont sorties déjà tant de conceptions d'un tour si inattendu et si original. Quel dommage que ce pauvre Beyle (Stendahl), qui a usé, dit-on, sa vie à chercher inutilement dans tous les coins de l'Europe ce qu'il appelait *l'imprévu*, n'ait pas passé par Lausanne ! c'est là qu'il aurait trouvé cette chose introuvable. Grâces soient donc rendues à notre fécond confrère pour la nouvelle *excentricité* (car c'est ainsi qu'il nomme lui-même ses inventions) qu'il vient de mettre au jour ! Elle est, ainsi que ses aînées, d'un goût tout à fait recherché et piquant. Au milieu de la monotone uniformité des travaux courants de notre pauvre médecine, qui se traîne pas à pas, sans bruit et à grand renfort de besicles, comme dit maître Rabelais, dans sa classique ornière, l'explosion d'une brochure Mayor est toujours un événement. Chacune de ces publications, qui éclatent d'ordinaire à l'improviste, à la manière d'une bombe, produit sur les nerfs engourdis l'effet exhilarant d'une bonne prise de tabac ou de la joyeuse détonation du bouchon d'une bouteille de champagne.

Un bain sans baignoire! voici certes du nouveau, *n'en fût-il plus au monde*; mais ce résultat prodigieux n'a rien qui doive surprendre dès qu'il est annoncé par M. Mayor. Il nous a accoutumés à ces coups de théâtre. Les exploits de son génie en ce genre sont ou doivent être encore présents à votre mémoire, chers lecteurs. Vous n'aurez sans doute oublié, ni la réhabilitation du coton, qui, indignement calomnié par nos pères, s'était vu indûment écarté de l'officine du chirurgien, comme nuisible et même venimeux, et qui, d'un coup de la baguette magique de notre confrère, est devenu pour les pansements *le corps le plus inoffensif dans toute la nature*; ni moins encore cette fameuse *déligation*, grâce à laquelle on sait enfin tout ce qu'on peut savoir sur la manœuvre du fichu et de la cravate; ni ces formidables cathéters métalliques de gros calibre, terreur des urètres rebelles, et dont la marche irrésistible ne connait pas d'obstacles; ni enfin cette charmante petite guillotine *tachytomique*, avec laquelle on ampute instantanément un doigt, un bras, une jambe, une cuisse, aussi prestement et avec aussi peu de douleur qu'on taille ses ongles. *J'en passe et des meilleurs*; mais

(1) Les Bains sans baignoires ramenés à leur belle simplicité; par M. Mathias Mayor. Brochure in-8°. Chez Labé.

temps après l'accouchement. Il en est généralement ainsi, sans aucun doute, mais dans l'espèce il faut reconnaître que cette proposition est susceptible d'admettre au moins des exceptions: car l'une des malades du service même de M. Chomel, dont nous parlions tout à l'heure et qui n'est entrée à l'hôpital que dix à douze jours après ses couches, a succombé, et deux des malades des salles de M. Louis, chez lesquelles les accidents ne se sont développés que beaucoup plus longtemps après, si toutefois il est exact de leur attribuer cette origine, sont dans un état grave et qui fait craindre pour leurs jours.

Les recherches nécropsiques ont donné jusqu'à présent des résultats fort divers. Chez la première malade de M. Chomel, dont il a été question, on a trouvé un abcès dans l'ovaire, plusieurs abcès dans la rate, et une phlogose des veines ovariques. L'une des malades qui ont succombé dans le service de M. Rayer, n'a présenté à l'autopsie qu'une très-petite collection purulente dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans aucune altération appréciable de l'utérus. Chez d'autres on a rencontré des phlébites utérines, chez d'autres du pus dans les lymphatiques, chez d'autres enfin, rien d'appréciable. Ce n'est pas une circonstance peu digne d'attention que cette diversité d'altérations anatomiques en présence d'une affection dont les symptômes offrent en général une très-grande similitude, et qui remontent tous à une origine commune.

Nous n'essayerons pas de tracer aujourd'hui l'histoire de cette sorte d'épidémie beaucoup trop récente encore, et sur laquelle nous n'avons d'ailleurs que des renseignements trop incomplets pour qu'il soit possible d'en esquisser même à grands traits la physionomie générale. En signalant quelques-uns des faits qu'il nous a été possible d'apercevoir, nous n'avons voulu qu'appeler l'attention des praticiens sur une affection grave qui se répète avec une fréquence déplorable, et à laquelle se rattachent des questions de science, de pratique et d'hygiène publique du plus grand intérêt.

En effet, sans parler de la concordance des symptômes avec les altérations trouvées après la mort, de la relation de ces altérations entre elles et avec l'état organique particulier des nouvelles accouchées, de la valeur des diverses théories sur la nature de l'affection puerpérale, de la durée présumée de l'état puerpéral, toutes questions du plus grand intérêt, de quelle importance ne serait-il pas de rechercher, dans des vues prophylactiques, nous ne disons pas la cause ou l'influence générale qui produit, à des intervalles périodiques, ces désastreuses épidémies, mais au moins les influences accessoires les plus accessibles à nos moyens d'investigation qui peuvent concourir pour une part plus ou moins active au développement et à la propagation de la maladie. On a depuis longtemps cherché à établir une relation entre les diverses époques d'apparition de ces épidémies et l'état de la constitution atmosphérique; mais on sait combien ces sortes de recherches sont difficiles, et quelles réserves on doit apporter dans l'appréciation de ces rapports, dont les principaux éléments nous échappent. On a constaté, par exemple, que les affections puerpérales se manifestaient plus particulièrement pendant l'hiver, et on en a conclu à l'influence du froid et surtout du froid humide. Mais si l'on considère que la plupart des épidémies relatées ont été observées seulement dans l'étroite circonscription des maisons d'accouchement, qu'à cette époque de l'année ces maisons se trouvent presque toujours encombrées par suite de l'accroissement de la misère, que les femmes qui vont alors en grand nombre accoucher dans les établissements publics ont eu, pour la plupart, à souffrir plus ou moins longtemps des rigueurs et des privations de la saison; si l'on considère, enfin, qu'à cette époque de l'année l'aération des salles, plus nécessaire que jamais en raison même du plus grand nombre d'accouchées qu'elles renferment, est précisément rendue plus difficile par le froid, n'est-on pas autorisé à se demander si le concours de ces diverses circonstances n'entre pas pour une plus grande part dans la production de ces affections que l'influence directe de la température? Il est des circonstances, cependant, que nous devons signaler comme ayant une action réelle, ce sont les variations brusques et les grandes perturbations atmosphériques. L'influence de ces variations et de ces perturbations atmosphériques est si constante, ainsi que l'a remarqué M. le professeur Dubois, qu'il est rare qu'elles se manifestent sans se traduire immédiatement par quelques cas simultanés d'affection puerpérale. A ce titre, les vents violents qui ont régné pendant une partie du mois de janvier pourraient bien n'être pas étrangers à la manifestation de cet état morbide.

A côté de ces influences, il en est d'autres non moins directes peut être, et qu'il importerait d'autant plus d'étudier qu'elles seraient plus accessibles à nos recherches et à nos moyens d'action. Nous voulons parler des dispositions locales des maisons consacrées aux accouchements, des conditions organiques individuelles plus ou moins capables de prédisposer à l'affection puerpérale, des conditions de régime et des divers éléments hygiéniques au milieu desquels cette affection se propage. Une dernière question enfin, dont on ne peut se dissimuler l'importance, bien qu'elle ait été à peine soulevée, est celle de la contagion. Ce sont là autant d'objets de recherches difficiles, sans doute, qui exigent des observations multipliées, des analyses délicates, mais qui, par la gravité du sujet, méritent toute l'attention des hommes placés favorablement pour les accomplir.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DES IDÉES SCIENTIFIQUES QUI DOIVENT DOMINER LA DIRECTION DES TRAVAUX CLINIQUES; par CH. SCHUZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Quand le scalpel eut révélé la cause organique, la cause cachée, d'un certain nombre de groupes de symptômes constitués par l'ancien nosologisme en individualités morbides, ce jet de lumière alluma l'espérance qu'il en serait ainsi partout et toujours. — On n'attendit pas que la vérification fût terminée; on la devança en doctrine, et des esprits prompts à généraliser, virent bientôt toute la *maladie dans la lésion.* — L'anatomisme, sous le nom d'organicisme, nom qui ne lui convient qu'imparfaitement, se substitua au symptomatisme ancien. La maladie cessa expérimentalement d'être un ensemble de symptômes pour devenir une *lésion matérielle de l'organe.* Cette idée, une fois admise, devint le point de vue général de systématisation de toutes les notions acquises, le point de vue général de l'observation clinique, le principe déterminant de l'intervention pratique.

Dans la constitution de la science faite du point de vue anatomique, tout pivote autour de la lésion, tout y est directement rapporté, tout en émane.

En élevant la lésion matérielle des organes dogmatiquement au rang de

---

ceci suffit pour rendre non pas seulement probable, mais certain, que si M. Mayor s'engage à nous administrer un bain sans baignoire et même sans eau, il est parfaitement en état de remplir sa promesse.

Remarquez, en effet, que cette jolie *excentricité* est exactement taillée sur le patron des anciennes et fondée sur le même principe de logique générale qui inspire et dirige ce curieux esprit. Ce principe est celui-ci: « Pour arriver, en chirurgie, au vrai, au beau et au bon, il faut toujours prendre le contre-pied, le rebours de ce qui est pratiqué et enseigné partout. » Par cette formule, M. Mayor a ouvert à ses inventions une carrière sans bornes, et trouvé en outre une règle pour atteindre toujours et du premier coup le but. S'il s'était borné à penser et à dire, comme beaucoup d'autres, que le vrai, en chirurgie, est *ailleurs* que dans l'enseignement reçu, et qu'en conséquence pour bien faire il f ut faire *autrement* qu'on ne fait, il n'aurait guère avancé la science et la méthode, car cet *ailleurs* et cet *autrement* ne déterminent rien. Mais en décrétant qu'il faut, dans toute question chirurgicale, se placer diamétralement à l'*opposé* des méthodes consacrées et faire absolument l'*inverse* de ce qu'on pratique, il sait par cela même, et pour ainsi dire *à priori*, ce qu'il y a à dire et à faire dans toutes les circonstances, puisque, en vertu de son axiome, toute manière d'agir qui sera exactement le contre-pied et le rebours de ce qui se fait est nécessairement la véritable et la bonne. C'est d'après cette vue originale que notre chirurgien philosophe a imaginé, dans ses moments de loisir, les procédés, méthodes, instruments, manœuvres dont il régale de temps en temps le monde médical. Exemples: Le coton passe, aux yeux de la plupart des praticiens, pour une substance peu convenable pour le pansement des plaies, *ergo* il est non-seulement très-bon pour cet usage, mais encore le seul bon. — On ne l'emploie jamais, *ergo* il faut en mettre partout.

On se sert universellement, depuis la guerre de Troie, de bandes longues et étroites, *ergo* il ne faut employer que de petits morceaux de linge larges et courts.

Pour réduire les luxations, il est en général de précepte et de pratique de faire l'*extension* du membre luxé, *ergo* il faut procéder par *flexion*.

Pour maintenir immobile un membre fracturé, on fait usage d'attelles de bois, larges, plates et roides, *ergo* il faut leur substituer des attelles de fer, minces, cylindriques et flexibles.

On panse les plaies et blessures *à sec*, *ergo* il faut les tenir constamment baignées.

Dans les amputations, on procède par sections successives et lentes de la peau, des chairs, de l'os, et avec des instruments différents, *ergo* il faut employer un seul instrument qui coupe instantanément et d'un seul coup.

Pour dilater un urètre rétréci, et généralement pour pénétrer dans la vessie par ce canal, on se sert de bougies et sondes molles, fines, flexibles, *ergo* il faut employer des cathéters durs, épais, roides, etc., etc.....

On voit, par ce tableau, que notre ingénieux confrère aime les antithèses; il les soutient jusque dans les moindres détails avec une grande richesse d'imagination et une logique inflexible; il oppose le large à l'étroit, le court au long, le dur au mou, l'humide au sec, la promptitude à la lenteur, la simultanéité à la succession; il courbe ce qui est droit, fléchit ce qui est étendu, arrondit ce qui est plat. C'est l'application conséquente et rigoureuse de sa loi des contraires.

cause première de toute la maladie, l'école anatomique dut chercher à y rapporter directement tous les autres phénomènes. Logiquement évident dans un grand nombre de cas, le rapport entre la lésion des organes et le trouble fonctionnel était obscur, douteux, rationnellement impossible à saisir, dans une foule de cas; cela aurait dû rendre circonspect, cela aurait dû faire prévoir qu'entre certains phénomènes fonctionnels et l'altération qui avait servi de caractère déterminant de l'individualité pathologique, il y avait un chaînon intermédiaire, peut-être tout un enchaînement de causes et d'effets. L'école anatomique ne souleva pas même ces questions; elle passa outre, et toutes ces tentatives n'eurent qu'un but: celui de ramener directement tout le désordre fonctionnel à la lésion révélée par le scalpel.

D'étranges tentatives ont été faites dans cette direction. — La statistique fut invoquée pour rechercher numériquement si le délire est l'effet de l'injection de la muqueuse gastrique, le coma l'effet de l'ulcération intestinale, la fièvre l'effet de la rougeur de l'aorte.

Parcourez les meilleurs auteurs de l'école, partout vous trouverez des tableaux statistiques laborieusement dressés en vue d'établir des rapports de causalité de ce genre. — En rapportant ainsi tout à une lésion matérielle, l'école anatomique ne put comprendre que les effets directement produits par la lésion, elle comprit très-bien la matité thoracique, les modifications des bruits pulmonaires et cardiaques; elle ne comprit rien, elle ne put rien comprendre à la fièvre, au délire, à tous ces phénomènes nerveux si nombreux et si complexes, que les anciens vitalistes avaient appelés phénomènes de réaction. Elle ne sut pas, elle ne chercha même pas à établir la signification scientifique de ces phénomenes, et quant à leur signification pratique, on arriva à cette étrange conséquence, à savoir: que tous ces phénomènes n'avaient aucune valeur diagnostique positive. — Oui, la statistique en main, on est venu dire que le délire ne signifie rien, que la fièvre ne signifie rien... — Étrange conséquence d'un faux principe, mais conséquence forcée, conséquence inévitable quand la lésion anatomique est considérée comme la cause directe de toute la maladie. Car le diagnostic dès lors n'a plus qu'un but: ce but, c'est d'arriver à la connaissance de cette lésion, de son étendue, de sa profondeur, et tout ce qui n'apprend rien à cet égard, effectivement ne signifie plus rien.

La valeur des doctrines se juge par leurs conséquences pratiques. Nous avons vu dans quel cercle se restreint l'observation clinique faite du point de vue de l'anatomisme, montrons où il aboutit quand il s'agit de fournir au praticien des motifs déterminants d'action.

Sans doute, il est un certain nombre d'indications thérapeutiques qui surgissent de la connaissance de la lésion anatomique. On comprend l'opportunité des émissions sanguines dans l'hyperhémie des organes; on comprend qu'il soit utile de maintenir les intestins en repos quand ils sont ulcérés, menacés de perforation, important de détruire des fausses membranes qui menacent d'intercepter le passage de l'air, d'empêcher des mucosités qui s'accumulent dans les bronches, etc., etc. Nous ne nions pas, nous proclamons très-haut, au contraire, l'utilité de la connaissance de la nature, du siége et de l'étendue de la lésion des organes. — Mais, ce que nous contestons, c'est la conséquence finale d'un faux point de vue; ce que nous contestons, c'est que la lésion puisse devenir le principe régulateur par excellence de la pratique.

La lésion des organes et la plupart des agents curatifs sont séparés par un abîme, par un abîme tout aussi grand que celui qui existe entre la cause éloignée des maladies et les altérations anatomiques. Or, comme il est impossible dans l'immense majorité des cas d'aller directement de la lésion au remède, de saisir un rapport logique quelconque entre l'altération et l'action de la plupart des agents curatifs, le point de vue anatomique dut conduire et a conduit à un scepticisme fâcheux, à une stérilité désolante. — Il a fait plus: forcément il a rejeté le praticien vers l'empirisme. Et comme la plupart des anciennes individualités pathologiques avaient été décomposées, comme tous les vices de la spécification ancienne étaient à découvert, on ne put avoir aucune confiance dans l'expérience du passé. — Force fut donc de déclarer cette expérience comme non avenue, sans avoir rien à mettre à la place. — Tout cela ne découragea pas les chefs de l'école. — On voulut reconstituer l'expérience sur de nouvelles bases, et l'on proposa sérieusement de soumettre des masses entières de malades chez lesquels une même lésion aura été reconnue, à un traitement uniforme, afin d'en constater numériquement les effets. On voulut saigner cent entérites folliculeuses, purger cent autres, traiter cent autres par les toniques, additionner ensuite les guéris et les morts, et proclamer comme la méthode la plus utile celle qui comptait le moins de décès!

Pendant que des hommes à valeur réelle suivaient cette direction malheureuse qui dut aboutir et aboutit à l'impuissance, des esprits éminents, tout en acceptant les données anatomiques, tout en reconnaissant l'immense progrès réalisé sous leur influence, refusèrent le dogme nouveau. Mais au lieu de marcher en avant dans la voie positive ouverte par l'anatomie pathologique, au lieu de s'enquérir de données expérimentales nouvelles pour résoudre les problèmes insolubles par l'anatomie, beaucoup d'entre eux firent directement retour au passé. Au dogme de la lésion, ils opposèrent celui des forces abstraites, de la force vitale, de la force médicatrice, et dès lors des discussions interminables, dignes de la scolastique du moyen âge, s'engagèrent sur la prééminence de la force sur la matière, de la fonction sur l'organe, ou de la matière sur la force, de l'organe sur la fonction. D'autres, tout en acceptant le dogme anatomique, tout en réservant le principe que tout émane de l'état anatomique des organes, que tout doit y être rapporté, reculèrent cependant devant ses conséquences finales, et reconnurent en fait que la maladie est l'expression de l'altération connexe des organes et des fonctions; que les lésions fonctionnelles avaient une valeur pratique jusqu'à un certain point indépendante de l'altération matérielle qui caractérise l'individualité pathologique qu'elles représentaient, en un mot, un élément fort important de l'ensemble phénoménal des maladies; que le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique enfin devaient en tenir grand compte. Ce point de vue plus large, plus vrai, donne nécessairement à la pratique une latitude plus grande, car il conduit à chercher des motifs déterminants d'action ailleurs encore que dans la lésion de l'organe. Il est impossible que ce point de vue n'amène tôt ou tard les esprits qui se l'ont une fois assimilé à chercher ailleurs encore que dans l'anatomisme l'élément de compréhension dont la science et la pratique ont également besoin. Dès que l'on a reconnu en fait que le scalpel ne peut se charger de tout expliquer, de tout révéler, de tout faire comprendre; qu'il est imposssible, dans une foule de cas, d'aller directement de la cause éloignée à la lésion organique, et de la lésion organique aux lésions fonctionnelles, on reconnaît implicitement l'existence d'un chaînon intermédiaire, de tout un enchaînement peut-être de causes et d'effets organiques que l'intelligence peut et doit pénétrer, mais qu'elle ne peut évidemment comprendre tant que l'anatomisme reste le seul moyen de compréhension admis en principe.

Le bain sans baignoire est, comme nous le disions, un produit direct et légitime de la formule qui a engendré toute la chirurgie mayorienne. On sait que, dans les idées reçues, pour prendre un bain, il faut nécessairement de l'eau, et que pour contenir cette eau il faut non moins indispensablement un réservoir quelconque, c'est-à-dire une baignoire. Il est certain du moins que c'est là ce qui se pratique généralement. Or comme, d'après le principe Mayor, le vrai et le bien sont toujours au pôle diamétralement opposé de ce qui se pratique, il a dû en conclure et en a conclu en effet que, puisque la baignoire était considérée comme indispensable, elle devait *ipso facto* être inutile et même nuisible. Il a donc immédiatement proscrit ce meuble arriéré et caduc, et en substitue un autre de sa façon qu'il dote de tout ce qui manque à l'ancien pour l'administration d'un bain scientifique et rationnel, d'un bain ramené, comme dit cet agréable écrivain, à sa *belle simplicité*.

Il semble au premier coup d'œil que la manière la plus simple de prendre un bain est... de prendre un bain; et même, dans le tarif des établissements thermaux, un bain non médicamenteux s'appelle un bain *simple*. Quoi de plus simple, en effet, pour se baigner, qu'une baignoire et de l'eau? Eh bien! ce bain simple est, aux yeux de M. Mayor, d'une complication extrême, une déviation des voies du bon sens et de la nature; il va donc simplifier la simplicité même, et voici comment:

Qu'est-ce qu'un bain dans la rigueur absolue du mot et de la chose? L'application d'une couche d'eau uniforme et continue sur la surface du corps tout entier ou d'une de ses parties. L'épaisseur de cette couche est parfaitement indifférente pour le résultat; car un corps entouré d'une pellicule d'eau d'un millimètre est aussi bien mouillé, trempé, baigné, en un mot aussi réellement dans l'eau que s'il était plongé dans la Seine ou dans l'Océan. Il suit de là que, dans un bain, toute la masse d'eau qui n'est pas immédiatement appliquée au corps est superflue; et comme la simplification est le retranchement de l'inutile, il ne faut admettre dans un bain que tout juste la quantité d'eau nécessaire pour emprisonner le corps. Mais si on diminue le volume de la masse d'eau, il est clair qu'il faut diminuer d'autant la capacité du réservoir destiné à la contenir, c'est-à-dire de la baignoire. Le problème du bain ramené à sa belle simplicité consiste donc à obtenir un *minimum* rigoureux d'eau et de baignoire.

Ceci posé, il ne s'agissait plus que d'inventer un appareil qui satisfît à ces conditions, et ce n'était plus là qu'un jeu pour l'ingénieux chirurgien de Lausanne. Celui qu'il propose consiste dans la combinaison des deux éléments suivants: 1° une substance en étoffe susceptible de s'imprégner facilement du liquide dont on veut composer le bain, de le conserver dans ses mailles, telles que éponge, papier, carton, laine, étoupes, coton, charpie, amadou, herbes, etc.; cette première pièce de l'appareil balnéaire est l'*hydrophore*, ou, en français, le *porte-liquide*; 2° une substance ou tissu ayant la propriété de résister à l'eau, de ne pas se laisser pénétrer par le liquide ni par sa vapeur, tels que le papier huilé, la baudruche, la toile cirée, le taffetas gommé, le caoutchouc, et surtout le tissu imperméable inventé par M. Mayor fils. Cette seconde pièce porte le nom d'*imperméable*, d'*hydrofuge* ou même d'*hydrochorique*. Est-il besoin d'indiquer la manœuvre de cet appareil? On imbibe l'hydrophore du liquide voulu, on l'applique sur le corps comme un cataplasme, puis on le recouvre du tissu imperméable destiné à prévenir l'évaporation, et par suite la des-

Cette vérité frappera les yeux des hommes qui suivent encore, d'intention plus que de fait, les vieilles idées de l'école anatomique, et bientôt, nous l'espérons du moins, de vaines discussions sur la primordialité de la matière, sur la force, ne sépareront plus des esprits qui, en réalité, marchent dans une voie commune. Nous aussi nous avons médité et longuement médité sur cette question de philosophie transcendante; mais nous avons reconnu qu'elle ne sera jamais, qu'elle ne peut pas être l'objet d'une connaissance expérimentale; nous avons reconnu que sa solution, lors même qu'elle serait possible, n'avancerait en rien notre compréhension positive. Pour marcher en avant sans se perdre dans de nébuleuses abstractions, sachons accepter la force et la matière, le tissu et ses propriétés, l'organe et ses fonctions, l'organisation et la vie comme une unité indivisible dans la réalité vivante. Un vitalisme abstrait, qu'il fasse manœuvrer des forces ou des propriétés, n'est pas plus à même de résoudre scientifiquement des problèmes pathologiques et thérapeutiques, que la description anatomique d'un nerf n'est à même de rendre compte de sa propriété excito-motrice ou sensitive.

Toutes les discussions qui roulent sur la question de savoir si la maladie consiste essentiellement dans une lésion matérielle des organes ou dans une simple modification dynamique sont prématurées, oiseuses, insolubles. Leur conséquence finale est de rester stérile ou de conduire à des idées fausses, à des points de vue trop restreints. Ce n'est pas dans cette direction que les sciences expérimentales peuvent avancer dans la voie du progrès. Toutes les discussions des physiologistes sur l'essence, sur la cause première de la vie, n'ont pas fait faire un pas à la compréhension positive de l'organisme sain; car le principe vital est en dehors de la portée de la science expérimentale; c'est la *cause inconnue* d'un effet *général connu*. Toutes ces discussions, maintenues dans le domaine de la pathologie, ne feront pas faire un pas à la compréhension de l'organisme malade, car la *cause première* des maladies, comme celle de la vie, est en dehors de la portée de l'observation. La physiologie a pris un rapide essor dès qu'elle a changé de point de vue, dès qu'elle a renoncé à pénétrer le mystère impénétrable de l'essence de la vie, dès qu'elle s'est convaincue qu'*expérimentalement* la vie n'est qu'un admirable enchaînement de causes et d'effets dont le *primum movens* nous échappe, mais dont le merveilleux mécanisme réalisé dans la matière et par la matière organisée et vivante peut, *avec ses conditions*, devenir l'objet d'une connaissance positive.

Les éléments de cette connaissance et de cette compréhension non pas du principe vital, mais du mécanisme organique et de ses conditions, ont été préparés par d'infatigables recherches expérimentales dans toutes les branches des sciences naturelles. La physique, la chimie, l'anatomie, l'hystologie en fournissent les premiers matériaux; ils ont été appliqués par un travail d'observation et d'expérimentation immense entrepris sur l'organisme vivant lui-même. Accumulés avec une prodigieuse rapidité dans les temps modernes, leur ensemble coordonné représente une science positive. Cette science, c'est la *physiologie expérimentale*.

C'est à cette science définitivement constituée sur d'inébranlables fondements que nous devons le point de vue positif plus large que nous avons inauguré dès l'année dernière dans notre enseignement clinique.

De même que la vie, la maladie, dans sa plus grande généralité, apparaît expérimentalement comme une succession de causes et d'effets organiquement enchaînés les uns aux autres, réalisés dans l'organisme et par l'organisme vivant. Elle aussi, de même que la vie, se résume expérimentalement dans l'idée d'un *processus*. Dans sa réalité intégrale, elle n'est, elle ne peut, elle ne doit être conçue que comme un *processus organique*.

Dans la vie physiologique, les causes et les effets organiques sont et restent adéquats à un but idéal que chaque organisme doit réaliser. Dans la vie pathologique, dans le processus morbide, dans la maladie, il s'est au contraire développé, sous l'influence d'une cause déterminante (d'une solution de continuité, d'une contusion, de l'impression du froid), une succession, un enchaînement de causes et d'effets organiques contraire au but idéal de l'organisme. C'est là la seule différence expérimentale qui existe entre l'état de santé et l'état de maladie. Entre un processus organique physiologique et un processus pathologique, entre une fonction et une maladie, il n'y a que cette différence, savoir : que l'idée de fonction emporte celle de concours harmonique vers un but commun, tandis que le mot de maladie emporte une idée contraire.

De même que la fonction ne s'effectue que dans l'organisme et par la matière organique, de même la maladie ne s'effectue que dans les organes et par les organes. Et de même que certaines fonctions engendrent des modifications dans la matière organisée et vivante prédéterminées dans un but idéal, de même certains processus morbides, certaines maladies, constituent des modifications matérielles qui à leur tour deviennent causes d'effets organiques nouveaux, mais sans but.

Soumettez à une analyse rationnelle tel cas de clinique que vous voudrez, soumettez-y telle ou telle de vos individualités nosologiques, depuis l'inflammation jusqu'à la tuberculisation, depuis la névralgie jusqu'au tétanos, partout vous trouverez une succession, un enchaînement de causes et d'effets organiques, en un mot l'idée d'un processus. Là où l'idée de processus n'existe plus, dans les simples vices de conformation, par exemple, l'esprit scientifique, comme la langue vulgaire, déclare la maladie absente, de même qu'il ne voit pas de maladie dans la simple réaction même douloureuse d'un nerf. Preuve évidente que la maladie n'est plus qu'une simple altération d'organe, plus qu'une simple réaction contre une cause de trouble.

Si la maladie n'est qu'un enchaînement de causes et d'effets organiques contraire à l'idée du but idéal à réaliser par la mécanique vivante, la guérison en est un autre. La maladie et la guérison ne diffèrent pas plus essentiellement l'une de l'autre que la maladie ne diffère essentiellement de la fonction; elles ne diffèrent que par la direction que suit l'enchaînement phénoménal par rapport au but idéal que tout organisme doit réaliser; elles ne diffèrent qu'en ce que le procès curatif aboutit à ramener des conditions organiques aussi parfaitement compatibles que possible avec l'idée du but que l'organisme doit réaliser. Ces conditions peuvent atteindre intégralement à ce résultat, quoique l'organe reste altéré; le cal d'une fracture, par exemple : ou bien, sans produire d'effet ultérieur, elles compromettent à jamais l'exercice d'une fonction, un cal avec raccourcissement, et constituent dès lors un vice de conformation, mais plus de maladie. Ou bien les conditions organiques sont de nature à ramener incessamment un nouvel enchaînement de causes et d'effets, quoique la maladie initiale soit éteinte; et dès lors, naît un processus nouveau, une maladie nouvelle, dont l'élément initial est représenté par le résidu de la maladie ancienne : une cicatrice qui oblitère un canal excréteur, par exemple.

Le procès curatif, la guérison comme la maladie, est prédéterminé par les lois de la mécanique vivante. Qu'elle soit spontanée ou artificielle, elle n'est pas due à l'intervention d'une force spéciale vitale ou médicatrice; mais elle survient spontanément et sans les secours de l'art, parce qu'il y a dans

---

sication de la substance mouillée. Cette application peut être bornée à une partie seulement du corps, ou envelopper le corps tout entier; le bain est ainsi à volonté local ou général. Tel est le bain Mayor, c'est-à-dire le bain type, le bain idéal, le bain absolu, dont le bain vulgaire n'est qu'une mauvaise contrefaçon, une caricature. Il faut voir avec quelle verve, avec quelle abondance d'imaginative, avec quel luxe de détail il en développe les avantages et propriétés. Nous ne pouvons le suivre dans ses brillantes excursions historiques, critiques, dogmatiques, dans lesquelles il prodigue toutes les couleurs, tous les reflets, toutes les saillies de son style helvétique. Mais nous ne pouvons nous dispenser de signaler l'étonnante profondeur du principe même de l'invention. L'*idée mère* du bain Mayor est évidemment le cataplasme. Si le cataplasme est un bain local, le bain proprement dit ne saurait être autre chose qu'un cataplasme général. Tout le reste n'est qu'une déduction logique du principe; mais il fallait toute la force de tête de M. Mayor pour en voir et en tirer tant de conséquences. Nous reconnaissons à cette nouvelle œuvre les caractères de toutes les conception du génie. C'est simple et grand.

On voit que, fidèle à son principe de contradiction, le système *balnéaire* de M. Mayor tend à différer autant que possible du système connu. Le triomphe de la simplification, et en même temps de l'opposition, aurait été de supprimer entièrement l'eau et la baignoire. M. Mayor n'a pas osé pousser la logique jusque-là, et, sous ce rapport, le titre de son mémoire est équivoque ou promet trop. En effet, il se sert aussi, lui, d'une sorte de baignoire, car son hydrophore et son imperméable ne sont pas autre chose en essence; seulement il faut lui rendre cette justice que, ne pouvant éliminer entièrement cette analogie générale, il a rétabli dans le détail la plus complète opposition. C'est vraiment pitié de voir avec quel acharnement il poursuit cette pauvre baignoire vulgaire! de quels sarcasmes il l'accable jusque dans ses plus innocentes prétentions! avec quel orgueil, il lui oppose les propriétés et vertus de sa rivale, qui toutes sont précisément l'antipode des siennes! L'ancienne baignoire est en bois, en métal : elle est lourde, résistante, embarrassante; la nouvelle est en tissus ou substances végétales : elle est légère, souple, commode; l'ancienne portait le baigneur, c'est le baigneur qui porte la nouvelle, l'ancienne était fixe, la nouvelle est mobile, etc., etc. Mais qui pourrait énumérer toutes les particularités du contraste?

Le principal avantage du bain Mayor, local ou général, c'est de pouvoir être pris indifféremment, sans dérangement aucun, dans son lit, dans sa chambre, dans la rue, à table, à la promenade, à cheval. Le baigneur, portant la baignoire avec lui, peut tranquillement vaquer à ses affaires, au dedans et au dehors de sa maison, sans cesser d'être dans le bain. On peut ainsi rester, si l'on veut, toute la journée dans l'eau, tout en se promenant, ce qui est extrêmement agréable.

Une question qui pourrait inquiéter est celle du chauffage du bain. M. Mayor y a pourvu. La quantité d'eau employée étant extrêmement minime, puisque avec deux ou trois litres d'eau on peut prendre un bain général, et avec un verre un bain de pieds, il suffira pour le chauffer d'une lampe à esprit-de-vin. La température du cataplasme hydrophorique s'équilibrera ensuite avec celle du corps, et se maintiendra au même degré, grâce à l'imperméable. Il n'y a dans tout cela aucune difficulté. M. Mayor a poussé la prévoyance jusqu'à indiquer la manière de se procurer immédiatement un bain chaud dans le cas extrême où on n'aurait

la mécanique vivante, dans la succession même des causes et des effets organiquement prédéterminés, une foule de combinaisons susceptibles de faire prendre au flux phénoménal une direction favorable. Et ce qui le prouve, c'est, comme l'a si bien dit notre savant collègue M. le professeur Forget, « qu'entre la nature qui tue et la nature qui guérit, il n'y a souvent que l'épaisseur d'une aponévrose. »

Les idées générales que nous venons de formuler, le point de vue auquel nous sommes placé, ne sont que la conséquence logique de nos principes philosophiques, mais ils sont la conséquence aussi du point de développement auquel les sciences nécessaires à une compréhension large et positive sont arrivées. Les données de l'anatomie pathologique ne sont pas restées la seule conquête expérimentale du progrès moderne; la chimie organique, la microscopie et surtout la physiologie expérimentale sont venues, et viennent tous les jours porter leur contingent de notions positives, et soulever un coin du voile qui dérobe le merveilleux mécanisme que nous avons mission de comprendre. Désormais il n'est plus possible de considérer les maladies comme des êtres caractérisés par un certain nombre de phénomènes particuliers; mais nous devons cesser aussi de les placer dans la modification d'une cause hypothétiquement formulée sur le principe de la vie, pas plus dans les modalités de la matière que dans ses forces ou ses propriétés. C'est parce que la maladie n'est pour nous qu'un procès organique, qu'un enchaînement de phénomènes dont il s'agit de déterminer les rapports organiquement prédéterminés, que nous nous disons organiciens, mais organiciens dans la plus large acception du mot, dans son acception physiologique.

L'organisme physiologique, pas plus que la physiologie expérimentale, n'est une doctrine qui explique tout, qui rend compte de tout avec un dogme. C'est tout simplement un point de vue d'observation et d'expérimentation, mais un point de vue scientifique aussi élevé que possible; car il s'appuie sur l'idée expérimentale la plus large qu'il soit donné de formuler sur la vie et la maladie. Ce qui le distingue des doctrines du passé, c'est qu'il ne donne pas l'idée d'une cause première comme le principe dont tout émane et auquel tout doit être ramené. A la place de ces causes hypothétiques, il veut des causes réelles, des causes démontrables; c'est pour cela aussi qu'il élargit l'horizon que les doctrines rétrécissent, et c'est parce qu'il permet de mesurer toute l'immensité de la tâche qui reste à accomplir pour dévoiler ce qui reste de mystérieux dans la mécanique vivante, qu'il n'affiche pas la prétention de donner le dernier mot de la science.

Maintenant que nous avons formulé l'idée qui représente le dernier terme de nos opérations scientifiques et qui domine la direction de nos tendances, il nous reste à montrer ses conséquences scientifiques et pratiques. Si j'avais plus de temps et d'espace, j'aborderais les principes qui, selon nous, doivent présider à la détermination des maladies, à leur description nosologique, aux recherches étiologiques; je montrerais comment partout la tendance moderne devrait rechercher et faire connaître autant que possible l'enchaînement intégral des causes et des effets tel qu'il se produit dans la réalité vivante, en vertu des lois immuables que la physiologie expérimentale apprend à connaître.

Mais j'aurais à signaler aussi ce qui, par suite de notions expérimentales, doit être provisoirement conservé de la systématisation ancienne, car il est évident que la constitution d'une science diffère beaucoup selon le point de vue; elle est aussi toujours subordonnée aux données acquises. Bornons-nous ici à quelques détails sur les branches des connaissances plus spécialement conservées à la pratique.

La séméiotique, dans l'esprit du nosologisme, qu'il soit symptomatique ou anatomique, ne cherche dans les phénomènes que des *caractères* de l'individualité pathologique ou de la lésion. Elle va directement du symptôme à la maladie tout entière; son procédé est l'expérience empirique, ou si l'on aime mieux, le numérisme. — L'organicisme physiologique ne va du phénomène qu'à une cause organique immédiate. (Le râle crépitant humide ne signifie pas dans son esprit *pneumonie*, mais il signifie que du liquide se déplace dans les dernières ramifications bronchiques sous l'influence de l'air inspiré ou expiré.) Dans son esprit, chaque symptôme, chaque phénomène a une valeur séméiotique et signifie toujours quelque chose; il ne dit pas que le délire ne signifie rien, parce qu'on l'observe dans dix maladies différentes; pour lui le délire est toujours l'expression d'un état d'excitation du centre encéphalique, dont la cause organique éloignée peut être fort différente. Déterminée organiquement, la signification de la fièvre ne consiste pas à signaler les lésions ou les maladies avec lesquelles elle coïncide; mais on connaîtra la signification de la fièvre quand on saura quel est l'organe qui produit *directement* les phénomènes fébriles et en vertu de quel mécanisme il les produit.

Sans doute il existe une foule de phénomènes dont la signification, empiriquement établie en vue d'une individualité nosologique, est d'une importance pratique incontestable. Tels sont la teinte cuivrée des syphilides, la périodicité des accès des maladies paludéennes, par exemple. Ces notions, il faut les accepter telles qu'elles sont, il faut chercher à les augmenter encore, mais ne pas oublier qu'elles ne représentent pas le dernier terme de nos opérations scientifiques.

La séméiotique scientifique doit être autre chose qu'un répertoire de caractères soi-disant pathognomoniques. Selon nous, c'est la partie de la science qui nous apprend à reconnaître les *causes organiques* par les effets qui directement en émanent. Nous avons besoin d'une séméiotique constituée dans cet esprit, parce que nous comprenons le diagnostic autrement que comme une œuvre consistant à retrouver en fait au lit du malade l'une ou l'autre des individualités établies dans le cadre nosologique. — Le diagnostic, conçu d'après l'idée générale que nous avons formulée sur la maladie, doit représenter l'image intellectuelle d'un processus organique, c'est-à-dire l'idée d'un enchaînement d'états organiques qui se prédéterminent. — Je n'entrerai pas ici dans les détails sur la manière d'interroger et d'examiner les malades; je veux faire remarquer seulement que les méthodes générales d'observations sont nécessairement prédéterminées par l'idée synthétique que le diagnostic doit représenter. — Or, pour reconstituer l'idée d'un enchaînement d'états organiques, il n'y a que deux méthodes possibles. La première consiste à remonter directement d'un phénomène donné qui nous frappe à l'état organique dont il émane, et de cet état lui-même à la cause seconde, de manière à saisir *directement* l'enchaînement du processus morbide en même temps que nous en constatons les éléments. Voici un homme atteint de gonflement des extrémités et de l'abdomen; nous en recherchons la cause, et nous trouvons qu'elle est due à une infiltration, à un épanchement séreux.

Nous examinons le cœur, le foie, les reins et les urines, parce que nous savons et que nous comprenons que certains états norbides de ces organes sont suscestibles de produire l'effet *hydropisie*. Nous constatons une hypertrophie du cœur avec rétrécissement d'un orifice, et dès lors nous

---

ni eau, ni feu! Cela paraît un peu difficile. Pas le moins du monde. Chacun sait que le corps de l'homme contient des liquides chauds qu'il peut excréter à volonté.... Vous comprenez. Aurait-on deviné celui-là!

Il faut mettre un terme à notre admiration. Il nous en coûte de réduire à ces mesquines proportions, à cette sèche et maigre analyse, l'œuvre monumentale qui est devant nous. Que de détails ingénieux, subtils, agréables, profonds, nous sommes obligés de supprimer! Combien nous sommes coupables envers M. Mayor d'interpréter si faiblement sa pensée! Mais nous savons qu'il est plein d'indulgence et qu'il pardonnera à notre insuffisance en faveur de notre intention. Nous sommes même persuadés que si nous allions un jour le voir à Lausanne, dans sa maison de *Beauséjour*, illustrée une première fois par le séjour de Napoléon, il nous mettrait cordialement en mesure de juger du talent de cette cuisinière qu'il dépeint de façon à faire venir l'eau à la bouche (p. 60), et voudrait bien nous dispenser d'user de ses bains locaux ou généraux, et singulièrement de ceux qui se préparent sans eau et sans feu.

— Le nommé Jean-Magloire Canard, bien connu de nos lecteurs, a été de nouveau traduit devant le tribunal de police correctionnelle, comme inculpé de vente de remèdes secrets *dont la composition n'est pas indiquée au Codex*. Il a allégué qu'il donnait ces médicaments, qui se composent d'une poudre, pour soulager les malheureux; mais il a été démontré qu'il avait demandé à quelques personnes à qui il avait délivré cette poudre végétale, 30, 50, 100 et jusqu'à 200 francs.

Le sieur Canard a été condamné à 600 francs d'amende, *et, pour récidive, à 10 jours de prison.*

— Le sieur Repiquel, herboriste à la barrière de Fontainebleau, a été traduit devant le tribunal de première instance de la Seine, jugeant en police correctionnelle, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, puis condamné : 1° à 15 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine; 2° à 500 francs d'amende, pour vente de préparations pharmaceutiques.

— Le sieur Charles-Michel Drouhin, herboriste, rue des Tournelles, 18, a été aussi traduit devant le tribunal correctionnel, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Le tribunal a renvoyé le prévenu sur le premier chef, et sur celui relatif à l'exercice illégal de la pharmacie, et par l'application de l'art. 6 de la déclaration du 25 avril 1777, l'a condamné à 500 francs d'amende.

— Le tribunal de première instance, septième chambre, jugeant en police correctionnelle, a condamné à 500 francs d'amende le sieur Denis de Saint-Pierre, pour débit de remèdes secrets et de préparations pharmaceutiques.

— Le roi a ordonné que le portrait de Bichat fût placé dans les galeries historiques de Versailles. Le ministre de l'instruction publique a accordé une pension au frère de ce savant illustre, déjà avancé en âge.

— La mortalité est très-grande en ce moment, à Madrid, sur les enfants.

rapportons l'hypertrophie au rétrécissement, parce que nous savons par quel mécanisme l'un produit l'autre; enfin nous cherchons la cause organique du rétrécissement lui-même, en interrogeant le malade sur ses affections antécédantes, et d'effet à cause, de causes en causes, nous arrivons ainsi à nous fixer sur tout l'enchaînement phénoménal. Cette méthode d'analyser, que nous appelons organo-pathologique, est quelquefois suivie par les praticiens exercés; elle est expéditive, mais elle ne peut être employée que dans certains cas, et ne fournit pas toujours toutes les données nécessaires à une idée complète sur l'état du malade. La seconde méthode d'observation clinique en rapport avec l'idée que nous avons formulée consiste à déterminer l'état de l'organisme aux différentes périodes d'évolution de la maladie. Pour atteindre ce but, il faut qu'une analyse *organo-physiologique* décompose l'organisme lui-même en ses éléments; il faut, à l'aide de phénomènes recueillis par l'interrogation et l'investigation directe, saisir une à une les modifications organiques et fonctionnelles telles qu'elles sont successivement développées, telles qu'elles existent au moment même de l'examen du malade. Cette observation analytique de l'organisme ne marche qu'appuyée sur des notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie positives. Là où ces notions sont insuffisantes, l'analyse s'arrête aux phénomènes, afin de les utiliser plus tard, comme signe empirique de telle ou telle unité pathologique.

Quand l'observation analytique de l'organisme a fourni une connaissance exacte de l'état des organes et des fonctions aux différentes périodes de la maladie, la partie synthétique du diagnostic commence. Subordonnée à l'état des notions physiologiques et pathologiques acquises, cette synthèse ne peut pas toujours être conçue dans l'esprit de l'organisme physiologique; souvent l'enchaînement des causes et des effets organiques nous échappe, ou bien nous ne parvenons à en saisir que quelques fragments. Alors les phénomènes, dans leur ensemble et dans leur succession, doivent être utilisés pour arriver au moins à un diagnostic nominal. Ne pouvant aller plus loin, nous nous arrêtons à la notion que le cas actuel ressemble à telle ou telle série de cas déjà observés et connus dans le cadre nosologique sous telle ou telle dénomination.

Déterminer, à l'aide des données acquises par un diagnostic organique rigoureux et des connaissances physiologiques et pathologiques fournies par la science constituée, quelle sera l'évolution ultérieure de l'enchaînement phénoménal, quels seront les effets qui devront nécessairement ou qui pourront se produire avec les états organiques donnés et considérés comme causes, telle est la mission du pronostic tel que nous le comprenons. Mais il est évident que rien n'empêche ni d'utiliser les phénomènes comme signe empirique de telle ou telle terminaison, ni de fonder le pronostic général sur des données numériques exactes empiriquement recueillies.

En thérapeutique, le nosologisme va directement de l'unité pathologique au remède; l'organicisme physiologique prend son point de départ dans la connaissance expérimentale acquise sur l'enchaînement organique des éléments du procès morbide et curatif. C'est à l'aide de ces notions qu'il s'élève à l'indication de ce qu'il faut faire ou ne pas faire. L'indication, à son tour, ne conduit pas directement au remède, elle n'y conduit que par l'intermédiaire des notions expérimentales acquises sur le mode d'action des agents hygiéniques pharmaceutiques ou chirurgicaux.

Il s'en faut de beaucoup, nous l'avons déjà dit, que dans l'état actuel de nos connaissances expérimentales, les exigences scientifiques, telles que nous les comprenons, puissent être remplies. Dans une foule de cas, nous sommes réduits à l'empirisme nosologique : il a su trouver et trouve encore tous les jours des moyens dont le mode d'action n'est connu que par un résultat final : la guérison. D'autres fois nous ne formulons que des indications fragmentaires qui s'attaquent aux effets plutôt qu'aux causes; mais cela ne prouve pas que notre point de vue soit faux, cela prouve seulement qu'il reste immensément à faire pour élever l'intervention pratique à la hauteur du rationalisme expérimental.

Telles sont les conséquences scientifiques et pratiques des idées générales avec lesquelles on aborde l'observation clinique. En France comme en Allemagne, il est des esprits qui suivent la direction que nous croyons être celle de l'avenir; il en est qui la suivent sans s'en être rendu exactement compte, peut-être avec un nom différent inscrit sur la bannière; d'autres y seront amenés par la force des choses; car le nosologisme symptomatique, avec ses dogmes hypothétiques, a fait son temps, et le nosologisme anatomique est évidemment insuffisant et ne représente qu'une partie fragmentaire de l'unité vivante, qui est la même à l'état de santé qu'à l'état de maladie.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES NÉVRALGIES TRAITÉES PAR LE QUINQUINA ET SES PRÉPARATIONS; par le docteur E. HERMEL.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

NÉVRALGIES ERRATIQUES SYMPTOMATIQUES AFFECTANT LE TYPE INTERMITTENT; AMÉNORRHÉE; NÉVRALGIES COÏNCIDANT AVEC L'INVASION D'ACCÈS DE FIÈVRE QUELQUES JOURS APRÈS L'ENTRÉE DE LA MALADE A L'HÔPITAL; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE QUININE ET L'APPLICATION DE SANGSUES AUX ÉPOQUES MENSUELLES.

OBS. VI. — Le 20 décembre 1841, la nommée Raquette, âgée de 23 ans, domestique, est entrée à la salle St-Joseph, n° 10, de l'Hôtel-Dieu.

Depuis trois mois qu'elle est à Paris, ses règles ont toujours été en retard, moins abondantes et douloureuses. Huit jours avant son entrée, elles furent supprimées brusquement par un refroidissement qu'elle éprouva aux pieds et aux bras, en lavant du linge. Depuis, elle fut en proie à un malaise général, avec perte d'appétit, bouche amère, céphalalgie revenant surtout le soir et la nuit; elle ne pouvait se tenir debout sans avoir des étourdissements, des bluettes capables de la faire tomber.

Le 21, pour tenir l'indication fournie par l'embarras gastrique, on lui fit prendre 1 gramme d'ipécacuana en poudre macéré douze heures dans un litre d'eau, ce qui provoqua des vomissements et des selles.

Le 22, son état n'était point amélioré. L'indication de la saignée ayant été reconnue par la dureté et la plénitude du pouls, on la remplit en lui tirant 8 onces de sang.

Le 23, ayant fixé son attention sur les phénomènes qu'elle éprouvait et l'heure de leur apparition, on reconnut des accès de fièvre commençant par des frissons suivis de sueurs paraissant tous les soirs. On prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine dans un julep à prendre dans l'intervalle des accès.

Le 24, elle se plaignit d'une douleur siégeant sur le nerf frontal du côté gauche, s'étendant à la partie supérieure de la tête, quelquefois jusqu'à l'occiput, commençant par de la chaleur; elle n'éprouvait point d'élancements ni de douleurs à la pression, dans l'intervalle des accès. Ces douleurs fixes, qui arrivaient pendant la période de chaleur de la fièvre, duraient environ deux heures, pendant lesquelles la malade n'osait faire aucun mouvement dans la crainte de les exaspérer. La rate était volumineuse. Nous apprîmes qu'à l'âge de 15 ans elle avait eu des fièvres intermittentes qui avaient duré un an.

Jusqu'au 4 janvier 1842, c'est-à-dire pendant environ douze jours, son état ne changea pas sensiblement. On lui administrait le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes. Ce jour, elle devint sourde pendant son accès. Néanmoins, on continua la même prescription.

Le 5, elle eut des frissons et des fourmillements dans les jambes, suivis de chaleur sans sueur. (Sulfate de quinine id.)

Le 7, l'accès ne parut point. On cessa le sulfate de quinine.

Le 8, elle se trouvait très-bien, lorsqu'en faisant un effort pour aider une malade à monter dans son lit, elle fut prise subitement d'un violent mal de tête (comme d'un coup de marteau, dit-elle), de douleurs dans les bras et les jambes, d'un frisson qui dura environ une heure, et de chaleur suivie de sueur qui durèrent quatre heures; bref, elle eut un nouvel accès. On recommença l'administration du sulfate de quinine à la dose d'un gramme 5 centigrammes.

Le 9, l'accès reparut et s'accompagna de douleurs dans les lombes et les hypocondres, qui paraissaient annoncer le retour des règles, car elle était à l'époque de les attendre. (Même prescription.)

Le 10, elle eut la fièvre toute la journée avec des alternatives de frisson et de chaleur, une douleur de tête fixe fronto-occipitale, une grande sensibilité du cuir chevelu et toujours des douleurs dans les lombes et les hypocondres. (Même prescription.)

Le 11, même état. (Id.)

Le 12, elle n'eut point d'accès de fièvre. Sur les trois heures d'après midi, elle sentit quelques douleurs, des picotements à la partie inférieure externe du sein gauche, à l'épigastre, à l'épaule dans le milieu de la distance de l'acromion au cou. Ces douleurs, que la pression du doigt pouvait déterminer, s'étendaient le long du bord inférieur de quelques côtes, entre le muscle grand dorsal et le grand pectoral; elles retentissaient en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et gênaient sa respiration; elles étaient lancinantes, piquantes comme des aiguilles, dit-elle. On porta à 2 grammes le sulfate de quinine, et on fit appliquer huit sangsues aux aines.

Le 14, point de fièvre, plusieurs frissons et plusieurs bouffées de chaleur sans sueurs; céphalalgie, étourdissements; les douleurs du côté gauche étaient passées. (Sulfate de quinine, même dose.)

Le 15 et le 16, elle eut deux accès légers. Les règles n'ayant point paru, on appliqua de nouveau huit sangsues aux aines, et on continua le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes.

Le 17, la douleur, suivant le trajet d'un nerf intercostal, avait reparu pendant un léger accès de fièvre; le volume de la rate avait diminué. On porta le sulfate de quinine à 3 grammes.

Le 18, même état. On élève de nouveau la dose de sulfate de quinine à 4 grammes.

Du 20 au 24, la fièvre cessa; elle reparut le 25 à l'occasion d'une fatigue, et

cessa de nouveau le 28. La rate avait diminué de trois travers de doigt; elle était revenue à son volume normal.

A dater de cette époque, elle n'eut plus qu'un accès de fièvre le 8 février.

Le 10 février, les règles arrivèrent à la suite d'une application de quatre sangsues aux aines; la fièvre ne reparut plus. Elle sortit sans avoir eu de nouvel accès le 16 février, c'est-à-dire six jours après le dernier, promettant de revenir si elle en éprouvait de nouveaux. Nous ne l'avons point revue.

Cette observation est féconde en considérations médicales. Sous le rapport des névralgies erratiques qui ont apparu, nous trouvons d'abord l'application des remarques que nous avons faites aux précédentes, savoir : 1° le début de la maladie; 2° l'imparfaite limitation des douleurs et la difficulté de les circonscrire dans l'intervalle des accès; 3° la mobilité de leur siége; 4° la régularité des accès; 5° le mode d'apparition des douleurs, qui arrivent toujours pendant des phénomènes qui ressemblent à un stade d'accès de fièvre intermittente.

Sous le rapport de la fièvre qui accompagnait les douleurs, elle donne lieu à d'autres réflexions que nous avons pressenties dans nos préliminaires. Ainsi cette jeune fille, qui a déjà subi anciennement l'influence de ces fièvres, chez laquelle la rate avait pris un volume anormal, en est atteinte de nouveau, à la suite d'un dérangement, d'une suppression des menstrues. N'avons-nous pas lieu de croire que cette suppression, qui chez toute autre, aurait pu être la cause d'une autre maladie, a déterminé plutôt la fièvre intermittente, par cela seul qu'elle en avait été affectée précédemment? On ne peut rien affirmer à cet égard, mais il y a quelques présomptions en faveur de cette opinion.

Nous sommes aussi autorisé à penser, que cette fièvre intermittente survenue à la suite de la suppression des menstrues, persistant jusqu'à leur rétablissement, était entièrement sous la dépendance de l'aménorrhée. Ne doit-on pas dire qu'elle en était symptomatique? Oui certainement.

Si nous examinons l'influence du sulfate de quinine, nous voyons avec quelle difficulté on est parvenu à modifier les accès, à quelle dose il a fallu le porter. On peut dire que la cessation subite de son emploi a exposé la malade à la rechute qu'elle a éprouvée. Cependant, par la marche et les circonstances du développement de cette fièvre, nous pensons que les rechutes étaient d'autant plus imminentes que l'indication donnée par le point de départ de la maladie ne serait point remplie.

Par conséquent, l'indication de l'emploi du sulfate de quinine était subordonnée elle-même à une autre indication tirée de la nature même de la maladie, l'aménorrhée.

NÉVRALGIES ERRATIQUES ESSENTIELLES A TYPE INTERMITTENT, DATANT DE TROIS SEMAINES; DOULEURS GÉNÉRALES; LOCALISATION DES DOULEURS SUR DIFFÉRENTS TRAJETS NERVEUX; FOURMILLEMENTS; CRAMPES DANS LES MEMBRES SUPÉRIEURS; ACCÈS PEU RÉGULIERS; SULFATE DE QUININE; SORTIE AVANT GUÉRISON.

Obs. VII. — Le 4 avril 1842, la nommée Pélagie Gaillard, âgée de 23 ans, domestique, est entrée salle Saint-Joseph, n° 8, de l'Hôtel-Dieu.

Après un rhume très-fort qui dura longtemps, elle fut prise, trois semaines avant son entrée, de douleurs très-vives dans tous les membres, aux lombes, entre les épaules et surtout dans le côté droit de la tête, où elles parurent se fixer principalement. Elle eut aussi la fièvre tous les jours; mais nous n'avons pu savoir positivement de la malade, si la fièvre a précédé ou suivi les douleurs.

Lors de son entrée, elle éprouvait, à des heures variables, un frisson, puis de la chaleur, pendant laquelle les douleurs, et surtout celles de la tête, s'exaspéraient; ces paroxysmes se terminaient par une sueur. En même temps elle éprouvait des fourmillements, des crampes dans les bras et particulièrement aux mains. Dans l'intervalle des accès, les douleurs existaient encore d'une manière vague; cependant on les développait difficilement par la pression, à l'émergence du nerf mentonnier, au sous-orbitaire, au temporal et à l'occipital.

Le 5, les règles parurent aussi bien que de coutume. On voulut voir si la maladie n'en serait point modifiée: on attendit.

Le 6, la fièvre était venue la nuit précédente; le frisson avait duré peu. On commença à donner le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes en quatre pilules.

Le 7, elle eut vers les six heures du soir un accès léger qui se borna à un peu de chaleur, suivie de moiteur durant l'espace d'une heure. Les douleurs nerveuses furent très-calmées.

Le 8, elle se trouva bien.

Le 9, elle se plaignit d'avoir la fièvre depuis la veille au soir. Elle avait refusé de prendre ses pilules; elle sortit.

Bien que cette observation soit incomplète, on peut lui appliquer les remarques faites aux précédents : 1° début de la maladie; 2° imparfaite limitation des douleurs dans le premier moment; 3° paroxysmes dont on n'a pu déterminer rigoureusement la régularité; 4° mode d'apparition des douleurs qui présente précisément les trois stades de la fièvre intermittente.

Tout en regrettant que la malade ait préféré sortir plutôt que de suivre le traitement, ce qui ne nous a pas permis de vérifier jusqu'à la fin le diagnostic et la thérapeutique, nous voyons que le sulfate de quinine avait tout d'abord modifié les accès d'une manière avantageuse.

NÉVRALGIE RÉMITTENTE ESSENTIELLE DE QUELQUES RAMEAUX DU NERF TRIFACIAL, DATANT DE QUINZE JOURS; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE QUININE ET LE QUINQUINA EN SIX JOURS, C'EST-A-DIRE DISPARITION DES DOULEURS SPONTANÉES; PERSISTANCE DE LA CÉPHALALGIE ET DE LA SENSIBILITÉ A LA PRESSION; DIMINUTION PROGRESSIVE PAR LA CONTINUATION DU MÊME MÉDICAMENT; GUÉRISON COMPLÈTE APRÈS DIX-NEUF JOURS.

Obs. VIII. — Cécile Journo est entrée le 1er novembre 1841 à la salle Saint-Joseph, n° 6, de l'Hôtel-Dieu. Elle souffrait depuis quinze jours de douleurs lancinantes vers la bosse pariétale du côté droit. Depuis, ces douleurs ont descendu et se sont étendues au trou sus-orbitaire, à la tempe, au grand angle de l'œil, au trou sous-orbitaire. Ces douleurs étaient continuelles, pongitives, et avaient des redoublements pendant lesquels l'œil devenait rouge, larmoyant, le sourcil se contractait. Durant huit jours, ces redoublements vinrent la nuit; depuis le même temps, ils viennent dans le jour, à plusieurs reprises. A cette dernière époque, on la saigna deux fois en deux jours, sans qu'elle en éprouvât de soulagement. Elle ajoute qu'elle avait la fièvre en même temps que ces redoublements; sa santé, du reste, n'était point autrement altérée.

Le 2 novembre, lorsque nous l'examinâmes, tous les points indiqués plus haut étaient très-douloureux à la pression du doigt. L'accès de la veille avait paru vers une heure après midi et avait duré jusqu'à trois heures du soir. Ce jour, au moment de la visite (huit heures) elle commençait à sentir un nouvel accès. On lui prescrivit 20 centigr. de sulfate de quinine dans une potion avec extrait de quinquina, à prendre dès la cessation du paroxysme.

Le 3, l'accès que nous avons vu commencer la veille a duré jusqu'à midi. A cinq heures, une légère recrudescence parut. Elle dormit bien toute la nuit, éprouva de la sueur vers le matin, et se trouvait très-bien comparativement à son état antérieur, car elle sentait encore des douleurs fixes. Nous trouvâmes un point douloureux qui n'avait pas été exploré la veille: c'était en arrière de l'apophyse mastoïde. (Même prescription.)

Le 4, elle eut des douleurs qui alternaient dans tous les points dont nous avons parlé. Les accès ont paru, l'un de dix heures à midi, l'autre de six heures à onze heures du soir. Elle eut aussi des alternatives de frisson et de chaleur. (Même prescription.)

Le 5, elle n'avait pas eu de redoublement; elle se plaignit de céphalalgie; elle n'avait eu ni frisson ni sueur. Les mêmes points étaient douloureux seulement à la pression. (Même prescription.)

Le 6, hier des douleurs moins aiguës ont reparu et ont duré de dix heures du matin à quatre heures de l'après midi. A cette heure-là, des sueurs abondantes sont survenues, ont duré jusqu'à onze heures, et en même temps les douleurs se sont passées.

Du 7 au 14, elle n'éprouva plus de douleurs névralgiques; elle se plaignait de temps en temps de céphalalgie; nous remarquâmes qu'elle apparaissait tous les deux jours. Jusque-là tous les points d'où partaient les douleurs étaient restés très-sensibles à la pression. Peu à peu cette sensibilité s'émoussa et disparut. On cessa le sulfate de quinine et l'extrait de quinquina. Elle sortit guérie le 19 novembre, dix-neuvième jour depuis son entrée.

Nous devons remarquer encore ici: 1° le début de la maladie par des douleurs névralgiques; 2° la parfaite limitation des douleurs, même dans la rémission; 3° la régularité des exacerbations; 4° le mode d'apparition des douleurs qui s'est faite d'emblée à chaque accès, paraissant en même temps que la fièvre, mais disparaissant incomplétement avec elle.

D'après ces signes, nous sommes fondé à dire qu'il s'agissait d'une névralgie essentielle rémittente, car les douleurs ne cessaient pas complétement.

Nous noterons en passant que le type peu marqué au commencement a présenté des variations; ainsi double quotidien avancant de deux heures, les deux accès se sont confondus une fois en un seul, puis le type tierce s'est établi dans les symptômes persistants.

L'insistance que l'on a mise à l'emploi du sulfate de quinine est justifiée par l'apparition régulière de la céphalalgie aux heures des accès.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE DU NERF TRIFACIAL CONSÉCUTIVE A UN ASTHME, AVEC CATARRHE ET EMPHYSÈME CÉDANT PAR L'APPARITION DES HÉMORROÏDES.

Obs. IX. — Le 13 décembre 1842 est entré, salle Sainte-Madeleine, n° 6, le nommé Tournafeol, âgé de 59 ans, journalier.

Il guérit assez facilement dans l'espace de quinze jours, d'un catarrhe dont il était affecté. Deux ou trois jours après, il éprouva une violente douleur de tête du côté gauche, et bientôt une névralgie très-douloureuse se déclara. Des douleurs lancinantes siégeaient au trou sous-orbitaire, à la tempe; plustard, le rameau nasal de la branche ophthalmique fut affecté. Une chaleur assez vive apparaissait au côté gauche de la tête, l'œil devenait larmoyant, la conjonctive rouge, ainsi que les paupières; la pression du doigt exaspérait les douleurs aux points indiqués plus haut. Cette névralgie prit le type intermittent quotidien; elle reparaissait tous les matins à six heures, durait jusqu'à midi ou une heure, et n'était précédée d'aucun frisson, d'aucune chaleur générale, ni suivie de sueur.

On administra le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes. Il fut soulagé au

quatrième accès qui suivit son administration; mais elle reprit sa première intensité, et ses accès continuèrent à paraître aux mêmes heures. Ce fut inutilement que l'on continua vingt jours ce médicament, en lui associant l'infusion de café. Enfin, sans que l'on y songeât, des hémorrhoïdes se manifestèrent par un léger flux sanguin en allant à la selle. L'accès suivant ne parut point, et de ce moment il fut guéri de sa névralgie. On favorisa la fluxion hémorrhoïdaire par des pilules d'aloès, et huit jours après il était difficile de provoquer des douleurs névralgiques, même par une forte pression. Cependant il avait un peu de gonflement au nez, du côté gauche; il y éprouvait une légère douleur et de la démangeaison. On lui fit respirer de l'éther qui fit disparaître ces nouveaux symptômes, et le 31 janvier il sortit guéri.

Dans cette observation, on voit que le type seul nous induisit en erreur pour l'indication qu'on devait en tirer. Cependant nous pouvions remarquer, à quelques modifications près, les mêmes caractères que nous avions signalés aux précédentes. Ainsi : 1° le début de la maladie qui n'avait pas été la névralgie d'emblée; elle avait été précédée de migraine; l'on n'avait point reconnu non plus les stades d'un accès de fièvre. Or la migraine qui avait débuté paraissait si peu importante qu'on n'y fit point d'attention; 2° la parfaite limitation des douleurs pendant les paroxysmes semblait encore indiquer une névralgie essentielle; 3° la régularité des paroxysmes était une indication spéciale manifeste pour l'emploi du sulfate de quinine; 4° le mode d'apparition des douleurs ne donnait aucune contre-indication.

Mais si nous n'avons point reconnu que cette névralgie était symptomatique des hémorrhoïdes, elle ne peut infirmer les règles générales que nous posons dans le traitement de ces maladies; elle confirme au contraire la première que nous avons donnée, savoir : d'établir toujours la distinction des névralgies idiopathiques ou symptomatiques. De plus, elle nous montre quels soins on doit apporter dans l'examen des malades pour connaître l'état habituel de leur santé, leurs maladies antérieures, etc.

Nous avons donc eu la raison de l'insuccès du sulfate de quinine, et nous avons la preuve que son indication peut être soumise à certaines circonstances, à des contre-indications, ce que nous avions promis de démontrer en commençant ce travail.

RÉSUMÉ.

Dans les observations qui précèdent, nous avons vu cinq cas de névralgie intermittente essentielle; deux cas de névralgies erratiques affectant le type intermittent, dont l'une était symptomatique (obs. VI) et l'autre essentielle (obs. VII); une névralgie rémittente essentielle; une névralgie intermittente symptomatique d'hémorrhoïdes.

Nous avons donné ces titres à nos observations d'après les considérations auxquelles elles ont donné lieu par les remarques qui sont à la suite de chacune d'elles.

Ainsi nous avons dit que l'indépendance d'une névralgie de toute autre affection, la fixité de son siége primitif, son apparition d'emblée à ce siége et sa terminaison sans autres symptômes que la cessation progressive des douleurs nerveuses, étaient les caractères de la névralgie essentielle.

Nous avons dit que le type que ces névralgies ont affecté présentait l'indication suffisante pour motiver l'emploi du quinquina et de ses préparations; nous l'avons vu réussir.

Nous avons fait remarquer la résistance que les accès de douleur présentaient à l'usage de ce médicament, surtout dans les *névralgies intermittentes essentielles*. Cette remarque établit une différence d'action du quinquina sur les fièvres intermittentes dont le premier accès est modifié après la première administration. De même, quand les névralgies intermittentes coïncidaient avec des phénomènes présentant quelque analogie avec les stades de la fièvre de ce type, elles étaient modifiées aussi dès les premiers accès par les premières doses de sulfate de quinine. Mais les névralgies intermittentes ont de commun avec ces fièvres la tendance aux rechutes, aux récidives et l'irrégularité des paroxysmes qui surviennent souvent dans ces rechutes. Par conséquent il est nécessaire d'insister un certain temps sur la médication.

Pour les névralgies intermittentes symptomatiques, nous avons fait voir qu'elles dépendaient d'autres maladies ou d'autres affections; que la fixité de leur siége n'était pas aussi générale que pour les névralgies essentielles; que la marche qu'elles suivaient pouvait présenter la même régularité et affecter le type intermittent; mais que ce type seul ne donnait plus une indication suffisante pour employer l'antipériodique spécifique; qu'il fallait encore que la maladie dans laquelle la névralgie apparaissait comme symptomatique en réclamât l'emploi.

Nous avons noté encore que dans les névralgies qui coïncidaient avec des phénomènes de fièvres intermittentes, l'apparition des douleurs ne se faisait point aussi franchement; qu'elles étaient presque toujours précédées ou suivies de symptômes qui ressemblaient à un des stades de ces fièvres, sans cependant en présenter tous les caractères.

Si ces névralgies sont symptomatiques d'une autre maladie ou d'une affection qui ne soit point une fièvre intermittente ou rémittente, le quinquina ne réussit qu'autant que l'on traite avec succès la maladie ou l'affection principale.

Enfin, nous avertirons d'un caractère commun aux névralgies intermittentes, qu'elles soient essentielles ou symptomatiques, c'est que, en général, dans l'intervalle des paroxysmes, il est difficile de limiter les douleurs par la pression du doigt dans toute l'étendue qu'elles occupent pendant les accès. Ce caractère est beaucoup plus remarquable, plus général dans les névralgies symptomatiques que dans les névralgies essentielles, et peut concourir à poser le diagnostic.

CONCLUSIONS.

1° Il y a des névralgies essentielles ou idiopathiques qui affectent le type intermittent ou rémittent. Ces névralgies sont traitées avec succès par le quinquina et ses préparations.

2° Il y a des névralgies qui apparaissent avec un mouvement fébrile ou à la suite de frissons ou de bouffées de chaleur, qui ont de l'analogie avec un des stades de la fièvre intermittente. Comme les précédentes, elles guérissent aussi par l'emploi de l'antipériodique spécifique.

3° Il y a des maladies qui présentent dans leur cours un plus ou moins grand nombre d'affections diverses, telles sont la goutte, les scrofules. Lorsqu'une des affections symptomatiques de ces maladies vient à disparaître, soit, par exemple, les hémorrhoïdes, et que des névralgies apparaissent, le meilleur et même le seul moyen de guérir ces névralgies, eussent-elles le type intermittent, est de rétablir l'affection qui les avait précédées. Ces névralgies ne réclament point la médication du quinquina.

4° Dans les névralgies à type intermittent qui sont symptomatiques d'une maladie ou d'une affection qui ne présente point ce type, le quinquina et ses préparations peuvent être employés comme moyen accessoire pour combattre la douleur nerveuse intermittente si elle persistait, comme on l'a vu dans notre observation VI.

5° On ne doit pas compter sur la modification des premiers accès dès les premières doses du médicament, surtout pour les névralgies intermittentes essentielles.

6° Les névralgies intermittentes, comme les fièvres du même type, présentent souvent des rechutes, des récidives. C'est pourquoi il faut continuer l'administration du quinquina ou de ses préparations, non-seulement après la disparition de tous les symptômes, mais encore pendant l'espace d'un septénaire environ.

Nous ajouterons un mot sur l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine. Tout le monde sait qu'ils ne sont pas absolument succédanés l'un de l'autre et qu'il est souvent nécessaire de les administrer concurremment. A quelles doses peut-on et doit-on porter le sulfate de quinine pour en obtenir tout l'effet sans craindre d'accidents? Il est impossible de chiffrer ces doses, puisque, suivant la susceptibilité du malade, l'espèce de préparation du sulfate de quinine, elles sont très-variables. Mais ce qui n'est point variable, ce que nous avons vu de constant, c'est qu'il y a chez tous les malades un degré de tolérance reconnaissable, qu'il serait au moins imprudent de dépasser. Au bout d'un certain temps de son administration, faite, si besoin a été, en augmentant progressivement les doses, lorsque l'on arrive à 2, 3 ou 4 grammes dans les vingt-quatre heures, les malades éprouvent d'abord des bluettes, des éblouissements, puis des vertiges, puis des bourdonnements d'oreille, de la céphalalgie gravative. Dès que ces symptômes apparaissent, on doit diminuer la dose. Telle est la mesure que l'on doit suivre; de cette manière, jamais nous n'avons vu son administration suivie d'accidents.

Aux observations, on a vu la formule que l'on a employée le plus souvent; c'était :

Prenez :	Julep gommeux.	120 grammes.
	Sulfate de quinine. . . .	1 à 4 —
	Acide sulfurique.	1 à 4 gouttes.
	Sirop, sucre.	quantité suffisante.

A prendre à la fin des accès, s'ils étaient très-rapprochés, ou dans leur intervalle en quatre fois.

Si quelques symptômes persistaient quoique le degré de tolérance du sulfate de quinine eût été atteint, on faisait prendre en outre une infusion de café torréfié après les repas.

Dans les cas où cela ne suffisait pas, on ajoutait à la potion 2 à 4 grammes d'extrait de quinquina.

Telles sont les différentes méthodes par lesquelles nous avons vu administrer avec succès le sulfate de quinine et le quinquina dans les névralgies.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 renferment les articles originaux suivants : 1° *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques*; par M. Payan. 2° *Du monstre de la Châtre*; par M. Chereau. 3° *Nouveaux procédés opératoires pour la ligature des artères axillaire, ischiatique et honteuse interne*; par M. Pétrequin. 4° *Recherches sur la nutrition du fœtus*; par M. Grynfeltt. 5° *Etudes sur l'hydrothérapie, faites pendant un voyage en Allemagne*; par M. Constantin James. 6° *Observations sur l'emploi 1° du marchantia contre la gravelle; 2° de la renouée dans la diarrhée; 3° du suc de feuilles d'artichaut contre la jaunisse*; par M. Levrat-Perrotton. 7° *Cancer de l'orbite, extirpation, guérison*; par M. de Droullin. (La tumeur, qui avait débuté dans le lieu qu'occupe la glande lacrymale, remplissait toute la cavité de l'orbite et avait refoulé l'œil qui s'était atrophié par suite de la compression. On enleva le tout, puis on cautérisa la paroi orbitaire dans un point suspect avec la pâte de chlorure de zinc. Depuis plus d'un an que l'opération a été faite, il n'y a pas eu apparence de récidive). 8° *Corps étranger engagé sous la conjonctive, ophthalmie chronique, extirpation, guérison*; par M. L. B.

SUR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE; par M. PÉTREQUIN.

Pour guider dans la recherche de l'artère axillaire, les auteurs indiquent comme points de ralliement, outre le voisinage d'un muscle (ce qui varie suivant le lieu d'élection), ses rapports avec tel ou tel nerf. Or, la distinction entre ces nerfs, à peine praticable sur le cadavre, l'est bien plus difficilement encore sur le vivant; des nerfs, l'un est en avant, l'autre en arrière, celui-là en dedans ou en dehors, etc. Comment toujours les distinguer? Il n'est point étonnant qu'avec des règles aussi peu sûres les opérateurs se soient souvent égarés. Voici la méthode que M. Pétrequin a employée dans ses cours d'opérations et d'anatomie topographique, méthode fort simple qui ôte toute chance d'erreur et assure beaucoup de célérité à la manœuvre.

On incise en dedans du coraco-brachial, sur le trajet connu du vaisseau, c'est-à-dire sur la ligne qui sépare le tiers moyen du tiers antérieur de l'aisselle; on tombe sur les nerfs. Or quatre troncs principaux entourent l'artère et lui forment une sorte de cage à barreaux droits et rapprochés. Quels que soient les deux nerfs qui apparaissent les premiers, en comptant d'avant en arrière, cela suffit; sans chercher à reconnaitre leurs rapports ni à deviner leur nom, on les écarte, on est sûr de découvrir l'artère; elle se trouve dans leur intervalle. Jamais ce procédé n'a fait défaut à M. Pétrequin, quel que fût celui des quatre troncs dont il ouvrit l'interstice.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU MARCHANTIA CONTRE LA GRAVELLE, DE LA RENOUÉE CONTRE LA DIARRHÉE, ET DU SUC D'ARTICHAUT CONTRE LA JAUNISSE; par le docteur LEVRAT-PERROTTON.

Ce travail est tout empirique et ne pouvait pas ne pas l'être. Il s'agissait de faire connaître purement et simplement l'efficacité de certaines substances contre la gravelle, la diarrhée et la jaunisse, et dans un tel sujet il n'y a guère place que pour l'observation. Mais c'est alors surtout que l'observation doit être précise, complète, minutieuse même, afin de présenter au moins tous les éléments du problème que l'esprit est condamné, quant à présent, à ne pas comprendre. Sous ce rapport, les faits rapportés par M. Levrat laissent à désirer. Il eût été important de savoir à quelle espèce de gravelle s'adresse le marchantia, à quelles conditions morbides se rattachaient les diarrhées guéries par la renouée ou les jaunisses guéries par le suc d'artichaut. L'absence de pareils renseignements non-seulement tronque les faits, mais encore les dénature jusqu'à un certain point; car enfin, s'il arrivait, par exemple, que certaines gravelles fussent, de leur nature, réfractaires au marchantia, ou susceptibles de s'aggraver par son usage, la proposition de l'auteur, qui attribue à cette plante une efficacité générale et absolue contre la gravelle, cesserait d'être vraie, et le praticien qui l'emploierait dans tous les cas sans distinction s'exposerait à manquer au premier de tous les préceptes : *non nocendum*.

Ces remarques ne nous empêchent pas de reconnaître le mérite des observations publiées par l'auteur : quatre sont relatives à la gravelle, trois à la diarrhée et une seule à la jaunisse. Dans tous les cas, le traitement ordinaire avait échoué, et les moyens indiqués plus haut ont amené une guérison rapide. Ces moyens, comme le remarque l'auteur, ne sont pas nouveaux.

Le *marchantia* était autrefois employé contre les maladies du foie et de la vessie. *Apud medicos olim in usu erat in morbis hepaticis et vesicæ*, dit Pollini. L'espèce vantée par M. Levrat n'est pas le *polymorpha* sur lequel M. Mirbel a publié un travail en 1833, mais bien le *conica*; il l'emploie en *décoction concentrée* à la dose de un à deux litres par jour. La *renouée* (*trainasse, polygonum aviculare*) avait déjà réussi entre les mains de Chomel et de Scopoli contre les diarrhées chroniques, les dyssenteries invétérées. Avant eux, elle avait déjà la réputation de guérir les hernies et d'arrêter les hémorrhagies; c'est encore en décoction concentrée que l'emploie M. Levrat. Enfin M. Barrey, de Besançon, est probablement le premier qui ait préconisé le suc de feuilles d'artichaut contre la jaunisse; et le docteur Montain, professeur de thérapeutique à l'École de médecine de Lyon, a tiré de cette plante un extrait (*extrait cinarique*) qu'il donne comme succédané de quinquina dans les fièvres intermittentes. La dose du suc d'artichaut dans la jaunisse est de 125 à 250 grammes le matin à jeun.

CORPS ÉTRANGER ENGAGÉ SOUS LA CONJONCTIVE, OPHTHALMIE CHRONIQUE, EXTIRPATION, GUÉRISON; par M. L. B.

OBS. — Une enfant de deux ans, un peu faible, était tranquillement endormie depuis environ deux heures, lorsque tout à coup elle se réveilla en poussant des cris aigus qui ne se calmèrent qu'au bout de quelques heures. Le lendemain matin, elle parut calme; mais l'œil droit était larmoyant et injecté. Bientôt cet état augmenta au point de constituer une véritable inflammation qui, malgré une application de sangsues, augmenta progressivement. Trois semaines après, il existait une ophthalmie purulente des plus intenses, accompagnée d'un chémosis énorme et d'une occlusion complète des paupières. On réitéra les sangsues, on mit un vésicatoire à la tempe, un séton à la nuque; des collyres émollients, styptiques, furent continués, etc.; le tout n'amena qu'une certaine amélioration, et il resta sous la paupière une tuméfaction fongueuse dont on pratiqua l'excision. Mais comme elle se reproduisit en peu de temps, il fallut encore répéter l'excision qui, cette fois, fut suivie de la cautérisation. La maladie parut alors vaincue; mais cet espoir fut de courte durée. Bientôt elle se reproduisit sous la forme d'une végétation fongueuse du volume d'une petite fraise rouge, située sous la paupière supérieure, secrétant une matière puriforme assez abondante; en même temps une injection vive envahit la totalité de la conjonctive. M. Amussat, consulté, reconnut facilement que la racine du mal était profonde et siégeait dans le sillon oculo-palpébral; mais il ne put se prononcer sur le caractère véritable de cette fongosité. Il proposa néanmoins de l'exciser en prenant cette fois toutes les précautions nécessaires pour atteindre sa racine, et de cautériser ensuite, s'il le fallait.

Afin de mieux explorer la partie affectée, M. Amussat mit en usage un moyen fort simple dont il se sert habituellement pour renverser la paupière et mettre sa face muqueuse à découvert. Ayant appliqué la convexité d'un stylet d'argent recourbé contre la face cutanée de la paupière supérieure, immédiatement audessous de l'arcade orbitaire, il repoussa le corps de la paupière sous la voûte de l'orbite, derrière la tumeur qui, par ce mouvement, fut projetée en avant et mise largement à découvert. La saisissant alors avec une pince à griffes, le plus près possible de la racine, il l'excisa d'un coup de ciseaux. A la grande surprise des assistants, apparut alors à la surface incisée un filament roide, saillant, blanchâtre; on le saisit avec une pince, et on attira au dehors un brin de racine de chiendent très-mince, long de deux centimètres et demi, qui n'était point couché à plat entre l'œil et les paupières, mais fiché dans la profondeur des parties. Tout s'expliqua alors; on jugea superflu de cautériser. Dix jours après, la petite malade était presque complétement guérie.

Le corps étranger ayant été extrait, on reconnut aisément qu'il provenait de la brosse de chiendent dont on se servait pour nettoyer la tête de l'enfant; mais il n'avait pas pénétré dans la conjonctive au moment où l'on brossait la tête, car alors l'invasion des symptômes aurait eu lieu dans cet instant même. Il est plus probable que ce brin de chiendent, se trouvant par hasard sur l'oreiller de l'enfant ou dans ses cheveux, avait pénétré entre les paupières pendant un mouvement exécuté par elles durant son sommeil. Quoi qu'il en soit, il avait sans doute pénétré très-profondément, puisque pendant six mois entiers il s'était dérobé à toute recherche.

Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle confirme par un exemple frappant l'important précepte de rechercher toujours avec le plus grand soin la cause des cris chez les jeunes enfants, lorsqu'ils sont pris d'accidents subits et dont on ne peut se rendre compte. Sous un autre rapport, elle servira aussi à la pratique, en appelant l'attention sur le procédé bien simple employé dans cette circonstance par M. Amussat, procédé qui permet de renverser complétement la paupière et de mettre à découvert le fond du sillon occulo-palpébral supérieur; ce qui est nécessaire dans une foule de cas, et ce qui est quelquefois assez difficile par tous les autres moyens.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Remarques sur les fièvres marécageuses des pays tempérés*; par M. Cordier. 2° *Du sous-carbonate de fer contre les métro-hémorrhagies*; par M. Malherbe. 3° *Sur l'anchylops érysipélateux de Beer*; par M. Sichel. 4° *Clinique chirurgicale: résection de l'os maxillaire inférieur. De l'anévrisme poplité. Symblépharon profond de la paupière inférieure; opération nouvelle. Extirpation du troisième métacarpien.* 5° *Du livre de M. Th. Roussel sur la pellagre.* 6° *Études pratiques sur la cataracte*; par M. Desmarres. (Extrait intéressant de l'article *Cataracte*, faisant partie d'un TRAITÉ D'OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE, actuellement sous presse, du même auteur.) 7° *Empoisonnements traités d'après la méthode italienne*; par M. Barzilai. (Extrait des journaux de médecine italiens.) 8° *Des caustiques de Vienne et de Filhos.* 9° *Du développement simultané de la variole et de la vaccine.* 10° *Trombus vulvo-périnéal*; par M. Ledru. (Une femme de bonne constitution avait accouché de son premier enfant très-naturellement, si ce n'est qu'au moment d'une traction assez forte exercée sur le cordon, elle avait senti une douleur dans le bas-ventre et un craquement. Deux heures après la délivrance, il survint à la vulve un épanchement sanguin sous-muqueux, surtout à gauche, oblitérant le vagin et causant un engourdissement et des fourmillements très-douloureux de la jambe. M. Ledru craignant, s'il incisait de suite, que l'hémorrhagie continuât, attendit au lendemain. Alors le travail d'extravasation sanguine lui paraissant s'être borné, il fit quelques mouchetures, et, sur le point le plus saillant, une incision de 6 centimètres. La malade guérit.)

REMARQUES SUR LES FIÈVRES MARÉCAGEUSES DES PAYS TEMPÉRÉS; par le docteur CORDIER.

Dans son ESSAI DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE, M. Boudin a émis deux assertions dignes de la plus sérieuse attention, tant sous le rapport de la pathogénie des fièvres marécageuses que sous celui de la thérapeutique. La première est qu'il existe une relation rigoureuse entre l'intensité du dégagement de l'effluve miasmatique et le type de la fièvre; relation telle, que la progression dans la dose du miasme entraîne une progression correspondante dans le rapprochement des accès. La seconde assertion est que l'influence miasmatique peut être assez puissante pour faire disparaître jusqu'au moindre indice d'intermittence et même de rémittence, et pour engendrer des fièvres continues dont la nature n'en est pas moins identique au fond à celle des fièvres d'accès paludéennes, et qui n'en cèdent pas moins à l'emploi du quinquina. L'observation des fièvres de marais sur une grande échelle et dans les localités les plus diverses a donné une grande apparence de raison à ces assertions. Il faut tout dire : l'opinion qui admet la transformation des fièvres d'accès en fièvres continues a été émise, soutenue, démontrée bien antérieurement à M. Boudin; et quant à celle qui subordonne le type à l'intensité de l'influence miasmatique, elle n'est peut-être pas, au moins dans son sens exclusif, à l'abri de toute objection; peut-être ne s'accorde-t-elle pas suffisamment, soit avec les variations du type dans les différentes localités, soit avec celles qu'il subit à diverses époques dans une même localité. Tout ceci soit dit sans méconnaître l'importance des recherches de notre confrère.

M. Cordier, qui admet, conformément à l'opinion de M. Boudin, que *dans les pays chauds marécageux, là par conséquent où les fièvres intermittentes sont endémiques, les fièvres continues graves, quelle que soit leur forme, reconnaissent pour la plupart la même cause, accusent la même nature et exigent le même traitement*, M. Cordier, disons-nous, s'est demandé s'il en est de même dans les pays tempérés marécageux. Les faits qu'il appelle à la solution de cette question ont été recueillis par lui lors de l'épidémie de fièvres intermittentes qui sévit de 1843 à 1844 sur le 37e de ligne. Ce régiment, en quittant la garnison de Toulouse, le 11 juillet 1843, présentait un état sanitaire satisfaisant. Envoyé dans le département de la Charente-Inférieure, il reçut l'ordre d'occuper les endroits suivants : La Rochelle, Rochefort, Brouage, île d'Oléron, Saintes. Un détachement fut ensuite envoyé à Blaye et à Bordeaux. A cette époque, l'épidémie se déclara avec une intensité telle, que de l'inspection de 1843 à celle de 1844, on a compté 26,000 entrées à l'hôpital sur un effectif total d'environ 1,400 hommes (1).

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'histoire symptomatologique de l'épidémie, histoire étrangère d'ailleurs à la pensée principale de ce travail. Notons seulement qu'il n'a rencontré l'hypertrophie de la rate chez aucun des malades qui, à Bordeaux, à Blaye, à Saintes, avaient contracté la fièvre pour la première fois; ceux-là seuls présentaient ce phénomène, qui avaient eu antérieurement des accès.

Pour en revenir à la double question du rapport des types avec l'intensité du miasme et de la transformation des types intermittents en types continus, l'auteur avait à examiner si, comme le veut M. Boudin, les variations de température, en augmentant ou diminuant le dégagement du miasme paludéen, sont une des causes occasionnelles de la variation et de la fusion des types. Malheureusement il n'a pu recueillir d'observations météorologiques rigoureuses, et il en est réduit à quelques indications générales relatives seulement à la ville de Bordeaux. « Les mois de novembre, décembre 1843 et janvier 1844, mais surtout les deux derniers, ont été très-pluvieux; février a été sec, et nous n'avons guère compté dans ces quatre mois plus de dix ou douze jours de gelée et de froid un peu intense. Quant aux mois de mars et avril, ils ont été très-chauds. Il est rare qu'à Bordeaux la température soit aussi élevée à cette époque. A la fin de mars et dans le courant d'avril, le thermomètre a parfois marqué, à l'ombre et à midi, 26° et 28° centigr. Nous ne croyons pas exagérer. » Or, suivant M. Cordier, à mesure que la température s'élevait, la fièvre changeait de type; les tierces devenaient quotidiennes, quelques-unes même continues; enfin, la confusion des types, dans certains cas, était évidente. Ainsi, en novembre, sur 33 fièvres, on a compté 21 tierces et 12 quotidiennes; en mars, sur 32 fièvres, 10 tierces et 20 quotidiennes; et sur ces vingt dernières, quatre au moins paraissent à l'auteur avoir été continues, sans qu'il ose pourtant l'affirmer. Une circonstance particulière est venue encore augmenter, en mars, le nombre et la gravité des fièvres: les soldats allèrent tous les matins à un champ de manœuvres situé à quelques pas de la Garonne, près d'endroits qui renferment des substances végétales en putréfaction.

A Saintes, dans le département de la Charente-Inférieure, M. Cordier a encore observé des fièvres continues qu'il regarde comme des fièvres marécageuses. Il rapporte l'observation de deux officiers qui présentèrent les symptômes d'une fièvre continue (frissons irréguliers, pouls vif, accéléré, peau chaude, céphalalgie frontale, opiniâtre et intense, insomnie, nausées, vomissements de matières bilieuses, fatigue et lassitude extrêmes, figure pâle et anxieuse, absence de symptômes locaux du côté du thorax et de l'abdomen, pas la moindre rémission). « Les *émollients*, le *repos* et le *régime*, dit l'auteur, *nous ayant paru insuffisants*,... nous n'hésitons pas à administrer une potion quininée, à la dose de 12 décigrammes à l'un et de 10 à l'autre. Trois jours après, nos malades étaient sur pied; il ne leur restait qu'un peu de faiblesse. » Le rétablissement fut complet *quinze jours* après le début. On aurait désiré savoir quelle fut à peu près la proportion de ces fièvres continues relativement aux fièvres d'accès; mais le mémoire se tait sur ce point.

A la lecture de cette analyse, où aucun fait important n'a été omis, on pensera sans doute avec nous que le travail de M. Cordier, s'il prête un certain appui aux opinions de M. Boudin, n'est pourtant point de nature à entraîner, de tout point, les convictions. Les faits observés à Bordeaux démontrent bien que l'observation de la température a coïncidé avec le rapprochement des accès fébriles, mais non que la chaleur ait eu pour effet de dégager des miasmes plus abondants ou plus actifs. D'un autre côté, il n'est pas bien sûr d'avoir observé à cette époque des fièvres continues, et, en fût-il sûr, il ne serait pas encore démontré que les fièvres fussent de nature paludéenne. Les soldats sont allés, il est vrai, faire l'exercice *près d'endroits renfermant des matières végétales en putréfaction*; mais sur cette circonstance comme sur les fièvres continues *présumées*, on aimerait à trouver des renseignements plus nombreux et plus précis. Ce qui peut suffire à justifier les convictions de l'auteur vis-à-vis de lui-même peut laisser le lecteur dans le doute, et c'est ce qui nous est arrivé. Les faits observés à Saintes pèchent de la même manière. L'auteur y a observé des fièvres continues; mais où n'en observe-t-on pas? Quels caractères présentaient ces fièvres? quels rapports de temps, de lieu, de nombre, de symptômes, de traitement, offraient-elles avec les fièvres d'accès? Aucun renseignement à ce sujet. Il y a plus: Saintes passe précisément pour une des villes les plus saines de la Charente-Inférieure; pour qu'on puisse admettre la nature paludéenne des fièvres continues qu'on y observe parfois, il faudrait que les fièvres paludéennes y fussent endémiques, et même, d'après la théorie de M. Boudin, que le miasme y fût susceptible de prendre beaucoup d'activité. M. Cordier sent l'objection, et il n'y répond que par la plus vague des allégations. « *Nous nous contenterons d'affirmer*, dit-il, qu'à Saintes, *et surtout dans les environs*, les affections miasmatiques sont endémiques. » Il ajoute, il est vrai, que dans l'hiver de 1843-44, qui a été très-pluvieux, la Charente a débordé, que l'été a été au contraire très-chaud et très-sec. Mais les remarques que nous faisions tout à l'heure au sujet des fièvres de Bordeaux peuvent se reproduire ici. Dans toutes les

(1) Cette proportion est telle, qu'il y a lieu de supposer une faute de texte.

localités, même les moins marécageuses, où se rencontrent ces conditions météorologiques, et, qui plus est, en dehors de ces conditions, on observe des fièvres continues. Ont-elles des caractères différents de ceux observés à Saintes en 1844? Rien n'autorise à l'affirmer, et les deux observations rapportées avec quelque détail ne viennent pas à l'appui de cette supposition. Au point de vue de la symptomatologie, il n'y a pas de pays, il n'y a pas d'année où l'on n'en rencontre de semblables, et à l'heure même où nous écrivons, nous en avons sous les yeux. Au point de vue du traitement, le récit des faits n'est pas encore assez précis. A quelle distance du début a été administré le sulfate de quinine? quels étaient au juste les moyens précédemment employés? Il ne paraît pas que les éméto-cathartiques aient été administrés, et il ne nous est pas démontré que ce genre de médication n'aurait pas fait cesser l'appareil phénoménal décrit plus haut aussi rapidement que l'a fait le sulfate de quinine.

Toutes ces remarques, hâtons-nous de le dire, ne sont pas dirigées contre la théorie de M. Boudin, qui nous semble au contraire réunir en sa faveur beaucoup de probabilités. Seulement, il serait à désirer que M. Cordier se servît plus largement des documents qu'il paraît avoir entre les mains et se mît en devoir d'éclaircir les doutes que son travail, par la manière dont il est conçu plus sans doute que par le fond, laisse nécessairement dans l'esprit du lecteur.

DU SOUS-CARBONATE DE FER CONTRE LES MÉTRO-HÉMORRHAGIES; par le docteur MALHERBE.

Préoccupé de la réputation des préparations ferrugineuses comme emménagogues, l'auteur a craint longtemps de les employer contre les hémorrhagies utérines. S'étant à la fin décidé, il en a retiré, dit-il, d'excellents résultats. Il associait habituellement au sous-carbonate de fer une petite proportion de poudre de cannelle. Les treize observations qu'il rapporte succinctement ne sont peut-être pas assez distinguées les unes des autres sous le rapport des causes probables et de la nature de la métrorrhagie, mais elles n'en mettent pas moins en lumière ce fait pratique, assez connu d'ailleurs, que le fer est un excellent remède contre les pertes utérines qui ne sont pas liées à un état pléthorique général ou à un état d'inflammation locale. Il faut savoir aussi que beaucoup de femmes, sous l'influence d'un exercice forcé, d'un accès de fièvre et quelquefois sans cause connue, sont prises tout à coup d'une métrorrhagie qui s'arrête d'elle-même après un temps ordinairement assez court. Plusieurs des observations de M. Malherbe nous paraissent appartenir à des cas de ce genre.

NOUVELLE OPÉRATION POUR LA CURE D'UN SYMBLÉPHARON PROFOND DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE; par M. BLANDIN.

Cette opération, bien qu'offrant quelques points de contact avec les procédés autoplastiques par doublement de la muqueuse que MM. Dieffenbach et Serres ont appliqués avec succès dans d'autres régions, mérite cependant une mention à part, tant à cause des difficultés qu'à cause de l'importance extrême que son exécution présente aux paupières. Voici dans quelles circonstances le professeur de l'Hôtel-Dieu a été conduit à la pratiquer. Un contre-maître de la fonderie de Nevers, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, eut, il y a quinze mois, la partie inférieure de l'œil droit brûlée par une goutte de fonte incandescente. La muqueuse oculaire et la muqueuse palpébrale escarrifiées présentèrent, quelques jours après, une ulcération étendue. Cette blessure fut négligée, et la paupière inférieure, bientôt privée de cartilage tarse, contracta des adhérences avec le globe; une cicatrice blanche bleuâtre, semi-elliptique, recouvrait le demi-cercle inférieur de la cornée transparente; l'autre moitié, parfaitement nette, laissait passer librement la lumière et permettait de se convaincre que les humeurs étaient dans la plus parfaite intégrité. L'œil ainsi uni à la paupière avait perdu la majeure partie de sa mobilité; en outre, cet état normal devenait à chaque instant la cause d'une gêne réellement fatigante pour le malade.

Après avoir bien examiné l'état local et général, M. Blandin conçut le projet de disséquer la cicatrice de haut en bas, de détruire tous les liens qui faisaient de l'œil et de la paupière un seul organe, et de renverser en dedans le tissu inodulaire apparent, blanc bleuâtre, déjà décrit, d'en constituer la muqueuse palpébrale et de prévenir par elle une nouvelle coarctation. Ce plan fut mis à exécution dans tous ses points avec la plus entière réussite. Un tissu de cicatrice, fibreux, très-dense, comblait le cul-de-sac que forme la conjonctive palpébrale en se réfléchissant sur le globe oculaire au niveau du plancher de l'orbite. M. Blandin parvint cependant à le diviser; et dès qu'il eut rendu à l'œil sa mobilité dans tous les sens, il fit de la cicatrice un véritable ourlet qu'il maintint en place à l'aide de la suture du pelletier. Les deux extrémités du fil portées avec une certaine force presque horizontalement à droite et à gauche, et maintenues solidement par du diachylon sur la tempe correspondante, tendaient le bord libre de la paupière, l'écartaient de la cornée et concouraient par conséquent encore à prévenir toute cicatrisation vicieuse. — Le quatrième jour, on enleva la suture.

Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu trois semaines environ après l'opération; il présentait l'état suivant. L'œil a recouvré toute sa mobilité; il se dirige à volonté sur les corps extérieurs. La partie de la cornée transparente, naguère recouverte par une cicatrice, n'est plus que légèrement voilée par un tissu cellulaire mince qui ne bourgeonne pas et qui perd chaque jour notablement de son opacité et de son épaisseur. La paupière restaurée a un bord marginal arrondi; elle est un peu raccourcie, mais elle se rapproche sans difficulté de la supérieure, et soustrait entièrement l'œil à l'action de la lumière.

DES CAUSTIQUES DE VIENNE ET DE FILHOS; par M. KEMMERER.

Il serait inutile aujourd'hui de rappeler tous les avantages que présente le caustique de Vienne; car ces avantages l'ont fait adopter par la généralité des médecins. On sait que M. Filhos (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 156) en a encore étendu l'emploi en le solidifiant. Cependant le caustique en pâte et le caustique en pierre ont chacun leurs indications spéciales. Si le premier vaut mieux pour cautériser une large surface, le second est plus commode pour stimuler une plaie ou pour être introduit dans un canal. Il serait donc fort désirable d'avoir toujours à sa disposition l'une ou l'autre de ces préparations; car les cylindres caustiques de M. Filhos ne peuvent pas remplacer constamment et dans toutes ses applications la pâte de Vienne. Voici comment M. Kemmerer a satisfait à ce besoin de la pratique.

On a un flacon de verre de 4 pouces de hauteur, peu large, contenant 10 grammes de poudre de Vienne, hermétiquement fermé par un bouchon de liége. Ce bouchon est traversé de deux tiges en fer, dont la longueur est de 4 pouces aussi, et dont l'extrémité forme à l'une une petite boule, à l'autre une plaque carrée. Ce tube peut être mis dans une trousse; et le médecin se trouve ainsi armé d'un caustique véritablement pratique. En effet, s'il a besoin de poudre, le tube en contient une forte dose; s'il a besoin d'un cathérétique ou d'un caustique solide pour porter dans une cavité, il lui suffit de faire chauffer à la flamme d'une bougie l'extrémité de ses tiges de fer, et aussitôt qu'il les trouvera assez chaudes (ce qui ne demande que quelques minutes), il les plongera dans la poudre de son flacon. Une quantité de potasse fond aussitôt, se mêle à une quantité de poudre de chaux, et vient se durcir sur la boule en fer.

Remarquons que la tige de fer peut recevoir toutes les courbures imaginables, peut s'introduire dans la gorge, l'urètre, etc., et que son extrémité même pourra être rendue de forme variable, selon les lieux où elle doit pénétrer. Si vous avez, par exemple, un trajet fistuleux à cautériser, vous prenez une tige simple de fil de fer que vous faites chauffer dans une étendue en rapport avec la longueur de la fistule; puis, en la plongeant dans la poudre, vous aurez un caustique solide très-facile à insinuer dans le trajet le plus étroit et le plus sinueux. La pierre infernale est, sous ce rapport, heureusement remplacée par cette nouvelle combinaison.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER.

JEUNE FILLE ÉLECTRO-MAGNÉTIQUE.

M. ARAGO rend compte des expériences auxquelles la commission de l'Académie chargée d'examiner Angélique Cottin a soumis cette jeune fille. Tous les résultats ont été négatifs. On a dit, pour expliquer cet insuccès, que la production des phénomènes annoncés était soumise à des intermittences dont cette jeune fille avait déjà donné des exemples. La commission ne repoussant pas cette explication, a décidé que de nouvelles expériences seraient faites.

Nous croyons devoir rappeler que la commission est composée de MM. Arago, Becquerel, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, Robinet, Rayer et Pariset.

APPAREIL RESPIRATOIRE DES OISEAUX.

M. SAPPEY donne lecture de la suite du mémoire dont il avait communiqué la première partie dans la séance du 9 de ce mois. On se souvient que, d'après les recherches de ce jeune naturaliste, et contrairement à l'opinion reçue, ce serait le diaphragme qui, dans les oiseaux aussi bien que dans les mammifères, serait l'agent essentiel de la respiration. Voici les points principaux de la partie de son travail, que M. Sappey a fait connaître dans la séance actuelle.

Il existe du côté de la ligne médiane cinq réservoirs aériens annexés au pou-

mon. Chacun de ces réservoirs possède un orifice distinct, par lequel il communique avec le poumon, et un appareil musculaire qui peut le comprimer.

Déjà M. Serres a démontré l'analogie qui existe entre les cellules aériennes des oiseaux et les poches sous-cutanées signalées dans les batraciens par Mery et représentées par Dugès.

Les réservoirs sont, de chaque côté de la ligne médiane : 1° la cellule prévertébrale ; 2° la cellule biclaviculaire ; 3° la cellule diaphragmatique antérieure ; 4° la cellule diaphragmatique postérieure ; 5° la cellule cloacale ou abdominale. Toutes ces cellules, moins la biclaviculaire, sont impaires et symétriques.

Les deux cellules cloacales sont les réservoirs les plus considérables. Chacune correspond en dehors aux parois du bassin, en dedans à la masse des viscères abdominaux.

Ces divers réservoirs aériens ont pour usage principal d'abaisser le centre de gravité, de rendre par conséquent plus stable l'équilibre de l'oiseau, et pour usage accessoire de diminuer sa pesanteur spécifique. L'opinion que ces cellules serviraient à étendre la muqueuse respiratoire et à favoriser l'hématose, tombe devant l'observation ; car l'hématose exige des vaisseaux et du sang, et les parois des cellules sont très-peu vasculaires.

Les cellules ne reçoivent que de l'air qui a déjà servi à la respiration. Cet air a une température de 40° environ, il est par conséquent plus léger que l'air extérieur, et il diminue la pesanteur spécifique de l'oiseau.

Tous ces réservoirs aériens occupent la région supérieure ou dorsale, tandis que les organes qui offrent quelque poids ont leur siége à la région opposée.

Le refoulement de l'air des cellules vers le poumon est entièrement passif et produit par la raréfaction de l'air contenu dans les cellules. Ce renouvellement s'opère par un mécanisme analogue à celui de la pompe aspirante. Si quelquefois les muscles interviennent pour comprimer ces réservoirs et renouveler plus complétement le fluide qu'ils contiennent, cette intervention ne se reproduit qu'à de rares intervalles.

De l'aspiration exercée par le poumon sur l'air des cellules, il résulte qu'un oiseau, après l'oblitération complète de la trachée-artère, peut encore respirer si on pratique une ouverture sur une des cellules ou sur l'un des os avec lesquels ces cellules communiquent.

M. Sappey fait ensuite l'énumération de ces os dans lesquels l'air pénètre ; ce qui a pour effet d'accroître leur volume sans augmenter leur poids : condition doublement avantageuse, et pour les attaches musculaires et pour la résistance des os eux-mêmes.

Passant enfin aux plumes, l'auteur démontre que l'orifice par lequel elles communiquent avec l'air extérieur, est situé sur la face inférieure, au point de jonction du sillon qu'on observe sur cette face avec l'âme ou moelle de la plume. Cet orifice a la forme d'une ellipse très-allongée. Dans aucune circonstance le canal des plumes ne communique avec l'appareil respiratoire.

DÉSINFECTION DES CADAVRES.

M. Edouard Robin réclame contre quelques-unes des assertions contenues dans la communication de M. Sucquet. Depuis dix ans, dit-il, et à chacun de ses cours de chimie, il recommande l'emploi du sulfite de soude comme moyen de conservation. Il a établi depuis longtemps que l'oxygène, et seulement l'oxygène humide, est l'agent essentiel de la putréfaction des substances tant animales que végétales, et de ce principe il a déduit les procédés de conservation qu'il est rationnel d'employer. En décrivant la série des moyens qui ont pour but de mettre les matières à l'abri du contact de l'oxygène, il fait voir combien il serait utile d'injecter dans les vaisseaux une dissolution quelconque capable, à la température ordinaire, d'absorber le gaz oxygène. A cet égard, il cite en particulier non-seulement le sulfite de soude, mais les sulfites de potasse et d'ammoniaque, mais tous les hyposulfites solubles, tous les hyposulfates, tous les phosphites solubles, tous les hypophosphites, etc. ; comme aussi l'association d'un sulfite et d'un hyposulfite, d'un phosphite et d'un hypophosphite, etc. Parmi tous ces désoxydants, ce n'est pas le sulfite de soude que M. Robin choisirait pour la conservation des matières animales ; il lui préférerait d'autres substances, par exemple un hyposulfite de protoxyde de fer préparé de telle manière que l'oxydation puisse le transformer en sulfate neutre de sesquioxyde de fer. M. Robin s'attache à démontrer que l'hyposulfite de protoxyde de fer opère, dans cette circonstance, une absorption d'oxygène bien plus abondante et d'une bien plus longue durée que l'absorption opérée par le sulfite de soude.

AFFECTIONS GLAUCOMATEUSES.

M. Tavignot fait connaître les résultats de ses recherches sur les affections glaucomateuses, résumés dans les conclusions suivantes :

1° C'est à tort que l'on a voulu considérer le glaucome comme une maladie de la rétine, de la choroïde, du corps vitré, etc.

2° Le glaucome est une affection générale de l'organe de la vue, ayant pour caractère invariable sa désorganisation successive, lente ou rapide, selon les différents tissus.

3° L'origine des glaucomes n'est autre qu'une perturbation fonctionnelle du système nerveux ciliaire.

4° Le glaucome est-il accompagné, dans sa marche, de douleurs excessivement vives, il est alors sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires.

5° Le glaucome parcourt-il ses périodes sans présenter les phénomènes névralgiques, il est le résultat d'une paralysie complète ou incomplète de ces mêmes nerfs ciliaires.

6° Le glaucome n'est donc autre chose, en définitive, qu'une désorganisation chronique de l'œil, analogue, sous tous les rapports, à la désorganisation aiguë qui survient après la section de la cinquième paire pratiquée sur les animaux.

7° Le traitement du glaucome se déduit logiquement de sa nature : traitement de la névralgie quand il existe des douleurs concomitantes, traitement de la paralysie lorsqu'il n'existe pas de douleurs névralgiques.

THÉORIE DE LA CIRCULATION.

Le fer de l'hématosine du sang offre des propriétés magnétiques appropriées à la vie, et il est l'agent essentiel de la circulation sanguine chez les monstres acardes, chez les entomozoaires à sang rouge, chez l'homme et les animaux à cœur devenu osseux ou cartilagineux. Telle est la proposition qui fait l'objet d'un mémoire que M. Ducros adresse à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres, M. Delens.

M. Jolly est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Delens au nom de l'Académie. Ce discours sera inséré au Bulletin.

L'ordre du jour appelle l'élection des membres correspondants nationaux.

L'Académie a arrêté, dans la précédente séance, une liste de quarante membres sur lesquels elle doit en élire vingt. Voici la liste des candidats rangés suivant l'ordre alphabétique des départements où ils résident :

Aisne : M. Pennant, médecin à Vervins.
Ardennes : M. Toulmonde, médecin à Sedan.
Bouches-du-Rhône : M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.
Charente : MM. Lagarde, médecin à Confolens ; Gigon, chirurgien à Angoulême.
Creuse : M. Maslieurat-Lagémar, médecin à Grand-Bourg.
Dordogne : M. Parot, médecin à Périgueux.
Garonne (Haute-) : MM. Bernard, directeur de l'École vétérinaire, à Toulouse ; Dieulafoy, chirurgien de l'hôpital de la Grave, à Toulouse.
Gironde : M. Rollet, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Bordeaux.
Hérault : M. Golfin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Indre-et-Loire : M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de Tours.
Loiret : M. Durand-Fardel, médecin à Châtillon-sur-Loing.
Maine-et-Loire : M. Négrier, professeur à l'École préparatoire d'Angers.
Meurthe : M. Putégnat, médecin à Lunéville.
Nord : M. Stiévenart, médecin de l'hôpital général, à Valenciennes.
Orne : M. Defermon, médecin à Alençon.
Pas-de-Calais : MM. Derheims, pharmacien à Saint-Omer ; Gorré-Gassicourt, chirurgien en chef de l'hospice de Boulogne.
Rhin (Bas-) : MM. Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Sédillot, *id.*, *id.* ; Imlin, médecin vétérinaire à Strasbourg.
Rhône : MM. Dupasquier, médecin à Lyon ; Pointe, professeur à l'École de Lyon.
Seine-Inférieure : MM. Girardin, correspondant de l'Académie des sciences, à Rouen ; Parchappe, professeur à l'École préparatoire de Rouen ; Vingtrinier, médecin à Rouen.
Seine-et-Oise : MM. Chassinat, médecin à Saint-Germain en Laye ; Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.
Tarn : M. Millon, médecin à Sorèze.
Var : MM. Lauvergne, médecin en chef de la marine, à Toulon ; Levicaire, *id.*, *id.*
Vendée : M. Hullin, médecin à Mortagne.
Vienne : M. Bonnet, professeur à l'École préparatoire de Poitiers.
Vienne (Haute-) : M. Séchaud, médecin à Chalus.
Yonne : MM. Rétif, médecin des hospices, à Sens ; Girard, médecin à Auxerre ; Deschamps, pharmacien à Avalon.
Colonies : MM. Cornuel, médecin de la marine, à la Guadeloupe ; Rufz, médecin à Saint-Pierre (Martinique).

On procède à l'élection par scrutin de liste.

Les candidats qui ont obtenu la majorité des suffrages sont :

MM. Sédillot, 74 voix ; Payan, 74 ; Hullin, 71 ; Gorré-Gassicourt, 70 ; Bonnet, 69 ; Defermon, 67 ; Rétif, 67 ; Parchappe, 66 ; Pointe, 63 ; Dieulafoy, 63 ; Derheims, 60 ; Bernard, 59 ; Rufz, 58 ; Charcellay, 57 ; Négrier, 56 ; Ehrmann, 52 ; Putégnat, 51 ; Girard, 50 ; Girardin, 48.

MM. Durand-Fardel et Stiévenard ayant obtenu chacun 47 voix, l'Académie décidera, dans la prochaine séance, lequel des deux sera nommé.

Les candidats qui ont obtenu le plus de voix après les vingt et un premiers, sont :

MM. Rollet, 45 ; Dupasquier, 36 ; Boudin, 35 ; Lagarde, 31 ; Lauvergne, 30 ; Vingtrinier, 30 ; Golfin, 29 ; Cornuel, 25 ; Maslieurat-Lagémar, 23.

FIÈVRE TYPHOÏDE ET TYPHUS.

M. Gaultier de Claubry fait, en son nom et au nom de MM. Bricheteau,

Louis et Rochoux, commissaires, un rapport sur un mémoire intitulé : TYPHUS DIFFÉRANT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. Faure, médecin en chef de l'hôpital militaire des troupes de terre à Toulon.

Des forçats, dont le nombre n'est pas indiqué, couchaient dans un bagne flottant qui stationnait près de la côte Est de la petite rade de Toulon, dans un lieu où ne se faisait remarquer aucune cause d'insalubrité, et le bagne flottant lui-même étant tenu aussi proprement que possible. L'hiver ayant été froid et humide, les forçats, pour se procurer plus de chaleur pendant la nuit, avaient calfeutré toutes les ouvertures: d'où il était résulté un défaut absolu de renouvellement de l'air. Une épidémie de typhus en fut la conséquence; elle commença en avril 1845, fut dans toute sa force en mai et juin, et déclina en juillet, pour cesser complétement dans les premiers jours d'août. 150 sujets tombèrent malades successivement et furent admis d'abord dans l'hôpital même du bagne, puis dans l'hôpital Saint-Mandrier. Il en mourut 50, savoir : 11 des premiers jours de l'épidémie au 27 avril; 7 de ce jour au 30 du même mois; 10 dans la première équinoxe de mai; 14 du 15 de ce mois au 11 juin; enfin, 8 de cette dernière époque jusque vers le 10 août que la cessation de l'épidémie fit fermer l'hôpital.

M. Faure, qui considère la maladie comme ayant été le typhus, s'est proposé, dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, de démontrer que, dans ce cas, le typhus a différé notablement de la fièvre typhoïde; d'où il conclut à la non-identité de ces deux affections. Toutefois il signale, dans les divers symptômes de l'épidémie, les différences qu'il croit exister avec ceux de la fièvre typhoïde; il insiste beaucoup sur cette circonstance que, dans quelques cas, au début de l'épidémie, la mort a eu lieu dès les premiers jours de la maladie des sujets, tandis que, dans la fièvre typhoïde, l'époque de la mort est plus reculée.

C'est surtout le résultat de l'ouverture du cadavre qui fournit à M. Faure le plus puissant argument contre l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. En effet, tandis qu'à la suite de cette dernière on rencontre constamment des lésions spéciales dans l'intestin grêle et le mésentère, voilà qu'à Toulon, sur 45 cas d'ouvertures qui ont été pratiquées, une seule fois on a rencontré l'affection de l'appareil glandulaire entéro-mésentérique; mais, dans les 44 autres cas, on n'a rien observé d'analogue. M. Faure croit pouvoir conclure de ce résultat si constant que le typhus n'a pas, pour caractères anatomiques, l'altération des follicules et des plaques de l'intestin grêle, non plus que l'affection des ganglions mésentériques.

M. le rapporteur ne prétend élever aucun doute sur l'exactitude des résultats que M. Faure a consignés dans son mémoire, bien qu'il soit à remarquer que ce médecin n'a assisté par lui-même à aucune ouverture de cadavre; qu'il ne dit pas qui a fait ces ouvertures, si c'est un seul individu ou plusieurs personnes, ou si l'on a eu le soin de conserver les pièces anatomiques; mais il appelle l'attention sur cette circonstance que, dans le cours d'une même épidémie de typhus, où 44 sujets ont succombé, sans que l'ouverture de leurs cadavres présentât la moindre altération de l'appareil glandulaire entéro-mésentérique, voilà qu'un autre sujet qui, comme les précédents, a bien eu le typhus, a offert une altération incontestable, en tout semblable à celle qui caractérise la fièvre typhoïde. Aussi le rapporteur demande-t-il si, par hasard, une fièvre typhoïde se serait trouvée comme perdue au milieu de tant de cas non contestables de typhus.

Le rapporteur combat surtout la conclusion trop générale que M. Faure a déduite du fait particulier de Toulon, à savoir que le typhus ne présente jamais les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde; et il rappelle les observations authentiques de typhus que plusieurs médecins militaires ont recueillies à Gaëte en 1811, à Dantzick et à Mayence en 1813; celles de M. Cruveilhier en 1812 et 1814 sur les militaires traités alors à la Salpêtrière; de M. Landouzy à Reims en 1839; observations qui montrent de la manière la plus incontestable une altération des plaques de l'intestin et des ganglions du mésentère, en tout semblable à celle qui caractérise la fièvre typhoïde.

En outre, le rapporteur cite un résultat tout semblable, qu'il a été à même d'observer récemment. L'encombrement accidentel de quelques compagnies de soldats dans une caserne très-peu spacieuse ayant fait éclater une épidémie qui a présenté à M. Gaultier de Claubry tous les symptômes universellement assignés au typhus, l'ouverture des cadavres a mis en évidence l'altération spéciale de l'intestin et du mésentère.

De tout ce qui précède, M. Gaultier de Claubry conclut que les résultats dont M. Faure a parlé dans son mémoire, en les admettant comme constatés, ne détruisent aucunement les résultats contraires qu'un grand nombre d'observateurs ont recueillis dans d'autres épidémies de typhus; que si le typhus de Toulon n'a pas présenté les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, M. Faure a eu tort de conclure que le typhus ne les présente jamais; et il termine en déclarant qu'il est de plus en plus convaincu, par la comparaison des symptômes et des résultats des nécropsies, que le typhus et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même affection.

La commission propose, pour conclusions, d'adresser une lettre de remerciements à l'auteur, et de déposer son mémoire aux archives, pour être mis au besoin à la disposition des membres de la commission des épidémies.

M. ROCHOUX : Je dois rappeler ici qu'à deux reprises j'ai opposé à M. le rapporteur, dans le sein de la commission, des objections dont il n'a pas tenu compte. J'ai cru devoir le prévenir que je porterais la discussion devant l'Académie; je tiens parole. M. Gaultier de Claubry persiste à ne voir, dans le typhus et dans la dothinentérie, qu'une seule et même maladie; je ne cesserai pas d'opposer à cette opinion la différence tranchée qu'offre l'éruption dans ces deux cas. L'éruption de la dothinentérie consiste en une petite saillie aplatie du corps muqueux, apparaissant du huitième au vingtième jour, et durant ordinairement fort longtemps; tandis que l'éruption du typhus apparaît du cinquième au sixième jour, jamais plus tard et dure fort peu, et elle consiste en de petits boutons rougeâtres, acuminés, ayant quelque ressemblance avec l'éruption de la rougeole. On parle de la ressemblance des autres symptômes; mais les autres symptômes ne peuvent pas ne pas différer, quand celui-ci offre des caractères si essentiellement différents. Je vois d'ailleurs, dans la relation de l'épidémie de Toulon, entre autres particularités, que la mort est survenue en général rapidement. N'est-ce pas là un caractère différentiel de la fièvre typhoïde, où la mort survient rarement avant le vingtième jour? Je ne dirai rien des résultats négatifs des autopsies; car ces résultats ne démontrent rien, si ce n'est que les observations ont été mal faites. On a parlé des causes : M. G. de Claubry admet que l'épidémie de Toulon est le résultat de l'encombrement. Or voit-on rien de semblable dans la dothinentérie qui se développe tous les jours sur des sujets isolés et n'ayant nullement subi l'influence de l'encombrement? La contagion : elle n'est pas mise en doute dans le typhus; on en est encore à en chercher le premier exemple dans la dothinentérie.

M. G. de Claubry s'est cru obligé de lancer, à mon intention, un trait satirique contre la doctrine d'Épicure. Je n'ai qu'un mot à répondre à cela. Le principe d'Épicure est fort simple : c'est l'activité de la matière; qu'on me prouve que la matière est inerte, et je reconnaîtrai alors aux adversaires de cette doctrine le droit de la plaisanterie.

M. GAULTIER DE CLAUBRY : Si M. Rochoux avait lu le mémoire de M. Faure, il verrait qu'on n'en peut rien conclure, l'auteur n'ayant pas observé lui-même l'épidémie. Quant aux différences que M. Rochoux persiste à trouver dans l'éruption du typhus et de la fièvre typhoïde, elles disparaissent devant une analyse attentive des observations. L'éruption du typhus ne diffère ni pour l'époque de son apparition, ni pour sa durée, ni pour ses caractères, de celle de la fièvre typhoïde. L'apparition des taches rosées, ce qui est bien différent des pétéchies, ne dépasse jamais le quatrième jour dans un cas comme dans l'autre. M. Rochoux se méprend également sur la valeur des assertions de M. Faure en ce qui concerne l'époque de la mort. M. Faure dit que quelques malades sont morts le septième ou le huitième jour; mais il a compté à dater de l'entrée des malades à l'hôpital, et non du début réel de la maladie. La moyenne du terme fatal a été en réalité de quatorze jours.

En résumé, la maladie de Toulon a été la même qui a été observée récemment à Saint-Cloud, et elle ne diffère en rien de la fièvre typhoïde.

M. CASTEL demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine. (De toutes parts : Aux voix! les conclusions!)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

EXTRACTION PAR L'URÈTRE D'UNE SONDE TOMBÉE DANS LA VESSIE.

M. LEROY D'ÉTIOLLES communique à l'Académie un nouvel exemple d'extraction de sonde en gomme par l'urètre sans incision, au moyen de l'un des instruments qu'il a imaginés dans ce but. Cette sonde, qui séjournait depuis six semaines dans la vessie, causait de vives douleurs au malade, lorsque M. le docteur Bineau, de Saumur, l'adressa à M. Leroy. Deux rétrécissements datant de près de trente années ajoutaient aux difficultés de l'opération : ils furent dilatés en quatre jours, après quoi la sonde fut saisie et amenée au dehors en présence de MM. les docteurs Chelius et Walther, fils des deux célèbres professeurs de Heidelberg et de Munich. Aucun accident n'a suivi cette opération. M. Leroy rappelle que déjà il a présenté deux faits semblables.

CALCUL VOLUMINEUX ENCHATONNÉ, EXTRAIT PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE.

M. LEROY D'ÉTIOLLES met également sous les yeux de l'Académie une pierre ayant la forme et le volume d'une figue, qui était fortement enchatonnée à la paroi antérieure de la vessie. M. le docteur Fleury, de Clermont (en Auvergne), ayant reconnu cette disposition, adressa le malade à M. Leroy d'Étiolles, qui, de concert avec M. Marjolin, vit là un cas de taille hypogastrique. Cette opération a été pratiquée il y a neuf jours; l'état du malade est jusqu'ici très-satisfaisant. M. Leroy ajoute que c'est le troisième cas de pierre volumineuse enchatonnée à la paroi antérieure de la vessie pour lequel il pratique la taille sus-pubienne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

RAPPORT DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE PENDANT L'ANNÉE 1845; par M. DEMARQUAY, secrétaire.

Messieurs,

Au début de ce siècle, des hommes jeunes et pleins d'avenir éprouvèrent le besoin de se réunir, et de former une société où les faits anatomiques et pathologiques de chaque jour seraient examinés et discutés. Dupuytren fut le créateur de cette société. Quoiqu'elle eût en elle des éléments de succès, elle fut néanmoins forcée de suspendre ses travaux. Il était réservé à un professeur de cette école, à un élève du grand maître que nous venons de citer, de réunir les membres épars de cette première association, d'en appeler de nouveaux et de constituer notre société telle que vous la voyez aujourd'hui. Cet honneur appartient à M. Cruveilhier, qui lui donna de plus des chances d'avenir, en créant

un bulletin mensuel dont les premiers volumes renferment plusieurs de ses travaux. Un secrétaire annuel fut nommé, lequel, chaque année, dut rendre compte des travaux de notre société. Je viens aujourd'hui, non sans éprouver un sentiment de crainte, remplir la tâche qu'ont accomplie bien des hommes devenus célèbres; mais j'aime à croire que vous ne me refuserez point l'indulgence et la bienveillance dont j'ai si grand besoin. C'est aujourd'hui le vingtième anniversaire; j'espère que notre moisson de cette année ne sera pas inférieure à ses aînées. Les faits que j'ai à reproduire sont anatomiques, physiologiques et pathologiques, les premiers moins nombreux. Cette particularité a fixé l'attention de plusieurs esprits, quelques-uns même s'en sont inquiétés. Mais, messieurs, si on réfléchit à ce que sont maintenant les études anatomiques; si l'on songe que l'esprit le plus attentif, l'intelligence la plus nette, ont besoin d'une série d'années pour saisir les éléments divers de ces sciences, on comprend tout de suite que les recherches de ce genre ne sont ni de notre âge ni dans le but que nous nous proposons d'atteindre. Pour la plupart de nous, l'anatomie n'est qu'une introduction indispensable à la pathologie. Si vous vous étonniez de ce que les recherches anatomiques faites loin de nous ne nous sont point adressées, songez aux labeurs que ces travaux exigent, songez aussi que ce n'est point trop que le suffrage des grands corps savants pour les récompenser. Mais si nos travaux d'anatomie sont rares, n'oublions pas que nous avons deux sources fécondes où chacun de nous peut puiser : l'anatomie anormale et les monstruosités, science en quelque sorte moderne, et dont les bases ont été posées dans un des ouvrages les plus remarquables de ce siècle. La pathologie ne nous fournit-elle pas des faits nombreux et variés? Et soyons-en bien persuadés, ces derniers, que vous rassemblez ainsi dans vos bulletins, ont un cachet d'exactitude et de probité que nulle autre ne présente.

Recueillis à l'abri de toute idée théorique, pesés, analysés par tous, ils sont insérés dans vos annales, qu'ils viennent ou non confirmer les idées dominantes. Notre société, telle qu'elle est constituée, est à la fois une école et une académie : une école où chacun de nous apprend sans cesse des faits qu'il ignore ; une académie où les théories et les doctrines sont mises en présence de ces faits. Que de lois prématurées ne se sont point écroulées devant vos observations! Telle qu'elle est, messieurs, et c'est ma conviction profonde, la Société anatomique élève un monument à la pathologie, que tout homme sérieux devra consulter. Que de monographies plus complètes seraient faites avec les éléments nouveaux que renferment nos bulletins (1) ! Nous allons vous exposer les faits d'anatomie et de physiologie ; la pathologie nous occupera ensuite.

M. le docteur Depaul a présenté à la Société les éléments d'un travail qu'il a publié plus tard ; il a fait voir des poumons d'enfants sur lesquels il avait pratiqué l'insufflation sans lésions graves pour ces organes. Cette expérience a une importance pratique ; elle détruit les appréhensions que les travaux de M. Leroy-d'Étiolles sur ce sujet avaient fait naître, et rend aux praticiens un agent thérapeutique actif, puisqu'elle permet l'insufflation pulmonaire dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés. Confiants dans ces expériences, MM. Depaul et Dubois ont appliqué avec succès ce dernier moyen sur plusieurs enfants. Notre collègue a encore constaté combien, dans certains cas de grossesse, l'auréole du sein peut prendre une couleur foncée ; on sait tout l'intérêt que les accoucheurs anglais attachent à cette coloration.

Vous avez eu à examiner plusieurs anomalies artérielles intéressantes au point de vue chirurgical, que M. Heillerait et moi avons recueillies ; j'ai fait voir, dans une de nos précédentes séances, la tête d'un sujet affecté d'un écartement notable des os palatins et des apophyses de même nom ; l'espace que déterminaient ces os était rempli par une lame fibreuse qui se perdait dans le voile du palais, auquel manquait le muscle releveur de la luette. M. Deville a rencontré un muscle dans le pharynx, ordinairement rudimentaire, et qui avait, dans le cas qui m'occupe, le volume du muscle stylo-pharyngien : je veux parler du salpingo-pharyngien.

M. Pigné, dans l'examen qu'il fit de plusieurs monstres réunis par leur partie postérieure, constata un fait qu'il regarde comme nouveau, et dont il nous a rendus témoins : on voyait en effet, chez ces monstres, un cœur de volume normal ; mais derrière cet organe, il en vit un second dont les artères allaient se rendre dans les vaisseaux du premier.

Dans ces derniers temps, un fait physiologique important a été signalé par MM. Rokilanski et Ducrest. Il appartenait à M. Moreau de continuer les recherches de ces deux observateurs sur les ostéophytes crâniens. Notre collègue a vu, comme M. Ducrest, que, quelle que soit la marche foudroyante de l'affection puerpérale, on observait entre la dure-mère et le crâne des productions osseuses nouvelles plus ou moins épaisses; ce qui démontre clairement qu'elles précèdent la mort et qu'elles sont physiologiques. Ce fait, messieurs, joint à la découverte récente de MM. Andral et Gavarret sur l'augmentation de la fibrine du sang dans cette circonstance, montre au physiologiste et au médecin tout ce que la gestation peut apporter de modifications dans l'organisation de la femme.

Une observation de M. Escalier sur une communication anormale des deux ventricules du cœur a donné lieu à un rapport de M. Lefebvre, qui a discuté avec soin les théories généralement professées sur la cyanose. Quelles sont ces théories ? Suivant M. Cloquet, le mélange des deux sangs serait la cause de cette coloration ; MM. Louis et Ferrus, au contraire, veulent que la gêne dans la circulation en soit la seule cause. Notre collègue concilie en quelques mots les deux opinions. Selon lui, dans cette communication anormale, il y aurait lésion des valvules de l'artère pulmonaire : d'où difficulté dans la circulation ; et, en raison de cette particularité, le sang du cœur droit passerait dans le cœur gauche. Pour terminer ce qui est relatif à cette première partie de mon travail, je citerai une disposition particulière du ligament suspenseur, du foie, lequel était formé par un cordon détaché de la paroi abdominale. Cette disposition, non-seulement permettait aux intestins de se placer entre le foie et le diaphragme, mais encore elle pouvait devenir la cause d'un étranglement interne. C'est à M. Wickam que vous devez cette communication.

(1) A l'appui de cette assertion, j'ai fait le relevé de tous les cas curieux que renferment nos bulletins, avec mon ami le docteur Meurgey ; mais ce travail est trop long pour trouver place ici.

Les organes de la vie de relation nous offriront une série d'observations qui souvent présentent un grand intérêt. Occupons-nous d'abord des centres nerveux. Les altérations des enveloppes de ces derniers nous arrêteront un instant. M. de Castelnau vous fait voir une fausse membrane développée dans la grande cavité droite de l'arachnoïde, remarquable surtout par son étendue. A côté de ce fait, nous signalerons deux observations intéressantes, une apoplexie méningée que vous devez à M. Reilhac, et un kyste osseux développé dans l'intérieur des membranes, contenant un produit roussâtre, et qui a été rapporté par M. Lagrange. Depuis que l'attention a été fixée sur les apoplexies méningées par M. Serres, l'explication de ces phénomènes nous est devenue facile. Que voyons-nous dans ces deux circonstances? D'abord un épanchement sanguin se limitant à l'aide d'une fausse membrane, puis cette fausse membrane s'ossifiant en même temps que le sang épanché subit lui-même une modification particulière.

M Deville a présenté à votre examen une petite lamelle osseuse formée dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Ces cas ne sont pas rares : MM. de Castelnau et Andral ont eu occasion d'en observer ; la série de nos bulletins en renferme un certain nombre. Mais sous quelle influence les voit-on apparaître? Faut-il admettre, avec M. Mercier, qu'ils sont consécutifs à un épanchement sanguin ? C'est ce que la Société n'a pas décidé,

Nous n'avons que deux altérations morbides se rapportant aux centres nerveux : l'une est relative à une masse encéphaloïde développée dans le lobe droit du cerveau, et l'autre consiste dans une modification particulière des corps striés. L'un de ces corps était traversé par une bande noirâtre formée de petites ecchymoses avec ramollissement du tissu dans lequel elles s'étaient manifestées. M. de Castelnau a vu ce pointillé dans plusieurs cas de phthisie. Quelle est la nature de ce pointillé ? serait-il le résultat d'une inflammation? Cette opinion ne fut point la vôtre. Cet état morbide amène bien, il est vrai, un afflux sanguin dans le point où il s'est fixé, mais il combine ce fluide avec la trame ; or ce n'est pas ce que nous avions dans le cas présent ; aussi ce fait fut-il regardé par M. Barth comme appartenant à cette lésion des centres nerveux si bien décrits par votre honorable président: je veux parler de l'apoplexie capillaire. C'est à MM. de Castelnau et Jousset que nous devons cette communication. Plusieurs tumeurs développées dans le cervelet, dans ses membranes, vous ont été présentées par MM. Moutard-Martin, Hérard, Dumoulin et de Bouvais ; les unes sont de nature tuberculeuses, les autres cancéreuses. Quelques-unes de ces lésions furent complétement méconnues durant la vie du sujet ; les autres, au contraire, furent sinon reconnues, du moins soupçonnées d'après un trouble survenu dans la vision. Ce phénomène, dont l'anatomie et la physiologie nous rendent compte, ne doit point être oublié, surtout lorsqu'il s'agit d'un genre d'affections dont le diagnostic précis laisse malheureusement tant à désirer.

Une affection gélatiniforme de la moelle vous a été signalée par M. Fricault, d'abord parce que c'est un fait rare, et puis parce qu'il paraissait en dehors des faits physiologiques généralement admis. Cette lésion portait en apparence seulement sur les faisceaux postérieurs, et néanmoins la motilité avait été plus profondément lésée que la sensibilité; cette circonstance dut fixer votre attention. Vous avez nommé une commission ; et M. Bonnet, dans un rapport très-remarquable, a donné l'explication de ce phénomène insolite, en démontrant l'altération manifeste du faisceau antérolatéral de l'organe lésé.

Nous terminons ce qui est relatif au système nerveux par l'exposé d'un fait intéressant dont M. Lagout vous a rendus témoins ; il s'agit d'une hydatide. Libre, suivant notre collègue, elle se serait développée sur les parties latérales de la protubérance, et passant dans le canal fibreux du trifacial, elle aurait fini par détruire le ganglion de Gasser ; d'où la paralysie de la cinquième paire. Mais cette hydatide était-elle libre comme elle le parut à M. Lagout ? Telle ne fut point l'opinion de M. Barth : ce pathologiste suppose qu'en raison de sa ténuité, le kyste, enveloppant l'hydatide, a dû se rompre facilement ; mais il ne doute point de son existence.

M. de Castelnau a disséqué devant vous un œil sur lequel M. Malgaigne avait pratiqué l'abrasion de la cornée. Vous l'avez constaté, cette membrane avait la même épaisseur que celle de l'autre côté.

Rappelons une observation de favus faite par M. Barth sur un sujet dont le corps présentait quelques croûtes faveuses, bien qu'il n'y en eût aucune sur la tête.

Les lésions du système osseux n'ont point manqué à notre observation. Je citerai tout d'abord un fait de M. Hersent, d'une fracture du crâne qui amena, au trentième jour, une méningite mortelle. Vous vous êtes vivement occupés de deux fractures du même organe sur lesquelles je veux de nouveau appeler votre attention : ces deux lésions se sont accompagnées d'un signe qui a également occupé l'Académie de médecine et la Société de chirurgie : je veux parler d'un écoulement séreux par l'oreille et par les fosses nasales. Quelle est la nature de ce liquide, et quel en est le point de départ? Ces questions ont été largement et sagement discutées dans un travail fort bien fait dû à M. Gelez. Cet auteur ne discute point seulement les théories et les faits d'autrui, mais il émet quelques idées qui lui sont propres.

Le premier de ces faits est de M. Monnot ; il y avait écoulement par l'oreille. Plusieurs observations du même genre avaient été antérieurement produites au sein de cette Société. Quant à l'écoulement d'un liquide séreux par le nez, à la suite d'une solution de continuité du crâne, je ne connais que deux faits : l'un

observé dans le service de M. Blandin; l'autre est celui qui vous a été signalé par M. Lebled.

Les fractures de la colonne vertébrale ont aussi été l'objet de votre examen. M. Gros nous a donné un travail sur une fracture de la colonne cervicale compliquée de luxation et promptement mortelle. Récemment, M. Ponce nous a fait observer une fracture du même genre occupant la région lombaire; l'individu survécut assez longtemps, bien qu'il fût affecté de neuf fractures de côtes. Ce fait si intéressant a excité une discussion fort importante, et que je ne puis passer sous silence.

Les solutions de continuité de la colonne vertébrale sont-elles au-dessus des ressources de la nature et de l'art, ou bien sont-elles curables? Il résulte des faits rapportés par MM. Cruveilhier et Pigné que, dans certains cas, ces lésions peuvent se terminer d'une manière heureuse. A propos de ce fait, M. Mercier a éveillé votre attention sur les phénomènes curieux qu'il a observés du côté de la miction. D'où vient, en effet, que souvent on observe l'incontinence en même temps que la paralysie, tandis que dans les mêmes circonstances apparaissent des phénomènes inverses? M. Hérard vous a donné une explication de ces contradictions. Au moment, dit-il, où la lésion vient de se produire, il y a une excitation de la masse qui dure plus ou moins longtemps, et dont le résultat est la contraction du col de la vessie, d'où la rétention; mais bientôt, l'altération de la moelle faisant des progrès, la paralysie complète succède à ce premier état, et c'est alors que nous voyons l'incontinence. Mais cette explication ne comprend pas tous les faits, d'après MM. Cruveilhier et Mercier, qui ont cité des observations de paralysie complète avec rétention également absolue des urines. Vous avez eu à examiner plusieurs fractures des membres: elles nous ont été présentées par MM. Lagout, Hillairet et Fano. Elles appartiennent, l'une au membre supérieur, les deux autres aux membres inférieurs et au bassin. Jusqu'à présent nous n'avons eu qu'à vous entretenir des lésions du tissu osseux par violence extérieure; voyons maintenant si ce système nous fournira des altérations organiques diverses. Il semblerait, de prime abord, que ces affections dussent être rares en raison de l'organisation apparente de ce système; mais si on tient compte de sa grande vascularité, si bien démontrée par les anatomistes modernes, on n'est plus étonné des états morbides dont il peut devenir le siége. La colonne vertébrale, dans deux cas, s'est présentée à vous avec des traces non douteuses de tuberculisation; j'en dirai autant de l'extrémité supérieure de l'humérus. Vous avez eu tant de fois occasion de fixer votre attention sur ce genre d'affection depuis qu'un membre de cette Société a fait un travail remarquable sur ce sujet, que je crois inutile d'insister. Ces altérations vous ont été présentées par MM. Hérard et Tonnet. Vous n'avez sans doute point oublié un fragment de maxillaire inférieur frappé de nécrose, que nous devons à M. Depaul. Dans une de nos dernières séances, M. Lullier vous a fait voir une carie du rocher et de l'apophyse mastoïde qui avait amené une inflammation du sinus latéral et de la jugulaire interne, inflammation qui fut promptement mortelle, en raison de l'infection purulente dont elle fut suivie. Ce fait de coïncidence de lésion du crâne avec la production d'abcès métastatiques a éveillé depuis longtemps l'attention des chirurgiens. Une étude approfondie de la phlébite a donné une explication rationnelle du fait. Mais d'où vient que les inflammations dont le crâne est atteint amènent si fréquemment cette terrible affection, l'infection purulente? Cela tiendrait-il à une plus grande vascularité de ces os, ou au voisinage de ceux-ci avec de gros troncs vasculaires? Ces circonstances ont sans doute de l'influence; mais il en est une tout anatomique que vous devez aux recherches de membres dont les noms font l'honneur de cette Société: vous avez tous nommé MM. Dupuytren, Breschet et Fleury. Ces anatomistes ne nous ont-ils pas démontré la richesse du tissu veineux des os du crâne? Ces veines, réduites à leur tunique interne, adhérentes de toutes parts au tissu osseux qui les environne, ne sont-elles pas incessamment béantes, et le pus qu'elles sécrètent lorsqu'elles sont enflammées ne doit-il pas être rapidement entraîné dans le torrent circulatoire?

MM. Deville et Bonnet vous ont apporté, l'un les os d'un enfant affecté de rachitisme, l'autre des os qui avaient été recueillis sur des sujets scrofuleux. M. Deville, désireux de connaître comment les injections fines agissent sur ces os rachitiques, tenta ce que Bérard aîné (que nous regrettons tous de ne pas voir au milieu de nous) fit pour les tumeurs cancéreuses: il constata avec M. Piegu que ces os ne se laissent point traverser par l'injection artérielle, tandis que, de son côté, M. Pigné observait leur perméabilité aux injections veineuses. Ce sont là des faits curieux qui doivent arrêter de nouveau les observateurs.

Dans la même séance où ces faits étaient annoncés, le laborieux conservateur du musée Dupuytren vous faisait connaître, avec M. Cruveilhier, les lois suivant lesquelles se produisent les courbures rachitiques; ils vous ont démontré qu'un lien harmonique les réunissait toutes. Pour terminer ce qui est relatif à l'appareil locomoteur, je signalerai la pièce osseuse affectée de dégénérescence cancéreuse que vous a présentée M. de Castelnau, les masses tuberculeuses développées dans le psoas, les tumeurs mélaniques, graisseuses et fibreuses développées dans les régions abdominales et parotidiennes, et que vous devez à MM. Deville, Fano, Laforie, et à votre secrétaire.

Deux affections, dont l'étude est due aux fondateurs de cette société, vous ont encore intéressés pendant le cours de cette année. M. Chassaignac vous a fait voir des corps jadis considérés comme des hydatides, et qu'il avait extraits d'un kyste synovial développé dans la région antérieure du carpe. A la même époque, je vous ai présenté une usure des cartilages, affection dont la connaissance est bien importante, comme le fait voir M. Cruveilhier dans le premier volume de ses mémoires.

Les organes des appareils respiratoire et circulatoire vont nous arrêter un instant. Parmi les faits qui appartiennent à ces deux grands appareils, il en est peu qui aient ajouté à la science; mais tous ont servi à notre instruction. L'hypertrophie du cœur vous a occupés plusieurs fois, grâce au zèle de MM. Moutard-Martin, Grappin et Tonnet. M. Ferra vous a fait voir, dans le cœur et le péricarde d'un jeune sujet, des tubercules nombreux, en même temps que le médiastin et les poumons présentaient les mêmes produits. Arrêtons-nous un instant sur des affections plus graves et plus rares, sur les concrétions et sur les ulcérations de cet organe. Plusieurs de nos collègues ont rencontré de ces concrétions et nous les ont communiquées: ce sont M. Lefebvre et M. Typaldos. L'observation de ce dernier, recueillie dans le service de M. le professeur Bouillaud, ce qui lui est déjà favorable, a été sagement discutée dans le rapport de M. Hillairet. Quant à l'ulcération du cœur, vous la devez à M. Bonnet. Cette ulcération se trouvait à la partie supérieure du ventricule gauche d'un jeune sujet mort des suites d'une fièvre typhoïde. Une altération du même genre occupait l'un des reins; l'ulcération du cœur avait, de plus, détruit les valvules de l'aorte. Les organes de ce sujet étaient parsemés d'ecchymoses. Une de ces dernières se serait-elle produite dans le cœur, et, en détruisant l'endocarde, aurait-elle amené l'affection qui nous occupe? Telle fut l'opinion de M. Bonnet; ce fut aussi celle de MM. Barth, Castelnau et Parisse, qui apportèrent, dans la discussion dont cette présentation fut l'occasion, des faits à l'appui de cette explication.

MM. Mayor, Laba et Capelle vous ont apporté diverses lésions du système artériel: ce dernier, une observation d'anévrisme de l'artère carotide primitive droite à son origine. La gravité de cette maladie détermina M. Malgaigne à appliquer le traitement des anévrismes suivant la méthode de Brasdor, en faveur de laquelle un jeune chirurgien fort distingué, M. Diday, s'est prononcé; mais le malade de M. Malgaigne eut le sort des opérés de Dupuytren, de Wardrop, de Mott, etc. Toutefois, messieurs, cet insuccès ne doit point être perdu pour la science, et je suis heureux de le voir inséré dans nos bulletins. Les voies respiratoires nous ont présenté les altérations suivantes: une transformation à la fois osseuse et tuberculeuse du corps thyroïde, une altération cancéreuse des poumons, dont nos bulletins ne renferment que six ou sept observations; un épanchement pleurétique dont l'issue se fit au dehors, dans le sixième espace intercostal, près le sternum; et enfin un kyste purulent à paroi cartilagineuse développé dans la plèvre. Ces faits, vous les devez à MM. Grappin, Bleu, d'Apincourt.

Les affections du tube digestif ont souvent fixé votre attention; plusieurs observations curieuses ont été produites devant vous par MM. Jarjavay, Deville, Houel et Hérard. Le premier a signalé une tumeur de nature cancéreuse qui, après s'être développée dans le pharynx, comprima le larynx et détermina la suffocation. Mais le fait capital qui doit arrêter votre esprit est celui de M. Deville: il s'agit d'une jeune femme qui aurait succombé à la suite d'un tétanos chronique syphilitique. Vous sentez tout ce que ce fait présente d'intérêt; il doit de notre part provoquer des recherches, afin de dissiper les doutes qu'il pourrait faire naître. Les travaux exécutés, dans ces dernières années, sur les angines diphthériques ont fait penser à plusieurs praticiens que les angines gangréneuses n'étaient peut-être que des modifications des premières. M. Hérard nous a mis à même de constater un exemple frappant de cette affection. Nous devons à M. Martin une communication digne d'intérêt. Une jeune fille est morte dans son service, d'un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage, par suite de tentative de suicide. L'introduction des aliments était facilitée par le passage d'une sonde œsophagienne; c'est pendant cette opération qu'elle se rompit la partie supérieure du canal alimentaire, et établit ainsi une communication anormale entre cet organe et la plèvre droite. M. Cruveilhier a encore ajouté à l'intérêt de cette observation, en nous faisant connaître des faits analogues qui se trouvent insérés dans nos bulletins.

MM. Tonnet et Richard nous ont mis à même d'observer, l'un une ulcération de l'estomac avec infiltration sanguine des parois, l'autre une ulcération cancéreuse en voie de cicatrisation. Ce fait ferait espérer que le cancer de l'estomac n'est point une affection fatalement mortelle; puisse d'ailleurs l'avenir confirmer cette espérance! Nous avons encore à signaler un cas du même genre qui amena une gangrène du foie. Vous savez tous combien est rare cette lésion, dont vous devez l'observation à M. Stuart. Qu'il me soit permis de passer rapidement sur quelques états morbides de l'intestin que le temps ne me permet point d'analyser. Vous en êtes redevables à MM. Pigné, Richard, Hérard, Moutard-Martin et moi. M. Pigné vous a fait voir une hernie crurale chez un enfant de 3 à 4 mois. Les faits rapportés par mes collègues sont relatifs aux altérations intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde; enfin le fait que j'ai publié dans vos Bulletins est une perforation de l'intestin survenue pendant l'administration d'un remède, et qui amena un phlegmon sous-péritonéal mortel. Plusieurs accidents du même genre sont rapportés dans la thèse de M. Blandin. M. Lallier nous a donné une observation d'invagination intestinale sur laquelle j'appellerai bientôt votre attention. Je termine en signalant une altération spéciale du péritoine dont la science présente peu d'analogue, caractérisée par des granulations fongueuses, rosées et peu volumineuses. Quelle est la nature de ces granulations? sont-elles inflammatoires? sont-elles cancéreuses? C'est ce que M. Grappin ne pouvait décider. Espérons que bientôt de nouveaux travaux lèveront les doutes à cet égard.

Parmi les annexes du tube digestif, le foie s'est présenté à nous avec des altérations diverses. Vous devez à M. Cruveilhier et à M. de Beauvais, des observations de kystes hydatides, dont l'un, celui de M. Cruveilhier, avait traversé le diaphragme et était venu se loger dans la cavité de la plèvre; à M. Gobelet, un kyste simple volumineux de cet organe; à M. Richard, deux observations relatives aux affections de ce viscère: l'une appartient à un cancer du foie et du pancréas, l'autre démontre une oblitération complète des voies biliaires; enfin j'ai eu l'honneur de vous présenter l'appareil sécréteur de la bile rempli de calculs jusque dans les plus petites ramifications des canaux excréteurs de cet organe.

Depuis vingt ans les maladies des organes génito-urinaires ont vivement fixé l'attention du monde médical; il importait à l'avenir de la lithotritie et de quelques autres opérations que le chirurgien fût bien éclairé sur les lésions secondaires de ces organes, qui pouvaient nuire au succès de ces opérations. La Société anatomique n'a point été étrangère à ce mouvement scientifique. La simple énumération des faits qui vous ont été présentés justifierait mon assertion. M. Courtin a soumis à votre examen le bassin d'un sujet sur lequel des ulcérations phagédéniques avaient détruit le pénis et une partie des plis inguinaux du côté droit, l'ulcération était arrivé jusqu'au cœcum. En même temps M. Deville nous présentait sur un pénis des traces, suivant M. Richard, d'une angioleucite ancienne des calculs de la vessie avec lésion de cet organe, et des reins ont été recueillis par MM. Mayor et Cusco et soumis à votre examen. Des affections communes, le cancer du testicule, mais intéressantes par les désordres abdominaux qu'elles ont amenés, ont fixé l'attention de nos collègues Lafaurie, Verneuil et Fano; ces messieurs vous ont fait part de leurs observations. Nous devons à M. Ozanam un fait important; il s'agit d'un cancer de la vessie, limité seulement à cet organe, et qui, par le volume qu'il avait acquis, présentait une grande difficulté de diagnostic qu'il fallait vaincre pour porter des secours efficaces au malade.

Les organes génitaux de la femme, plus que ceux de l'homme, nous ont souvent occupés. M. de Castelnau nous a mis à même de voir un kyste mulicérique des grandes lèvres, recueilli sur une femme, jeune encore; votre secrétaire, une tumeur fibreuse énorme développée dans le bassin et adhérente à la matrice; M. Hérard, un kyste pileux de l'ovaire; enfin M. de Beauvais, un cancer de l'utérus avec destruction de la paroi vésico-vaginale, sur les organes génitaux d'une femme affectée de cancer du col utérin, traité sans succès par la ligature. Je vous ai fait voir des fausses membranes tapissant tout le vagin; mais les deux observations les plus intéressantes qui vous aient été communiquées sur les lésions de ces organes sont dues à MM. Triffet et Richard. La première est relative à une fistule vésico-vaginale, traitée par M. le professeur Bérard, par l'occlusion du vagin. Ce fait a été l'objet d'une discussion à l'Académie de médecine, trop importante pour qu'il me soit permis de m'y arrêter plus longtemps. La seconde de ces observations a été faite sur une femme qui mourut quelques mois après l'accouchement. On voyait à la face interne de l'utérus un corps d'un volume d'un œuf, fongueux et s'écrasant facilement sous le doigt. Quelle était la nature de ce corps? Serait-ce un polype, ou plutôt un placenta resté adhérent dans la cavité utérine? M. Depaul, que ses études spéciales ont mis à même de faire des observations du même genre, reconnait dans ce corps les débris d'un placenta. M. le professeur Moreau, auquel la pièce fut présentée, partagea l'opinion de notre collègue. C'est là un fait qui offre un grand intérêt pratique, et qui devait un instant arrêter votre attention.

Enfin M. Collin a présenté une tumeur fibrineuse développée dans l'espace compris entre la vessie et l'utérus.

Presque toutes les affections des organes sécréteurs de l'urine qu'il vous a été donné d'observer, étaient consécutives à d'autres affections; cependant nous devons à M. Hillairet la communication de deux reins pris sur un sujet mort des suites d'une albuminurie, et à M. Legentil, celle de ces mêmes organes affectés de néphrite, avec aspect particulier de la membrane muqueuse du bassinet, sur laquelle M. Caudemont a fixé l'attention.

En terminant, Messieurs, l'énumération des faits qui vous ont été présentés, je serais injuste envers M. Barth, si je ne rappelais une question scientifique qu'il a maintes fois soulevée au sein de notre Société. Il s'agit des tumeurs composées de plusieurs éléments morbides : rien n'était commun comme ces dernières au temps de Boyer; rien, au contraire, ne serait plus rare, suivant certains pathologistes modernes; et cependant combien de fois n'est-on pas frappé des différences d'aspect du sarcocèle encéphaloïde! A quoi tiennent ces différences? Est-ce que cette matière jaunâtre, qui se trouve en des points déterminés, serait du tubercule, comme on l'a cru longtemps, ou bien ne serait-elle qu'une modification du tissu propre, un accident produit au milieu de l'encéphaloïde? Vous le savez, cette production n'a point seulement des rapports avec la substance cérébrale par sa couleur; elle en a encore par sa vascularité. Cette dernière ne peut-elle point produire, avec le ramollissement du cancer, des épanchements sanguins, de véritables apoplexies, dont la fibrine du sang épanché, par suite des différentes modifications qu'elle subit, donnerait lieu à ces masses d'apparence tuberculeuse que nous avons signalées? Telle est l'opinion de notre savant collègue.

Les faits que je viens de rapporter prouvent l'importance de la Société anatomique et tout l'intérêt qu'elle excite; mais, messieurs, cette Société doit encore nous être chère à plus d'un titre : elle fait naître des rapports entre les générations médicales qui se succèdent: ces travaux en commun établissent entre nous des liens d'affection; aussi suis-je l'interprète de tous en remerciant M. Cruveilhier de la bienveillance qu'il accorde à nos travaux, auxquels il veut bien prendre part, et du zèle qu'il apporte à présider nos séances.

NOTICE HISTORIQUE SUR LES TRAVAUX DE MM. BRESCHET ET GEOFFROY SAINT-HILAIRE, MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE; par le docteur MANDL.

Messieurs,

Au commencement de ce siècle, la France vit trois hommes, trois génies créer des principes nouveaux dans la science de l'organisation animale. Bichat, Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire révélèrent aux yeux étonnés du monde savant l'anatomie générale, l'anatomie comparée physiologique et l'anatomie transcendante.

Ces nouvelles doctrines se présentant d'abord sous forme d'aperçus ingénieux, s'enrichissant tous les jours de nouveaux faits, se disputant bientôt une place au soleil de la vérité, se fortifiant enfin par des discussions sévères et par les attaques mêmes de ceux qui cherchent dans leur imagination des idées et n'y trouvent que des souvenirs et d'envie; ces nouvelles doctrines, messieurs, se sont agrandies depuis cette époque; elles ont pris un accroissement immense, et forment actuellement la base solide de toute science anatomique.

Voyez plutôt : ici, l'organe examiné dans toute la série animale, depuis sa première apparition jusqu'à sa forme la plus complète et la plus élevée, à travers tous les degrés intermédiaires de complication successive, ayant sa place assignée dans l'échelle animale selon sa fonction connue ou supposée; tel le veut l'anatomie comparée physiologique. Voyez ensuite ce même organe expliqué dans la série animale par son développement dans l'embryon des animaux supérieurs, « de telle sorte, comme dit M. Serres, que le règne animal tout entier n'apparaît plus en quelque sorte que comme un seul animal qui, en voie de formation dans les divers organismes, s'arrête dans son développement, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, et détermine ainsi, à chaque temps de ces interruptions, par l'état même dans lequel il se trouve alors, les caractères distinctifs et organiques des classes, des familles, des genres, des espèces. » Voyez ainsi l'anatomie comparée transformée en embryogénie comparée, l'histoire des organes éclairée par l'organogénie. Voyez les deux branches de l'anatomie, non opposées, mais collatérales : l'une jetant ses regards sur l'immense série animale, l'autre voyant passer tous les êtres animés dans les divers degrés de développement parcourus par l'embryon, et vous conviendrez avec moi, messieurs, que ce sont là des connaissances riches, profondes, qui ont jeté une lumière vive et inattendue sur toutes les branches de l'anatomie, et qui ont même permis, là, de reconstruire des débris antédiluviens un monde nouveau, ici, d'expliquer, de coordonner les formes bizarres et incomprises des monstruosités.

Mais pour déterminer exactement la place que l'organe doit occuper dans la série animale, pour reconnaître son identité dans l'animal le plus simple et dans le plus compliqué, pour suivre ses traces à peine indiquées dans le germe organique, il n'est pas permis de s'en tenir aux caractères extérieurs de forme, de grandeur, de couleur, etc. Pour approfondir ces questions, l'examen doit se porter sur les caractères généraux des tissus, sur l'ensemble des caractères physiques, chimiques, vitaux, sur la structure et la texture; sur les différences selon l'âge, le sexe; sur ces caractères qui permettent de grouper les tissus et d'en former des systèmes organiques, en un mot sur toutes les connaissances que nous devons à l'anatomie générale, fondée par l'immortel Bichat.

Ainsi, vous voyez l'anatomie générale précédant nécessairement toute anatomie comparée; vous voyez aussi, messieurs, ces trois anatomies, toutes modernes, toutes françaises, liées étroitement, et, comme je l'ai dit, formant la base de toute anatomie, et par conséquent des sciences médicales.

Mais pour que cette liaison pût s'établir entre ces trois branches, pour que l'anatomie générale apportât d'utiles renseignements à l'étude des organes dans la série animale, dans l'embryon, elle devait perfectionner les méthodes enseignées par Bichat; elle devait chercher les moyens les plus sensibles pour reconnaître l'identité, l'analogie, la diversité des tissus dans leurs formes les plus variées : et ces progrès incontestables et incontestés de tous ceux qui sont au courant de la science, ces progrès ont été faits grâce aux études entreprises sur la structure intime des tissus, grâce au microscope si heureusement ramené dans les recherches scientifiques par les travaux de Dutrochet, de Dumas, de Prévost.

Lorsque sur la scène du monde un homme veut s'élever par la seule puissance de ses talents, dépasser ceux qui tiennent le premier rang par leur fortune ou leur naissance, vous le verrez en butte aux attaques acharnées des uns, aux calomnies envieuses des autres. Pourquoi faut-il que dans la science, lorsqu'un principe nouveau veut se faire jour, principe supérieur à ceux que l'habitude ou l'autorité a consacrés, pourquoi faut-il, dis-je, qu'un déchaînement analogue des passions se manifeste à son égard!

Hélas! les hommes ne font taire que rarement leur amour-propre au profit de la vérité et du bien général. Que de reconnaissance ne doit-on pas par conséquent à ces hommes consciencieux qui entrent dans une voie nouvelle hérissée de difficultés, qui entreprennent des travaux pénibles et fatigants, qui protégent, propagent les nouvelles idées, qui jouent le rôle d'élèves, tandis que leurs travaux antérieurs leur permettraient de parler en maîtres! Mais c'est un rôle que peu de personnes veulent bien accepter. N'est-il pas plus facile de dédaigner les nouveaux venus, de rendre ridicules les tâtonnements de la nouvelle école, de se réjouir des fautes des observateurs inexpérimentés, de méconnaître les services rendus et de ne signaler que les dissentiments, de vouloir anéantir à force d'ignorer; en un mot, messieurs, n'est-il pas plus facile de plaisanter que de travailler?

Sans doute, ces attaques peuvent retarder les progrès de nos connaissances. Mais, messieurs, les sciences constituent une vaste république où tous nous avons les mêmes droits, mais aussi le même devoir, celui de rechercher la vérité et de la protéger loyalement de toutes nos forces. Égaux tous dans le domaine de la science, toute autorité doit céder à l'irrésistible puissance de la vérité; nulle force ne peut arrêter la science dans sa marche éternellement progressive. Les forces se brisent dans cette résistance insensée, et l'histoire est impitoyable pour les détracteurs et les indifférents.

Les idées que nous venons de soulever dans votre esprit, messieurs, vous ont sans doute rappelé M. Breschet et la belle conduite qu'il a tenue dans sa carrière scientifique. Vous connaissez le grand nombre des travaux remarquables que ni le temps ni l'espace ne me permettent d'analyser ici; vous savez

la place honorable et honorée qu'il a occupée dans la science. Eh bien ! ni l'autorité de son nom respecté en France, à l'étranger, ni ses titres acquis, ni sa position, n'ont pu lui faire oublier ce qu'il devait à l'introduction, à l'avancement des idées nouvelles, dont il connaissait la justesse, la supériorité. Tout au contraire, en relation scientifique avec les principaux savants de tous les pays, il dotait incessamment notre littérature de tout ce qui paraissait de plus remarquable à l'étranger; lui qui était, comme le dit si éloquemment M. Cruveilhier, un des plus dignes représentants de la France savante en Allemagne, et de l'Allemagne savante en France.

Entraîné par la direction de son esprit à des considérations générales, à des rapports physiologiques, M. Breschet ne pouvait pas rester étranger à l'anatomie générale. En cultivant cette science, il reconnut bientôt toute l'importance du microscope dans les recherches concernant la texture des organes; il voyait comment tout progrès dans l'anatomie était désormais impossible sans l'application incessante de ce puissant moyen d'investigation. Aussi dirigea-t-il son attention sur les travaux histologiques, et ne se laissa-t-il point arrêter par les opinions hostiles.

Reprenant quelques points de l'anatomie générale là où l'avaient laissée Bichat et son fidèle interprète Béclard, M. Breschet enrichit la science française des travaux histologiques de l'étranger. Vieil athlète déjà dans la carrière scientifique, il se met lui-même à l'œuvre, seul ou appelant à ses côtés un jeune collaborateur, qu'il soutient par sa persistance, par ses conseils, qui partage avec lui les honneurs du travail. Ses études sur la structure intime de la peau, sur les vaisseaux lymphatiques, sur la terminaison des nerfs, etc., donnèrent un bel exemple à suivre, mais, hélas ! peu suivi. La découverte des glandes sudoripares et des canaux sudorifères, faite presque simultanément avec les recherches de l'illustre Purkinje en Allemagne, devenaient un puissant argument en faveur de l'exactitude micrographique. Comment, autrement, deux observateurs séparés l'un de l'autre par plusieurs centaines de lieues auraient-ils pu arriver à des résultats à peu près identiques ?

Le protecteur de la micrographie en France n'a-t-il pas droit, messieurs, à la reconnaissance de tous ceux qui suivent avec intérêt les progrès des sciences anatomiques, qui voient avec contentement la faveur de plus en plus croissante dont jouit aujourd'hui parmi nous l'histologie?

Honneur donc à Breschet, honneur à son zèle infatigable, à la persévérance avec laquelle il a su défendre un genre de recherches presque abandonné il y a vingt ans, et dont bientôt aucune branche médicale ne pourra plus se passer !

Mais l'histologie n'était pas le seul principe dont M. Breschet reconnaissait la supériorité et dont il fut le défenseur zélé. Il se rallia bientôt à un autre nouveau principe, posé par un génie hardi, immortel; combattu par un esprit ardent, un esprit supérieur, par une gloire de la France. M. Breschet n'hésita point. Entraîné par sa conviction, par ses travaux, il oublia l'autorité, la puissance, la position de Cuvier, et il adopta, il défendit les doctrines de Geoffroy Saint-Hilaire. Les nombreux travaux embryologiques et tératologiques, qu'il poursuivit jusqu'à son dernier jour, sont une preuve de son dévouement pour l'anatomie transcendante créée par Geoffroy Saint-Hilaire, et dont je vais indiquer en quelques mots le principal caractère.

L'époque à laquelle ont paru les grands travaux de Cuvier, de Lamarck et tant d'autres zoologistes éminents, est toute récente, et cependant déjà une ère nouvelle a commencé, une révolution s'est opérée. Cuvier et ses disciples avaient multiplié à l'infini le nombre des observations et amassé fait sur fait; il était temps que vînt l'époque de la généralisation. De là l'école philosophique, qui compte aujourd'hui dans ses rangs tant d'illustres anatomistes.

Sans doute Geoffroy Saint-Hilaire n'a pas été le premier à considérer les animaux sous un point de vue philosophique ni à énoncer la doctrine de l'unité de composition. Cette unité avait été entrevue déjà par plusieurs anatomistes, de même que dans toutes les autres sciences, si l'on jette les yeux sur les époques les plus reculées de l'histoire, on voit les philosophes et les savants occupés de la recherche d'un principe, d'un élément primitif. Non contente d'avoir trouvé un nombre plus ou moins considérable de principes distincts, chaque science rêvait, mais ne démontrait point ce principe unique, cet élément qui, par des transformations variées, devait donner lieu à une série déterminée de phénomènes. Hippocrate n'admet en médecine qu'une seule maladie, Aristote en zoologie un seul animal, Galien en physiologie une seule fonction : Malpighi imagine ses glandules, Ruysch ses vaisseaux capillaires, d'autres anatomistes une fibre mille fois variée, quelques micrographes le globule élémentaire, etc., etc.

Avec les progrès de la science, les connaissances positives effacèrent peu à peu les résultats hypothétiques de l'imagination; on fut convaincu qu'il était plus difficile de trouver les différences entre les objets analogues que d'apercevoir des analogies entre les objets différents. Toute la sagacité des observateurs s'exerça donc alors à dédoubler les corps considérés jadis comme simples. On sait quel sort éprouvèrent les quatre éléments des anciens, représentés actuellement par une série considérable d'éléments constitutifs; la médecine possède un grand nombre de maladies qui font le désespoir du médecin et souvent aussi, il faut le dire, celui du malade; la physiologie a reconnu plusieurs ordres de fonctions; l'anatomie a enregistré une foule immense de faits puisés dans la série animale.

Ainsi, dans les premiers siècles nous voyons apparaître de loin en loin quelques grandes idées, mais incomplètes, sans bases positives, sans preuve. Plus tard, c'est l'anatomie qui prend le sceptre exclusif dans la science. Bientôt une foule de faits secs, isolés, des descriptions détaillées, sont réunies, amassées, mais sans liaison, sans l'idée mère, sans l'idée nécessaire qui constitue la vie et anime la science dans toutes ses parties.

Cette idée vivifiante, elle a été prouvée et démontrée dans l'anatomie par Geoffroy Saint-Hilaire. Mais pour apercevoir cette loi unique, simple, suprême, qui régit les phénomènes les plus compliqués, il a été obligé d'abord de vaincre une cohorte immense de faits isolés. Passer par-dessus toutes ces difficultés d'un seul pas, c'est la prérogative du poëte ou du génie : le premier devine les analogies, l'autre les prouve. Mais tandis que les poëtes abondent, on compte les Newton, et ceux qui connaissent l'histoire de la science savent que de difficultés a dû vaincre le créateur du SYSTÈME DU MONDE avant de pouvoir jeter un regard assuré dans les laboratoires célestes.

Et si nous passons maintenant rapidement en revue la carrière scientifique de Geoffroy Saint-Hilaire, nous verrons, messieurs, comment toute l'histoire de la science se reflète dans cette longue série de travaux; comment, perdu d'abord dans les détails, guidé plus tard dans ce labyrinthe par quelques idées grandes et fécondes, il établit enfin, autre Newton, cette grande loi basée sur les développements embryologiques, cette loi si riche déjà en applications, cette loi qui contient le germe de tous les travaux anatomiques futurs.

En 1796, encore dans la première jeunesse, et presqu'au début de ses travaux, M. Geoffroy Saint-Hilaire énonce déjà l'idée que « la nature n'a formé tous les êtres vivants que sur un plan unique, essentiellement le même dans son principe, mais qu'elle a varié de mille manières dans toutes ses parties accessoires. Il lui suffit, ajoute-t-il, de changer quelques-unes des proportions des organes pour les rendre propres à de nouvelles fonctions, ou pour en étendre ou restreindre les usages. Ainsi, les formes dans chaque classe d'animaux, quelque variées qu'elles soient, résultent toutes, au fond, d'organes communs à tous : la nature se refuse à en employer de nouveaux. Ainsi, toutes les différences les plus essentielles qui affectent chaque famille dépendante d'une même classe, viennent seulement d'un autre arrangement, d'une autre complication, d'une modification enfin de ces mêmes organes » (1).

Je l'ai dit, messieurs, cette idée de l'unité de composition n'a pas été pour la première fois énoncée par Geoffroy Saint-Hilaire. Aristote, le premier fondateur de l'anatomie comparée, avait déjà le pressentiment des rapports philosophiques des êtres. Belon indique, d'une manière claire et concise, l'analogie qui existe entre le squelette de l'homme et celui des oiseaux. Newton, méditant un jour sur la simplicité et l'harmonie des lois qui régissent l'univers, s'écrie : « Je n'en puis douter, les animaux sont soumis au même mode d'uniformité. » Buffon proclame à son tour le principe de l'unité de composition. Enfin, à mesure que l'on se rapproche de notre époque, on voit la même idée conçue et comprise par un plus grand nombre d'hommes, et exprimée avec netteté par Herder, par Vicq d'Azyr, par Pinel, par Goethe.

Mais jusqu'au dix-neuvième siècle l'unité de composition n'avait été l'objet d'aucun travail scientifique; M. Geoffroy Saint-Hilaire lui-même, dans ses travaux antérieurs à 1807, trouve quelquefois des rapports remarquables; mais jamais ceux-ci ne sont ni cherchés, ni démontrés rigoureusement et scientifiquement. Le plus souvent c'est une idée grande et féconde qui surgit à l'occasion d'un fait particulier; elle reste incomprise et bientôt oubliée de tous. Mais à la différence des prédécesseurs de Geoffroy Saint-Hilaire, le penseur qui l'a conçue sent qu'elle a de l'avenir, et dès lors elle reste invariablement fixée dans son esprit; dès lors elle le guide dans ses recherches de tous les jours, et lui fait découvrir des faits qui sans lui seraient restés cachés aux yeux de tous.

Aussi dès que, revenu d'Égypte, il peut s'adonner tout entier aux travaux scientifiques, se sentant riche de faits et capable d'asseoir ses idées sur une base solide, inspirée par une pensée sublime, il entreprend de longues et pénibles recherches pour arriver à la démonstration de ses pressentiments, de ce qui jusque-là n'avait été qu'une conviction toute personnelle. Tel est, dit M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, son fils, son élève, son digne interprète; tel est, dit-il, à partir de 1807, l'invariable caractère de ses travaux, tous dirigés vers le même but avec une persévérance sans exemple peut-être dans l'histoire des sciences depuis l'immortel Kepler.

Et cette démonstration que cherchait Geoffroy Saint-Hilaire ne pouvait pas lui échapper, dès qu'il songea à comparer les animaux aux divers degrés de développement de l'embryon humain. Idée féconde, immense, ouvrant autant de voies diverses vers la découverte d'une multitude de faits nouveaux; renfermant toute l'anatomie philosophique, si riche en principes féconds; donnant naissance aux principes des inégalités de développement, qui forme la base de la tératologie, si bien établie par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire; faisant connaître la loi du développement centripète, démontrée et découverte par M. Serres; ramenant à des lois analogues ou identiques la série animale, celle des états anormaux; démontrant, en un mot, l'unité fondamentale des êtres organisés : pensée poétique jusque-là, vérité positive aujourd'hui.

Et lorsque dans une discussion à jamais célèbre, dans une lutte de deux géants, lorsque Cuvier, confiant dans son génie, espérant emporter, par sa clarté, par la netteté, la précision des faits, un triomphe facile sur Geoffroy Saint-Hilaire, celui-ci combattait, soutenu par son génie, soutenu par le public; car chacun comprit, comme dit M. Dumas, que l'esprit humain allait faire un grand pas.

Nous nous efforcerions en vain d'exposer ici, même rapidement, les principaux faits contenus dans la PHILOSOPHIE ANATOMIQUE, qui est la recherche des analogies, ajoutée, non substituée, à la recherche des différences. Observer, décrire, classer, n'est, pour l'anatomie transcendante, que le commencement de la science, mais le commencement rigoureux. Elle repousse par conséquent, avec raison, Schelling et cette école des philosophes de la nature, pour laquelle philosopher sur la nature, c'est créer la nature, pour laquelle les faits sont les conséquences des formules, et non les formules les conséquences des faits. Elle s'éloigne également de Cuvier, qui voit dans le classement l'expression exacte et complète de la nature entière. Hypothèses sans faits et faits sans conséquences; — l'un et l'autre sont

(1) RAPPORT SUR LES RAPPORTS NATURELS DES MAKIS, dans le MAGASIN ENCYCLOPÉDIQUE, t. I, p. 20.

bannis de l'anatomie transcendante. La nouvelle école veut l'alliance de l'observation et du raisonnement. Les pieds fixés sur la terre et le regard plongé dans l'immensité du ciel, elle élève la pensée et révèle à notre intelligence le doigt du Créateur dans les formes les plus bizarres, les plus capricieuses, comme dans l'unité harmonieuse de toute la série animale.

Voyez plutôt, messieurs, ici les organes expliqués, non par leur grandeur, leur couleur, leur structure, leur fonction si variable et le plus souvent inconnue, mais par leur position relative, leurs connexions, en un mot par leurs dépendances mutuelles, de telle sorte qu'un organe est plutôt anéanti que transposé. Voyez : là les organes rudimentaires négligés précédemment, déterminés maintenant par leurs rapports fixes et constants de position, de telle sorte qu'à défaut de l'organe on trouve du moins ses éléments. Voyez ensuite, à côté de ces rudiments, d'autres organes très-développés, à côté de l'atrophie l'hypertrophie, puisqu'un excès sur un point suppose une diminution sur un autre, puisque, comme le dit Gœthe, le budget de la nature est fixe, et qu'une somme trop considérable affectée à une dépense exige ailleurs une économie. Voyez tous ces principes s'enchaînant logiquement, démontrant l'unité des organes au milieu des diversités apparentes; voyez l'œuvre de Geoffroy Saint-Hilaire, formant un tout, dont chaque partie complète, explique et fortifie les autres ; voyez à chaque pas que nous faisons, guidés par lui, se lever un coin de l'épais voile dont se recouvre la nature pudique; voyez ce rayon divin qu'il fait pénétrer dans le chaos des faits incompris, et dites-moi, messieurs, si dans ces recherches, dites-moi si dans ces vues sublimes, vous ne trouvez pas les bases solides d'une véritable philosophie qui s'inspire de la religion et qui s'appuie sur l'intelligence.

Comment un adversaire plein de sagacité, un homme qui s'appelait Cuvier, a-t-il pu voir, dans les doctrines professées par Geoffroy Saint-Hilaire, des entraves apportées à la liberté et à la puissance du Créateur? Comment a-t-on pu repousser ces idées comme irréligieuses et troubler le repos du vieillard? Pour moi, messieurs, et sans doute pour vous aussi, les idées de la sagesse et de l'omnipotence du Créateur se lient à chaque recherche scientifique, à toute contemplation des merveilles de la nature : il n'y a qu'un homme savant qui puisse, comme le philosophe Leibnitz, recueillir un insecte sur la terre et le déposer intact sur l'herbe, après l'avoir admiré, au lieu de l'écraser sous ses pieds. Et si, dans nos recherches, messieurs, guidés par le génie, nous pouvons pénétrer plus avant dans les secrets de la nature, s'il nous est permis de soupçonner la pensée du créateur, si nous sommes assez heureux pour apercevoir le rayon qui, réfracté de mille manières, a engendré les êtres qui nous entourent ; si nous soupçonnons la loi unique, suprême, selon laquelle se produisent toutes ces formes diverses, ne serons-nous pas pleins d'admiration pour cette puissance créatrice qui, par des lois simples, claires, précises, régit les êtres organisés comme elle régit les masses des planètes à travers les espaces infinis? Verrez-vous dans ces résultats une insulte à la religion? n'y trouverez-vous pas plutôt les inspirations les plus élevées, les seules dignes de l'esprit humain?

J'aurais désiré, messieurs, profiter de cette circonstance pour vous exposer aussi comment l'anatomie générale a puisé une foule immense de renseignements instructifs dans les études embryologiques, comment, éclairée sur la véritable valeur des organes dans les animaux inférieurs, elle a pu éviter les erreurs que la fonction supposée des organes aurait pu faire commettre, comment ainsi l'histologie moderne voit s'ouvrir devant elle un champ nouveau, inconnu jusque-là.

Mais je m'arrête. Déjà j'ai outre-passé les limites d'une simple notice en mémoire de deux membres de la Société, notice dans laquelle j'ai voulu seulement indiquer la place que ces savants occupaient dans la science, la direction qu'ils imprimèrent aux études. Permettez-moi seulement d'ajouter encore quelques mots concernant les rapports qui existaient entre la Société et ces deux hommes illustres.

Tous deux appartenaient à la Société anatomique. M. Geoffroy Saint-Hilaire fut un de ses membres les plus actifs, soit par l'exactitude avec laquelle il suivait les séances, soit par le nombre de ses communications. Vous l'avez vu, messieurs, assis parmi nous, prenant part à nos discussions, honorant nos séances annuelles de sa présence, comme le fait aujourd'hui son fils, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui porte avec tant d'éclat cet illustre nom.

Breschet, plus jeune que lui, une fois admis au sein de la Société, s'y distingua par son zèle et son activité. Il en fut le dernier secrétaire avant sa réorganisation ; c'est à lui que la Société doit de posséder encore ses anciens procès-verbaux, qu'il conservait avec une fidélité paternelle comme un précieux trésor, car ils lui rappelaient des souvenirs chers, ses premiers travaux, ceux de ses amis, de Dupuytren, de Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce sont ces rapports avec la Société anatomique qui m'ont permis aujourd'hui de prononcer quelques mots en mémoire de deux savants dont la France s'honore, de deux maîtres dont les noms appartiennent désormais à l'histoire.

Je viens de retracer rapidement devant vous, messieurs, et bien incomplétement, la vie laborieuse de Breschet, les travaux hardis de Geoffroy Saint-Hilaire : l'un protégeant les nouvelles idées et apportant en leur faveur l'autorité de son nom ; l'autre créant les nouveaux principes, démontrant les lois divines qui régissent l'organisation animale, poursuivant avec ardeur, avec sérénité, sans jamais s'arrêter, au milieu du fracas des révolutions et des batailles, une même idée, une même pensée. Que l'esprit sage, modeste et bienveillant de l'un, que le génie hardi, les admirables qualités de cœur et d'esprit de l'autre, que leur dévouement à la science, leur courage, leur persévérance, nous servent de modèle et d'encouragement puissant dans la pénible carrière des sciences. Nous y trouvons une nouvelle preuve de la récompense accordée à ceux qui se dévouent entièrement, avec loyauté, avec désintéressement, au culte de l'intelligence humaine, une nouvelle preuve de l'omnipotence de la science, qui ne connaît ni rang, ni fortune, ni naissance, et dans laquelle tôt ou tard chacun trouve sa place selon ses œuvres.

Messieurs, quelques jours seulement m'ont été donnés pour écrire ces lignes, quelques jours seulement pour me rappeler ces recherches amassées pendant un demi-siècle. Ayant voué toute ma vie, permettez-moi de vous le dire, messieurs, à l'étude des sciences anatomiques, espérant bientôt dérouler, devant les personnes qui voudront bien m'apporter leur concours, le tableau si riche, si utile de l'anatomie générale, je me suis empressé d'offrir aujourd'hui mon faible tribut d'estime à la Société, d'offrir mes hommages à deux de ses membres les plus célèbres. Sans doute je me serais senti écrasé sous cette tâche difficile, si je n'avais pas espéré que toute votre indulgence, toute votre bienveillance me serait accordée en faveur des noms illustres que je viens de prononcer devant vous.

BIBLIOGRAPHIE.

RELATION HISTORIQUE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTHÉROPATHIE (MALADIE CONNUE SOUS LES DIFFÉRENTS NOMS DE STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE, ANGINE COUENNEUSE, CROUP, DIPHTHÉRITE CUTANÉE, ETC.), OBSERVÉE DANS LE DÉPARTEMENT DE SAONE ET LOIRE ET DE LA NIÈVRE PENDANT LES ANNÉES 1841, 1842, 1843 ET 1844; par D.-Z. DAVIOT, docteur en médecine, médecin cantonnal de Saint-Léger-sous-Beuvray.

M. Daviot décrit, sous le nom de *diphthéropathie*, une affection pseudo-membraneuse qui s'est montrée sous forme épidémique dans une circonscription assez étendue de l'arrondissement d'Autun, depuis 1841 jusque vers la fin de 1844. Des épidémies de même nature s'étaient déjà montrées dans le pays d'Autun à diverses époques. On en trouve quatre relations dans l'histoire des épidémies, depuis 1782 jusqu'en 1809, époque où cette maladie avait été signalée pour la dernière fois lorsqu'elle fit de nouveau invasion en 1841. Ce retour périodique d'une même affection, à intervalles éloignés, dans une même contrée, est d'autant plus remarquable que rien n'indique qu'il existe dans ce pays des circonstances locales propres à en favoriser le développement, et que loin que cette maladie y soit endémique, sa rareté à l'état sporadique est telle, au contraire, que quelques-uns des plus anciens médecins du pays disent n'en avoir jamais observé d'exemple. L'auteur tire de cette circonstance cette conséquence, qu'il est permis d'espérer que la constitution diphthéropathique actuelle ne trouvant que des conditions négatives de développement dans ce climat, ne sera probablement jamais qu'une constitution éventuelle, et ne se transformera pas, comme certaines épidémies, en constitution dominante habituelle. M. Daviot a cherché à saisir quelles pourraient être les relations de l'épidémie avec l'état de l'atmosphère pendant toutes sa durée; mais ces recherches, ainsi que celles qui avaient eu pour but de déterminer l'influence possible des conditions topographiques, n'ont eu aucun résultat, si ce n'est de confirmer cette particularité signalée par tous les épidémistes, que la température, les saisons et les variations atmosphériques n'ont presque aucune influence sur la marche et l'intensité des épidémies. Cependant une circonstance seule lui a paru ne pouvoir être expliquée, jusqu'à un certain point, que par l'influence des vicissitudes atmosphériques : c'est la proportion plus considérable de sujets atteints de l'épidémie dans les localités les plus exposées à ces vicissitudes. On conçoit en effet, sans admettre précisément ici un rapport de causalité, que dans les lieux où les intempéries se sont fait sentir davantage, l'épidémie trouvant des sujets plus prédisposés par l'action de cette influence, s'y soit montrée avec plus d'intensité. Enfin, une dernière circonstance que signale l'auteur, et qui est commune à toutes les épidémies, c'est la rareté relative des maladies sporadiques habituelles pendant tout le cours de l'épidémie. Ainsi, les phlegmasies pulmonaires par exemple, qui sont les affections dominantes dans ces contrées pendant les saisons froides, s'y sont montrées beaucoup plus rares que de coutume.

Laissons là les généralités qui n'apprennent que peu de chose sur l'origine et la nature de l'épidémie, et suivons l'auteur dans la description des principaux caractères de la maladie et dans l'appréciation des méthodes et des moyens de traitement.

Dans l'épidémie qu'il décrit, l'inflammation diphthéritique a frappé sur des points divers du tissu muqueux et cutané, mais dans des proportions fort diverses. La diphthérite pharyngienne a été de beaucoup la plus fréquente, sa prédominance a été telle qu'elle suffisait en quelque sorte à elle seule pour établir la constitution épidémique. Après le pharynx, les organes qui ont été affectés sont, d'après leur ordre de fréquence : la peau, la membrane muqueuse laryngo-trachéale et la muqueuse buccale pour les diphthérites simples. Mais la diphthérite s'est montrée dans un certain nombre de cas,

simultanément sur plusieurs points de l'économie; ainsi on a observé, dans le cours de l'épidémie, des cas de diphthérite pharyngo-cutanée, laryngo-cutanée et pharyngo-laryngienne.

L'angine diphthéritique de cette épidémie appartiendrait, d'après ses principaux caractères, à la seconde variété admise par M. Bretonneau, à l'*angine couenneuse, scarlatineuse ou de Fothergill*, dénomination impropre, puisque cette sorte d'angine peut se montrer avec toute autre éruption que l'éruption scarlatineuse, ou même indépendamment d'aucune fièvre éruptive, comme dans l'espèce; aussi le nom de *diphthérite pharyngienne épidémique*, que propose de lui donner M. Daviot, paraîtrait-il plus convenable. Toutes ces distinctions scolastiques entre les différentes variétés disparaissent d'ailleurs en présence d'une épidémie où on les observe toutes, et où leurs différences s'affaiblissent par des nuances intermédiaires quelquefois imperceptibles. Ainsi M. Daviot a observé, dans le cours de la même épidémie, grand nombre de cas ayant tout à fait la physionomie de la diphthérite pharyngienne sporadique, d'autres cas non moins nombreux présentant tout l'aspect de la maladie de Fothergill, abstraction faite de la scarlatine; d'autres fois, enfin, il a vu la diphthérite croupale ou débuter par le pharynx, ou se terminer par cet organe, et il ajoute avec raison que, dans les épidémies de cette nature, le siége du mal et ses complications peuvent seuls établir la ligne de séparation, si on peut en admettre, entre les angines dites pseudomembraneuses.

M. Daviot signale un état remarquable du passage de la première à la seconde période, et qui, suivant lui, n'aurait pas suffisamment attiré l'attention du praticien : « Nous avons constamment observé, dit-il, sur les parties qui allaient devenir le siége de l'exsudation pseudomembraneuse, une nouvelle coloration transparente, comme œdémateuse, et comparable à la teinte d'un morceau de chair blanchi par le contact de l'eau bouillante. Bientôt alors on voyait apparaître sur les amygdales, la luette, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, etc., isolément, simultanément ou progressivement, de petits points vésiculeux formés par des soulèvements partiels de l'épithélium, luisants, blanchâtres, qui, d'abord séparés, ne tardaient pas ordinairement à se réunir, à se confondre, puis se transformaient en plaques d'un aspect lardacé, lisses, blanchâtres, jaunâtres ou brunâtres, irrégulièrement circonscrites, plus saillantes au centre et amincies à leurs bords. Parfois les plaques primitives restaient isolées et semblaient reposer sur une surface déprimée. Cette variété de forme se montrait principalement sur les tonsilles, qui présentaient alors une apparence toute particulière. A côté des points diphthéritiques déprimés, ces organes conservaient leur tuméfaction et leur rougeur, et leur surface devenait comme anfractueuse. »

Aux signes locaux pathognomoniques se joignaient des symptômes généraux dépendant de la lésion sympathique ou directe de plusieurs autres appareils, tels que bouffissure considérable de la face, réaction fébrile plus ou moins intense, pouls en général fréquent, presque toujours petit et serré, même chez les individus bien constitués, ce qui était un des cachets de la diphthérite épidémique; céphalalgie plus ou moins prononcée; langue gonflée, couverte d'un enduit muqueux épais et jaunâtre; nausées, vomissements assez fréquemment; quelquefois abcès phlegmoneux dans le voisinage des ganglions lymphatiques ou dans leur tissu propre; enfin on remarquait aussi des plaques diphthéritiques sur diverses parties du corps. Le mal s'aggravait et pouvait atteindre son plus haut degré d'intensité quelquefois dans l'espace de 36 à 48 heures. Les amygdales devenaient énormes, au point de former un obstacle mécanique au passage de l'air et des liquides.

La maladie marchait rapidement vers une terminaison funeste, lorsqu'elle sévissait sur des sujets cachectiques chez lesquels les pseudom embranes présentaient dès le début une coloration brunâtre. Le plus communément, la mort ne survenait que du 7e au 10e jour. Les malades succombaient en proie à tous les accidents d'une véritable asphyxie. Quand la maladie devait se terminer favorablement, l'extension des fausses membranes cessait; elles se circonscrivaient alors d'un cercle rouge, se boursouflaient, se décollaient, et se détachant par lambeaux, laissaient suinter quelques gouttelettes de sang, puis étaient rendues avec une salive écumeuse, gluante et d'une odeur nauséeuse.

Les organes de la respiration ont été rarement envahis par l'inflammation diphthéritique dans le cours de l'épidémie. L'extension de l'exsudation pelliculaire donnait lieu alors aux symptômes principaux du croup.

M. Daviot a constaté plus d'une fois un mode de terminaison de l'angine membraneuse sur lequel M. Guersant a beaucoup insisté. Au moment où cette affection était en voie de guérison, où la convalescence semblait s'établir, les malades étaient pris d'une broncho-pneumonie consécutive ordinairement double. L'invasion de cette complication était insidieuse; la mort en était la conséquence inévitable.

La diphthérite pharyngienne est-elle contagieuse? M. Daviot ne le pense pas, et les faits et arguments nombreux qu'il rapporte à l'appui de son opinion paraissent effectivement établir que si, dans le cours de l'épidémie, la maladie a pu paraître se transmettre quelquefois par voie de contagion, ce qui est toujours fort difficile à prouver, ce n'a été que très-rarement et d'une manière exceptionnelle.

Le traitement de la diphthérite pharyngienne a été, de la part de M. Daviot, l'objet d'une attention toute spéciale, et cette partie de son travail méritait d'autant plus cette attention, que la thérapeutique est ici essentiellement active et qu'elle doit être aussi prompte qu'énergique. Après les tâtonnements inévitables en présence d'une épidémie, M. Daviot s'est arrêté à une méthode mixte qui se compose tout à la fois et des moyens propres à combattre l'inflammation, et des topiques locaux destinés à détruire les pseudomembranes et à modifier l'état morbide spécial de la muqueuse. Parmi les moyens de premier ordre, l'auteur place en première ligne la saignée générale, qui convient particulièrement chez les sujets âgés de plus de 10 ans, dans les deux premières périodes de la maladie et pour les cas où il y a une réaction générale vive; les saignées locales dans les mêmes périodes de la maladie, répétées à courts intervalles jusqu'à cessation de la réaction générale et amendement de l'état local. M. Daviot restreint l'usage des vomitifs aux très-jeunes sujets, toutes les fois que l'inflammation diphthéritique tend à se propager aux voies aériennes, ainsi qu'aux cas de croup primitif. Quant aux purgatifs, ils ne lui ont pas paru convenir; ils augmentaient les dispositions à l'irritation gastro-intestinale, sans aucun profit pour la guérison. Les révulsifs vésicants ont dû être rejetés comme ayant le grave inconvénient d'ajouter la diphthérite cutanée à la diphthérite pharyngienne; il n'en a pas été de même des révulsifs rubéfiants, qui ont été souvent utiles, de même que les frictions avec la pommade stibiée.

La médication topique marchant de front avec la médication antiphlogistique ou générale, l'auteur a dû expérimenter successivement les divers agents caustiques ou substitutifs alternativement préconisés. Voici quel a été le résultat de son expérimentation à cet égard.

L'alun lui a paru avoir une efficacité certaine dans le premier degré de la maladie; mais son action se bornait là : il ne rendait plus aucun service dans le deuxième, et *à fortiori* dans le troisième degré de la maladie.

L'azotate d'argent était réservé pour les deux derniers degrés de la maladie. C'est le moyen qui a eu le plus de succès entre les mains de M. Daviot.

L'acide chlorhydrique a été employé concurremment, soit avec l'alun dans les cas légers, soit avec l'azotate d'argent liquide dans les cas où il n'était pas possible d'introduire l'azotate d'argent solide dans l'arrière-gorge; car son efficacité s'est montrée moindre que celle de la pierre infernale. M. Daviot n'a retiré aucun résultat avantageux du chlorure d'oxyde de sodium. Quant au protochlorure de mercure, soit pur, soit associé à du sucre pulvérisé, comme le recommande M. Bretonneau, son action curative s'est montrée nulle pour l'angine diphthéritique; mais il n'en a pas été de même à l'égard de la diphthérite cutanée, contre laquelle ce moyen doit être spécialement réservé, suivant M. Daviot.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans dire un mot de cette dernière forme de la diphthérite, et sans rappeler à ce sujet un fait important que signale l'auteur, comme preuve irrécusable de l'identité de nature de l'inflammation pelliculaire des muqueuses et de la peau. M. Daviot a vu pendant cette période épidémique, sous l'influence des mêmes causes et de prédispositions semblables, la diphthéropathie sévir simultanément sur plusieurs membres de la même famille, envahissant chez celui-ci la muqueuse pharyngienne, chez celui-là le tissu cutané, chez un autre les voies respiratoires, chez un dernier, enfin, tous ces organes à la fois ou successivement, et ne présentant d'autres modifications que les différences symptomatiques propres à chaque région.

En ce qui concerne le traitement local de la diphthérite cutanée, il se résume à peu près exclusivement dans l'emploi des caustiques et des cathérétiques; l'azotate d'argent et les préparations mercurielles, le calomel particulièrement, sont les agents qui se sont montrés le plus efficaces. Quant aux applications émollientes et aux antiphlogistiques, l'auteur les repousse non-seulement comme inutiles, mais comme évidemment nuisibles dans cette forme de diphthéropathie.

La relation de M. Daviot, par le nombre et l'importance des faits qu'elle renferme, par les considérations pratiques et les résultats thérapeutiques qui y sont consignés, mérite de prendre place à côté des meilleures monographies qui ont été publiées sur cette affection. En remplissant un devoir auquel devraient obéir avec le même zèle tous les médecins appelés par les circonstances à être témoins de maladies épidémiques, M. Daviot a eu d'autant plus de mérite que, frappé par cette même épidémie dans ses affections les plus chères (1), il a écrit ce livre sous la préoccupation des souvenirs pénibles que chaque page devait lui rappeler. Cette circonstance même est en quelque sorte un garant du soin et de l'exactitude qu'il a dû apporter dans sa rédaction.

(1) M. Daviot a perdu deux de ses enfants dans le cours de cette épidémie.

VARIÉTÉS.

— M. Orfila a donné sa démission de membre du conseil général des hospices. Cette démarche a été provoquée par une dissidence grave au sujet des cliniques de la Faculté. Nous avons trop de confiance dans la haute sagesse du conseil pour douter qu'il n'emploie pas tous les moyens d'empêcher que la résolution de M. Orfila soit définitive. Ce serait une perte irréparable pour l'administration, la science et les malades.

— Affaire des dentistes. — On sait que devant le tribunal correctionnel (6e chambre), les dentistes ont succombé. Le tribunal les avait condamnés, le 16 décembre dernier, à 25 fr. d'amende, décidant ainsi en principe qu'ils doivent être pourvus d'un diplôme. Un seul a fait appel, c'est M. William Rogers; mais la cour, malgré la plaidoirie de Me Crémieux, et après avoir entendu Me Paillet pour les médecins-dentistes, a confirmé le jugement de première instance sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Glandaz, et a explicitement jugé que les dentistes devaient se faire recevoir médecins et officiers de santé suivant les formes prescrites par la loi du 19 ventôse an XI.

Voici le texte de l'arrêt :

» Statuant sur l'appel de William Rogers,

» Considérant qu'il résulte de l'ensemble des dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, qu'elle a pour objet de déterminer, dans l'intérêt de la santé publique, la condition et les garanties auxquelles sont soumis tous ceux qui veulent se livrer à l'art de guérir;

» Considérant qu'aux termes des art. 1er et 35 de ladite loi, nul ne peut, sous peine d'amende, exercer la médecine, la chirurgie et l'art des accouchements, s'il n'a été examiné et reçu conformément aux conditions qu'elle prescrit;

» Considérant que ces dispositions sont générales et absolues, qu'elles embrassent toutes les parties de l'art de guérir, que dès lors elles s'appliquent à l'art du dentiste comme à celui de l'oculiste et à toutes les autres spécialités qui ont été ou qui peuvent être imaginées ou pratiquées dans l'art de guérir;

» Qu'en effet, l'art du dentiste fait évidemment partie de l'art de guérir; qu'il exige des connaissances diverses en médecine et en chirurgie, notamment celle de l'anatomie et de la pathologie de la bouche; que le traitement des maladies des dents est susceptible d'exiger, suivant leur nature, l'emploi de médicaments tant internes qu'externes, et qu'il nécessite habituellement des opérations chirurgicales plus ou moins graves;

» Que, dans les anciens règlements sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie, la profession des dentistes était considérée et réglée comme une partie de la chirurgie; qu'à la vérité les mêmes règlements ne leur attribuaient que la qualité d'experts dentistes et leur défendaient de prendre le titre de chirurgien; mais qu'ils leur défendaient, en même temps, d'exercer aucune autre partie de la chirurgie que celle sur laquelle ils avaient été reçus; ce qui prouve incontestablement qu'on considérait l'art du dentiste comme une partie de la chirurgie;

» Qu'au surplus, les dentistes ne sont pas les seuls qui aient été mis ainsi dans une classe à part;

» Que l'art. 102 des statuts de la communauté des chirurgiens de Paris, approuvés par lettres patentes du roi Louis XIV, en date du mois de septembre 1699, mettait sur la même ligne les dentistes, les oculistes, les renoueurs d'os, les lithotomistes; qu'il défendait à tous également de prendre d'autre titre que celui d'expert pour la partie de la chirurgie sur laquelle ils auraient été reçus; que, dans un nouveau règlement pour cette communauté, approuvé par lettre patente du mois de... 1760, on ne trouve plus des dispositions spéciales pour les oculistes, les lithotomistes et les renoueurs d'os, parce qu'on avait jugé, sans doute, que le progrès des études chirurgicales permettait de les soumettre aux conditions générales imposées aux chirurgiens; que les anciennes règles furent reproduites dans ces articles pour ceux qui ne voulaient s'appliquer qu'à la cure des dents;

» Que c'est sans doute par le même motif que les rédacteurs de la loi du 19 ventôse an XI ne crurent pas devoir faire une classe à part, même pour les dentistes; que ce motif explique tout naturellement le silence qu'ils ont gardé sur cette partie de l'art de guérir; que, loin d'en pouvoir induire qu'ils ont voulu laisser les dentistes en dehors de toute règle et livrer cette partie de l'art de guérir à une liberté absolue et dangereuse pour la santé publique, il faut, au contraire, en conclure qu'ils ont entendu la soumettre aux règles générales prescrites par la loi;

» Considérant que cette loi n'a conservé, de toutes les spécialités désignées dans les anciens règlements, que l'art des accouchements, et qu'elle n'a évidemment pas fait cette exception pour l'art lui-même, mais seulement en faveur des femmes, qui, de tout temps, l'ont pratiquée presque exclusivement dans les petites villes et dans les campagnes, puisque les hommes qui veulent se livrer à cette partie de la chirurgie sont obligés de se soumettre aux conditions imposées à tous ceux qui se destinent à l'art de guérir;

« Considérant enfin que la loi se prête à tous les besoins, puisqu'elle admet non-seulement des docteurs en médecine et en chirurgie, auxquels elle impose la nécessité d'étudier toutes les parties de l'art de guérir, mais encore de simples officiers de santé, dont elle n'exige que des connaissances beaucoup plus restreintes, et qui peuvent suffire aux chirurgiens-dentistes;

» Considérant, en fait, qu'il résulte de l'instruction et des débats que William Rogers avait exercé à Paris, en 1845 et années antérieures, la profession de dentiste dans toute l'étendue qu'elle comporte, sans être muni de diplômes, de certificats de réceptions ou autorisations quelconques, et sans être porté sur les listes dressées en exécution des articles 25, 26 et 34 de la loi du 17 ventôse an XI; que c'est donc avec raison qu'il a été condamné à l'amende, par application de l'article 35 de ladite loi;

» Par ces motifs, confirme; condamne Rogers aux dépens. »

AU RÉDACTEUR. — INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LA BLENNORRHAGIE.

Monsieur le Rédacteur,

M. Debeney vient d'achever, dans la Gazette Médicale, la publication de son Mémoire sur les injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie. Après avoir cité les médecins qui ont fait connaître leur opinion sur la valeur de cette méthode, il conclut ainsi : « Il est donc démontré d'une manière incontestable que, parmi les praticiens qui ont été présentés comme adversaires, aucun ne rejette les injections caustiques dans la période moyenne de la blennorrhagie. » Mon nom ayant été rangé par M. Debeney parmi ceux auxquels il applique cette conclusion, j'ai dû me demander comment cet honorable écrivain a pu prendre d'une façon aussi surprenante le change au sujet de ma manière de voir. Dans un travail que la Gazette Médicale a récemment inséré, communiquant le résultat de mes expériences personnelles sur ces injections, je déclarais n'avoir eu que trois guérisons sur trente-huit essais, et je terminais en écrivant en majuscules : « Proscription des injections caustiques comme seul traitement pendant la période inflammatoire! » Si ce n'est pas là rejeter la méthode, j'ignore absolument comment M. Debeney désire qu'on formule sa pensée pour qu'il la saisisse. Dans la seule phrase qu'il reproduit de mon travail, j'avais dit, il est vrai : « Après chaque injection, les symptômes inflammatoires baissent sensiblement. » Mais j'ajoutais sans aucune interruption : « Mais on a beau les multiplier; après la deuxième ou la troisième, la diminution dans la quantité de l'écoulement ne fait plus aucun progrès. » (Voy. Gaz. Méd., 1845, p. 696.) M. Debeney n'a-t-il donc voulu lire du texte que ce qu'il pouvait citer sans se compromettre?

En cherchant à me rendre compte de l'insistance que M. Debeney met à faire de moi, malgré l'évidence, un partisan de sa méthode, je ne puis me dissimuler que le motif en est, pour mon amour-propre, des plus flatteurs. Des avances si manifestes et si peu méritées me laissent presque confus de n'y pouvoir répondre que par de nouveaux refus. Il m'eût été agréable, mon honorable ami le croira, je l'espère, de lui rendre politesse pour politesse. Mais par cela même que son procédé semble témoigner du prix qu'il veut bien attacher à mon opinion, je dois la soutenir telle que je l'ai consciencieusement émise. Il pense sans doute servir la science et l'humanité en traitant tous ses malades par les injections caustiques; et moi aussi, je remplis un devoir en répétant que ni dans ma pratique ni à mon hôpital, je n'emploie jamais maintenant ces injections dans la période inflammatoire de la blennorrhagie. S'il fallait rentrer dans le fond du débat, je n'aurais pas de peine à prouver que, malgré toutes les adhésions qu'il se félicite d'avoir réunies, M. Debeney est encore seul à appliquer la méthode des injections caustiques selon la rigueur de ses principes. Mais je ne dois point oublier que cette lettre n'a pour objet qu'une réclamation personnelle; en attendant qu'on m'offre l'occasion d'une discussion sérieuse et sincère, il me suffira d'avoir ici rétabli, aux yeux de vos nombreux lecteurs, ma véritable pensée et le texte qui l'exprimait, ce me semble, assez clairement.

Veuillez agréer, etc. P. Diday,

Chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens) de Lyon.

— Jean-Pierre Beullac père, président honoraire de la société royale de Médecine de Marseille, est décédé dernièrement dans cette ville, à la suite d'une attaque d'apoplexie, à l'âge de 79 ans. Il avait été le premier chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— La maladie qui a décimé le bétail dans les provinces du sud de la Russie a tous les symptômes du choléra. Ceux qui se souviennent des ravages de ce fléau dans les années 1830 et 1831, disent que les mêmes phénomènes se reproduisent aujourd'hui sur ces animaux.

— M. Dezeimeris vient d'adresser à l'Académie des inscriptions et belles-lettres un mémoire dont l'objet est de révéler à ceux qui s'occupent de l'histoire de la philosophie, que des ouvrages d'Empédocles, de Démocrite et de Diogène d'Apollonie, qu'on croit perdus depuis plus de vingt siècles, subsistent encore aujourd'hui et se sont conservés dans le recueil des écrits attribués à Hippocrate.

— On lit dans le *Courrier de Marseille :*

« Suivant un bruit généralement accrédité, M. le ministre du commerce se serait, à la fin, décidé à faire cesser le conflit élevé entre lui et l'intendance sanitaire de notre ville, à l'occasion de la dernière ordonnance royale, en modifiant en quelques points les anciens règlements. On se souvient que les membres de notre intendance avaient présenté en masse leur démission. Cette démission vient d'être acceptée.

— Il paraît certain que la loi sur l'enseignement de la médecine sera présentée aux chambres sous deux ou trois jours; mais il ne paraît pas moins certain qu'elle ne pourra pas être votée pendant le cours de cette législature.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

QUESTION DE L'ANTAGONISME ; APPRÉCIATION DE QUELQUES OBJECTIONS, ET RÉTABLISSEMENT DES TERMES DU PROBLÈME; par M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Non numerandæ, sed perpendendæ sunt observationes.

S'il est un point du problème de l'antagonisme qu'une polémique de trois années devrait avoir définitivement éclairé, c'est assurément celui qui concerne la question elle-même, c'est-à-dire les termes dans lesquels elle a été formulée. En effet, si pour quelques esprits la victoire peut encore paraître incertaine, au moins l'objet de la lutte et le terrain sur lequel se livre le combat devraient-ils aujourd'hui être connus de tous, et particulièrement de ceux qui prétendent prendre part au débat. Malheureusement il est loin d'en être ainsi; car, depuis l'origine de la lutte jusqu'à ce jour, nous voyons la discussion se traîner dans une logomachie de plus en plus obscure, et se traduire par la reproduction et la réfutation alternées d'arguments, dont le moindre défaut est peut-être celui de n'avoir aucun rapport avec la question en litige. Telle a été la lutte dès le commencement, telle nous la voyons encore se prolonger aujourd'hui. *Quousque tandem?*

Je ne cesse de répéter depuis trois ans qu'il ne peut être question, qu'il ne s'est jamais agi de je ne sais quel antagonisme entre la phthisie et la fièvre intermittente, qu'une telle proposition serait insoutenable, absurde. Peine inutile! des hommes sérieux s'obstinent à se ruer contre l'être de leur fiction, et à renouveler ainsi, sur le terrain scientifique, le combat contre les moulins à vent.

Longtemps détourné, par de nombreuses occupations, d'une lutte dans laquelle la faiblesse même des objections semblait me dispenser d'intervenir, je me décide aujourd'hui à rentrer en lice. C'est qu'en effet, si le silence a son éloquente signification, il ne faut pas cependant perdre de vue que la paresse naturelle de la plupart des esprits n'est que trop encline à prendre le bruit pour l'insigne de la vérité, et que, dans la science comme dans le monde politique, la foule, *ventosa plebs*, compte plutôt qu'elle ne pèse les suffrages. D'ailleurs, si l'on n'y prenait garde, un des plus grands problèmes d'hygiène publique et de pathologie générale, à force d'être rapetissé, ne tarderait pas à se voir réduit aux mesquines proportions d'une statistique de village ou d'hospice.

J'entends, par antagonisme, le principe en vertu duquel certains états, certaines diathèses confèrent à l'organisme une immunité plus ou moins prononcée contre un ordre donné de manifestations pathologiques.

Cet antagonisme est-il un rêve, ou bien est-il une réalité fondée sur la nature même des choses? Pour nier la vérité de ce principe pathologique, il faut avoir fermé les yeux à l'évidence, il faut ne voir qu'une utopie médicale dans l'action préservatrice de la vaccination, dans l'immunité qui résulte d'une première atteinte de certaines maladies contagieuses, etc., etc.... N'en déplaise donc aux esprits qui ont horreur de tout principe, l'antagonisme pathologique est une loi, et, quelque ambitieux que puisse paraître ce mot, sa propriété ici est complète : « *Lex est ratio profecta è naturâ rerum.* »

Mais de ce que la loi est manifeste, incontestable, en résulte-t-il qu'il ait jamais existé un antagonisme du genre de celui contre lequel on est étonné de voir quelques personnes s'escrimer avec une passion qui ne le dispute qu'à la naïveté de leurs attaques? En d'autres termes, existe-t-il un antagonisme entre la phthisie pulmonaire et la fièvre intermittente? Franchement, je ne connais point cet antagonisme-là, et s'il est une chose qui doive surprendre, c'est assurément qu'il ait pu se rencontrer des médecins disposés à exécuter de lointains voyages, dans le seul but de vérifier ou de réfuter une si étrange proposition.

Que signifie, en effet, la prétendue opposition entre la phthisie et la fièvre, qui, depuis trois ans, sert de texte à tant de déclamations? Voudrait-on prouver, par hasard, qu'un tuberculeux n'est point garanti contre la fièvre, ou que l'homme qui, pour avoir passé quelques minutes sur les bords d'un marais, y aura contracté une fièvre intermittente, n'est point pour cela à l'abri de la phthisie pulmonaire? Mais personne n'a jamais songé à soutenir la thèse singulière contre laquelle tant de science est gratuitement dépensée! Ou bien, voudrait-on démontrer que l'admission de nombreux phthisiques dans un hôpital n'exclut point l'admission de malades atteints de fièvres d'accès, dans le même établissement? Mais, encore une fois, qui donc a jamais eu la naïveté de soutenir le contraire? C'est donc avec juste raison que je comparais tout à l'heure la lutte contre l'antagonisme à certain combat dont Cervantès nous a conservé le souvenir.

De ce qui précède, il résulte qu'il s'agit ici, non de réfuter des objections ayant trait à une thèse toute fictive, mais de rétablir, pour la centième fois, les termes de la proposition de l'antagonisme appliquée à l'influence paludéenne. Sous ce rapport, je ne puis mieux faire que de reproduire ici le passage suivant, textuellement extrait de mon mémoire publié dans le numéro de janvier 1845, des ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE :

« Avant tout, il importe de bien poser les termes de la question qui fait » l'objet de notre examen; cette question, la voici : Celles des localités marécageuses qui impriment à l'organisme une modification profonde se » font-elles remarquer par la rareté relative de la fièvre typhoïde et de la » phthisie pulmonaire?

» On voit qu'il ne s'agit ici nullement d'un antagonisme entre les fièvres » intermittentes, la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde..... Notre proposition n'exclut en aucune manière, des lieux où règnent la fièvre typhoïde et la phthisie, la coïncidence éventuelle de quelques fièvres intermittentes dont la manifestation se produit souvent par une modification » très-superficielle de l'organisme, sous l'influence marécageuse, etc., etc. »

Après des explications aussi catégoriques et précises que souvent répétées, on est, à bon droit, étonné de voir affluer, jusqu'au sein de l'Académie, des mémoires n'ayant d'autre objet que de démontrer la possibilité de la rencontre simultanée, dans une même ville ou dans un même hôpital, de malades atteints de phthisie ou de fièvre intermittente, affections dont on ne prend même plus la peine de démontrer l'origine endémique et commune.

Comme bien on le pense, je n'aborderai pas les détails de ces divers travaux; qu'il me suffise d'avoir rappelé qu'il n'y a pas lieu à réfuter une argumentation sans rapport aucun avec la proposition pathologique générale par moi formulée. Qu'importe, en effet, à l'avenir du principe que je défends,

---

Feuilleton.

LA JEUNE FILLE ÉLECTRIQUE.

Les faits, ou, pour parler plus exactement, les récits relatifs à la jeune paysanne bretonne surnommée, à tort ou à raison, la fille électrique, ont depuis une quinzaine excité une vive curiosité parmi les savants et dans le public. Pendant que la police, au nom de l'ordre public, et l'Académie, au nom de la science, procédaient à une enquête méthodique et raisonnée, la foule bien plus prompte dans ses impressions, se jetait avidement sur la nouvelle pâture offerte à ses préjugés, à son imagination, à ses instincts. Comme il arrive toujours en ces rencontres, le bruit qu'on a fait a été si retentissant et si confus qu'il est fort difficile de reconnaître, au milieu de ces voix discordantes, celle qui est l'écho de la vérité, et les efforts mêmes de la science pour percer l'obscurité sembleraient plutôt l'épaissir. C'est donc avec quelque hésitation que nous allons examiner les pièces d'un procès si embrouillé et y chercher les éléments d'une décision équitable. Déjà nous avons eu plus d'une fois l'occasion, à propos du magnétisme animal et du somnambulisme (1), de discuter des questions analogues ou plutôt identiques. Nous n'aurons guère ici qu'à rappeler et appliquer les principes qui nous ont dirigé dans ces précédentes recherches.

Rappelons d'abord les circonstances qui ont amené à Paris la jeune fille, sujet de nos observations. L'histoire de ces précédents n'est pas indifférente: elle pourra jeter quelque lumière sur les faits particuliers dont la science a eu à s'occuper.

Angélique Cottin, âgée de 14 ans, habitait avec ses parents le village de la Muzerie, commune de la Perrière, département de l'Orne. Son père et sa mère travaillaient aux champs. Elle n'a jamais manifesté rien de particulier dans son enfance. Son intelligence est obtuse, sa physionomie grossière et presque hébétée; cependant elle sait lire et écrire. Le jeudi 15 janvier 1846, elle était occupée à tisser des gants de filet de soie avec trois autres jeunes filles. Tout à coup, vers huit heures du soir, elle remarque, ainsi que ses compagnes, que le guéridon, servant à fixer l'extrémité de la trame, s'agitait, se déplaçait de lui-même, comme poussé par une force invisible. Elles essayèrent de le maintenir en place, mais sans pouvoir y parvenir. Saisies d'effroi, elles se mirent à fuir en poussant de grands cris. Quelques instants après, rassurées par des voisins qui étaient accourus à leurs cris, elles se remettent à l'ouvrage, et sitôt qu'Angélique Cottin reprit la trame, « le guéridon s'agita de nouveau, *dansa*, fut renversé, puis vio-

(1) Voy. principalement année 1834, numéros des 8 mars et 23 mai; année 1837, numéros des 11 février, 12 août, 9 septembre; année 1838, numéro du 7 juillet; année 1841, n°s 22, 24, 37 et 47.

qu'à Tours, à Rochefort ou à Amsterdam, les mêmes hôpitaux aient reçu des phthisies et des fièvres intermittentes, si la communauté d'origine n'est point établie, si les phthisiques n'y ont point subi, d'une manière profonde et prolongée, l'influence paludéenne, ou si les fièvres intermittentes n'ont pas été contractées dans l'intérieur de la ville ou du quartier qui a donné naissance à la phthisie? Si, pour démontrer la non-efficacité du quinquina ou du mercure, il suffisait de faire une simple énumération de quelques centaines d'individus atteints de fièvre ou de syphilis, qui auraient pris sans résultat un des deux médicaments héroïques dont il s'agit, quelle est la médication, basée sur l'expérience des siècles, capable de résister à ce mode étrange de réfutation? Mais, assez sur ce point.

Il est un autre genre d'attaque qui paraît sourire beaucoup aux adversaires du principe de l'antagonisme : il consiste à reproduire d'une manière incessante des arguments déjà mille fois réfutés, et dont la faiblesse native trouvait au moins une excuse dans l'entraînement d'une quasi-improvisation, mais dont l'éternelle reproduction est au moins aussi maladroite que peu loyale.

Ainsi, par exemple, j'ai démontré maintes fois que les documents numériques publiés par le gouvernement anglais, sur les maladies et la mortalité des armées de terre et de mer de la Grande-Bretagne, ne pouvaient avoir aucune valeur au point de vue de la question de l'antagonisme, attendu que les maladies n'y ont souvent aucun rapport d'origine avec les localités dans lesquelles elles ont été constatées, et que, de l'aveu même des auteurs de ces documents, les affections qualifiées de phthisies ne sont pas des phthisies. Mais citons un exemple des étranges bévues auxquelles peut conduire la simple énonciation des chiffres des documents dont il s'agit, s'il n'est pas tenu compte du texte explicatif.

Les hôpitaux de Malte ont reçu, dans la période de 1817 à 1836, un grand nombre de fièvres paludéennes et de phthisies pulmonaires. Voilà qui n'est guère favorable à l'antagonisme. Cependant, si l'on prend la peine de lire le texte, les choses changent de face. Voici, en effet, comment s'exprime M. Tulloch : « Les habitants de Malte paraissent subir l'influence des » maladies pulmonaires au même degré que ceux des pays les plus septen- » trionaux, tels que la Suède, par exemple, où les décès causés par ces » affections figurent dans la proportion de 15,6 sur 1,000 individus vi- » vants.... Quant aux fièvres intermittentes, elles avaient pour ainsi dire » toujours une origine étrangère au climat de Malte, et il a été constaté » qu'elles avaient été contractées pendant un séjour antérieur, soit dans les » îles Ioniennes, soit dans un autre foyer. » (STATISTICAL REPORTS ON THE SICKNESS AND MORTALITY OF THE TROOPS. London, 1840, pag. 23. A.) On me dispensera, je l'espère, d'insister davantage sur la faiblesse de l'argumentation exclusivement numérique basée sur les documents que je viens de citer.

D'autres préfèrent insinuer que les faits observés à Strasbourg constitueraient une réfutation victorieuse du principe de l'antagonisme, comme si la vétusté était de nature à donner à des faits une valeur qui leur manquait à leur origine. Je ne connais, sur Strasbourg, que les documents relatifs à la clinique de la Faculté, et qui peuvent se résumer ainsi : l'hôpital de la clinique de cette ville, qui reçoit habituellement un grand nombre de phthisies et de fièvres typhoïdes, a reçu, dans une période de six ans et quatre mois, c'est-à-dire en trois cent trente et une semaines :

Fièvres intermittentes. 335

Une fièvre intermittente par semaine, et sans indication d'origine, dans une ville de 50,000 habitants, voilà sans contredit un argument bien fait pour attester l'intensité de l'influence paludéenne dans Strasbourg. Eh bien! s'il pouvait rester encore quelques doutes sur le rôle dévolu, dans cette ville, à l'influence marécageuse, je pense que les documents suivants, que j'emprunte à la TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE STRASBOURG, par Graffenhauer, suffiraient pour les dissiper :

Sur un total de 20,161 décès, correspondant à la période de dix ans, de 1806 à 1815,

1,349 sont attribués à la phthisie pulmonaire, et

17 seulement à des fièvres réputées de nature marécageuse; encore n'est-il nullement établi que ces fièvres avaient été contractées en ville, c'est-à-dire hors des foyers marécageux extérieurs qui entourent Strasbourg.

Viendra-t-on dire de nouveau que les fièvres paludéennes ne sont que très-rarement cause de mort? Nous admettons le fait, mais seulement dans les localités où l'influence palustre est peu prononcée, où par conséquent son faible degré est incapable de produire l'antagonisme.

Si des causes de la mortalité nous passons maintenant à l'examen de la marche pathologique des saisons, les faits ne se montrent pas plus favorables à l'hypothèse des adversaires de l'antagonisme. Voici, en effet, comment se trouvent répartis 57,756 décès constatés à Strasbourg dans la période de trente ans, de 1805 à 1835 :

Mars.	5,809 décès.
Avril.	5,493
Janvier.	5,247
Février.	4,994
Mai.	4,990
Août.	4,652
Décembre	4,642
Septembre.	4,374
Novembre	4,290
Octobre	4,929
Juin	4,209
Juillet	4,127
Total.	57,756 décès.

Or est-il possible, pour quiconque est tant soit peu familier avec les travaux récents d'hygiène publique, de prêter un caractère paludéen d'une certaine importance à une ville où la mortalité se trouve ainsi répartie? J'ai habité Strasbourg à deux reprises différentes, et je visitais alors avec assiduité les hôpitaux militaires et civils; or j'affirme n'avoir jamais rencontré, chez les habitants de la ville proprement dite, la moindre trace de cette diathèse particulière, qui caractérise la population des localités vraiment marécageuses; je dis la ville proprement dite, parce que certains faubourgs, tels que la citadelle, la Robertsau, etc., offrent des conditions pathologiques diamétralement opposées.

Est-ce à dire que cette ville, sur laquelle on me force de revenir d'une manière incessante, ait toujours été exempte, au même degré, de maladies à cachet paludéen? Je ne le pense pas, et, au besoin, je trouverais, dans la dénomination même de plusieurs de ses quartiers, la preuve de ma manière de voir. Ainsi, le quartier situé près de la Porte des pêcheurs s'appelait autrefois *Beym-Tich*, ce qui, en *allemand de Strasbourg*, signifie

---

» lemment *repoussé* à plusieurs pieds de distance. En même temps la jeune fille, » entraînée à sa suite, faisait de vains efforts pour le relever, le retenir; dès » qu'elle le touchait il *fuyait* plus loin, etc.... » (1) Le lendemain des phénomènes semblables se reproduisirent. Une huche pleine de pain, du poids de 150 livres, à laquelle on avait fixé, au moyen d'un petit clou, l'extrémité d'un gant, fut violemment secouée, déplacée, quoique la jeune fille ne communiquât avec le meuble que par un fil de soie.

A l'annonce de ces faits, la foule décida qu'Angélique Cottin était *ensorcelée*, et on allait déjà même jusqu'à désigner les coupables. Les parents, effrayés de ces manifestations, conduisirent leur fille chez le curé du lieu qui, bien loin de voir dans ce fait une *possession*, ni de procéder à l'*exorcisme*, comme on l'a dit, jugea, d'après les phénomènes dont il fut témoin, que c'était un cas de maladie qui devait être soumis à l'examen des médecins. Les parents ne goûtèrent pas d'abord cet avis et rentrèrent chez eux avec leur fille.

Du 17 au 20, les phénomènes cessèrent complétement; mais le 21 ils reprennent avec une plus grande intensité encore qu'au début, et ils sont presque continuels. Angélique ne peut plus se livrer à aucune occupation; rien ne résiste autour d'elle à son action répulsive; il lui est notamment impossible de s'asseoir, sa chaise étant, dès qu'elle s'en approche, violemment chassée loin d'elle; elle est enfin forcée de rester à genoux au milieu d'une chambre.

Du 21 au 24, l'affluence des curieux augmente; les effets se produisent toujours et à toute heure, mais ils sont plus marqués le matin, de huit à neuf heures, le soir de cinq à six.

Le 24, la jeune fille fut conduite à Mamers; deux médecins l'examinèrent. Les phénomènes observés par eux furent, à ce qu'il paraît, insignifiants, puisqu'ils déclarèrent ne pouvoir se prononcer; mais un autre médecin de Mamers, M. le docteur Verger, fut plus heureux : il s'attacha à l'étude de la jeune fille, la garda plusieurs jours chez lui, et observa une foule de faits de répulsion, soit à distance, soit par le contact des vêtements. Les plus fréquents étaient toujours le renversement d'un guéridon et la propulsion de la chaise : c'étaient là les deux expériences qui ont été le plus souvent répétées, citées et annoncées; ce sont aussi celles qu'on a plus spécialement essayé de reproduire à Paris. Une foule d'hommes honorables et instruits, des ingénieurs, des banquiers, des médecins, dont on cite les noms (1), répétèrent ces épreuves.

Le 6 mars, la jeune Angélique Cottin fut conduite à Mortagne par ses parents, qui se proposaient d'exploiter ses facultés extraordinaires, et de la don-

(1) Nous empruntons ici les termes d'une relation publiée dans le JOURNAL DU MAGNÉTISME de M. le baron Dupotet, par M. Habert (de Garney), qui paraît avoir recueilli avec soin sur les lieux tous les renseignements qu'il a pu se procurer sur les événements qui ont précédé et motivé le voyage d'Angélique à Paris.

(1) MM. Olivier, ingénieur; Chéron; Saunoy; les docteurs Beaumont jeune; Bisson (de l'Aigle); Ermangard; MM. Wavasseur et Fromage, pharmaciens; les curés de Sérigny et de Saint-Martin. (Lettre de M. le docteur Verger, JOURNAL DU MAGNÉTISME.)

près de l'étang. Entre l'Ill et les murailles de la ville, se trouvait un vaste marais, comme l'indiquent encore aujourd'hui les noms de *gruner, alter, newer, durrer Bruch* (marais vert, vieux, neuf, sec, etc.). Il est permis enfin de dériver le nom du quartier de la Kruteneau du mot *Kroetenau*, qui signifie île des crapauds. Le chroniqueur Kleinlanel cite vingt inondations de la ville dans la seule période de 1524 à 1589 ; or on peut se faire une idée des ravages que devaient exercer autrefois les maladies de marais. Mais aussi, parmi toutes les épidémies de Strasbourg dont l'histoire nous a conservé le souvenir, je cherche vainement une seule épidémie de typhus depuis l'an 591 jusqu'au commencement du dix-septième siècle; le premier typhus épidémique de Strasbourg correspond, si je ne me trompe, à l'année 1622. A dater de cette époque, à laquelle correspondent de grands travaux de desséchement, le cachet paludéen des maladies endémiques s'efface de plus en plus; les épidémies de typhus se multiplient, malgré l'agrandissement de la ville, et malgré le décroissement de l'agglomération de la population. De temps à autre une grande inondation du Rhin vient rétablir l'ancien état des choses; alors les fièvres paludéennes reprennent le dessus, et les maladies ordinaires décroissent dans une proportion correspondante.

C'est ainsi que la grande inondation des bords du Rhin, en 1824, fut suivie à Strasbourg, dans les années 1825, 1826 et 1827, d'une augmentation de 20 pour 100 dans la proportion ordinaire des malades atteints de fièvres intermittentes. Voici quel avait été, à l'hôpital militaire, le chiffre des admissions dans les quatre années qui précédèrent l'inondation :

En 1821, sur 2,181	admissions,	887	fièvres intermittentes, ou	41	sur 100
1822, — 2,260	—	948	—	42	—
1823, — 2,300	—	990	—	43	—
1824, — 3,249	—	1,517	—	47	—
Total.		4,342			

Ainsi, de 1821 à 1824 exclusivement, la moyenne annuelle des admissions pour fièvres intermittentes avait été de 43,25 sur 100. Ce ne fut qu'en 1825 que les effets de l'inondation commencèrent à se dessiner, c'est-à-dire après le retrait des eaux, dont l'influence fébrifère se prolongea pendant quatre années, comme l'indiquent les chiffres suivants :

En 1825, sur 2,592	admissions,	1,938	fièvres intermittentes, ou	75	sur 100
1826, — 2,681	—	2,030	—	75	—
1827, — 3,486	—	2,571	—	74	—
1828, — 3,655	—	2,469	—	68	—
Total.		9,008			

Il résulte de là que la proportion des admissions pour fièvres intermittentes, qui pendant l'inondation avait été de 43,25 sur 100, s'éleva, pendant les quatre années suivantes, à une moyenne de 73 sur 100. Mais voici qui donne un intérêt spécial aux faits qui précèdent. On a pu voir que le chiffre des admissions pour fièvres intermittentes, qui de 1821 à 1824 était de 4,342, s'éleva dans les quatre années suivantes à 9,008. Or, à cette occasion, M. le professeur Tourdes père, ancien médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, à qui nous sommes redevable de ces curieux et importants documents, fait la réflexion suivante : « Il n'en fut pas de même des maladies » continues, qui, de 1821 à 1824, se montrèrent au nombre de 5,648, mais » dont le chiffre, de 1825 à 1828, tomba à 3,406; la proportion des ma- » ladies *continues*, qui en 1821 avait été de 59 sur 100 malades, s'a- » baissa :

» En 1825, à 25 sur 100.
» 1826, à 25 —
» 1827, à 26 —
» 1828, à 32 —

Si nous résumons les faits précédents, relatifs aux maladies de Strasbourg, nous voyons que les documents fournis par Graffenhauer, par M. Boersch et par M. le professeur Forget lui-même, loin d'attester une influence paludéenne prononcée dans cette ville, en démontrent au contraire la faible intensité. Qu'y a-t-il, dès lors, d'étonnant dans les ravages exercés par la phthisie et par la fièvre typhoïde? Ces mêmes documents établissent encore que la marche pathogénique des saisons n'est, en aucune manière, celle qui est caractéristique des localités marécageuses proprement dites; enfin, ils démontrent que, lorsque accidentellement et par suite des inondations du Rhin, les fièvres de marais ont acquis à Strasbourg ou aux environs une certaine intensité, toujours les fièvres continues ont diminué dans une proportion correspondante.

En ce qui concerne Bordeaux, nous n'avons jamais compris comment on a pu concevoir la pensée de faire passer cette magnifique cité pour une localité marécageuse. Même en admettant que les 367 fièvres intermittentes traitées dans les salles de M. Gintrac fussent toutes contractées dans l'intérieur de la ville, ce qui valait bien la peine d'une démonstration dans une question relative à l'endémicité, ce chiffre de 367 se rapportant à une période de quatre années, de 1839 à 1842, ne donne, en moyenne, pas même 100 fièvres intermittentes sur une population de plus de 150,000 habitants!

On voit qu'en examinant de près toutes ces prétendues objections, on les trouve fort innocentes au point de vue qui nous occupe, et, loin d'infirmer, elles confirment au contraire la proposition de l'antagonisme. Ce que nous disons de Strasbourg et de Bordeaux s'applique aux documents produits, dans ces derniers temps, sur Rochefort et sur Tours, documents dans lesquels les maladies contractées dans l'intérieur de la ville ont été confondues avec les maladies du dehors. Enfin, en ce qui concerne l'opinion des médecins hollandais sur la non-exclusion de la phthisie pulmonaire des grandes villes où se rencontrent quelques fièvres intermittentes, nous ne prendrons pas la peine de la réfuter, attendu qu'elle est sans rapport avec notre proposition. Pour trouver une coïncidence de la phthisie avec des fièvres intermittentes, besoin n'est nullement d'aller la chercher en Hollande; je doute qu'il existe une seule ville en France où elle ne se rencontre.

Après avoir passé en revue les documents opposés au principe que je défends, et les avoir réduits à leur véritable valeur, il me reste à parler d'un travail publié dans le numéro de janvier du JOURNAL DE MÉDECINE, et dans lequel l'auteur, M. Bricheteau, s'est proposé, comme l'indique le titre même de l'article, de procéder à l'*examen des opinions émises sur l'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes*.

Le simple énoncé de ce titre suffirait pour démontrer que l'examen de M. Bricheteau a trait à un antagonisme qui n'est pas le nôtre, circonstance qui, à elle seule, nous dispense de toute réfutation quant au fond. Remarquons toutefois que, tout en acceptant comme sérieuses les objections citées plus haut, et dont nous avons fait justice, M. Bricheteau n'en conclut pas moins que « l'on ne peut méconnaître qu'il y ait, soit dans le climat des

---

ner en spectacle au public pour de l'argent. A Mortagne, elle fut examinée par le docteur Beaumont. Plusieurs des phénomènes précédemment décrits furent observés par lui, ainsi que par les docteurs Ragaine et Saint-Lambert.

Pendant que les médecins de Mortagne se préparaient à poursuivre les expériences, plusieurs spéculateurs vinrent faire aux parents des offres pour l'exploitation de ce nouveau *phénomène rare et vivant*. Elle fut adjugée à M. Cholet, chapelier de la ville, désigné, on ne sait pourquoi, comme docteur en médecine dans divers journaux et au sein de l'Académie. C'est sous la conduite de M. Cholet qu'Angélique est venue à Paris, accompagnée de son père et de sa mère.

La première et peut-être la seule intention des parents et du guide de cette jeune fille fut de la faire voir au public comme une curiosité, et ils avaient, à ce qu'il paraît, conçu les plus brillantes espérances sur le produit de cette exhibition ; ce n'est que par accident que la question a été soumise aux savants. M. le préfet de police, avant d'accorder l'autorisation demandée, ordonna d'abord, suivant l'usage, une enquête préliminaire, pour s'assurer de la réalité des faits promis au public. Il institua à cet effet une commission dont plusieurs médecins faisaient partie, et la chargea de lui faire un rapport. Nous ignorons encore quel a été le résultat de ses investigations. Pendant que cette enquête se préparait, la jeune fille fut amenée officieusement à M. Arago, qui fut témoin de divers faits dont il rendit compte lui-même à l'Académie des sciences. Ces faits étaient assez singuliers, assez remarquables pour éveiller l'attention. Une discussion assez vive s'établit, des opinions contradictoires se produisirent. Cependant l'Académie, sans se laisser arrêter par les prétendus motifs de convenance ou de dignité scientifique allégués par quelques membres pour qu'elle déclinât son intervention dans cette affaire, nomma, pour examiner les faits, une commission composée de MM. Arago, Becquerel, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Babinet, Rayer et Pariset. Dans la séance du 23 février, M. Arago rendit compte des expériences entreprises par la commission dans une première visite; les résultats avaient été complétement négatifs. Cependant, comme les phénomènes annoncés pouvaient, par leur nature même supposée, être sujets à des intermittences, la commission avait décidé de continuer son examen. Deux autres séances ont été, depuis, consacrées par elle à l'examen d'Angélique Cottin; mais le résultat a été le même, c'est-à-dire négatif. La commission n'a pas fait de rapport, et il est probable qu'elle n'en fera point. L'Académie ne lui a pas demandé l'explication de son silence, et il est demeuré tacitement convenu qu'il ne serait plus question de cette affaire.

Pendant que la commission académique se livrait à cet examen, dont le résultat était impatiemment attendu, la foule des curieux n'a cessé d'assiéger l'hôtel de Rennes, rue des Deux-Écus. Plusieurs hommes de science ont isolément cherché à étudier personnellement les faits; quelques-uns ont publié les résultats de leur observation. La plus remarquable de ces relations est celle que notre confrère, le docteur Tanchou, a adressée à l'Académie. M. Tanchou a vu une chaise vigoureusement tenue par deux *forts de la halle se briser* entre leurs mains par le choc qu'elle a reçu au moment où Angélique s'y est assise; il a vu une table à manger, un guéridon, un canapé très-lourd, *projetés* et comme lancés au loin par le *contact seul des vêtements de la jeune fille*. Il a vu une chaise, sur laquelle Angélique voulait s'asseoir, être attirée d'abord vers

» contrées marécageuses, soit dans l'influence paludéenne, quelques conditions favorables aux tuberculeux. Et la connaissance de ces conditions est » due aux auteurs des travaux que nous venons d'examiner. »

Or la proposition de l'antagonisme, telle que nous l'avons formulée, ne dit pas autre chose, et nous sommes heureux de nous trouver d'accord sur ce point avec M. Bricheteau ; seulement, si les objections rapportées par ce médecin avaient réellement la valeur qu'il semble leur prêter, peut-être les conclusions que nous venons de citer manqueraient-elles tant soit peu de justesse.

Après avoir admis la possibilité de l'action favorable de l'influence paludéenne pour les tuberculeux, M. Bricheteau s'empresse d'apporter une restriction à cette opinion, en ajoutant : « Au lieu d'invoquer je ne sais quelles » tendances opposées, ne serait-il pas possible de se rendre raison de cette » espèce de prophylaxie par la chaleur uniforme qui règne dans plusieurs » localités marécageuses, chaleur humide qui, en favorisant le développe- » ment de la fièvre, s'oppose à la tuberculisation des poumons? »

Pour notre compte, nous ne voyons pas ce que les tendances opposées de certaines diathèses peuvent avoir de si surprenant. Dans le mémoire publié dans le numéro de janvier 1845, des ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, nous avons cité des centaines d'exemples d'immunité due à l'influence sur l'organisme de modificateurs miasmatiques ou autres agents pondérables.

Quant à l'hypothèse d'une prétendue chaleur uniforme, considérée comme cause de prophylaxie, non-seulement elle ne repose sur aucun fait avéré, mais encore elle est contraire à l'expérience. Lorsqu'au commencement de la discussion sur l'antagonisme, les médecins de la Bresse marécageuse se levèrent en quelque sorte comme un seul homme pour attester la vérité de ma proposition, leur déclaration établissait implicitement que l'uniformité de température, inconnue aux marais de la Bresse, n'avait que faire dans le phénomène de l'immunité contre les tubercules. La déclaration des médecins de la Bresse avait une grave signification ; elle se résumait ainsi : dans les localités où l'influence paludéenne est très-prononcée, point de phthisiques; là où cette influence est faible, quelques phthisiques; enfin, dans les localités où l'influence paludéenne est nulle, beaucoup de phthisiques. Voilà ce que disaient les médecins français de la Bresse, parce qu'ils comprenaient la question, et que, pour eux, il ne s'est jamais agi d'un antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes.

Mais revenons un instant à l'hypothèse de l'efficacité d'une température uniforme. M. Tulloch, auteur des travaux statistiques de l'armée anglaise, après avoir insisté sur les ravages de la phthisie à Malte, où, comme on sait, il n'y a pas de marais, ajoute textuellement : « Les résultats qui précèdent démontrent à l'évidence combien le climat de Malte est peu favo- » rable aux personnes prédisposées aux affections pulmonaires, circonstance » d'autant plus digne de remarque, que le thermomètre ne descend presque » jamais à zéro, et que la température de la nuit est, à peu de chose près, » celle du jour.

» Sur 665 militaires anglais décédés à Malte dans une période de vingt » ans, 345 ont succombé à des maladies du poumon. »

Malte est située à peu près sous le même parallèle qu'Alger, et sa température est à la fois et plus élevée et plus égale que celle de cette dernière ville ; Malte n'a pas de marais, et les fièvres intermittentes ne semblent s'y rencontrer que par importation. A Alger, au contraire, la forme et le fond paludéens prédominent dans les manifestations pathologiques ; les maladies de poitrine y sont au contraire d'une rareté en quelque sorte proverbiale, tandis qu'elles figurent, comme on le voit, pour plus d'un tiers dans la mortalité des troupes anglaises en garnison à Malte.

Ainsi donc, d'une part, la température uniforme n'existe pas dans les localités à cachet marécageux prononcé de la Bresse, où la phthsie est rare ; elle existe, au contraire, dans une foule de localités où les phthisiques abondent.

En terminant, je crois devoir rappeler que l'exactitude du principe de l'antagonisme est aujourd'hui constatée par le témoignage de plusieurs centaines de médecins, sur un grand nombre de points du globe appartenant aux quatre parties du monde. De mon côté, j'ai insisté sur l'absence de l'immunité tuberculeuse dans les localités marécageuses placées en dehors de la zone géographique des fièvres paludéennes. Ainsi, Saint-Pétersbourg, qui, malgré son entourage de marais, n'a cependant pas de fièvres intermittentes, présente une proportion énorme de phthisies et de fièvres typhoïdes. — J'ai insisté sur la fréquence de la phthisie dans la race nègre, fréquence coïncidant avec une immunité très-prononcée contre les fièvres de marais. J'ai signalé les observations de MM. Candy, Santy et Skiligzi, en France ; de M. Green, en Amérique, et de M. Schoenlein, en Suisse, qui toutes s'accordent à constater l'augmentation de la proportion des tuberculeux après le dessèchement des marais. Enfin, j'ai insisté sur trois monographies différentes, publiées sur l'augmentation de la proportion des phthisiques dans Londres, par sir Gilbert Blane, par Heberden et par Woolcombe, et j'ai fait remarquer la coïncidence de cet accroissement de la phthisie avec la disparition des fièvres de marais de Londres dont la population, du temps de Willis, Morton et Sydenham, était décimée par ces dernières maladies.

Pense-t-on que quelques objections, sans rapport d'ailleurs avec ma proposition, soient de nature à détruire la haute signification d'un ensemble de faits aussi imposant?

OPHTHALMOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES AFFECTIONS GLAUCOMATEUSES ; par le docteur TAVIGNOT, ancien chef de la clinique des maladies des yeux, à la Pitié.

« Il serait à désirer, dit Weller (t. I, p. 350), que les recherches sur le glaucome fussent continuées, afin que les idées confuses qu'on a eues depuis les temps les plus reculés jusqu'à ce jour sur sa *nature* soient enfin éclairées. » Ce vœu, exprimé naguère par l'auteur allemand, n'a rien perdu de son opportunité ; car il faut rendre aux auteurs qui ont, depuis lors, écrit sur le glaucome, cette justice, qu'ils ont de plus en plus ajouté aux difficultés du sujet, soit par les détails nouveaux dans lesquels ils sont entrés, soit par les conclusions qu'ils en ont tirées. On aurait lieu assurément de s'étonner de cette divergence d'opinions, si l'on ne savait que le glaucome n'est pas une maladie simple et limitée, *mais qu'il est constitué bien plutôt par un ensemble très-complexe de désordres pathologiques qui n'épargnent aucune des parties constituantes de l'œil.* Dans un pareil état de choses, il y avait place pour beaucoup d'opinions contradictoires sur le siége et sur la nature de ce qu'on appelle le glaucome ; et, au milieu

---

elle, s'attacher et se suspendre à sa robe, puis être repoussée avec violence. Cette communication, faite dans les termes les plus explicites, avec des détails nombreux et circonstanciés, avec l'accent d'un homme éclairé et consciencieux qui raconte froidement ce qu'il a vu, avait produit une certaine impression dans l'Académie ; et c'est probablement l'autorité de ce témoignage, corroboré d'avance par la déclaration antérieure de M. Arago, qui a décidé l'Académie à nommer une commission. Une deuxième lettre de M. Tanchou, lue dans la séance d'hier, tend à la vérité à détruire la signification et la portée de la première ; nous aurons occasion d'en reparler.

Tous les observateurs n'ont pas été aussi heureux ; il faut même dire que la plupart, et nous sommes du nombre, ont été désappointés. Les phénomènes qui, les premiers jours de l'arrivée de la jeune fille, se produisaient, disait-on, avec une grande fréquence et une intensité extrême, ont bientôt commencé à devenir intermittents, fugitifs, peu marqués. Lorsque l'Académie a commencé ses investigations, ils avaient cessé entièrement ; quelques jours après on annonça qu'ils avaient reparu, mais ce ne fut qu'une fausse alerte. Ses parents et son guide, M. Cholet, reconnaissent que son état est changé ; ils ont à peu près renoncé au projet d'exhibition qui les avait amenés à Paris. A moins donc de quelque réveil subit et imprévu, on peut considérer l'histoire scientifique de cette jeune fille comme terminée.

Nous compléterons ce récit par une dernière historiette, celle de nos expériences personnelles. Nous avons consacré plusieurs séances à l'examen d'Angélique Cottin, dans l'hôtel qu'elle habite et ailleurs. Nous nous sommes pour ainsi dire attachés à ses pas, et l'avons suivie à tous les moments de la journée, pour tâcher de prendre la nature sur le fait. Mais cette chasse, comme l'appelait Bacon, ne nous a pas réussi ; la nature s'est obstinément refusée à nous montrer ses merveilles, et, ce qui est plus déplaisant encore pour des observateurs naïfs et zélés, *l'art* a prétendu dans une circonstance se substituer à elle et imiter ses procédés. En d'autres termes, le seul fait positif dont nous ayons été témoins après plusieurs visites inutiles et de longues heures d'attente, nous a paru décidément simulé. C'était au commencement d'une séance, nous étions rangés au nombre de quatre autour de la jeune fille qui se tenait debout devant une table à manger ronde, de moyenne grandeur, dont elle entourait une partie de la circonférence avec sa robe étalée à l'aide de ses deux mains. Une chandelle unique éclairait la scène. Après environ une minute, nous voyons la table se soulever brusquement et retomber avec grand bruit, tandis que la petite fille, se rejetant violemment en arrière, comme épouvantée par cette explosion, allait se coller à deux pas contre le mur. Notre impression à tous fut la même : nous ne crûmes voir là qu'un tour exécuté avec plus d'impudence encore que d'adresse ; le seul point de dissidence portait sur la manière dont il avait été fait. Était-ce avec les mains? était-ce avec le genou? cette dernière supposition était la plus probable ; deux des observateurs avaient cru voir la jambe droite se fléchir et se soulever pour porter le coup ; d'ailleurs la position de la robe favorisait ce mouvement. Ce soupçon fut bientôt confirmé par une preuve directe. Le coup avait été si violent que le genou devait en conserver la marque. Quelques instants après, la petite fille fut invitée, sous je ne sais plus quel prétexte, à laisser voir ses jambes. Elle présenta immédiatement la gauche ; mais on examina en même temps la droite, et celle-ci offrait au-dessus

de lésions diverses, on était bien libre de faire un choix, et de mettre en relief telle ou telle d'entre elles. On va juger d'ailleurs, par le nombre et la variété des opinions qui ont été successivement émises sur le glaucome, avec quelle légèreté on a procédé dans l'étude de cette maladie. Par rapport au siége, on a admis les espèces suivantes :

1° Glaucome dépendant d'une altération du corps vitré. — C'est une opinion généralement admise aujourd'hui, que l'on rencontre dans le glaucome l'humeur vitrée diffluente, les cellules de la membrane hyaloïde détruites, et que l'aspect vert de mer que présente le fond de l'œil résulte de la coloration particulière du corps vitré, altération qui se complique plus tard d'amaurose. Telle est l'opinion de Brisseau, de Beer, de Bénédict, de Wardrop, de Carron, de Guthrie.

2° Glaucome dépendant d'une altération du cristallin.—Lorsque le cristallin prend une teinte verdâtre, il ne tarde pas à survenir dans l'œil d'autres changements qui indiquent l'*invasion du glaucome*. Quoiqu'il regarde la cataracte verte comme susceptible d'être opérée avec succès, Mackenzie ne la considère pas moins comme un signe précurseur certain de l'altération glaucomateuse, tout en convenant cependant que, dans quelques cas, l'amaurose peut exister coïncidemment dès le début de l'affection.

3° Glaucome dépendant d'une altération de la rétine. — Wenzel et Scarpa attribuaient le glaucome à une véritable maladie du nerf optique qui se communique plus tard à la rétine. Pour ces auteurs, l'opacité du cristallin n'est pas, dans le glaucome, la maladie principale, elle n'est que secondaire. Weller, Mackenzie, etc., attribuent le glaucome à une affection directe de la rétine.

4° Glaucome dépendant d'une altération de la choroïde. — Autenrieth, Canstt, Juncken, Rosas, et plus particulièrement Sichel, ont fait dépendre le glaucome d'une choroïdite chronique. Dans cette hypothèse, la coloration vert de mer du fond de l'œil s'expliquerait par la décoloration du pigmentum de la choroïde; la perte de la vue, par le voisinage de la rétine; la dureté de l'œil, par les épanchements que produit habituellement l'inflammation des tissus; et enfin les douleurs, par la présence des nerfs ciliaires qui se rencontrent en grand nombre dans le tissu chroniquement enflammé.

Voilà les quatre opinions principales qui ont été successivement émises sur le siége du glaucome. Il faut tenir compte aux ophthalmologistes de leur discrétion à cet égard, car ils auraient pu aller plus loin, en étudiant les altérations matérielles que l'on rencontre dans les affections glaucomateuses, et rapporter encore leur origine à la cornée, à l'iris, à la sclérotique, puisque, en effet, ces différentes membranes éprouvent, pendant le cours de la maladie, des modifications toujours appréciables.

Les causes auxquelles on a rattaché jusqu'ici l'origine du glaucome ne sont guère propres à satisfaire davantage un esprit raisonnable.

On a d'abord invoqué l'influence de l'âge; ici, on a fait confusion. Le cristallin prend, il est vrai, chez les vieillards, une coloration ambrée qui peut donner au fond de l'œil un aspect verdâtre analogue au glaucome, mais qu'il importe beaucoup de ne pas confondre avec lui. Nous craignons bien que Mackenzie, dans ses premiers travaux surtout, n'ait commis cette erreur; il parle d'une cataracte verdâtre susceptible d'être opérée avec succès, et qui n'est accompagnée d'aucune autre altération des tissus de l'œil. Ces faits sont rares, ils ne se rencontrent guère qu'à une époque assez avancée de la vie, et ce n'est pas, à notre avis, cette affection que les anciens désignaient sous le nom de cataracte glaucomateuse. Du reste, Mackenzie paraît être revenu un peu de sa première opinion, et il regarde aujourd'hui le glaucome comme une maladie beaucoup plus compliquée et bien plus grave qu'il ne l'avait cru d'abord.

Taylor parle d'une viscosité anormale du sang et d'une cessation de circulation dans les vaisseaux du cristallin. Développant une autre idée, Bertrandi pense que l'artère centrale de la rétine, par une cause externe ou interne, peut charrier des quantités de sang variables en plus ou en moins; s'il y en a plus, il survient une inflammation dans les parties auxquelles le vaisseau le distribue, le corps vitré, par exemple; s'il y en a moins, il en résulte également un trouble plus ou moins notable.

L'école allemande, fidèle à l'esprit de ses doctrines, ne pouvait voir dans le glaucome autre chose qu'une sorte de métastase goutteuse; les douleurs ordinairement si vives que les malades éprouvent étaient une analogie précieuse qui pouvait être utile à défaut d'autres preuves; mais cet argument tombe de lui-même, puisqu'il fallait toujours démontrer la coïncidence invoquée entre le glaucome et l'inflammation arthritique.

Il nous reste encore à dire un mot du rôle que peut jouer l'inflammation proprement dite dans la production du glaucome. Quel que soit le tissu dans lequel elle aurait son point de départ, on peut dire que l'inflammation, soit aiguë, soit chronique, ne se révèle ici par aucun de ses phénomènes ordinaires, mais que le glaucome suit plutôt une marche qui est propre aux altérations organiques des tissus. Les troubles qui surviennent dans les milieux de l'œil, dans les membranes, ont tous à peu près les mêmes caractères; ces caractères ne se rencontrent que dans les affections glaucomateuses, et non dans les autres états pathologiques que l'on a rapportés jusqu'ici à l'inflammation. L'intervention de celle-ci ne saurait donc être admise.

Avant d'entrer nous-même dans une étude plus complète et mieux justifiée de l'affection glaucomateuse, il importe de tracer un tableau général de la maladie qui fixe bien les faits dans l'esprit, et laisse à chacun d'eux sa signification véritable.

Etiologie. — *Les causes* du glaucome, quoi que l'on ait pu dire à cet égard, sont enveloppées de la plus grande obscurité. On sait seulement que cette maladie ne se développe guère que sur des personnes de 40 à 60 ans; on ajoute que les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Le principe goutteux, rhumatismal, l'état hémorrhoïdal, un trouble dans la circulation de la veine porte, etc., et toutes les autres causes qui ont été invoquées pour expliquer le développement du glaucome, n'expliquent rien par le fait, puisque l'existence de ces causes aurait elle-même besoin d'une démonstration plus rigoureuse.

Symptômes. — Les symptômes que l'on observe dans le glaucome sont de deux ordres, je ne dirai pas différents, parce qu'en effet il existe entre eux une corrélation très-directe, mais au moins assez distincte pour qu'il soit permis de les isoler un instant dans l'intérêt d'une exposition méthodique. Les uns sont des symptômes tirés de l'état fonctionnel, les autres résultent des lésions matérielles.

État fonctionnel. — L'œil affecté de glaucome offre, dès le début, un aspect tout particulier : il a perdu à peu près complétement son expression habituelle, son regard est terne et il a quelque chose de voilé. La vue est considérablement affaiblie, quelquefois même perdue d'une manière com-

---

du genou une trace de contusion légère, mais parfaitement visible pour des yeux exercés. On ne fit sur tout cela aucune sorte d'observation. Les expériences continuèrent avec un redoublement de surveillance, et aucun autre phénomène soit naturel soit artificiel ne se produisit.

Après un accident de ce genre, il nous a fallu, on en conviendra, une dose de vertu logique peu commune pour ne pas appliquer immédiatement l'axiome *ab uno disce omnes*. Nous avons résisté héroïquement à la tentation et nous dirons une autre fois pourquoi.

Nous n'avons voulu, dans ce qui précède, que raconter les faits tels qu'ils résultent des récits publiés ou des actes académiques officiels. Nous avons cru devoir les rassembler dans leur ordre chronologique, persuadé qu'examinés dans leur ensemble, et suivis dans toutes leurs phases, ils peuvent autoriser quelques inductions sinon certaines, au moins très-probables, sur le véritable caractère et la signification des phénomènes manifestés par cette jeune fille. Nous exposerons, prochainement, en la motivant, l'opinion à laquelle nous avons été conduit nous-même. Elle nous semble propre à concilier les deux conclusions exclusives et opposées auxquelles les faits de cette nature ne manquent jamais de donner lieu, et qui, prises à la rigueur, sont, selon nous, également fausses. Nous espérons, en outre, que notre mode d'interprétation pourra, si nous parvenons à le justifier, s'étendre aux nombreux faits du même genre qui se sont présentés dans ces dernières années et à ceux qui ne manqueront pas de se présenter encore, et constituer une sorte de *méthode critique* pour s'y orienter. La logique scientifique courante nous paraît offrir, sous ce rapport, une lacune. Il serait bien à souhaiter que quelque philosophe la remplit, et ajoutât à l'Organum d'Aristote et à celui de Bacon cet utile supplément. Tout ce que nous pouvons faire nous-même, c'est de fournir quelques matériaux à cette œuvre difficile.

—Les sujets de préparations anatomiques pour l'épreuve pratique du concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris ont été répartis ainsi qu'il suit :

1re série, MM. Denonvilliers, Sanson : le nerf maxillaire inférieur.
2e — Chassaignac, Gosselin : le pharinx et le voile du palais.
3e — Giraldès, Duméril : le périnée chez l'homme.
4e — Béclard, Després : la région axillaire.
5e — Bourgery : le plexus cervical.

Chacun des candidats a fait, sur ces préparations, une leçon publique de trois quarts d'heure.

— Un mémoire fort intéressant, sur la *conservation et la multiplication des sangsues*, a mérité à son auteur, M. Meurdefroy, pharmacien-major en retraite, une médaille d'argent que la Société d'encouragement pour l'industrie nationale lui a décernée dans sa séance publique du 18 février dernier.

L'auteur a envisagé cette question sous un point de vue tout à fait neuf; depuis plus de deux ans qu'il avait envoyé ce mémoire à la Société, il s'est livré à de nouvelles et curieuses recherches expérimentales. On ne saurait trop l'encourager dans cette voie, et il est à désirer que l'auteur fasse bientôt profiter la science et l'humanité du résultat de ses utiles travaux.

plète, sans que les parties transparentes de l'œil aient éprouvé des changements capables de s'opposer au passage des rayons lumineux. Avant de s'éteindre complétement, la vision est obscure, confuse, le malade ne distingue les objets qu'à travers un brouillard ; il a la sensation de mouches volantes, de spectres lumineux ; l'iris n'est plus contractile, ou l'est à peine ; il est le plus souvent déformé dans un sens ou dans un autre, quelquefois rétréci, le plus souvent dilaté. Cette déformation peut tenir à des adhérences contractées avec la capsule antérieure, ou exister indépendamment de cette cause : dans ce dernier cas, la pupille, dilatée par la belladone, est susceptible de reprendre momentanément, en totalité ou en partie, sa régularité normale. On observe dans quelques cas le tremblement de l'iris, mais ce symptôme est loin d'être constant ; des douleurs violentes, quelquefois continues, mais revenant le plus ordinairement par accès, se développent dans l'œil même ou autour de l'orbite, en suivant la direction des branches de la cinquième paire. Ces douleurs peuvent exister dès le début de l'affection et précéder tous les autres symptômes. Par leur acuité, leur continuité ou leur retour fréquent, elles excitent alors, en premier lieu, toute l'attention des malades. Dans d'autres cas, les troubles de la vision semblent précéder le développement des douleurs, soit que celles-ci soient peu intenses, soit qu'elles n'existent pas encore ; enfin, il faut reconnaître également qu'il existe un certain nombre de glaucomes, bien moins communs, il est vrai, que les autres, dans lesquels il n'observe, ni au début ni plus tard, cet état névralgique dont nous avons parlé. Ce sont là deux classes fort distinctes de maladies qui, quoique identiques par leurs caractères anatomo-pathologiques, diffèrent pourtant beaucoup par leurs symptômes et par leur marche. Le glaucome douloureux offre, en général, une gravité plus grande que celui qui ne l'est pas ; ces douleurs sont, pour le malade, un véritable supplice ; elles vont même parfois jusqu'à lui donner des idées de suicide. On a remarqué, et ce fait a pour nous une signification que nous développerons plus loin, que les accès de névralgie, en même temps qu'ils produisaient dans l'œil une congestion active et de nouveaux troubles fonctionnels, accéléraient en même temps la marche du travail organique qui détruit lentement chacune de ses parties constituantes ; de telle sorte que chaque recrudescence de la douleur laisse l'organe de la vue dans un état anatomique et physiologique plus mauvais qu'il n'était auparavant.

État organique. — Avant d'aborder l'étude des altérations organiques que peut présenter un œil atteint de glaucome, il importe d'établir à l'avance que le nombre et la nature de ces altérations ne sont pas toujours et nécessairement en rapport avec les troubles fonctionnels que l'on observe ; ainsi, tel malade aura des photopsies, éprouvera des douleurs extrêmement violentes dans l'œil et aux environs de l'orbite, sa vue sera éteinte ou à peu près, et néanmoins le globe oculaire n'offrira que des désordres matériels peu avancés et presque sans importance pour la vision. Cette sorte de désaccord entre l'état fonctionnel et l'état organique indique déjà qu'il existe dans le glaucome un élément morbide resté inconnu jusqu'ici, et qui tient sous sa dépendance immédiate l'organe de la vision.

Voici maintenant ce que l'on observe sur un œil affecté de glaucome et à une période moyenne de la maladie. La cornée, tout en conservant encore sa transparence et sa structure normales, a perdu de son brillant naturel. Vue de face ou de côté, elle offre une sorte de *fumée* qui la fait paraître terne et dépolie ; à sa périphérie se rencontrent parfois quelques vaisseaux sinueux qui tendent à envahir son tissu. Il est plus ordinaire de trouver dans ce point une sorte d'épaississement de la cornée avec opacité complète occupant une partie ou la totalité de sa circonférence, et qui ressemble tout à fait au cercle sénile ou gérotoxon des auteurs. A la partie antérieure de la sclérotique, très-près de la cornée, existe, dans quelques cas, une sorte de bourrelet annulaire, recouvert de la sclérotique amincie et devenue presque transparente : c'est là, sans aucun doute, une sorte de tuméfaction du cercle ciliaire qui tend à faire hernie. On observe en même temps dans la conjonctive scléroticale et dans le tissu même de la sclérotique un réseau plus ou moins compacte de vaisseaux variqueux dont l'aspect noirâtre, tranchant avec la couleur blanche du tissu sous-jacent, donne à l'œil un air livide. Ces vaisseaux, qui charrient du sang veineux, ne se développent qu'à une période déjà assez avancée de la maladie ; ils accusent des désordres matériels profonds survenus dans la texture des membranes de l'œil, et qui ont eu, entre autres résultats, celui de gêner notablement la circulation sanguine de cet organe.

L'iris ne tarde pas à éprouver également des changements matériels appréciables et qui portent surtout sur sa coloration ; s'il était bleu, il devient d'un gris sale ; s'il était brun ou noir, il prend une teinte couleur de rouille, c'est-à-dire rouge foncé.

L'humeur aqueuse ne présente généralement rien de particulier.

La capsule cristalline antérieure et postérieure conservent pendant lontemps leur transparence normale ou à peu près.

Le cristallin et l'humeur vitrée présentent dès le début de l'affection une teinte verdâtre, couleur d'eau de mer, qui donne aux humeurs de l'œil cette opacité profonde et générale que l'on a regardée jusqu'ici comme le signe pathognomonique du glaucome. Le cristallin, d'après les études de Mackensie, est d'une consistance ferme ; vu dans la position naturelle, il semble verdâtre, quelquefois d'un vert de mer foncé. L'humeur vitrée est fluide, incolore ou légèrement jaunâtre ; il n'y a aucune trace de membrane hyaloïde.

La rétine peut être ramollie, amincie ou épaissie. Sa coloration, modifiée par une injection radiée ou disséminée de ses vaisseaux, peut être plus ou moins adhérente que dans l'état normal à la choroïde ; elle peut enfin être séparée de cette dernière par une couche de liquide qui l'en a peu à peu détachée. Son tissu peut avoir subi diverses altérations, telles que dépôts plastiques, etc.

La choroïde est susceptible de présenter les mêmes lésions que la rétine ; elle est parfois parsemée de vaisseaux variqueux ; son pigmentum paraît moins abondant et son reflet est plutôt bleuâtre que noir foncé.

La sclérotique est, dans quelques cas, amincie, bosselée dans plusieurs endroits, et changée de couleur par la vascularisation nouvelle qui s'est développée dans son épaisseur.

Le globe oculaire, examiné en masse, offre des changements qu'il importe aussi de noter. Il est souvent irrégulier dans sa configuration ; sa forme n'est plus exactement sphérique : telle ou telle portion fait une saillie anormale ; quelquefois son diamètre antéro-postérieur semble agrandi, d'autres fois diminué, mais dans tous les cas en sens inverse du diamètre transversal. L'œil est plutôt atrophié qu'augmenté de volume ; au toucher il paraît plus dur et plus distendu que celui du côté opposé.

Ainsi qu'il résulte de cette description, que nous avons rendue aussi succincte que possible, l'affection glaucomateuse, pour être localisée, n'offre que l'embarras du choix ; car la totalité des parties constituantes de l'œil présente, à un certain degré de son développement, des altérations plus ou moins étendues. Aussi quelques auteurs, qui ont tenu compte de cet état anatomo-pathologique multiple, se trouvant embarrassés pour classer le glaucome ont-ils été forcés d'en admettre plusieurs formes différentes. Rosas, par exemple, décrit trois espèces de glaucomes : 1° un glaucome de la membrane hyaloïde ; 2° un glaucome de la rétine ; 3° un glaucome de la choroïde. C'est encore en présence de ces difficultés que d'autres auteurs ont renoncé en quelque sorte à classer le glaucome dans le cadre nosologique ; ainsi le docteur Hays, l'éditeur américain de l'ouvrage de Lawrence, fait remarquer que *le glaucome ne peut, strictement parlant, être regardé comme une maladie, ce terme étant appliqué à un groupe de symptômes qui résultent de plusieurs conditions pathologiques bien distinctes.*

Marche et terminaisons. — Le glaucome est une affection essentiellement chronique, et qui met en général plusieurs années avant d'arriver à son complet développement. On voit des affections glaucomateuses existant depuis cinq ou six ans et qui font encore de nouveaux progrès. Avant de produire une destruction complète et dernière du globe oculaire, le glaucome parcourt différentes périodes assez distinctes pour être étudiées à part. Mackensie, qui a travaillé beaucoup ce sujet, a décrit six périodes ou stades différents ; mais cette division a le tort d'être nombreuse et de ne pas indiquer suffisamment les différences qui séparent chacun d'eux. Nous diviserons le glaucome en trois périodes seulement.

Première période, caractérisée par une teinte verdâtre du fond de l'œil, l'immobilité et l'irrégularité de la pupille, une faiblesse plus ou moins avancée de la vue.

Deuxième période, caractérisée par une coloration vert de mer plus évidente, une dilatation avec immobilité et irrégularité plus prononcées des pupilles, une dureté anormale du globe oculaire, le développement de vaisseaux variqueux dans les parties extérieures de l'œil, et une amaurose presque complète.

Troisième période, caractérisée par une saillie antérieure de l'iris contre lequel s'applique le cristallin, qui reste transparent ou devient complétement opaque, une diminution considérable de la chambre antérieure, l'opacité blanchâtre du cristallin, qui tend à se rapprocher de la cornée en se luxant dans la chambre antérieure, l'inflammation de la cornée, son ulcération plastique, la fonte de l'œil. Cependant le glaucome ne suit pas constamment dans ses progrès une régularité aussi parfaite ; cette différence dans la marche des affections glaucomateuses a fait diviser encore le glaucome en aigu et en chronique ; mais c'est, en définitive, la même maladie, qui donne lieu aux mêmes symptômes dans un espace de temps fort court ou très-long.

Pronostic. — Il est toujours très-grave ; un œil affecté de glaucome sera par cela même presque nécessairement atteint d'amaurose, et d'une amaurose accompagnée de lésions organiques qui rendent la guérison tout à fait impossible.

Complications. — La complication la plus habituelle du glaucome, c'es

le glaucome. En effet, lorsqu'une affection glaucomateuse existe depuis quelque temps d'un côté, il est rare qu'elle n'amène pas à la longue, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, des désordres analogues dans l'œil opposé. J'ai même observé, dans quelques cas, que le second glaucome, qui survenait comme complication du premier, marchait sensiblement plus vite vers la désorganisation des parties constituantes de l'œil, de sorte que la vue était quelquefos perdue complétement de ce côté, tandis qu'elle existait encore en partie du côté opposé, quoique l'affection fût plus ancienne d'un ou deux ans.

Les autres complications qu'il nous reste à énumérer dépendent toutes des conditions particulères dans lesquelles se trouve un œil affecté de glaucome. Ces conditions, restées mystérieuses jusque dans ces derniers temps, favorisent le développement spontané d'inflammations intercurrentes de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, de la capsule cristalline, etc.; elles font encore qu'une opération peu grave dans les cas ordinaires donne souvent lieu à des accidents complexes qui amènent promptement la désorganisation de l'œil. — On a également parlé de la propagation du *processus* glaucomateux aux méninges et de la mort par méningite qui en avait été la conséquence, mais cette dernière espèce de complication du glaucome est bien rare, et nous n'en parlons que pour mémoire.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, exposées dans un enseignement par M. le docteur DUCHESNE-DUPARC, ancien interne d'Alibert et professeur particulier de pathologie cutanée (1).

C'est en vain qu'on voudrait effacer le mot *dartre* du langage médical. Cette dénomination, consacrée par plusieurs siècles, a reçu d'Alibert une signification tellement positive et pratique qu'elle ne peut plus être pour personne une cause d'ambiguïté ni d'erreur. La classe des dartres est, sans contredit, une des plus naturelles et des plus importantes de la pathologie cutanée; chacun des genres morbides qui la constituent se rencontre fréquemment et se retrouve dans toutes les classes de la société; ils ne sont, chez beaucoup de sujets, que le produit d'un funeste héritage: leur caractère essentiellement chronique et leur extrême ténacité sont connus de tous; aussi, malgré leur habituelle compatibilité avec l'exercice des principales fonctions, n'est-il aucun malade qui ne souhaite ardemment d'en être délivré. Ici la longueur et les difficultés du traitement sont telles qu'il faut, pour arriver à la guérison, au praticien, de l'habitude jointe à beaucoup d'habileté et de persévérance; au malade, le courage de la constance et cette docilité pour ainsi dire aveugle qui naît d'une entière confiance. La franchise et la lucidité du langage contribueront certainement à établir ces précieuses conditions. En présence d'une affection véritablement dartreuse, l'homme de l'art sera stimulé par le souvenir des subites exacerbations, ainsi que des récidives inattendues et parfois inexplicables dont il aura été témoin. De son côté, le malade ayant vu échouer complétement ou n'amener qu'une amélioration passagère et insuffisante, toute la série des moyens qu'on emploie chaque jour avec un succès souvent rapide et complet contre les altérations ordinaires, restera convaincu du caractère spécial de la maladie dont il veut se délivrer, et se soumettra volontiers aux ennuis d'une médication qu'il comprendra être en rapport avec la nature de son mal: pour cela ne faut-il pas qu'il le connaisse? On doit donc lui éviter le vague de certaines dénominations, et, mettant de côté tous ces vains ménagements du langage, l'éclairer sur sa véritable position. Il n'est personne qui ne comprenne parfaitement, quand on lui dit qu'elle porte une affection dartreuse; mais ce qu'il faut éviter, c'est qu'elle n'exagère la valeur et l'importance de cette expression: jamais le mot *dartre*, qui effraye tant de gens du monde et même quelques médecins, n'a voulu dire *maladie incurable*. Nous pourrions citer mille preuves du contraire; seulement il s'applique à un certain ordre d'affections d'une nature spéciale et réclamant comme conséquence une médication particulière. Les genres que renferme cette classe sont l'*herpès*, le *varus*, la *mélitagre*.

A. Le genre *herpès*, que je trouve inscrit en tête de ma classe des dartres, suffit à lui seul pour justifier toutes ces distinctions. Ce genre comprend: 1° l'herpès furfuracé (pityriasis, W.; dartre furfuracée volante, Alib.); 2° l'herpès squammeux qu'il faut diviser en squammeux épars ou général (ichtyose), en squammeux arrondi (psoriasis, W.), en squammeux centrifuge (lepra vulgaris); 3° l'herpès vésiculo-squammeux (eczéma des Anglais, dartre squammeuse humide, Alib.)

Ici le siége anatomique explique facilement la constante opiniâtreté de la maladie; c'est en effet sur la membrane pigmentale, organe sécréteur des tissus épidermoïdes et cornés, que se fixe le principe virulent; or cette membrane n'est pourvue que d'une obscure vitalité; la circulation générale et peut-être même l'innervation s'arrêtent à sa surface: de là l'extrême difficulté de porter jusqu'à sa trame l'influence des agents thérapeutiques; de plus, l'herpès, si l'on en excepte quelques cas accidentels, de nature purement locale et extérieure, dus à l'action incessamment renouvelée de certaines professions, est toujours une affection constitutionnelle ou même héréditaire. Je ne crois pas l'herpès furfuracé susceptible d'être communiqué par le simple contact; mais l'allaitement et surtout la génération me semblent des voies très-communes et très-faciles pour cette transmission. Rapportons toutefois le fait cité par M. le docteur Collineau d'un herpès furfuracé arrondi de 10 à 12 lignes de diamètre, siégeant à l'épaule d'une jeune fille, et qui, dans un court intervalle, se manifesta sur différentes parties du corps de la plupart des autres jeunes personnes renfermées avec la malade; la surveillante fut elle-même atteinte. Disons de suite que dans l'herpès vésiculo-squammeux ou dartre humide, la contagion par simple contact est un fait acquis à la science; MM. les docteurs Rayer et Gaide en citent plusieurs observations incontestables, et nous conservons par devers nous un certain nombre de faits qui ne nous permettent plus à cet égard le moindre doute. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, la question qu'il nous importe avant tout d'éclaircir est celle du traitement; or qui ne connaît, dans le traitement des dartres proprement dites, l'insuffisance des évacuations sanguines, de tous les topiques émollients ou anodins, aidés ou non du régime le plus sévère? Cet ensemble de moyens réussira, comme nous le disions tout à l'heure, dans des affections herpétiques accidentelles et purement extérieures; il obtiendra plus de succès encore dans l'herpès vésiculo-squammeux (eczéma), parce que dans cette espèce le principe morbide n'est plus seulement concentré sur la membrane pigmentale, il se porte en même temps sur l'appareil sudoripare; c'est même par ce dernier que débute la maladie chez beaucoup de sujets: de là la formation des vésicules caractéristiques, puis l'écoulement de cette rosée concrescible en même temps que s'élaborent d'une manière incessante une multitude de lames épidermoïdes; mais qu'on ne s'y trompe pas. Dans tout herpès constitutionnel ou héréditaire, le traitement antiphlogistique secondé par le régime et l'hygiène la mieux entendue n'aboutira jamais qu'à une guérison passagère, qu'à un simple lessivage: le plus petit excès ou la seule influence de certaines saisons suffiront pour le faire reparaître, et on le retrouvera d'autant plus tenace et plus disposé à étendre ses ravages qu'il aura été plus de fois tourmenté par des médications insuffisantes. Nous n'accordons pas plus de confiance à cette multitude de topiques tour à tour préconisés comme autant de spécifiques, puis bientôt rentrant dans l'oubli; je ne prétends pas toutefois qu'on doive y renoncer dans tous les cas et d'une manière absolue: il en est plusieurs dont l'action résolutive est incontestable et qui viennent en aide au traitement, en ramenant à des conditions meilleures la vitalité pervertie des anciennes plaques dartreuses: ainsi les préparations de soufre simple ou ioduré, de calomel; le goudron, dont notre confrère et ami M. le Dr Girou (de Busareingues) a le premier fait connaître l'utilité et les bons effets dans plusieurs formes d'herpès; l'iodure d'amidon, mis en usage par M. le Dr Buchanan (de Glascow) dans plusieurs cas d'herpès squammeux (psoriasis, lepra vulgaris), paraît également fort utile; ce praticien l'administre aussi intérieurement depuis 15 jusqu'à 30 grammes, trois fois par jour. Nous accorderons aux topiques alcalins, dans l'herpès vésiculo-squammeux (eczéma, dartre humide, dartre vive du vulgaire), une efficacité incontestable, de même qu'à l'emploi de certains caustiques; mais ces derniers n'ont généralement pour résultat que de modifier plus ou moins avantageusement les surfaces malades, et non de détruire le principe virulent qui, circulant avec nos humeurs et se portant d'un point à l'autre de la surface dermoïde, ne cède qu'à des médications générales. Dans notre travail sur la cautérisation (septembre, REVUE MÉDICALE), nous avons précisé les cas peu nombreux dans lesquels l'agent caustique suffit à lui seul pour la guérison. Le traitement de l'herpès réclame, ainsi que celui des autres genres morbides de la même classe, l'application des principes que nous avons développés dans notre chapitre sur la *dépuration*. Ici nous sommes forcé de revenir aux opinions des humoristes: leur théorie peut être, sous beaucoup de rapports, taxée d'exagération et même d'erreur; mais ce n'est pas une raison pour refuser d'admettre les faits bien constatés qui s'y rattachent. Les cas de dépuration naturelle et spontanée sont trop nombreux pour ne pas avoir fixé l'attention de tous les praticiens: on en rencontre à chaque pas dans le cours des maladies aiguës; la terminaison heureuse de certaines maladies chroniques ne reconnaît souvent pas d'autre voie que celle d'une évidente dépuration. Dans chacun de ces actes, la nature agit à découvert; elle arrive constam-

(1) Cet article fait suite à un premier article publié dans le numéro du 8 octobre 1845.

ment à son but, soit en profitant d'une saison favorable ou de meilleures conditions hygiéniques pour réveiller l'organisme de son engourdissement et imprimer à toutes les sécrétions une activité nouvelle, soit en concentrant sa principale influence sur un ou plusieurs appareils dépurateurs disposés à la subir et à devenir ainsi, pour les principes virulents, une voie de salutaire élimination. Or, avons-nous autre chose à faire lorsque, substituant l'art à une nature inerte ou impuissante, nous voulons atteindre au même résultat ? Ne trouvons-nous pas, dans les toniques et les excitants sagement combinés, de précieux moyens pour imprimer à certaines constitutions détériorées par la maladie ou un mauvais régime, une secous e favorable à l'intégrité fonctionnelle, de même qu'à l'aide de médicaments spéciaux et concentrant leur action sur tel système ou appareil organique, nous forçons ces derniers à livrer passage aux principes superflus ou nuisibles? N'est-ce pas cela qui résulte de l'emploi des sudorifiques, des purgatifs, des diurétiques, des emménagogues? Je ne connais contre les dartres aucun médicament qui mérite le titre de *spécifique;* mais j'affirme, sans crainte d'être démenti par l'expérience des faits, que le moyen le plus certain et le plus rationnel de triompher de leur constante opiniâtreté consiste à les combattre non par tel ou tel agent thérapeutique isolé, mais en réunissant contre elles une série d'influences médicamenteuses coordonnées de manière à concourir au but commun qui est la *dépuration;* ainsi donc point de *remède antidartreux*, mais seulement des *traitements antidartreux*. Dans toute médication de ce genre, il faut tenir compte de la valeur des indications thérapeutiques; leur importance reste subordonnée aux choix de l'appareil dépurateur auquel on veut confier l'élimination morbide, lequel choix dépend lui-même de l'état présent de la constitution et de l'examen des prédispositions organiques. Admettons, par exemple, plusieurs personnes affectées d'herpès squammeux (psorasis) ou vésiculo-squammeux (eczéma), que chez tous les malades l'affection dartreuse est ancienne, constitutionnelle ou même héréditaire, que l'action des topiques n'a eu d'autre résultat qu'une suspension dans la marche de la maladie ou une guérison temporaire, il y aura nécessité de recourir à un traitement plus efficace; qui devra être, d'après l'opinion que nous venons d'émettre, une médication générale dépurative; mais on peut d'avance affirmer que la même méthode ne conviendra pas à tous les malades; que quelques-uns, avant d'en commencer aucune, auront besoin de perdre par des évacuations sanguines, des bains, des tisanes, un régime plus ou moins sévère, etc., les attributs exagérés d'un tempérament pléthorique sanguin d'où résulte pour les organes un état d'éréthisme habituel incompatible d'une part avec l'équilibre fonctionnel, de l'autre avec l'influence médicamenteuse; tandis que d'autres devront à des conditions opposées, l'anémie et l'épuisement, la même inaptitude à profiter du traitement le plus rationnel, et auront besoin d'user quelque temps des toniques aidés d'une régime alimentaire fortifiant, d'une habitation saine et bien aérée, etc., avant de recourir à des moyens spéciaux et mieux appropriés à la nature de leur maladie. Il suit de là que les toniques et les excitants ne sont pas plus, dans notre manière de voir, des agents dépurateurs, que les saignées, les bains et ce qu'on est convenu d'appeler remèdes adoucissants; cependant il arrive que ces moyens suffisent à la dépuration. On conçoit que cela puisse avoir lieu toutes les fois que l'organisme, débarrassé par les antiphlogistiques d'un éréthisme oppresseur ou ranimé par une hygiène fortifiante, retrouve dans l'équilibre et l'énergie fonctionnelle les éléments d'une dépuration spontanée; mais dans les dartres ces résultats heureux obtenus par les seules forces de la nature sont plus rares qu'on ne le pense généralement, et le praticien doit principalement compter pour la guérison sur l'énergie d'une médication bien dirigée.

Si, l'organisme ramené aux conditions d'équilibre fonctionnel, il ne se manifeste aucune tendance vers une dépuration spontanée, c'est-à-dire aucun amendement dans l'affection dartreuse, c'est alors qu'il faut la provoquer, en s'adressant, comme nous le disions tout à l'heure, à celui des appareils de sécrétions et d'excrétions qui se montrera le plus disposé à subir l'action des médicaments : chez l'un ce sera l'appareil urinaire, chez un autre le tube digestif; chez un troisième, il suffira d'agir directement sur la peau pour arriver au même résultat. Mais alors la médication, loin d'être limitée aux seuls points malades, comme elle le serait par la seule action des topiques, devra au contraire s'exercer sur toute la membrane tégumentaire. Les sudorifiques ne sont pas les seuls agents qui aient la faculté de modifier en les exaltant les fonctions cutanées; il existe pour cette membrane d'autres éléments modificateurs et de stimulation : en tête se trouvent les préparations arsenicales, puis celles sulfureuses et alcalines. Les premières, introduites dans la thérapeutique des dermatoses par Girdlestone de Yarmouth, réclament beaucoup de prudence dans leur administration et peuvent, dans des mains inhabiles ou inexpérimentées, provoquer de graves accidents. Nous n'avons pas à signaler ici les services que rendent chaque jour dans la pratique les médications sulfureuses et alcalines; il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion d'en constater les bons effets. Inutile d'ajouter qu'elles ne peuvent être indifféremment employées l'une pour l'autre. Si les dartres furfuracées et squammeuses sèches réclament de préférence l'emploi des sulfureux, il n'en est pas de même des herpès vésiculo-squammeux et pustulo-crustacé (eczéma, impetigo) : ici l'emploi des alcalins est d'une évidente supériorité. Ce que nous disons là s'applique aux eaux minérales aussi bien qu'aux préparations artificielles. C'est pour ne pas tenir compte de ces distinctions toutes d'expérience et de pratique, que tant de malades voient leur état s'aggraver et se trouvent forcés de renoncer aux traitements sur lesquels on avait fondé les plus belles espérances.

Il est rare qu'une médication générale, basée sur les prédispositions organiques et par-dessus tout sur la nature de l'*entité morbide*, ne réponde pas au vœu du praticien et aux désirs du malade; mais il arrive assez fréquemment, surtout dans les dartres anciennes et négligées, qu'on rencontre dans les parties affectées des altérations de tissu assez profondes pour empêcher la peau de reprendre son état normal, bien que tout vice herpétique ait été éliminé. C'est alors qu'il faut y joindre l'action d'un certain ordre de moyens locaux, qu'il est bon d'étudier dans chacun des genres de cette classe.

Nous n'en finirions pas s'il fallait consigner ici les topiques préconisés dans le traitement externe de l'herpès; nous dirons seulement que le soufre, le goudron et le mercure, diversement combinés, fournissent des préparations souvent utiles dans l'herpès furfuro-squammeux; que les alcalis réussissent mieux généralement dans l'herpès vésiculo-squammeux (eczéma, dartre humide), et que, dans certains cas, on ne peut en obtenir la guérison qu'à l'aide de certains cathérétiques, en tête desquels nous mettrons le nitrate d'argent.

B. Dans le varus, le traitement local reçoit du siége anatomique une importance toute particulière, et cette importance varie elle-même en raison de l'espèce morbide, laquelle représente un degré différent de la maladie. Dans le varus sébacé et miliaire, ainsi que dans la couperose, les vaisseaux sanguins du visage et les follicules sébacés ne subissent qu'un degré d'irritation fort modéré, qui n'altère en rien leur texture et leur permet de reprendre quelquefois spontanément, plus souvent par la seule influence du traitement dépuratif, leurs conditions naturelles. Mais il n'en est déjà plus de même dans le varus pustuleux chronique, et surtout dans le varus tuberculo-pustuleux de certaines régions (mentagre, sycosis). Dans le premier cas, les parois folliculeuses, distendues outre mesure et pendant une durée trop longue, se sont amincies au point de perdre toute leur élasticité, et l'humeur sébacée peut ainsi rester indéfiniment dans un état d'accumulation passive; alors ce n'est qu'en stimulant énergiquement l'orifice folliculeuse qu'on peut mettre en jeu la contractilité de l'utricule sébacée et la débarrasser du produit qui la distend et l'énerve. On conçoit que dans ce cas la guérison peut être obtenue par la seule rétraction du follicule et sans qu'il en résulte aucune cicatrice. C'est contre ces espèces de varus qu'on se trouve si bien de certaines lotions minérales sulfureuses, que M. Dauvergne de Valençoles préconise le sulfate de fer en dissolution ou en pommade, mélangé avec le charbon, etc., etc. Mais lorsque l'humeur sébacée s'est accumulée dans le follicule au point de rompre ses parois ramollies par une violente inflammation, comme cela s'observe dans les varus graves et anciens, il en résulte des tumeurs formées aux dépens communs du sac folliculeux et des paquets celluleux voisins, et la guérison ne s'obtient plus alors que par le mode particulier aux abcès phlegmoneux et en laissant après elle une cicatrice indélébile. C'est le cas de hâter la guérison en pratiquant sur le sommet des petites tumeurs de fréquentes cautérisations, soit avec la pierre de nitrate d'argent, soit, ce que nous employons avec un avantage presque constant, au moyen d'un pinceau à miniature dont la pointe est imbibée d'une solution saturée de foie de soufre. Dans le numéro de mai 1843 du Bulletin général de thérapeutique, nous avons le premier fait connaître ce topique comme moyen de traitement externe des affections vareuses, et dans notre travail sur la cautérisation (Revue médicale, septembre 1845) nous exposons avec détail son mode d'application.

C. Sans nier qu'il existe, entre l'achore des jeunes enfants et la mélitagre ou impetigo des adultes, des rapports de siége anatomique, et partant de forme éruptive, je n'admets pas cependant qu'on puisse regarder la mélitagre comme une simple répétition de l'achore. L'une et l'autre affection se rencontrent, il est vrai, chez des sujets doués à un haut degré du tempérament lymphatique; mais dans l'enfance la sécrétion albumineuse est, le plus souvent, un bénéfice de nature qu'il y aurait danger à supprimer brusquement, tandis qu'il y a toujours avantage à combattre, dès son principe, la croûte mélitagreuse; car le mal, une fois passé à l'état chronique, présente les mêmes indications, mais aussi les mêmes difficultés de traitement que les autres genres dartreux. C'est donc à la thérapeutique qu'il nous faut encore demander la sanction de nos distinctions nosologiques et le maintien de la mélitagre dans la classe des dartres. Avant de terminer sur cette affection, nous devons dire que le meilleur traitement local

consiste dans des lotions iodaro-sulfureuses dont le degré de concentration doit nécessairement varier en raison du caractère plus ou moins aigu de l'éruption. Ce moyen agit d'une manière si prompte et si heureuse, qu'il m'a souvent réussi, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, à faire disparaître, dans l'espace d'une semaine, les caractères distinctifs d'éruptions mélitagreuses fort étendues.

4° Si les dartres constituent des maladies remarquables par leur opiniâtreté et l'influence plus ou moins fâcheuse qu'elles exercent sur les relations sociales, du moins ne compromettent-elles l'existence que dans quelques cas exceptionnels, et lorsqu'à une complète négligence le malade joint de fréquents écarts de régime. Il n'en est pas de même des redoutables affections réunies dans notre groupe des *dégénérescences*. Personne ne se fait illusion sur la gravité du cancer et des lèpres: leur commune tendance à détruire les parties affectées suffit pour justifier leur réunion dans une seule et même classe; mais, d'un autre côté, nous ne pouvions méconnaître la nécessité de les diviser en deux séries bien distinctes, car, entre autres distinctions, le cancer ne détruit pas comme la lèpre, et ce dernier, attaqué dans son début, offre encore quelque chance de guérison. C'est pourquoi nous rattachons à notre première sous-division les différentes variétés du genre *carcine;* à la seconde, la leuce ou vitiligue, la spiloplaxie ou mulluscum, l'éléphantiasis, la pellagre.

A. Fallût-il admettre, avec l'illustre Boyer, que la carcine a pour caractère pathognomonique l'incurabilité, et que les prétendus cancers guéris par l'opération ou le caustique étaient de simples tumeurs fibreuses ou autres, il n'est pas moins démontré pour nous que des carcines bien constatées et longtemps abandonnées à elles-mêmes ont été suivies, après l'opération, des apparences de la santé la plus florissante, souvent pendant plusieurs années, et parfois jusqu'au terme de la carrière des individus. Dans bien des cas la carcine est évidemment une affection locale; elle constitue, en quelque sorte, un corps étranger que l'inflammation simple est tout à fait incapable de faire naître. Sans entrer ici dans l'examen des éléments anatomiques du cancer, sans contester à MM. Beauperthuy et Adet de Roseville l'existence d'animalcules particuliers dans tout produit cancéreux, et tout en reconnaissant, avec M. Velpeau, que le principe de la carcine, quelle que soit sa nature, peut circuler dans le sang et se mêler à nos humeurs, il nous était impossible de ne pas séparer des genres morbides cutanés précédents une affection toujours mortelle une fois que les vaisseaux absorbants ont introduit dans l'organisme quelques-unes de ces parcelles constitutives, et dont le seul moyen de guérison consiste à séparer toute la partie affectée par l'instrument tranchant ou le caustique; car, sans nier les bons effets de la compression dans le traitement de certaines tumeurs cancéreuses, nous n'oserions jamais la conseiller comme moyen curatif, lors même qu'elle serait aidée de l'hygiène la mieux entendue. Dans la carcine, tous nos conseils sur la dépuration et les dépuratifs pourraient avoir pour résultat de retarder, et peut-être même d'empêcher l'infection diathésique, ce qui serait déjà beaucoup, il est vrai; mais, dans l'état actuel de la science, on ne serait nullement excusable de s'en tenir à ces seules indications : un traitement local énergique est indispensable, et le praticien, en y recourant, doit encore craindre de l'appliquer avec trop de timidité et de ne pas l'étendre à tous les points affectés. C'est le cas de répéter ce que nous avons déjà dit à propos du charbon et de la pustule maligne, que, *pour faire assez, il faut aller au delà de ce qui semble nécessaire*. La trop célèbre discussion sur les tumeurs fibreuses, soutenue l'année dernière à l'Académie de médecine, n'a rien changé à nos convictions. L'usage du suc de mancenillier (hippomane mancinella), rappelé par le docteur Germon, n'est appuyé d'aucun fait concluant. D'un autre côté, cette substance réclamerait, dans son emploi, les plus grandes précautions à cause des accidents graves qui résulteraient de son absorption. Qu'attendre de la créosote, préconisée par M. Marchal de Lorquin, qui ne cite à l'appui de son travail qu'un fait incomplet, en ce que la maladie a été conjointement traitée par la cautérisation? Disons donc, en terminant, que dans l'état actuel de la science, et à moins que M. Jobert ne démontre, par de nouveaux faits, qu'il est possible d'arrêter la dégénérescence cancéreuse par la ligature des vaisseaux sanguins et la section des filets nerveux qui se distribuent à la partie malade, la médecine peut restreindre les ravages du cancer et en reculer la fatale terminaison, mais qu'au chirurgien seul appartient sa cure radicale.

B. Pouvait-on distraire de cette classe les lèpres pour lesquelles nous n'avons même plus ces faibles chances de guérison? Le premier genre qui se présente à notre examen est la leuce, cette lèpre des juifs que Moïse a si bien décrite, que M. le docteur Mayo confond, dans ses ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE, sous le titre de *Gangrène blanche*, et dont nous avons pu observer, à l'hôpital Saint-Louis, un cas des plus remarquables. Consigner cette observation dans notre NOUVEAU MANUEL DES DERMATOSES était donner la meilleure description possible de cette redoutable maladie, autrefois endémique chez certains peuples, et devenue si rare de nos jours. Parmi les accidents généraux déterminés par le développement des plaques lépreuses, prédominèrent constamment ceux des affections typhoïdes; aucun effort ne put enrayer leur marche, et bien que le sujet ait quitté l'hôpital dans une période d'intermittence et d'atténuation, nul doute qu'il ait succombé depuis à de nouvelles attaques.

C. Si l'expérience ne démontrait pas l'insuffisance et l'inutilité des remèdes contre le molluscum ou spiloplaxie parvenu à une certaine période, on serait tenté de croire, en ouvrant sur ce chapitre les livres des thérapeutistes, que cette lèpre ne présente aucun des caractères sur lesquels est basée notre classe des dégénérescences: à ce sujet, les Anglais préconisent le calomel; d'autres les sulfureux et les alcalins, les douches, les cautérisations avec le nitrate d'argent, le tout aidé, non de la castration proposée par Ambroise Paré, mais d'un régime fortifiant. Je ne nie pas que ces différents moyens, employés dès le début et avec une énergie convenable, ne puissent enrayer la marche du molluscum et peut-être même, dans nos climats, en effacer complétement les premières influences; mais si les auteurs diffèrent sur la nature et le point de départ de la maladie, que les uns regardent comme une simple hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, d'autres comme une hypertrophie folliculeuse, et M. Gruby comme une sécrétion supplémentaire de la cholestérine que devraient évacuer les voies biliaires, etc., aucun d'eux ne se fait illusion sur la gravité du mal, qu'il a toujours fallu abandonner à lui-même, et que nous continuerons de regarder comme une lèpre à marche plus lente, à symptômes moins alarmants, mais offrant la même incurabilité, et, dans beaucoup de cas, la même terminaison que les autres espèces.

D. La distinction que nous avons toujours établie entre l'éléphantiasis des Arabes et celui des Grecs se trouve justifiée par la thérapeutique de ces affections. On conçoit que le premier, qui n'est que le résultat d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse et lymphatique (MM. Bouillaud, Rayer, Gaide, Fabre, etc.) dans une partie du corps, et plus souvent un membre, ait, en raison des difficultés que l'obstacle éprouve à s'établir, une marche lente, périodique, à forme engioténique; que les tubercules ou autres déformations cutanées ne se manifestent que dans les dernières périodes de la maladie; qu'on ait pu observer quelques guérisons spontanées; qu'une médication appropriée, tels que compression, douches de vapeur, excitants du système circulatoire employés localement et à l'intérieur, etc., ait amené de bons effets; qu'il n'y ait aucun doute à élever sur les succès obtenus par la résection des parties malades; que l'opération, en cas d'insuffisance des moyens ordinaires, reste une ressource précieuse et presque certaine, lorsqu'il est possible de la pratiquer au-dessus de l'obstacle même. Les succès obtenus par MM. Gaëtani (du Caire), et Pruner, professeur d'anatomie à l'école d'Abouzabel, ne laissent aucun doute à cet égard; nos chirurgiens nous ont offert plusieurs cas d'une complète réussite, et nous avons été témoin de celui qu'a récemment obtenu M. le docteur Lenoir à l'hôpital Necker. Un fait cité par M. le professeur Nœgèle prouve que l'on ne doit pas reculer devant l'amputation, lors même qu'on ne peut la pratiquer qu'au milieu des tissus indurés.

Mais, contre l'éléphantiasis des Grecs, on n'a même plus cette ressource de la mutilation : c'est que, dans cette affection, qu'on n'a pas toujours su distinguer de la précédente, il y a dès le principe altération des centres nerveux, et la dégradation de la peau n'est que l'image apparente d'un état semblable et commun à toutes les parties de l'organisme; ce mal affreux commence tel qu'il se termine, par l'*insensibilité*. Contre ses ravages échouent tous les préceptes de l'hygiène, les médications les plus énergiques, l'arsenic lui-même, et le malade finit toujours par succomber après avoir subi les horreurs d'une lente agonie : telle a été la triste fin d'une personne à laquelle je m'intéressais vivement, et auprès de qui furent appelés les confrères les plus justement recommandables et les plus compétents en pareille matière.

E. On sera peut-être surpris de nous voir rattacher la *pellagre* à la classe des lèpres; mais l'étonnement cessera bientôt si l'on réfléchit au caractère endémique de cette affection, toujours redoutable, même dans nos climats, comme nous en avons eu récemment la preuve, lorsqu'elle n'est pas traitée dès son début. Rien, à notre avis, ne peut justifier Alibert d'avoir rattaché la pellagre au genre *érythème*. Ici, en effet, l'eczémation cutanée n'est qu'un phénomène tout secondaire : c'est dans les centres nerveux qu'il faut chercher les principaux désordres; le mal ne se développe qu'au milieu des causes d'affaiblissement et de démoralisation; à l'autopsie, des lésions plus ou moins graves se rencontrent dans la plupart des organes et l'impuissance de l'art, une fois que la pellagre a dépassé certain degré, vient ajouter encore à ses traits de similitude et d'analogie avec les affections lépreuses.

6° L'ordre des scrofules auquel nous rattachons l'esthiomène, qu'Alibert admet à tort, selon nous, comme quatrième genre du groupe des dermatoses dartreuses, est un des plus naturels de notre cadre nosologique; il a pour siége anatomique constant le système lymphatique, comme produits pathologiques, des tuméfactions de tissu, des mamelons glanduleux, des ulcérations, etc.; l'apparence du mal dépend de la région qu'il occupe, et ce qui

prouve son identité, c'est qu'au fond de chaque altération se trouve un élément identique, la *matière tuberculeuse*. Il serait certainement fort curieux de pouvoir saisir le tubercule à son origine, de le suivre dans ses différentes transformations jusqu'à sa déliquescence, qui nous paraît son terme final; malheureusement, sous ce rapport, la science ne possède que des hypothèses; mais, ce qui est positif, c'est que le tubercule est l'élément primitif et principal de toute scrofule confirmée; que la matière tuberculeuse n'est le résultat d'aucune sécrétion, mais bien un produit nouveau que certaines constitutions admettent plus facilement que d'autres, autour duquel la nature établit parfois un travail isolateur, et dont l'organisme se débarrasse souvent de lui-même aux époques de turgescence vitale, telle que la puberté, et contre lequel le thérapeutiste, manquant d'action directe et annihilatri e, n'agit qu'au moyen des forces vitales, qu'il s'attache à maintenir dans un degré constant d'activité et d'énergie.

Il est certain que l'action médicamenteuse est ici puissamment aidée par une bonne hygiène : la respiration d'un air salubre, une habitation spacieuse et bien exposée, une alimentation fortifiante, sont de précieux adjuvants des sels de baryte, des préparations iodurées simples, opiacées ou ferrugineuses, des feuilles de noyer, des huiles de foie de morue, de raie ou autres. Nous n'avons pas à établir ici de préférence entre ces divers médicaments : tous peuvent rendre, dans des conditions appropriées, d'importants services au praticien; mais, nous ne craignons pas de le répéter, chacun d'eux puise un surcroît d'énergie et d'efficacité dans l'application des préceptes hygiéniques, et ces derniers suffisent dans bien des cas à la guérison.

A. Dans la scrofule vulgaire, le traitement local, tout secondaire qu'il est, n'a d'autre but, dans la majorité des cas, que de réveiller la vitalité des parties malades ; c'est dans ce sens qu'agissent les cautérisations avec le nitrate d'argent, les topiques sulfureux, alcalins, iodurés ou autres.

B. Dans l'esthiomène (lupus), nous reconnaissons, avec MM. Boucher (du Rhône) et Scipion Payan (d'Aix), que la médication locale a plus d'importance. La rapidité avec laquelle s'étend, chez beaucoup de sujets, l'ulcération scrofuleuse, fait une loi de ne rien négliger pour en arrêter les progrès. Le mal est ici généralement plus limité ; c'est pourquoi l'on peut espérer de s'en rendre maître en l'attaquant avec énergie, et mettre ainsi le reste de l'économie à l'abri de sa funeste influence. Il est évident que, dans certains cas d'esthiomène, lorsque le tubercule qui le caractérise apparaît chez un sujet exempt de tout autre signe de scrofule, on peut jusqu'à un certain point l'assimiler à la carcine cutanée et l'attaquer, comme cette dernière, par le fer et le caustique; mais lorsque le mal n'est plus à son début et qu'au produit tuberculeux a succédé l'ulcération, on se trouve mieux généralement de convertir les surfaces érodées en ulcères de bonne nature, au moyen du styrax ou de tout autre suppuratif; tel est l'effet de notre pommade antiesthiomène, dont la recette est insérée dans tous les formulaires, et que nous avons appliquée plusieurs fois avec un extrême bonheur dans le service d'Alibert et depuis notre internat.

7° La preuve la plus éclatante de notre fidélité à classer les affections de la peau d'après la loi des analogies morbides, ressort évidemment des indications thérapeutiques fournies par chacun des groupes précédents; et ce qui démontre que cette voie d'examen et de contrôle nous conduit au but proposé, c'est qu'elle devient contre nous-même la base d'une objection à propos de l'ordre des *scabies*. En effet, chacun sait que le traitement de la gale est tout local, que les métastases de cette dermatose parasite sont des chimères n'ayant de réalité que dans les livres, et jamais observées au lit des malades; que le meilleur remède est celui qui tue le plus rapidement l'acarus, agent unique de la maladie, et dont la présence sous l'épiderme est toujours un fait accidentel et de contagion; qu'il en est à peu près de même du *prurigo pédiculaire*, bien que ce dernier soit plus commun chez les êtres naturellement chétifs et détériorés par la misère, mais que la similitude disparaît à propos du lichen ou prurigo lichénoïde. Dans cette dernière espèce, la maladie du corps papillaire ne tient à la présence d'aucun parasite; sa persistance provoque ou entretient des lésions sympathiques internes plus ou moins graves; son traitement se rapproche de celui des dartres, et pour le laisser dans la classe des scabies, nous n'avons d'autre motif que la vive démangeaison qui l'accompagne constamment et devient pour les malades une cause de souffrance portée quelquefois jusqu'au suicide : c'est le second obstacle à la parfaite unité de notre classification; le seul moyen de les faire disparaître serait de former, avec le *favus*, la *gale* et le *prurigo pédiculaire* une classe distincte sous le titre de *dermatoses parasites*, rattachant le lichen aux dartres ou aux hypertrophies. Mais l'état de la science ne permet pas encore cette transposition, et, d'autre part, le médecin attentif remédiera toujours facilement aux conséquences thérapeutiques qui pourraient résulter de ces quelques anomalies.

8° Quant à l'ordre des hémorrhagies cutanées, qu'il serait si important d'éclairer par des notions positives et complètes sur la nature et la composition du sang (voyez Andral et Gavarret, etc.), les affinités des deux genres qui le constituent (*péliose* et *pétéchie*) sont d'une évidence telle, que les partisans de Willan se montrent les premiers à la reconnaître et à la proclamer. Une plus longue digression à leur sujet serait donc pour le moins inutile.

9° Il n'en est pas de même de l'ordre des lésions pigmentaires, lequel réunit les genres *achrome* ou albinisme, et *pannus* (lentigo, éphélide). Tous deux ont pour siége anatomique l'organe sécréteur de la matière colorante que nous savons être la membrane pigmentale, membrane à doubles fonctions, élaborant d'une part les éléments des substances épidermoïdes et cornées; de l'autre, cette couche diversement nuancée qui sépare et distingue les races humaines ainsi que les individus. Malheureusement la science ne possède que des notions bien vagues sur la nature intime et la manière dont s'exécutent les fonctions de cette membrane ; aussi, rien de plus obscur que l'étiologie de ses différentes altérations. Ne soyons donc pas surpris de voir répondre à des conditions aussi défavorables une médication presque toujours vague et incertaine.

A. Le pannus, dont il faut rapprocher la pinta du Mexique, sur laquelle M. Samuel Mcellan nous a laissé de précieus s notes, est presque toujours incurable lorsqu'il est congénial, ou lorsque, survenu après la naissance, il s'est développé spontanément et avec lenteur. S'il apparaît, au contraire, brusquement, et surtout s'il coïncide avec une altération organique interne (laquelle est presque toujours, dans ce cas, une lésion plus ou moins grave du foie ou de ses annexes), les chances de guérison sont moins incertaines; mais le plus sûr moyen de les rendre favorables est d'agir directement sur l'organe dont le pannus n'est alors qu'un symptôme concomitant et sympathique.

Il est un pannus accidentel, celui qui résulte de l'usage interne du nitrate d'argent, sur lequel le thérapeutiste a plus de prise. Si l'on en croit M. Graham (d'Édimbourg), l'iodure de potassium, pris à l'intérieur ainsi qu'en frictions, serait en pareil cas un sûr moyen de guérison. Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier cette assertion qu'adopte également M. le docteur Patterson. De son côté, M. Dauvergne de Valencole préconise l'usage du goudron; M. Hoffmann, les frictions avec le biiodure de mercure. Quoi qu'il en soit de ces opinions, je suis forcé d'avouer que mes efforts ont échoué contre tous les cas de pannus que j'ai rencontrés exempts de lésions internes; mais aussi j'ai vu guérir rapidement, et à l'aide des moyens les plus simples, des affections du même genre, survenues en même temps qu'une inflammation des premières voies digestives contre laquelle, du reste, j'avais dirigé mes premiers et mes principaux efforts de traitement.

B. L'achrome ou vitiligue, dont la présence dénote, dans l'appareil sécréteur de la matière colorante, des conditions opposées à celles du pannus, c'est-à-dire une diminution plus ou moins notable de vitalité et de sécrétion, est encore moins accessible à l'action des médicaments; sa présence est généralement un signe de faiblesse et de cachexie. Les albinos, à telle espèce qu'ils appartiennent, sont remarquables par la petitesse de leur taille, l'exiguïté de leurs membres. On sait combien la douleur énerve et paralyse les fonctions organiques; rien n'est donc moins surprenant que de voir, sous l'influence d'une violente impression de l'âme, survenir brusquement des décolorations partielles, soit du système pileux, soit de la surface même de la peau (témoin l'infortunée reine Marie-Antoinette, témoin la nommée Pérat, femme Leclerc, citée devant la chambre des pairs pour déposer dans le procès Louvel, etc.). L'achrome se rencontre parfois chez les jeunes filles chlorotiques, et dans ce cas peut disparaître de lui-même à mesure que les forces se relèvent. Du reste, lors même qu'il guérit dans ces cas de développement accidentel, c'est moins par l'effet d'un traitement local que sous l'influence d'une tonification de tout l'organisme.

10° L'ordre des hypertrophies cutanées nous remet en présence d'affections réclamant un traitement direct dans lequel les moyens chirurgicaux tiennent le premier rang; mais ici l'inflammation n'est plus, comme dans les dermites, le caractère dominant : c'est principalement sur la partie nerveuse des tissus que se porte l'influence morbide; c'est pourquoi nous trouvons, à la place des phénomènes d'eczémation compliqués ou non de provocations sympathiques, des altérations de nutrition, des excès de développement soit de la totalité, soit de quelque partie seulement de la trame cutanée. A ce groupe se rattache :

A. Sous le titre d'hypertrophie simple, la *dermatolysie* d'Alibert. On en trouve des exemples fort remarquables dans la monographie des dermatoses, et MM. les docteurs Le Marchand et Job, [illegible]eeckren, en rapportent deux cas peut-être plus singuliers encore. Quelles que soient d'ailleurs l'étendue et la forme de cette bizarre affection, elle reste sans influence sur les fonctions des autres organes, elle ne gêne que par son poids et l'embarras qu'elle donne pour le soutenir; et si le malade, fatigué des moyens de contention, veut tenter une cure radicale, la seule ressource qu'il ait pour y parvenir est la résection.

B. Comme autant d'hypertrophies capillaires, le *nævus*, la tumeur érectile et la kéloïde.

Qu'oppose-t-on aux deux premiers genres que nous regardons comme deux degrés différents d'une seule et même altération, si ce n'est les moyens de les détruire soit par excision, soit par broiement, soit par suppuration? Les astringents n'en procurent presque jamais la résolution; on finit toujours par en venir soit à l'acupuncture du professeur Lallemand, soit aux aiguilles rougies de Macilwain. La ligature et le séton peuvent encore être employés avec avantage, de même qu'on a obtenu des guérisons en instillant ou même en injectant dans la tumeur soit la créosote étendue d'une certaine quantité d'alcool, ou quelques gouttes d'huile de croton, etc. J'ai vu, chez de jeunes enfants qui n'avaient pas encore été vaccinés, de beaux succès obtenus à l'aide de la vaccination pratiquée de manière qu'une couronne de boutons circonscrivît la tumeur vasculaire. Quel que soit, au reste, le procédé mis en usage, le but est le même. Quand on ne peut attaquer directement le tissu dégénéré par le caustique ou l'instrument tranchant, on doit en déterminer l'inflammation, certain d'obtenir ainsi, après un ramollissement passager, l'induration et la rétraction. Mais, dans aucun cas, on ne doit perdre de vue que l'hypertrophie vasculaire est parfois susceptible de dégénérescence, et qu'une cause fréquente de cette condition toujours redoutable est le retour répété d'inflammations artificielles insuffisantes pour la guérison.

Ces dernières réflexions s'appliquent également à la *kéloïde*, maladie qu'on rencontre plus communément chez les femmes et les individus lymphatiques, dont la marche est toujours très-lente, et qui constitue bien plutôt un désagrément physique qu'une maladie réelle.

C. L'hypertrophie tuberculeuse ou *verrue*, qu'elle soit sessile ou pédiculée, réclame un traitement bien connu du vulgaire et dont les moyens ne sont autres que ceux qui viennent d'être énumérés.

D. Il en est de même des hypertrophies accidentelles ou productions cornées, qu'on adopte ou non sur leur mode de développement les explications du docteur Erasme Wilson.

11° Enfin, l'ordre des syphilides, lequel se compose des genres *syphilis*, *mycosis* ou frambœsia et *radesyge*, vient clore de la manière la plus heureuse, par l'étroite analogie de ces différents genres et la similitude du traitement qu'ils réclament, l'examen confirmatif auquel nous soumettons notre classification.

A. Par rapport à la syphilis, nous n'avons pas à entrer ici dans les discussions encore pendantes sur la nature du principe vénérien: nous ne mettons en doute ni son existence ni sa propriété contagieuse; les formes diverses et toutes bien arrêtées par lesquelles il se manifeste dépendent de la texture des parties qui subissent son action: nous n'attachons à leurs différences qu'une valeur secondaire; chacune d'elles est l'indice certain de la présence d'un principe morbide identique contre lequel l'expérience de plusieurs siècles a démontré que le mercure et ses diverses préparations restaient le plus sûr moyen de guérison. Nous ne voulons pas nier ici les services incontestables rendus à la thérapeutique dans les cas de syphilis secondaire ou tertiaire par l'iodure de potassium; mais avant l'usage aujourd'hui si répandu de ce médicament, ces affections cédaient fréquemment à l'emploi du mercure; et si l'administration de ce premier métal qui peut, je l'avoue, entraîner, dans des mains imprudentes ou inhabiles, de graves inconvénients, ne nous inspire aucune des craintes que semblent éprouver ses détracteurs, c'est que nous l'avons vu répondre constamment à notre attente, et améliorer avec une promptitude souvent merveilleuse les symptômes de syphilis les plus graves et les plus alarmants.

B. Qu'on lise avec attention ce que les auteurs rapportent du mycosis, appelé encore *pian* ou *épian*, *yaws*, *frambœsia*, et l'on verra si nous avons eu tort ou raison de rattacher ce genre exotique à notre classe des syphilides; ce qu'il nous importe surtout de constater ici, c'est la similitude du traitement: les sudorifiques et le mercure en constituent la base. S'il avait pu d'ailleurs nous rester quelques doutes à cet égard, ils seraient depuis longtemps dissipés par plusieurs cas de pian fort remarquables observés à l'hôpital Saint-Louis, et qui tous guérirent par un traitement mercuriel bien administré.

C. Nous en dirons autant du *radesyge* ou lèpre du Nord que des auteurs confondent avec l'éléphantiasis. Du reste, cette affection aurait besoin d'être étudiée de nouveau: elle est fort répandue en Suède, en Norwége, en Scandinavie; ses ravages sont rapides; son action, comme celle de la syphilis, se porte successivement sur les systèmes dermoïde, muqueux, puis sur les os eux-mêmes. Le mercure, la squine, le gaïac et la salsepareille sont encore ici la base du traitement; mais les effets obtenus ne sont pas assez constants ni assez salutaires pour ne pas conclure à l'utilité de nouvelles recherches.

Là s'arrête la tâche qui nous était imposée: nous l'avons accomplie sans effort et dans toute la sincérité de nos convictions. Nous avons vu rentrer dans notre cadre nosologique chacun des faits qui se sont offerts à notre clinique, et la seule base que nous tenions à lui conserver est celle que fondent l'expérience et l'observation.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

PNEUMONIES; LEUR RARETÉ; CARACTÈRES PARTICULIERS DES PNEUMONIES ACTUELLES.

Le petit nombre de pneumonies que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris contraste d'une manière singulière avec l'extrême fréquence habituelle de ces affections à l'époque de l'année où nous nous trouvons. Il en est de même des pleurésies, des rhumatismes aigus et en général de toutes les affections phlegmasiques, qui encombrant ordinairement tous les services de médecine vers la fin de l'hiver, ne se montrent actuellement qu'assez rarement disséminées au milieu de toutes sortes d'autres maladies, et avec une gravité en général assez médiocre. Sans empiéter sur ce qui devra être dit en un autre lieu touchant l'influence de la constitution atmosphérique tout exceptionnelle de cet hiver sur le caractère des maladies observées dans le cours de cette saison, nous signalerons quelques particularités assez remarquables qu'offrent les pneumonies observées depuis quelque temps.

Les pneumonies actuelles ne se distinguent pas seulement, en effet, des pneumonies ordinaires de cette saison par leur plus grande rareté relative, elles s'en distinguent encore, pour un certain nombre du moins, par des caractères particuliers. La plupart se sont montrées assez bénignes et cédaient aisément à deux ou trois saignées, ou quelquefois même à une seule saignée, surtout quand on la faisait suivre de l'administration de doses modérées de tartre stibié. Toutes n'offraient pas cependant cette bénignité: quelques-unes se sont terminées d'une manière funeste, et, dans quelques-uns de ces cas, voici ce que l'on a remarqué à l'autopsie: Soit que les malades eussent succombé à la deuxième ou bien à la troisième période de la maladie, que le poumon fût à l'état d'hépatisation rouge ou d'hépatisation grise, cet organe, au lieu de présenter cette consistance ferme, cette dureté caractéristique que l'on trouve habituellement à la fin de la deuxième période ou au commencement de la troisième, avait au contraire une consistance molle, flasque, et présentait plutôt l'aspect de la splénisation que celui d'une véritable hépatisation. Mais ce n'était pas seulement dans les poumons que l'on constatait cet état de ramollissement; les organes qui n'avaient pas été le siége d'une phlegmasie offraient un état analogue: c'est ainsi que chez deux sujets morts de pneumonie dans les salles de M. Chomel, indépendamment de l'état particulier des poumons que nous venons de décrire, on a trouvé le cœur, la rate, les reins et le foie notablement ramollis, bien qu'aucun de ces viscères n'offrît d'ailleurs aucun autre caractère pathologique. Un état analogue existait dans le sang qui avait été retiré de la veine pendant la vie; ce sang, au lieu d'offrir, comme dans les cas ordinaires, un caillot dense, épais, couenneux, offrait au contraire une proportion considérable de sérum. La même circonstance s'est reproduite chez un malade entré tout récemment dans le même service pour une pleuro-pneumonie au début, et dont le sang a présenté, à la première saignée, une quantité de sérum double au moins du volume du caillot.

Une conséquence pratique naturelle à déduire de ces faits, et M. Chomel n'a pas manqué de la faire ressortir, c'est qu'il ne faut pas insister dans ce cas sur les saignées, et qu'il convient de recourir de préférence aux vésicatoires ou aux préparations antimoniales.

Jusqu'à quel point ces circonstances sont-elles dépendantes de l'état particulier de tiédeur humide et de mollesse, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'offre depuis quelque temps la température? C'est là un rapport que nous nous bornons à constater pour l'instant, nous réservant, en temps opportun, de chercher à établir ces relations sur une échelle plus étendue et avec de plus nombreuses données.

SUR QUELQUES CAS DE PNEUMONIES DITES CENTRALES.

Parmi les pneumonies que nous avons observées depuis quelque temps, il en est quelques-unes qui ont offert des particularités d'un autre genre qui méritent aussi d'être signalées. On sait qu'il n'est pas très-rare, chez les vieillards surtout, de rencontrer de ces pneumonies dites *latentes*, qui ne se révèlent par aucun des symptômes ordinaires de cette affection, et que le stéthoscope seul fait découvrir. Par contre, on trouve quelquefois aussi des cas où l'auscultation n'apprend rien encore, alors que depuis plus ou moins longtemps tous les signes rationnels de la pneumonie ont été recueillis. Trois cas de ce genre se sont montrés à peu près en même temps à l'Hôtel-Dieu, dont deux dans les salles de M. Chomel et un dans celles de M. Jadioux.

L'un des deux malades du service de M. Chomel était un homme couché

depuis quelque temps à la salle Sainte-Agnès pour une bronchite catarrhale. Il fut pris intercurremment d'accidents d'une grande gravité: frissons, douleur de côté, dyspnée, fièvre intense, chaleur vive à la peau, inappétence, suppression des crachats, qui jusque-là avaient été rendus en grande abondance. Ces symptômes étaient plus que suffisants pour faire soupçonner l'invasion d'une pneumonie ; cependant l'auscultation et la percussion, pratiquées avec une grande attention, ne révélèrent aucune modification appréciable dans l'état des organes respiratoires. Le lendemain, nouveau signe incontestable de pneumonie, crachats caractéristiques mêlés aux crachats verdâtres du catarrhe, qui avaient en partie reparu ; mêmes résultats négatifs de l'auscultation. Ce ne fut que plus tard qu'on constata enfin du râle crépitant dans les deux tiers environ du poumon droit et du souffle bronchique dans le reste de son étendue.

Le même phénomène s'est présenté chez une femme chez laquelle on n'a reconnu quelques bulles de râle crépitant que quelques jours après l'invasion des frissons et de la douleur de côté, qui avaient fait diagnostiquer une pneumonie.

Chez le malade de M. Jadioux, l'absence des signes physiques était beaucoup plus manifeste encore et elle se prolongea beaucoup plus longtemps. Les symptômes généraux étaient de nature à ne laisser aucun doute sur l'existence d'une pneumonie : fièvre intense, chaleur vive à la peau, face animée, point de côté, oppression, crachats rouillés, etc. ; ces signes, joints aux circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, au frisson initial d'une part, et d'autre part à l'absence des signes propres à toute autre affection, ne permettaient pas, en effet, de douter qu'on eût affaire à une pneumonie. Cependant pendant plus de cinq jours on ne put reconnaître autre chose dans la poitrine, si ce n'est, par intervalles seulement, un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire dans une portion assez circonscrite du poumon. Ce ne fut que le sixième jour (qui correspondait au onzième jour de l'invasion du frisson et du point de côté) qu'on reconnut pour la première fois, dans le point où l'on avait constaté l'affaiblissement du murmure respiratoire, un souffle tubaire avec retentissement bronchophonique de la voix et du râle crépitant autour de ce point. Ces nouveaux phénomènes avaient à peine paru qu'ils commencèrent à décroître; deux jours après le malade était en pleine convalescence.

Ces cas ne sont-ils pas de ceux que l'on a désignés sous le nom de pneumonies *centrales?* Tout porte à le croire. Il arrive, en effet, dans quelques circonstances, que la pneumonie débute par les parties profondes du poumon ; qu'elle ne consiste dans le principe qu'en une sorte de noyau inflammatoire central qui s'irradie peu à peu du centre à la circonférence, et qui n'arrive que plus ou moins tard, et quelquefois seulement vers la fin de la maladie, aux couches superficielles du poumon. On conçoit que, dans ce cas, la région du poumon affectée étant séparée de l'oreille qui ausculte par des couches de poumon restées saines, le murmure respiratoire continue à se faire entendre avec ses conditions à peu près normales, jusqu'à ce que la phlegmasie ait gagné de proche en proche la périphérie du poumon. — La théorie s'accommode assez bien de cette explication, et elle paraît en particulier s'adapter parfaitement au dernier cas que nous venons de citer. — Cependant, si l'on considère d'une part que cette forme de pneumonie, circonscrite aux parties centrales du poumon, n'a été que très-rarement constatée à l'autopsie; si, d'autre part, l'on tient compte de cette circonstance signalée par plusieurs cliniciens, que dans un assez grand nombre de cas, bien que la pneumonie ait manifestement envahi la totalité du poumon, la faiblesse du bruit respiratoire était le seul phénomène stéthoscopique observé dans le début, ne peut-on pas être autorisé à croire qu'il en est de certaines pneumonies comme des phlegmasies cutanées dont on peut suivre de l'œil toutes les périodes d'invasion, de début et de développement, comme des érysipèles, des fièvres éruptives, dans lesquelles l'éruption ou la congestion sanguine est devancée souvent de plusieurs jours par tout l'appareil fébrile? Si l'on rapproche, en effet, de la marche bien connue des érysipèles, ces cas de pneumonie dans lesquels la phlegmasie semble s'arrêter brusquement après quelques jours d'invasion, pour reprendre ensuite, après un ou deux jours d'interruption, sa marche croissante, ceux où la phlegmasie disparaît tout à coup d'un poumon pour se porter immédiatement sur l'autre poumon, cette assimilation ne semble-t-elle pas de tous points légitime? et ne peut-on pas admettre que dans quelques-uns de ces cas où les phénomènes d'auscultation ne se révèlent que plus ou moins tard, après l'invasion des symptômes généraux, on ait eu affaire à des pneumonies de cette espèce?

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, il ne ressort pas moins évidemment de ces faits cette conséquence pratique, que si les signes stéthoscopiques, en tant que positifs, ont une valeur absolue, une signification précise et parfaitement déterminée, il ne faut pas se hâter de conclure négativement de leur absence, et que, quelle que soit la confiance que mérite ce moyen d'investigation, il n'en est pas moins nécessaire dans tous les cas de faire concourir l'ensemble de tous les symptômes et de tous les signes rationnels à l'établissement du diagnostic.

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE LA ROUGEOLE ET DE LA SCARLATINE ; VALEUR SÉMÉIOTIQUE DE L'EXPECTORATION DANS LA ROUGEOLE.

Deux malades entrés dans le service de M. Chomel, atteints de rougeole, ont fourni l'occasion à ce professeur d'insister sur les caractères différentiels de l'éruption morbilleuse et de l'éruption de la scarlatine, et de signaler une circonstance particulière à la rougeole qui permet, dans les cas de doute, de se prononcer avec certitude sur l'existence de cette dernière affection. Nous ne nous arrêterons pas ici à décrire les caractères bien connus de ces deux éruptions lorsqu'elles sont franches et légitimes; mais il arrive quelquefois que la scarlatine, au lieu d'offrir une rougeur franche et uniforme, présente un pointillé semblable à celui de la rougeole et dont on ne le distinguerait que difficilement sans une certaine attention. Voici quelques caractères à l'aide desquels on peut éviter cette confusion : le pointillé de la scarlatine est égal, uniforme, symétrique, sa couleur est partout la même, ainsi que le volume et la forme des petites vésicules; la rougeole, au contraire, offre une diversité très-grande dans la couleur, la forme et la dimension de son pointillé. D'un autre côté, la scarlatine présente assez communément de petites papules miliaires qu'on n'observe point ordinairement dans la rougeole; enfin on trouve, dans cette dernière, de petites ecchymoses sous-cutanées qui manquent dans la scarlatine. Mais on conçoit combien ces nuances peuvent, dans quelques cas, être difficiles à saisir, et cependant il n'est pas indifférent, pour le pronostic et pour les moyens prophylactiques que l'on peut avoir à prescrire dans les familles où règne l'une de ces affections si éminemment contagieuses, de les bien distinguer l'une de l'autre. Il est un autre caractère auquel M. Chomel attache une importance tout à fait décisive, et qui pourtant ne se trouve, que nous sachions, consigné dans aucun auteur : c'est l'aspect qu'offrent les crachats des rubéoleux. Ces crachats consistent en des masses opaques, nummulaires, d'une couleur grisâtre, nageant dans un liquide abondant ; ils ont, au premier aspect, toutes les apparences des crachats des phthisiques dans la deuxième période de la phthisie ; mais, indépendamment des circonstances concomitantes, qui ne permettent pas de se méprendre sur leur nature et leur origine respectives, les crachats de la rougeole diffèrent de ceux de la phthisie en ce que le liquide dans lequel nage la matière opaque est clair, transparent dans la phthisie, tandis qu'il est louche et lactescent dans la rougeole.

Ce caractère particulier de l'expectoration, qui, suivant M. Chomel, ne manque jamais chez les adultes, et qui n'a pas été mentionné par les auteurs, sans doute parce qu'ils n'ont décrit en général la rougeole que chez les enfants qui n'expectorent point; ce caractère, disons-nous, a une valeur séméiologique d'une grande importance, non-seulement pour distinguer, dans les cas douteux, la rougeole d'avec les affections éruptives, qui ont avec elle le plus de ressemblance, mais surtout pour diagnostiquer une rougeole dont l'éruption s'est brusquement supprimée, ne s'est faite qu'imparfaitement ou manque même tout à fait. Il n'est pas en effet très-rare, et les faits de ce genre s'observent surtout pendant les épidémies, de voir des sujets présenter tous les prodromes de la rougeole, sans qu'il se manifeste le moindre changement à la peau ; la bronchite légère qui complique presque constamment l'éruption morbilleuse est le seul phénomène morbide qui succède à ces prodromes. L'aspect des crachats que nous venons de décrire ne laisse aucun doute, dans ce cas, sur l'existence d'une de ces rougeoles latentes que les anciens auteurs désignaient sous le nom de *fièvre morbilleuse* ou de *morbilli sine morbillis*, et que l'on pourrait peut-être plus justement appeler rougeoles internes ou bronchiques.

Un exemple tout récent est venu démontrer la valeur de ce signe.

Un jeune homme entra, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, dans un état d'accablement et de stupeur qui fit soupçonner tout d'abord une affection typhoïde. Cependant il n'avait point de taches rosées, point de météorisme, ni de sensibilité du ventre. En examinant avec soin, on reconnut çà et là sur la poitrine une éruption irrégulière violacée, qui n'avait point l'apparence de l'éruption typhoïde, mais qui ressemblait plutôt à l'éruption morbilleuse parvenue à sa dernière période ; on était toutefois encore dans le doute sur le véritable caractère de cette éruption ; mais ce qui leva toute incertitude, ce fut l'aspect des crachats dont nous venons de signaler les caractères. La suite de la maladie vérifia la justesse de ce diagnostic.

PLEURODYNIE SUIVIE DE PLEURÉSIE. — RELATION DE CES DEUX ÉTATS MORBIDES.

Il n'est plus permis aujourd'hui de confondre, comme on le faisait si souvent autrefois, la simple douleur des parois thoraciques, désignée sous le nom de *pleurodynie* ou *fausse pleurésie*, avec la pleurésie véritable. Mais si, dans un temps donné de leur existence, ces deux états morbides se distinguent par des caractères particuliers bien tranchés, ils n'en sont pas moins

dans une telle dépendance l'un de l'autre, qu'ils finissent souvent par se confondre en une seule et même affection, dont ils ne représentent en réalité que deux temps ou deux périodes différentes. Il n'est pas rare, en effet, de voir une pleurodynie, après avoir persisté plus ou moins longtemps, être tout à coup suivie d'une pleurésie avec épanchement. Ces sortes de transformations sont surtout imminentes lorsque la douleur pleurodynique a été précédée de frissons ou qu'elle s'accompagne d'une tendance plus ou moins manifeste au mouvement fébrile. Nous venons d'en observer tout récemment un exemple à l'Hôtel-Dieu.

Un malade était entré à l'hôpital avec une douleur aiguë, vive, dans les parois thoraciques, douleur dont l'apparition avait été précédée de quelques frissons, et qui s'accompagnait d'une légère accélération du pouls. Cette douleur persista ainsi pendant six jours, sans que l'on constatât durant tout ce temps aucun trouble dans les organes de la respiration, aucun phénomène stéthoscopique particulier dans la poitrine. Le septième jour, on reconnut un épanchement qui s'était formé subitement et qui s'élevait à une grande hauteur.

Un second cas tout à fait semblable se présenta, à quelques jours de distance, dans la même salle.

La conséquence pratique directe à déduire de ces faits, c'est que les douleurs pleurodyniques ne sont pas toujours impunément négligées, qu'il faut dans tous les cas les attaquer dès leur début, et avoir constamment l'attention fixée sur l'état de la poitrine pendant toute leur durée.

Ce fait a en outre une signification plus générale, et l'on peut suivre dans plus d'une circonstance des relations analogues entre des douleurs névralgiques ou rhumatoïdes superficielles et des affections profondes correspondantes qui ne sont en quelque sorte qu'une amplification de ces premiers phénomènes. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois des névralgies intercostales siégeant à droite suivies d'engorgements spléniques avec exacerbations fébriles simulant assez bien des accès intermittents pour que l'on crût devoir recourir au sulfate de quinine. Les arthralgies offrent souvent ce phénomène d'une manière très-remarquable à leur début. Sous l'inspiration du rédacteur en chef du journal, nous avons eu maintes fois l'occasion de le constater à la consultation de l'hôpital des Enfants (service des difformités), sur de jeunes sujets qui, n'offrant dans le principe que des douleurs vagues, erratiques dans les muscles ou dans le trajet des nerfs au voisinage d'une articulation, ne tardaient pas à présenter successivement tous les symptômes et toutes les altérations caractéristiques des arthralgies les plus compliquées. La relation de la pleurodynie avec l'inflammation des plèvres n'est donc pas un fait isolé, propre seulement aux organes thoraciques, mais bien une expression particulière d'un fait général qu'il ne serait pas sans intérêt de suivre dans ses rapports avec les différents organes et les diverses régions de l'économie.

Cet aperçu est emprunté à une pensée bien déterminée, qui ne tardera pas sans doute à se faire jour dans la science avec le caractère de généralité qu'elle comporte et avec les différents ordres de preuves qui doivent lui donner l'importance qu'elle mérite.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHARBONNEUSE.

Nous avons parlé, dans notre précédente revue, de cas de fièvre typhoïde à forme rémittente, observés dans le service de M. Rayer; nous nous étions proposé de suivre l'étude de cette forme particulière de la fièvre typhoïde, insolite sous la constitution habituelle de Paris; l'occasion nous en est échappée, aucun cas nouveau ne s'étant présenté. Mais en même temps que ces faits avaient lieu, il s'est présenté, dans le même service, un cas rare d'affection typhoïde qui non-seulement contrastait avec les maladies typhoïdes coïncidentes, mais qui différait encore de toutes les formes connues d'affection de cette nature, par une circonstance particulière, l'existence d'un ictère passager et la formation d'un anthrax volumineux sur le bassin, ce qui l'a fait désigner par M. Rayer sous le nom de fièvre typhoïde *charbonneuse*. Voici, en deux mots, les circonstances principales de cette observation :

Obs. Une jeune femme entre à l'hôpital, offrant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Il se déclara, dans le cours de la maladie, un ictère assez léger qui ne dura que quelques jours, et à la suite duquel il ne resta plus qu'une grande prostration. La malade semblait marcher vers la convalescence, lorsque, à la suite d'un écart de régime, elle fut prise de fièvre avec délire, diarrhée et abattement. Cet état de choses dura quelques jours, puis il se développa sur la fesse gauche une tumeur charbonneuse du volume d'un œuf de dinde. La tumeur était entourée d'un cercle inflammatoire phlegmoneux, comme dans les affections charbonneuses. L'apparition de cette tumeur fut suivie de la cessation des phénomènes typhoïdes; mais la malade eut à courir de graves dangers par suite du travail d'élimination de cette masse gangréneuse, qui se termina heureusement après trois mois de séjour à l'hôpital.

Cette malade sortie de l'hôpital il y a quinze jours, n'ayant plus qu'une petite plaie de bon aspect qui marchait rapidement vers la guérison, est rentrée, quelques jours après, avec un érysipèle de mauvaise nature, développé sur la fesse et à la partie postérieure de la cuisse du côté opposé. Cet érysipèle, combattu par un émétique, est actuellement en voie de résolution.

C'est le second cas de ce genre que M. Rayer a eu l'occasion de rencontrer dans ses salles; le premier s'était terminé par la mort. Il s'est demandé si cette affection n'aurait pas quelque analogie avec la fièvre qui régna épidémiquement il y a quelques années en Écosse, et qui est connue sous le nom de fièvre d'Édimbourg. Nous n'avons pas assez présents à l'esprit les caractères de cette fièvre pour décider jusqu'à quel point cette assimilation serait possible. Cette affection n'aurait-elle pas encore quelque analogie avec une maladie des bêtes à cornes que Chabert a décrite sous le nom de *fièvre charbonneuse* ou de *charbon symptomatique*, maladie dans laquelle le charbon ne paraît qu'à la suite d'un accès de fièvre plus ou moins long, et est ordinairement précédé de dégoût, de tristesse, de cessation de la rumination, de froid des oreilles et des extrémités, de douleurs aux lombes, de tension de l'abdomen, concentration avec irrégularité du pouls, suppression des urines, absence de déjections, etc.? M. Rayer n'est pas éloigné d'admettre cette analogie. Ce serait le cas de faire des recherches sur ce sujet, si un nouveau cas de ce genre venait à se présenter.

HYDARTHROSE CHRONIQUE DU GENOU. — TARTRE STIBIÉ; DIMINUTION CONSIDÉRABLE DE L'ÉPANCHEMENT EN TROIS JOURS.

Obs.—Un malade, entré dans le service de M. Rayer pour une indisposition aiguë de peu d'importance, est affecté en même temps d'un rhumatisme articulaire chronique du genou droit, avec épanchement considérable datant de six ans. Ce malade est sous l'influence d'une diathèse rhumatismale manifeste; il a eu successivement, depuis un grand nombre d'années, presque toutes les articulations malades, jusqu'aux articulations vertébrales même. Mais depuis six ans que le genou a été pris, sauf quelques variations dans le volume de l'épanchement, l'affection a opiniâtrement résisté à tous les moyens qui ont été employés: saignées générales et locales, vésicatoires, purgatifs, sulfate de quinine à haute dose, bains de vapeurs, etc. On a essayé de nouveau les vésicatoires, mais sans aucun avantage; le malade dit même qu'ils n'ont fait qu'exaspérer ses souffrances, et que toutes les fois qu'on lui en a appliqué ils ont eu le même résultat, et sans jamais diminuer l'épanchement. M. Rayer s'est déterminé à administrer le tartre stibié; il l'a fait prendre à trois grains par jour, uni à du sirop diacode pour prévenir les vomissements. Dans l'espace de trois jours, l'épanchement s'est presque entièrement dissipé et les douleurs se sont notablement amoindries. Notons que ce résultat a été obtenu sans qu'il y ait eu de vomissements ni de selles.

Ce fait est trop récent sans doute pour qu'on puisse se flatter qu'en s'en tenant là la guérison soit complète et définitive; nous le signalons seulement comme un exemple remarquable de l'action dynamique particulière que le tartre stibié semble exercer sur les épanchements anciens, et comme venant à l'appui d'autres faits analogues signalés depuis quelques années. Il tendrait en outre, si l'avenir confirmait la guérison, à prouver qu'on peut atteindre le même résultat sans élever le tartre stibié aux doses énormes auxquelles on l'a donné. Nous suivrons ce fait.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU GUÉRI EN DIX JOURS PAR LE SULFATE DE QUININE.

Obs.—Un jeune homme âgé de 25 ans est entré dans les salles de M. Fouquier pour un rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs occupaient à la fois les genoux, les poignets, les coudes et les épaules. Les poignets étaient légèrement gonflés et rouges; les douleurs étaient accompagnées d'une fièvre assez intense (100 puls.). Le début de la maladie avait été marqué par des frissons qui ont précédé les douleurs et qui ne se sont plus reproduits depuis; la fièvre était continue, sans aucune rémittence sensible, et accompagnée de sueurs abondantes. Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on a pratiqué une saignée de 300 grammes. Le lendemain la saignée a été répétée; on a retiré 350 grammes de sang. Le pouls a un peu baissé après cette seconde saignée; il est descendu à 96 pulsations, mais les douleurs persistaient; on administra le soir 1 gramme de sulfate de quinine.

Le troisième jour, rien de changé. On double la dose de sulfate de quinine (2 grammes).

Le quatrième jour, diminution notable des douleurs; pouls descendu à 76. (Sulfate de quinine, même dose.)

Le cinquième jour, pouls à 60; douleurs décroissantes. (Sulfate de quinine, 2,50.)

Le sixième jour, les douleurs ne se faisaient plus sentir qu'aux épaules. On commence à diminuer la dose de sulfate de quinine (1 gramme).

Le septième jour, les douleurs avaient complètement cessé. On continua encore le sulfate de quinine à dose décroissante pendant trois jours. La dernière dose, prise le dixième jour, était de 25 centigrammes.

C'est un nouvel exemple de l'efficacité du sulfate de quinine à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu. M. Fouquier pense que cette méthode doit surtout être réservée pour les cas où, comme celui-ci, les malades éprouvent des sueurs abondantes qui excluent le traitement diaphorétique. Il la préfère, dans la plupart des cas, aux saignées répétées qui ont l'inconvénient, en affaiblissant les malades, de les rendre plus susceptibles

à l'avenir à l'impression du froid, et partant au retour des douleurs; mais il pense en même temps qu'une ou deux saignées, pratiquées avant l'administration du sulfate de quinine, en assurent mieux l'efficacité. C'est la méthode qu'il adopte de préférence pour les rhumatismes aigus intenses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin. — Voir les numéros 8 et 9.)

IV. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus;* par M. Malgaigne. (L'auteur signale, dans ces fractures, la tendance du fragment supérieur à basculer en dehors, ce qui rapproche la grosse tubérosité du sommet de la cavité glénoïde : de là, quand la consolidation survient dans cette situation, la difficulté éprouvée par le malade à exécuter un mouvement étendu d'abduction du bras. Pour lutter contre ce déplacement, l'auteur conseille d'élever, pour la réduction, le bras en dehors au-dessus de l'angle droit. Nous avons remarqué avec surprise que plus loin il dit : Pendant la consolidation, je laisse volontiers le bras collé près du tronc.) 2° *Remarques et observations sur la diathèse purulente;* par M. Milcent. (La phlébite ne peut être considérée comme cause des symptômes de l'infection purulente, puisque, chez plusieurs sujets qui ont présenté ces symptômes, on n'a pas trouvé de phlébite à l'autopsie. Le plus souvent, la suppuration d'une veine n'est pas le point de départ de l'affection; ce n'est qu'un des symptômes d'un état général préexistant, lequel est très-bien désigné sous le nom de diathèse purulente. Un fait confirme ces remarques: c'est que parfois on voit tous les signes de l'infection purulente se développer spontanément et sans aucune lésion traumatique antécédente. L'auteur en cite quelques exemples.) 3° *Considérations générales sur les arthralgies et les difformités arthralgiques;* par M. J. Guérin. (Voir la réponse à cette critique dans GAZ. MÉD., 1845, p. 788.) 4° *Observation de synchisis étincelant, ou ramollissement du corps vitré avec étincelles apparentes au fond de l'œil;* par M. Desmarres. 5° *Lettre sur une variété de déplacement du fragment inférieur dans la fracture du col chirurgical de l'humérus;* par M. Debrou. 6° *Recherches sur la formation de paillettes mobiles et luisantes dans le corps vitré;* par M. Sichel. 7° *Note sur les polypes fibreux du larynx;* par M. Burggraeve. (Extrait du BULLETIN de l'Académie royale de médecine de Belgique.) 8° *Sur l'application de la méthode circulaire et du procédé à un seul lambeau latéral pour l'amputation métacarpo-phalangienne des doigts;* par M. Chassaignac.

SUR UNE VARIÉTÉ DE DÉPLACEMENT DU FRAGMENT INFÉRIEUR DANS LA FRACTURE DU COL CHIRURGICAL DE L'HUMÉRUS; par M. DEBROU.

M. Debrou pense que la fracture du col chirurgical de l'humérus doit être le plus souvent dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors ou d'avant en arrière; car, comme cette solution de continuité est presque toujours produite par une cause directe qui frappe en arrière de l'épaule ou sur la partie externe et supérieure du bras, la ligne de la cassure doit suivre de préférence ce sens. M. Debrou a observé en 1843, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, trois exemples où la fracture offrait cette obliquité; dans ces trois cas, il y avait une saillie considérable du fragment inférieur remonté et porté en dedans et en avant.

Le bec du fragment inférieur, lorsqu'il est sollicité dans cette direction, rencontrant là une moins grande épaisseur de parties molles qu'en dehors, court risque de se mettre en contact immédiat avec la peau, et même, s'il est aigu, de la perforer. Les trois cas que M. Debrou a observés ont offert cette particularité; dans tous les trois la pointe du fragment inférieur avait embroché la peau sans la percer entièrement, et l'attirait en arrière au moindre mouvement du coude et du fragment inférieur. Il en résultait une dépression de la peau au niveau de cette sorte d'embranchement, et le cul-de-sac ainsi formé augmentait, et devenait plus profond à mesure qu'on portait plus en arrière le fragment inférieur. Chez l'un de ces malades, le pincement de la peau fut un peu marqué, et disparut dans les mouvements employés pour la réduction; chez un autre, il persista à un léger degré, et s'opposa jusqu'à un certain point à la coaptation exacte des fragments. Dans le troisième cas, le fragment inférieur était tellement engagé dans l'épaisseur de la peau, qu'il devint impossible d'obtenir une réduction satisfaisante. Il fallut *faire un débridement à l'aide d'une ponction sous-cutanée*, opération curieuse et très-habilement conduite où l'on détruisit avec le ténotome les adhérences qui retenaient l'os contre la peau, sans traverser celle-ci, du moins au niveau du foyer de la fracture, la piqûre cutanée par laquelle l'instrument fut introduit ayant été faite à 2 pouces de distance de la saillie osseuse.

SUR LA FORMATION DE PAILLETTES MOBILES ET LUISANTES AU FOND DE L'ŒIL; par MM. SICHEL et DESMARRES.

Nous allons d'abord laisser décrire par M. Desmarres l'état pathologique dont il s'agit. Ce médecin l'a constaté sur une femme qui, ayant été affectée de cataracte double capsulaire à la suite de deux opérations de cataractes par abaissement, fut opérée par lui de cette opacité secondaire. — Huit ou dix jours après cette extraction des capsules, il remarqua sur l'œil gauche le phénomène suivant. A travers la pupille largement dilatée sur le fond de l'œil qui était parfaitement noir, il vit se détacher des paillettes brillantes comme des diamants, mobiles, et d'une grandeur qu'on ne peut guère comparer qu'à celle de grains de sable. Elles étaient placées sur divers plans dans la chambre postérieure, apparaissaient le plus ordinairement au nombre de vingt ou trente à la fois, se déplaçaient de bas en haut pendant les mouvements de l'œil, et étaient immédiatement remplacées par d'autres aussi brillantes et aussi nombreuses. Tous ces petits points lumineux mobiles, réfléchissant la lumière avec un vif éclat, paraissaient descendre peu à peu vers la partie la plus déclive de l'œil, lorsque cet organe était maintenu quelque temps dans l'immobilité, et se montraient en général d'autant plus nombreux que les mouvements en étaient plus étendus et plus brusques. Il n'y avait rien d'anormal dans la chambre antérieure; la vision était aussi bonne qu'on peut le désirer après une opération de cataracte; la malade se plaignait seulement de quelques mouches volantes que, du reste, elle avait toujours vues, et qui n'avaient point augmenté.

M. Sichel a également observé une fois lui-même cette curieuse particularité, et il en cite encore un troisième cas, emprunté à M. Parfait-Landran et extrait de la REVUE MÉDICALE, 1828, p. 203. Nous nous contentons d'indiquer ces faits: tout curieux qu'ils sont pour l'ophthalmologiste, ils n'offrent pas, jusqu'ici du moins, grand intérêt sous le rapport pratique.

M. Sichel pense qu'il est impossible d'expliquer ce phénomène autrement que par l'épaississement et la désorganisation de la membrane hyaloïde consécutivement à son inflammation, ou par un dépôt particulier dans l'humeur vitrée; il est d'ailleurs certain qu'il tient bien réellement à la présence dans la chambre postérieure de paillettes d'un éclat métallique, et non pas seulement à quelque phénomène de réfraction ou à une autre illusion d'optique. M. Desmarres place aussi le siége de la lésion dans le corps vitré. Il inclinerait à penser que cet aspect singulier dépend de ce que les cellules hyaloïdiennes, par suite d'une disposition morbide particulière, étant moins tendues par l'humeur vitrée plus fluide, flottent les unes sur les autres, et, dans cet état, réfléchissent la lumière isolément au lieu de la réfracter.

SUR L'AMPUTATION DES DOIGTS; par M. CHASSAIGNAC.

A. DE LA MÉTHODE CIRCULAIRE APPLIQUÉE A L'AMPUTATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DES DOIGTS. Voici quelques règles propres à faire exécuter plus sûrement cette opération, qui n'a été jusqu'ici que rarement pratiquée, la méthode à lambeaux étant en général presque seule employée pour l'amputation des doigts. On coupe d'abord les téguments circulairement au niveau du pli cutané qui indique du côté de la face palmaire la distinction de la paume de la main d'avec le doigt. Il importe, dans ce premier temps, de couper les tissus jusqu'à l'os, afin que les tendons étant divisés ne puissent plus s'opposer à l'exécution du second temps. Pour celui-ci, c'est-à-dire pour la désarticulation proprement dite, on tire *directement* d'arrière en avant sur la phalange, comme si on voulait l'arracher et non comme si on voulait la luxer, et on plonge le bistouri par la pointe dans l'intervalle qui se forme alors entre les deux os. Il est donc nécessaire de diviser une seconde fois dans ce moment le tendon extenseur. L'articulation une fois ouverte par sa partie postérieure, les obstacles à la séparation définitive des surfaces articulaires résident sur les côtés et vers la face palmaire. Pour en finir rapidement, au lieu de retirer le bistouri après le mouvement de ponction dans la jointure, l'opérateur en ramène le tranchant contre le côté de l'articulation qui est situé à sa droite, et par conséquent ne retire l'instrument qu'en coupant un des ligaments latéraux. Ce mouvement exige une certaine vigueur, et veut que le bistouri fasse en quelque sorte une échappée, mais une échappée qui est entièrement volontaire, et partant sans le moindre danger.

Ce procédé, selon M. Chassaignac, a sur l'amputation à lambeaux l'avantage de ne présenter de cicatrice ni à la paume ni à la face dorsale de la main; il a sur le procédé ovalaire l'avantage de ne point donner lieu à une cicatrice se prolongeant à la face dorsale de la main. En outre, il laisse une quantité de téguments suffisante pour que la tête du métacarpien soit recouverte de la manière la plus complète sur tous les points. De plus, il ne laisse qu'une cicatrice ombiliquée à peine visible, parce que le tissu ino-

dulaire avec sa tendance rétractile ramenant tous les téguments vers un centre commun, il en résulte une sorte d'ombilic presque imperceptible qui représente à lui seul toute la cicatrice.

B. Procédé a un seul lambeau latéral pour l'amputation métacarpo-phalangienne. Ce procédé trouve particulièrement son application à la suite des lésions qui intéressent toute une moitié latérale des doigts jusqu'à leur base. Pour pénétrer directement dans l'articulation par l'un de ses côtés, il faut écarter les deux os en tirant sur la phalange comme pour l'arracher, ainsi qu'il a été dit plus haut. Une fois l'articulation ouverte, on continue la séparation des os contigus; mais ici il y a une précaution à prendre. En traversant d'un côté à l'autre toute la largeur de la jointure, on irait presque inévitablement entamer la base du lambeau qui doit ensuite être taillé sur l'autre côté de l'articulation. Il faut donc recourir à la manœuvre suivante : avec le pouce porté sur l'une des faces de la jointure et un peu latéralement, avec le doigt indicateur porté sur la face opposée, on pince les téguments et l'on chasse à la manière d'un noyau de cerise la tête de la phalange, en retenant la peau pour la faire glisser vers le côté sur lequel sera taillé le lambeau. Ce temps demande pour être accompli facilement que les tendons extenseurs et fléchisseurs soient préalablement complétement divisés. On peut encore l'aider en combinant avec le mouvement de pincement expulsif de la tête *le mouvement de gâchette* qu'on exécute en pressant en même temps sur la partie latérale du doigt malade avec les derniers doigts de la main gauche appliqués sur le côté par lequel on a tout d'abord porté le bistouri dans la jointure. Après avoir ainsi traversé l'articulation, la lame du bistouri taille ensuite sur l'autre côté du doigt un lambeau de dimension convenable.

Le procédé à un seul lambeau latéral est appliqué avec beaucoup d'avantages dans l'amputation simultanée de trois doigts. Soient, par exemple, l'indicateur, le médius et l'annulaire qu'il faut retrancher : on choisit d'abord soit le côté externe du médius, soit l'interne de l'annulaire pour y prendre le lambeau, suivant celui des deux où la blessure a laissé la peau intacte dans la plus grande étendue. On commence alors par diviser dans le sens transversal l'articulation des trois doigts indiqués, puis en arrivant sur le côté du doigt choisi d'avance, on conserve toute sa moitié de téguments pour en faire une languette qu'on couche en travers sur les trois articulations. Il faut seulement fixer en place l'extrémité de ce lambeau par un point de suture.

V. JOURNAL DE MÉDECINE.

Articles originaux contenus dans les numéros d'octobre, novembre et décembre : 1° *Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes, et de leur traitement*; par M. Trousseau. 2° *Observations de paralysies idiopathiques des nerfs de la face, suivies de réflexions*; par M. Brunache. 3° *Réfutation de l'hypothèse qui attribue la production des fièvres intermittentes au froid humide;* par M. Boudin. 4° *Observations de contracture essentielle;* par M. Marrotte. (Trois observations de contracture survenue chez des jeunes gens sous l'influence du froid humide. Aucune considération nouvelle. L'auteur ne les rapporte que pour servir à l'histoire future de ces affections, qui lui paraissent de nature rhumatoïde.) 5° *Deux observations de fièvre larvée, suivies d'une note sur les températures observées dans huit cas de fièvre intermittente;* par M. Turrel. 6° *Des coliques hémorrhoïdales;* par M. Ch. Lasègue. (Très-bon mémoire destiné à démontrer la réalité des coliques hémorrhoïdales, telles qu'on les admettait dans le dix-huitième siècle. L'idée n'est donc pas nouvelle, tant s'en faut; mais, à l'époque où nous sommes, il n'était pas inopportun de la rappeler.) 7° *De la folie considérée comme maladie;* par M. Pidoux. (Examen du travail récent de M. Brierre de Boismont sur le délire aigu : travail récemment analysé dans la Gazette Médicale.)

Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes, et de leur traitement; par M. le professeur Trousseau.

Dans quels cas convient-il de guérir les gourmes? Il va sans dire que, posée dans ces termes, la question exige, pour être résolue, un *distinguo* entre les différentes espèces de gourmes. L'expression *gourme* est elle-même d'une signification si vague, qu'on est tout d'abord embarrassé pour déterminer rigoureusement les lésions auxquelles elles doivent s'appliquer. Mais, au point de vue tout pratique où se place M. Trousseau, il n'en résulte pas grand inconvénient. Il ne s'agit que de fixer d'avance les altérations qu'on entend rapporter à l'espèce des gourmes, et par conséquent faire entrer dans la question thérapeutique à débattre. Or voici comment l'auteur pose le problème.

La plupart des causes morbifiques peuvent être considérées comme un poison qui suscite dans le corps de l'homme des mouvements spéciaux et donne lieu à des lésions diverses. Quelques-unes de ces causes semblent ne pas aller au delà de l'épiderme, en ce sens qu'elles bornent leur action au point touché : c'est le cas des irritants externes. D'autres, primitivement locales, finissent par devenir générales, en ce sens que certains principes absorbés viennent troubler la généralité de l'économie. Quelques autres enfin s'attaquent d'emblée à la masse, s'y mêlent en silence et sans provoquer d'abord de troubles appréciables, jusqu'au moment où ils produisent une sorte de fermentation générale et déterminent, du côté de la peau ou des membranes muqueuses, une manifestation morbide. Les gourmes rentrent toujours dans l'une ou l'autre des deux dernières catégories. Tantôt des excoriations aux talons, aux cuisses, aux fesses, etc., primitivement engendrées par une cause accidentelle et toute locale, comme une pièce de toile trop dure, un lange mal placé, le contact des urines ou des matières fécales, se sont aggravées par l'incurie des parents et se sont transformées en suppurations chroniques; tantôt les gourmes ont été d'emblée l'expression d'une disposition morbide générale. Il est clair *à priori* que ces deux états ne réclament pas un traitement identique. Mais, pratiquement parlant et en face du malade, où puiser les indications? Dans l'état de la santé générale. Quelquefois les suppurations inutiles qu'on a laissées s'établir, après avoir déterminé quelques accidents, deviennent tout à fait innocentes; l'énergie vitale les a surmontées; la santé de l'homme est devenue florissante, non *à cause* de la suppuration, mais *malgré* la suppuration. Cependant, comme la sécrétion du pus, tout accidentelle qu'elle ait été dès le principe, est devenue pour l'économie une sorte de fonction adventitielle, sa suppression brusque pourrait changer toute l'harmonie des fonctions physiologiques et engendrer la maladie. D'autres fois, au milieu d'une mauvaise santé, survient tout à coup un impetigo qui prend une forme chronique. A partir de ce moment, la santé s'améliore rapidement, et, tant que durent les gourmes, l'enfant se porte bien. La suppression brusque amène, comme dans le cas précédent, des accidents variés. Enfin, de quelque manière que les gourmes s'établissent, il peut arriver que leur apparition devienne le signal de graves désordres, soit par la violence de la réaction fébrile ou nerveuse, soit par le siége même qu'elles occupent, et il devient alors utile de modérer leur explosion ou de les guérir en mettant en balance les risques que les remèdes ou les accidents peuvent faire courir au malade. De ces considérations, qu'il développe assez longuement, l'auteur déduit les préceptes thérapeutiques suivants :

1° Lorsqu'un enfant est bien portant, les gourmes ne sont jamais nécessaires; comme elles peuvent être nuisibles, il faut à tout prix les arrêter *dès leur début.*

2° Lorsque, par malheur, les gourmes *se sont établies* chez un enfant bien portant et que la santé reste bonne, les gourmes doivent être guéries, mais lentement et avec de grandes précautions.

3° Lorsqu'un enfant était habituellement mal portant, et que la santé s'est améliorée depuis l'explosion des gourmes, celles-ci doivent être respectées, entretenues, et l'on ne doit songer à les guérir que lorsque la santé est depuis longtemps raffermie, et que la diminution spontanée des gourmes n'a pas semblé troubler la bonne santé de l'enfant.

4° Quand les gourmes s'accompagnent d'inflammation ou de suppuration excessives, il faut modérer leur violence.

5° Si elles envahissent quelques parties importantes, telles que les yeux, les fosses nasales, le conduit auditif, il faut s'opposer, par tous les moyens, à leur extension.

Les gourmes sont maintenant établies. La fièvre éruptive qui les précède souvent a cessé, leur effet dépuratif paraît complet, la santé est solide, les répercussions ne semblent plus à craindre, enfin les gourmes sont dans les conditions où leur cure peut et doit être entreprise; quels moyens thérapeutiques employer? L'auteur passe successivement en revue les bains généraux et locaux, les lotions, les pommades, les purgatifs, les vésicatoires et les dépuratifs. Sans le suivre pas à pas dans cet examen, rappelons quelques-unes des considérations auxquelles il se livre. Et, par exemple, il insiste avec beaucoup de vivacité sur les bons effets des bains mercuriels contre l'eczéma aigu, accompagné de fortes rougeurs et d'un écoulement abondant; il insiste surtout sur l'innocuité de ces bains quant à l'effet toxique. On sait que Wedeking, en Allemagne, après avoir essayé les bains de bichlorure mercurique contre les maladies cutanées vénériennes, finit par les étendre à toutes les maladies dartreuses, et prétendit guérir par ce moyen toutes les dartres curables par les autres remèdes, et beaucoup de celles que les autres remèdes ne guérissaient pas. M. Trousseau adopte pleinement la méthode de Wedeking. « Depuis quatorze ans, dit-il, j'ai eu tant à me louer des bains mercuriels dans toutes les formes de maladies de la peau, que je ne saurais trop répéter ici ce que je répète chaque année dans mes cours de la Faculté, savoir, que ces bains doivent être le moyen thérapeutique le plus universellement adopté par les praticiens dans le traitement de toutes les dartres. Quant aux dangers qui peuvent en résulter, je déclare qu'ils sont nuls.... Le nombre des bains de sublimé que je donne chaque année s'élève à plus de mille....., jamais je n'ai vu résulter le plus léger accident (toxique) de l'administration de ces bains. » Ce résultat s'explique assez bien, d'ail-

leurs, quand on remarque que les bains mercuriels, tels que M. Trousseau les emploie, ne contiennent que 2 à 3 grammes de sublimé corrosif.

Les remarques de l'auteur sur l'emploi des vésicatoires méritent également d'être rappelées. Il fait observer avec raison que, chez les enfants, les vésicatoires, pour peu qu'ils soient mal pansés, développent souvent des eczémas aigus ou impétigineux qui se transforment en véritables gourmes. Cela a lieu principalement, suivant lui, chez les enfants blonds ou roux, dont la peau est très-fine, très-blanche, et dont les joues sont habituellement colorées; chez ceux qui *se coupent* et suppurent facilement; chez ceux dont les parents sont dartreux. Dans ces circonstances donc, M. Trousseau proscrit les vésicatoires. En dehors de ces circonstances, il les proscrit encore, s'il s'agit de gourmes cutanées, parce qu'ils n'ont en général d'autre effet que de produire une irritation de plus, sans profit pour celle qui existe déjà. Il les conseille au contraire contre les gourmes des membranes muqueuses, de la conjonctive, de la pituitaire, etc., parce qu'il est d'observation qu'une affection de la peau du cuir chevelu ou du derrière des oreilles alterne fréquemment avec une ophthalmie ou un eczéma chronique des fosses nasales. Cependant l'auteur fait ici une distinction. Le vésicatoire est utile si la gourme muqueuse *alterne* avec la gourme cutanée; il ne l'est plus et il peut même devenir nuisible si la première n'est qu'un résultat de la *propagation* de la seconde. Enfin, le vésicatoire est *impérieusement commandé* par les maladies des bronches et de l'intestin, appelées bronchite, entérite, qui alternent quelquefois avec les gourmes de la peau, et ne sont pour M. Trousseau que la manifestation de la même diathèse.

Cette manière de considérer la pathogénie et la thérapeutique des gourmes, sans offrir de vues absolument nouvelles, emprunte aux études spéciales et à l'expérience consommée de M. Trousseau une autorité qui nous a engagé à la reproduire avec quelques détails. Nous la croyons, dans son ensemble, conforme à la saine pratique; peut-être seulement trouverions-nous un peu absolues les idées auxquelles il soumet l'emploi des vésicatoires. Même dans les gourmes cutanées, ils nous paraissent avoir quelquefois l'avantage de fixer sur un point déterminé, au bras par exemple, des gourmes ambulantes et multipliées dont le moindre inconvénient est d'exciter un prurit incommode qui détermine les enfants à se gratter, et devient ainsi l'occasion d'éruptions plus vives, plus irritantes, dont la fièvre est souvent la conséquence. En outre, dès lors que les vésicatoires ont la vertu de détourner les accidents pulmonaires ou intestinaux, à tel point que, suivant M. Trousseau lui-même, la seule existence de ces accidents suffit pour *commander impérieusement* l'emploi des vésicants, que la gourme soit muqueuse ou qu'elle soit cutanée, on ne voit pas bien pourquoi il serait interdit de les employer à *prévenir* les mêmes accidents. Les inconvénients qui résulteraient d'un pansement vicieux ne peuvent sérieusement constituer une objection contre cette pratique.

OBSERVATIONS DE PARALYSIES IDIOPATHIQUES DES NERFS DE LA FACE, SUIVIES DE RÉFLEXIONS; par M. BRUNACHE.

Ces observations, au nombre de trois, recueillies surtout au point de vue physiologique, offrent deux exemples de paralysie de nerfs exclusivement moteurs et un exemple de paralysie d'un nerf affecté à la fois à la sensibilité générale et au mouvement. Chez le premier malade, prolapsus de la paupière supérieure, strabisme externe avec diplopie, dilatation et immobilité de la pupille; chez le second, absence de contractilité des muscles auxquels le nerf facial se distribue; chez le troisième, paralysie de la sensibilité générale de la face et des mouvements de la mâchoire inférieure. Dans les trois cas, la maladie était survenue à la suite d'une exposition au froid.

Ainsi que l'auteur le dit, ces trois ordres de phénomènes correspondent à la lésion de trois paires de nerfs crâniens, c'est-à-dire des troisième, septième et cinquième. Les données actuelles de la physiologie ne permettent pas de doute à cet égard. Aussi M. Brunache ne présente-t-il ses observations que comme propres à confirmer, par la distribution des phénomènes paralytiques, les idées des physiologistes modernes. Il se borne seulement à appeler plus spécialement l'attention, 1° sur l'immobilité de la pupille chez le premier malade, immobilité facilement explicable par l'anesthésie du nerf moteur oculaire commun dont les filets envoyés par lui au ganglion optique forment les nerfs ciliaires longs qui se rendent à l'iris (ce malade a perdu plus tard la vue du même côté, ce qui ne peut plus guère s'expliquer par la paralysie de la troisième paire et suppose une lésion du nerf optique); 2° sur la diplopie suite de strabisme chez le même sujet, et provenant de ce que la rétine de l'œil dévié percevait les rayons lumineux dans un point non correspondant à celui où ils étaient perçus du côté opposé; 3° sur l'existence, chez le second malade, de douleurs violentes sur le trajet du nerf facial dont l'action motrice était abolie, douleurs dont le siége était évidemment dans les filets fournis à ce nerf par la cinquième paire.

RÉFUTATION DE L'HYPOTHÈSE QUI ATTRIBUE LA PRODUCTION DES FIÈVRES INTERMITTENTES A L'INFLUENCE DU FROID HUMIDE; par le docteur BOUDIN.

L'*hypothèse* à laquelle M. Boudin adresse sa réfutation ne paraît pas destinée à prendre jamais grande faveur. Cependant, puisqu'elle se produit encore, il est bon de la combattre par de nouveaux faits. Ceux que lui oppose l'auteur (car il ne s'agit pas ici d'une argumentation en règle, mais seulement de quelques faits rassemblés dans une courte note) méritent d'être rappelés. 1° Beaucoup d'individus, après avoir joui d'une santé complète dans les marais de la Corse, de la Morée, de l'Algérie et du Sénégal, prenaient des fièvres pernicieuses *trois mois* et des intermittentes simples *six mois* après leur arrivée dans « la grande ville sèche et calcaire des Phocéens. » 2° En juillet 1834, 800 militaires, tous en santé, quittent Bone sur trois navires pour rentrer en France. Les passagers de deux navires arrivent à Marseille sans un seul malade; sur le troisième, chargé de 120 passagers, 13 succombent, 98 arrivent à Marseille avec des fièvres pernicieuses variées, 9 sont en bonne santé. Que s'était-il passé? 111 militaires morts ou malades avaient bu de l'eau puisée dans un marais près de Bone; les 9 arrivés sains et saufs avaient bu de l'eau de bonne qualité. 3° Tout récemment l'étang de Trou-Salé, foyer de fièvres et de dyssenteries, est désigné pour fournir provisoirement de l'eau à *l'un des quartiers* de Versailles. Aussitôt, dans le même quartier, manifestation d'une dyssenterie formidable avec paroxysmes nocturnes. On court à Trou-Salé, et l'on trouve des pêcheurs remuant la vase de l'étang avec leurs filets. Défense est faite aux pêcheurs de continuer; l'eau de Seine d'ailleurs vient remplacer l'eau d'étang; l'épidémie s'arrête. 4° Enfin l'auteur rapporte un fait déjà ancien, mais peu connu. La population de Saint-Cyr était décimée par les fièvres. En 1807, le gouvernement fit dessécher les étangs qui entouraient la commune. Le gouvernement de 1816 voulut les rétablir; il recula devant la table de mortalité suivante.

De 1700 à 1709, 45,4 décès par an sur une population de 500 à 550 habitants;

De 1808 à 1817, 2,12 décès par an sur une population de 850 habitants, auxquels il faut ajouter 800 élèves ou employés de l'école de Saint-Cyr.

Nous n'avons rien à dire de ces faits que nous ne sommes pas en mesure de vérifier. Tels qu'ils sont rapportés, ils portent avec eux une signification nette et précise contre laquelle la théorie du froid humide vient échouer.

DEUX OBSERVATIONS DE FIÈVRE LARVÉE, SUIVIES D'UNE NOTE SUR LES TEMPÉRATURES OBSERVÉES DANS HUIT CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE; par le docteur TURREL.

La première de ces observations est relative à une névralgie sus-orbitaire périodique qui, développée au milieu d'un pays marécageux, s'est renouvelée annuellement au mois d'avril pendant dix ans, et a paru deux fois la onzième année, sous l'influence d'une double exposition aux miasmes paludéens. Dans la seconde, il s'agit d'une céphalalgie également périodique avec congestion dans les lobes oculaires, larmoiement et trouble de la vision, et guérie par le sulfate de quinine. Nous n'entrons pas dans le détail de ces observations fort intéressantes d'ailleurs, parce qu'elles ne sont qu'une des mille formes sous lesquelles peuvent se présenter les fièvres dites *larvées*; mais nous dirons un mot de la note de M. Turrel sur la température du corps dans les fièvres intermittentes.

C'est encore aujourd'hui une question à éclaircir que celle de savoir si la chaleur du corps est augmentée ou diminuée pendant le frisson de la fièvre intermittente. Suivant Currie, dont l'auteur ne paraît pas connaître les recherches sur ce point, la chaleur est diminuée dans la période de froid, non pas seulement à la surface, mais très-probablement dans tout le système; il a vu le thermomètre, placé sous la langue et sous l'aisselle, descendre à 34°,44, à 33°,33. M. Gavarret, en opérant de la même manière, a trouvé, au contraire, une augmentation de température dans le stade de froid. M. Turrel va plus loin encore. Plaçant, comme les observateurs précédents, le thermomètre dans le creux axillaire, il trouve non-seulement que la température s'élève dans cette période de l'accès, mais qu'elle est plus élevée que dans la période de chaleur, en un mot qu'elle atteint alors son maximum. Elle va décroissant de la période de chaleur à la période de sueur.

— Nous analysons dans cette même revue (V. le numéro précédent) un intéressant mémoire de M. Roger sur la température animale chez les enfants; et précisément il se trouve que sur cette question ses observations personnelles ne lui ont pas permis de prononcer. C'est donc un sujet de recherches à reprendre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MARS.

JEUNE FILLE ÉLECTRIQUE.

M. TANCHOU adresse la lettre suivante :

Les phénomènes électriques *que je crois pourtant avoir bien observés* chez la fille Cottin, les 13 et 14 février, ayant fait naître des contestations, j'ai voulu les constater de nouveau les 19 et 24 du même mois devant des personnes graves et éclairées ; je dois déclarer que toutes les tentatives faites à cet égard ont été nulles ou presque nulles. Je crois donc prudent de rentrer dans le doute et d'attendre de nouvelles épreuves pour se faire une opinion sur des effets d'ailleurs si variables et si fugitifs de leur nature.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. le ministre du commerce écrit pour demander avec instance à l'Académie qu'elle hâte son rapport sur la question des quarantaines contre la peste.

L'un des membres de la commission fait observer que les documents qui avaient été mis à sa disposition ayant été confiés momentanément au bureau de l'Académie de médecine qui est chargé de l'examen de la même question, la commission n'est pas en mesure en ce moment de terminer son travail.

Sur l'invitation de M. le président, la commission aura à se réunir à bref délai pour prendre une détermination à cet égard, et se mettre en mesure de répondre le plus tôt possible au vœu du ministre.

DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTANCE MINÉRALE DANS LE SYSTÈME OSSEUX.

M. BOUSSINGAULT lit un travail intitulé : RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTANCE MINÉRALE DANS LE SYSTÈME OSSEUX DU PORC.

M. Boussingault examine d'abord quelles sont la quantité et la nature des substances minérales contenues dans le squelette du porc à trois différents âges, et ensuite si la nourriture suffit, dans tous les cas, pour fournir les éléments indispensables à la formation des os.

Trois porcs pesaient chacun, lors de la naissance, 0 kil. 65. Le premier, tué immédiatement après sa sortie de la mère, a donné un squelette qui, desséché, a pesé 48 gr. 25 : on en a obtenu 20 gr. 73 de cendres. Le deuxième et le troisième ont été élevés au régime ordinaire de la porcherie jusqu'à l'âge de 8 mois. Le deuxième pesait alors 60 kil. 55 ; le troisième, 60 kil.

Le deuxième a été abattu ; le poids de son squelette était de 2 kil. 901 ; le poids des cendres, 1 kil. 358.

A partir de cette époque, on a nourri le troisième uniquement avec des pommes de terre délayées dans l'eau. Après quatre-vingt-treize jours de ce régime, durant lequel il avait consommé 544 kil. de pommes de terre, le porc a pesé 67 kil. 24 ; ses os, 3 kil. 407 ; les cendres, 1 kil. 586.

En recherchant avec ces données quel a été l'accroissement dans la matière minérale du squelette, on constate les faits suivants :

Pour le deuxième, dans les huit premiers mois, l'assimilation a été :

Acide phosphorique. .	582 gr.	Chaux.	701 gr.
Id. par jour	2,4	Id. par jour.	2,8

Pour le troisième, dans les quatre-vingt-treize jours comptés à partir du huitième mois, l'assimilation a été :

Acide phosphorique. .	129 gr.	Chaux.	150 gr.
Id. par jour	1,4	Id. par jour.	1,6

On voit que le développement du système osseux a été surtout très-rapide dans les huit mois qui ont suivi la naissance, et qu'ensuite l'assimilation des principes terraux s'est considérablement ralentie. Dans la première période, la nourriture variée et abondante renfermait bien au delà des quantités d'acide phosphorique et de chaux qui ont été faites dans l'organisme ; mais il n'en a plus été ainsi dans la période suivante, pendant laquelle le troisième porc a été mis au régime exclusif des pommes de terre. En effet, les 544 kil. de tubercules consommés par lui contenaient 615 gr. d'acide phosphorique, et seulement 98 gr. de chaux. On a donc rencontré, dans les os développés pendant les trois mois et demi du régime exclusif, 52 gr. de chaux de plus qu'il n'en existait dans l'aliment. Cette différence sera plus considérable encore si l'on tient compte de la chaux qui faisait partie des déjections. Mais l'eau dont il a été fait usage pour délayer les pommes de terre n'est pas exempte de chaux, ainsi que l'a démontré l'analyse. La proportion de chaux trouvée dans cette eau, jointe à celle que contenait la nourriture, représente, en définitive, à 9 ou 10 gr. près, le nombre qui exprime la chaux fixée et excrétée.

De ce qui précède, il résulte la preuve de l'intervention des substances salines de l'eau dans l'alimentation, qui, sans leur concours, aurait été insuffisante, puisque la pomme de terre ne contient pas, à beaucoup près, la dose de chaux indispensable à la formation des os.

NATURE ET MODE DE FORMATION DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR.

M. PARCHAPPE, professeur de physiologie à Rouen, adresse un mémoire sur la nature et le mode de formation des concrétions polypiformes du cœur.

Toute la pathologie des concrétions du cœur, dit M. Parchappe, est dominée par ces deux questions : Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions formées pendant la vie, ou concrétions pathologiques, des concrétions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques ? y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines ?

Des caractères anatomo-pathologiques positifs séparent les excroissances des concrétions ; et ces caractères sont l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation, qui appartiennent réellement aux excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions.

Il y a des caractères différentiels propres à faire distinguer facilement et sûrement les productions antérieures à la mort, ou concrétions pathologiques, des productions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques.

L'auteur conclut des diverses recherches qu'il a faites sur la nature des concrétions du cœur, sur les conditions de la formation de ces productions concrètes, sur le mécanisme de la formation première et de la transformation successive des concrétions sanguines du cœur, etc., que l'action mécanique des mouvements du cœur et des mouvements du sang sur le coagulum doit avoir pour effet de donner naissance à un corps qui se continue de l'oreillette par l'orifice auriculo-ventriculaire dans le ventricule jusqu'à l'orifice artériel ; qui adhère, par des prolongements fibrinaux sous forme de racines, au fond de la cavité de l'appendice auriculaire d'une part, au sommet de la cavité ventriculaire et dans les anfractuosités de ses parois et de ses liens d'autre part ; qui soit libre et comme flottant dans l'ouverture auriculo-ventriculaire, dans l'intervalle des colonnes, dans l'ouverture de communication des deux chambres, dans l'ouverture de l'orifice artériel et dans toutes les parties de la cavité à parois lisses ; qui entoure extérieurement l'appareil valvulaire comme par une gaîne adhérente aux radiations tendineuses et à la surface ventriculaire de l'anneau. La doctrine qui assimile les concrétions du cœur à des pseudo-membranes, produits d'une exsudation inflammatoire de l'endocarde, doit être abandonnée comme n'étant justifiée ni par l'état des surfaces, ni par la nature des concrétions, ni par la nature des symptômes observés pendant la vie.

EMPLOI DU SULFATE DE QUININE PAR LA MÉTHODE PHARYNGIENNE.

M. DUCROS adresse un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine par la méthode buccale et pharyngienne contre les fièvres intermittentes, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le sulfate de quinine, employé dans l'éther sulfurique en friction sur la langue, sur le voile du palais, sur le dedans des joues, au plancher vertébral du gosier, produit une salivation abondante avec une amertume très-prononcée à la dose de 5 centigr., et cette dose amène une réaction sur la moelle épinière plus forte que si l'on poussait la dose à 2 grammes par l'intromission stomacale ou intestinale.

2° Ce qui caractérise l'action du sulfate de quinine d'après la méthode buccale, c'est la presque instantanéité d'action, soit dans les fièvres intermittentes pernicieuses, soit dans les fièvres intermittentes simples, soit dans les tics douloureux temporo-faciaux.

3° Cette instantanéité d'action thérapeutique est surtout importante dans les fièvres intermittentes pernicieuses ; tandis que, par les autres méthodes, le sulfate de quinine doit, pour agir, être administré plusieurs heures avant l'accès, par la méthode buccale il suffit qu'il soit donné une demi-heure avant la manifestation de l'accès.

4° L'avantage le plus grand du sulfate de quinine employé à faible dose, d'après la méthode buccale, gît surtout dans la non-*intoxication*.

5° L'instantanéité d'action du sulfate de quinine dans les névralgies temporo-faciales offre encore un avantage thérapeutique précieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT : Dans la dernière séance, le scrutin pour la nomination des correspondants ayant eu pour résultat de donner un égal nombre de voix à MM. Stiévenard et Durand-Fardel venant immédiatement après le dernier nommé, le bureau a cru devoir surseoir à leur nomination pour s'en référer au jugement de l'Académie.

M. BALLY : Je crois qu'il est de toute justice que ces deux candidats soient admis, et que leur élection soit validée. J'ajouterai que M. Rollet (de Bordeaux), qui vient après eux et qui a obtenu 45 voix, doit également être nommé, car il a obtenu la majorité absolue des suffrages, le nombre des votants ayant été de 80. Je propose en conséquence que ces trois candidats soient proclamés élus. (De toutes parts : Appuyé, appuyé.)

MM. Velpeau, Girardin et Pariset parlent dans le même sens, et insistent sur la justice et la convenance qu'il y aurait à admettre ces trois candidats. (Appuyé ; aux voix.)

La proposition de M. Bally est mise aux voix et adoptée. En conséquence, M. le président proclame MM. Stiévenard, Durand-Fardel et Rollet membres correspondants de l'Académie.

M. CORNAC demande la parole pour une motion d'ordre. M. Delens, dont l'Académie déplore la perte récente, remplissait dans l'Académie une fonction non-seulement honorable mais très-importante : il était membre du conseil d'administration. Je propose qu'il soit pourvu à son remplacement. S'il ne s'agissait que d'une place purement honorifique, par respect pour sa mémoire je ne ferais pas cette proposition ; mais comme il s'agit d'une fonction active et importante, je crois qu'il est convenable de ne pas la laisser vacante. — Le conseil d'administration en délibérera.

M. ROCHOUX donne connaissance d'un passage d'une lettre que lui a adressée M. Faure au sujet de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur son travail. Il est dit dans cette lettre que les autopsies des sujets morts du typhus

à Toulon ont été faites avec tout le soin désirable, et qu'il est constant qu'on n'a point trouvé les lésions caractéristiques de la dothinentérite.

PESTE.—QUARANTAINES.

M. Prus est appelé à la tribune pour lire le rapport de la commission sur la peste et les quarantaines. La séance n'a pu suffire pour entendre en entier la lecture de ce volumineux et important rapport. Nous attendrons qu'il ait été lu en entier pour en donner l'analyse.

— M. Deleau présente à l'Académie un nouvel instrument lithotriteur.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MOULINS. — SÉANCE EXTRAORDINAIRE DE DÉCEMBRE 1845.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1845.

Nous extrayons du rapport général de M. le docteur Laussedat, secrétaire de la Société, les faits et notes qui suivent.

DILATATION DE LA PUPILLE DANS LES AFFECTIONS DU COEUR; par M. Sullivan.

M. Sullivan, docteur en médecine à Moulins, membre titulaire de la Société, lit un mémoire tendant à fixer l'attention des médecins sur le symptôme de la dilatation de la pupille dans les affections organiques du cœur, symptôme qui, suivant l'auteur, peut aider à reconnaître ce genre d'affection. M. Sullivan, qui a porté toute son attention sur cet état, qu'il n'a vu signalé dans aucun auteur, assure l'avoir observé sur un très-grand nombre de sujets; il invite les membres de l'assemblée à joindre leurs recherches aux siennes.

CALCULS BILIAIRES RENDUS A TRAVERS LES PAROIS ABDOMINALES, SEPT ANS APRÈS UNE PNEUMO-HÉPATITE; par M. Tampelini.

Sous ce titre, M. Tampelini, docteur en médecine à Moulins et membre titulaire de la Société, relate une observation pleine d'intérêt. Le malade qui en est l'objet, âgé de 69 ans, avait été atteint, au mois de juin 1837, d'une pneumonie dont le siége était à la base du poumon droit, et qui présenta tous les phénomènes communs à cette maladie et à une inflammation concomitante du foie. Elle fut traitée par les émissions sanguines et les évacuants. La guérison fut prompte; il ne resta au malade qu'une douleur confuse dans l'hypochondre droit; il ne s'en plaignit même pas alors à son médecin. Cependant, cette douleur s'étant accrue, M. Tampelini fut consulté en juillet 1839; il examina avec soin la région du foie, et reconnut que cet organe était hypertrophié, mais il n'existait aucun des symptômes généraux indiquant la présence de calculs biliaires; seulement le teint du malade était un peu ictérique; les frictions mercurielles furent employées avec succès d'abord, puis le mal persistant fut combattu successivement par des émissions sanguines locales, les topiques émollients et calmants jusqu'en 1842. Il survint alors une recrudescence dans la maladie; la région douloureuse augmenta de volume, il se forma une tumeur, laquelle abcéda et donna issue à du pus épais, d'un blanc sale, inodore. L'ouverture naturelle de cet abcès resta fistuleuse jusqu'en janvier 1844, époque à laquelle elle donna issue à un fragment de calcul biliaire, puis bientôt une cicatrisation de la plaie se forma avec cessation de tout accident; mais en juillet même année, des symptômes locaux reparurent et amenèrent la sortie d'un nouveau fragment de calcul s'adaptant très bien au premier. Après quoi, la plaie se cicatrisa de nouveau, et depuis lors le malade, âgé aujourd'hui de 77 ans, s'est toujours bien porté.

Ces deux calculs, qui n'en forment qu'un à proprement parler, ont été reconnus par l'analyse chimique, comme l'indiquaient déjà leurs caractères physiques, être composés de cholestérine. L'analyse en a été faite par M. Boursier, membre correspondant de la Société.

MORT SUBITE OCCASIONNÉE PAR L'ŒDÈME DES POUMONS SYMPTOMATIQUE D'UNE AFFECTION ORGANIQUE DU COEUR; par M. Bergeon.

Obs. — Un homme, âgé de 64 ans, avait reçu pendant plusieurs années des soins du docteur Bergeon, pour des accidents dépendant d'une affection organique du cœur. Le 14 mars 1845, après un accès de toux, il mourut subitement, venant d'adresser très-distinctement quelques paroles à une personne qui était dans sa chambre.

La rapidité avec laquelle la mort eut lieu fit naturellement penser à M. Bergeon qu'elle était l'effet d'une rupture du cœur. Aussi ses investigations nécroscopiques se portèrent-elles tout d'abord de ce côté; mais, contre son attente, il n'y trouva point de rupture, seulement cet organe était hypertrophié. Son tissu était très-mou, les cavités droites anévrismatiques; dans l'oreillette du même côté, on remarquait un volumineux caillot de matière albumineuse. L'auteur fait observer avec beaucoup de raison que ce signe est à tort indiqué comme appartenant spécialement aux cas de mort lente, puisque dans cette circonstance la mort avait été excessivement subite.

Les poumons étaient gorgés d'une quantité énorme de sang noir mêlé à un liquide séro-spumeux qui coulait abondamment à la moindre pression du tissu pulmonaire.

Le tube gastro-intestinal offrait partout de la rougeur, il existait un gonflement marqué de la membrane muqueuse. Cet homme était habitué à user immodérément du vin et des spiritueux. Les autres organes ne présentaient aucune lésion notable, seulement le foie renfermait 88 petits calculs qui ont été reconnus formés par la *cholestérine*. L'analyse de ces calculs a été faite par M. Boursier, membre correspondant.

M. Bergeon pense que l'hypertrophie du cœur a été la cause prédisposante, préparatoire en quelque sorte de la mort; mais que celle-ci a été d'une manière prochaine et immédiate l'effet de l'œdème des poumons.

Il cite, pour confirmer cette opinion, deux observations, dont l'une a été faite par lui conjointement avec le docteur Meige, et qui offre la plus grande analogie avec la précédente; l'autre, avec les docteurs Bernard et Plainchant, chez une jeune femme dont la mort instantanée ne put être rapportée par l'autopsie à aucune autre cause qu'à un œdème aigu des poumons. Trois autres observations personnelles à l'auteur ont été pour lui entièrement confirmatives des premières.

De l'exposé de ces faits, M. le docteur Bergeon se croit autorisé à formuler la proposition suivante : « L'œdème des poumons, aigu ou chronique, idiopathique » ou symptomatique, peut être la cause prochaine ou immédiate de quelques » morts subites. »

AFFECTION CÉRÉBRALE AVEC PARALYSIE DES MEMBRES DU CÔTÉ DROIT; par M. Tallard.

Obs. — Le 31 mars 1845, une jeune fille, âgée de 24 ans, est conduite dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Joseph, dans un état qui simule une affection typhoïde avancée. Les renseignements antérieurs à son entrée manquent complétement, seulement on apprend que cette personne était malade depuis vingt jours et qu'elle n'avait été vue par aucun médecin. L'état de la malade décrit avec soin par le docteur Tallard, la présente complétement privée de connaissance; les membres du côté gauche sont dans un état de résolution, ceux du côté droit ont perdu les facultés du mouvement et du sentiment. L'observation des symptômes, de la marche et du traitement de cette affection est indiquée d'après le cahier même des visites de l'hôpital. Entrée le 31 mars, ce ne fut que le 12 avril que la malade présenta un peu d'amélioration; elle articula quelques mots, les membres paralysés avaient recouvré la sensibilité et la faculté d'opérer quelques mouvements. Le mieux continua jusqu'au 27 avril; la paralysie semblait même avoir complétement cessé. M. le docteur B. Prieur, chargé conjointement avec le docteur Tallard du service médical de l'hôpital, avait vu la malade pendant quinze jours environ, aucun symptôme alarmant ne s'était présenté pendant la durée de ses visites, le 27 avril, survint tout à coup un état fébrile grave, accompagné de délire et de vomissements; ces accidents résistèrent à la médication appropriée, et la mort survint le 30; par conséquent un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'autopsie fit reconnaître que les désordres fonctionnels observés durant la vie étaient le fait de lésions ayant leur siége dans le cerveau. En effet, la poitrine, l'abdomen ne présentèrent les traces d'aucune affection, tandis que le cerveau étant examiné, on y trouva d'abord des adhérences étendues provenant d'une inflammation de l'arachnoïde, une forte injection du système veineux, une rougeur pointillée dans la substance cérébrale dont le tissu avait conservé sa densité normale; enfin le lobe antérieur droit était le siége d'une caverne ou plutôt d'un kyste purulent exhalant une odeur fade et pouvant loger un œuf de poule.

Ce cas d'anatomie pathologique fournit au docteur Tallard l'occasion d'une dissertation sur les causes qui ont pu le produire, et les rapports qui doivent être établis entre lui et les symptômes signalés durant la vie, particulièrement ceux de la paralysie du mouvement et du sentiment du même côté que celui où existaient les graves désordres dans le cerveau. Il se pose diverses questions sur le mode de formation de ce foyer purulent qui pourrait être attribué soit à une hémorrhagie cérébrale, soit à un simple travail inflammatoire; il paraît adopter cette dernière opinion.

L'auteur appelle surtout l'attention de ses collègues sur ce fait intéressant, que vers le milieu de la durée de la maladie, il y eut sinon cessation complète de l'hémiplégie, au moins diminution très-notable dans ces accidents, amélioration très-grande du côté des facultés intellectuelles. Enfin, il insiste sur ce fait important et déjà mentionné, quoique rarement, dans la science, qui semble démentir la loi de l'entrecroisement des nerfs, et qui a fait voir, chez cette malade, la paralysie des membres existant à droite, la lésion correspondante du cerveau étant du même côté droit.

ATROPHIE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT DU CERVEAU, RÉSULTANT DE L'HYDROPISIE DU VENTRICULE LATÉRAL DROIT; par M. Plainchant, docteur en médecine et président de la Société.

Obs. — Le sujet de cette observation est un jeune homme âgé de 17 ans, qui fut admis à l'hospice dans un état d'idiotisme. Il était épileptique, les membres du côté gauche étaient paralysés et contractés d'une manière permanente dans le sens de la flexion.

Entré le 10 août 1844 il succomba le 15 mai 1845, à la suite d'une fièvre continue compliquée de diarrhée. L'autopsie fit reconnaître les faits suivants :

Le crâne était petit, allongé d'avant en arrière, aplati transversalement, le cerveau très-peu développé, l'hémisphère droit beaucoup moindre que le gauche, surtout à la partie postérieure. Le lobe postérieur, pressé entre les doigts, donnait la sensation d'une fluctuation. Une incision parallèle à son grand axe fit pénétrer dans une cavité contenant deux à trois cuillerées d'un liquide incolore et transparent. Cette cavité n'était autre que le ventricule latéral droit, très-dilaté; les couches optiques, les corps striés et autres parties contenues dans ce ventricule étaient intacts, la membrane séreuse épaissie et blanche se détachait facilement de la substance cérébrale; la paroi supérieure de cette cavité était indurée, de couleur jaunâtre et peu épaisse; ces altérations étaient incontestablement le produit d'une ancienne inflammation; l'hémisphère gauche ne présentait rien de notable, son ventricule contenait peu de sérosité; les membranes d'enveloppe du cerveau étaient un peu adhérentes à droite.

RUPTURE DE LA RATE CHEZ UNE FEMME MORTE PENDANT UN ACCÈS D'ÉPILEPSIE; ATROPHIE DU NERF OPTIQUE GAUCHE OBSERVÉE SUR LE MÊME SUJET; par le même.

Obs. — Une femme épileptique et idiote, reçue depuis longtemps à l'hospice départemental, avait des accès d'épilepsie très-fréquents. Elle succomba pendant le cours d'un accès plus violent que de coutume. On trouva après sa mort un épanchement dans le petit bassin, formé par environ 250 grammes d'un sang noir et poisseux. Ce sang provenait d'une déchirure de la partie interne de la rate, le long de la scissure par laquelle pénètrent les vaisseaux courts.

Le cerveau examiné avec soin ne présenta aucune altération notable autre qu'un peu de congestion sanguine. Cette femme était borgne du côté gauche depuis plusieurs années, par suite d'une inflammation considérable de l'œil, qui avait recouvert la presque totalité de la cornée transparente d'une taie fort épaisse. On remarqua que le nerf optique du même côté était atrophié, et d'un tiers moins volumineux que celui de l'œil droit. Cette atrophie s'observait également en arrière du *chiasma*.

DE LA DÉLIVRANCE COMPLIQUÉE, ARTIFICIELLE OU CONTRE NATURE; par M. BERGEON.

Voici les conclusions générales de ce mémoire :

1° D'après l'exposé et la discussion des faits contenus dans le mémoire, il est évident que la main peut rendre les plus grands services dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, et que l'on s'est souvent exagéré les dangers de ce moyen vraiment héroïque dans les hémorrhagies dites passives;

2° Que la main est presque indispensable, soit dans l'enchatonnement et les adhérences isolées, soit dans l'enchatonnement et les adhérences réunies, qu'il y ait ou qu'il n'y ait point d'hémorrhagie;

3° Dans tous les cas où il y aura hémorrhagie grave, quand les moyens hémostatiques ordinaires auront échoué, le chirurgien devra provoquer la délivrance artificielle à quelque époque que ce soit de la vie intrà-utérine.

ABLATION D'UNE TUMEUR ÉRECTILE CONGÉNITALE SITUÉE A LA PARTIE INFÉRIEURE, POSTÉRIEURE ET INTERNE DE LA JAMBE GAUCHE, SUR UN ENFANT AGÉ DE 22 JOURS; par M. LAUSSEDAT.

Obs. — L'enfant qui fait le sujet de l'observation de M. Laussedat, fut reconnu par lui, au moment de la naissance, porteur d'une tumeur à la région indiquée ci-dessus; la nature de cette tumeur fut bien appréciée pendant plusieurs jours d'examen, et rangée dans la classe des tumeurs dites *érectiles;* son volume, qui s'accroissait sans cesse, avait acquis, après trois semaines, celui d'un gros œuf de pigeon; la peau, de couleur bleuâtre, marbrée, était adhérente au sommet de cette tumeur, dont la base, beaucoup plus large, était libre dans la plus grande partie de son étendue, mais adhérente au centre.

Le siége, la nature, l'accroissement de la tumeur, tout indiquait la nécessité d'une opération. Le docteur Bergeon consulté partagea cet avis. L'ablation fut reconnue être le meilleur mode opératoire à employer dans cette circonstance. Elle fut pratiquée par M. Laussedat, le vingt-deuxième jour après la naissance de l'enfant, en présence et avec l'aide de son confrère le docteur Bergeon.

L'auteur de cette observation fait une analyse critique des divers procédés conseillés et mis en pratique contre les tumeurs de cette sorte. Il déclare que l'ablation lui semble, dans la grande majorité des cas, le moyen le plus sûr et le plus praticable. Il distingue aussi ce que les tumeurs appelées *érectiles* ont de dissemblable et de commun avec le *nævus maternus* proprement dit, qui n'intéresse le plus souvent que le derme et le réseau vasculaire sous-cutané. Puis il décrit l'opération à la suite de laquelle le tendon d'Achille et le ligament interne de l'articulation tibio-tarsienne furent mis à nu, ce qui n'empêcha pas la cicatrisation de la plaie de marcher avec rapidité, et sans aucun accident ni local ni général; elle fut complète le trente-troisième jour après l'opération, et dès cette époque les mouvements du membre opéré étaient en tous points conformes à ceux du membre sain.

M. Laussedat présente à la Société la pièce d'anatomie pathologique provenant de l'opération.

FIÈVRE INTERMITTENTE CAUSÉE PAR L'INFLUENCE MIASMATIQUE; par M. SECRÉTAIN, docteur en médecine à Ebreuil (Allier).

Les deux faits rapportés par M. Secrétain ne peuvent pas laisser le moindre doute dans les esprits; ils se rapportent à l'été de 1825 et se sont produits sur deux élèves en médecine alors internes des hôpitaux de Paris comme M. Secrétain.

Ces deux élèves, partis le matin de l'hôpital de la Charité dans un parfait état de santé, passèrent la journée à la voirie de Monfaucon, où ils se livrèrent à des expériences d'anatomie pathologique sur les chevaux; rentrés le soir à l'hôpital, ils y dînèrent très-sobrement; tous deux furent pris, vers le milieu de la nuit, de frissons violents suivis d'un accès bien caractérisé de fièvre intermittente grave, laquelle ne céda qu'à l'administration du sulfate de quinine.

M. Secrétain fait observer avec soin qu'il ne régnait alors aucune épidémie de fièvre intermittente dans Paris, et que l'hôpital habité par ces messieurs n'avait pas un seul malade qui en fût atteint : il pense que personne n'essayera de donner à ces faits une interprétation autre que celle qui se produit en quelque sorte d'elle-même : la fièvre fut incontestablement produite par l'influence des émanations miasmatiques.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'AMNIOS CHEZ LES OISEAUX; par H. JACQUART, docteur en médecine, chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris, aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle, etc. — Paris, 1845, in-4° de 35 pages. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Bien que ce sujet ait déjà été traité en grande partie par Wolf, Pander, Baër et Coste, comme le fait remarquer l'auteur même du travail que nous analysons, M. Jacquart n'en a pas moins le mérite d'avoir vérifié l'exactitude de leurs observations, redressé l'opinion de quelques-uns sur ce point important d'ovologie, et présenté enfin une monographie où le développement de l'amnios du poulet est suivi heure par heure et décrit avec une savante exactitude.

Après avoir exposé dans les premières pages le mécanisme de la formation du blastoderme et les phénomènes primitifs de l'apparition de l'embryon, M. Jacquart indique la manière d'isoler pour l'observation le disque blastodermique de la membrane vitelline, et les dimensions de son diamètre aux diverses heures du développement pendant lesquelles il est nécessaire d'examiner l'œuf pour y observer la génération de l'amnios. C'est vers la tête et entre la trente-cinquième et la quarantième heure qu'apparaît le premier repli qui devra servir à constituer cette membrane; l'extrémité antérieure de l'embryon se recourbant vers le jaune, comme si elle tendait à s'y enfoncer, entraîne une partie de la membrane blastodermique avec laquelle elle est continue, et s'enveloppe ainsi d'une coiffe ou *capuchon céphalique*. Plus tard se forment par le même mécanisme, c'est-à-dire par le redressement de la queue et des lames ventrales, un capuchon caudal et des capuchons latéraux. L'heure précise de l'apparition de ces diverses parties et de leurs différents degrés de développement ne saurait être indiquée, car elle dépend des circonstances ambiantes, de la saison, de la température, etc., qui accélèrent ou ralentissent les phénomènes de l'incubation. M. Jacquart a grand soin de signaler toutes ces circonstances dans le résumé de ses observations. Quoi qu'il en soit, ces capuchons unis les uns aux autres se rapprochent de plus en plus d'un point central en regard du dos de l'embryon, se fronçant comme ferait une bourse qui enfermerait celui-ci dans sa cavité. A mesure que les capuchons s'étendent dans quatre sens différents, vers ce centre ou ligne commune où s'établira entre eux une soudure, les feuillets vasculaire et muqueux se retirent vers la face ventrale; si bien que les plicatures du feuillet séreux seul se soudent et ne sont point doublées par les deux autres feuillets vers la face dorsale de l'embryon. C'est vers la région sacrée que s'opère cette soudure qui forme une cicatrice adhérente pendant quelques heures encore, par l'intermédiaire d'un pédicule, avec le feuillet séreux désigné à cette époque par Pander sous le nom de faux amnios. Puis l'isolement s'achève, et le sac amniotique se trouve complété à la face dorsale.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de l'achèvement du sac amniotique à la face ventrale; ses observations n'ayant porté de ce côté que sur un petit nombre de faits, il emprunte à Wolf et Baer le résultat de leurs recherches sur le même objet. Mais nous lui reprocherons d'avoir donné ici un peu trop d'essor à son imagination, en voulant chercher à rattacher à une même formation les séreuses des grandes cavités viscérales et la séreuse amniotique. Si l'on parvenait à concevoir que le péritoine et le péricarde se produisent par ce même mécanisme, serait-il possible d'étendre cette supposition au développement des séreuses pulmonaires, et surtout de la séreuse cérébro-rachidienne? Sans nous arrêter à ces difficultés particulières, disons même que, d'après la description dont nous venons de faire le résumé, l'amnios devant se continuer nécessairement avec la peau de l'embryon dans tout le pourtour de l'ombilic, il y a contradiction à supposer en même temps qu'il ait pu participer à la formation du péritoine ou du péricarde. Il peut être plus ingénieux de penser que la nature, au lieu d'assigner à un organe une vésicule à part dans laquelle il s'enfonce, emploie un procédé plus simple, plus uniforme, plus général, en empruntant à l'amnios de quoi former les séreuses splanchniques; mais assurément ce n'est pas plus vrai. Hâtons-nous de reconnaître que M. Jacquart a grand soin de ne présenter ces vues théoriques que comme de simples conjectures; mais à quoi bon l'hypothèse là où manque l'observation? Contentons-nous d'interpréter les faits, ne les supposons jamais.

Le reste du travail de M. Jacquart est destiné à nous présenter les diverses phases par lesquelles passe l'ouverture ombilicale en se constituant et se rétrécissant graduellement, et à décrire les rapports successifs qu'affecte l'amnios avec la vésicule ombilicale, le conduit vitellaire et l'allantoïde qui émergent de l'abdomen par cette ouverture.

Nous ne prolongerons pas l'analyse d'une œuvre dont le plus grand mérite réside dans l'exactitude des descriptions et le minutieux des détails;

mais nous ne la terminerons pas sans faire ressortir la conséquence la plus importante à laquelle elle nous conduit et sans féliciter l'auteur qui l'a si bien mise en lumière au bénéfice de l'ovologie : c'est que toutes les circonstances de l'observation, et notamment l'existence d'un pédicule de continuité entre le feuillet séreux et l'amnios à une époque déjà très-avancée de l'incubation (205 heures par exemple), démontrent de la manière la plus irrécusable que l'*amnios n'est pas*, chez l'oiseau, *une vésicule primitivement distincte*, mais bien une partie du feuillet séreux de la membrane du germe, feuillet qui se continue avec les limites de l'embryon. Si l'on songe aux nombreuses analogies du développement de l'œuf des oiseaux d'une part, et de l'œuf des mammifères et de l'espèce humaine de l'autre, on ne pourra s'empêcher de reconnaître l'identité la plus parfaite entre ce mode de formation de l'amnios chez les premiers et l'évolution de la même partie chez les seconds, et on devra rejeter désormais, comme dénuée de tout fondement, l'opinion, introduite dans la science par Pockels, qui consistait à voir dans l'amnios le résultat de l'enfoncement de l'embryon dans une vésicule kystique formée hors de lui, indépendante de son enveloppe propre, et dont il se serait peu à peu coiffé d'une manière complète. Les observateurs qui ont étudié la formation de l'amnios chez les mammifères ont d'ailleurs constaté qu'il se développe de la même manière que M. Jacquart le décrit chez l'oiseau; et M. Coste a même reconnu que le point de soudure des capuchons amniotiques, ou l'ombilic amniotique, qui se trouve vis-à-vis la région sacrée chez le poulet, est rapproché au contraire de l'extrémité céphalique chez la brebis et le lapin, et qu'ainsi, en même temps qu'il peut y avoir des variations d'espèce à espèce, il y a chez toutes identité dans le mode général du développement de cette membrane.

DE LA STRUCTURE DES DENTS; DE L'ACTION PERNICIEUSE EXERCÉE PAR LE MERCURE SUR CES ORGANES, ET DES DANGERS DE L'EMPLOI DES PATES MERCURIELLES POUR LE PLOMBAGE DES CARIES DENTAIRES; par M. A.-F. TALMA. — In-8° de 31 pages. Bruxelles, 1845, imprimerie de Verteneuil, 2, rue Saint-Lazare.

Le sujet de cette publication est extrêmement circonscrit; mais elle n'en paraîtra pas moins intéressante pour cela, et l'on doit convenir qu'il était impossible de le traiter d'une manière plus méthodique et plus complète. L'auteur a eu en vue de prouver l'action délétère qu'exerce sur les dents leur plombage avec une pâte contenant du mercure; mais il ne s'est point borné à signaler le fait, ni même à le démontrer à l'aide de l'observation. Tout ce qui pouvait ajouter à la certitude l'autorité moins tranchante et plus facilement acceptée de la vraisemblance, M. Talma a su le réunir à l'appui de la thèse qu'il voulait établir. Il commence par mettre le lecteur au courant des travaux récents des Serres, des Owen, des Nasmyth, des Muller, qui ont constaté les propriétés vitales et la structure organique du tissu dentaire; après leurs recherches, il parle aussi des siennes, plus spécialement dirigées vers la texture de la dent à l'état pathologique. En regardant avec une forte loupe la section d'une dent divisée dans le point où elle est envahie par la carie, il a reconnu de la manière la plus positive que là, comme dans la carie des os, il y a augmentation de vascularité tout autour de l'ulcère.

La participation des dents aux propriétés vitales est une question fondamentale dans la pathologie comme dans l'hygiène de ces organes. Ainsi que le dit M. Talma, ce point de doctrine donne la clef de toute la médecine dentaire et la rattache, par les seuls liens que la raison et l'expérience puissent avouer, à la médecine générale. Dans l'objet qu'il étudie spécialement ici, la vitalité des dents est nécessaire pour comprendre l'action que le mercure exerce sur leur tissu. Effectivement, en supposant que les dents sont des corps inorganiques, il est manifeste que les métaux ne sauraient avoir d'influence sur elles, et que toute substance obturatrice, appliquée dans les cavités morbides qui les creusent, jouirait d'une efficacité égale, ou du moins proportionnée à sa densité et à la solidité de son adhésion aux surfaces de ces cavités. Or il n'en est point ainsi.

Les effets que l'administration à l'intérieur du mercure développe sur tout le système buccal et sur les dents en particulier sont bien connus de tous les praticiens. Même lorsqu'il n'a pas été porté à une dose capable de produire la salivation, il n'est pas rare d'observer, à la suite de son usage prolongé, l'altération de la couleur des dents. Elles prennent alors une coloration terne, grisâtre, plombée, *sui generis*, et qu'on pourrait appeler mercurielle. Le bord libre des gencives reste rouge et sécrète un mucus épais, collant, grisâtre, acide, qui durcit très-facilement à la surface du collet des dents, formant là des couches qui encroûtent la couronne et ulcèrent en même temps la gencive. Les dents déchaussées, tirées pour ainsi dire hors de leurs alvéoles, deviennent saillantes, vacillent et tombent. Chez ces personnes, il est remarquable, et M. Talma l'a observé un bon nombre de fois, que les caries les plus légères et les plus superficielles deviennent promptement douloureuses à un degré excessif; aucun topique ne peut calmer les souffrances, et il faut de toute nécessité recourir presque immédiatement à l'extraction.

Il est maintenant facile de pressentir les effets désastreux que doit occasionner le plombage des cavités dentaires avec les pâtes dans la composition desquelles entre le mercure. Comme ce métal s'évapore par suite de la chaleur de la bouche, on conçoit que se trouvant en contact avec une surface dont la vascularité est augmentée, son absorption y soit extrêmement rapide. Il passe donc directement dans le tissu de la dent, et y détermine les mêmes phénomèmes d'irritation et de maladie que s'il avait été administré à l'intérieur ou en frictions.

Il est surtout une pâte dont l'usage est très-répandu pour le plombage et qui donne très-souvent lieu à ces accidents. Préconisée depuis 1819 sous le nom de *mastic de Bell*, appelée plus tard *pâte d'argent de Taveau*, elle a reçu, dans ces derniers temps, le titre plus prétentieux de *succedaneum minéral*. Elle se compose d'un amalgame où le mercure est combiné avec de l'argent qui ordinairement contient une certaine proportion de cuivre. Comme ce mélange peut être introduit à l'état mou et qu'il se durcit assez promptement ensuite par l'évaporation du mercure, l'opération est d'une grande facilité, accessible à toutes les mains comme à toutes les intelligences, et il n'est point étonnant que la simplicité du procédé ait séduit un très-grand nombre de praticiens. Mais plus la coutume est accréditée, plus il importe que ceux qui la suivent aveuglément soient avertis des fâcheux effets qu'elle peut avoir. Parmi les faits très-multipliés que M. Talma a tirés de sa pratique personnelle et qui démontrent jusqu'à l'évidence l'action délétère du plombage avec la pâte mercurielle, nous en choisissons deux où le fait se présente caractérisé au degré qu'on peut désirer pour en faire un exemple salutaire.

M. Van Ob..., de Bruxelles, s'adressa à un dentiste de cette ville pour se faire plomber une dent non douloureuse qui venait de perdre l'or qu'elle contenait depuis plusieurs années. Celui-ci rétablit l'obturation au moyen du succedaneum minéral. Dès la nuit suivante, malaise général, douleurs vives irradiant de la dent plombée et se propageant aux mâchoires, salivation abondante avec goût métallique très-prononcé, agitation, fièvre, contractions involontaires des muscles masticateurs, etc. M. Van Ob... vint chez M. Talma; il était fou, disait-il, depuis quarante-huit heures. M. Talma débarrassa la dent du mastic qui était encore mou, et les accidents ne tardèrent pas à se dissiper. Quelques jours plus tard, il la plomba avec des feuilles d'étain, et depuis trois ans elle se conserve sans aucune douleur.

Si la pâte a eu le temps de se durcir avant que les douleurs se développent, on ne peut extraire la cause irritante, et il faut nécessairement sacrifier la dent alors qu'un autre moyen de plombage aurait permis de la conserver.

Une dame à qui on avait plombé deux incisives avec le succedaneum minéral s'aperçut, au bout de quelques jours, que ces dents prenaient une couleur noire ardoisée. Cette teinte allant toujours en s'étendant, la malade consulta M. Talma, qui parvint, non sans peine, à ôter le mastic et à faire disparaître, en ruginant, une partie de la coloration noire qui formait les parois de la carie; mais les dents affectées restèrent toujours ternes, grisâtres. On les a de nouveau plombées avec des feuilles d'or, mais ce métal s'étant altéré par suite de la présence persistante du mercure, il a fallu renouveler le plombage deux fois dans l'espace d'une année.

Il importe de remarquer que ce mode de plombage, alors même qu'il ne détermine pas d'accidents, a l'inconvénient de ne point empêcher la carie de continuer ses progrès. L'amalgame dont on se sert devient poreux par l'effet de la disparition du mercure, et il en résulte que les humidités buccales, les liquides alimentaires, l'air extérieur s'insinuant de nouveau entre les parois de la cavité morbide et le corps obturateur, détachent graduellement celui-ci, le rendent mobile et provoquent sa chute, en même temps que l'excavation s'est agrandie dans des proportions considérables. — Il ressort de ceci que les matières à préférer pour le plombage sont celles qui sont peu altérables, et qui, tout en prenant exactement la forme des cavités à remplir, résistent le mieux à l'oxydation et se tassent en une masse compacte que les liquides ne peuvent traverser. L'or et l'étain en feuilles très-minces sont les seuls métaux qu'on doive employer.

Nous avons rapporté avec détail les idées contenues dans ce travail et les preuves dont elles sont étayées. Nous nous abstiendrons maintenant d'ajouter à cette analyse un seul mot d'éloge. La manière d'exposer et d'argumenter, dont le lecteur vient de prendre connaissance, doit suffire pour lui faire voir que M. Talma appartient à la classe privilégiée de dentistes dont la pratique et les écrits, s'ils étaient plus généralement imités par leurs confrères, auraient bientôt élevé cette spécialité au rang des autres branches de la science médicale.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

L'ÉTIOLOGIE SUIVANT LES ÉCOLES ACTUELLES.

Pour bien caractériser et apprécier la manière dont les différentes écoles actuelles conçoivent et appliquent l'étiologie en médecine, il serait nécessaire d'avoir un critérium, une espèce d'étalon, qu'on pût prendre pour pierre de touche et de terme de comparaison ; ce critérium n'existe pas encore. A ce point de vue, nous aurions bien fait, sans doute, de retarder nos appréciations jusqu'à l'établissement des principes qui doivent nous servir de guide ; mais nous aurions été détourné trop longtemps de notre but. La critique a cela de bon d'ailleurs qu'elle met plus facilement en relief la dissemblance des objets ; et nous avons donné, dans un premier article, une formule anticipée de nos vues, qui pourra servir d'étalon provisoire. Nous allons donc examiner les différentes écoles régnantes à la lumière de cette formule.

§ I. École de Paris.

L'école de Paris, nous le reconnaissons d'abord, se compose d'une multitude de manières de voir et de faire qui rendraient impossible et arbitraire toute spécification absolue. Cependant il est facile de reconnaître, à travers cette diversité de doctrines presque individuelles, quelque chose de général, qui tranche sur le fond bigarré de l'époque. Ce quelque chose c'est le produit de l'influence de Bichat, de Broussais et de Laënnec. Au premier, l'on doit une détermination plus approfondie de la constitution élémentaire des organes et des propriétés différentes des tissus ; au second, la théorie qui a prétendu placer sous la dépendance d'une même lésion primitive toutes les modalités pathologiques produites par les différences matérielles et fonctionnelles des organes ; au troisième, une corrélation plus impartiale et plus exacte de la fonction pervertie avec l'organe altéré. Ces trois influences, qu'on peut ainsi résumer, et auxquelles il faudrait ajouter celle de Morgagni, ont imprimé à notre époque des tendances qui se résolvent, au moins pour la généralité des travaux et pour les travaux les plus renommés, dans la *médecine organique*. Citer MM. Andral, Bouillaud, Chomel, Gendrin, Louis, Rayer, Rostan et Serres, c'est réunir les différentes nuances de l'école de Paris, depuis l'analyse sagace et profonde du fondateur de l'anatomie générale jusqu'au systématisme absolu du chef de la doctrine de l'irritation, et depuis ce systématisme jusqu'à la méthode précise et rigoureuse de l'auteur de l'auscultation. Si nous ne voulons accorder à cette brillante pléiade rien de plus qu'elle n'a produit en réalité, nous devons au moins reconnaître tout ce qu'on lui doit. Or c'est elle qui a caractérisé l'école de Paris, et c'est par elle qu'a été réalisée et constituée la médecine organique, dont les fondements avaient été jetés par Morgagni, Bichat, Broussais et Laënnec. Eh bien ! qu'est pour cette école l'étiologie médicale, comment la conçoit-elle, comment l'applique-t-elle ?

Pour l'école de Paris, il n'y a point de maladie sans lésion d'organe. Quand elle ne trouve pas cette lésion, elle la suppose, et elle attend l'époque où on la découvrira et démontrera. Il n'est aucunement besoin de rétrécir son point de vue, et pour cela nous ajouterions volontiers que le champ de ses investigations n'est pas absolument limité aux organes proprement dits, cœur, cerveau, poumons, intestins, etc. ; qu'il s'étend au contraire aux altérations des humeurs, de la lymphe, du sang, etc. ; mais les habitudes scientifiques et pratiques de l'école de Paris témoignent contre la trop grande impartialité de cette interprétation. Elle commence, il est vrai, à vouloir faire entrer ces altérations dans son cadre, ainsi que quelques lésions dynamiques connues sous le nom de névroses ; mais ces adjonctions hétérogènes et antipathiques au véritable caractère de la médecine organique sont plutôt tolérées par elle *pro forma* qu'adoptées comme dépendances de son principe. La médecine organique, considérée dans sa véritable acception, c'est la fille de Morgagni, de Bichat et de Laënnec, à laquelle on reconnaît quelques traits du passage de Broussais. Pour traduire ceci par une application, il suffit de voir, en présence d'un malade, un des représentants les plus avancés et les plus impartiaux de la doctrine. M. Louis, par exemple. Comment procède-t-il ? Après toutes les questions les mieux posées, s'il y a des symptômes du côté de la tête, il songe aux méninges et au cerveau ; du côté de la poitrine, il ausculte avec le plus grand soin ; du ventre, il presse, palpe, percute, se préoccupe beaucoup moins, dans tous les cas, de l'origine commune, de la généralité collective ou subordonnée de ces manifestations symptomatiques que de leur relation directe avec l'organe auquel elles correspondent. Nous ne voulons pas nier qu'il n'y ait, dans la haute intelligence de M. Louis, la faculté de faire et de comprendre autre chose : nous ne voulons parler que des tendances, des habitudes auxquelles ce célèbre médecin et les autres représentants de la même école obéissent comme par instinct. Si telle est la médecine organique, en quoi consiste pour cette école l'étiologie médicale ?

L'étiologie médicale, pour la médecine organique, comprend trois termes : 1° toutes les influences, de quelque ordre, de quelque nature qu'elles soient, pouvant précéder la lésion de l'organe, considérées collectivement et indistinctement comme causes de cette dernière ; 2° cette lésion, regardée comme la cause efficiente des symptômes locaux ; 3° les symptômes généraux comme le produit d'une réaction générale de la lésion locale, abstraction, dans les deux cas, de tout rapport spécifique avec la nature et le mode d'action des causes éloignées. D'où il résulte que l'étiologie de l'école de Paris peut se traduire par ces mots : *étiologie organique*.

Montrons d'abord le côté vrai de cette doctrine ; nous montrerons ensuite son côté faux ou insuffisant.

Dans l'évolution d'une maladie, il est certain, à quelque point de vue qu'on se place, et à quelque doctrine qu'on appartienne, qu'il y a fréquemment, sinon toujours, des lésions organiques. Il n'est pas moins certain que ces lésions entraînent des troubles fonctionnels plus ou moins corrélatifs, lesquels composent une partie de l'appareil symptomatique de la maladie. La recherche et la corrélation de ces deux ordres de faits, tel a été le problème posé et en grande partie résolu par l'école de Paris ; chacun des noms qui la représentent y a apporté une plus ou moins grande dose de sévérité : les uns, par exemple, comme MM. Louis, Rayer et Serres, se sont surtout occupés de la constatation matérielle de la lésion et de sa relation phénoménale pure et simple avec le symptôme ; les autres, comme MM. Bouillaud et Rostan, du caractère inflammatoire de la lésion ; mais tous ont été dirigés par une étiologie fautive, insuffisante, et ont entaché leurs travaux des défauts ou erreurs de cette étiologie. Avant d'aborder la démonstration de ce dernier point, empressons-nous de reconnaître que l'école organique a rendu de grands services, qu'elle a signalé de nombreux rapports complétement inaperçus avant elle, et qu'en un mot elle a réalisé un

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La Tisiphone médicale. — M. Rochoux et la perfectibilité des oiseaux. — Une leçon de médecine au collége de France. — La réclame d'en haut. — Cure de la phthisie par le caoutchouc. — Les vendeurs de remèdes secrets. — Un effet de l'agitation médicale en Irlande. — Le magnétisme en Angleterre. — Le thé anglais et la flûte française. — Un nouveau système médical sous forme d'expédition à la Chambre. — Réponse au droit de la libre discussion.

— En signe de bonne harmonie et de *cordiale entente* entre les membres de la famille hippocratique, on signale à l'horizon un *journal satirique en vers*, intitulé : Tisiphone médicale. Une furie, rien que cela ; la sœur de Mégère et d'Alecton. Il y aurait de quoi s'effrayer, si l'on ne savait que les trois sœurs ont été autrefois apaisées par la déesse de la Sagesse en personne ; heureux antécédent dont le transparent auteur, homme de cœur et de sens, se souviendra certainement.

Nous avons sous les yeux la première satire, qui a pour titre : Profession de foi. Sous la forme d'un dialogue entre lui et un sien ami fort effrayé de l'entreprise, notre poëte explique à la fois ses motifs et son but, et chemin faisant, il repousse énergiquement toute association d'idées et de sentiments avec l'ex-Némésis médicale, qui fut un jour, dit-il,

. . . . Mandée à certain ministère,
Où son larynx fut pris du mal qui la fit taire.

Ce que veut Tisiphone, elle va vous le dire elle-même. Nous nous garderons bien de substituer au langage des dieux notre prose de procureur.

Non, je ne suis pas né l'adversaire quand même
Des hommes placés haut ; mais je veux, avant tout,
Que l'estime et l'honneur m'accompagnent partout.
. . . . Si je suis le soutien
Des hommes de labeur, en retour je macule
De mon acier noirci, tout vice ou ridicule ;
Je cloue au pilori les médicaux jongleurs,
Qui font dans la science office d'étrangleurs.
Libre d'engagement, voilà la sainte tâche
A laquelle, à jamais, par serment je m'attache !

Voilà, certes, un genre d'occupation à laquelle la Tisiphone antique n'était pas habituée, et nous avions bien raison, connaissant l'auteur, de compter sur l'intervention de Minerve.

véritable progrès dans la connaissance des maladies.

Il y a deux manières de démontrer l'insuffisance et le côté faux de l'étiologie organique : 1° au point de vue général de la logique, de l'observation, de l'expérience, c'est-à-dire en montrant que, sans acception d'école, abstraction d'une doctrine meilleure, la doctrine étiologique de Paris n'est pas compatible avec les faits; 2° au point de vue de la véritable conception étiologique, c'est-à-dire de celle que nous croyons, sauf démonstration ultérieure, devoir être définitivement admise dans la science.

Au point de vue de l'observation et de l'expérience, l'étiologie organique a souvent, sinon toujours, le tort de supprimer une période de la maladie, de prendre un symptôme pour la cause, une partie pour le tout, enfin de confondre, par un rapprochement systématique, des choses de nature dissemblable. Ces griefs, comme on le voit, s'ils existent, sont justiciables de la simple logique, et constituent des erreurs au point de vue de toutes les écoles. Or, pour démontrer qu'ils existent bien réellement, il suffit de se rappeler que bon nombre de maladies, considérées comme des lésions locales et classées comme telles par l'école organique, sont souvent précédées d'une période prodromique qui dure des semaines et jusqu'à des mois entiers avant qu'une lésion se localise et se traduire par des symptômes locaux. Nous convenons bien que, par la force des choses, on tient assez souvent compte de ces préliminaires de la maladie, sous le nom de prodromes; mais il existe bon nombre de cas où on les passe sous silence; et dans ceux où on en tient compte, ce n'est qu'en se plaçant en contradiction flagrante avec l'idée qu'on se fait de la maladie, et avec la dénomination qu'on lui donne. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, et un exemple très-récent, n'a-t-on pas vu, même dans ce journal, un mémoire sur la *méningite* tuberculeuse, aussi remarquable par la précision de l'écrivain que par la sagacité de l'observateur, où l'on a donné, sous le titre de prodromes de la maladie, une foule de symptômes existant des mois entiers avant l'explosion de l'affection locale, et n'ayant aucun rapport de localité avec cette affection? Ces symptômes expriment très-bien, au contraire, un état morbide général, une affection répandue dans toute l'économie, une cause susceptible de frapper à toutes les portes, de se localiser dans tous les points, en un mot, les symptômes généraux de l'affection tuberculeuse générale, et, pour la plupart, les prodromes de la même affection, qui s'arrête tôt ou tard, tantôt dans les poumons, tantôt dans l'intestin, tantôt dans la colonne vertébrale, tantôt aussi dans les méninges, et quelquefois dans tous ces points, à la fois ou successivement. S'il en est ainsi, n'est-il pas vrai que la pathologie, qui nomme, détermine et classe les maladies de cette façon, fait abstraction d'une période du mal, ou fausse, par un rapprochement vicieux, le caractère véritable des phénomènes appartenant à cette période?

Le même exemple peut être continué pour montrer que l'école organique prend une partie pour le tout, un symptôme pour la cause. Et en effet, s'il est vrai que la méningite tuberculeuse ne soit qu'une manifestation locale, accidentelle, d'une maladie générale, révélée et constatée d'ailleurs par des symptômes généraux, l'institution d'une méningite tuberculeuse comme maladie proprement dite ne saurait échapper au double reproche articulé plus haut. Ce n'est bien là qu'une partie du tout, qu'un symptôme et non une cause. A l'égard de cette dernière assertion, les fauteurs de la médecine organique allégueront que, du moment où la méningite tuberculeuse est réalisée, elle produit, en tant que lésion organique, des symptômes propres qui lui donnent le caractère de cause. A un certain point de vue donc et à une certaine époque de la maladie, l'étiologie organique est un fait, une conception en parfait accord avec l'observation. Ceci est sans contredit le beau côté de la doctrine, et nous l'avons reconnu plus haut d'une manière générale; mais l'erreur n'est pas moins une erreur parce qu'elle s'étaye à un certain point de vue d'une vérité. Que l'envahissement des méninges par l'affection tuberculeuse réalise dans le cours de la maladie un nouvel appareil symptomatique, cela n'est pas contestable; qu'une certaine relation existe entre ces symptômes et le siége propre des tubercules, cela n'est pas moins réel. Mais là n'est point la prétention et l'erreur de l'école organique; cette prétention et cette erreur consistent à détacher la lésion des méninges et les symptômes qui s'y rapportent de l'ensemble auquel ils appartiennent, du grand appareil où ils sont encadrés, et surtout du fait antérieur et plus général qui les domine. A ce dernier point de vue, qui est incontestablement le véritable, la prétention et le fait de l'école organique conduisent donc à prendre l'effet pour la cause. Nous n'avons rien dit encore du caractère théorique de l'appellation de *méningite*. Méningite veut dire inflammation de la méninge; en nous en tenant aux plus simples notions de la scolastique, il est certain que la définition *per genus et differentiam* conduit forcément à faire regarder la maladie comme appartenant à la classe des inflammations par son caractère le plus général, et comme une maladie des méninges par son siége. Que devient alors le caractère tuberculeux de l'affection? de quelle importance est-il pour la classification et le traitement de la maladie? La réponse à cette question servira précisément à démontrer le dernier grief imputé à l'étiologie organique.

Que dirait-on de celui qui aurait à séparer méthodiquement, à classer une multitude de fruits différents coupés par parties, et qui, au lieu de chercher à rapprocher les morceaux de la même poire et de la même pomme pour reconstituer le fruit entier, se plairait à réunir des morceaux de poire avec des morceaux de pomme, sous le prétexte qu'ils seraient de la même couleur ou taillés à peu près dans les mêmes parties du fruit? Cela paraîtrait au moins d'une bizarrerie sans exemple, et contraire aux plus simples notions du bon sens. Eh bien! telle est pourtant au fond, et sous des voiles beaucoup plus épais sans doute, la manière de procéder de l'étiologie organique. Il suffit, pour le démontrer, de rappeler et de développer l'exemple de la méningite tuberculeuse. Il est entendu que cette affection n'est qu'un fragment, une manifestation d'une maladie plus générale et qui n'est pas une inflammation. En plaçant dans le cadre nosologique la méningite tuberculeuse à côté des maladies du même siége, comme les méningites simples, les cérébrites ou soi-disant telles, on doit, pour être conséquent, placer à côté de toutes les pneumonies la pneumonie tuberculeuse ou la phthisie aiguë, à côté de toutes les entérites l'entérite tuberculeuse ou la tuberculisation et l'ulcération tuberculeuse des intestins. Que s'ensuit-il? Qu'on a divisé une même maladie par morceaux pour rapprocher ceux-ci d'autres morceaux appartenant à d'autres maladies, sous le futile prétexte que dans toutes il y a de la phlogose, de l'inflammation, ou quelque chose de prétendu tel. N'est-ce pas là le cas de morceaux de poire que l'on rapprocherait de morceaux de pomme, parce que les uns et les autres seraient de même couleur ou taillés dans un point analogue de fruits différents? On contestera, nous n'en doutons pas, l'analogie des termes comparés. Les continuateurs de Broussais surtout n'admettront jamais qu'on puisse réduire l'importance de la phlogose à celle de la couleur des objets ou de tout autre caractère extérieur et accessoire. Qu'importe? pourvu que cela soit ainsi. Or le temps n'est pas loin où cette vérité sera peut-être incontestable. Pour le moment, il nous suffit d'avoir établi :

— La Gazette Médicale, dans ses comptes rendus de l'Académie, n'a garde de faire tort à ses lecteurs du moindre penser ou dit notable de notre excellent confrère M. Rochoux; mais il en est, dans le nombre, de si précieux, qu'il n'est pas mal de les semer en plusieurs endroits pour attirer plus sûrement l'attention. Parmi ceux-là nous rangeons l'aperçu tout à fait neuf par lequel l'honorable académicien mettait récemment hors de doute la perfectibilité définie des animaux. « On a observé, a-t-il dit, dans les environs de Manchester, que les oiseaux qui faisaient autrefois leur nid avec des brins de paille et de chardon ne se servent plus que de laine depuis qu'on a établi des filatures dans le pays. » Il est manifeste que pour peu que cela continue, les oiseaux se feront des matelas et mettront des couvertures.

C'est un devoir pour nous de le dire, l'Académie ne possède pas beaucoup d'individualités aussi agréables que M. Rochoux. Pas de discussion où il ne trouve à placer le mot pour rire; pas de question médicale, chirurgicale, philosophique, n'importe, sur laquelle il ne soit en état de produire sur l'heure les plus rares arguments et les vues les plus surprenantes. Sans M. Rochoux, l'Académie mourrait d'ennui et de consomption; il n'y a que lui pour la ragaillardir un peu. Aussi un air de contentement se peint-il sur les physionomies, un murmure flatteur court-il le long des banquettes, dès qu'il demande la parole : chacun sait que son début est presque toujours un trait exhilarant. Lui-même, n'ignorant pas ce qu'on attend de son savoir-faire, et naturellement soucieux de sa réputation, s'y emploie de bonne grâce, et c'est grand hasard s'il ne s'en tire à la satisfaction générale.

Il ne manque à M. Rochoux, pour être complet, que d'avoir inventé la *médecine simplifiée* et les *lavements sans seringue*. Mais on peut s'y attendre d'un jour à l'autre.

— L'homéopathie, l'hydrosudopathie, le magnétisme, la cautérisation pharyngienne, la médecine des biftecks et autres inventions de la thérapeutique moderne doivent être bien fières à l'heure qu'il est. Un savant professeur leur a fait l'autre jour les honneurs du collége de France. Dans une leçon longuement reproduite par un journal politique, toutes ces méthodes ont été passées en revue sur le même pied que la médecine ordinaire, avec un sérieux, une attention qui révèle un grand fonds d'impartialité. La conséquence générale de cet examen a été que les globules, l'eau froide, la divination, l'ammoniaque, le camphre, le bœuf grillé et le vin pur ne valent ni plus ni moins que la saignée, les purgatifs, les calmants et tout l'appareil de moyens prétendus thérapeutiques dont on fatigue l'espèce humaine *impunè per totam terram*. Il faut quelque courage, avouons-le, à un ex-médecin des hôpitaux, professeur de médecine, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut et, qui plus est, praticien célèbre de la capitale, pour nier publiquement quoi? la médecine! Si, comme l'a prétendu un profond diplomate, la langue a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée, il semble que c'était le cas ou jamais de s'en servir. Mais il y a comme cela des natures fortement trempées qui font taire leurs plus chers intérêts devant les devoirs de la conscience; et l'illustre professeur avait bien le droit d'exprimer, comme il les a vus, les résultats de sa pratique particulière.

— Où s'arrête la réclame permise? où commence la réclame défendue? Grave question de nature à faire le désespoir des casuistes. Nous avons quelquefois ra-

1° Que l'étiologie de l'école de Paris n'est que l'étiologie organique;

2° Que cette étiologie ne formule qu'une portion de la maladie, privée souvent de sa première période, et prend la partie pour le tout, le symptôme pour la cause;

3° Qu'elle conduit à morceler ce qui devrait être rapproché et à rapprocher ce qui devrait être disjoint;

4° Que si elle a éclairé la connaissance des maladies en montrant une relation réelle et nécessaire entre la lésion organique et l'appareil symptomatique correspondant, elle a faussé cette relation en circonscrivant toute l'action étiologique à l'altération organique et en plaçant sous l'unique dépendance de cette dernière le produit d'influences autres et plus élevées.

Ces conclusions, comme on le voit, résultent du simple contrôle de l'étiologie organique par l'observation et la méthode expérimentale.

Dans un autre article, nous examinerons la même école et la même doctrine à la lumière de la véritable conception étiologique.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL DES AFFECTIONS GLAUCOMATEUSES; par le docteur TAVIGNOT, ancien chef de la clinique des maladies des yeux, à la Pitié.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DIAGNOSTIC. — On comprend aisément les difficultés que l'on doit rencontrer pour établir toujours d'une manière précise le diagnostic d'une maladie dont le siége est assez vague et les symptômes susceptibles d'offrir beaucoup de variétés. Dans l'état actuel de la science, nous croyons même ce problème très-difficile à résoudre dans quelques cas, spécialement lorsque le glaucome n'offre pas des caractères bien tranchés et qu'il ne fait que débuter....

On pourrait confondre le glaucome :

Avec la cataracte. La cataracte et le glaucome peuvent exister également sur des adultes et des vieillards, sans que l'on trouve dans les causes qui leur donnent naissance le motif d'une distinction bien tranchée. La coloration de la cataracte elle-même peut être, comme celle du glaucome, d'un vert plus ou moins prononcé; de sorte qu'en admettant l'opinion de Mackenzie, qui place le début de l'affection glaucomateuse dans le cristallin, on se trouverait fort indécis pour savoir si, dans un cas donné, il s'agit réellement d'une cataracte ou d'un glaucome commençant. L'auteur anglais est de ce dernier avis, et il prétend qu'une cataracte qui n'est pas accompagnée de glaucome, n'est jamais verte. Cette assertion n'est d'ailleurs étayée sur aucune preuve de sa part, et il admet implicitement une grande analogie entre la cataracte verte et les autres espèces de cataracte, en reconnaissant qu'elle est encore susceptible d'être opérée avec succès.... Cependant, dans l'immense majorité des cas, on ne saurait confondre le glaucome avec la cataracte : l'opacité est placée immédiatement derrière la pupille ou à peu de distance d'elle dans la cataracte; elle est d'ordinaire profondément située dans le glaucome. La pupille est en général contractile et régulière dans la cataracte simple; elle est au contraire le plus souvent immobile et déformée dans le glaucome. L'aspect de l'œil, sauf l'opacité cristallinienne, est normal dans la cataracte, tandis qu'il est considérablement modifié dans le glaucome par l'état de la cornée, de l'iris, de la sclérotique devenue vasculaire. La perte de la vue est en raison directe de l'opacité de l'appareil cristallinien dans la cataracte; dans le glaucome, au contraire, la rétine peut être complétement insensible à la lumière, sans que les milieux de l'œil aient perdu complétement leur transparence. Enfin la cataracte proprement dite ne s'accompagne pas de douleurs dans les yeux ou au pourtour de l'orbite, tandis que la névralgie ciliaire et circumorbitaire existent fréquemment dans les affections glaucomateuses. Il n'y a guère qu'une variété de cataracte avec laquelle on pourrait à la rigueur confondre, au premier abord, le glaucome : c'est la cataracte noire capsulaire ou cataracte pigmenteuse. Il y a, en effet, dans cette affection, immobilité et déformation fréquentes de la pupille, perte plus ou moins complète de la vue, et il a existé, à une certaine époque, des douleurs dans l'œil et au pourtour de l'orbite qui peuvent encore faciliter l'erreur. Mais des renseignements plus détaillés, en même temps qu'ils feront naître des doutes sur l'existence du glaucome, indiqueront suffisamment que le malade a été affecté, à une certaine époque, d'iritis et de capsulite (irido-périphakite), et l'examen direct, soit à l'œil nu, soit à la loupe, démontrera qu'il est résulté de cette inflammation un dépôt de matière pigmenteuse sur la cristalloïde antérieure : de là les douleurs, l'adhérence et l'immobilité de la pupille, la perte partielle ou totale de la vue....

Avec l'amaurose. Si le glaucome est quelquefois à son début, comme on l'a dit, une sorte de cataracte verte, il finit presque toujours par devenir une amaurose; de sorte qu'en réalité la distinction est assez difficile à établir. Wardrop a tranché la question en considérant le glaucome comme une variété d'amaurose. D'autres auteurs ont admis une espèce d'amaurose qui tend à se transformer en glaucome et qu'ils nomment amaurose glaucomateuse. Enfin, il nous paraît démontré que la plupart des variétés que l'on a rangées sous le titre d'*amauroses organiques rétiniennes* appartiennent au glaucome. L'abolition de la sensibilité spéciale de la rétine est le phénomène principal que l'on observe dans l'amaurose; dans le glaucome, au contraire, la perte de la vue est liée à une série d'autres perturbations fonctionnelles et organiques que l'on connaît déjà. Il se peut, à la vérité, que la cause productrice du glaucome, après avoir tout d'abord agi sur la rétine en la paralysant, s'arrête là pendant un temps plus ou moins long, reste stationnaire en quelque sorte et induise ainsi en erreur sur la véritable nature de la maladie. Mais toutes les fois que l'on pourra suivre longtemps les progrès du mal, assister journellement aux modifications pathologiques qu'il détermine dans les tissus de l'œil, il sera, en général, possible de distinguer la marche caractéristique du glaucome de celle de l'amaurose proprement dite.

Avec le synchisis et l'épanchement sous-choroïdien. Avant de rechercher les caractères différentiels qui existent entre le synchisis, l'épanchement sous-choroïdien et le glaucome, il faudrait en premier lieu être certain que ces trois états pathologiques différents ne peuvent pas se développer sous l'influence d'une même cause, celle qui produit précisément l'affection glaucomateuse. Il est bien établi toutefois que dans le glaucome arrivé à un certain degré, les cellules hyaloïdes sont détruites, l'humeur vitrée altérée et diffluente, de sorte que le synchisis devient alors par le fait un des symptômes dépendant de l'affection glaucomateuse. Il est également positif que l'on observe dans le glaucome une altération chronique de la membrane choroïde, qui peut être suivie d'un épanchement variable en quantité et

---

massé des réclames au bas de l'échelle hiérarchique, et le haut de l'échelle a frémi d'horreur. Voici quelques historiettes recueillies en haut; nous serions curieux de savoir ce qu'on en dit en bas.

Un journal politique contenait il y a peu de temps ce qui suit : « M. le docteur ***, professeur à la Faculté de ..., vient de publier la quatrième et dernière partie de son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS. Cet ouvrage présente le *tableau le plus complet et le plus exact* des progrès de l'état actuel de la science chirurgicale. L'auteur fait connaître un très-grand nombre de procédés opératoires de son invention *qui lui ont valu les plus brillants succès dans sa clinique*, et le nouveau travail de M. le professeur *** *servira désormais de base à toutes les études sérieuses et approfondies.* »

Ces jours derniers, quatre ou cinq journaux politiques annonçaient encore au monde, avec une similitude d'expressions remarquable, que le même professeur venait d'être nommé membre correspondant de l'Académie.

Mais ce ne sont là que peccadilles pures, et nous n'en parlons que dans l'intention méchante d'embrouiller de plus en plus les faiseurs de règlements moraux. Le fait qui suit est plus significatif, et il ne serait pas très-difficile de le faire rentrer dans la définition vulgaire des actes sujets à discipline. — Un prétendant n'y voyait que d'un œil, condition fâcheuse, dit un mauvais plaisant, quand on ne voit pas déjà trop clair dans ses affaires. D'aventure passe un chirurgien, aussi professeur de Faculté, placé à la tête d'un grand hôpital, célèbre par la prestigieuse dextérité avec laquelle il coupe une artère affectée de *névralgie*, lie un nerf source d'*hémorrhagie*, enlève les seins trop gras, les testicules trop salaces et les yeux inutiles. Bien que ce dernier genre de talent, quelque distingué qu'il soit, ne puisse être une recommandation bien puissante auprès d'un homme borgne, cependant l'habile chirurgien est appelé, et, qui plus est, chargé d'extraire la cataracte. Or, dès les jours suivants, la PRESSE, les DÉBATS, le CONSTITUTIONNEL, célébraient à l'envi l'habileté inouïe d'un opérateur qui, par quelque sorcellerie sans doute, avait pu extraire un cristallin; et de qui encore! d'un prétendant au trône de toutes les Espagnes! Nous avons peu de rois, c'est un aveu qui nous coûte à faire, dans notre clientèle; mais, à en juger par les félicitations que s'adressent parfois à eux-mêmes les confrères mieux partagés que nous, il paraîtrait que les rois, tout citoyens qu'ils se disent en certains pays, sont encore, comme dans le vieux temps, d'autre étoffe que le commun des hommes. Il paraîtrait surtout que, chez eux, la thérapeutique présente des difficultés particulières. Que Pierrot se casse la jambe, nous ne voyons pas que le chirurgien appelé à la lui remettre s'en vante. Mais qu'il faille chez un prince extraire un cor aux pieds, voilà la presse entière en admiration devant l'opérateur assez heureux pour avoir mené la chose à bien.

— Il fut un temps où le sel marin guérissait la phthisie pulmonaire, la vraie phthisie, la phthisie tuberculeuse, ulcéreuse, caverneuse, avec sueurs, diarrhées colliquatives et tout le reste. Aujourd'hui il ne vaut guère mieux contre la phthisie que le roi contre les écrouelles, et il n'est plus guère employé avec avantage que par les cuisinières. L'huile de foie de morue qui lui a succédé n'a pas eu un destin beaucoup plus heureux. Voici maintenant un nouveau moyen imaginé par un docteur de Presbourg, et qui a, du moins, sur les deux autres, l'avantage de l'originalité; c'est l'emploi du *caoutchouc* à l'intérieur! Quand nous disons

différent par ses caractères; que cet épanchement, placé en général entre la rétine et la choroïde, refoule insensiblement la première de ces deux membranes vers le centre de l'humeur vitrée, et produit la cécité en même temps qu'il en résulte pour l'œil d'autres modifications pathologiques. Ainsi il est, comme on le voit, assez difficile de distinguer la diffluence de l'humeur vitrée, l'épanchement sous-choroïdien idiopathiques de ceux qui ne sont que symptomatiques du glaucome. Sans insister sur ce sujet, obscur sous plus d'un rapport, et sans vouloir tracer méthodiquement des caractères différentiels que la nature ne présente pas toujours avec beaucoup de méthode, nous dirons que les symptômes du glaucome sont, dans les cas ordinaires, assez bien tranchés pour faire reconnaître l'affection elle-même; dans les autres cas il faut savoir s'abstenir et attendre avant de se prononcer.

TRAITEMENT. — La manière différente dont on a jusqu'ici envisagé le glaucome a influé notablement sur le traitement que l'on a mis en usage pour le guérir. C'est ainsi que l'on a tour à tour vanté les émissions sanguines, le calomel uni à l'opium, etc., sans obtenir des résultats bien satisfaisants.

Nous envisagerons le traitement du glaucome sous le double point de vue médical et chirurgical.

Le traitement médical employé dès le début de la maladie doit avoir pour but principal de s'opposer à ses progrès, car le retour complet de l'œil à son état normal n'est guère à espérer. Les moyens à employer contre le glaucome doivent être, à notre avis, différents et même opposés selon l'espèce pathologique à laquelle on a affaire. Nous pouvons dire maintenant, sans anticiper sur la suite de ce travail, que l'affection glaucomateuse peut être divisée en deux classes distinctes :

1° *Glaucome avec douleurs;*
2° *Glaucome sans douleurs;*

Dans les deux cas l'affection glaucomateuse naît, se développe et continue à faire des progrès sous l'influence d'un état maladif du système nerveux ciliaire. Dans le glaucome avec douleurs, il existe une névralgie ciliaire; dans le glaucome sans douleurs, on a affaire à une paralysie ciliaire. La thérapeutique doit être dirigée d'après ce double point de vue.

TRAITEMENT MÉDICAL DU GLAUCOME AVEC NÉVRALGIE. — Les douleurs névralgiques peuvent être continues ou périodiques.

Dans le premier cas, on aura recours à l'opium, la belladone, la jusquiame à l'intérieur et à l'extérieur en frictions, au sous-carbonate de fer, au valérianate de zinc, etc.; on mettra en usage les révulsifs, tels que vésicatoires autour de l'orbite, frictions avec la pommade stibiée, séton à la nuque, etc.; on pansera le vésicatoire avec une petite portion d'extrait de belladone, ou bien encore on appliquera à sa surface 1 centigr., puis 2, puis 3 d'hydrochlorate de morphine; enfin on variera, toujours dans le même sens, l'emploi de ces moyens, selon les différents cas. Le traitement est en général fort long, et il faut en convenir, l'état névralgique ne cède que bien difficilement même à l'usage rationnel de ces moyens.

Dans le second cas, on emploiera en premier lieu, pour combattre la périodicité, le sulfate de quinine à la dose de 40, 50, 60 centigrammes et au delà. On arrivera quelquefois à éloigner les accès et à suspendre ainsi les progrès du mal; mais il faut néanmoins continuer le traitement le plus longtemps possible, dans la crainte de leur retour. Mais il arrive aussi, dans beaucoup de cas, que le sulfate de quinine est sans influence sur l'état névralgique périodique; cela dépend peut-être de ce que les accès névralgiques n'ayant le plus souvent rien de fixe et de régulier, le type intermittent n'existe pas, à proprement parler, et le mal échappe ainsi à l'action, ailleurs si efficace, de la quinine. Il ne reste plus qu'à avoir recours au traitement que nous avons indiqué un peu plus haut pour la névralgie continue.

TRAITEMENT MÉDICAL DU GLAUCOME AVEC PARALYSIE. — Il faut chercher ici à réveiller l'action nerveuse des nerfs ciliaires par les moyens excitants; seulement, la position profonde de ces nerfs et la difficulté de les atteindre directement rend l'emploi de ces moyens difficile et peu sûr. Néanmoins on agira sur les branches de la cinquième paire, à l'aide de vésicatoires pansés avec de la strychnine, de la vératrine, ou l'on soumettra l'œil à l'action de l'électricité, en implantant une aiguille à acupuncture dans le tissu même de la sclérotique. Ce moyen, que nous avons expérimenté plusieurs fois, est facilement supportable lorsque l'on a le soin de ne pas employer tout d'abord une trop forte quantité de fluide.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Quoique les procédés chirurgicaux aient été fort peu usités jusqu'ici dans le glaucome, cependant nous allons examiner la valeur de ceux qui ont été soit proposés, soit mis en usage.

1° *Ponctions.* — Se fondant sur ce que le globe oculaire offrait, à une certaine période de son développement, une dureté plus considérable indiquant que les membranes oculaires sont distendues par une quantité plus grande d'humeur, on s'est demandé s'il n'y aurait pas avantage à en évacuer une certaine portion à l'aide d'une ouverture faite à la sclérotique, avec un trocart fin ou une lancette. On rendrait ainsi à l'œil son degré normal de tension, et si la rétine était paralysée par la pression qu'elle subissait antérieurement, elle pourrait recouvrer ses fonctions. Cette opération expose à vider complétement l'œil, et elle ne remédie à rien, car il est bien plus probable que la dureté de l'œil tient à une sorte d'atrophie des membranes, à une extensibilité moins grande de leur tissu, qu'elle ne dépend d'une hydrophthalmie véritable, puisque l'œil glaucomateux est plutôt diminué de volume qu'augmenté.

2° *Abaissement du cristallin.* — On a pensé traiter l'affection glaucomateuse en pratiquant l'abaissement du cristallin devenu verdâtre. Mais à supposer même qu'il fût bien établi que le glaucome débute constamment par une opacité caractéristique siégeant dans le cristallin, et dans ce point seulement, il resterait toujours à s'expliquer comment on prétend arrêter par ce moyen la marche de la maladie qui, on le sait, s'étend bientôt à d'autres parties de l'œil. Cette opération aurait-elle donc pour résultat, en amenant une réaction inflammatoire dans l'œil, qui agirait comme révulsive, de modifier avantageusement l'état maladif des nerfs ciliaires? Je ne sais; mais ce qui est positif, c'est que les faits invoqués à l'appui de cette opinion ne sont pas très-probants, puisqu'il s'agissait très-probablement, dans ce cas, de cataracte verte, maladie qui est une cataracte simple et non une affection glaucomateuse.

3° *Extirpation de l'œil.* — On connaît l'étroite sympathie qui existe entre les deux yeux; on sait que la cataracte, lorsqu'elle se développe spontanément dans un œil, finit le plus souvent par envahir, dans un temps plus ou moins long, l'œil du côté opposé. Il en est de même dans le glaucome, et il est très-fréquent de voir l'affection glaucomateuse qui a débuté par un côté se propager bientôt à l'autre, menaçant ainsi, si le traitement est inefficace, d'entraîner la perte totale de la vue. Dans la cataracte, on a

---

imaginé, nous flattons notre cher confrère. C'est le hasard qui lui a révélé les vertus de ce précieux agent thérapeutique, et quelles vertus, bon Dieu! Un garçon de 12 ans tombé en fièvre hectique avale par mégarde 8 grammes de caoutchouc; au bout de six semaines, il était guéri. Une femme de 38 ans, phthisique *à un degré très-avancé*, ayant eu connaissance du fait précédent, dérobe *plusieurs petits morceaux* de caoutchouc et les avale : amélioration rapide. Redoublement de caoutchouc. Guérison parfaite. Et le reste à l'avenant.

L'observation est parfois élastique, soit dit sans jeu de mot; nous craignons bien qu'elle ne se soit autorisée de la circonstance présente pour l'être, cette fois, plus que de coutume.

— La justice a fait ce mois-ci franche lipée de guérisseurs ou de vendeurs de médicaments non autorisés. Il y a d'abord M. de Saint-Pierre, vulgairement appelé Denis, lequel possédait chez lui non pas une pharmacie, non pas un magasin, mais un entrepôt de plantes, de sirops, de poudres, de pommades, de pilules, d'élixirs, de tout ce que les trois règnes peuvent fournir de médicaments magistraux ou officinaux, inscrits ou non au Codex, se suivant, se pressant, s'entremêlant de la cave au grenier. Puis, voici venir M. Canard qui, bien différent de celui de Vaucanson, ne rend pas du tout ce qu'il prend, et il prend 50, 100 et jusqu'à 200 francs par malade. Puis une foule d'autres, dont la GAZETTE MÉDICALE, dans ses *variétés*, a eu soin de vous conter scrupuleusement les malheurs. Pour le moment, une seule remarque : pour l'exercice illégal de la médecine, l'amende dépasse rarement *quinze francs;* pour vente illégale de préparations pharmaceutiques, la moindre est de *cinq cents francs*. Cependant en cas d'accident produit par ces préparations, celui qui ordonne n'est-il pas *la cause essentielle* du mal, et celui qui exécute la *cause accessoire?* C'est, comme on voit, de l'étiologie pure. Mais en fait de jurisprudence, nous ne sommes pas des plus forts, et nous pourrions dire plus d'une sottise. Mieux vaut s'en rapporter à ces messieurs du tribunal qui connaissent les finesses du Code.

—Sous le titre de : EFFET DE L'AGITATION MÉDICALE, le DUBLIN MEDICAL PRESS du 20 août 1845 donne à ses lecteurs la nouvelle suivante : « Aux dernières assises de Nenagh, le juge a ordonné que chaque médecin appelé comme témoin recevra deux guinées par jour, au lieu d'une guinée, qui leur était allouée jusqu'ici. » La guinée équivaut à près de 25 francs. Avec quelle force et combien de temps faudra-t-il que les médecins *s'agitent* encore en France avant d'obtenir pour honoraires la moitié de la somme qu'en Angleterre on trouve insuffisante!

— Le magnétisme continue ses exploits en Angleterre. Un M. William Warenne entretient les lecteurs du MEDICAL TIMES des résultats surprenants qu'il en obtient tous les jours. Les épileptiques, les paralytiques, les rachitiques même guérissent entre ses mains comme par enchantement. Il mentionne surtout avec prédilection les effets de la toute-puissante influence sur un jeune épileptique. « Ce malade, dit-il, m'avait donné d'abord beaucoup de peine pour parvenir à le magnétiser. » Mais on va voir qu'il fut bien récompensé de sa persévérance. Un jour que ce jeune homme était en voiture, près de partir, M. Warenne, placé derrière lui, voulut (par passe-temps sans doute) voir *s'il pourrait mettre la voiture en mouvement tandis qu'il y était;* il avança la main de son côté, et immédiatement le jeune homme tomba par terre d'une grande hauteur, *sans se faire*

émis l'opinion qu'en pratiquant l'opération sur un œil on arrête les progrès de la cataracte de l'autre lorsqu'elle avait commencé déjà à se former, ou bien on la prévient si elle n'était pas encore en voie de formation. En admettant cette opinion, qui repose déjà sur un certain nombre de faits, on peut se demander s'il ne serait pas raisonnable, sur un malade affecté d'un seul glaucome, et d'un glaucome reconnu *incurable*, d'enlever cet œil, devenu d'ailleurs inutile à la vision, afin de préserver l'œil sain de l'influence morbide de son congénère.

Nous venons d'indiquer ses bases plutôt que de décrire le traitement rationnel qu'il nous paraît désormais convenable de mettre en usage dans les affections glaucomateuses; il ne nous reste plus qu'à entrer dans quelques détails sur les idées nouvelles que nous venons d'émettre.

Si l'on veut bien se rappeler la description que nous avons tracée du glaucome, on a vu que cette affection était, par rapport à l'œil, une maladie générale qui envahissait tour à tour les différents éléments, si différents pourtant les uns des autres, qui entrent dans sa composition. On a vu également que toutes les fois qu'il s'est agi de localiser cette affection, on a fait choix d'un ou de deux tissus plus ou moins altérés dans leur texture, sans tenir grand compte ensuite des lésions dont les autres étaient coïncidemment le siége. On a dû remarquer aussi que lorsqu'il a fallu fixer les idées sur la nature de la maladie, on n'était plus d'accord, et que, dans tous les cas, aucune des hypothèses émises jusque dans ces derniers temps n'était l'expression de la vérité, puisqu'il est inadmissible, en effet, que l'inflammation ou le vice arthritique s'étende ainsi successivement à toutes les parties de l'œil, humeurs et membranes.

Enfin, il est évident que personne n'a songé à se rendre compte d'une manière rationnelle, et en ayant égard à nos connaissances actuelles sur la pathologie des nerfs, des douleurs névralgiques qui accompagnent si souvent l'affection glaucomateuse, et à s'expliquer l'absence de douleurs dans les cas où le glaucome suit sa marche ordinaire sans offrir les symptômes dont nous parlons.

Il restait donc quelque chose à faire : il restait à étudier dans son ensemble la physionomie générale de l'affection glaucomateuse, à tenir compte de tous ses éléments, et ensuite à trouver la raison de leur développement, celle de leur succession et de leur enchaînement.

La cause générale qui donne lieu au glaucome est, d'après nous, un état pathologique du système nerveux ciliaire, état qui peut être opposé en fait, tout en produisant en réalité les mêmes troubles fonctionnels et matériels dans l'organe de la vue.

L'existence de la névralgie ou de la paralysie des nerfs ciliaires se démontre aisément dans le glaucome. La névralgie se traduit par les douleurs quelquefois si aiguës qui existent dans l'œil lui-même et au pourtour de l'orbite, en suivant les divisions de la cinquième paire. Ces douleurs ont non-seulement les caractères des douleurs névralgiques, mais elles suivent encore la même marche qu'elles, et dans aucun cas on ne saurait les rapporter aux douleurs générales qui accompagnent la désorganisation d'un organe, pas plus qu'à l'inflammation; car, dans ces deux circonstances, les douleurs sont continues comme l'état pathologique qui le produit, et non périodiques ou revenant par accès. Et puis il est d'observation que les douleurs qui se rencontrent dans le glaucome sont influencées par les mêmes causes qui agissent sur les autres douleurs névralgiques, la chaleur du lit, les variations de température, l'humidité, etc. Il n'y a donc pas à s'y méprendre; il existe réellement une espèce particulière de glaucome qui est associée à une véritable névralgie oculo-péri-orbitaire. — La paralysie des nerfs ciliaires se traduit par les symptômes qui sont propres aux autres paralysies; on observe la lenteur des mouvements de l'iris, son immobilité, sa déformation, une atrophie graduelle par défaut de nutrition de toutes les parties de l'œil, depuis la cornée et la sclérotique jusqu'à la rétine et aux humeurs de l'œil. La paralysie des nerfs ciliaires précède bien réellement tous ces désordres; car l'iris qui reçoit un grand nombre de nerfs ciliaires, et dont les changements sont le plus facilement appréciables, est celui qui offre en général, le premier, une altération de forme et une altération de texture.

La névralgie et la paralysie des nerfs ciliaires sont susceptibles d'offrir plusieurs degrés différents; toutes deux peuvent êtres partielles ou générales, c'est-à-dire occuper tous les filets nerveux ou quelques-uns seulement.

Elles peuvent exister à des degrés divers; enfin elles offrent également dans leur marche, qui est généralement chronique, des différences qu'il nous suffit de signaler.

Quoique la névralgie et la paralysie ciliaires soient deux états opposés, nous pensons néanmoins que la paralysie succède quelquefois à la névralgie; ainsi, pendant le cours de l'affection glaucomateuse, on observe dans quelques cas, à la suite de douleurs névralgiques excessivement prolongées, une sorte de cessation subite de l'état nerveux qui ne reparaît plus, quoique la désorganisation de l'œil ne continue pas moins de faire des progrès.

Puisque, dans notre opinion, l'état pathologique désigné sous le nom de glaucome est le résultat d'une lésion fonctionnelle du système nerveux ciliaire, il nous reste à examiner si l'on peut, en effet, se rendre compte, d'après cette manière de voir, de tous les accidents que l'on rencontre dans cette maladie.

Quoique les nerfs qui entrent dans la composition du système ciliaire (c'est-à-dire du ganglion ophthalmique et des filets qu'il fournit) soient de trois sources, de la troisième paire, de la cinquième paire et du grand sympathique, nous n'avons ici à rappeler que les faits qui démontrent d'une manière incontestable l'action de la cinquième paire et du grand sympathique sur l'organe de la vue. La section simultanée de ces deux nerfs, en même temps qu'elle abolit la sensibilité générale de l'œil et la contractilité de l'iris, pervertit tellement les fonctions organiques de l'œil, que la cornée se ramollit rapidement, se perfore, et que l'œil se vide. Lorsque les choses marchent moins vite, on peut alors observer d'autres désordres du côté des humeurs et des membranes de l'œil. Eh bien! nous pensons que ce qui a lieu d'une manière aiguë dans la destruction par l'instrument tranchant de plusieurs des nerfs qui concourent aux fonctions de l'organe de la vue, se manifeste aussi, quoique plus lentement, lorsqu'au lieu d'être entièrement paralysés par la section, ces nerfs (ou plutôt ceux qui en naissent, ce qui revient au même) sont le siege d'une névralgie qui pervertit leurs fonctions et les abolit à la longue, ou bien d'une paralysie incomplète et qui reste plus ou moins longtemps dans le même état.

Or s'il est démontré, comme on ne saurait le nier dans l'état actuel de nos connaissances, que les nerfs ciliaires qui se rendent à toutes les parties de l'œil ont sur cet organe une influence bien positive, influence qui s'étend même jusqu'à la rétine, comme le prouvent d'ailleurs un certain nombre d'expériences et d'observations recueillies sur les malades, nous devons pouvoir expliquer, ce qui était resté inexplicable jusqu'ici, l'étiologie, les symptômes, la marche et les terminaisons du glaucome, et cela en prenant

---

aucun mal. L'auteur ajoute sérieusement : « Quelle part l'imagination peut-elle avoir eue à ceci? » — Un autre jour, le magnétiseur s'était placé derrière une colonne de briques de trois pieds d'épaisseur, le malade étant séparé de la colonne par près de douze personnes. M. Warenne lève la main; aussitôt le sujet est attiré avec une telle force qu'il chasse les assistants devant lui comme *en un monceau!* (Ces détails sont textuellement extraits du MEDICAL TIMES, n° du 16 août 1845, p. 385.)

— L'un des médecins résidents d'un hôpital de Londres a un appointement annuel de près de 2,500 francs, la table et le logement; mais il doit acheter à ses frais le thé et le sucre (THE MEDICAL TIMES). — En France, où l'on vise apparemment plus au solide, c'est le contre-pied de cette coutume qu'on avait pris; et l'on se rappelle encore la *flûte quotidienne* que l'administration fournissait il y a quelques années aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux.

— Tous les psaumes de David, toutes les lamentations de Job, tous les anathèmes, toutes les colères, toutes les tristesses des grands et des petits prophètes, ne sauraient exprimer comme il convient l'injustice et la malignité des hommes. Les fils de Cham couvrent la terre; Sem et Japhet ont disparu, et très-vraisemblablement ces fossiles dont on fait si grand bruit, et qu'on prend pour des mastodontes, ne sont autre chose que des débris de ces races perdues.

Ces tristes réflexions n'ont rien d'exagéré en présence des infortunes de M. R..., domicilié rue Paradis-Poissonnière, inventeur *d'une nouvelle définition des maladies qui ne pourra jamais être ni modifiée ni changée, qui sera une base pour la médecine, qui en fera une science exacte et positive*; ou, en d'autres termes, d'une *nouvelle théorie médicale qui sera le* nec plus ultrà *de la perfection*. Ce sont les termes d'une pétition adressée *pour la quatorzième fois* à la chambre des députés. Une si louable insistance s'explique aisément par l'importance du but. Qu'est-ce, d'ailleurs, qu'un espace de quatorze ans pour le triomphe de ce *nec plus ultrà* attendu depuis tant de siècles? Il faut le dire à l'honneur de M. R..., si le succès n'a pas encore répondu à ses efforts, ce n'est pas sa faute; il y a déployé toutes les ressources d'un esprit inventif. Une de ses idées les plus ingénieuses a été, sans contredit, de changer tous les ans la couleur de sa pétition. Nous l'avons vue blanche, puis bleue : cette année elle est jaune, ce qui est bien différent. Par un autre coup de maître, l'auteur qui sait bien, le rusé, à quoi s'en tenir sur l'excellence de sa théorie, ne s'en va pas de but en blanc proposer un marché au gouvernement, toujours un peu ladre et qui jetterait les hauts cris. Non, on ne payera que si l'on est content. — Voyez, examinez, je me trompe peut-être, je m'en rapporte à une commission. Promettez-moi seulement le *payement de mon travail si les personnes chargées de cet examen déclarent que ce que j'avance est réel et vrai.* — Cette modestie doucereuse est du dernier fin. Que la chambre y morde, et la nouvelle théorie va l'inonder de ses lumières, et il n'y aura plus moyen de s'en dédire, il faudra payer. Pour M. R..., une commission de la chambre, c'est tout simplement de l'or en barre.

Enfin, avec une malice croissante et par un véritable abus des ressources que la nature lui a départies, l'auteur stimule à son endroit la curiosité de MM. les députés par la confidence de l'admiration dont sa personne est généralement l'objet. Broussais, en particulier, lui a dit en 1826 (la pétition ne précise pas le

l'une après l'autre chaque lésion que l'on rencontre dans cette affection.

La *cornée* a perdu son brillant, son poli; elle a quelque chose de la cornée d'un cadavre, etc. Dans la section simultanée de la cinquième paire et du grand sympathique, elle devient opaque, s'ulcère, se perfore.

L'*iris* est paralysé, décoloré, etc. Mêmes résultats ou à peu près dans les expériences et les observations citées plus haut.

L'*humeur vitrée* est diffluente, quelquefois d'une couleur verdâtre; on a également noté dans quelques cas des changements analogues dans les expériences sur les animaux.

Le *cristallin* tend à se déchatonner, à devenir opaque et à sortir spontanément en perforant la cornée. Ce que l'on observe dans les expériences ne question ne diffère guère au fond; car si le cristallin ne devient pas toujours opaque, cela tient à ce que la perforation de la cornée s'accomplit ne quelques jours et laisse sortir le cristallin avant que son opacité ait eu le temps de devenir complète. J'ai d'ailleurs observé, dans un cas de perforation aiguë de la cornée, l'issue d'un cristallin complétement opaque.

La *rétine* subit dans le glaucome les mêmes variations que dans la section du trijumeau et du grand sympathique. Quelquefois elle est paralysée dès le début, d'autres fois elle ne l'est pas; mais dans les deux cas elle offre par la suite des désordres organiques qui l'empêchent de remplir ses fonctions.

Je n'insisterai plus maintenant sur quelques caractères propres au glaucome, la déformation de l'œil, le développement d'un lacis veineux dans la sclérotique, etc.; ce sont là des lésions de structure développées plus lentement, et que l'on ne saurait rencontrer dans une maladie comme celle que l'on observe après une abolition complète et instantanée des fonctions nerveuses; mais on conviendra du moins que l'analogie que nous avons établie est parfaite, qu'elle ne diffère que dans la marche des deux affections, mais qu'en définitive le résultat est le même. Il y a plus : il me paraît démontré aujourd'hui qu'il serait possible de produire de toutes pièces une véritable affection glaucomateuse, si l'on pouvait à volonté pervertir ou bien abolir d'une manière incomplète l'action nerveuse du système ciliaire. Cette perversion lente de l'innervation permet seule d'expliquer comment il se fait que le glaucome soit une affection d'une aussi longue durée, tandis que l'abolition complète et instantanée des fonctions nerveuses amène rapidement et en quelques jours la destruction de l'organe de la vue.

Toutes les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer ne sont pas aussi théoriques que l'on pourrait le supposer; car, en même temps qu'elles nous fournissent de précieuses données sur la nature de la maladie, elles nous indiquent par cela même le traitement qu'il faut lui opposer. Elles font plus, en les rationalisant, elles nous empêcheront peut-être de mettre en usage des moyens qui sont plutôt susceptibles d'activer les progrès du mal que de les arrêter. C'est ainsi, par exemple, que, dans le glaucome associé à la névralgie, il faudra n'avoir recours qu'avec réserve à la pile électrique, par la raison que si l'on ne parvient pas à triompher de l'affection nerveuse, on a ajouté momentanément à son intensité, et cela est toujours préjudiciable aux tissus de l'œil, qui suivent régulièrement les oscillations de l'état pathologique du système ciliaire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'UVÉITE SYPHILITIQUE, CONFONDUE PAR LES AUTEURS MODERNES AVEC L'IRITIS DU MÊME NOM; communiquée par M. le docteur PAUL BERNARD, D. M. P.

Jusqu'ici il n'existe dans la science aucun cas bien déterminé d'uvéite, et en particulier d'uvéite syphilitique. L'observation suivante nous paraît propre à établir les premiers linéaments de cette détermination.

OBS. — M. Guissant (Louis-Nicolas), 45 ans, cocher, demeurant barrière du Combat, entre le 20 avril 1842 à l'hôpital des Vénériens, service de M. Ricord; il occupe le nº 15 de la salle 12.

En décembre 1841, le malade a eu un chancre induré sur la partie latérale droite du filet; l'affection a été combattue, pendant trois mois, par le sirop sudorifique, la tisane de salsepareille et les pilules d'iodure de mercure; un mois après la guérison apparente du chancre et la cessation du traitement, éruption papulo-squammeuse aux bras, et pustulo squammeuse aux jambes; croûtes sur le cuir chevelu, dont la formation a été précédée de douleurs céphalées, nocturnes, profondes, et suivie de l'induration des ganglions cervicaux postérieurs et de tubercules muqueux à l'anus; en un mot, réunion complète des accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a ressenti une gêne dans l'œil *gauche*, sans autre sensation qu'une légère douleur au toucher; il dit qu'il lui semblait alors voir les objets comme on les voit quand les yeux sont remplis de larmes.

Le 24 avril, les yeux examinés avec soin n'offrent rien de remarquable en apparence; toutes les membranes, ainsi que les humeurs de l'œil, semblent être dans leur état normal; toutefois, l'iris se dilate plus lentement du côté *gauche*, et avec beaucoup d'attention on peut reconnaître qu'un commencement d'exsudation plastique existe à la face postérieure de l'iris, et un peu derrière l'ouverture pupillaire, de telle façon que ces exsudations, étant recouvertes de matière pigmenteuse, sont rendues aussi noires que l'ouverture pupillaire elle-même, d'où il résulte qu'on ne peut les distinguer qu'avec peine, même en apportant une grande attention.

Le 29 avril 1842, c'est-à-dire quinze jours environ après le début de l'affection oculaire, les yeux offrent l'état suivant :

L'œil *droit* est sain et n'a jamais été malade.

L'œil *gauche*, qui également n'avait été affecté d'aucune maladie antérieure, présente les signes suivants :

Légère injection de la conjonctive et de la sclérotique, facile à reconnaître aux caractères qui lui sont propres; M. Sichel nomme cette vascularisation *cercle dyscrasique*.

Aucune photophobie ni larmoiement n'ont lieu; mais on remarque autour de la cornée un cercle gris bleuâtre qui indique évidemment que le cercle ciliaire est affecté. Cornée saine; iris remarquable sous plusieurs rapports; circonférence pupillaire anguleuse, frangée, irrégulière; derrière elle, dépôts de matière plastique fibro-albumineuse, avec synéchies postérieures fixant et rendant immobile la pupille.

Quand le malade ferme l'œil sain, il ne peut distinguer de l'autre qu'avec difficulté et hésitation les aiguilles d'une montre; il dit les voir au travers d'un brouillard ou d'un léger voile.

La pupille, examinée à la loupe, présente en bas et en dedans trois parties anguleuses, et de plus, en haut et en dehors, trois petits dépôts de matière fibro-albumineuse; le plus externe de ces derniers est le plus volumineux et offre à son centre un point roussâtre. Au milieu de la pupille, et un peu en ar-

---

jour) *qu'il était plus médecin que lui;* en 1832 et 33, qu'*il était impossible de comprendre comment, sans études préalables, il avait pu, lui, M. R..., se former sur la médecine des idées aussi justes, aussi précises et positives;* en 1834, *qu'il lui fallait renouveler sans relâche sa pétition*; en 1835, à peu près la même chose, et de plus que les *médecins métaphysiciens devaient le reconnaître pour leur maître.*

Comment comprendre, après tout cela, l'incurie de la chambre, et n'avions-nous pas bien raison de déplorer l'ingratitude des hommes? Aussi, rien n'égale le ton plaintif et les accents douloureux qui terminent la pétition jaune. Nous n'en citerons que le dernier trait, aussi remarquable par son tour éloquent et sa pureté grammaticale que par le bon goût du sentiment. « Si vous me refusez votre appui, *je me consolerai* en pensant aux douloureuses et irréparables pertes qu'ont faites MM. Odilon-Barrot et Hébert, et *je serai vengé* du mal que votre volonté m'a fait, *quand j'ai vu* un ministre de l'instruction publique quitter le poste le plus élevé de la hiérarchie scientifique pour aller chercher, dans un hôpital de fous, la guérison d'une maladie qu'il n'aurait pas eue s'il avait su ce qu'il n'a pas voulu et ce qu'il aurait dû savoir. »

— Nous avons été *piètres* et *déplorablement faibles* dans tout ce que nous avons dit au sujet du congrès médical *de France. Le plaisir de trouver un bon mot* nous a égaré *hors des limites du vrai et du juste.* Le journal *officiel* dudit congrès (dont l'*officialité* a été, par parenthèse, répudiée en pleine assemblée comme entachée d'inexactitude) nous aurait bien répondu; mais on ne répond pas à des gens *visiblement de mauvaise foi;* puis, *aux attaques générales,* nous avons toujours *mêlé des injures personnelles*, et il répugne au journal officiel de *mêler sa personne à des questions de principe;* il est bien résolu au contraire à passer *sous le silence du mépris* tout ce que notre opposition a pu ou pourra inventer d'*insinuations injurieuses*, sans préjudice du courant.

Le morceau dont nous extrayons ces aménités, et que nous demandons pardon de tronquer indignement, est parfaitement divertissant. Eh! qu'avons-nous besoin de chercher des bons mots? Nous n'imaginerons jamais rien de si plaisant que ce ton de prude indignée, ces airs de tête superbes et cette manière souveraine de retrousser sa robe d'innocence, de peur de la crotter dans la fange des passions. Le tour est bien joué. Un homme qui arriverait du Monopotama pourrait s'y laisser prendre, voire même, à la rigueur, quelque praticien de l'extrême frontière, moins édifié que nous sur la virginité du *feuilleton* de la GAZETTE DES HÔPITAUX. Il est seulement fâcheux que ce tour-là ne soit pas absolument original; il était connu du temps de M. Tartufe.

Sérieusement, nous serions fâché de paraître attacher la moindre importance à une semblable comédie; mais il est toujours bon d'en montrer les ficelles et de ne pas laisser prendre un masque pour un visage. Le but de tout ceci est clair. Le *droit de libre discussion* n'aime pas *discuter* : c'est son caractère; *disputer*, c'est autre chose, et nous l'engageons fort, ne serait-ce qu'au nom de cet amour du vrai qu'il nous prêche, à s'appeler désormais le *droit de libre dispute.* Or le droit de libre dispute avait un besoin toujours croissant de nous dire de gros mots, et il ne savait où trouver un prétexte : c'était désagréable. Il fallait à tout prix sortir de cette position. Alors il s'est souvenu à propos de l'oncle Tobie et du caporal Trim, qui, pour apaiser leur ardeur belliqueuse, élevaient des con-

rière, on aperçoit un certain nombre de taches pigmenteuses très-petites et disséminées sur la surface antérieure de la capsule; quelques-unes sont d'un gris noirâtre, quelques autres d'un gris roux. Plusieurs brides adhérentes sont également marquées de pigmentum; mais ce qu'il y a surtout d'extrêmement remarquable, c'est la *netteté du lacis vasculaire de l'iris*, ainsi que *la conservation parfaite de sa couleur primitive*; ce qu'il est d'autant plus facile de constater, soit par la simple vue, soit par la loupe, que l'autre iris est sain *et n'a jamais été malade*.

Du reste, la bouche est saine, la santé générale bonne, l'appétit vif, le sommeil excellent, et le malade n'accuse aucune espèce de douleur générale ou locale.

12 mai. — M. Ricord prescrit des onctions en permanence autour de la base de l'orbite, avec l'onguent napolitain belladoné.

16 mai. — La belladone a exercé une action marquée et favorable en produisant une grande dilatation de la pupille et la *déchirure* de la plupart des brides, de telle sorte que l'on voit même à l'œil nu ces brides ainsi déchirées, mais encore adhérentes, les unes à l'uvée, les autres à la cristalloïde, osciller et flotter dans l'humeur aqueuse. Cette dilatation anormale et temporaire de la pupille a eu pour effet de produire une déformation nouvelle de l'iris.

Prescription : 2 pilules par soir de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes chaque, frictions d'onguent napolitain belladoné autour de l'orbite, tisanne de salsepareille.

26 mai. — Le malade va très-bien; la plupart des brides sont détruites et absorbées, à l'exception de deux ou trois petites qui subsistent encore; toutefois, la pupille est moins anguleuse, moins déformée et tend évidemment à reprendre sa forme normale; l'injection scléro-conjonctivale est entièrement dissipée. Même prescription que ci-dessus.

1er juin.—La pupille de l'œil *gauche* se contracte presque autant que celle de l'œil sain. La régularité du petit cercle de l'iris est presque à l'état normal, moins une très-légère bride à la partie inférieure.

Prescription : 4 pilules de proto-iodure de mercure, fumigations générales de vapeurs de cinabre.

6 juin. Les taches et plaques syphilitiques sur la peau des jambes ont considérablement pâli et se sont aplaties; celles des bras, qui sont plutôt de petits boutons que des plaques, se sont singulièrement modifiées d'une manière favorable.

Trois ou quatre lotions de chlorure et autant d'applications de poudre de calomel sur les tubercules muqueux de l'anus, suffisent pour en amener la complète guérison, avec l'aide pourtant du traitement général.

Toutefois, quelques lambeaux de fausses membranes déchirées par la dilatation forcée de l'iris, flottent encore dans la chambre postérieure; le plus volumineux a une forme triangulaire, et occupe la partie supérieure; les autres, beaucoup plus petits encore, semblent être en voie d'absorption. Du reste, l'état général de la santé du malade est très-satisfaisant.

12 juin. — Le malade sort de l'hôpital, entièrement guéri et n'offrant plus aucune trace de son affection oculaire; les anciennes taches de la peau sont les seuls caractères qui ne se soient pas complétement effacés.

Il résulte de cette observation intéressante :

1° Que des inflammations de nature syphilitique, avec exsudations plastiques, peuvent avoir lieu partiellement sur l'une ou l'autre des membranes qui recouvrent les deux faces de l'iris, sans que le parenchyme propre de ce diaphragme y participe en rien.

2° Que dans ce cas, il n'y a ni altération du lacis vasculaire de l'iris, ni *changement de sa couleur primitive*, ni douleurs et par conséquent nullement véritable iritis.

3° Que les auteurs, en confondant sous le nom d'*iritis syphilitique* toutes les affections pathologiques de l'iris, secondaires à la syphilis, ont employé une fausse dénomination, insuffisante dans l'état actuel de la science pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Examinons aussi brièvement que possible les trois propositions qui ressortent de l'observation précédente :

1° Et d'abord, si l'on consulte les auteurs sur ce qu'ils désignent sous le non d'*iritis syphilitique*, on trouve en général, mélangés et sans distinctions, les symptômes qui appartiennent soit à l'inflammation de l'iris seul, soit à celle de l'iris et de ses membranes d'enveloppe. Toutefois, il faut le dire, dès 1837 M. Sichel avait *entrevu* quelque chose d'analogue à cette observation quand il disait : « L'iritis syphilitique se présente, dans *la majorité des cas*, sous la forme de l'inflammation *parenchymateuse* de cette membrane. Cependant nous avons fourni, dans une autre occasion, *quelques exemples* dans lesquels cette phlogose spécifique paraissait se concentrer surtout dans la *portion de l'iris* qui se trouve en contact avec la cristalloïde antérieure et même dans cette dernière membrane. (Sichel, TRAITÉ DE L'OPHTHALMIE, page 427 et 428.)

M. Velpeau n'admet pas d'ophthalmies spécifiques proprement dites; suivant lui, « la spécificité de la phlegmasie se trouve dans l'agent inflammatoire, et une ophthalmie syphilitique, catarrhale, rhumatismale, scrofuleuse, arthritique, n'est rien autre qu'une ophthalmie développée chez des sujets syphilitiques, scrofuleux, rhumatisants, goutteux, etc., *avec des caractères locaux particuliers.* » (MANUEL DES MALADIES DES YEUX; par Jeanselme, d'après les leçons de M. le professeur Velpeau, page 643 et 644.)

Enfin M. Carron du Villards s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « Il existe à peine une légère zonule précornéenne que l'iris commence à s'obscurcir, à se couvrir d'exsudations qui se font jour au travers des vaisseaux de l'iris et qui forment un type d'affection vénérienne; toutefois ces exsudations ont lieu tantôt *à l'intérieur, tantôt à l'extérieur de l'iris.* » (GUIDE PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par Carron du Villards, tom. II, pag. 531.)

Il résulte de ces citations, qu'on pourrait multiplier à l'infini, que dans les auteurs les plus modernes, et qui, en ophthalmologie, ont le plus d'autorité en France, on ne trouve que des définitions plus ou moins vagues, nous ne dirons pas de l'iritis, mais de *l'uvéite syphilitique*, ou pour mieux dire aucun d'eux, que nous sachions, n'en a parlé d'une manière particulière et vraiment *intentionnelle.* Mais y a-t-il quelque utilité à reconnaître et admettre des subdivisions en apparence si délicates et si peu utiles en médecine pratique, si la dénomination *d'iritis syphilitique*, quoiqu'au fond inexacte, peut suffire? Nous ne pensons pas qu'il soit indifférent de savoir si l'iris est lui-même enflammé, ou bien s'il n'y a d'atteinte que la membrane d'enveloppe. Nous verrons dans l'examen de la troisième proposition que le praticien a grand intérêt à bien juger de la vraie nature de la maladie, et que sa conduite doit varier suivant l'un ou l'autre cas. Toujours est-il qu'il faut bien reconnaître que jusqu'ici la plupart des auteurs ont confondu ces deux affections de l'iris. Mais poursuivons.

2° Les auteurs ont-ils admis des *iritis syphilitiques sans altération du lacis vasculaire de l'iris, sans changement de couleur et sans douleurs?*

M. Sichel répond par la négative. 1° « La *décoloration* de l'iris, dit cet ophthalmologiste, a quelque chose de particulier; cette membrane prend quelquefois dans toute son étendue, mais *toujours* dans son petit cercle, une teinte d'un rouge cuivré ou une couleur violacée.

2° « Ce même petit cercle *se gonfle beaucoup plus* que dans les iritis

---

tre-forts dans le boulingrin et chargeaient à mitraille les ennemis absents. Le droit de libre dispute s'est donc mis à aligner une foule d'injures imaginaires et à les foudroyer de sa petite artillerie de plomb bourrée d'injures très-réelles. C'est un manége trop dans les habitudes de notre querelleuse adversaire pour que nous ayons l'espoir de l'en corriger, et c'est un passe-temps trop innocent pour que nous songions à nous en plaindre. Nous nous livrons donc volontiers, *de capite ad calcem*, à la mitraille du *feuilleton* de la GAZETTE DES HÔPITAUX, à son *mépris*, à ses accusations de *mauvaise foi*, etc., toutes choses qui paraissent indispensables à l'entretien de sa santé et au bonheur de ses jours.

—SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NÎMES. — Dans sa séance du 9 octobre 1844, la société avait mis au concours la question suivante :

« Apprécier la valeur réelle des services rendus par *l'étude des lésions matérielles*, dans le traitement des maladies du système lymphatique. »

Le prix, qui était une médaille d'or d'une valeur de *cent francs*, devait être décerné en janvier 1846.

A cette époque, en effet, une commission a été chargée par la société d'examiner les mémoires parvenus à son secrétaire. Tous ces travaux ne traitant pas la question au point de vue pratique, ainsi que l'avait voulu la société, la commission a conclu qu'il n'y avait pas lieu à accorder le prix; elle a toutefois demandé une mention particulière, dans le procès-verbal de la séance, pour un mémoire commençant par ces mots : « On sait que dans la science que nous cultivons, etc.; » et finissant par ceux-ci : « Sénèque disait encore avec tant de raison, etc., » mémoire qui, bien que n'échappant pas au reproche commun, a été particulièrement remarqué par la commission.

Vu son importance pratique, la commission a émis le vœu que la même question soit de nouveau mise au concours pour le mois de mars 1847. La société a adopté les conclusions de sa commission.

Les mémoires devront être adressés, francs de port et dans les formes académiques, à M. le docteur Vespier, boulevart de la Madeleine, 6, au plus tard le 28 février 1847.

Le président, GAMEL, D.-M.
Le secrétaire, VESPIER, D.-M.

— On fait actuellement, à l'école vétérinaire de Lyon, des expériences sur les moyens de prévenir la communication de l'hydrophobie et de guérir cette redoutable maladie. Les premiers essais du moyen proposé par une personne étrangère à l'école ont donné les résultats suivants : on a fait mordre cinq chiens par un autre chien chez lequel la rage était bien constatée; puis, au choix de MM. les professeurs, on a soumis trois des animaux mordus au traitement proposé. Ces trois animaux ont été préservés de la rage, tandis que le mal s'est déclaré avec violence chez les deux autres, le premier et le cinquième, qu'on avait livrés à leur état, et qui sont morts dans les convulsions de l'hydrophobie. Il serait bien à désirer que des expériences réitérées et parfaitement concluantes pussent faire reconnaître l'efficacité du traitement indiqué.

d'autre nature; il semble comme épaissi par une couche tomenteuse ou floconneuse: parfois le *changement* s'étend au grand cercle. Ces deux caractères, dus à une vascularité particulière du petit cercle de l'iris, sont *constants.* » (ANNALES D'OCULISTIQUE, par Cunier, volume supplémentaire, 1842, pag. 84.)

On voit par cette assertion, tant soit peu absolue, que l'iris prend *toujours*, suivant M. Sichel, dans son petit cercle, une teinte d'un rouge cuivré ou une couleur violacée; et pourtant chez le sieur Guissant, depuis le début de la maladie jusqu'à sa fin, il n'y a pas eu un seul instant *le moindre changement, même partiel et appréciable de la couleur de l'iris.*

Le petit cercle ne s'est pas davantage *gonflé* dans l'œil malade que dans l'œil sain, quoique M. Sichel prétende qu'il *se gonfle beaucoup plus* que dans les iritis d'une autre nature.

Enfin ces deux caractères de changement de couleur et de gonflement, déclarés *constants* par M. Sichel, ont ici entièrement manqué...

Mais, objectera-t-on sans doute, M. Sichel n'applique les conclusions que vous citez qu'aux *véritables* iritis syphilitiques et non pas à la maladie que vous désignez sous le nom d'*uvéite syphilitique.* Soit; mais nous demanderons à notre tour si M. Sichel a établi ces distinctions. Bien au contraire, puisque cet ophthalmologiste n'admet même pas l'*uvéite simple* des auteurs, laquelle n'est, suivant lui, que l'*inflammation de la capsule antérieure du cristallin*, inflammation, dit-il, qui se propage *à la surface postérieure* de l'iris, et de là à son parenchyme ou tissu propre. (TRAITÉ DE L'OPHTHALMIE, par Sichel, pag. 65 et 66.)

Toujours même confusion, on le voit; car de ce que M. Sichel ait pu observer des uvéites consécutives à des cristalloïdites ou capsulites, il n'en résulte pas du tout que les choses se passent *toujours* ainsi, et que le feuillet interne de la choroïde, qui tapisse la face postérieure de l'iris, sous le nom de membrane uvée, ne puisse pas être primitivement et quelquefois même *seul* affecté.

L'observation de Guissant en fournit un exemple manifeste et authentique; car le travail inflammatoire, dû à une cause syphilitique, a été tellement lent, l'œil affecté si facile à observer, puisqu'il n'a pas été atteint un seul instant de photophobie, qu'il a été possible de suivre avec le soin le plus minutieux la marche de l'affection oculaire, qui n'a pas même été modifiée de suite par le traitement approprié, puisque le malade est resté dix-sept jours à l'hôpital avant de le commencer. Eh bien! il est certain que l'inflammation a débuté par la face postérieure de l'iris, et ne s'est communiquée que plus tard à la capsule; car le 24 avril cette membrane était encore parfaitement saine, quand de légers dépôts plastiques et pigmenteux existaient déjà et commençaient à apparaître derrière la petite circonférence de l'iris, en même temps que cette membrane était encore mobile, quoiqu'à un plus faible degré.

Enfin est-il utile pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, de distinguer l'uvéite syphilitique de l'iritis de même nature?

Poser ainsi la question, c'est évidemment la résoudre; car la gravité, la terminaison et le traitement de chacune de ces deux affections peuvent singulièrement différer. L'iritis proprement dite, même syphilitique, est toujours grave, douloureuse, et réclame un traitement général et local énergique. L'uvéite syphilitique est loin d'offrir la même gravité, en ce sens surtout que la marche en est beaucoup plus lente, et permet d'agir assez promptement pour empêcher la formation des exsudations plastiques ou de les rompre quand elles sont récemment formées, et par conséquent d'empêcher des synéchies plus ou moins fortes et même l'atrésie de la pupille, ainsi que cela pourrait avoir lieu, si l'on abandonnait le malade aux seules ressources de la nature.

C'est dans ces cas surtout que la puissance de l'art se montre éclatante, quand la conservation ou la perte de l'organe de la vue peut dépendre de sa bonne ou mauvaise direction!...

NOTE SUR L'INCARNATION DE L'ONGLE ET SUR UN PROCÉDÉ DE GUÉRISON NON SANGLANT; communiquée par M. J.-C. BESUCHET, ancien chirurgien militaire principal.

Il y a plus de quarante ans qu'assistant pour la première fois à l'extirpation de l'ongle du gros orteil, faite à un soldat pour cause d'une incarnation profonde, je me demandais s'il ne serait pas possible de trouver un procédé moins douloureux que celui que je voyais employer pour ces sortes de cas.

Dix ans après, me trouvant à mon tour chef de service et chargé de la partie chirurgicale d'un hôpital assez important, celui de Perpignan, j'eus occasion de rencontrer des cas assez nombreux d'incarnation des ongles parmi les militaires qui revenaient d'Espagne.

Cette infirmité, plus commune parmi les fantassins que parmi les cavaliers, et en général parmi les personnes qui marchent beaucoup, est, comme chacun sait, le résultat d'une disposition particulière, soit de l'ongle lui-même, qui est trop bombé ou qui manque de largeur relativement à l'étendue de l'extrémité charnue de l'orteil, soit de la disposition qu'affecte parfois cette portion charnue elle-même; mais elle est aussi fort souvent le résultat de la méthode vicieuse de tailler les ongles en rond ou fort courts et d'en abattre tout à fait les angles. Si dans cette disposition le pied vient à être serré dans une chaussure étroite, la portion charnue de l'orteil ne tarde pas à recouvrir l'ongle, soit d'un côté seulement, soit des deux à la fois, et peu à peu l'ongle pénétrant dans les tissus environnants, y produit une ulcération qui devient de plus en plus douloureuse et rend la marche impossible. Après divers essais dont le détail me paraît tout à fait inutile à consigner ici, je m'arrêtai au procédé que voici, et dont j'ai depuis maintes fois eu occasion de me servir avec un égal succès dans le cours de ma pratique civile.

Après quelques jours de repos donnés au malade, et des bains de pieds dans une décoction émolliente, narcotique même s'il y a de la douleur et une vive inflammation, j'applique sur la partie charnue qui recouvre l'ongle des morceaux de potasse caustique, disposés en plaques, de quelques millimètres d'épaisseur; je dispose l'étendue de ces petites plaques de telle façon que toute la pulpe ingnée en soit enveloppée, tant au-dessus qu'au-dessous de l'ongle, puis j'enveloppe le tout d'une bandelette, en prenant les précautions nécessaires pour que l'action du caustique ne se propage pas aux parties que je veux respecter.

Je laisse opérer la cautérisation en la surveillant avec attention plus ou moins de temps, selon que l'incarnation est plus ou moins profonde, et la partie charnue que je veux détruire plus ou moins étendue. La douleur dure au plus quinze à vingt minutes et est peu considérable.

Je fais ensuite prendre au malade un bain de pieds, puis quelques autres encore pour hâter le travail de séparation, qui, lorsqu'il est opéré, laisse voir l'ongle parfaitement dégagé et dépassant en largeur la pulpe conservée intacte. La petite plaie se cicatrise aisément; il faut avoir soin de réprimer les bourgeons charnus qui tendraient à recouvrir l'ongle dégagé, et aussi de refouler, à l'aide de petites compresses graduées, la pulpe de l'orteil pour la maintenir au-dessous du niveau du bord de l'ongle.

Tel est le procédé simple, très-peu douloureux, facile à mettre en pratique, que j'ai, il y a maintenant trente ans au moins, substitué à l'*arrachement*, à l'*excision*, à l'*ablation*, etc., etc., méthodes employées et recommandées avec persistance par feu Dupuytren, et tout récemment encore par MM. Velpeau et Baudens. Cependant je n'ai cessé de réclamer, depuis 1838 surtout, contre des méthodes qui me paraissent cruelles, et j'ignore par quel motif le rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX n'a point voulu insérer tout récemment une très-courte note en réponse à un article de M. Baudens, article où ce chirurgien propose encore l'adoption d'un procédé qui lui est propre, et qui consiste dans l'ablation, *d'un seul coup*, de l'ongle incarné, en taillant le gros orteil en façon de plume à écrire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet, août, octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Revue du service de l'hospice de la Maternité de Bordeaux*; par M. Barnetche. 2° *Observations de brûlure du pharynx et de l'œsophage par l'acide nitrique*; par M. Issartier. (Un enfant, ayant avalé par mégarde une gorgée d'acide nitrique, succomba, moins de douze heures après, de suffocation.) 3° *De la cautérisation du pourtour de la cornée dans l'héméralopie*; par M. Roussilhe. 4° *Quelques faits relatifs à l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Henri Gintrac. 5° *Observations sur les blessures des artères*; par M. Roussilhe. 6° *Quelques faits de résection des os, recueillis dans la clinique chirurgicale de l'hospice Saint-André de Bordeaux, et considérations générales à ce sujet*; par M. Chaumet. 7° *Sur un cas de névralgie du testicule*; par M. Issartier. (Chez un jeune homme de 18 ans, exempt de maladies vénériennes, il s'était développé, sans cause appréciable, dans le testicule droit, des douleurs névralgiques tellement vives, qu'après plus d'une année de remèdes infructueux, il fallut, sur ses instances, le lui amputer. La névralgie envahit alors le testicule gauche, qui, sur les demandes réitérées du malade, dut à son tour être sacrifié. La guérison fut enfin complète, et elle est demeurée solide.)

DE LA CAUTÉRISATION DU POURTOUR DE LA CORNÉE DANS L'HÉMÉRALOPIE; par M. ROUSSILHE.

L'héméralopie est très-commune aux environs de Castelnaudary qu'ha-

bite M. Roussilhe; il rapporte quatre observations de cette maladie, recueillies sur des individus demeurant tous dans la même maison. Tous vivaient dans la pauvreté, et deux d'entre eux étaient déjà atteints de pellagre, affection qui, d'après l'auteur, coïncide très-fréquemment avec l'héméralopie.

Le traitement qui a le mieux réussi à M. Roussilhe est la cautérisation du pourtour de la cornée transparente, qu'il pratique d'après la méthode de M. Serre d'Uzès. Il l'a appliquée sur un très-grand nombre de malades, et il affirme en avoir toujours obtenu une prompte guérison. Nous citerons seulement ici une de ces observations.

Obs. — Raymond Cecereu, âgé de 19 ans, traceur de pierre, est atteint de pellagre au premier degré. Ce jeune homme s'est, depuis peu de temps, aperçu d'un affaiblissement de la vue après le coucher du soleil. Il y a quelques jours que, en se retirant du travail, il fut obligé de s'asseoir sur un tertre et d'attendre que quelqu'un passât pour le reconduire chez lui. Déjà cette cécité périodique s'était reproduite plusieurs fois lorsqu'il fut examiné par M. Roussilhe, le 29 avril 1845. Les pupilles avaient leur largeur naturelle; l'iris se contractait bien; la cécité était complète d'un crépuscule à l'autre. Cautérisation de la cornée; guérison deux jours après.

Dans les autres cas, la cautérisation a eu des résultats tout aussi satisfaisants; la durée la plus longue du traitement a été de cinq jours.

— Nous ne savons si notre honorable confrère a rencontré des cas plus difficiles, ni si sa méthode de traitement a eu le même succès lorsque la maladie était d'une date plus ancienne; mais il est de notre devoir de critique de faire remarquer que dans les quatre observations qu'il rapporte ici, l'héméralopie ne durait que depuis quatre ou cinq jours quand il en a commencé le traitement.

Quelques faits relatifs a l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. Henri Gintrac.

Les expériences qui servent de base à ce travail ont été faites à la clinique médicale de Bordeaux par M. Gintrac père; elles portent sur trente-trois malades. Le mode d'administration de l'arsenic indiqué par M. Boudin a été exactement suivi. Les malades ont pris chaque jour avant l'accès la solution d'un centigramme d'acide arsénieux dans 100 grammes d'eau. Or on peut, d'après les résultats obtenus, les ranger en quatre catégories : 1° Dans 6 cas, guérison définitive et immédiate. 2° Dans 7 cas, modification assez remarquable : les trois stades n'étaient plus distincts, l'accès semblait avoir disparu, mais il restait un état fébrile continu; pouls de 90 à 100 pulsations; peau chaude; néanmoins cet état s'est dissipé sous l'influence de soins hygiéniques simples, excepté chez un individu maintenant atteint d'anasarque. 4° Quatre fois les accès, après avoir cédé à l'arsenic, ont, peu de jours après, reparu et nécessité l'emploi du sulfate de quinine. 4° Chez 16 malades l'arsenic n'a produit aucun effet sensible, et il a fallu recourir au sulfate de quinine.

« Il eut été difficile à mon père, ajoute l'auteur, de continuer longtemps ses expériences avec la solution (dont les malades ignoraient la composition et qui était donnée sous le nom de *solution minérale*), les fréquents insuccès de ce médicament faisaient murmurer les fébricitants... » Il est certain que les résultats indiqués plus haut ne peuvent être comparés à ceux que donne le sulfate de quinine. Ce précieux médicament n'a pas, à coup sûr, dans l'arsenic un *succédané*, et en thèse générale il lui est supérieur comme antipériodique. Cependant les faits mêmes cités par M. Gintrac, la guérison radicale immédiate de quelques malades, le trouble apporté chez d'autres dans la marche et le caractère de l'affection, etc., décèlent dans l'arsenic une certaine vertu, qu'il ne s'agirait peut-être que de diriger pour en obtenir d'excellents effets. Peut-être, en d'autres termes, l'action de l'arsenic convient-elle spécialement à certaines conditions morbides qu'il s'agirait de déterminer, et ainsi la question serait de savoir, non pas si l'arsenic vaut mieux que le sulfate de quinine, mais dans quels cas il vaut mieux ou autant. On sait que M. Boudin dit avoir guéri par la médication arsenicale bon nombre de fièvres qui avaient résisté à la médication quinique.

Plaie de l'artère humérale au pli du bras, guérie au moyen de la compression; par M. Roussilhe.

Nous citons avec un vrai plaisir le fait suivant, qui servira à la fois de modèle pour la conduite à suivre et pour le langage à tenir dans l'une des situations les plus critiques où le chirurgien se puisse trouver. Laissons parler l'auteur lui-même.

Obs. — Un boucher âgé de 62 ans était sujet à de fréquentes congestions cérébrales avec perte de connaissance et symptômes de paralysie. Une saignée et quelques purgatifs faisaient promptement disparaître cet état.

Vu la facilité de la saignée chez ce malade, dit M. Roussilhe, je la faisais avec une certaine négligence. Le 17 mai 1829, lui ayant conseillé une nouvelle saignée pour prévenir le mal qui le menaçait, j'assujettis mal le bras. Au lieu de prendre la lancette entre mes deux doigts, à 1 centimètre environ de la pointe, je tenais cet instrument par le milieu de la lame. Je plonge la lancette dans la veine cubitale qui était immédiatement au-dessus de l'artère brachiale. Je ne sais par quelle fatalité le malade, qui d'habitude ne faisait point le moindre mouvement, en fit un si brusque que ma lancette entra à 2 centimètres dans le bras. La veine fut percée de part en part, et l'artère blessée. Aussitôt un jet de sang rouge, rutilant, saccadé, sortit avec tant de violence qu'il alla tacher les vitres qui étaient à une distance de près de 2 mètres. Je comprimai avec le pouce au-dessus de la plaie : alors le jet se ralentit et il ne coula que du sang veineux sans saccades. Je comprimai au-dessous de la plaie : alors le sang artériel jaillit avec plus de force. Plus de doute, j'avais blessé l'artère brachiale. Je demandai une longue bande. Lorsque j'eus tiré environ 1,500 grammes de sang, j'arrêtai l'hémorrhagie. Portant le pouce sur la blessure, j'établis une compression avec une pièce de monnaie que je mis entre les compresses; un bandage unissant fut établi depuis la main jusqu'à la partie supérieure du bras; un 8 de chiffre assez serré fut appliqué au coude; le malade tint son bras en écharpe pendant dix jours. Durant ce temps, je ne touchai pas à l'appareil; il fut cependant levé malgré ma recommandation. La plaie était bien cicatrisée; il n'y avait pas de tumeur anévrismale ni de communication avec la veine. J'ai donné des soins à ce malade pendant encore six ans qu'il a vécu; la plaie était parfaitement guérie, il n'est survenu aucun accident.

Résection des quatre cinquièmes externes de la clavicule pour un sarcome vasculaire de cet os; guérison; par M. Chaumet.

Obs. — Marie Clermontel, âgée de 18 ans, entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 30 juin 1845. Neuf mois auparavant, elle avait senti des douleurs vagues autour de la clavicule gauche. Bientôt survint une tumeur qui avait à la fin atteint le volume du poing, immobile, dure, bosselée, s'étendant de 40 millimètres de l'articulation sternale de la clavicule, à quelques millimètres de l'articulation acromio-claviculaire; elle était le siége de douleurs assez peu vives, ne gênait en rien les mouvements du bras gauche, qui seulement était un peu moins fort que le droit.

Le 15 juillet 1845, M. Chaumet mit la tumeur à découvert par une incision semi-elliptique s'étendant de 2 centimètres 1/2 de l'articulation sterno-claviculaire, incision à convexité antérieure et concavité postérieure et supérieure, laquelle vint mourir au sommet de l'acromion. Après la dissection de ce vaste lambeau, il dut faire subir à la peau une perte de substance, afin de n'en être pas embarrassé plus tard pour la réunion. Il commença ensuite à cerner et détacher la tumeur, mais ce ne fut qu'après avoir pratiqué, à l'extrémité sternale de la seconde incision, une seconde perpendiculaire à celle-ci, et longeant verticalement le bord externe du sterno-mastoïdien. Cette seconde incision servit à faciliter le jeu du bistouri. La tumeur fut alors détachée de toutes ses connexions. Notons que, durant toute cette partie de l'opération, il ne fut besoin de placer qu'une seule ligature.

On fendit alors la coque de la tumeur par sa partie supérieure et parallèlement à l'axe de la clavicule; il s'en écoula un liquide jaunâtre. Le doigt, introduit au centre de la tumeur, rencontra des inégalités nombreuses sur le corps de la clavicule, ce qui détermina à pratiquer sa résection. La scie à chaîne fut passée au-dessous du quart interne de cet os et le divisa dans ce point. On coupa ensuite les ligaments supérieur, inférieur et coraco-claviculaire, et l'os put enfin être enlevé. Les lambeaux du côté de l'épaule furent réunis par deux points de suture; un troisième fut appliqué à l'angle interne pour maintenir les lambeaux de la section verticale. Le reste de la plaie fut réuni par des bandelettes agglutinatives. — Pour diminuer l'étendue de la cicatrice, on maintint l'épaule gauche rapprochée de la partie de clavicule restante, au moyen de quelques circulaires de bande.

Deux heures après l'opération, on commença les irrigations avec l'eau froide. Le second jour, il y eut un peu d'agitation et de l'insomnie, qui nécessitèrent deux saignées du bras peu copieuses. Une légère douleur qui se prononçait lors d'une forte inspiration vers le premier espace intercostal se trouva dissipée par cette évacuation sanguine.

L'irrigation fut continuée pendant près de dix jours. La plaie se cicatrisa graduellement.

Le 6 septembre (cinquante-quatrième jour), la partie interne de la clavicule est un peu soulevée par le muscle mastoïdien, et de son extrémité interne on sent comme une corde jusqu'au scapulum; cette corde est formée par le nouveau tissu de cicatrice.

Le 20 septembre (soixante et dixième jour), cette jeune fille a pu rentrer chez ses parents parfaitement guérie et s'aidant déjà de quelques légers mouvements du bras gauche.

— Plusieurs circonstances de ce fait méritent d'être reprises en détail; ainsi :

1° Quant à l'indication d'opérer, quoique le nom du chirurgien soit ici une réponse implicite aux doutes qui pourraient être exprimés sur ce point, on serait néanmoins en droit de demander plus de renseignements sur l'état des parties qui constituaient la tumeur. En effet, une pareille résection ne saurait être regardée comme une opération sans danger, et il ne faut point oublier non plus qu'elle met aussi un obstacle constant au libre exercice des mouvements du bras. L'exemple même que M. Chaumet emprunte à Travers, et dans lequel on voit qu'un jeune marin put, six mois après une opération semblable, ramer sur la Tamise, nous paraîtrait plutôt pouvoir être invoqué contre lui par le rapprochement dont il suggère la pensée entre

les résultats qui ont été obtenus dans les deux cas; car M. Chaumet, lui aussi, a revu sa malade six mois après, et il se borne à dire que « la nature est déjà venue en aide aux efforts que nous avions faits pour obtenir les mêmes résultats. » Répétons cependant que pour nous, malgré ces incertitudes, la sagacité de notre confrère nous est trop connue pour que nous puissions penser, pour que nous voulions faire entendre qu'il a opéré sans nécessité dans ce cas.

2° Un autre point intéressant est la possibilité d'avoir retranché quatre cinquièmes de la clavicule sans avoir eu à lier plus d'un vaisseau artériel. Cet avantage est dû tout entier à la dextérité de l'opérateur, qui a su raser d'assez près l'os malade pour ne toucher aucun des vaisseaux qui l'avoisinent. Nous doutons, il est vrai, qu'il en eût pu être ainsi si la nature de la tumeur eût été réellement ostéo-sarcomateuse, puisque c'est le propre de la dégénérescence cancéreuse de provoquer la dilatation des artères de la partie qu'elle envahit.

3° Enfin, c'est une grande, mais une heureuse hardiesse que d'avoir prolongé l'irrigation froide pendant plus de dix jours sur une plaie aussi voisine de la poitrine. On a vu qu'un léger point pleurétique a été conjuré avec succès par deux saignées répétées le même jour. La nécessité d'un traitement aussi énergique devrait-elle dissuader de l'emploi des irrigations froides dans un cas semblable? La promptitude de la guérison devrait-elle au contraire encourager à y recourir?....

II. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

Le premier et le deuxième trimestre de 1845 renferment : 1° *Épidémie de variole de 1826; quelques réflexions sur le vaccin; observations de varioloïde et de variole chez des sujets vaccinés;* par M. Renault. (L'auteur avait dès cette époque soupçonné l'existence des varioles modifiées par le vaccin et l'utilité des revaccinations.) 2° *Système des maladies mentales*; par M. Brandeis. (Coup d'œil rapide sur les systèmes relatifs à la pathogénie des maladies mentales, divisés en deux classes, celle des moralistes et celle des organiciens.) 3° *Nouveaux moyens d'étudier les petites taches de sang sur les étoffes*, etc.; par M. Brame. 4° *Diphthérite laryngo-trachéale (croup); trachéotomie; guérison*; par M. Morand. 5° *Néphrite latente; albuminurie et anasarque;* par M. Chénouard. (Observation intéressante, sans considérations nouvelles.) 6° *Métrorrhagie à la suite d'un avortement*, etc.; par le même.

NOUVEAUX MOYENS D'ÉTUDIER LES PETITES TACHES DE SANG SUR LES ÉTOFFES; par M. BRAME.

Sans discuter la valeur des procédés employés pour découvrir si une tache est ou non formée de sang, l'auteur regarde comme imprudent de s'en rapporter à un seul caractère; et, pour assurer des éléments plus solides à la conviction, il propose de transporter dans un tube ou dans une pipette le produit des taches traitées par l'eau pure ou alcaline, afin de le mieux étudier, au lieu de faire réagir sur la tache elle-même une substance quelconque, fût-ce même l'acide hypochloreux. Suivant M. le professeur Persoz, la tache de sang noircit par l'action de l'acide hypochloreux, tandis que toutes les autres taches disparaissent à son contact. « Mais, dit M. Brame, si l'on emploie l'acide non purifié, comme le font aujourd'hui quelques chimistes, il s'y trouve des oxychlorures de mercure à divers états de combinaison, et l'un de ces oxychlorures est noir, un autre brun, etc. Ce n'est pas tout : l'acide hypochloreux non purifié finit par laisser précipiter une poudre blanche cristalline, et si l'on abandonne alors la liqueur à l'évaporation sur l'acide sulfurique, il s'y dépose du sublimé corrosif. Or le sublimé dissous, en contact avec une tache de sang, peut la noircir en présence de l'acide chloreux pur : il en est vraisemblablement de même avec l'acide hypochloreux. » Quel que soit d'ailleurs le réactif employé, il ne peut toujours donner, avec une seule tache, qu'un seul ordre de caractères, et c'est là un inconvénient réel. Pour y remédier, l'auteur a cherché à obtenir un *ensemble de caractères* qui, par leur réunion, ne permissent aucun doute, et voici le moyen qu'il propose quand la tache est sur une étoffe.

Découper l'étoffe avec beaucoup de soin tout autour de la tache, de manière à en laisser le moins possible ; mettre la pièce en contact avec quelque gouttes d'eau distillée ou légèrement alcaline dans un petit verre de montre, et attendre que l'étoffe soit bien imbibée (environ un quart d'heure). On reconnaît que l'imbibition est suffisante à la coloration rosée de la liqueur. Si cette coloration ne se fait pas d'elle-même, on l'obtient en pressant l'étoffe avec l'extrémité d'une pipette capillaire formée par un tube de 2 millimètres de diamètre, effilé à la lampe, et qui, tout en hâtant la dissolution, sert à recueillir le produit. On peut ainsi en recueillir successivement dans plusieurs pipettes, en employant toujours la pression. Dès lors on pourra se livrer à une série d'opérations, dont voici les principales :

1° Suspendre une des pipettes, au moyen d'un bouchon percé d'un trou, dans un lieu dont la température soit de 15 à 20°. En quelques heures, la concentration sera suffisante pour donner d'une manière tranchée le caractère de la matière colorante du sang, laquelle est rouge par réflexion et verte par transmission. De plus, abandonnant le produit à la dessiccation spontanée, on obtiendra un résidu fendillé, transparent, verdâtre en haut, rouge en bas.

2° La liqueur d'une autre pipette en gouttelettes sur une lame de verre, pourra être examinée au microscope pour y reconnaître la présence de sels ammoniacaux, par exemple, et abandonnée ensuite à la dessiccation spontanée, pour être ensuite reproduite à volonté par l'addition d'une certaine quantité d'eau.

3° La liqueur d'une troisième pipette, déposée également sur des lames de verre ou dans de petits tubes de quelques millimètres de diamètre, pourra être examinée par les moyens connus : chaleur, potasse, acide chlorhydrique, chlore, etc., etc.

« Avec une tache ronde de *deux millimètres de diamètre*, dit l'auteur, j'ai pu exécuter toutes les opérations que je viens d'indiquer et beaucoup d'autres encore. » Il n'a encore employé son procédé que sur les étoffes, et se borne à dire que son procédé pourrait, au moyen de quelques modifications, être mis à profit pour reprendre de petites taches du sang sur le bois, le fer, etc.

OBSERVATION DE CROUP; TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON; par le docteur MORAND.

Cette observation, qu'il serait trop long de rapporter en détail, mérite surtout d'être signalée comme propre à démontrer la supériorité des *dilatateurs* aux *canules*. La grande cause d'insuccès de la trachéotomie, c'est l'engorgement de la trachée par les mucosités et les fausses membranes qui s'y forment incessamment, rendues plus denses encore, suivant la remarque de M. Gendron, par la respiration trachéale. Aussi, après l'amélioration qui suit presque immédiatement l'opération, voit-on ordinairement se reproduire avec rapidité les signes de l'asphyxie, et la mort en serait bientôt la suite si l'on n'avait soin de plonger fréquemment l'écouvillon dans la trachée, tant pour provoquer la toux que pour ramener directement au dehors les mucosités et fausses membranes. Or la canule n'offre pas à ces produits de la sécrétion un passage suffisant, et il n'y a pas longtemps que nous avons eu occasion de nous en convaincre expérimentalement. Nous pensons, avec M. Morand, que la première condition du succès est dans le maintien permanent d'une large ouverture trachéale et les dilatateurs peuvent seuls remplir cet office.

Pour éviter, ou plutôt pour ralentir la dessiccation de la plaie et des mucosités, l'auteur a d'abord placé près de la plaie, comme on l'a conseillé, une éponge imbibée d'eau. Mais ce moyen lui ayant paru insuffisant, il l'a remplacé par le suivant. Il a d'abord enduit la plaie et ses bords d'huile ; puis un large morceau de gaze fréquemment humecté d'eau fraîche a été étendu sur les valves du dilatateur. Ainsi l'air, en passant à travers la gaze, devenait humide, et, partant, moins propre à dessécher les mucosités, en même temps que la gaze mouillée mise en contact avec les bords de la plaie en tempérait la chaleur et l'inflammation.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er novembre 1844 au 1er avril 1845*; par M. Schützenberger. 2° *Notice sur le service médical de l'asile des aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin), pendant les années 1842, 1843 et 1844*; par M. Rœderer. (Rapport à l'administration sur le mouvement de l'asile.) 3° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1842 au 1er juillet 1844 (deux années)*; par M. Forget. 4° *De l'application de la méthode anaplastique au traitement du cancer*; par M. Sédillot. (Voy. l'analyse de ce travail dans GAZ. MÉD., 1845, p. 637.) 5° *Constitution médicale de l'hiver et du printemps de l'année 1845*; par M. Th. Bœckel. (Observations purement météorologiques, sans indications sur la constitution pathologique.) 6° *Note sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques;* par M. Strobl. (L'auteur a observé plusieurs cas analogues à ceux qui ont été publiés en Allemagne, et que nous avons reproduits dans notre dernière revue des journaux de médecine allemands. Il a eu à se louer de l'usage interne, à la dose de deux cuillerées par jour, de l'huile suivante : iode, 0,20; huile d'olives, 200 grammes.) 7° *Projet d'organisation de l'administration sanitaire du royaume*; par M. Eissen. 8° *Mémoire sur la hernie vagino-labiale;* par M. Stoltz.

MÉMOIRE SUR LA HERNIE VAGINO-LABIALE; par M. STOLTZ.

Les seuls cas connus de cette espèce de hernie ont été publiés par A. Coo-

per, Scarpa, MM. J. Cloquet et Bompard. M. Stoltz, qui en a lui-même observé un exemple, a essayé de présenter, d'après ces six faits, une histoire générale de l'affection. Nous allons en extraire les traits les plus importants.

La hernie vagino-labiale a été rencontrée depuis la puberté jusqu'à l'âge de retour. On l'a vue chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfants, et on l'a aussi observée deux fois pendant la gestation ; elle a même cela de remarquable que, tandis que les hernies disparaissent d'ordinaire par l'effet de la grossesse pour revenir après l'accouchement, celle-ci se développe au milieu ou vers la fin de la gestation, et disparaît complétement une fois que le travail est terminé. Elle est sujette à se reproduire lors d'une grossesse subséquente. — Chez les femmes enceintes, cette hernie n'arrive qu'à l'époque où la matrice a déjà refoulé le paquet intestinal vers les régions postérieure, supérieure et latérales du ventre, lui faisant ainsi fermer en quelque sorte les orifices naturels par où les viscères tendent à s'engager quand ils sont comprimés de toutes parts. Ces mêmes efforts les poussent alors dans les parties latérales et postérieure du petit bassin contre le plancher pelvien qui, lorsqu'il n'est pas assez résistant, s'éraille et livre passage à une anse intestinale.

La cause déterminante est, comme pour toutes les hernies, un effort, une chute, etc.

Le plus souvent elle contient une anse intestinale ; l'épiploon n'y a pas encore été observé. M. Bompard et Scarpa y ont vu une portion de la vessie.

La détermination du lieu précis où se forme l'ouverture que les viscères traversent prête à une dissidence plus tranchée entre les opinions des divers auteurs. D'après A. Cooper, l'intestin glisse le long de la face interne de l'ischion. M. J. Cloquet dit que les viscères glissent le long de la partie latérale du vagin jusque dans la grande lèvre, en passant derrière le ligament large de l'utérus dans le sillon latéral qui sépare le vagin du rectum et qui est rempli de tissu cellulaire; si cet auteur pense que les viscères ont passé derrière le ligament large, c'est, 1° parce que s'ils étaient descendus au devant de lui, la tumeur n'aurait pas été placée dans la partie la plus reculée de la grande lèvre ; 2° parce que le cul-de-sac que le péritoine forme en arrière entre le vagin et le rectum est plus profond que celui qu'il constitue en avant entre le vagin et la vessie. M. Stoltz suppose au contraire que, dans cette hernie, l'intestin descend devant le ligament large entre la vessie et le ligament rond. Alors il est placé immédiatement entre le vagin et la face interne de l'ischion, comme l'ont constaté A. Cooper et Scarpa. S'il glissait d'arrière en avant, il contournerait l'extrémité inférieure du vagin et on le trouverait difficilement à l'endroit où il se présente. Il est très-vrai, comme le remarque M. J. Cloquet, que le cul-de-sac péritonéal postérieur est plus profond que l'antérieur, et que par conséquent l'intestin doit avoir plus de tendance à s'y loger. Aussi les hernies périnéales sont-elles plus faciles que les hernies labiales ; mais cependant il n'y a pas d'impossibilité à ce que l'intestin distende peu à peu le péritoine en avant du ligament large : dans ce cas, il descend directement entre la branche de l'ischion et le vagin et ne peut tomber que dans la grande lèvre. « On comprendrait cependant encore, dit M. Stoltz, la formation de la hernie labiale selon le mécanisme indiqué par M. J. Cloquet, mais seulement *pourvu que l'intestin glisse par-dessus le transverse du périnée*, qui forme la véritable barrière entre la région périnéale proprement dite et la région souspubienne. »

L'intestin, en se déplaçant, pousse le péritoine devant lui et traverse un éraillement de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus, dont le sac peut entraîner quelques fibres qui lui constituent une sorte de crémaster. Puis la hernie franchit un espace triangulaire circonscrit par les muscles ischio-caverneux en dehors, constricteur du vagin en dedans et transverse du périnée en arrière. (Dans la hernie périnéale au contraire, l'espace dans lequel la hernie est logée se trouve limité en avant par le transverse, en dehors et en arrière par le ligament sacro-sciatique, et en dedans par le sphincter de l'anus.) Enfin la hernie pénètre dans la grande lèvre et affaisse son tissu cellulaire lamelleux pour s'en recouvrir.

C'est dans l'épaisseur de la lèvre ou du pli cutané qu'elle forme, là où ce pli est le plus saillant et déclive, que se trouve la tumeur herniaire. Le relief qu'elle présente est un peu plus prononcé à la face interne de la grande lèvre qu'à l'externe et se fait sentir également à la paroi latérale correspondante du vagin, à une hauteur de plusieurs centimètres.

Le diagnostic est facile ; une pression même légère suffit pour réduire les viscères. Si ensuite l'on serre la grande lèvre entre deux doigts, la toux leur communique une impulsion manifeste ; dès qu'on cesse de les tenir appliqués, la grande lèvre se remplit de nouveau. L'indicateur porté en haut en refoulant la peau peut rencontrer l'ouverture herniaire, entre le vagin et la branche interne de l'ischion.

La hernie vagino-labiale n'a pas encore été observée dans l'état d'étranglement. Si cet accident arrivait et qu'on fût forcé d'opérer, M. J. Cloquet recommande de débrider en arrière et un peu obliquement au dehors, ou en avant et un peu obliquement en dedans, de manière à éviter d'une part l'artère vaginale en dedans, d'autre part l'artère honteuse interne en dehors.

Cette hernie n'occasionne guère d'autre incommodité que des coliques, de la tension, des flatuosités. Pendant l'accouchement, l'intestin pourrait se trouver comprimé par la tête de l'enfant au moment de son passage à travers le canal pelvien, ce qui pourrait causer des accidents d'étranglement, surtout chez les primipares où la tête séjourne assez longtemps dans cette partie de la filière pelvienne. Si la réduction de la hernie était gênée par cette circonstance, il faudrait donner une position très-déclive au tronc, en élevant le bassin, ou placer la femme sur les coudes et les genoux, et même chercher à repousser la tête de l'enfant avec les doigts. Dans tout autre cas, il suffit pour réduire les viscères de faire coucher la femme sur le dos, puis de presser dans la direction suivant laquelle la hernie s'est faite. En introduisant dans le vagin un ou plusieurs doigts de la main qui n'est pas occupée à comprimer la tumeur à l'extérieur, on peut par des pressions ménagées contribuer à accélérer sa rentrée complète.

Pour maintenir la réduction, Scarpa recommande le bandage élastique qu'il a imaginé pour la hernie du périnée. M. J. Cloquet préfère un pessaire de caoutchouc en forme de bondon placé dans le vagin, et aplati d'avant en arrière afin de presser plus fortement sur les parois latérales de ce conduit, celles en effet qui ont le plus besoin d'être soutenues. M. Stoltz croit qu'on devrait combiner ensemble ces deux moyens, afin d'affaisser d'une part la lèvre qui a logé la hernie, de l'autre le vagin qui a formé une espèce de gaîne ou de canal que celle-ci a parcourue. La compression de la paroi vaginale contre l'ischion au moyen du pessaire cylindroïde empêchera l'intestin de venir faire effort contre le releveur de l'anus, et préviendra plus sûrement le retour de la hernie que la pression la plus forte exercée seulement sur la grande lèvre.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Leçon sur la pathologie chirurgicale générale ;* par M. Alquié. 2° *Lettre sur l'abus de la saignée ;* par M. Phélip. 3° *Du traitement arabique ou diète sèche ;* par M. Tribes. (Nous avons déjà fait connaître d'après l'honorable M. Payan (d'Aix) les règles de cette méthode thérapeutique et ses indications dans les maladies vénériennes.) 4° *De la fièvre typhoïde ;* par M. Andrieu. (Dissertation destinée à démontrer que la fièvre typhoïde peut exister sans lésion aucune des plaques agminées de Peyer.) 5° *Efficacité du musc dans un cas de pneumonie ataxique ;* par M. Signoret. (Prédominance du délire et de l'incohérence nerveuse sur la maladie locale ; emploi de la teinture de musc ; vingt-quatre heures après, amendement, puis guérison rapide.) 6° *Laryngite ulcéreuse avec atrésie de l'extrémité supérieure du larynx ; asphyxie et mort ;* par M. R. T. 7° *Section artérielle complète en travers ; guérison radicale par la compression et la flexion forcée de l'avant-bras ;* par M. Fleury. (L'auteur a observé une fois la division complète de la brachiale et une autre, celle de la radiale par instrument tranchant ; la section artérielle était au niveau des articulations du coude et du poignet. La compression et la flexion forcée des jointures correspondantes suffirent sans ligature pour amener la guérison.) 8° *De la mortalité après les opérations dans quelques hôpitaux ;* par M. Fr. Cazalis. (Extrait des journaux italiens.) 9° *De la fièvre puerpérale ;* par M. Phélip. 10° *Première leçon de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi ;* par M. Dupré. 11° *Jusqu'à quel point l'auscultation et la percussion ont-elles influé sur le traitement de la pneumonie ?* mémoire par M. Raizon fils. (La connaissance de la lésion pulmonaire n'est pas la plus importante ; il faut s'occuper du travail synergique à l'aide duquel le dynamisme vivant cherche à rétablir l'ordre, et de l'affection qui produit les désordres constatés par la percussion et l'auscultation.)

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ; par le docteur PHÉLIP.

Il s'agit d'une simple note dépourvue d'observations particulières ou de résumés statistiques, et destinée à recommander aux praticiens l'emploi de la méthode de Doulcet comme moyen de prévenir et d'arrêter le développement de la fièvre puerpérale. On sait que cette méthode consiste dans l'administration de l'ipécacuana fréquemment répété et du kermès minéral. Elle paraît avoir produit, entre les mains de l'auteur, les résultats les plus avantageux ; aussi conseille-t-il d'y recourir dès les premiers accidents. La persistance de la fièvre de lait au delà du cinquième jour est, suivant lui, une indication suffisante de l'emploi de l'ipécacuana : à plus forte raison faut-il se hâter de l'administrer s'il survient quelques frissons. On trouvera peut-être un peu absolue cette sentence de l'auteur : « Le traitement selon la méthode de Doulcet est *le seul* qui puisse convenir pour favoriser en ce cas la guérison. »

V. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre et novembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, publiées par M. Combal, professées par M. Broussonet. (Revue succincte et bien raisonnée des principales opinions ayant cours sur la syphilis. L'auteur qui, sur la plupart des points, se range de l'avis de M. Ricord, ne cite qu'un petit nombre de faits, et un nombre encore moins considérable de remarques lui appartenant en propre.) 2° *Études thérapeutiques sur la suppression et la guérison des maladies;* par M. Jaumes. (Non terminé.) 3° *Sur un muscle surnuméraire de la jambe;* par M. Mattei. 4° *De la lymphe et de ses altérations morbides;* par M. Bouisson. (Analyse du mémoire publié par le professeur de Montpellier dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1845, p. 206.) 5° *Rapport sur un mémoire de M. Escolar, intitulé : Considérations sur la question de savoir si la morve du cheval peut se communiquer à l'homme;* par M. Anglada. (Le rapporteur combat l'opinion de M. Escolar sur la non-contagion de la morve à l'aide des faits de contagion observés depuis quelque temps et que la GAZETTE MÉDICALE n'a pas oublié de faire connaître.) 6° *Compte rendu des observations recueillies à l'hôpital Saint-Éloi; des fièvres rémittentes;* par M. Bordes-Pagès. 7° *Observation de médecine obstétrique;* par M. Pleindoux père. (Dans les grossesses doubles, une fois le premier fœtus né, si les douleurs expultrices ne continuent pas, M. Pleindoux conseille d'extraire artificiellement le second; sans cela la durée du travail et les fatigues de la mère se prolongeraient outre mesure.) 8° *De la blennorrhagie chronique, des causes qui l'entretiennent et du traitement qui lui convient;* par M. Andrieu. 9° *Dix ans de pratique;* par M. Michalowski. (Résumé très-rapide portant sur un très-grand nombre d'affections et peu susceptible d'analyse.) 10° *Quelques réflexions sur le lithotriteur évacuateur de M. Delmas.* (Une troisième branche placée entre les deux mors du lithotriteur peut, par un mouvement de va-et-vient qu'on lui imprime, nettoyer ceux-ci des fragments qui y adhèrent et rendent parfois ainsi l'extraction de l'instrument difficile.) 11° *De la contagion considérée chez l'homme et chez les animaux;* par M. C. Anglada. 12° *Lettre;* par M. C. Dugat.

SUR UN MUSCLE SURNUMÉRAIRE DE LA JAMBE; par M. MATTEI.

L'auteur a rencontré deux fois dans ses dissections un muscle anormal à la partie postérieure de la jambe, s'étendant obliquement du tiers supérieur du tibia à la partie interne de la tubérosité calcanienne, à laquelle il s'insère au devant du tendon du plantaire grêle et par un tendon tout à fait distinct de celui-ci. La face antérieure de ce petit muscle est appliquée de haut en bas sur le tibia, sur le tendon du jambier postérieur, sur celui du fléchisseur commun des orteils et sur les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs. Toutes ces parties séparent le muscle de l'articulation tibio-tarsienne, et il est séparé d'elles par la gaîne aponévrotique qui recouvre la couche musculaire profonde. La face postérieure est recouverte, dans son tiers supérieur, par le muscle soléaire, et en bas par la peau, le tissu cellulaire souscutané et l'aponévrose jambière; de sorte que, pendant la contraction, ce muscle doit faire sur le vivant une saillie apparente depuis la partie interne du talon jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Ce n'est point pour la description anatomique de cette anomalie que nous avons cité le travail de M. Mattei, mais bien à cause des préceptes pratiques qu'il a déduits de la possibilité de son existence. Voici ces règles qui présentent d'autant plus d'intérêt que l'anomalie dont il s'agit n'est pas, à beaucoup près, aussi rare qu'on le pourrait penser. Nous nous souvenons parfaitement nous-même de l'avoir rencontrée une fois en disséquant.

Le petit volume de ce muscle le rend peu intéressant sous le point de vue physiologique; mais, en raison de sa position, il est important en médecine opératoire. Comme il se trouve sur le trajet des vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs, et qu'il remplit la gouttière située entre le tendon d'Achille et la malléole interne, en faisant saillie là où il devrait y avoir enfoncement, il déforme les points de départ et de ralliement pour la recherche du nerf et de l'artère. Si, malgré l'incertitude qui en résulte, l'opérateur incise les téguments dans la direction ordinaire, il tombe sur des fibres musculaires là où le tendon d'Achille n'en a pas du tout, et se croyant alors sur les muscles de la couche profonde, il cherchera en vain les vaisseaux et le nerf au devant et en dehors du muscle, tandis qu'ils sont derrière; il croira, en conséquence, à une anomalie artérielle et nerveuse, tandis qu'elle n'est que musculaire. Si, au contraire, il est averti de cette anomalie, il divisera les fibres du muscle ou le déjettera fortement en dedans ou en dehors, suivant qu'il veut atteindre les vaisseaux et le nerf à la partie moyenne supérieure ou inférieure de la moitié inférieure de la jambe.

Dans le pied équin, lorsque après la section du tendon d'Achille le redressement n'a pas eu lieu, quelques opérateurs en ont attribué la cause à la non-section du tendon du plantaire grêle. Si le muscle surnuméraire se trouvait aussi exister dans ces cas, il contribuerait pour sa part à maintenir l'extension du pied, et même son tendon est trop profond pour qu'on tente de le couper.

— Tout en approuvant d'une manière générale la justesse de ces remarques pratiques, nous ne saurions souscrire au précepte prohibitif qu'exprime le dernier membre de phrase. M. Mattei sait indubitablement que, par suite de la rétraction de leur corps charnu, les tendons les plus profonds deviennent superficiels. Comme d'ailleurs, en même temps qu'ils se rapprochent de la peau, ils s'éloignent des vaisseaux et nerfs sous-jacents, rien n'empêche d'en faire la section lorsqu'elle est indiquée. Sous ce rapport, le tendon du muscle anormal dont il s'agit ici ne serait pas plus difficile, pas plus dangereux à couper, s'il le fallait, que celui du jambier postérieur.

DES FIÈVRES RÉMITTENTES; par M. BORDES-PAGÈS.

Sur environ 400 fiévreux qui ont été en observation dans les salles de clinique médical à l'hôpital Saint-Éloi pendant deux années (du 1er avril 1843 au 1er avril 1845), il s'est offert environ 1300 cas de fièvres intermittentes et rémittentes, c'est-à-dire un tiers environ du nombre total; chiffre très-élevé et bien différent, pour le dire en passant, de celui que donneraient les hôpitaux de la capitale. Sur ces 1,300 cas, 400 présentaient le type rémittent, et c'est sur eux spécialement que porte le travail de M. Bordes. Ce travail, en tant que *résumé clinique*, rappelle nécessairement beaucoup de faits et d'idées connues; aussi n'en extrairons-nous que les particularités les plus saillantes.

Voici d'abord comment les cas de fièvre rémittente se sont distribués dans le cours des saisons : en 1843, au mois d'avril, 3 cas; en mai et juin, aucun cas; en juillet, 11; en août, 26; en septembre, 20; en octobre, 49; en novembre, 23; en décembre 2. En 1844, résultats à peu près semblables. Ainsi, c'est vers la fin de juillet, pendant les fortes chaleurs de l'été, que naît le génie rémittent des fièvres; il grandit en août et septembre, atteint son maximum en octobre, diminue en novembre, et s'éteint assez brusquement en décembre. Une remarque importante, c'est que pour avoir été plus rares en hiver et au printemps, les fièvres n'en ont pas été moins graves, « soit, dit l'auteur, qu'elles indiquent une plus grande énergie dans les causes, soit qu'elles compliquent les maladies régnantes, soit enfin qu'elles surprennent le praticien qui ne s'y attend pas. »

Autre résultat digne d'être rapporté. Dans le printemps de l'année 1843 (avril, mai et juin), 90 cas de fièvres *intermittentes* ont été admis à l'hôpital; dans l'hiver suivant (décembre 1843, janvier, février et mars 1844), 78 cas : ce qui fait pour un printemps et un hiver 168 cas. Dans le même espace de 7 mois, il ne s'est présenté que 12 cas de fièvre *rémittente*. D'un autre côté, en interrogeant avec soin les malades qui avaient la fièvre intermittente au printemps, on s'assura que presque tous l'avaient eue dans l'automne ou l'été précédent; quelques-uns même la faisaient remonter plus haut. Les malades civils l'avaient contractée dans des localités voisines des étangs ou dans d'autres lieux malsains, les militaires l'avaient apportée d'Afrique. La fièvre avait cessé pendant l'hiver pour revenir au printemps. Or, à cette époque, les intermittentes pures sont assez rares en général, et le sont particulièrement à Montpellier. Donc les fièvres intermittentes du printemps ne sont souvent qu'une reliquat ou plutôt une sorte de résurrection imparfaite des fièvres rémittentes de l'été et de l'automne. Ce fait est assez en harmonie (bien que l'auteur ne le fasse pas remarquer) avec la loi de M. Boudin, suivant laquelle le degré de rapprochement des accès serait en rapport avec l'intensité du dégagement des miasmes. En été et en automne, où la fréquence des fièvres annonce un dégagement actif, le type est surtout rémittent; au printemps, où peu de fièvres prennent naissance, où seulement l'espèce d'effervescence générale de la nature ranime au sein de l'économie le principe fébrile comme endormi depuis plusieurs mois, la fièvre est surtout intermittente.

L'auteur admet, pour la plupart des fièvres observées par lui à Saint-Éloi, une influence paludéenne. Cependant il ne regarde pas cette condition comme indispensable, même pour la fièvre qui se rapproche le plus de la continuité, c'est-à-dire pour la rémittente. Ainsi, une femme qui avait avorté depuis peu à la nouvelle de l'accident arrivé au chemin de fer de Cette, fut prise d'une indigestion qui se convertit en fièvre rémittente avec exacerbations très-prononcées; un infirmier est repris d'accès de fièvre périodique intense à la suite d'une brûlure à la main, etc. L'observation donne journellement des faits analogues, et, quelle que soit la nature intime des fièvres d'accès, il est certain qu'elles peuvent naître sous des influences variées, dont l'intoxication miasmatique est seulement la plus fréquente. Les émotions morales profondes, en particulier, donnent lieu assez fréquemment à des fièvres qui, d'abord continues, se changent bientôt en véri-

tables rémittentes, et exigent, à peu de chose près, le même traitement que les rémittentes d'origine paludéenne.

DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE, DES CAUSES QUI L'ENTRETIENNENT ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT; par M. ANDRIEU.

Voici un travail dont on peut avec raison dire qu'il serait aussi imprudent de le recommander sans restriction qu'injuste de le condamner de tout point. En effet, les principes que l'auteur cherche ici à faire prévaloir ont en eux quelque chose de fondé, et l'on doit les signaler aux méditations des praticiens; mais il n'importe pas moins de prémunir ceux-ci contre certaines conclusions un peu exagérées qu'ils renferment. C'est ce que nous ferons après avoir reproduit les principales de ces idées aussi fidèlement que possible.

L'auteur commence par affirmer que la blennorrhagie est la forme la plus redoutable de la maladie vénérienne; car, outre qu'elle n'est pas toujours exempte d'accidents consécutifs, ainsi qu'on l'a prétendu, elle est à elle seule la source de presque toutes les maladies de l'urètre, de la vessie et des organes de la génération. Quoique le but de M. Andrieu ne soit point d'énumérer les maux que laisse à sa suite la blennorrhagie chronique, il insiste néanmoins sur un état que présentent souvent les individus se croyant guéris de cette affection, état qui, selon lui, est réellement morbide. Ainsi, chez ces sujets, le premier jet d'urine entraîne des filaments muqueux; ils se plaignent d'une certaine pesanteur, d'un sentiment de légère chaleur, tantôt d'élancements passagers, tantôt d'une sorte de prurit, ou parfois de douleurs assez vives dans les profondeurs de la région ano-périnéale. Il existe pendant le sommeil des érections automatiques souvent pénibles. Ces érections courtes sont suivies de l'écoulement d'une matière filante : elles réveillent le malade, qui est obligé d'uriner pour s'en débarrasser. Le sommeil interrompu par cette cause, quelquefois par des pertes séminales, n'est point réparateur. L'éjaculation, dans le coït, se fait très-rapidement; et comme par suite de leur irritabilité augmentée, les vésicules séminales se vident de tout le sperme qu'elles contenaient, l'acte générateur ne peut pas être répété à courts intervalles. Assez fréquemment il sort par l'urètre, pendant la défécation, un liquide collant onctueux. Les besoins d'uriner sont réitérés plus souvent. Une sonde introduite avec les plus grands ménagements cause néanmoins une souffrance assez vive et quelquefois très-forte dans la région malade. (A ce tableau nous n'avons rien à objecter, si ce n'est que plusieurs de ces signes, loin d'être des symptômes morbides, constituent au contraire des phénomènes entièrement normaux de la vie physiologique. Ainsi, M. Andrieu n'ignore sans doute point que chez l'homme sain toute érection s'accompagne de l'issue d'un peu de mucosité par l'urètre; que, toujours chez l'homme sain, le passage de la sonde est plus douloureux à la portion membraneuse que dans le reste du canal; que la sortie d'un liquide visqueux par l'urètre lors de la défécation, longtemps et à tort regardée comme une perte séminale, s'observe chez des sujets parfaitement bien portants, chez ceux même qui n'ont jamais eu de blennorrhagie; enfin, que l'érection du matin et le besoin d'uriner qu'elle sollicite entrent dans les habitudes normales des trois quarts des gens un peu vigoureusement constitués, depuis 18 jusqu'à 50 ans).

Quoi qu'il en soit de ce que l'auteur appelle *ces conséquences éloignées de la blennorrhagie dont peu d'individus sont complètement exempts*, l'objet spécial de son mémoire est de signaler les véritables causes efficientes qui tendent à constituer à l'état chronique la blennorrhagie aiguë. Ces causes résident, pour lui, dans des prédispositions originelles ou acquises, ainsi que dans les diathèses diverses, qui sont susceptibles de s'établir comme modifications morbides permanentes de l'organisme vivant. La nécessité d'admettre cette cause prédisposante est prouvée par le fait suivant, savoir : qu'il n'est pas rare de voir des individus qui ont contracté 8, 10 ou 12 blennorrhagies dans l'espace de quelques années, et qui, malgré l'incurie qui a présidé au traitement de ces affections, ont, par la nature spéciale de leur constitution, évité la transformation de la maladie primitive en blennorrhée chronique. Aussi est-il tout à fait irrationnel de regarder un écoulement vaginal et urétral, passé à l'état chronique, comme une maladie locale qui doit être modifiée et guérie seulement par des applications topiques ou par des substances astringentes données à l'intérieur. Tout fait morbide réalisé a sa cause prédisposante qu'il faut bien distinguer de sa cause occasionnelle, aussi évidente qu'elle soit, parce que cette dernière n'a fait que mettre en activité une disposition préexistante. Or les principales de ces circonstances qui favorisent le passage de la blennorrhagie à l'état chronique sont : 1° la prédisposition héréditaire des organes génito-urinaires aux maladies chroniques; 2° le tempérament lymphatique et la diathèse catharrale ou muqueuse; 3° la diathèse rhumatismale, qui a beaucoup d'affinité avec la précédente; 4° la diathèse scrofuleuse; 5° la diathèse psorique; 6° l'herpétique; 7° l'arthritique ou goutteuse. Il y a en outre des complications qui s'opposent indéfiniment à la guérison de la blennorrhée; ce sont : 1° sa nature syphilitique; 2° un élément inflammatoire prédominant; 3° l'éréthisme nerveux prononcé; 4° la fluxion hémorrhoïdale, la constipation opiniâtre, les ascarides du rectum et les irritations de la moelle épinière; 5° l'irritabilité et la faiblesse des organes génito-urinaires, provoquée par la masturbation ou le coït prématuré et immodéré. Enfin certaines conditions extérieures, telles qu'une constitution catharrale intense et prolongée, peuvent agir dans le même sens.

De ces causes prédisposantes, qu'il admet en si grand nombre, M. Andrieu n'en examine que deux dans le présent travail. Et d'abord, quant à la prédisposition héréditaire, il dit seulement, pour en établir la réalité : « que peu de personnes contesteront l'influence dont il s'agit dans la production des maladies des voies urinaires. Il ne pourrait guère se rencontrer que des sectateurs d'une statistique brutale qui affirme ou nie tout également, ou ceux, et il en est quelques-uns, M. Civiale entre autres, qui voudraient, pour admettre l'action de l'hérédité dans la génération d'une maladie, que cette action fût évidente, incontestable dans tous les cas. Une pareille manière de raisonner est inadmissible et insoutenable à l'endroit des causes contingentes de la pathogénie; aussi je me hâte de dire que je n'en tiens aucun compte, et que je suis sûr d'avoir constaté l'influence générique de l'hérédité dans la production d'un grand nombre de maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme (p. 414). » (Puisque M. Andrieu est *sûr* de cette cause, nous osons à peine lui dire que nous serions assez volontiers de l'avis de M. Civiale, qui attend, pour l'admettre, des faits évidents et incontestables; mais nous aurions seulement un éclaircissement à lui demander. Nous croyons bien qu'un père transmet à ses fils, avec sa constitution, une prédisposition à telle ou telle maladie : ainsi, dans l'espèce, le tempérament lymphatique dispose à la blennorrhée; donc un homme qui est lymphatique par son origine a par cela même plus de tendance à voir une blennorrhagie devenir chronique. Mais ce n'est pas ainsi que M. Andrieu comprend l'influence de l'hérédité, car sans cela il se fût borné à écrire parmi les causes prédisposantes : tempérament lymphatique, *soit acquis*, *soit transmis par génération*, tandis qu'il a, au contraire, établi deux ordres bien distincts de causes : 1° prédisposition héréditaire des organes génito-urinaires aux maladies chroniques; 2° tempérament lymphatique. Il lui faut donc admettre, comme conséquence forcée de sa classification, qu'un fils doué d'une constitution qui lui permettrait de résister mieux que son père à la tendance chronique de la blennorrhagie, peut dans certains cas, par suite de la transmission d'une influence occulte et indépendante de sa constitution, être fatalement voué à cette transformation de la blennorrhagie en blennorrhée, sans qu'aucune diathèse, aucune prédisposition générale puisse en rendre compte !.... Cela est-il admissible ?)

Le tempérament lymphatique, rapproché par M. Andrieu de ce qu'il nomme la diathèse catarrhale, est une cause beaucoup plus réelle et généralement reçue. Chez les individus disposés aux flux muqueux, dit-il, les blennorrhagies une fois contractées passent à l'état chronique avec la plus grande facilité, et cela, dans certains cas, quels que soient le nombre, l'énergie et l'appropriation des agents thérapeutiques employés. La maladie s'étend rapidement d'avant en arrière dans toute l'étendue de l'urètre. Cependant, comme la plasticité est chez eux très-peu prononcée, la sécrétion s'effectue abondamment; mais il est assez rare que des rétrécissements organiques surviennent. C'est là, du reste, un fait général que, toutes les fois qu'un mouvement fluxionnaire compliqué de phlegmasie aboutit à un point, il n'est pas indifférent qu'une sécrétion abondante s'opère sur la surface malade, ou que cette sécrétion soit à peine perceptible. Dans ce second cas, en effet, les matériaux apportés par le torrent circulatoire auront plus de chances d'être employés à la création de néoplasmes dans le voisinage ou dans l'épaisseur de cette surface elle-même. Quand on arrête les excrétions morbides fournies par une muqueuse, les parties sous-jacentes ou ambiantes peuvent s'engorger et s'enflammer. C'est peut-être comme ayant supprimé des écoulements qui dataient depuis un temps plus ou moins prolongé que les injections répétées ont pu jusqu'à un certain point être considérées comme une cause de coarctation urétrale. Je ne saurais, ajoute l'auteur, abandonner cette question sans affirmer que l'élimination de certaines matières est tellement un besoin pour les muqueuses affectées, qu'alors que cette élimination n'a pas lieu, des souffrances vives sont souvent éprouvées par le malade. (De cette théorie, assez habilement présentée et qui peut séduire un instant, il ressortirait très-logiquement la conséquence que le plus sûr moyen de prévenir la formation des rétrécissements chez les sujets lymphatiques est de laisser couler abondamment la blennorrhagie. Il en résulterait aussi que, pendant la durée d'une blennorrhée, le malade souffrira d'autant moins qu'il coulera davantage. Pour la conséquence physiologique comme pour le corollaire thérapeutique, il suffit heureusement de les avoir énoncés pour prémunir les praticiens même les moins expérimentés contre les dangers certains qu'entraînerait leur adoption.)

Parmi les sujets de cette classe, M. Andrieu a souvent vu un catarrhe pulmonaire, un coryza, une angine alterner avec la blennorrhée, l'une des

affections s'atténuant ou se dissipant toutes les fois que l'autre prenait plus d'intensité. Il lui a aussi paru qu'il existe une corrélation évidente entre la blennorrhée et le développement et surtout l'exacerbation de douleurs rhumatismales anciennement existantes, cas tout à fait distinct de l'arthrite blennorrhagique. Mais la partie qui s'affecte le plus souvent chez les individus en proie à une blennorrhagie chronique est la muqueuse pharyngo-laryngienne. Est-ce là une manifestation particulière de la syphilis ou l'effet de la sympathie qui unit la gorge aux organes génitaux? L'une et l'autre application, continue l'auteur, pourraient apporter leur contingent de vérité. Quoi qu'il en soit, il est très-rare que chez un individu accusant une susceptibilité très-grande de l'arrière gorge, ou se plaignant d'une maladie chronique de cette partie, je ne trouve pas en même temps une blennorrhée plus ou moins invétérée, et fixée le plus ordinairement dans la région prostatique et au col de la vessie. Avec le temps, cette maladie de la muqueuse pharyngienne peut gagner en profondeur, désorganiser les tissus et causer la phthisie laryngée; elle gagne aussi en étendue, envahit la trompe d'Eustache, l'intérieur de l'oreille ainsi que les grosses ramifications bronchiques.

Nous avons déjà dû signaler, chemin faisant, quelques propositions qui nous paraissent hasardées, inexactes ou dangereuses, et nous l'avons fait avec toute l'insistance que commandaient l'importance du sujet et l'autorité d'un écrivain aussi sérieux que celui-ci. Il nous reste maintenant à traiter une question capitale : la considération des causes générales, des prédispositions qui entretiennent la blennorrhée, doit-elle être prise en considération majeure dans le traitement de cette maladie? Cette demande de notre part pourra, au premier abord, sembler bizarre ; quel danger, en effet, nous dira-t-on, pouvez-vous trouver à ce qu'on recherche l'existence d'un ordre de causes aussi importantes que celles-ci?.... Le danger est nul, nous l'avouons, si l'on veut supposer tous les médecins impartiaux et non exclusifs; mais pour peu qu'il en soit différemment, il est certain que la préoccupation des diathèses constitutionnelles les détournera toujours plus ou moins de la thérapeutique locale. Or nous sommes prêt à convenir que les médications générales, pharmaceutiques ou hygiéniques, ne sont pas sans utilité contre la blennorrhée ; mais nous ne pouvons moins faire cependant que de donner en thèse générale, et d'après l'expérience, une préférence absolue au traitement local; et autant nous nous réjouirons de voir toujours et partout combiner ces deux ordres de moyens, autant les malades, atteints de blennorrhée, se trouveraient certainement à plaindre si la thérapeutique devait désormais être bornée à l'emploi des remèdes qui n'agissent que par l'intermédiaire de la constitution. Ce que nous reprochons à cette médecine, ce n'est pas son impuissance jugée absolument, c'est l'extrême difficulté de la manier à propos, c'est l'incertitude perpétuelle qui, dans cette voie, entrave toutes les déterminations et tous les actes du praticien. Pour mettre le lecteur à même de juger par lui-même du degré d'imperfection où en est ce mode de traitement, et de la nature des obstacles qui longtemps encore enrayeront ses progrès, nous poserons seulement ici les deux questions suivantes :

Est-il un seul médecin qui, la constitution et les antécédents d'un malade bien et dûment examinés, osât annoncer d'avance si la blennorrhagie chez lui deviendra chronique ou sera aisément coupée, et consentit à hasarder un enjeu quelconque sur son pronostic?

Est-il un seul cas de blennorrhée où le médecin voulût courir les mêmes chances, en promettant à son malade de le guérir uniquement à l'aide d'un traitement général?

Nous livrons ce défi à tous les spécialistes de l'école de M. Andrieu, sans beaucoup d'espoir, il est vrai, de le leur voir accepter. Mettez maintenant en parallèle les succès si nombreux, si fréquents dus exclusivement à la médication locale par les caustiques ou les astringents, et décidez s'il n'y a pas plutôt lieu de craindre que d'encourager la prédilection qu'on paraîtrait aujourd'hui porté à accorder aux moyens généraux.—Nous aurons, du reste, occasion de revenir sur ce sujet, à l'époque où M. Andrieu publiera la seconde partie de son intéressant mémoire.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MARS.

JEUNE FILLE ÉLECTRIQUE.

M. Arago rend compte dans les termes suivants de la manière dont la commission chargée d'examiner la jeune fille électrique a rempli sa mission.

Dans la séance du 16 février dernier, l'Académie reçut de M. Cholet et de M. le docteur Tanchou, deux notes relatives à des facultés extraordinaires qui, disait-on, s'étaient développées depuis environ un mois, chez une jeune fille du département de l'Orne, Angélique Cottin, âgée de 14 ans. L'Académie, conformément à ses usages, chargea une commission d'examiner les faits annoncés et de lui rendre compte des résultats. Nous allons, en très-peu de mots, nous acquitter de ce devoir.

On avait assuré que mademoiselle Cottin exerçait une action répulsive très-intense sur les corps de toute nature, au moment où une partie quelconque de ses vêtements venait à les toucher. On parlait même de guéridons renversés à l'aide du simple contact d'un fil de soie.

Aucun effet appréciable de ce genre ne s'est manifesté devant la commission.

Dans les relations communiquées à l'Académie, il est question d'une aiguille aimantée qui, sous l'influence du bras de la jeune fille, fit d'abord de rapides oscillations et se fixa ensuite assez loin du méridien magnétique.

Sous les yeux de la commission, une aiguille délicatement suspendue n'a éprouvé, dans les mêmes circonstances, ni déplacement permanent ni déplacement momentané.

M. Tanchou croyait que mademoiselle Cottin avait la faculté de distinguer le pôle nord d'un aimant du pôle sud, en touchant simplement ces deux pôles avec les doigts.

La commission s'est assurée, par des expériences variées et nombreuses, que la jeune fille ne possède pas la prétendue faculté qu'on lui avait attribuée de distinguer par le tact les pôles des aimants.

La commission ne poussera pas plus loin l'énumération de ses tentatives avortées. Elle se contentera de déclarer, en terminant, que le seul fait annoncé qui se soit réalisé devant elle est celui de mouvements brusques et violents éprouvés par les chaises sur lesquelles la jeune fille s'asseyait. Des soupçons sérieux s'étant élevés sur la manière dont ces mouvements s'opéraient, la commission décida qu'elle les soumettrait à un examen attentif. Elle annonça, sans détour, que ses recherches tendraient à découvrir la part que certaines manœuvres habiles et cachées des pieds ou des mains pourraient avoir eues dans le fait observé. A partir de ce moment, il nous fut déclaré que la jeune fille avait perdu ses facultés attractives et répulsives, et que nous serions prévenus aussitôt qu'elles se représenteraient. Bien des jours se sont écoulés depuis lors, et la commission n'a point reçu d'avertissement. Nous avons appris cependant que mademoiselle Angélique Cottin est journellement conduite dans des salons, où elle répète ses expériences.

Dans ces circonstances, la commission est d'avis que les communications transmises à l'Académie au sujet de mademoiselle Cottin doivent être considérées comme non avenues.

NÉCROSES DES OS DE LA FACE PRODUITES PAR LES VAPEURS DU PHOSPHORE.

M. Sédillot (de Strasbourg) adresse quelques observations de nécroses des os de la face et d'affections pulmonaires survenues à des ouvrières employées à la fabrication des allumettes chimiques. Ces observations, recueillies dans son service, ont porté sur des lésions graves auxquelles l'une des malades a succombé. L'examen nécroscopique a permis de constater l'étendue et la nature des altérations, et d'étudier le mécanisme des réparations commencées.

Nous extrairons, des observations que rapporte M. Sédillot, les circonstances les plus saillantes :

La nommée L. S., âgée de 20 ans, travaille depuis quatre ans dans une fabrique d'allumettes chimiques. Plusieurs de ses compagnes sont, dit-elle, atteintes d'une affection semblable à la sienne. Elle raconte qu'il y a deux ans, à la suite de l'avulsion d'une dent cariée, elle éprouva un gonflement douloureux des gencives et de la joue du côté gauche, et que bientôt il se manifesta une assez abondante suppuration. D'abord peu étendu et limité au siége de la dent enlevée, le gonflement envahit bientôt toute la joue et le pourtour de l'orbite. Croyant trouver la cause de la persistance de son mal dans la présence d'une nouvelle dent cariée, elle se fit faire l'avulsion de cette dernière. Les accidents, au lieu de s'amender, prirent une marche plus rapide : du pus se fit jour à l'extérieur par diverses ouvertures, et notamment par la peau, vers le rebord orbitaire inférieur, d'où la malade dit avoir extrait deux ou trois petites esquilles, et où l'on voit aujourd'hui une cicatrice adhérente et déprimée. Successivement les dents s'ébranlèrent et tombèrent une à une; les gencives tuméfiées, soulevées par le pus que la malade faisait sourdre par une légère pression, se rétractèrent, et le bord alvéolaire fut mis à nu.

Le 9 juillet 1845, la face est bouffie, le teint pâle et terreux, la peau sèche et exhalant une certaine odeur sulfureuse. A l'inspection de la bouche, on aperçoit le bord alvéolaire supérieur gauche privé des molaires et des incisives, saillant, dénudé, ainsi que la voûte palatine. dans ses trois quarts gauches. La fosse canine, jusqu'à l'orbite, offre un aspect grisâtre, sec et luisant, résonnant à la percussion du stylet et mobile ; en arrière, le voile du palais est détruit. Le tout est baigné d'un ichore des plus fétides, que la pression fait sortir en différents points. La malade a maigri ; la voix est nasonnée, peu intelligible ; la déglutition se fait encore facilement.

Le lendemain, M. Sédillot saisit le séquestre avec de fortes pinces et amène au dehors tout le maxillaire supérieur gauche avec les cornets inférieur et moyen, l'entrée du canal nasal, le rebord orbitaire, l'intermaxillaire et la presque totalité de l'apophyse palatine du maxillaire droit, les apophyses horizontales des deux palatins avec la partie montante de celui du côté gauche. La malade rejette une grande quantité de matières ichoreuses horriblement fétides ; point d'écoulement de sang, peu de douleur.

La vaste excavation fermée en avant par la joue offre, dans les autres points, des parois solides, non saignantes, et comme recouvertes d'une véritable muqueuse. La voix et la déglutition s'exécutent comme avant l'extraction. La malade sort de l'hôpital le 1er août.

On a pu retrouver cette fille et constater par conséquent, six mois après l'opération de M. Sédillot, l'état des parties. La lèvre supérieure et la joue gauche sont un peu affaissées. Il existe, au bord orbitaire inférieur, une cicatrice adhérente qui abaisse un peu la paupière inférieure sans la renverser; léger larmoiement; l'œil est sain et les mouvements bien conservés. La peau de la joue est peu sensible (le nerf sous-orbitaire a dû être détruit en même temps que le plancher de l'orbite). L'énorme cavité laissée par l'enlèvement de la plus grande partie des os de la face ne s'est pas notablement rétrécie. Le doigt introduit par la bouche va comprimer l'œil à sa base, et un stylet est senti à travers la peau dans le sac lacrymal. Le vomer fait saillie inférieurement et borne à droite la cavité; le sinus maxillaire droit est ouvert par la disparition d'une partie de sa paroi inférieure. Toutes les surfaces sont recouvertes d'une membrane rouge, résistante, ayant tout à fait l'apparence d'une muqueuse.

Une seconde malade, sœur de la précédente, ayant travaillé à la même fabrique et pendant le même temps, entra à la clinique offrant une nécrose du maxillaire supérieur gauche, qui nécessita l'extraction de plusieurs dents molaires et de trois ou quatre esquilles.

Enfin une troisième malade, placée dans les mêmes circonstances, fut atteinte de nécrose du maxillaire supérieur gauche avec ostéite du maxillaire inférieur; elle était en même temps temps en proie à une phthisie pulmonaire à laquelle elle succomba. Voici l'état que présentèrent les pièces à l'autopsie. Le maxillaire inférieur gauche offrait, vers le trou dentaire postérieur et la dernière molaire, une excavation à fond rugueux inégal, pouvant contenir une aveline, rempli par du pus noirâtre au milieu duquel macérait le bout du nerf dentaire inférieur, qui était interrompu dans sa continuité. Au pourtour, le tissu osseux est rouge et injecté, et le périoste se décolle facilement. Dans la vaste cavité occupée primitivement par les portions d'os enlevées, on trouve que des lames de tissu fibreux assez irrégulières partent de la partie postérieure de la voûte palatine épargnée par la nécrose, et se rendent vers l'extrémité antérieure et inférieure du vomer, de façon à former, surtout en avant et à droite, assez incomplétement il est vrai, comme un nouveau plancher inférieur des fosses nasales; quelques incrustations indiquent un commencement d'ossification. En disséquant le périoste qui recouvre la fosse sphéno-maxillaire et la pommette, on trouve qu'il se continue avec un plan fibreux résistant qui forme la paroi antérieure et latérale du sinus, et donne attache aux muscles zygomatiques et ptérygoïdiens. Le tiers moyen du plancher de l'orbite et du bord inférieur, où est compris le canal sous-orbitaire, est rugueux, grisâtre et baigné de pus. Quelques parcelles s'en séparent sous forme d'esquilles : ce sont celles que l'on sentait avec le stylet; le tout est recouvert également d'un plan fibreux se continuant aussi avec le périoste et maintenant les insertions musculaires, comme on le voit pour le muscle petit oblique de l'œil. La partie supérieure du canal lacrymal est intacte, la paroi externe gauche des fosses nasales existe avec les cornets antérieur et moyen. Le nerf sous-orbitaire macère dans la sanie; on n'en reconnaît plus de trace en dehors du canal sous-orbitaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres. M. Virey vient de succomber à l'affection dont il avait déjà ressenti plusieurs atteintes.

M. le président annonce, de la part des membres du jury de concours, la nomination de M. Denonvilliers à la chaire d'anatomie à la Faculté.

DE L'INTERMITTENCE DANS LES FIÈVRES DES MARAIS.

M. DURAND (de Lunel) obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : THÉORIE NOUVELLE DE L'INTERMITTENCE DANS LES FIÈVRES DES MARAIS.

Un fait aujourd'hui bien acquis à la science, dit M. Durand, c'est l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes.

Un autre fait accepté par presque tous les médecins, c'est la cause miasmatique, c'est-à-dire l'origine putride des fièvres des marais.

Supposons l'absorption d'une matière putride, elle ira imprégner le sang, elle passera en partie dans la rate. Mais la rate est un organe de stase sanguine, comme le prouve son organisation : la matière putride y séjournant pendant un certain temps sera donc dans les conditions de s'y élaborer, de contaminer même les molécules similaires à elle-même, mais non putréfiées, qui ont pénétré avec elle dans la rate. Voilà la rate devenant un foyer de putréfaction, un marécage interne, comme l'appelle M. Durand.

Passons à un autre ordre de faits.

Les influences diurnes, chaleur, lumière, attraction solaire, etc., sont des influences qui ne sont pas seulement stimulantes pour la périphérie, mais qui sont encore expansives, c'est-à-dire qui dilatent la fibre vivante et attirent les fluides du centre à la périphérie. Elles sont expansives pour la rate comme pour les autres organes centraux.

M. R. Faure en Morée et en Espagne, M. Maillot à Bône, et M. Finot à Blidah, ont observé que la plupart des accès de fièvre apparaissent pendant le jour. M. Durand vient confirmer ces observations : à Tenès (Algérie), il a vu sur 1545 cas de fièvre régulière, 1,195 cas avec accès diurnes, 114 cas avec accès aux heures du crépuscule, 231 cas avec accès nocturnes; rapport des accès diurnes aux accès nocturnes :: 5 : 1.

Enfin, M. Durand rapporte des faits très-intéressants sur les engorgements de la rate. Il a tous les jours observé, dans ces cas d'engorgement, des oscillations de volume telles que le volume diminue pendant le jour et augmente pendant la nuit. Sur 175 cas qu'il a observés, il voyait journellement environ les 4/5 des rates offrir ces oscillations; dans les mois d'hiver, la proportion était un peu moins forte. A moins d'accès incidents pendant le jour, le contraire n'avait jamais lieu. Des troubles étaient apportés à ces oscillations par l'incidence de fortes pressions atmosphériques. Plusieurs faits sont cités à l'appui de tout cela.

Tels sont les éléments de la théorie de M. Durand; le lecteur l'a déjà pressentie : la rate est un foyer de putréfaction, un marécage interne qui, dans la nuit, période des influences atmosphériques concentratives, *nidule*, élabore l'élément putride qu'elle contient, et qui en envoie fort peu dans le reste de l'économie, mais qui pendant le jour, période des influences expansives, en déjette considérablement dans la grande circulation, où cette matière va directement, par son impression, sur des organes plus impressionnables que ne l'est la rate, susciter les conditions de l'accès.

Cette théorie, dit M. Durand, rend compte d'un grand nombre de phénomènes observés dans le développement et dans les phases diverses de la fièvre intermittente. Elle rend compte :

1° De la *périodicité* des accès qu'elle subordonne, en général, à la périodicité des influences expansives diurnes, soit atmosphériques, soit fonctionnelles;

2° Des *irrégularités* de l'intermittence qu'elle subordonne aux accidents des influences expansives atmosphériques ou fonctionnelles et au degré de saturation miasmatique de la rate;

3° Du *mécanisme* de l'accès qui, comme l'a déjà avancé M. Roche, serait le résultat d'une impression délétère miasmatique, puis de la réaction de l'organisme contre celle-ci, enfin de l'effort d'élimination;

4° Des phénomènes d'*irritation gastro-hépatique* si communs pendant les accès, phénomènes qui seraient le résultat d'une sécrétion biliaire altérée par le sang provenant d'une déjection splénique miasmatique;

5° De l'*apyrexie*, qui serait l'effet du ton obtenu par la réaction et par l'élimination partielle du miasme;

6° Des *types*, qui seraient subordonnés au degré de toxicité de l'organisme, au degré de quantité et de maturité du miasme s'élaborant dans la rate, enfin au degré de vivacité des influences expansives qui activent ce miasme dans le reste de l'économie;

7° Des *rechutes*, subordonnées aux mêmes causes;

8° De l'*efficacité du traitement essentiel par le quinquina*, agissant et comme tonique et comme antiseptique, et en ce dernier cas allant attaquer la matière putride au sein même de la rate;

9° De l'*efficacité du traitement adjuvant par les évacuants biliaires* (vomitifs, purgatifs, laxatifs), qui déterminent une élimination par les voies biliaires de la matière putride contenue dans la rate, et qu'il ne faut jamais administrer sans l'antiseptique, le quinquina.

M. Durand ne donne pas son dernier mot sur les fièvres; il promet de donner, dans un autre travail, la théorie de l'essence même de la fièvre, c'est-à-dire de l'action intime du miasme et des autres agents de cette maladie. Il complétera ainsi la doctrine des fièvres intermittentes, qu'il vient de borner ici à la seule étude de l'intermittence.

Le bureau propose de renvoyer le mémoire de M. Durand à l'examen d'une commission composée de MM. Loude, Bégin et Louis.

M. PIORRY demande à présenter quelques observations au sujet de ce mémoire.

M. LE PRÉSIDENT fait observer à M. Piorry qu'on ne peut discuter que sur un rapport et non sur une lecture; d'ailleurs, l'ordre du jour est arrêté, on ne peut l'intervertir.

M. PIORRY : En ce cas, je demande qu'on mette à l'ordre du jour la question des fièvres intermittentes. (De toutes parts : Après le rapport!)

Sur la proposition de quelques membres, M. Piorry est adjoint à la commission.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite du rapport sur la peste et les quarantaines.

M. PRUS est appelé à la tribune.

Nous donnons un résumé analytique des deux premières parties de ce rapport lues dans cette séance et dans la précédente.

La commission, dit M. le rapporteur, a compris toute l'importance de la mission qui lui a été confiée. Si de tous côtés les intérêts politiques et commerciaux réclament des réformes dans l'institution des quarantaines, l'humanité exige aussi que le pacte sanitaire consenti tacitement par toutes les puissances de l'Europe ne soit rompu qu'après qu'une étude impartiale et sévère des documents anciens et nouveaux aura démontré à tous ce qu'il y a d'inutile ou de dangereux dans les règlements en vigueur. Cependant, l'Angleterre et l'Autriche ont aboli ou notablement diminué les quarantaines pour les provenances du Levant, sans faire connaître au reste de l'Europe les motifs de sécurité qui les engageaient à porter une atteinte aussi grave à la loi généralement exécutée. La France ne peut suivre de semblables exemples. Si son régime sanitaire doit être profondément modifié, il faut qu'elle expose avec franchise et netteté les faits qui la portent à changer, à diminuer ou à perfectionner les précautions prises par elle contre l'introduction d'un fléau aussi redoutable que la peste. Des médecins seuls peuvent apprécier à leur juste valeur les faits, les assertions, les raisonnements concernant les grandes questions que présente l'étude de la peste.

La commission a puisé aux nombreuses sources d'instruction qui lui ont été ouvertes, aux descriptions des épidémies de peste que nous ont transmises les meilleurs observateurs. Mais il faut le dire à la gloire des médecins qui ont vu

et traité la peste qui a régné en Égypte en 1835, c'est de cette époque que date la connaissance positive et scientifique de la maladie. M. le docteur Aubert-Roche, donnant alors le premier l'exemple d'un courageux dévoûment à l'humanité et à la science, a touché, soigné, consolé le docteur Fouscade, qui, atteint de la peste au Caire le 18 février 1835, mourut le 20 du même mois.

Ici M. le rapporteur indique les travaux qui ont été communiqués à la commission et tous les éléments dont elle s'est entourée pour donner à son travail toutes les garanties désirables.

Ce travail est divisé en quatre parties.

Dans la première, le rapporteur recherche quels sont les pays où on a vu la peste se développer spontanément : il s'efforce ensuite de déterminer les causes de la peste spontanée ; il montre que quand ces causes ont cessé d'exister en Égypte et ailleurs, la peste a disparu ; il indique les contrées où la persistance de ces causes rend la peste endémique, ou du moins fait craindre le retour de la peste spontanée. Enfin, il insiste sur les moyens véritablement prophylactiques de la peste spontanée.

Dans la deuxième partie, il répond aux trois questions suivantes :

La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe ?

Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique ?

La peste se propage-t-elle à la manière des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés ?

Dans la troisième partie, il s'occupe de la transmissibilité de la peste. Est-elle transmissible par l'inoculation ? Est-elle transmissible, dans les foyers et hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat et médiat des pestiférés, par le contact des hardes et vêtements, par le contact des marchandises, par les miasmes qui sont exhalés par les pestiférés et dont l'air est le véhicule ? Il termine cette partie par l'examen de cette question :

Si la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, doit-on craindre que quelques cas importés en France puissent y devenir la cause d'une épidémie pestilentielle ?

Dans la quatrième et dernière partie, il recherche quelle a été la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste.

Viennent enfin les conclusions du rapport et les applications de ces conclusions aux questions de quarantaine.

Définition. — La peste, dit M. Prus, est une maladie de tout l'organisme, dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus ordinairement à l'extérieur par des bubons, des charbons et des pétéchies.

1re PARTIE. — *Chapitre I.* — Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu la peste naître spontanément ? Il résulte, des nombreuses recherches historiques renfermées dans ce chapitre, la conclusion générale suivante : On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, d'Asie et d'Europe.

Mais s'il est prouvé que la peste est née et peut encore naître spontanément dans des lieux divers, il ne faudrait pas croire cependant que l'Europe dût la redouter également de tous les points signalés comme ayant été et pouvant être encore des foyers de peste spontanée. Au moment actuel, c'est presque exclusivement de l'Égypte que nous avons à craindre l'importation de la peste.

Chap. II. — Dans les pays où l'on a observé la peste spontanée, a-t-on pu attribuer rationnellement le développement de celle-ci à des conditions hygiéniques déterminées ? Pour répondre à cette question, M. Prus étudie successivement les localités dans lesquelles la peste est née spontanément dans le cours des cinquante années qui viennent de s'écouler et l'état des habitants de ces localités. De cet examen, il tire la conclusion suivante : Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces conditions sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube ; des maisons basses, mal aérées, encombrées ; un air chaud et humide ; l'action de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation malsaine et insuffisante ; une grande misère physique et morale.

Chap. III. — Si ce qui vient d'être exposé dans le chapitre précédent est vrai, la Basse-Égypte, où toutes les conditions d'insalubrité ci-dessus indiquées se trouvent réunies chaque année, doit nous offrir la peste à l'état endémique. C'est ce qui résulte, en effet, des observations des voyageurs et des médecins qui habitent ce pays où l'on voit la peste tous les ans sous forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

Chap. IV. — Est-il vrai que sous le règne des derniers Pharaons, que pendant les 194 ans de l'occupation de l'Égypte par les Perses, pendant les 301 ans que dura la domination d'Alexandre et la dynastie des Ptolémées, enfin pendant une grande partie de la domination romaine (qui commença l'an 30 avant J.-C. et finit l'an 620 de notre ère), l'Égypte ait été exempte d'épidémies pestilentielles ?

Ce grand fait paraît incontestable : M. Prus l'établit sur des preuves historiques concluantes. L'absence en Égypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps que la bonne administration et la police sanitaire de ce pays ont lutté victorieusement contre des causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

Chap. V. — L'état de la Syrie, de la Turquie d'Europe et d'Asie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et même de l'empire de Maroc, diffère-t-il assez de celui qui existait aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément pour qu'on soit autorisé à penser que d'autres épidémies semblables ne pourront plus s'y manifester ? De l'examen auquel la commission s'est livrée à ce sujet, il résulte que l'état de ces diverses contrées étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

Chap. VI. — Les conditions hygiéniques de l'Algérie sont-elles assez semblables à celles du Maroc, de Tunis et de Tripoli pour qu'on doive y craindre le développement de la peste spontanée ? La commission est arrivée sur ce point à la conclusion suivante :

La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie ; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs endroits marécageux et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes semblent une garantie suffisante contre le développement spontané d'épidémies pestilentielles.

Chap. VII. — Quels sont les moyens à mettre en usage pour prévenir le développement de la peste spontanée ?

M. Villermé, considérant les épidémies au point de vue de l'hygiène publique, a fort bien prouvé que les épidémies diminuent de fréquence et d'intensité dans tous les pays qui passent de la barbarie et de l'ignorance à l'état de civilisation, ou d'une civilisation imparfaite à une civilisation perfectionnée

On peut aller plus loin pour les épidémies pestilentielles qui non-seulement perdent de leur fréquence par la civilisation, mais qui cessent et disparaissent complétement même dans les pays les plus prédisposés à la peste, quand ceux-ci sont soumis aux lois d'une hygiène éclairée et vigilante.

M. le docteur Aubert-Roche, dans un curieux et important mémoire (1), poursuivant l'étude comparative de la peste et de la civilisation dans l'Orient et dans toutes les contrées de l'Europe, a jeté sur ce sujet une clarté assez vive pour dissiper le doute.

On peut formuler ainsi les conséquences qui découlent de son travail et des faits et considérations exposés dans les chapitres précédents.

Dans tous les temps, dans tous les lieux, la peste a disparu devant la civilisation ; elle est revenue avec la décadence et la barbarie : partout les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

La peste, qui est aujourd'hui permanente en Orient, n'y existait pas du temps de la civilisation égyptienne, grecque et romaine ; tandis qu'elle ravageait continuellement l'Europe occidentale, plongée alors dans la barbarie. Aujourd'hui, les rôles sont changés ; l'Europe est délivrée du fléau, l'Orient subit ses effets.

Si la peste que la civilisation avait chassée de l'Égypte y est revenue avec la barbarie, la civilisation seule parviendra à l'anéantir de nouveau ; et par civilisation il faut entendre la réunion des sciences, des arts, de l'agriculture, de l'industrie, et surtout d'une bonne hygiène publique et privée.

Le succès serait plus facile de nos jours qu'il ne l'a été autrefois ; on connaît mieux les causes productrices de la peste ; il y aurait donc moins d'hésitation pour les attaquer et les détruire.

L'Égypte étant incontestablement le principal foyer de la peste spontanée, c'est en Égypte qu'il faut agir d'abord et surtout. On ne devra cependant pas négliger la destruction de foyers qui, quoique moins intenses, ont cependant, à des époques récentes, exercé une bien funeste influence, c'est-à-dire, Constantinople, Erzeroum et les bords du Danube.

La conclusion de ce chapitre, ou plutôt de la première partie de ce rapport, sera la suivante :

Les progrès de la civilisation, et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

2e PARTIE. — *Chap. I.* — La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe ?

Les maladies épidémiques présentent des caractères qui les distinguent des maladies non épidémiques. La peste présente-t-elle tous ces caractères ? Il résulte de l'analyse des faits à laquelle se livre le rapporteur que la peste présente tous ces caractères ; comme toutes les maladies épidémiques, la peste attaque un grand nombre d'individus à la fois ; elle a, sous les diverses latitudes où elle se montre, une marche spéciale, une période de début, une période d'état et une période de déclin ou de terminaison, ces trois périodes ne présentant souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité ; elle influence toutes les affections intercurrentes qui se manifestent pendant son règne, les autres maladies, beaucoup plus rares que de coutume sont presque toujours marquées de son cachet, et en temps de peste l'influence épidémique se fait sentir aux personnes qui ont eu autrefois la maladie et même à celles qui ne l'ont pas eue et qui jouissent d'une bonne santé ; elle a toujours à peu près la même durée dans les différents pays qu'elle parcourt, et même dans certaines contrées elle commence et finit à des époques qu'on peut déterminer d'avance ; en Égypte, en Syrie, à Constantinople, on a pu déterminer les époques d'invasion des épidémies de peste, celle de leur accroissement et de leur terminaison ; la peste épi-

(1) PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DE LA PESTE, Paris, 1843.

démique a été très-souvent précédée, annoncée par d'autres affections épidémiques plus ou moins graves, plus ou moins répandues, et qui leur servent en quelque sorte d'avant-coureurs.

Enfin, l'étude de l'influence du sol, de l'atmosphère, des prédispositions individuelles innées ou acquises, sur le développement, la marche et la terminaison de la peste, établit de la manière la plus évidente que cette maladie doit être placée au premier rang des maladies épidémiques.

L'épidémicité de la peste est donc mise hors de doute. C'est là le fait fondamental de son histoire. En effet, si l'existence des foyers épidémiques de peste est bien démontrée, les choses ne se passeront pas de la même manière pour ceux qui resteront ou viendront dans ces foyers et pour ceux qui seront placés ou se transporteront en dehors de leur influence.

Tout individu restant dans un foyer épidémique de peste est exposé à contracter cette maladie; des faits nombreux et authentiques ont prouvé que l'isolement le plus complet ne préservait pas toujours ceux qui s'y soumettent, tandis que les personnes en santé ou déjà atteintes de la peste qui s'éloignent ou sont transportées hors du foyer épidémique échappent souvent au danger en s'éloignant de ce foyer.

Conclusion. Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

Chap. II. — Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique?

On a montré dans le chapitre précédent que toutes les fois que la peste épidémique a sévi avec quelque intensité sur un point du globe, elle a offert des caractères spéciaux communs à toutes les épidémies. Rien de semblable n'a lieu pour la peste sporadique.

Ainsi la peste sporadique ne présente pas, dans sa marche, ces trois périodes si remarquables de début, d'état et de déclin; quand elle se manifeste, les autres maladies ne sont pas moins nombreuses et ne reçoivent, en aucune façon, le cachet pestilentiel; les personnes en santé ne ressentent pas les effets d'une influence atmosphérique agissant spécialement sur le système lymphatique. La peste sporadique n'est pas précédée de maladies épidémiques dont elle ne paraisse être, en quelque sorte, que la suite, comme cela arrive pour les épidémies pestilentielles.

La peste épidémique et la peste sporadique diffèrent encore en Égypte sous un dernier rapport: tandis que la peste épidémique commence de novembre en février pour finir vers la fin de juin, la peste sporadique existe pendant tous les mois de l'année.

Conclusion. La peste sporadique diffère de la peste épidémique, non-seulement par le petit nombre des individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux affections épidémiques.

Chap. III. — La peste se propage-t-elle à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés? Quand on embrasse d'un coup d'œil la marche et les progrès d'un grand nombre de pestes épidémiques, on ne tarde pas à reconnaître que, par la seule action des causes épidémiques existant dans l'air, un grand nombre de points, souvent très-éloignés les uns des autres, ont été frappés sans qu'il ait été possible d'accuser aucune communication suspecte, soit par les personnes soit par les choses. Toujours née dans des localités insalubres, sous l'influence des causes que nous avons déterminées, la peste épidémique peut ou être renfermée dans l'enceinte d'une seule ville, quoique celle-ci soit restée en libre communication avec le dehors, ou se répandre dans un très-grand nombre de contrées. Souvent des localités voisines de celle où la peste épidémique a pris naissance restent épargnées. Quelquefois, au contraire, la peste épidémique envahit successivement et de proche en proche les villes et les villages. Fréquemment elle frappe des villes éloignées les unes des autres, en respectant les points intermédiaires.

La peste épidémique peut-elle, à l'aide de l'atmosphère seulement, traverser les mers et passer d'un continent dans un autre? Peut-elle, par exemple, franchir la Méditerranée, pour sauter d'Alexandrie à Marseille? Clot-Bey et M. Aubert-Roche sont de cet avis. La peste épidémique peut rencontrer, non loin du lieu où elle a pris naissance, des barrières pour ainsi dire infranchissables. C'est ainsi que la peste née dans la Basse-Égypte ne passe jamais la première cataracte.

Il est cependant des épidémies pestilentielles dont la force d'expansion est beaucoup plus grande, beaucoup plus puissante. Dans ces cas, la peste épidémique peut s'introduire dans des provinces généralement respectées par elle.

Rien ne serait plus important, quand une épidémie pestilentielle a régné dans une ville, que de savoir combien de malades ont dû leur affection à la constitution épidémique et combien l'ont due, soit à l'absorption des miasmes échappés des pestiférés, soit au contact direct ou indirect de ceux-ci.

Cette étude a été faite pour la première fois en Égypte, en 1835. M. le docteur Lachèze a reconnu qu'à Alexandrie et au Caire, l'influence épidémique avait frappé les personnes bien isolées, de manière à faire périr un individu sur 400, tandis que la peste avait enlevé un individu sur 3 parmi la population restée en libre pratique. Sans contester la réalité des chiffres donnés par M. Lachèze, beaucoup d'observateurs pensent qu'on doit les interpréter différemment. Ils disent qu'il suffit que les personnes qui ont fait quarantaine et celles qui sont restées en libre pratique, fussent dans des conditions hygiéniques opposées, pour que l'épidémie les ait frappées dans une proportion très-différente et conséquemment, pour que les miasmes pestilentiels ou le contact des pestiférés n'aient pas joué le rôle qu'on leur prête.

Pour obtenir des termes de comparaison moins reprochables, nous avons cherché quel était, soit au Caire, soit à Alexandrie, le grand établissement mis en quarantaine et contenant une population dans des conditions aussi analogues que possible à celles dans lesquelles vivait la population restée en libre pratique. L'arsenal d'Alexandrie qui, pendant l'épidémie de 1835, a toujours renfermé 6,000 ouvriers au moins, nous a paru devoir arrêter notre attention. Là, aucune atteinte ne peut être attribuée à une accumulation qui n'a jamais existé: attendu que, chaque fois qu'un malade était reconnu pestiféré, il était à l'instant transporté dans un hôpital situé en dehors de l'arsenal. On ne peut pas non plus accuser le contact des pestiférés, attendu que, soit parce que les malades étaient enlevés dès le début de l'affection, soit pour toute autre cause, les voisins des individus frappés de peste et ceux qui avaient touché ces derniers n'ont jamais été atteints de la maladie. Le chiffre des ouvriers de l'arsenal transportés à l'hôpital pour cause de peste nous donne donc celui des cas dus à l'épidémicité seule dans la classe peu aisée. Trois cents ouvriers ayant été atteints de la peste sur un total de 6,000 environ, on peut croire que l'influence épidémique seule a frappé un individu sur vingt; proportion qui diffère considérablement de celle fournie par la population restée en libre pratique.

Faut-il croire, avec Clot-Bey, que la différence des conditions hygiéniques rend complétement compte de ces faits, et que, si les ouvriers de l'arsenal n'ont pas perdu un seul individu sur trois, ils le doivent uniquement à ce qu'ils étaient tenus plus proprement et mieux nourris que le reste de la population ouvrière du Caire et d'Alexandrie?

Tout en reconnaissant la très-grande puissance de l'hygiène pour prévenir et modérer les ravages de la peste, nous devons dire que la conséquence déduite par Clot-Bey nous paraît aller au delà des faits. Nous repoussons sa conclusion: d'une part, parce qu'elle ne nous paraît pas appuyée sur des preuves positives et suffisantes; d'autre part, parce que, si elle était admise légèrement, elle aurait le très-grave inconvénient de s'opposer à ce qu'on étudiât les causes qui, secondairement, propagent la peste et en augmentent les désastres.

Des faits et des considérations contenus dans ce chapitre, M. le rapporteur déduit la proposition suivante:

La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

APPLICATION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LE TRAITEMENT DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

M. L. Boyer présente des pièces relatives aux deux premières applications qu'il a faites de son procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus, procédé qui consiste à placer un fil sur leur pédicule, comme pour en faire la ligature, et à se servir de ce fil comme d'une scie à chaîne pour en achever immédiatement la section. La première de ces pièces est un polype d'un tissu dense, résistant, du volume d'une poire d'Angleterre, dont le pédicule, de consistance fibreuse, offre le volume du petit doigt. Pour ce premier polype, on a appliqué d'abord une ligature, et quarante-huit heures après, le fil de la ligature a servi à achever la section. L'opération a été simple, facile et indolore; elle n'a été suivie d'aucune hémorrhagie. Malheureusement la malade, ayant commis plusieurs imprudences graves, a succombé à une péritonite pelvienne le cinquième jour.

Ce malheur a permis de compléter l'observation par l'examen anatomique.

L'utérus offre une tumeur fibreuse interstitielle, du volume d'une noix, située près du col, dans l'épaisseur de la paroi antérieure. On remarque le tronçon du pédicule, nettement coupé, inséré dans l'angle supérieur gauche. Le col, très-évasé en bas, se rétrécit en haut au point de laisser à peine passer le petit doigt, ce qui n'a pas empêché mon procédé de sercision d'être appliqué bien au-dessus de ce point rétréci, sur le véritable pédicule du polype. Le corps et le col ne présentent aucune trace de l'action produite par l'opération.

La seconde pièce est un polype du volume d'une pomme d'apis, de texture fibreuse, à pédicule plus grêle, extrait sur une autre malade par le même procédé, avec cette seule différence que, dans ce cas, la section par le fil a suivi immédiatement son application. L'opération a été facile et indolore comme la première fois; il n'y a point eu non plus d'hémorrhagie. La guérison a été rapide et complète.

Ces deux faits, dit M. Boyer, me paraissent établir que le procédé est facile et indolore. Il n'a été suivi d'hémorrhagie ni dans l'un ni dans l'autre cas. Il a sur l'excision l'avantage de ne nécessiter aucun abaissement et de n'introduire aucun instrument vulnérant; et, sur la ligature, celui d'extraire immédiatement le polype, et de ne point laisser séjourner un serre-nœud pendant plusieurs jours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, EN 1845.

DE LA NATURE DE LA FIÈVRE JAUNE ET DE SES RAPPORTS AVEC LE TYPHUS; par M. Pascal Piedallu (23 août 1845).

L'auteur se propose de démontrer: 1° que la fièvre jaune est de même nature que les fièvres de marais; 2° qu'elle diffère essentiellement du typhus. Une intelligente mise en œuvre de tous les documents géographiques, his-

toriques, etc., relatifs à ces deux questions, des rapprochements heureux, une expérience personnelle du sujet, un jugement solide, un style ferme et animé, distinguent ce travail et lui donnent une importance réelle. Aussi l'analyserons-nous avec quelque développement.

La première proposition est fondée sur des analogies de diverses sortes entre les fièvres jaunes et les fièvres de marais. Elles sont subordonnées aux conditions suivantes :

1° Foyers d'infection. — Personne aujourd'hui ne conteste plus la relation de cause à effet qui existe entre les effluves marécageux et les fièvres qui désolent la Sologne, la Bresse, les Marais pontins et le nord de l'Afrique. Or, des conditions analogues se rencontrent dans les lieux où la fièvre jaune est endémique. Ainsi, aux États-Unis du Sud, la végétation y est exubérante, les marécages y sont couverts de plantes aquatiques si abondantes qu'elles forment, suivant l'expression de Malte-Brun, des bosquets flottants. Les savanes, celles surtout qui bordent les fleuves et les rivières, sont généralement inondées pendant la saison des pluies, et restent en partie couvertes d'eaux stagnantes. A la Vera-Cruz et à la Havane, les pluies excessives et le débordement des torrents submergent le plat pays. Au Fort-Royal (Martinique), suivant M. Moreau de Jonnès, la partie du port appelée le *cul-de-sac du carénage* offre des bords couverts de mangliers et de palétuviers; des rochers y interceptent les brises, et des courants y portent les vases. Dans la plus grande partie de la basse Louisiane, le niveau des eaux du Mississipi est plus élevé que celui de la contrée voisine, et il se forme, de chaque côté du cours principal, de nombreux canaux d'écoulement pour les eaux débordées. L'inondation annuelle accumule dans le delta du fleuve les dépouilles végétales des plus lointains rivages. « Qu'on imagine, dit l'auteur, la quantité prodigieuse de végétaux et de vase mise à découvert par l'abaissement des eaux, qu'on fasse agir sur ce vaste foyer les ardeurs d'un soleil tropical, et l'on sera effrayé de l'énorme dégagement de miasmes qui doit s'opérer. Aussi la Nouvelle-Orléans, située à l'entrée du Mississipi, est-elle le foyer le plus actif et le plus constant de la fièvre jaune. »

La fièvre intermittente éclate quelquefois tout à coup dans des localités ordinairement salubres, ou en pleine mer à bord des navires. Il en est de même de la fièvre jaune. Dans ces cas, en supposant que le germe de la maladie n'ait pas été pris antérieurement au sein même des foyers, les mouvements atmosphériques peuvent encore rendre compte des migrations des effluves à de grandes distances. Ainsi, en 1826, les fièvres de marais, après avoir revêtu en Hollande le caractère épidémique, passèrent la mer sous l'influence des vents d'est, envahirent la côte orientale de l'Angleterre, et exercèrent aux environs de Wolwich des ravages considérables (Boudin). M. Piedallu a vu, en 1842, se développer à Corte une véritable épidémie de fièvres paludéennes, pour la plupart pernicieuses. Cependant la ville de Corte, située à une élévation considérable au-dessous du niveau de la mer, et entourée de montagnes, est habituellement très-salubre; mais un vent de sud-est y avait apporté des émanations marécageuses de la plaine d'Alaria, située à six lieues de distance, et fertile en fièvres.

2° Influences qui agissent sur les foyers d'infection. — Il paraît que l'*eau salée* augmente l'activité des foyers et lui communique un caractère pernicieux. Dans les contrées méridionales, les fièvres paludéennes sont moins graves dans l'intérieur des terres que sur le littoral. Là où la fièvre jaune est endémique, comme aux Antilles, à la Louisiane, les marais de l'intérieur donnent lieu à des fièvres ordinaires; les marais du littoral seuls engendrent la forme plus grave caractérisée par la coloration jaune de la peau et le vomissement noir. — C'est à la fin de l'été et pendant l'automne que règne principalement la fièvre marécageuse, aussi bien que la fièvre jaune. — L'une et l'autre suivent, sous le point de vue du type, du nombre, de la gravité, une marche progressivement décroissante à mesure que le terrain s'élève. — Relativement aux latitudes sous lesquelles les fièvres ont été observées jusqu'ici, les limites australe et boréale sont sensiblement les mêmes pour l'une et l'autre espèce. A ce sujet, l'auteur a fait une observation importante. Les fièvres sont très-inégalement réparties dans les deux hémisphères. Tandis qu'elles revêtent tous les types et toutes les formes pour ravager l'hémisphère boréal, elles se montrent à peine dans l'austral. Ce fait n'est pas aussi contraire qu'on pourrait le croire à l'opinion établie sur l'influence pernicieuse de la chaleur. Se rappelant cette donnée de géographie physique que la plus forte chaleur n'est pas à l'équateur, mais au tropique du cancer, M. Piedallu a remarqué que les limites boréales et australes des fièvres, situées à des distances inégales de l'équateur, se trouvent précisément éloignées l'une et l'autre du tropique du cancer d'environ 35°. Ainsi, au voisinage de ce tropique se pressent les terribles fièvres du Gange, de l'Indus, du Sénégal, de la Gambie, la fièvre jaune des Antilles et du Mississipi; de chaque côté de ce cercle brûlant, les fièvres vont diminuant par degrés de fréquence et d'intensité. Le tropique du cancer est donc « un véritable équateur pyrétologique. »

3° Influences qui favorisent l'absorption des miasmes. Ce sont, pour les fièvres paludéennes comme pour la fièvre jaune, le froid des nuits, une constitution forte, un séjour récent au sein du foyer. L'auteur ne croit pas à un acclimatement parfait tel qu'on devienne à tout jamais réfractaire aux causes d'infection; seulement, l'acclimaté ou l'indigène est pris (chose remarquable) de fièvres intermittentes et rémittentes là où l'étranger devient jaune et vomit du sang noir.

4° Voies d'absorption des miasmes. Le miasme de la fièvre jaune et celui de la fièvre d'accès peuvent s'introduire dans l'économie, non-seulement par la surface pulmonaire, mais encore par les voies digestives. Les faits cités par l'auteur en preuve de cette assertion sont extrêmement curieux, et nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de les rapporter.

5° Modes de propagation. Sur ce chapitre, l'auteur est absolu. La fièvre jaune n'est pas plus contagieuse que les plus bénignes des fièvres intermittentes, et ne se propage que par infection.

6° Caractères de la maladie. A l'autopsie des individus morts de fièvre jaune ou de fièvres paludéennes, on peut rencontrer les désordres les plus étendus et les plus variés; mais aucune lésion n'est absolument constante, pas même celle de la rate. La même variabilité s'observe dans les symptômes. En parcourant les nombreux mémoires écrits sur la fièvre jaune, il est facile de voir que dans chaque épidémie tel ou tel symptôme prédomine, manque ou est modifié suivant une foule de circonstances locales, météorologiques et idiosyncrasiques. De même la fièvre de marais, dite pernicieuse, peut revêtir dans une même localité un grand nombre de formes différentes. Enfin, non-seulement fièvre jaune et fièvre de marais n'ont rien de très-fixe dans leurs lésions anatomiques et leurs symptômes, mais encore ces lésions et ces symptômes sont analogues. Ainsi l'hématémèse, le vomissement noir, les selles de même nature, ne sont pas très-rares dans les hypersplénotrophies paludéennes. M. Piorry a cité des cas semblables. Le gonflement de la rate n'est pas exclusivement propre à la fièvre d'accès; d'un côté il peut manquer dans cette affection; de l'autre, il existe assez fréquemment dans la fièvre jaune.

7° Types de la fièvre. Dans notre climat, et en général sous les latitudes du nord, les effluves marécageux produisent exclusivement des fièvres d'accès. Sur ce fait particulier, on a élevé une théorie générale, et l'intermittence a été déclarée la forme prototypique de l'intoxication des marais; mais les expéditions d'Italie, d'Espagne, de Morée, et surtout la conquête de l'Algérie, en ouvrant un champ plus vaste à l'observation, ont amené peu à peu la chute de cette théorie exclusive. M. Boudin, dont l'expérience en ces matières a tant d'autorité, professe que les types les plus variés, depuis l'intermittence la plus parfaite et la plus prolongée jusqu'à la continuité la plus absolue, peuvent être l'effet des effluves marécageux et guérir par les mêmes moyens; aussi les Italiens donnent-ils aux formes multiples de l'infection paludéenne le nom de *maladies à quinquina.* L'auteur a fait lui-même en Corse des observations analogues.

Si le type intermittent n'est pas un caractère essentiel des fièvres paludéennes, et si leur marche continue ne s'oppose pas à l'efficacité des médicaments fébrifuges, d'un autre côté, l'intermittence et la rémittence est aussi une des formes de la fièvre jaune, et celle-ci cède fréquemment au quinquina. Suivant Chervin (De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne, 1842), les épidémies de fièvre jaune commencent par des pyrexies d'un degré inférieur qui vont en s'aggravant; durant le cours des épidémies, la maladie revêt encore quelquefois le type rémittent ou intermittent, et enfin ce type se présente de plus en plus fréquemment à mesure que l'épidémie décline. Dans les cas où la fièvre prend le type périodique, le sulfate de quinine est administré avec succès. Ce dernier point a été d'ailleurs expérimentalement établi par plusieurs observateurs, notamment par MM. Émile Chevé à l'île Gorée, Rufz à la Martinique, Macher à bord de la frégate *l'Herminie.*

Nous avons tenu à n'oublier aucun des arguments invoqués par M. Piedallu à l'app i de sa thèse, parce que leur force principale est dans leur concours et leur rapprochement, et que la question à laquelle ils se rapportent n'a peut-être jamais été plus largement étudiée. Devant cette masse de faits, et malgré l'obscurité dont s'enveloppe encore l'élément étiologique des fièvres, et par suite leur nature intime, l'induction ne peut pas hésiter à reconnaître entre les fièvres de marais proprement dites et les fièvres jaunes une profonde analogie. Est-elle suffisamment autorisée à les déclarer *identiques?* Voilà ce dont il est encore permis de douter. L'identité de nature suppose l'identité de cause, et l'identité de cause celle des effets, modifiés seulement par des influences tout accidentelles et secondaires. Or, dans l'espèce, la différence des effets est considérable, et, sur plusieurs points, inexplicable jusqu'ici par la différence des conditions accessoires de leur développement. Quelques exemples nous feront mieux comprendre. — Si la fièvre paludéenne et la fièvre jaune sont des maladies *identiques*, nées de causes *identiques* et différant seulement par le degré, il s'ensuit que tout foyer de fièvre jaune doit être plus actif, plus propre,

par les dispositions du sol, aux émanations marécageuses, qu'aucun autre foyer de fièvre paludéenne. Or, cela est-il arrivé? C'est une question que nous n'avons pas les moyens de résoudre, et que nous faisons aux hommes compétents. La rate se gonfle et se ramollit dans la fièvre jaune quand celle-ci se prolonge, comme elle se gonfle dans la fièvre typhoïde et d'autres affections; mais ce phénomène a-t-il absolument la même signification que cette splénotrophie à peu près constante qui a lieu dès le premier accès de la fièvre intermittente? Le quinquina guérit la fièvre jaune à type périodique; mais, d'une part, il n'est pas prouvé encore qu'il réussisse contre le type continu, comme il paraît réussir contre le même type de fièvres de marais; d'autre part, le quinquina guérit bien d'autres affections intermittentes (certaines névralgies, par exemple,) qui ne sont pas d'origine miasmatique et n'ont aucune analogie avec la fièvre jaune. Toutes ces difficultés, et nous pourrions les multiplier, nous paraissent peser d'un poids sérieux sur l'opinion si bien soutenue et adoptée sans réserve par M. Piedallu.

Quant à sa deuxième proposition : *la fièvre jaune diffère essentiellement du typhus*, il cherche à l'établir à l'aide du même procédé de comparaison. Une rapide revue des éléments de chacune de ces deux maladies en fait ressortir les différences capitales. La plus importante de ces différences réside sans contredit dans les lésions de la partie inférieure de l'iléon; le typhus seul présente un développement anormal et une altération des glandes de Peyer avec engorgement des glandes mésentériques. Ce sujet est, du reste, traité fort brièvement, et il est facile de s'apercevoir que l'auteur ne s'y est pas attaché comme à une partie essentielle de son travail.

2° DES CAUSES D'UN TRAVAIL TROP PROLONGÉ, DES ACCIDENTS QUI EN PEUVENT RÉSULTER ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER; par M. PERRUSSET (20 août 1845).

Ce sujet fort complexe a été traité avec un grand bonheur par M. Perrusset. Toutes les questions qui s'y rattachent, il a su les rassembler, les discuter, les résoudre à sa manière dans une quarantaine de pages, grâce à une grande précision d'idées et de style. Nous disons *les résoudre*, parce qu'en effet cette thèse se distingue par un caractère dogmatique très-prononcé, bien différent en cela de la plupart des autres thèses, dont le mérite consiste presque uniquement dans un exposé plus ou moins fidèle des opinions anciennes et modernes sur la matière, et principalement (pour des raisons particulières aux candidats) des opinions des professeurs actuels. Élève interne de plusieurs hôpitaux pourvus d'un service d'accouchement, M. Perrusset a pu apporter à l'examen de la question qui lui est échue le fruit de ses études spéciales et de son expérience personnelle.

Ces heureuses conditions ne lui ont pourtant pas permis, on le conçoit, de rajeunir beaucoup un sujet tant de fois controversé. D'un autre côté, l'étroitesse du cadre l'a forcé souvent à mettre une affirmation rapidement motivée à la place d'une démonstration en règle. Pour ces différents motifs, nous ne le suivrons pas sur tous les points soumis à son exploration, et nous nous bornerons à relever les remarques pratiques les plus dignes d'être mentionnées.

Il nous a toujours semblé que les accoucheurs abusaient un peu de la *rigidité du col utérin*. Chaque fois que l'orifice ne se dilate pas suffisamment, c'est la faute de sa rigidité : vite, l'extrait de belladone. Presque jamais on ne se demande s'il n'y a pas, dans les dispositions respectives du col lui-même et de la tête du fœtus, quelque obstacle mécanique à la dilatation. C'est pourtant ce qui arrive assez souvent. Les accoucheurs expérimentés le savent bien d'ailleurs, et nous n'en parlons ici que pour le rappeler à la mémoire de ceux qui, sans le nier peut-être en principe, l'oublient ordinairement dans la pratique. M. Pérusset signale, comme pouvant mettre obstacle à la dilatation, la direction vicieuse du col de l'utérus par suite d'une trop grande obliquité de cet organe et l'insertion vicieuse du col sur le corps. « Lorsque, dit-il, la dilatation du col est empêchée par une direction vicieuse de cette partie, si ce vice de direction tient à une inclinaison de l'utérus, redressez celui-ci. Mais si cette mauvaise direction dépend d'une insertion vicieuse du col sur le corps de l'utérus, il faut aller avec un ou deux doigts chercher le col, le ramener dans une direction convenable, et même le soutenir dans cette position jusqu'à ce que la tête soit dégagée. Souvent alors on voit la tête se coiffer de la lèvre antérieure du col et s'arrêter derrière cet obstacle. Il suffit avec le doigt de soutenir cette lèvre antérieure pendant une ou deux contractions; la tête franchit l'orifice et le travail marche. »

Nous le répétons : ce précepte n'est pas absolument nouveau, mais il est peu connu et surtout pratiqué; et l'on a vu (GAZ. MÉD., p. 74) qu'un médecin anglais a cru devoir en faire l'objet d'un travail spécial.

Sur la question de l'*accouchement prématuré artificiel*, M. Perrusset se prononce énergiquement : « Une femme est enceinte; la conformation de son bassin est telle que l'accouchement à terme est impossible. Arrivé à cette époque, il faudra ou mutiler l'enfant, ou faire subir à la mère une de ces opérations qui équivalent à un arrêt de mort. Eh bien! on propose, non pas une opération, mais un moyen qui doit conserver la vie à la femme et à l'enfant. Ne faut-il pas accepter ce moyen comme un bienfait? »

Quelles sont les indications et les contre-indications de l'accouchement forcé? On connaît la divergence des auteurs à cet égard. A sept mois, époque la plus avancée à laquelle on puisse agir pour sauver la vie de l'enfant, le diamètre bipariétal (celui qui vient habituellement se mettre en rapport avec le diamètre rétréci du bassin) a de 6 centimètres et demi à 7 centimètres; si donc le bassin n'offre pas au moins 7 centimètres de passage, l'accouchement forcé, suivant la plupart des auteurs, ne doit pas être tenté. M. Perrusset, considérant la réductibilité de la tête à cet âge, pense que l'accouchement pourrait être provoqué jusqu'à 6 centimètres et demi de rétrécissement. En effet, on a vu l'accouchement *à terme* se terminer heureusement, malgré un retrécissement porté à 8 centimètres et demi, et même à 8 centimètres.

Sur une question plus délicate encore que la précédente, celle de *l'avortement provoqué*, l'auteur n'est pas moins explicite : « Une femme se présente *dans les premiers temps de la grossesse;* son bassin vicié n'offre au plus que 6 centimètres de passage. La femme arrivée à terme ne pourra être délivrée que par une opération sanglante portant sur elle ou sur l'enfant, c'est-à-dire que l'un ou l'autre sera sacrifié; car l'opération faite sur le fœtus c'est la céphalotripsie; sur la mère, c'est l'opération césarienne. Que faire alors? Est-ce qu'il ne serait pas permis, est-ce que ce ne serait pas un devoir de provoquer l'avortement?... »

Toute la partie de la thèse relative aux indications tirées des rétrécissements du bassin est, du reste, traitée avec beaucoup de sagacité et de jugement. Peut-être celle qui concerne les indications fournies par les tumeurs du bassin ou de l'utérus aurait-elle gagné à être plus développée. Il y avait là matière à des préceptes généraux et à des préceptes particuliers en rapport avec la nature, le volume, la forme des tumeurs. En ce qui concerne les polypes muqueux, par exemple, il est bon de savoir que leur pédicule s'élargit, s'étale, pour ainsi dire, en s'amincissant à mesure que le col utérin se dilate, de manière à l'embrasser bientôt dans une grande partie de sa circonférence. Supposez que, méconnaissant cette disposition, on pratique la ligature du polype. Qu'arrivera-t-il? Que le pédicule, se fronçant à la manière d'une bourse, fermera l'entrée du col. Nous avons vu un cas semblable à l'Hôtel-Dieu. La femme passa six heures dans des douleurs atroces; à la fin, le travail ne marchant pas, on pratiqua le toucher et l'on trouva l'orifice utérin complétement fermé. Le fil fut immédiatement coupé, et l'accouchement se termina rapidement malgré la présence du polype.

VARIÉTÉS.

MORT ET OBSÈQUES DE M. VIREY.

M. Virey (Julien-Joseph), docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, ancien professeur d'histoire naturelle et médicale à l'hôpital militaire de perfectionnement au Val-de-Grâce et à l'Athénée de Paris, membre du conseil supérieur de santé, de l'Académie impériale des curieux de la nature, ancien député de la Haute-Marne et officier de la Légion d'honneur, vient d'être enlevé à la science et à ses nombreux amis; il était âgé de 71 ans.

Ses obsèques ont eu lieu mercredi 11 de ce mois. Le cortége se composait de savants, de médecins et d'hommes de lettres; tous étaient venus rendre un dernier hommage à l'homme qui s'était distingué dans les trois carrières.

M. Soubeiran, pharmacien en chef des hôpitaux et membre de la section de pharmacie de l'Académie royale de médecine, a rappelé, dans un discours simple et touchant, les qualités, les vertus, et les différents mérites de Virey. Ce n'était pas seulement un esprit élevé et un savant des plus distingués, c'était surtout un homme excellent, un cœur droit et ferme. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire le discours de M. Soubeiran, qui a été l'expression fidèle des regrets de tous ceux qui ont connu et apprécié Virey.

DISCOURS DE M. SOUBEIRAN.

Messieurs,

C'est un pénible devoir que de venir, en un pareil moment, payer un dernier tribut d'amitié et de regret à un collègue et à un ami. C'est un dernier instant que nous venons passer auprès de lui; quelques minutes encore, et de cette bonne amitié, de cette affectueuse familiarité à laquelle il m'avait si doucement accoutumé, il ne restera que des souvenirs et la douleur amère qui me fera regretter à jamais l'homme excellent sur la tombe duquel je viens déposer une dernière expression de mon attachement. Mes paroles sont celles d'un ami qui cherche, dans un passé qui s'éloigne déjà, quelque chose de ces moments heureux dont le retour est à jamais impossible; et quand je viens rappeler et ses services et ses vertus, vous tous, ses collègues et ses amis, vous vous joignez à moi dans un même sentiment de douleur et de regret.

Il est des hommes que les événements ont élevés au-dessus de tous, que des actions d'éclat, des découvertes capitales ont mis en lumière. Leur nom est pro-

clamé devant toute la génération qui les perd ; il rappelle à tous et leur mérite ou leurs grandes actions. A ces intelligences d'élite, déjà de leur vivant la gloire a payé le prix de leurs travaux. Mais il est aussi des hommes dont les travaux plus modestes ont moins d'éclat, qui chaque jour ajoutent une nouvelle œuvre à l'œuvre de la veille ; leurs services, si utiles, si nombreux qu'ils soient, ont moins de retentissement. Ignorés de la foule, tant de travail serait pour eux une sorte de déception, si, à côté de cette foule indifférente, ils ne trouvaient des juges et des appréciateurs qui leur distribuent une part de renommée durable, s'ils ne savaient que leurs labeurs sont appréciés par ceux-là seuls qui ont valeur pour les juger, et si, par-dessus tout, leur première récompense n'était pas dans la satisfaction d'une conscience pure, qui peut se dire qu'elle est dans la voie de Dieu, et qu'elle a contribué de tous ses efforts au bonheur et au perfectionnement de l'humanité.

C'est au nombre de ces hommes utiles qu'il faut compter M. Virey, ancien pharmacien en chef de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, ancien député, officier de la Légion d'honneur.

Fils d'un notaire royal, Virey naquit à Hortes le 22 décembre 1775.

Après avoir fait ses humanités au collége de Langres, il fut placé chez un parent pharmacien de cette ville, pour y commencer des études en pharmacie ; c'était au moment où éclatait cette révolution qui allait ébranler le monde. La vieille Europe ne s'était pas trompée à la portée des accents de la France qui proclamait la liberté. Attaquées dans leurs antiques priviléges, poussées par le sentiment de leur conservation, monarchies et aristocraties se liguèrent pour étouffer le mouvement dans son berceau. Elles ne réussirent qu'à éveiller une énergie dont la France elle-même ignorait le secret, qui repoussa l'étranger du sol de la patrie et qui fit payer à ses ennemis par trente ans d'expiation l'injustice de leur agression. Pour résister à cette coalition, la France avait besoin de tous ses enfants ; Virey, comme toute la jeunesse de ce moment, se rendit sous les drapeaux. Cependant avec ses mœurs douces, son habitude du travail, ce ne fut pas, sans doute, sans quelque sentiment de regret que le jeune Virey s'arracha à ses foyers et à ses chères études. Ce furent elles cependant qui, dans ce moment de crise, décidèrent de sa position. Il fut appelé dans les hôpitaux, et fut attaché comme pharmacien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Là, il ne tarda pas à se faire distinguer par son aptitude et son zèle ; et le célèbre Parmentier, qui ne laissa dans l'ombre aucun des jeunes pharmaciens qui annonçaient du mérite, Parmentier qui savait si bien les interroger pour les juger, reconnut tout d'abord la capacité du jeune Virey et n'eut rien de plus pressé que de l'envoyer à l'hôpital du Val-de-Grâce de Paris.

Dans cette situation, les dispositions de Virey trouvèrent largement à se développer. Non content de remplir exactement ses devoirs, Virey se livra au travail, aux recherches scientifiques, avec une activité, une persévérance peu communes. Exact à tous les cours, il passait à la bibliothèque du Panthéon les instants qui lui restaient de libres, et outre l'étude de l'histoire naturelle générale, l'étude de la botanique et de la matière médicale, celle de l'histoire du genre humain, considéré moralement et physiquement, devint une de ses occupations favorites. Aussi la partie la plus considérable peut-être des travaux qu'il a publiés est-elle relative à l'histoire de l'homme. C'est de cette manière qu'après avoir contribué dans les hôpitaux à soigner et guérir les affections du corps, il voulut, avec les philosophes, concourir au but si noble et si élevé de faire faire un pas de plus aux travaux de l'intelligence.

Les travaux que M. Virey a publiés sont très-nombreux et de divers genres. Appelé à être l'un des rédacteurs du JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES, il a inséré dans ce journal une multitude de notices relatives soit aux animaux, soit aux végétaux, soit aux minéraux qui entrent dans le domaine de la matière médicale. Il avait acquis sur ces matières une expérience profonde ; aussi était-il souvent consulté par l'administration des douanes sur les substances étrangères introduites en France comme médicaments.

Appelé à être l'un des collaborateurs du nouveau dictionnaire d'histoire naturelle, appliquée aux arts, et l'un des principaux auteurs du grand dictionnaire des sciences médicales, il a traité dans ces deux recueils, qui forme chacun une encyclopédie spéciale, les sujets d'ensemble. Ainsi on lui doit les articles NATURE, ANIMAL, RÈGNES, et divers sujets généraux de physiologie, d'hygiène, de philosophie et de l'histoire de la science.

L'édition de Buffon de Sonnini lui doit encore un assez grand nombre de notes.

Mais nous tous qui suivons, sinon la même carrière, au moins le même genre d'études que Virey, nous savons que les travaux encyclopédiques ne sont que des bases, que des matériaux que l'on assemble isolément pour construire à certains moments des édifices d'ensemble plus importants, et qui viennent compléter la renommée de leur auteur. Avec des matériaux aussi nombreux que ceux que Virey avait rassemblés, il ne pouvait manquer de publier des ouvrages originaux ; il se succédèrent continuellement dans le cours de sa vie. Telles furent trois éditions d'un TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE ; une traduction de la CHIMIE ORGANIQUE, de L. Gmelin, augmentée de notes critiques et résultats d'expériences de laboratoire ; deux éditions de l'HISTOIRE NATURELLE DU GENRE HUMAIN en 3 volumes, et qui furent réimprimées à l'étranger ; deux éditions de l'HISTOIRE DE LA FEMME SOUS SES RAPPORTS PHYSIOLOGIQUES, MORAUX ET LITTÉRAIRES, ouvrage qui fut traduit en allemand ; l'HISTOIRE DES MOEURS ET DE L'INSTINCT DES ANIMAUX AVEC DES CLASSIFICATIONS NATURELLES, 2 vol. Telles furent encore, lorsqu'il se fit recevoir docteur médecin, en 1814, sa thèse inaugurale, intitulée : ÉPHÉMÉRIDES DE LA VIE HUMAINE ; et un autre travail sous ce titre : EXAMEN IMPARTIAL DE LA MÉDECINE MAGNÉTIQUE. Virey a publié une HISTOIRE NATURELLE DES MÉDICAMENTS, DES ALIMENTS ET DES POISONS ; un livre sur LA PUISSANCE VITALE DANS SES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES ; une HYGIÈNE PHILOSOPHIQUE APPLIQUÉE A LA CIVILISATION MODERNE, ouvrage traduit en italien ; et enfin son dernier ouvrage, intitulé : DE LA PHYSIOLOGIE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHILOSOPHIE, 1844.

La simple énumération des titres de ces livres vous rappelle avec quelle ardeur Virey se livrait au travail. L'étude était son occupation et sa distraction de tous les instants. Un seul motif le guidait, qui respire dans toutes ses œuvres : c'était l'amour de ses semblables, le désir de concourir à leur bonheur et aux progrès de l'humanité.

Tant de travaux ne restèrent pas sans récompense : M. Virey était membre de l'Académie royale de médecine, du comité historique des sciences près le ministère de l'instruction publique ; un grand nombre de sociétés savantes le comptaient au nombre de leurs correspondants.

En 1825, il fut appelé à la chambre des députés. Là encore, malgré les devoirs imposés par une pareille position, il a pu consacrer quelques instants à de nouvelles publications ; elles se ressentent de sa nouvelle situation : elles sont relatives à l'éducation publique. Tout ce que ses méditations lui avaient appris sur la nature de l'homme, il le met en œuvre et l'applique à l'amélioration morale de l'enfance.

Virey avait un caractère affable. Aidant volontiers de ses conseils et de ses avis les jeunes gens qui commençaient leur carrière ; il tendait une main amie à tous ceux qui s'occupaient des travaux de l'intelligence. D'une nature bonne et douce, tout entier à ses chères études et à ses affections de famille, jamais il n'eut un sentiment d'animosité contre ses émules ou ses rivaux. Mais s'il ne fut l'ennemi de personne, il n'eut personne pour ennemi. Chacun rendait justice à l'honnêteté de son cœur. Ce dont il faut s'étonner, c'est qu'avec de tels sentiments et une carrière aussi inoffensive, il ait pu devenir suspect un jour. En 1825, il fut présenté par l'Ecole de pharmacie et par l'Institut pour une chaire d'histoire naturelle ; la restauration le repoussa. Virey était bon, vertueux, savant modeste et profond ; ses travaux sur l'histoire naturelle lui donnaient des droits incontestables ; mais il avait négligé en ses écrits de complaire à la coterie bigote qui dominait le gouvernement d'alors ; vindicative comme toujours, elle exigea qu'il fût écarté.

J'ai rappelé l'homme public ; mais si nous descendons dans sa vie privée, nous voyons d'abord Virey, jeune homme studieux, livré complétement à l'étude, fuyant les sujets de plaisir, de distraction, s'enfermant dans les bibliothèques publiques lorsque ses camarades, ses émules se livraient au plaisir. Nous le voyons ne se lier qu'avec ceux qui partageaient les mêmes goûts. Son amour du travail était si bien connu que ses camarades, qui tous étaient ses amis, venaient souvent le remplacer dans ses fonctions officielles, sachant que c'était le moyen le plus sûr de l'obliger que de lui donner le temps de se livrer avec plus d'assiduité à ses études bien-aimées.

Plus tard, devenu chef de famille, on le vit s'occuper constamment du bonheur de ceux qui l'entouraient. Entré dans une famille nombreuse, entouré d'enfants qui n'étaient pas les siens, il les aima de toute l'affection de son âme ; son esprit conciliant devint l'arbitre qui faisait naître autour de lui la concorde et l'amitié. Aux anciens amis, il en joignit de nouveaux et forma autour de lui un de ces cercles malheureusement trop rares, où l'intimité, la confiance et la liberté mutuelle font passer les moments si courts et si agréables.

Virey vivait heureux du bonheur qu'il avait fait à tous ceux qui l'entourent, lorsqu'il y a quelques mois se montrèrent les premières atteintes de la maladie qui l'a enlevé. C'est au sortir d'une de ces douces soirées de causeries, entouré de quelques amis auxquels l'heure avancée allait donner le signal de la retraite, que tout à coup sa respiration devint embarrassée et qu'il tomba privé de vie entre leurs bras et ceux de sa femme et de ses enfants. Dieu lui avait épargné la douleur de la séparation. A cette famille qui perd son protecteur, à cette épouse désolée qui se voit ravir si brusquement un mari tendrement aimé, à ces enfants qui pleuraient un père chéri, à nous tous ses amis, il ne reste plus que la consternation d'une mort si inattendue, des regrets éternels sur l'homme de bien qui nous est enlevé.

Adieu, Virey, une dernière fois, adieu. Ton nom vivra avec honneur parmi ceux des hommes qui ont consacré leur vie au culte de l'humanité. Le souvenir de ton affection et de ta bonté restera au cœur de ta famille et de tes amis que tu as tant aimés.

— Le concours ouvert pour la chaire d'anatomie est terminé. M. le docteur Denonvilliers, chef des travaux anatomiques de la Faculté, a été élu après trois tours de scrutin. Les candidats qui ont obtenu des voix sont : MM. les docteurs Béclard, Chassaignac, Duméril et Gosselin.

— La variole continue de sévir à Saint-Omer ; on compte un grand nombre de personnes et d'enfants qui en sont atteints. Les hommes de l'art attribuent l'intensité de cette maladie à la négligence apportée, dit-on, aux mesures de précaution pour l'admission des enfants dans les salles d'asile et les écoles publiques. Autrefois on exigeait, pour admettre un enfant dans ces établissements, que les parents justifiassent, par un certificat, que l'enfant avait été vacciné.

— On nous assure, dit un journal de Lyon, que dans la journée de samedi dernier, plus de cent malades ont été refusés à l'Hôtel-Dieu, faute de lits. Cela ne doit point nous étonner ; la population a plus que doublé depuis quelques années à Lyon, et le nombre des lits est resté à peu près le même. Ce qu'il y a de sûr, c'est que nos hôpitaux civils sont, sous tous les rapports, insuffisants.

PETITE CORRESPONDANCE.

— Reçu les numéros réclamés des ARCHIVES DU MIDI, des ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

L'ÉTIOLOGIE SUIVANT LES ÉCOLES ACTUELLES.

§ I. École de Paris (1).

Nous croyons avoir démontré en fait, et par le seul secours de l'observation et de l'expérience, que *l'étiologie organique*, dans laquelle se résolvent les principaux travaux de l'école de Paris, ne répond en aucune façon à la véritable conception étiologique des maladies. Il nous reste à démontrer la même proposition en principe.

Notre tache serait singulièrement simplifiée, ou plutôt elle serait remplie d'avance, s'il était en notre pouvoir de signaler immédiatement, et surtout de faire admettre sans réplique, la formule définitive de l'étiologie des maladies. En effet, il suffirait d'appliquer cette formule à *l'étiologie organique*, de voir si les dispositions de l'une sont celles de l'autre; si elles ont les mêmes éléments; si ceux-ci, cla sés et interprétés de la même manière, ont les mêmes proportions; s'ils sont dans les mêmes rapports. Ce qui d'un côté serait en plus, en moins, ou différent, serait à reformer de l'autre; ce serait, en quelque façon, un instrument qui dispenserait de raisonner, de discuter et d'argumenter. Nous ne renonçons pas à l'espoir d'arriver à ce résultat, et c'est pour cela que nous en indiquons d'avance les avantages; mais nous n'en sommes malheureusement pas là encore. Force nous est donc de construire tout à la fois et d'appliquer, de rechercher le vrai en combattant le faux; car l'idée générale que nous avons donnée précédemment de nos vues (2) était tout au plus suffisante pour en montrer la différence radicale avec les systèmes étiologiques qui sont en possession de la science et de l'opinion.

La première règle de la véritable conception étiologique, avons-nous dit, c'est de n'admettre que des causes réelles, expérimentales, démontrables et acceptables, à quelque école qu'on appartienne. Or l'école de Paris admet jusqu'ici indistinctement les causes matérielles et les causes figurées; par exemple, elle accorde la même valeur de réalité étiologique à l'irritation et à l'inflammation qu'au cuivre ou au plomb rép ndu dans les organes. Or, pour toutes les doctrines, ces deux métaux sont des agents étiologiques réels, démontrables, tandis que l'irritation et l'inflammation ne sont que des abstractions figurées, des êtres de raison, non-seulement contestés par beaucoup d'écoles, mais n'ayant en réalité aucun titre à la possession dont les a dotés l'école de Paris. Est-il nécessaire d'ajouter que cette école ne possède aucun critérium pour apprécier le véritable caractère de la causalité, et la faire distinguer de la simple coïncidence. Si l'on en excepte les efforts persévérants de M. Louis et de ses élèves pour suppléer, par les révélations du nombre, à des ca actères plus directs, existe-t-il quoi que ce soit qui garantisse la vérité contre les inductions de l'arbitraire le plus absolu. Bien plus, cet arbitraire n'est-il pas consacré en principe, quand l'on voit assignées indistinctement à la même maladie toutes les causes supposées ou réelles, de quelque nature ou ordre qu'elles soient, sans distinction aucune de leur puissance de réalisation différentielle. Lisez par exemple, dans les dictionnaires et les traités les plus récents, les articles *Pneumonie, Arthrite, Coxalgie*, vous y verrez confondues pêle-mêle, les influences extérieures avec les causes constitutionnelles, et les produits des unes et des autres accumulés indistinctement dans le même cadre; le tout composant l'assemblage le plus bizarre et le plus irrationnel qu'il soit possible de concevoir. Pourquoi cela? Parce que l'étiologie organique manque d'abord aux deux premiers principes de l'étiologie rationnelle : au premier, qui commande de prouver, de distinguer et de classer les causes, par rapport à leur réalité, à leur ordre, à leur nature et à leur degré; au second, de rapporter exclusivement à chacune d'elles les caractères qui leur sont propres. L'omission de ces deux principes est la conséquence nécessaire de l'état actuel de la logique des sciences, et en particulier de l'idée fondamentale de l'école organique. Sans vouloir entrer pour le moment dans d'autres développements, disons qu'on n'a point pris garde jusqu'ici à cette loi fondamentale de l'étiologie scientifique, à savoir : « que chaque cause de nature différente possède une spécificité d'action telle, à l'égard de ses produits, que ceux-ci ne peuvent appartenir qu'à elle, comme elle seule a la puissance de les réaliser : d'où, la spécificité des caractères liés et subordonnés à la spécificité des causes (1) ». On conçoit qu'en l'absence de ce principe on continue à confondre pêle-mêle dans la même formule étiologique, comme agents d'un même produit, les causes les plus différentes, et à réunir dans une même description symptomatique les effets les plus divers. En outre, ainsi que nous venons de le dire, l'idée fondamentale de l'école organique prête encore à cette confusion et la favorise; elle considère la lésion matérielle de l'organe comme l'expression la plus élevée du concours d'action des causes, et cette lésion, identique dans tous les cas, comme la seule origine des manifestations morbides les plus diverses. A quoi bon, avec une semblable doctrine, d'établir, de distinguer, de classer les causes? et à quoi servirait de rapporter à chacune d'elles les symptômes et les caractères qui lui sont propres? L'étiologie de l'école de Paris, contrairement aux principes de l'étiologie rationnelle, pèche donc déjà par deux points fondamentaux : elle ne *classe* point les causes et ne *spécifie* pas les effets.

L'étude approfondie de l'évolution des maladies, et des maladies chroniques surtout, des difformités, par exemple, montre qu'après l'installation de la lésion organique primitive, et après la manifestation des symptômes de cette lésion, il se développe toujours, et nécessairement, un second ordre d'états matériels et fonctionnels consécutifs, résultant de la continuité d'action des précédentes, c'est-à-dire de la fonctionnalité pervertie : ceux-ci, par rapport aux vraies causes de la maladie, n'étaient que des symptômes ou des effets; par rapport aux états matériels et fonctionnels consécutifs, ils deviennent causes : d'où il suit que, dans la même maladie, il s'établit une *série* d'évolutions étiologiques en vertu desquelles toute lésion organique primitive est à la fois un symptôme, un effet et une cause. C'est le lieu de faire remarquer que, longtemps après l'épuisement et la disparition de la cause première, comme cela arrive dans les maladies chroniques surtout, le

(1) V. GAZ. MÉD. du 31 janvier et du 14 mars, 1846.
(2) QU'EST-CE QUE LA MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE? (GAZ. MÉD., 31 janvier, 1846.)

(1) Voici bientôt dix ans que nous avons formulé ce principe pour la première fois. Nous voyons avec satisfaction que quelques esprits l'ont accepté. Notre satisfaction serait plus complète s'ils n'avaient pas paru en oublier l'origine.

Feuilleton.

DE LA CRITIQUE DES FAITS DITS EXTRAORDINAIRES, A PROPOS D'ANGÉLIQUE COTTIN.

On avait dit que la commission de l'Académie des sciences ne devait pas faire de rapport sur la fille électrique, et nous avions nous-même adopté ce bruit; on s'était trompé. On aura lu dans le compte rendu de l'avant-dernière séance la communication faite à ce sujet par l'organe de M. Arago. Ce rapport confirme pleinement les renseignements que nous avons donnés sur les recherches de la commission. Les résultats ont été négatifs. Parmi les faits annoncés, la plupart ne se sont pas produits devant elle, et ces faits qui ont manqué sont précisément ceux qui, par leur nature, n'auraient laissé aucune prise au doute sur leur réalité et leur sincérité (les phénomènes d'action à distance), tandis que les seuls dont elle a été témoin (la répulsion d'une chaise au contact immédiat) sont susceptibles d'être simulés et par conséquent suspects. Il faut ajouter que ce dernier phénomène ne s'est produit qu'à une première séance, et qu'aussitôt que la commission a manifesté nettement ses soupçons sur la manière dont s'opéraient ou paraissaient s'opérer les mouvements, et a noncé qu'elle exercerait sur ce point une surveillance sévère, on lui a fait savoir que le sujet ne manifestait plus rien, et elle n'a plus été appelée dès ce moment à l'examiner. Enfin on a su que, tandis que les propriétés électriques de la jeune fille étaient tout à fait suspendues pour les commissaires, elles continuaient de se manifester journellement dans les salons. De ces circonstances, qui n'avaient pas besoin de commentaires, la commission a conclu que toutes les communications relatives à Angélique Cottin devaient être considérées comme non avenues. L'Académie a adopté cette décision.

Nous n'avons rien à objecter au rapport en lui-même. La commission a raconté avec convenance, avec autorité, avec dignité, la marche et les résultats de ses recherches. L'impression générale qui est restée dans l'esprit des commissaires sur la nature des scènes auxquelles ils ont assisté nous paraît suffisamment justifiée, et le savant et habile rapporteur a su la faire partager à l'Académie par le récit seul des faits. La conclusion seule nous semble sujette à discussion. Elle offre un texte à souhait pour les remarques de méthodologie et de critique scientifique que nous nous proposions de faire à l'occasion d'Angélique Cottin.

Cette conclusion semble n'être que la déclaration officielle de la résolution prise par l'Académie de ne plus s'occuper de cet objet; mais si on en pèse avec attention les termes, on remarquera qu'elle a une autre signification et une autre portée. Elle formule un jugement général, non-seulement sur les faits soumis à l'examen de la commission, mais encore sur les autres faits qui ont pu se produire en présence d'autres témoins. En effet, en déclarant, sur la foi des seuls résultats constatés par les commissaires, que *toutes* les communications relatives à Angélique Cottin seront regardées comme *non avenues*, l'Académie décide (au moins implicitement) que tous les faits portés officieusement à sa connaissance n'ont pas d'autre valeur que ceux observés par la commission, c'est-à-dire qu'ils

symptôme ou effet de cette cause peut persister; il prend alors lui-même le caractère de vraie cause, de cause première, par rapport aux symptômes ou effets secondaires, lesquels se développent et s'élèvent à leur tour au rang de symptômes ou effets primitifs. Nous citerons plus loin un exemple où ces différentes données étiologiques seront clairement appliquées.

Ce n'est pas tout. A mesure que la fonctionnalité continue dans la condition pathologique, elle réalise un quatrième ordre d'effets matériels corrélatifs à cette action. Cet ordre d'effets, dont l'existence et la loi de développement ont été précisées ailleurs, à l'occasion de l'étude de l'influence organogénique de la fonction (1), établit, dans la série étiologique, un dernier terme d'action dont aucune école jusqu'ici n'avait tenu compte, soit pour l'ordre physiologique, soit pour l'ordre pathologique. En vertu de ce dernier terme, les effets définitifs de la cause initiale rapportent à cette dernière une partie de l'impulsion anormale qu'ils en ont reçue: il s'ensuit, comme nous l'avons développé dans notre écrit sur: La fonction fait l'organe (2), que la maladie, considérée comme une fonction pervertie, comprend une suite d'évolutions étiologiques qui s'enchaînent suivant une courbe fermée dans laquelle le dernier terme revient influencer et accroître l'action du premier. Or cette conception sériale, continue, qui a non-seulement pour objet et pour résultat de mettre en évidence plusieurs ordres de faits méconnus, mais encore de les classer, de les hiérarchiser, n'est jamais entrée d'une manière instinctive ni réfléchie dans la conception étiologique de l'école de Paris.

En raison du laconisme des aperçus qui précèdent, il ne sera peut-être pas inutile de les compléter et éclaircir par un exemple. Cet exemple, nous le choisirons dans un ordre de faits à la fois intérieurs et extérieurs, ou médicaux et chirurgicaux; et l'on nous pardonnera de le choisir de préférence parmi les faits qui ont été l'objet de nos recherches les plus soutenues.

Qu'il s'agisse de donner la conception étiologique de la *contracture* proprement dite, altération matérielle, incontestable au point de vue de toutes les écoles; maladie du muscle admise par toutes les opinions. Cette altération considérée dans sa période de formation, peut être à la fois ou successivement un état morbide primitif, un symptôme, un effet et une cause. Pour l'école de Paris, toutes les causes éloignées, hypothétiques et réelles, externes ou constitutionnelles, locales ou générales, seront réunies dans un seul cadre, et mises en regard de l'état musculaire comme aboutissant à une même lésion. Pour ordre, on observera un certain classement à leur égard, mais sans distinction spécifique de leur influence et de leurs résultats; tels seront: les convulsions, les affections cérébrales, les maladies éruptives, les coups, les chutes, l'inflammation de muscles, le rhumatisme, la syphilis, la goutte. Pour nous, la contracture, étiologiquement considérée, peut être d'abord un état morbide primitif du muscle: c'est lorsque la cause qui l'a produite, extérieure ou intérieure, mais n'ayant agi que localement et momentanément, aura épuisé son action, et n'existera plus que par son résultat primitif. Exemple: une contusion, une piqûre, ou la lésion d'un filet nerveux. Comme symptôme ou effet, la contracture ne sera ni absolue ni identique par rapport aux différentes causes énoncées plus haut, mais plus ou moins différente par rapport à la différence de nature de chacune de ces causes. De là, la nécessité d'établir, de séparer et de classer ces dernières, et la nécessité réciproque d'établir, de séparer et de classer parallèlement leurs symptômes ou effets corrélatifs. Voilà pour la contracture considérée comme état primitif et comme symptôme ou effet. L'école organique considère donc successivement cet état ou ce symptôme comme identique et absolu, par rapport aux différentes causes qui le produisent, de même qu'elle considère l'action de ces dernières d'une manière identique et absolue par rapport à leur effet commun. Pour l'étiologie rationnelle, il y a distinction, séparation et classement des causes différentielles, et distinction, séparation et classement corrélatif de ces effets; c'est-à-dire en un mot, d'une part confusion des causes et des effets, de l'autre spécification corrélative des causes et des effets.

Là s'arrête l'étiologie de l'école de Paris. Mais nous avons dit plus haut que la série étiologique véritable comprend deux termes de plus: la considération des effets secondaires par rapport à l'effet primitif envisagé comme cause, et la considération du retour circulaire des effets secondaires à l'action de la cause première, comme renfort ou auxiliaire de cette dernière. La suite de l'exemple cité renferme une application parfaitement claire de ces données générales.

La contracture musculaire entraîne à son tour des déformations, des déplacements, des déviations, soit que la cause de cette contracture persiste, soit qu'elle ait épuisé son action et se soit dissipée. Dans le premier cas, elle continue à être à la fois symptôme et cause secondaire; dans le second, elle prend le rang de cause efficiente, par rapport aux changements de forme, de situation, de direction qu'elle imprime aux parties sur lesquelles elle agit. Disons immédiatement que, dans ces cas, nous lui avons donné le nom de *rétraction* en place de celui de *contracture*. Il y a donc dans ces deux mots toute la différence qu'il y a entre un effet et une cause. Poursuivons notre analyse pour les deux cas. Qu'il s'agisse de la contracture ou de la rétraction, la considération spécifique des causes éloignées et des résultats secondaires est la même; c'est-à-dire que dans les deux cas les effets de la contracture ou de la rétraction sont spécifiquement influencés par les causes différentes dont la contracture ou la rétraction émanent. Ainsi les déformations et les difformités consécutives à la contracture et à la rétraction d'origine diverse diffèrent parce qu'elles héritent de l'influence différentielle des causes éloignées qui ont donné naissance à leur cause prochaine. C'est ainsi que les difformités par contracture ou par rétraction, d'origine traumatique, d'origine convulsive, cérébro-spinale, d'origine rhumatismale, tuberculeuse ou syphilitique, diffèrent du tout au tout, et c'est pour cela que, suivant notre doctrine étiologique, elles constituent des classes, des genres et des espèces à part, et, ce qui n'est pas moins important, elles sont traitées par des méthodes et des moyens différents.

Donnons enfin un exemple de la réalité et de l'importance du dernier terme de la série étiologique, c'est-à-dire des effets résultant de l'action continue de la fonctionnalité pervertie, et de la réaction de ces effets comme auxiliaire de la cause première.—Un des produits de la contracture et de la rétraction des muscles de l'œil, c'est le strabisme. Nous avons donné comme règle générale que toute déviation produite par cette cause a pour effet de changer les rapports d'insertion des muscles: que les muscles rétractés s'insèrent sous des angles plus ouverts et plus favorables à leur action, tandis que les muscles antagonistes s'insèrent sous des angles plus aigus, et qui les dépossèdent par conséquent d'une certaine somme de leur puissance. Le fait particulier du strabisme offre une application incontestable de cette

(1) Essai de physiologie générale, Introd., p. 29 et suiv.
(2) Id., ibid., p. 30.

---

sont ou imaginaires ou simulés; car ce n'est, ce semble, qu'à cette condition qu'ils *doivent* passer pour *non avenus*. Or cette conséquence dépasse évidemment les prémisses. Il est clair que la commission, tout en désirant et croyant formuler une conclusion rigoureusement déduite de ses recherches, lui donne involontairement une extension bien plus grande, et transforme en loi générale le résultat d'une expérience particulière.

Nous ne nous chargerions certes pas de prouver que cette induction générale est fausse, car, portant sur un fait négatif, on ne saurait pas plus prouver sa fausseté matérielle que sa vérité. De ce que les académiciens n'ont pas observé certains phénomènes extraordinaires promis à leur curiosité, de ce qu'ils ont soupçonné ou même constaté de la supercherie dans certains autres qu'on donnait comme naturels, il ne s'ensuit nullement sans doute que ces phénomènes ont dû être observés par d'autres, et qu'ils ont dû, dans d'autres cas, être tels qu'on les a racontés; mais il n'en résulte pas non plus qu'ils ont été toujours et en toute circonstance ou des contes en l'air ou des jongleries. Ce n'est donc pas tant, nous le répétons, la vérité ou la fausseté intrinsèque de la conclusion du rapport qui est ici en cause, que sa légitimité logique. Nous n'examinons pas pour le moment si elle est juste ou non au fond; nous soutenons seulement qu'elle est vicieuse dans la forme, parce qu'elle conclut du particulier au général.

Cette induction est, du reste, si naturelle, si conforme à la marche habituelle de l'esprit, qu'on risque, en la censurant, de paraître subtil et ergoteur. Cette critique sera surtout très-difficilement acceptée par ceux qui ont déjà une disposition naturelle ou acquise au scepticisme historique et scientifique; pour ceux-là la décision de l'Académie ne fait que confirmer ce qu'ils savaient ou croyaient savoir d'avance, et ils perdraient aisément patience si on leur disait qu'ils raisonnent mal; ils regarderaient ces objections comme de misérables faux-fuyants auxquels on a recours en désespoir de cause pour échapper à l'écrasante autorité des *faits*. Quelques-uns pourtant de ces intraitables mécréants pourraient être ramenés, s'ils considéraient que la position logique où ils sont établis, et qu'ils croient si forte, est au fond absolument la même que celle où se placent les esprits à tendances et à conviction opposées. Ces derniers, en effet, arguent également et volontiers des expériences faites à toutes les expériences possibles. Ayant observé ou cru observer, comme réels et authentiques, certains faits, ils en induisent par analogie la vérité des faits analogues ou semblables. L'induction affirmative et l'induction négative reposent donc sur les même bases: toutes deux procèdent d'abord du particulier au général; puis une fois en possession de cette règle générale ainsi vicieusement obtenue, ils s'en servent comme d'un *criterium* pour l'interprétation des cas particuliers nouveaux. Mais il est évident que ni ceux-ci ni ceux-là ne peuvent justifier de la légitimité de leurs conclusions. La confiance ou croyance des uns, la défiance ou incrédulité des autres sont également suspectes.

Cette double tendance se révèle dans les sciences, dans les affaires, dans toutes les circonstances, même les plus insignifiantes, de la vie; mais elle se manifeste surtout de la manière la plus caractéristique en présence de cette classe de faits qu'on appelle *extraordinaires* soit à cause de leur rareté, soit à cause de leur inexplicabilité supposée. Sitôt qu'un fait de ce genre est annoncé, l'opinion se divise immédiatement, avant toute vérification, en deux partis diamétralement opposés, dont l'un affirme et l'autre nie *à priori* la réalité du fait annoncé.

l'œil. Que le droit interne soit rétracté, par exemple, il attire l'œil en dedans: l'angle de son insertion et sa puissance corrélative augmentent de tout ce que perdent l'insertion et la puissance du droit externe. Qu'en résulte-t-il pour l'exécution fonctionnelle? Deux choses : 1° des effets matériels immédiats, la déformation de l'œil, la décentration de la lunette, résultant du déplacement des humeurs refoulées incessamment en dehors par la contraction plus énergique du droit interne, et par l'impuissance d'antagonisme du droit externe; de là des altérations corrélatives de la vision qu'il n'est pas de notre objet d'indiquer ici; 2° un accroissement de la déviation et un surcroît de raccourcissement musculaire, par suite de la contraction non balancée du droit interne par le droit externe. A mesure, en effet, que cette contraction s'effectue pour les besoins de la vision ou les mouvements de l'œil, elle s'effectue avec un surcroît de puissance qui lui vient de l'insertion plus favorable du muscle à l'œil. N'est-ce pas là un exemple frappant, d'une part, des effets consécutifs résultant de l'action continue de la fonctionnalité pervertie, et de l'autre, de l'influence réactive du dernier terme de la série étiologique sur le premier, c'est-à-dire des derniers effets de la série, lesquels, en vertu d'une espèce d'action circulaire continue, deviennent des auxiliaires de leur propre cause.

Telle est, sous le point de vue des principes, l'étiologie de l'école de Paris comparée à l'étiologie rationnelle (1). Qu'on se garde bien de ne voir dans ce qui précède, et surtout dans l'exemple cité, qu'une conception bonne au plus pour un cas particulier, et qu'on se garde d'en réduire l'importance à l'importance présumée de ce cas particulier. On se tromperait également au point de vue du fait et au point de vue de la doctrine; au point de vue du fait, parce qu'il n'existe dans la pathologie, nous en avons la conviction profonde, aucun phénomène morbide plus important que la contracture considérée dans sa plus grande généralité; au point de vue de la doctrine, parce qu'il n'existe aucun fait plus propre à éclairer l'étiologie réelle, matérielle et dynamique des maladies. Dire qu'il y a un élément musculaire contractile dans tous les organes et une altération de cet élément dans toutes les maladies, c'est, nous pensons, donner une juste idée de cette double importance.

(1) Cette appellation peut n'être acceptée que conditionnellement: nous comprenons tout ce qu'elle nous impose; aussi ne nous en servons-nous que par anticipation et sans préjudice des démonstrations dont elle doit être le corollaire.

ÉTIOLOGIE SPÉCIALE.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE LA SURDI-MUTITÉ; par M. P. MENIÈRE, médecin de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

Il ne s'agit pas ici d'un travail nouveau sur ce point important; je me propose seulement d'indiquer la marche à suivre pour arriver à des résultats utiles. Beaucoup de tentatives ont été faites dans ce but, et si, jusqu'à ce jour, elles n'ont pas encore éclairci cette question obscure, cela tient au défaut de méthode ou d'ensemble de ceux qui ont institué ces recherches. Tous ceux qui s'occupent de la surdi-mutité, à quelque titre que ce soit, éprouvent le désir de s'enquérir des causes qui ont produit cette infirmité fâcheuse; mais ils ne savent, le plus souvent, de quel côté diriger leurs investigations, et ne recueillent que des renseignements incomplets.

Si l'on consulte les ouvrages spéciaux sur la matière, on y trouve des opinions spéculatives à la place des faits, des théories sur le froid, sur le tempérament lymphatique, sur l'hérédité; et les esprits sérieux, ceux qui préfèrent les chiffres et les preuves aux allégations plus ou moins légères, ne savent à quoi s'en tenir sur les circonstances qui occasionnent la perte de l'ouïe, primordiale ou accidentelle. On ne sait pas même, avec un peu d'exactitude, le rapport qui existe entre la surdité congénitale et celle qui se développe dans la première année, entre cette dernière et celle qui apparaît depuis un an jusqu'à 6 ou 7 ans, et même plus tard; et cependant chacun sent combien il importe d'étudier cette question si intéressante. La perte de l'ouïe, chez les jeunes enfants, a une influence si particulière sur toute leur vie, que l'on ne doit épargner ni temps ni soin pour arriver à reconnaître les causes qui ont produit ce fâcheux résultat.

Il y a longtemps que l'on a tenté de mettre ce projet à exécution. Dans plusieurs institutions de sourds-muets, l'on s'est occupé du soin de recueillir des renseignements sur les causes de la surdi-mutité des élèves, et des registres tenus à cet effet contiennent quelques documents utiles pour la solution de ce problème. L'Institut royal de Paris a fait imprimer, depuis plus de quinze ans, une série de questions adressées aux parents des élèves, et auxquelles ceux-ci doivent répondre exactement. Cet exemple a été suivi en Allemagne, en Italie, en Hollande et ailleurs, mais ces diverses questions n'ont pas été rédigées d'après un plan uniforme; elles sont loin de satisfaire le médecin qui recherche rigoureusement la vérité. Aussi, jusqu'à ce jour, n'a-t-on retiré que peu de fruit de ces renseignements.

Je suis convaincu qu'on ne pourra jeter quelque lumière sur ce point qu'en suivant une marche méthodique, régulière, et en interrogeant avec soin tout ce qui se rapporte à l'origine des individus. La science possède déjà un certain nombre de faits généraux qui doivent servir de base aux opérations consécutives; on sait, par exemple, que certaines localités présentent plus de sourds-muets que d'autres; que la Suisse, prise en masse et proportion gardée, en contient plus que la France; que quelques cantons de la Suisse en possèdent beaucoup plus que d'autres, etc. On sait encore qu'il y a des familles privilégiées, en quelque sorte, sous ce rapport, et ces faits acquis, reste à en trouver l'explication. Je ne prétends pas soulever le voile qui couvre ces mystères, mais je pense que l'on peut l'essayer, et avec quelques chances de succès. Voici les motifs sur lesquels je me fonde.

Les résultats statistiques consignés dans l'ouvrage de Schmalz, ceux qui ont été publiés dans la troisième circulaire de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, prouvent que la proportion des sourds-muets aux entendants est loin d'être la même dans les divers États de l'Europe. Il y a même à cet égard des différences si considérables, qu'on serait porté à croire qu'elles tiennent à des recensements inexacts. Entre un sur cent et un sur trois mille, la marge est grande, comme on le voit, et s'il fallait accepter ces chiffres comme réels, officiels, l'étiologie de la surdi-mutité serait bien moins difficile. En effet, si certains cantons de la Suisse comptent un si grand nombre de sourds-muets, on se trouve naturellement porté à en conclure que cette localité offre des conditions spéciales qui occasionnent cette plus grande fréquence, et il ne s'agit plus que de la déterminer d'une manière positive. Si, d'une autre part, l'Angleterre, la Suède, la Prusse, voient

Tous deux admettent bien, à la vérité, qu'il faut examiner avant de conclure, et on procède des deux côtés aux expériences; mais, chose singulière, les expériences, loin de les mettre d'accord, ne sont qu'un nouveau motif de dissidence. En effet, l'aspect des choses est si différent suivant les dispositions mentales des observateurs, que là où les uns signalent une merveille de la nature, les autres ne voient qu'une grossière jonglerie, et que les mêmes circonstances ou détails paraissent à ceux-ci d'une importance capitale, à ceux-là d'une insignifiance parfaite. Le même fait, quoique unique en soi, se dédouble ainsi en réalité en deux faits, ou présente deux faces complétement différentes, dont chacune n'est visible que pour une classe de spectateurs; à peu près comme ces tableaux qui montrent une figure d'homme ou d'animal suivant le côté d'où on les regarde. L'histoire du magnétisme animal a offert au philosophe, dans ces dernières années, de nombreuses occasions d'observer ce phénomène psychologique, non moins curieux assurément que ceux qui excitent l'admiration des magnétiseurs.

Notre impartialité ne va pas jusqu'à prétendre que ces dissidences soient inconciliables; car ce serait reconnaître l'impossibilité intrinsèque d'arriver en pareille matière à la vérité, et par conséquent proscrire toute recherche. Nous voulons seulement signaler ces tendances diverses de l'esprit comme le principal obstacle de l'étude de ces sortes de faits et la cause première de la difficulté qu'il y a de donner une base scientifique à ces questions. Supprimer ces tendances est impossible. Tout ce qu'on peut essayer, c'est de les limiter l'une par l'autre, en leur montrant, comme nous venons de le faire, qu'elles sont également illégitimes. Cette neutralisation des deux positions logiques en conflit en établit une troisième, résultant de l'élimination de la conclusion sophistique des deux autres, et qui nous paraît la bonne. L'une de ces positions a pour tout fondement ce sophisme: il y a des faits vrais, donc il n'y en a pas de faux; l'autre celui-ci: il y a des faits faux, donc il n'y en a pas de vrais. Le sophisme ainsi présenté est grossier, et personne ne consentirait à s'en reconnaître coupable; mais, en fait, et dans l'application, il est l'unique base logique des affirmations et des négations systématiques en présence. En éliminant, comme nous le disions, de ces deux formules, la conséquence sophistique, il n'en reste que cette double assertion : il y a des faits vrais, il y a des faits faux; propositions qui ne conduisent immédiatement, sans doute, à aucunes conclusions dogmatiques, mais qui donnent une base à la recherche expérimentale. A la vérité, chacune des formules exclusives peut nier et nie en effet l'une des deux assertions admises par la troisième, mais elles ne peuvent se refuser à les accepter, au moins à titre de simple hypothèse, et comme condition de la possibilité même de toute recherche.

Telle est, ce nous semble, le véritable point de vue où il convient de se placer pour s'orienter dans ces régions encore si obscures de la science. Cette position est celle du bon sens universel, et certes elle n'a rien sous ce rapport de nouveau. C'est la route que suivent instinctivement les esprits justes, nets et libres de tout engagement systématique. Mais autre chose est de faire ce qui convient dans tel ou tel cas donné, guidé par un heureux instinct, ou d'avoir pour se conduire une règle et une méthode raisonnées. Dans la question ici discutée, par exemple, autre chose est d'apporter dans la recherche une simple disposition générale d'impartialité et de circonspection, et autre chose de s'y présenter armé des précautions et des instruments logiques appropriés aux difficultés particulières qu'on a à vaincre et aux illusions de toute nature dont on a à se défendre

diminuer le nombre des sourds-mue s et ceux-ci devenir une rare exception, il faudra bien reconnaître que là se trouvent des circonstances favorables qui manquent plus ou moins dans d'autres pays. Ceci se réduit donc à une question d'hygiène générale, et c'est le premier point sur lequel je crois devoir insister.

Tout le monde sait que l'homme, quelque habile qu'il soit à lutter contre les influences climatériques, subit de profondes modifications de la part des milieux ambiants. Les peuples qui occupent les principales divisions du globe, doivent aux pays qu'ils habitent d s caractères physiques spéciaux, des formes générales qui constituent les races et se conservent en dépi. des migrations les plus lointaines. Cette première vérité conduit à une autre que voici. Les climats exagérés, exclusifs, où règnent constamment certains états atmosphériques, produisent bien plus efficacement encore des dispositions organiques qui rompent l'équilibre et constituent des individualités très-tranchées et voisines de l'état maladif. Or, ces diverses manières d'être se propagent et s'accroissent dans les générations successives; elles deviennent, aux yeux de l'observateur, de grandes expériences dont la nature fait les frais, et qui contribuent ingulièrement à dévoiler l'origine de beaucoup de maladies constitutionnelles.

Pour nous borner ici au point en question, peut-on dire que certains climats favorisent la surdi-mutité congéniale? L'observation directe prouve-t-elle que quelques localités renferment un plus grand nombre de sourds-muets que la pl part des autres pays? Les renseignements recueillis jusqu'à ce jour démontrent clairement l'affirmative, et l'on ne peut rien opposer à ces chiffres positifs. L'Europe centrale et les États-Unis d'Amérique ont procédé à des recensements dont l'exactitude est suffisamment garantie pour que l'on doive en tenir compte dans un travail comme le nôtre, et nous nous en contenterons jusqu'à nouvel ordre.

Il y a, dans le canton de Berne (1), un sourd-muet sur deux cents habitants; dans le canton de Zurich, la proportion est d'un sur neuf cents. Nous avons lieu de croire que la plupart des autres cantons flottent entre ces deux limites, et qu'en somme la Suisse offre beaucoup plus de sourds-muets que les autres États de l'Europe. Voilà le fait tout simple; mais quelle en est la cause, et peut-on l'apprécier?

Tous ceux qui ont parcouru la Suisse et qui ont examiné avec soin l'espèce de maison appelée *chalet*, ont été frappés des inconvénients nombreux de ce genre de construction. Tout, dans ces sortes d'habitations, semble avoir été disposé pour empêcher l'action bienfaisante de l'air et de la lumière. Je ne parle pas de ces chalets de plaisance, pavillons élégants destinés aux gens riches, aux voyageurs, et qui offrent en général tous les petits perfectionnements dus aux progrès du luxe et à la nécessité du confort. Il s'agit des chalets obscurs, écrasés, noircis et moisis par le temps et l'humidité, percés de petites fenêtres rarement ouvertes, coiffés de ces toits immenses qui mettent la famille, les bestiaux et les fourrages à l'abri de la pluie; il s'agit de ces maisons en bois qui constituent de pauvres villages perdus dans les vallées de Thun, de Signau et de Schwarzenburg; et ceux qui ont pris la peine de pénétrer dans ces sombres demeures se demandent comment on peut vivre dans ces tristes boîtes où l'on respire à peine un air imprégné de telles odeurs. En voyant s'agiter dans cette demi-obscurité de nombreuses familles mal vêtues, mal nourries, offrant de toutes parts la preuve d'une malpropreté originelle et permanente, on se demande comment l'espèce humaine résiste aux causes de destruction qui sont accumulées dans ces pauvres maisons. En voyant tant d'enfants rachitiques, scrofuleux, idiots, sourds-muets, on cesse de s'en étonner, parce que, aux yeux de l'observateur, tout se réunit pour constituer un séjour insalubre au plus haut degré. Cette cause de détérioration de l'espèce est si évidente, si palpable, que l on ne peut la méconnaître, et que des personnes étrangères à l'hygiène déplorent une telle incurie et plaignent ceux que la misère ou l'ignorance réduisent à s'accommoder d'habitations semblables.

En voyant les tristes résultats que produisent, sur certains ouvriers, le séjour prolongé dans des caves humides et obscures, l'étiolement des races parmi les tisserands, les mineurs, la détérioration profonde que subissent, dans les grandes villes, tant d'artisans qui travaillent en chambre, on arrive à cette conclusion, que le genre de vie a une influence énorme sur la constitution des individus. Tous les inconvénients précédents se rencontrent dans les chalets suisses, et leur mode d'action sur leurs habitants est singulièrement favorisé par d'autres conditions dont il faut tenir compte. La nourriture des familles suisses se compose presque exclusivement de laitages, de légumes, de pain grossier, mal cuit, et ces moyens de réparation sont loin de pouvoir contre-balancer l'action débilitante des causes générales. Les individus mal nourris sont sujets à une foule d'incommodités graves; nulle part on ne trouve autant d'affections vermineuses chez les enfants; le tœnia est endémique dans beaucoup de cantons de la Suisse; et enfin l'exagération du système lymphatique entraîne comme conséquence les affections strumeuses les plus caractérisées. La scrofule se montre partout; elle détermine le goître dans le canton de Vaud, le crétinisme dans le Valais; la taille se rapetisse, les articulations s'engorgent, les dents s'altèrent, l'organisme tout entier porte le cachet spécial de cette diathèse immonde, l'espèce s'abâtardit, l'intelligence se déprime, et sous l'influence de cette cause active, l'humanité ne présente plus à l'observateur qu'un spectacle profondément déplorable.

Et comme si toutes ces circonstances ne suffisaient pas pour assurer ce triste résultat, il s'y joint une autre cause plus grave peut-être, et qui, dans l'ordre physique, est plus efficace encore pour vicier les générations futures dans leur source même: je veux parler des mariages mal assortis, qui donnent lieu à des produits faibles, altérés, et compromettent l'avenir des races. Les mariages, en effet, pris dans le sens matériel et au point de vue de leur résultat physique, doivent remplir certaines conditions qui assurent leur succès et garantissent la valeur des enfants qui en proviennent. L'expérience des siècles prouve que les races se perfectionnent u se détériorent, suivant que les unions ont lieu dans certaines conditions d'une appréciation facile. Le plus simple bon sens, l'analogie la plus vulgaire devraient conduire les hommes à l'observation de certains principes dans l'association des êtres que l'on marie, on devrait croiser les races, corriger les défauts d'une famille par un état contraire pris dans une autre famille, de façon à obtenir des produits moyens, perfectionnés par cette combinaison de qualités opposées. Il n'est pas un agronome, pas un éleveur qui ne connaisse ces éléments vulgaires de toute bonne exploitation rurale; on sait varier les produits suivant le sol, renouveler les semences dans les terrains épuisés; on sait accoupler telle espèce avec telle autre pour obtenir à coup sûr des individus possédant certaines qualités; on sait cela et bien d'autres choses

(1) Voir les ANNALES DE L'ÉDUCATION DES SOURDS-MUETS ET DES AVEUGLES, revue des institutions qui leur sont consacrées en France et à l'étranger; par M. Ed. Morel. Paris, rue de l'Est, 21.

Ceci n'a pas besoin, nous supposons, d'être prouvé. L'exposition des règles à suivre dans ces nvestigations formerait un traité. Nous n'avons voulu et pu, dans ces quelques lignes, que mettre en lumière le principe général qui doit présider à tout travail de ce genre.

Ces généralités, toujours nécessairement un peu vagues, prendront une forme plus précise si nous les appliquons au fait d'Angélique Cottin.

A la première annonce d'une *jeune fille électrique*, les deux tendances, l'affirmative et la négative, se sont immédiatement manifestées. La première a eu naturellement pour organes les partisans et croyants du magnétisme animal; ils se sont aussitôt mis en campagne, non pas pour *vérifier* le fait, mais pour l'*étudier*. C'est dans les journaux du magnétisme qu'on en trouve les relations les plus minutieuses, les plus élaborées. La question de la réalité des phénomènes n'y est pas sérieusement posée: elle y est à peine indiquée comme une vaine protestation de l'incrédulité systématique. On y trouve sur la même ligne, non-seulement les observations personnelles des narrateurs, mais encore tous les ouï-dire, les bruits qui sont parvenus à leurs oreilles. Tout est accueilli avec la même sécurité apparente. Le doute n'a pas pénétré un instant dans ce camp-là; et de même que la conviction n'a pas eu besoin, pour s'établir, d'une vérification préalable, aucune vérification ultérieure ne serait capable de l'ébranler, et encore moins de la détruire. La tendance contraire s'est produite surtout parmi les savants; elle a commencé, dans le sein de l'Académie, par s'opposer à l'examen des faits: opposition évidemment fondée sur la conviction préalabl , et tirée on ne sait d'où, qu'il n'y avait pas de faits à observer. Cependant l'Académie, entraînée par les témoignages positifs de M. Arago et du docteur Tanchou, a ordonné une enquête. Une commission, nommée par elle, a soumis la jeune fille à quelques expériences. Nous avons lieu de croire que ces expériences ont été sérieuses, impartialement établies et conduites. Le résultat a été en partie négatif, en ce sens que la plupart des phénomènes annoncés n'ont pas été produits devant elle; mais elles ont en même temps offert un côté positif, en ce sens que plusieurs des faits observés lui ont paru suspects et même coupables de simulation. Le court rapport de la commission est à la fois l'exposé historique de ses expériences et de l'impression défavorable qui est restée dans l'esprit de la majorité des commissaires. Jusque-là tout dans les démarches et les paroles de la commission et de l'Académie est parfaitement sensé, légitime et rigoureusement scientifique. Mais la conclusion du rapport, citée en commençant, place l'Académie et sa commission dans une situation tout à fait différente de celle qu'elles paraissaient avoir prise et vouloir conserver. En déclarant *non avenues* toutes les communications relatives à Angélique Cottin, elle a frappé de suspicion et par suite de nullité tous les faits qui avaient été observés précédemment, et ceux mêmes qui avaient motivé son enquête. On voit ici surgir l'influence secrète de l'induction sophistique qui, concluant du particulier au général, prononce sans hésiter la sentence: *Falsus in uno, falsus in omnibus*

Il est donc certain qu'en droit logique, si l'on nous passe le terme, l'Académie, a dans cette conclusion, outre-passé ses pouvoirs, et a condamné sinon des innocents, du moins de simples suspects, ce qui est manifestement illégal. En matière civile ou criminelle, la cour de cassation casserait un pareil arrêt pour vice de forme.

Mais si la conclusion académique est déjà illégitime par la forme, *ratione*

encore; mais on oublie ces simples leçons de l'expérience quand il s'agit de l'espece humaine. On marie un garçon blond et délicat à une jeune fille lymphatique, et l'on déplore la faiblesse originelle des enfants qui en résultent. On compose ces sortes de réunions sans tenir compte des antécédents de la famille. On oublie qu'il y a des scrofuleux, des phthisiques, des idiots; on ne veut pas compter une longue suite d'enfants morts en bas âge de convulsions, de méningites, de fievres cérébrales, et l'on choisit un survivant de cette famille à système nerveux exagéré pour le marier à un individu qui présente des conditions semblables. Et l'on s'étonne après cela de voir ce mariage affligé de nombreux décès parmi les enfants qui en naissent; on se plaint d'une union stérile, on regrette de voir s'éteindre une famille, un nom, et l'on ne songe pas à la cause qui a entrainé ces funestes résultats.

Il y a là, comme on le voit, une belle these à soutenir, et les arguments ne manqueraient pas plus que les faits pour démontrer la nécessité de suivre une autre voie. Le temps n'est pas loin, je l'espère, où la médecine interviendra dans cette grave affaire. On consultera le médecin avant de décider un mariage; on s'enquerra soigneusement des antécédents d'une famille avant de contracter ces unions intimes, on voudra assurer le sort des descendants, on prendra souci du bonheur de la progéniture, et l'on ne croira pas avoir tout fait en réunissant des fortunes égales, des héritages considérables. On s'occupera de léguer à ses enfants une constitution saine et robuste, une bonne santé, éléments de bonheur plus certains, plus positifs que l'argent.

Les pays pauvres, les populations peu nombreuses réunies dans des localités étroites, isolées par des accidents de terrain, sans communications faciles et habituelles avec les grandes villes, où par conséquent les intérêts se concentrent, où le mouvement civilisateur est lent, où la routine exerce un empire souverain, où les mœurs se conservent pures, dit-on, ces pays qui, comme la Suisse, sont partagés en provinces rivales, et où l'esprit de caste, les idées religieuses dominent le corps social, ces pays sont précisément ceux où les mariages s'éloignent le plus des principes médicaux ou physiologiques que je viens d'indiquer. Ils pèchent par divers points sur lesquels je crois nécessaire de donner quelques détails.

L'âge des conjoints a une influence directe sur les produits de la conception. Les mariages entre individus très-jeunes sont souvent stériles, ou du moins les enfants qui en naissent sont faibles et succombent aux maladies du jeune âge. Cela s'observe surtout dans les familles où la puberté est tardive. Dans plusieurs cantons de la Suisse, la police est très-sévère à l'égard du libertinage; la prostitution n'est ni tolérée ni organisée, comme cela se voit partout ailleurs dans un but de salubrité publique: les jeunes gens que leur position rend sédentaires doivent se marier de bonne heure, et c'est ce qui arrive souvent. A mesure que l'on pénètre davantage dans les localités plus restreintes où tout le monde se connait, s'observe et se surveille, la nécessité d'une union précoce se fait sentir plus vivement, et de là le peu de valeur des produits d'une virilité prématurée.

La différence d'âge entre les époux donne lieu à des remarques qui ne sont pas sans importance dans la question que nous traitons en ce moment. Voici des faits qui ne sont pas encore assez nombreux pour entrainer conviction, mais que l'on doit prendre en considération dans la recherche des causes déterminantes de la surdi-mutité congénitale. J'ai souvent noté que les parents des sourds-muets offraient entre eux un rapport d'âge tout à fait remarquable. Dans beaucoup de cas, le mari est plus jeune que la femme, souvent ils ont, à très-peu de chose près, un nombre égal d'années, et très-rarement il existe un rapport contraire. Voici comment les choses se passent habituellement. On sait que dans les campagnes beaucoup de filles laborieuses et économes amassent leurs gages, entassent leurs petits profits, grossissent sans cesse leur pécule et arrivent ainsi à trente ou trente-cinq ans sans avoir songé à se marier. La possession d'un petit trésor attire les prétendants, et dans la plupart des cas, un jeune homme de 20 à 25 ans, sans fortune, épouse la vieille fille, prend une ferme à exploitation et fonde une famille nouvelle. Ces sortes de mariages sont très-communs dans les pays pauvres, et pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en constater un bon nombre parmi les ascendants de nos élèves sourds-muets. Cette grande différence d'âge entre le père et la mère doit-elle être regardée comme une cause de détérioration du produit de la conception? peut-on tirer de faits semblables et assez nombreux, une conclusion directe et formelle contre les mariages de ce genre? Je ne crois pas qu'il soit rigoureusement possible d'établir la chose en principe et de formuler d'avance les suites désastreuses que doivent avoir, pour les enfants à naitre, ces mariages disproportionnés. Cependant, en se rappelant les faits consignés dans les divers mémoires de M. Giron (de Buzareingues), on devra regarder ces conditions d'âge comme défavorables et de nature à compromettre l'avenir de ces familles. Il est à remarquer que le rapport opposé, c'est-à-dire le mariage entre un homme de 40 à 50 ans et une femme de 15 à 25, n'a pas autant d'inconvénients, du moins n'ai-je pas eu l'occasion de noter ce fait parmi les nombreux parents de sourds-muets que j'ai interrogés depuis huit ans. Tout le monde sait que la puissance fécondante de l'homme se développe plus tard et dure plus longtemps que celle de la femme. Ce fait, parfaitement exact dans la généralité des cas, rend compte de l'innocuité des mariages entre les hommes déjà âgés et les femmes très-jeunes; il explique également le bon état des enfants qui naissent de ces unions, et sert de base à ce dicton proverbial que les vieux maris sont souvent de jeunes époux. Les efforts tardifs de la puissance génitale sont d'ordinaire très-efficaces, et beaucoup de jeunes femmes, en pareil cas, deviennent rapidement mères de plusieurs enfants robustes qui réjouissent la vieillesse du père et anéantissent les espérances de collatéraux avides.

Il est une autre circonstance que nous devons signaler ici parce qu'elle nous a paru, dans beaucoup de cas, exercer une influence directe sur le développement de la surdi-mutité congénitale: je veux parler des divers degrés de parenté qui existent entre les deux époux. Il se fait beaucoup de mariages entre cousins germains, les enfants des deux frères, des deux sœurs ou du frère et de la sœur, se marient entre eux, et à plus forte raison, dans des degrés de parenté moins rapprochés. La loi civile ne met aucune restriction à ces unions de familles; elle laisse à cet égard liberté complète aux contractants, et ne prend aucun souci des conséquences qui en peuvent résulter. Le respect pour la liberté individuelle est poussé à l'extrême, chacun choisit à son gré la femme qui lui convient le mieux; la science n'est pas consultée et les résultats de l'expérience sont comme non avenus en pareil cas. La loi religieuse nous semble beaucoup plus sage. On sait combien il existait autrefois d'empêchements dirimants aux mariages entre parents, et combien était rigoureux sur ce point le pouvoir des évêques et des papes. La sévérité dans les temps anciens était sans doute exorbitante, mais elle était basée, suivant nous, sur des principes exacts que l'on a eu le grand tort de méconnaitre de nos jours. L'église, en interdisant le mariage à tous les degrés de parenté, avait en vue le croisement nécessaire des races, la dispersion des familles, et par suite le perfectionne-

---

forma, elle ne l'est pas moins *ratione materiæ*, c'est-à-dire dans le fond. Bien que la commission n'ait pas développé les motifs de son opinion, elle en a dit assez cependant pour les laisser soupçonner. Ces motifs sont: 1° la *cessation* ou interruption de la plupart des phénomènes survenue tout à coup au moment où elle a été appelée à les vérifier; 2° la production de phénomènes, présentés comme naturels, mais probablement *simulés*.

La non-apparition des phénomènes à tel ou tel moment donné ne prouve absolument rien en soi. C'est un fait négatif qui, comme tel, ne détruit nullement le fait positif de leur apparition dans un autre moment, si celui-ci est convenablement constaté d'ailleurs. On ne peut disconvenir cependant que cette interruption n'ait quelque chose de suspect lorsqu'elle a lieu, comme dans le cas actuel, à l'instant même où des observateurs clairvoyants, compétents et sévères viennent procéder à une vérification directe des faits annoncés, et qu'elle se maintient pendant toute la durée de leur examen; mais cette impression fâcheuse a pour correctif l'interprétation non moins plausible, mais plus favorable, tirée de la nature essentiellement mobile, fugace, intermittente des phénomènes nerveux, à quoi il faut ajouter les effets possibles de l'émotion produite sur le sujet par le cérémonial de l'examen, la qualité et les dispositions morales des témoins. Ces deux explications sont ainsi à peu près également admissibles et se font équilibre. Mais quoique, théoriquement parlant, cette circonstance n'ait pas grande valeur, elle paraît avoir en pratique beaucoup d'influence sur les esprits. Il n'est pas rare de voir des convictions très-ardentes, acquises par des observations personnelles qui avaient paru irrésistiblement démonstratives, rebrousser chemin, faiblir et même s'éteindre, lorsque les faits sur lesquels elle s'était établie cessent de se montrer. C'est ce qui est arrivé dans l'affaire d'Angélique Cottin. M. Tanchou, notre excellent confrère, qui avait envoyé à l'Académie un récit détaillé des nombreuses et remarquables expériences instituées par lui-même, et d'après lesquelles il se déclarait convaincu de la réalité des propriétés attractives et répulsives d'Angélique Cottin, s'est mis tout à coup à *rentrer dans le doute* à l'égard de ces mêmes faits, par cela seul qu'ils ne s'étaient pas produits devant la commission, et qu'il ne les avait plus observés lui-même; de sorte que les observations purement négatives, c'est-à-dire nulles, de la commission, ont eu un effet rétroactif véritablement incompréhensible sur les observations positives, c'est-à-dire concluantes de notre confrère. Cet effet a retenti peut-être aussi jusque sur les faits racontés par l'illustre rapporteur, M. Arago, qui, à la vérité, n'a pas contremandé ses observations, mais ne les a pas non plus rappelées, ni maintenues. Quoi qu'il en soit de ces exemples, qui peuvent être instructifs sous d'autres rapports, toujours est-il qu'en principe le fait seul de la cessation ou interruption des phénomènes, chez Angélique Cottin, n'autorisait pas la commission à laisser entendre que ces mêmes phénomènes, n'ayant pas été vus par elle, n'avaient probablement jamais été vus par personne.

Quant à la *simulation*, le cas est plus grave. Il frappe, ce semble, d'une inévitable suspicion tous les faits passés et futurs. Il est difficile de retenir ici la terrible sentence: *falsus in uno, falsus in omnibus*, et toute l'histoire de cette petite fille prend le triste aspect d'un tissu de jongleries et de mensonges. Cependant examinons.

D'abord, en principe, on ne peut pas rigoureusement conclure, nous le répétons encore, du particulier au général, de la partie au tout, et c'est ce qu'on fe-

ment de l'espèce. Dans l'antiquité, on avait promptement reconnu les inconvénients attachés à ces unions qui tendaient à rétrécir le cercle de la famille, à concentrer les mêmes intérêts dans un petit nombre de mains et à créer des puissances isolées et nécessairement envahissantes. Aujourd'hui l'état civil domine tout, les dispenses ecclésiastiques pour les mariages entre parents, à quelque degré que ce soit, s'obtiennent nécessairement; les intérêts de fortune qui motivent ces sortes d'unions ne viennent plus échouer contre un pouvoir qui ne transigeait presque jamais; aussi voit-on se multiplier des mariages qui sont contraires aux plus simples notions de l'expérience et du bon sens.

Ils sont surtout très-nombreux dans des localités restreintes, comme le sont certains cantons de la Suisse, quelques îles du littoral occidental de la France, certaines petites villes éloignées des grands centres de population, et partout enfin où des habitudes sédentaires, une vie calme et peu de besoins s'opposent aux migrations des jeunes gens. Il résulte de là que les familles ne contractent pas d'alliances avec les étrangers, que le sang ne se renouvelle pas, que des constitutions identiques se trouvent corroborées par des éléments semblables, et que les générations successives se perpétuent avec leurs caractères propres, jusqu'à ce que l'exagération même de ces états originels entraîne la perte des individus et l'extinction définitive de la famille.

Il est de fait que beaucoup de sourds-muets sont nés dans des circonstances de ce genre. Je publierai plus tard le résultat de mes recherches sur ce point étiologique, mais je puis affirmer dès aujourd'hui que les cas de surdi-mutité congéniale observés dans des familles ainsi constituées sont assez nombreux pour être pris en sérieuse considération. Il importe donc beaucoup d'être prévenu de la possibilité de ce fait singulier, afin de ne négliger aucune occasion d'observer des faits nouveaux et de recueillir avec le plus grand soin les renseignemens capables d'éclaircir cette question si intéressante.

En Suisse, dans les contrées où chaque subdivision d'un état comporte une population peu nombreuse, il serait facile d'arriver promptement à la solution de ce problème. Les registres de l'état civil ne sont peut-être pas tenus avec une régularité suffisante, peut-être aussi sont-ils entre les mains des ecclésiastiques, mais en tout cas on pourrait avoir des renseignements sur les familles, sur leurs alliances, sur les naissances, et enfin sur l'état de santé des enfants. Si le gouvernement ordonnait une enquête, si l'on notait avec soin tous les cas de surdi-mutité qui se rencontrent, et si l'on recherchait toutes les circonstances qui s'y rattachent, je ne doute pas que l'on n'arrivât promptement à des résultats importants.

Ainsi donc il résulte de tout ce qui précède que la surdi-mutité congénitale se rencontre très-fréquemment dans des pays où les habitations sont assez malsaines pour altérer gravement la santé générale des individus, où les familles, par suite de circonstances locales, contractent des mariages mal assortis pour l'âge, et enfin où ces mariages ont lieu entre les membres des mêmes familles. Ces trois points principaux n'ont pas tous une égale importance, ils ne sont pas également prouvés par des séries d'observations nombreuses et concluantes, mais ils le sont assez pour mériter d'être pris en considération par les bons observateurs. L'attention dirigée sur ce sujet ne tardera pas à découvrir de nouveaux rapports entre la sudi-mutité et les circonstances au milieu desquelles on la voit apparaître. Voyons, par exemple, si l'hérédité, toujours invoquée comme cause dans les maladies congénitales, exerce une influence réelle quand il s'agit de surdi-mutité.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE PURULENTE; par le docteur JEAN-PAUL TESSIER, médecin des hôpitaux.

Après la grande réforme pyrétologique qui a conclu à la substitution d'une maladie essentielle, la fièvre typhoïde, à la pyrétologie arbitraire de Pinel, la question la plus importante qui ait été agitée de nos jours est celle de la phlébite, des abcès métastatiques, de l'infection purulente et de la diathèse purulente. Aujourd'hui cette question me paraît résolue sous bien des rapports. Depuis longtemps les hypothèses du passage du pus dans le sang par absorption ou par mélange direct sont abandonnées généralement, et leurs principaux partisans regardent ces explications comme indémontrables. D'ailleurs aucun travail, depuis dix ans, n'a été produit en faveur de ces théories mécaniques : le bon sens médical paraît encore devoir triompher sur ce point. On s'accorde à considérer la maladie désignée sous le nom de fièvre puerpérale comme identique à celle que l'on désigne sous les noms de phlébite, abcès métastatiques, infection purulente, diathèse purulente. Comme, sous ces divers noms, il s'agit de la même maladie, peu importe, en dernière analyse, le mot que l'on emploie pour la dénommer.

Toute la difficulté était de montrer que ce système de phénomènes morbides constitue une maladie essentielle, *sui generis*, indépendante de toute autre maladie, ayant par conséquent une existence pathologique propre, et devant occuper sa place dans la nosologie. Je crois que nous avons atteint ce but.

Mais à cela, c'est-à-dire à un problème théorique fort important, ne s'étaient pas bornées nos recherches. Nous avions établi quelques-unes des circonstances dans lesquelles la maladie sévit avec le plus de fréquence et de gravité, et maintenant personne ne conteste plus les dangers de la réunion, soit des blessées, soit des accouchées en grand nombre, dans une même salle. La question pratique avait donc été abordée par son côté étiologique.

Aujourd'hui nous venons examiner la partie la plus difficile de la question, c'est-à-dire le traitement de cette maladie.

La diathèse purulente débute quelquefois d'emblée, d'autres fois elle est précédée d'une maladie dont elle viendra entraver la marche : tel est par exemple le cas des blessures diverses, fractures compliquées, plaies avec dénudation des os, plaies simples, opérations sanglantes, etc. Dans ces dernières circonstances, la diathèse purulente est assez fréquente pour qu'on ait à en redouter l'invasion, même à la suite de la plus simple division des parties molles. Toutefois, on sait bien que la gravité des blessures, la contusion des parties lésées, la commotion générale ou partielle, sont des motifs de crainte tout particuliers. De ces deux modes d'invasion, il résulte qu'un traitement bien ordonné serait à la fois curatif et préventif.

TRAITEMENT CURATIF. — Avant toutes choses, il est bon de rappeler l'aphorisme d'Hippocrate : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit ad curandum, et è contrario.* Or rien n'est comparable, sous le rapport de la difficulté du diagnostic, à la diathèse purulente. Elle présente un si grand nombre de lésions, et les habitudes organiciennes sont tellement enracinées, qu'ordinairement on prend la maladie qui débute pour une phlegmasie quelconque; ensuite, quand les progrès de la maladie font voir autre chose, au

rait ici en condamnant sans distinction. Voilà pour la logique. Le bon sens peut aussi présenter quelques circonstances atténuantes. D'abord, si l'on admet que tout ce qu'on raconte de cette fille n'a été dès le commencement qu'une jonglerie, il faut supposer, dans cette petite paysanne de 13 ans, une audace, une effronterie, un esprit de suite, une habileté de conduite assurément très-rares, et que ne lui attribueront pas facilement ceux qui l'ont vue de près, et ont pu juger combien elle est intellectuellement peu propre à un pareil rôle. Il faut supposer, en outre, que les nombreux spectateurs qu'elle a attirés autour d'elle dans diverses villes ont tous été dupes des manœuvres les plus grossières, s'il faut en juger par celles qu'elle paraît avoir essayées devant la commission et devant nous-même. Nous ne donnons ces remarques que pour ce qu'elles valent. Nous savons qu'en ce genre les supercheries les plus honteuses et les moins raffinées trouvent des dupes partout et en grand nombre, non-seulement dans les campagnes, mais encore dans les salons et même dans les Académies. Nous avons nous-même constaté et démontré tant de friponneries authentiques chez les prétendus somnambules en titre qui exploitent Paris, que rien ne peut guère nous surprendre en fait d'impudence de la part des acteurs, et en fait de crédulité de la part des spectateurs. Cependant la nature des phénomènes attribués à Angélique Cottin nous paraît se prêter très-difficilement à une simulation continue, et la difficulté de les reproduire souvent sans s'exposer presque inévitablement à être découverte, aurait dû, ce semble, lui interdire de bonne heure ce genre d'exploitation.

Si ces considérations ont toutes seules peu de force, il en est une qui, ajoutée aux précédentes, nous semble avoir plus de valeur. Dans l'hypothèse de la jonglerie constante, il faut expliquer comment l'idée de cette supercherie, qui est véritablement inouïe dans les fastes du charlatanisme, a pu tomber dans la tête d'une petite paysanne presque idiote, vivant à la campagne, dans un coin reculé de la Bretagne; comment, en supposant qu'une pareille pensée lui fût venue, elle aurait pu entreprendre de l'exploiter comme elle l'a fait? Sans pousser plus loin ces questions, qu'il serait facile de multiplier, on peut affirmer, d'après la difficulté qu'on aurait à répondre à celles-ci, qu'il est au plus haut point improbable que les faits singuliers qui ont attiré sur elle la curiosité publique aient été dès l'origine le résultat d'une supercherie préméditée. L'histoire des premières apparitions de ces phénomènes, telle que nous l'avons donnée dans un précédent article, la succession des événements qui ont suivi, le développement extérieur des idées et des sentiments des personnes qui en ont été témoins, tout nous semble déposer en faveur de la réalité des faits, au moins pendant une certaine période. Mais de ce qu'ils ont été réels à une certaine époque ou dans certaines circonstances, il ne s'ensuit pas qu'ils n'aient pu être et qu'ils n'aient été simulés à une autre époque et en d'autres circonstances. On comprend même très-bien comment cette petite fille a pu être insensiblement et presque involontairement conduite à cette jonglerie. Ses parents l'avaient amenée à Paris pour la faire voir au public pour de l'argent; ils avaient bâti sur cette exhibition des rêves de fortune. D'autre part, la curiosité générale était éveillée sur elle; elle était l'objet de visites incessantes; de grands personnages venaient lui demander les preuves des facultés exceptionnelles dont elle tirait déjà vanité, car ses parents les considéraient comme une sorte de don ou de talent accordé à leur fille. L'amour-propre, l'intérêt étaient en jeu. Il fallait satisfaire les exigences

lieu de mettre le doigt sur le mal en s'avouant que l'on s'est trompé, on cherche mille et une raisons pour expliquer cet état *vraiment extraordinaire;* et quand on a jugé, en raison de tous ces graves phénomènes, qu'il y a évidemment *une profonde altération du sang*, ou quelque *grand empoisonnement*, quelque *terrible intoxication*, on abandonne le malade à son sort.

La première condition du traitement est donc de laisser à la porte du malade, et les profondes altérations du sang, et les grands empoisonnements, et les terribles intoxications. La maladie est bien assez difficile à suivre sans qu'on s'embarrasse l'esprit de ces lieux communs. On sait bien que, dans la diathèse purulente, le sang peut être transformé en pus : qu'en conclure? qu'il faut éviter cet accident comme les autres. D'ailleurs la maladie n'a pas besoin, pour tuer ceux qui en sont atteints, d'altérer et de transformer leur sang en pus; les accidents généraux qui portent sur les forces naturelles et vitales, les suppurations des diverses parties suffisent pour amener ce résultat. Or ce sont ces lésions, c'est cet état général qui fournissent les premières indications.

La maladie débute-t-elle par une inflammation, quel que soit le siége de celle-ci, veine, articulations, membres, utérus, péritoine, plèvres, méninges, etc., il faut autant que possible s'en rendre maître par une médication antiphlogistique appropriée, et qui consiste :

1° Dans l'application, sur les foyers inflammatoires, de 20 à 30 sangsues, répétée plusieurs fois dans les quarante-huit premières heures;

2° Dans l'immersion des malades dans des bains tièdes aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent ;

3° Dans l'immersion des membres affectés dans des bains locaux tièdes pendant l'intervalle des grands bains et des applications de sangsues. Quand c'est impossible, on a recours aux topiques émollients. Quelquefois il est nécessaire de pratiquer une large saignée du bras au début de la maladie, si le malade est pris d'une fièvre intense, avec chaleur sèche à la peau, céphalalgie, face vultueuse, dureté et fréquence du pouls. On attend ensuite l'invasion des affections locales pour agir ; quelquefois celles-ci n'arrivent que le troisième jour ; dans ce cas, elles sont précédées de douleurs erratiques dans la continuité des membres ou même dans une ou deux articulations. Lorsque l'une de ces douleurs devient fixe et prédominante, on peut compter sur le développement d'un abcès et agir comme nous l'avons dit plus haut.

Une fois le malade réduit à l'état lipothymique par cette énergique médication antiphlogistique, les accidents sont modérés, mais la maladie n'est pas terminée, et si on abandonne le malade au cours des événements, on voit de nouveau les accidents reparaître, et le malade succombe plus ou moins rapidement ; dans ces circonstances, il n'y a rien de bon à attendre ni de l'émétique à haute dose, ni de l'ipécacuana à doses répétées, ni du calomel, lorsque la maladie est grave. J'ai plusieurs fois enrayé la maladie avec le sulfate de quinine, lorsque les frissons se répétaient d'une manière assez régulière; mais cette médication est le plus souvent infidèle dans les cas graves.

Voici le moyen qui m'a paru le plus efficace : lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, que le malade est dans cet état nerveux qui précède ou accompagne l'état lipothymique, j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

Prenez : Eau sucrée ou sirop simple. 250 grammes.
Alcoolature d'aconit. . . . . 8 —

Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures; continuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue.

En même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb contenant 3 grammes de sel pour 30 d'axonge : on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin.

En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans une rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux.

Si l'on cesse trop tôt l'usage du médicament dont au reste on peut réduire la dose à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, lorsque la rémission se soutient; si, dis-je, on cesse trop tôt, les accidents reparaissent, et il faut se hâter d'avoir recours au médicament abandonné. Du reste, en général la maladie persiste, suit sa marche, offre ses symptômes et ses lésions, mais à un degré modéré ; la différence capitale entre la diathèse purulente traitée par l'aconit et celle qui suit son cours naturel, c'est que la première est plus bénigne, quant à l'état général et quant à l'état local, que la dernière. La première m'a paru jusqu'ici se terminer assez promptement par la guérison, tandis que la seconde se termine promptement par la mort dans la très-grande majorité des cas. Voilà surtout en quoi la différence est capitale.

Est-ce là une illusion ? c'est ce que j'examinerai dans un instant. Poursuivons les indications.

Lorsque la maladie est très-grave, comme à la suite des grandes opérations, comme dans la diathèse purulente épidémique des femmes en couches il faut se hâter de recourir à l'aconit dès le début des accidents, et presser les doses. Ce n'est souvent que lorsque l'économie est pour ainsi dire saturée du médicament que son action commence et s'annonce par une rémission appréciable et pour le médecin et pour le malade ; du reste, l'expérience prononcera ultérieurement sur ces cas : ce n'est qu'après un grand nombre de faits qu'il sera possible d'arriver à la précision.

Traitement préventif. — Nous avons signalé plusieurs des circonstances dans lesquelles on peut redouter l'invasion de la diathèse purulente, tel est le cas des plaies qui suppurent, des accouchements pendant une épidémie puerpérale. Chez les malades placés dans ces conditions, l'administration de l'aconit ne présente que des avantages : d'une part, chez les blessés, ce médicament modère et l'inflammation et la fièvre; de l'autre : chez la nouvelle accouchée qui ne nourrit pas son enfant, on ne voit pas *à priori* ce que pourrait avoir d'inconvénient l'usage d'un gramme d'alcoolature d'aconit pris chaque jour dans la tisane. J'ai eu trop souvent l'occasion de donner ce médicament pour redouter un résultat fâcheux ; néanmoins l'expérience n'ayant point été faite pour les nouvelles accouchées, je dois me tenir sur la réserve. Il en est autrement des blessures, des phlegmons. Ici j'ai plusieurs fois conjugé un danger imminent de diathèse purulente, et je ne saurais trop appeler l'attention des chirurgiens sur ce traitement préventif; au lieu d'un régime banal, il serait fort simple d'ad-

---

des curieux, et les satisfaire à toute heure. Quoi de surprenant donc que lorsque les phénomènes spontanés se sont fait attendre, la petite fille ou ses parents aient eu l'idée d'aider un peu la nature ?

Cette supposition expliquerait le passé, le présent et même l'avenir dans l'histoire de cette jeune fille, sans violence aucune, et laisserait à tous les faits leur caractère. Elle nous paraît d'autant plus plausible, qu'en l'admettant elle donne la clef de beaucoup d'autres histoires du même genre, et particulièrement de celle des somnambules les plus fameux de ce temps-ci, mâles et femelles. Ces prétendus somnambules sont pour la plupart des espèces d'escamoteurs, fort peu amusants, travaillant à heure fixe sur leur théâtre ou en ville, au choix des personnes, et les merveilles qu'on en raconte se réduisent à des tours assez grossiers. Ce sont certainement des jongleurs, mais l'ont-ils toujours été, le sont-ils même constamment ? Non. Il est à croire que la plupart ont manifesté, à une certaine époque de leur vie, des phénomènes magnétiques plus ou moins caractérisés : des magnétiseurs, par un motif ou par un autre, ont cultivé ces premiers germes et les ont développés; plus tard des charlatans s'en emparent pour les exploiter, et eux-mêmes sont entraînés à faire métier de leur personne. Mais le public est exigeant ; il faut lui servir ce qu'il y a de plus beau, de plus rare, et le lui servir à son heure. Alors l'insuffisance des moyens naturels se fait sentir; ils sont d'abord ou incomplets, ou intermittents, ou insignifiants, le plus souvent même ils manquent tout à fait; il faut alors y suppléer par l'industrie. Les livres des magnétiseurs contiennent l'énumération des facultés qui constituent le parfait somnambulisme lucide ; on s'étudie à exécuter, tant bien que mal, ce programme, et on invente, pour remplir convenablement le rôle, un certain nombre de tours dont l'expérience a fait voir que le public se montre généralement satisfait. C'est ainsi que le somnambulisme s'apprend comme toute autre branche d'escamotage. De là la régularité, l'uniformité, l'invariabilité des exercices prétendus somnambuliques, dont on donne chaque jour le spectacle, et qu'on peut sans hésiter déclarer des phénomènes simulés, par cela seul qu'ils se repoduisent chaque jour, pendant des années, chez les mêmes individus, sans variation aucune. Néanmoins, ces faits de jonglerie ne doivent pas faire méconnaître les faits réels, qui donnent tant d'intérêt à l'étude du magnétisme animal. Il ne faut jamais perdre de vue que ces faits sont indépendants les uns des autres, et qu'ils peuvent très-bien se rencontrer, soit successivement, soit simultanément, chez le même sujet.

Si ces dernières observations ont quelque solidité, on reconnaîtra que le fait positif de la *simulation*, pas plus que le fait négatif de la *cessation* des phénomènes, n'autorisait la conclusion générale adoptée par l'Académie des sciences dans l'affaire de la fille électrique. Elles suffiront peut-être aussi pour éclaircir les principes généraux de critique et de méthode que nous avons essayé d'exposer.

P. S. Nous aurons probablement l'occasion de reprendre quelques points de cette discussion, car nous apprenons qu'Angélique Cottin a retrouvé, dit-on, ses facultés, et que de nouvelles expériences ont eu des résultats importants. Nous tiendrons les lecteurs de la Gazette au courant des événements.

L. P.

ministrer chaque jour à ces malades 1 gramme ou 2 d'alcoolature d'aconit dans un litre d'eau sucrée.

A l'appui du traitement préventif que je viens de conseiller, il est inutile de citer des faits, attendu que son efficacité ne peut être réellement appréciée que lorsqu'il aura été employé sur une grande échelle, par exemple, dans quelques services de chirurgie des hôpitaux.

Quant au traitement curatif, jusqu'ici son efficacité ne s'est point démentie. Ainsi en 1843, aux mois de novembre et de décembre, je fus chargé d'une maternité temporaire à l'Hôtel-Dieu annexe. On l'avait établie en raison d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait forcé d'évacuer l'hôpital de la Maternité. L'épidémie se manifesta dans nos salles. Ayant distingué avec soin les simples phlegmasies, les fluxions, des cas de fièvre puerpérale, nous dûmes reconnaître que le nombre des morts était exactement le même que celui des malades. Il en était de même à cette époque dans les autres services soit de Saint-Louis, soit de l'Hôtel-Dieu. Dans ces circonstances, après avoir employé sur 14 malades les traitements les plus vantés, je donnai l'aconit à la quinzième et à la seizième malade, préalablement soumises à la médication antiphlogistique. Ces deux femmes guérirent.

En raison du développement de l'épidémie, ce service fut supprimé; je ne pus donc continuer l'emploi de ce moyen. L'année dernière (1845), j'en fis usage à la Charité et à l'hôpital Necker dans plusieurs cas de fièvre puerpérale qui guérirent parfaitement. La même chose se répéta deux fois en ville dans ma pratique particulière. Un de mes amis, M. Jousset, ayant administré ce traitement à deux malades de l'Hôtel-Dieu, vit deux cas d'une gravité extrême se terminer heureusement. Enfin j'ai eu indirectement connaissance d'un fort beau résultat obtenu par M. Grapin, interne de la Pitié, auquel M. Davasse avait communiqué les résultats dont je parle. Quant à la diathèse purulente suite de blessures, je pourrais rappeler la maladie de M. Hélot, aujourd'hui chirurgien à Rouen, et qui, à la suite d'une piqûre d'amphithéâtre, fut très-gravement affecté. Après une médication antiphlogistique très-énergique, la rémission fut obtenue chez lui par l'administration de l'aconit. Toutefois il n'en suppura pas moins on peut presque dire de la tête aux pieds.

M. Nélaton, qui fut témoin de ce résultat et auquel je fis part des faits que je possédais déjà, eut dernièrement l'occasion d'administrer l'aconit dans un cas de diathèse purulente. Bien que la forme de la maladie n'ait point été grave chez ce malade, néanmoins je vais en donner l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Davasse, interne du service.

PLAIE DE TÊTE PAR ARME A FEU; DIATHÈSE PURULENTE, FORME LÉGÈRE; GUÉRISON.

OBS. — Le 13 décembre 1845, à dix heures du matin, un jeune homme de 19 ans, garçon épicier, Commelin (Albert), fut transporté dans un fiacre à l'hôpital Saint-Antoine, après une tentative de suicide qu'il venait d'accomplir dans cette voiture même.

Ce jeune homme, d'un caractère doux, mais sous l'influence d'un sentiment exalté, qui lui rendait insupportables quelques peines du cœur, bien insignifiantes au fond, ayant conçu le projet d'attenter à sa vie, monta le matin dans une voiture de place et se fit conduire directement au cimetière de l'Est. Au moment d'arriver, une subite explosion d'arme à feu se fit entendre dans la voiture, et le cocher, se retournant, aperçut dans le fond le jeune homme qu'il conduisait ayant le front meurtri et ensanglanté et tenant encore dans la main l'arme dont il venait de se servir : c'était un pistolet de médiocre calibre, qui n'avait été chargé, au lieu de balles, que de six ou sept chevrotines, heureusement de petite dimension; il avait été dirigé à bout portant contre le milieu du front, et bien qu'il dût en résulter un coup violent, le blessé ne perdit pas connaissance, et lorsqu'il fut transporté, une heure après, à l'hôpital, et couché salle Saint-Joseph, n° 4, l'état de commotion dans lequel il se trouvait n'offrait aucune gravité.

La plaie était située vers le milieu du front, un peu au-dessus de l'espace intersourcilier, sèche, noirâtre, béante, profonde. Sa configuration, en forme étoilée, était dessinée par des lambeaux allongés, anguleux, boursouflés, noircis et brûlés par la déflagration de la poudre; ils interceptaient au centre un intervalle arrondi, exactement de la même dimension que la bouche du pistolet et figuré par la surface de l'os dépouillé du périoste; au reste, point de fracture ni d'altération sensible dans cette surface osseuse, mise à nu; aucun corps étranger n'était resté dans la plaie. La douleur ne paraissait point très-vive. Pour l'état général, il n'offrait rien à noter; constitution bonne, ayant les attributs du tempérament regardé comme sanguin; teint légèrement pâle et rosé, ayant la transparence de la santé la plus parfaite.

M. Nélaton prescrivit immédiatement une large saignée du bras, de la glace dans une vessie sur le sommet de la tête; inf. tilleul, simple compresse flottante sur la plaie.

Le malade passe assez bien la journée; le soir il répond à toutes nos questions, peu multipliées du reste. Il ne se plaint que de douleur à la tête, principalement à l'endroit de la plaie; le pouls s'est développé; il n'y a point de frisson; la saignée du bras est renouvelée; la nuit se passe sans sommeil.

Le lendemain 14, face vultueuse, pouls développé et fréquent; céphalalgie sus-orbitaire; nul engourdissement dans les membres. L'aspect de la plaie est le même à peu près. Le sang des deux premières saignées est un peu couenneux; on pratique une troisième saignée du bras, et le reste de la prescription. Aucun paroxysme le soir; la nuit peu de sommeil.

Le 15, la connaissance est toujours parfaite et l'état mental également calme, mais la céphalalgie est plus prononcée, la douleur plus grande aux abords de la plaie, qui sont tuméfiés et présentent comme un empâtement œdémateux. Le pouls est égal, régulier, à 100 pulsations, la peau médiocrement chaude, la soif modérée, la langue blanche; anorexie; constipation. Dans le but de soutenir le développement possible d'accidents cérébraux plus graves, M. Nélaton fait faire, pendant toute la journée, des applications continuellement renouvelées de deux sangsues aux apophyses mastoïdes; il prescrit 60 centigr. de calomel à l'intérieur, et continue l'application de la plaie; un fragment d'éponge est laissé dans l'écartement des bords de la plaie.

Le soir, l'écoulement sanguin opéré par les sangsues paraît avoir beaucoup affaibli le malade. Vomissement de la tisane; une seule déjection alvine.

16. Bords de la plaie toujours noirâtres et comme desséchés. Tout autour l'empâtement des parties molles s'étend jusqu'aux sutures fronto-pariétales. L'état général reste satisfaisant. (Même prescription, moins le calomel; en outre, quelques bouillons.)

17. Le mouvement fébrile persiste un peu; pouls à 96, égal, sans dureté. La plaie s'humecte par les produits de l'inflammation versés à sa surface; la tuméfaction périphérique ne fait pas de progrès; endolorissement; point de céphalalgie réelle; engourdissement passager vers les extrémités. (Même prescription, plus 70 centigr. de calomel.)

Le soir, nulle exacerbation fébrile; deux selles après le purgatif.

18. Le matin à la visite, état très-satisfaisant; bonne coloration du teint; le pouls conserve seulement un certain degré de fréquence et la peau un peu de chaleur. Pas de céphalalgie; quelques fourmillements dans les doigts de la main. La suppuration établie dans la plaie est d'un bon caractère; on panse avec soin. (Tilleul; potion avec deux gouttes d'huile de croton; glace sur la tête; bouillons.)

Vers une heure après midi, frisson prononcé qui dure une demi-heure, et qui est suivi de vultuosité de la face, d'animation dans le pouls, de céphalalgie.

Le soir à cinq heures, encore de la chaleur; sentiment de faiblesse et de prostration; pâleur du visage; toux avec quelques crachats aérés et parsemés de filets de sang; du reste, rien de particulier dans la poitrine.

19. A la visite, comme la veille à la même heure. La plaie prend un aspect vermeil; pus abondant; les lambeaux jusque-là un peu dejetés en avant, devenus plus souples, se laissent rapprocher. Persistance de l'irritation bronchique.

A midi, frissons passagers, alternant avec des bouffées de chaleur.

Sur le déclin du jour, nouveaux frissons plus prolongés avec claquement de dents, horripilation, pâleur, suivis de réaction fébrile; dans le paroxysme, peu de netteté dans les réponses; abattement marqué. Dès le matin M. Nélaton, discontinuant les applications de glace et les faisant remplacer par un large vésicatoire sur le cuir chevelu, avait prescrit en outre 50 centigr. de sulfate de quinine en potion, qui n'est donnée que dans la rémission.

20. A dix heures du matin, frisson plus intense que les jours précédents; le pouls est concentré et vite, le visage décoloré, les paupières cernées. La plaie du front présente néanmoins les meilleurs caractères : la suppuration est bien établie et abondante, les bords sont vermeils; la surface dénudée de l'os prend un aspect grenu d'une teinte légèrement rosée. Après le frisson, point de céphalalgie ni de chaleur intense; la face reprend seulement un peu de coloration, et le pouls les caractères qu'il avait auparavant.

Le diagnostic se confirme; il n'y a pas le moindre doute sur l'existence d'une diathèse purulente, bien qu'aucun abcès n'apparaisse encore et que la plaie de tête se présente toujours avec les conditions les plus favorables. M. Nélaton manifeste un pronostic fâcheux; il accepte de grand cœur l'essai de l'alcoolature d'aconit à l'intérieur. Cette préparation ne se trouvant pas à l'hôpital, on l'envoie chercher dans les pharmacies de la ville, et on ne la rapporte que le soir. Je l'administre à la dose d'un gramme dans 125 grammes d'eau distillée de menthe et 32 grammes sirop diacode, par cuillerées d'heure en heure.

21. Le malade a terminé la potion. Point de frissons dans la journée; seulement douleur intense fixée vers l'articulation du premier métatarsien avec le gros orteil du pied droit, où l'on trouve en effet une rougeur vive de la peau avec chaleur et tuméfaction, comme dans les forts accès de la goutte régulière; le moindre contact paraît très-douloureux. La plaie du front est en bon état de suppuration. (Presc. : Catapl. laudanisés au pied; 2 p. de solut. de groseilles; alcool. d'aconit, 150 centigr.; 2 bouillons.)

Vers le soir et dans la nuit, les douleurs du pied deviennent de plus en plus vives.

22. Les frissons manquent encore; chaleur médiocre de la peau; pouls à 100; teint coloré; un peu de prostration; persistance du catarrhe; quelques crachats muqueux striés de sang; point de céphalalgie. La plaie du front présente en quelques points l'affrontement direct de ses lambeaux par des bourgeons charnus. Au pied, la tuméfaction phlegmoneuse fait des progrès en s'étendant en arrière. (Même prescription.)

23. Même état.

24. Même état. A cause de la persistance de quelques symptômes gastriques, M. Nélaton donne, dans un pot de bouillon d'herbes, 15 gr. sulfate de soude et 5 centigr. de tartre stibié. On suspend pour un jour l'alcoolature. La boisson émeto-cathartique donne lieu à deux vomissements et trois selles.

25. Le phlegmon n'offre pas encore au pied de traces de fluctuation; les dou-

leurs qu'il occasionne sont toujours excessives ; à part cela, l'état général est bon : pouls à 95 ; chaleur douce ; langue à peine blanche ; la toux disparaît ; l'appétit se réveille. (Prescription comme les jours précédents.)

26. Tout allant bien, M. Nélaton suspend l'administration de l'alcoolature d'aconit.

27. Une incision sur la face dorsale du pied, au niveau de la première phalange du gros orteil, donne issue à une petite quantité de pus bien lié, et peu en rapport avec l'étendue de l'inflammation qui occupe une grande partie de la moitié antérieure du pied. L'apyrexie est complète. On permet deux potages et même une cuillerée de vin.

28 au matin, nulle trace de fièvre ; la plaie du front ne présente rien à noter que son bon état ; l'abcès du pied laisse écouler du pus bien lié. Une demi-portion d'aliment. Le malade a bon espoir.

Vers une heure de l'après-midi survient un frisson inattendu qui dure dix minutes, et est suivi d'une réaction prolongée. Je reprends immédiatement l'administration de la préparation d'aconit à la dose de 150 centigrammes.

Dans la soirée, la chaleur de la peau est moindre, le pouls à 95 ; pas de sueurs, mais quelques gouttes de sang s'écoulent par les narines ; sommeil.

29. Mouvement fébrile continu sans remission sensible ; sentiment de prostration ; selles insignifiantes. La plaie du front et l'abcès continuent à verser un pus de très-bon caractère ; l'abcès paraît provenir à la fois des parties molles et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. On découvre en arrière, au milieu des parties molles qui restent tuméfiées, chaudes, tendues, douloureuses, rouges, une nouvelle collection purulente circonscrite qui est ouverte avec le bistouri, et qui contenait un pus homogène. (Prescript. *ut supra*.)

Dans la soirée, nouvelle épistaxis fort légère ; dans la nuit, le mouvement fébrile diminue.

30. Chaleur normale ; pouls à 80, redoublé dans sa pulsation. Quelques bourgeons charnus apparaissent sur la surface rosée de l'os. Au pied la tuméfaction diminue, et se circonscrit autour des deux abcès. (Même prescript.)

Vers le milieu de la journée, le malade se plaint, pour la première fois, d'une douleur profonde, gravative, dans la fesse du côté droit.

Le soir, cette douleur devient exacerbante ; les mouvements sont très-douloureux, surtout à la plus légère pression, et par conséquent l'exploration difficile. Je fais appliquer 40 sangsues sur la région douloureuse.

31. L'état général est le même, mais avec un peu de malaise et d'accélération dans le pouls. Toujours de vives douleurs dans la fesse, où l'on ne perçoit pas néanmoins de tuméfaction notable. (Même prescript. ; 2 grammes d'aconit ; cat. laud.)

A midi, frisson intense prolongé pendant une heure et demie ; chaleur consécutive et animation du pouls ; la coloration du teint reste bonne. Je répète la potion d'aconit (1 gramme) dans la soirée.

1er janvier 1846. Le matin M. Nélaton fait avec le bistouri une ponction dans les parties molles de la fesse, et donne issue à une petite quantité de pus bien formé.

Vers trois heures de l'après midi, frissons irréguliers suivis de réaction, sans sueur.

2. Nouveau frisson peu intense dans la matinée pendant une heure et demie. Les abcès ouverts ne présentent rien de particulier ; les mouvements, celui du gros orteil, donnent lieu à un craquement dans son articulation avec le premier métatarsien. La plaie du front continue sa cicatrisation. On continue la prescription.

Les jours suivants, les frissons ne reviennent pas ; le mouvement fébrile cesse peu à peu. Le malade revient entièrement à la santé. Les abcès ouverts laissent couler un peu de pus, puis se cicatrisent. La plaie du front présente l'évolution de bourgeonnements à la surface de l'os.

Rien de particulier depuis.

Doit-on considérer l'aconit comme un spécifique contre la diathèse purulente au même titre que le quinquina l'est contre la fièvre intermittente ? Je ne le pense pas. Il me semble jusqu'à présent, si on peut comparer deux agents thérapeutiques, que l'aconit agit dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie. Du reste, je me borne dans cette note à signaler un fait pratique de la plus haute gravité. Il est absolument inutile d'en dire davantage.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

Il n'est pas de jour où l'on ne rencontre dans les hôpitaux des cas dans lesquels il serait possible de recourir avec succès à l'emploi d'une méthode simple, inoffensive et presque toujours efficace, à laquelle on préfère une pratique compliquée, dangereuse et souvent stérile : nous voulons parler des cas dans lesquels la méthode sous-cutanée pourrait rendre de très-grands services. Parmi les chirurgiens des hôpitaux qui n'ont point recours encore à cette méthode, il y en a qui la dédaignent purement et simplement à cause de son origine ; d'autres ne la connaissent pas, ou du moins ils en ignorent le véritable caractère et les applications possibles ; d'autres enfin, après en avoir fait des essais peu satisfaisants, l'abandonnent faute de l'avoir appliquée suivant les règles véritables. Ajoutons néanmoins, par contre, que quelques autres chirurgiens des hôpitaux la mettent en usage et s'en trouvent bien ; mais tous ne font pas connaître avec le même empressement les services qu'elle leur rend. S'il ne s'agissait que du triomphe d'une vérité spéculative, ou d'une satisfaction d'amour-propre pour l'inventeur, on pourrait s'en rapporter au temps et à l'expérience, qui font justice de tout et mettent chaque chose à sa place ; mais il s'agit ici du bien des malades, de leurs souffrances, de leur vie ou de leur mort ; on nous pardonnera donc d'insister sur cette question, de signaler les exemples pernicieux et de montrer ceux qui peuvent servir de guide aux praticiens.

Dans ses ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, l'auteur a ramené à deux ordres principaux les diverses applications possibles de cette méthode : les *sections* et les *ponctions*. Nous allons suivre cette division dans notre revue.

I. TRAITEMENT DES TUMEURS SANGUINES ÉRECTILES PAR LES SCARIFICATIONS SOUS-CUTANÉES.

Dans une leçon sur le traitement des tumeurs sanguines et des tumeurs érectiles en particulier, M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a passé en revue les différentes méthodes propres à combattre ces sortes de tumeurs. Il a indiqué successivement l'*ablation*, la *ligature des artères*, l'*acupuncture*, les *fils en séton*, l'*injection des liquides irritants* et la *cautérisation*. Il a discuté les inconvénients et les avantages de ces diverses méthodes et s'est arrêté à la cautérisation avec la pâte de Vienne. En admettant les motifs qui ont décidé ce chirurgien à donner la préférence à la cautérisation profonde de la tumeur sur les autres méthodes, on est conduit tout naturellement à discuter la valeur comparative du caustique de Vienne et de la méthode sous-cutanée. Précisons d'abord les termes de la discussion.

« Il y a des tumeurs sous-cutanées, a dit M. Robert, qui ont leur siége dans les parties profondes, au-dessous de la peau, sans que celle-ci en soit nullement attaquée : telles sont celles que J.-L. Petit a bien décrites, et qu'il appelle tumeurs variqueuses. Elles apparaissent également à la naissance sous la forme de petites taches un peu bleuâtres se montrant à travers les couches cutanées ; elles commencent ordinairement par être très-petites, grosses comme une graine de chènevis, par exemple ; peu à peu elles s'accroissent dans tous les sens et peuvent acquérir une étendue considérable. La tumeur sanguine de la petite fille que nous avons à opérer est de cette nature et suit une marche analogue. Vous voyez cette petite tumeur bleuâtre, qui occupe la partie supérieure de la région oculo-nasale, s'étendre de la partie supérieure et externe du nez vers l'angle interne de l'œil droit ; elle est grosse comme une petite noisette, tout à fait sous-cutanée, car la peau y est complétement étrangère ; s'affaisse quand on la comprime et revient bientôt à elle-même quand on cesse de la comprimer ; elle se gonfle sous les efforts de toux, de colère et de surexcitation quelconque de l'enfant, tandis qu'elle s'amoindrit dans l'état de sommeil et de calme ; enfin elle a tous les caractères qui conviennent à cette sorte de tumeurs, de manière qu'on ne peut pas s'y méprendre. » — Il s'agit donc de tumeurs *sous-cutanées* qui n'intéressent que peu ou point la peau. Or quelle est l'indication à remplir dans le traitement de ces sortes de tumeurs ? De détruire la lésion vasculaire qui les constitue, ou du moins d'en changer le caractère et la nature. Le caustique de Vienne atteint parfaitement ce but : s'il agit profondément, l'escarre comprend toute l'épaisseur de la tumeur et ne laisse à la peau qu'un tissu de cicatrisation ; s'il agit superficiellement, il peut déterminer dans la tumeur encore un travail dont le résultat est l'oblitération des petits vaisseaux. Il faut reconnaître que le caustique de Vienne produit l'un ou l'autre de ces résultats, et finalement la guérison de la maladie ; mais à quel prix ? Au prix d'une douleur assez vive, d'une inflammation suppurative, dont il est impossible de calculer rigoureusement les suites (érysipèle, résorption purulente, etc.), d'un traitement long et finalement d'une cicatrice plus ou moins visible sinon difforme. Tout cela est incontestable. Nous écartons d'autres inconvénients ou dangers plus faciles à éviter, tels que cautérisation trop profonde, perforations, nécrose, etc., pour nous en tenir aux inconvénients réels, notoires et inséparables de l'emploi du caustique. Une méthode qui n'entraînerait aucun de ces inconvénients ou dangers et qui aurait la même chance de réussite serait donc de tout point préférable ; or, c'est ce que procure la méthode sous-cutanée.

Le procédé propre à réaliser ce résultat consiste à faire, sous la peau, à travers une piqûre à la base d'un pli cutané, quand ce pli est possible, des scarifications de la tumeur. On divise dans tous les sens le tissu vasculaire morbide, on en détruit la trame pour lui substituer un tissu de cicatrice sous-cutanée proprement dite. Ce résultat, pour le dire en passant, est celui que recherchent les autres procédés, comme les aiguilles, les injections irritantes et les fils en forme de séton.... Mais les scarifications sous-cutanées ont, sur ces dernières méthodes, l'immense avantage de ne donner lieu à

aucune inflammation suppurative, et par conséquent à aucun des dangers inhérents à cette inflammation; de plus, elles ne produisent ni douleur vive, ni traitement long, ni cicatrice difforme. La seule objection qu'on puisse leur faire est de savoir si la méthode sous-cutanée guérit aussi sûrement que le caustique. A cette question, on ne peut répondre que par des faits. M. J. Guérin, d'une part, a opéré, il y a plus de trois ans, à la consultation de l'hôpital des Enfants, une tumeur de ce genre siégeant sur le côté du nez, et il a réussi, après deux applications, à détruire toute vascularité de la tumeur. Il n'en reste plus, après trois ans d'opération, que de très-légères traces dans l'épaisseur de la peau. M. Blandin a pratiqué depuis plusieurs fois la même opération et avec le même succès. Inutile de faire remarquer qu'après les scarifications il est indispensable d'avoir recours à une compression plus ou moins forte. — On voit donc qu'à tout prendre il n'y a aucune raison de préférer le caustique à la méthode sous-cutanée, et qu'au contraire il y en a cent pour préférer cette dernière au caustique. Ajoutons qu'à supposer que les scarifications ne réussissent pas toujours, ce que nous sommes loin d'admettre, au moins pour les tumeurs vraiment sous-cutanées, on serait toujours à temps pour recourir à la cautérisation.

II. Traitement des hydarthroses blennorrhagiques.

On a remarqué il y a longtemps qu'il survient parfois des hydarthroses du genou et du poignet pendant le cours des blennorrhagies. Ces hydarthroses ont-elles une relation essentielle avec la maladie de l'urètre, ou bien ne sont-ce que de simples coïncidences sans rapport de subordination entre elles? Cette question conduit naturellement à celle du traitement des hydarthroses. Le chirurgien (M. Robert) qui nous fournit l'occasion d'examiner ce point de doctrine et de pratique l'a résolu comme il suit : pour lui, comme pour quelques autres chirurgiens, l'hydarthrose qui accompagne ou suit la blennorrhagie urétrale est une dépendance, une extension ou une métastase de cette dernière. En conséquence, il est d'avis qu'il faut traiter l'une comme on traite l'autre, par la médication générale spécifique. Toutefois, il fait remarquer avec raison que l'expérience n'a pas encore consacré d'une manière irréfragable la justesse de l'induction. Quoi qu'il en soit, et en attendant que la question soit résolue au profit de la science, il importe de chercher à la résoudre au profit des malades. Or voici à cet égard ce dont nous avons été témoin. Dans deux cas récents d'hydarthroses, l'un du genou, l'autre du poignet, consécutifs à une blennorrhagie, nous avons été appelé à donner notre avis après plusieurs autres chirurgiens. On avait épuisé les médications antiphlogistiques, spécifiques et narcotiques, et à peine était-on parvenu à amoindrir les douleurs, qui avaient été intolérables. Dans l'hydarthrose du genou, nous avons pu ponctionner par la méthode sous-cutanée, et la guérison a été immédiate : on était au dix-huitième jour de l'épanchement. Dans le cas d'hydarthrose du poignet, on avait mis 80 sangsues en trois fois, plusieurs vésicatoires, des bains, cataplasmes, etc. Malgré ce traitement énergique, les douleurs étaient restées intolérables. Le mal datant d'environ quatre semaines, l'épanchement s'étant en partie résorbé, et l'articulation nous paraissant malade, nous n'avons pas cru devoir recourir aux ponctions sous-cutanées. La guérison s'est opérée lentement sous l'influence des vésicatoires, des purgatifs et du traitement antiblennorrhagique, mais le malade a perdu en grande partie l'usage du poignet et des doigts. La conclusion à tirer, suivant nous, de ces deux faits, c'est que, dans l'hydarthrose blennorrhagique plus que dans toute autre encore, il faut recourir *immédiatement* aux ponctions sous-cutanées : plus que dans toute autre hydarthrose, le liquide épanché exerce une action fâcheuse sur les surfaces articulaires; il cause des douleurs violentes, quelquefois atroces; et le moyen sûr d'y porter remède est d'enlever ce liquide. Les ponctions sous-cutanées n'occasionnant pas plus de danger ni de douleur qu'un vésicatoire, quel motif aurait-on de n'y pas recourir immédiatement? Disons même, par occasion, que depuis longtemps nous avons adopté cette pratique pour tous les cas d'hydarthroses uni-articulaires, dès qu'ils ne paraissent pas se résorber au bout de cinq à six jours d'existence. La raison qui nous guide est celle-ci. Toute matière d'épanchement est un corps étranger au sein de l'articulation, qui tend à détériorer les surfaces avec lesquelles il se trouve en contact prolongé; souvent la présence seule du liquide occasionne des douleurs vives, de la fièvre. Le liquide enlevé, les douleurs disparaissent, et l'articulation est débarrassée d'un ferment chimique plus ou moins antipathique à l'entretien de ses conditions normales.

III. Traitement des abcès par congestion.

On commence à comprendre ce que c'est que la guérison des abcès par congestion : il ne s'agit plus de la prétention absurde qui n'a jamais existé que dans l'esprit d'adversaires d'une sagacité fort douteuse ou d'une bonne foi suspecte, de guérir par la méthode sous-cutanée la maladie tuberculeuse qui fournit le pus des abcès, mais bien de combattre une complication grave de cette maladie, d'empêcher que l'ouverture vicieuse de la collection purulente ne produise des accidents plus graves et plus promptement mortels que le mal principal auquel l'abcès est lié. C'est ainsi que la méthode sous-cutanée guérit des abcès par congestion, et en les guérissant laisse à l'art et à la nature le temps de combattre d'autre part la maladie de l'os. Ce point commence à être parfaitement éclairci; mais chose singulière, à mesure que la signification et la réalité du résultat s'établissent mieux, on voit une foule de personnes tenter par toutes sortes de moyens d'arriver au même but, et l'on comprend de reste pour quel motif. Les uns s'en tiennent à l'expectation, les autres font des ponctions pseudo-sous-cutanées, et y glissent un peu d'iode; d'autres injectent, par les ouvertures spontanées, une solution de nitrate de plomb, ou bien de chlorure de chaux, ces deux moyens comme désinfectants. C'est ainsi que M. Robert, de l'hôpital Beaujon, aurait obtenu la *guérison* d'un abcès par congestion qui s'était ouvert spontanément, au moyen de deux injections chlorurées (solution à 1/8 de chlorure de chaux). Le journal qui rapporte ce fait (1) d'après un autre journal dit qu'il a suffi que l'injection entrât et sortît pour enlever la fétidité du pus et changer le caractère de ce liquide, qui, de séreux et fluide qu'il était, est devenu de suite crémeux et inodore. Les parois du foyer se sont affaissées, et celui-ci s'est trouvé converti en tumeur mollasse MARCHANT *vers l'oblitération*. Mais le journal ajoute que les deux ouvertures spontanées *existent* toujours, et laissent encore échapper de la sérosité limpide. Il faut reconnaître que les *guérisons* produites par tous ces moyens de substitution récente sont tout autres que celles que l'on a contestées si vivement à la méthode sous-cutanée. Pour donner une idée de la différence des unes et des autres, voici une observation sommaire recueillie dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu.

IV. Abcès énorme (froid ou par congestion) occupant toute la longueur de la cuisse, guéri à l'aide de trois ponctions sous-cutanées.

Nous devons à l'obligeance de M. Kusko, interne du service, les détails qui suivent.

Obs.—Au nº 16 de la salle Saint-Paul, a été couchée pendant longtemps une femme de 22 ans portant, depuis six mois au moins, un vaste et énorme abcès occupant toute la face postérieure de la cuisse. Il s'étendait depuis la région fessière jusqu'au voisinage du creux du jarret. Quoique cet abcès se fût développé d'une manière insensible et graduée, on ne put, à aucune époque, déterminer s'il y avait un point osseux (colonne vertébrale, sacrum, os iliaque ou fémur) qui fût malade. Quoiqu'il ne fût pas complétement fixé à cet égard, M. Blandin crut qu'il n'y avait pas lieu d'hésiter à appliquer la méthode sous-cutanée. En conséquence, une première ponction vida ce vaste foyer et fournit environ 2 litres de pus. L'opération ne fut suivie d'aucune espèce d'accident, pas la moindre apparence de fièvre. La reproduction de l'abcès ayant eu lieu au bout de deux à trois semaines, on réitéra la ponction; il en fut de même une troisième fois : on retira chacune de ces deux fois un litre de pus environ. Après la troisième ponction, plus de reproduction du pus; l'abcès resta complétement oblitéré, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie de cette grave affection. Depuis sa sortie, elle est revenue à l'hôpital pour faire constater la persistance de sa guérison.

Un tel exemple n'a pas besoin de commentaires. Depuis longtemps M. Blandin a fait, avec une loyauté qui l'honore, de nombreuses applications de la méthode sous-cutanée, et il compte beaucoup de succès aussi beaux et aussi décisifs que celui que nous venons de rapporter. Que serait-il arrivé si, dans le cas d'un abcès aussi énorme, abcès froid ou par congestion, on eût fait une large ouverture ou simplement une ouverture directe? Nul doute que l'air, s'introduisant dans ce vaste foyer, y eût causé des ravages terribles, la viciation du pus, peut-être sa résorption et la mort. Ici pas l'ombre d'un accident. La malade s'est à peine doutée qu'on l'avait opérée. — La méthode compte aujourd'hui bon nombre de faits de ce genre; nous rappellerons, entre autres, un cas qui n'a jamais été publié, et qui a été opéré il y a trois ans environ dans le service de M. Breschet, sous les yeux et avec le concours de M. Demarquay, alors interne de la salle. Il s'agissait aussi d'une femme atteinte d'un abcès à peu près du même volume et du même siége. M. Breschet avait reconnu une altération du bord postérieur de l'os iliaque au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Des cautères et des moxas avaient été appliqués pendant plusieurs mois. Une seule ponction sous-cutanée, à l'aide de laquelle on retira plus d'un litre de pus, suffit pour amener l'oblitération du foyer. — Maintenant que d'autres chirurgiens produisent des résultats tout semblables, il est permis d'exhumer ceux que d'injustes préventions avaient forcés de se tenir provisoirement à l'écart. C'est une monnaie qui aura définitivement cours.

Les cas qui précèdent sont bien propres à justifier ce que nous avons dit

(1) Journal des connaissances médico-chirurgicales, mars 1846, p. 113.

en commençant cette revue; le suivant montre jusqu'où peut aller l'indifférence, sinon l'antipathie à l'endroit de la méthode, et à quelles conséquences cette antipathie peut conduire.

V. SPINA-BIFIDA TRAITÉ PAR L'INCISION ET LA SECTION. — MORT APRÈS QUARANTE HEURES DE L'OPÉRATION.

Il y a fort longtemps que nous avons fait ressortir les avantages de la méthode sous-cutanée appliquée au traitement du spina-bifida, et déjà plusieurs chirurgiens ont réalisé cette application avec succès, notamment M. le docteur Robert, de Beaujon, entre les mains duquel elle a produit une guérison complète. D'un autre côté, les résultats désastreux des méthodes ordinaires ne sont que trop connus. On croirait, quand il s'agit de la vie ou de la mort presque certaine du malade, que toute prévention dût cesser; que l'amour de l'humanité dût primer l amour-propre; qu'une opération susceptible de guérir, vînt-elle d'un homme qu'on a opiniâtrément pourchassé, dût être préférable à celle qui fait périr le malade presque à coup sûr. Il est des personnes qui ne partagent pas ces idées, et qui, pour ne pas s'y rendre, se résignent aux plus déplorables expériences. Quelque regret que nous en éprouvions, il est de notre devoir néanmoins de signaler de pareils exemples, afin que s'il leur restait quelques chances d'être imités, il les perdissent complétement désormais. Voici le fait qui nous suggère ces réflexions.

Obs.—Un enfant de 3 mois environ, d'une constitution faible, fut présenté récemment à un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu pour être traité d'une tumeur hydrorachique compliquée de spina-bifida, placée dans la région lombaire. Quoique la peau de la tumeur fût déjà un peu amincie à son sommet, le chirurgien, à cause de la faiblesse du sujet, ne voulut point se charger de l'opération. Il chercha à faire comprendre à la mère qu'elle courrait grand risque de perdre son enfant, et que ce dernier pourrait, au contraire, avec des précautions, vivre en conservant son infirmité. La mère répondit *qu'elle avait encore cinq autres enfants*. Le chirurgien, peu touché de ce considérant, persista dans son refus. C'est alors que cette femme porta son enfant à M. Roux, qui lui, plus confiant sans doute dans les ressources de son art, et moins rassuré pour l'avenir de l'enfant, le fit entrer avec sa mère dans son service.

La tumeur, du volume d'un œuf, ayant son grand diamètre dans le sens transversal, tendue, fluctuante, transparente, siégeait au-devant des dernières vertèbres lombaires.

M. Roux, après s'être renseigné auprès de M. Dubourg, son ancien élève, sur l'opération que celui-ci a fait connaître dans la Gazette Médicale pour la cure du spina-bifida, procéda de la manière suivante. Il traça d'abord au crayon une ellipse verticale, puis dans cette ellipse, il inscrivit un losange très-allongé qui n'intéressait que l'épaisseur de la peau. La tumeur fut rapidement ouverte du côté droit. Un flot considérable de liquide céphalo-rachidien s'écoula (environ 200 grammes). M. Roux appliqua au même instant son doigt sur l'ouverture vertébrale pour arrêter l'écoulement du liquide et prévenir la pénétration de l'air dans le canal. Un aide ayant placé son doigt à la place du sien, M. Roux excisa avec des ciseaux la portion d'enveloppe de la tumeur inscrite dans l'ellipsoïde. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus au moyen de la suture entortillée avec six épingles.

L'enfant, qui avait paru beaucoup souffrir et qui avait constamment crié pendant l'opération, a succombé le surlendemain.

Deux mots d'abord sur le côté scientifique de ce fait. A quoi bon avoir appliqué le doigt sur l'ouverture du canal après l'évacuation de 200 grammes de liquide? Pour prévenir l'entrée de l'air? Cette précaution serait dérisoire. Ne sait-on pas qu'à mesure qu'un liquide s'écoule d'une cavité fermée, l'air entre dans cette cavité et prend simultanément la place du liquide écoulé? C'est ce fait incontestable qui sert de base à la méthode sous-cutanée, et c'est à cause de ce fait que les ponctions véritablement sous-cutanées diffèrent essentiellement des autres ponctions, même des ponctions dites *obliques*, avec lesquelles il arrive encore, même à des esprits bienveillants, de les confondre. Quant à la malheureuse expérience de M. Roux, nous ne voulons pas la juger plus sévèrement qu'elle ne l'a été par un journal qui ne passe pas pour être hostile au chirurgien de l'Hotel-Dieu. Et pour cela, nous nous bornerons à citer le commentaire de ce journal. « Le devoir de la presse, dit la Gazette des Hôpitaux, est de porter de tels » faits à la connaissance des chirurgiens. Il faut le dire, la pratique parisienne » a été entièrement défavorable au procédé de M. Dubourg, qui, dans » notre opinion, désormais trop fondée, doit être rejeté, absolument rejeté. » Il a réussi, nous le croyons, entre les mains de son auteur; mais il a contre » lui l'insuccès, plus que l'insuccès, la mort, la mort prompte de plusieurs » opérés. Et ce n'est pas, comme on voit, entre des mains vulgaires, c'est » entre les mains les plus habiles, les plus expérimentées, que l'opération a » eu de telles conséquences. Dès ce jour, une opération, qui, en France, » avait été accueillie avec une certaine faveur, doit être rayée du cadre de » la médecine opératoire. Non pas, assurément, que l'on doive proscrire » toute opération suivie de mort dans un cas ou même dans plusieurs cas. « Il faudrait proscrire la saignée. Mais le raisonnement comme l'expé» rience proteste contre l'opération dont il s'agit. La ténacité de la vie est » moindre à une époque si voisine de la naissance, et n'y eût-il que cette » déperdition instantanée, plus ou moins considérable, du liquide céphalo» rachidien, c'en serait assez, à part la chance de l'inflammation consécu» tive, pour que le jeune opéré ne pût se relever de l'atteinte violente por» tée à sa vitalité.

» La ponction sous-cutanée, suivie de la compression, a réussi, pleine» ment réussi à M. Robert. Si un mode *opératoire* devait être choisi, c'est » celui-là que nous préférerions. » (Gaz. des Hôp., numéro du 14 mars 1846, p. 121.)

VI. — GUÉRISON SPONTANÉE DES FISTULES STERCORALES SUITE DE HERNIES ÉTRANGLÉES.

Il y a dans tous les cas de guérison spontanément opérée par la nature le germe d'une méthode. Si l'on étudiait attentivement les procédés et moyens qu'elle met en usage, il serait souvent possible d'en généraliser l'application ou du moins d'en utiliser le bénéfice pour des conditions pareilles. C'est cette pensée qui nous engage à rapporter le fait suivant, quoi qu'il ne soit pas sans de nombreux analogues dans la science.

HERNIE INGUINALE DROITE; ÉPIPLOCÈLE GANGRÉNÉE; ABCÈS DANS LE SAC; OUVERTURE DE LA TUMEUR; EXCISION DE L'ÉPIPLOON; GANGRÈNE D'UNE PETITE PORTION DU POURTOUR DE L'INTESTIN; FISTULE; GUÉRISON (1).

Obs. — Barrol (Germain-Marie), ouvrier terrassier, âgé de soixante ans, avait une hernie inguinale droite, datant de plusieurs années. Cette hernie était constamment dehors, mais jamais elle n'avait donné lieu à d'autres accidents qu'à des coliques passagères. Le 16 janvier 1846, sous l'influence d'un effort, cette hernie sortit plus grosse que d'habitude; le malade y éprouva des douleurs vives. Il eut deux vomissements, puis les accidents se calmèrent; et il ne resta plus qu'une douleur assez bornée sur le trajet de la hernie. Durant ce temps les selles ne furent point interrompues, et le malade rendit par l'anus des vents et des matières comme dans l'état de santé.

Quatre jours après le commencement des accidents, c'est-à-dire le 20 janvier, Barrol entra à l'Hôtel-Dieu; et la tumeur était alors de la grosseur d'un œuf, mais plus longue; au niveau de la racine des bourses on y apercevait une sorte de collet; sa racine n'était point pédiculée; au toucher elle était dure et résistante, n'offrant pas cette élasticité et ces gargouillements que l'on retrouve dans les hernies intestinales. Aussi ces circonstances, jointes à la présence des selles, firent diagnostiquer une épiplocèle étranglée depuis longtemps, mais qui ne l'était plus dans l'état actuel des choses, vu l'absence complète des douleurs; les jours suivants, la peau était rouge et douloureuse autour de la tumeur; on y sentait une fluctuation, qui devint évidente le 24 janvier. Dès lors on soupçonna que l'épiploon gangréné avait développé une inflammation des parties voisines, et qu'il s'était formé un abcès dans le sac.

Le 26, on sentait non-seulement la fluctuation, mais une sorte de crépitation, formée par des gaz développés au milieu des liquides altérés. Dès lors, il n'y avait plus à hésiter; on ouvrit le sac herniaire en incisant couche par couche sur une sonde cannelée. On découvrit, en effet, un abcès, du volume d'un œuf, renfermant un liquide purulent très-fétide, au milieu duquel nageait une masse épiploïque gangrenée; elle se présentait sous forme d'un lambeau grisâtre qu'on excisa; puis l'on pansa avec une mèche et un cataplasme. Le lendemain, l'épiploon s'était déplié, et se montrait à l'ouverture de l'abcès sous forme d'une masse blanchâtre et désorganisée. On l'enleva de nouveau; chose remarquable, malgré cette hernie gangrenée, malgré toutes ces incisions et l'action du bistouri répétée à plusieurs reprises, le malade n'eut aucun accident et resta sans fièvre; on le laissa à la diète, lui donnant à peine quelques tasses de bouillon; un purgatif avait été administré aussi dans les premiers jours. C'est là un bel exemple de l'innocuité des épiplocèles, comparée aux accidents des hernies intestinales. — (Bandage triangulaire, linge cératé.)

Le soir, en le pansant, je trouvai l'appareil mouillé entièrement tout autour de la plaie, un liquide à moitié coagulé, ressemblant à de la gélatine, et dans la plaie elle-même, un liquide jaunâtre transparent qui suintait rapidement à mesure que l'éponge chercherait à l'épuiser. L'abondance de cette matière n'était pas suffisamment justifiée par l'étendue de la plaie. Quant à sa nature, elle parut muqueuse; aussi l'on abandonna l'idée d'une sécrétion péritonéale, et l'on pensa qu'elle était formée par la matière muqueuse de l'intestin, et qu'une anse intestinale, ou l'appendice cœcal peut-être, s'étant présenté caché sous l'épiploon, avait donné lieu à une fistule stercorale très-petite, par laquelle ne s'écoulait point de matières fécales.

Un pareil exemple se présenta il y a deux ans dans le service de M. Breschet. Il fut pris d'abord pour une fistule lymphatique, mais la couleur, la consistance des matières, l'écoulement surtout de gaz intestinaux par la plaie dilatée, ne laissa plus de doute sur la nature de la fistule. — Revenons à notre malade.

Les jours suivants, le flux muqueux devint de plus en plus abondant; chaque matin l'on enlevait quelques portions d'épiploon gangrené qui se présentait à l'ouverture. Le 29, surtout, on en retira un lambeau très-considérable. Dès lors il ne fut plus possible de douter qu'il n'y eût une fistule stercorale, car les mu-

(1) Obs. communiquée par M. Ozanam, interne du service.

cosités coulaient par flots à chaque mouvement péristaltique de l'intestin, et souvent au milieu d'elles s'élevaient des bulles d'air qui venaient crever à la surface. L'odeur devenait d'ailleurs chaque jour plus caractéristique. L'irritation de la peau par le liquide intestinal causa une éruption eczémateuse sur les bords de la plaie et les parties environnantes. On tâcha de préserver la peau de ce fâcheux contact en la couvrant de cérat plusieurs fois le jour, et en absorbant les mucosités sur des linges que l'on changeait souvent.

L'écoulement fut très-abondant jusqu'au 3 février. A dater de ce jour il diminua beaucoup, la plaie se ferma peu à peu ; vers le 8, elle ne laissait plus rien couler ; néanmoins ce ne fut que le 23 février que la cicatrice fut entière. On donna alors au malade un bandage inguinal pour prévenir toute récidive, et il sortit entièrement guéri le 24 du même mois.

Il est probable que la principale condition du résultat, dans les cas de ce genre, tient, d'une part, à la petitesse de l'ouverture intestinale, et, de l'autre, à l'étendue des adhérences du pourtour de cette ouverture, qui ferment toute communication possible avec la cavité péritonéale. Nous aurons prochainement occasion de publier plusieurs autres faits du même genre qui nous ont été adressés par M. le docteur Maslieurat-Lagémard, ancien interne des hôpitaux.

VII. — TRAITEMENT COMPARATIF DE L'HYDROCÈLE PAR LES INJECTIONS IODÉES ET LES INJECTIONS VINEUSES.

La discussion de l'Académie sur le traitement de l'hydrocèle a eu au moins pour résultat de montrer l'ignorance où l'on était sur la valeur relative de ces deux méthodes et sur le véritable caractère de leur action. M. Blandin, qui, dans cette discussion, s'est montré aussi bon praticien que dialecticien sévère, n'a pas voulu cependant rester avec ses opinions, sans preuves nouvelles et définitives. Il a commencé dans son service une série d'expériences comparatives ayant pour but d'éclairer la triple question de la douleur, de la sûreté et de l'efficacité des deux modes de traitement. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des faits ; en attendant voici deux cas qui ont été choisis comme offrant le plus grand nombre de conditions semblables, et dans lesquels le résultat, quoique trop limité pour avoir une signification décidée, n'en est pas moins digne de piquer la curiosité des chirurgiens.

Obs. I. — Le nommé Trellet Claude, âgé de 48 ans, journalier, entré le 14 janvier 1846 dans le service, couché salle Saint-Jean, n° 17, s'aperçut, il y a deux ans environ, sans cause connue, du développement d'une tumeur dans les bourses. Cette tumeur, située à droite, s'accrut peu à peu et de bas en haut. Actuellement elle a acquis le volume du poing ; elle est pyriforme, indolente, non bosselée et d'une transparence parfaite. Le testicule est situé en bas et un peu en arrière.

Les tuniques du scrotum ne sont point épaissies. En pressant sur la tumeur, le liquide dont on a constaté la présence ne reflue pas dans le ventre.

L'affection dont ce malade est atteint est donc une hydrocèle sans complication, et offrant au traitement curatif toutes les chances de succès possibles.

Le 16 janvier on pratique l'opération.

La ponction, faite dans le lieu d'élection, livre issue à 250 grammes environ d'un liquide transparent, légèrement citrin. On injecte alors, au moyen d'une seringue, dans la tunique vaginale, le mélange suivant :

Teinture d'iode.	30 grammes.
Eau.	60

Comme le recommande M. Velpeau, afin de mettre toute l'étendue des parois de la tunique vaginale en contact avec le liquide injecté, on malaxe un instant la tumeur, puis on laisse écouler le liquide.

Sitôt après l'injection, le malade se plaint d'une douleur vive dans les aines, dans la partie antérieure des cuisses et surtout dans la région des reins.

Le soir, à quatre heures, les souffrances ont cessé ; mais il dit les avoir éprouvées pendant plus d'une heure et demie après l'opération.

La tumeur a alors le volume d'un œuf de poule ; en la serrant légèrement entre les doigts, on éprouve de la crépitation.

Le malade n'a point de fièvre.

Le 17, la partie est plus sensible au toucher ; elle a aussi un peu plus de volume. Il n'y a plus de crépitation. Toujours point de fièvre. Bon sommeil pendant la nuit. On soutient les bourses au moyen d'une compresse placée en forme de suspensoir.

On examine les urines pour voir si elles contiennent de l'iode : pour cela on y verse de la dissolution d'amidon ; puis, en y ajoutant peu à peu de l'acide sulfurique, on voit se former un précipité très-abondant d'un violet très-foncé. Le précipité est dû évidemment à la combinaison d'une certaine quantité d'iode qui, se trouvant d'abord dans les urines à l'état d'iodure, est mis ensuite en liberté par l'acide sulfurique, et forme un composé violet avec l'amidon.

Le 18, à peu près même état. Douleur encore vive à la pression sur tout le testicule ; le cordon n'est pas tuméfié ; les urines contiennent toujours de l'iode.

Le 19, la tumeur est moins douloureuse ; mais loin de diminuer, elle est un peu augmentée. Le même précipité est encore obtenu dans les urines.

Le 20, le 21 et le 22, la tumeur augmente toujours ; mais la présence de l'iode ne peut plus être reconnue dans les urines.

Le 29 janvier, la tumeur, qui avait presque repris le volume qu'elle avait avant l'opération, semble diminuer un peu ; elle est tout à fait transparente.

Depuis cette époque jusqu'au 12 mars, elle diminue si lentement, qu'à cette dernière date, elle a encore le volume d'un gros œuf de poule. Depuis quelques jours même, elle semble tout à fait stationnaire.

Obs. II. — Pendant le même temps, 12 février 1846, entre dans le service de M. Blandin, le nommé Jeannin (François), âgé de 35 ans, journalier, affecté également d'une hydrocèle. Il y a un an que, sans cause connue, cette maladie s'est développée du côté gauche. Chez lui aussi la tumeur a le volume du poing ; elle est un peu en forme de gourde, parfaitement transparente, non bosselée. Les tuniques du scrotum ne sont pas non plus épaissies : c'est donc ici encore une hydrocèle sans aucune complication.

Le 13, l'opération est pratiquée. A la suite de la ponction, il sort environ 220 grammes d'un liquide transparent, sans flocons et un peu citrin. On injecte alors dans la tunique vaginale du vin chaud à environ 45 degrés, jusqu'à ce que cette tunique soit distendue à peu près de la même manière que par le liquide évacué. Le malade se plaint d'une douleur assez vive, se propageant le long du cordon et montant du côté des reins. Deux minutes après, on laisse écouler le vin chaud ; puis on en injecte de nouveau une égale quantité, que l'on fait sortir après le même temps, le plus complétement possible.

On soutient les bourses au moyen d'une compresse passée en dessous et attachée à un bandage de corps. On applique sur elles des compresses imbibées de vin chaud.

Le soir, les douleurs, qui avaient disparu presque de suite après l'opération, reviennent et durent à peu près une heure. La nuit, le malade dort bien.

Le lendemain 14, la tumeur a le volume d'un œuf ; elle est chaude, rouge et tendue, mais peu douloureuse ; il y a de la crépitation. On la recouvre encore de compresses trempées dans le vin chaud.

Le 17, quatre jours après l'opération, elle n'est presque plus douloureuse ; elle n'a pas augmenté de volume, et elle n'est presque plus transparente. Les compresses imbibées de vin chaud sont remplacées par d'autres imbibées d'eau blanche.

Jusqu'au 19 il ne s'opère pas de changement notable ; mais à partir de ce jour jusqu'au 24, jour de la sortie de ce malade, la tumeur a rapidement diminué ; et lorsqu'il quitte l'Hôtel-Dieu, il n'y a plus qu'un léger gonflement de l'épididyme et de la tunique vaginale (1).

Nous n'insisterons pas sur les conséquences qu'on pourrait tirer de ces deux faits ; le lecteur y pourvoira. Disons seulement que dans d'autres services de l'Hôtel-Dieu, on se livre à des essais analogues. Dans le service de M. Boyer, par exemple, on vient d'obtenir cinq guérisons consécutives avec une simple injection vineuse. Mais ce ne sont là que les premiers matériaux d'une solution que nous donnerons d'une manière plus explicite, quand l'expérience aura été suffisamment répétée. Espérons, et mentionnons-en le désir, que l'on essaiera enfin des injections à l'alcool étendu d'eau, ou avec des teintures autres que la teinture iodée, pour savoir enfin si les injections vineuses et iodées ne doivent l'une et l'autre leur efficacité qu'à l'alcool qu'elles renferment.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

VI. ARCHIVES DU MIDI,

JOURNAL PUBLIÉ A MARSEILLE.

Les numéros d'août, septembre, novembre et décembre 1845 de ce nouveau journal contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Note sur un cas de diagnostic difficile de la pleurésie;* par M. Girard. 2° *Fracture des deux bras, lésion de l'artère humérale, désarticulation de l'épaule, mort, autopsie;* par M. Ad. Carassus. 3° *Leçon orale de M. Cauvière sur ce sujet;* par M. D. T. 4° *Observation de neuf cas d'anasarque;* par M. A. Bernard. (Observation propre surtout à montrer que, dans le scorbut, l'altération du sang est primitive, et qu'elle consiste surtout en une notable diminution de la fibrine dans les deux ordres de vaisseaux.) 5° *Leçon de M. Ducros sur ce sujet;* 6° *Épanchement dans le péricarde;* par M. Rampal. 7° *Abcès urineux;* par M. Carassus. 8° *Péritonite puerpérale,* par M. Bernard. (Adhérences des deux ovaires aux portions voisines d'intestin, communication directe des ovaires avec le colon descendant d'une part et le jéjunum de l'autre.) 9° *Leçon de M. Ducros sur ce sujet.* 10° *Empoisonnement par l'ammoniaque;* par M. Chapplain. 11° *Un mot sur les névroses;* par M. Bertulus. (Non terminé.) 12° *Absence du rectum, imperforation de l'anus;* par M. Roux (de Brignolles). 13° *Compte rendu des accouchements de la Maternité de Marseille pendant*

(1) Observations recueillies et communiquées par M. Monot, interne du service.

l'année scolaire 1844-1845; par M. Villeneuve. 14° *Traitement de la pneumonie*; par M. Rampal. (Résumé abrégé du traitement de 51 pneumoniques par différentes méthodes appropriées aux indications particulières; 8 morts seulement.) 15° *Recherches pratiques sur la cure radicale de la hernie inguinale du premier et du deuxième degré*; par M. Chappet. 16° *Amputation immédiate des deux membres inférieurs, mort, autopsie*; par M. Bernard. (Un homme, à la suite d'une chute, eut, du côté droit, une luxation du pied compliquée de plaie très-large; à gauche, une fracture comminutive avec plaie des deux os de la jambe, remontant très-haut. On fit immédiatement à droite l'amputation sus-malléolaire; à gauche, l'amputation de la cuisse au-dessus du genou; mort dix-sept jours après, par suite d'accidents très-semblables à ceux de la phlébite ou infection purulente.) 17° *Observations de kératite, avec quelques considérations sur cette maladie*; par M. Carassus.

CAS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE DE LA PLEURÉSIE; par M. GIRARD.

La difficulté résidait dans l'ensemble des signes physiques. Ces signes étaient les suivants : *à droite*, matité complète dans toute la hauteur du thorax; cependant, de ce côté, on entend partout la respiration vésiculaire. Elle est forte, rude, puérile, sans mélange d'aucun bruit anormal, et paraît se faire immédiatement au-dessous de l'oreille. Son intensité est égale dans tous les points. Pas d'égophonie ni de bronchophonie; les espaces intercostaux paraissent élargis. *A gauche*, le son est comparativement très-clair; la respiration vésiculaire est perçue, mais un peu profondément, sans mélange de râle ni de souffle; égophonie assez prononcée au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Les crachats ne purent être examinés; au dire du sujet, ils étaient peu nombreux et n'affectaient aucun aspect particulier. La fièvre était assez prononcée.

Maintenant, de quelle lésion s'agissait-il? Pour le côté gauche, pas de difficulté. On pouvait diagnostiquer à coup sûr un épanchement pleurétique peu abondant. Pour le côté droit, voici de quelle manière M. Girard interpréta les signes physiques : « Une pneumonie, dit-il, outre qu'elle présente des crachats particuliers, qu'elle occupe rarement une étendue aussi considérable et qu'elle ne se développe pas sans amener avec elle une réaction générale très-considérable, présente quelque part, sur les limites de l'hépatisation, du râle crépitant, fait entendre du souffle bronchique et de la bronchophonie, en même temps qu'il règne un silence complet du murmure vésiculaire. Ici, au contraire, rien de semblable n'existait; le murmure vésiculaire était entendu, et il n'y avait ni souffle bronchique ni bronchophonie. Ce n'était donc pas une pneumonie avec hépatisation qui existait dans ce cas. La matité complète, l'élargissement des espaces intercostaux, l'absence des signes d'une pneumonie, tout portait à penser qu'il s'agissait d'un épanchement considérable... » Pour expliquer l'existence et le siége superficiel du murmure vésiculaire, M. Girard supposa que, dans un point quelconque du poumon, probablement au sommet, une partie saine de cet organe était fixée par des adhérences anciennes dans la gouttière costo-vertébrale, et que le liquide épanché transmettait en tous sens le bruit respiratoire normal produit dans cette partie du parenchyme.

L'autopsie vint, trois jours plus tard, confirmer ces prévisions. Un épanchement énorme existait du côté droit. Le poumon, refoulé contre la colonne vertébrale, était imperméable à l'air, excepté au sommet, où il adhérait fortement à la paroi thoracique dans une hauteur de trois ou quatre travers de doigt. Cette partie du poumon était exempte de toute altération.

Le diagnostic porté avec tant de précision, trois jours avant la mort, fait le plus grand honneur à la sagacité de l'observateur. On se tromperait toutefois si l'on pensait qu'une hépatisation pulmonaire ne pût jamais coïncider avec la persistance du murmure vésiculaire, sans râles ni bronchophonie. M. Chomel, qui déjà, dans sa PATHOLOGIE GÉNÉRALE, avait signalé la possibilité d'une transmission du gargouillement par une portion de tissu pulmonaire induré, a depuis, dans l'article *pneumonie* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, admis un pareil mode de transmission pour le bruit vésiculaire, et c'est un fait certain et que nous avons plus d'une fois constaté. Il peut arriver qu'un poumon entièrement ou presque entièrement hépatisé ne donne lieu ni au râle crépitant ni à la bronchophonie, et laisse entendre partout un murmure vésiculaire plus ou moins affaibli. Quelquefois ce murmure cesse lui-même, et l'on n'entend plus absolument rien à l'auscultation. Dans des cas de ce genre, très-rares du reste, le diagnostic différentiel de la pneumonie et de l'épanchement pleurétique devient d'une extrême difficulté. Si même on n'avait pas assisté au développement successif des symptômes, il pourrait devenir absolument impossible, du moins à l'aide des signes physiques. Mais, ainsi que le remarque M. Chomel, une pneumonie assez étendue et assez avancée pour fermer ainsi les voies respiratoires de tout un poumon, s'accompagne ordinairement d'une prostration des forces qu'un simple épanchement produit rarement au même degré.

EMPOISONNEMENT PAR L'AMMONIAQUE; par le docteur CHAPPLAIN.

Cette observation, rapportée avec beaucoup de détails, est peut-être la seule qu'on possède d'empoisonnement par l'ingestion de l'ammoniaque liquide chez l'homme. Fourcroy avait le premier signalé les dangers de l'inspiration de vapeurs ammoniacales. Nysten a vu un jeune médecin épileptique, auquel on avait fait respirer de l'ammoniaque pendant un accès, succomber au bout de quarante-huit heures. Aucun renseignement précis n'a été transmis, à notre connaissance, sur les empoisonnements par les voies digestives, et la science ne s'appuie encore, à cet égard, que sur les expériences de M. Orfila. Or un des résultats de ces expériences trouve sa confirmation dans le fait rapporté par M. Chapplain. Presque tous les chiens empoisonnés par l'ammoniaque ont présenté des épanchements sanguins, variables par leur siége et leur quantité. L'individu dont il est question ici a eu des vomissements et des selles sanguinolentes, et, à l'autopsie, on a trouvé le tube digestif rempli d'une sorte de boue sanguinolente. Cet épanchement peut-il être attribué à l'action corrosive de l'ammoniaque sur la membrane muqueuse? L'auteur remarque avec raison que beaucoup d'agents plus corrosifs, en détruisant la muqueuse, ne produisent pas l'hémorrhagie. Il pense donc que cet effet doit être attribué à l'action fluididifiante de l'alcali sur le sang; explication d'autant plus rationnelle que, dans les expériences de M. Orfila, l'ammoniaque avait été quelquefois introduit par les veines. D'ailleurs M. Chapplain a constaté directement, chez le sujet de son observation, une fluidité remarquable du sang.

Une conséquence à tirer de ce fait, au point de vue du diagnostic, est que l'existence de selles et de vomissements sanguinolents constitue un caractère spécial, quoique non exclusif, de l'empoisonnement par l'ammoniaque.

ABSENCE DU RECTUM; IMPERFORATION DE L'ANUS; par M. ROUX (de Brignoles).

Lorsque chez un nouveau-né on ne trouve pas d'ouverture à la région anale, il ne faut pas se hâter trop d'en conclure que le rectum manque dans une certaine étendue : un signe précieux peut souvent servir à reconnaître si l'intestin descend jusqu'au périnée. Si en effet on voit le méconium sortir par le vagin chez les filles, ou par l'urètre chez les garçons, on pourra avec certitude en inférer que le cul-de-sac par lequel se termine l'intestin s'ouvre dans l'une ou l'autre de ces cavités, et par conséquent on sera encouragé à aller chercher par le périnée l'extrémité du rectum, au lieu d'ouvrir le colon à l'aine ou aux lombes selon la méthode de Littre ou de Callisen. L'ouverture de communication du rectum avec la vessie ou le vagin est quelquefois si étroite que le méconium ne sort que sous l'influence des cris de l'enfant ou de ses efforts soutenus d'expulsion. Il faut donc l'observer un peu longtemps avant de décider si ce phénomène manque ou s'il existe.

On peut donner encore plus de précision au diagnostic par la remarque suivante. Si le méconium ne sort par l'urètre qu'au moment où l'urine commence à couler, c'est que la communication existe entre l'intestin et la portion prostatique de l'urètre. Elle existe au contraire avec la vessie ellemême, si les urines restent tachées de méconium pendant toute la durée de leur émission. Cette notion sert à mieux discerner le lieu où il faudra chercher le rectum pendant l'opération.

Quand on incise la région périnéale pour découvrir le rectum, on est, en général, trop pressé d'en finir et de terminer en une seule séance. Si, après avoir fait une ouverture suffisante aux tissus charnus et aponévrotiques, on laissait l'enfant se reposer quelques heures, on verrait souvent l'intestin descendre et former une tumeur marronée entre les lèvres de la plaie. M. Roux (de Brignoles) dit en connaître un exemple dû à la timidité d'un praticien qui, après avoir commencé, n'osa pas continuer l'opération et en laissa la facile gloire à un confrère qui survint.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Emphysème traumatique survenu à la suite d'une chute sans fractures de côtes; guérison*; par M. de Moor. (Le malade avait fait une chute dans laquelle la paroi thoracique avait heurté violemment contre une pointe mousse de fer. L'auteur n'ayant pas pu constater de fracture de côtes suppose que le fer a pu déchirer la plèvre costale et le tissu pulmonaire sans faire de plaie à la peau. Cette explication n'est pas invraisemblable; mais n'y avait-il réellement point de fracture? L'autopsie seule aurait pu éclaircir ce point impor-

tant.) 2° *Observation d'abcès de l'abdomen*; par M. Van Baesendonck. (Sous ce titre est racontée l'histoire d'une collection purulente formée chez une nouvelle accouchée, et qui se fit jour par une ouverture spontanée au-dessous de l'ombilic. L'auteur ne précise point s'il s'agissait d'un abcès de la paroi abdominale ou d'un épanchement purulent dans la cavité du péritoine. Du reste, ce diagnostic était ici très-difficile, vu la grande dimension du foyer qui permettait à un stylet introduit par l'ouverture d'être promené librement dans toute l'étendue du ventre.) 3° *Tumeur cancéreuse de l'os maxillaire supérieur droit; extirpation; guérison. Réflexions : modifications au procédé opératoire de Dieffenbach*; par M. Heylen. (Le procédé de Dieffenbach, qui est inusité et presque inconnu en France, consiste à faire l'incision aux téguments sur la ligne médiane du nez et de la lèvre : ce procédé a pour but de ménager le nerf facial; mais il a l'inconvénient de ne pas permettre de disséquer assez aisément la peau qui recouvre le maxillaire supérieur. Pour corriger ce défaut, M. Michaux avait ajouté à l'incision sur le dos du nez une seconde incision s'étendant de l'angle externe des paupières à la tempe. M. Heylen remplace cette incision par une autre qui, partant de la commissure labiale, se dirigerait en bas et en arrière, suivant ainsi la direction des filets nerveux qui seraient plus sûrement respectés.) 4° *Tumeur cancéreuse du sein gauche; influence de l'époque menstruelle sur son développement; extirpation; guérison; réflexions*; par le même. (La tumeur prenait, à chaque époque menstruelle, une augmentation considérable de volume. On amputa le sein : lorsque les règles reparurent ensuite, il survint un accès de fièvre, la plaie s'enflamma, le pus devint séreux et sanieux. Cet état, qui ne dura que peu de jours, revint à deux reprises, lors des périodes menstruelles. L'auteur tire de ces remarques le précepte (déjà formellement émis par Dupuytren) d'attendre chez les femmes, pour faire une opération, que leur époque menstruelle soit passée.) 5° *Observation de perforation du cerveau*; par M. Gouzée. (Une baguette de fusil avait pénétré d'avant en arrière par le coronal jusque auprès des limites postérieures de l'hémisphère gauche. L'hémiplégie existait à droite; or, comme la plaie d'entrée était située à droite, on aurait pu croire, d'après l'examen sur le vivant, que la paralysie occupait le même côté que la lésion, si l'autopsie n'était venue démontrer que, vu l'obliquité de direction du corps vulnérant, c'était l'hémisphère gauche qui avait le plus souffert.) 6° *Observation de corps étranger tombé dans le larynx; opération; guérison*; par M. Vogelvanger. 7° *Observation de grenouillette accompagnée d'un nombre considérable de concrétions salivaires*; par M. Berchem. 8° *Rapport sur la maladie actuelle des pommes de terre*; par M. Matthyssens. 9° *Notice sur le véritable inventeur du forceps*; par M. Broeckx. (Article non achevé, dans lequel l'auteur attribue l'invention du forceps à Palfyn.) 10° *Observation de rupture spontanée de la rate, survenue au troisième accès d'une fièvre intermittente*; par M. Janssens. 11° *Chorée guérie par le camphre*; par M. Thys. 12° *De l'efficacité des injections de belladone pour faire cesser le spasme de l'urètre pendant le cathétérisme, et dans l'urétrite aiguë*; par M. Segers. 13° *De la circoncision chez les juifs*; par M. Van Meerbeeck. 14° *Du tétanos, de sa nature, de son siége et de ses causes*; par M. Ch. Detienne fils.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER TOMBÉ DANS LE LARYNX, OPÉRATION, GUÉRISON; par M. VOGELVANGER.

Voici l'exemple, trop rare dans la chirurgie contemporaine, d'un de ces moments où le génie de l'opérateur, se trouvant face à face avec un obstacle inattendu, sait conjurer un danger imminent en créant de nouvelles ressources. C'est sous ce point de vue que l'opération que nous allons raconter doit surtout intéresser le lecteur.

OBS. M. Vogelvanger fut appelé, le 29 février 1840, auprès d'une petite fille, âgée de 5 à 6 ans, qui éprouvait des accès de suffocation intense. On lui apprit que cette enfant, jouant près de sa mère qui était occupée à peler des carottes, s'était saisie d'un morceau de cette racine taillé en coin, de la longueur d'un pouce et demi à peu près, et l'avait mis dans sa bouche. On supposait que pendant qu'elle tenait ainsi ce morceau, elle avait été saisie d'un bâillement, et qu'en ce moment le morceau de carotte était entré dans les voies respiratoires. Un médecin, d'abord consulté, avait pensé que le corps étranger s'était engagé dans l'œsophage; mais des vomitifs étaient restés sans succès, et l'eau mise dans la bouche pouvait être avalée. On conclut donc que le morceau de carotte avait pénétré dans les voies aériennes; et, comme les accidents de dyspnée pressaient, M. Volgevanger se décida à pratiquer immédiatement la trachéotomie. Il coupa la membrane crico-thyroïdienne, le cartilage cricoïde et deux anneaux de la trachée; puis, avec un stylet porté en haut, il chercha à reconnaître la présence et la position du corps étranger; mais il ne put le sentir. Cependant la respiration était redevenue libre depuis que la trachée avait été incisée, et de plus, on remarquait qu'elle se suspendait chaque fois qu'on fermait la plaie. Réfléchissant à ces deux circonstances, le chirurgien en tira la conséquence que le corps étranger se trouvait sûrement dans le larynx, au-dessus de la plaie; mais se rappelant alors la forme du morceau de carotte, taillé en coin, il pensa pouvoir attribuer la difficulté qu'il éprouvait pour l'extraire à la manière dont il était situé dans le larynx, ayant probablement sa base engagée dans la fente de cette cavité, tandis que son sommet, tourné en bas, se trouvait libre dans la partie la plus évasée. En conséquence, ayant introduit une pince à pansement jusqu'au corps étranger et renversé la tête de l'enfant en arrière, il réussit parfaitement à pousser le morceau de carotte avec des pinces dans le pharynx, d'où il passa dans l'œsophage et fut avalé. Ce ne fut pas seulement la sensation qu'il éprouva d'avoir refoulé un corps étranger qui le convainquit que l'obstacle à la respiration avait cessé d'exister, ce fut surtout le rétablissement de cette fonction persistant, quoiqu'il tînt la plaie fermée au moyen des doigts, et l'apparition d'une toux presque convulsive, par laquelle une assez grande quantité de sang écumeux artériel fut rejeté par la bouche.

OBSERVATION DE GRENOUILLETTE CONTENANT UN NOMBRE CONSIDÉRABLE DE SÉCRÉTIONS; par M. BERGHEM.

OBS. — Un homme, âgé de 51 ans, portait depuis sa naissance une tumeur sous la langue; elle n'avait jusque-là fait que gêner la prononciation; mais comme elle augmentait depuis quelques semaines, il s'était décidé à recourir aux soins d'un médecin. Cependant le mal alla en s'aggravant. A l'époque où il consulta M. Berghem, la tumeur faisait sous la peau du cou une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. Elle occupait plus de la moitié de la cavité buccale, et le malade ne pouvant plus ni articuler ni avaler même de liquide, était à chaque instant en danger de suffoquer. Dans cet état, on fit une incision qui donna issue à un liquide albumineux, visqueux, et à une foule de petites concrétions molles, friables et d'un blanc jaunâtre; leur nombre était de plus de mille (1).

Trois jours après l'opération, comme on ne voyait plus sortir ni liquide ni concrétion, on introduisit dans l'ouverture une mèche qu'on renouvela plusieurs fois pendant quelques jours; mais le malade, homme assez pusillanime, laissa volontairement la plaie se cicatriser en se disant guéri. Les choses en étaient là, lorsqu'un jour M. Berghem faisant encore quelques efforts de compression sur la tumeur, un jet très-fin d'un liquide aqueux lui frappa la figure; regardant alors de plus près, il découvrit, sur le côté du frein de la langue, l'ouverture du conduit de Warthon dans son état normal, c'est-à-dire un tubercule terminé par un orifice rétréci; et en le comprimant une seconde fois, le jet qui fut lancé dans le même sens lui indiqua clairement la direction naturelle du conduit d'arrière en avant, couché d'abord entre les muscles mylohyoïdien et hyoglosse, puis se terminant entre le génioglosse et la glande sublinguale, suivant enfin le trajet du nerf lingual. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, la tumeur a repris un volume moyen.

Pour M. Berghem, l'existence de la grenouillette, sans oblitération du conduit de Warthon, explique pourquoi le malade a pu porter si longtemps cette tumeur sans en être très-incommodé. L'absence d'oblitération du conduit lui paraît aussi pouvoir justifier l'opinion des anciens, qui attribuaient la cause de la grenouillette à l'épaississement de la salive.

— Le fait précédent nous paraît aussi apporter quelque lumière sur l'origine de la grenouillette; mais ce serait surtout au sujet de la question de son siége qu'il mériterait d'être médité. Quatre opinions, ou, pour mieux dire, quatre hypothèses, sont en présence, toutes plus ou moins exclusives, plus ou moins appuyées sur l'observation, pour rendre raison de la production de cette maladie. Ainsi :

1° La grenouillette résulte de la dilatation du conduit de Warthon dont l'orifice est oblitéré (opinion la plus ancienne).

2° La grenouillette est un kyste formé par des conduits accidentels de la glande sous-maxillaire dans le tissu cellulaire (Fabrice d'Aquapendente).

3° La grenouillette est un véritable kyste séreux, indépendant du conduit de Warthon (Dupuytren, Breschet).

4° La grenouillette est formée par la dilatation des follicules muqueux normaux de la membrane buccale dont l'orifice s'est fermé (Dupuytren).

L'existence bien manifeste du conduit de Warthon, libre et perméable dans l'observation de M. Berghem, ne permet pas de penser que la tumeur de son malade fût formée par l'oblitération et la dilatation consécutive de ce canal. C'est donc entre les autres hypothèses qu'on devrait choisir pour expliquer son développement. Or la présence des concrétions salivaires dans son intérieur nous porterait volontiers à admettre l'interprétation de Fabrice d'Aquapendente comme la plus vraisemblable pour ce fait particulier.

DE LA CIRCONCISION CHEZ LES JUIFS; par M. VAN MEERBEECK.

Tout le monde connaît l'ingénieux procédé de circoncision imaginé par M. Ricord pour la cure du phymosis, et l'on est généralement d'accord que

(1) L'analyse chimique, faite par une commission spéciale, y a découvert de la gélatine, de l'albumine et du mucus, des traces d'un sel de chaux, de sulfate de potasse, de chlorure de potasse et de fer.

nul autre ne donne d'aussi beaux résultats. M. Van Meerbeeck propose cependant d'en modifier le dernier temps, et de le pratiquer à l'imitation des circonciseurs juifs. Voici ce dont il est question. Après avoir, dans le procédé de M. Ricord, divisé circulairement la peau, la muqueuse apparait intacte; on la fend alors, sur la face dorsale du gland, d'un coup de ciseaux; enfin, saisissant chacun des lambeaux résultant de cette incision, on les resèque. M. Van Meerbeeck veut qu'on respecte ces lambeaux; après avoir divisé longitudinalement la double muqueuse, il conseille de la retrousser de manière qu'elle recouvre la partie saignante de la peau enlevée et rétractée. La réunion de la muqueuse avec la peau a ordinairement lieu par adhésion immédiate du premier au troisième jour; du moins c'est là le résultat qu'obtiennent les circonciseurs juifs, lesquels n'opèrent, à la vérité, que sur des enfants âgés de huit jours. Ils s'abstiennent également de couper le filet; mais il ne conviendrait pas d'ériger ceci en précepte général, quand l'opération doit être pratiquée sur des adultes.

OBSERVATION DE RUPTURE SPONTANÉE DE LA RATE; par le docteur JEANSSENS.

L'observation du docteur Jeanssens se distingue de celles qui ont été jusqu'ici publiées (voir sur ce sujet un excellent mémoire de M. Vigla, ARCHIVES DE MÉDECINE, décembre 1843 et janvier 1844, et GAZETTE MÉDICALE, 1844, p. 351), en ce que le sujet jouissait habituellement d'une bonne santé, et n'était qu'au troisième accès d'une fièvre intermittente quotidienne. Sur les dix-huit cas rassemblés par M. Vigla, la moitié appartient à des fièvres d'accès déjà anciennes ou ayant récidivé plusieurs fois. Dans tous les autres, ou bien la rupture eut lieu du quinzième au vingtième jour d'une fièvre thyphoïde, ou bien elle succéda à des phénomènes morbides siégeant dans l'hypocondre gauche depuis un temps plus ou moins long.

Chez le malade observé par M. Jeanssens, la rupture a eu lieu pendant le stade de sueur, à la suite d'une violente colère et d'un refroidissement. Ces dernières circonstances ont sans doute favorisé la déchirure, soit en refoulant brusquement le sang dans les organes internes, soit de toute autre manière; mais sur ce point on ne peut former que des conjectures, d'autant plus que l'observation manque de détails, particulièrement en ce qui concerne l'autopsie.

DU TÉTANOS, DE SA NATURE, DE SON SIÉGE ET DE SES CAUSES; par le docteur CH. DETIENNE.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations de tétanos dans lesquelles la moelle a été trouvée intacte, et il en conclut que les légères altérations rencontrées parfois dans cet organe sont l'effet et non la cause des convulsions tétaniques. Pour lui donc, le tétanos est une affection *essentielle* consistant en une perturbation spécifique, *sui generis*, du système nerveux, dont le résultat est de provoquer dans les muscles une tension et une rigidité particulières qui ne se présentent dans aucune autre maladie.

C'est la conclusion à laquelle sont déjà arrivés bon nombre d'observateurs; et, à part les difficultés qui pourraient s'élever sur la convenance et la signification des mots *maladie essentielle*, il est certain en fait qu'il n'existe aucun rapport de siége et de degré entre les convulsions tétaniques et les lésions généralement rencontrées à l'autopsie.

VIII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les rapports qui existent entre les ophthalmies qui ont sévi dans les armées en Italie et celles qui se sont montrées dans la monarchie autrichienne et dans le royaume de Prusse;* par M. Decondé. 2° *Remarques pratiques sur le traitement de la kératite vasculaire, recueillies à la clinique de M. Cunier;* par M. J. Faria de Mattos. 3° *Études cliniques sur l'opération de la cataracte;* par M. Sichel. 4° *Deux extraits de l'histoire des progrès récents de l'ophthalmologie française; les oculistes ambulants;* par M. Guépin. 5° *De l'emphysème des paupières;* par M. Desmarres. 6° *Considérations sur le glaucome;* par M. Rigler. 7° *Des lunettes et des états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel;* par M. Sichel. 8° *Note pour servir au diagnostic différentiel des cancers de l'œil, avec l'histoire de l'extirpation d'un encéphaloïde périsclérotical, recueillie dans le service de M. Pétrequin;* par M. Chappet. (Extirpation d'un cancer implanté sur la sclérotique; le globe de l'œil a été ménagé et ses fonctions ont été conservées.) 9° *Bourse synoviale au devant du sac lacrymal;* par M. Hubert Rodrigues. 10° *De la cataracte et de son extraction par un procédé particulier;* par M. Pamard. (Premier article.) 11° *Remarques pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite;* par M. A. Bérard. 12° *Observation d'iritis intermittente;* par M. Fallot. 13° *Observation d'un cas de mydriase monoculaire très-prononcée. non accompagnée de trouble de la vision, survenue à la suite de l'administration d'un vomitif;* par M. de Vooght. 14° *Observation d'un phlegmon de l'orbite, avec quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement de cette affection, recueillie dans le service de M. Pétrequin;* par M. Rambaud. (Fait dont l'intérêt est tout entier dans la difficulté et la justesse du diagnostic qui fut porté.) 15° *Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales;* par M. Guépin. 16° *Synchisis étincelant;* par M. Desmarres. 17° *Opération de la cataracte selon la méthode par déplacement, faite avec succès après 60 ans de cécité;* par M. Serre. 18° *Cataracte congénitale de l'œil droit chez une femme de 41 ans ayant perdu l'œil gauche depuis un an; opération suivie de succès;* par M. Uytterhoeven. 19° *Lettre au docteur Fl. Cunier sur la structure de la conjonctive;* par M. Werneck. 19° *Notice sur une nouvelle théorie de la vision;* par M. Crahay. 21° *Iritis rhumatismale, ayant résisté à divers moyens, traitée avec succès par la belladone;* par M. Escolar.

D'UNE ESPÈCE D'AMBLYOPIE CONGÉNITALE COMPLIQUÉE DE PRESBYTIE, ET PRISE D'ORDINAIRE POUR UN TRÈS HAUT DEGRÉ DE MYOPIE; par M. SICHEL.

Cette maladie, que M. Sichel nomme *amblyopie presbytique congénitale*, a été étudiée par lui avec un soin qui servira sans doute à dissiper beaucoup de questions restées obscures dans l'histoire d'une affection qu'il était devenu de mode, il y a 3 ou 4 ans, de traiter uniquement par la myotomie oculaire : nous voulons parler de la kopiopie ou ophthalmokopie. La description de M. Sichel a un autre mérite : elle est tellement claire, que sa seule lecture révélera à la plupart des praticiens une infirmité qu'ils avaient peut-être observée eux-mêmes, mais sans porter sur ses caractères et sur sa thérapeutique une attention suffisante.

Les individus presbytes sont quelquefois affectés d'une asthénie congénitale de la rétine. En raison de cette amblyopie, la presbytie ne se traduit pas chez eux par une vue longue, mais plutôt par une fatigue qui survient promptement pendant le travail sur des objets rapprochés, surtout lorsque ces objets sont de petite dimension et que la lumière est insuffisante. Souvent ces individus ont un certain degré d'héméralopie; ils ont besoin d'une clarté très-vive, et éprouvent de la peine à se conduire au crépuscule et dans les endroits sombres. Sans avoir une portée visuelle très-longue, voyant au contraire moins de loin que les personnes qui les entourent, ils se croient myopes. Toutefois ils voient mieux les gros objets modérément éloignés que les petits objets rapprochés, qu'ils ne peuvent regarder assidûment sans éprouver bientôt une grande fatigue. Ils lisent plus aisément un gros qu'un petit caractère. Toutes ces circonstances les portent peu à peu à approcher les yeux de l'objet de leur travail; ils contractent ainsi à la longue un certain degré de myopie; ce qui, à cette époque, rend le diagnostic très-difficile, surtout s'ils ont déjà depuis quelque temps fait usage de lunettes concaves.

Voici maintenant les moyens de diagnostiquer cet état d'avec la myopie. Le myope, une fois qu'il a trouvé son point de vision distincte, peut travailler longtemps sans éprouver de la fatigue; il voit nettement même à une lumière faible. Les individus atteints de l'amblyopie dont nous parlons se fatiguent promptement au travail et ne peuvent s'y livrer qu'à une lumière très-vive. Au début du mal, ils voient mieux le même objet en l'éloignant un peu qu'en le rapprochant; avec des verres concaves, même faibles, ils ne voient pas mieux de loin; au contraire, les objets leur paraissent plus petits et confus. S'ils veulent travailler en usant de ces mêmes verres, tous les objets s'embrouillent; il y a des éblouissements, du larmoiement et une fatigue qui peut aller jusqu'à la douleur; ce qui les empêche de voir et les contraint de s'arrêter. En revanche, ils travaillent mieux sans lunettes, en éloignant un peu les objets, ou avec des verres convexes avec lesquels ils n'ont pas besoin de les rapprocher beaucoup plus, et qui même, pour servir efficacement, doivent être d'une certaine force.

Quant au traitement, une cure complète et radicale est impossible à obtenir ici. Il faut seulement empêcher le mal de progresser et rendre à la vue assez de force et de stabilité pour qu'elle puisse suffire aux travaux les plus nécessaires. La première règle est d'exiger que le malade se serve le plus tard possible de verres à foyer concaves ou convexes pour le travail, et à plus forte raison pour se conduire. S'il s'en est déjà servi, comme cela arrive le plus souvent, il faut tâcher de le ramener par degrés à l'usage de numéros plus faibles. Il devra exercer beaucoup la vue de loin et ne travailler qu'autant que cela sera absolument indispensable. Il aura surtout soin d'éloigner beaucoup les objets, en les plaçant à l'exacte limite de la vue distincte, et de travailler fort peu et par très-petites fractions de temps, comme pendant

une minute seulement. Les fomentations des yeux et de leur pourtour avec de l'eau fraîche et de l'eau-de-vie, des liniments spiritueux, d'abord très-faibles, puis sagement gradués, plus tard même de petits vésicatoires volants promenés autour de l'orbite, un régime succulent chez les lymphatiques, quelques émissions sanguines locales s'il y a des signes de congestion cérébro-oculaire, peuvent concourir utilement à fortifier la vue.

Il faut continuer aussi longtemps qu'on le peut les exercices de la vision et ce traitement général avant de permettre de nouveau les lunettes convexes. Lorsqu'on est forcé d'en accorder l'usage aux malades, on doit commencer par des verres faibles, mais qui cependant ont besoin d'être beaucoup plus forts que chez les sujets simplement presbytes. Si, après quelque temps, ils ne donnent pas à la vue une force et une durée suffisante pour la rendre capable de servir au travail, on augmentera, mais lentement, la puissance des lunettes. Si, exceptionnellement, on les choisit d'abord plus puissantes, il convient de ne les employer que quelques minutes à la fois et d'essayer au bout de plusieurs jours ou d'une à deux semaines au plus tard, de les échanger contre d'autres d'un numéro plus élevé. On aura également soin d'interdire l'usage habituel des verres plans et colorés, que malheureusement on recommande trop généralement, et dont l'action est pernicieuse comme dans toute amblyopie asthénique. Ils ne peuvent être utiles qu'à la vive clarté lorsqu'elle gêne et irrite le malade et trouble la vue.

La question de la profession que doivent embrasser les sujets atteints de cette amblyopie est d'une solution très-difficile. Les carrières qui nécessitent la lecture ou l'écriture assidues sont rigoureusement interdites. Si le malade doit subvenir lui-même à ses besoins, il ne reste guère que l'état de commerçant ne s'occupant que de la vente, celui d'agriculteur, de jardinier, de tonnelier, de forgeron, de charpentier ou de domestique. Pour les femmes, la difficulté est encore plus grande: elles ne peuvent que vaquer aux soins du ménage ou se placer comme domestiques ou femmes de chambre; toute espèce de travail à l'aiguille leur est nuisible.

De tout ce qui vient d'être dit, ajoute M. Sichel, il s'ensuit que la myotomie rendra un signalé service dans l'amblyopie presbytique, surtout lorsqu'elle est déjà accompagnée du raccourcissement du foyer visuel, ainsi que dans la myopie acquise, particulièrement quand à cette affection se joint l'affaiblissement de la vision. En effet, il n'est pas rare de voir à la longue l'amblyopie presbytique se convertir en myopie; car, comme le malade ne peut se livrer à son travail qu'en contraignant l'organe à agir à une distance focale trop courte, on conçoit aisément que le travail assidu dans ces conditions doit finir par lui faire perdre la faculté d'accommoder sa vue pour la perception nette des objets plus éloignés, et raccourcir son foyer naturel jusqu'à lui faire contracter une myopie secondaire. Or, par le fait seul de la continuation des occupations qui ont amené ce changement, cette myopie acquise tend toujours à augmenter.

BOURSE SYNOVIALE AU DEVANT DU SAC LACRYMAL; par M. ROBERT RODRIGUES.

OBS. — Sur le cadavre d'un homme âgé de 70 ans et qui portait depuis longues années à la racine du nez une tumeur placée dans l'angle interne des paupières, M. Hubert Rodrigues a trouvé, au-dessous de quelques fibres pâles et écartées de l'orbiculaire un sac olivaire distendu par un liquide, sa grosse extrémité située au-dessous du tendon de l'orbiculaire, sa petite extrémité soulevant ce tendon; le liquide était de la sérosité trouble. Ce kyste, ayant été vidé par sa face antérieure, semblait être le sac lacrymal lui-même; mais une expérience bien simple prouva que le sac existait derrière. Une injection d'eau ayant été poussée avec force par le canal nasal correspondant, le sac lacrymal se remplit et repoussa en avant la paroi postérieure du kyste ouvert. Il y avait donc isolement complet du sac lacrymal et du kyste; leurs parois correspondantes étaient unies par un tissu cellulaire serré.

L'auteur est d'avis que ce kyste n'est que l'expression pathologique d'une petite poche synoviale existant normalement entre la paroi fibreuse du sac et le muscle orbiculaire au-dessous du tendon direct. Quoi qu'il en soit de l'exactitude de cette assertion, on comprend que la présence d'un kyste semblable, comprimant le sac et interceptant ainsi le cours des larmes, pourrait parfaitement en imposer pour une tumeur lacrymale. Mais un signe très-facile à percevoir dissiperait immédiatement toute incertitude: la pression exercée avec le doigt sur cette tumeur fluctuante ne pourrait faire refluer le liquide qu'elle contient ni en bas par le nez ni en haut par les points lacrymaux; ce qui est toujours facile à exécuter, du moins en partie, dans la véritable tumeur lacrymale.

OBSERVATION D'IRITIS INTERMITTENTE; par M. FALLOT.

Voici les circonstances importantes à connaître de ce fait qui constitue un phénomène très-rare dans la marche de l'iritis.

OBS. — Un journalier, de complexion strumeuse, menant une vie misérable, était depuis longtemps sujet au retour d'une fièvre intermittente dont quelques grains de sulfate de quinine suffisaient chaque fois pour le débarrasser. En 1837, M. Fallot l'avait traité d'une iritis chronique avec synéchie postérieure très-étendue, causée par le choc d'un éclat de pierre.

Le 19 août 1843, il entra à l'hôpital de Namur à la suite d'un excès de vin commis la veille. Il avait été saisi brusquement, vers dix heures du matin, d'une douleur vive au fond de l'œil droit; cette douleur était devenue bientôt insupportable, s'étendant au front et à la tempe; l'œil rougit, se gonfla, laissa échapper des flots de larmes (saignée, purgatifs, pédiluves, lotions froides continues sur l'œil). Le malade rentré chez lui sentit ses douleurs se calmer et s'endormit; le soir, il n'éprouvait plus que de la pesanteur de tête et des picotements dans l'œil.

Le 20, repos et cessation complète des symptômes.

Le 21, à onze heures du matin, retour des accidents qui se manifestent avec plus de violence et se dissipent de même au bout de douze heures.

Le 22, M. Fallot vit le malade; mais comme il y avait encore un peu de sensibilité à l'œil, de l'anorexie et de la soif, il n'osa pas encore donner le sulfate de quinine quoiqu'il eût déjà reconnu la forme intermittente; il se borna à prescrire du calomel.

Le 23, nouvel accès, photophobie telle que le seul écartement des paupières arrache des cris; autant que M. Fallot put le voir à la hâte, il y avait des contractions rapides, convulsives, inégales de l'iris; bouche mauvaise, haleine fétide, peau brûlante, pouls serré, fréquent (saignée; 1 gramme de calomel en quatre doses, une chaque heure; de plus, 90 centigrammes de sulfate de quinine à prendre à doses réfractées, en en commençant l'administration dès qu'il y aurait une diminution dans les symptômes.)

Le 24, plus de douleur aiguë, mais pesanteur de tête. Encore de la photophobie, mais moindre que la veille. On note une injection flexueuse de la conjonctive, cercle sclérotical complet, radié, s'arrêtant au pourtour de la cornée, pupille noire; l'iris se contracte avec lenteur, inégalement, mais au bout de quelques secondes l'ouverture pupillaire prend la forme ronde. Sur la couleur bleu-étain de son fond on voit quelques taches irrégulières d'un gris jaunâtre (on ajoute 60 centigrammes de sulfate de quinine à la prescription de la veille).

Le 25, vers neuf heures du matin, le malade sentit quelques élancements dans l'orbite et de la gêne dans les mouvements de l'œil, qu'un bain de pieds fit disparaître. Il était fatigué, inquiet, découragé (continuation du sel de quinine).

Les douleurs ne se reproduisirent plus, et l'état de l'œil alla toujours en s'améliorant.

DU TRAITEMENT DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES; par M. GUÉPIN.

La méthode que M. Guépin suit de préférence et qui lui a donné quelques beaux succès dans des cas rebelles ne constitue pas, à proprement parler, une conception nouvelle, car elle ne se compose que d'éléments opératoires déjà connus et employés, ce qui appartient à l'ingénieux et savant oculiste de Nantes, c'est donc seulement d'avoir associé ces divers éléments entre eux, de façon à en faire un plan opératoire auquel peu de ces infirmités pourraient résister. Voici comment il procède:

1° Après avoir fait une ponction avec le bistouri, il introduit une tige métallique dans le canal nasal.

2° Si le canal est rétréci, il le dilate avec le trois-quart coudé de Dupuytren, que M. Laugier a proposé de nouveau pour son opération par l'ouverture du sinus maxillaire. Que le rétrécissement soit dû à la muqueuse ou à un gonflement du périoste ou de l'os lui-même, cette manière d'agir hâte singulièrement la guérison.

3° Il introduit dans le canal nasal rendu à son diamètre, les deux ou trois premiers jours, des clous pleins très-légèrement coniques, mais fort gros, et le troisième ou le quatrième jour un *clou-canule*. Ces instruments, faits en étain pur, valent mieux qu'en plomb, parce qu'ils offrent bien plus de résistance; ils valent même mieux que les instruments d'argent, parce qu'ils sont moins attaqués par le soufre et prennent mieux la forme des parties osseuses.

4° Une fois par jour, il retire le clou plein ou le clou-canule qui lui succède pour faire dans le sac et le canal des injections d'abord médicamenteuses, puis ensuite d'eau simple, et il retire le clou-canule quand il n'y a plus de suppuration.

5° M. Guépin fait de temps à autre des injections par les points lacrymaux; et cela parce que deux fois dans sa pratique il a vu le sac lacrymal se cicatriser en se rétrécissant de manière à n'avoir plus de communication avec le canal nasal. La composition du liquide injecté varie selon les cas.

(*La suite et fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MARS.

ÉLECTION D'UN CORRESPONDANT.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Lallemand, nommé membre titulaire.

La section de médecine et de chirurgie a présenté dans le comité secret de la précédente séance la liste de candidature suivante :

En première ligne, M. Sédillot, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg.

En deuxième ligne, M. Serre, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hermann, à Strasbourg, et Bonnet, à Lyon.

En quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Lesauvage, à Caen, et Guyon, en Afrique.

La section a déclaré qu'il n'y avait pas lieu pour cette fois de choisir parmi les médecins étrangers.

Le nombre des membres votants étant de 45, les voix se sont réparties de la manière suivante :

M. Sédillot a obtenu 31 suffrages, M. Serre 8, M. Guyon et M. Lesauvage chacun 2, M. Hermann et M. Bonnet chacun 1.

En conséquence M. Sédillot a été proclamé correspondant de l'Académie des sciences pour la section de médecine et de chirurgie.

ACTION DE L'ERGOTINE DANS LES HÉMORRHAGIES EXTERNES.

M. Bonjean (de Chambéry) adresse une nouvelle note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes.

Dans ses précédentes communications, l'auteur a fait connaître les expériences qu'il avait entreprises relativement à l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes, expériences qui lui avaient fait voir que l'ergotine arrête l'hémorrhagie quelques minutes après son application sur les plaies faites aux vaisseaux sanguins, aux veines, comme aux artères. Mais comme les animaux opérés avaient été sacrifiés peu de jours après l'expérience, il n'avait pas été possible de calculer et de connaître les suites de ces sortes d'opérations, ni de prévoir les chances heureuses des premiers résultats obtenus. Il importait de savoir, avant tout, s'il y avait cicatrisation, oblitération des artères, de quelle manière enfin la chose se passait.

Voici l'expérience que M. Bonjean a faite pour lever tous ces doutes :

Le 20 août 1845, avec le concours de MM. Chevallay et Besson, on a ouvert, à l'aide d'un bistouri, l'artère carotide gauche d'un mouton âgé de 6 mois. Comme dans les expériences précédentes, le sang a été arrêté par l'application sur la plaie de tampons de charpie imbibés d'une dissolution d'ergotine marquant 5° au pèse-sirop. Au bout de vingt-cinq minutes, tout était terminé. Le 25 octobre suivant, on a ouvert la carotide droite du même mouton, dont la santé, depuis la première opération, était parfaite. Pendant cette dernière expérience, on a blessé, sans le vouloir, la veine jugulaire et deux ou trois petits vaisseaux sanguins auxquels il a été fait une ligature, pensant obtenir un résultat plus prompt en concentrant davantage la dissolution d'ergotine. Le succès ne fut pas douteux. Au bout de sept minutes, le tampon de charpie put être enlevé, le sang ne coulait plus, et à dater du moment de l'incision faite à l'artère en vingt minutes, la peau était recousue et l'animal sur pied. M. Bonjean a remarqué que la dissolution d'ergotine ainsi concentrée avait eu pour résultat de fournir un caillot plus dense et plus résistant.

Depuis cette époque, ce mouton a continué à vivre, sans que le plus léger incident ait troublé ses fonctions. Avant de sacrifier l'animal pour constater l'état des vaisseaux, l'auteur a voulu soumettre ces faits à l'appréciation de la commission, et lui demander ses instructions.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉTHER SULFURIQUE D'APRÈS LA MÉTHODE PHARYNGIENNE.

M. Ducros adresse un mémoire intitulé : Étude physiologique de l'éther sulfurique, d'après la méthode buccale et pharyngienne, chez l'homme et chez les animaux.

Il résume son mémoire par les propositions suivantes :

1° L'éther sulfurique employé en frictions d'après la méthode buccale et pharyngienne amène chez des animaux du genre gallinacé un sommeil instantané caractérisé par la fermeture des yeux, par le hissement des plumes ;

2° Au milieu de ce sommeil, donne-t-on de la morphine, de l'acétate de morphine, de l'extrait gommeux d'opium, au lieu d'augmenter le sommeil on le détruit instantanément ; d'où M. Ducros conclut que les préparations opiacées sont des antidotes de l'éther sulfurique chez le genre gallinacé ;

3° Mais dans les empoisonnements opiacés, donne-t-on de l'éther, on augmente l'empoisonnement ;

4° L'éther soporifère, d'après la méthode buccale et pharyngienne dans le genre gallinacé, jouit des mêmes propriétés chez les autres animaux et chez l'homme ;

5° Dans les hypocondries avec manque de sommeil, avec douleurs vagues à la poitrine, au bas-ventre, l'éther sulfurique employé d'après la méthode buccale et pharyngienne en frictions sur la langue, sur le voile du palais, sur les amygdales, au plancher vertébral du gosier, procure un sommeil agréable, calme les douleurs, et il jouit surtout de ces avantages, lorsqu'au milieu de la surexcitation nerveuse les narcotiques n'ont contribué qu'à augmenter l'excitabilité générale ;

6° Dans les éclampsies des femmes en couches ou en travail d'enfantement, dans les convulsions des nouveau-nés, dans les attaques hystériques, dans les accès épileptiformes avec complication de trismus, de resserrement des dents, et avec spasme de l'œsophage, il est impossible de faire avaler des remèdes : au moyen d'un pinceau imbibé d'éther sulfurique, si l'on frictionne la cavité buccale et pharyngienne, on arrête le plus souvent des attaques nerveuses qui peuvent devenir mortelles par leur continuité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Secrétaire perpétuel donne communication d'une lettre de M. Amédée Forget, secrétaire de la commission de la souscription pour le monument à ériger sur la tombe de Bichat, ayant pour but d'inviter l'Académie à participer à cette souscription.

L'Académie décide, par acclamation, que chacun de ses membres fait abandon à la souscription d'un jeton de présence.

M. Soubeiran est invité à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Virey. Cette communication est accueillie par quelques applaudissements.

M. le Président prévient l'Académie qu'elle aura à élire un membre du conseil d'administration en remplacement de M. Delens.

Il y aura une séance extraordinaire samedi prochain pour entendre la suite du rapport sur la peste.

PESTE. — QUARANTAINE.

M. Prus continue la lecture de son rapport.

Troisième partie. — Il s'agit ici de l'importante et difficile question de la transmissibilité de la peste, soit dans les foyers épidémiques, soit hors de ces foyers.

Chap. I. La peste est-elle transmissible par l'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré, du pus provenant d'un bubon pestilentiel ou de la sérosité extraite de la phlyctène d'un charbon pestilentiel ?

Le rapporteur passe ici en revue tous les faits, toutes les recherches, toutes les expériences sur ce sujet dont la commission a pu avoir connaissance. Avant de les soumettre à l'appréciation de l'Académie, M. Prus constate, comme un fait important, que si la variole, la rage, la morve, la syphilis, en un mot les maladies certainement virulentes, nous offrent toutes un liquide qu'il est facile de déterminer et qui contient le principe virulent, il n'en est pas de même pour la peste. Cela est si vrai, que les expérimentateurs se sont adressés tour à tour et presque indifféremment au pus d'un bubon, à la sérosité d'un charbon ou au sang d'un pestiféré.

On rapporte que Willis s'inocula la peste à Londres en 1665, et qu'il en mourut. Ce fait paraît apocryphe ; car Willis ne mourut qu'en 1675.

White, médecin de l'armée anglaise en Égypte, s'inocula le pus d'un bubon, contracta la maladie, et mourut le neuvième jour de l'inoculation, après avoir présenté une pustule charbonneuse au pli de l'aine, lieu où il avait pratiqué l'inoculation. Mais en temps d'épidémie, un individu peut facilement contracter la peste dans l'espace de neuf jours, et la maladie peut n'être qu'une coïncidence avec l'inoculation.

Le fait célèbre de Desgenettes est un fait négatif ; car le pus inoculé avait été pris sur le bubon d'un convalescent, et la piqûre avait été lavée avec de l'eau savonneuse.

Valli, médecin italien, avait cru remarquer que les varioleux ne contractaient pas la peste. Il s'imagina alors d'inoculer le pus de la peste mêlé au pus de la variole ; il essaya d'abord sur lui-même, et puis sur vingt-quatre autres personnes, qui toutes furent exemptes de la peste pendant l'épidémie de 1803 à Constantinople. L'expérience ayant appris que la variole ne préservait pas de la peste, ce qu'il faut conclure des expériences de Valli, c'est que l'inoculation du pus des bubons pestilentiels n'a produit aucun accident.

Les expériences du docteur espagnol Sala sur les propriétés de l'huile, comme pouvant neutraliser le principe contagieux de la peste transmis par inoculation, ne sont rien moins que concluantes.

Il résulte des expériences pratiquées, par M. le docteur Lachèze, sur des condamnés à mort au Caire, que sur quatre individus qui ont été inoculés avec du sang de pestiféré, un seul a eu une peste bénigne, tandis que deux sujets inoculés avec la sérosité prise sur un charbon pestilentiel, et un troisième inoculé avec le pus d'un bubon qu'on venait d'ouvrir, n'ont rien éprouvé.

Plus tard, Clot-Bey pratiqua sur lui-même l'inoculation par le sang d'un pestiféré. A l'aide d'une lancette chargée de ce sang, il se fit six piqûres assez profondes, dont trois à la partie antérieure de l'avant-bras gauche et trois au pli de l'aine droite. Il n'éprouva aucun symptôme de peste.

Quelques jours après cette inoculation restée sans résultat, Clot-Bey s'inocula du pus provenant d'un bubon pestilentiel, au moyen de trois piqûres faites à la

partie interne du bras gauche. Cette dernière épreuve fut suivie de légers malaises que l'expérimentation attribua à l'absorption du pus, mais qui n'offrirent aucune analogie avec les symptômes de la peste.

Quelles conclusions tirer de ces faits et de quelques autres analogues? Voici celle adoptée par la commission : l'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par l'inoculation, même sous l'influence d'une constitution pestilentielle.

Chap. II. Voit-on dans les foyers épidémiques la peste être transmissible par le contact des malades?

Le rapporteur dit d'abord ce qu'il entend par le mot contagion : c'est la transmission de la maladie par le contact. Il ne peut donc y avoir contagion, dans le sens que nous attachons à ce mot et que les règlements sanitaires en vigueur lui attribuent, que quand il y a de la part d'une personne saine contact d'un pestiféré, ou d'un objet qui a touché ce dernier ou qui a été touché par lui, le tout sans aucune entremise de l'air.

L'infection, au contraire, est l'action des miasmes pestilentiels auxquels l'air sert de véhicule sur des organismes sains ou du moins non encore atteints de la peste. Dans l'infection, l'air, chargé des miasmes qui s'échappent des individus pestiférés, pourrait donner la peste à des personnes saines, quoiqu'elles eussent évité avec soin le contact des malades et de tout objet suspect.

M. le rapporteur commence par un exposé historique de la doctrine de la contagion. Les médecins de l'antiquité paraissent n'avoir envisagé la peste que comme une maladie épidémique, sans s'occuper de son mode de transmission. Il en est de même des médecins arabes. C'est à Fracastor qu'est due la doctrine de la transmissibilité de la peste par un virus qui peut être communiqué d'un individu à un autre. Cette doctrine régna peu à peu sans contestation jusqu'en 1720. Alors les médecins de Montpellier, qui avaient vu la peste de Marseille, firent de grands efforts pour rassurer les populations sur sa non-contagion. Stoll provoqua les observateurs à un examen sérieux de la question; son appel ne fut pas entendu. Les médecins de l'expédition d'Égypte adoptèrent la doctrine de la contagion, qui fut à peu près unanimement partagée en France jusqu'en 1835.

A cette époque, un grand nombre de médecins européens eurent occasion d'observer la terrible épidémie qui ravagea alors l'Égypte. Sortis des Facultés de France, d'Allemagne et d'Italie avec une ferme croyance à la transmissibilité de la peste par le contact des malades, tous ou presque tous, il faut le reconnaître, ont complétement changé de conviction.

Quels sont donc les faits qui ont produit de tels changements? Ils sont consignés dans les ouvrages de MM. Brayer, Cholet, Aubert-Roche et Clot-Bey.

M. Prus passe les principaux de ces faits en revue, ainsi que ceux relatifs aux épidémies de 1837 et de 1841, et dont l'étendue et le nombre ne nous permettent pas de donner l'analyse. Il termine ce chapitre par la conclusion suivante, qui en est le résumé :

Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés, et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

Chap. III. La peste est-elle transmissible par le contact des vêtements ou hardes ayant servi à des pestiférés, dans les lieux qui sont encore ou ont été récemment soumis à l'influence de foyers épidémiques?

M. le rapporteur cherche à éclairer ce point de la question par l'examen de faits authentiques analogues à celui-ci : après la peste du Caire, en 1835, toutes les hardes, tous les meubles des morts ont été vendus dans les bazars et mis en usage sans désinfection préalable. Les effets de plus de 50,000 pestiférés, morts dans cette capitale, n'ont communiqué la maladie à personne.

Il se livre ensuite à l'examen des faits qui sembleraient prouver la transmissibilité de la peste par cette cause, et il termine ainsi ce chapitre :

Nous n'hésitons pas à déclarer que c'est tantôt parce qu'on a méconnu l'existence de la peste spontanée, tantôt parce qu'on ne s'est pas rendu compte de la puissante influence des causes générales épidémiques et de l'infection miasmatique, qu'on a été porté à regarder comme dus au contact des hardes ou vêtements infectés, des cas ayant une autre origine. Cette remarque est vraie même pour un grand nombre d'auteurs recommandables qui ont sacrifié aux croyances dominantes de leur époque.

Nous nous dispenserons donc de discuter devant vous les faits très-nombreux, nous le savons, sur lesquels s'appuie la doctrine de la transmission de la peste par des vêtements infectés. Tous ont à nos yeux le même défaut : celui d'avoir été recueillis à un point de vue exclusif et sous l'empire de l'opinion régnante.

Nous terminerons ce chapitre par la conclusion générale régnante.

Des faits, en très-grand nombre, prouvent que les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

Chap. IV. La peste est-elle transmissible par des marchandises qu'on suppose contenir des matières pestilentielles?

Voici la conclusion de la commission sur ce chapitre : la transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la maladie est endémique ou épidémique, n'est nullement une chose prouvée.

Chap. V. A-t-on vu, dans les foyers épidémiques, la peste se transmettre par infection?

Après avoir longuement exposé toutes les conditions connues dans lesquelles la peste s'est développée jusqu'ici, celles qui ont semblé influer sur son intensité, sur le nombre des victimes, les précautions qui ont paru avantageuses ou inutiles pour s'en préserver, M. le rapporteur ajoute : Il nous paraît incontestable, et c'est la conséquence que nous déduisons de ce qui précède, que les miasmes pestilentiels qui, en temps d'épidémie, s'accumulent dans un hôpital de pestiférés, dans une chambre, dans une maison et peut-être dans une rue, dans une ville, sont un puissant moyen de la propagation de ce fléau.

La Société académique de Marseille, dans le rapport qui lui a été présenté par M. le docteur Grand-Boulogne, et qui a été adopté par elle à l'unanimité le 12 août 1845, a admis les deux propositions suivantes :

1° Les auteurs les moins d'accord, en ce qui concerne l'histoire générale de la peste, sont à peu près unanimes pour assurer que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation du fléau.

2° Le séjour prolongé dans l'atmosphère des malades, et surtout l'exposition aux miasmes pestilentiels qu'exhalent les objets contaminés, sont éminemment dangereux.

La seule différence qui, sur ce point vraiment important de doctrine, existe entre la Société académique de Marseille et votre commission, peut se résumer ainsi :

La Société académique assure que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation de la peste.

Votre commission pense qu'aucun fait bien observé n'établit la réalité de cette transmission.

Elle ne connaît pas de faits qui l'autorisent à croire, avec la Société académique, aux dangers des miasmes que laisseraient dégager ces objets contaminés.

La Société académique et votre commission reconnaissent également que le séjour prolongé dans l'atmosphère des pestiférés, ou, en d'autres termes, l'infection par les miasmes pestilentiels, est ce qu'il y a le plus à redouter.

En présence d'opinions qui sont semblables ou qui sont très-peu divergentes, n'est-il pas permis d'espérer que le moment n'est pas éloigné où deux camps séparés par une barrière infranchissable pourront se réunir sur un terrain commun, celui de l'infection miasmatique, dont la puissance n'a pas encore été assez généralement reconnue. La réalisation de cette espérance serait un honneur pour la science et un bienfait pour l'humanité.

Il est facile de prévoir combien sont importantes pour les mesures sanitaires à prescrire les conséquences qui découlent de l'étude de l'infection pestilentielle, infection dont notre code sanitaire n'a encore tenu aucun compte.

La conclusion de ce chapitre est la suivante :

La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés et par les foyers d'infection qui peuvent en résulter.

Quoique cette conclusion nous paraisse en parfaite harmonie avec les faits que nous avons rapportés, nous ne pouvons cependant nous dissimuler qu'on peut lui adresser cette objection, que les observations ayant été faites dans des pays où la peste, toujours ou presque toujours endémique, revêt, à certains intervalles, les caractères épidémiques, il peut rester du doute sur la cause qui a été mise en jeu. On a pu, dira-t-on, attribuer à l'infection pestilentielle des cas dus à l'endémicité ou à l'épidémicité. Nous ne nous étonnons pas que cette objection, qui ne nous paraît pas fondée pour les faits cités par nous, laisse en suspens le jugement de beaucoup de médecins. Pour résoudre complétement et définitivement la question de la transmissibilité de la peste par les individus, les vêtements ou autres objets infectés, c'est loin des contrées où la peste est endémique, c'est loin des foyers épidémiques que les observateurs doivent s'appliquer à trouver les éléments de solution. Trop longtemps on a cru que c'était en Egypte, en Syrie, en Turquie, qu'on pouvait arriver à des résultats utiles ou durables. Cela n'est vrai que pour les questions relatives à l'endémicité et à l'épidémicité de la peste. Il en est tout autrement pour la question de la transmissibilité. C'est en mer, c'est sur les côtes où la peste n'est pas endémique, c'est dans les lazarets d'Europe qu'on peut trouver des faits concluants et arriver enfin à la vérité.

La continuation de cette lecture est renvoyée à samedi prochain.

URÉTROPLASTIE.

M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie le nommé Perégeaux, âgé de 36 ans, qu'il a guéri d'une fistule sus-scrotale de l'urètre par autoplastie.

Cet homme, exerçant la profession de tailleur de pierre, fut atteint, en 1826 et 1842, de blennorrhagie compliquée la première fois de chancre du gland. Il subit un traitement mercuriel méthodique à l'hôpital de Caen.

Au mois d'octobre 1843, un ou deux jours après avoir fait un effort violent, Perégeaux fut atteint d'une paraplégie incomplète accompagnée d'une paralysie de la vessie et d'un œdème des extrémités inférieures. Entré à l'hôpital de Berney (Eure) pour s'y faire traiter, on lui plaça une sonde en gomme élastique à demeure dans la vessie; on la laissa une première fois cinq jours sans la changer, puis huit ou neuf jours. Tandis qu'on soulevait le malade pour le porter

dans un fauteuil, il éprouva une vive douleur dans l'urètre, au point où plus tard s'établit une fistule, et quelques jours après il s'aperçut que l'urine s'échappait par la face inférieure de l'urètre, à son point de jonction avec le scrotum; la sonde fut alors retirée, et l'urine s'écoulait goutte à goutte et d'une manière continue par la fistule. Le malade demeura dans cet état pendant huit ou neuf mois : au bout de ce temps il quitta Bernay, et l'état des membres inférieurs s'étant amélioré, il put se rendre à Paris, partie à pied, partie en voiture.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1845.

Une sonde fut introduite dans la vessie sans trop de difficulté, le canal étant parfaitement libre. Quelques jours après, il sortit par le méat urinaire un gravier de la grosseur d'un pois ; l'orifice fistuleux contenait également quelques graviers, mais d'un moindre volume.

Le malade prit quelques bains; un vésicatoire volant fut appliqué à l'hypogastre pour rendre son ressort à la vessie. Le trajet fistuleux fut touché un grand nombre de fois avec le nitrate d'argent; dans le courant du mois d'août, il a été touché à deux reprises avec le cautère actuel : aucun changement ne s'en est suivi dans la fistule ; ses bords restent durs et calleux.

Le 6 septembre l'urétroplastie fut pratiquée de la manière suivante : les bords de la fistule furent ébarbés avec soin, de manière à enlever toutes les parties indurées du trajet fistuleux, et afin d'avoir, dans toute l'étendue de la circonférence de l'oblitération, une surface saignante. Un large lambeau quadrangulaire, à base inférieure, fut taillée sur la face antérieure du scrotum et transporté par glissement au devant du trajet fistuleux avivé; il fut fixé par six points de suture entrecoupée. Le lambeau se réunit par première intention dans les trois quarts de son étendue, à droite et en haut; à gauche du lambeau, il s'établit un point de suppuration ; il fallut y appliquer un nouveau point de suture ; la réunion n'eut pas encore lieu, et après plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent, on revint à la suture, cette fois avec un succès presque complet ; il continua encore à suinter quelques gouttes d'urine, mais il suffit de toucher la petite plaie avec le nitrate d'argent pour en déterminer la cicatrisation. Dans le courant du mois de novembre, la fistule était complétement oblitérée.

Maintenant, la cicatrice est solide, linéaire dans les trois quarts de son étendue ; à gauche, là où la réunion n'a eu lieu que par seconde intention, la cicatrice est moins régulière, le tissu inodulaire est plus dur et légèrement saillant au-dessous de la peau. La peau du scrotum à laquelle a été emprunté le lambeau ne présente aucune bride, aucun pli anomal. — Pendant le courant du traitement consécutif à l'opération, une sonde à demeure a été laissée dans l'urètre ; une seule fois on a été obligé de la retirer, à cause de la fièvre que sa présence avait déterminée.

LITHOTRIBE A DEUX BRANCHES.

M. Mercier présente une modification du lithotribe à deux branches. Cette petite modification, dit-il, ne mériterait pas d'occuper les instants de l'Académie s'il ne s'y rattachait une indication thérapeutique fort importante. Lorsqu'on a un calcul ou un fragment volumineux à broyer, on se sert ordinairement du brise-pierre fenêtré modifié par M. Charrière; mais lorsqu'il ne reste plus que des fragments d'un moindre volume, on se sert du brise-pierre dit *à cuillers*. Mais ce dernier a un grand défaut, c'est que quand deux ou trois petits fragments ont été écrasés, il s'engorge, les débris s'y tassent, et on est obligé de l'extraire, sans quoi on courrait le risque de ne pouvoir y parvenir sans causer de vives souffrances au malade. Souvent même on ne peut éviter ces douleurs malgré toutes les précautions possibles, et d'ailleurs les manœuvres se trouvent par là singulièrement prolongées. On a cherché déjà à débarrasser les cuillers au moyen d'une troisième pièce placée entre les deux autres ; mais l'instrument se trouve par là très-compliqué, outre que l'avantage que l'on obtient par ce moyen se trouve plus que compensé par d'autres inconvénients.

Mon brise-pierre, dit M. Mercier, n'est pas susceptible de s'engorger, et voici comment. Dans les trois quarts de leur longueur ses mors sont tout à fait plats et ne présentent que quelques légères aspérités pour empêcher les fragments saisis de glisser. Dans l'autre quart, près de l'angle de courbure, leur aplatissement cesse, et ils ressemblent complétement au brise-pierre fenêtré, ce qui leur donne une très-grande force. Ainsi les débris ne peuvent se tasser en cet endroit parce qu'ils sont repoussés par la branche mâle à travers la large fenêtre de la branche femelle ; et ils ne peuvent non plus se tasser au delà, puisque les deux mors ne présentent aucune trace d'excavation.

Quelques praticiens pensent que par cette extraction du détritus, ajoute l'auteur, on accélère la délivrance du malade, et on a même donné le précepte de préparer d'avance cinq ou six brise-pierres à cuillers pour les introduire successivement et coup sur coup. C'est une erreur pernicieuse. Si le malade urine bien, ce n'est pas la poudre impalpable qu'on retire par ce moyen qui éprouverait le moindre obstacle pour sortir, et s'il urine mal, on pourra toujours extraire ce détritus à volonté à l'aide de la sonde évacuatrice à double courant que j'ai présentée à l'Académie dans sa séance du 21 mars 1843.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

SUR LES ABCÈS MÉTASTATIQUES QUI RÉSULTENT DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES; par M. Dominique Cambria. — Un vol. in-8° de 42 pages. Paris 1845, imprimerie de Lacour et Cᵉ, rue-Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Ce n'est qu'après avoir suivi de près plusieurs des services cliniques de Paris, que l'auteur paraît s'être décidé à publier le résultat de ses réflexions sur ce point, encore si obscur, de pathologie. Il s'est surtout attaché à pénétrer le mécanisme selon lequel a lieu le développement des abcès viscéraux chez les sujets opérés ou porteurs de plaies en suppuration. Or, parmi les trois explications qui ont aujourd'hui cours à ce sujet, il choisit l'hypothèse de la résorption purulente. Il n'est cependant point exclusif dans sa préférence, et ne nie point que la phlébite ne puisse, dans quelques cas, être l'origine des transports métastatiques. Ce qu'il tient à établir, c'est que des collections purulentes se forment parfois dans les poumons, le foie, etc., *sans que la phlébite y concoure*. Quelques passages extraits de l'opuscule achèveront de faire connaître sa pensée.

Nous sommes loin, dit-il, de nier la phlébite qui le plus fréquemment est la cause des abcès métastatiques à la suite de plaies ; mais nous sommes porté à croire que, dans plusieurs cas où il n'y a pas de trace de phlébite ou d'inflammation veineuse, ces foyers purulents ne sont pas autre chose qu'un simple transport du pus absorbé. Dans les cas, poursuit-il, où les abcès métastatiques sont le résultat de la phlébite, il faut considérer l'inflammation des veines comme un foyer quelconque, et non pas comme un moyen de transport. En effet, si l'absorption peut s'emparer du pus contenu dans un viscère quelconque, le transporter dans d'autres organes et former des abcès métastatiques, on comprend facilement qu'à l'aide du même procédé le pus contenu dans les veines enflammées est résorbé et transporté dans le torrent circulatoire.

Mais comment le pus se transporte-t-il en nature dans les organes? Cela vient, dit M. Cambria, de ce que quand l'organisme renferme quelques matières nuisibles à sa propre existence, les membranes et les organes de sécrétion se chargent de l'éliminer ; et de fait, lorsqu'on examine le cadavre de ceux qui ont succombé à l'infection purulente, on ne trouve de pus que dans les organes de sécrétion. Les cellules pulmonaires elles-mêmes, malgré leur office spécial et leur structure particulière, ne sont pas, sous ce rapport, autre chose qu'un agent sécrétoire.

Quoique l'hypothèse de la phlébite ne soit point celle vers laquelle nous ayons jamais penché pour expliquer les phénomènes de l'infection purulente, nous ne devions pourtant pas nous dispenser de citer un travail écrit dans le but d'éclairer cette question ; nous le pouvions d'autant moins, qu'outre certaines réflexions qui méritent d'être prises en considération, ce mémoire contient plusieurs faits empruntés aux meilleures sources et racontés par l'auteur avec beaucoup d'impartialité.

DES ABUS DE LA CAUTÉRISATION ET DE LA RÉSECTION DU COL DANS LES MALADIES DE LA MATRICE ; par F.-L. Pichard, ancien élève des hôpitaux de Paris, etc. — 200 pages grand in-8° ; 1846. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Du moment où il a été possible de porter la vue jusque sur le col de l'utérus, le traitement des maladies de cet organe devait nécessairement se perfectionner ; et comme l'expérience avait démontré que ces maladies tendaient fréquemment aux dégénérescences des tissus, il était naturel que la cautérisation et même la résection figurassent en tête des nouveaux moyens dont la médecine s'armait contre elles : la première, pour empêcher celles qui siégeaient au col de gagner le reste de la matrice ; la seconde, pour enlever ce que la cautérisation ne pouvait qu'imparfaitement détruire.

Il arriva malheureusement pour ces deux modes de traitement ce qui arrive assez généralement aux nouvelles conquêtes de l'art : c'est qu'au lieu de rester bornés aux cas qui les réclament réellement, ils devinrent, entre des mains inexpérimentées, des ressources banales dont les résultats durent laisser plus d'un regret aux hommes consciencieux qui les premiers avaient cherché à s'opposer à cet abus ; mais leurs efforts ont jusqu'ici presque complétement échoué contre l'entraînement de la routine. M. Pichard sera-t-il plus heureux? On doit l'espérer ; car personne, il nous semble, n'avait encore donné des raisons plus propres à faire ressortir ce que la cautérisation a d'irrationnel, donnée comme méthode unique du traitement des ulcérations de l'utérus, et ce que l'ablation du col a de dangereux et de peu sûr.

Ces raisons, il les a déduites, 1° de l'état anatomique de la matrice ; 2° de la diversité de caractère et de causalité des affections utérines ; 3° de ce que démontrent les faits. L'étude du tissu de la matrice lui a servi à prouver que si aucun organe ne tendait plus aux dégénérescences, l'application réitérée de caustiques devait pour le moins tout aussi souvent favoriser cette tendance que la détruire. Par la répartition des ulcérations entre leurs diverses causes, il a démontré que lorsqu'on avait mis à part celles qui dépendent de violences extérieures ou qui tiennent à un état constitutionnel, et qui réclament conséquemment des traitements spéciaux, le nombre de

celles auxquelles la cautérisation est réellement applicable est déjà singulièrement restreint. Enfin, par l'analyse des cas de guérison invoqués en faveur de la cautérisation et même de la résection, il a établi, quant à la première, que les résultats avantageux dont son emploi était assez fréquemment suivi devaient, dans bien des cas, être attribués à toute autre cause; quant à la seconde, que lorsqu'elle n'avait pas été suivie de mort ou de récidive, c'est qu'elle n'avait été que superficielle, ou pratiquée pour des cas infiniment moins graves que ceux auxquels on la croit surtout applicable.

Quelques personnes pourront trouver cette dernière proposition un peu exagérée, et dans tous les cas reprocheront à M. Pichard, puisqu'il ne rejetait pas complétement la cautérisation, de ne pas avoir précisé les cas pour lesquels il la jugeait utile; mais tout le monde conviendra que la question bornée au point de vue sous lequel il l'a présentée, il était difficile d'invoquer pour sa solution des raisonnements plus clairs et des faits plus concluants. Aussi ce travail, qui décèle dans son auteur des vues pratiques affranchies d'idées préconçues et une grande indépendance d'opinion, doit-il faire augurer favorablement de ceux dont il promet de faire suivre sa publication, sur divers autres points de maladies propres aux femmes. Le tableau synoptique qu'il a tracé à la fin de son mémoire, et qui contient l'état de 800 utérus de femmes décédées d'affections diverses dans les hôpitaux de Paris, prouve que c'est en puisant aux sources toujours si fécondes de l'anatomie pathologique que M. Pichard a formé ses opinions, et qu'il reconnait que l'étude d'une question de thérapeutique spéciale ne doit jamais être séparée de l'appréciation des conditions générales, tant organiques que fonctionnelles, dans le cadre desquelles elle rentre naturellement.

RÉFLEXIONS SUR LES MOYENS EMPLOYÉS JUSQU'A CE JOUR POUR LE REDRESSEMENT DES DENTS, SUIVIES DE LA DESCRIPTION D'UN PROCÉDÉ NOUVEAU; par M. GRANDHOMME, chirurgien-dentiste. — Un grand in-8° de 200 pages. Paris, 1845; chez Fortin, Masson et Ce, place de l'École-de-Médecine.

Peu de parties de la médecine ont été autant exploitées que l'orthopédie dentaire par les faiseurs de découvertes, qui, dans cette spécialité comme dans toute autre, foisonnent et pullulent. Malgré le grand nombre et la diversité apparente des moyens de redressement proposés jusqu'ici, on peut les ramener tous à quelques procédés principaux, tels que la luxation de la dent déviée; la traction exercée sur elle par un fil qui s'attache par l'autre bout à une ou plusieurs dents saines, le *bandeau*, pièce fixe placée sur la face de la mâchoire opposée à celle vers laquelle la dent incline, et qui prête un point d'appui solide au fil qui sert à attirer la dent vicieusement dirigée; enfin le plan incliné, qui utilise les mouvements de rapprochement des mâchoires pour replacer graduellement la dent dans sa situation naturelle. M. Grandhomme passe en revue ces divers moyens, et tout en reconnaissant qu'ils procurent souvent de véritables guérisons, il trouve aisément à leur reprocher, aux uns le peu d'efficacité de la puissance qu'ils déploient, aux autres les inconvénients de leur usage relativement à la conservation des dents saines, à tous les difficultés et la gêne continuelles qu'entraîne leur emploi. Voici maintenant le procédé dont il a eu l'idée, et qui offre une combinaison réellement ingénieuse.

La pièce principale de cet appareil est une sorte d'enveloppe lamellaire en hippopotame qui s'adapte à la mâchoire siége de la déviation, l'embrassant dans son entier, s'appliquant à toutes ses sinuosités, pénétrant aussi loin que possible dans ses interstices, de manière à s'étaler sur une très-grande surface à fournir et à l'agent du refoulement un point d'appui d'une fixité à toute épreuve.

L'espèce de voûte que forme cet appareil est largement ouverte au-dessus des dents déviées, qu'elle laisse tout à fait à découvert, et qui se trouvent ainsi placées entre les deux lames qui servent de base à la voûte elle-même. La lame située du côté opposé à celui de l'obliquité forme un arc transversal, une partie avancée dont l'office est de s'opposer à l'effort de la lèvre ou de la langue en maintenant ces parties à distance; l'autre, placée par conséquent dans le sens même de l'obliquité, c'est-à-dire en dedans, s'il s'agit de rétroversion, en dehors dans le cas d'antéversion, donne naissance à une sorte d'apophyse percée de trous et creusée d'une rainure transversale sur la face dentaire, qui s'élève parallèlement à chaque dent, et présente la même hauteur qu'elle et la même largeur. D'autres ouvertures sont ménagées avec soin pour laisser toute liberté aux dents qui sont en voie d'évolution. L'appareil est en outre disposé de telle sorte que, grâce à quelques points d'appui pris diversement suivant l'état particulier de la bouche, il ne puisse glisser sur les parties coniques des dents et aller blesser les gencives.

L'agent de propulsion dont se sert M. Grandhomme est le caoutchouc découpé en lanières, qu'il fait glisser à frottement entre la dent à redresser et l'éminence d'hippopotame; il a soin de les placer de manière qu'elles correspondent au sommet de la couronne, afin que la force, agissant à l'extrémité du bras de levier représenté par la dent, ne perde rien de sa puissance. L'espace compris entre la dent et l'apophyse d'hippopotame doit être assez étroit pour que le caoutchouc ne pénètre qu'avec peine et se trouve ainsi fortement comprimé. Un fil, placé par les ouvertures indiquées, le fixe solidement dans cette position, d'où il s'échapperait bientôt s'il était abandonné à lui-même.

Le mode d'action de cet appareil est facile à concevoir. Le caoutchouc agit d'abord comme le ferait un corps inerte interposé et comprimé entre l'apophyse et la dent; il fait effort pour les écarter, agissant également et sur l'une et sur l'autre. La première étant fixe, naturellement c'est la seconde qui cède. Aussitôt dès lors commence le rôle spécial et vraiment actif du caoutchouc, au moment où cesserait celui d'un corps inerte. Il revient sur lui-même, remplit l'espace à mesure que celui-ci se forme, et, en raison de son excessive élasticité, repousse sans relâche la dent qui lui fait obstacle, résolvant ainsi le problème d'une action lente et continue.

Il ne faut pas attendre que la puissance rétractile du caoutchouc soit épuisée pour remplacer la bandelette par d'autres d'un volume successivement croissant. Le changement s'opère tous les trois ou quatre jours. Enfin, chaque fois qu'on a obtenu un refoulement de quelques millimètres, on place un nouvel appareil, ou bien l'on adapte une plaque d'hippopotame à la partie saillante de l'ancien, afin de combler l'intervalle qui s'est formé entre elle et la dent, et de présenter toujours au caoutchouc un point d'appui suffisamment rapproché de celle-ci.

Malgré l'absence de quelques détails, qui eussent été nécessaires afin de mieux comprendre la manière selon laquelle cette pièce artificielle doit être fixée sur l'une des faces de la mâchoire, le lecteur a saisi l'idée mère de cet appareil, qui nous semble en effet posséder le double avantage d'une action efficace et d'une force dont le déployement est exempt de tout danger. Une modification simple est apportée à l'appareil quand l'inclinaison de la dent se complique en même temps de rotation sur son axe.

Avec les moyens ordinaires, on est obligé d'attendre, pour opérer le redressement, jusqu'à la douzième année, époque à laquelle les grosses molaires permanentes viennent fournir le point d'appui sans lequel ils ne sauraient agir. Le mécanisme de M. Grandhomme peut s'appliquer sur les dents de lait, et permet ainsi de redresser les dents aussitôt qu'elles sont sorties.

Depuis douze ans que M. Grandhomme fait usage de ce procédé, il en a obtenu des succès constants dont il relate ici un certain nombre des plus saillants. Quant à la limite d'âge au delà de laquelle il serait impuissant, elle ne peut guère être fixée qu'approximativement. Néanmoins l'auteur l'a appliqué avec un résultat très-satisfaisant chez deux jeunes personnes âgées de 21 ans.

— INFLUENCE DU GAZ DE L'ÉCLAIRAGE SUR LES ARBRES. — M. le docteur Bergeon, rapporteur d'une commission, chargée, par la Société de médecine de Moulins, d'examiner l'influence du gaz servant à l'éclairage sur les arbres des promenades, a rendu compte, dans un rapport très-détaillé, des opérations nombreuses auxquelles s'est livrée la commission afin d'arriver à une solution rationnelle.

Il résulte de toutes les recherches qui ont été faites : 1° que le gaz ne détermine aucun accident sur les arbres par le fait de la combustion, car aucun des arbres près desquels sont disposées les lanternes n'a éprouvé le moindre dommage, les deux arbres du cours Bérulle exceptés; 2° que le gaz n'a d'action notable sur les racines qu'à la condition d'être dirigé en quantité abondante et d'une manière très-continue (résultat des expériences faites sur un cerisier près du gazomètre); 3° que les arbres du cours Bérulle sont morts sous des influences tout à fait étrangères à celle du gaz; 4° et enfin que, sans aucune crainte pour la conservation des arbres qui ornent les promenades de la ville de Moulins, l'administration municipale peut continuer à éclairer celles-ci avec le gaz, mode d'éclairage le plus parfait et le plus commode qui existe jusqu'à ce jour.

— NOTE SUR UNE NOUVELLE FALSIFICATION DU SAFRAN lue dans une séance de la Société de médecine de Moulins. M. Pérabon a exposé à quel degré de perfectionnement est arrivé l'art dangereux des falsifications; puis après avoir énuméré les diverses substances à l'aide desquelles le safran a été successivement livré altéré à la pharmacie, il a prétendu avoir reconnu dans du safran sophistiqué, bien que provenant d'une maison de droguerie en réputation à Paris, une substance qui n'a été décrite dans aucun traité. M. Pérabon a soumis à l'examen de la Société cette substance, dont les caractères physiques ont une grande analogie avec ceux des stygmates du *crocus sativus*, mais qui ne jouit ni des propriétés chimiques, ni à plus forte raison des propriétés thérapeutiques du safran. M. Pérabon pense que cette substance qui sert à la fraude provient des feuilles de quelques espèces de cypéracées que l'on aurait teintes après leur dessiccation, et façonnées de manière à imiter le safran.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU RAPPORT SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

Il y a quinze mois, un membre de l'Académie de médecine, M. Adelon, frappé du nombre et de l'importance des communications qui se succédaient au sujet de la peste et des quarantaines, principalement depuis l'épidémie qui ravagea l'Égypte et la Turquie en 1834 et 1835, proposa de soumettre la question à une commission spéciale, dont la mission bien définie était de réunir les éléments de solution les plus propres à mettre l'Académie en mesure de se prononcer, le cas échéant, en toute connaissance de cause. La commission fut nommée : elle se composa de MM. Adelon, Bégin, Prus, Dupuy, Fr. Dubois, Londe, Ferrus, Mélier, Pariset, Poiseuille et Royer-Collard. M. Prus fut ensuite nommé rapporteur.

Comment cette commission, conçue et organisée au sein même de l'Académie, sans provocation aucune de l'autorité, finit-elle par prendre le caractère quasi-officiel qu'on lui voit aujourd'hui, et comment un rapport, exclusivement destiné dans le principe à l'Académie, est-il attendu avec impatience dans les bureaux ministériels et même imprimé aux frais du ministère du commerce? Voici à cet égard ce qui s'est passé. Il faut reprendre les choses d'un peu loin.

Depuis longtemps déjà le ministre avait demandé à l'Académie un rapport sur des communications ou demandes adressées au gouvernement par des médecins qui avaient observé la peste en Égypte et en Turquie, notamment par MM. Bulard et Aubert. Une commission fut en effet nommée dans la séance du 24 janvier 1837 : elle se composait de MM. Renoult, Larrey, Villeneuve. Chervin et Dupuy. La commission n'avait pas encore donné signe d'existence quand, en 1842, le ministre, sollicité par les chambres de hâter la solution de la question des quarantaines, demanda un rapport à l'Académie des sciences; celle-ci nomma à son tour une commission qui resta muette comme la première. Ceux qui ont reproché au ministre de n'avoir pas *daigné* s'adresser, en cette occasion, à l'Académie de médecine, avaient oublié que ce corps savant était ministériellement saisi de la question depuis plus de cinq ans. A cette époque même, l'Académie de médecine le comprit si bien ainsi que, dans sa séance du 13 septembre 1842, elle remplaça MM. Renoult, Larrey, Chervin, morts ou absents, par MM. Louis, Londe et J. Guérin. Enfin, le 14 juin 1845, M. Cunin-Gridaine, de plus en plus pressé par la chambre des députés qui, cette année-là, lui retranchait 500 fr., à titre de blâme, sur le budget des lazarets, M. Cunin-Gridaine déclara qu'il ne pouvait rien faire sans le rapport des Académies. Ce fut alors que la commission de 1845, provoquée par M. Adelon, se substitua à la commission de 1837, provoquée par le ministre, et, modifiant quelque peu le sens de sa première mission et le caractère de son origine, entreprit de fournir à l'administration les bases d'une réforme des règlements sanitaires. Le ministre a d'avance accepté son concours en la pressant tout récemment (sous la menace, dit-on, d'une réduction de 10,000 fr.) de hâter son travail; et c'est même, pour le dire en passant, la raison qui a décidé la commission à commencer la lecture du rapport avant d'avoir arrêté ses dernières conclusions.

La question ainsi portée devant l'Académie est donc tout administrative. Les lazarets doivent-ils être conservés, et, s'ils doivent l'être, y a-t-il des modifications à introduire dans la police sanitaire qui les régit? Voilà uniquement sur quoi l'Académie est appelée à prononcer. Posée dans ces termes, la question, on le voit, ne sort pas de l'empirisme, et peut être dégagée à la rigueur de toute controverse scientifique; elle se réduit à savoir si et dans quelles conditions la peste est susceptible de se transmettre d'individu à individu par une influence personnelle, locale et indépendante des causes morbides qui peuvent planer sur l'ensemble de la population. Mais on conviendra qu'une fois introduite devant un corps savant, elle ne pouvait guère rester enfermée dans le cercle officiel, et qu'elle devait entraîner avec elle dans le débat plus d'un problème accessoire, étranger, quant au fond, à l'objet des préoccupations ministérielles. Aussi, tout en constatant le vrai sens, le sens pratique de la question, ne blâmerons-nous pas l'habile et savant rapporteur de l'avoir étudiée et si lucidement exposée sous toutes ses faces. Nous ne nous plaindrons pas d'avoir, à la place d'un simple rapport à l'autorité, une excellente dissertation.

En attendant la lecture des dernières conclusions et l'ouverture de la discussion, nous allons exposer en quelques mots l'état dans lequel la question se présente devant l'Académie.

Les lazarets, dont l'institution remonte, comme on sait, au quatorzième siècle, ont été fondés sur le principe de la transmissibilité de la peste par contact médiat ou immédiat, et non par voie atmosphérique. D'après ce principe, certaines substances, dites *contumaces*, sont *susceptibles* de s'imprégner de l'agent pestilentiel; de là vient qu'on appelle, par abréviation, *susceptibles*, les objets composés de substances contumaces. Les instructions sanitaires rangent ces objets en deux catégories : la première comprend les effets et marchandises *susceptibles par nature :* ce sont les hardes, les objets dans lesquels entrent la laine, le coton en laine ou filé, le chanvre (les cordes *goudronnées* sont exceptées), les pelleteries, les fourrures et tout ce qui s'y rapporte, poils, cuirs, basanés, maroquins, etc.; le papier, le carton, les fleurs artificielles, les éponges, les quincailleries et merceries, les chandelles et bougies, le vieux cuivre ouvré, les raclures du vieux cuivre et autres métaux, les momies, etc. La seconde catégorie renferme les marchandises *douteuses* ou des marchandises quelconques *avec enveloppes ou liens susceptibles ou pouvant receler des objets susceptibles :* tels sont le corail brut, les cuirs salés et mouillés, le suif, la cire, les drogueries et épiceries de tout genre, le café, le sucre, le tabac, la potasse, le salpêtre, le cuivre neuf ou vert, les verreries en caisses ou en futailles, les graines et légumes en sacs, les monnaies et médaillons, les fruits gluants et visqueux, etc. Tous les objets non compris dans ces deux catégories sont déclarés *non susceptibles*. Quelques contagionistes accordent aux corps gras la faculté d'absorber et de neutraliser le virus pestilentiel, et ont soin d'enduire leurs doigts d'une couche d'huile pour tâter le pouls.

L'institution des lazarets suppose que les substances contumaces peuvent conserver le virus pendant un temps plus ou moins long. Rien de précis à cet égard. Les uns disent avoir vu ces substances communiquer la peste au bout d'un mois d'imprégnation, les autres au bout de plusieurs mois, de plusieurs années et même de plusieurs siècles. Suivant Trincavella (l. III, consil. 17), des cordes qui avaient servi à descendre des cadavres à Capo d'Istria, et étaient restées enfouies *pendant vingt ans*, communiquèrent la peste à ceux qui les touchèrent, et le fléau s'étendit rapidement à plus de dix mille personnes. M. Estienne, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, affirme qu'à Livourne, il y a plusieurs années, une personne prit la peste en débarrassant *une momie* de toutes ses enveloppes.

Mais il est admis en même temps que le virus ou germe pestilentiel se

Feuilleton.

GUI PATIN; FRAGMENT BIOGRAPHIQUE (1).

Gui Patin a pris soin de nous instruire lui-même de sa biographie. Dans une de ses lettres à Spon, son cher et savant ami, il rappelle en peu de mots le pays où il est né, l'origine de sa famille, et les quelques événements de sa vie, qui fut presque toujours difficile, laborieuse et militante. Toutefois il ne dit que les choses principales, et ce n'est qu'à force de recherches qu'on a pu rassembler quelques traits capables de donner à cette biographie plus de développement et d'ensemble.

Ce médecin naquit le 31 août 1601 à La Place, petit hameau dépendant de la commune de Hodenc en Bray, non loin de Beauvais, ancienne province de Picardie, faisant aujourd'hui partie du département de l'Oise. Sa famille était de cette bourgeoisie dont les lumières, la force et l'influence s'accroissant toujours a fini par s'emparer du pouvoir dans notre société actuelle. Plusieurs de ses parents s'étaient distingués dans le siècle précédent, notamment Martin-Jean Patin, avocat au parlement de Paris, dont le nom figure parmi les personnages célèbres mentionnés aux DIALOGUES DES AVOCATS DU PARLEMENT DE PARIS, par Antoine Loisel. Ce Jean Patin était oncle de François Patin, avocat au parlement de Paris, qui fut le père de Gui Patin. François Patin exerça sa profession dans la capitale; mais soit qu'il n'y réussît pas, soit qu'il fût séduit, comme il faut le croire d'après son fils, par les promesses du seigneur de Hodenc, il se retira dans ce pays, et fut chargé de l'administration des biens de ce même seigneur, dont il eut ensuite beaucoup à se plaindre. François Patin se maria, et de ce mariage naquirent plusieurs enfants. Gui Patin était le second des garçons. Élevé d'abord dans la maison paternelle, on l'envoya à Paris achever ses études. Depuis cette époque, il est difficile de savoir ce que fit le savant docteur à venir. Il paraît certain toutefois que la fortune ne l'avait réellement pas favorisé; mais son caractère ferme, élevé, se prononça tout d'abord. N'ayant ni

(1) Ce fragment est extrait d'une notice très-étendue sur la vie, le caractère et les ouvrages de Gui Patin, placée en tête d'une nouvelle édition des lettres de ce célèbre médecin, que notre savant collaborateur et ami, M. le docteur Réveillé-Parise, est sur le point de publier. Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs un avant-goût de cet important travail. Nous ne croyons que devancer leur jugement en disant que Gui Patin a trouvé un digne interprète; que ses lettres si originales, si piquantes, et pourtant si peu lues, seront appréciées désormais comme elles le méritent. Outre les extraits détaillés que nous reproduisons, on lira dans la notice des développements historiques et critiques extrêmement intéressants sur l'époque où vécut Gui Patin et sur les principaux personnages qu'il a fait poser dans ses lettres. Le premier volume, avec le portrait, sera mis en vente après-demain.

dissipe à l'air libre et par l'action de certaines substances dites désinfectantes.

Enfin, le virus est regardé comme pouvant séjourner dans le corps de l'homme plus ou moins longtemps avant de développer ses effets spécifiques. L'espace de temps qui s'écoule entre l'absorption du germe morbifique et l'explosion de la maladie s'appelle *période d'incubation*. On verra plus tard quel rôle a joué, dans la question qui nous occupe, la détermination de la durée de cette période.

Telles sont les données fondamentales sur lesquelles repose l'institution des lazarets. Si la peste se communique d'individu à individu au moyen d'un germe ou virus susceptible de se dissiper à l'air libre ou d'être détruit par des fumigations aromatiques ou sulfureuses, il est clair qu'il faut isoler les pestiférés et désinfecter les objets touchés par eux. Si le germe peut séjourner dans le corps de l'homme à l'état latent, il faut isoler tout individu suspect aussi longtemps qu'il sera permis de le considérer, d'après les enseignements de l'expérience, comme étant encore dans la période d'incubation. C'est précisément ce que font les lazarets, au moyen du système des patentes. En France, les provenances sont placées sous le régime de la *patente brute*, si elles sont ou ont été, depuis leur départ, infectées d'une maladie pestilentielle, si elles viennent de pays qui en soient infectés, ou si elles ont communiqué avec des lieux, des personnes ou des choses qui auraient pu leur transmettre la contagion; — sous le régime de la *patente suspecte*, si les provenances viennent de pays où règne une maladie soupçonnée d'être pestilentielle, ou de pays non suspects qui sont ou viennent d'être en libre relation avec des pays suspects, ou enfin si des communications avec des provenances de ces derniers pays ou des *circonstances quelconques* font suspecter leur état sanitaire; — sous le régime de la *patente nette*, si aucun soupçon de maladie pestilentielle n'existait dans le pays d'où elles viennent, si ce pays n'était pas ou ne venait pas d'être en libre relation avec des lieux suspects, et enfin, si aucune communication, *aucune circonstance quelconque* ne fait suspecter leur état sanitaire. (Loi du 3 mars 1822.)

Voici, pour chacune de ces trois patentes, la durée de la quarantaine appliquée dans les ports français aux provenances du Levant.

	Pat. brute.	Pat. suspecte.	Pat. nette.
Paquebots après débarquement	19 jours.	15 jours.	12 jours.
Passagers après débarq., avec effets plombés.	14	12	9
— — — non plombés.	17	14	9
Bâtiments à voiles après débarquement . . .	21	15	12
Passagers après débarquement, sans bain. .	17	14	9
— — avec bain. .	14	12	9
Marchandises susceptibles après débarquem.	21	15	12

Il est facile de comprendre quelles entraves doit apporter un pareil état de choses aux transactions commerciales. Tant qu'il a été adopté à peu près uniformément par toutes les puissances de l'Europe qui entretenaient des relations avec l'Orient, il en est résulté une sorte d'équilibre dans la balance des intérêts internationaux; l'activité générale du commerce en a seule souffert. Mais du moment où des gouvernements étrangers se sont gravement relâchés de la sévérité des quarantaines, la France gardant le *statu quo*, un dommage considérable a été immédiatement porté à notre pays, dommage tel, qu'il réclame impérieusement l'intervention, peut-être déjà tardive, du gouvernement.

C'est l'Angleterre qui secoua la première le joug de l'ancien code sanitaire. Dès 1824 elle avait voulu tenir compte aux navires des jours passés en mer; mais aussitôt des récriminations s'élevèrent de toutes parts. Sur les côtes de la Méditerranée, la quarantaine fut imposée aux provenances de Malte jusque-là reçues en libre pratique, et le tort que cette mesure fit au commerce de la Grande-Bretagne força le cabinet à révoquer, au bout de dix-huit mois, sa décision. Mais il y revint par degrés, à mesure que les occasions se présentèrent de le faire avec un avantage immédiat. Son premier essai date de 1832. La peste régnait alors en Égypte. Les cotons ayant considérablement baissé de prix, les Anglais s'empressèrent de les acheter et en inondèrent les marchés de l'Europe, sans souci des mesures sanitaires. Plus tard, quand la France eut opposé aux paquebots anglais, faisant la traversée de Southampton à Alexandrie, les paquebots de la Méditerranée, et eut ainsi reconquis les avantages, un instant compromis, de sa position géographique, l'Angleterre chercha dans la modification de son système quarantenaire un autre moyen de nous devancer de vitesse: elle supprima d'abord de ses quarantaines un nombre de jours équivalent à celui que nos paquebots gagnaient sur les siens; puis, par une dernière résolution, en 1841, elle admit en libre pratique tout bâtiment ayant quinze jours de traversée sans maladie pestilentielle, c'est-à-dire que la quarantaine fut supprimée pour les paquebots d'Alexandrie exempts de peste, puisqu'ils mettent seize jours à faire la traversée de Southampton. Toutefois l'Angleterre n'a pas absolument *supprimé* ses quarantaines, comme le croient quelques personnes. Si un de ses navires arrivait avec la peste à bord, il serait soumis à une quarantaine sévère dont la durée a même été laissée à l'arbitraire de l'intendance.

Il faut le dire d'ailleurs, et c'est une chose généralement ignorée, le gouvernement anglais n'a procédé en cette circonstance qu'avec une grande précaution. En 1839, il avait chargé le colonel Campbell, consul général à Alexandrie, de faire une enquête. Le consul s'est adressé à dix ou douze médecins, la plupart français, et les a chargés, moyennant rétribution, de lui faire chacun un rapport particulier sur sept questions posées par le ministère anglais lui-même. Ces questions étaient relatives à la question de contagion, aux modes de transmission, à l'incubation, aux moyens désinfectants. Nous croyons savoir que les conclusions de ces dix ou douze rapports sont telles, qu'elles justifient pleinement les mesures de réforme adoptées par le gouvernement anglais.

L'exemple de la Grande-Bretagne fut suivi par l'Autriche. Cette puissance entretenait à grands frais une double ligne sanitaire sur ses frontières et sur le Danube; elle était en outre garantie, du côté des provinces slaves placées sous la suzeraineté de la Porte, par le système de quarantaine établi entre ces provinces et la Turquie proprement dite. Affectant de se reposer sur les mesures prises et sévèrement exécutées par les États slaves, l'Autriche commence par lever les quarantaines jusque-là maintenue sur ses propres frontières. Plus tard, la Turquie ne voulant pas absolument passer pour un foyer de peste, décrète contre l'Égypte, qu'elle accuse de tout le mal, une police sanitaire; et voilà les États slaves qui, à leur tour, se disent abrités par la Turquie et suppriment leur quarantaines. Mais comme le système sanitaire turc a été aboli depuis la mort du dernier sultan, il s'ensuit que l'Autriche est aujourd'hui à découvert de tous les côtés, sauf, toutefois, quelques précautions peu gênantes pour le commerce.

La conséquence directe de ces faits est que le Levant se trouve mainte-

---

l'obséquieuse courtisanerie qui rend le chemin facile, ni cette bassesse misérable qui s'humilie devant la bassesse puissante, les obstacles se multiplièrent; ce qui ne l'empêchait pas, comme il le dit, de porter son *vertex sublimis* si haut, que cela ressemblait à de l'orgueil. Cependant comment vivait-il? quelles étaient ses ressources? car la fortune de ses parents était excessivement médiocre. On l'ignore. Bayle assure que Gui Patin exerça pour vivre le métier de *correcteur* d'imprimerie. C'est Drelincourt, professeur de médecine à Leyde, qui le lui avait appris; voilà le seul témoignage que l'on connaisse de ce fait. Il ne faudrait pas d'ailleurs s'étonner que Gui Patin eût choisi pour vivre une telle profession; elle était à cette époque, ainsi que dans le siècle précédent, la profession de beaucoup d'hommes distingués dans les lettres, notamment d'Érasme et de son ami Budé. Il arrivait parfois qu'un savant imprimait le lendemain ce qu'il avait écrit la veille.

On croit que ce fut le célèbre Riolan qui, ayant eu quelques rapports avec le jeune *correcteur* d'imprimerie, sut le déterminer à suivre la carrière médicale. Quoi qu'il en soit, Gui Patin s'adonna si bien aux fortes études qu'exigeait cette profession, qu'il fut reçu docteur en 1627. Peu de temps après, il avait acquis de la réputation et une clientèle assez étendue. Les thèses qu'il soutint à la Faculté, comme c'était la coutume, l'avaient fait remarquer, notamment la thèse suivante: AN HOMO, TOTUS MORBUS? ornée en grands caractères de la fameuse devise D. O. M. *uni et trino, virgini Dei paræ, et sancto Lucæ, orthodoxorum medicorum patrono*. Cette thèse devint célèbre, et on la trouve dans toutes les collections de thèses remarquables de cette époque. Un mariage heureux, du moins sous le rapport de la fortune, plaça tout aussitôt le jeune docteur dans une position honorable. Mais ce qui contribua singulièrement à le faire connaître, c'est que Riolan, mécontent de son fils, lui fit obtenir la survivance de sa chaire de professeur ou de lecteur du roi, comme on disait alors, au collége de France, chaire dont il devint titulaire en 1654.

Cette époque de la vie de Gui Patin fut des plus remarquables; il était compté au nombre des premiers médecins de la capitale. Sa renommée s'accrut non-seulement en France, mais dans les pays étrangers. Il y a une lettre de Thomas Bartholin qui, ayant passé à Paris, écrivit à un ami ce qu'il pensait d'honorable pour le nouveau professeur (1). Gui Patin avait en effet tout ce qu'il faut pour briller *cathédratiquement*. Doué d'un grand fonds de savoir et d'érudition, il parlait aisément la langue latine; d'ailleurs, d'un esprit vif, hardi, plein d'entrain, de feu et d'action, il était loin de se retrancher dans les obscurs ambages d'une dialectique fastidieuse, ni d'un dogmatisme empesé. Ce n'était pas non plus ce caquet jactancieux frotté à l'esprit et au savoir des autres; tout coulait de source et de verve. Aussi cette clarté merveilleuse, ce grand sens, cette puissance d'analyse et de raisonnement qui le caractérisaient donnaient à sa parole une incontestable autorité. Son éloquence avait, il est vrai, de l'impétuosité, de la fougue, une certaine chaleur de sang tenant du tempérament, mais aussi du caractère et de l'esprit. Personne n'eut d'ailleurs plus que lui le secret de cette

(1) Dans cette lettre, datée de Paris, le 31 décembre 1645, à son retour d'Italie, Bartholin dit: *Ingenio, officiis, varia, promptaque lectione eminet G. Patinus, totus noster*, etc. (*Centuriæ*).

nant plus près, en quelque sorte, de l'Angleterre et de l'Autriche que de la France. Un passager venant du Levant est plutôt rendu à Paris en passant par Vienne ou par Londres qu'en passant par Marseille. Ainsi, dit M. Aubert, pour venir d'Alexandrie à Paris *par la ligne française* qui est la plus directe, on met, terme moyen, trente-cinq jours ; pour aller à Londres par la même ligne, quarante jours. Par la ligne anglaise, qui est la plus longue, on va d'Alexandrie à Londres en dix-sept jours et à Paris en dix-neuf. De Constantinople à Paris, on met par la route de Marseille quarante-trois jours, tandis qu'on n'en met que trente-trois par la route d'Allemagne. Suivant le même auteur, le déficit causé à la France par ce désavantage a été, pour 1843 seulement, de 2,200,000 fr.

A ces déterminations hardies des gouvernements étrangers, aux réclamations réitérées des pouvoirs législatifs et de la presse, notre gouvernement n'a encore répondu par aucune mesure décisive. La suppression des quarantaines pour les provenances d'Alger, du Maroc, de Tunis, de la Grèce, est un remède qui ne va pas au cœur du mal ; le mal attaque surtout le commerce d'Alexandrie. Il y a ici, d'ailleurs, une question de logique. La peste est-elle intransmissible, il faut supprimer tous les lazarets, les supprimer pour les provenances d'Égypte ou de Turquie, aussi bien que pour celles d'Alger ou du Maroc. Est-elle transmissible, il importe au plus haut degré de s'en garantir, et, pour cela, il faut savoir si, dans l'état actuel des choses, elle ne pourrait pas nous envahir par le nord ou l'ouest, pendant que nous lui fermons le passage au midi.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la discussion.

ÉTIOLOGIE SPÉCIALE.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE LA SURDI-MUTITÉ ; par M. P. MENIÈRE, médecin de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

La question d'hérédité se présente toujours quand il s'agit de l'étiologie des affections générales, des cachexies et autres altérations profondes de l'organisme. On sait combien il est difficile d'apprécier les causes qui exercent une influence notable sur l'espèce, et tout ce qu'il y a de gratuit et de banal dans les assertions des auteurs sur ce point. Cependant il faut bien reconnaître que certaines constitutions morbides sont héréditaires, que souvent le caractère physique du père se transmet aux enfants, et que les mêmes maladies affectent beaucoup de personnes de la même famille. Que cela soit une conséquence nécessaire de l'organisation des individus, ou le résultat de l'exposition aux mêmes influences extérieures, qu'il y ait hérédité directe ou simplement similitude organique par suite de la même modification locale ou générale, toujours est-il que ces ressemblances pathologiques sont chose commune, et que l'on ne peut négliger d'en tenir compte dans toute bonne pratique médicale. Or, cela étant, peut-on appliquer ces données à l'étiologie de la surdi-mutité ? peut-on dire que telle disposition morbide du père ou de la mère entraînera la perte primitive de l'ouïe chez l'enfant ? Cette assertion paraîtrait sans doute hardie jusqu'à la témérité ; mais si l'on ne peut, dans cette affaire, appliquer le principe *post hoc, ergò propter hoc*, il y a une autre manière de procéder et qui conduit au but d'une manière approximative.

On ne peut pas dire aujourd'hui que tous les enfants nés sourds-muets doivent le jour à des parents entendant et parlant. Il n'y a pas longtemps que l'on a recueilli les premiers faits en contradiction avec ce principe, et l'on a pu constater un certain nombre de fois l'hérédité directe et immédiate de la surdi-mutité. On doit dire cependant que ces faits constituent une rare exception, et qu'habituellement, dans l'immense majorité des cas, les sourds-muets mariés à des sourdes-muettes ont des enfants qui entendent et qui parlent. Cela est vrai à plus forte raison quand le mariage est mixte, c'est-à-dire quand l'un des époux seul est sourd-muet, et cependant, même dans cette occurrence, il y a des exemples d'hérédité bien avérés. Quoi qu'il en soit, on peut regarder comme infiniment probable qu'un mariage entre sourds-muets, ou entre un sourd-muet et un individu entendant, donnera lieu à des enfants entendant; et ici, comme on le voit, l'hérédité est tout à fait exceptionnelle. Mais existe-t-il des conditions organiques appréciables qui paraissent avoir pour conséquence la perte de l'ouïe chez les enfants, ou, en d'autres termes, trouve-t-on des familles chez lesquelles la naissance d'un sourd-muet paraisse sinon certaine, du moins très-probable ? Ce que nous avons dit de quelques localités du canton de Berne semble répondre affirmativement à cette question; et je crois qu'un médecin attentif, placé au milieu de ces tristes populations et au courant de leurs habitudes, arriverait promptement à reconnaître les signes indicateurs de cette anomalie de l'organisation. Des parents notoirement scrofuleux, mariés très-jeunes ou dans des rapports d'âge comme ceux que j'ai indiqués plus haut, ensevelis vivants dans ces tristes chalets où le soleil ne pénètre pas, où l'air ne se renouvelle jamais qu'incomplétement, où l'on ignore les premières lois de l'hygiène, ceux là, en effet, me semblent constituer une grande prédisposition aux infirmités congéniales, et doivent compter quelques sourds-muets dans leurs descendants. Évidemment cela est ainsi, et sans attacher plus d'importance qu'il ne convient à des faits de cette nature, on ne peut refuser d'admettre un rapprochement qui paraît aussi simple.

Ainsi donc il y a des conditions d'habitation, de régime, de constitution personnelle qui favorisent le développement de la surdi-mutité. Il n'est pas douteux que des sourds-muets naissent de familles qui ne présentent aucune de ces particularités, mais les faits négatifs n'infirment pas la valeur de ceux que nous avons indiqués ; tout au plus peut-on conclure de ceux-ci que cette infirmité dépend de causes diverses qu'on n'a pas encore reconnues, et que de nouvelles investigations mettront en lumière. En attendant, nous possédons assez de renseignements sur cette partie de la question pour établir que la surdi-mutité est héréditaire, ou du moins qu'elle est une conséquence directe d'un état pathologique spécial des parents. Cette assertion sera combattue, je n'en doute pas, mais elle me semble utile à produire; je la livre à l'examen de toutes les personnes en mesure d'en vérifier l'exactitude. Je désire que l'on recueille avec soin des observations capables de la corroborer ou de la détruire. Il importe beaucoup que les chefs d'institution de sourds-muets prennent les renseignements les plus circonstanciés sur les enfants qui leur sont confiés. Ce travail a précisément pour but d'éveiller l'attention des directeurs de ces sortes d'établissements, des médecins qui y sont attachés et de toutes les personnes qui ont le désir de perfectionner l'instruction et le bien-être des malheureux sourds-muets.

Mais il faut que ces recherches soient faites avec méthode. Il importe

---

raillerie, pleine à la fois de sel et de sens, qui soutient et ranime l'attention des auditeurs, raillerie qui malheureusement dégénérait en saillies caustiques, en une sorte de rude et acerbe franchise, car Gui Patin n'était pas homme à accoler la robe de patelin à la toge de professeur. Ses principes en médecine ne furent guère que ceux d'Hippocrate, de Galien et de Fernel. Il n'adopta ni ne rejeta entièrement la circulation du sang, qui passait encore dans beaucoup d'esprits pour un ingénieux paradoxe. Il est probable que Gui Patin en agit ainsi pour complaire à son protecteur Riolan, qui traitait la grande découverte de G. Harvey de chose absurde, incompatible avec les véritables lois de la physiologie. Telles sont souvent la justice et l'impartialité contemporaines. Certes ce fut pour Gui Patin, s'il croyait à la réalité, à l'importance de cette découverte, un pénible devoir de reconnaissance à remplir ; une de ses qualités était d'aimer à dire, à signaler l'utile, même avec témérité. Quand il dit qu'il le préfère à tout, il ne s'engage pas trop ; car, sans être exempt de préjugés, bien souvent il a mis son esprit, son courage et sa plume au service de la vérité.

Avec tant de savoir, tant de réputation et un caractère si ferme, Gui Patin parvint aisément aux dignités de sa profession. Il avait pourtant des ennemis puissants et actifs à la Faculté, mais sa voix et ses opinions y restèrent longtemps prépondérantes : aussi fut-il nommé deux fois doyen, et son nom resta *dans le chapeau* dans plusieurs élections. Lui-même explique ce que c'était que rester dans le chapeau. C'est dans ses lettres qu'il donne les plus curieux détails sur la nomination du doyen, emploi pénible et cependant fort envié, car le doyen avait de grandes prérogatives : le jeton était frappé à son coin d'un côté, et de l'autre aux armes de la Faculté. Il dirigeait la corporation ; en un mot, ce haut dignitaire était, ainsi que le dit Gui Patin, le chef du corps médical, *caput facultatis, vindex disciplinæ, et custos legum*, d'après les statuts les plus inviolables comme les plus anciens (1). Mais si les fonctions de doyen étaient honorables, cette charge présentait bien des difficultés, bien des épines. Ce n'était, en effet, que le *primus inter pares ;* il devait être réélu tous les deux ans, rendre des comptes à la Faculté : alors les inimitiés sourdes, les rancunes tenaces, les rivalités, les haines plus ou moins cachées, se révélaient avec force. Ce n'était pas chose aisée de conduire, de diriger et de contenir les vanités, les amours-propres de trois cents docteurs, tous égaux en droits, n'oubliant jamais rien, sinon le bien qu'on avait fait ; et cependant Gui Patin sut résoudre le problème. Il se conduisit avec tant de prudence, d'adresse, mêlées de justice et de sévérité, qu'il trouva l'art difficile de se faire pardonner son autorité par ses confrères. L'envie, cette démence du cœur si active, surtout dans les corporations, n'osa jamais l'attaquer ouvertement ; on savait toute sa force à faire valoir les droits et les prérogatives de sa dignité. D'un autre côté, il faut avouer que sous son double décanat, la Faculté devint florissante, honorée de tous ; les anciens règlements furent exécutés, les droits maintenus, les prérogatives conservées ; les anciens de la compagnie furent constamment respectés et jouirent des immunités qui leur étaient accordées par les statuts et règlements. Dans ce temps, les

(1) Les jetons ou médailles frappés à l'effigie de Gui Patin, en 1652, sont aujourd'hui infiniment rares ; c'est le sujet d'une dissertation de J.-D. Kœhler dans ses RÉCRÉATIONS NUMISMATIQUES.

que l'on interroge avec soin non-seulement la parenté directe, mais encore toutes les personnes en état de fournir quelque renseignement utile sur le compte de l'enfant. On devra se livrer dans ce cas à une véritable enquête, ne négliger aucun point de cette question obscure, recueillir par écrit les réponses faites, et consigner ainsi tous les éléments d'une histoire complète de chaque sourd-muet. Une observation rédigée avec soin, dans la forme convenable, et contenant tout ce qu'il est nécessaire de savoir en pareil cas, devient un document précieux pour la science, et en les multipliant, on travaille efficacement à la solution de ce grand problème. C'est seulement en suivant cette voie que l'on parviendra à sortir des généralités, et à remplacer les à peu près par des certitudes.

Il est évident que cette enquête ne peut être faite, dans la plupart des cas, que par un médecin. L'homme de l'art possède seul les connaissances nécessaires pour apprécier une multitude de faits qui se présentent dans cette circonstance. Tout ce qui tient à la constatation du tempérament de l'enfant et de ses parents, à l'état de ses divers organes, à sa constitution primitive ou acquise, aux maladies héréditaires dans la famille ou endémiques dans son pays natal, tout ce qui se rapporte aux phénomènes de la grossesse et aux accidents de l'accouchement de la mère, tout cela et beaucoup d'autres choses sont du ressort direct du médecin et ne peuvent être appréciées avec exactitude que par lui. Il faut donc son intervention dans cette affaire, et l'importance des résultats obtenus se mesurera à l'exactitude des renseignements fournis, à la précision des déductions logiques qui en seront tirées, à la justesse des aperçus et à la fécondité des rapprochements. A part ces mérites tout à fait individuels, il doit y avoir, dans ces procès-verbaux d'enquête, des indications précises sur beaucoup de points importants qu'une attention ordinaire suffira pour mettre en évidence. Je vais essayer de tracer la marche à suivre pour arriver au but.

Après les questions sur l'âge, le sexe, le nombre d'enfants de la même famille, sur l'ordre de naissance du sourd-muet observé, sur le nombre de garçons et de filles, etc., etc., on devra chercher à savoir d'abord si la surdi-mutité est congénitale ou accidentelle. Ce premier point est difficile à établir, et trop souvent les parents eux-mêmes ne savent à quoi s'en tenir sur ce fait capital. Beaucoup d'enfants, confiés à des nourrices, sont abandonnés de la façon la plus déplorable; entourés de gens ignorants autant qu'inattentifs, personne ne prend garde aux divers phénomènes qui accompagnent l'évolution des premières dents, à l'apparition régulière ou à la suppression brusque des divers exanthèmes qui sont si communs dans les premières années; on ne remarque ni les mouvements convulsifs passagers, ni les fièvres dites cérébrales, accompagnées de vomissements continuels, de cris aigus, d'une grande agitation suivie d'assoupissement; de sorte qu'il est presque impossible d'obtenir sur tout cela des renseignements de quelque valeur. Et quand vient l'époque où les enfants commencent à prendre part à la vie de famille, à donner des signes d'intelligence, à comprendre ce qu'on leur dit, on considère comme un simple retard de développement intellectuel la nullité qui résulte du défaut d'audition; il faut souvent beaucoup de temps et un concours particulier de circonstances pour que l'on reconnaisse la surdité comme cause de ce retard. Ces faits se renouvellent journellement sous mes yeux, et il s'en faut de beaucoup que l'on ne les observe que chez les parents pauvres et ignorants. Les familles les plus distinguées sont souvent dans le même cas, et la plupart des questions du médecin restent sans réponse. On ne doit pas se laisser rebuter par ces premières difficultés. Cette enquête doit être conduite avec une persévérance à toute épreuve; il faut solliciter des éclaircissements, provoquer des souvenirs, s'adresser à toutes les personnes qui ont entouré l'enfant, et presque toujours ces efforts amèneront des découvertes de la plus grande utilité. Trop souvent, en effet, les parents ne tiennent aucun compte d'une maladie qui n'a pas duré longtemps, dont les suites appréciables ont semblé insignifiantes, et qui cependant a eu pour conséquence évidente la perte complète de l'ouïe. Les affections convulsives sont celles qui exercent le plus ordinairement cette fâcheuse influence, et je l'ai constaté sur plus des deux tiers des sourds-muets qu'il m'a été donné d'examiner.

Lorsque des recherches bien dirigées ont amené la certitude que l'enfant n'a jamais entendu, il faut alors remonter à la cause originelle de la surdité, et ce sont les parents qu'il faut interroger avec soin. On tiendra compte de leur âge, de l'époque de leur mariage, du degré de parenté qui peut exister entre eux, et de toutes les conditions de localité dont j'ai parlé plus haut. On s'informera avec soin de la santé des ascendants, des maladies habituelles de la famille, des infirmités qui s'y rencontrent, de la santé publique dans le lieu qu'elle habite, en un mot, on tiendra une note exacte et rigoureuse de tous les renseignements capables d'éclairer ce fait de surdi-mutité congénitale. On ne peut nier qu'il n'en existe d'isolés, de primitifs, et sans liaison appréciable avec les antécédents; mais ceux-là sont les plus rares, et j'ai l'espoir que des investigations plus profondes feront découvrir des rapports nouveaux entre cette imperfection organique et des causes dont on ne s'est pas occupé jusqu'ici. A mesure que l'on connaîtra mieux toutes les conditions physiques qui ont précédé l'apparition de ce phénomène pathologique, on pourra espérer de rencontrer la cause originelle de cette infirmité. On notera des coïncidences que l'on continuera sans doute de regarder comme fortuites, et qui, constatées un certain nombre de fois, deviendront plus importantes en raison de leur plus grande fréquence, et plus tard finiront par être considérées comme une loi de rapprochement corrélatif. Quelques pas faits dans cette voie avec prudence et fermeté me semblent devoir conduire à des résultats inattendus, et l'on ne doit rien négliger pour y arriver.

La surdi-mutité congénitale dépend quelquefois d'un vice de conformation de l'oreille, et dans ce cas, c'est un arrêt de développement, une aberration organique dont il faut chercher l'explication dans les lois indiquées par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. J'ai consigné plusieurs faits de ce genre, et les auteurs en rapportent de fort remarquables. Dans beaucoup d'autres dissections faites avec le plus grand soin, je n'ai trouvé aucune lésion appréciable des parties constituantes de l'oreille, et l'on peut croire que la surdité dépendait d'une altération du système nerveux. Mais de quelle nature est cette maladie? Diffère-t-elle de celle que l'on observe chez les sourds-muets que quelques convulsions ont privés de l'ouïe dans les premières années de leur existence, et chez lesquels on constate également une absence complète de lésions organiques appréciables? Je crois ces maladies tout à fait identiques. Je pense que le fœtus est sujet à beaucoup d'accidents pendant la durée de la gestation, que les affections convulsives sont surtout capables de rendre compte de la plupart des infirmités appelées congénitales, et qu'une observation plus attentive en fera reconnaître la cause. Déjà beaucoup de maladies de ce genre sont considérées à juste titre comme la conséquence d'un état pathologique développé chez l'embryon; mais ces états pathologiques, encore peu nombreux, le deviendront davantage à mesure que l'attention se portera vers ce point intéressant. Il est permis de

---

jeunes docteurs avaient, en effet, pour leurs anciens une extrême déférence; à leur grand âge s'attachait toujours l'idée d'une grande expérience acquise par de longues études, fortifiée par la connaissance des mille difficultés de la pratique. On trouvait d'ailleurs en eux, leur but étant atteint, moins de passion et de rivalité, plus de bienveillance, et comme une sorte d'affection paternelle et professionnelle (1).

Personne d'ailleurs n'était plus convenable que Gui Patin dans les grandes solennités scolaires. La réputation dont il jouissait, l'éloquence de ses discours, la facilité de ses répliques, ce sentiment ferme et positif du devoir qu'on lui connaissait, le désignait naturellement au choix de ses confrères; il n'est pas jusqu'à sa haute taille, son air grave, imposant, qui ne fussent utiles dans des circonstances qui se présentaient souvent. Mais ce qui fit remarquer surtout le décanat de ce médecin, c'est le soin extrême qu'il mit à conserver les priviléges du corps qu'il représentait; il était à cet égard d'une rigueur, d'une inflexibilité extrême; toujours on le trouva incapable de transiger sur ce point. Peut-être même poussa-t-il le désir de conserver ces priviléges intacts jusqu'à l'injustice, jusqu'à l'oppression, notamment dans les querelles de la Faculté avec les chirurgiens, ces *laquais bottés*, toujours serviteurs des médecins. Dans ce cas, il est vrai, Gui Patin n'était pas seulement une forte et brillante individualité, mais il se trouvait chargé des intérêts d'une corporation puissante et respectée. Un homme qui répétait sans cesse : Je suis médecin, j'ai cet honneur et ce bonheur, n'était guère propre à faire des concessions, bien moins encore à plier jusqu'à des complaisances qu'il regardait comme autant de bassesses; c'étaient pour lui autant de questions de moralité publique. Il en résulta que dans certains procès que la Faculté eut à soutenir, on vit l'illustre doyen se charger de la défense, la pousser avec la sagacité, avec la vigueur dont il était capable. Presque toujours il plaidait lui-même, et les avocats, ainsi que les membres du parlement, admiraient sa vive et chaleureuse éloquence. C'est ainsi qu'il fit condamner le fondateur des journaux, Théophraste Renaudot, le compatriote, le protégé du cardinal de Richelieu. Les gazetiers du temps, ces dogues faméliques qui aboient et qui lèchent, lui furent toujours antipathiques. Certes, il était loin de concevoir et de prévoir l'autorité future de la presse; il fallait encore près de deux siècles pour enfanter cette formidable puissance. Ce fut à l'occasion de ce procès qu'il fit le quatrain suivant, dans le goût de ceux de Nostradamus :

Quand le grand pan quittera l'écarlate,
Pyre, venu du côté d'aquilon,
Cuidra vaincre en bataille Esculape;
Mais il sera navré par le talon.

Le grand pan est le cardinal de Richelieu, qui mourut à cette époque; Pyre

(1) Ce respect pour les anciens s'est longtemps maintenu dans la Faculté de Paris; il était tel que le médecin Hyacinthe-Théodore Baron (né à Paris le 12 août 1707, mort le 27 mars 1787) étant devenu aveugle, plusieurs jeunes praticiens faisaient une partie de ses visites et lui en rapportaient religieusement le produit.

penser que la surdi-mutité rentrera dans la règle commune, et qu'on pourra la rattacher à quelques désordres dont on retrouvera les caractères distinctifs.

On voit combien il importe d'interroger avec soin les parents des sourds-muets. Les mères, on le sait, sont d'ordinaire trop disposées à attribuer l'infirmité de leurs enfants à des accidents sans portée, à des opinions sans fondement, à des causes imaginaires. Il appartient au médecin d'apprécier à leur juste valeur ces souvenirs notés après coup, ces rapprochements forcés, et de discerner ce qui vaut la peine d'être cité. Entre la crédulité vulgaire et le scepticisme de beaucoup de gens éclairés, il y a une bonne place pour l'esprit d'examen, et c'est ce dernier qui peut seul conduire aux éclaircissements que la science réclame. J'avoue qu'en pareille matière il est difficile d'y voir clair. Les expériences probantes sont rares; il faut une grande réserve dans l'appréciation des faits; mais encore est-il nécessaire de rechercher ces faits, de les recueillir, d'en étudier scrupuleusement toutes les circonstances; et c'est sur ce point que nous insistons avec le plus de persévérance. Quand des registres bien tenus offriront une histoire exacte et détaillée de tous les cas de surdi-mutité qui se rencontrent dans les Instituts spéciaux; quand on aura noté avec soin tous les renseignements fournis par les parents, il deviendra promptement possible de se livrer avec fruit à l'appréciation des causes les plus ordinaires de cette infirmité. On saura très-positivement quels sont les pays où elle est plus commune, si certaines races d'hommes en sont plus souvent atteintes que d'autres, si quelques localités renferment des conditions spéciales qui en favorisent le développement, et, par suite, quelles sont ces conditions. Si déjà, du simple rapprochement d'un certain nombre de documents individuels fournis par les instituteurs hollandais, suisses et italiens, on peut tirer quelques conclusions utiles, que sera-ce donc quand ces recherches auront été instituées d'après une règle commune, uniforme, et répondront à tous les *desiderata* de cette science encore obscure?

C'est pour cela que nous engageons les instituteurs à adopter notre projet. Nous avons signalé les divers points sur lesquels il importe le plus de diriger les recherches, et démontré la nécessité de confier à un médecin instruit et zélé le soin de recueillir et d'apprécier les renseignements. Le temps et l'expérience indiqueront, nous n'en doutons pas, de nouveaux points de vue; le travail enfante le progrès, et le temps n'est pas loin peut-être où ces communs efforts, couronnés de succès, attireront l'attention du gouvernement sur cette nombreuse classe d'infortunés. Le public, éclairé sur des besoins urgents, secondera les chefs des institutions spéciales, on signalera à l'envi tous les faits capables de résoudre cette grave question, et les sourds-muets, mieux connus, mieux appréciés, seront l'objet d'un intérêt général, et recevront tous le bienfait de l'éducation.

Voici l'indication sommaire des questions que l'on doit adresser aux personnes qui entourent le sourd-muet, parents, amis, nourrices, au médecin qui soigne habituellement la famille, à l'accoucheur, en un mot, à tous ceux qui peuvent fournir des renseignements exacts sur les choses qu'il importe de connaître.

1° Les noms et prénoms de l'enfant, de son père et de sa mère, son sexe, son âge, le nombre de ses frères et sœurs, le numéro d'ordre qu'il occupe dans la série des enfants du même père et de la même mère.

2° Existe-t-il des sourds-muets dans la famille? en quel nombre, de quel sexe, aînés ou puînés? en existe-t-il dans d'autres branches de la même famille, parmi les ascendants? et spécifier avec exactitude le degré de parenté avec le père et la mère du sourd-muet, ou avec le sourd-muet lui-même. A-t-on observé, parmi les frères et sœurs du sourd-muet, des cas d'idiotie plus ou moins complète? s'en trouve-t-il dans la même famille à quelque degré que ce soit? Le développement intellectuel des enfants est-il précoce ou tardif? parlent-ils de bonne heure, facilement, ou bien sont-ils affectés de quelque imperfection de la parole?

3° La naissance du sourd-muet n'a-t-elle été signalée par aucun phénomène particulier, un accouchement très-laborieux, l'application du forceps avec blessure du crâne, des convulsions en naissant, ou une asphyxie considérable; la mère a-t-elle éprouvé des accidents convulsifs lors de l'accouchement ou pendant le cours de la grossesse; a-t-elle fait plusieurs fausses couches, et peut-on indiquer la cause probable de ces sortes d'accidents; enfin n'a-t-elle été affectée d'aucune maladie grave, spontanée ou communiquée, qui ait pu exercer une influence fâcheuse sur le produit de la conception?

4° Quel est l'âge du père et de la mère; à quel âge se sont-ils mariés; à quel âge sont nés les enfants issus de ce mariage, et surtout à quel âge est venu le sourd-muet. Dans la famille, les mariages sont-ils habituellement précoces et quelle est leur fécondité. Noter avec soin les vices de conformation et autres imperfections congénitales existant dans la famille; indiquer s'il y a eu beaucoup de décès parmi ces enfants et à quelle cause ils ont été attribués; à quel âge ils sont survenus; enfin tout ce qui intéresse la santé générale du groupe d'individus composant cette même famille.

5° Le père et la mère du sourd-muet sont-ils parents, à quel degré; indiquer exactement si c'est du côté paternel ou du côté maternel; rechercher s'il y a eu plusieurs alliances entre les membres de la même famille, si elle habite la même localité depuis longues années, si elle est très-nombreuse, si elle est saine, robuste ou faible; quelle prédominance organique la caractérise, quel est son développement intellectuel, quelle est sa profession la plus ordinaire, son genre de vie, ses habitudes héréditaires ou autres; enfin ne négliger aucun des renseignements capables de conduire à une appréciation rigoureuse de la valeur physique et morale de la race d'où provient le sourd-muet que l'on examine. Tenir compte des ressemblances de physionomie ou de caractère avec des parents affectés de certaines maladies nerveuses; indiquer la constitution, le tempérament de l'enfant, et rechercher si ces dispositions intimes se rapportent à quelque vice héréditaire déjà signalé par des effets sensibles chez les ascendants.

6° La surdi-mutité est-elle congénitale? à quel âge a-t-on commencé à s'en apercevoir? quels sont les signes qui ont fourni les premiers indices de cette infirmité? L'enfant a-t-il marché de bonne heure? l'évolution des dents s'est-elle faite régulièrement, promptement? est-il survenu quelque maladie capable d'expliquer le retard de l'intelligence ou de la parole?

7° Dans le cas ou l'on croit être certain que l'enfant a entendu, il importe extrêmement d'examiner sur quels faits est basée cette opinion. La plupart des expériences sur lesquelles on se fonde en pareil cas sont dénuées de valeur : ainsi l'explosion d'une arme à feu cause une secousse générale qui n'est pas de l'audition, un coup frappé par terre, une porte que l'on ferme brusquement, le plus léger choc contre le lit où repose l'enfant, le réveillent, le font crier, et l'on croit qu'il a entendu, tandis qu'il a tout simplement senti l'ébranlement des corps qui l'environnent. Il faut beaucoup d'attention et de sagacité pour découvrir la vérité en pareil cas, il faut des épreuves nombreuses et variées pour obtenir un résultat de quelque valeur, et peu de personnes sont capables de donner une démonstration précise et rigou-

---

est un abrégé du Zopyre qui s'était mutilé le nez pour livrer Babylone à Darius, allusion au nez de Renaudot; mais il fut navré par Omer Talon, avocat qui avait porté la parole dans le procès contre Renaudot.

Ainsi, pendant près de trente ans, c'est-à-dire de 1640 environ jusqu'à sa mort, en 1672, Gui Patin jouit d'une grande célébrité à Paris et en France; il était d'ailleurs *en commerce* de lettres, selon l'usage du temps, avec les savants les plus illustres de l'Europe; lui-même était compté au nombre des plus remarquables. On s'est trop accoutumé à ne voir dans les lettres de ce médecin que sa critique amère et virulente, que le sarcasme, qu'à la vérité il sait asséner avec une rare, une incomparable vigueur; mais, ainsi que la remarque en a été faite, c'est là peut-être le côté le plus faible, le plus superficiel de Gui Patin, et malheureusement ce fut le seul qui frappa les gens du monde. Toutefois il y a dans cet homme célèbre le médecin, le savant, l'homme de lettres, l'écrivain; puis l'homme politique, le citoyen; enfin l'homme lui-même, son caractère, ses mœurs, ses principes, sa conduite, sa manière d'être dans la société de son temps. Or, qui ne considère ce médecin-philosophe sous ces divers aspects ne peut ni le connaître ni l'apprécier.

Comme médecin, Gui Patin, sans négliger aucune partie de son art, s'en tient pour le fond à la médecine grecque et romaine; il y adhère, il s'y enfonce de toute la force de son génie, de ses études et de son expérience. Et qu'on ne croie pas que ce soit en lui une pure admiration traditionnelle; non, il est profondément convaincu que la source de la véritable science médicale est dans l'antiquité, qu'il n'y a qu'elle qui puisse en donner l'intelligence, la possession, la réalité. C'est peut-être un tort, mais il est excusable si l'on pense aux systèmes de l'époque. Que faire, par exemple, avec les ferments de Sylvius, alors en faveur? Les quaternités humorales de Galien étaient certainement très-préférables. On ne pouvait rien fonder d'ailleurs, comme je l'ai dit, sur la circulation du sang, découverte alors si problématique, que les professeurs de Bologne faisaient jurer à leurs candidats qu'ils n'admettraient jamais une pareille hypothèse (1). Mais ce qu'on peut reprocher à Gui Patin, c'est de mépriser les ouvrages de Van Helmont; rien de plus démontré par la virulente critique qu'il en fait. Comment n'a-t-il pas compris que le *Calidum innatum* d'Hippocrate, l'*Enormon* des anciens médecins et l'*Archée* de Van Helmont avaient d'intimes rapports? Au reste, du temps de Gui Patin, qui est-ce qui comprenait Van Helmont, ce profond observateur qui, malgré les obscurités de sa pensée et de son style, a posé les fondements du vitalisme et de la médecine actuelle? Aussi ce grand homme s'en plaint-il amèrement, espérant avec raison que la postérité lui rendra plus de justice (2).

---

(1) Dionis publia un ouvrage avec ce titre : ANATOMIE DE L'HOMME SUIVANT LA CIRCULATION ET LES NOUVELLES DÉCOUVERTES, EN 1690. On disait encore à cette époque les *nouvelles découvertes*. Le livre de Dionis, qui eut l'insigne honneur d'être traduit en langue chinoise par le père Parennin, jésuite, eut plusieurs éditions, dont la dernière est de 1728, et toujours avec le même titre.

(2) *Ætas mea, quia perversorum ingeniorum ferax, paradoxum hoc cum aliis multis ridebit, quod tamen posteritas lubens amplexabitur* (De

reuse du fait que chacun affirme avec légèreté et sans preuves décisives.

8° Si l'audition a été évidente, que la parole régulière en ait été la conséquence, la surdité complète arrivée plus tard résulte toujours d'une maladie qu'il s'agit de déterminer. Les affections convulsives de l'enfance sont la cause la plus commune et sans contredit la plus efficace de cette abolition de l'ouïe, et l'on doit s'informer avec soin de la nature de la maladie, de sa durée, de sa gravité; il faut tâcher de reconnaître si les symptômes nerveux dépendaient d'une méningite aiguë, d'une encéphalite avec épanchement ventriculaire, ou de la présence de tubercules dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale; il importe également de savoir s'il ne s'est point agi d'une épilepsie qui a disparu plus tard ou qui persiste encore. Après les maladies convulsives, viennent, dans l'ordre de fréquence, les affections cutanées, les exanthèmes, et plus particulièrement la scarlatine et la rougeole; mais alors ces maladies ont entraîné la perte de l'ouïe en détruisant l'organe auditif, en produisant une otite interne avec perforation du tympan, destruction des osselets et lésion primitive ou consécutive du labyrinthe. Ici se montrent des caractères anatomiques de la lésion, et avec une attention suffisante on pourra les reconnaître et les décrire.

9° Quant à la surdité complète qui survient plus tard chez des enfants de 7 à 12 ans et même au delà, et qui a pour résultat l'altération successive de la parole et sa perte plus ou moins complète, elle résulte le plus souvent de la méningite qui complique beaucoup de fièvres typhoïdes. Je possède un assez grand nombre de faits de ce genre pour pouvoir publier bientôt un chapitre complémentaire de l'histoire de cette maladie. Je ferai voir quelles sont assez souvent les suites de l'affection typhoïde, quels troubles profonds se manifestent dans certaines parties du système nerveux, et combien il importe d'en tenir compte dans le pronostic de cette maladie. Il y a encore une autre cause dont les conséquences ne sont pas moins graves, mais dont le mode d'action est plus difficile à expliquer. L'exposition plus ou moins prolongée à un vent froid, un refroidissement considérable de la tête, celle-ci étant humide de sueur, produisent quelquefois instantanément une surdité complète et qui devient permanente. Ce phénomène, que l'on observe fréquemment sur une seule oreille, envahit quelquefois les deux, et si le sujet est jeune, le réduit aux conditions de la surdi-mutité consécutive.

10° On ne négligera pas de recueillir des notes détaillées sur le lieu de naissance du sourd-muet, sur la salubrité du pays, son exposition, sur les maladies qu'on y observe habituellement, sur les affections épidémiques qui y ont régné, en un mot sur tout ce qui se rapporte à l'hygiène générale de la contrée. On devra également demander si l'on y a déjà signalé d'autres cas de surdi-mutité, en quel nombre, dans quelles conditions de famille, et avec tous les détails contenus dans le paragraphe n° 2.

Il serait facile de multiplier ces éléments d'une enquête médicale aussi scrupuleuse qu'instructive; ce qui précède suffira pour révéler aux bons observateurs toutes les conséquences qu'on peut attendre de ces recherches. Il n'est aucun des points précédemment indiqués qui ne se soit présenté dans l'histoire des deux cents sourds-muets que j'ai examinés et dont j'ai pu interroger les parents. Lorsque ces bases d'examen auront été adoptées dans les institutions spéciales, et que les médecins de ces établissements auront grossi le nombre des faits étudiés dans cet esprit, je me crois autorisé à penser que la plupart des obscurités que l'on rencontre encore sur cette matière disparaîtront peu à peu, et feront place à des données positives et satisfaisantes sur l'étiologie de la surdi-mutité.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ABUS DES VÉSICATOIRES CHEZ LES JEUNES ENFANTS; par M. Quiet, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades, membre de la Société anatomique.

Il existe dans la pratique de la médecine des abus nombreux qui traversent sans contrôle les générations scientifiques, et contre lesquels le praticien ne peut que protester sans pouvoir les détruire complétement. L'abus que je viens signaler ici est de ce genre; il est tellement enraciné dans les masses qu'il est presque imprudent de vouloir y toucher: aussi est-il peu d'hommes de nos jours qui arrivent à la puberté sans porter au bras les stigmates de cette vieille médecine humorale qui, nous ne craignons pas de le dire, ne raisonne pas toujours, comme elle devrait le faire, ses moyens de traitement. Ceci est tellement vrai que, depuis que j'exerce la médecine, il est peu d'enfants soumis à mes soins que je n'aie trouvés, pour une cause ou pour une autre, affligés d'un exutoire au bras. Déjà, pendant mon internat à l'hôpital des Enfants malades dans le service de chirurgie, cette remarque m'avait frappé, et je m'étais demandé si une pareille pratique n'était pas en réalité plus nuisible qu'utile. Depuis, les faits qui se sont présentés à mon observation ont été plus que suffisants pour me faire une conviction à ce sujet. C'est cette conviction que je voudrais faire passer dans l'esprit de mes lecteurs.

Tout d'abord et en règle générale on peut contester qu'un moyen thérapeutique usité dans tous les cas morbides soit parfaitement applicable à tous. Mais procédons avec ordre et voyons ce que l'on se propose par l'application des vésicatoires. On se propose généralement, soit de stimuler la peau dans le but de relever les forces épuisées et de ranimer la vie qui semble prête à s'éteindre, soit d'attirer sur un point quelconque de la superficie cutanée *une humeur* qui a de la tendance à se fixer ailleurs, et de déterminer ainsi une dérivation utile. Dans le premier cas, les vésicatoires sont presque toujours impuissants, et la plupart des praticiens ne les ordonnent que comme dernière ressource pour l'acquit de leur conscience, quelquefois même pour satisfaire à ce préjugé qui *veut qu'on prescrive* alors qu'il est bien prouvé que la mort est inévitable. Il y a un demi-siècle environ, les vésicatoires étaient réservés pour ces cas extrêmes; aussi, lorsqu'on en venait à ce dernier moyen, était-il évident pour le public que le malade était au plus mal. Ce préjugé, du reste, existe encore dans certaines localités, et il m'est arrivé, à la campagne surtout, d'entendre jeter les hauts cris lorsque je croyais devoir prescrire des vésicatoires volants pour des douleurs rhumatismales des extrémités inférieures. Je n'ai point à m'occuper de l'opportunité des vésicatoires dans ces cas extrêmes; car il me semble fort inutile d'aggraver l'agonie des malades, de quelque âge qu'ils soient, par l'emploi d'une méthode qui n'offre alors aucune chance de succès.

La seconde indication que l'on se propose de remplir par l'emploi des vésicatoires est celle de produire une dérivation puissante. Cette indication est sans contredit la plus importante; aussi, depuis quelques années, les vésicatoires sont-ils devenus les agents thérapeutiques les plus employés; c'est un moyen tellement populaire que le plus souvent leur application n'est pas soumise à l'appréciation d'un médecin; ce sont *les commères* qui

---

Les explorations anatomiques, les recherches physiologiques, n'avaient pas non plus au commencement du dix-septième siècle l'importance qu'elles ont acquise ensuite. Bien qu'on disputât sur la circulation du sang, on étudiait néanmoins le célèbre ouvrage de Vesale : De fabrica corporis humani, ou celui de Riolan, son rival, Anthropographia, etc.; mais en général, dans les maladies, l'humorisme prédominait comme doctrine; ou bien, à l'exemple des anciens, les médecins les plus célèbres s'en rapportaient aux symptômes transformés en signes, et aux simples résultats de l'expérience la plus exacte possible; venait ensuite l'habileté vulgaire et étroite des routiniers empiriques. A vrai dire, sommes-nous donc plus avancés aujourd'hui sur la grande, la véritable médecine, la médecine des causes et des origines des maladies? En ce qui concerne la pratique elle-même, notre illustre professeur était parfaitement conséquent à ses principes, n'estimant au fond des théories que ce qu'elles pouvaient avoir de réalisable, et des principes généraux que ce qu'ils ont d'immédiatement applicable. L'admirable simplicité de sa thérapeutique se décèle en tout, et il a raison de s'écrier : *Ad bene medendum, quam pauca, sed selecta et probata remedia!* Or il agissait d'après cet axiome. Il y a dans la plupart des maladies un travail phlegmasique de réaction ou un travail phlegmasique éliminateur, selon la doctrine des humoristes. Gui Patin fut singulièrement frappé de ce phénomène, et il ne vit que l'indication de le contenir, de le modérer, ce que nous faisons encore. Dès lors la saignée et les purgatifs furent les bases de sa matière médicale; la saignée surtout, c'est là son indication première, sa ressource principale, le point de départ de ses prescriptions. Il saigne partout, il saigne sans cesse, et peu s'en faut qu'il ne regarde ce puissant moyen comme le représentant de la médecine entière. Prodiguer les saignées est à ses yeux la thérapeutique par excellence, la seule même sur laquelle on puisse compter. Les enfants, les vieillards, même caduques, les individus assez chétifs, ne sont guère plus épargnés que les autres. Si on ne saigne pas, on meurt suffoqué de pléthore, on meurt *rôti*, selon son expression; dans certains cas, ce n'est pas du sang qui sort, *c'est de la boue*. De là ses déclamations contre les hémaphobes, contre les donneurs d'antimoine, contre les chimistes, contre les apothicaires, ces empoisonneurs titrés, ces *cuisiniers d'Arabie*. Il ne connaît que la saignée, et, dans une sorte de transport extatique, il cite ce vers de notre vieux poëte Joachim Dubellay :

O bonne! ô saincte! ô divine saignée!

Quant aux purgatifs, il en fait grand cas; mais il n'a recours qu'aux plus simples, comme le sirop de roses pâles, les préparations de casse, de manne, de rhubarbe; et le Médecin charitable, ouvrage auquel il mit la main pour l'honneur de l'art et la ruine des apothicaires, en est la preuve la plus évidente. On sait son antipathie, sa haine contre l'antimoine, contre ceux qui s'en servaient, et le martyrologe qu'il en a fait. Tout médicament un peu composé lui était sus-

---

lithiast., chap. ix). « Dans mon siècle, fécond en esprits pervers, ceci sera regardé comme un paradoxe dont beaucoup se moqueront; mais la postérité s'en saisira avec empressement. »

se chargent de les prescrire. Trop souvent, avouons-le, *les médecins se font commères*; mais, comme tous les agents médicamenteux, les vésicants demandent à être maniés avec prudence et avec discernement. C'est ce qui, malheureusement, n'a pas lieu : je vais essayer de le prouver pour l'enfance, époque de la vie où l'on abuse véritablement de ce moyen, et cela sans raison ni utilité.

Afin de faire bien saisir ce que j'ai à dire sur ce sujet, je crois nécessaire d'entrer dans quelques considérations relatives aux maladies du premier âge. Sous le nom générique d'enfance, on comprend cette période de la vie qui s'étend de la naissance à la puberté. Mais ici il a été important d'établir des divisions; car l'enfant qui vien de naître n'est plus dans les mêmes conditions que celui qui a déjà acquis un âge plus avancé. Il offre sans contredit beaucoup moins de résistance aux différentes causes de maladie, et les soins hygiéniques sont presque toujours les seuls qui soient à la disposition du médecin. Grande vérité qu'on ne semble pas toujours comprendre; car combien voit-on de pauvres enfants qu'une médecine barbare et irrationnelle martyrise dès l'âge le plus tendre, qu'elle couvre d'exutoires de toute espèce, pour obvier à je ne sais quelles humeurs peccantes qui se traduisent à la peau par des éruptions de toute sorte. Mais n'anticipons pas sur les faits, je reviendrai sur ce sujet en temps et lieu.

Sauf quelques maladies tout à fait particulières à l'enfance, les affections qui surgissent dans cette période de la vie sont à peu de chose près les mêmes que celles de l'adulte; seulement il y a ici une remarque importante à faire : c'est que ces maladies sont modifiées par la faiblesse de l'enfant, et qu'elles le sont d'autant plus que l'on se rapproche d'avantage de l'époque de la naissance. Quelle transition brusque, quand on y réfléchit bien, de la vie extra-utérine à la vie proprement dite! A peine l'enfant est-il sorti de l'utérus de sa mère que tous les modificateurs extérieurs viennent réagir sur sa frêle organisation. L'air, avec lequel tout son corps se trouve maintenant en contact, pénètre dans ses poumons jusqu'alors vierges, et une nouvelle fonction s'établit brusquement. Détaché du tronc qui l'a nourri jusqu'à présent, le fœtus, qui trouvait dans les humeurs de sa mère une alimentation suffisante, doit maintenant en appeler à un autre système d'organes pour la conservation d'une vie qui lui est désormais propre. La nature, il est vrai, dans sa sage prévoyance, a préparé pour l'enfant nouveau-né une liqueur bienfaisante appropriée à la faiblesse de ses organes et en convenance parfaite avec ses besoins. Mais quand les hommes ont-ils su se conformer aux desseins de la Providence?... Le vœu le plus sacré de la nature, ils l'ont repoussé loin d'eux, et les mères rougissent presque de se montrer mères dans toute l'acception du mot, dans toute la sainteté des devoirs que ce titre comporte; c'est à peine si on cherche à remplacer le sein maternel par celui d'une bonne nourrice : l'allaitement par le biberon semble avoir prévalu de nos jours. Que de maladies entraîne un pareil mode d'alimentation!... C'est moins coûteux, vous dit-on. La question d'argent est tout à notre époque : devant elle s'inclinent les intérêts les plus sacrés. Il n'en est pas moins vrai que l'allaitement par le biberon est le plus mauvais de tous; et les médecins montrent en général à ce sujet une coupable condescendance. Rien, je l'ai dit ailleurs (1), ne peut remplacer le lait et les soins d'une mère; mais quand cette mère, pour une cause ou pour une autre, ne peut se résoudre à nourrir, donnez alors à l'enfant une bonne nourrice. Je blâme de toutes mes forces l'allaitement par le biberon; l'expérience de tous les jours prouve son insuffisance, et la plus grande partie des affections gastro-intestinales du premier âge ne reconnaît pas d'autres causes. L'on m'objectera, je le sais bien, que beaucoup d'enfants sont nourris au biberon, que ces enfants se sont bien élevés et qu'ils sont devenus des hommes robustes et vigoureux, etc. A cela je répondrai que les enfants robustes, sains, exempts de tout vice héréditaire, s'élèvent bien de toutes les manières possibles; mais que les enfants faibles, délicats, dotés par l'hérédité d'une prédisposition funeste, que ces enfants, dis-je, se trouvent très-mal d'un pareil allaitement, et que trop souvent ils en sont les victimes.

Cette digression trop longue peut-être a pour but de faire voir que les enfants puisent, dans ce brusque apprentissage qu'ils sont appelés à faire de la vie, des causes nombreuses et puissantes de maladies. A mesure que l'enfant avance dans la vie, il prend plus de force; il réagit par là même avec plus d'avantage contre les influences extérieures, et rentre peu à peu dans les conditions des êtres qui ont acquis leur summum de développement. Cependant l'accroissement, la dentition, les vers, ont été pendant longtemps et sont encore par quelques médecins considérés comme des causes spéciales de maladies. Mais une observation sage et consciencieuse a fait voir que ces influences ont été singulièrement exagérées; et sans nier que des accidents terribles ne puissent coïncider soit avec l'éruption des dents, soit avec un développement anormal du squelette, on en est arrivé de nos jours à considérer ces influences comme tout à fait secondaires. Ces considérations nous amènent tout naturellement à reconnaître que les affections qui se présentent dans la première période la vie reconnaissent les mêmes causes que les maladies de l'adulte; que ces maladies, dont certains auteurs voudraient faire une pathologie spéciale, sont à peu de chose près les mêmes que celles d'un âge plus avancé; que si elles présentent une physionomie particulière et demandent la plus grande réserve dans leurs moyens de traitement, cela tient évidemment à la faiblesse radicale de l'organisation, à la prédominance des éléments nerveux et lymphatique, et aux prédispositions innées qui leur sont transmises par l'hérédité.

Les maladies des enfants se divisent, comme celles de l'adulte, en maladies aiguës et maladies chroniques. Les affections aiguës qui se développent chez les jeunes enfants sont essentiellement remarquables par leur extrême acuité, par l'effrayant appareil de symptômes que l'on voit se développer tout à coup, et par l'épouvantable rapidité avec laquelle la maladie se juge, soit par une terminaison fatale, soit par une guérison inespérée. Trop souvent, disons-le, le praticien se trouve désarmé en face d'accidents en apparences si formidables, qu'il ne sait pas toujours à quelle cause rattacher. A peine ose-t-il hasarder un pronostic avantageux, quoiqu'il sache que, fort heureusement pour notre art, la nature est si puissante et si riche de ressources, qu'elle vient à bout, seule, de rétablir l'équilibre un moment rompu et de ramener la santé. Je n'ai pas besoin de faire observer que l'expectation serait déplacée et mortelle dans certaines maladies, qui semblent particulières à l'enfance, et qui demandent une médication prompte et énergique; je veux parler de l'angine couenneuse, du croup, de la gangrène de la bouche, etc. Ici, le médecin qui s'endormirait dans une sécurité trompeuse, et compterait sur les efforts de la nature, aurait à répondre devant sa conscience de la mort de ses malades; car, bien que ces affections soient le plus souvent mortelles, c'est dans les cas les plus désespérés que le médecin doit lutter avec le plus d'énergie, et qu'il ne doit pas reculer devant l'exécution des moyens, si précaires qu'ils soient, que l'art met à sa disposition.

(1) ÉTUDES PRATIQUES SUR L'AFFECTION SCROFULEUSE CHEZ LES ENFANTS (REVUE MÉDICALE 1844).

---

pect, et il y comprenait les eaux minérales, dont il se moque souvent. Mais, comme il arrive toujours, il outre-passa certaines bornes, il devint partial et injuste. Ainsi il repoussa l'emploi de l'opium et celui du quinquina, qui commençait à se répandre, mais dont on ignorait le véritable mode d'administration. Le mithridate, le cardimelech de Dolæus, et une foule d'autres compositions bizarres, compliquées, ne furent pas mieux traités; il les dédaigne avec cette raison passionnée, forte, spirituelle, railleuse, dont il a donné tant de preuves.

Si maintenant nous considérons Gui Patin comme auteur et écrivain, ici s'ouvre un large horizon de faits et de réflexions qui contribuent singulièrement à le faire connaître. A dire vrai, ses œuvres scientifiques ne se recommandent ni par le nombre ni par le choix des sujets, bien moins encore par l'élévation des vues ou la force de conception. Livré presque tout entier à une pratique étendue, aux devoirs du professorat, à ceux de doyen, et, il faut le dire, à de vives disputes contre les partisans de l'antimoine, contre les chirurgiens, les apothicaires, il n'avait ni le temps, ni ne prenait le souci de cette longue et patiente élaboration qu'exige un de ces livres qui restent dans la science. Voici pourtant ceux qu'on a recueillis d'après des recherches minutieuses :

1° Sa thèse : AN TOTUS HOMO, NATURA SIT MORBUS? Aff. 1644.

2° DE VALETUDINE TUENDA, PER VIVENDI NORMAM, USUMQUE LEGITIMUM RERUM, AD BENE, SALUBRITERQUE VIVENDUM NECESSARIUM. *Parisiis*, 1649.

3° NOTÆ, IN NICOLAI ELLAIN, TRACTATUM DE PESTE, etc.; 1645 et 1649.

4° QUESTIO DE SOBRIETATE. *Parisiis*, 1647, in-4°.

5° CASPARI HOFFMANII, NOTÆ IN APOLOGIAM PRO GALENO; 1665, in-4°.

6° Un traité DE ELEPHANTIASI, publié en français en 1632, à la suite du MÉDECIN CHARITABLE, œuvre de Philippe Guybert, frappé d'apoplexie le 21 juillet 1633 (1). Gui Patin lui-même n'en faisait pas grand cas, et il écrit à Spon de n'y attacher aucun prix.

Du temps de la Fronde, un médecin de Paris, nommé L. Martin, publia une traduction en vers burlesques de l'ESCHOLE DE SALERNE, et qu'il dédia à Scarron. Quelques bibliographes ont avancé que le traducteur véritable n'était autre que Gui Patin. Il n'existe aucune preuve pour appuyer cette assertion (2).

Il est probable encore que Gui Patin travailla au MARTYROLOGE DE L'ANTIMOINE, ainsi qu'à une foule d'ouvrages, de pamphlets, de thèses, qui parurent dans les écoles pendant la première moitié du dix-septième siècle, mais dont la perte n'est nullement regrettable.

Voilà donc, si nous ne nous trompons, ce qu'a produit le savant renommé, le praticien distingué, l'illustre professeur du collége de France, le digne et fier représentant de la Faculté de médecine. Que sont devenus de pareils travaux? où les chercher maintenant? Par leur valeur, ne sont-ils pas à jamais perdus dans le gouffre de l'oubli? Ainsi le nom et la gloire de Gui Patin ont survécu précisé-

(1) A l'occasion de son livre, les apothicaires lui intentèrent un procès, mais il le gagna, et la Faculté le dédommagea des frais, qui s'élevaient à 43 livres 15 sous; les trois premières éditions furent dédiées à Gui Patin.

(2) Le libraire J. Hénault dédia à Gui Patin l'édition de Paris, 1651, in-4°.

A part ces cas exceptionnels, qui demandent une thérapeutique énergique, l'expectation est la seule médecine rationnelle qu'un médecin consciencieux puisse appliquer aux maladies aiguës du premier âge. C'est assez dire que l'emploi des vésicatoires doit être fort borné dans ces maladies. Chez les tout jeunes enfants, et ce sont ceux-là que j'ai particulièrement en vue dans ce travail, ils sont, à mon avis, toujours nuisibles, surtout chez les sujets éminemment nerveux et irritables, disposition que la maladie augmente encore. Cependant la plupart des auteurs les recommandent surtout dans la pneumonie, la bronchite, l'entéro-colite, le croup même, etc. Le docteur Bouchut, par exemple, qui a publié dans ces derniers temps un excellent manuel sur les maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle (1), recommande, au début de la pneumonie, un large vésicatoire comprenant toute la largeur de la poitrine en arrière. Il a vu, dit-il, dans le service du professeur Trousseau, de bons résultats de cette méthode. Chez un de ses malades, les accidents furent immédiatement arrêtés à la suite d'une telle application, et l'enfant fut complétement guéri le troisième jour. Plus loin, il s'exprime ainsi (2) : « Dans la seconde période de la pneumonie, les vésicatoires sont moins évidemment utiles que dans la période de début; » cependant leur emploi ne doit pas être rejeté. Il faut prescrire *un vésicatoire aussi large que la poitrine*, et l'appliquer en arrière de manière » à couvrir les deux côtés du thorax....... *Ce moyen n'entraîne point de dangers*; il ne produit pas chez le jeune enfant, comme chez l'adulte, le » ténesme vésical et la rétention d'urine. »

Je commence par déclarer que, plus que tout autre, je rends justice à l'esprit de saine pratique qui a dirigé l'auteur que je cite dans la confection de son livre; mais c'est au point de vue de la pratique même que je me trouve en complet désaccord avec lui sur l'opportunité des vésicatoires appliqués surtout dans d'aussi grandes proportions qu'il l'indique. D'abord, on ne peut se défendre d'un sourire d'incrédulité au récit d'une pneumonie *jugulée*, passez-moi ce mot, par un large vésicatoire appliqué dans toute l'étendue du dos. Pour quiconque a suivi avec un peu d'attention les maladies du jeune âge, rien n'est plus difficile que de déterminer par l'auscultation le point où s'arrête la bronchite et où commence la pneumonie. Je ne craindrai point d'être démenti par ceux qui observent avec soin, en disant que le diagnostic différentiel de la bronchite et de la pneumonie chez l'enfant est toujours entouré de la plus grande obscurité, pour ne pas dire impossible, et que les plus habiles en auscultation sont obligés, en pareil cas, de décliner leur incompétence. Et puis, que je sache, une pneumonie bien caractérisée ne se jugule pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, et ce n'est pas en trois jours qu'on revient ainsi de mort à vie. Il est donc plus probable que, dans le cas cité par l'auteur, on a eu affaire à une bronchite partielle, qui aurait, je n'en doute pas, guéri sans un traitement aussi impitoyable.

Ce n'est pas tout : établir en principe que les vésicatoires, appliqués dans toute l'étendue du dos, n'entraînent aucun danger, c'est, je ne crains pas le dire, s'inscrire en faux contre l'expérience de tous les jours. Heureusement pour les petits malades, cette méthode est loin d'être généralisée. Quant à moi, je ne sais si j'ai été plus malheureux qu'un autre, mais dans deux circonstances différentes, j'ai vu cette application exalter d'une manière fâcheuse la sensibilité de mes malades, et les jeter dans un état nerveux fort grave, qui n'a pas peu contribué à hâter leur mort. Dans ces deux cas, j'ai vu survenir une excitation très-vive, bientôt suivie d'une prostration profonde qui précéda de peu le terme fatal (1). J'ai cité ailleurs l'histoire d'une de ces malades, de 2 ans 1/2, affectée de croup, et chez laquelle l'application d'un large vésicatoire dorsal détermina une réaction épouvantable, bientôt suivie d'un coma profond et de la mort. Voici, du reste, comment je m'expliquais alors à propos de cette observation (*loc. cit.*, p. 53) : « Je dois appeler l'attention sur le résultat malheureux de cet » énorme vésicatoire, qui a déterminé une réaction si vive bientôt suivie » d'une prostration complète. Je suis convaincu que cet immense exutoire » a hâté de beaucoup la mort de la malade. Il en ressort, du reste, ce fait » pratique : c'est qu'il faut être sobre de vésicatoires chez les enfants si » jeunes, et que lorsqu'on en croit l'indication urgente, il faut bien se gar- » der de les appliquer dans de grandes proportions, sans quoi on s'expose » à des accidents graves. » Le pansement de ces vésicatoires cause des douleurs vives; les enfants crient sans cesse, se remuent de tous côtés et se découvrent à chaque instant. Jugez un peu de ce que tout cela doit produire dans une pneumonie, par exemple : les cris répétés ne peuvent qu'accroître la congestion pulmonaire; l'impossibilité de tenir l'enfant couvert, lui que son agitation continuelle met en moiteur, augmente sans contredit les chances de la maladie, puisque le froid, qui est la cause la mieux établie des affections pulmonaires, peut à chaque instant agir sur un organisme déjà affaibli. Il ne survient point d'accidents du côté de la vessie, dites-vous. C'est possible pour les enfants à la mamelle; mais de 2 ans à 2 ans 1/2, ces accidents sont loin d'être rares. Ceci, du reste, résulte des observations d'un de mes confrères, le docteur Le Jeune, qui expérimente sur une grande échelle, et qui a vu souvent survenir du côté de la vessie des accidents formidables. Il m'a cité, entre autres, l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 auquel, pour une bronchite ou pour une pneumonie, il avait fait appliquer un large vésicatoire volant en arrière de la poitrine. Cette application détermina une dysurie qui dura trois jours. L'émission de l'urine, rare et difficile, s'accompagnait de cris aigus, et des fausses membranes bien caractérisées sortirent par l'urètre avec l'urine. Ce n'est pas tout : le système cérébro-rachidien éprouve en pareil cas un retentissement fâcheux; et comme la sensibilité nerveuse est toujours fort développée chez l'enfant, et que cette sensibilité est toujours augmentée en cas de maladie, il en résulte que, rationnellement parlant, il est prudent de s'abstenir d'une pareille thérapeutique. L'expérience est-elle, dans ce cas, d'accord avec le raisonnement ? Il semblerait en être ainsi dans un grand nombre de cas; mais pourquoi alors certains auteurs ont-ils obtenu de ce moyen des résultats si avantageux ? Je dois ici prémunir contre une cause d'erreur qui empêche souvent de juger les choses à leur véritable point de vue. Il est plus difficile qu'on ne pense d'établir des relations de cause à effets, et dans la guérison des maladies, de faire la part de la nature, qui souvent guérit malgré la thérapeutique la plus incendiaire et des agents médicamenteux qu'on a cru devoir opposer à cette maladie. Aussi souvent attribue-t-on à l'action des médicaments employés une guérison qui serait survenue d'elle-même, si l'on avait été assez sage pour s'abstenir. C'est là un grand écueil, qui explique pourquoi certains esprits enthousiastes obtiennent, à l'aide de certains agents, des résultats merveilleux, que d'autres praticiens tout

(1) MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS, etc. — Paris, 1846, chez J.-B. Baillière.

(2) *Loc. cit.*, p. 342.

(1) CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU CROUP (Thèses de Paris, 1843).

ment par une œuvre à laquelle lui-même n'attachait pas une grande importance, par sa correspondance avec quelques amis, en un mot par ses LETTRES. Mais aussitôt que ces lettres parurent, du moins en partie, elles attirèrent au plus haut point l'attention publique. On les lut avec le plus vif intérêt dans toute l'Europe. Le succès même de cette publication fut tellement complet, qu'aussitôt qu'on en annonçait de nouvelles, les libraires se hâtaient de les faire imprimer. On vit pour des lettres écrites réellement, traitant d'objets graves, ce qui eut lieu depuis pour l'agréable fiction des LETTRES PERSANES.

Lorsqu'on a lu celles de Gui Patin, on cesse d'être étonné de leur immense succès; il est, en effet, peu de lecture aussi attachante et aussi instructive. Quand un livre a reçu l'empreinte profonde des passions de l'époque où il a été conçu, il offre toujours un intérêt puissant qui le fait vivre; bien plus encore quand le style ou la forme met parfaitement en relief les pensées de l'auteur. Or, les Lettres dont il s'agit réunissent au plus haut degré ces deux avantages; tout y est présenté sous les aspects les plus divers, tantôt graves et sérieux, tantôt plaisants et légers. C'est une dialectique vigoureuse, mêlée de réflexions profondes et de traits d'une mâle éloquence; c'est l'expression la plus vive de l'esprit de parti, c'est l'éclat de la passion bonne ou mauvaise, c'est la moquerie incarnée, le bon sens le plus net, le cri de l'indignation, le rire amer du mépris, le trait acéré du sarcasme dans tout ce qu'il a de plus pénétrant. Dès le commencement on s'aperçoit que tout coule de source et d'abondance; rien de cherché, rien d'apprêté, rien qui sente l'effort; point d'oripeaux à effet et brillantés. Gui Patin est toujours original, toujours naturel, et de ce naturel que donne la raison appliquée à la recherche de la vérité. Dédaignant d'être habile, fort au-dessus de ces puérilités pédantesques qu'on a honorées du nom de rhétorique, il converse uniquement avec son lecteur. Loin d'être un artiste en phrases, occupé de ce fard de style d'un auteur de profession, on trouve en lui un homme à libres allures, disant fièrement et hautement ce qu'il pense. La promptitude du trait, le tour et la vivacité de l'expression, énergique ou adoucie, mêlée de sel ou de miel, la hardiesse du mot, la saillie imprévue, la familiarité charmante et naturelle, prouvent l'étendue et la flexibilité d'esprit de cet illustre savant. Peu d'écrivains ont mieux su, comme on l'a dit, darder sa pensée et l'enfoncer dans l'attention. On sent qu'il y a toujours en lui un excédant de séve ou de fougue juvénile. Gui Patin a surtout une supériorité incontestable dans l'art difficile et délicat des portraits en peu de mots, et la faculté précieuse de donner à ses idées souvent justes une expression toujours heureuse. Quoi qu'on en ait dit, ces Lettres sont l'œuvre d'un bon esprit et d'un homme de cœur qui sait allier la hardiesse, ou si l'on veut la ténacité de la pensée aux exigences de l'honnête et du juste.

Ce qui précède doit faire aisément présumer que le style est parfois bizarre et incorrect. Gui Patin, nous l'avons dit, n'était pas rhéteur et n'avait nul souci de le paraître : aussi la phrase coule de sa plume comme elle jaillissait de sa pensée, vive, animée, sérieuse, familière, marquée d'une forte empreinte, mais souvent peu châtiée; et pourtant il est rare que la raison ait été mieux armée de force et de logique; jamais l'épigramme n'a été lancée avec plus de justesse, de sans-gêne et de belle humeur. Soit qu'il donne carrière à la mobilité de ses inspirations, à l'entrain de ses idées, à la pétulante vivacité de son esprit; soit qu'il jette des aperçus profonds sur notre destin, sur les sciences, sur les événements politiques, sur les mœurs, car, ainsi qu'il le dit, ses Lettres sont de la *mar-*

aussi recommandables ne peuvent pas obtenir, sans doute parce qu'ils observent avec moins de prévention. Quoi qu'il en soit, indépendamment du fait que je viens de citer, que j'ai observé dans le service de M. P. Guersant, et dont on pourra lire la relation entière dans ma thèse, en voici un autre qui a la même signification. Je fus appelé, il y a un an environ, pour un enfant de 15 mois, qui s'était enrhumé je ne sais par quelle cause. Bientôt les accidents devinrent tels, qu'il me fut bien évident que les deux poumons étaient phlogosés. La respiration était horriblement anxieuse, la fièvre intense, la réaction trop vive pour que l'enfant, d'ailleurs délicat, pût la supporter. L'encéphale était assez fortement surexcité, la nuit surtout. Après avoir utilisé tous les moyens rationnels en usage en pareil cas, je me décidai à lui faire appliquer un vésicatoire volant comprimant toute l'étendue de la poitrine en arrière. Deux heures environ après cette application, l'enfant s'agita beaucoup. La fièvre augmenta sensiblement; puis il survint des phénomènes convulsifs, et un anéantissement profond précéda de quelques heures la mort, qui arriva six heures environ après l'application du vésicatoire, cinq jours après l'apparition des premiers accidents. Cet enfant devait-il mourir ainsi, ou bien la médication mise en usage fut-elle pour quelque chose dans une terminaison aussi prompte? Je laisse à mes lecteurs le soin de tirer de ce fait les conséquences qu'ils jugeront convenables. Quant à moi, j'en ai retiré, je l'avoue, une leçon utile: dès ce jour j'ai renoncé à une pareille manière de faire, bien convaincu que je suis que lorsque l'inflammation a envahi les deux poumons d'un pauvre enfant, un vésicatoire dans de petites proportions est complétement inutile; que, dans de grandes proportions, au contraire, il augmente toujours la fièvre, l'angoisse des malades; qu'il surexcite l'encéphale d'une manière fâcheuse; qu'enfin, lorsque la congestion est légère, les moyens les plus simples suffisent pour en amener la résolution, ce qui veut dire qu'en pareil cas l'organisme fait tous les frais de la guérison. Je sais bien qu'on pourra m'objecter que, dans le fait que je viens de citer, j'aurais pu guérir mon malade en trois jours, si j'avais pu prendre la maladie au début. J'avoue qu'à cet égard je persiste dans le scepticisme le plus absolu, et que je n'ai pas une confiance assez robuste dans la puissance de l'art, ou une imagination assez poétique pour croire à des cures aussi miraculeuses.

Quelle que soit, en définitive, la pratique qu'on suive en pareil cas, je crois rester dans les limites du vrai en établissant en principe que dans les maladies aiguës du jeune âge on doit être très-sobre de vésicatoires, appliqués surtout dans de grandes proportions. Cette méthode est loin d'être inoffensive, comme on semble le croire, et l'utilité d'un pareil traitement n'est pas encore assez bien constatée pour qu'on se croie obligé en conscience d'y avoir recours, au risque même de déterminer des accidents.

Je me hâte de quitter le champ des affections aiguës du jeune âge, car ce n'est pas seulement dans ces maladies que l'abus, que je tiens à signaler, existe à son plus haut degré. J'appellerai seulement, en terminant, l'attention sur cette pratique, encore assez répandue dans les provinces, qui consiste, dans la dernière période du croup, à placer un vésicatoire au devant du col. Je m'élève hautement contre une pratique aussi irrationnelle, et si on n'a pas le courage de hasarder une opération, qui seule, à cette époque, peut offrir quelques chances de succès, qu'on ait au moins l'humanité de respecter l'agonie de ses malades.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite et fin.)

VII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Enquête sur le travail et la condition physique et morale des ouvriers employés dans les manufactures de coton à Gand*; par MM. Mareska et Heyman. 2° *Nouveau cas d'absence du vagin*; par M. de Bal. 3° *Imperforation du vagin*; par M. Kluyskens. 4° *De l'apoplexie nerveuse*; par M. Ch. Poelman. (Hémiplégie subite survenue quinze jours après l'accouchement, *avec absence de pouls dans toute la partie du corps paralysée*. Guérison de ces accidents à l'aide d'antispasmodiques et de laxatifs.) 5° *Note sur deux opérations de pupille artificielle*; par M. Teirlinck. (Deux exemples de guérison, l'un par l'iridectomie pour une tache de la cornée avec atrésie pupillaire complète et synéchie antérieure, l'autre par l'iridectomédyalisis pour un leucome très-étendu. 6° *Rapport sur l'épidémie actuelle des pommes de terre*; par MM. Mareska et Kicko. 7° *Note sur un cas de communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte descendante, observée chez le singe hurleur et le veau marin*; par M. Poelman. 8° *Histoire d'une grossesse extra-utérine*; par M. de Rudder. (A la suite d'une frayeur éprouvée à l'époque habituelle des règles, une femme vit la menstruation cesser. Divers accidents survinrent. Le treizième mois, à la suite d'un violent accès de ténesme, elle rendit, aidée par l'art, les os de la tête d'un fœtus. On acheva ensuite l'extraction des autres parties du corps.) 9° *De l'expectation*; par M. J. Brenier.

DEUX CAS D'IMPERFORATION DU VAGIN GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION; par MM. DE BAL et KLUYSKENS.

Les deux observations suivantes répandent quelques nouvelles lumières sur le traitement d'une maladie, qui n'était guère connu de la plupart de nos compatriotes que par l'heureux succès de la hardie tentative que fit M. Amussat, en 1832, dans un cas semblable. Nous allons d'abord les rapporter, et nous indiquerons ensuite celle que la science possède sur le même sujet.

OBS. I (par M. de Bal).—Une jeune fille de 18 ans avait déjà consulté M. de Bal en février 1844 pour les symptômes d'une menstruation laborieuse. Il la revit depuis lors au mois de mai de la même année. Elle avait maigri, souffrait de douleurs insupportables aux reins et au côté gauche de l'hypogastre; la matrice, explorée à travers la paroi abdominale, avait le volume et la consistance qu'elle offre à six mois de grossesse. La réaction fébrile était continuelle, avec vomissements opiniâtres, teint pâle jaunâtre, peau chaude et halitueuse. Ces symptômes avaient eu d'abord une marche périodique à cinq, puis à quatre et enfin à trois semaines d'intervalle, et étaient devenus continus depuis trois semaines.

M. de Bal, explorant alors les parties génitales, remarqua que le vagin manquait, et que son orifice n'était pas même représenté par le rectum; il constata la présence d'un corps dur, fibreux, volumineux, peu mobile, mais se mouvant

---

chandise mêlée, on peut être sûr qu'il plaira et qu'il instruira. On se représente toujours, depuis Molière, un médecin de cette époque comme un pédant roide et gourmé, écrivant en style Purgon, toujours prêt à cracher du grec et du latin: eh bien! qu'on lise ces Lettres, et l'on sera pleinement détrompé. Certes, le lieu commun, ce signe évident de servitude intellectuelle, en est sévèrement banni, tout est facile, spontané, fécond et varié. Madame de Sévigné dit du père Bouhours: *L'esprit lui sortait de tous les côtés*. Jamais l'application de cette réflexion ne fut peut-être plus juste que pour Gui Patin. Il ne s'agit pourtant pas seulement dans ces Lettres d'un feu d'artifice de mots piquants et de plaisanteries : on y trouve encore un savoir réel et substantiel, on vit constamment sous le charme d'une causerie tout à la fois instructive, sans cesser d'être spirituelle et agréable. L'auteur prend aisément tous les tons, depuis le plus grave jusqu'au plus enjoué, depuis le rire amer et sardonique du philosophe chagrin jusqu'à la cynique jovialité de Rabelais.

Une chose qu'on ne saurait contester, c'est que, quand on a lu ces Lettres, la société où vivait Gui Patin est parfaitement connue. Il semble qu'on voit agir, parler, vivre l'auteur, ainsi que tout ce qui l'entoure, sa famille, ses amis, ses confrères, ses contemporains; on est complétement au fait de leurs passions, de leurs intérêts, de leurs affaires; on s'identifie en quelque sorte à cette société active, remuante, passionnée, à ses mœurs, à ses usages, aux troubles qui l'ont agitée. C'est le point de vue le plus vrai, le plus sûr, parce qu'il est plein de faits, de mouvement, et comme palpitant de réalités.

Assurément on ne se douterait guère que ces Lettres aient été écrites à l'époque où l'hôtel de Rambouillet exerçait son empire sur la littérature, que c'était le temps des précieuses, des raffinés d'amour, car on n'y trouve absolument rien des finesses de ce petit bel esprit alors en pleine faveur. C'est une plume vigoureuse, spirituelle, qui, sans platitude rectiligne et ennuyeuse de style, discourt à l'aise sur une infinité de sujets; on y reconnaît un de ces libres penseurs qu'enfanta le protestantisme, ayant quelque chose de la sévérité des sectaires du moyen âge. L'érudition, les sciences, les belles-lettres, les événements, les querelles politiques et scientifiques, les peintures de mœurs, en sont le fond et la substance; en un mot, on y vit du siècle même de Gui Patin. « Les recueils épistolaires, dit M. de Chateaubriand, quand ils sont longs, offrent les vicissitudes des âges; il n'y a peut-être rien de plus attachant que la correspondance de Voltaire, qui voit passer autour de lui un siècle presque tout entier. » Sans prétendre établir de comparaison entre le patriarche de Ferney et notre auteur, on peut néanmoins dire qu'ils ont quelques rapports en effet, avec la différence des temps, du moins de la position. Gui Patin est souvent, comme Voltaire, fécond et pittoresque, conteur amusant, journaliste instruit, varié, enjoué, subtil raisonneur; on sent partout l'abandon, l'essor facile du cœur et de la tête; rien n'annonce le pénible labeur de la pensée. Le style de Gui Patin est plus vif, plus énergique, mais moins correct et moins fin que celui de Voltaire; d'ailleurs les grands ouvrages, l'honneur de la langue française, n'avaient pas encore paru. Selon le goût du temps, à l'exemple de Montaigne, de Charron, de Pasquier, etc., les lettres de Gui Patin sont coupées de citations latines; mais ces phrases d'un autre idiome, loin de rendre le style moins vif, lui donnent au contraire le nerf et le piquant de la variété, comme une saveur des écrivains du seizième siècle.

Avouons-le cependant, on a reproché de tout temps à Gui Patin son ironie, sa

conjointement avec l'utérus, que l'on sentait à l'hypogastre occupant toute la concavité du sacrum, et donnant la sensation d'une présentation du sommet de la tête d'un enfant à terme. Avec un doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie, il reconnut que la distance entre le lieu où aurait dû s'ouvrir le vagin et le point le plus déclive de la tumeur était de 2 pouces et demi; et jusqu'à une profondeur d'un pouce et demi, il n'existait entre la vessie et le rectum qu'un cordon fibreux épais d'une ligne et demie à deux lignes.

C'était donc dans cet intervalle qu'il était indiqué de chercher à établir un conduit artificiel pour donner issue au fluide menstruel accumulé. Notons que les seins étaient peu développés, bien que les auteurs donnent en général leur tension comme accompagnant toujours la rétention du sang des règles.

Le 23 mai, après avoir vidé la vessie et le rectum, une sonde étant maintenue par un aide dans la vessie, M. de Bal ayant lui-même introduit l'indicateur gauche dans le rectum, fit une incision transversale dans l'espace compris entre l'anus et l'urètre, avec un bistouri droit garni de linge, excepté à son extrémité. Il pénétra ainsi à 1 pouce 4 lignes de profondeur dans la direction du cordon fibreux indiqué. Avançant à petits coups et avec beaucoup de précautions, il parvint enfin à un point où l'intervalle entre la vessie et le rectum était plus large; il introduisit alors jusqu'au fond de la plaie un trocart ordinaire, et le plongea résolument dans la tumeur dure, cartilagineuse, dont les parois étaient épaisses de 3 à 4 lignes. En le retirant, il s'écoula par la canule un litre et demi d'un liquide gluant, visqueux, sans odeur, comparable à du sirop fortement cuit. La tumeur diminua à l'instant et descendit au moins de 2 pouces. On fit quelques injections d'eau tiède dans la cavité, puis on laissa une sonde de gomme élastique dans la plaie.

Un mieux très-marqué suivit immédiatement l'opération, qui ne s'accompagna que d'une hémorrhagie insignifiante. Il fut impossible à M. de Bal de constater rien qui ressemblât au col utérin normal, encore moins à son orifice.

Il y eut le lendemain un peu de fièvre. (Quelques injections émollientes.)

Le surlendemain, diminution encore plus marquée des douleurs.

Le sixième jour, l'écoulement par la plaie, qui jusque-là avait été sanguinolent, brunâtre, devint leucorrhéique et fétide. (Injections acidules et astringentes.)

A aucune époque on n'a pu parvenir à dilater la plaie; c'est surtout vers son tiers supérieur qu'on a rencontré une résistance invincible.

La malade s'est parfaitement rétablie, et depuis l'opération elle a déjà été réglée sept mois consécutifs, d'une manière très-naturelle.

M. Soupart, qui a visité la malade après l'opération, n'a pas été d'avis qu'on ait réellement eu à inciser ici la paroi de l'utérus. Il prétend que la partie supérieure du vagin existait à l'état de canal chez cette jeune fille, que la matrice était bien conformée, et que M. de Bal n'a pénétré que dans ce vagin rudimentaire qui, distendu par le liquide qui s'y était accumulé, formait la tumeur ou la poche fibro-cartilagineuse indiquée. Ses arguments, auxquels s'est rendu l'auteur, ainsi que la commission de la Société de médecine de Gand, sont les suivants :

1° Dans l'hypothèse de M. Soupart, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on n'ait pu reconnaître le museau de tanche par le rectum.

2° La tumeur située à 2 pouces et demi de profondeur ne peut être considérée comme étant la matrice; car cet organe présentait, dit l'observation, un développement semblable à celui qu'il offre au sixième mois de grossesse. Or, à cette époque de la gestation, la matrice est déjà remontée audessus du petit bassin. (Cet argument a le tort, selon nous, de vouloir à toute force supposer qu'une matrice, peut-être anormale par sa structure et ses connexions, et distendue périodiquement tous les mois par l'afflux du liquide menstruel, ait dû se comporter comme une matrice naturelle développée graduellement par le produit de la conception.)

3° Si l'on eût eu affaire à une matrice sans col, sans orifice, et qu'on eût traversé son tissu, la menstruation ne se serait pas rétablie aussi régulièrement. (Nous ne voyons, nous, à cela, aucune impossibilité absolue, pas même des difficultés graves. Les fonctions, d'ailleurs, se sont rétablies ici entièrement comme dans le cas de M. Amussat : or, chez sa malade, ce chirurgien ayant porté le doigt immédiatement après la ponction dans la cavité où était accumulé le sang, reconnut une large poche *analogue à celle qu'on touche à l'intérieur de la matrice après l'accouchement.* En supposant que la tumeur fût aussi la matrice chez la malade de M. de Bal, il n'y aurait donc rien d'extraordinaire à ce que le cours des règles se fût de même rétabli normalement chez elle.)

4° Enfin, avant comme après l'opération, on n'a pu reconnaître, dans la tumeur ouverte, rien qui ressemblât au col de la matrice. (Mais était-il donc possible de le reconnaître *avant* l'opération? Non, car on ne pouvait toucher directement. *Après* l'opération? Non encore, puisqu'on ne put placer qu'une sonde de gomme élastique, et que la plaie, résistant opiniâtrément à se laisser dilater davantage, n'admit donc pas le doigt, qui seul aurait jugé pertinemment de la conformation des parties.)

— Quoique les opinions que nous venons de présenter contre l'argumentation de M. Soupart nous semblent très-rationnelles, nous ne prétendons pas le moins du monde pour cela remplacer son assertion par une assertion contraire. Nous n'affirmons point que la matrice a été ouverte; nous prétendons seulement qu'on n'est pas en droit d'affirmer positivement que ce n'est pas elle qui a été ouverte.

Obs. II (par feu M. Kluyskens). — Mademoiselle A. B. (de Termonde) n'était pas encore réglée à 18 ans. Depuis quinze mois elle éprouvait des douleurs semblables à des coliques, qui se renouvelèrent d'abord à des époques éloignées, puis tous les mois, tous les quinze jours, et enfin tous les jours. Ventre gonflé; pouls petit et fréquent, borborygmes, symptômes hystériques. Après avoir essayé inutilement divers remèdes, la malade, pâle, épuisée par les souffrances, consulta M. Verbeeck, qui trouva dans l'abdomen, volumineux comme dans une grossesse avancée, une tumeur dure, rénitente, remontant jusqu'à l'ombilic. Sur la vulve, d'ailleurs bien conformée, on ne découvrait aucune trace d'ouverture vaginale. Avec une sonde portée par l'urètre, et le doigt indicateur dans le rectum, on ne sentait entre ces deux organes qu'un mince cordon de tissu inodulaire pour toute trace de conduit.

La mort semblant inévitable, M. Kluyskens résolut de chercher à créer une voie artificielle. Une sonde ayant été mise dans la vessie et fortement relevée vers le pubis, et un doigt dans le rectum pour le refouler en arrière, il fit entre ces deux points une incision transversale de 8 à 10 lignes. Il pénétra ensuite peu à peu et avec précaution jusqu'à 3 pouces de profondeur. Arrivé là, l'introduction du doigt ne fit sentir aucune trace de tumeur. Cependant on continua encore à inciser à 1 pouce de profondeur, et l'on reconnut enfin une tumeur qu'on jugea être la matrice distendue; mais on ne put distinguer aucune trace de col ni de museau de tanche. Après s'être bien assuré de la position de cette tumeur, l'opérateur y plongea la pointe d'un bistouri à lame allongée et garnie de linge dans ses deux tiers, et y fit une large ouverture. Il en sortit aussitôt plus de 5 livres d'un sang visqueux, d'une odeur fade. Le ventre s'affaissa; on fit quelques injections d'eau tiède et on mit la malade au bain.

Le dixième jour de l'opération, tout s'étant bien passé jusque-là, il survint des symptômes inflammatoires qui firent craindre une métrite; mais ils cédèrent aux antiphlogistiques. Bientôt une canule de gomme élastique fut introduite de temps à autre dans ce canal artificiel, et la guérison fut complète au bout de cinq semaines.

Plusieurs années se sont écoulées depuis lors, et le canal artificiel s'est con-

médisance, une sorte d'acrimonie injurieuse; son nom même n'est guère prononcé qu'avec l'épithète de *satirique*. Il est certain qu'on ne doit pas chercher en lui le critique austère, impartial, qui discute sans colère, blâme sans passion, admire sans entraînement. Souvent emporté par l'indignation, il manque de cette retenue qui rend la plaisanterie agréable sans qu'elle soit blessante ou odieuse. Mais, qu'on le remarque, Gui Patin est l'écho des animosités et des rancunes contemporaines. Il en est pour ainsi dire pénétré, saturé; de là ses vives sorties, ses bouillantes impatiences, ses *raptus* de bile contre le Mazarin, contre les grands, contre les financiers, les maltôtiers, les politiques, enfin contre ceux qui, à l'exemple du comte de Brion, dit le cardinal de Retz, font un *salmigondis perpétuel de dévotion et de péchés*. Mettant sa profession au-dessus de tout, il pousse cet attachement jusqu'à l'égoïsme, à l'injustice, contre les chirurgiens, les apothicaires. Toute critique, dans son style vert et âpre, ressemble beaucoup à une polémique de dénigrement et de colère; on doit voir ici l'effet d'un caractère sensible, ardent, emporté, et il était très-aisé de faire déborder le vase de sa mansuétude. Le malheur est qu'il avait cette profonde connaissance des hommes qui touche de si près au mépris qu'on en fait. Assez roide et fier, il savait reconnaître et honorer ce qui tient à la hiérarchie sociale, témoin l'attachement qu'il eut toujours pour certains hommes haut placés, notamment pour le président de Lamoignon. Or il n'était pas homme à confondre la déférence avec le servilisme; bien avant le poëte Burns, il pensait que le rang d'un homme n'est que *l'empreinte d'une monnaie : l'homme lui-même en est le métal*. . . . .

— En 1686, il existait à Bruxelles un nommé Breekmans. Cet homme étonnant brisait, par le seul attouchement, les objets les plus volumineux, tels que chaises, bancs, pupitres, charrettes, etc., etc. Il arriva plus d'une fois qu'au simple contact de son doigt indicateur gauche, des poutres énormes se crevassaient. Le magistrat de la ville s'émut aux faits et gestes de cet homme. Une commission, composée de MM. Geloof, Lichtzinningen et Van Limpel, docteurs en médecine, de MM. Verspruglen et Pilmans, apothicaires-jurés, fut nommée à l'effet de constater les effets surprenants manifestés par Breekmans. Il résulta de cette enquête que Breekmans était un sorcier. Le magistrat lança un édit contre cet homme; mais celui-ci parvint à échapper par la fuite aux rigueurs de la justice. L'édit du magistrat de Bruxelles se trouve relaté tout au long dans le troisième volume du Zwarten-Boeck des archives de la ville. (Gaz. méd. Belg.)

— Le 21 du mois de février, M. le professeur Stoltz a pratiqué à la clinique d'accouchement de la Faculté, devant les élèves de l'école césarienne, sur une jeune femme dont l'accouchement à travers les voies naturelles avait été rendu impossible par une tumeur fixée au devant du sacrum et remplissant l'excavation presque tout entière du bassin. Cette opération a été suivie d'un succès complet. Le treizième jour l'accouchée a déjà pu se lever; elle allaite son enfant, qui est un garçon bien développé et bien portant. (Gaz. méd. Strasb.)

servé; la malade jouit d'une bonne santé, ses règles coulent régulièrement, subitement et sans douleurs; seulement, dans les intervalles, il existe une leucorrhée abondante.

Le texte ajoute : Mademoiselle A. B. a, depuis cette époque, subi les lois de l'hymen; mais jusqu'à ce moment aucun enfant n'en a été le fruit.

— M. Amussat a rappelé, dans son remarquable travail, les observations de ce genre qui sont acquises à la science: ce sont, outre la sienne, celle de Boyer, qui ouvrit la vessie au lieu de pénétrer dans l'utérus; une de Dehaën, à qui le même accident arriva; une de M. Villiaume (de Metz), où le procédé opératoire employé et le résultat obtenu furent les mêmes que chez la malade de M. Amussat; et enfin une de M. Manoury (de Chartres), dont l'opérée succomba quelques mois après une ponction qui avait donné issue au sang des règles.

On sait que M. Amussat mit plusieurs jours à conduire l'incision jusque dans l'utérus. M. de Bal dit que ce procédé lui paraît aussi le plus convenable, et il s'excuse presque sur l'urgence des symptômes d'avoir opéré en une seule séance. Nous croyons qu'en exprimant cette pensée, il s'est laissé entraîner par une prudence que rien ne commandait. Le grand danger dans cette opération n'est pas de pénétrer dans la cavité péritonéale; il consiste à perforer le rectum ou la vessie, comme cela d'ailleurs est arrivé à deux médecins célèbres, Boyer et Dehaën. Or, en quoi la précaution d'opérer en plusieurs séances pourrait-elle prévenir un semblable accident? On le comprendrait s'il s'agissait d'une cavité séreuse; car alors deux ou trois jours de repos laissent à la nature le soin de préparer des adhérences entre lesquelles on peut ensuite inciser plus sûrement. Mais ici, où les viscères à ménager ne sont pas dans ces conditions anatomiques, nous ne comprenons point l'avantage qu'on pourrait se promettre de la temporisation. L'autorité même que M. de Bal invoque à cet égard lui fait complétement défaut dans la circonstance, puisque M. Amussat, après avoir raconté l'histoire de sa malade, ajoute : « Si je rencontrais un cas analogue, je procéderais à l'opération comme je l'ai fait sur mademoiselle S.; mais je tenterais de détruire la soudure des organes *dans une seule séance*, et de faire la ponction de l'utérus *immédiatement après.* » (OBSERVAT. SUR UNE OPÉR. DE VAGIN ARTIFICIEL, etc.; par M. Z. Amussat, p. 24.)

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE;

PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations pratiques sur la lithotritie, avec des observations de ce genre d'opération;* par M. Payan. 2° *Première grossesse à l'âge de 39 ans; hypertrophie du col de l'utérus; dilatation forcée progressive au moyen des doigts;* par M. Pigeolet; 3° *Paralysie des extenseurs de la main et des supinateurs de l'avant-bras gauche par suite de compression prolongée; guérison, après 6 semaines de durée, par la teinture de cantharides;* par le même. 4° *Note pour servir à l'histoire des corps étrangers introduits dans l'estomac par déglutition;* par M. Van Swygenhoven. (Un enfant de 13 mois avait avalé une petite pièce de monnaie depuis environ 13 heures; un purgatif la lui fit rendre par l'anus.) 5° *Revue générale des principaux cas de chirurgie qui se sont présentés pendant le premier semestre 1845 à l'hôpital Saint-Pierre; relevé des journées épargnées au service de chirurgie de l'hôpital Saint-Pierre, pendant l'année 1840, par le bandage amidonné; statistique chirurgicale de l'hôpital Saint-Pierre; relevé des fractures traitées du 1er janvier 1834 au 1er décembre 1844;* par M. Deridder. 6° *Ongle entré dans les chairs; mode opératoire particulier;* par M. Pigeolet. (Après l'emploi préalable de cataplasmes pour ramollir l'ongle, on excise son bord entré dans les chairs, dans la largeur d'une ligne et demie, jusques et y compris la matrice de l'ongle.) 7° *Plaie de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médian de la main droite, avec division complète du tendon extenseur; guérison;* par le même. 8° *Observation de diathèse tuberculeuse;* par M. Affenaer. 9° *Quelques considérations sur la thérapeutique;* par M. Daumerie. 10° *Observations de diplopie mono et binoculaire;* par M. Vallez. 11° *Quelques observations sur des tumeurs sous-cutanées renfermant des vers vésiculaires (cysticerques ou acéphalocystes);* par M. Raikem. 12° *Sur un nouvel appareil pour le traitement des fractures des membres inférieurs;* par M. Bougard. (Nouvel appareil d'extension continue au moyen d'attelles mécaniques). 13° *Sur un nouveau moyen de prothèse dentaire;* par M. Fauconier. (Pour perforer la racine de la dent, afin d'y placer une dent à pivot, l'auteur veut substituer à l'équarrissoir, instrument généralement employé, une scie à molette ordinaire dont la scie serait remplacée par une roue creusée d'un canal carré destiné à recevoir le talon d'une cheville à quatre pans et pointue a son extrémité. Le mécanisme est le même que celui de la scie à molette.) 14° *Rapport fait à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles sur les associations de prévoyance contre les maladies;* par M. Marinus. 15° *Rapport fait au conseil central de salubrité publique de Bruxelles sur la maladie des pommes de terre;* par M. Dieudonné. 16° *Sur les plaies des artères des membres thoraciques;* par M. Gerbaud. 17° *Recherches sur le génie épidémique de la fièvre typhoïde, observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lunéville;* par M. Putégnat. 18° *De la nécrose des os maxillaires déterminée par l'action des vapeurs de phosphore;* par M. Lorinser. (Maladie déjà étudiée dans la GAZ. MÉD.) 19° *Lettre à M. le rédacteur de la* GAZETTE DES HÔPITAUX, *en réponse au feuilleton du 9 octobre 1845, à propos de MM. Velpeau et Seutin;* par M. A Didot.

PREMIÈRE GROSSESSE A L'AGE DE 39 ANS; HYPERTROPHIE DU COL DE L'UTÉRUS; DILATATION FORCÉE PROGRESSIVE AU MOYEN DES DOIGTS; par M. PIGEOLET.

OBS. — M. Pigeolet, appelé auprès d'une femme âgée de 39 ans et en travail de son premier enfant, trouva l'orifice dilaté de la largeur d'une pièce de 2 fr.; mais ce qui le surprit, ce fut l'état du col de la matrice. Il présentait une épaisseur d'au moins un pouce, était plus dur qu'à l'état normal, quoique non contracté, et il restait le même pendant les douleurs et en leur absence. L'auteur remarqua en outre que durant les efforts suscités par les douleurs, la tête, par la contraction des muscles abdominaux sur la masse utéro-fétale, cherchait à s'engager sous le pubis, accompagnée de la paroi utérine. Le travail durait depuis deux heures. Il conseilla à la femme de rester aussi tranquille que possible durant les douleurs, afin de laisser la matrice agir seule sur son contenu; puis, voyant qu'au bout de sept à huit douleurs, la disposition du col ne changeait pas, il introduisit alternativement l'extrémité des doigts de chaque main, réunis en cône par leur pulpe, aussi profondément que possible; puis, les écartant, il chercha peu à peu à vaincre la résistance. Cette manœuvre était continuée pendant l'intervalle des douleurs. Quand la douleur survenait, il portait les quatre doigts réunis en une ligne sur la partie du col située derrière le pubis et le pouce sur le point opposé; et, repoussant le col en haut, tandis que l'utérus, par ses contractions, portait la tête en sens contraire, il eut bientôt acquis la conviction que ses efforts ne seraient point infructueux. En effet, après plus d'une heure de cette manœuvre, la tête, qui se présentait en première position de l'occiput, put vaincre tout à fait la résistance du col, et l'enfant vint au monde vivant.

La belladone, si vantée en pareil cas, ne convenait point ici; car il n'y avait ni contracture ni spasme du col. La saignée n'était pas non plus indiquée, et les émollients, sous forme de bains, d'injections ou de fumigations, n'auraient sans doute fourni qu'un insuffisant remède contre un état aussi rebelle. Évidemment la manœuvre à laquelle le médecin a eu recours a épargné à la femme un débridement qui sans cela eût été indispensable. M. Pigeolet, remarquant que les doigts se fatiguent aisément et que leurs efforts ne peuvent s'exercer que dans de certaines limites, proposerait, pour les remplacer, un instrument dilatateur d'une construction assez simple. Il se compose de quatre valves longues de 12 pouces, larges d'un demi-pouce à chaque extrémité et d'un pouce au centre, concaves, de manière à former par leur centre, au moyen de pivots, une circonférence de 2 pouces à l'extrémité, les valves étant rapprochées. L'instrument fermé aurait donc un tiers de pouce de diamètre. Introduit dans l'ouverture du col, la moitié externe servirait de levier; il suffirait d'en rapprocher les valves, au moyen de la main ou de vis de rappel, pour obtenir une dilatation progressive du col aussi étendue qu'il serait nécessaire.

Quelque simple que soit, en effet, cet instrument, nous n'hésitons pas à lui prédire le sort commun à tous les mécanismes imaginés pour une indication que l'on peut remplir aussi bien sans eux. Les doigts, en effet, agissent avec autant de force; ils peuvent de plus graduer, modérer leur action, changer la direction des efforts, les exercer particulièrement sur tel ou tel point, selon que la circonstance le commande. Avec la main, on ne risquera non plus jamais de dépasser le but, et d'être exposé à opérer une déchirure, en voulant épargner à la malade une incision. Par ces divers motifs, nous préférons et de beaucoup la conduite tenue par M. Pigeolet à celle qu'il propose. Il faut reconnaître, du reste, que l'auteur ne conseille l'emploi de son instrument que si la dilatation, d'abord essayée avec les doigts, n'a pas pu être obtenue dans une étendue suffisante.

PARALYSIE DES EXTENSEURS DE LA MAIN ET DES SUPINATEURS DE L'AVANT-BRAS GAUCHE PAR SUITE DE COMPRESSION PROLONGÉE; GUÉRISON, APRÈS SIX SEMAINES DE DURÉE, PAR LA TEINTURE DE CANTHARIDES; par M. PIGEOLET.

La paralysie était survenue à la suite d'un voyage fait en chemin de fer de Gand à Bruxelles, pendant toute la durée duquel le sujet de l'observation, bien portant alors, avait dormi la tête appuyée sur l'avant-bras qui

reposait contre le bord du wagon. L'impuissance commença dès le moment du réveil, et elle alla en augmentant progressivement. Ce malade avait déjà fait sans succès plusieurs traitements pendant six semaines, et M. Pigeolet lui-même avait essayé en vain 12 vésicatoires volants avec la strychnine et les bains tièdes aromatiques, lorsque enfin il eut l'idée de prescrire 3 frictions par jour avec une flanelle imprégnée d'huile d'olive, avec 6 gouttes de teinture de cantharides pour chaque friction. Dès le second jour, les mouvements avaient reparu; il continua encore le même remède, à doses décroissantes, pendant quelque temps, et la myotilité du membre supérieur se rétablit complétement.

— Un chirurgien italien a observé récemment plusieurs cas de paralysie des nerfs de l'avant-bras produite, comme celle-ci l'a été, par le poids du tronc reposant sur ce membre pendant toute la nuit, lorsque le sommeil a été profond et non interrompu. La communication de M. Pigeolet recevra donc quelque lumière de celle de l'auteur italien, et en revanche elle pourra l'éclairer très-fructueusement sous le rapport du traitement. Nous avons nous-même observé récemment un cas où le mal, dû à la même cause, consistait, il est vrai, en engourdissement plutôt qu'en paralysie; mais cependant les mouvements restèrent plus faibles pendant près de quarante-huit heures sans qu'aucun des divers et nombreux remèdes tentés (le malade était employé dans une pharmacie) parût apporter de soulagement bien prononcé. En cas pareil, nous n'oublierions plus désormais de recourir, d'après l'exemple de M. Pigeolet, à la teinture de cantharides.

RELEVÉ DES JOURNÉES ÉCONOMISÉES AU SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL SAINT-PIERRE, PENDANT L'ANNÉE 1840, PAR LE BANDAGE AMIDONNÉ.

L'une des objections qu'on adresse contre l'emploi du bandage amidonné dans les hôpitaux porte sur la considération de la perte que fait éprouver la nécessité où l'on se trouve parfois de fendre les linges qui composent l'appareil; mais cette perte, pour les administrations hospitalières, est plus que compensée par l'économie que donne la possibilité de renvoyer les malades beaucoup plus tôt qu'avec les autres méthodes, et même d'en traiter un certain nombre à la consultation externe.

M. Seutin, voulant savoir à quelle somme pouvait monter l'économie effectuée de cette manière, a fait dresser le calcul des journées de séjour à l'hôpital qui étaient nécessaires avec le traitement ordinaire, et dont l'appareil amovo-inamovible dispense. Or ce calcul, fait pour l'année 1840 par M. Simonart, porte le nombre des journées économisées, sur 1,714 blessés, à 2,203. En ne portant le prix de chaque journée qu'à 80 centimes, ce serait donc déjà, sur une seule année, une réduction de 2,397 fr. et 20 centimes.

Il faut ajouter que les 1,714 malades n'étaient pas tous affectés de fracture; car M. Seutin emploie également le bandage amidonné dans beaucoup d'autres cas, tels que maladies spontanées des articulations, entorses, contusions, luxations, ulcères, etc.

OBSERVATION DE DIPLOPIE MONO ET BINOCULAIRE; par M. VALLEZ.

Ce cas offre l'exemple d'une variété de diplopie très-rare.

OBS. — Une jeune personne de 24 ans, ayant lu, durant cinq heures, à la clarté d'une chandelle placée à sa gauche, s'aperçut le lendemain matin d'un embarras dans les mouvements de l'œil de ce côté, de fatigue de la vue et de strabisme interne de ce même œil, qui n'alla qu'en augmentant.

M. Vallez, consulté le huitième jour, reconnut une abduction très-prononcée de l'œil gauche; la malade voyait les objets doubles quand elle avait les deux yeux ouverts; elle les voyait aussi doubles quand l'œil gauche était seul ouvert. D'ailleurs les deux images perçues étaient vues sur une ligne horizontale, sans altération de couleur, de dimension ni de situation. Aucune congestion de l'œil, aucune lésion apparente, pupille ronde et très-mobile. Il n'existait qu'un peu de photophobie, et l'œil gauche ne pouvait se tourner en dehors.

Une friction fut prescrite sur le front et la tempe gauche, avec un liniment contenant de l'eau de menthe, de l'essence de romarin, de l'éther sulfurique et de l'ammoniaque liquide. Deux jours après une éruption s'était produite sur les parties frictionnées; la diplopie avait disparu, mais la vision était troublée; la pupille, toujours ronde, était plus dilatée à gauche; il y avait diminution du strabisme.

Le quatrième jour la diplopie n'avait pas reparu. (Emplâtre de Janin derrière l'oreille gauche; une once de sulfate de soude.)

Le huitième jour, l'état était parfaitement normal. Cependant la malade ayant repris prématurément ses travaux, la diplopie reparut; mais elle céda en vingt-quatre heures et définitivement à l'emploi des mêmes moyens.

Les auteurs admettent en général deux sortes de diplopies: l'une *diplopie binoculaire*, qui consiste dans le défaut de parallélisme des axes visuels, le malade voyant un objet double quand il regarde des deux, tandis qu'il le voit simple si l'un d'eux est fermé; l'autre, *diplopie mono-oculaire*, dépend d'une altération ou modification dans les milieux de l'œil, par suite de laquelle le malade voit l'objet double en regardant avec un seul œil, et simple quand les deux yeux sont ouverts.

Le cas précédent porterait à ajouter une troisième espèce, qu'on nommerait *diplopie mono et binoculaire ou mixte*, où le malade voit l'objet double, soit qu'il regarde avec les deux yeux, soit qu'il ne regarde qu'avec un seul. — Cette variété dépendait probablement ici de la paralysie partielle de la rétine coexistant avec celle du muscle droit externe.

RECHERCHES SUR LE GÉNIE ÉPIDÉMIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, OBSERVÉ DANS PLUSIEURS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE LUNÉVILLE; par le docteur PUTÉGNAT.

L'auteur, comme la plupart de ceux qui ont observé dans les campagnes, comme MM. Bretonneau, Gendron et autres, est arrivé à cette conclusion, et c'est là la pensée fondamentale de son travail, que la fièvre typhoïde est contagieuse. Les influences sous lesquelles il a vu la contagion se développer, dans plusieurs communes des environs de Lunéville, consistent en des miasmes méphitiques provenant de la décomposition de matières végétales et animales abandonnées au contact de l'air par le retrait des eaux. Les moyens qu'il a employés avec le plus d'avantages, pour prévenir et arrêter l'action contagieuse, ont consisté principalement : 1° à défendre le séjour trop prolongé dans une chambre habitée par un malade atteint de fièvre typhoïde; 2° à y entretenir un renouvellement d'air continuel; 3° à conseiller l'habitation dans un lieu élevé, non exposé aux vents qui balayent une colline des environs dans laquelle serpente un cours d'eau marécageux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 MARS.

DES DIFFÉRENCES QUE PRÉSENTENT LES PHÉNOMÈNES DE LA DIGESTION ET DE LA NUTRITION CHEZ LES ANIMAUX HERBIVORES ET CARNIVORES.

M. BERNARD (de Villefranche) adresse sous ce titre un travail dans lequel il s'est proposé d'examiner, au point de vue physiologique, si les différences anatomiques qui existent entre les animaux carnivores et les herbivores apportent des modifications profondes dans les phénomènes de la digestion et de la nutrition. Voici les principaux résultats auxquels il est arrivé sur ce sujet.

Les différences principales qu'on observe chez les animaux herbivores et carnivores pendant l'acte de la digestion et de l'assimilation sont relatives au chyme, au chyle et aux urines.

Chez un grand nombre d'animaux (chiens) nourris exclusivement avec de la viande cuite ou crue, et sacrifiés pendant le travail de la digestion, l'auteur a constamment trouvé :

1° La bouillie alimentaire, ou le chyme *acide* dans l'intestin grêle;

2° Le chyle *opaque* bien *homogène* et d'un *blanc laiteux;*

3° Les urines *claires*, de couleur ombrée et à réaction nettement *acide.*

Sur d'autres animaux (lapins), nourris exclusivement avec des substances végétales (herbes ou carottes), et observés dans les mêmes circonstances, il a toujours vu :

1° Le chyme alcalin dans l'intestin grêle;

2° Le chyle clair comme la lymphe et offrant à peine quelquefois une légère teinte opaline dans le canal thoracique;

3° Les urines *troubles blanchâtres* et à réaction *très-alcaline.*

Les différences signalées précédemment dans le chyme, le chyle et les urines des herbivores et des carnivores ne dérivent pas d'une différence d'organisation dans ces animaux. Pour le démontrer, M. Bernard a pris deux chiens et deux gros lapins en digestion et présentant dans leurs urines les caractères différentiels indiqués plus haut; il a soumis ces animaux à une diète absolue, et au bout de trente-six à trente-huit heures les différences si tranchées qui existaient l'avant-veille entre l'urine des chiens et celle des lapins avaient complétement disparu et les urines des quatre animaux étaient alors *claires ambrées* et à réaction *très-acide.* Cette expérience, qu'il a reproduite un très-grand nombre de fois et toujours avec les mêmes résultats, prouve évidemment qu'en dehors de l'alimentation *les urines présentent primitivement la même réaction et la même apparence chez les herbivores et les carnivores.*

Il existe un rapport constant entre la nature du chyme, du chyle et la réaction des urines. La physiologie peut retirer de ce fait des indications fort importantes. Si l'on injecte lentement dans le sang, à l'un une dissolution de sucre de canne, à l'autre une dissolution de sucre de raisin, on observe qu'au bout de très-peu de temps les urines de ce dernier sont devenues louches et alcalines, tandis que celles du premier animal n'ont pas changé d'apparence ni de réaction.

Quand on fait la section de la huitième paire de nerfs chez un animal qui digère, la digestion sera arrêtée et les urines reprendront en très-peu d'instants

les caractères qu'elles avaient à jeun et deviennent claires et acides, de louches et alcalines qu'elles étaient. Quand on coupe les nerfs avant que la digestion soit commencée, elle ne s'effectue pas du tout. La section de ces nerfs arrête complétement la digestion.

NOUVEAU SIGNE POUR DISTINGUER LA MORT RÉELLE DE LA MORT APPARENTE.

M. Ripault (de Dijon) fait connaître à l'Académie la découverte qu'il croit avoir faite d'un nouveau signe de la mort, découverte que sa position de médecin vérificateur des décès dans la ville de Dijon l'a mis en mesure de faire. Ce signe avait déjà été mentionné par l'auteur dans une brochure qu'il a publiée en 1841. Voici en quoi il consiste.

Il suffit, dit M. Ripault, d'exercer une pression assez forte avec le doigt sur la paupière inférieure, de manière à refouler, en l'élevant, tout le globe oculaire que soutient la main opposée, en lui offrant un point d'appui résistant par en haut, et au-dessous de la demi-circonférence supérieure de l'orbite. Cette petite manœuvre fait aussitôt obtenir un changement dans le disque de la prunelle, changement qui modifie, non pas les dimensions de cette dernière, comme pendant la vie, mais seulement la forme de son ouverture. Au lieu d'être orbiculaire, l'ouverture de la pupille devient alors elliptique en travers, ou obliquement, ou même enfin plus ou moins irrégulièrement circulaire, selon la forme employée par le doigt de l'observateur.

NOTE SUR UN CAS CURIEUX D'HÉMÉRALOPIE.

M. Magne a communiqué à l'Académie une note relative à un cas curieux d'héméralopie auquel il a cru pouvoir assigner une étiologie qui a suscité quelque hilarité dans le sein de l'Académie. Voici le fait.

M. C..., employé des tabacs à Aiguillon (Lot-et-Garonne), est venu me consulter, dit M. Magne, pour une héméralopie. Une opinion répandue dans le peuple, c'est que les dindons cessent de voir pendant la nuit. La chose est-elle exacte? Je n'ai pas à m'en occuper. Ce qu'il y a de certain, c'est que la mère de mon malade, pénétrée de cette idée que les dindons cessent de voir pendant la nuit, rencontra un troupeau de ces volatiles durant sa grossesse; elle eut l'envie non satisfaite d'en croquer au moins un, et mon malade vint au monde héméralope, avec une crête de dindon sous l'aisselle droite: cette crête, ainsi que le disait ma note, est flasque, pendante, granulée et d'une longueur d'environ 7 à 8 millimètres; elle n'a nullement les caractères d'une tumeur érectile.

M. Magne ajoute que M. Dechambre, qui a eu l'occasion de voir un grand nombre de monstruosités, lui a dit avoir vu plusieurs exemples qui pouvaient offrir avec celui-ci quelque analogie.

SURDITÉ COMPLÈTE SURVENUE A LA SUITE D'UNE FRACTURE COMMINUTIVE DU CRANE.

M. Bonnafont fait part à l'Académie d'une cure de surdité complète survenue depuis un an à la suite d'une fracture comminutive du crâne. Cette affection, portée à un degré tel, que le malade n'entendait même pas la détonation d'un canon, et que, pendant huit mois, il n'a pu avoir de relations que par écrit, a cédé à l'action du galvanisme et aux insufflations gazeuses ammoniacales par la trompe d'Eustache.

PESTE.

M. Poiseuille adresse, dans un paquet cacheté, un mémoire relatif à la peste, dans lequel il s'occupe d'un moyen de prévenir la formation de ce foyer pestilentiel par suite de la présence des pestiférés.

—M. Payen a lu, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, relatif à la digestion. Nous en donnerons l'analyse dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

PESTE.—QUARANTAINE.

M. Prus continue la lecture de son rapport.

Chap. VI. — La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? C'est là, dit M. le rapporteur, la plus capitale des questions que l'Académie doit résoudre. La solution est-elle affirmative, c'est le maintien du système sanitaire; est-elle négative, c'est la condamnation des lazarets et des quarantaines.

Les médecins qui ont observé en Égypte les épidémies de 1835 et de 1841 nient la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques. Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent.

Lorsque la constitution épidémique cesse, tous ou presque tous les malades guérissent, et l'on ne voit plus d'atteintes nouvelles.

De nombreux pestiférés ont été et sont encore accumulés dans les hôpitaux et dans les maisons; toutes les conditions favorables à la transmission de la peste par le contact immédiat ou médiat, ou à sa propagation par l'infection miasmatique, sont réunies; et cependant, à une époque à peu près fixe, l'épidémicité s'éteint et avec elle s'éteint la peste. Un pestiféré, sorti d'un foyer épidémique, n'est pas plus à redouter qu'un pestiféré sporadique, lequel, de l'aveu de tous les médecins d'Égypte, n'offre aucun danger.

S'il est douteux que les vêtements et les hardes des pestiférés puissent transmettre la peste en temps d'épidémie, il est certain qu'une fois que celle-ci a disparu, ces vêtements et ces hardes peuvent être mis en usage impunément.

Une épidémie n'apparaît dans une contrée qu'à la suite d'influences locales et atmosphériques dont l'action a été plus ou moins prolongée; des privations, des fatigues, des peines physiques ou morales ont été éprouvées à des degrés divers par les populations. De ces causes réunies résultent des prédispositions plus ou moins générales à contracter la maladie régnante.

Or, quand un navire transporterait hors du foyer un ou plusieurs pestiférés, ils ne pourraient transporter avec eux toutes les causes passées et présentes qui sont nécessaires au développement d'une épidémie.

Il faut le dire, messieurs, parce que cela est la vérité, les observations faites en Égypte en 1835 et en 1841 semblent justifier ces propositions et les conséquences qui en découlent.

Mais en est-il de même des faits observés en mer et dans les lazarets d'Europe? Ces faits conduisent-ils aux mêmes conclusions? C'est là ce qu'il importe à l'Europe de savoir, c'est là ce que nous devons rechercher avec le soin le plus minutieux.

Vingt-quatre navires arrivés depuis 1720 dans les lazarets de France et d'Italie avec la peste à bord fourniront les éléments de la solution. Parmi ces navires, quatorze ont été reçus dans les ports d'Italie, savoir: cinq à Venise, huit à Livourne et un à Gênes; dix sont arrivés à Marseille. C'est par ces derniers que M. le rapporteur commence l'examen, parce que c'est sur eux que la commission a pu réunir les documents les plus complets. Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans les détails des faits, nous en présenterons seulement un court résumé.

Le nombre des cas de peste traités au lazaret de Marseille depuis 1720, en ne comptant pas les faits douteux, s'élève à 33, dont 18 se sont terminés par la mort et 14 par la guérison. Trois chirurgiens quarantenaires ont contracté une peste bien caractérisée en saignant des pestiférés au lazaret; tous trois ont guéri. Un quatrième chirurgien, arrivé à Marseille à bord d'un navire pestiféré, a très-probablement contracté la peste au lazaret, où il était renfermé en qualité de chirurgien quarantenaire depuis dix-neuf jours lors de l'invasion de la maladie; il a succombé. 4 gardes de santé de Marseille ont contracté la peste au lazaret; 2 ont guéri, 2 sont morts. Ces derniers avaient été placés à bord du navire du capitaine Millich; mais ils ne sont tombés malades que quinze ou dix-huit jours après le départ de ce capitaine pour Tanger. Nous devons croire qu'ils ont pris la peste au lazaret où ils purgeaient leur quarantaine avec les deux autres gardes qui avaient été placés sur le même navire et qui sont morts au lazaret, l'un le 26 mai et l'autre le 30. Un matelot, faisant les fonctions d'infirmier au lazaret, a contracté la peste; il a guéri. 2 matelots appartenant à un bâtiment pestiféré, mais paraissant avoir contracté la peste au lazaret, où ils étaient renfermés depuis plus de douze jours, sont morts.

Donc, sur 11 pestes qui auraient été contractées au lazaret de Marseille, 6 auraient guéri, 5 auraient été mortelles. Ces cas funestes ont eu lieu chez des sujets qui tous avaient séjourné sur des bâtiments pestiférés. 3 gardes de santé ont contracté la peste à bord d'un bâtiment pestiféré, un seul a guéri.

Ces faits résolvent, comme on le voit, affirmativement la question posée.

Mais la peste ne se transmet pas seulement à bord entre individus quittant les mêmes parages, respirant le même air, ayant les mêmes exercices, les mêmes habitudes, la même nourriture. Le pestiféré déposé dans un lazaret européen devient la cause qui développera chez d'autres l'affection dont il est atteint.

Les faits recueillis depuis un peu plus d'un demi-siècle à Venise, à Livourne et à Gênes, et dont M. le rapporteur donne une succincte analyse, tendent également à prouver la vérité de la conclusion que la commission a cru devoir tirer des faits recueillis à Marseille.

Cette conclusion est la suivante:

Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

Chap. VII. — La peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques par le contact immédiat des pestiférés?

Nous avons cherché avec le plus grand soin des faits probants, dit M. le rapporteur, et jusqu'ici nous ne les avons pas trouvés. Notre réponse à la question posée est donc négative, et nous l'exprimerons en ces termes:

Rien ne prouve que la peste soit transmissible hors des foyers épidémiques par le contact immédiat des pestiférés.

Chap. VIII. — La peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés?

Depuis 1720, la peste n'a été transmise dans aucun des lazarets d'Europe, ni en dehors de ces lazarets, par des hardes ou des vêtements suspects ou contaminés. Et cependant, ces hardes et ces vêtements ont dû être touchés souvent par des gardes de santé, etc. Les cas de transmission de la peste par les hardes et les vêtements signalés depuis l'époque indiquée auraient été observés, soit sur des navires en quarantaine dans des ports européens, soit en Grèce, au lazaret de Syra. Or, après l'examen de ces faits en petit nombre, on peut se demander si l'interprétation qui leur a été donnée est incontestable; si dans les cas où l'on a attribué la propagation de la peste au contact des vêtements, celle-ci n'était pas due plutôt à l'infection miasmatique qui existait à bord des bâtiments où ces faits se sont passés.... Ne croyez pas, ajoute M. le rapporteur, que les doutes que nous émettons soient le résultat d'une conviction complétement arrêtée. Nous doutons, il est vrai, mais nous ne nions pas. Nous pensons que les incertitudes qui règnent encore sur la transmissibilité de la peste par les hardes et les vêtements peuvent et doivent être dissipées par de nouvelles recherches et surtout par des expériences faites avec toutes les précautions convenables, par des

hommes compétents, loin de tout foyer d'infection et dans une localité où il soit certain que la peste n'est pas endémique.

Conclusion : Il n'est pas prouvé que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés.

Chap. IX. — § Ier. Les marchandises peuvent-elles transporter la peste hors des foyers épidémiques?

Ici, il y a deux opinions opposées, l'une s'appuyant sur un très-grand nombre de faits négatifs, l'autre s'étayant sur quelques faits qui ne seraient pas sans valeur s'il était certain qu'on les a bien vus et bien interprétés. Ces derniers laissent quelques doutes, parce que, lorsqu'une épidémie pestilentielle a sévi dans une ville pendant un temps plus ou moins long, elle peut frapper une ville voisine sans que les individus pestiférés, ni les objets contaminés, soient pour quelque chose dans cette migration de la maladie, et quand il en est ainsi, on est ordinairement porté à attribuer à des communications suspectes l'origine de l'affection due aux causes générales épidémiques existant dans l'atmosphère. — Quant aux faits négatifs, M. le rapporteur cite entre autres le suivant, qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'authenticité et de la précision : en 1835, la peste épidémique sévissait à Alexandrie sur les employés de tout grade habitant dans les magasins du gouvernement égyptien. Cependant une très-grande quantité de balles de coton, journellement maniées par les hommes de peine, furent expédiées de janvier à juin, c'est-à-dire pendant toute la durée de l'épidémie, dans tous les grands ports de l'Europe, sans qu'il en résultât aucun accident de peste. Sur seize navires anglais chargés de coton qui quittèrent Alexandrie du commencement de janvier à la fin de juin, huit eurent la peste à bord, et cependant le coton chargé sur ces navires ne fut pas plus dangereux que celui des navires non infectés. Enfin, d'un autre côté, depuis 1720, aucun des portefaix employés dans le lazaret de Marseille au déchargement et au maniement des marchandises n'a contracté la peste.

Conclusion : Rien ne prouve que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

§ II. La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles repose-t-elle sur des faits ou des expériences dignes de confiance?

Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans l'énumération des objets compris dans cette classification et dans l'examen des faits et des principes sur lesquels elle repose; il suffira de citer la conclusion par laquelle il termine ce paragraphe; cette conclusion, la voici : la classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

§ III. A-t-on fait une étude suffisante des moyens à l'aide desquels on pourrait détruire le principe pestilentiel qui existerait, soit dans les hardes et vêtements, soit dans des marchandises, soit dans tout autre objet?

M. le rapporteur, après avoir énuméré les divers moyens employés jusqu'ici dans le but de détruire le principe pestilentiel, termine ce chapitre en disant que de plus amples considérations sur ce sujet seraient certainement insuffisantes, s'il était démontré que ce principe peut rester inhérent aux hardes, aux vêtements, aux marchandises, et devenir la cause de la transmission de la maladie; et qu'elles sont et seront complétement sans objet aussi longtemps qu'on n'aura pas prouvé que le virus ou le miasme pestilentiel peut être conservé dans ces divers réceptacles.

Conclusion : On ne devra rechercher les moyens de détruire le principe pestilentiel renfermé dans les hardes, les vêtements ou les marchandises, que quand on aura acquis la certitude que ce principe peut y exister.

Chap. X. — La peste peut-elle se transmettre par infection hors des foyers épidémiques?

Quand on considère les faits de communication de la peste d'un individu malade à un individu sain, dans un navire ou un lazaret, il semble très-difficile, au premier abord, de dire si la communication est due au contact direct du pestiféré ou aux miasmes échappés de son corps et répandus dans l'air; mais si l'on réfléchit, d'une part, que des observations en très-grand nombre ont prouvé que le contact immédiat des pestiférés, quand il a eu lieu à l'air libre, n'a pas donné la peste; et d'une autre part, que le séjour dans un foyer d'infection pestilentiel, sans aucun contact suspect, a souvent donné la peste, on est forcément conduit à cette double conséquence, savoir : la transmission de la peste par les miasmes pestilentiels est un fait prouvé. — La transmission de la peste par le contact immédiat des pestiférés n'est pas un fait prouvé. — Les faits observés à Marseille, ainsi qu'un grand nombre de ceux qui ont été cités, en parlant de l'action de l'infection pestilentielle dans les foyers épidémiques, autorisent effectivement à penser que la peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques, comme nous l'avons vu se transmettre de la même manière dans les foyers épidémiques et dans les pays où la peste est endémique. En conséquence, M. le rapporteur termine ce chapitre par la conclusion suivante :

La peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques.

Chap. XI. — La peste importée d'Orient dans les ports de l'Europe peut-elle se transmettre à un assez grand nombre d'individus pour créer une épidémie pestilentielle?

Ce chapitre, dans lequel M. Prus se livre à un examen et à une discussion approfondis des diverses opinions émises à cet égard par les principaux auteurs qui ont traité de ce sujet et des faits sur lesquels ils s'appuient, est terminé par la conclusion suivante :

S'il n'est pas prouvé que l'existence d'une constitution pestilentielle dans un pays où la peste est importée soit nécessaire pour que celle-ci se transmette et se propage, il paraît certain toutefois que cette peste importée ne pourra exercer de grands ravages si elle ne rencontre pas, dans le climat, dans l'atmosphère et les habitants, des conditions favorables à son développement.

SÉANCE DU 24 MARS.

Le procès-verbal des deux dernières séances est lu et adopté.

M. Denonvilliers se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite du rapport de M. Prus sur la peste.

M. Prus monte à la tribune et annonce à l'Académie que, d'après une décision de la commission, la suite de la lecture du rapport devra être ajournée. Voici ce qui a motivé cette décision. Dans la dernière réunion de la commission, comme il s'agissait de statuer sur la rédaction de quelques-unes des conclusions qui ont trait à l'application du système sanitaire contre la peste, deux membres ont déclaré n'être pas suffisamment fixés et ont demandé quelques jours de réflexion. La majorité de la commission, par respect pour les scrupules de la minorité, a cru devoir obtempérer à cette demande et a décidé qu'on surseoirait à la lecture du rapport jusqu'à ce que tous les membres eussent pris une connaissance complète des faits et des documents propres à former leur conviction. En agissant ainsi la commission a pensé qu'elle aurait l'approbation de l'Académie.

M. Dubois (d'Amiens) demande que la lecture soit continuée, au moins en ce qui concerne la partie scientifique et médicale du rapport. Ce qui s'est passé dans le sein de la commission est ce qui se passe tous les jours dans toutes les commissions. La dissidence de quelques membres ne saurait arrêter ainsi les travaux de l'Académie. Les membres dissidents discuteront les conclusions, et l'Académie prononcera.

M. Prus : Les choses ne se sont pas passées précisément comme le dit M. Dubois. Il ne s'est élevé aucune dissidence entre les membres présents de la commission sur les questions principales; quelques membres ont seulement manifesté des scrupules à l'égard des questions d'application, et dès ce moment la majorité a pensé qu'il était convenable de laisser aux membres de la minorité le temps de réfléchir et de s'éclairer sur ces questions avant de passer au vote.

M. Rochoux : La minorité ne peut arrêter les travaux de la majorité. Je demande que l'Académie passe outre.

M. Cloquet parle dans le même sens.

M. Ferrus (président de la commission) : L'Académie aurait tort, je pense, d'attacher une trop grande importance à cet incident. Tout ce qu'il y a d'important dans le rapport a été adopté par la commission à l'unanimité des membres présents. Une fois qu'on a été convenu des bases du rapport, on a cru devoir en décider la lecture sans s'être entendu sur quelques points particuliers qui ne sont que les corollaires de ce qui a été adopté dans le sein de la commission. Telle est la cause des difficultés que l'on soulève maintenant. Par respect pour les scrupules que ces questions ont soulevés dans l'esprit de quelques membres, la commission a pensé qu'il était convenable de surseoir pendant quelques jours à la lecture du rapport, afin de laisser à ces membres le temps de fixer leur opinion.

M. Mélier donne quelques explications dans le même sens que M. Ferrus.

Un grand nombre de membres élèvent la voix pour demander la suite de la lecture du rapport. (Aux voix! aux voix!)

M. Ferrus : Avant de prendre un parti là-dessus, il convient, ce me semble, de s'entendre sur ce qui devra être lu. Je pense que M. le rapporteur devra se borner à lire toute la partie du rapport qui est connue de la commission et qui a été adoptée par elle; elle comprend l'ensemble des conclusions scientifiques. Quant aux conclusions administratives sur lesquelles la commission ne s'est pas encore définitivement prononcée, elles devront être réservées. (Oui! oui! C'est cela!)

M. le Président : La proposition de M. Ferrus est appuyée, je vais la mettre aux voix.

27 membres votent pour l'ajournement, 28 pour la continuation de la lecture, sauf réserve des conclusions d'application. En conséquence, M. Prus a la parole.

Quatrième partie. — Quelle est la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste?

Ou, en d'autres termes, combien de temps la peste peut-elle rester cachée dans un individu infecté, avant de se manifester par des symptômes plus ou moins évidents?

L'incubation de la peste est très-variable, suivant la période de l'épidémie et suivant d'autres influences moins puissantes. Toutefois, ces variations sont restreintes dans certaines limites. Ce sont ces limites qu'il nous importe de connaître; car ce sont elles qui règlent logiquement la durée des quarantaines.

Tous les observateurs reconnaissent que, quand une épidémie pestilentielle commence dans une ville, l'incubation de la peste est souvent extrêmement courte. De là ces pestes comme foudroyantes, dont l'attention des auteurs a été frappée; de là ces pestes mortelles en quelques heures, en quelques minutes.

Dans la seconde période de l'épidémie, la durée ordinaire de l'incubation est de trois à cinq jours.

Cette durée est la même dans la troisième période.

Sur ces trois points, il n'y a pas de désaccord. Les dissidences n'ont lieu que quand il s'agit de déterminer la plus longue durée que l'on puisse admettre pour certaines incubations que nous appellerons exceptionnelles.

Les uns, et ceux-ci sont en très-grande majorité, assurent que le terme

de l'incubation ne dépasse jamais huit jours; les autres pensent qu'il peut se prolonger jusqu'à dix jours et même au delà, mais dans des circonstances très-rares.

Cherchons à établir la vérité, ou du moins la très-grande probabilité dans cette question.

Si un certain nombre d'individus, après s'être exposés, soit à l'action d'un foyer épidémique, soit à l'infection miasmatique, sont bien isolés, dans un local convenable, et si aucun d'eux ne manifeste la maladie au delà d'un laps de temps déterminé, on sera en droit de tirer la conséquence que l'incubation de la peste n'a duré, chez aucun des compromis, au delà de ce terme.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 1831, a consigné, dans un mémoire qui vous a été adressé, les précieux résultats de son expérience à cet égard.

« Dans le courant de plusieurs années, dit-il, quelques milliers de personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition, furent condamnées à subir une quarantaine d'observation de six jours, pour avoir été compromises avec des pestiférés. La maladie, chez beaucoup d'entre elles, s'est déclarée pendant leur isolement, mais jamais au delà de six jours. C'est une observation, ajoute M. Grassi, que j'ai faite avec beaucoup de vigilance. »

Pour se faire une idée du nombre de faits sur lesquels repose la conclusion de M. Grassi, il suffira de savoir que, d'après un état que nous avons en ce moment sous les yeux, 5,240 compromis ont été admis dans le lazaret d'Alexandrie depuis le 1er janvier 1840 jusqu'au 1er janvier 1843.

D'autres observations, recueillies dans des circonstances différentes, confirment pleinement le résultat indiqué.

M. Grassi s'est assuré que parmi la multitude d'habitants du Caire qui ont quitté cette ville pendant l'épidémie de 1835, pour se rendre dans la Haute-Égypte, où la peste ne régnait pas, un certain nombre a eu la peste, mais jamais plus de huit jours après le départ du Caire.

Nous avons déjà eu occasion de dire que dans cette même épidémie de 1835, Alexandrie d'abord, et le Caire ensuite, furent assez longtemps soumis à la constitution pestilentielle, alors qu'Abouzabel, situé à quatre lieues du Caire, n'éprouvait en aucune manière les effets auxquels étaient soumis ceux qui résidaient au milieu du foyer épidémique. MM. Duvigneau, Perron, Fischer et Seisson, alors professeurs de l'école de médecine d'Abouzabel, ont mis cette circonstance à profit pour étudier la durée de l'incubation de la peste.

Plusieurs individus qui étaient allés passer un jour ou même quelques heures au Caire sont revenus à Abouzabel, rapportant en eux la peste à l'état d'incubation. Jamais celle-ci n'a duré plus de six jours.

Que si maintenant nous jetons les yeux sur ce qui a lieu à bord des bâtiments venant de quitter les lieux ravagés par une épidémie pestilentielle, nous verrons que c'est toujours dans un délai de huit jours que se manifestent les pestes qui ont été importées à l'état d'incubation.

N'y a-t-il pas, messieurs, dans tous ces faits, une concordance vraiment remarquable et pouvant servir de guide aux administrateurs chargés de décider la durée des quarantaines?

Nous savons que l'on a cité quelques faits où l'incubation aurait dépassé la limite de huit et même de dix jours. Nous avons étudié ces faits avec soin, et nous ne croyons pas qu'ils puissent être acceptés comme vrais dans le sens où on les a produits. On n'a pas tenu compte de l'action épidémique; on n'a pas tenu compte de l'infection miasmatique qui, dans tous les endroits où l'air ne circule pas librement, dans un navire, par exemple, joue un rôle qu'il faut apprécier. Quand, après avoir eu un plus ou moins grand nombre de pestiférés à bord, un bâtiment devient foyer d'infection, ceux qui résident dans ce foyer, ceux qui respirent cet air vicié, peuvent contracter et contractent souvent la peste à des intervalles plus ou moins rapprochés, plus ou moins éloignés. Il est bien clair que, dans ces cas, des matelots et des passagers peuvent être frappés à quinze, à vingt, à trente jours et plus les uns des autres, sans qu'on puisse inférer de là que l'incubation a eu une durée supérieure à six ou huit jours. On ignore, en effet, quand les miasmes pestilentiels ont agi sur ceux qui les ont absorbés, de manière à déterminer le développement de la maladie.

En résumé, s'il est vrai de dire qu'on ne pourrait sans témérité assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, on peut cependant assurer, d'après l'étude des faits connus, et en les interprétant à l'aide de toutes les données de la science, que rien n'autorise à penser que cette incubation dépasse huit jours. Telle est notre conclusion.

Conclusions. — 1° On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

2° Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale.

3° Toutes ces conditions se trouvant réunies, chaque année, dans la Basse-Égypte, la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit presque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

4° L'absence dans l'ancienne Égypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps qu'une administration éclairée et vigilante et une bonne police sanitaire ont lutté victorieusement contre les causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

5° L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire du Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

6° La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses, et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes semblent une garantie suffisante contre le développement spontané de la peste.

7° Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

8° Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

9° La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre d'individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux maladies épidémiques.

10° La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air, et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

11° L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques; l'inoculation de la sérosité prise dans le phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation.

12° Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés; et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

13° Des faits, en très-grand nombre, prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable, et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

14° La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée.

15° La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés.

16° Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

17° Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

18° Il n'est pas constaté que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés.

19° Il n'est nullement établi que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

20° La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

21° L'étude des moyens à l'aide desquels on cherche à détruire le principe pestilentiel qu'on suppose contenu dans des hardes, des vêtements ou des marchandises, est et sera complétement sans objet tant qu'on n'y aura pas démontré la présence de ce principe.

22° La peste peut se transmettre, hors des foyers épidémiques, par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

23° La peste est plus ou moins transmissible, suivant l'intensité de l'épidémie, suivant que celle-ci est dans sa première, sa seconde ou sa troisième période, suivant, enfin, les dispositions organiques des individus soumis à l'action des miasmes pestilentiels.

24° Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle qui transmettent la maladie.

25° Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir déterminer des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie.

26° Les foyers d'infection pestilentielle peuvent persister après l'enlèvement des pestiférés.

27° Les foyers d'infection, une fois formés à bord d'un navire par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés, même à de grandes distances. On les a vus trop souvent acquérir une intensité redoutable sur des bâtiments encombrés de troupes ou de pèlerins.

28° Les foyers mobiles ne peuvent devenir la cause de foyers secondaires, et par suite d'une grande propagation de la maladie, que s'ils rencontrent dans les pays où ils sont transportés les conditions nécessaires au développement de la peste.

29° Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois à cinq jours; la durée de cette incubation ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours.

30° Quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés à subir d'abord l'influence de la constitution pestilentielle, et ensuite l'influence des malades.

L'isolement, qui ne préserve pas de la première, préserve de la seconde.

En dehors des foyers épidémiques, dont les limites sont ordinairement faciles à déterminer, l'influence de la constitution pestilentielle est nulle.

L'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule.

L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger.

DIGESTION.

M. Bernard (de Villefranche) lit un travail sur la digestion. (C'est le travail qui a été communiqué hier à l'Académie des sciences, et dont nous avons reproduit plus haut les principaux passages.)

LITHOTRIBE A MORS PLEINS POUR LA PULVÉRISATION PAR PERCUSSION.

M. Leroy-d'Étiolles écrit à l'Académie pour motiver l'interpellation adressée par lui à M. Mercier à la fin de la dernière séance. Sachant que ce médecin avait mis il y a peu de jours, sous les yeux de la Société anatomique, un instrument argement fenêtré dans une moitié au moins de sa longueur, et le voyant présenter à l'Académie un autre instrument s'éloignant de la forme du précédent pour se rapprocher de celui que M. Leroy faisait exécuter il y a trois semaines dans les ateliers de M. Charrière, il en a témoigné son étonnement. Le but des deux auteurs ne paraît pas, au surplus, être le même : M. Mercier s'est préoccupé de prévenir l'empâtement des mors du brise-pierre en élargissant la fenêtre placée près du talon des branches, tandis que l'instrument de M. Leroy-d'Étiolles, formé de deux mâchoires pleines, cannelées suivant leur longueur, est un pulvérisateur agissant par percussion.

Une lettre de M. Charrière, écrite sur la demande de M. Leroy, précise les époques auxquelles les trois instruments lui ont été demandés. Deux de ces instruments, le premier, modèle de M. Mercier, et celui de M. Leroy-d'Étiolles, sont déposés sur le bureau comme termes de comparaison.

NOMINATION D'UN MEMBRE DU CONSEIL.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre du conseil d'administration, en remplacement de M. Delens.

Les membres présents prenant part au vote sont au nombre de 56. Majorité, 29.

M. Jobert obtient au premier tour	27	suffrages.
M. Velpeau	15	—
M. Poirson	5	—
M. Nacquart	4	—
M. Castel	2	—
M. Bourdon	2	—
M. Jolly	1	—

Il n'y a point de majorité, on procède à un second tour. Votants, 45; majorité, 23.

M. Jobert obtient au second tour	26	suffrages.
M. Velpeau	16	—

En conséquence, M. Jobert est nommé membre du conseil.

COMMISSIONS DES PRIX.

L'Académie procède à la nomination, au scrutin, des membres devant former es quatre commissions des prix, savoir : prix Itard, prix Civrieux, prix Portal et prix de l'Académie.

Les membres nommés sont :

Pour le prix Itard : MM. Bousquet, Jourdan, Laugier, Honoré et Roche.

Pour le prix Civrieux : MM. Prus, Jolly, Rochoux, Gerdy et Guéneau de Mussy.

Pour le prix Portal : MM. Cruveilhier, Cornac, Velpeau, Rayer et Longet.

Pour le prix de l'Académie : MM. Martin-Solon, Bricheteau, Caventou, Ferrus et Louis.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA GUÉRISON DE LA MORVE.

On sait généralement combien est dangereuse cette terrible maladie, qui fait annuellement de nombreuses victimes non-seulement parmi les malheureux qui pansent les chevaux, mais encore parmi les chirurgiens et gens de l'art. Jusqu'ici le mal avait paru sans remède; espérons qu'il n'en sera bientôt plus ainsi, d'après ce que nous écrit notre correspondant de Beaujeu, et que nous nous empressons de publier comme nouvelle du plus grand intérêt.

M. Garnier, vétérinaire instruit, ancien élève de l'école de Lyon, établi à Beaujeu (Rhône) depuis plusieurs années, paraît avoir, après beaucoup de recherches, trouvé le moyen de guérir la morve. Un riche propriétaire des environs venait de faire abattre un cheval atteint de cette maladie; il avait un autre cheval atteint également de la morve au plus haut degré, qui allait subir le même sort, lorsque M. Garnier a offert de le traiter. Le propriétaire a abandonné son cheval, déjà condamné, à M. Garnier qui l'a séquestré dans une écurie de campagne, où il l'a soumis à un traitement énergique, non sans danger pour l'opérateur malgré son habileté. Huit jours après, l'écoulement avait cessé, les ulcérations de la membrane pituitaire étaient cicatrisées, enfin tous les symptômes caractéristiques de la morve avaient disparu. Le traitement a duré six semaines, et aujourd'hui la morve est remplacée par un simple catarrhe nasal, qui n'empêche aucunement le cheval traité de reprendre ses travaux et de faire quatre à cinq lieues tous les jours; plusieurs personnes qui ont suivi le traitement pourraient l'attester.

L'auteur de cette note est un témoin oculaire. Il faut ajouter qu'avec le même traitement un succès complet a été obtenu sur le cheval d'un meunier, atteint d'un catarrhe nasal seulement; la guérison est radicale.

Encouragé par cet heureux résultat, M. Garnier veut continuer ses essais un peu plus en grand ; il se propose de réunir à la porte de Beaujeu plusieurs chevaux morveux, et de les traiter par la même méthode qui lui a si bien réussi.

Dans l'intérêt général, il conviendrait que M. Garnier fît connaître son mode de traitement soit aux autorités administratives, soit à l'Académie des sciences. Sans doute le gouvernement s'empresserait de donner à M. Garnier une juste indemnité en récompense de ses recherches et essais coûteux, afin que tout le monde pût être en état de profiter d'une découverte si utile à l'humanité, désormais à l'abri de la contagion communiquée par le cheval. En attendant, la publicité que nous donnons à l'invention d'un remède efficace contre la morve, assurera les droits de M. Garnier qui prendra date dès aujourd'hui.

Nous avons lieu d'espérer que celui de nos honorables correspondants par lequel cette note nous est transmise, nous mettra bientôt à même de publier avec tous ses développements une découverte si impatiemment attendue, et qui a jusqu'ici échappé aux recherches des vétérinaires ainsi que des médecins.

EMPLOI DU TABAC CONTRE LE PRURIGO.

M. G. French se sert avec succès, depuis deux ans, de lotions sur la peau avec une infusion de feuilles de tabac, pour calmer les démangeaisons si pénibles que cause le prurigo. La proportion est d'une drachme de tabac pour une demi-pinte d'eau bouillante. — Il a vu ce remède procurer du soulagement dans un cas où les lotions avec l'eau étendue d'acide prussique avaient perdu toute efficacité. (London medical gazette, 1845.)

TRAITEMENT DU PRURIT DE LA VULVE.

M. Meigs ayant été souvent consulté pour cette incommodité, surtout par des femmes enceintes, s'est toujours bien trouvé de la prescription suivante :

Prenez :	Borate de soude	16 grammes.
	Sulfate de morphine	3 décigr.
	Eau distillée de roses	250 grammes.
	Mêlez selon l'art.	

La malade doit commencer par laver les parties affectées avec de l'eau de savon tiède; elle les essuie ensuite soigneusement. Elle fait alors la lotion avec une éponge ou un linge imbibé de la mixture ci-dessus. — Cette application topique se répète trois fois par jour.

M. Meigs n'a jamais eu besoin d'ordonner d'autre remède.

(London med. gaz., 1845.)

REMÈDE CONTRE L'HYDROPHOBIE.

Dans l'un de nos précédents numéros, nous avons entretenu nos lecteurs d'un remède nouveau contre la rage dont il a été fait quelque bruit en Italie et que plusieurs vétérinaires expérimentent en ce moment à Lyon. Nous trouvons dans un journal italien (Giornale delle scienze mediche di Torino, Febbraio, 1846) des détails sur la préparation et le mode d'administration de ce médicament, que nous nous empressons de porter à la connaissance du public médical. Voici la composition et la préparation de ce remède.

Prenez :	Asclépiade (asclepias vincitoxicum).	6 drachmes
	Écorce de sorbier (cratægna terminalis) prise sur les branches les plus jeunes	2 —
	Et la partie la plus intérieure ou le cœur de jeunes gousses d'ail.	

Le tout se met ensemble dans un vase contenant environ une demi-pinte et que l'on remplit d'eau. On laisse ainsi le vase pendant douze heures, puis on y fixe le couvercle et on le place devant le feu; et après la première ébullition on le laisse à un feu modéré, ayant le soin que la vapeur ne soulève pas le couvercle et que le mélange ne bouille pas. Finalement on enlève la décoction du feu, et on la transvase pendant qu'elle est encore chaude. On la fait prendre tiède.

Cette décoction n'est bonne que pour un jour; il faut en faire chaque jour une nouvelle.

MODE D'ADMINISTRATION DU REMÈDE. — La dose pour une personne adulte est de cinq cuillerées à bouche, tandis que pour des enfants elle doit être d'une cuillerée à trois et demie au plus, suivant l'état du malade. Ordinairement on ne prend ce remède qu'une fois le jour, le matin à jeun. La préparation du remède doit être commencée la veille du jour où il doit être administré, de cinq à six heures du soir, les substances devant rester en infusion pendant douze heures et être soumises à la coction pendant plus d'une heure. A ceux qui le désirent, Kowath donne le remède deux fois par jour, matin et soir; mais, dans ce cas, la dose du soir sera d'une cuillerée moindre; mais il croit que c'est inutile. Quand on sait quel jour la personne a été mordue par un animal enragé, il administre alors le remède après autant de jours qu'il s'en est écoulé depuis la morsure. « Si, par exemple, dit l'auteur, mon chien a été mordu par un animal enragé le septième jour après que la rage s'est manifestée, et s'il me mord aujourd'hui, je devrai prendre le remède d'aujourd'hui à sept jours. » Si, au contraire, comme cela arrive le plus ordinairement, on ne sait pas depuis combien de jours la rage s'était développée chez l'animal qui a fait la morsure, Kowath administre le remède à dater du neuvième jour de la morsure.

Néanmoins, si la personne qui a été mordue témoigne de l'inquiétude, il conseille de l'administrer dès le troisième jour et de répéter la dose pendant six jours. Du reste, il assure, d'après une expérience de plusieurs années, qu'il n'est pas nécessaire de prendre le remède avant qu'il se soit manifesté des symptômes qui indiquent que la rage est imminente, et qu'en commençant seulement alors à le prendre, il opère beaucoup plus sûrement; aussi l'administre-t-il presque toujours de cette manière. Ce remède occasionne tout au plus un peu de malaise, et chez les enfants il peut produire quelquefois aussi des vomissements.

Kowath prête peu d'attention à la plaie qui résulte de la morsure d'un animal enragé. Il considère comme une chose opportune, mais non point nécessaire, de maintenir la plaie en suppuration ou de la brûler. Chez la plupart des personnes qui ont guéri, la plaie s'est réunie.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR LES FOMENTATIONS ALCOOLIQUES.

Les injections vineuses et les injections iodées ont fait force bruit naguère, et il a été dépensé bien des arguments pour soutenir l'une et l'autre méthode. Voici venir une troisième méthode qui réduirait à néant tout ce bruit et qui mettrait d'accord les partisans du vin et ceux de l'iode, s'il faut en croire ce qu'on rapporte. Cette méthode, dit M. le docteur Pleindoux, de Nîmes, son promoteur, moins pénible à mettre en pratique, moins douloureuse et tout aussi sûre que celle des injections, guérit radicalement sans aucune souffrance et sans aucune perte de temps pour le malade, qui n'est pas obligé de garder le lit un seul jour, et elle est de plus d'une innocuité parfaite. Elle consiste tout simplement à faire des fomentations alcooliques autour du scrotum. Voici le fait qui a mis sur la voie de l'emploi d'un moyen aussi simple.

Un propriétaire, marchand de vin de Nîmes, portant depuis longtemps, au côté gauche du scrotum, une hydrocèle très-considérable, vint consulter M. Pleindoux, et par des motifs particuliers inutiles à rappeler, réclama de ce chirurgien le traitement palliatif. La ponction fut pratiquée (le 11 octobre 1844), on retira plus d'un demi-litre d'eau. L'hydrocèle ne tarda pas à se reproduire; neuf mois après, on pratiqua une seconde ponction simplement évacuative comme la première. Il vint dans la pensée au malade, après cette ponction, de s'entourer le scrotum d'une grande compresse pliée en quatre doubles et trempée dans l'alcool à 30 degrés (ce qu'on appelle dans le pays du 3/6). Cette application, soutenue en place par un suspensoir, était renouvelée tous les soirs. Ses premiers effets furent de faire fortement revenir sur lui-même le scrotum; le malade n'en éprouvait d'autre sensation qu'une légère froidure qui ne durait que quelques minutes. Ces fomentations furent continuées pendant 40 jours. Le malade a été parfaitement débarrassé de son hydrocèle; depuis huit mois la guérison ne s'est pas démentie.

Témoin de ce fait, M. Pleindoux ne tarda pas à en faire l'application à la première occasion qui s'en présenta, et il en est maintenant, dit-il, à son quatrième succès.

EMPLOI DE L'HUILE DE CADE OU DE GENÉVRIER DANS LES AFFECTIONS ECZÉMATEUSES ET DANS L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

L'huile de cade, que l'on prépare dans le midi de la France par la distillation du bois de genévrier, est un médicament populaire dont on fait depuis longtemps un fréquent usage dans quelques contrées. M. Serre, d'Alais, témoin des bons effets de cette substance dans un assez grand nombre de circonstances, a voulu la soumettre à une expérimentation régulière, et les résultats qu'il en a obtenus lui ont inspiré l'idée de chercher à réhabiliter cet agent thérapeutique et d'en régulariser l'emploi.

Cette huile, d'une odeur forte, résineuse, analogue à celle du goudron, d'une saveur âcre, caustique, mise sur la peau saine, ne provoque ni douleur ni démangeaisons. Appliquée sur les muqueuses non enflammées, l'irritation est presque nulle; sur la peau et les muqueuses enflammées, son application est parfois accompagnée d'une cuisson légère, mais de très-courte durée; sur les parties ulcérées, cette cuisson est un peu plus forte, mais elle ne dure pas davantage.

Les premiers essais de M. Serre ont porté sur la gale. D'après le nombre de guérisons qu'il a obtenues, l'emploi de cette huile est devenu son unique méthode dans le traitement de cette affection. Trois ou quatre frictions suffisent le plus ordinairement pour faire disparaître la maladie lorsqu'elle est récente. Lorsque la gale est invétérée et qu'il s'y joint un état eczémateux avec suintement, il a encore réussi à guérir par l'huile de cade, quand tous les traitements avaient échoué.

M. Serre signale une particularité fort remarquable : c'est la formation d'une pellicule analogue à l'épiderme par l'action de l'huile de cade. Cette pellicule se forme du quatrième au cinquième jour sur les parties eczémateuses ointes d'huile; elle est lisse et presque transparente. Du cinquième au sixième jour cette pellicule se casse, et tombe du neuvième au dixième jour, laissant voir la surface malade guérie ou en voie rapide de guérison.

C'est surtout contre les ophthalmies scrofuleuses que M. Serre a obtenu de bons effets de l'huile de cade, et c'est sur cette application plus particulièrement qu'il appelle l'attention des praticiens. Chez les adultes, il applique l'huile de cade pure sur la paupière inférieure; une application tous les deux jours suffit pour ce traitement. Chez les enfants, il n'a jamais eu besoin de porter le remède sur l'œil ou sur les paupières pour guérir les ophthalmies les plus opiniâtres; de simples onctions sur le front, les tempes, les pommettes et extérieurement sur les paupières, ont le plus souvent suffi pour amener la guérison. Dans quelques cas, il a activé les résultats par l'introduction d'une goutte d'huile de cade dans chaque narine.

Si la guérison ou une amélioration tellement notable qu'on puisse l'espérer prochaine ne sont pas obtenues au bout du cinquième ou sixième jour, l'on ne doit plus, suivant M. Serre, compter sur l'huile de cade, soit qu'elle s'adresse à une affection eczémateuse, soit à l'ophthalmie. Dans ce cas, il a recours aux bains de sublimé. M. Serre signale, à cette occasion, le singulier rapprochement qu'il a remarqué dans l'emploi de ces deux moyens : dans ces ophthalmies scrofuleuses anciennes et rebelles qui ont résisté aux traitements les mieux entendus, lorsqu'il a échoué encore avec l'huile de cade, il a toujours réussi avec le bain de sublimé; et lorsqu'il a eu recours, d'abord sans succès, au bain de sublimé avant les onctions d'huile de cade, il a toujours triomphé en employant celle-ci.

EMPLOI DE L'ÉTAIN PORPHYRISÉ A HAUTES DOSES CONTRE LE TOENIA.

M. Sirus Pirondi rapporte dans la CLINIQUE DE MARSEILLE trois observations de guérison de tœnia par l'emploi de l'étain porphyrisé, qu'il croit pouvoir être substitué avantageusement à la racine de grenadin et à la fougère mâle.

Dans le premier cas, après cinq jours de traitement, pendant lequel on avait administré quatre prises d'étain porphyrisé, de 2 grammes chacune, par jour, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre, le malade vit disparaître complétement les douleurs qu'il ressentait à la région ombilicale; l'appétit était rétabli; les digestions se faisaient avec facilité; point d'envies de vomir, point d'altération ni de hoquet. Il n'y avait eu qu'une seule évacuation par jour; et dans toutes on peut constater de nombreux fragments de tœnia.

M. Pirondi prescrivit, dès le sixième jour, 15 grammes d'étain à prendre en cinq fois; et cette dose fut continuée pendant dix jours. On obtint, au bout de quarante-huit heures (huitième jour du traitement), des évacuations extrêmement abondantes, contenant de longs fragments de tœnia. Les évacuations alvines continuèrent d'être assez copieuses, même après la cessation du remède; mais on n'y vit plus la moindre trace de tœnia. Depuis deux ans que date cette observation, la personne qui en fait le sujet n'a plus rien ressenti qui puisse faire craindre la reproduction de l'entozoaire.

Les deux autres cas que rapporte l'auteur l'autorisent également à penser que la guérison qu'il a obtenue par l'emploi de ce même moyen ne sera pas moins durable. Ils ne diffèrent du premier que par la dose à laquelle le médicament a été employé, et par les effets qu'il a produits. Chez le second malade, l'étain porphyrisé a été administré à la dose de 6 grammes par jour, en trois fois, pendant dix jours (c'était une jeune fille de 12 ans). Le troisième était un homme fort et robuste, de 45 ans; l'étain fut donné à la dose de 20 grammes par jour, en quatre prises administrées de trois en trois heures. La dose ayant été portée à 30 grammes par jour, il s'ensuivit, pendant deux jours, de copieuses évacuations suivies d'une grande débilité qui obligèrent à suspendre l'emploi du remède. Au bout de quatorze mois, le malade ayant rendu encore quelques fragments de tœnia, M. Pirondi prescrivit 4 grammes d'étain en trois prises, pendant une semaine. Dix jours après la cessation du remède, qui n'avait produit cette fois que des évacuations ordinaires, le malade rendit quelques pelotons de tœnia. Depuis lors, il n'y a pas eu d'autre récidive.

EAU VERTE PURGATIVE DE MONTMIRAIL.

On a découvert récemment dans le voisinage des eaux sulfureuses de Montmirail, près Vaqueiras (Vaucluse), une source qui fournit une eau verte douée de propriétés purgatives énergiques. Voici, d'après une note consignée par M. F. Boudet dans le JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, les propriétés physiques et la composition chimique de cette eau.

L'eau verte est limpide, mais elle offre une teinte verdâtre; sa saveur est légèrement amère, sa température 16°,50. Elle fournit à l'analyse les résultats suivants :

Eau verte	1 litre.	
Bicarbonate calcique	0 gr.	05
— sodique	2	40
— magnésique	1	10
Chlorure magnésique	5	50
Sulfate sodique	6	90
Acide silicique	0	07
Matières organiques	0	04
Total	16	06

Cette eau paraîtrait purger plus sûrement que l'eau de Sedlitz, bien qu'elle contienne une proportion de sels moitié moindre, et elle serait plus facilement supportée par l'estomac et moins désagréable à prendre. Plusieurs médecins s'occupent en ce moment d'en apprécier les effets thérapeutiques.

NOUVEAUX MÉDICAMENTS BRÉSILIENS.

M. Guibourt a présenté à la Société de pharmacie de Paris un certain nombre de médicaments brésiliens qui lui ont été envoyés de Fernambouc par M. le docteur Gaëtano Ambrosini ; ce sont :

1° Une écorce de *guarea purgans* (Saint-Hilaire), *vulgò gitò*, fam. des méliacés. Cette écorce est purgative et anthelmintique; elle stimule la matrice; à haute dose, elle est abortive.

2° Fruit de l'*andira anthelmintica*, Benth., *vulgò angelin amargoso*. La semence passe pour un anthelmintique très-actif.

3° Fruit du *momordica operculata*, L., *vulgò Bacha de Paulistas, o purga de Saão Paes*. Émétique et purgatif à petites doses; poison violent à hautes doses. Le principe actif étant très-soluble dans l'eau, on fait l'infusion à froid.

4° Semences d'une autre cucurbitacée inconnue, douées d'une amertume excessive et possédant une propriété purgative et émétique très-marquée.

5° Semences de *ginderoba* ou *nhandiroba*, très-huileuses, purgatives et émétiques.

6° Semences de l'*ionidium ipecacuanha*, ou *ipecacuanha branca*.

7° Gomme de *pithecolobium gummiferum*, *vulgò gitò*, fam. des mimosées, usitée comme astringente dans l'hémoptysie.

8° Fécule de la racine tubéreuse de *pipostegia pisonis*; purgatif actif.

FORMATION DE L'HUILE VOLATILE DANS LES PLANTES ANTISCORBUTIQUES SÈCHES.

Il est généralement admis depuis longtemps par les pharmacologistes que, par la dessiccation, les plantes antiscorbutiques perdent toute leur vertu médicinale, laquelle réside, comme on le sait, pour la majeure partie dans une huile volatile âcre et sulfurée. M. Lepage, pharmacien à Gisors, dans un travail important consigné dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, fait connaître le résultat d'une série d'expériences qu'il a instituées pour rechercher si l'on ne pourrait pas, par la distillation, extraire ce principe actif des plantes sèches, et il croit être parvenu à démontrer que si, dans un temps, plusieurs observateurs ont reconnu que les plantes sèches en question ne donnent à la distillation avec l'eau, qu'un produit insipide et fade; cela tient à ce qu'ils ont opéré dans des conditions défavorables. Il est parvenu effectivement à obtenir, avec les plantes antiscorbutiques sèches, les médicaments dont ces plantes sont la base à l'état récent. Il serait beaucoup trop long de rapporter ici ces expériences, nous nous bornerons à citer les principales conclusions par lesquelles M. Lepage termine son mémoire. Il résulte des faits et des expériences qui y sont consignés :

1° Qu'en soumettant les plantes antiscorbutiques sèches à la distillation avec de l'eau, mais sous une macération préalable dans ce liquide *froid*, on n'obtient véritablement que des hydrolates d'odeur fade et à peu près sans valeur;

2° Que les mêmes plantes nouvellement séchées, soumises à une macération préalable dans l'eau *froide* avant de procéder à la distillation, donnent des hydrolates *laiteux* d'odeur piquante, en tout semblables à ceux obtenus avec ces plantes employées récentes.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS, AVEC PLANCHES EXPLICATIVES INTERCALÉES DANS LE TEXTE; par M. CH. SÉDILLOT. — Un très-fort volume in-8°. Paris, 1839-1846; chez Fortin, Masson et Cᵉ, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 1.

En annonçant à nos lecteurs un nouveau traité de médecine opératoire, nous sommes naturellement amené à nous demander avec eux d'où nous vient, depuis quelques années, cette profusion sans cesse renaissante de publications sur la même matière. Après les traités de Sabatier, Sanson et Bégin, celui de M. Velpeau, puis les différents manuels, enfin le livre de M. Lisfranc, celui de M. Sédillot, sans préjudice du précis (sous presse) de M. Lenoir, voilà, on en conviendra, une assez riche moisson pour la première moitié, à peine expirée, de ce siècle. Ce n'est pas tout : tous les ouvrages récents de pathologie externe traitent à la fois et des maladies et des opérations qui leur conviennent. L'exemple donné par J.-L. Petit a été largement suivi dans ces derniers temps; et lorsque deux auteurs s'associent pour composer ensemble un traité complet de médecine et de chirurgie, ce n'est jamais, on l'a vu plus d'une fois, le chirurgien qui a manqué à l'appel ou qui s'est trouvé en retard d'un jour. Où se renouvelle donc cette intarissable fécondité? Serait-ce que la pratique des opérations s'est plus généralement répandue dans le peuple des médecins, et n'existerait-il plus aujourd'hui, comme autrefois, de sommités chirurgicales s'illustrant et s'enrichissant à l'envi de ce monopole? Cette branche de la science accomplit-elle de si rapides progrès que sa récolte de deux ou trois années suffise maintenant à remplir un ouvrage spécial? Enfin tant de nouveaux livres sont-ils chacun l'expression d'un système, d'un enseignement, d'une doctrine caractérisée par quelques traits distinctifs...? Hélas! la cause de tout ce mouvement sur un seul point, de cette persévérante prédilection pour un sujet, ce semble, épuisé, nous ne la pressentons que trop. Il est malheureusement bien probable que ce qui, dans la chirurgie opératoire, attire si vivement les esprits, ce n'est ni son but élevé ni la haute gravité des problèmes qu'elle soulève. Tout y est positif, rigoureux, mathématique; c'en est assez pour qu'on se le figure simple, facile, assuré. On ambitionne le titre d'auteur! Où le conquérir plus aisément, pense-t-on, que dans une science dont les bases, le cadre, les données, les conclusions sont tracés d'avance; qui, réclamant à chaque pas l'œuvre de la main, relègue l'esprit au second plan; où enfin, grâce à l'abus encore tout saignant des *procédés de l'auteur*, l'écrivain sait aujourd'hui qu'on l'accueillera d'autant mieux qu'il aura plus soigneusement effacé sa personnalité? On comprend que pour beaucoup l'occasion soit vraiment tentante; ne nous étonnons donc plus si beaucoup ont succombé et succombent encore.

Ces réflexions sont pénibles; quel que soit cependant celui à qui le lecteur en veuille faire l'application, nous ne les désavouerons pas. Ainsi, malgré tout notre regret de lui fournir, par la circonstance qui nous les a suggérées, le sujet d'un jugement peut-être plus défavorable que nous ne l'eussions voulu, nous ne saurions en rétracter un seul mot. Certes, M. Sédillot est trop bien placé dans la science, il s'est fait par lui-même une position trop honorable, pour qu'on puisse un moment mettre en doute la légitimité de ses prétentions toutes les fois qu'il voudra sérieusement s'occuper de l'art qu'il n'a cessé d'enrichir de ses travaux. Et toutefois, nous

sommes forcé de confesser que ces pensées nous sont venues sous l'impression de la lecture de son présent ouvrage. Son esprit si lucide aurait-il vu et par suite voulu faire la médecine opératoire plus simple qu'elle ne l'est réellement? S'est-il trouvé victime lui-même d'une méthode d'exposition adoptée trop précipitamment, et qu'il n'a pas voulu abandonner ensuite? Nous ne savons; mais toujours est-il que ce défaut général n'a pu nuire au développement d'une foule d'autres qualités. Un cadre trop resserré peut n'en pas moins contenir d'excellentes choses, et il ne serait peut-être pas juste d'appliquer dans toute sa rigueur à ce livre le jugement que nous n'avons pu retenir, mais que, dans l'intérêt de la vérité non moins que dans celui de l'auteur, nous demandons maintenant à expliquer et à motiver.

L'ouvrage de M. Sédillot comprend en un seul volume in-8° la médecine opératoire, la petite chirurgie, la description des bandages et appareils, plus 330 figures intercalées dans le texte. Quoique ce volume ait plus de 1,000 pages, on comprend aisément que de nombreuses omissions y étaient indispensables, et que l'auteur, renfermé volontairement dans d'aussi étroites limites, ne pouvait élever la prétention d'écrire un traité complet sous tous les rapports. Il a donc dû faire un choix, et c'est cette nécessité que le lecteur a particulièrement à déplorer; car, une fois posée et admise, on doit convenir que la manière dont ces éliminations forcées ont été accomplies ne pouvait guère être plus rationnelle. Ainsi sont bannis du cadre les recherches d'érudition, les débats de priorité, les modifications opératoires n'ayant d'autre valeur que celle qui se rattache à un intérêt de curiosité. L'anatomie dite chirurgicale y occupe, en tête de chaque chapitre, une place discrète, mais suffisante. Un mot sur les résultats de l'opération et quelques phrases d'appréciation terminent toujours la description. Quant au nombre des procédés cités, M. Sédillot a cherché à faire connaître tous ceux de quelque importance applicables aux accidents qui, par leur fréquence et l'urgence de leurs indications, commandent des opérations qu'on ne saurait retarder, tandis qu'il est entré dans moins de détails pour les affections qui, malgré leur extrême rareté, ont vu se multiplier d'une manière extraordinaire les méthodes et les procédés opératoires, ainsi qu'on l'observe pour quelques-unes des maladies des yeux.

Telles sont les abréviations que l'auteur était en droit d'exécuter, parce qu'elles n'ôtaient rien à la couleur pratique du livre, et ne portaient que sur des superfluités dont la présence dépare plus qu'elle ne les complète les meilleurs traités classiques. On ne devrait donc que des éloges à M. Sédillot s'il s'était borné à donner l'utile et courageux exemple de ces suppressions que, les faiseurs de manuels à part, nul n'avait encore osé tenter; mais il est d'autres économies, moins aisément justifiables, auxquelles il a été sans doute contraint par les bornes si resserrées de son cadre. Le style d'abord est à un haut degré concis et laconique, qualité assurément toujours louable en général, mais que pourtant, dans une foule de passages, le lecteur échangerait volontiers contre le défaut opposé. Ainsi, même pour l'exposé du manuel opératoire où cette précision apporte au langage une rigueur nécessaire, l'excès incessamment soutenu de ces formes mathématiques fatigue, stupéfie presque, et quoique atteignant en fait la clarté, donne tant de peine à l'esprit pour la découvrir, que souvent il préfère rester dans l'obscurité. Or l'auteur ne se rend-il pas en quelque sorte comptable des erreurs pratiques que pourrait amener ce défaut d'explications suffisantes? Un peu plus de laxité dans la diction, deux ou trois exemples, quelques répétitions même, s'il le faut, pour mieux graver un précepte capital, voilà comment procèdent les maîtres, ceux que le jeune chirurgien aime à méditer, non pas avant de répéter une opération à l'amphithéâtre, mais au moment de porter la main sur le vivant. Supposez, au contraire, un médecin, même instruit, placé en face d'un cas de spina-bifida, et n'ayant jamais (comme cela est très-fréquent) ni fait ni vu faire d'opération contre cette maladie. Il ouvre le livre de M. Sédillot, y cherche un procédé curatif, et ne trouve que les lignes suivantes : « Une incision elliptique est tracée à la base de la tumeur; aussitôt un flot de sérosité s'écoule, et l'opérateur met le doigt sur l'ouverture de communication, entre le sac et le canal vertébral, pour empêcher le contact de l'air avec la moelle. On affronte ensuite les lèvres de la plaie, et on les maintient affrontées au moyen de la suture entortillée. De petites compresses sont placées sous la pointe des épingles, et on met un bandage de corps. » Voici comment est décrit le procédé de M. Dubourg. Assurément on n'y saurait signaler aucune omission importante; mais, de bonne foi, quel médecin oserait, sur ces seules données, hasarder une opération aussi chanceuse? N'est-il pas une foule de points de détail sur lesquels son imagination devra nécessairement se mettre en frais d'invention? Et s'il ne rencontre pas juste, le guide sera-t-il excusable de l'avoir laissé égarer seul, après l'avoir détourné d'accepter d'autres conducteurs qui l'auraient au moins accompagné jusqu'au bout du chemin?... Cet exemple n'est pas le seul : nous en pourrions facilement citer d'aussi saillants dans l'exposé de l'extirpation de l'œil, de la circoncision, de l'excision des kystes ovariques, de la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale, etc. Dans presque toutes les autres descriptions, du reste, on retrouve à un plus ou moins haut degré ce laconisme; partout on voit que l'auteur s'est attaché à résumer en quelques phrases ce qui, chez les autres auteurs, remplit plusieurs pages.

La même préoccupation de brièveté se traduit encore par d'autres effets; et malheureusement, cette préoccupation s'alliant chez l'auteur à une connaissance solide et complète de tout ce qui a été fait, il résulte de cette immense richesse, forcément économe, et parfois économe jusqu'à l'avarice, de pénibles conséquences. M. Sédillot n'a rien voulu omettre, mais il craint à chaque pas de trop s'appesantir sur un point accessoire. De là, à tout instant, ces indications sommaires qui n'intéressent pas, se lisent à peine, n'apprennent rien en un mot si ce n'est peut-être que l'écrivain tenait pardessus tout à éviter le reproche d'omission. Ainsi, pour le procédé du séton dans la grenouillette : « Quelques faits prouvent qu'il peut réussir probablement en établissant deux ouvertures fistuleuses au moyen desquelles la salive prend son cours dans la bouche; » et c'est là tout. Au sujet des épanchements de sang dans l'abdomen : « Les épanchements sanguins circonscrits et stationnaires ont été bien étudiés par A. Petit. Ils se résorbent en général, mais dans le cas contraire ils peuvent être ouverts avec avantage au moyen de l'instrument tranchant; » et tout est dit. A quoi bon ces mentions si sommaires? Et quand, volontairement, on n'a que si peu de chose à dire, le silence ne serait-il pas le parti le plus convenable et le plus adroit?

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'*appréciation*, cette partie vitale, ce but suprême de la science des opérations, qui n'ait souffert de la méthode adoptée. Souvent l'auteur dogmatise et prononce là où il faudrait discuter et laisser juger. Il rend une sentence alors qu'on lui demande des considérants. Or, à notre époque et avec l'habitude si générale de soupçonner une erreur partout où l'on ne voit pas une démonstration, quels peuvent être le poids et l'autorité de pareils arrêts? Citons deux exemples : on connaît l'ingénieuse opération de l'entérotomie lombaire, si heureusement substituée par M. Amussat à l'ouverture du colon dans la région iliaque gauche. Des critiques plus ou moins désintéressées se sont élevées contre ce procédé. Voici comment M. Sédillot décide la question controversée : « La réhabilitation de la méthode de Callisen nous paraît justifiée par l'avantage de ne pas ouvrir le péritoine; mais où est cette grande prééminence qu'on croit être démontrée? Je crois, pour juger de pareilles questions, devoir attendre des faits plus nombreux et surtout mieux observés que ceux que possède la science. Jusque-là, tout en reconnaissant le grand talent développé dans cette circonstance par M. Amussat, on doit mettre en balance l'opinion de Sabatier, de Dupuytren, de MM. Velpeau, Goyrand, opinion qui est aussi celle que mon collègue, M. Marchal (de Calvi), a nettement formulée dans un article sur le premier mémoire de M. Amussat. M. Marchal s'est attaché, en outre, à faire ressortir l'incommodité plus grande d'un anus situé en arrière, comparativement à un anus situé en avant. » Ainsi, on rend justice au talent de M. Amussat, mais comme certaines opinions balancent la sienne, on conclut (sans dire le moins du monde sur quelles considérations se fondent ces opinions contraires), on conclut... qu'il faut attendre! — L'excision du col de l'utérus cancéreux doit-elle, peut-elle être pratiquée sûrement? La question est assez importante, elle se présente assez fréquemment, elle a été assez longuement débattue pour mériter, si ce n'est une réponse précise, au moins des explications un peu détaillées. Le médecin, jaloux de connaître l'avis de M. Sédillot avant de se décider pour ou contre, ouvre avec empressement son livre, et y lit ce qui suit : « Les résultats sont-ils favorables à cette opération? Après les succès proclamés par Osiander, par Dupuytren, par M. Lisfranc surtout, sont venues les informations de toute sorte. Osiander lui-même et Dupuytren ont fini par ne plus y avoir recours. M. Pauly particulièrement a incriminé avec beaucoup de vivacité les observations de M. Lisfranc. Nous pouvons conclure de ces faits que l'amputation du col est une opération assez dangereuse, dont les indications sont plus rares qu'on ne l'avait annoncé. » Pas un mot de plus : c'est au lecteur à prendre son parti. Nous le demanderons à M. Sédillot lui-même, aurait-il jamais, au temps de ses études, consenti à accepter comme arbitrage en dernier ressort un jugement aussi sommairement formulé?

Plusieurs exemples cependant démentent les conclusions trop absolues que l'on voudrait tirer de nos paroles. Ainsi l'on remarquera particulièrement la discussion sur l'opportunité du débridement dans les plaies par armes à feu, celle sur les indications du trépan, sur les amputations immédiates et secondaires, où les préceptes les plus judicieux sont étayés par l'exposé complet des raisons alléguées par les partisans de toutes les opinions. D'autres parties encore brillent par les mêmes qualités : tel est le chapitre fort méthodiquement traité des amputations, la classification établie d'après un nouveau principe entre les différentes espèces de resections, la description des diverses opérations d'autoplastie, etc., etc. — Nous devons aussi une mention spéciale aux procédés qui lui appartiennent en propre, procédés que la GAZETTE MÉDICALE a souvent saisi l'occasion d'annoncer

la première à ses lecteurs, mais dont on retrouvera ici avec plaisir la collection entière. Parmi eux se distinguent notamment un nouveau mode de ligature de la faciale, le procédé pour la désarticulation du second métacarpien, celui pour l'amputation partielle du pied à la méthode de Lisfranc, pour la manière de tailler le lambeau dans la désarticulation médico-tarsienne ou de Chopart, pour l'incision des téguments dans l'amputation circulaire de la jambe, pour le traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os incisif, etc., etc.

Une addition fort importante, réellement indispensable en médecine opératoire, est celle des figures intercalées dans le texte. « On sait, dit M. Sédillot, combien il est embarrassant et difficile de suivre sur les planches d'un atlas la lecture de l'ouvrage ; à chaque instant on est forcé de passer de l'un à l'autre et de multiplier les interruptions pour donner une égale attention aux descriptions de l'auteur et aux dessins qui les représent ; et cette espèce d'exercice devient en général si fatigant par l'attention soutenue et la perte de temps qu'il exige que l'on préfère presque toujours étudier l'ouvrage séparément et que l'atlas reste négligé. Il en est à peu près de même des planches réunies à la suite du texte, quoiqu'on les consulte déjà plus facilement. Cependant personne n'ignore combien le dessin offre de ressources pour démontrer d'un coup d'œil une foule de détails que la plume la plus exercée ne parvient pas toujours à décrire clairement en y consacrant plusieurs pages; et il est surtout d'une utilité incontestable lorsqu'il s'agit de faire connaître des instruments compliqués, des appareils et des bandages, des rapports d'anatomie chirurgicale et les temps les plus délicats des opérations. » Dans ces divers buts, M. Sédillot a su tirer le plus heureux parti des figures intercalées, procédé iconographique dont personne ne conteste la supériorité et que son exécution, en général si défectueuse, a seule fait rejeter par quelques auteurs. Il suffit de jeter au hasard les yeux sur la première page pour voir qu'ici le dessin marginal échappe complétement à ce reproche. Partout la représentation est aussi simple, aussi correcte qu'on le puisse désirer. En multipliant ces figures jusqu'au nombre de 330, l'auteur a pu réaliser en fait un bénéfice énorme de brièveté et de clarté ; au lieu de décrire l'objet, il le montre, et souvent un coup d'œil remplace avantageusement non-seulement une description mais une démonstration. La prééminence de ce système sur les atlas ressort à chaque page; dans telle articulation une apophyse a surtout besoin d'être évitée par le couteau de l'opérateur : à l'instant on peut constater le lieu qu'elle occupe, sa direction, son degré de saillie. — Un instrument compliqué nécessiterait plusieurs pages pour n'être bien souvent qu'à moitié compris; en en voyant le dessin à côté de sa description, l'esprit, allant de l'un à l'autre, a saisi le mécanisme avant d'être arrivé à la fin du paragraphe. — Vous voulez savoir, dans une amputation, quelle étendue il faut donner aux lambeaux? Une école qui se pique d'avoir monopolisé la précision vous répond par angles, sinus, centimètres et millimètres. Mais quoi! la même largeur convient-elle donc chez un individu maigre où il n'y a presque que l'os à recouvrir et chez cet athlète où les couches musculaires hypertrophiées doublent le diamètre du membre? Examinez la planche annexée en marge, et toute incertitude tombera en voyant, sur la nature même, tracées les limites que doit respecter votre couteau. On n'en finirait pas si l'on voulait donner par des exemples une idée des services que peut rendre à la vulgarisation des études solides ce système si simple de gravures placées à côté du texte. M. Sédillot paraît l'avoir compris comme nous, si l'on en juge par la fidélité et la perfection qu'il a su imposer aux artistes qui l'ont secondé dans ce point important de sa tâche.

Le plan qu'a suivi M. Sédillot entraîne des inconvénients nombreux, nous les avons indiqués; c'était notre devoir. Mais nous ne pourrions, sans injustice, passer sous silence les avantages qui en découlent. Par cela même, en effet, qu'il empêche d'insister sur un objet, il permet de les embrasser tous; aussi chercherait-on vainement à signaler dans ce livre l'oubli d'un article un peu important. On regrette, il est vrai, de ne pas rencontrer, dans le chapitre des pansements, le système déligatoire de M. Mayor, et à l'histoire des varices leur traitement par la cautérisation; mais le petit nombre des omissions que nous trouvons à relever montre assez que la critique cesserait d'être équitable si elle voulait faire considérer comme habitude ce qui ne peut passer que pour une exception extrêmement rare, presque impossible à éviter même avec les richesses innombrables, les conquêtes sans fin que tout auteur classique a aujourd'hui à cataloguer. En général, les plus légères opérations sont, dans cet ouvrage, l'objet d'une mention à part, mention extrêmement succincte, mais qui n'en prouve pas moins l'érudition étendue et les recherches multipliées qu'il a fallu à l'auteur pour remplir aussi scrupuleusement un cadre dont les dimensions s'accroissent de jour en jour. En parcourant ces chapitres, dont quelques-uns ressemblent à une énumération plutôt qu'à une description, on songe involontairement à l'heureux parti que, avec un peu plus d'espace, il eût pu tirer d'un canevas aussi méthodiquement disposé; et ce regret devient une espérance, presque un vœu, quand on pense à l'emploi qu'il en pourrait faire si, reconnaissant franchement les imperfections de son premier plan, il travaillait dès aujourd'hui selon nos conseils à une seconde édition véritablement refondue.

Le livre de M. Sédillot a été publié en quatre livraisons successives, et c'est encore là pour la critique un sujet d'embarras. Commencé en 1839, il ne s'est terminé qu'en 1846. Comme durant ces six années, la médecine opératoire a réalisé plus d'un perfectionnement important, lorsqu'on n'en trouve pas l'indication dans le texte, il est souvent assez difficile de décider si l'oubli est justement imputable à l'auteur, ou s'il n'est qu'une conséquence de l'époque à laquelle a été rédigée la partie où il se fait remarquer. Dans ce doute, on comprend que nous abstenir soit un impérieux devoir, et que nous ne devions pas même nous permettre de citer celles de ces omissions qui nous ont paru le plus frappantes. Mais si les progrès ultérieurs de la science peuvent à la rigueur servir de justification à certaines pages un peu rapidement écrites, à quelques jugements qui semblent s'infirmer mutuellement, il est d'autres variations de langage qui ne sauraient s'expliquer de la même manière. Un écrivain qui prend la plume pour guider les jeunes praticiens doit s'élever à la hauteur de sa mission, en dépouillant les petites passions qui imprimeraient à la balance dont il s'est fait dépositaire des oscillations capables de rendre ses arrêts suspects de partialité. Or, qu'il censure ses confrères ou qu'il fasse leur apologie, personne assurément n'a le droit de jeter un doute sur la sincérité de ses appréciations, quelque exagérées qu'elles puissent paraître dans l'un ou l'autre sens. Mais lorsque c'est la même pensée, la même doctrine, le même homme qui sert de texte à ces jugements divers, et qui supporte à deux années de distance l'éloge puis le blâme, alors l'on est peut-être autorisé à chercher dans l'interprétation des circonstances concomitantes ce qui a pu motiver chez le même auteur une telle différence d'avis à si courte date. Ce droit devient presque un devoir lorsqu'à la critique de l'homme se joint l'omission des méthodes et procédés que l'opinion publique a placés sous son nom, et que cette omission est assez générale pour qu'on la puisse croire calculée. Il importe alors à la science, il importe aux élèves, il importe à l'auteur lui-même que les causes véritables de sa conduite ne soient pas tenues secrètes, de peur que sa désapprobation ou son silence à l'égard de certaines opérations n'usurpent le crédit d'une appréciation scientifique, alors que l'origine réelle en est dans un dissentiment entièrement personnel. Nous ne demanderons donc pas à M. Sédillot pourquoi les procédés de M. J. Guérin, mentionnés longuement et avec éloge dans ses premières livraisons, ne sont plus tard rappelés que pour servir de texte à une critique presque dédaigneuse : il n'a point de compte à nous rendre au sujet de ce changement; et d'ailleurs, le motif n'en est peut-être pas plus difficile à pénétrer que celui pour lequel « le TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE *de M. Vidal* (*de Cassis*), » cité en ces termes dans l'introduction de la première partie, est devenu dans la même introduction réimprimée en 1846, à la fin de l'ouvrage, « l'*excellent* TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE de M. Vidal (de Cassis) ! » Mais ce dont ses lecteurs pourront avec raison se plaindre, c'est de voir sacrifier aux mêmes tendances les choses qu'ils ont le plus besoin de connaître, c'est de voir, par exemple, la méthode sous-cutanée tronquée et mutilée comme à dessein dans son exposé, sans qu'on puisse alléguer contre elle d'autre grief, si ce n'est que l'auteur ne compte point parmi ceux qu'il y ait en ce moment grand avantage à louer ou à défendre. C'est ainsi que sont passées sous silence les applications de la méthode, même faites par d'autres chirurgiens, telles que la symphyséotomie sous-cutanée de M. Carbonai, la myotomie palpébrale dans l'entropion par M. Neumann, l'extirpation dite sous-cutanée de la mâchoire inférieure par M. Signoroni (qui méritait au moins une mention); à plus forte raison sont omises les opérations décrites et exécutées par M. J. Guérin lui-même pour la section sous-cutanée du sphincter anal dans le cas de fissure, pour l'empyème, pour les scarifications des canaux herniaires dans le but d'obtenir la guérison radicale, etc. Du reste, la plupart de ces procédés ont aujourd'hui reçu dans la science leur droit de cité définitif; et comme ils ne l'ont conquis que grâce à l'épreuve clinique, il serait difficile à un homme, quelque haut placé qu'on le suppose, de les rayer de la médecine opératoire par le seul acte de sa volonté. Les regrets que nous exprimons ici n'ont donc en rien le caractère d'une réclamation. M. Sédillot peut croire au désintéressement parfait de nos conseils; et l'insistance même que nous y avons mis n'est qu'un gage de plus de l'intérêt particulier que nous portons à l'avenir et au perfectionnement de son livre.

P. D.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU RAPPORT SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

On a vu, dans notre premier article, sous quelles inspirations et dans quelles circonstances la grave question de la peste s'est trouvée soumise à l'examen et à la discussion de l'Académie de médecine. Les comptes rendus des séances ont déjà fait connaître à nos lecteurs dans quel esprit est conçu le rapport, et la solution qui a été donnée aux principales questions scientifiques permet d'apercevoir d'avance celle que devront recevoir les questions pratiques si impatiemment attendues. Après le travail si complet, si lucide et si consciencieusement élaboré de la commission, qui, pour éclairer sa religion, a eu devers elle les plus nombreux et les plus importants documents qui aient jamais pu être réunis jusqu'ici sur ce sujet, il semblera difficile et peut-être quelque peu téméraire de notre part d'ajouter quelque chose à des opinions si mûrement méditées. On voudra bien nous permettre cependant, avant d'examiner cet important travail, d'émettre sur le fond même de la question quelques réflexions qui nous aideront à en mieux apprécier la valeur.

Nous sommes déjà loin du temps où les mots contagion et non-contagion faisaient à eux seuls tout le fond de la question de la prophylaxie de la peste. Après d'interminables et stériles discussions qui, depuis plusieurs siècles, se reproduisaient à peu près inévitablement avec les mêmes faits et les mêmes arguments sans avancer d'un seul pas, on a fini par croire que la question pratique, celle qui intéresse directement l'accord de la santé publique avec les relations commerciales, pouvait se passer de cette solution. On en a dès lors déplacé les termes, et sans se préoccuper davantage de savoir quel est le mode de transmission de la peste, ou même si la peste est transmissible, on a proposé pour base d'un nouveau régime sanitaire la durée de la période d'incubation. Les faits ont à cet égard devancé la théorie; on sait en effet que c'est sur cette considération seule que repose la réforme adoptée par les gouvernements anglais et autrichien. C'est sous l'influence de cette idée dominante que l'Académie a été mise en demeure de formuler son opinion. L'Académie devait-elle accepter la question en ces termes? On se convaincra aisément, par la lecture des propositions qui résument le rapport, que tout en tenant grandement compte de ce point de vue, la commission n'a pas pensé qu'elle dût se renfermer dans un cercle aussi étroit. En supposant même, ce qu'il ne nous est pas permis de préjuger, qu'elle soit déterminée à prendre la période de l'incubation comme base de ses conclusions définitives, elle n'en a pas moins reconnu et consacré par le fait la nécessité d'examiner et de discuter tous les points qui sont relatifs au mode de transmissibilité de la peste. Comme corps savant, nous l'avons déjà dit, il appartenait à l'Académie d'approfondir le sujet, de l'embrasser dans toute sa généralité et de toucher à tous les points de fait et de doctrine qu'il soulève. Nous irons plus loin : nous croyons que pour la solution des points purement administratifs, l'examen du fait de la transmissibilité était indispensable. De ce qu'on en a agi autrement en d'autres lieux, ce n'est pas une raison pour qu'on doive imiter ici cet exemple, et pour que notre premier corps médical se croie obligé de décliner sa compétence; la difficulté d'une question ne saurait en justifier l'abandon. Le principe de l'incubation, que l'on propose comme une sorte de moyen terme implique d'ailleurs nécessairement la question dont on cherche à éluder les difficultés. De deux choses l'une : ou la peste est transmissible, ou elle ne l'est pas. Si elle n'est pas transmissible, à quoi bon des mesures sanitaires, même avec les restrictions qu'on propose? Si elle est transmissible, il ne suffirait pas d'être fixé sur la durée du temps au delà duquel la transmissibilité, dit-on, ne serait plus à craindre, car rien ne nous garantit que la fixation de cette période repose sur des données certaines et à l'abri de toutes variations; mais il faudrait encore, pour ne négliger aucun des éléments scientifiques susceptibles d'offrir toutes les garanties de sécurité désirables, chercher quel est le mode de transmission de la peste, à quel degré, dans quelles conditions, en quel temps et en quels lieux cette maladie est transmissible. De quelque côté qu'on envisage les choses, il est difficile de se soustraire à la nécessité d'examiner préalablement tout ce qui a trait à l'origine de la maladie et à son mode de propagation. Le fait de la contagion, ou, pour parler plus rigoureusement, de la transmission de la peste, est, quoi qu'on fasse, le point culminant du problème. C'est le point qu'il faut franchement, hardiment aborder.

Qu'on nous permette sur ce sujet quelques réflexions préliminaires générales qui s'appliquent à toutes les maladies contagieuses épidémiques.

On a dit que, pour traiter avec sûreté de tout ce qui se rattache à la peste, il ne fallait chercher des éléments de conviction que dans les faits relatifs à la peste, en d'autres termes, que la peste devait être étudiée exclusivement en elle-même. Ce précepte a été mis en pratique par le rapporteur de la commission, qui a élagué avec soin tout rapprochement, toute analogie qui eût pu jeter quelque confusion dans l'ensemble d'un travail où l'abondance des faits réclamait cette sobriété dans l'intérêt de l'ordre et de la méthode. Ici nous n'avons pas les mêmes motifs d'un semblable scrupule, et nous invoquerons plus d'une fois des rapprochements qui peuvent n'être pas sans utilité dans l'examen d'un fait qui est commun à un si grand nombre de maladies.

Avant de rechercher si une maladie est contagieuse ou non, n'est-il pas nécessaire de se faire une idée nette, précise, de ce que l'on doit entendre par le mot *contagion* pris dans son acception la plus générale, c'est-à-dire comme exprimant le fait de la transmissibilité d'une maladie d'un individu à un autre, quel que soit d'ailleurs le mode suivant lequel s'effectue cette transmission? — La contagion, nous l'avons dit souvent, et nous avons eu récemment l'occasion de le répéter à propos de la fièvre typhoïde, la contagion n'est point un fait absolu, constant, tellement inhérent à l'existence d'une maladie, que celle-ci ne puisse être qu'à cette condition. La contagion est, au contraire, dans la généralité des affections susceptibles de se communiquer, un fait relatif, contingent, et qui est subordonné à des conditions variables, plus ou moins difficiles à déterminer, mais qu'il est toujours possible de concevoir abstractivement et en dehors des conditions essentielles et inhérentes à la maladie. Il suffit de se représenter un instant toutes les maladies contagieuses connues pour voir combien le principe contagieux varie d'intensité, depuis les maladies à virus fixe qui se transmettent fatalement et d'une manière presque constante par le simple contact ou par inoculation, jusqu'à celles qui, pour devenir communicables, ont besoin du concours de certaines circonstances concomitantes et que l'on pourrait appeler aggravantes, telles que le rassemblement, l'encombrement, le défaut d'aération, etc. Le fait de la contagion ne varie pas seulement par le degré

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La peste à l'Académie. — Les candidats en quarantaine. — La souscription pour le monument à Bichat et les pharmaciens. — Nouvelle découverte en Angleterre contre la constipation. — Les cratères du soleil. — La matière animale du haricot. — Les pilules de M. Lapouye. — Nouvelle réclame du magnétisme. — Mémoire du philosophe Cratès. — Nouveau moyen de relever la profession médicale. — L'inconvénient de trop produire. — La culotte et le chirurgien.

— L'Académie n'a pas eu la peste dans la dernière séance, les conclusions n'ayant pas encore été parfaitement entendues et arrêtées entre les membres de la commission; mais tout fait présumer que cette période de rémission ne sera pas de longue durée et qu'une recrudescence se fera sentir à l'une des prochaines séances. Déjà même, des signes précurseurs assez inquiétants, comme certains petits papiers chargés de notes que notre œil perspicace a découverts devant deux ou trois orateurs infatigables, nous font craindre une recrudescence vive, aiguë et tant soit peu ataxique. Il faut espérer pourtant que cette perturbation passagère, ces mouvements internes dont la docte compagnie va être incessamment travaillée, finiront par une crise favorable et l'élaboration d'un projet louable et de bonne nature. *Ainsi soit-il.*

En attendant, l'Académie tient en quarantaine les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Tout en se disposant à demander un adoucissement de régime pour les marchandises débarquées à Marseille ou à Bordeaux, elle maintient dans toute sa rigueur le régime imposé aux candidatures débarquées à sa porte. L'Académie ne craint pas la peste; mais un futur collègue est à ses yeux une provenance dont on ne saurait trop scruter l'origine et l'état sanitaire. Dieu nous fasse la grâce de n'offenser personne! mais on peut bien dire que depuis le quatorzième siècle, époque de l'invention des lazarets, jusqu'à nos jours, de Trieste à Southampton et de la Méditerranée à l'Océan, jamais substance contumace, vieux cuivre, coton, laine, chanvre ou autre, n'a été plus scrupuleusement épiée dans son origine, ses rapports de toutes sortes, ses *contacts médiats* ou *immédiats*, plus fouillée, plus ballottée qu'un candidat à l'Académie de ...., à une académie quelconque. Le coton montre sa patente nette et tout le monde est aussitôt d'accord; mais le candidat, n'importe comment il s'y prenne, quelles qu'aient été ses relations, il lui est impossible de présenter une patente qui, nette pour celui-ci, ne soit suspecte ou même brute pour celui-là; d'où toutes sortes de difficultés et de désagréments. Il est cependant un bon moyen de les éviter, et nous le recommandons fort aux jeunes confrères déjà friands d'immortalité, c'est de n'avoir, jamais ni nulle part, de contact médiat ou immédiat avec qui ou quoi que ce soit.

Il y a encore un autre moyen (et nous ne le recommandons pas avec moins d'insistance), c'est de mourir. Quand Bichat vivait, la jalousie et la haine gron-

entre telles ou telles maladies, mais il varie encore dans la même maladie, et d'une manière très-évidente, suivant les lieux, les temps et les circonstances. Ainsi, parmi les maladies réputées le plus essentiellement contagieuses, il en est qui sont loin de l'être, de nos jours, au degré où elles l'ont été à une époque plus rapprochée de leur origine ou de leur importation. Toutes les maladies sont susceptibles de varier notablement dans leur degré de contagionabilité, suivant qu'elles existent à l'état sporadique ou à l'état épidémique. Celles enfin qui, dans les circonstances ordinaires, ne sont nullement susceptibles de se communiquer, acquièrent quelquefois cette propriété, à la manière des maladies le plus éminemment contagieuses, sous l'influence des causes particulières inconnues qui les constituent accidentellement à l'état d'épidémie. La sporadicité, l'endémicité, l'épidémicité, sont autant de circonstances qui apportent les plus notables influences et les plus grandes variations, soit dans le degré, soit dans l'existence même de la contagionabilité. Si, à côté de ces circonstances, nous plaçons les influences des climats et des constitutions atmosphériques, celles non moins puissantes des mœurs, des habitudes sociales et hygiéniques des différents peuples, n'avons-nous pas de nouveaux motifs d'insister sur ce point de vue qui nous paraît avoir été généralement trop négligé? N'est-ce pas pour avoir méconnu ces importantes distinctions qu'on a vu, depuis Fracastor, se perpétuer, sans aucun profit pour la science, ces interminables luttes entre les partisans et les adversaires absolus de la contagion? Si la contagion était envisagée sous son véritable point de vue, nous n'entendrions pas répéter encore de nos jours cette singulière proposition de Lassis, au sujet du typhus, que l'existence seule du genre humain est une preuve contre la contagion.

En appliquant ces principes à la peste, on est tout d'abord frappé d'une chose, c'est de l'impossibilité de résoudre la question de sa transmissibilité dans les termes où l'on semble avoir voulu persister à la maintenir jusqu'à présent. Loin d'être surpris qu'après de si longues et de si nombreuses recherches faites presque toutes dans cette préoccupation de la contagion ou de la non-contagion absolue, on ne soit arrivé à aucun résultat décisif, on aurait bien plus sujet de s'étonner, au contraire, qu'il en eût été autrement. Au lieu donc de se demander si la peste est ou non contagieuse, il fallait de toute nécessité sortir de ce cercle étroit où toute solution était impossible et multiplier les questions à résoudre en proportion des conditions multiples qui diversifient la manifestation de la maladie. Considérer la maladie dans les lieux où elle a pris naissance et où elle se perpétue depuis son origine d'une manière endémique; étudier les conditions de son développement spontané, la suivre hors des foyers d'endémicité dans les nombreuses invasions qu'elle a faites en Europe; voir si, dans les lieux et dans les temps où se sont montrées ces diverses invasions, les conditions hygiéniques locales ne rapprochaient point les pays momentanément envahis des conditions où se trouvent les foyers permanents de peste, afin de faire la part de la contagion et celle de l'impulsion épidémique; étudier la contagion dans les foyers et hors des foyers pestilentiels, sur les masses et sur les individus; rechercher enfin, en remontant aux meilleures sources historiques, si une décroissance graduelle dans l'intensité de la peste et dans l'activité de son contagium n'expliquerait pas jusqu'à un certain point l'apparente contradiction qui existe entre l'opinion dominante des médecins des deux derniers siècles et celle des médecins de nos jours, tout en tenant compte de l'influence des doctrines et des idées régnant à ces diverses époques; tels nous semblent être les principaux éléments capables de conduire à quelque résultat utile sur la question particulière de la contagion; tels sont aussi en grande partie ceux que la commission a mis en œuvre dans ses laborieuses recherches. Si elle n'est pas arrivée sur toutes les parties de cette difficile question à une solution nette, précise, catégorique, on reconnaîtra du moins qu'elle est parvenue à jeter une vive lumière sur un grand nombre de points jusqu'alors indécis et enveloppés d'une profonde obscurité. Ce premier résultat mérite d'être signalé; il milite en faveur de l'opinion que nous émettions tout à l'heure sur la nécessité d'aborder sans restriction l'histoire de la contagion.

Nous nous bornerons pour l'instant à ces considérations générales sur l'élément du problème qui, à nos yeux, domine tous les autres par son importance et son intérêt. L'examen des faits de détails et des opinions que la discussion ne manquera pas de faire surgir, nous fournira l'occasion de revenir sur l'application des principes et sur le point de vue que nous avons cherché à mettre en relief dans cet article.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

HISTOIRE GÉNÉRALE DES SEPT DIATHÈSES; par F.-L. GAILLARD, professeur à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. (1).

« La méthode la plus sûre qui puisse nous guider dans
» la recherche de la vérité consiste à s'élever par
» induction des phénomènes aux lois et des lois aux
» forces. »

(Laplace, ESSAI SUR LES PROBABILITÉS.)

On doit entendre par *diathèse* une modification pathologique qui se manifeste par des affections variables quant à leur siége, mais identiques par leur nature. C'est, disons-nous, une modification pathologique, c'est-à-dire une altération des organes ou des fonctions *commune à toute l'économie.*

(1) L'article qu'on va lire est une preuve à l'appui de ce que nous avons dit en commençant nos travaux sur la médecine étiologique. On y verra en effet une de ces manifestations sympathiques qui n'avaient besoin que d'un appel bien articulé pour se produire. Seulement nous devons, dans l'intérêt des nouvelles études, engager nos honorables adhérents à se pénétrer de cette idée, à savoir que si la médecine étiologique moderne ne doit répudier aucune de ses origines dans le passé, elle doit se garantir cependant des assertions trop faciles, des aperçus vagues, des propositions mal définies et surtout mal démontrées qu'on rencontre si souvent dans la médecine ancienne. Si les idées vraies de nos pères ont succombé devant les systèmes ou les erreurs des modernes, c'est qu'elles n'avaient pas été suffisamment établies, prouvées, et dégagées de ce qui n'était pas la vérité; tandis que les idées fausses des écoles contemporaines n'ont prévalu qu'à la faveur des méthodes de démonstration plus rigoureuses dont elles ont usurpé l'autorité. Revivifions aujourd'hui les idées vraies des anciens par les méthodes plus sévères des modernes, et nous leur donnerons plus de chances de vie : rétablir des vérités oubliées ou méconnues, c'est encore une sorte d'invention. (N. DU R.)

---

daient autour de sa renommée. Il est mort, et le corps médical tout entier bat des mains à l'érection de son monument. Un membre de l'Académie, M. Villeneuve, a même tenu à constater, dans une des dernières séances, que les pharmaciens et les médecins vétérinaires s'étaient associés à ce tardif hommage. De la part des pharmaciens, cet acte est d'autant plus louable que Bichat, par ses doctrines solidistes, a inoculé à la pharmacie le germe de cette maladie qui, entretenue et aggravée par la doctrine physiologique, l'a jetée pendant de longues années dans le marasme. N'oublions pas d'ajouter que l'Académie, en cette occasion, ne s'est pas départie de sa munificence accoutumée. Chaque membre a fait l'abandon de son jeton de présence.

— Pendant que l'Académie, tout entière à la lecture d'un rapport, reste à peu près muette, c'est pour le feuilleton une grande consolation de pouvoir offrir en dédommagement à ses lecteurs le narré véridique de quelques découvertes récemment enfantées en dehors et à la barbe des corps savants.

Voici, par exemple, un moyen de vaincre la constipation imaginé par un médecin de l'hôpital de Middlesex. Le but pourra paraître peu relevé; mais en réfléchissant qu'il n'y a rien au monde de plus bête et de plus maussade qu'un homme constipé, si ce n'est peut-être un homme enrhumé du cerveau, on comprendra qu'un tel sujet ait exercé la sagacité des esprits inventifs. Louis XIV avait la fameuse *tisane royale;* nos pères, la *médecine noire*, apozème sacramentel que nous avons tous pris, dûment *préparés* par deux ou trois jours de bouillon aux herbes et avec toutes sortes de précautions héréditaires. Aujourd'hui le raffinement a passé par là : ce sont des eaux pétillantes, des solutions limpides, doucereuses, agréables à l'œil et au palais. Mais ces inventions sont loin encore du moyen imaginé par le confrère de Middlesex. C'est un moyen doux, facile, simple; un moyen...... on n'a pas idée de l'excellence de ce moyen-là. Il est d'une préparation commode et prompte, à la portée de tous les ménages, point sujet surtout à être vomi; c'est, en un mot comme en cent... *un lavement d'eau chaude!...* (Textuel.)

— Une autre découverte, dont nous nous proposons bien de faire notre profit dans nos observations météorologiques, est annoncée par la GAZETTE PIÉMONTAISE. La douceur de la température actuelle, dit ce journal, est due à une grande cavité ou à un *cratère*, observé par M. Gruithuisen, de Monaco, dans la partie levant du soleil, et correspondant à une tache qui s'incline un peu vers le septentrion. Cette grande cavité s'est montrée le 17 janvier, a augmenté et changé de place le 23, en se portant vers le milieu de l'astre. Son plus grand diamètre a été mesuré en 13 secondes, équivalant à 2,105 lieues géographiques, d'où il résulte que la superficie solaire avait une aire de 22,626,000 lieues carrées dans la plus complète obscurité, tandis que la partie contraire resplendissait d'une vive lumière. On sait ce qui est arrivé jadis au chevalier Néal, membre de la Société royale de Londres. Il avait vu, très-distinctement vu, un éléphant dans la lune;

Et chacun de crier merveille;
Il était arrivé là-haut un changement
Qui présageait sans doute un grand événement.

Les savants ruminent, les théories trottent. Charles II en personne braque la lunette, et le monstre paraît à ses yeux, s'agitant, se démenant avec une in-

L'état morbide n'est pas toujours aussi général, mais il occupe au moins quelques-uns de ces éléments qui entrent dans la composition d'un grand nombre d'organes; ainsi le rhumatisme siége dans le tissu fibreux, la diathèse herpétique (1) occupe la peau et les membranes muqueuses. Les affections locales engendrées par ces causes ont toujours ce caractère spécial, qu'elles présentent des formes particulières en rapport avec la diathèse dont elles dérivent. L'ophthalmie simple se distingue de l'ophthalmie syphilitique, celle-ci de l'ophthalmie herpétique, et de l'ophthalmie scrofuleuse. Quelques savants chirurgiens ont contesté l'exactitude de ces dénominations et soutenu que la différence des formes dépendait uniquement du siége différent de l'entité qu'ils appellent inflammatoire. Cette objection n'est pas solide : en effet l'expérience prouve que les causes spéciales produisent si constamment ces formes déterminées, ou, si l'on veut, agissent très-généralement sur certains éléments anatomiques, que l'on peut d'avance, aux effets, reconnaître la cause. La papule scrofuleuse, l'iritis syphilitique, le porrigo des paupières, la vésicule rhumatismale de la cornée sont des phénomènes connus de tous les praticiens. Certes l'iritis syphilitique se guérit plus sûrement par les pilules de Dupuytren que par un séton à la nuque; et la photophobie scrofuleuse si commune chez les enfants réclame plutôt le fer, la gentiane et le quinquina que les collyres divers, presque toujours nuisibles en pareil cas (2).

La diathèse n'est pas une simple disposition à la maladie, c'est plus que cela : celui qui est sous l'influence d'une diathèse est souvent dans un état grave bien qu'il n'y ait encore aucun phénomène local appréciable; ainsi les individus atteints de vérole constitutionnelle sont souvent bien des mois sans éprouver aucun symptôme de la maladie qui, plus tard, se traduit par des lésions diverses. Ainsi un individu qui vient d'être opéré d'une tumeur squirrheuse peut rester longtemps après la cicatrisation de la plaie sans aucune trace de récidive; cependant la matière cancéreuse ne tardera pas à se déposer en quelque point; elle hésite en quelque sorte, et si un agent extérieur vient à déterminer une stimulation locale, elle se portera de préférence vers cette partie irritée. M. R... a été amputé pour un cancer encéphaloïde du tibia; il reste un an bien portant, puis il s'expose à un refroidissement, et gagne une pleurésie; bientôt une couche de matière encéphaloïde épaisse de plusieurs centimètres vient doubler la plèvre. Le cancer est dans le sang, dit le vulgaire, et en ce sens le vulgaire a raison.

Les individus qui ont eu un accès de goutte, des douleurs rhumatismales, une éruption dartreuse à la peau, ne sont guère moins sous l'influence de la diathèse, car il est rare que ces affections ne récidivent pas; cependant on ne peut affirmer l'existence de la diathèse qu'au moment où des manifestations locales viennent déceler son existence.

(1) Nous réunissons sous le titre commun *dartres*, *affections herpétiques* la plupart des éruptions chroniques de la peau, eczéma, pemphygus, pytiriasis, lichen, psoriasis etc. Ce caractère commun, *la chronicité*, suffit pour en faire une classe très-distincte des affections aiguës quels que soient les analogues anatomiques.

(2) Cette assertion, quoique suggérée par un principe vrai, n'est peut-être pas très-rigoureuse. Il y a collyre et collyre : et quoique les remèdes généraux soient ici plus importants que les locaux, l'un ne doit pas exclure l'autre. C'est ainsi que les collyres prolongés d'*eau salée filtrée* (hydrochlorate de soude) réussissent très-bien dans la photophobie scrofuleuse. Nous recommandons ce fait à notre savant confrère. (N. DU R.)

Bien des gens ne voient dans chaque maladie qu'une lésion locale, bronchite, gastrite, arthrite à laquelle on doit adresser toutes les médications; mais la situation et l'étendue de la lésion anatomique méritent bien moins de fixer notre attention que la cause générale qui peut, à chaque instant, produire une lésion de même nature dans un autre point de l'économie. Une entorse compliquée de scrofule dégénère en tumeur blanche; une irritation légère de l'estomac amène sous l'empire de la diathèse rhumatismale une gastralgie de longue durée, si le médecin qui constate cette affection locale néglige de remonter à la cause qui l'entretient, s'il se contente du résultat obtenu par une première investigation sans rechercher la raison du fait qu'il observe, et dirige au hasard un traitement dont il n'a pas établi les véritables bases.

Les diathèses constituent ce que les anciens appelaient *vice humoral;* elles diffèrent de ce que l'on appelle *cachexie.* En effet, ce terme exprime un état général de dépérissement, une situation mauvaise et fâcheuse, le plus souvent consécutive à une grave altération organique. Certaines diathèses peuvent donner lieu à la cachexie, mais cette qualification ne saurait en général s'appliquer ni à un goutteux, ni à un rhumatisé.

Il faut encore distinguer la diathèse (état pathologique apparent ou latent) de l'impressionnabilité aux causes morbides où *vulnérabilité* que peuvent offrir certains appareils ou certains organes. L'état tout à fait normal est rare pour les organes, de même que pour les individus, et la vitalité peut varier au-dessous et au-dessus dans certaines limites sans sortir de l'état de santé. Mais plus on s'éloigne de l'état normal, plus l'organe ou l'appareil devient vulnérable, soit qu'il y ait défaut, faiblesse, inertie, soit qu'il y ait suractivité, excitabilité; dans ces deux situations, les organes sont plus impressionnables aux causes pathogéniques.

Cette vulnérabilité des organes peut dépendre : 1° d'une disposition congénitale, héréditaire ou non; 2° des influences hygiéniques, air, climat, nourriture, profession, suractivité ou inertie habituelles de l'organe ou de l'appareil; 3° de certaines constitutions médicales endémiques ou épidémiques; 4° de maladies antécédentes qui ont laissé une susceptibilité particulière de l'organe, etc.

On reconnaît cet état de vulnérabilité par l'examen attentif des fonctions et des organes, les commémoratifs de la vie du malade, son éducation, ses occupations habituelles, ses maladies. Bien que les circonstances hygiéniques puissent modifier ces états organiques, on peut dire qu'ils sont de leur nature persistants et peu variables. Celui qui est né avec un poumon irritable ou un mauvais estomac, aura de la peine à rendre à ces organes la vigueur qui leur manque. Considérées en général, les diathèses offrent des *caractères communs*, c'est :

1° D'agir sur plusieurs organes et dans plusieurs régions simultanément ou successivement;

2° De rester cachées, larvées en quelque sorte pendant un certain temps, et de se manifester ensuite à l'improviste par des lésions locales variées;

3° C'est de perpétuer les affections aiguës, d'entraver leur marche naturelle, d'empêcher la solution de la maladie et de la conduire à l'état chronique;

4° C'est encore de persister opiniâtrément tant qu'on n'attaque pas le mal par des moyens généraux.

La diathèse rend presque inutiles les médications qui ne s'adressent pas à l'état général, cause réelle des altérations locales;

croyable agilité. Mais quelqu'un s'étant avisé d'examiner l'instrument, le prodige s'explique : l'éléphant n'est qu'une souris, égarée entre les verres du télescope!

Cette mésaventure au sujet de la lune ne prouve évidemment rien contre des observations faites dans le soleil. C'est là qu'on doit voir clair, ou nulle part!

. . . . Solem quis dicere falsum
Audeat?

A en juger d'ailleurs par la manière dont il nous chauffe parfois, à la distance de tant de millions de lieues, le soleil est bien capable d'avoir des volcans, partant des cratères; et quant à l'influence de ces cratères sur la température de notre planète, nous nous en rapportons avec confiance sur ce point à l'illustre observateur de Monaco.

— Enfin, et ceci termine le chapitre des découvertes, un chimiste assure que les haricots et les lentilles contiennent plus de gélatine, de fibrine, de matières grasses et en général d'éléments nutritifs que le bœuf, le veau et le mouton. Voilà une précieuse nouvelle pour les établissements de charité, et l'hôpital d'Avignon, si l'on en croit la GAZETTE DE VAUCLUSE, en tire déjà bon parti. L'administration de cet hôpital, dans sa sollicitude pour les malades, s'est hâté de réduire autant que possible l'usage débilitant des côtelettes et des bifteck, et a composé un régime réconfortant, en grande partie formé de bons *haricots*, non pas de mouton, bien entendu, mais de vrais *phaseolus*, famille des *légumineuses*, genre *papilionacé*, ainsi que de bonnes lentilles, de bonnes fèves, de bons pois, etc. Elle a de plus considérablement diminué la consommation d'huile d'olives, matière grasse dont les légumes ci-dessus contiennent évidemment une grande quantité.

Or les malades d'Avignon paraissent doués d'un estomac peu intelligent, qui ne comprend pas du tout, en fait d'alimentation solide, l'avantage du régime végétal sur le régime animal. *Fortunatos nimiùm sua si bona nôrint!* D'accord; mais le mal est qu'ils n'ont pas une idée nette de ce bonheur-là, et très-vraisemblablement aucun d'eux ne serait disposé au sacrifice d'Ésaü pour un plat de l'administration. Déjà, dit-on, des plaintes se sont élevées. De temps à autre des luttes s'engagent entre les surveillants de l'hôpital et des parents apportant aux malades des protestations substantielles et non légumineuses contre les inventions de la chimie moderne.

— « Il est reconnu que les végétaux, *amis de nos tissus organiques*, sont, par leurs douces qualités, les vrais dépuratifs du sang. Mais, pour en obtenir cet heureux résultat, il faut les passer au creuset de la science, et plus encore à celui de l'expérience. » C'est d'après ces principes que M. Lapouye, *ancien médecin de la Faculté de Paris*, a composé des pilules *végétales*, *dépuratives*, *toniques et purgatives*, lesquelles ont eu jusqu'ici le triple avantage de mener ledit M. Lapouye, frais et dispos, jusqu'à l'âge de 85 ans, de le *tonifier* au point de l'exposer, à cet âge assez raisonnable, aux désagréments d'un flagrant délit de conversation criminelle, et enfin de lui valoir une petite fortune. Cette dernière allégation n'est peut-être pas parfaitement exacte. M. Lapouye ne vend pas ses pilules, il les donne pour rien; mais il prend 2 fr. pour les avoir conseillées. Le tribunal de police correctionnelle est moins raisonnable : il lui demande 200 fr. pour lui avoir *conseillé* de ne plus contrevenir aux lois sur la pharmacie.

5° Un dernier caractère, c'est la fréquence des récidives. Le malade qui a été atteint d'une dartre, d'un rhumatisme, d'un ulcère scrofuleux, bien que guéri de la maladie locale, est sous le coup d'une affection nouvelle tant que la diathèse n'a pas été modifiée par des médications convenables.

Toutes les diathèses ne sévissent pas également sur tous les tissus, et cette distinction anatomique a été la source de certaines classifications qui n'ont pas une grande valeur thérapeutique. Chaque diathèse a des organes et des tissus de prédilection : le rhumatisme siége dans le tissu fibreux, la syphilis sur la peau et aux origines des muqueuses, etc....; mais ces éléments anatomiques étant communs à plusieurs régions, on retrouve toujours le caractère distinctif de la diathèse. C'est qu'elle produit sur des points très-éloignés les uns des autres des manifestations locales dont l'identité résulte de ce qu'elles alternent, se succèdent et se remplacent entre elles, de ce qu'elles ont des signes physiques et physiologiques analogues, enfin de ce qu'elles sont modifiées par les mêmes moyens de traitement.

Si on compare entre elles ces affections morbides, on voit que les unes, comme la scrofule, la goutte, le scorbut, la diathèse herpétique et même le rhumatisme, sont toujours primitivement constituées par un état général qui résiste aux lésions locales. La syphilis, au contraire, est toujours consécutive à l'introduction d'un virus par un point quelconque de la surface du corps; pendant un temps assez long, elle ne constitue en réalité qu'une maladie locale. La diathèse cancéreuse débute le plus souvent par une lésion locale qui plus tard devient générale, en infectant toute l'économie par résorption des matières déposées dans la tumeur. Parfois elle commence par un état général, dont les lésions locales ne sont plus que le résultat trop incurable dans cette circonstance.

Quelques-unes des diathèses sont fixes, adhérentes aux organes qu'elles attaquent; elles peuvent se rencontrer en plusieurs points, mais elles quittent difficilement les organes qu'elles ont une fois envahis. Telles sont les affections scrofuleuse, syphilitique, cancéreuse, etc. Les autres sont mobiles, flottantes; elles se déplacent facilement, et changent de siége avec une rapidité singulière. Telles sont les diathèses rhumatismale et goutteuse, et la diathèse herpétique à un moindre degré.

Parfois les diathèses sont tout à fait latentes et se soustraient à toutes les investigations; d'autres fois la présence de la diathèse s'annonce par un trouble dans les fonctions vitales : ainsi malaise général, souffrances vagues, troubles organiques variés, amaigrissement, affaiblissement, décoloration des tissus; puis c'est après un temps variable que surviennent les altérations locales, tantôt, pour ainsi dire, spontanées et sans cause extérieure appréciable, tantôt, au contraire, provoquées par des agents extérieurs. En l'absence de ces manifestations locales, les souffrances vagues que nous venons d'énumérer, le tempérament du malade, ses affections antécédentes, suffisent pour faire présumer l'existence d'une diathèse.

Ces affections ne reconnaissent pas toutes des *causes* du même genre; ainsi la scrofule, le scorbut dépendent d'une modification profonde apportée de longue main par les agents extérieurs aux solides et aux liquides de l'économie. La syphilis, la diathèse cancéreuse, sont produites par un principe toxique, une cause matérielle, organique, circulant avec le sang. Le rhumatisme, la diathèse herpétique, la goutte, s'accommodent encore très-bien de cette dernière *explication*. Le rapide transport de la maladie, ses effets multiples et multiformes, semblent vraiment indiquer une métastase humorale. Le mal vient, s'en va, change de place et occupe successivement, souvent dans un court intervalle de temps, des organes très-différents et très-éloignés les uns des autres. Pourrait-on, par les mots sympathie, phénomènes nerveux, expliquer cette singulière allure? Évidemment non; car ces expressions n'indiquent qu'une inconnue, une X à trouver.

D'un autre point de vue quelques diathèses, comme la syphilis, le rhumatisme, viennent d'une cause extérieure; d'autres, comme la goutte, sont le produit d'une modification intérieure et secrète de l'organisme.

L'état général préexistant, il ne faut qu'un accident, une irritation, une fluxion produite par les agents extérieurs, pour hâter l'apparition d'une manifestation locale, et fixer, dans un point déterminé, la cause flottante dans l'économie. Lorsque l'état général a une grande puissance, la plus simple ostéite devient une carie; une contusion du sein produit une tumeur cancéreuse.

Les diathèses sont souvent *héréditaires*, mais en ce sens seulement que les enfants apportent en naissant une disposition organique, une vulnérabilité particulière de certains systèmes, et une susceptibilité particulière à l'occasion de certains agents modificateurs de l'économie.

Sauf quelques cas de rhumatisme et de goutte vague qui ne produisent aucune lésion appréciable, les diathèses provoquent certaines altérations de tissus, telles que fluxions, congestions, engorgements divers, sécrétions variables par leur couleur et leur odeur, ulcérations, productions de matières hétéromorphes, etc. Ces lésions locales ont une importance réelle pour le diagnostic; elles en constituent l'élément principal. En effet, elles présentent constamment dans leurs formes, leur siége, leurs caractères physiques et leur marche, des phénomènes spéciaux en rapport avec la cause qui leur a donné naissance.

Le *pronostic* des diathèses varie suivant la nature de la diathèse, l'intensité de la lésion locale, le siége de cette lésion, l'ancienneté de la maladie, la profession et la position sociale du malade. Des considérations très-pratiques découlent en effet de ces dernières conditions; lorsque la position du malade permet de disposer de toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique, lorsque des habitudes tempérantes, le repos physique et moral que donne l'aisance sont assurés au malade, le médecin est bien plus certain de ses résultats. Armé de toutes pièces, il ne craint pas d'attaquer les affections les plus opiniâtres, il peut produire dans l'organisme ces profondes modifications qui atteignent le mal dans son principe. Néanmoins, il faut l'avouer, les classes aisées sont plus délicates, plus impressionnables, moins accessibles à l'emploi des médicaments. On peut dire qu'en général les diathèses ont un caractère spécial de chronicité et d'opiniâtreté; l'état général est difficile à modifier, les moyens que l'on peut employer n'ont qu'une action lente et insensible, les diathèses sont longues à se produire et longues à disparaître; ce fait seul constitue déjà quelque chose de grave.

Les diathèses se compliquent souvent les unes par les autres. Un malade atteint d'une diathèse herpétique peut très-bien contracter une syphilis et un rhumatisme, et être atteint à la fois de symptômes appartenant à ces différentes causes. Cette complication peut donner lieu à quelques difficultés pour le diagnostic; ainsi les douleurs du rhumatisme peuvent se confondre avec celles de la syphilis. L'éruption herpétique du prépuce a été prise pour un chancre. En général, les phénomènes appartenant à chaque cause se dessinent nettement. Nous pensons, avec plusieurs auteurs, que la syphilis fait appel au rhumatisme, et que l'on aurait tort de traiter comme vénériens tous les gonflements articulaires, les douleurs variées qui surviennent à l'occasion des blennorrhagies.

Mais le principal intérêt de ce procès s'est porté sur un certain M. Bouvet, qui possédait chez lui seulement vingt-sept mille huit cents pilules. Le ministère public avait vu là matière à réquisition. Il n'y a qu'un dépositaire qui puisse amasser une telle quantité de médicaments. Erreur! M. Bouvet s'est fait ce raisonnement. M. Lapouye a 85 ans; il peut mourir d'un jour à l'autre et avec lui sa recette. Si nous voulons vivre autant que lui, il est temps de nous pourvoir. Là-dessus, notre homme s'est mis à amasser, au moyen des ruses les plus ingénieuses, un petit trésor de 27,800 pilules, lequel, à raison de 12 par jour, lui assure déjà l'existence pour six ans quatre mois et deux jours. L'instinct de la conservation n'a jamais été plus ingénieux. Mais il est fâcheux pour M. Bouvet qu'il n'ait encore que 27 ans. Pour aller seulement jusqu'à l'âge du détenteur actuel de la recette, c'est plus de trois cent mille pilules qu'il lui faut encore.

— Les poursuites du ministère public, au taux peu effrayant des amendes, constituent en général d'excellentes réclames, et le vieillard aux pilules, qui n'a jamais fait d'annonces, vivote là-dessus depuis nombre d'années. Mais c'est bien mieux — ou bien pis — quand on gagne son procès. Le bénéfice est double. Il en est même de ces souffre-douleurs de la justice, qui font de leur acquittement une marque de garantie, un contrôle pour leur marchandise. Voici, par exemple, ce qu'on peut lire chaque matin dans les grands journaux : « M. Ricard, *qui a soutenu et gagné deux procès contre M. le procureur du roi de Bressuires*, vient de reprendre ses travaux sur le MAGNÉTISME et le SOMNAMBULISME. Il fait des cours de MAGNÉTOLOGIE les mardis, jeudis et samedis, à sept heures et demie du soir, chez lui, rue Joubert, 34. CONSULTATIONS MÉDICO-SOMNAMBULIQUES, tous les jours de midi à quatre heures. » Il est impossible de narguer la justice avec plus de sans-gêne. C'est, ou peut s'en faut, comme si l'on disait : *Traitement médico-magnétique recommandé par messieurs les magistrats de Bressuires.*

— On se plaint beaucoup de l'ingratitude des clients. Voici un document qui prouve que le mal est fort ancien, d'où l'on peut induire avec assez de vraisemblance qu'il n'est pas près de finir. C'est le mémoire satirique du philosophe Cratès, bien propre à mettre en relief la folie des hommes toujours disposés à de grandes dépenses pour des choses nuisibles ou honteuses, et croyant toujours payer trop cher les choses utiles.

		Livres.	Sous.	Deniers.
Pour le cuisinier, dix mines. . .	=	500	0	0
Pour le médecin, une dragme.	=	0	8	0
Pour le flatteur, dix talents . . .	=	24,000	0	0
Pour l'ami fidèle, de la fumée. .	=	0	0	0
Pour la courtisane, un talent. .	=	2,400	0	0
Pour le philosophe, trois oboles.	=	0	2	9

— Chacun voit les objets de la grandeur, de la forme, de la couleur que son œil les lui représente. De même, au moral, chacun comprend le bien, le bon, le digne, suivant ses propres sentiments. Sait-on, par exemple, comment, dans une brochure sur l'organisation de la médecine, le médecin aux soupes épaisses, aux biftecks et à la poudre de marron d'Inde comprend les moyens de *relever la profession médicale?* Que le médecin tienne boutique! Voilà ce qui manque à sa considération. De cette manière, « il trouverait dans le produit des remèdes

Le *traitement* doit être avant tout général et approprié à la nature de la diathèse ; il comprend plusieurs méthodes :

1° modificateurs spéciaux, ou pour parler plus exactement, modificateurs plus efficaces, plus souvent, plus utilement employés dans chaque état diathésique ;

2° Evacuants de toute espèce, purgatifs, sudorifiques, diurétiques, vésicatoires, cautères; les exutoires remplacent la fluxion pathologique, et semblent constituer une fonction supplémentaire ;

3° Narcotiques, ciguë, jusquiame : ils modifient le système nerveux et la vitalité des organes ;

4° Modificateurs hygiéniques, nourriture, vêtements, insolation, etc. : ils sont les plus efficaces, à la longue ils amènent un renouvellement des fluides et des solides et la disparition des vices diathésiques; avec eux on pourrait quasi se passer des médicaments, mais rien ne saurait les remplacer.

Le traitement local est bien moins utile et tout à fait accessoire, car la maladie guérie dans un point peut se reproduire dans un autre si la diathèse n'est pas guérie. Il faut prévenir les diathèses quand on a lieu de les craindre, les traiter activement quand elles existent, les prendre toujours en considération dans le diagnostic et le traitement des diverses affections locales.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ABUS DES VÉSICATOIRES CHEZ LES JEUNES ENFANTS; par M. QUIET, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades, membre de la Société anatomique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les maladies chroniques de l'enfance se font remarquer surtout par leur excessive ténacité. Presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se lient à un vice de constitution. L'art est malheureusement obligé de décliner son insuffisance et de réclamer les secours de l'hygiène, qui seule, *avec le temps*, peut amener ces maladies à bien. Dans ces maladies, dont presque toujours les enfants puisent le germe dans la santé héréditaire ou acquise des parents, le médecin n'a qu'une indication rationnelle à remplir, *c'est de refaire une organisation défectueuse.* On comprend facilement qu'en pareil cas les moyens thérapeutiques puisés dans la pharmacie sont bien insuffisants. Ce n'est que dans l'observation bien entendue des lois de l'hygiène, dans un régime approprié à la constitution de son malade, que le praticien peut à la longue espérer d'obtenir des résultats avantageux.

Au nombre des affections chroniques de l'enfance, je comprendrai les éruptions de toute sorte qui assiégent le corps des enfants, et que le vulgaire désigne sous le nom général de gourmes. Je sais bien que ces éruptions constituent quelquefois des accidents aigus qui ne se lient à aucun vice général, mais le plus souvent ce sont les expressions symptomatiques d'un vice constitutionnel, dont elles sont un épiphénomène important. C'est dans les cas de ce genre que les vésicatoires sont devenus un moyen populaire dont on abuse étrangement. Un enfant a-t-il une éruption quelconque, vite on lui met un vésicatoire au bras. Survient-il un écoulement par l'oreille, des glandes au cou, une ophthalmie qui persiste, etc., vite on a recours au même moyen. L'enfant, vous dit-on, a des humeurs, il faut les lui enlever; et comme il n'existe pas un enfant, même le plus sain, qui ne présente quelques-uns de ces épiphénomènes, il s'ensuit que presque tous les enfants sont, pour une cause ou pour une autre, tyrannisés de cette manière. Si ces préjugés n'existaient que dans le peuple, le médecin pourrait les combattre avec avantage; mais trop souvent les médecins eux-mêmes partagent la même manière de voir, et confirment, par leur pratique, les idées erronées du peuple à cet égard.

Raisonnons un peu. Quand une éruption, quelle qu'elle soit, s'est fixée à la peau, que fait l'application d'un exutoire au bras? De deux choses l'une : ou l'éruption est aiguë, idiopathique, et constitue par conséquent un accident pathologique passager; alors elle disparaît au bout d'un certain temps sous l'influence des moyens les plus simples; c'est du moins ce qu'on observe dans certains eczémas, dans certains impetigo, dans certains herpès, etc., les vésicatoires, en pareil cas, sont parfaitement inutiles; ou bien, au contraire, l'éruption se lie à un vice constitutionnel, scrofuleux; alors, que fait un vésicatoire? Il devient un foyer autour duquel paraît une nouvelle éruption, sans que celle qui a motivé son application ait disparu; vous créez tout simplement une habitude pathologique de plus, sans améliorer le moins du monde l'état du sujet; et puis, quelle folie de croire que la nature va s'empresser d'obéir à vos commandements! Vous ouvrez un émonctoire à la peau, et vous croyez que la maladie que vous voulez combattre va disparaître par cette voie. C'est une erreur de penser ainsi. Que peut faire l'application d'un vésicatoire à demeure dans toutes les manifestations de la diathèse scrofuleuse? A-t-on, par cette application, l'intention d'attirer à la peau le vice qui infecte l'économie? C'est probable; mais je ne crains pas d'en appeler à l'expérience de ceux qui observent sans prévention, la maladie n'en marche ni plus ni moins, et l'enfant n'y gagne rien qu'une infirmité de plus.

Ce n'est pas tout. L'idée qui a motivé l'application de l'exutoire fait qu'on le conserve encore lorsque les accidents pour lesquels on a cru devoir l'appliquer ont disparu. On craint que *les humeurs*, qui sont censées s'échapper par la voie d'élimination qu'on a créée, ne se portent sur des organes intérieurs importants et n'y déterminent des fluxions graves et inquiétantes. Aussi les pauvres enfants auxquels on a mis un vésicatoire à demeure le gardent-ils longtemps. Il y a huit mois environ, je fus consulté pour une petite fille de 11 ans, affectée depuis quelques jours d'une maladie de peau, que je reconnus être un psoriasis guttata. L'éruption était considérable sur le dos et sur les bras. En examinant cette malade, j'aperçus le bras gauche diminué de moitié au niveau de la partie centrale du biceps. Il y avait là un vésicatoire qui contournait tout le bras, et autour duquel les plaques argentées ou psoriasis semblaient s'être donné rendez-vous. J'interrogeai la mère de l'enfant sur ce vésicatoire; elle me dit qu'il existait depuis six ans, qu'à l'âge d'un an on l'avait appliqué à sa fille pour une éruption du cuir chevelu, que cette éruption avait disparu, mais que le vésicatoire avait été conservé jusqu'à cette époque, que plusieurs fois elle avait voulu le faire disparaître, mais qu'on l'en avait empêchée en lui faisant observer que cette suppression pourrait être fort dangereuse pour sa fille. Sans partager le moins du monde les craintes exprimées par cette femme, je fis supprimer

qu'il fournirait des honoraires qu'on lui refuse (pas à l'auteur du moins, qui les exige d'avance) après mille fatigues et les *plus grandes veilles* (témoin la brochure sur l'art de *restaurer* les malades)..... En agissant ainsi, le jeune praticien qui languit, en attendant que l'âge murisse son savoir ou agrandisse sa pratique, formerait des officines qui rendraient le présent supportable; et lorsque ses jambes débiles ne pourraient plus le transporter près des mourants, sa longue expérience serait encore utile dans l'officine *qui l'aurait secondé*, dès ses premiers pas, dans sa carrière si épineuse. » C'est pas tout. « Ces avantages passeraient du père au fils et seraient la base du bien-être d'une foule de familles, *l'ornement de la société.* » L'auteur mérite d'être cru sur parole: personne n'est en état de lui en remontrer en ces sortes d'affaires. La brochure en question a sans doute été distribuée à MM. les pairs et députés; il n'est pas douteux qu'elle n'obtienne de leur part toute la déférence que méritent des vues si originales et d'aussi pures intentions.

— LA GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE raconte l'anecdote que voici : Un jeune médecin, bien connu dans la presse médicale, était sur le point de contracter en province un riche mariage, lorsque la famille de la jeune personne écrivit à un chirurgien des hôpitaux de Paris pour lui demander quelques renseignements. Celui-ci fit les plus grands éloges du caractère et du savoir du prétendant; mais il termina sa lettre par une phrase équivoque qui perdit complétement notre confrère dans l'esprit de sa fiancée. « Je ne connais, disait-il, à la personne dont vous me parlez, qu'un seul défaut, celui de trop *produire.* » Ce dernier mot fut mal interprété : on crut à des écarts compromettants de jeunesse, et l'on congédia le futur mari qui n'était coupable que de productions scientifiques.

— Une autre anecdote, moins grave dans ses conséquences, et que nous garantissons toute fraîche, est la suivante. Un chirurgien avait pratiqué à son domestique une opération dont le résultat n'était pas absolument parfait. Dans l'espoir d'enchaîner sa langue par la reconnaissance, il lui avait donné (générosité rare) une culotte neuve. Le pauvre diable s'était, en termes vagues, engagé à mentir à ce prix. Or il advint qu'un soir, bonne compagnie au foyer, le chirurgien se mit à vanter le succès de son opération, invoquant le témoignage du domestique. Notre homme d'hésiter; le maître de lancer sur la culotte des regards significatifs. Après quelques instants de cette pantomime, « Ma foi, monsieur, dit le valet commençant à se déboutonner, j'aime mieux vous la rendre! » Et on n'eut que le temps de soustraire aux regards les preuves trop manifestes de sa véridique résolution.

— QUESTION MISE AU CONCOURS PAR LES ANNALES D'OCULISTIQUE. — La rédaction des ANNALES D'OCULISTIQUE décernera un prix de la valeur de 150 francs au meilleur des mémoires qui lui parviendront en réponse à la question suivante : « Quelle est la valeur réelle de la myotomie dans le traitement de certaines maladies de l'œil et de ses annexes? » Les réponses devront porter une devise répétée sur un billet cacheté, renfermant les nom, prénoms, qualité et domicile de l'auteur; elles devront être remises, libres de tout port, chez le docteur Cunier, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1846. Les mémoires pourront être écrits en français, en latin, en flamand ou en hollandais. Les concurrents qui se feraient connaître d'une façon quelconque seront exclus du concours. Les manuscrits jugés dignes d'un prix restent la propriété du journal.

peu à peu ce vésicatoire, en ayant soin de purger la malade : je lui prescrivis des bains et des lotions savonneuses. Au bout de six semaines, l'éruption avait complétement disparu, le vésicatoire n'existait plus, et depuis ce temps la jeune fille n'a pas éprouvé le moindre accident. Je suis convaincu pourtant que si quelque maladie eût coïncidé avec la suppression de ce vésicatoire, c'est peut-être moi qu'on en eût accusé ! Je connais encore une demoiselle de 13 ans qui, depuis son enfance, porte un vésicatoire, tantôt à un bras, tantôt à un autre, pour une squammeuse humide des oreilles qui tient évidemment au vice scrofuleux. L'eczéma se sèche à certaines époques, dans l'été par exemple, sans disparaître complétement ; puis au commencement du printemps, dans l'hiver et dans l'automne, il reparaît avec plus d'intensité que jamais. Pendant huit ans, on a eu la constance de maintenir un vésicatoire, tantôt sur un bras, tantôt sur l'autre, sans vouloir constater qu'il ne servait à rien. Il y a un an environ, lorsque cette jeune demoiselle me fut confiée, je fis supprimer ce vésicatoire, ce qui s'est fait sans accidents; sa suppression, du reste, n'a influencé en rien la maladie pour laquelle on l'avait appliqué : elle continue d'être ce qu'elle est depuis huit ans.

Des observations de ce genre sont loin d'être rares, et il est bon nombre de sujets qui conservent des vésicatoires par la raison toute simple *qu'on les leur a mis*. C'est par une crainte un peu chimérique, à mon avis, qu'on laisse ainsi subsister des exutoires, dont le but a été plus ou moins rempli. Mais si, comme le pensent certains médecins, il y a du danger à supprimer un vésicatoire qui existe depuis longtemps, pourquoi alors les prescrire avec si peu de discernement? Pourquoi créer ainsi une habitude pathologique qu'on ne peut plus supprimer sans danger? pourquoi les prodiguer surtout dans les affections scrofuleuses de l'enfance, affections qui, tous les bons praticiens le savent, se montrent, en général, rebelles à toutes les ressources de l'art *et ne se modifient qu'avec le temps*.

M. le professeur Trousseau, qui vient de faire paraître dans le JOURNAL DE MÉDECINE (décembre 1845) un fort bon travail sur les gourmes, s'exprime ainsi : « J'ai vu bien des enfants atteints de gourmes ; j'ai, obéissant » à la routine, à des théories même, appliqué des vésicatoires à demeure : » j'ai eu souvent à m'en repentir ; j'ai bien rarement eu à m'en louer. » Plus loin pourtant, l'auteur établit des restrictions, et voici comment il s'exprime à cet égard : « Faut-il donc proscrire le vésicatoire dans le trai» tement des gourmes? Oui en général, non dans les cas que je vais » essayer de spécifier. *Je les proscris quand le vésicatoire s'attaque » aux gourmes cutanées ;* je les conseille, en général, quand le vésica» toire s'attaque aux gourmes des membranes muqueuses. Je les proscris » dans le premier cas, parce que l'expérience m'a montré que si les gourmes » occupaient un point de la peau, en général *le vésicatoire faisait » une irritation de plus* sans profit pour celle qu'on voulait dé» truire. Je les conseille dans le second, parce que l'expérience m'a montré » que *fort souvent* une maladie de la peau du derrière des oreilles ou du » cuir chevelu, alternait avec une ophthalmie ou un eczéma chronique » des fosses nasales, *comme s'il y avait incompatibilité* entre ces affec» tions; dans ce cas l'application d'un vésicatoire est *ordinairement* utile, » bien que *quelquefois la dérivation ne veuille pas s'établir* vers le » point choisi par le médecin, et qu'elle tente opiniâtrément vers la pre» mière voie, qu'elle s'est habituée à suivre. Dans cette circonstance, tout » en *laissant le vésicatoire à demeure*, il ne faut pas hésiter à appeler la » fluxion là où elle se fixe le plus volontiers et avec le plus d'avantage pour » le malade. Mais si le vésicatoire est utile dans les gourmes alternatives, » qu'on me permette cette expression peu correcte, il n'en est plus de » même si les gourmes qui envahissent les membranes muqueuses sont la » *propagation* et non la *compensation* des gourmes cutanées. »

Ici l'auteur essaye de mieux faire comprendre sa pensée. Ainsi, pour lui, le vésicatoire ne réussit pas quand un eczéma s'étend par continuité de la peau à une muqueuse quelconque, et qu'il envahit successivement le front, les paupières, la conjonctive, le reste du visage et enfin la muqueuse nasale; il est utile, au contraire, dans ce que l'auteur appelle des *gourmes à bascule*, mot pittoresque, mais dont on peut contester la justesse; car c'est une question encore à résoudre que celle de savoir si quand un eczéma de la peau disparaît brusquement pour faire place à de la toux, par exemple, cette toux est le symptôme d'un eczéma bronchique. Mais si le vésicatoire est simplement utile dans les gourmes à bascule, qui sautent de la peau à une muqueuse voisine de cette membrane, il est *impérieusement commandé* dans les cas où une bronchite, une entérite, un catarrhe pulmonaire ou intestinal, *alternent* avec des gourmes à la peau, parce « qu'alors, dit l'auteur, ces différentes *maladies* sont la manifestation de la même diathèse. »

Pour résumer en peu de mots les opinions de M. Trousseau sur cette importante question, je dirai que ce professeur reconnaît l'inutilité des vésicatoires dans les gourmes cutanées et dans celles qui s'étendent par continuité de la peau à une muqueuse voisine. Cette méthode, au contraire, est utile quand des gourmes cutanées alternent avec des gourmes muqueuses; elle est impérieusement commandée lorsque des inflammations des muqueuses profondes alternent avec des gourmes cutanées.

On le voit, l'idée qui surtout a préoccupé l'auteur, c'est *cette bascule*, pour me servir de son expression, qui se fait de la peau aux membranes muqueuses. Aussi conseille-t-il les vésicatoires dans ces cas seulement, dans le but sans doute de rappeler à la peau le principe morbide qui s'est fixé ailleurs. Il est du reste conséquent avec les principes qu'il émet; car, proscrivant les vésicatoires dans les gourmes cutanées, il devait aussi les proscrire dans les cas où une maladie cutanée a envahi de proche en proche une membrane muqueuse. Là, en effet, la maladie n'a pas sauté d'un organe à un autre, il n'y a pas lieu par conséquent de chercher à la ramener à son point de départ. Je crains beaucoup que l'auteur dont je parle n'ait obéi, en cette circonstance, à des idées plus théoriques que véritablement pratiques; c'est ce qui résulte du moins des observations que j'ai pu faire. Dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, la nature n'obéit pas à l'invitation que le praticien lui fait. L'auteur lui-même le reconnaît, car il dit quelque part : « *Quelquefois* la dérivation *ne veut pas* s'établir vers le point choisi par le médecin, elle tend opiniâtrément vers sa première voie; » et malgré cela il conseille de laisser le vésicatoire à demeure. Pourquoi cela cependant, puisqu'il est inutile, et que ce qu'on indique ici comme cas exceptionnel, le mot *quelquefois* le prouve, est, selon moi, une règle générale (1) ?

Mais, disons-le, il y a bien quelque chose de spécieux dans ces *gourmes à bascule*, qui sautent ainsi de la peau aux membranes muqueuses et *vice versâ*. Ces transitions brusques sont loin d'être aussi fréquentes qu'on pourrait le croire. Il n'est pas rare de voir, chez les jeunes enfants, la diathèse scrofuleuse se manifester à la fois à la peau et sur les muqueuses, et cette double manifestation marcher de concert sans être modifiée le moins du monde par un vésicatoire. J'en ai vu un grand nombre d'exemples à l'hôpital des Enfants. Je traite dans ce moment-ci une demoiselle dont j'ai déjà parlé, qui a depuis son enfance une squammeuse humide de l'oreille et une ophthalmie scrofuleuse habituellement légère. Quand l'ophthalmie acquiert un certain degré d'acuité, l'eczéma pâlit, sans jamais disparaître entièrement. Il n'y a pas là bascule, comme on pourrait le croire après un examen superficiel; il y a une maladie scrofuleuse qui a deux manifestations: quand l'une est vive, l'autre l'est moins, mais elles n'en existent pas moins toujours. Chez cette enfant, l'application d'un vésicatoire au bras pendant près de six ans n'a produit aucun bon résultat.

Il est important aussi d'établir des distinctions; ainsi, chez les enfants du peuple, rien n'est plus fréquent que des éruptions cutanées qui ne reconnaissent d'autres causes que la malpropreté. Supposons que chez un de ces enfants il survienne une bronchite aiguë, et que, par suite de cette fluxion intérieure, l'éruption disparaisse. Il est alors *impérieusement commandé* d'établir un vésicatoire à la peau. Cette indication semble rationnelle; mais comment agit le vésicatoire? Rappelle-t-il à la peau la fluxion qui est censée s'être portée sur la muqueuse bronchique? Non, car la bronchite devrait cesser immédiatement, ce que je n'ai jamais vu du moins. En pareil cas, si la bronchite est légère, l'enfant guérira quand même; si, au contraire, elle est généralisée, il court grand risque de succomber quoi qu'on fasse.

S'agit-il, au contraire, de ces fluxions bronchiques qui coexistent avec des éruptions cutanées, qui se lient à une diathèse strumeuse, et qui sont si remarquables par leur ténacité, oh ! alors les vésicatoires n'ont qu'un grand inconvénient : c'est de ne servir absolument à rien. On aura beau m'objecter que la fluxion bronchique a succédé à une éruption qui a disparu, je répondrai que l'observation de tous les jours démontre que la maladie se joue de l'appel qu'on lui fait, et n'en continue pas moins sa marche que rien n'arrête. Ces maladies, je ne crains pas de le dire, font le désespoir du médecin dans la pratique civile comme dans celle des hôpitaux. Aussi souvent voit-on la manifestation, pour laquelle on avait ouvert un émonctoire à la peau, se supprimer brusquement, en dépit de cet émonctoire, pour une autre manifestation plus ou moins importante. J'ai observé en 1843, à l'hôpital des Enfants, un petit enfant de 4 ans, entré pour se faire traiter d'une tumeur blanche du genou gauche. Cet enfant avait eu, dans sa première enfance, tous les symptômes qui annoncent à un œil exercé une disposition scrofuleuse. A deux ans, il lui survint une éruption assez considérable, et de je ne sais quelle nature, aux reins. Cette éruption disparut au bout d'un certain temps, on ne sait pour quelle cause. Cette suppression fut suivie d'une toux qui persista fort longtemps. Le médecin appelé, ayant été mis au courant des antécédents, crut rationnel de chercher à rappeler l'éruption; il fit appliquer aux reins un vésicatoire volant. La

(1) Il est bien entendu que je ne veux parler que de ces affections légères qui guérissent d'elles-mêmes au bout d'un certain temps. En pareil cas, si on prescrit un vésicatoire, on pourra facilement lui faire les honneurs de la guérison.

toux n'en continua pas moins; elle donnait des inquiétudes aux parents : on établit au bras un vésicatoire à demeure. Tout cela n'y faisait rien. Enfin, un jour, la toux disparut, et le genou gauche devint le siége d'une tumeur blanche qui nécessita l'entrée de l'enfant dans la salle de chirurgie. J'ai cité, dans ma thèse, un cas à peu semblable; seulement l'enfant avait eu une ophthalmie scrofuleuse. L'ophthalmie disparut presque entièrement pour faire place à la toux, et malgré un vésicatoire destiné à rappeler l'humeur à la peau, la toux céda pour faire place à une tumeur blanche. Des faits de ce genre se rencontrent tous les jours.

Je me résume en disant :

Que la nature, dans la guérison des maladies, procède par des voies inconnues, qu'il n'est pas toujours donné à l'art d'imiter;

Que l'usage immodéré qu'on fait des vésicatoires, dans la médecine du jeune âge, tient à des idées systématiques erronées, et que ni l'expérience ni le raisonnement n'excusent un pareil abus;

Que, dans les affections aiguës des premières années de l'enfance, les vésicatoires peuvent déterminer des accidents graves, et que leur utilité est loin d'être assez bien constatée pour qu'on doive y avoir recours avec grande confiance;

Que, dans les affections chroniques, qui malheureusement se lient le plus souvent à une diathèse scrofuleuse, les vésicatoires sont complétement inutiles; qu'ils sont même dangereux, en ce sens qu'ils créent une habitude pathologique que certains praticiens redoutent, et qu'ils laissent subsister de crainte d'accidents;

Qu'enfin, soit qu'on les proscrive complétement, soit, au contraire, qu'on les juge indispensables dans certaines circonstances, il est nécessaire de protester avec énergie contre cette vieille routine qui fait prescrire les vésicatoires *toujours et quand même.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE MÉCANISME DE LA VOIX DE FAUSSET; communiquée par MM. PÉTREQUIN et DIDAY.

La GAZETTE MÉDICALE, en s'occupant dans son numéro 8 (année 1846) de l'HYGIÈNE DU CHANTEUR, par M. Segond, a mentionné les objections qu'il élève contre notre théorie sur le mécanisme de la voix de fausset. Le rédacteur s'étant, par l'excès d'une bienveillante modestie, récusé dans le jugement à porter entre notre critique et nous, nous venons aujourd'hui, rompant le silence que nous aurions gardé sans cela, répondre à l'appel qu'exprimait implicitement cette réserve.

La théorie du fausset, que nous avons développée dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. 1844, numéros 8 et 9), peut être formulée dans la proposition suivante : pour donner les sons de fausset, la glotte se place dans un état tel que les cordes vocales ne puissent plus vibrer à la manière d'une anche; son contour représente alors l'embouchure d'une flûte, et, comme dans les instruments de ce genre, ce n'est plus par les vibrations de l'ouverture, mais par celles de l'air lui-même, que le son est produit. Voici maintenant l'objection de M. Segond, à laquelle la GAZETTE MÉDICALE fait allusion; nous la reproduisons intégralement, d'après le texte même de l'auteur.

« Pour que la glotte s'accommode de manière à produire des sons par le mécanisme des flûtes, il faut, d'après MM. Diday et Pétrequin, qu'elle réunisse des conditions particulières qui ne se rencontrent pas dans le larynx des *basses-tailles;* et après avoir prouvé ce fait à leur manière, ils décident que les basses-tailles n'ont pas de voix de fausset. Qu'on me donne cinquante basses-tailles, je réponds de leur faire crier, en chœur et en voix de fausset, que MM. Diday et Pétrequin se sont trompés.

» Si, le jour où ces deux physiologistes ont imaginé leur théorie, ils avaient entendu, chanté par Lablache et Tamburini, le duo de *Il matrimonio segreto*, ils eussent assisté à un assaut de *points d'orgue* en voix de fausset, qu'ils auraient sans doute moins applaudi que les *dilettanti* de la salle Ventadour. Dans une scène de la *Prova d'un opera seria*, Lablache, imitant un soprano, chante une cavatine entière en voix de fausset. Géraldi, dont la voix de poitrine est franchement celle d'une basse-taille, a un registre de fausset très-étendu. Il est peu de ténors qui, sous ce rapport, puissent rivaliser avec lui. M. Levasseur, de l'Académie Royale, peut très-bien chanter en voix de fausset; mais comme il représente presque toujours des personnages dont les passions sont complétement éloignées de celles que peut traduire la voix de fausset, on l'entend rarement chanter dans ce registre. Il serait ridicule de faire exécuter des fioritures en voix de fausset à l'austère Marcel ou à l'infernal Bertram.

» Si, d'après MM. Diday et Pétrequin, le larynx des basses-tailles ne peut s'accommoder de manière à produire des sons flûtés, et si néanmoins il est parfaitement démontré qu'elles peuvent chanter en voix de fausset, il est de la dernière évidence que les explications de ces deux physiologistes sont imaginaires. » (Segond, HYGIÈNE DU CHANTEUR, 1846, p. 85 et suivantes.)

Voilà ce que l'auteur nous fait dire; voici maintenant ce que nous avions dit :

Dans toute discussion on verrait bien vite où est l'erreur, si des deux côtés on s'engageait à laisser parler son adversaire au lieu de le faire parler. On va voir qu'il n'était point inopportun de rappeler d'abord ici ce principe de loyale polémique. Après le langage tranchant qui nous est prêté, on sera sans doute surpris de lire celui que nous avions effectivement tenu. Or voici comment nous nous exprimions à propos du fausset chez les basses-tailles : « Les voix de basse-taille bien caractérisées en manquent généralement ou n'en ont d'ordinaire qu'un tout à fait impropre à l'expression vocale. » (GAZ. MÉD. 1844, p. 135.) Et, remarquez-le bien, la restriction que contiennent ces derniers mots était tellement explicite dans notre pensée, qu'à une page de là, insistant encore sur cette particularité, nous ajoutons dans une note spéciale : « Nous avons dit plus haut comment doit être entendu ce mot : *manquent de fausset.* » (Ibid., p. 136.) Dans le même paragraphe, nous faisions observer qu'elles peuvent toutefois donner quelques sons de ce registre, et nous caractérisions « *le peu de fausset* que possèdent les basses-tailles. » (Ibid.) Quelques lignes plus loin, nous parlions enfin « des imperfections qui en général sont propres au fausset dans la classe des basses-tailles. » (Ibid., même page.)

Ainsi donc, première *inadvertance* de notre critique. D'après lui, après avoir prouvé le fait *à notre manière*, nous aurions *décidé que les basses-tailles n'ont pas de voix de fausset.* Peindre, décrire un objet, en spécifier les qualités, en marquer les limites, serait-ce par hasard en nier l'existence? Qu'en pense M. Segond? Quant à nous, et sur ce simple échantillon de sa dialectique, nous ne pouvons que déclarer *sa manière* tout à fait supérieure à la nôtre!

Seconde *inadvertance :* nous avions formellement dit qu'il ne s'agissait que de basses-tailles *bien caractérisées.* M. Segond nous oppose le fausset de Lablache, de Tamburini, de Geraldi, tous d'après lui basses-tailles, mais en réalité barytons francs, comme le prouvent, quant aux deux premiers, les rôles spécialement composés pour eux (1). M. Segond prétend-il donc qu'on réunisse en un seul ces deux genres de voix, ainsi qu'il a essayé de le faire dans son tableau sur l'étendue des voix humaines, où il innove du reste d'une manière non moins originale à l'égard de plusieurs autres points? Que n'alléguait-il également contre nous le fausset de Martin et de Chollet? — D'ailleurs Lablache et Tamburini, quoique barytons, n'ont réellement pas de fausset, j'entends de fausset dont ils puissent se servir dans la sphère de leur expression vocale naturelle. Si, dans les dernières répliques du fameux duo bouffe *Se fiato in corpo avete*, ils se permettent quelques roulades en voix de tête, leur organe dépaysé n'a dans ce moment ni largeur ni éclat; et les dilettanti, avec lesquels nous avons souvent applaudi de bon cœur cette charge comique, ne laisseraient pas volontiers une pareille voix prétendre sur la scène à un genre plus sérieux de succès. Quant à la cavatine *entière*, que Lablache chante en voix de tête dans la *Prova*, ce n'est qu'une preuve de la même valeur, seulement une preuve un peu plus longue; et si M. Segond veut reconnaître pour cela à Lablache une voix de fausset digne du théâtre, il ne pourra non plus se refuser à signer un certificat de basse-taille à mademoiselle Grisi, qui, comme madame Malibran dans la même scène, sait à merveille riposter au *maestro Campanone* en bonnes et creuses notes graves, bien qu'à en croire M. Segond, *elle n'emploie pas un seul son du registre de poitrine!*

Ainsi jusqu'à présent M. Segond ne nous a pas même opposé une seule basse-taille. Or nous n'avions parlé que de voix de basse-taille *bien caractérisées.* Il n'en cite qu'une, Levasseur. Levasseur, dit-il, « *peut* très-bien chanter en voix de fausset. » Malheureusement la preuve se borne là; car, il l'avoue lui-même, la vérité est que cet artiste ne chante pas dans ce registre. Si, continue notre critique, il ne l'emploie point sur la scène, c'est « qu'il serait ridicule de faire exécuter des fioritures en voix de fausset à l'austère Marcel ou à l'infernal Bertram. » Singulière interprétation, à la place du fait lui-même qui fait défaut! Mais depuis quand donc le fausset se trouve-t-il borné à l'expression des sentiments gais, légers ou badins, à l'exécution exclusive des fioritures? Nourrit, par exemple, voulait-il être plaisant lorsque, dans le grand duo des *Huguenots*, il prenait de son fausset si vibrant, si incisif, le ré bémol sur les mots : *Ah! viens?* Et Rubini prétendait-il par hasard faire rire son auditoire, lorsqu'à la dernière scène d'*I puritani*, dans l'air : *Ella è tremante*, avec sa note déchirante de

(1) La dénomination de baryton, moins employée en Italie, n'est pas celle qu'on applique le plus ordinairement à Tamburini et à Lablache; mais la difficulté ne porte que sur les mots, et l'on ne peut nier que ce ne soient effectivement là le caractère et le nom réel de leur voix, lorsqu'on se rappelle que Barroilhet, le baryton par excellence, a chanté en Italie tous les rôles de ces deux artistes.

fausset sur le mi, il excitait dans la salle entière un frisson où la terreur faisait presque taire l'enthousiasme? — D'ailleurs si, d'après notre nouveau législateur, les fioritures et roulades conviennent seules à la voix de fausset, les situations qui les permettent sont-elles donc totalement exclues du répertoire de l'Académie royale de Musique, et Levasseur n'aurait-il pas souvent trouvé l'occasion de l'employer avec succès dans les rôles bouffons de Fontanarose, de Leporello, du gouverneur du comte Ory, où il se montre d'un comique si varié et si inventif? Et Santini, la basse-taille par excellence, l'avez-vous jamais, monsieur Segond, vous qui savez si bien ce que font et ce que peuvent faire tous les artistes, l'avez-vous jamais entendu donner un son de fausset dans ses charges excentriques où tout lui était permis, de *Don Giovanni*, de *la Prova* et d'*Il barbiere?* Et Boullard, et Dérivis, et Alizard, ces franches basses, ont-ils dans un seul rôle fait connaître au public les ressources de leur organe sous ce rapport?... Vous ne vous êtes point trop avancé, monsieur Segond, dans votre menace de nous faire crier nos erreurs en fausset par un chœur de cinquante basses; mais veillez bien à ne pas laisser se glisser parmi vos exécutants des noms semblables à ceux-ci : l'effet harmonique en pourrait souffrir, et vous éprouveriez à coup sûr le désappointement de les entendre effectivement *crier* en chœur!

Ainsi l'on ne nous a pas même montré l'ombre d'une preuve, et ce n'est qu'en dénaturant à l'envi notre pensée et notre langage qu'on a pu trouver l'apparence d'un fait contradictoire à nos doctrines. Mais où porte en définitive tout ce débat, et en quoi l'existence du fausset, chez les basses-tailles, devrait-elle donc, en l'admettant, invalider notre théorie? Selon nous (et nous n'avons pas dit autre chose), la glotte étant plus large chez les chanteurs de cette classe, elle y offre des conditions physiques moins favorables à la formation du fausset. Maintenant, parce qu'un baryton sait employer le fausset, parce que telle basse-taille même parviendra exceptionnellement, à force d'exercices et d'efforts, à pousser quelques sons de ce registre, vous viendrez soutenir que notre explication ne saurait subsister devant ce fait!... On a vraiment peine à comprendre que l'esprit de critique puisse conduire à de telles inconséquences. Les vraies basses-tailles manquent *généralement* de fausset; nous l'avons dit et nous le maintenons dans les termes exprès de notre première assertion. Mais les basses-tailles de M. Segond en eussent-elles toutes sans exception et chacune dix fois plus qu'un ténor, que prouverait ceci? Tout simplement que l'action des muscles constricteurs de la glotte est chez eux plus énergique que nous ne l'aurions cru, assez énergique pour amener facilement l'orifice à un degré de resserrement tel que les conditions propres à la formation du fausset y soient réalisées. Une semblable erreur, on le conçoit, nous coûterait fort peu à confesser, si on nous l'avait démontrée; mais derrière cet aveu notre théorie demeurerait intacte; elle demeurerait avec toutes ses preuves qu'on feint de méconnaître, avec l'autorité déjà imposante de ses partisans que M. Segond reconnait malgré lui, et parmi lesquels nous nous honorons de pouvoir compter le savant traducteur de la PHYSIOLOGIE de Müller, M. Jourdan.

Encouragé sans doute par l'exemple de M. Segond, un M. A..., après avoir, dans le numéro de novembre 1845 des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, rapporté l'argumentation de M. Segond, conclut ainsi à notre adresse : « Nouvelle preuve de la nécessité d'étudier une question avant de chercher à en fournir la solution. » Si le voile de l'anonyme nous dérobe le plaisir de rendre ici un hommage public aux travaux nombreux, aux titres sans doute populaires qui donnent à cet illustre inconnu le droit de tenir un pareil langage, il nous encourage du moins à lui demander la permission de ne pas répondre à ses remarques autrement que par la maxime un peu brève, mais bien suffisante pour la circonstance, dont il a cru devoir prendre envers nous la délicate initiative.

CHUTE DE LA FOUDRE; APHONIE MOMENTANÉE CHEZ UN HOMME QUI A ÉTÉ RENVERSÉ PAR ELLE; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, D. M. P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris et de la Faculté de médecine, etc.

Dans le village de Salagnac, département de la Creuse, se trouve un tilleul remarquable par sa hauteur, qui dépasse, je crois, celle des plus beaux arbres des Tuileries. Presqu'au pied du tilleul est une petite maison dont le sommet atteint à peine les premières branches de l'arbre séculaire.

Le 10 septembre 1845, à la suite d'un violent orage, le tonnerre tomba, non pas sur le point le plus élevé, qui était le sommet de l'arbre, mais sur la cheminée de la petite maison couverte en chaume, et qui n'avait aucune parcelle de fer propre à attirer l'électricité.

La cheminée de la maison aboutissait dans une cuisine où se trouvaient des pots et des marmites en fonte; de l'autre côté de la cheminée, et séparée par un pignon, était une petite écurie dans laquelle se trouvaient cent moutons et un homme qui les soignait, et qui était placé au devant de la porte, qui était ouverte; plus inférieurement et entièrement séparée des deux pièces précédentes, existait une seconde petite écurie qui logeait un cochon.

Dans la cuisine et autour de la cheminée, il y avait trois femmes et une enfant assises autour du feu. La porte de la cuisine, qui donnait sur la rue, était ouverte, ainsi qu'une porte de communication qui aboutissait dans une petite chambre à côté de la cuisine.

Un homme se trouvait dans la cuisine, placé entre la porte ouverte qui donnait sur la rue et celle de communication également ouverte.

Tous ces bâtiments étaient couverts en chaume, et le grenier au-dessus de la cuisine était rempli de foin.

Au coup de tonnerre, qui fut très-violent, il descendit par la cheminée une boule de fer de la grosseur du poing, et de laquelle s'échappaient des quantités d'étincelles. Cette boule tombe au milieu de l'enfant et des trois femmes dont j'ai parlé, se dirige, sans leur faire aucun mal, vers une vesselière en bois et en enlève quelques éclats; de là, elle gagne le milieu de la cuisine, la traverse en droite ligne, passe aux pieds de l'homme qui s'y trouvait debout, ne frappe aucun des vases en fonte; au lieu de sortir au dehors, cette boule pénètre dans la chambre à côté de la cuisine, et y disparaît sans laisser aucune trace.

Les femmes qui voyaient cette boule enflammée traverser lentement la cuisine engageaient l'homme qui s'y trouvait à mettre son pied dessus, afin de l'éteindre; mais Dumas, qui est un jeune garçon qui n'est pas sans intelligence, se rappela que lorsqu'il était à Paris il s'était amusé plusieurs fois, aux Champs-Élysées, à se faire *électriser*, et comparant la secousse qu'il éprouvait à celle beaucoup plus violente que lui aurait imprimée la boule qu'il voyait à ses pieds, jugea prudent de la laisser passer, se disposant à éteindre le feu qu'elle ne mit cependant pas.

Les femmes et Dumas n'éprouvèrent pendant quelques instants qu'un peu de gêne dans la respiration, due à une épaisse fumée fortement sulfureuse.

Les effets de la foudre ne se bornèrent pas à ceux que je viens de décrire: B...., âgé de 30 ans, grand, bien constitué et doué d'une voix très-forte de basse-taille, était dans l'écurie des moutons, en tenant un auquel il faisait un pansement; au moment de la chute de la foudre, instantanément et sans qu'il ait rien vu, il fut renversé à terre; tous les moutons se précipitèrent vers la porte, qui était ouverte, et sortirent sans qu'un seul fût atteint. Quelques instants après, B.... se releva, étourdi comme un homme ivre et frappé d'une aphonie presque complète. J'arrivai peu de temps après l'accident, et je remarquai sur lui les désordres suivants : il avait, au milieu du front et au-dessus de l'œil droit, une petite tache de la largeur d'une lentille et semblable à celle qu'aurait produite l'application d'un fer rouge; sur le dos du nez, deux rainures où l'épiderme était enlevé; deux ongles fortement appliqués et promenés sur le nez produiraient l'effet qui existait; il ne souffrait nulle part ailleurs, et malgré l'inspection la plus minutieuse, je n'ai pu découvrir, sur aucune autre partie, la plus légère trace du fluide électrique. Et cependant B.... ne pouvait plus parler; c'est à peine s'il pouvait se faire entendre; il avait une voix que je ne puis mieux comparer qu'à celle d'une petite chèvre, avec un timbre très-faible et très-aigu. Le phénomène eut lieu vers deux heures; la voix de B.... resta dans le même état jusqu'au lendemain, où elle devint un peu plus forte, mais toujours aiguë et chevrotante; peu à peu elle a perdu ce caractère, et huit jours après elle avait repris son timbre et sa force ordinaire.

B... n'éprouvait aucune espèce de douleur; il n'y avait pas de rougeur dans l'arrière-gorge, que j'ai examinée plusieurs fois avec grand soin; le larynx à l'intérieur ne présentait aucune modification apparente; la pression n'y faisait éprouver ni gêne ni douleur : il lui semblait que l'air ne pouvait plus sortir des poumons, et qu'il lui fallait faire des efforts pour expulser les quelques sons qu'il pouvait à peine faire entendre. Le premier jour, la respiration était régulière, il n'y avait pas de toux, et lorsqu'il ne parlait pas, il ne s'apercevait pas lui-même qu'il était privé de la voix, qui est revenue naturellement et d'une manière graduée.

Dans la petite écurie la plus inférieure, on trouva mort le cochon qui y était renfermé. Je n'aperçus sur son corps aucun sillon de brûlure comme j'en ai remarqué sur d'autres animaux tués par la foudre; trois heures après l'accident, la décomposition était complète.

En tombant sur la pointe de la cheminée, le fluide se sera divisé : une portion sera arrivée par elle dans la cuisine, une autre aura longé le pignon et frappé B...., une troisième aura tué le cochon, tout cela traversant de la paille, du foin sans y mettre le feu; renversant un homme sans toucher à aucun des moutons au milieu desquels il se trouvait; laissant sur lui quelques traces à peine apparentes, et le privant momentanément de la voix.

Quelles ont été les lésions du larynx? comment la glotte, par suite du fluide électrique, a-t-elle été modifiée de manière à laisser intacte la liberté de la respiration et modifier à ce point le timbre de la voix? comment a-

t-elle été seule affectée sans qu'aucun autre organe ait eu à en souffrir? Ce sont de ces phénomènes qu'il faut voir, observer, mais devant lesquels il faut que la raison s'incline, parce qu'elle ne peut les comprendre.

HYDROCÈLES OPÉRÉES PAR L'INJECTION ALCOOLIQUE DANS LA PROPORTION D'UNE PARTIE D'ALCOOL A 33° ET DE DEUX PARTIES D'EAU; observations recueillies à l'hôpital Beaujon, salles de M. Laugier, par M. Dupuy, interne du service.

Obs. — Mercier (Louis), âgé de 21 ans, charretier, est entré le 4 février 1846 à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Laugier, pour se faire traiter d'une hydrocèle du côté droit.

Il y a cinq ans, pendant l'hiver, sans cause connue, une petite tumeur, dit-il, s'est montrée dans les bourses du côté droit. Le malade a remarqué sa présence d'abord à la partie inférieure du testicule; peu à peu elle a augmenté de volume, son accroissement se faisant de bas en haut. Jamais aucune douleur, de quelque nature qu'elle soit, ne s'est fait sentir; les fonctions de la génération n'ont jamais été altérées; la santé générale ne laisse rien à désirer; Mercier (Louis) est bien constitué.

Examinée avec soin le 5 février dernier, la tumeur présente l'aspect suivant: elle a le volume d'un gros œuf de dinde, elle est allongée de haut en bas, étranglée vers son milieu en forme de besace. Le diagnostic de cette affection est facile: ainsi on reconnait très-bien que le liquide est en avant et le testicule en arrière; car, en exerçant une compression en ce point, le malade y éprouve de la douleur. Les efforts de toux ou d'autre nature ne font développer aucune grosseur au niveau de l'anneau, le liquide n'est point refoulé dans l'abdomen par la compression de la tumeur; évidemment il n'y a aucune communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Les tuniques du scrotum ne sont pas épaissies; on ne remarque aucune bosselure; de plus, la tumeur est transparente, caractère suffisant pour dissiper les doutes s'il en existait.

Traitement. — Le 8 février au matin, quatre jours après l'entrée du malade, M. Laugier a ponctionné l'hydrocèle: un liquide limpide, transparent, s'en est écoulé; immédiatement après, une injection d'eau et d'alcool dans la proportion d'une partie d'alcool pour deux parties d'eau a été faite. On a maintenu ce liquide dans la tunique vaginale environ deux minutes, temps au bout duquel il a été retiré en totalité sans avoir été agité comme le pratique M. Velpeau pour les injections iodées. Le malade n'a accusé aucune douleur pendant l'opération; ce n'est qu'une heure après l'injection qu'il dit avoir ressenti quelques légères douleurs dans le testicule droit, ainsi que dans la région des reins du même côté. Ces douleurs, presque insignifiantes du reste, n'ont persisté qu'une heure environ.

Régime. Diète absolue; tilleul.

Le 9, une légère inflammation s'est manifestée; la peau est rouge et luisante, la tumeur a le volume d'un œuf; le malade n'éprouve de la douleur que lorsqu'on la comprime; pas de fièvre.

Régime. Un bouillon; tilleul.

Le 10, l'inflammation a augmenté d'intensité; le volume de la partie est un peu plus considérable qu'hier; la peau est luisante; il y a de la chaleur et de la rougeur; point de douleurs, si ce n'est comme hier à la pression; pas de céphalalgie; pas de fièvre. Il n'est appliqué aucun topique sur la tumeur; on se contente de maintenir le testicule un peu soulevé à l'aide de compresses sèches.

Régime Deux bouillons; même tisane que par le passé.

A quatre heures du soir, le malade se plaint de n'être pas allé à la selle depuis plusieurs jours. (Lavement huileux.)

Le 11, l'inflammation est franche; rien de particulier; le malade demande à grands cris des aliments.

Régime. Une portion.

Les 12, 13 et 14, l'inflammation est moins violente, le volume de la tumeur moins considérable.

Régime. Trois portions.

Le 16, la tumeur diminue peu à peu de volume; les rides du scrotum commencent à reparaître; la rougeur est presque normale.

Enfin le 12 mars, trente-cinq jours après l'opération, le malade étant guéri demande lui-même à quitter l'hôpital.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que le malade n'a accusé pendant l'opération aucune douleur, quoique son attention fût dirigée vers ce point par les questions qui lui étaient adressées. Ainsi, s'il existe réellement une différence entre les injections alcooliques et les injections iodées, l'alcool à froid dans les proportions indiquées jouirait aussi du privilége attribué particulièrement aux injections iodées, de ne causer qu'une très-faible douleur. Si nous comparons d'ailleurs les résultats obtenus par les injections iodées avec celui qui vient d'être obtenu par l'injection d'eau et d'alcool, ils sont identiques. Ainsi absence de douleurs, accidents consécutifs nuls, guérison prompte.

La comparerons-nous maintenant avec l'injection vineuse à chaud? Si nous nous en rapportions au fait qui vient de se passer sous nos yeux, nous n'hésiterions pas à dire qu'elle a sur elle des avantages bien réels: d'abord la simplicité, une seule injection suffisant, ensuite l'absence de douleurs, bien réelles dans les injections vineuses.

Reste encore une question à étudier: elle consiste à examiner si ce liquide, injecté dans le tissu cellulaire des bourses, y déterminerait les accidents formidables reprochés au vin et à l'alcool, tels que la gangrène. On le conçoit d'avance, un accident seul, survenu pendant l'opération, pourrait éclairer la question, à moins toutefois de faire des expériences sur des animaux, comme cela a été pratiqué pour l'iode.

Je dois ajouter, avant de terminer, que dans ce moment se trouve, dans les salles de M. Laugier, un nouveau malade atteint d'hydrocèle, et que ce chirurgien a opéré comme le précédent. Le 19 mars la ponction a été pratiquée; pendant l'injection le malade, de même que celui qui a fait l'objet de la précédente observation, n'a accusé aucune douleur; aujourd'hui 27 mai, il est en voie de guérison.

Ainsi se trouverait résolue la question de l'absence des douleurs et de la promptitude de la guérison par l'injection purement alcoolique, si des expériences ultérieures confirmaient l'efficacité de ce nouveau traitement. Il reste à déterminer la part incertaine que pourrait avoir l'iode dans les injections iodées. Le résultat de ces deux espèces d'injections se trouvant jusqu'ici identique, on ne saisit pas *à priori* quelle pourrait être l'influence de l'iode.

OBSERVATION DE BÉGAYEMENT CHORÉIQUE; GUÉRISON A L'AIDE D'UN TRAITEMENT EMPRUNTÉ A LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE; communiquée par M. Dumas, de Dammartin.

Obs. — Une jeune fille de 13 ans, qui réunissait un ensemble d'attributs physiques très-heureux, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 20 octobre 1844, à cela près de quelques palpitations nerveuses combattues avec succès par le régime froid, les bains frais et quelques légers antispasmodiques. Depuis, elle a ressenti de la céphalalgie, des douleurs lombaires et la plupart des symptômes précurseurs de la révolution pubère. Le 15 décembre 1844, les personnes qui l'entourent s'aperçoivent que chez elle la parole s'embarrasse, puis qu'elle bégaye: grande consternation chez les parents qui n'ont que ce seul enfant, et qui ne doutent pas qu'il soit atteint d'une infirmité incurable. Les commémoratifs se réduisent à ceci: quelques jours avant l'invasion du mal, la jeune fille avait éprouvé plus de céphalalgie que de coutume; elle s'était occupée plus assidûment. Une circonstance qui ne doit pas être oubliée au point de vue de l'influence de l'imitation, sans vouloir prétendre pour cela que cette influence s'est exercée effectivement ici, c'est celle de la fréquentation habituelle d'une jeune bègue, de ses compagnes. Dans mon examen, mon premier soin fut de rechercher si, dans le conduit laryngo-buccal, ne se rencontrerait pas quelque obstacle matériel pour expliquer la lésion fonctionnelle. Je ne trouvai rien: la voix, l'intelligence étaient restées intactes; il n'y avait pas de fièvre. Je dus songer à l'existence d'une affection du cerveau ou de ses nerfs; cette affection, je crus pouvoir la déduire des conditions physiologiques et des données pathologiques suivantes. Cette jeune fille vivait dans un âge où le cerveau est naturellement soumis à l'influence d'une multitude de causes excitatrices, parmi lesquelles on peut placer en première ligne: 1° l'évolution rapide des centres nerveux et de leurs nerfs; 2° le nombre considérable d'impressions, de sensations et de perceptions neuves qui, dans notre état de civilisation surtout, viennent, dans un très-court espace de temps, affecter la sensibilité cérébrale; 3° l'apparition dans l'économie d'un nouveau viscère, la matrice qui, naguère encore à l'état rudimentaire, vient de parcourir rapidement les différentes phases de son développement; 4° l'augmentation de l'intensité de la vie générale et partielle décidée par cette apparition; 5° enfin, encore à raison de cette même apparition, le départ vers le cerveau des rayonnements sympathiques, tellement puissants que désormais on verra trop souvent la volonté fléchir devant les instincts tyranniques du nouvel hôte. Comme second ordre de données émanant de l'observation directe, il y avait des crampes, de la céphalalgie incommode, de l'apathie dans les fonctions cérébrales et motrices, et la non-coordination de ces données n'échappait pas à l'œil tant soit peu attentif des personnes étrangères à la médecine. La question de siége résolue dans le sens d'une affection du cerveau, restait à déterminer la nature de cette affection. Celle-ci était-elle statique ou dynamique? Ici il faut avouer qu'en raison de l'insuffisance des données fournies par l'analyse symptomatique, voire même éclairée par l'anatomie pathologique, il se présentait de grandes difficultés. Dès lors, pour nous tirer d'embarras, conformément à nos principes de philosophie médicale, nous avons dû prendre pour guide, non pas simplement les données fournies par l'analyse symptomatique, mais celles qui nous étaient offertes par l'analyse clinique, par l'histoire entière de la maladie, sans négliger encore la considération du plus grand avantage et du moindre inconvénient. En suivant ces errements, nous nous sommes arrêté au diagnostic et au traitement suivants. Bégayement choréique, reconnaissant pour cause une congestion de l'axe cérébro-spinal, et en particulier des lobes antérieurs cérébraux, selon Gall et Bouillaud. En conséquence, dans le traitement, on se propose: 1° de résoudre la congestion; 2° de prévenir son retour en modérant l'excitation générale et surtout celle de la matrice. Dans la première vue saignée générale, bains de pieds sinapisés, laxatifs, régime doux, exercice modéré. Pour remplir la seconde indication, on conseille les bains de siége émollients, les lavements calmants, les distractions douces et antagonistes de l'état moral habituel. L'expérience vient confirmer la théorie. Huit jours après l'emploi de cette médication simple, la formation de la parole était déjà plus facile; au douzième jour il ne restait plus aucun indice de bé-

gayement, mais la malade était entrée dans un nouvel état maladif. Tous les symptômes d'une grande faiblesse s'étaient déclarés : apathie, langueur générale, tendance au repos invincible, maintien et marche mal assurés. Ce nouvel état est combattu par les analeptiques joints aux toniques fixes. On est plus réservé sur l'exercice musculaire. Sur ces entrefaites, un médecin judicieux et expérimenté, consulté, accuse l'insuffisance des déplétions sanguines, propose d'y revenir, sans préjudice d'applications de sangsues, s'il y avait lieu; conflit d'opinions. Cette prescription n'est pas suivie. La malade est adressée à M. le professeur Cruveilhier, qui adopte le traitement mis en usage, soit dans ses bases fondamentales, soit dans ses modifications successives; de plus, il le complète à l'aide d'indications de détails qui doivent nécessairement échapper aux ministres subalternes de l'art. Pendant l'espace de trois mois environ que l'application de ces conseils fut faite, l'atonie continua d'être grande, puis après elle diminua. Les forces reparurent ensuite sensiblement; dès lors on crut pouvoir se relâcher de la sévérité du régime : on reprit la vie sédentaire, les occupations d'aiguille assidues. Bientôt retour vers l'état précédemment décrit, auquel viennent encore s'ajouter une toux fatigante et des crampes d'estomac. Cette rechute mit plusieurs mois à se dissiper, sous l'influence de précautions hygiéniques appropriées et des toniques fixes; on tente les préparations de fer : elles sont bien supportées. La convalescence faisant ensuite des progrès journaliers, la santé ne tarde pas à devenir florissante : plus de traces de cette atonie qui avait été portée si loin. Les règles n'ont pas encore paru; mais la jeune fille éprouve de loin en loin quelques symptômes précurseurs de leur apparition. On abandonne tous les remèdes; on se borne à seconder les efforts de la nature.

Cette observation suggère plusieurs réflexions. Une erreur faillit être commise à l'occasion de cette atonie qui suivit la saignée. Cette atonie fut jugée symptomatique, tandis qu'elle était radicale, d'où pour nous la nécessité généralement trop peu comprise de se familiariser par l'étude avec les notions de principe, d'état pathologique général, d'éléments enfin des maladies, soit la faiblesse, soit la pléthore, soit l'état fluxionnaire, soit le système nerveux, etc.; notions auxquelles viennent se rattacher une indication de thérapeutique et une sentence de pronostic spéciales. En effet, qui n'a été maintes fois à même de déplorer l'incertitude des opinions lorsqu'il s'agit de déterminer avec précision l'existence de tel ou tel état pathologique? C'est ici le cas de répéter après le prince des fables : « Rien de si commun que le nom, rien de si rare que la chose; » et cependant le plus souvent les circonstances appellent l'activité, et les conséquences de l'activité sont graves, comme on peut le voir dans notre observation. Il est connu, au contraire, que la détermination des affections locales et surtout physiques ne deviennent que rarement l'occasion de semblables embarras, en raison sans doute de la direction imprimée aux études médicales du jour, tendant presque exclusivement à la culture des sens et à la recherche des découvertes de détail. Bérard (de Montpellier), trop tôt enlevé à la philosophie et aux sciences médicales, s'est efforcé, dans l'appendice aux maladies chroniques de Damas, de combler la lacune sur laquelle nous appelons aujourd'hui l'attention. Il y a tracé, avec la supériorité de talent qu'on lui connaissait, le tableau des différents états pathologiques généraux; mais il est à regretter que cette œuvre à titre d'essai, et qui peut être comparée à un traité de pathologie et de thérapeutique générales, soit, d'une part, si peu connue, et, de l'autre, qu'elle n'ait plus rencontré de continuateurs.

Ce qui éloignait l'idée de faiblesse radicale dans notre observation, c'est la considération du pouls; celui-ci présentait momentanément une certaine force et une certaine plénitude.

Par rapport au traitement, il ressort de cette observation qu'aux spécialistes seuls n'appartient pas le privilége de guérir les bègues; que la thérapeutique générale a aussi sa part à revendiquer chez cette classe de malades; qu'enfin les succès quelle obtient sont d'une promptitude et d'une constance satisfaisantes.

FAIT DE DILATATION DE L'URÈTRE OCCASIONNANT UNE TERREUR PANIQUE; communiqué par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

OBS. — M. B..., 65 ans, est nerveux, impressionnable, fort instruit, a une intelligence d'élite, mais redoute on ne peut davantage l'apparence même de la douleur, ainsi que le savent mes honorables confrères les docteurs Grateloup et Corantin Pujos, qui sont les médecins de quelques-uns des membres de la famille.

Il y a quelques années que M. B... me consulta pour un léger rétrécissement de l'urètre, siégeant vers la fin de la portion spongieuse et au commencement du bulbe. La dilatation me parut devoir suffire, et j'y procédai immédiatement avec une bougie très-fine. Cette manœuvre, bien que n'ayant occasionné aucune douleur, provoqua une syncope de très-longue durée, et effraya tellement le malade qu'il me pria de lui indiquer comment il faudrait qu'il s'y prît pour dilater lui-même la coarctation.

Trois ou quatre jours après cette première dilatation, je vis arriver M. B... dans mon cabinet, mais effaré, pâle, tremblant, se soutenant à peine, courbé en deux et paraissant beaucoup souffrir. Je le fis asseoir, lui dis de se calmer, de se reposer, et d'attendre que l'état d'exaltation dans lequel il se trouvait fût passé, afin qu'il pût m'expliquer la cause de son effroi.

Quand il fut un peu remis, il ouvrit son pantalon et me fit voir une bougie en gomme fortement retenue dans l'urètre, bougie qu'il s'était efforcé d'*arracher* avant de venir me demander assistance. Plusieurs tentatives faites pour enlever la bougie furent inutiles, tant la résistance était opiniâtre, et ce ne fut qu'après m'être aperçu de ce qui s'était passé que je réussis à délivrer M. B...

Voici ce qui était arrivé :

Le malade, s'étant conformé à mes instructions, avait introduit la bougie dans l'urètre en lui imprimant des mouvements en spirale. Mais l'instrument ayant pénétré dans l'angustie s'y trouva serré, fortement étreint, et ne put conséquemment continuer d'obéir à l'action vigoureuse des doigts, à ce moment, qu'en formant une anse, que je défis en opérant pour la sortie en sens inverse de ce qui avait été fait pour l'introduction.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT POUR PRATIQUER LA CAUTÉRISATION DU CANAL DE L'URÈTRE; communiquée par M. le docteur OLLAGNIER.

L'application directe du nitrate d'argent à l'état solide est sans contredit l'un des moyens les plus utiles que l'on possède pour combattre les affections chroniques des muqueuses externes et de celle qui tapisse le canal de l'urètre en particulier. Il est des chirurgiens qui se sont exagéré la puissance de ce moyen et qui ont mal compris la manière dont il convient de l'employer; d'autres, le regardant comme nuisible, ont cru devoir y renoncer; mais ceux qui, sans prévention, ont étudié son mode d'action, ont reconnu que cet agent employé, non comme escarrotique, mais comme modificateur, pouvait rendre de grands services dans le traitement des maladies des voies urinaires. C'est à ce dernier titre que nous en conseillons l'usage, convaincu, d'après les faits nombreux qui se présentent aujourd'hui dans la pratique, que la destruction d'un rétrécissement par perte de substance expose à des récidives incurables. Mon but n'est pas d'énumérer les cas dans lesquels il convient de recourir au nitrate d'argent; je me propose seulement de faire connaître un nouvel instrument, adopté depuis quelque temps à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et que j'ai imaginé dans l'intention de rendre le procédé opératoire de la cautérisation du canal de l'urètre, plus facile, plus précis, moins dangereux que la plupart des procédés décrits jusqu'à ce jour.

Quelles sont les qualités que l'on doit trouver dans un instrument destiné à porter un caustique dans un point quelconque du canal excréteur de l'urine?

1° Il faut que son introduction puisse se faire avec facilité et sans tâtonnement;

2° Qu'il soit assez flexible pour se prêter aux courbures normales ou accidentelles que ce canal est susceptible de prendre;

3° Qu'il soit d'un calibre proportionné aux espaces dans lesquels il doit s'engager; qu'il puisse les traverser au besoin sans les froisser ni les contondre;

4° Qu'il n'expose pas le chirurgien à faire fausse route, ou à arc-bouter contre l'orifice d'un rétrécissement;

5° Qu'il permette de porter avec précision le caustique sur le point du canal qui doit être modifié.

Tous ces avantages, nous croyons les reconnaître à l'instrument que nous allons décrire.

Il se compose :

1° D'une sonde conductrice en métal, flexible et conique dans une partie de son étendue;

2° D'une tige porte-caustique;

3° D'une bougie emplastique.

La bougie est conique; elle a un calibre proportionné à celui de la sonde conductrice.

Cette dernière est en argent, moins longue que la bougie, mais également conique, à parois très-lisses, et ouverte à ses deux extrémités. Dans l'étendue de 4 pouces à partir de sa petite extrémité, cette sonde conique est constituée par une lame d'argent de largeur décroissante, contournée en spirale à tours contigus, comme le seraient ceux d'un ressort en boudin; ce qui donne à cette extrémité de l'instrument toute la flexibilité désirable. Cette canule comporte différents calibres, suivant la largeur du rétrécissement dans lequel son extrémité doit s'engager.

La tige porte-caustique se termine par une cuvette ordinaire, ou, lorsqu'elle doit être d'un petit calibre, par une extrémité sur laquelle est creusée une rainure en spirale peu profonde, mais assez large. Cette tige est flexible, afin de pouvoir suivre les inflexions que la sonde conductrice est susceptible de prendre.

Pour se servir de cet instrument, on le dispose ainsi qu'il suit :

On charge le porte-caustique. S'il s'agit de la cuvette ordinaire, je n'ai

rien à dire; mais on ne réussirait pas, en s'y prenant de la même manière, à l'égard de la rainure spiroïde. Il faut, pour charger cette dernière, faire fondre le nitrate d'argent sur une lame en porcelaine ou en faïence, un morceau d'assiette, par exemple, et rouler l'extrémité creusée en rainurre dans le nitrate d'argent fondu. Celui-ci se solidifie très-vite et s'attache fortement à l'extrémité de la tige. On enlève ce qui dépasse les bords de la rainure avec de la pierre-ponce, comme Ducamp conseille de le faire à l'égard de la cuvette.

Le porte-caustique préalablement chargé, on introduit la bougie emplastique dans le conducteur, qui la revêt exactement, excepté ses deux extrémités qui dépassent celles du conducteur dans l'étendue d'un pouce environ. Bien que les parois de ce dernier soient aussi minces que possible, on comprend qu'il ne se termine pas insensiblement sur la bougie sans donner lieu à une légère inégalité de nature à occasionner un temps d'arrêt lorsque l'instrument doit pénétrer dans le rétrécissement. Pour obvier à cet inconvénient, on peut, si on le juge convenable, établir la continuité de la surface de la bougie avec celle du conducteur par une petite zone d'extrait gommeux d'opium, substance inoffensive et soluble dans les mucosités du canal.

Ainsi disposée, cette partie de l'instrument constitue une bougie conique flexible, à extrémité mousse que l'on introduit comme une bougie ordinaire, et qui, lorsque le canal est libre, peut s'insinuer jusque dans la vessie avec la plus grande facilité sans qu'il soit nécessaire d'exercer aucune traction sur la verge. Lorsque l'extrémité du conducteur est parvenue à la profondeur voulue, on retire la bougie qu'il contient, laissant le conducteur en place, et l'on introduit dans la cavité de celui-ci la tige porte-caustique. Une marque ou un curseur, placé sur cette tige, indique le moment où l'extrémité de la cuvette se trouve au niveau de la sonde conductrice. Veut-on faire agir le caustique, il suffit de démasquer la cuvette en remontant le conducteur, et le nitrate d'argent se trouve en contact avec le point du canal que l'on veut modifier.

La fabrication de cet instrument présente des difficultés sous le rapport de ses conditions de flexibilité, de solidité et de perfection. Les anneaux de la spirale pourraient constituer une surface brisée, inégale; ces anneaux, au lieu d'être parfaitement contigus, pourraient n'être pas assez rapprochés, et pincer la muqueuse pendant l'introduction de l'instrument. J'ai confié la confection des miens à M. Blanc, artiste très-habile, qui a su parfaitement comprendre leur mécanisme, et les mettre à l'abri des reproches que je viens de signaler.

CALCUL VÉSICAL FORMÉ AUTOUR D'UNE ALÈNE DE CORDONNIER; CYSTOTOMIE; DILATATION; GUÉRISON; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de Clermont.

OBS. — Le nommé Marmontel, âgé de 35 ans, natif de Marlat (arrondissement de Mauriac, département du Cantal), doué d'une constitution vigoureuse, ayant toujours joui d'une bonne santé, partit, il y a quatre ans, pour le Mexique, et y travailla sur les ports.

Il ressentit pour la première fois, il y a deux ans, des douleurs au bas-ventre, de la chaleur à l'extrémité du gland et de la difficulté pour uriner. Ce malaise, qui persista pendant huit ou dix jours, disparut ensuite assez promptement sous l'influence de bains locaux.

Cinq mois après, Marmontel eut quelques accès de fièvre intermittente qu'il crut devoir attribuer à un séjour assez long qu'il avait fait dans un lieu humide; elle céda au bout de douze jours. Mais bientôt de nouvelles douleurs se firent sentir dans la région de la vessie, au gland, au périnée; l'urine perdit sa transparence et laissa déposer au fond du vase un sédiment blanchâtre; quelques graviers furent rejetés par l'urètre; blancs dans le principe, la dessiccation les réduisit en une poussière analogue à de la farine; plus tard ils prirent une couleur gris de fer.

La maladie fit bientôt des progrès tels qu'au mois de janvier 1845 tout travail devint impossible, et il se vit forcé d'entrer à l'hôpital de Vera-Cruz. Des sangsues en grand nombre furent appliquées au bas-ventre et au périnée; on administra des bains de siége et bientôt le cathétérisme fit reconnaître la présence d'un calcul dans la vessie. Le chirurgien chargé du service ne voulut pas l'opérer, prétextant qu'il n'avait pas les instruments nécessaires, et l'engagea à retourner dans son pays. Marmontel s'embarqua pour la France, fit un séjour assez court dans sa famille et se présenta à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 30 août de la même année.

Les douleurs qu'il éprouvait lorsqu'il voulait uriner étaient horribles et le forçaient de s'accroupir comme pour aller à la selle. Soutenant d'une main le périnée, serrant de l'autre fortement le gland, il rejetait péniblement quelques gouttes d'urine, et dans les efforts qu'il faisait les matières fécales s'échappaient du rectum. Il était forcé en marchant de prendre les plus grandes précautions pour calmer des douleurs qu'exaspérait le moindre faux pas.

Dans l'intervalle de ces crises, l'urine sortait involontairement et le malade avait été dans la nécessité d'adapter à l'extrémité de la verge une vessie destinée à la recueillir. Le vase dans lequel il les rendait contenait un dépôt glaireux mêlé à une grande quantité de matières purulentes. La portion du périnée la plus rapprochée de l'anus était très-douloureuse à la pression.

L'état général est néanmoins assez bon, l'embonpoint est conservé, les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien; le facies présente cependant une légère altération, qui exprime l'état des souffrances auxquelles Marmontel est en proie depuis quinze mois. La peau du visage offre une coloration d'un jaune paille.

Une sonde est introduite dans la vessie; le canal de l'urètre est libre; le contact de l'instrument sur la membrane muqueuse qui le tapisse n'en est pas moins très-douloureux. Les tentatives d'exploration sont difficilement supportées et n'amènent aucun résultat; le malade assure cependant qu'à l'hôpital du Mexique on a constaté l'existence d'une pierre. Le mandrin qui bouche les yeux de la sonde est alors retiré, l'urine s'écoule et le bec de l'instrument rencontre le calcul; mais à ce moment les douleurs sont excessives et je suis forcé de retirer l'algali pour ne pas les prolonger plus longtemps. Les mêmes douleurs se reproduisent lorsque la vessie est vide.

La sensibilité des voies urinaires est telle, le contact des instruments si difficilement supporté, que le broiement du calcul ne paraît pas possible; je me décide alors à pratiquer la cystotomie par la méthode bilatérale, afin d'avoir une ouverture assez grande sans craindre la lésion des vaisseaux du périnée.

Quelques bains sont préalablement administrés au malade, un purgatif est donné la veille de l'opération, qui est pratiquée le 6 septembre 1845.

Un cathéter volumineux est introduit dans la vessie, les parties molles situées au devant de l'anus divisées; la portion membraneuse de l'urètre est découverte, la cannelure de l'instrument mise à nu et la pointe du lithotome double glissée sur elle. Ces premiers temps de l'opération ont été promptement exécutés. Les branches de l'instrument en s'ouvrant dans la vessie ont rencontré le calcul, dont la présence en a rendu le déploiement difficile; mais c'est surtout pour les retirer qu'ont eu lieu les principales difficultés; ce n'est qu'avec peine qu'elles ont pu être dégagées, et le tranchant de la branche droite s'est émoussé en frottant sur un corps dur, que j'ai cru formé par la pierre.

L'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie, j'ai senti un corps très-dur, pointu, dont l'extrémité m'a paru implantée dans les parois de la vessie au niveau de son col. J'ai d'abord pensé que c'était l'extrémité d'un calcul qui s'engageait dans son ouverture, et j'ai glissé sur le doigt des tenettes, croyant pouvoir le saisir avec facilité. Leurs cuillers ont ramené une pierre volumineuse, mais qui s'est écrasée sous leur pression. Une seconde exploration ayant été faite, le même corps dur a été senti; une nouvelle introduction des tenettes a de nouveau ramené des fragments de calcul, sans entraîner néanmoins ce noyau consistant, dont les rapports avec le col de la vessie n'ont pas changé.

Voyant l'inutilité de ces tentatives, je cherchai à le déplacer au moyen du bouton qui termine l'instrument conducteur des tenettes; son extrémité glissée sur lui me permit de lui imprimer un léger mouvement de bascule, qui l'abaissait. Les tenettes, introduites de nouveau dans la vessie, le saisirent par son extrémité inférieure et le ramenèrent à l'extérieur.

Nous ne fûmes pas peu surpris en reconnaissant une alène de cordonnier, encroûtée de substance saline dans toute son étendue, d'une longueur de 9 centimètres. Les deux extrémités seules n'étaient point recouvertes de concrétions calculeuses; l'inférieure était fixée à la face interne de la vessie, près du col, ce qui en avait rendu l'extraction difficile. A chaque tentative, les tenettes la saisissaient par sa partie moyenne et écrasaient entre leurs cuillers le calcul qui l'enveloppait, mais ce noyau métallique conservait toujours la même position. Ce n'est qu'au moment où une de ses extrémités a été ramenée à l'extérieur qu'il a été possible de l'extraire. (La pièce a été envoyée à l'Académie de médecine; j'ignore quelles sont les circonstances qui ont empêché M. Roux, à qui je l'avais adressée, de la présenter à ce corps savant.)

Deux injections d'eau de guimauve ont été faites dans la vessie et le malade a été rapporté dans son lit. Il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie; à peine s'est-il écoulé une cuillerée de sang.

Marmontel, aussi étonné que nous en voyant l'alène qui était devenue le noyau d'un calcul, cherche à rappeler ses souvenirs, et nous dit qu'il y a dix-huit ans, travaillant à Bourges chez un cordonnier, ses camarades, pendant qu'il dormait la bouche entr'ouverte, lui touchèrent le fond du gosier avec un instrument qu'ils échappèrent. Il éprouva à l'instant même en se réveillant une gêne légère; mais cette sensation ne s'étant pas prolongée il n'y fit aucune attention. Je n'attachai d'abord aucune confiance à cette version, bien convaincu que l'alène avait dû être introduite par le méat urinaire, et je recommandai aux élèves de ne plus lui reparler de ce fait, voulant moi-même, dans un entretien particulier, tâcher de savoir la vérité. Il persista dans ses dénégations avec une apparence de bonne foi qui pouvait inspirer quelque confiance dans son récit. Je me réservais néanmoins de lui renouveler ma demande lorsqu'il sortirait de l'hôpital, parce qu'alors quittant Clermont, il lui en eût moins coûté de faire un aveu qui pouvait l'humilier; mais sa narration fut toujours la même. De nouveaux faits sont venus quelques jours après la rendre plus vraisemblable.

Les douleurs que le malade a ressenties après l'opération ont eu leur siége à l'extrémité de la verge; elles ont été très-vives pendant plusieurs heures. Dans la journée et le lendemain quelques graviers ont été entraînés par l'urine; les plus gros sont sortis par la plaie; quelques-uns, plus petits, ont traversé l'urètre. Il n'est survenu, du reste, aucun accident; l'abdomen est resté indolent, l'inflammation circonscrite aux lèvres de la plaie. Le lendemain, le malade demandait avec instance des aliments. (On a permis de légers potages.)

9. L'amélioration persiste, l'appétit est vif (quart de portion). Le surlendemain, Marmontel mange la demie, qui n'est bientôt plus suffisante.

13. Sept jours après l'opération, le malade, dont l'état est toujours excellen,

nous dit que des vents s'échappent par la plaie et par la verge; ceux qui sortent de l'urètre le font avec bruit.

Je craignis que le rectum n'eût été intéressé pendant l'opération; mais Marmontel me rassura bientôt en me disant que cela ne l'étonnait guère; car le même phénomène se reproduisait depuis longtemps, et son urine moussait comme de la bière en faisant entendre quelquefois le bruit que détermine en s'échappant le gaz acide carbonique.

Le doigt introduit dans le rectum trouva, à 8 ou 10 millimètres au-dessus de l'anus, une petite ouverture circulaire, déprimée, dont les bords paraissaient amincis. Nul doute que c'est par cet orifice qu'une communication s'est établie entre le rectum et la vessie. Une petite sonde en gomme élastique munie d'un mandrin et recourbée à angle droit est introduite dans cette ouverture; elle est facilement sentie par un stylet glissé entre les lèvres de la plaie.

Jusque-là Marmontel n'a pas remarqué que l'urine se soit échappée par le fondement, mais le liquide d'un lavement qu'on lui a administré la veille est ressorti presque entièrement par la plaie.

Il était intéressant de savoir si avant l'extraction de ce corps étranger les digestions avaient été pénibles, laborieuses, la défécation difficile, s'il urinait par l'anus. Il répond à nos demandes en nous assurant qu'il n'a fait à cet égard aucune remarque. Il rendit une fois, dans un violent effort pour aller à la selle, une petite quantité de pus mêlé aux matières.

15 septembre. L'urine commence à passer par la verge.

6 octobre. La plaie est entièrement cicatrisée. Marmontel quitte l'hôpital le 15. Il passe beaucoup moins d'urine par le rectum; quelques gaz s'échappent encore par la verge.

Les observations de corps étrangers trouvés dans la vessie et encroûtés de sels calcaires ne sont assurément pas rares dans la science, mais il serait difficile d'en trouver un exemple plus remarquable que celui-ci.

Si les douleurs qu'éprouvent les calculeux sont plus vives lorsque la vessie s'est débarrassée de l'urine qu'elle contient parce qu'alors ses parois viennent coiffer la pierre, on comprend que chez notre malade elles devaient être bien aiguës puisque c'étaient les pointes d'une tige métallique qui étaient en contact avec sa membrane muqueuse. On s'explique aussi très-bien cette sensibilité si vive au toucher lorsqu'on pressait sur le périnée. Il est seulement étonnant qu'après plusieurs tentatives pour retirer ce corps étranger, qu'après des manœuvres répétées dans un organe malade, il ne soit pas survenu des accidents plus formidables et que l'inflammation catarrhale qui existait à la vessie depuis longtemps n'ait pas été exaspérée. Nous ne pouvons en trouver la cause que dans la bonne constitution de notre malade, la force de son caractère, le bon état de son moral. Cet homme accoutumé à des travaux pénibles, couchant toujours sur la dure, avait un appétit extrême et n'aurait pu supporter la diète. Dès le lendemain de l'opération il demandait à manger, et chaque jour il fallait augmenter la dose des aliments; le surlendemain même il aurait voulu se lever, et il a fallu, pour l'en empêcher, lui faire sentir les conséquences fâcheuses que pourrait avoir pour lui une telle imprudence.

Il serait bien extraordinaire qu'une tige métallique de cette longueur ait pu parcourir le canal intestinal, percer la cloison recto-vésicale sans avoir déterminé des accidents. Que serait-elle devenue pendant quinze ans? Ce problème paraît tellement insoluble qu'il serait plus rationnel d'admettre qu'elle a pénétré directement dans les voies urinaires, ulcéré les parois de la vessie et produit la fistule qui existe aujourd'hui.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de juin, juillet, août et septembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Analyse de l'urine des aliénés de l'hôpital Saint-Luc pendant l'année* 1844; par M. Sutherland. 2° *Sur les effets du tabac*; par M. Allnatt. 3° *Considérations pratiques sur les maladies simulées*; par M. Calder. 4° *Sur la chimie pathologique de l'urine et du sang*; par M. Padley. 5° *Sur les dépôts qui se forment dans l'urine albumineuse*; par M. Bence (Jones). 6° *Considérations pratiques sur les différentes formes de dyspepsie*; par M. Robert Dick. 7° *Sur l'emploi du tourniquet dans les blessures de l'artère brachiale*; par M. Craig. (A la suite d'une saignée malheureuse, un homme avait une tumeur anévrismale commençante au pli du bras; il supporta pendant trente heures l'application d'un tourniquet sur la partie moyenne de l'artère brachiale, et au bout de ce temps, toute pulsation avait cessé dans la partie malade. La guérison fut solide.) 8° *Sur l'usage de la liqueur de potasse dans quelques maladies pustuleuses de la peau*; par M. Henry George. 9° *Cas de mélancolie puerpérale avec stupeur*; par M. E. Image. 10° *Sur la responsabilité criminelle des aliénés*; par M. Th. Mayo. 11° *Mémoire sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*; par M. Bouchot. (Traduction de ce mémoire emprunté à la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, voy. n° 16, 1845.) 12° *Tribut à la physiologie de l'ovaire dans l'espèce humaine*; par M. Ritchie. 13° *Remarques sur la production de l'acide cyanhydrique dans les liquides organiques, et sur la recherche de ce corps sans distillation*; par M. A.-S. Taylor. 14° *Sur l'usage externe du tabac dans le prurigo*; par M. G. French. 15° *Considérations et expériences sur la rapidité du passage de certaines substances étrangères à travers les reins, et sur quelques points relatifs à l'excrétion de l'urine*; par M. Erichsen. 16° *Cas de mort par fracture du crâne; existence d'une certaine quantité d'air sous la dure-mère*; par M. Haworth. 17° *Sur l'emploi de l'électricité pour exciter l'action de l'utérus pendant le travail*; par M. Cleveland. (Malgré l'administration répétée de l'ergot de seigle, l'utérus ne se contractait que faiblement; on appliqua le galvanisme (l'auteur ne donne sur cette opération aucun autre détail, si ce n'est *qu'il procéda à l'extérieur et obliquement en travers de la surface antérieure de l'utérus*). En peu de minutes, des contractions énergiques se déclarèrent, et au bout d'un quart d'heure, l'enfant fut expulsé vivant.) 18° *Nouveau mode de préparation des teintures médicinales*; par M. Burton. 19° *Sur la présence des tubercules dans différents organes*; par M. Cless. 20° *Sur la manière de rapporter les observations*; par M. X. 21° *Description d'un nouvel appareil pour les fractures de jambe*; par M. Th. Atkinson; *et appareil pour la réduction des luxations de l'épaule*; par le même. (Dans ces deux appareils, ce qu'il y a de particulier, c'est que la traction sur l'extrémité inférieure du membre est faite par le moyen d'une vis.) 22° *Cas d'ankylose de la mâchoire*; par M. G. French. 23° *De la liquéfaction et de la solidification des corps qui existent généralement à l'état de gaz*; par M. Faraday. 24° *Sur la cause du pouls*; par M. O. 25° *Cas d'empoisonnement par l'acide prussique, suivi de remarques*; par M. Hicks. 26° *Sur le magnétisme et les magnétiseurs*; par M. Forbes. 27° *Cas de luxation du bras non réduite*; par M. Benjamin Travers. (Une luxation du bras s'étant reproduite deux fois après avoir été réduite, M. Travers laissa les os dans leur situation anormale, en ayant soin d'y favoriser, à l'aide de mouvements imprimés, la formation d'une pseudarthrose. Il donne le conseil d'agir de même lorsque la luxation se reproduit invinciblement. Nous sommes également, nous aussi, de cet avis, lorsque la réduction est absolument impossible à maintenir; mais nous différerions de M. Travers, en ce sens que nous ne nous contenterions jamais de deux essais infructueux avant d'abandonner le malade à une incommodité qui le prive pour toujours de la plus grande partie des mouvements du bras.) 28° *Sur l'analyse chimique et sur la nature de quelques-uns des principes constituants du sang*; par M. Griffith. 29° *Observations de maladie traumatique du larynx*; par M. Ed. Cock. (Un cas de brûlure par l'eau bouillante, et un autre cas de pièce de monnaie accidentellement introduite dans la trachée et rejetée spontanément par le malade.) 30° *Sur les causes de la mort subite*; par M. X. 31° *De la fréquence du cancer dans les deux sexes et aux différents âges, sous le rapport du diagnostic et de la pratique*; par M. Willkinson King. 32° *Exemple des effets délétères causés par l'eau chargée d'acide carbonique, en passant dans des tuyaux de plomb*; par M. Pearl. 33° *Cas de luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en arrière*; par M. W. Brown. 34° *Sur les ruptures de la vessie à l'extérieur de la cavité péritonéale, avec deux observations*; par M. Spencer Wells. (Tout le danger de ce genre de lésions vient de l'infiltration urinaire; le meilleur traitement à employer est donc de pratiquer une ouverture au périnée, une contre-ouverture à l'hypogastre, si cela est nécessaire, et de maintenir une sonde à demeure dans la vessie.) 35° *Considérations sur l'anatomie de texture des veines*; par M. Norman Chevers. 36° *Cas de maladie du foie et des reins, avec quelques symptômes particuliers*; par M. Sharkey. 37° *Sur les sensations radiées ou secondaires*; par M. Child. 38° *Tableau des cas observés dans la pratique obstétricale des hôpitaux pendant 3 ans*; par M. James Reid. 39° *Cas de polype de l'utérus existant depuis plus de 20 ans, traité avec succès*; par M. Pearl. (Le traitement a été opéré par ligature.) 40° *Considérations sur les dilatations générales et anévrismatiques de l'aorte, spécialement en ce qui concerne leur nature et leur traitement*; par M. Norman Chevers. 41° *Sur la ponction des excavations tuberculeuses*; par M. Hastings. 42° *Sur la nature des évacuations alvines de couleur verte chez les enfants*; par M. Golding-Bird. 43° *Remarques sur l'intérêt et l'importance que présente l'étude des cas de mort subite ou violente*; par M. Alex. Harvey. 44° *Histoire de deux cas intéressants de maladie de l'articulation de l'épaule*; par M. G. Williamson. (Dans l'un on désarticula l'humérus pour une affection de nature scrofuleuse de l'articulation; dans l'autre, la tête humérale, traversée par une balle, était devenue le siége d'une carie. On décida de la reséquer, et l'on commença par tailler un lambeau compre-

nant le deltoïde; à ce moment, en voulant détacher la tête de ses connexions articulaires, on s'aperçut qu'elle était ankylosée; en conséquence, on scia d'abord l'os à un pouce au-dessous, puis on sépara l'une après l'autre, au moyen, soit de cisailles, soit de la gouge, les pièces osseuses malades qui appartenaient non-seulement à l'humérus, mais à la cavité glénoïde et au col de l'omoplate; le malade guérit. L'opération avait été faite 21 mois après le moment de la blessure.) 45° *Observations sur l'influence de la maladie sur la chaleur animale;* par M. Hake. 46° *Sur le diagnostic de la rupture de l'estomac et des intestins;* par M. John Davies. 47° *Cas d'abcès à l'aine, accompagné des symptômes d'une hernie étranglée; deux vers lombrics ronds sortirent par l'ouverture, puis les matières stercorales coulèrent pendant quelque temps; après quoi le malade guérit;* par M. Howell. 48° *Histoire de huit cas d'hémorrhagie utérine par présentation du placenta (insertion du placenta au col);* par M. Robert Lee. 49° *Nécrose du tibia, amputation au-dessus du genou, guérison;* par M. T. Bourne. 50° *Observation d'empoisonnement prétendu; asphyxie par l'acide carbonique; remarques;* par M. Robert Smith. 51° *Cas et observations divers;* par M. Stickings. (De l'emploi de l'huile de croton-tiglium dans le traitement de l'ascite; de la teinture de matico contre l'hématémèse; cas de placenta inséré au col.)

ANALYSE DE L'URINE DES ALIÉNÉS; par MM. ALEX. SUTHERLAND et EDWARD RIGBY.

Toutes les observations qui font le sujet de ce mémoire ont été recueillies à l'hôpital Saint-Luc en 1844; elles comprennent toutes les formes principales de l'aliénation. L'urine a été toujours recueillie le matin, après le lever, avant d'avoir reçu l'influence de l'alimentation. Les analyses ont été principalement qualitatives; cependant, toutes les fois que quelque principe constitutif de l'urine se trouvait en excès ou en défaut, le fait était noté avec soin. Or, voici les résultats nets des recherches statistiques auxquelles se sont livrés les auteurs et qu'ils présentent d'une manière parfaitement lucide dans différents tableaux coordonnés avec art.

1° Dans la *manie* et la *mélancolie*, la couleur de l'urine est foncée; dans la *démence*, elle est claire.

2° L'urine est acide dans les 80/100 au moins des cas de manie et de mélancolie; dans la démence, la proportion n'est que de 63,54 pour 100.

3° L'urine est sédimenteuse dans presque tous les cas de manie et de mélancolie, principalement de cette dernière; dans la démence, elle ne l'est que rarement.

4° Dans les deux premières formes de l'aliénation, la pesanteur spécifique de l'urine varie ordinairement entre 10,20 et 10,30, et même, pour ce qui regarde spécialement la mélancolie, dépasse fréquemment ce dernier chiffre; tandis que dans la démence elle varie de 10,11 à 10,20.

5° L'urine séreuse, ou, pour parler plus exactement, *albumineuse*, a été observée 7,50 sur 100 dans la mélancolie, 3,35 dans la manie et seulement 1,04 dans la démence.

6° Un excès d'urée a été observé 75 fois pour 100 dans la *démence aiguë* (mais il est à noter que les cas de démence *aiguë* n'étaient qu'au nombre de 4, sur lesquels l'excès d'urée a existé trois fois). Le même fait a été observé 16,66/100 dans la démence proprement dite, 33,92/100 dans la manie et 47,50/100 dans la mélancolie.

7° L'acide silicique et le silicate d'ammoniaque ont été observés beaucoup plus fréquemment dans la mélancolie que dans la démence. Du reste, dans chacune des trois formes d'aliénation, l'acide silicique a été bien plus souvent rencontré que le silicate d'ammoniaque.

8° Des cristaux phosphatiques existaient 25 fois sur 100 dans la démence, 23,21/100 dans la manie et 6,66/100 dans la mélancolie. Pour les cristaux d'oxalate de chaux, la proportion a été de 25/100 dans la mélancolie, de 17,85/100 dans la manie et de 2,08/100 dans la démence.

9° Les carbonates étaient plus fréquents dans la démence et la mélancolie que dans la manie.

10° Les hydrochlorates existaient à peu près 13 fois sur 100 dans les trois formes d'aliénation.

11° Enfin, on a observé des globules de muco-pus 17,85/100 dans la manie, et seulement 10/100 dans la mélancolie et 7,72/100 dans la démence.

Il serait difficile quant à présent de tirer de ces faits quelque enseignement soit théorique, soit pratique, et les auteurs eux-mêmes n'en tirent absolument aucun. Nous ne les consignons ici que comme documents à utiliser un jour.

SUR LES EFFETS DU TABAC; par le docteur ALLNATT.

Ce travail ne pouvait mieux venir que dans un pays où l'introduction du tabac a rencontré de si vives résistances, où Jacques Ier crut devoir tracer de sa main royale la condamnation de cette plante, où le malencontreux importateur, traîné sur le banc criminel, fut publiquement traité d'*athée* et de *vipère*. M. Allnatt, certes, ne pousse pas le zèle si loin; mais il attaque vivement l'usage habituel du tabac, et substitue au procès judiciaire d'autrefois un procès scientifique dans lequel les faits à *charge* sont seuls invoqués. L'auteur emprunte aux VOYAGES de Barrow, aux expériences de M. Orfila, aux travaux de Malin, de Brodie et autres, ainsi qu'à sa propre pratique, des faits propres à démontrer les pernicieux effets du tabac prisé, fumé ou mâché. La conclusion qu'il en tire est celle-ci : une dose modérée agit comme narcotique, sédative, émétique, cathartique et diurétique. Son usage habituel finit par amener la tolérance; mais cette immunité ne s'acquiert qu'aux dépens de l'énergie vitale. Le système nerveux tombe dans l'atonie, et l'hypocondrie et la dyspepsie ne tardent pas à suivre. La dyspepsie est surtout favorisée par la perte d'une grande quantité de salive.

On ne peut nier que ces assertions ne soient jusqu'à un certain point fondées; mais, d'une part, à l'époque où l'auteur publiait son travail, la science possédait déjà des données plus étendues et plus précises touchant les effets délétères du tabac sur l'économie animale, et, d'autre part, la question a encore un autre côté fort important aux yeux de quelques personnes : celui des effets salutaires de la même substance. M. Allnatt paraît n'avoir eu, sur ces deux points, aucune connaissance de l'excellent rapport de M. Mélier à l'Académie de médecine en mai 1845. A cette époque, la GAZETTE MÉDICALE a essayé de poser les véritables termes de la question, et d'indiquer la voie dans laquelle il lui semblait qu'elle pouvait et devait être poursuivie au grand profit de la science. (Voir GAZ. MÉD. 1845, p. 273.)

SUR LA CHIMIE PATHOLOGIQUE DE L'URINE ET DU SANG; par le docteur GEORGES PADLEY.

Suivant le docteur Rees, l'acidité de l'urine albumineuse n'empêche pas la précipitation sous l'influence de la chaleur. Or M. Padley, ayant eu à examiner de l'urine qui contenait du pus, par conséquent de l'albumine, et qui, de plus, était sensiblement acide, n'obtint aucun précipité par l'emploi de la chaleur. Ce résultat imprévu lui suggéra l'idée de quelques expériences dont voici le résumé.

3 drachmes d'urine, contenant 8 pour 100 d'albumine et additionnées d'une goutte d'un mélange par parties égales d'eau et d'acide nitrique pur, furent soumises à l'action de la chaleur. La liqueur demeura parfaitement limpide.

La même quantité d'acide ayant été ajoutée à 3 drachmes 1/2 d'urine, la chaleur ne produisit pas d'effet immédiat; mais un léger trouble eut lieu après un temps très-court.

De ces deux expériences, l'auteur croit pouvoir tirer sur-le-champ, contrairement à l'assertion de M. Rees, la conclusion suivante : une partie d'acide nitrique suffit, *complétement et d'une manière permanente* (*completely and permanently*), 1° pour empêcher la congélation, par la chaleur, d'environ 750 parties d'urine contenant une grande quantité d'albumine; 2° pour empêcher un effet immédiat sur environ 850 parties d'urine albumineuse. Or, dans la maladie de Bright, la quantité d'albumine étant très-petite, 1/1500 d'acide nitrique, ou même moins, doit suffire pour produire le même effet.

L'auteur ajoute qu'une goutte d'acide nitrique suffit pour rendre la transparence à une urine albumineuse troublée par la chaleur, mais que le même effet n'a pas lieu à froid; puis, par plusieurs citations empruntées principalement aux auteurs anglais, il montre l'erreur où l'on pourrait tomber en employant l'acide nitrique, comme adjuvant de la chaleur, pour mettre à nu l'albumine des urines.

Des expériences faites en France ont donné des résultats analogues, et l'on peut consulter à ce sujet une très-bonne thèse de M. Demeurat analysée par la GAZETTE MÉDICALE (1846, p. 39). On y verra notamment que l'*acide acétique* n'a pas, comme l'acide nitrique, la propriété de dissoudre à chaud l'albumine coagulée, et possède, au contraire, l'avantage de faciliter la coagulation de l'urine albumineuse par la chaleur; aussi conseille-t-on d'en verser quelques gouttes dans l'urine avant l'expérience.

Le travail de M. Padley se termine par des considérations relatives au mode de cristallisation du nitrate d'urée, au rapport qui existe entre la densité de l'urine et celle du sérum dans la maladie de Bright, et aux caractères de l'urine diabétique.

Sur le premier point, nous ne pouvons que renvoyer à la planche explicative, beaucoup plus claire que ne pourrait l'être notre description. Quant aux densités du sérum et de l'urine dans la maladie de Bright, on sait que celle du premier de ces deux liquides est généralement diminuée. Cette circonstance est attribuée, surtout depuis les travaux de Christison, à l'élimination d'une partie de l'albumine du sang au profit de l'urine. L'auteur conteste la justesse de cette explication, au moins pour

tous les cas. Dans la maladie de Bright, dit-il, l'urine elle-même a perdu de sa pesanteur spécifique, par suite de l'absence d'urée et de différents sels restés dans le sang, la diminution de densité qui en résulte n'étant pas balancée par l'augmentation que tend à produire la présence de l'albumine. De cela seul on peut conclure que l'accumulation de l'urée dans le sérum du sang doit compenser et au delà, sous le point de vue de la densité, la perte de son albumine, et qu'ainsi la densité du sérum serait plus grande que de coutume si elle n'était modifiée par quelque autre circonstance. Or il est probable, ajoute l'auteur, que la réduction de densité des deux liquides, sérum et urine, tient à une cause commune, l'*appauvrissement du sang*, spécialement caractérisé par une diminution d'hématosine et une augmentation de sérosité.

L'objection faite par M. Padley à l'opinion reçue est en opposition avec le résultat de quelques recherches modernes tendant à démontrer qu'il n'y a pas de rapport bien prononcé entre la densité de l'urine et les sels que ce liquide contient (voir un mémoire de M. Chamber, communiqué à l'Académie des sciences le 16 juin 1845); mais en revanche l'interprétation de M. Padley est en rapport avec l'idée que beaucoup de médecins se forment de la nature de la maladie de Bright, et la Gazette Médicale a encore eu tout récemment l'occasion de se prononcer sur ce fait (n° 2, p. 39). Faisons remarquer d'ailleurs que l'explication des différences survenues dans la densité du sérum et de l'urine, par l'échange de leurs principes constituants, est contraire à l'opinion de beaucoup de physiologistes et de chimistes qui regardent l'albumine des urines comme une transformation de l'urée. Si cela est exact, il est clair que ces deux principes ne se substituent pas l'un à l'autre de telle sorte que l'un augmente là où l'autre diminue, et ainsi la sécrétion d'une matière albumineuse par les reins n'impliquerait en rien la soustraction directe d'un des éléments du sang. Bien plus, il pourrait arriver que l'albumine fût en excès à la fois dans le sang et dans les urines, comme cela avait lieu sans doute chez M. Tégart, qui s'était volontairement donné une albuminurie en formant exclusivement sa nourriture d'œufs à la coque (*loc. cit.*).

Le paragraphe terminant ce mémoire, et relatif aux caractères de l'urine diabétique, est destiné à montrer l'incertitude de quelques procédés chimiques suivis en Angleterre, et n'embrasse pas les acquisitions les plus modernes de la science sur ce point. Le lecteur pourra cependant le consulter avec fruit.

Sur la présence de l'acide prussique dans les matières organiques, et les moyens de le déceler sans distillation; par le docteur Alfred Taylor.

Après un historique assez long des recherches dont cette question a été l'objet, notamment de la part de M. Orfila et de MM. Leuret et Lassaigne, l'auteur expose un procédé qui lui est propre, et qu'il a déjà décrit dans son Manuel de jurisprudence médicale, récemment publié (p. 258). Voici ce procédé.

On met une portion du liquide organique suspect dans un verre de montre, sur lequel on renverse ensuite un autre verre de montre contenant du nitrate d'argent. Si la liqueur contient de l'acide prussique, il se formera du cyanure d'argent sur les portions du verre occupées par le nitrate (il y a dans le texte : *mouillées par le nitrate*. Nous supposons, bien que cela ne soit pas dit explicitement, que les parois du verre supérieur sont seulement mouillées d'une solution concentrée de nitrate). Le même effet aurait lieu si la liqueur était mise dans une bouteille à large goulot, et le verre de montre contenant le nitrate d'argent tenu au-dessus du goulot, à la distance de 5 à 6 pouces du niveau du liquide. Il faut de dix minutes à un quart d'heure pour la formation du cyanure, à la température de 60 degrés. Le dépôt ainsi formé est insoluble dans l'acide nitrique, et possède toutes les autres propriétés du cyanure d'argent.

Un chien fut empoisonné avec trois drachmes d'acide prussique; son estomac, débarrassé de tout son contenu et lavé à grande eau, fut placé dans une bouteille et soumis à l'expérience précédente vingt-quatre heures après l'autopsie. Au bout de dix minutes, des taches de cyanure s'étaient formées sur le verre de montre. L'estomac conservait encore une odeur d'acide prussique, mais très-fugace.

Cas de mort par fracture du crâne; existence d'une certaine quantité d'air sous la dure-mère; par M. Haworth.

Obs. — Un homme, âgé de 28 ans, fut jeté contre le sol par un éboulement de terre qui le surprit pendant qu'il se tenait courbé. Apporté à l'hôpital, il était pâle, le front et la paupière gauche contus au plus haut degré. Du sang coulait abondamment par la narine et par l'oreille droite; pouls à peine perceptible, respiration courte et laborieuse; il était entièrement sensible et se plaignait principalement du dos. On constata une fracture de l'humérus droit et une autre compliquée du tibia gauche. Le blessé ne survécut que d'une heure à l'accident.

Autopsie faite dix-huit heures après la mort (en présence de MM. Denham et Ferguson). — Le front présente des traces de violence; dans cette région où il existe du sang épanché, les téguments se séparent aisément des os. La boîte crânienne étant enlevée, on trouve sous la dure-mère une quantité d'air qu'on peut évaluer à 4 ou 5 pouces cubes; ce fluide s'étendait pour le moins sur tout le tiers antérieur de la surface cérébrale, et disparaissait sous une pression exercée fortement avec les deux mains. Le cerveau étant enlevé, on n'y trouva aucune déchirure; sa structure était normale; les lobes antérieurs paraissaient être comprimés à leur base; du sang fluide était à l'état d'épanchement sous la dure-mère, sur le cervelet et les lobes cérébraux postérieurs; inférieurement, il s'étendait dans les fissures; les ventricules latéraux contenaient de la sérosité sanguinolente; la partie antérieure du cerveau était pâle dans toute la surface où il y avait de l'air accumulé. On découvrit une déchirure de la dure-mère sur le sphénoïde, au devant de la selle turcique. Après avoir enlevé la dure-mère de la base du crâne, on reconnut une fracture s'étendant depuis le voisinage de l'apophyse angulaire externe du côté gauche du frontal, à travers tous les os jusqu'au côté droit de la protubérance occipitale, la table interne étant fracturée dans une étendue plus grande dans l'espace d'un pouce environ. Le rocher du côté droit était le siége de deux fractures transversales qui avaient lésé le canal carotidien. L'ethmoïde était aussi fracturé, et des esquilles provenant de cette fracture étaient détachées.

M. Haworth, cherchant à s'expliquer comment l'air a pénétré dans le crâne, dit qu'il peut s'y être introduit, soit par la fracture de l'ethmoïde, soit par le pharynx, à travers la solution de continuité qui intéressait là à la fois la base du crâne et la dure-mère. Mais à quelle cause doit-on attribuer cette introduction ? Voici comment l'auteur comprend ce phénomène.

Comme toutes les autres parties de l'économie, le crâne représente une cavité toujours pleine. Lorsqu'un choc est exercé à sa surface, le cerveau étant momentanément diminué de volume en raison de sa nature plus compressible, il y a un vide, ou du moins il y a tendance à la formation d'un vide à l'intérieur de la boîte crânienne. Or, si une fracture a lieu au moment du choc, la pression atmosphérique peut forcer l'air à remplir l'espace vide qu'a laissé le retrait du cerveau. Ceci explique le mécanisme par lequel l'air a pu pénétrer dans le crâne chez le malade de l'observation précédente. On ne peut admettre qu'ici l'air a passé de lui-même dans le crâne sans y être poussé par une autre force. La terre éboulée pressant d'un poids énorme sur la tête de cet homme, et une fracture ayant eu lieu en même temps qu'une déchirure de la dure-mère au point correspondant, de manière à livrer accès à l'air à travers le pharynx, ce fluide a dû se précipiter pour remplir le vide. En effet, le lobe antérieur du cerveau était pâle et comprimé comme si on y avait exercé une pression de façon à en chasser le sang. Il est d'ailleurs très-possible que si la tête était examinée avec soin dans tous les cas de commotion, en vue de rechercher la présence de l'air, on en trouvât plus souvent. Du reste, ces quelques raisons peuvent aussi s'opposer fréquemment à la constatation du phénomène. Ainsi, dans le cas ci-dessus, si en faisant l'autopsie, on avait accidentellement ouvert la dure-mère avec la scie, il est très-probable que l'air se serait échappé et qu'on n'aurait pu en reconnaître la présence. Il s'est vraisemblablement présenté plus d'une fois des exemples de cette lésion que les mêmes motifs ont pu faire passer inaperçus.

— Tout en admettant comme parfaitement démontré le fait, excessivement rare, qui sert de sujet à cette discussion, c'est-à-dire la présence d'air dans la cavité crânienne, tout en reconnaissant avec l'auteur qu'il a sans doute pénétré par le pharynx et la fracture correspondante à la partie supérieure de cette cavité, nous ne partagerions plus l'opinion de M. Haworth sur la cause qui a déterminé ce phénomène. Le retrait du cerveau par le fait d'un choc et le vide qui se forme ainsi instantanément dans le crâne ne sont que des hypothèses, et des hypothèses auxquelles on ne doit ajouter créance que s'il n'en existait pas d'autres plus fondées pour rendre raison du fait en litige. Or l'afflux et le reflux du sang, en d'autres termes, la dilatation et la rétraction alternative des vaisseaux cérébraux par suite de l'expiration et de l'inspiration, nous paraissent tout aussi capables d'indiquer la formation du vide qui appelle l'accès de l'air, et surtout mille fois mieux démontrées que ce prétendu vide subitement formé et subitement rempli en vertu des oscillations que produit le choc. La masse cérébrale s'affaissant et se dilatant au fur et à mesure de chaque expiration, voilà tout expliqué et tout naturellement démontré un vide durable, à cause incessante, lentement formé, en un mot véritablement attractif pour l'air ambiant, le seul qui puisse se continuer assez longtemps pour avoir pu introduire, comme dans le cas ci-dessus, par une étroite déchirure de la dure-mère, une aussi grande quantité d'air.

Cette doctrine n'est plus d'ailleurs à l'état d'hypothèse; elle découle tout naturellement d'un fait établi par des expériences directes. M. le docteur Jules Guérin, dans son travail sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, a montré en effet qu'une colonne de liquide renfermé dans un tube en communication avec la cavité

crânienne, monte et descend sous l'influence du resserrement et de l'expansion de la masse encéphalique.

CAS D'ANKYLOSE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par M. FRENCH.

Ce cas est remarquable par le siége de l'ankylose. Un homme âgé de 22 ans avait une ankylose de la mâchoire inférieure, survenue dans son enfance à la suite d'une affection gangréneuse de la face. Il se nourrissait en introduisant les aliments coupés en très-petits morceaux à travers un vide qu'on avait ménagé dans ce but en arrachant deux incisives supérieures et deux inférieures. Ce jeune homme étant mort d'apoplexie, on reconnut que l'immobilité de la mâchoire ne tenait pas à la soudure de ses articulations. De la branche du maxillaire inférieur, immédiatement en dehors du trou mentonnier, s'élevait une pièce cartilagineuse mince et large qui s'unissait avec une pièce semblable descendant du maxillaire supérieur. Les articulations temporo-maxillaires étaient dans l'état normal.

L'auteur fait remarquer avec raison que si l'on avait reconnu pendant la vie cette disposition, il est probable qu'on eût pu, au moyen d'une opération, rendre aux mouvements de la mâchoire la plus grande partie de leur liberté. L'opération aurait été très-simple, et cet exemple servira du moins pour l'avenir, en avertissant les médecins de rechercher toujours, dans le cas d'immobilité des mâchoires, si la difformité, au lieu de tenir à une ankylose réelle, maladie à peu près irremédiable, ne dépendrait point, comme ici, d'une simple jetée osseuse ou cartilagineuse qu'on pourrait aisément diviser.

DE LA FRÉQUENCE DU CANCER DANS LES DEUX SEXES ET AUX DIFFÉRENTS AGES; par M. WILKINSON KING.

L'auteur a fait, à l'hôpital de Guy, environ mille autopsies dans lesquelles il a eu le soin d'examiner l'état des différents organes. L'opinion qu'il exprime sur la fréquence du cancer pourra paraître exagérée; mais elle résulte des faits qu'il a observés. On peut la résumer dans les propositions suivantes :

Sur les femmes qui meurent vers l'âge de 44 ans, la moitié environ sont affectées de cancer. Pour les hommes, la proportion est d'un huitième.

Le nombre des cancers va en augmentant depuis le bas âge jusqu'à 44 ans. A partir de cette époque, il diminue.

Chez les hommes âgés de plus de 65 ans, un cinquième de ceux qui meurent sont atteints de cancer.

CAS DE LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE EN ARRIÈRE; par M. WILLIAM BROWN.

Les luxations en arrière du bout sternal de la clavicule sont extrêmement rares, et surtout les luxations *traumatiques* de cet os, car le fait d'A. Cooper ne peut point compter pour tel. Bien que le cas suivant présente dans son narré une concision parfois regrettable, il serait néanmoins impossible d'en contester l'authenticité. Le voici tel qu'il est rapporté dans le texte anglais.

OBS. — Un lutteur très-connu fut conduit à MM. Brown et Heuder, pour une blessure qu'il venait de recevoir. Il avait été jeté sur l'épaule gauche de manière que cette partie avait été *forcée* en avant. A la rapidité de la chute s'était encore ajouté le poids d'un autre lutteur qui était tombé sur lui. Loin que la clavicule se fût rompue dans une de ses courbures, l'extrémité externe de cet os avait été chassée en arrière. Il existait beaucoup de douleur et quelque embarras de la respiration. Le cas étant évident, on mit en usage le plan de traitement de Desault pour les fractures de clavicule, un peu modifié; c'est-à-dire la réduction et le maintien en place des parties étant effectués indirectement. Le membre fut repoussé en haut avec un coussin cunéiforme placé dans l'aisselle, le coude, qui devait agir comme un levier, étant attaché au côté au moyen d'une bande passant alternativement autour du corps et sur l'épaule droite. Ainsi, le coude étant porté en haut et l'avant-bras fixé contre la poitrine, l'épaule fut bien maintenue dirigée en arrière, le coude étant d'ailleurs soigneusement rapproché du tronc, et le coussin axillaire servant de point d'appui.

L'auteur ajoute que peut-être une des raisons pour lesquelles une luxation a eu lieu chez cet homme au lieu d'une fracture de la clavicule, c'est que, quoiqu'il eût la poitrine large, il l'avait très-plate dans ce point.

DIFFORMITÉ CONSIDÉRABLE DU BASSIN; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par M. JAMES REID.

La science est faite sur la question de l'accouchement prématuré provoqué, mais la pratique n'est pas à beaucoup près aussi avancée; il reste encore bien des répugnances à vaincre, bien des préjugés à dissiper avant que cette précieuse ressource soit admise et employée par tous. C'est pour aider, autant qu'il est en nous, à la vulgarisation de cette utile conquête, que nous publions avec empressement tous les cas de ce genre qui offrent quelque intérêt, quelque document nouveau, et nous les publions sans les choisir, car il y aurait sans doute plus de danger pour l'avenir du procédé à dissimuler ses revers qu'à les avouer dès ce moment avec franchise. La proportion en est trop minime pour qu'on soit jamais obligé de les cacher.

OBS. — Une femme, âgée de 40 ans, avait un bassin déformé à un point extrême. Elle était déjà devenue enceinte quatre fois ; mais les deux premières, où la grossesse était parvenue à son terme, on avait été obligé d'employer le perforateur et le crochet; dans les deux dernières, on avait essayé de provoquer l'accouchement prématuré, mais l'enfant était venu mort.

La grossesse actuelle datait du 7 mai, les règles ayant cessé ce jour de couler; les mouvements de l'enfant avaient commencé à être sensibles le 17 septembre.

Le 7 décembre (l'enfant étant présumé âgé de 7 mois), M. Reid, dans le but d'exciter le travail, administra 2 grammes de poudre de seigle ergoté toutes les heures, jusqu'à ce que la malade en eût pris 12 grammes; cependant aucun effet apparent ne se manifesta. Le jour suivant, elle prit 4 grammes de la teinture chaque heure, jusqu'à ce qu'elle en eût consommé 32 grammes; aucune contraction utérine ne se développa encore. Le lendemain on recommença la même quantité avec le même résultat négatif. Enfin, le quatrième jour, après avoir encore essayé sans plus de succès de donner 8 grammes de poudre fraîchement préparée, M. Reid se décida le 14 décembre à faire la ponction des membranes. Il sortit beaucoup de liquide amniotique, et cet écoulement continua toute la journée; cependant les douleurs ne se prononcèrent point. Ce ne fut que le 20 décembre (quoique la malade eût pris de nouveau trois doses de poudre d'ergot) que de légères douleurs apparurent; elles continuèrent toute la nuit, prirent plus de force le 21 au matin. L'enfant vint au monde le même jour, à quatre heures du matin, le vertex se présentant au passage. Un état d'asphyxie occasionnée par la pression qu'il avait subie à travers le bassin rétréci fut dissipé à l'aide des moyens ordinaires. Il paraissait avoir 7 mois et demi, était fort et bien portant : il vivait encore à l'époque où l'observation a été rédigée.

Le seigle ergoté a été administré à fortes doses pendant plus de dix jours, et cependant l'enfant est né fort et bien portant. Ce fait prouve que cette substance n'a une influence fâcheuse sur la santé du fœtus qu'en suscitant dans l'utérus des contractions dont le résultat direct est de comprimer le corps de l'enfant. On a souvent parlé, pour expliquer ces effets funestes, d'une intoxication produite par le seigle ergoté, et qui serait transmise de la mère à l'enfant par la voie de la circulation. Mais cette action n'aurait-elle pas dû exister au suprême degré dans l'observation précédente? et l'enfant n'aurait-il pas eu tout le temps d'être empoisonné par le sang de sa mère, si cette explication avait quelque chose de fondé?

SUR LA PONCTION DES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES; par M. HASTINGS.

Nous avons, vu la nouveauté du cas, raconté avec détails l'année dernière (V. GAZ. MÉD., 1845, p. 457) l'histoire d'une ponction faite le 15 novembre 1844, par M. Storks, à travers la paroi thoracique, dans une excavation tuberculeuse du poumon gauche, chez un malade de M. Hastings. Ce médecin donne aujourd'hui des nouvelles de son opéré. Il nous informe que, quoique très-faible, ce malade a été capable de sortir lorsque le temps est devenu beau. Il ajoute que, depuis deux ou trois mois, la quantité moyenne de son expectoration ne dépasse pas 2 drachmes dans les vingt-quatre heures.

Ce bulletin, qui est donné à la date du 23 juillet 1845, eût pu, ce semble, être plus complet. Sans chercher à pénétrer les motifs qui ont imposé à l'auteur un tel laconisme, nous nous contenterons de le féliciter sur le résultat brut; car s'il paraît, d'après cela, peu probable que le sujet marche aujourd'hui vers la guérison, au moins il est positif qu'il a survécu jusqu'ici, et si quelqu'un nie que ce soit là beaucoup, certes ce ne seront pas ceux qui ont lu le récit de l'opération pratiquée!

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance du 30 mars a été consacrée à des objets entièrement étrangers aux sciences médicales.

Le dépouillement de la correspondance n'a point eu lieu.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 MARS.

DIGESTION.

M. PAYEN, au nom d'une commission composée de MM. Magendie, Flourens, Milne Edwards, Payen, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, intitulé : DE LA DIGESTION ET DE L'ASSIMILATION DES MATIÈRES AMYLOÏDES ET SUCRÉES.

L'auteur, rappelant les notions admises actuellement en ce qui concerne la

désagrégation des substances azotées dans les voies digestives, dit que cette sorte de liquéfaction s'opère par le concours d'un acide et de la pepsine, phénomène comparable à celui de la diastase agissant sur l'amidon.

Que si l'on peut en outre concevoir comment, sous l'influence de la bile ou d'un agent spécial qu'elles renfermeraient, les matières grasses deviennent miscibles à l'eau et assimilables à leur tour, on est beaucoup moins avancé dans la connaissance des réactions qui peuvent disposer les matières féculentes et sucrées à prendre part à l'alimentation.

Ce fut surtout cette lacune qu'il se proposa de remplir.

Avant de juger les résultats obtenus sur ce point par M. Mialhe, M. le rapporteur complète l'historique de cette importante question en recherchant les faits constatés par les travaux de Spallauzani, de Tiedmann et Gmelin, de Leuch, Sébastian, Lehman, etc., travaux desquels il résulte que le fait de la dissolution et de la saccharification de l'amidon par la salive était bien établi, mais qu'on n'avait pas découvert l'agent spécial du phénomène.

Les nombreuses expériences de M. Mialhe, poursuit M. le rapporteur, ont changé la face de la question : en éclaircissant plusieurs points douteux dans les réactions de la salive humaine ; en y découvrant un principe actif de la transformation des substances amylacées ; en démontrant enfin que ce principe offre la plus grande analogie, si ce n'est une identité complète, avec la diastase. On sait que la végétation développe ce principe toutes les fois que les dépôts amylacés doivent être dissous et traverser les tissus pour servir à de nouvelles formations organiques.

Afin de mieux étudier l'action de la salive sur l'amidon, M. Mialhe a constaté la transformation ultime en glucose, à l'aide de la saveur sucrée, de la propriété fermentescible, de la coloration brune sous l'influence des solutions alcalines chauffées, enfin de la réduction du bioxyde de cuivre dans les sels, ou l'hydrate en présence de la potasse (1).

Ces derniers réactifs donnent des indications assez rapides pour que vos commissaires aient pu vérifier les principales observations de l'auteur : la transformation partielle de l'amidon cru sous l'influence de la salive exigea seule de maintenir les corps en présence durant vingt-quatre heures à la température de 40 degrés centésimaux ; mais un appareil réglé à cette température nous permit de constater, au bout de ce temps, l'effet annoncé.

La réaction sur l'amidon broyé fut plus grande et moins lente ; la transformation se fit rapidement à la température de 45 degrés, lorsque l'hydratation eut été préalablement obtenue à 100 degrés, soit que l'on agit sur l'empois, sur la mie du pain ordinaire ou sur le pain azyme ; enfin le phénomène de la saccharification fut instantané lorsque l'on soumit à la salive le liquide amylacé filtré à chaud.

Nous avons pu extraire de la salive humaine filtrée le principe actif, et constater son action en suivant les procédés indiqués par l'auteur.

Le mode d'extraction et les phénomènes reproduits sur l'amidon dans ses états différents sont tellement semblables à ce qu'on a observé dans la recherche et l'étude du principe actif des céréales, que l'auteur s'est empressé de comparer, dans toutes leurs propriétés, ces agents des deux règnes.

Il n'a pu déceler la moindre dissemblance entre eux, et, en extrayant de la salive le principe actif, avec toutes les précautions indiquées relativement à la diastase végétale, il a obtenu une diastase animale, douée d'une égale énergie, capable de dissoudre et de saccharifier deux mille fois son poids d'amidon, ayant aussi son maximum d'action en présence de l'eau, et à la température de 70 à 80 degrés centésimaux ; elle était également neutre, sans saveur, inerte enfin, comme l'autre diastase, sur tous les autres principes immédiats essayés. Les mêmes réactifs qui font cesser la réaction de la diastase, notamment le tannin, les bases solubles, les acides en certaines proportions, la créosote et divers sels métalliques, annulent aussi le pouvoir de la diastase animale. Son altération spontanée donna lieu également à une production acide, et, de même encore que la diastase des végétaux, sa dissolution aqueuse perdit sa propriété distinctive par la seule élévation de la température jusqu'à 100 degrés.

Un aussi grand nombre de caractères communs, de propriétés semblables, paraissaient autoriser à considérer l'agent spécial de la dissolution du principe amylacé comme identique dans les deux règnes ; M. Mialhe a préféré laisser la question indécise. Nous devons louer sa réserve, car, avant de se prononcer, il faudrait encore pouvoir comparer la composition élémentaire dans les produits des deux origines, et il est bien difficile d'obtenir parfaitement purs ces corps incristallisables et prompts à s'altérer tant qu'ils sont humides.

Il nous semble donc convenable, en attendant, d'admettre avec l'auteur une diastase animale ou salivaire agissant dans une voie parallèle à celle de la diastase végétale, produisant de semblables effets catalytiques.

Quoi qu'il en soit, les résultats nouveaux seront féconds en conséquences importantes pour les progrès de la physiologie : ils répandent une clarté évidente parmi les conclusions vagues ou inexactes des observations précédentes ; ainsi on ne dira plus, avec les auteurs cités plus haut, que chacun des principes de la salive, isolément, n'agit pas sur l'amidon, tandis que la réunion de ces substances offre une propriété dissolvante énergique ; on devra reconnaître que la ptyaline, telle qu'on l'avait préparée jusqu'ici, avait perdu sa propriété la plus importante ; elle ne préexiste donc réellement pas dans la salive, car elle ne semble être autre chose que de la diastase animale altérée et devenue inerte.

Dans la voie plus sûre où M. Mialhe est entré, il reste sans doute à recueillir des faits importants et des applications intéressantes ; nous en trouverons quelques exemples dans les mémoires renvoyés depuis à la même commission et dans d'autres communications subséquentes.

Il nous reste à rendre compte à l'Académie d'une deuxième série d'observations contenues dans le mémoire de M. Mialhe ; elles forment la suite naturelle des faits que nous venons d'exposer.

L'auteur, tout en montrant, le 31 mars 1845, quel est le principe de la transformation en glucose des substances amylacées et de la cellulose peu agrégée dans l'économie animale, indiquait l'un des principaux effets de cette transformation ; il a puisé cette indication même dans les vues qu'il avait exposées dès le 15 avril 1844.

Admettant d'abord que l'influence des alcalis donne aux solutions de glucose le pouvoir de réduire le bioxyde de cuivre, et considérant dès lors que l'assimilation des substances amyloïdes et sucrées n'est possible qu'en présence des alcalis, M. Mialhe attribuait l'affection diabétique au défaut d'assimilation du sucre plutôt qu'à une production exagérée de ce principe immédiat.

Ces vues nouvelles, d'accord avec un assez grand nombre d'anciennes observations pratiques, semblaient conseiller d'associer au régime animalisé et le moins féculent possible l'emploi des bases alcalines ou de leurs carbonates, de la magnésie ou même de l'eau de chaux.

A l'appui de cette ingénieuse hypothèse, M. Mialhe montre combien la présence d'une base alcaline, déjà employée dans le procédé de Frommerz, hâte ou détermine l'action désoxydante des solutions de glucose. Une réaction analogue, nécessaire pour que les matières sucrées prennent part à la nutrition, lui paraît entravée, dans les affections diabétiques, par un défaut plus ou moins grand de base alcaline qui occasionnerait l'excrétion plus ou moins abondante de glucose, et correspondrait à des états plus ou moins graves de la maladie.

L'auteur reconnaît, dans un trouble indéterminé des fonctions, ce défaut lui-même d'alcalinité du sang, et de là le retour des phénomènes morbides lorsque la médication alcaline cesse.

Des exemples de guérison ou d'amélioration notable sous l'influence de la méthode indiquée sont décrits par l'auteur et paraissent dignes d'intérêt, mais ils ne sont pas assez nombreux ; toutes les circonstances des phénomènes, si complexes d'ailleurs, n'ont pu être étudiées d'une manière assez précise pour lever tous les doutes à cet égard.

En résumé, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'engager M. Mialhe à poursuivre ses recherches expérimentales sur la théorie et le traitement du diabète sucré.

Quant au mémoire présenté en 1845, les faits nombreux et exacts qu'il renferme, et la découverte de la diastase animale dans la salive humaine, paraissent à votre commission d'une assez grande importance pour lui mériter l'approbation de l'Académie ; la commission aurait même proposé d'accorder l'insertion dans le Recueil des savants étrangers, si elle n'avait appris que ce mémoire doit être très-prochainement imprimé.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend entre autres pièces une lettre de M. Mercier relative au lithotribe qui est l'objet d'une contestation élevée entre lui et M. Leroy d'Étiolles.

DE LA PARACENTÈSE DU THORAX DANS LA PLEURÉSIE AIGUE AVEC ÉPANCHEMENT.

M. Bricheteau, au nom d'une commission composée de MM. Roche, Barthélemy, Blandin et Bricheteau, rapporteur, lit un rapport favorable sur un mémoire dont M. Trousseau a donné lecture dans le temps à l'Académie, sous le titre ci-dessus.

Nous avons vivement regretté, vu l'importance de ce sujet, de n'avoir pu saisir un seul mot du rapport.

M. Louis regrette que M. le rapporteur n'ait parlé que des faits qui sont favorables à la paracentèse et qu'il n'ait pas signalé les insuccès. Il pense qu'il faut être très-réservé sur les conseils à donner pour pratiquer cette opération. J'ai vu, dit-il, un nombre considérable de pleurésies, je n'ai encore jamais rencontré de cas où l'opération m'ait paru indiquée ; je n'en ai jamais rencontré dans lequel la maladie se soit terminée d'une manière funeste lorsqu'elle est simple.

M. Bricheteau : Je crois, en effet, que les indications de la paracentèse sont rares dans la pleurésie aiguë ; mais je suis convaincu qu'il en existe, et c'est pour ces cas exceptionnels que les observations de M. Trousseau offrent un grand intérêt.

M. Nacquart : J'ai entendu M. le rapporteur parler de difficultés quelquefois extrêmes dans le diagnostic de la pleurésie. Ce langage pouvait convenir avant la découverte de Laennec ; alors, en effet, l'incertitude était grande. Mais aujourd'hui, avec les ressources de l'auscultation et de la plessimétrie, il n'est plus permis de parler des difficultés d'un semblable diagnostic.

M. Rochoux : Avec M. Louis, je crois que les cas où l'opération de la paracentèse est nécessaire sont très-rares ; mais je ne les nie pas absolument. Je me rappelle le cas d'un homme qui mourut en trente-six heures d'un double épan-

---

(1) Dans l'acétate de cuivre, la réduction s'opérerait à chaud par une simple addition de glucose, et il se dégagerait alors de l'acide acétique ; mais le phénomène est bien plus prompt lorsque l'on ajoute un peu d'alcali.

chement pleurétique. A l'autopsie, il fut bien constaté que le poumon avait conservé toute son élasticité, et que, si l'évacuation du liquide avait été opérée, cet homme aurait pu vivre. Je crois que les indications de la paracentèse se rencontreront plus souvent dans les épanchements aigus que dans les épanchements chroniques.

M. Bricheteau : Je partage cet avis ; aussi ne s'agit-il dans mon rapport que de la pleurésie aiguë ; dans une autre occasion, je me suis prononcé dans le même sens que M. Rochoux pour ce qui concerne l'épanchement chronique.

M. Honoré : M. le rapporteur a cité 55 cas d'opération d'empyème, dans lesquels il y a 14 cas de mort : ce n'est pas encourageant.

M. Bricheteau : Dans ces 55 cas, il y a plusieurs catégories dont il faut tenir compte. Ainsi, les épanchements par maladie organique du système circulatoire ont été complétement rebelles à l'opération.

M. Roux pense, avec M. Rochoux, que plus les épanchements sont récents, plus ils présentent des chances favorables à la paracentèse. Et ce qu'on a dit de l'épanchement pleurétique, il faut le dire aussi de tout autre épanchement.

GLANDE VAGINALE.

M. Huguier lit un travail intitulé : Mémoire sur la glande vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, sur leurs fonctions et sur leurs maladies.

Dans cette première lecture M. Huguier a donné quelques détails d'anatomie, et a surtout insisté sur les fonctions de la glande vulvo-vaginale découverte par Gaspard Bartholin, décrite par plusieurs anciens anatomistes, et totalement oubliée par le plus grand nombre des anatomistes modernes.

Cette glande est située de chaque côté, à l'union de la vulve avec le vagin ; elle a le volume et assez bien l'aspect d'une amande d'abricot encore enveloppée de son épiderme, et elle donne naissance à un canal excréteur, long de 7 à 8 lignes, qui vient aboutir dans l'angle formé par le cercle vulvaire et la grande circonférence de l'hymen ou la base des caroncules latérales et postérieures, de telle sorte que son orifice est presque constamment caché.

Cette glande, jusqu'au moment de la puberté, dort pour ainsi dire du même sommeil que les autres organes génitaux ; mais à peine ceux-ci, l'utérus et les ovaires principalement, ont-ils acquis leur perfection organique, que la glande, recevant le contre-coup de la stimulation qu'éprouvent ces organes, réagit à son tour et sécrète une plus grande quantité de mucus. C'est principalement au moment de la turgescence qui précède et accompagne les rapports sexuels qu'il agit le plus. Les pensées lascives, les rêves érotiques, suffisent à eux seuls pour surexciter la glande et amener une hypertrophie passagère.

Au moment des règles, la glande devient plus sensible, plus chaude, plus volumineuse, et secrète plus abondamment. Le liquide qui s'en écoule est toujour clair comme le cristal, à moins qu'il n'y ait maladie.

Aux approches des rapports sexuels et pendant leur exécution, ce liquide est versé avec une certaine force sur la muqueuse vulvaire ; mais ce n'est que quand les muscles du périnée et de la vulve sont agités de contractions involontaires et comme convulsives qu'il est excrété par saccades ou en jet, comme dans l'éjaculation de l'homme. Cette sorte d'éjaculation ne s'observe pas chez toutes les femmes, d'où la dissidence des auteurs à cet égard. Il faut, pour qu'elle ait lieu, un appareil sécréteur très-développé, un canal excréteur légèrement dilaté, converti, ainsi que ses ampoules, en une sorte de réservoir, et une sensibilité vive de la part de la femme.

La glande vulvo-vaginale jouit d'une sensibilité tactile spéciale, susceptible de s'accroître et de déterminer, comme celle du clitoris et des environs du méat urinaire, les sensations voluptueuses qui se développent dans les rapports sexuels. Peut-être est-ce à cette fin qu'elle est placée sur les parties latérales de la vulve, en dedans du constricteur, dans l'axe du plus grand diamètre du membre viril dont elle éprouve le contact électrique en même temps que le clitoris et le vestibule.

C'est probablement une des raisons qui font, tout en mettant de côté toute corrélation primordiale, que le développement de la glande est très-souvent en raison de celui de l'organe excitateur, et qu'elle est d'une sensibilité plus vive, d'un volume plus considérable chez les femmes qui abusent des plaisirs vénériens.

Il y a une synergie très-évidente entre cet appareil et les divers follicules muqueux de l'entrée du vagin. Une sympathie non moins évidente, mais moins facile à expliquer, est celle qui existe entre l'appareil vulvo-vaginal et les ovaires. A l'état sain, le développement des glandes coïncide avec celui des ovaires ; s'il en existe une plus volumineuse que l'autre, c'est du côté où l'ovaire est le plus développé. A l'état pathologique, même coïncidence ; et dans plusieurs cas indiqués par M. Huguier, on voit la glande s'hypertrophier ou s'atrophier selon l'hypertrophie ou l'atrophie de l'ovaire correspondant. Si de nouveaux faits, dit M. Huguier, viennent corroborer ceux que je viens de citer, on sent de quelle importance pourra être cette découverte appliquée au diagnostic des maladies des ovaires et de la matrice, le volume des glandes pouvant toujours être facilement apprécié sur la femme vivante.

Pendant la grossesse, la glande a paru moins volumineuse.

Une fois que la femme a perdu les attributs de son sexe, la glande s'atrophie.

Avec les anciens anatomistes, M. Huguier trouve de grandes analogies à la glande vulvo-vaginale avec la glande urétro-bulbaire (de Cowper) de l'homme.

Comme elle :

1° Elle est située au périnée, dans le triangle urétro-ischiatique ;

2° Elle présente les mêmes rapports et connexions anatomiques ;

3° Elle est une dépendance de la cavité vulvo-vaginale, partie qui chez la femme est l'analogue de l'urètre de l'homme ;

4° Elle reçoit les éléments de sa nutrition et le principe de sa sensibilité des mêmes sources vasculaires et nerveuses que la glande de Cowper ;

5° Elle présente aussi une foule de variétés de forme, de volume, de situation ;

6° Elle peut manquer d'un côté ou des deux, ce qui arrive assez souvent pour les glandes de Cowper ;

7° On ne rencontre cet organe que chez les femelles dont les mâles offrent la glande urétro-bulbaire.

Cette glande peut devenir le siége de nombreuses affections sur lesquelles M. Huguier se propose de présenter de nouvelles communications à l'Académie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BESANÇON.

Compte rendu des travaux de l'année 1845 ; par M. le docteur Tournier, secrétaire général ; lu dans la séance du 14 janvier 1846.

Le rapport de M. le secrétaire général comprend deux parties : dans la première, il rappelle sommairement les travaux de la Société ; dans la seconde, il paye un tribut de regrets aux membres décédés dans l'année ; puis viennent, sous le titre de Mémoires et observations, les extraits des communications les plus importantes, dont voici le sommaire :

I. Rapport sur la variole et la vaccine dans le département du Doubs, pendant l'année 1843 ; par M. Bulloz.—II. Recherches sur la nature de la phthisie pulmonaire et sur les causes de sa fréquence parmi les soldats ; par M. Mayer.—III. Mémoire sur les grandes opérations, et les moyens d'en diminuer les dangers ; par M. Ballard.—IV. Goître volumineux ; ligature sous-cutanée ; guérison complète ; par le même.—V. Observation d'anomalie du foie ; par M. Sanderet.—VI. Observation d'une tumeur carcinomateuse traitée par les caustiques ; par M. Bernard.—VII. Observations de rage ; par le même ; suivies d'une autre ; par M. Ballard.—VIII. Perforation intestinale par des entozoaires ; par M. Bizot.—IX. Diathèse purulente ; par M. Faivre d'Esnans. — X. Observation de fracture de vertèbres, suite d'une chute sur la tête ; par M. Tuefferd fils. — XI. Tableaux statistiques des maladies et de la mortalité en 1845 ; par M. Ballard.—XII. Affaire Viney et Schreiber : responsabilité médicale ; rapport par M. Sanderet. — XIII. Plan d'organisation du service des pauvres ; par M. Druhen.—Prix proposé par la Société pour 1846.—Rapport sur les opérations du congrès ; par M. Tournier, délégué.—Division médicale de Besançon.

Nous voudrions pouvoir reproduire ces travaux en entier. Voici quelques-uns des plus intéressants.

Goître volumineux ; ligature sous-cutanée ; guérison complète ; par M. le docteur Ballard.

Obs. — Marie Soucase, du village d'Estère, près Baréges, âgée de 19 ans, d'une santé fort belle en apparence, se présenta chez moi dans les premiers jours du mois d'août dernier, avec un goître volumineux. Cette infirmité datait de l'âge de 11 ans ; mais depuis quatre surtout, la menstruation s'étant supprimée, le goître avait pris un développement considérable. Elle fut soumise à cette époque à l'usage interne et externe des préparations iodurées ; ce traitement agit d'une manière sensible sur l'engorgement général du cou, les menstrues reparurent pendant quelque temps, mais elles éprouvèrent de nouvelles variations et la glande thyroïde prit un développement plus considérable. Un second traitement fut entrepris, mais cette fois sans le moindre succès.

Cette jeune fille demandait à grands cris qu'on la débarrassât de cette infirmité.

Nous passâmes en revue les procédés opératoires qui pouvaient être employés ; l'ablation par l'instrument tranchant fut écartée, elle offrait les dangers immédiats de l'hémorrhagie ; le séton n'en présentait pas de moins grands ; nous passâmes à la ligature. Il était difficile de la faire par-dessus la peau sans sacrifier une grande étendue de téguments ; pratiquée après avoir détaché la peau, les inconvénients de l'ablation directe se réunissaient à ceux de la ligature. Nous décidâmes que la ligature sous-cutanée pourrait présenter plus d'avantages que les autres méthodes, mais le volume de la tumeur s'opposait à ce que l'on pût l'embrasser tout entière dans une seule anse. Nous songeâmes alors à des ligatures partielles, et nous en arrêtâmes le procédé opératoire, qui fut exécuté le 8 août, en présence de plusieurs confrères.

Deux aiguilles de 4 pouces, dites d'emballeurs, furent enfilées chacune d'un fil très-solide et bien ciré, de manière qu'il se trouvât double dans la moitié de sa longueur.

Quatre marques légères furent tracées à l'encre sur le goître, de manière à le diviser idéalement en trois bandes transversales à peu près égales. La malade, assise sur une chaise élevée, la peau recouvrant le goître fut pincée et tirée en haut comme pour établir un séton. La peau ainsi doublée fut traversée par l'aiguille, et le fil, entraîné par le retour des téguments à leur position ordinaire, se trouva avoir contourné la tumeur. Une semblable manœuvre fut exécutée avec la seconde aiguille, en tirant fortement la peau en bas, et une anse pareille à la première se trouva passée en sens opposé au-dessous du goître. La première aiguille étant reprise et la peau tirée en arrière, la base de la tumeur fut elle-même traversée directement et aussi profondément que possible par les mêmes ouvertures. La partie double du fil étant dégagée, son autre extrémité fut coupée en laissant l'aiguille attachée à cette partie, pour former plus tard la ligature du lobe moyen de la tumeur. Les deux premiers chefs furent passés dans des grains de chapelets et serrés ensuite sur un bâtonnet transversal, de manière à étran-

gler assez fortement le lobe supérieur du goître. Nous fîmes suivre la même marche à la seconde aiguille, et nous eûmes une seconde ligature en tout semblable à la première. Restaient les extrémités des fils; les aiguilles dans lesquelles ils étaient encore engagés furent dirigées à travers un pli transversal de la peau sur les côtés du cou. Deux des chefs correspondants furent réunis par un nœud solide, les deux autres furent assujettis sur un chapelet comme les précédents.

L'opération ainsi terminée et la patiente paraissant fort peu souffrir, chacune des ligatures fut reprise et serrée convenablement, de manière à intercepter le cours du sang dans la glande et à l'atrophier; mais on verra que la nature ne procède pas toujours aussi simplement. Ce procédé, bien plus long et plus difficile à décrire qu'à exécuter, demanda tout au plus dix minutes; pendant tout ce temps, cette jeune fille fut admirable de courage, ne poussa pas un cri et ne cessa de nous encourager par sa parole et son sourire. Une demi-heure après elle put faire deux lieues à pied pour retourner chez elle.

Malgré le peu de douleur éprouvé, quoique la lésion fût à peine apparente, il y eut dès le lendemain une réaction formidable; M. Pejac, qui se trouvait près d'elle, la combattit heureusement par deux larges saignées. Le jour suivant il se déclara vers l'estomac et vers le cerveau des phénomènes sympathiques assez graves pour nous faire repentir de notre témérité. 40 sangsues au cou et à l'épigastre, des lavements et des fomentations émollientes suffirent cependant pour les faire disparaître.

Le sixième jour la tumeur avait augmenté considérablement de volume; on sentait vers la partie inférieure un empâtement considérable. M. Rigal y plongea une lancette; il en sortit fort peu de pus, mais une grande quantité de gaz infect résultant de la mortification de la glande. Quelques bouillons nourrissants furent permis pour soutenir les forces de la malade et prévenir l'absorption purulente.

Le douzième jour tous les phénomènes inflammatoires étaient dissipés, et, ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que les voies aériennes n'ont éprouvé aucun trouble; une suppuration abondante et fétide coulait largement des trois ouvertures de la peau, agrandies par la pénétration des chapelets à travers son tissu.

Le 28 août, la ligature centrale tomba, après avoir scié tous les tissus qu'elle tenait embrassés; les deux autres furent resserrés sans produire la moindre douleur.

Le 8 septembre, cette jeune fille est venue elle-même à pied me rapporter le chapelet de sa seconde ligature, sans avoir éprouvé la moindre incommodité d'une ascension de 600 mètres dans la montagne.

Le 15, la dernière ligature s'est détachée, laissant quelques grains de chapelet disséminés dans la plaie fistuleuse; ils ont été retirés avec la plus grande facilité. J'ai employé quelques frictions mercurielles pour dissiper un peu d'empâtement existant à la base du cou, et le 30 septembre, jour de mon départ de Baréges, j'ai eu la satisfaction de voir ma jolie patiente, ayant repris toute la fraîcheur de la santé, et dont le cou, revenu complétement à son état naturel, ne présentait plus qu'une trace peu sensible des ouvertures par lesquelles la fonte purulente de son goître s'est opérée.

Un procédé aussi simple, un succès aussi complet, devront-ils faire tenter la ligature de tous les goîtres assez bien circonscrits pour être embrassés facilement par des ligatures disposées convenablement? Je ne le pense pas, mais je crois que la ligature de la glande thyroïde doit entrer dans le domaine de la chirurgie (1). On pourra l'employer toutes les fois qu'il existera des phénomènes assez graves pour menacer par la suite la santé et la vie des malades; lorsque la glande cessant d'être mobile et comprimant le larynx, la respiration devient pénible, la voix altérée, ou que portant obstacle à la circulation, il survient des étourdissements, des vertiges, des palpitations ou même une apoplexie.

Je crois que ce procédé doit être préféré à tous ceux employés jusqu'à présent :

A l'extirpation que Gooch, Dessault, Percy, ont vue suivie de la mort, quoiqu'il ne fût question dans un de ces cas que d'un goître peu volumineux; Dupuytren pense même que l'on ne doit probablement les succès rapportés dans quelques observations d'extirpation de la thyroïde qu'à des circonstances particulières, telles que des kystes du tissu cellulaire et des tumeurs développées dans le tissu de la glande plutôt qu'au développement de la thyroïde ellemême;

A la compression, qui n'a jamais amené de résultats;

Au caustique préconisé par Marc-Aurèle Séverin;

Au cautère actuel de Celse;

Enfin au séton même, que j'ai vu tantôt échouer, tantôt suivi d'accidents formidables, et de la mort même.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR CARCINOMATEUSE TRAITÉE PAR LES CAUSTIQUES; par M. le docteur J.-Ch. BERNARD.

OBS. — La nommée Darlin, âgée de 52 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'aperçut vers la fin de 1842 de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, siégeant dans l'épaisseur de la peau, à la partie interne et postérieure de la plante du pied droit, au devant du talon. L'hiver suivant cette tumeur ne fit pas de progrès bien sensibles, et jusque-là elle était plutôt gênante que douloureuse. Mais dans l'été de 1843, son volume s'accrut notablement; elle s'enflamma, s'ulcéra et des douleurs lancinantes s'y développèrent. La malade, occupée le jour de ses travaux domestiques, appliquait la nuit des cataplasmes de mauves sur son pied, et les remplaçait le matin par de simples compresses. Cependant les progrès du mal ne se ralentirent pas, et dès la fin de novembre la femme Darlin fut obligée de garder le lit la plus grande partie du jour.

Appelé auprès d'elle le 15 février 1844, je la trouvai dans l'état suivant. La tumeur ulcérée sur toute sa face, quoique mobile, ne me semblait pas adhérer aux parties sous-jacentes : elle était dure, résistante, bosselée, très-sensible au toucher. Recouverte de bourgeons charnus, grenus et serrés, elle est traversée dans tous les sens par des douleurs lancinantes. Sa forme est ovoïde; le diamètre antéro-postérieur a 7 centimètres, les deux autres ont chacun 5 centimètres. Autour de la base de la tumeur, le derme offre des plis profonds dont plusieurs sont ulcérés. L'un de ces derniers pénètre dans l'épaisseur du talon. De son bord interne naissent des ulcérations au nombre de quatre, ayant chacune de 15 à 18 millimètres de diamètre, et séparées par des brides cutanées non encore détruites. Le développement de ces ulcérations a commencé il y a environ trois mois par la plus rapprochée de la tumeur. Elles n'intéressent que l'épaisseur de la peau et s'étendent jusque vers la malléole interne. De même que la tumeur et la plaie du talon, elles sont le siége de douleurs lancinantes.

Malgré le désordre local que je viens de signaler, les symptômes généraux étaient peu marqués; en effet, le pouls assez faible est à 75, l'appétit se conserve. Il y a à la vérité absence presque complète de sommeil la nuit, à cause des souffrances; en un mot, aucun signe d'affection viscérale ni d'une prédisposition constitutionnelle à une affection cancéreuse. Cette femme avait tant tardé à réclamer les secours de l'art dans la crainte de l'instrument tranchant. Je dus donc tenir compte de sa répugnance. Aussi lui proposai-je l'emploi des caustiques qu'elle accepta. Le 17 février, à midi, la malade étant couchée sur son lit, le membre affecté maintenu au dehors par une personne robuste, je recouvris de levain les parties saines, et appliquai sur le mal, dans toute son étendue, une couche suffisante de pâte de Vienne. La douleur se fit sentir presque immédiatement, s'accrut pendant environ un quart d'heure, puis resta au même degré. — Au bout de trente minutes, je ramenai sur les points culminants de la tumeur la couche de potasse caustique qui recouvrait les ulcérations, et l'y laissai séjourner pendant cinquante-cinq minutes. — Puis je l'enlevai et nettoyai la surface à grande eau. Je prescrivis des lotions froides répétées, des cataplasmes froids souvent renouvelés, la diète, une tisane émolliente et une potion calmante pour la nuit suivante.

Le lendemain j'appris que la malade avait beaucoup souffert durant les douze premières heures qui suivirent l'opération, mais qu'après ce temps le calme était revenu. Depuis lors les douleurs lancinantes diminuèrent sensiblement. Une seconde application faite le dixième jour, l'escarre étant tombée, suffit pour amener une plaie de bonne nature à la place des ulcérations de la partie interne du pied. La tumeur et l'ulcération du talon exigèrent deux autres séances pour que le mal fût détruit jusque dans ses dernières limites. Je dois dire cependant que j'eus recours en dernier lieu au chlorure de zinc. Le motif qui me détermina à substituer cette préparation au caustique de Vienne, c'est que la pâte chloro-zincique n'agit qu'au point de contact, et que je n'avais du reste plus à détruire qu'une faible épaisseur de tissus.

Le quatorzième jour eut lieu la chute de la dernière escarre laissant une plaie d'un aspect normal. A la partie moyenne on voyait, dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, l'aponévrose plantaire à nu; mais deux jours plus tard, elle était recouverte de bourgeons charnus. Enfin, trente jours après, la cicatrisation était achevée. On était arrivé aux premiers jours de mai. Le reste du mois fut encore nécessaire pour consolider la cicatrice; mais dès le mois suivant la femme Darlin put reprendre ses travaux habituels pour ne plus les quitter. Depuis, je l'ai revue plusieurs fois, et tout me fait croire à sa guérison radicale.

BIBLIOGRAPHIE.

DU DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE, ET DE LEUR INFLUENCE RÉCIPROQUE; thèse présentée le 28 août 1845 par M. CLEBALT.

Rien de plus controversé aujourd'hui que la question agitée dans cette thèse, et pourtant c'est une question de pure observation. Il s'agit simplement de savoir si les pustules de la variole sont influencées dans leurs caractères extérieurs, dans leur développement, dans leur terminaison, par une vaccination pratiquée au début de l'affection, et réciproquement si les boutons de la vaccine sont influencés par une variole concomitante. Quelques auteurs, tels que Sédillot (Jean), MM. Lisfranc, Duplan, Bouteille, Bousquet, nient absolument toute influence réciproque des deux éruptions; d'autres, comme MM. Willan, Couture, Rayer, etc., reconnaissent pleinement cette influence. Enfin, certains auteurs ne l'admettent qu'avec des nuances d'opinion dignes d'être mentionnées : par exemple, MM. Legendre, Rilliet, Barthez, tout en croyant, en thèse générale, que la vaccination pratiquée pendant la période d'incubation de la variole modère la gravité de la maladie et en abrége la durée, posent une exception au sujet des enfants trop jeunes ou trop débiles. A leur dire, chez ces enfants, la

(1) Nous regrettons de ne pas pouvoir partager l'opinion de l'auteur; son opération, quelque ingénieuse qu'elle soit, sera plus utile à sa réputation qu'à l'art chirurgical; elle ne ressort aucunement de la vraie méthode sous-cutanée, et elle ne saurait être répétée sans exposer aux mêmes accidents.

vaccination ne ferait qu'aggraver la fièvre éruptive et en hâter l'apparition. Suivant MM. Odier et Herpin, celle des deux éruptions qui aura la première influencé l'économie suivra une marche d'autant plus régulière que cette influence sera plus ancienne; tandis que l'autre, ne se manifestant qu'après cette première réaction, offrira une irrégularité d'autant plus marquée qu'elle se sera développée plus tard.

M. Clérault reprend la question sous toutes ses faces, à l'aide des immenses matériaux dont la science est en possession. Sa thèse est une sorte de revue critique fort instructive des principaux éléments de solution amassés par une discussion de quarante ans. Appuyé sur cent onze observations d'existence simultanée des deux éruptions, observations toutes rapportées brièvement à la fin du travail, à titre de *pièces justificatives*, il examine successivement : 1° les modifications apportées par la vaccine dans le développement et la marche de la variole; 2° la réciprocité d'action de la variole sur la vaccine (dans le cas, bien entendu, de leur existence simultanée); 3° sur laquelle de ces deux éruptions portent principalement ces modifications, eu égard à la priorité de l'un sur l'autre; 4° les éruptions secondaires survenues après la vaccination, et considérées comme des accidents développés par la vaccine; 5° s'il y a réellement des inconvénients à vacciner, dans le cas d'infection variolique ou d'épidémie, les enfants trop jeunes ou maladifs.

1° Sur la première question, après avoir tracé un tableau fidèle de la variole régulière, l'auteur cherche à montrer, par l'analyse de ses cent onze observations, que la coïncidence de la vaccine avec la variole a presque toujours entraîné des irrégularités dans le développement de cette dernière affection : ou c'est la période d'incubation qui se prolonge, ou c'est l'éruption qui se fait irrégulièrement sur chaque partie du corps, ou c'est la marche de l'éruption qui est plus rapide. Il est des observations dans lesquelles la maladie s'est terminée en cinq jours, en six jours, en sept jours, en huit jours. Dans la plupart des cas l'éruption a été bénigne et discrète, sans symptômes généraux graves, sans fièvre secondaire. En effet, on compte 70 varioloïdes, 6 varicelles, 15 varioles légèrement modifiées, soit par l'absence de fièvre de suppuration, soit par *l'absence de tuméfaction de la face ou des extrémités, soit par le peu de durée de la salivation*; 8 varioles dont le développement a été régulier; 12 varioles très-graves, compliquées, suivies de la mort des malades. Ces douze cas de mort portent sur des enfants très-jeunes.

2° La seconde question, relative à l'influence de la variole sur la vaccine, est soumise au même procédé d'examen que la question précédente. Les caractères connus de la vaccine normale sont mis en présence des caractères de la vaccine accompagnée de variole, tels qu'ils s'offrent dans les cent onze observations du mémoire, ou plutôt dans les soixante-cinq observations où il est parlé de ces caractères. Encore, sur ces 65 cas, il en est 25 où l'on se contente de dire que la vaccine marche régulièrement, sans en donner la description, ni sans parler de l'aréole et de l'induration sous-cutanée. Restent 40 cas, dont 35 ont offert les caractères de la vaccine modifiée : aréole étroite ou nulle, pas d'induration sous-cutanée, marche anormale. La vaccine n'a donc marché régulièrement que cinq fois.

3° L'influence de la vaccine sur la variole concomitante étant admise, il était naturel de penser que plus le développement de la vaccine serait complet, plus l'influence de la vaccine sur la variole arrivant à cette période serait marqué; tandis que la vaccination pratiquée à une époque où l'économie tout entière serait déjà soumise à l'infection variolique, n'influerait à peu près en rien sur la marche de l'éruption. D'un autre côté, si la variole, à son tour, modifie l'éruption vaccinale concomitante, cette modification doit être relative au degré de développement acquis par l'affection variolique au moment de la vaccination. L'observation confirme sur ces deux points la prévision.

En ce qui concerne particulièrement l'influence préservatrice de la vaccine, il est constant aujourd'hui, depuis les travaux du *comité de vaccine*, que, dès le cinquième jour, elle préserve de la variole inoculée; et il paraît tout aussi certain, malgré quelques assertions contradictoires, qu'il en est de même pour la variole spontanée.

Suivant Odier (Mém. sur l'inocul. de la vaccine, an xi), si le développement de la petite vérole précède celui de la vaccine, la maladie n'est modifiée en aucune façon, et de plus le développement de la vaccine n'a pas lieu, l'aréole ne se forme pas, et les boutons prennent tous les caractères de l'éruption variolique ordinaire. M. Herpin va plus loin (Mém. sur l'infl. réciproque de la vaccine et de la variole, Gaz. Méd., 1832, p. 84) : « Toutes les fois, dit-il, que la vaccine est inoculée avant l'apparition des prodromes de la maladie, elle suit sa marche ordinaire et n'est pas modifiée. Si les prodromes de la variole venaient à paraître du deuxième au troisième jour de la vaccination, la variole ne serait pas modifiée et offrirait ses caractères ordinaires. Si la variole débute au cinquième, sixième jour de la vaccination, sa marche est plus rapide sans qu'elle soit notablement modifiée. Enfin, si la petite vérole survient au huitième jour, après le développement complet de la vaccine, elle offre une modification très-marquée. »

L'auteur signale dans les observations rapportées par lui des exceptions aux règles trop absolues posées par Odier et M. Herpin. Tantôt la variole est modifiée et la vaccine régulière, bien que l'éruption variolique ait précédé le développement de la vaccine; tantôt la vaccine est irrégulière, quoique l'éruption ne se soit montrée que le onzième jour, c'est-à-dire après un temps beaucoup plus long que la durée ordinaire des prodromes de la variole, etc.

4° Les premiers vaccinateurs ont observé plusieurs fois, à la suite de leurs inoculations, une éruption générale de forme irrégulière, à laquelle ils donnaient le nom d'*éruption vaccinale subséquente*. Cette opinion a été surtout mise en faveur par Wodwille, qui était, comme on sait, chef de l'hôpital d'inoculation de Londres. Mais Wodwille lui-même revint sur cette opinion et reconnut que l'éruption dont il s'agit ne s'observait guère que là où l'air était imprégné d'émanations varioliques, et n'était autre chose qu'une varioloïde. L'auteur se livre à une assez longue dissertation pour appuyer cette manière de voir. Sans nier absolument l'existence de l'éruption vaccinale consécutive, il démontre que le plus souvent on a pris pour elle une éruption variolique dont les caractères, rendus irréguliers par la vaccine préalable, avaient facilement égaré le diagnostic.

5° Enfin, M. Clérault regarde comme chimériques les craintes émises par MM. Legendre, Rilliet et Barthez sur les effets de la vaccination chez les enfants trop jeunes ou trop chétifs déjà soumis à l'influence du virus varioleux. Rien ne prouve, suivant lui, que la variole ne se serait pas développée aussi rapidement chez ces enfants, rien ne prouve qu'elle n'aurait pas été aussi grave.

Telle est la thèse de M. Clérault, thèse pleine de documents précieux, habilement classés et soumis à une critique souvent heureuse. Nous devons le dire pourtant, sur beaucoup de points, et même sur le point essentiel (l'influence réciproque des éruptions), il ne peut sortir de cette discussion une conviction profonde et réfléchie. L'auteur ne paraît pas être entré assez avant dans les difficultés du problème. Sans doute il était bien de commencer par déterminer les caractères normaux de la vaccine et de la variole pour pouvoir déterminer leurs caractères anormaux; mais il fallait appliquer la même règle de détermination aux uns et aux autres. L'auteur trace un tableau général des caractères réguliers de chaque éruption, et tout ce qui ne rentre pas dans ce cadre est déclaré par lui irrégulier et rapporté en conséquence à l'influence de l'éruption concomitante. Mais la vaccine et la variole se développant indépendamment l'une de l'autre, n'offrent-elles pas des irrégularités semblables? Voilà ce qu'il fallait préalablement examiner. Est-on fondé, par exemple, à déclarer une variole *modifiée*, parce que la face et les extrémités n'auront pas été tuméfiées, ou parce que la salivation n'aura pas duré longtemps? (Voir plus haut.) Les adversaires de l'opinion défendue par M. Clérault connaissent ces faits-là comme lui; c'est même à eux qu'il les emprunte souvent. Pourquoi n'y ont-ils pas vu des varioles modifiées? Sans doute par la raison que nous venons de dire. Ces faits ne leur auront pas semblé différents de ceux qu'offrent parfois la variole et la vaccine isolément développées. C'est cette manière de voir qu'il fallait d'abord attaquer; ou, si elle est fondée, une partie de l'argumentation de M. Clérault tombe d'elle-même.

Observations sur le traitement de la blennorrhagie chez l'homme par les injections avec le nitrate d'argent a haute dose; par M. Frédéric Cazalis. — Un in-8° de 59 pages. Montpellier, 1845, chez Jean Martel aîné, 10, rue de la Préfecture.

Quoique nous ayons déjà eu plus d'une fois l'occasion de citer incidemment la publication de M. Cazalis, nous revenons avec plaisir sur un travail dont chaque nouvelle lecture nous a mieux fait apprécier la solide contexture et le caractère essentiellement clinique. C'est d'après des faits que M. A. Debeney avait prétendu rétablir la méthode des injections caustiques dans la blennorrhagie urétrale; c'est aussi sur des faits que M. le professeur Serre (de Montpellier) voulut s'appuyer pour porter un jugement à l'égard de cette tentative de réhabilitation. M. Cazalis donne ici le résumé statistique de ces expériences, qui ont été au nombre de 46, puis il ajoute quelques remarques générales basées pour la plupart sur les déductions fournies par ce relevé.

M. A. Debeney, en rendant compte de ses résultats, avait classé les blennorrhagies traitées par lui en trois catégories : la première comprenant celles qui n'avaient pas plus de cinq jours de date; la seconde celle dont l'ancienneté variait entre cinq et quinze jours; la dernière, enfin, celles où l'écoulement persistait depuis plus de quinze jours. Cette division ne semble

pas heureuse à M. Cazalis : selon lui, il eût été plus logique de ranger ces diverses blennorrhagies suivant le plus ou moins d'acuité de leurs symptômes (et par *acuité* il avertit qu'il n'entend point l'opposé de la chronicité, puisqu'une blennorrhagie peut fort bien durer depuis plusieurs mois et présenter cependant encore des symptômes inflammatoires très-graves). La blennorrhagie aiguë est donc pour lui celle dont les symptômes sont inflammatoires. Cela posé, il place les 46 cas de M. le professeur Serre dans trois séries, selon qu'ils ont rapport à des urétrites *très-aiguës*, *assez aiguës*, enfin *peu aiguës*. Or les injections répétées d'azotate d'argent à haute dose employées dans ces trois circonstances différentes d'après les règles que M. Debeney a formulées pour leur exécution, ont donné les résultats suivants.

1° *Blennorrhagies très-aiguës*. 8 cas. — Les injections à haute dose ont procuré, dans le plus grand nombre de ces observations, des souffrances très-vives, et exaspéré violemment l'inflammation du canal. « M. A. Debeney prétend, dit M. Cazalis, que cette exaspération des symptômes inflammatoires dure tout au plus vingt-quatre heures ; nos expériences à cet égard ne sont nullement d'accord avec les siennes. En effet, nous avons vu, dans un cas, que, malgré des applications de sangsues, l'état inflammatoire persista près de six jours. » Aucune guérison durable ne put être obtenue par le seul emploi des injections à haute dose, et si quelques guérisons momentanées furent parfois le résultat de ce traitement, il fallut, pour les assurer, une injection avec le sulfate de zinc chez un malade, des capsules gélatineuses au baume de copahu ou des prises d'opiat balsamique chez les autres.

2° *Blennorrhagies assez aiguës*, 23 cas. — Les injections de nitrate d'argent à haute dose peuvent être employées avec quelques chances de succès lorsqu'on a affaire à des affections moins intenses. Sur 7 malades, les injections dites *caustiques* suffirent pour amener la guérison. Chez tous les autres, il fut nécessaire de compléter le traitement par l'administration des préparations de copahu, sans parler des injections astringentes.

3° *Blennorrhagies peu aiguës*, 15 cas. — Ici les injections d'azotate d'argent agissent avec beaucoup plus d'efficacité : sur les 15 malades, 6 ont été radicalement guéris par cette seule médication, 2 par ces injections combinées avec d'autres contenant quelques gouttes d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc. Pour les 7 autres, il fallut recourir à l'opiat balsamique, au baume de copahu ou au mercure.

Dans quelques propositions générales, l'auteur résume ensuite les conséquences qui ressortent de cette expérimentation clinique, et formule son jugement sur la méthode. Il importe que le lecteur connaisse textuellement ces conclusions.

« Les injections d'azotate d'argent à haute dose, dit M. Cazalis, nous ont toujours paru nuisibles dans les cas de blennorrhagies *très-aiguës*.

» Dans les blennorrhagies *aiguës ou assez aiguës*, elles ne donnent qu'une guérison sur 3 malades, et encore la guérison exige-t-elle (terme moyen) douze jours de traitement et quatre injections à haute dose, sans compter quelquefois l'emploi des astringents.

» Dans les blennorrhagies *peu aiguës*, elles offrent autant de chances de succès que d'insuccès. Les guérisons qui ont lieu dans ces cas, grâce à elles seules, s'opèrent d'une manière rapide, en moins de huit jours, et n'exigent guère plus de trois injections. Quand il faut recourir aux astringents, les résultats sont bien loin d'être aussi favorables.

» Si nous prenons maintenant en considération les vives douleurs que procurent les injections à haute dose, nous dirons qu'elles ne nous paraissent pas suffisamment compensées par les avantages si incertains d'une telle médication. *Nous n'hésiterons pas en conséquence à les proscrire d'une manière absolue comme méthode générale de traitement dans la blennorrhagie.* »

M. Cazalis fait observer, en terminant, que le copahu lui a paru agir avec une très-grande efficacité chez les malades qui avaient été préalablement soumis au traitement par les injections d'azotate d'argent ; et il émet l'espoir que le praticien pourra, au moins sous ce rapport, retirer quelque avantage de cette médication. Mais cette conclusion nous paraît au moins prématurée : les succès que l'auteur invoque ont, comme il le dit lui-même, besoin, pour faire loi, de nouvelles expériences ; ils ne sont rien moins que constants ; et d'ailleurs, cette influence des injections sur l'efficacité d'action du copahu peut très-logiquement être expliquée par un autre mécanisme, que nous avons nous-même signalé dans un travail spécial sur cette intéressante question. (V. GAZ. MÉD., 1845, p. 698.)

MANUEL PRATIQUE DE BANDAGES, TRAITANT DE L'ART DÉLIGATOIRE APPLIQUÉ AU TRAITEMENT DES PLAIES, AUX PANSEMENTS QU'EXIGENT DES MÉDICATIONS EXTERNES, EXUTOIRES, PHLÉBOTOMIE, HÉMOSTASIE, ETC. ; DE LA DESCRIPTION DES APPAREILS ET BANDAGES APPROPRIÉS AUX FRACTURES ; LUXATIONS, ENTORSES, etc. ; par M. A. SAINT-ARROMAN. — Un vol. in-12 de 252 pages, avec figures. Paris, 1845 ; librairie des sciences médicales de Just Rouvier, 8, rue de l'École-de-Médecine.

Nous assistons à présent au règne des spécialités ; partout elles se multiplient et se popularisent. Mais, quoique nous ayons fréquemment saisi l'occasion d'applaudir nous-même à ce fractionnement de la science qui assure en même temps aux malades des soins plus éclairés et aux études théoriques des progrès plus rapides, il est néanmoins des bornes que nous désirerions voir imposer à ce morcellement. La raison les dicte ; et jusqu'ici elles semblaient devoir être généralement respectées sans qu'il eût été besoin d'en formuler explicitement les règles. Serions-nous à la veille d'une réaction dans le sens contraire ? Devons-nous voir bientôt éclore des spécialités dans chaque spécialité ?... Sans justifier complétement ces craintes, le livre de M. Saint-Arroman nous paraît cependant une occasion fort naturelle pour les exprimer. On comptait déjà plusieurs livres excellents de petite chirurgie, où les opérations minimes, saignées, cautérisation, vaccination, se trouvaient décrites dans tous les détails, depuis la préparation du malade jusqu'au placement de la dernière épingle ; et personne ne s'était plaint jusqu'ici d'avoir trouvé, relativement à aucune de ces indications, le texte incomplet ou défectueux. M. Saint-Arroman en aurait-il jugé différemment ? C'est ce que paraîtrait annoncer le plan de l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui et dans lequel il s'est proposé de décrire non plus les opérations de la petite chirurgie, mais seulement les bandages et les pansements dont l'application constitue une partie de ces mêmes opérations.

L'auteur a sans contredit usé d'un droit bien légitime en circonscrivant ainsi le sujet qu'il s'était choisi. Nous reconnaîtrons même, et avec le plus grand empressement, que ses descriptions, affranchies de tout détail étranger, ont pu de cette manière prendre plus d'amplitude et gagner en clarté aussi bien qu'en abondance. Toutefois, il faut bien le dire, on éprouve une sorte de désappointement à voir décrit le 8 de chiffre de la saignée sans l'opération de la phlébotomie, à lire les règles sur l'application du bandage après les fractures séparées de celles qui concernent la réduction des fragments et la manière de coucher le malade. Soit habitude, soit sentiment instinctif de l'enchaînement logique des idées, l'esprit du lecteur ne se trouve pas satisfait de cet isolement ; il comprend qu'une partie des notions les plus nécessaires lui est refusée, et réclame hautement contre ce spécialisme excessif qui le laisse ainsi abandonné sans guide à la moitié du chemin qu'il voulait parcourir.

A part ces remarques dont nous n'avons pu retenir l'expression spontanée, l'ouvrage de M. Saint-Arroman offre dans un cadre méthodique des développements très-suffisants à l'instruction des élèves auxquels il est plus particulièrement destiné. Il présente réunis en un seul faisceau les préceptes tracés par les autorités les plus compétentes sur la matière, et se place, par son peu d'étendue et la lucidité de sa rédaction, au niveau de toutes les intelligences comme à la portée de toutes les bourses. L'auteur a emprunté à plus de vingt sources diverses, et il a bien fait d'y puiser sans scrupule ; car en fait d'art déligatoire un récent exemple a surabondamment prouvé qu'on sert plus utilement les progrès de la médecine en compilant sans fausse honte qu'en prétendant s'élever, à la faveur d'un bouleversement général, au titre de réformateur.

Malgré l'exiguïté de son programme, l'auteur a souvent rencontré l'occasion de détails intéressants. Nous aurions aussi, par contre, à lui reprocher parfois un peu trop de brièveté, par exemple dans la description des bandages amidonnés et dans celle de quelques autres procédés de pansement pour les fractures. Mais peut-être lui a-t-il paru que c'était là de la chirurgie plutôt que de l'art déligatoire ; et l'étroite circonscription de son sujet lui servirait encore de réponse à ces objections, qui, du reste, ne s'adressent qu'à quelques points isolés.

— M. Duméril fils, agrégé à la Faculté de médecine, chargé de suppléer M. le professeur Bérard, commencera le cours de physiologie le samedi 4 avril, à midi.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA VARIOLE AU MOYEN DES PRÉPARATIONS MERCURIELLES EMPLOYÉES SOUS LA FORME EMPLASTIQUE (1).

Que les hommes aient cherché à se prémunir contre un fléau aussi redoutable que la petite vérole, rien de plus naturel; mais comment, entre tant de malad es presque également graves, se sont-ils attachés à celle-là plutôt qu'à la peste, au typhus, à la rougeole, à la scarlatine, etc.? Je ne vois de cette préférence d'autre raison que la certitude du danger. Tantôt on s'empresse d'aller au-devant de la variole et de se la donner artificiellement, comme pour se la rendre favorable par cette espèce de condescendance; tantôt on lui donne le change, et la vaccine se présente comme une espèce de compensation; tantôt enfin on la laisse venir; mais à peine a-t-elle paru qu'on s'applique à la mutiler et à lui ravir sa manifestation extérieure, en supprimant l'éruption.

Ces divers procédés, imaginés pour tromper en quelque sorte la variole, ne sont pas nés dans l'ordre où ils vous sont présentés. Si l'on s'en rapporte aux mémoires des missionnaires français sur la civilisation des Chinois, l'inoculation était pratiquée en Chine longtemps avant l'ère chrétienne. L'Europe la reçut des mains de lady Montagu, en 1721. La vaccine est encore plus récente : Jenner en fit présent au monde en 1798. L'idée de prévenir l'éruption ou d'en trancher brusquement le cours à son apparition est la plus ancienne parmi nous. C'est une idée européenne et toute française. Il est vrai que la nature nous avait donné l'exemple de cette pratique en faisant des varioles sans éruption; il n'y a pas d'épidémie qui ne nous offre des faits de ce genre; mais l'esprit humain n'est pas toujours également attentif aux leçons de la nature. Les découvertes les plus simples sont souvent celles dont il s'avise le plus tard, précisément parce qu'elles sont le plus près de lui.

Je ne sais jusqu'où l'érudition pourrait faire remonter l'idée d'étouffer la variole naissante; mais nulle part, que je sache, elle n'est plus nettement exprimée que dans Baillou.

« Etenim dùm quædam tempestas sæviret pustularum ferox, aborti sunt » tumores et dolores in variolis quæ pueros necabant corruptis partibus » solidis. Itaque in eam itum est sententiam, ut emplastrum de Vigo cum » mercurio applicaretur; aliis litus levis ex hydrargyro fieret; mirum in » modum in remedii profecit; id quod non negligi debet. » (Page 192.)

Baillou avait donc entrevu ou plutôt il avait proclamé les heureux effets des préparations mercurielles dans le traitement abortif de la variole. Or Baillou écrivait en 1579. Cependant un élève de M. Serres qui, pour mieux accréditer la pratique de son maître, s'est plu à en rechercher les traces dans l'histoire, M. le docteur Gariel place Baillou après Willis, Juncker, Fr. Hoffmann, anachronisme que je ne relèverais pas si j'avais moins à cœur la gloire de la médecine française. Il est évident que M. Gariel a pris la date de l'édition de Baillou publiée par Tronchin en 1762 pour l'année où Baillou écrivait. Il y a près de deux siècles entre l'auteur et l'éditeur.

Malgré des paroles si explicites, Baillou ne fut pas entendu. Cependant l'espoir d'ôter à la variole la plus grande partie de ses dangers en lui ôtant l'éruption, cet espoir n'a jamais été abandonné.

Au jugement de Sydenham, Boerhaave, Lobb, ce qu'il y a de plus caractéristique dans la variole, l'éruption, est pourtant ce qu'il y a de moins essentiel. Telle était leur conviction à cet égard qu'ils avaient conçu la pensée de la supprimer, et ils osèrent le tenter. Depuis lors, il s'est toujours trouvé des médecins qui sont entrés dans les mêmes vues; mais chacun voulait atteindre le même but par des moyens de son choix.

Il fut un temps où l'on gorgeait les varioleux de vin et d'autres excitants, sous prétexte de pousser les pustules à la peau : la vérité est qu'on y réussissait trop bien.

En réformant le traitement de la variole, Sydenham en changea, pour ainsi dire, le génie.

Ses successeurs ne se contentèrent pas d'imiter sa sage pratique; on voulut renchérir sur lui, comme c'est l'ordinaire aux imitateurs, et on prodigua la saignée.

On espérait qu'avec la saignée on étoufferait la variole à son apparition, qu'on l'userai à son apogée.

Telle était la préten ion de Chirac. Le temps où vivait cet archiatre est une époque mémorable dans l'histoire de la petite vérole. C'était au milieu du dix-huitième siècle. Les médecins étaient divisés en deux camps : d'un côté étaient les dogmatiques; de l'autre les empiriques. Chirac, le fougueux Chirac, était à la tête des premiers. Personne n'a porté plus loin le fanatisme de la théorie. Il faut voir avec quel superbe dédain il traite tout ce qui ne pense pas comme lui, anciens et modernes. A l'entendre, tout ce qu'il y a de bon dans Hippocrate, Galien et leurs successeurs, se dédu't facilement des principes exposés dans ses ouvrages. Et ces principes, quels sont-ils? Ce sont les fausses conséquences de la grande découverte d'Harvey.

Chirac ne parle que de la liberté de la circulation et de l'engorgement des vaisseaux; il n'est point de maladie qu'on ne guérisse en rendant au sang son libre cours, il n'y en a pas qu'on n'eût prévenue si on avait empêché l'épaississement des liquides.

Voilà sur quels principes Chirac prodiguait la saignée pour étouffer la variole naissante.

Malheureusement Chirac, avant d'être médecin du roi à la place de Dodart, l'avait été pendant treize ans du régent, source alors de toutes les grâces. Les confrères qui voulaient lui plaire imitaient sa pratique; on sait qu'il n'est pas d'hommage plus doux au cœur d'un chef d'école. Silva se jeta dans le système de Chirac avec toute l'arde ir de son caractère. C'est lui, c'est Silva qui disait « qu'il assujettirait la petite vérole à ses prin» cipes ou qu'il l'accoutumerait à la saignée. »

Vain espoir! langage ridicule! La petite vérole se joua de la théorie de Silva, et n'obéit pas à la saignée.

Cependant, je le répète, les médecins croyaient toujours à la possibilité de dompter la variole et de l'arrêter brusquement. En 1762, une année avant l'arrêt lancé par le parlement de Paris, non pas contre l'inoculation, comme on l'a dit, mais contre l'imprudent usage de la pratiquer dans l'enceinte des villes, en 1762, le docteur Moublet annonça qu'il faisait avorter la petite vérole à volonté par le seul emploi des émétiques et des purgatifs.

(1) Cette note est extraite textuellement d'un rapport fait dans la dernière séance de l'Académie de médecine, à l'occasion d'une communication de M. le docteur Charcellay, professeur de clinique interne à l'école de médecine de Tours, par M. Bousquet, membre de l'Académie.

Feuilleton.

VARIA.

— La médecine, comme toutes les affaires de ce monde, a ses révolutions, ses péripéties diverses; disons le mot, elle reste sous l'influence de la mode, ou du moins elle a la sienne selon les temps, selon les habitudes, selon les mœurs sociales. Le langage, la coutume, les manières, le ton, les gestes, tout change, tout se modifie. Il y a deux siècles un médecin avait des mœurs austères, il portait la robe et le rabat; il ne parlait que d'Hippocrate et de Galien, en un mot, à tout propos il crachait du grec et du latin. Un siècle après, c'était l'habit de velours, la perruque poudrée, la canne à pomme d'or, la boîte à tabac d'Espagne; puis le propos léger, piquant, les petits vers pompadouriens. De notre temps, c'est toujours le frac écourté, le chapeau anglais, l'habit commun, l'allure sans gravité. Si l'on parle science, ce doit être, surtout dans le monde, avec un ton tout à la fois leste et assuré, une petite pointe de scepticisme ne nuit même pas. Puis les grands mots à la mode de progrès immenses, de découvertes admirables, de philosophie utilitaire, etc. En général, ce qu'il y a de plus rare aujourd'hui parmi les médecins, ce sont des hommes de lumières et de foi; il ne faut pas leur en faire de reproches, c'est là le milieu où nous vivons; ne sommes-nous pas dans une société qui se mûrit dans son égoïsme, où le célèbre axiome *chacun chez soi, chacun pour soi*, se glorifie de plus en plus?

Quant à l'exercice de la profession, il est une différence très-remarquable des médecins d'aujourd'hui avec nos devanciers, et que nous devons signaler : ce sont les *consultations écrites* sur mémoires à consulter. On en trouve et on en lit encore, mais combien peu ressemblent-elles aux consultations d'autrefois! Dans le seizième et le dix-septième siècle, ces consultations étaient surchargées d'érudition, il y avait trop de citations, et pourtant on en lit quelques-unes avec plaisir. Dans le dix-huitième siècle, sans cesser d'être savantes, le style de ces consultations est plus élégant, plus vif, plus fleuri; quelquefois même les médecins tombaient à cet égard dans un excès vraiment déplorable. On en a un exemple dans la jolie comédie du *Cercle* par Poinsinet. J'ai vu une consultation faite par le brillant Sylva, médecin de Voltaire, qui commence ainsi : « Deux jeunes époux unis par les tendres nœuds de l'hyménée, mais sans que l'amour ait éteint son flambeau, etc. » Les *consultations* de Barthez sont ce qu'elles doivent être, c'est un vrai modèle dans ce genre.

Aujourd'hui rien de plus rare que des *consultations* écrites, comme on l'entendait autrefois, savantes et raisonnées; or savez-vous pourquoi? C'est qu'il n'y a rien de plus difficile. Qu'on le croie bien, un médecin est irrévocablement jugé par une consultation détaillée; le *critérium* est infaillible. Il y faut, en effet, un talent tout particulier. L'exposition claire et méthodique des causes, des effets et des symptômes de la maladie, un certain art de donner du poids à son opinion, de présenter les moyens thérapeutiques et de faire naître l'espérance jusqu'à *un certain point*, une diction sévère et pourtant ornée, qui sent son homme bien

Cette doctrine se répandit bientôt au point de préoccuper les sociétés savantes.

En 1774, la Faculté de médecine de Paris mit cette question au concours : « La petite vérole étant déclarée, y a-t-il quelque moyen d'enlever » l'activité de son venin ? » Lamétrie, renouvelant la pratique de Chirac et de Silva, proposa les saignées répétées ; Moublet insista sur les évacuants des premières voies.

D'autres cherchèrent dans l'action du froid le moyen de changer la forme extérieure de la variole. L'éloquent défenseur de l'inoculation, La Condamine, raconte que deux sœurs, âgées de 14 à 15 ans, sentirent en même temps les atteintes de la petite vérole qu'elles craignaient beaucoup. Le médecin leur promit qu'elles n'en seraient pas marquées : c'est ce qu'elles voulaient. Il les fit mettre au lit et couvrir extraordinairement jusqu'au cou ; il fit approcher le lit de la fenêtre qu'il ordonna de laisser ouverte pendant le temps de l'éruption. Elles eurent un grand nombre de boutons depuis les pieds jusqu'à la gorge, et peu ou point au visage.

Une grande dame du même temps, célèbre par sa beauté, attaquée de la petite vérole, déclara bien sincèrement qu'elle aimerait mieux mourir que d'en être marquée. Quelqu'un lui dit qu'il y avait un moyen de ne l'être pas, sans lui dissimuler que ce moyen était fort dangereux ; elle n'hésita pas à l'embrasser. L'éruption était avancée ; on était dans l'arrière-saison : elle s'alla promener dans son jardin en s'exposant à l'air froid. La petite vérole rentra. La malade fut traitée en conséquence et beaucoup purgée ; elle fut très mal, mais elle en réchappa et ne fut pas marquée.

A la vérité, La Condamine raconte ces faits pour montrer que les pustules ne sont pas nécessaires à la petite vérole ; mais les mêmes faits contiennent souvent plus d'un enseignement.

On vient de voir ce que peut le froid pour réprimer les pustules varioleuses ; l'obscurité agit absolument dans le même sens. M. Serres a fait à cet égard les observations les plus intéressantes. En 1818 et 1819, il déplaça ses varioleux, et les fit porter dans les salles basses de l'hospice de la Pitié, espèces de caves froides, humides et obscures. Qu'advint-il de cette expérience ? On vit les varioles les plus confluentes et la mortalité diminuer sensiblement.

Quelque temps après, l'administration des hôpitaux tira les varioleux de ces souterrains et les fit placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées. Si l'influence du froid et de l'obscurité est telle que nous le disons, la variole dut nécessairement s'aggraver dans cette nouvelle position ; c'est aussi ce qui arriva. Ainsi rien ne manque à la démonstration.

La propriété contagieuse de la petite vérole l'a fait comparer aux plantes, et cette comparaison est plus juste qu'on ne le croit peut-être. Non-seulement la petite vérole naît de semence et produit, avant de s'éteindre, un germe capable de la reproduire, mais tout ce qui favorise la plante favorise la petite vérole, et réciproquement tout ce qui contrarie la plante contrarie la petite vérole. Ainsi, le choix de la semence, le choix du sol, telles sont les premières conditions d'une belle végétation et d'une belle variole.

La seule différence est dans la nature du sol qui reçoit les deux semences. La plante couve et germe dans la terre, la variole couve et germe dans le tissu de la peau ; du reste, végétation des deux parts. De même que la plante, la pustule varioleuse grandit et prospère au grand jour et à la chaleur, elle languit et s'étiole privée d'air et de lumière. Il n'est pas jusqu'aux moyens employés pour fertiliser le sol qui ne puissent entrer dans le parallèle ; seulement l'engrais n'est pas le même : là ce sont des résidus excrémentitiels ou des débris de végétaux ; ici c'est le vin, l'alcool, et tous les échauffants administrés à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur.

Si je m'étends sur ce rapprochement, ce n'est pas par un vain jeu de l'esprit, c'est que rien ne me paraît plus propre à donner une juste idée de la variole et à faire comprendre le traitement abortif qui nous occupe.

Si en effet il y a des conditions favorables à la *pustulation*, qu'on me passe l'expression, n'est-il pas évident qu'en changeant ces conditions on retiendra les pustules, de même qu'on retient la végétation en lui retirant la chaleur, l'air et tout ce qui la fait prospérer ?

Néanmoins Bordeu comprenait si peu cette méthode, qu'il comparait les médecins qui portaient l'enthousiasme de leur art jusqu'à lui demander les moyens de faire avorter la variole, à ceux qui voudraient arrêter les progrès de l'âge et entretenir une jeunesse éternelle.

Mais il est juste de dire que quand Bordeu parlait ainsi il avait en vue l'abus de la saignée, le seul moyen employé à cet usage.

Il est encore vrai que, dans ce temps, on voulait atteindre les pustules en modifiant l'économie tout entière, et on comprend les conséquences d'une révolution si profonde et si générale. Les sages conseils de Baillou étaient oubliés ; Zimmermann y fut ramené par hasard près de deux siècles après : c'était vers 1764 ou 1765. « Une dame, dit-il, ayant porté, pour de bonnes raisons, un emplâtre de Vigo sur certaines parties du corps, eut, après une salivation, la petite vérole. Or tout le corps fut couvert d'éruption, excepté l'endroit qui était défendu par l'emplâtre. Habile à saisir les faveurs de la fortune, Roseen couvrit le visage d'un de ses malades avec un emplâtre mercuriel, et la petite vérole se montra partout excepté sous l'emplâtre. Hervy Sulzer répéta la même expérience avec le même succès.

Vous croyez peut-être que le traitement abortif est retrouvé ! ne vous hâtez pas de conclure. Ce traitement se perd encore une fois, tant les pratiques utiles ont quelquefois de peine à se faire accepter et à s'établir.

A la vérité, lorsque Zimmermann faisait ses observations, l'inoculation était dans toute sa faveur, et l'excellence de cette méthode devait faire voir avec indifférence toutes les autres.

Cette indifférence ne put que s'accroître à l'avénement de la vaccine. On crut sans doute qu'il était inutile d'éprouver des traitements nouveaux contre une maladie dont on possédait le préservatif. Illusion bien naturelle dans le premier enthousiasme d'une si grande découverte !

Mais aujourd'hui, après cinquante ans d'expérience, l'illusion n'est plus permise. Quand même la vaccine aurait toute la puissance que lui reconnaissaient les premiers vaccinateurs, il se trouvera toujours des parents qui, par préjugé ou par négligence, laisseront un libre accès à la variole. Cette certitude rend au traitement abortif tout son prix.

Ce traitement dont nous venons de dire les vicissitudes, deux médecins, également distingués, l'ont tiré de l'oubli presque en même temps. M. Serres fait remonter ses expériences en 1816 ; celles de M. Bretonneau ne sont que de 1820, de l'aveu même de M. Charcellay, son élève. Mais je ne prononce pas entre eux, j'aime mieux croire que, sans se communiquer, le génie médical les a conduits à la même pratique.

Au reste, longtemps avant les célébrités que je viens de citer, Jenner avait cautérisé les pustules vaccinales pour en arrêter l'inflammation qui était vive aux premiers jours de la découverte.

Mais je crois rendre hommage à la vérité en déclarant que ni M. Serres ni M. Bretonneau ne conservaient aucun souvenir ni des paroles de Baillou et de Zimmermann, ni de la pratique de Jenner. Et quand j'ai dit qu'ils avaient

---

élevé, une certaine fleur d'érudition qui se laisse entrevoir et s'arrête par discrétion, un ton ferme, assuré, enfin cette science des choses et des mots qui n'appartient qu'aux esprits éclairés et élevés tout à la fois : voilà ce qu'il faut dans une *consultation* écrite, où presque toujours il s'agit de maladie obscure, chronique, ayant subi plusieurs traitements. Demandez maintenant pourquoi elles sont si rares ? Encore une fois, voulez-vous bien connaître un médecin ? voulez-vous le juger *intus et in cute ?* lisez de lui une consultation écrite détaillée ; ce moyen est infaillible.

— Il est des personnes qui disent, avec une tranquillité parfaite : Vous avez beau faire, le charlatanisme triomphera toujours ; ni vos lois, ni vos règlements, ni votre organisation nouvelle et ancienne n'y feront rien. Avec ce puissant raisonnement, si on l'a bien compris, il ne faudrait que se croiser les bras sous son manteau de philosophie, livrer le public à la merci des empoisonneurs, et dire : *Qui vult decipi decipiatur.* Autant vaudrait dire : Il y a encore des méchants, des fourbes, des avares, des extravagants, etc., les principes de la morale, de la philosophie, de la religion sont parfaitement inutiles, vous prêchez dans le désert ; ou bien : Il y a encore des voleurs, des assassins, des incendiaires, dès lors à quoi servent les lois et les tribunaux ? Comment ne pas voir que la répression existe toujours, sans fin, sans relâche, et qu'elle finit par atteindre le but possible, diminuer ce qui est grand, anéantir ce qui est petit Nous le savons, la force du charlatanisme est immense et profonde ; cette force vient de deux causes auxquelles il n'est pas aisé de remédier : l'une se trouve dans les lois, l'autre dans le cœur humain. La forte base légale nous fait défaut, cela est incontestable. Une jeune demoiselle riche, belle, fille unique, est atteinte d'une fièvre scarlatine grave, on appelle une magnétiseuse, qui ne prescrit que des remèdes insignifiants, dangereux même ; la jeune personne succombe ; la somnambule vraie ou prétendue est condamnée à une amende de 100 fr. pour *exercice illégal* de la médecine, et tout est dit. Une femme est atteinte d'une tumeur au sein, elle craint un cancer ; on lui apprend qu'un homme, avec une *poudre*, guérit cette maladie, elle le consulte ; cet homme met des vésicatoires, et, sur les plaies de ces vésicatoires, il étend sa poudre merveilleuse ; au bout de peu de temps, la malade est prise d'accidents graves et succombe. Il est démontré que cette poudre est de l'acide arsénieux, et le guérisseur homicide est condamné à quinze jours de prison, puis une légère amende, toujours pour exercice illégal de la médecine. Nous citons ces deux exemples, nous pourrions en citer des milliers d'autres. N'est-il pas évident que tant qu'on ne verra dans ces effroyables *crimes* qu'une contravention, un délit pur et simple, les charlatans auront beau jeu ; ils se moqueront de la science, de l'humanité et de la loi. Il est mille moyens d'échapper à celle-ci, nous le savons, et les Italiens ont à cet égard un proverbe plein de sens : *fatta la legge, trovato l'inganno* ; cependant, quand la loi est bien faite, quand elle frappe juste et fort, lorsque la théorie médicale à l'usage de la quatrième page des journaux est soumise à une enquête judiciaire rigoureuse, que des guérisons garanties par un billet de 10 fr. sont estimées ce qu'elles valent, que des médecins qui se vendent et des pharmaciens qui achètent les méritent que l'autorité examine cet odieux contrat, que la probité homœopatique des médecins pseudonymes, qui n'admet le savoir, la conscience, l'honnêteté qu'à des doses infinitésimales, est pesée dans la balance de la justice et soumise

fait revivre le traitement abortif, je me suis trompé : il y a, en effet, plus de création que de réminiscence dans leurs écrits.

Outre les caustiques, l'art possède d'autres moyens de faire avorter les pustules varioleuses : tel est, entre autres, le mercure et ses préparations.

C'est encore M. Serres qui nous ouvre ici la voie. Il est fâcheux qu'il n'ait pas pris la peine de nous faire connaître lui-même ses nouvelles expériences. Nous n'avons de lui que ses premiers essais sur la cautérisation : ils sont insérés dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1818. Il n'a rien dit encore, que je sache, des effets des préparations mercurielles ; on peut regretter ce silence, mais il serait injuste de l'interpréter contre la méthode elle-même. Au reste, si le maître, trop peu soucieux de sa gloire, s'est abstenu, ses élèves ont parlé. Il en est même dont M. Serres a dû réprimer l'enthousiasme. Plus calme et plus froid, M. Gariel a consigné dans sa thèse inaugurale les résultats d'une pratique dont il a été le témoin. Sa conclusion finale est que les préparations mercurielles appliquées sur la peau font avorter les pustules de la variole soit avant soit après la suppuration.

Depuis lors, un médecin des hôpitaux qui paraît avoir un goût particulier pour les exercices cliniques, M. le docteur Briquet, a repris en sous-œuvre la même médication ; ses premiers essais sont de 1838 ; il se sentait encore si peu rassuré par l'expérience de ses prédécesseurs, qu'il s'y prépara, comme si personne ne lui avait montré le chemin où il entrait. Au lieu d'attaquer la variole au visage d'où vient presque tout le danger, il porta, par forme d'essai, les topiques mercuriels sur les membres, et s'assura que les boutons diminuaient en nombre sur les parties recouvertes. Une fois cette diminution fut d'un tiers ; c'est la plus forte qu'il ait obtenue, mais elle est plus considérable en réalité qu'en apparence. L'éruption varioleuse, en effet, ne se fait pas toute à la fois, elle procède peu à peu et successivement.

La méthode abortive ne se propose pas précisément d'empêcher, de prévenir l'éruption, mais elle aspire à s'en rendre maître quand elle a paru. Toutefois, elle ne s'abuse pas sur sa puissance, elle connaît ses forces et celles de l'ennemi qu'elle a à combattre ; elle sait que si elle le laisse grandir indéfiniment, elle perd tous ses avantages et ne peut plus rien contre lui.

Elle met donc un grand prix à bien choisir le moment de la lutte. En général, plus l'éruption est récente et plus facilement elle se laisse vaincre. L'art conserve ses avantages jusqu'au cinquième et sixième jour ; il y a même des médecins qui présument encore mieux de sa puissance : tels, entre autres, MM. Gariel et Charcellay. Le premier étend sa puissance jusque après la suppuration, le second l'a éprouvée le septième jour.

Au contraire, la cautérisation serait impuissante à réprimer la pustule varioleuse qui a dépassé le troisième jour ; mais n'est-ce pas trop borner l'action des caustiques? Je pense seulement, avec M. Charcellay, que cette répression est d'autant plus difficile qu'on attend davantage. Ceux qui n'ont aucune expérience de la cautérisation ne savent pas assez tout ce qu'il faut de soins et d'attention pour atteindre jusqu'aux racines de la pustule varioleuse ou vaccinale.

Quant aux préparations mercurielles et à l'emplâtre de Vigo, en particulier, dont M. Charcellay préfère l'emploi à tout autre moyen, l'effet en est d'autant plus sûr et plus prompt que la variole est moins avancée.

Si l'application en est faite avant le cinquième jour de l'éruption, il arrive de deux choses l'une : ou les boutons s'en vont par résolution, ou ils se transforment en vésicules et quelquefois en tubercules.

Plus tard, c'est-à-dire du sixième au neuvième jour, il n'est plus au pouvoir de l'art de les arrêter et de prévenir la suppuration ; cependant, je le répète, il est des médecins plus confiants, et parmi ceux-là j'ai cité M. Gariel.

Mais, d'une part, plus les pustules sont récentes plus il y a d'espoir de les faire avorter, et, de l'autre, plus elles sont avancées moins il y a d'avantage à en changer le cours.

Selon M. Briquet, la conversion du bouton varioleux en vésicules est la plus commune de toutes. Ces vésicules, d'un volume qui varie depuis la tête d'une épingle jusqu'à un grain de millet, sont coniques ; les parois en sont si minces qu'elles se déchirent au moindre frottement ; la matière qui en sort est louche, lactescente.

La conversion en tubercules est plus rare ; elle n'a guère lieu qu'au visage. A la levée de l'appareil, on aperçoit de petites excroissances dures, insensibles, lesquelles s'affaissent peu à peu et s'en vont en dix ou douze jours, partie par résolution, partie par desquammation et sans laisser aucune trace.

On connaît les effets immédiats des préparations mercurielles sur la marche de l'éruption.

Maintenant, quelles sont les conséquences de ces changements sur l'issue de la variole et sur la vie des varioleux ?

S'il est vrai que l'inflammation de la face se communique au cerveau, il semble qu'en prévenant l'une on préviendra nécessairement l'autre. Tel était aussi l'espoir de M. Serres lorsqu'il commença ses essais de cautérisation ; telle est aujourd'hui sa conviction profonde après vingt-neuf ans d'expérience. Toutefois, n'exagérons rien, n'imitons pas ce jeune enthousiaste qui, témoin de la pratique du médecin de la Pitié, osa dire que la méthode ectrotique valait mieux que la vaccine. M. Serres nous démentirait, et nous n'aurions pas l'âge pour excuse.

En pareille matière, il faut des observations, il faut une bonne statistique. M. Briquet a bien dit que de 5 varioles confluentes qu'il a traitées, il en a guéri 4 ; mais ce nombre est insignifiant. La statistique, pour inspirer quelque confiance, doit opérer sur de grandes quantités. Il n'y a peut-être que M. Serres qui puisse nous donner le résultat que nous cherchons et nous initier à tous les avantages de sa méthode.

En attendant, nous sera-t-il permis de dire que la petite vérole éludera souvent le piége que lui tend le traitement abortif?

D'une part, l'emplâtre de Vigo et les autres applications extérieures ne peuvent rien contre les pustules de l'intérieur des voies aériennes ; et c'est, si je ne me trompe, une des causes les plus communes des terminaisons funestes de la petite vérole ; il est certain au moins que beaucoup de varioleux périssent dans l'asphyxie ; et d'autre part, il ne faut pas croire que toute la petite vérole soit dans l'éruption ; elle a aussi des éléments cachés. Qui sait si le sang n'est pas altéré ? Le sang est le véhicule des maladies virulentes. J'ai lu récemment, dans un journal, qu'un homme étant mort de la morve, on en prit le sang contenu dans le cœur, on l'inocula à un cheval et on reproduisit la même maladie qui causa la mort de l'animal. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la variole?

Si l'on admet l'analogie, il en serait donc du virus comme des poisons, et particulièrement de l'arsenic. Pris par les absorbants, l'arsenic passe dans le sang et de là dans les chairs, dans les viscères, où la chimie, docile aux ordres de la justice, va le chercher pour confondre le crime. Découverte admirable, aussi glorieuse pour la science que précieuse pour la société.

à l'épreuve des résultats, on y regarde à deux fois avant de s'engager dans cette voie épineuse. Pour nous, qui avons une insatiable soif de l'honneur médical, nous pensons que les lois actuelles sont fautives, inconséquentes, imprévoyantes ; aussi le mal s'étend de plus en plus, il faut une main vigoureuse pour porter la cognée au bas de l'arbre venimeux.

La seconde cause de la force du charlatanisme est dans un sentiment qui n'abandonne jamais le corps humain, l'*espérance*. J'en ai déjà fait la remarque. La médecine est impuissante dans une foule de cas ; trop souvent, après avoir épuisé ses ressources, la maladie continue ses progrès ; survient un homme qui dit au malade : Moi, je vous guérirai, j'en ai les moyens, voici mes preuves, mes certificats, mes témoins ; puis les compères, le bruit public, un certain *peut-être* caché dans un profond repli de la conscience, l'emportent ; on se livre à l'empirique, à ses drogues, à ses illusoires promesses. C'est ainsi que le vulgaire de tous les *rangs* apporte son tribut à cette fausse et dangereuse manière de traiter les maladies. Celui qui ne croit pas à la médecine croit souvent au charlatan, au magnétiseur, au rebouteur, à la tireuse de cartes ; son incrédulité n'est qu'une sorte de crédulité à rebours. Tout dépend du bruit, de la réputation, des réclames des journaux, des recommandations absurdes ou intéressées. En général, un médecin est une espèce de monnaie qu'on reçoit volontiers sur la parole de gens qui se vantent d'en savoir le prix : il suffit de le surfaire. C'est précisément ce qui arrive quand le mal est supérieur à nos moyens, et qu'un hâbleur médical se vante de guérir promptement et sûrement. Or, si les gens d'esprit et de savoir se laissent prendre à ce piége, que sera-ce de la foule, de la plèbe, des simples, des sots, des niais, des aveugles, dont le nombre est incalculable ! Dans le banquet de Xénophon, Socrate demande à un homme adroit *quelle est la chose sur laquelle il compte le plus dans le monde.* C'est, répondit-il, *sur le grand nombre de sots car ce sont eux qui me nourrissent.* Aussi, lui dit un des convives, vous ai-je entendu faire l'autre jour cette prière aux dieux : que partout où vous iriez, *il y ait abondance de pain et de vin, et disette de bon sens.* Telle est l'origine de la force du charlatanisme.

— Le père *Picard*, comme on l'appelait, et que j'ai connu il y a quinze ans environ, était la fine fleur, le représentant le plus vrai de l'officier de santé rural. Trapu, vigoureux, large d'épaules et de carrure, rien ne pouvait le fatiguer. Monté sur sa jument grise, qu'il appelait *Mignonne*, il trottait jour et nuit par monts et par vaux ; la pluie, le froid, la neige, la tempête, des chemins affreux, ne l'effrayaient nullement ; chaque journée il faisait *sa pratique*, selon son expression. Avec sa figure réjouie, un peu rubiconde, son air leste, sa verte allure, il déguisait à merveille sa soixantaine ; du reste, causeur, conteur, un peu vantard, il était tout à tous ; communicatif avec le gros fermier, familier avec le paysan haricoteur, le simple journalier. Dans l'occasion, il ne refusait pas un verre de vin, de cidre, ou le petit verre d'eau-de-vie ; il aimait infiniment le coup d'*arrivée* sans refuser toutefois le coup de l'*étrier*. Le père Picard n'était pas sans connaissances dans sa profession ; il avait ce coup d'œil, ce bon sens pratique que donnent le jugement et une longue habitude. Il saignait à merveille, arrachait lestement une dent, faisait passablement un accouchement, même avec le *crochet*, sorte de forceps de l'ancienne forme ; il réduisait des luxations, des fractures, des hernies avec une certaine dextérité. Dans les fluxions de poitrine,

Nous la devons à M. Orfila, et tous les efforts qu'a fait la critique pour la lui ravir n'ont fait que lui en assurer la propriété.

Dans cette hypothèse, la variole est particulièrement une maladie du sang; ce n'est que consécutivement qu'elle vient à la peau, et comme le sang va partout, c'est une maladie générale, *totius substantiæ*. Mais, parce qu'on n'en voit que la surface, l'esprit, abusé par les sens, s'est accoutumé à la considérer comme une simple inflammation de la peau : il n'a pas seulement renversé l'ordre des éléments, il a négligé le plus essentiel.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

HISTOIRE GÉNÉRALE DES SEPT DIATHÈSES; par F.-L. GAILLARD, professeur à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Pour démontrer la réalité des principes exposés dans la première partie de ce mémoire, il suffira d'énumérer les états pathologiques auxquels nous donnons le nom de diathèse; ils sont au nombre de sept; savoir: *Diathèse scrofuleuse, scorbutique, herpétique, syphilitique, rhumatismale, goutteuse* et *cancéreuse*.

Nous aurions désiré ajouter ici un article spécial pour chaque diathèse; mais nous dépasserions les limites d'un simple mémoire; nous appliquerons seulement nos principes à quelques maladies, et nous terminerons par des considérations sur le diagnostic.

L'*entorse simple* guérit toujours; car la douleur des organes malades avertit le blessé téméraire qui voudrait se servir de son articulation avant que la nature ait achevé le travail de réparation. L'imprudent guérit plus lentement, mais il finit toujours par guérir. Les entorses ne deviennent des affections graves que sous l'influence des diathèses. Un malade éprouve un léger tiraillement, une faible distension des ligaments qui forment une articulation; il suffit même que les parties articulaires soient irritées par une contusion, la marche, un exercice quelconque; aussitôt la diathèse se porte dans cette partie; elle augmente, envenime, prolonge la maladie locale. « Dans un grand nombre de cas, la violence extérieure n'est qu'une cause déterminante qui fixe sur l'articulation un principe morbide existant dans l'économie. » (Lisfranc, CLINIQUE, t. I, p. 557.)

L'arthrite rhumatismale est caractérisée par des douleurs aiguës qui augmentent au moindre mouvement et s'étendent autour de l'articulation, suivant le trajet des aponévroses; par une faiblesse, une impotence particulière de l'articulation dont la mobilité est d'ailleurs assez bien conservée; on voit en outre peu de gonflement, peu d'altérations organiques, plutôt des fluxions variables qu'un engorgement permanent; les crépitations, les divers bruits articulaires (sauf bien entendu ceux qui dépendent de la carie des surfaces osseuses) m'ont paru coïncider surtout avec cette forme de maladie articulaire. L'arthrite rhumatismale est de longue durée, mais elle n'a aucune tendance à s'aggraver. A cette occasion, nous noterons que les fomentations froides et tous les topiques humides favorisent le développement des affections rhumatismales. Madame D... ne peut supporter, à cause des douleurs excessives qu'elle éprouve, un appareil imbibé d'eau blanche placé autour de l'articulation du pied; on est obligé de tremper les pièces d'appareil d'huile chaude. L'arthrite scrofuleuse ou tumeur blanche se distingue par l'augmentation de volume de l'articulation malade, l'abolition prompte et complète des mouvements, la mollesse élastique, la pâleur, la transparence des tissus infiltrés qui entourent l'articulation et lui donnent sa forme et son nom. Bien que l'altération organique soit plus apparente et qu'elle ait une tendance rapide à s'aggraver, les malades se servent plus longtemps et plus facilement du membre malade que dans le cas d'affection rhumatismale : cela peut tenir à ce que les articulations scrofuleuses sont à la fois plus roides et moins douloureuses.

On m'objectera sans doute que la plupart des faits que j'ai cités sont empruntés à la pathologie externe; mais je prétends que les connaissances acquises dans l'étude des maladies chirurgicales doivent être appliquées aux affections internes; en effet les maladies chirurgicales ne diffèrent pas quant à leur nature de celles qui ont été laissées dans le domaine de la médecine; seulement la position extérieure et superficielle des organes a permis de mieux étudier les modifications diverses qu'ils peuvent subir dans leurs fonctions et dans leur texture. L'observation directe s'est trouvée prête à chaque instant à rectifier la théorie; on a obtenu de suite et par le plus simple examen, des notions exactes que l'induction seule peut nous procurer quand il s'agit d'organes profondément placés. Voyez quelles affections variées nous présente la pathologie de l'œil. On pourrait, il est vrai, objecter que cet organe spécial ne peut être assimilé aux autres appareils de l'économie; mais le pharynx, sac musculeux, doublé d'une membrane muqueuse, recevant un grand nombre de nerfs et de vaisseaux, ne pourra-t-il pas être considéré comme représentant les viscères membraneux et surtout le tube digestif. Or l'observation directe signale bien des affections différentes, dont plusieurs diathésiques, lesquelles sont confondues sous le nom commun de *pharyngite*; ainsi la phlegmasie simple, l'irritation herpétique, le rhumatisme des parois, l'exulcération syphilitique, l'ulcère scrofuleux, l'angine couenneuse, etc......, maladies si différentes par leur nature, leurs causes, leur pronostic et leur traitement. Au reste, nous avons vu des toux quinteuses alterner avec diverses éruptions cutanées, des douleurs au col de la vessie être remplacées par un herpès du prépuce, une laryngite opiniâtre succéder plusieurs fois à un eczéma du gland, de telle sorte que le malade, orateur éminent, fut obligé de renoncer à des lotions d'acétate de plomb qui ne guérissaient l'éruption qu'en affectant l'organe de la voix. Pour nous, le tubercule pulmonaire n'est qu'une forme de la diathèse scrofuleuse et demande les mêmes moyens de traitement.

Sans rien préjuger sur bien des questions longtemps débattues, on peut, je crois, assurer que les fonctions du tube digestif sont plus fréquemment dérangées que celles des autres appareils. Beaucoup de gens n'ont ni toux, ni dyspnée, ni palpitations, ni migraine; bien peu, au contraire, digèrent bien en tout temps. Les pesanteurs, les aigreurs, les vents, la constipation incommodent les trois quarts du genre humain, au moins quant à cette notable portion trop civilisée peut-être qui fait usage des consultations. Ceci s'explique : la respiration s'exerce également, régulièrement; son aliment est toujours prêt; peu de gens surchargent leur cerveau de manière à s'incommoder, mais pour l'estomac c'est bien différent : l'alimentation est trop copieuse ou insuffisante, ou de mauvaise qualité; elle est ingérée sans régularité et sans qu'on tienne compte des besoins et des souffrances de l'organe, puis les fatigues, les commotions physiques et morales retentissent

---

il saignait souvent et largement, et administrait l'émétique; c'était une pratique qu'il tenait de père en fils, et il comptait de nombreux et beaux succès. Quand je lui disais que pour traiter ces maladies, ainsi que d'autres, il fallait connaître la physique, la botanique, la chimie, l'histoire naturelle, l'anatomie comparée, les mathématiques, la statistique, la mécanique, le grec, le latin, la philosophie, l'histoire de la médecine, etc., etc., il me regardait d'un air souriant et narquois, prétendant que je me moquais de lui; il ajoutait que je n'avais qu'à parcourir le pays pour m'informer s'il n'avait pas guéri une infinité de pauvres gens, sans connaître tout ce *grimoire* scientifique dont je lui parlais.

Le père Picard connaissait très-bien le paysan; son air franc, ouvert, bonasse, cachait pourtant un esprit fin et subtil; c'était un *finaud*, comme on le disait dans son endroit. Il est vrai qu'il savait très-bien manier l'esprit du villageois, le persuader, le tourner, le conduire à propos, chose assez malaisée, comme le savent très-bien ceux qui vivent dans les campagnes; du reste, il vendait des drogues à un prix raisonnable, faisait lui-même ses potions, ou les faisait faire par sa femme, qu'il avait, disait-il, *dressée* à cela. Quant à ses honoraires ou à ses *rentrées*, selon son expression, il s'en tirait à merveille. Le paysan n'a pas d'argent, me disait-il, mais il donne volontiers de la denrée; à chacun selon sa bourse ou ses moyens. Aussi la cave, le grenier, le poulailler du père Picard étaient-ils abondamment pourvus; il acceptait tout, quoique toujours consciencieusement. Un jour je le vis rapportant des œufs, de la volaille, de la filasse et jusqu'à de la poterie. Une autre fois je le rencontrai traînant à la suite de *Mignonne* maître dom pourceau, faisant d'effroyables cris. Ah! ah! lui dis-je, père Picard, voici une de vos *rentrées* singulièrement bruyante et récalcitrante. Cela est vrai, me répondit-il, et pourtant j'en viendrai à bout. Ce gaillard-là me vaut deux catharres et une fluxion de poitrine; le saloir l'attend et j'en aurai pour mon hiver. Tel était le père Picard, le type, le modèle de l'officier de santé rural. C'était du reste un brave et digne homme, serviable, obligeant, qui fit son état et fit le bien avec activité et intelligence pendant près de cinquante ans; aussi était-il aimé, honoré, respecté de tous. Quand il mourut à 76 ans, ce fut un deuil général, presque tout le pays assista à ses funérailles; chacun montre encore avec respect l'endroit où il est inhumé dans le cimetière du village. Il fut question dans le conseil de la commune de lui élever un petit monument, avec cette modeste épitaphe : Ci-gît père Picard le *regretté*; mais un vieux paysan fit observer qu'il était inutile de mettre sur une pierre ce qui était gravé dans tous les cœurs, on en convint et la séance fut levée.

B. P.

— LE TRAITEMENT PAR L'EAU CONNU ANCIENNEMENT. — Sous ce titre, M. Laycock envoie au rédacteur de THE LANCET (n° du 20 décembre 1845) le fragment suivant, extrait d'un journal de voyage rédigé en l'année 1738, et qui prouve que le traitement par l'eau était déjà connu et employé à cette époque.

« *Visite faite à M. Philips, en compagnie de MM. Duffield et Beetson, en date du 14 avril* 1738. — La curiosité me poussa ce jour-là à aller à 12 milles d'Yorkshire, pour faire visite à un homme, âgé de 112 ans et 8 mois, qui habitait à cette distance. Nous passâmes avec lui environ une heure, et ce brave et gai vieillard ne nous laissa pas regretter notre voyage. Il avait 6 pieds (pieds d'Angleterre) de haut, très-bien fait, montrant à peine quelques rides sur la

d'abord à ce viscère qui, surmené à la fois et mal pansé, travaille en conséquence. Il faut encore noter que toutes les affections aiguës, catarrhes, exanthèmes, etc., provoquent, à leur début, la perte d'appétit et le dégoût. De cette énumération des troubles fonctionnels de l'appareil digestif, je ne veux pas conclure à la fréquence de cette fabuleuse gastrite qui a défrayé pendant vingt ans la doctrine physiologique, je veux seulement remonter à l'origine des gastralgies et des entéralgies que nous observons tous les jours.

Résumons la question en deux points : 1° la diathèse rhumatismale est fort commune ; nul pour ainsi dire n'en est exempt ; 2° l'état normal du tube digestif est souvent altéré par diverses causes. La structure fibro-musculaire de ce canal, son étendue, son incessante activité, le rendent très-vulnérable et le disposent à devenir un centre de fluxions rhumatismales.

Le *diagnostic général* et *différentiel* des maladies diathésiques s'établit sur plusieurs circonstances :

1° La maladie est chronique, c'est-à-dire qu'elle persiste et se prolonge sans qu'on puisse en prévoir le terme.

2° Le malade a été atteint précédemment de douleurs rhumatismales d'éruptions herpétiques, d'engorgements ganglionnaires et autres affections qui annoncent l'existence d'une diathèse.

3° Dans l'origine de la maladie actuelle, le sujet s'est trouvé exposé à des influences qui ont bien pu altérer profondément l'économie ; ainsi l'action prolongée du froid humide engendre des rhumatismes, un chancre huntérien donne naissance à la syphilis constitutionnelle.

4° Les manifestations locales offrent des caractères spéciaux qui indiquent la nature de la cause génératrice. Ce point n'a pas besoin d'être prouvé ; le praticien est-il bien embarrassé pour reconnaître les syphilides à leur siége, à leur couleur cuivrée, à leur végétation active ; les ulcères scrofuleux à leur teinte bleuâtre, au décollement de leurs bords, au liquide clair qu'ils sécrètent ; le rhumatisme à l'intensité, à la mobilité de la douleur, à l'absence de lésion organique.

5° Dans les cas de doute, on tâte par des médications spéciales la maladie à laquelle on a affaire, et les résultats avantageux ou nuisibles qui surviennent nous éclairent sur la nature du mal. Une jeune dame était atteinte d'engorgements sous-cutanés et d'ulcérations rongeantes qui offraient plusieurs caractères de la syphilis constitutionnelle ; les pilules de Dupuytren administrées pendant une quinzaine ne produisirent point de bons effets ; on les remplaça par le quinquina à l'intérieur et à l'extérieur. L'amélioration fut prompte et décisive, parce que cette lésion était causée par une diathèse scrofuleuse.

6° Si les antécédents du malade nous éclairent sur l'existence d'une diathèse, on peut dire aussi que les phénomènes consécutifs viennent souvent démontrer la réalité de certaines causes qui avaient été seulement soupçonnées, ou même tout à fait méconnues. Un gastralgique est pris d'une douleur à l'épaule et son estomac se trouve dégagé. Une toux sèche et irritante disparaît à l'instant où survient un eczéma aux cuisses. Parfois ces symptômes diathésiques apparaissent plusieurs années après la guérison et nous expliquent la marche capricieuse, les caractères insolites et la résistance opiniâtre de la maladie que nous avons laborieusement vaincue. Je joindrai ici quelques exemples de ces difficultés de diagnostic.

Obs. I. — M. D., âgé de 50 ans, est atteint au mois d'août 1840 d'une *douleur au col de la vessie* avec érections pénibles, pollutions fréquentes, mêlées de sang clair. Cette indisposition dure trois semaines, puis disparaît. Sa nature nous aurait paru fort obscure si nous n'avions pas connu les antécédents de M. D. ; mais nous lui donnons des soins depuis longtemps, et nous savons que cette même douleur s'est portée tantôt à l'intestin avec évacuations abondantes ; tantôt à l'estomac avec vomissements répétés pendant vingt-quatre heures, anxiété, agitation ; tantôt elle s'est fixée au cœur, et pendant plusieurs jours le malade a éprouvé des palpitations ; son pouls est devenu irrégulier et intermittent ; tantôt enfin la douleur, sous forme névralgique, a occupé les parois du ventre et de la poitrine. Chaque fois que ces douleurs rhumatismales se portent sur un point, elles abandonnent complétement les autres.

Obs. II. — Madame D. est née en Vendée ; elle a souffert de toutes les horreurs de cette terrible guerre de 1792 ; bivouac dans les champs de genêts pendant les nuits pluvieuses ; séjour prolongé dans les prisons de la république. Cependant sa santé n'était pas gravement altérée. A l'époque de sa troisième couche elle éprouve des *douleurs d'estomac mêlées d'étouffement* qui résistent à un grand nombre de moyens, et ne cèdent qu'à plusieurs saisons des eaux de Néris. Depuis la santé de madame D. a été vacillante ; elle a été atteinte de diverses affections de nature rhumatismale : ainsi une paralysie du bras pendant une année. En ce moment 1840 la diathèse rhumatismale est vague ; elle se porte à l'abdomen, et détermine des coliques ; elle se fixe à la tête, et cause une céphalée opiniâtre, des douleurs dans les gencives. Madame éprouve aussi parfois dans les épaules, les bras et les mains, des roideurs, des douleurs profondes, un affaiblissement, une sensation de froid. Madame a besoin de passer l'hiver au coin de son feu ; elle se refroidit avec la plus grande facilité ; elle est obligée de s'emmailloter dans un vêtement de laine. Le diagnostic de la gastralgie rhumatismale a été confirmé par les phénomènes consécutifs.

Obs. III. — Madame B. est atteinte, le 6 juin 1845, d'envies fréquentes d'uriner avec tenesme, douleurs très-aiguës. Cette affection se prolonge pendant plusieurs jours ; sa nature nous est révélée par les circonstances suivantes : madame a éprouvé un eczéma chronique du cuir chevelu ; une irritation chronique du col utérin que M. Marjolin a rapporté à la même cause ; parfois une toux sèche, quinteuse, opiniâtre, irritante, qui a subitement disparu au moment où sont survenues les douleurs de vessie.

Obs. IV. — Le 31 mai 1842, M. X. me consulte pour une angine qui dure depuis douze ans avec des exacerbations périodiques, et malgré l'emploi d'un grand nombre d'astringents, d'antiphlogistiques, etc. La muqueuse qui tapisse le fond du pharynx est inégale et couverte d'une douzaine de petits mamelons ou monticules ovales de haut en bas, ayant 6 millim. dans un sens et 4 dans l'autre. Cette disposition anatomique, dont j'avais reconnu la signification, me fit diagnostiquer une cause herpétique, et quelques mois plus tard une éruption de pityriasis qui eut lieu sur le visage confirma l'exactitude du jugement que j'avais porté. Des bains de Baréges, l'insufflation d'une poudre composée d'un septième de calomel et de six septièmes de sucre candi ont beaucoup amélioré l'état du malade.

Obs. V. — Notre excellent confrère, le docteur X., est robuste et d'une bonne constitution. En 1820, il est atteint subitement d'une douleur profonde vers la base du crâne et d'une amaurose qui dure trois jours ; puis successivement, d'années en années, il éprouve des céphalées intenses et opiniâtres, des palpitations violentes, des oppressions avec toux férine, hémoptysie, puis, pendant une année, des douleurs abdominales qui sont enlevées par trois bains des eaux du mont Dor. Plus tard M. X. ressent des douleurs dans les articulations maxillaires avec impossibilité de manger, puis d'autres douleurs avec gonflement énorme des genoux. En 1844, ces diverses souffrances ont successivement disparu *sans laisser aucune trace ;* mais pendant dix jours M. X. ressent des douleurs aiguës accompagnées d'une contraction spasmodique du sphincter de l'anus. Il y a des élancements insupportables qui s'étendent au canal de l'urètre et à tout l'abdomen (diath. rhumat.).

Obs. VI. — Mademoiselle C. est âgée de 22 ans, d'une bonne constitution ;

---

figure, les os volumineux, tout le corps bien proportionné. Il avait encore beaucoup de dents, mais plusieurs, à ce qu'il nous dit, étaient vacillantes. — Cet homme avait été rhabilleur et une sorte de chirurgien dans le pays. Il nous assura avoir guéri une foule de personnes de maladies rhumatismales en les faisant rester couchées avec leurs draps plongés dans l'eau, puis un peu exprimés, et dont ils s'enveloppaient le corps de manière à ne laisser aucune partie découverte ; ils passaient ainsi toute la nuit. Lui-même avait usé pour son propre compte de ce remède toutes les fois qu'il avait éprouvé une grande fatigue, un refroidissement ou quelque chose de semblable. L'hôtesse chez laquelle nous dînâmes nous assura que d'après ses conseils, ayant fait la même chose avec ses draps mouillés d'eau *chaude*, à une époque où elle ne pouvait se tenir debout et était forcée de rester assise depuis 3 mois, il lui suffit d'une seule application pour pouvoir marcher droite. »

— La pharmacie en Angleterre. — Un homme est mort dernièrement pour avoir pris une dose trop forte de colchique. Il résulte de l'enquête qu'une jeune fille avait été chercher pour lui ce remède à la boutique de M. Bartlett, et qu'elle n'y trouva que son commis. Comme elle lui demandait de lui en donner *la bonne mesure et une petite goutte par-dessus le marché*, il crut bien faire en lui en mettant six fois la quantité ordinaire qu'on vend pour un penny. Voici, du reste, un extrait de sa déposition auprès du juge d'instruction ; il suffit pour mettre en évidence l'ignorance et l'étonnante simplicité de ce pauvre garçon. « Je n'ai jamais, dit-il, eu l'habitude de vendre que les remèdes simples. Je ne sais pas le latin... Je n'ignorais pas que le colchique est un poison quand on le prend à haute dose ; mais la bouteille portait pour étiquette : « Vin. S. colch. » ce qui signifie vin de Colchique, quoiqu'on puisse bien dire que c'était mal écrit, puisqu'il fallait un *w* (en anglais wine, vin) au lieu d'un *v*. (Rires dans l'auditoire.) Oui, celui qui l'a écrit ne peut être qu'un *cockney* (un badaud) ! (L'hilarité continue.) Quant à l'S qu'il y avait aussi sur l'étiquette, je ne saurais dire ce qu'elle pouvait signifier. » (The medical times, n° du 22 novembre 1845.)

— Singulier résultat des poursuites pour exercice illégal de la médecine. — Un fait qui s'est passé récemment à Londres prouve, ainsi que bien d'autres, l'impuissance de la législation contre ces abus, tant qu'on n'aura pas détruit d'abord les préjugés et la crédulité populaires qui les alimentent. Une femme ayant été traduite devant le jury comme prévenue d'avoir, par l'administration illégale de médicaments, causé la mort d'une malade, elle a avoué lui avoir en effet donné des soins, rétribués à 10 pences par visite. Or, pendant l'interrogatoire, l'un des jurés se lève et demande à l'accusée : — Est-il vrai, ainsi que vous le dites, que vos remèdes sont d'un goût agréable comme celui du vin ? — L'accusée : Oui, monsieur. — Le juré : Alors, ma chère, je vous donnerai désormais toujours ma pratique. On conçoit aisément que sous une telle influence l'arrêt a été un verdict d'acquittement. Le jugement rendu, le juré demande à la doctoresse : — Voudriez-vous bien me remettre votre carte ? Mais celle-ci s'indignant : — Monsieur, je vous le répète, apprenez que je ne donne pas à mes malades des cartes, mais seulement des remèdes simples et agréables !

pendant longues années elle souffre continuellement d'un défaut d'appétit, de douleurs d'estomac, d'une constipation invincible remplacée de temps en temps par des coliques aiguës avec diarrhée. Le 9 janvier 1839, depuis quelques jours, il existe une douleur avec gonflement et rougeur dans les deux articulations du gros orteil, avec les métatarses. Depuis ce moment l'appétit est devenu bon, les digestions faciles. La diathèse s'est déplacée.

Obs. VII. — Madame B., âgée de 75 ans, est depuis longtemps atteinte de la goutte. Au mois de décembre 1840, elle éprouve pendant trois semaines une toux opiniâtre, accompagnée d'étouffements. Tout à coup survient une douleur aiguë dans le bras gauche, et les souffrances de la poitrine disparaissent de suite.

Obs. VIII. — Un receveur, de 36 ans, me consulte pour une affection d'estomac dont il souffre depuis plusieurs années. On me prescrit, dit-il, l'eau de gomme et le laitage; mais mon estomac a horreur de l'eau de gomme et ne peut supporter le lait. A mes yeux cette circonstance était décisive, et j'affirmai au malade que ses souffrances ne tenaient pas à une gastrite chronique, comme il le croyait, mais à une gastralgie rhumatismale; car, dans ce dernier cas, l'estomac s'accommode mal des émollients et du régime lacté. Je dois dire que l'ancienneté de la maladie, l'absence de lésion organique, la lenteur du pouls, la pâleur et la mollesse de la langue, confirmaient mon diagnostic.

Obs. IX. — Madame de Z. est atteinte, sans cause connue, d'une leucorrhée abondante : le mucus est jaunâtre, épais, puriforme; la muqueuse vaginale est hérissée de granulations rouges et enflammées. Un traitement local continué pendant plusieurs mois, des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, parviennent enfin à guérir cette maladie, qui m'a étonné par sa ténacité. Depuis j'apprends que madame de Z. est atteinte d'un eczéma chronique du cuir chevelu, et l'existence d'une diathèse herpétique m'explique les phénomènes observés.

Obs. X. — M. S. est atteint, en 1836 et 37, de douleurs rhumatismales vagues. En 1840 et 41, il éprouve une gastro-entéralgie qui résiste à beaucoup de moyens, pris surtout dans la classe des antiphlogistiques. Vers la fin de 1841 apparaissent des douleurs dans les bras avec gêne dans les mouvements. Dès lors santé parfaite, cessation de l'entéralgie. Cette dernière circonstance a fixé le caractère de la maladie intestinale, qui avait été considérée comme une *phlegmasie* chronique par plusieurs médecins.

En résumé, beaucoup d'affections chroniques, nous dirions volontiers la plupart des affections chroniques sont entretenues par des causes générales, auxquelles doivent alors s'adresser nos principales médications.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS DE HERNIES ÉTRANGLÉES TERMINÉES PAR DES ABCÈS AVEC FISTULES STERCORALES, ET GUÉRIES SANS OPÉRATION; par G.-E. Maslieurat-Lagémard, du Grand-Bourg (Creuse), docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris et de la Faculté de médecine, etc.

Obs. I. — Dans le courant de l'année 1844, je fus appelé près de la nommée M..., qui habite la commune de Mousioux, département de la Creuse.

Cette femme est âgée de 45 ans environ, d'une bonne constitution et habituellement bien portante.

Elle me raconta que depuis un an ou deux il lui arrivait surtout de remarquer, dans le pli de l'aine du côté droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, laquelle disparaissait facilement par une légère pression qu'elle exerçait sur elle, et qui rentrait bien plus facilement encore quand elle était couchée. Cette tumeur était venue spontanément; il n'y avait à son niveau aucun changement de couleur à la peau, elle ne gênait en rien la malade, et ne lui faisait éprouver aucune douleur. Aussi n'avait-elle consulté aucun chirurgien, et ne prenait-elle aucune précaution pour prévenir les accidents qui devaient se développer plus tard.

Dix jours avant mon arrivée, et sans qu'elle eut fait plus d'efforts que d'habitude, sa tumeur devint douloureuse, et malgré toutes ses tentatives, elle ne put la faire rentrer.

Le premier jour elle n'éprouva que des douleurs assez vives dans la tumeur et dans le ventre, qui devint tuméfié. Le lendemain les douleurs augmentèrent, le ventre se gonfla davantage; il y eut de la soif, quelques envies de vomir et pas de selles.

Le troisième jour la malade eut du hoquet, des vomissements bilieux d'abord, puis de matières stercorales; les symptômes généraux augmentèrent, et tout le quatrième jour furent encore plus intenses.

Le cinquième elle éprouva du soulagement; elle eut des vomissements moins fréquents, le ventre fut un peu moins tendu, et elle eut une selle. La tumeur fut un peu plus douloureuse, et elle remarqua que la peau à son niveau commençait à devenir un peu rouge.

La douleur et cette coloration de la peau au niveau de la tumeur firent des progrès les jours suivants, en même temps que les symptômes généraux s'amendaient; les vomissements cessèrent, les douleurs du ventre diminuèrent; elle eut une selle liquide tous les jours.

Ce fut le dixième jour à dater de celui où les accidents commencèrent, que je fus appelé près de la malade, qui jusque-là n'avait reçu les conseils que de quelques femmes du village. Je recueillis les renseignements que je viens de décrire, et j'observai l'état suivant.

Cette femme avait peu de fièvre, un peu de soif, mais la langue naturelle; le hoquet et les vomissements n'existaient plus depuis deux ou trois jours; les selles avaient repris leur régularité ordinaire; le ventre était médiocrement tendu, un peu météorisé et à peine douloureux.

Dans le pli de l'aine du côté droit, et dans le milieu de l'espace compris entre la symphise pubienne et l'épine iliaque antérieure et supérieure, existait une tumeur de la grosseur d'un œuf: elle est un peu allongée de dehors en dedans, violacée, molle, fluctuante, douloureuse au toucher, et ne présente aucune espèce de battement.

La disparition de tous les accidents qui m'avaient fait croire au début à la présence d'une hernie étranglée, me fit penser que la tumeur était un abcès qui pouvait reconnaître pour origine ou un étranglement avec sphacèle d'une partie d'épiploon, ou la compression d'un ganglion lymphatique. Toutefois j'incisai la tumeur avec les mêmes précautions que si j'avais dû rencontrer une anse intestinale dans son centre. Cette incision donna d'abord écoulement à un pus noirâtre extrêmement fétide, comme l'est celui de tous les abcès qui avoisinent le tube digestif; mais je ne fus pas surpris de voir à la fin s'écouler des matières stercorales liquides par l'ouverture que j'avais pratiquée. J'attendis quelque temps, et cet écoulement fut assez abondant et assez manifeste pour qu'il ne restât pas de doute dans mon esprit sur l'existence d'une communication directe de la plaie avec le canal intestinal. J'appliquai un bandage compressif que j'enlevai le lendemain. Il y avait très-peu de pus sur l'appareil, un ver lombric et un peu de matières stercorales qui sortirent encore accompagnés de quelques gaz pendant que je nettoyais la plaie.

Cette plaie, par un pansement convenable, eut bientôt diminué au point de ne plus présenter qu'un trajet fistuleux par lequel suintaient encore, mais rarement, quelques matières stercorales liquides; peu à peu elles diminuèrent au moyen d'une compression méthodiquement appliquée, et le vingtième jour il ne restait plus de traces de l'affection de cette femme que la cicatrice très-ferme et très-solide de l'incision que j'avais pratiquée. Pendant tout le temps que la cicatrisation a mis à se faire, cette malade n'a éprouvé aucune espèce d'accidents; c'est à peine si les premiers jours elle a eu un léger mouvement fébrile.

Obs. II. — La nommée L..., qui habite un village près de Bénévent (Creuse), me fit appeler à la fin de décembre 1845.

Cette femme, âgée de 40 ans, d'une bonne constitution et habituellement bien portante, me raconta que depuis deux ans elle portait dans l'aine du côté droit une petite tumeur arrondie, molle, qui ne lui occasionnait ni gêne ni douleurs. Cette tumeur disparaissait souvent, surtout lorsque cette femme était couchée; elle restait quelquefois huit jours sans la voir reparaître.

L..., qui se livre aux travaux de la campagne, n'attacha aucune importance à cette apparition; ne prévoyant pas le danger qui pouvait en résulter pour elle, elle ne consulta personne et ne prit aucune précaution pour s'opposer à l'issue de sa tumeur.

Le 17 décembre 1845, sans avoir fait aucun effort violent, elle sentit des douleurs très-vives dans le pli de l'aine droite; elle ne remarqua pas que la tumeur dont le volume égalait à peine le pouce fût plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Le lendemain elle eut des coliques et quelques envies de vomir.

Le 19, les douleurs du ventre augmentèrent, ainsi que les envies de vomir; il y eut même dans la journée quelques vomissements; pas de selles depuis l'apparition des premiers accidents. Ce soir-là elle fit appeler un médecin des environs qui, sans tenir aucun compte des antécédents de cette femme, se borna à lui prescrire un cataplasme sur le ventre et de la tisane d'orge, jugeant son affection comme tellement légère qu'il ne la revit plus

Le 20, tous les accidents augmentèrent; il eut des vomissements fréquens de matières bilieuses d'abord, puis stercorales, le ventre devint tendu et douloureux; il y eut une soif très-vive, et le moindre liquide ingéré dans l'estomac était immédiatement rejeté; dans le pli de l'aine il survint un empâtement douloureux accompagné de frissons et de fièvre.

Le 21 au soir, cette femme eut une selle assez abondante qui soulagea beaucoup la tension et les douleurs abdominales, et à la suite de laquelle les vomissements furent moins fréquents; mais la tumeur inguinale fit des progrès : elle devint un peu rouge et très-douloureuse; la malade y percevait quelques battements.

Les 22, 23 et 24, il y eut une diminution dans les symptômes du ventre et de l'estomac; les vomissements cessèrent presque entièrement; le ventre fut moins tendu et elle eut une selle tous les jours, mais tous les jours aussi elle avait quelques frissons irréguliers, et la tumeur du pli de l'aine augmentait de volume et devenait de plus en plus douloureuse.

Je fus appelé le 25, neuf jours après l'apparition du premier accident. Le médecin qui s'était rendu près d'elle le troisième jour ne l'avait plus revue.

Cette femme me raconta les circonstances que je viens d'énumérer, et me présenta l'état suivant.

Elle avait de la fièvre, la langue un peu sèche avec une soif vive; le matin encore elle avait eu une selle liquide; ses vomissements avaient entièrement cessé depuis plusieurs jours; le ventre, médiocrement tendu, était peu douloureux à la pression.

Dans le pli de l'aine droite existe une énorme tumeur qui a toutes les apparences extérieures d'un énorme phlegmon envahissant la région iliaque correspondante, avec empâtement des parois abdominales s'étendant à la partie

supérieure de la cuisse et allant de l'épine iliaque à la symphise pubienne; le centre est violacé et le pourtour œdémateux avec quelques phlyctènes; il y a une fluctuation qui annonce une grande quantité de pus.

Tenant compte des antécédents de la malade et du siége de la tumeur, je pratiquai, avec toutes les précautions convenables, une large incision qui donna issue à un demi-litre de pus phlegmoneux analogue, par sa coloration et son odeur, à celui de tous les abcès qui avoisinent le tube digestif. Je ne remarquai aucun mélange de matières stercorales; je ne rencontrai rien d'anormal dans le fond du foyer, ni ganglion engorgé ni anse intestinale.

Le lendemain cette femme se trouva beaucoup soulagée; tous les accidents avaient cessé. Cependant au-dessous de l'épine iliaque existait encore un petit foyer purulent qui n'avait aucune communication avec celui que j'avais ouvert la veille; j'en fis l'ouverture, et il en sortit deux ou trois cuillerées de pus phlegmoneux.

Tous les accidents s'amendaient avec une très-grande rapidité; il ne restait plus, le sixième jour, qu'une très-petite ouverture ne donnant issue qu'à un léger suintement puriforme. Ce jour-là, sur le linge que la malade mettait sur la plaie, je remarquai quelques matières noirâtres qui me parurent être des matières stercorales; mais elles étaient en trop petite quantité pour qu'il fût possible d'en acquérir une certitude entière. Du reste, la malade se levait, mangeait un peu, et allait régulièrement tous les jours à la garde-robe; elle n'avait rendu aucun gaz par la plaie. Le lendemain elle sentit remuer sous son appareil, et l'ayant enlevé, elle y trouva deux vers lombrics et quelques matières stercorales qu'elle reconnut.

Deux jours après j'en constatai encore sur son appareil; la plaie ne se cicatrisait plus, elle était remplacée par une petite fongosité de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, et du centre de laquelle se faisait le suintement de matières séreuses et stercorales dont j'ai parlé.

Il ne me fut plus possible de douter de l'existence d'un trajet fistuleux communiquant avec l'intestin, et, pour en obtenir l'oblitération, je me bornai à le cautériser avec un crayon de nitrate d'argent et à exercer une compression méthodique pour l'opposer à l'écoulement des matières stercorales. Dix jours après l'emploi de ce moyen, la plaie était entièrement fermée, et aujourd'hui cette femme jouit d'une santé parfaite.

Ces deux observations, qui, à part la différence dans le volume de la tumeur, ont entre elles tant d'analogies, méritent de fixer l'attention sous plus d'un point de vue.

La première, c'est l'incurie des gens de la campagne, qui la plupart du temps ne se décident à appeler un médecin que lorsque la maladie ne présente plus aucune espèce de ressource. Avant d'en venir là, ce sont les commères du village qui donnent leur avis, puis les espèces de sorciers ou ceux qui *conjurent* telle ou telle affection qui sont consultés; et, enfin lorsque la mort commence à frapper à la porte, on envoie chercher le médecin. Il m'est arrivé plus d'une fois d'entrer après elle, mais assez fréquemment d'être prévenu après le notaire, qui souvent passe le premier; puis le curé, qui ne laisse pas, lui aussi, qu'il vienne avant ou après, de faire ses ordonnances, et quelquefois même de contrôler celles du médecin, comme il y a peu de temps encore j'en ai vu un exemple qui pouvait coûter cher au patient. Si on n'exécuta pas l'ordonnance du curé qui fut faite quelques heures après la mienne, c'est qu'on ne put pas se procurer *trente sangsues* qu'il voulait faire appliquer sur l'estomac d'un homme qui ne pouvait que fort mal s'en trouver, pour ne rien dire de plus.

Avec tant de préjugés, avec une incurie si grande, il n'est pas étonnant que, dans nos campagnes, les affections qui réclament de prompts secours se terminent souvent d'une manière fâcheuse. C'est par suite de cette même manière de faire que les deux femmes dont je viens de rapporter l'histoire ont été exposées à voir se développer chez elles les accidents les plus graves, et s'ils ne sont pas survenus, recherchons quelles en sont les causes et examinons si, malgré leur terminaison heureuse, il n'eût pas été plus rationnel de tenir une conduite différente au lieu de rester ainsi dans une semblable inaction.

On comprend jusqu'à un certain point comment des femmes de la campagne peuvent ignorer les dangers que présente une petite tumeur qu'elles portent dans le pli de l'aine, tumeur qui sort et qui rentre presqu'à volonté sans leur faire éprouver ni gêne ni douleur, et que, dans cette ignorance, elles ne prennent aucune précaution pour la maintenir réduite. Que le premier ou le second jour elles espèrent réduire la tumeur étranglée, cela se comprend encore; mais du moment qu'apparaissent des douleurs intenses dans la tumeur et le ventre, avec des vomissements, si on n'a pas recours aux soins d'un chirurgien, c'est alors qu'on ne comprend plus une semblable incurie.

Dans ce moment il serait temps encore de pratiquer le taxis, et en admettant qu'il ne fût pas possible de réduire la hernie, on l'opérerait et on obvierait aux accidents qui sont si souvent la conséquence de l'étranglement.

Les deux exemples que je viens de rapporter, quoique terminés d'une manière si heureuse, ne peuvent pas être pris pour modèle, et leur issue favorable ne doit pas engager le chirurgien à demeurer dans une fausse sécurité; c'est que dans tous il ne rencontrera pas des conditions analogues.

Il y a bien eu une portion de l'intestin assez fortement serrée par l'anneau pour donner lieu à la mortification de la partie étranglée, mais cette partie ne comprenait pas tout le diamètre du canal intestinal, il n'y avait de pris qu'une petite partie de ses parois qui ne s'est opposée que momentanément au passage des matières stercorales, qui ont repris leur cours habituel le quatrième jour.

Ce passage spontané et malgré l'étranglement n'a dû se faire qu'après la mortification de la partie étranglée. Cette gangrène et, par suite, l'inflammation qui l'avait précédée, facilitant les adhérences de l'intestin non compris dans l'anneau, ont fait cesser les irrégularités de son mouvement péristaltique et favorisé sa dilatation de manière à former l'entonnoir membraneux si bien décrit par Scarpa. C'est par suite de la formation de cet entonnoir, ou de la persistance du diamètre normal du canal intestinal, que la fistule stercorale a été si étroite et a pu être si promptement oblitérée.

Ces conditions et cette terminaison si heureuse n'auraient plus été les mêmes si une anse intestinale avait été resserrée dans sa totalité; les matières stercorales, pour reprendre leur cours habituel, rencontrant un obstacle insurmontable, ou bien auraient donné lieu à des symptômes généraux plus graves, ou bien auraient pu s'épancher dans la cavité péritonéale, ou suivant une route produite par la mortification des parties, auraient pu se faire jour au dehors. La mort devait être le résultat de chacune de ces terminaisons; mais en admettant la plus heureuse, un anus contre nature devait accompagner la dernière : et chacun connaît la conséquence d'une pareille infirmité.

Si, ayant vu plus tôt ces deux malades, je n'avais pu réduire leur hernie au moyen du taxis, je n'aurais pas hésité à pratiquer le débridement de l'anneau. Je l'aurais fait parce que, ne pouvant prévoir l'étendue de l'intestin étranglé, j'aurais craint ou la mort ou la formation d'un anus contre nature; et quand même j'aurais pu, ce qui n'est pas possible, m'assurer d'une manière certaine toute la portion de l'intestin comprise dans l'étranglement, que je n'aurais pas hésité, malgré cette connaissance exacte, à pratiquer l'opération.

Cette terminaison si heureuse ne doit donc pas laisser le chirurgien dans une fausse sécurité et lui faire espérer toujours un résultat analogue, il n'arrivera que dans les cas exceptionnels, et celui qui, trop confiant dans les soins pris ici par la nature, les lui demanderait souvent, aurait souvent aussi à se repentir de sa sécurité et de son inaction.

Cette guérison si prompte, si facile, doit-elle en partie être attribuée à cette facilité si grande que, dans nos campagnes, les plaies ont à se réunir et se cicatriser sans être compliquées d'accidents graves aussi fréquemment que dans les grands centres de population? je l'ignore; mais si ce résultat a été si promptement et si spontanément obtenu, le chirurgien ne devait-il pas en espérer un analogue en pratiquant une opération qui aurait placé les malades dans des conditions bien meilleures et qui ne les aurait pas exposées aux accidents qui pouvaient être, qui ont été et qui sont si souvent la conséquence d'une hernie étranglée?

Pour moi, cette question n'est pas un instant douteuse, et quand bien même je pourrais prévoir un résultat semblable à celui que j'ai obtenu; parce qu'en admettant que là doivent se borner les accidents, une fistule stercorale est toujours grave par elle-même, et son oblitération n'est pas toujours ni aussi prompte, ni aussi facile à obtenir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite.)

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Cas de phthisie traitée par la naphte;* par M. Ch. Benson. 2° *De la fréquence et de quelques-unes des causes de la péricardite, ainsi que de différentes autres inflammations internes;* par M. John Taylor. 3° *Observation de bruit musical dans le cœur, accompagnée de l'autopsie;* par M. Benson. 4° *Cas de hernie fémorale étranglée;* par M. Bellingham. (Le sac avait une épaisseur de près d'un quart de pouce.) 5° *Sur l'emploi des narcotiques et d'autres médications administrées pour produire le sommeil dans le traitement des aliénés.* 6° *Guérison de l'hydrocèle sans opération;* par M. J. Harvey. 7° *Observation d'hémorrhagie spontanée de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l'œil;* par M. H. Taylor.

EMPLOI DU NAPHTHE CONTRE LA PHTHISIE; par M. CHARLES BENSON.

Ce travail contient quatre observations détaillées dans lesquelles le naphthe

a été employé exclusivement contre la phthisie pendant un temps assez long, et l'auteur dit l'avoir, en outre, mis en usage dans une vingtaine de cas, mais combiné avec d'autres moyens. L'effet principal de ce médicament est de diminuer l'expectoration et la dyspnée, peut-être aussi de relever les forces à la manière des cordiaux. Mais l'auteur n'a pas la prétention de guérir la phthisie tuberculeuse, et en cela il fait preuve d'une sagesse dont les *essayeurs* de remèdes contre cette redoutable affection ne lui avaient pas souvent donné l'exemple.

OBSERVATION DE BRUIT DE SOUFFLE MUSICAL DANS LE COEUR; AUTOPSIE; par MM. SARGINT et DE MARIC.

Ce bruit qui existait et dans la systole et dans la diastole, mais surtout dans la première, avait son maximum d'intensité au niveau de la cinquième articulation chondro-sternale gauche. La note variait suivant certaines circonstances; elle était plus élevée quand le sujet se penchait en avant ou était agité : le bruit s'entendait alors, mais faiblement, à l'entour du mamelon. Il devenait aussi plus distinct quand le sujet retenait son haleine; parfois il ressemblait au râle sonore de la bronchite.

Le malade qui offrait d'ailleurs les signes de la phthisie tuberculeuse et de la maladie de Bright, succomba aux progrès de l'anasarque deux mois après son entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie*, on trouva le cœur très-hypertrophié et les valvules aortiques un peu épaissies, en état cependant de fonctionner librement; mais la lésion principale existait aux valvules mitrales dont le bord était fibro-cartilagineux, sans incrustations ni granulations quelconques. Le rétrécissement de l'orifice était toutefois peu prononcé, et, disent les auteurs, « le reflux du sang qui sans doute avait lieu pendant la vie devait être très-modéré. »

Les poumons contenaient des tubercules et les reins étaient granuleux.

Ce fait mérite d'être cité à ce point de vue que le bruit du cœur étant musical et existant pendant la diastole aussi bien que pendant la systole, devait, dans les idées reçues, faire supposer un rétrécissement très-considérable d'un ou de deux orifices, et l'on vient de voir que l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était seul rétréci et encore à un faible degré. Quand on rapproche de ce fait ceux où un rétrécissement très-considérable a donné lieu tout au plus à un léger bruit de souffle, sans timbre musical, on reste de plus en plus convaincu de la nécessité de tenir compte, dans l'appréciation des bruits anormaux du cœur, et de la quantité et de la nature du sang qui traverse cet organe. Dans le cas présent, le sang devait être rendu plus abondant par la dyspnée, et moins dense par la maladie de Bright; c'est du moins ce qu'on peut inférer des données actuelles de la science, et ainsi l'observation qu'on vient de lire devient une de celles qu'on pourrait invoquer à l'appui des idées de M. Beau sur les bruits anormaux du cœur.

SUR L'USAGE DES NARCOTIQUES ET AUTRES REMÈDES PROPRES A PROCURER LE SOMMEIL, DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE (auteur anonyme).

Il s'agit d'une dissertation dans laquelle l'auteur exprime, d'une manière générale et sans pièces à l'appui, l'opinion qu'il a puisée dans sa pratique sur l'emploi des narcotiques dans le traitement de l'aliénation mentale. Suivant lui, l'insomnie n'est pas un symptôme essentiel de la folie, et sa cessation n'est pas nécessairement suivie d'un amendement de la maladie elle-même. Les narcotiques ne conviennent qu'à un petit nombre de cas de folie, et sont tout à fait contre-indiqués dans la première période de la manie aiguë. Au contraire, dans la manie puerpérale et dans le *delirium tremens*, l'opium constitue un des moyens les plus efficaces. En général, les formes chroniques d'aliénation auxquelles les narcotiques conviennent le mieux sont celles qui se rapprochent le plus, par leurs symptômes, du *delirium tremens*. Dans les autres formes, l'insomnie est plus avantageusement combattue par l'exercice en plein air, la fatigue des muscles, la distraction, un bon régime, etc.

GUÉRISON DE L'HYDROCÈLE SANS OPÉRATION; par M. J. HARVEY.

Depuis trente ans, M. Harvey emploie pour le traitement de l'hydrocèle un procédé qui lui permet d'en obtenir la cure radicale sans injection. Voici comment il agit.

Il commence par évacuer le liquide en faisant la ponction avec un trocart; puis, immédiatement après, il applique sur tout le scrotum un large cataplasme au vinaigre, afin d'y exciter l'inflammation. Effectivement celle-ci survient au bout de quelques heures. Lorsqu'elle est parvenue à un degré suffisant, il substitue au premier cataplasme un second fait avec de la mie de pain et du lait. En peu de temps la douleur et l'inflammation se dissipent, et la cure est complète. Il convient d'administrer alors un purgatif un peu énergique.

OBSERVATION D'HÉMORRHAGIE SPONTANÉE DE LA MEMBRANE QUI TAPISSE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE DE L'OEIL; par M. H. TAYLOR.

OBS. — Une femme grande et maigre, âgée de 52 ans, vint en novembre 1840 consulter M. Taylor pour la perte de la vue du côté droit. L'iris était d'un gris vert; la pupille un peu dilatée, irrégulière et immobile; ses bords offraient des franges. Une cataracte bien formée existait de ce côté, et la malade ne pouvait de cet œil distinguer le jour d'avec la nuit. A gauche, l'iris avait une teinte grise, la pupille plus large d'un tiers, régulière, immobile, d'aspect glaucomateux; la vision était un peu conservée de ce côté. Santé générale bonne. La vue avait commencé à baisser depuis dix-neuf ans; on l'avait guérie une première fois à l'aide de saignées et de vésicatoires; mais il y a trois ans, la cécité s'était reproduite à la suite d'une fièvre typhoïde. Elle voyait des spectres, des objets brillants, mais n'avait, d'ailleurs, jamais ressenti aucune souffrance. — D'après la marche du mal, ses symptômes, la nature des moyens qui l'avaient soulagé une première fois, M. Taylor pensa qu'il y avait une altération de la rétine et probablement aussi du corps vitré.

Dix-huit mois après, en avril 1842, l'œil droit devint le siége d'une affection singulière : une sécrétion sanguine commença à s'exhaler de la surface interne de la membrane qui tapisse la chambre antérieure; elle parut d'abord à la partie inférieure de cet espace, sous la forme de petites taches de couleur cramoisie, irrégulièrement répandues sur la partie de la membrane qui recouvre la face interne de la cornée. Par le dépôt successif de ces taches, la présence du sang en nature devint évidente au fond de la chambre antérieure, et l'aspect tacheté remonta à un niveau plus élevé sur la membrane. Les deux phénomènes marchèrent ainsi parallèlement, le dépôt sanguin augmentant, et l'apparence tachetée de la membrane montant toujours, et marquant enfin sa limite supérieure par une ligne presque exactement horizontale. La sécrétion paraissait provenir de toute la largeur de la face interne de la cornée. Dans l'espace de six semaines ou deux mois, la chambre antérieure fut remplie de sang jusqu'au-dessus du niveau habituel du bord supérieur de la pupille. Cette sécrétion s'accompagna d'un certain degré de vascularisation à l'extérieur; une zone irrégulière se forma autour de la cornée. Il y avait de temps en temps des douleurs ou des élancements, avec photophobie et larmoiement. Lorsque la chambre antérieure fut remplie au point indiqué, la sécrétion cessa, le sang épanché commença à s'absorber en partie, et il ne resta qu'une masse d'un blanc jaunâtre, paraissant être de la fibrine et remplissant environ la moitié de la chambre. La malade souffrant une irritation continuelle par suite de sa présence, M. Taylor résolut de l'évacuer et d'extraire en même temps le cristallin cataracté. Ce plan fut exécuté : la cataracte sortit assez facilement, et avec elle une partie du sang coagulé. Le cristallin était d'un jaune d'ambre, à demi-opaque et d'un volume considérable. La malade, depuis lors, a continué à être débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait dans cet œil, mais elle ne peut pas plus s'en servir pour distinguer les objets qu'avant l'opération. Du côté gauche la vue a décliné, mais on n'y distingue point encore d'opacité.

Le sang, ajoute M. Taylor, s'extravase souvent dans les chambres de l'œil à la suite de contusions ou de quelque autre violence traumatique; mais ce cas diffère par la cause toute spontanée, par la marche lente et graduelle de l'épanchement. On ne pouvait découvrir chez cette malade aucun vaisseau sanguin à la surface interne de la cornée, de sorte que le sang paraissait être une exhalation fournie par la cornée elle-même. L'auteur pense (mais ce n'est pour lui qu'une simple conjecture) que la cause de cette exhalation dépend de l'irritation produite sur l'iris et les procès ciliaires par la présence d'un cristallin volumineux. On aurait pu croire que c'était là une hémorrhagie substitutive du flux menstruel; mais M. Taylor dit s'être assuré positivement que cette supposition n'était point fondée.

— M. Jacob, en rapportant ce cas, fait observer que M. Taylor ne paraît point avoir soupçonné la possibilité de rapporter cet épanchement sanguin à une inflammation de l'iris. Cette remarque nous semble juste; nous avons en effet reconnu, parmi les signes objectifs mentionnés dans l'histoire de la maladie, plusieurs des symptômes qui appartiennent à l'iritis, et si l'on considère la coloration particulière, l'irrégularité et les adhérences que cette membrane présentait depuis dix-huit mois, on devra convenir qu'elle se trouvait dans les conditions les plus propres à être frappée d'inflammation. Pour ces motifs, nous serions très-porté à partager l'opinion de M. Jacob relativement au diagnostic de l'altération qui existait chez cette malade.

III. THE LANCET.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Cas d'ulcération chronique du duodénum, suivie de perforation*; par M. John Little. 2° *Nouvel instrument pour remédier au vice de prononciation qui résulte de la fissure congéniale du voile du palais*; par M. Stearus. 3° *Cas de priapisme continu*; par M. Tripe. 4° *Cas d'hydrocéphale aigu traité avec succès*; par M. Butler. 5° *Hémorrhagie mortelle par l'estomac et les intestins; infiltration purulente du poumon droit*; par M. W. Smith. 6° *Sur le traitement de la gangrène sénile*; par M. S. Taylor. 7° *De l'empoisonnement par l'huile d'amandes amères*; par M. Letheby. 8° *Fièvre avec abcès de la*

rale; par M. Chiapini. 9° *Sur quelques phénomènes inaccoutumés observés durant une attaque d'épilepsie*; par M. W. Tripe. 10° *Cas de hernie étranglée ayant nécessité l'opération*; par M. Bottomby. (Pratiquée sur une femme enceinte de trois mois, l'opération n'empêcha pas la grossesse de suivre son cours naturel.) 11° *Cas de pulsation obscure anormale dans l'abdomen, traitée avec succès par les toniques*; par M. Wolff. 12° *Cas d'hymen imperforé*; par M. Vawdrey. (Chez une jeune personne de 17 ans, le sang menstruel s'était accumulé derrière un hymen imperforé; l'incision lui donna issue. Une péritonite survint le huitième jour, et fut heureusement traitée par les sangsues, l'opium et le calomel donné jusqu'à salivation.) 13° *Grossesse survenant malgré l'occlusion en apparence complète du vagin*; par M. Carter. 14° *Tumeur périostique, provenant d'une racine de dent laissée dans la mâchoire*; par M. Vanderfaut. 15° *Sur l'emploi de l'acide nitrique dans les maladies qui dépendent d'une altération des vaisseaux sanguins*; par M. Wilkinson. 16° *Sur l'ulcération du col utérin qui suit l'extirpation des polypes*; par M. Henry Bennett. 17° *Cas de gangrène spontanée du pied; opération, guérison*; par M. Bottomby. 18° *Cas de purpura hæmorrhagica guéri par l'acétate de plomb*; par M. Hogg. 19° *Mort par suite de la présence d'un corps étranger dans les bronches*; par M. Sheppard. 20° *Observations de maladie du cœur et de l'aorte*; par M. Turnbull. 21° *De l'emploi médicinal du bicarbonate de chaux dissous dans un excès d'acide carbonique, pour quelques cas d'indigestion*; par M. Basham. 22° *Description d'un instrument propre à faciliter l'audition des sons*; par M. Fr. Roberts. 23° *De la périodicité des névroses*; par M. Pidduck. 24° *Examen microscopique et chimique du sang menstruel qui a été retenu quelque temps dans le vagin*; par M. Letheby. 25° *De l'emploi du seigle ergoté dans le purpura hæmorrhagica et dans quelques autres maladies*; par M. Ross. 26° *Nouvelle aiguille pour lier les hémorrhoïdes*; par M. Childs. (La courbure très-prononcée de l'extrémité de l'aiguille permet de circonscrire exactement la tumeur et de porter le fil jusqu'à son pédicule.) 27° *Coup sur l'abdomen regardé comme cause de la mort*; par M. Newton. 28° *De l'influence des professions sur la santé*; par M. W. Guy. 29° *Opération à lambeau pour l'ablation des tumeurs*; par M. Chippendale. (L'auteur conseille de commencer l'extirpation des tumeurs en plongeant profondément entre leur racine et les parties profondes un couteau avec lequel on taille ensuite un lambeau dans lequel la tumeur se trouve comprise. Après ce premier temps, au lieu de détacher la tumeur des parties profondes, on n'a plus qu'à l'isoler de la peau. Nous reprocherons à ce procédé qu'il expose à laisser en place une partie de la tumeur qu'il aurait fallu enlever. La base ou portion adhérente des tumeurs demande à être toujours explorée soigneusement, tandis qu'avec le mode opératoire de M. Chippendale, on la divise à l'aveuglette.) 30° *Du traitement de la névralgie par l'iode*; par M. Clarke. 31° *Hernie étranglée; opération; anus contre nature*; par M. Dalby. 32° *Hernie étranglée réduite en masse, avec remarques*; par M. Wade. (L'opération et le débridement furent faits, et le malade guérit.) 33° *Du pouvoir, de la nature et des dangers des superstitions populaires relativement à la médecine*; par M. Flood. 34° *Empoisonnement par l'acide oxalique*; par M. Ogilvy. 35° *Cas de tumeur fongueuse à la base du cervelet; amaurose*; par M. Taylor. 36° *Sur la mémoire; importance et influence qu'elle a comme principe d'action dans les animaux*; par M. Kelso. 37° *Remarques sur la fissure congéniale du voile du palais, avec quelques considérations sur la prononciation et sur les obstacles qui empêchent la formation de la parole*; par M. Stearus. 38° *Des ulcères, de leur cause et de leur formation*; par M. Cutler. 39° *Maladie du foie et ascite, traitées par la paracentèse*; par M. George Todd. 40° *Sur la crépitation après la pleurésie*; par M. Chambers. 41° *Cas de tumeur hydatique dans l'abdomen et le bassin*; par M. Morley. (Chez un homme de 38 ans, un vaste kyste hydatique fut vidé par une incision faite le long de la ligne blanche; il en sortit une multitude d'hydatides variant pour le volume depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un œuf de poule.) 42° *Intussusception traitée heureusement au moyen de l'injection d'eau tiède par le rectum*; par M. Henderson. (A l'extrémité d'un tube d'étain introduit dans le rectum, on adapta la canule d'une seringue, et à l'autre bout de la seringue un entonnoir par lequel on versa le liquide. Le tube, la seringue et l'entonnoir ayant en tout une longueur de 37 pouces 1/2, la pression exercée sur l'intestin équivalait donc à celle représentée par une colonne d'eau de cette hauteur. L'opérateur y ajouta encore une force notable en soufflant ensuite de toute sa puissance dans la seringue. Le malade sentit à ce moment un gargouillement, et en même temps le liquide descendit un peu dans le tube. Après deux injections faites de cette manière, il y eut des selles, et le malade, auquel on avait donné sans succès pendant deux jours et demi du sulfate de magnésie, de l'huile de croton-tiglium, de la scammonée, du calomel, des lavements divers, fut guéri.) 43° *Sur l'empoisonnement par l'acide oxalique*; par M. O'Shea. 44° *Empoisonnement par l'acide cyanhydrique*; par M. Bishop. 45° *Luxation compliquée du pouce*; par M. Richardson. (Un homme eut la seconde phalange du pouce luxée par une pièce pesante de bois qui tomba sur cette partie. La tête de l'os sortait à travers une plaie des téguments; et, comme un rameau du médian se trouvait contourné autour d'elle de manière à n'en pouvoir être dégagé, on dut se décider à reséquer la tête osseuse. On effectua après cela très-aisément la réduction. La plaie, rapprochée au moyen des agglutinatifs, guérit par première intention.) 46° *Cas d'antéversion de l'utérus pendant la grossesse*; par M. Butler-Lane. 47° *Insertion du placenta au col, traitée par la méthode du professeur Simpson*. (On fit l'extraction du placenta; puis, après l'avoir tiré, on hâta la sortie du fœtus en administrant le seigle ergoté.)

NOUVEL INSTRUMENT POUR REMÉDIER AU VICE DE PRONONCIATION QUI RÉSULTE DE LA FISSURE CONGÉNIALE DU VOILE DU PALAIS; par M. STEARUS.

L'opération de la staphylorraphie n'est praticable qu'à un certain âge; plusieurs individus ne consentent point à s'y soumettre; enfin elle ne réussit pas toujours. Pour ces différents motifs, il n'était donc pas inutile de chercher à imaginer un mécanisme capable de suppléer au défaut d'une partie du voile palatin. Voici celui que M. Stearus a inventé, et qu'il a appliqué avec un plein succès chez une personne qui avait deux fois subi inutilement la staphylorraphie.

On commence par fixer contre la voûte palatine une plaque d'or selon le procédé qu'emploient les dentistes. Au bord supérieur et postérieur de cette plaque est fixé un ressort plat en spirale qui, par la délicate et permanente élasticité propre à ce genre de corps, reçoit et partage les plus légères vibrations qui lui sont transmises en avant ou en arrière. A l'extrémité postérieure de ce ressort est fixé un voile palatin artificiel, flexible. Cette partie de l'instrument est en caoutchouc; on peut y distinguer pour sa description un corps et deux ailes latérales. Le corps a les dimensions et la figure de la partie du voile qui manque; elle se compose de trois pièces mobiles, se recouvrant l'une l'autre et imbriquées de manière à ce que chacune d'elles dépasse un peu latéralement la suivante. Les ailes représentent, par leur bord externe, une gouttière profonde dont les deux lèvres emboîtent les côtés de la fissure congéniale. Grâce à cette construction, le voile artificiel est parfaitement fixé, tout en restant mobile de manière à suivre, dans la prononciation, la mastication, la déglutition, etc., tous les mouvements que les muscles de cette région impriment aux deux bords de la fissure congéniale. La disposition du corps de l'instrument en trois lames parallèles, selon le sens vertical, fait que lors des mouvements où ces deux bords de la fissure tendent à se rapprocher, les lames glissent l'une sur l'autre et se prêtent à ce rapprochement. Ainsi se trouvent possibles, d'une part, l'occlusion de l'arrière-bouche, de l'autre le renversement du voile du palais, soit en avant, soit en arrière.

Le rédacteur de la LANCETTE a vu cet instrument en place sur une personne dont le voile palatin offrait une scissure fort étendue, et il affirme que la prononciation, très-défectueuse lorsqu'on ne mettait pas le palais artificiel, devenait avec ce secours tellement naturelle qu'on aurait à peine présumé alors l'existence de l'infirmité congéniale.

HÉMORRHAGIE FUNESTE PAR L'ESTOMAC ET LES INTESTINS; par M. WILLIAM SMITH.

Cette observation a pour sujet un homme âgé de 40 ans, de constitution bilieuse, d'habitudes intempérantes, et qui, à la suite de nouveaux écarts de régime, rendit le sang par la bouche et l'anus. La mort eut lieu en cinq jours. L'intérêt de ce fait réside surtout dans l'énorme congestion de tout le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum; dans toute cette étendue, la muqueuse offrait une couleur noirâtre presque uniforme.

Une autre circonstance digne d'être notée, et que les symptômes observés pendant la vie n'avaient pas fait prévoir, c'est que le poumon droit fut trouvé infiltré de pus de la base au sommet. Ce fait prouve, suivant l'auteur, ou que la suppuration du poumon peut se faire sans inflammation préalable, ou que l'inflammation du poumon n'est pas toujours empêchée par une énorme déplétion sanguine. Resterait peut-être une troisième interprétation à présenter, c'est que la pneumonie serait antérieure à l'hémorrhagie, et qu'à l'apparition de cette dernière, le parenchyme pulmonaire était déjà en suppuration. L'étendue et le degré de l'infiltration purulente, rapprochés de la courte durée de l'affection intestinale, autorisent cette supposition.

SUR LE TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE SÉNILE; par M. S. TAYLOR.

La principale indication à remplir, pour ramener la vie dans les extrémi-

tés menacées de mortification, est d'y entretenir une chaleur suffisante. Les remèdes administrés à l'intérieur peuvent utilement concourir à ce but; mais le moyen le plus sûr et le plus facile de l'atteindre consiste évidemment à envelopper la partie malade de corps peu conducteurs du calorique. Cette simple précaution, formellement recommandée par B. Brodie et S. Cooper, est trop souvent négligée. M. Taylor a eu l'occasion d'en constater les bons effets, d'une manière extrêmement marquée, chez un de ses malades.

Obs. — Il s'agissait d'un vieillard de 74 ans, robuste et plein d'activité, qui avait depuis quatre ou cinq jours le premier et le second orteil rouges; il y éprouvait comme une sensation de brûlure; cependant au toucher M. Taylor les trouva glacés. Le pouls était imperceptible dans les tibiales et peu sensible dans la poplitée de ce côté. Il lui prescrivit de se tenir au lit, le membre enveloppé de flanelle, et ordonna une pilule avec 5 centigr. de calomel et 2 centigr. 1/2 d'opium à prendre chaque soir.

Le malade revint trois jours après, n'ayant rien fait de ce qui avait été prescrit. La rougeur et le froid des orteils étaient plus prononcés; la rougeur et l'inflammation voisines remontaient jusqu'au cou-de-pied. M. Taylor fit de nouvelles instances pour le décider à garder le lit, et ajouta à l'ordonnance ci-dessus 5 centigr. d'opium et 10 gouttes de teinture d'opium.

Trois jours après, ces conseils ayant été suivis, le gros orteil avait repris son aspect presque normal, la teinte livide ne persistant que sur la dernière phalange du second. La chaleur était revenue.

M. Taylor ne revit ce malade qu'au bout de quinze jours; il avait, depuis la dernière visite, suspendu tout traitement. Les deux dernières phalanges du second orteil étaient entièrement noires, couvertes de phlyctènes et privées de sentiment. Il était agité, irritable, sortait de son lit la nuit et marchait d'une façon irrégulière. (Repos au lit, carbonate d'ammoniaque et teinture de colombo avec 50 gouttes de laudanum de six heures en six heures; 5 centigr. d'opium tous les soirs; le membre bien enveloppé de flanelle.)

Au bout de cinq jours, cette prescription ayant été ponctuellement exécutée, la gangrène s'était arrêtée; la troisième phalange seule parut décidément mortifiée. L'élimination dès lors s'établit, l'os tomba, et la guérison fut définitive.

Les alternatives du mal coïncidant avec l'omission et la reprise du traitement, prouvent clairement la réalité de l'influence qu'il a exercée. On pourrait, il est vrai, attribuer à l'opium, autant qu'à la calorification provoquée, une partie de ces bons effets; mais M. Taylor, qui l'avoue lui-même, ajoute que d'après ce qu'il a observé en général de l'action des opiacés dans la gangrène sénile, cette explication lui semblerait peu probable.

EMPLOI DE L'ACIDE NITRIQUE DANS LES MALADIES DÉPENDANT D'UN ÉTAT MORBIDE DES VAISSEAUX SANGUINS; par M. Wilkinson.

L'idée d'employer l'acide nitrique à l'intérieur dans les maladies des vaisseaux est venue à l'auteur en observant les effets de cet acide sur les tissus externes. Un peu étendu d'eau et appliqué le long d'une veine variqueuse, il pénètre la peau et amène en trois ou quatre heures la coarctation du vaisseau, la cessation, ou, tout au moins, la diminution de la phlogose et de la douleur. Dans les cas d'ulcère variqueux, une solution de nitrate d'argent ou d'acide nitrique rétrécit les veines environnantes, ramène les plaies à de meilleures conditions, et finit souvent par amener la guérison complète. Si donc, dans les cas où les vaisseaux sont *débilités et malades* (*sic*), on introduisait dans la circulation une quantité d'acide nitrique assez grande pour exercer une action sensible sur les dernières ramifications artérielles et veineuses, peut-être obtiendrait-on des effets analogues à ceux dont il vient d'être question.

L'auteur fait connaître quatre applications de cette idée théorique. Rien de plus dissemblable que les quatre cas choisis pour cet essai. Dans l'un, il s'agit d'une ascite avec maladie du foie; dans l'autre, d'une tumeur fongueuse de la gorge descendant dans le pharynx, et enlevée avant l'usage interne de l'acide nitrique; dans le troisième, d'une ulcération de l'une des ailes du nez (la base fut enlevée avec le bistouri, et la plaie touchée avec l'acide nitrique; on se contente de dire que le malade prit aussi de l'acide nitrique à l'intérieur); dans le quatrième cas enfin, d'une petite tumeur noirâtre de la paupière. (Même réflexion que pour le cas précédent.)

On ne peut se dissimuler combien il y aurait encore à faire pour établir la justesse des vues qui ont guidé l'auteur dans l'adoption de ce mode de traitement, et même l'efficacité du moyen thérapeutique. Quel rôle a joué la *maladie des vaisseaux*, sur laquelle on ne s'explique pas, dans la production des tumeurs ou de l'ascite? quel rôle, l'acide nitrique, dans la cure de ces affections? Voilà ce qu'il serait téméraire de décider avec les seuls faits que nous avons sous les yeux. Rien n'autorise à affirmer, par exemple, que les plaies résultant de l'ablation des tumeurs n'auraient pas guéri sans l'emploi de l'acide nitrique à l'intérieur.

SUR L'ULCÉRATION DU COL QUI SUIT L'EXTIRPATION DES POLYPES UTÉRINS; par M. Benett.

Dans un cas où le polype avait des adhérences étendues avec le col utérin, M. Benett trouva, après la chute de la masse morbide opérée par ligature, une ulcération sur le côté où existait l'adhérence. Comme elle paraissait entièrement due à la division des tissus qui établissaient auparavant cette connexion, M. Benett, pensant qu'une ulcération en quelque sorte traumatique guérirait spontanément, l'abandonna à elle-même; mais au bout de dix jours, il reconnut qu'elle avait plutôt gagné que diminué de largeur, qu'elle suppurait abondamment, et que le col était le siége d'une congestion prononcée. Il cautérisa alors la surface avec la pierre infernale, ordonna le repos et des injections au sulfate de zinc. La malade guérit promptement.

Plus récemment, ayant eu chez une autre femme à lier un polype qui, cette fois, n'avait aucune adhérence avec la surface utérine, il examina les parties une semaine après l'opération, et fut fort étonné de découvrir une ulcération occupant les deux lèvres du col. Il prescrivit le traitement ordinaire; mais la malade dut quitter la ville avant son entier rétablissement.

De ces deux faits, M. Benett conclut à la possibilité de l'existence d'ulcérations dans des cas de polypes où rien ne pouvait la faire soupçonner. On conçoit que dans des circonstances pareilles à celles-ci, leurs symptômes continuant ceux qui tenaient à la présence du polype, fatiguent les malades et inquiètent le médecin qui, s'il n'était prévenu, ne saurait à quoi attribuer la persistance d'accidents qu'il croyait, en opérant, avoir coupés dans leur racine. De là le précepte de toujours appliquer le spéculum, quelques jours après la chute du polype, pour peu que des phénomènes anormaux en fassent présumer la nécessité.

EXAMEN MICROSCOPIQUE ET CHIMIQUE D'UN LIQUIDE MENSTRUEL QUI AVAIT ÉTÉ RETENU PENDANT QUELQUE TEMPS DANS LE VAGIN; par M. Letheby.

La rétention du sang menstruel était due, dans le cas dont il s'agit, à la persistance de la membrane *hymen*. Cette membrane incisée donna passage à environ *quarante onces* d'un fluide épais et d'un rouge noirâtre qui fut soumis à l'examen microscopique et chimique.

Le microscope laissa voir des globules de sang altérés de mille manières dans leur forme et dans leur volume. Une planche explicative représente ces diverses altérations. L'analyse chimique a donné les résultats suivants :

Eau	857,4
Albumine	69,4
Globuline	49,1
Hématosine	2,9
Sels	8,0
Corps gras	5,3
Matière extractive	6,7

Cette composition diffère principalement de celle du sang normal, en ce qu'elle offre une moins grande proportion de composés solides. C'est du moins ce qui ressort des analyses faites par MM. Simon, Denis, Vogel et autres.

DES ULCÈRES, DE LEUR CAUSE ET DE LEUR FORMATION; par M. Cutler.

Dans cette courte note, l'auteur appelle surtout l'attention sur les causes générales qui entretiennent habituellement les ulcères. Partant de ce fait que les ulcères sont moins communs et se guérissent beaucoup plus aisément dans la classe riche que parmi les pauvres, il conclut que la misère, le travail, une nourriture insuffisante, sont les causes les plus ordinaires du développement de ces érosions chroniques. La plupart des pauvres artisans, dit-il, n'éprouvent aucune maladie et remplissent bien toutes leurs fonctions; on ne peut cependant pas prétendre qu'ils jouissent d'une parfaite santé : quand les choses nécessaires à l'existence manquent, le corps ne peut soutenir de longs travaux. L'homme et les animaux succombent bientôt si, en faisant un exercice actif, ils n'ont qu'une alimentation médiocre en qualité et en quantité. Par l'effet de la manière dont l'indigent vit, ses solides deviennent relâchés, faibles et incapables de supporter la fatigue; ses fluides s'altèrent, sont impropres à la nutrition. De là viennent la disposition à être attaqué d'ulcères et la persistance de ceux-ci, malgré tous les moyens médicateurs, tant que le malade demeure au sein des mêmes conditions hygiéniques. Tout chirurgien d'hôpital sait qu'un sujet affecté d'ulcères les voit cicatriser en peu de temps lorsqu'on l'arrache aux circonstances débilitantes de son existence habituelle; mais si on le renvoie de l'hôpital avant l'entière guérison, le travail d'érosion recommence aussitôt qu'il est rentré dans son milieu primitif.

Avec ces données, la formation des ulcères est très-facile à comprendre.

On sait qu'ils se déclarent le plus souvent à la suite d'une excoriation accidentelle ou d'une contusion insignifiante. Chez un homme de constitution saine, un semblable accident serait suivi de l'épanchement de lymphe plastique rapidement organisable, et la cicatrisation ne tarderait pas à s'opérer. Mais lorsque le sang est vicié, il ne se sécrète qu'un fluide purulent, sanieux, impropre à fournir à la formation de capillaires sanguins. Les parties voisines de cette solution de continuité sont à leur tour frappées de langueur dans leurs propriétés vitales, et elles sont éliminées ou peu à peu par absorption, ou en masse, sous forme d'escarre.

Les remarques qui précèdent ont été suggérées à l'auteur par le dépouillement de 100 cas d'ulcères observés par lui dans la basse classe, sur 40 hommes et 60 femmes, Parmi ces 100 ulcères, il y en avait :

22 de bonne nature.
10 compliqués de faiblesse.
26 indolents.
7 gangréneux.
22 variqueux.
3 substitutifs d'une autre fluxion.
10 spécifiques.

A l'exception de 6 qui étaient plus anciens, tous dataient d'une époque comprise entre trois semaines et quatre ou six mois. Ils reconnaissaient la plupart pour cause une violence locale. Les individus qui en étaient porteurs vivaient presque tous d'une manière misérable.

CAS D'ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE ; par M. ROBERT LANE.

L'observation dont le titre précède constitue un exemple très-rare dans les annales de la science. L'antéversion, si commune quand l'utérus est à l'état de vacuité, devient beaucoup plus difficile lorsque ce viscère contient le fœtus, même dans les premiers temps de sa formation ; et Boyer a pu justement dire que « l'on ne trouve dans les auteurs presque aucun fait bien détaillé d'antéversion de la matrice survenue dans les premiers mois de la grossesse. » Les cas de rétroversion, au contraire, ne manquent pas et ont été bien étudiés dans leurs causes et leur traitement. C'est donc une exception, mais une exception parfaitement bien constatée, dont nous allons reproduire ici les principaux détails, d'après l'auteur anglais.

OBS. — Madame R., âgée de 34 ans, sujette aux hémorrhoïdes, avait déjà eu quatre enfans, et elle était arrivée à un mois et demi de sa cinquième grossesse lorsqu'elle fit, dans son escalier, une chute où le poids du corps porta sur le dos. N'en ayant d'abord ressenti que peu d'incommodité, elle s'aperçut bientôt après de plusieurs tuméfactions molles dans la partie antérieure du vagin, accompagnées de douleur et de cuisson, ainsi que de ténesme et de dysurie, l'émission de l'urine se faisant fréquemment et en petite quantité. Grâce au repos, ces symptômes restèrent sans augmenter jusqu'au troisième mois et demi de la grossesse. A cette époque, la tumeur du vagin augmenta sans cause connue. M. Lane, appelé à ce moment, la trouva en proie à des douleurs revenant à intervalles courts et irréguliers. Elle sentait son vagin comme rempli par une tumeur située au devant du passage. En l'examinant pendant une douleur, M. Lane trouva quelque irrégularité et une protrusion de la surface postérieure du vagin ; mais il ne put parvenir à toucher le col. Constipation, douleur et difficulté en urinant. — Le soir, il la sonda ; mais il éprouva de la peine à introduire le cathéter, et il lui fallut employer un instrument d'une plus grande courbure qu'à l'ordinaire. En explorant soigneusement, il reconnut que la paroi supérieure du vagin offrait une surface irrégulière comme noueuse, à travers laquelle il sentit une tumeur de volume considérable qui semblait presser et empiéter (chevaucher) sur le centre du vagin. Il ne produisait aucun changement sur cette tumeur, soit en appuyant même fortement sur elle, soit en tirant sur la partie postérieure du vagin ; elle paraissait fixe et immobile dans sa situation. Il ne put, pas plus que la première fois, toucher le col.

D'après ces symptômes, M. Lane diagnostiqua une antéversion ; mais pensant que l'intervention de l'art ne pouvait pas avoir grand avantage, il se borna à prescrire le repos et quelques préparations opiacées.

Le jour suivant, au matin, les mêmes accidents persistaient ; un purgatif amena trois selles, mais il fallut évacuer l'urine avec la sonde, qui fut introduite avec plus de difficulté que jamais. M. Lane essaya alors la réduction en exerçant une pression considérable de bas en haut sur la tumeur vaginale, c'est-à-dire sur le fond de l'utérus, en tirant simultanément sur la partie postérieure du vagin avec l'indicateur et le médius gauche portés aussi haut que possible ; mais cette manœuvre n'amena aucun changement sensible dans la position de l'utérus. La malade paraissant disposée à s'endormir, il la quitta dans cet état.

En la visitant le lendemain matin, il fut agréablement surpris de trouver un soulagement complet, sans avoir ressenti aucun changement physique dans la situation des parties ; elle était, depuis la dernière visite, exempte de souffrances, et urinait librement. M. Lane ne trouva le temps de l'examiner que le jour suivant : il constata que l'utérus, dégagé de sa position anormale, était remonté dans le bassin et entièrement mobile. Il existait cependant encore une obliquité antérieure prononcée ; mais le col, quoique tourné en arrière et en haut, pouvait être atteint par le doigt. (Repos, application d'un bandage sur l'abdomen, laxatifs.)

Le jour suivant, elle trouvait elle-même son état entièrement différent. Elle urinait et allait du ventre avec la plus grande facilité.

Deux jours après, la malade ayant commis l'imprudence de descendre l'escalier, la constipation et la difficulté d'uriner recommencèrent, et les hémorrhoïdes devinrent plus douloureuses ; mais le repos au lit dissipa ces symptômes.

La santé redevint parfaite, et le 16 avril (commencement du huitième mois de sa grossesse, selon son calcul) elle mit au monde un enfant mort, qui semblait avoir cessé de vivre depuis quelques jours ; il était volumineux et paraissait avoir plus de huit mois.

Nous devons ajouter à l'histoire de la maladie que cette femme avait le bassin un peu large. Elle avait eu, il y a dix ans, d'un premier mariage, un enfant qui est actuellement vivant. De son second mariage, elle avait eu un second enfant, aussi vivant, et deux autres qui étaient nés morts avant terme.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 AVRIL.

DE LA NATURE DES FIÈVRES INTERMITTENTES DES MARAIS.

M. DURAND (de Lunel) adresse un mémoire dans lequel il expose une théorie de l'essence des fièvres intermittentes des marais. Ce travail fait suite au mémoire que le même auteur a lu dernièrement à l'Académie de médecine sur la théorie de l'intermittence de ces fièvres.

Il voit, pendant leur règne, trois modificateurs intéressant profondément et de longue main l'organisme humain : les *émanations putrides végéto-animales*, l'*humidité* et la *chaleur :* tous trois tendent au même but ; il les examine tour à tour.

1° *Émanations putrides.* On sait, depuis Pringle, que si la putréfaction animale donne presque dès son début la réaction alcaline (ammoniacale), la putréfaction végéto-animale fournit pendant fort longtemps des produits acides pour ne donner que très-tard la réaction alcaline. Aussi, quant aux émanations, MM. les docteurs Meirieu (de Saint-Gilles) ont trouvé en 1828 les caractères acides à de la rosée marécageuse fraîchement condensée (1) ; au lieu que Vauquelin avait, comme on le sait, trouvé le caractère ammoniacal à de la rosée recueillie depuis *six* mois.

S'il en est ainsi, de la matière putride végéto-animale étant absorbée agit nécessairement sur le système sanguin d'après l'influence générale des acides qui, on le sait, est *sédative ;* de plus, toutes les fois que des produits acides se dégagent d'une décomposition, ils emportent de l'électricité négative (M. Pouillet, M. Becquerel) ; or le sang est électro-positif, d'après les expériences de Bellingeri, Vassali-Eandi et Matteucci, et d'après les démonstrations publiées il y a un an par M. Durand. Le miasme végéto-animal déprime donc profondément l'impression sanguine, ce qui, du reste, par loi de balancement, augmente l'excitabilité nerveuse cérébro-spinale.

Ces considérations conduisent l'auteur à définir le miasme ; il serait constitué par *l'ensemble des produits pondérables* ou *impondérables de putréfaction nuisibles à l'économie.*

La rate doit être profondément influencée par l'agent en question. S'il est vrai, en effet, d'après le système de M. Durand, qu'elle devienne un foyer d'élaboration miasmatique, le miasme sédatif la rendra moins impressionnable, moins réagissante encore qu'elle n'est ; de là ses *engorgements* passifs pendant les fièvres intermittentes.

2° *Humidité.* L'air humide est aussi un agent de sédation sanguine, car il donne au sang beaucoup d'eau et peu d'oxygène.

3° *Chaleur.* La chaleur produit un effet analogue, en donnant au poumon un air trop dilaté ; de plus, elle est, par son impression périphérique, un stimulant direct de l'appareil nerveux de la vie animale.

De cette triple action, dit M. Durand, on peut facilement déduire que l'accès de fièvre résulte : 1° d'*une sédation profonde de l'appareil nerveux de la vie organique*, ce qu'indique bien le refroidissement violent de la première période ; 2° d'*une excitation de l'appareil nerveux de la vie animale*, ce qu'indique bien la vive réaction, souvent accompagnée de phénomènes cérébraux graves, qui forme la seconde période de l'accès.

L'auteur termine en opposant ces modifications essentielles de l'économie à celles qui doivent être les effets, ici, d'une putréfaction animale ou à produits ammoniacaux, laquelle est excitante et peut se propager aux fluides et aux tissus animaux, là, du froid sec qui, sédatif périphérique, est un excitant interne.

Pour le premier cas, on pressent, dit-il, une opposition radicale entre la *fièvre intermittente paludéenne* et la *fièvre continue typhoïde ;* pour le second, une opposition radicale entre la *fièvre intermittente simple* ou *paludéenne* et la *fièvre continue inflammatoire* y compris la tendance à l'*inflammation.*

HYDROPHOBIE.

M. GUYON adresse une note sur les derniers cas d'hydrophobie observés en Algérie. Depuis 1842, époque à laquelle il signala à l'Académie les cas d'hydro-

(1) INFLUENCE DES MIASMES MARÉCAGEUX SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE. Montpellier, 29 août 1839. Thèse inaugurale de M. Meirieu fils.

phobie observés depuis la possession, de nouveaux cas s'y sont présentés. On en compta jusqu'à 5 en 1844, dans la province de Constantine. Le mois de janvier de cette année en a offert un nouveau sur la personne d'un vétérinaire de la province d'Oran. La maladie se déclara spontanément, et sa durée ne fut que de deux jours. Ce cas d'hydrophobie est le dixième observé en Algérie depuis 1836. Tout récemment encore, deux autres cas de la même maladie ont été vus sur le cheval, l'un dans la province d'Alger et l'autre dans celle d'Oran. Ces deux animaux avaient été mordus aux naseaux par un chien reconnu enragé. Des vétérinaires consultés, à l'occasion de la morsure de l'un de ces animaux, sur les suites que pouvait avoir cette morsure, furent d'avis qu'il n'y avait rien à faire, les animaux herbivores, d'après les idées reçues, n'étant pas susceptibles de rage. La morsure fut donc abandonnée à la nature. Soixante jours après, le cheval offrit tous les symptômes de l'hydrophobie. Dans cet état, il mordit un homme à la main gauche; il lui fit trois plaies, une à la face dorsale, une au médius, et l'autre à l'annulaire. Mis en rapport peu après avec un cheval morveux, il se rue sur lui et le mord avec acharnement sur plusieurs points du corps. L'homme et le cheval mordus sont en observation.

Ces deux derniers cas d'hydrophobie, ajoute M. Guyon, doivent mettre hors de doute la possibilité du développement de l'hydrophobie sur les animaux herbivores.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Rochoux, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre l'interversion de l'ordre du jour de la dernière séance. Il demande pourquoi, après la promesse qui en avait été faite, le rapport sur la peste n'a pas été continué.

M. Prus répond que la commission n'est pas encore en mesure, mais il espère que cela ne tardera pas.

RAPPORT OFFICIEL SUR UNE CONSERVE ALIMENTAIRE.

M. Desportes est appelé à la tribune pour un rapport officiel. Il s'agit d'un rapport sur une conserve alimentaire nouvelle, de l'invention d'un M. Biot ou Piot, dont l'examen a été confié à l'Académie par M. le ministre du commerce. Avant de lire ce rapport, dit M. Desportes, je dois prévenir l'Académie qu'une difficulté s'est élevée dans le sein de la commission. L'un des commissaires, M. Londe, a refusé son approbation.

M. Londe : J'ai refusé effectivement de donner ma signature, parce qu'il n'y a pas lieu, à mon avis, de faire un rapport sur un objet qui n'offre rien de nouveau, et qu'on ne manquerait pas, quelles que soient les conclusions, de livrer le rapport de l'Académie à une publicité qui ne pourra que nuire à notre considération.

M. Desportes : Le rapport est demandé par le ministre; l'Académie ne peut se refuser à le faire.

M. Velpeau : Qu'on dise alors au ministre qu'il n'y a pas lieu de faire un rapport.

M. Dubois (d'Amiens) : Lisez la lettre ministérielle. (M. le rapporteur donne lecture de cette lettre, par laquelle le ministre invite l'Académie à lui donner son avis sur la préparation en question.)

M. Londe : Le ministre n'oblige pas l'Académie à lui faire un rapport, il lui demande son avis; dites qu'il n'y a pas lieu, mais ne faites pas de rapport.

MM. Moreau et Adelon sont d'avis que dans tout état de cause il faut répondre et dire la vérité.

M. le Président invite M. Desportes à lire son rapport.

M. Londe : En ce cas je déclare me retirer de la commission.

M. Desportes lit le rapport en son propre nom. La conserve dont il s'agit est un mélange de plusieurs viandes préparées par compression. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que cette préparation alimentaire peut être utile et qu'elle peut en particulier rendre des services aux troupes en campagne et dans les longues navigations.

M. Moreau : L'auteur fait-il ou non un secret de cette préparation? S'il en fait un secret, on en devait renvoyer l'examen à la commission des remèdes secrets. Sinon, pourquoi M. le rapporteur n'a-t-il pas fait connaître la préparation? S'il s'agit d'une conserve de viandes ordinaires, toutes nos cuisinières en font autant (hilarité); il y a longtemps qu'on dessèche et qu'on pulvérise les substances alimentaires pour l'usage des voyageurs. Il n'y a rien là qui mérite l'approbation de l'Académie.

M. Desportes : Je n'ai pas cru devoir entrer dans les détails de cette préparation, mais l'auteur la fait connaître tout au long. Si nos troupes, dans leurs expéditions lointaines, avaient eu à leur disposition une préparation de ce genre, elles n'auraient pas eu si souvent à souffrir de la faim; je persiste à la considérer comme très-utile sous ce rapport.

M. Boullay : L'Académie entend-elle prendre en considération le rapport, ou les conclusions seulement? Dans le premier cas, je demanderai si la commission a répété les expériences... (On rit; assez! aux voix!)

M. Adelon : La commission n'ayant point été d'accord sur l'opportunité du rapport, je demande le renvoi à la commission avec l'adjonction d'un troisième membre. (Appuyé.)

Le bureau propose d'adjoindre M. Guibourt.

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE.

M. Malgaigne lit un travail ayant pour titre : Essai sur l'histoire de la chirurgie et de ses institutions avant Hippocrate.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bégin, Laugier et Pariset.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA VARIOLE.

M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Charcellay, professeur de clinique interne à l'école de médecine de Tours, ayant pour titre : Note sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous forme emplastique.

Dans une première partie, M. Bousquet fait un historique complet de la méthode, rappelle ses indications et ses procédés, en apprécie la valeur, indépendamment du mémoire soumis à l'examen de l'Académie. Cette note, qui est un véritable travail original, a été écoutée avec la plus grande attention; nous la publions textuellement ci-contre.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Bousquet présente l'analyse du mémoire de M. Charcellay.

De toutes les préparations mercurielles employées pour enrayer la variole, M. Charcellay préfère l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, mais il veut qu'il soit récemment préparé. Il le laisse en place de huit à douze jours, sans en renouveler l'application. Quoiqu'on en puisse retarder l'usage jusqu'au septième jour, et même plus tard, il avoue que l'effet est d'autant plus sûr et plus prompt que la variole est moins avancée.

Non-seulement le mercure arrête la marche des pustules qu'il touche, mais il exerce un effet analogue, quoique moins sensible, sur les pustules éloignées. Enfin, nul autre emplâtre, ni ceux de plomb, ni celui de ciguë, ni celui de diachylon, etc., ne peut remplacer l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, ce qui constitue le caractère le plus essentiel des spécifiques.

Telles sont les principales propositions de M. Charcellay.

Nous n'insistons pas ici sur les réflexions dont l'auteur accompagne cette analyse, et qui se trouvent dans la note précitée.

M. Charcellay venant d'être nommé correspondant de l'Académie, M. le rapporteur propose pour conclusion de lui adresser une lettre de remercîment, et de l'inviter à continuer une correspondance à laquelle l'Académie met le plus grand prix.

M. Rochoux : En ma qualité d'humoriste, j'applaudis aux théories émises par M. le rapporteur; je suis surpris seulement que dans l'appréciation qu'il a faite des causes de mortalité par la variole, il ait omis de mentionner une circonstance qui, suivant moi, est d'une grande importance : c'est que dans toutes les varioles confluentes, il y a un bouleversement considérable du tissu cellulaire, non-seulement de la face, mais de presque toutes les parties du corps et particulièrement des membres; c'est un état que l'on peut très-bien comparer au phlegmon diffus. On trouve dans ce cas sur les cadavres le tissu cellulaire sous-cutané considérablement engorgé; en l'incisant, on en fait écouler une grande quantité de sang altéré. Il est évident que quel que soit l'effet de l'emplâtre de Vigo, ce moyen ne saurait remédier à de pareils accidents.

M. Honoré : M. le rapporteur a-t-il tenu compte de l'aptitude qu'ont certains individus à contracter deux ou trois fois la variole? (Réponse affirmative.)

M. Bally : M. Charcellay a dit, si j'ai bien entendu, que les pustules de la face se transformaient quelquefois en petits tubercules durs, non suppurants. Cela arrive dans la varioloïde, mais non pas, que je sache, dans la variole confluente.

M. Bousquet : Cette transformation a lieu à la face seulement sous l'influence de la méthode abortive. Il semble que cette méthode ait pour effet de placer les pustules de la variole dans les conditions des pustules de la varioloïde.

M. Desportes demande si c'est sans danger que l'on peut faire avorter l'éruption pustuleuse.

M. Bousquet : Cela aurait du danger sans doute si l'on appliquait les moyens abortifs sur toute la surface du corps; mais sur le visage seulement cette application me paraît sans danger.

M. Bricheteau dit quelques mots sur les accidents de suffocation auxquels succombent fréquemment les varioleux, et il conclut sur ce sujet dans le même sens que le rapporteur.

Quant à l'action de la méthode ectrotique, ajoute-t-il, je l'ai souvent employée dans le temps, et j'ai dû y renoncer après avoir reconnu que les malades n'en retiraient aucun avantage.

M. Caventou propose, en raison de l'importance de ce rapport, l'insertion dans les Mémoires de l'Académie, indépendamment de son insertion de droit dans le Bulletin.

— M. Huguier présente les pièces anatomiques d'une femme qui a succombé avec un renversement de l'utérus.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 MARS.

RADESYGE.

M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente un malade affecté d'une éruption tuberculeuse générale qui rappelle les formes de la radesyge de Norwége ou lèpre du Nord.

J'ai déjà eu l'honneur, dit-il, de mettre sous les yeux de l'Académie des exemples de maladies de la peau graves, exotiques, reproduites dans nos climats C'est ainsi que le premier j'ai observé à Paris, en 1842, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de *pellagre* sporadique dont l'identité avec la maladie endémique en

Lombardie ne saurait être contestée, puisque le sujet atteint de l'érythème pellagreux a été rapidement emporté par la manie pellagreuse. C'est ainsi qu'en 1843 un second exemple de la même maladie s'est offert à mon observation, et que la même année j'ai présenté à l'Académie deux sujets affectés, l'un de *radesyge* ou lèpre du Nord, l'autre d'un *esthiomène* du visage dont la forme tuberculeuse exagérée et la couleur spéciale avaient exceptionnellement revêtu des apparences analogues à celles du *leontiasis* des Grecs ou lèpre tuberculeuse du moyen âge.

Mais il faut établir une distinction capitale dans les faits de ce genre. Pour certaines maladies, comme, par exemple, pour la *pellagre* (déjà observée d'ailleurs dans quelques contrées du midi de la France), il y a reproduction réelle de l'affection ; tandis que pour les autres, tels que le *pian* des colonies, le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* de Norwége, l'*elephantiasis* grec et arabe, il n'y a, à vrai dire, que ressemblance de formes..., à moins que les sujets n'arrivent d'outre-mer et n'aient contracté le germe du mal dans les lieux où il règne à l'état endémique.

Quant au sujet présenté dans cette séance par M. Gibert, il s'agit d'un homme jeune, grand et en apparence assez bien constitué, en traitement depuis dix mois à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption tuberculeuse générale à forme hideuse que l'on jugea, à la première vue, de nature syphilitique (le malade avait comme antécédents deux blennorrhagies, la dernière guérie depuis quatre ans déjà). Mais les spécifiques antisyphilitiques, variés et employés avec constance pendant les six à sept premiers mois du séjour du malade (*sirop de deuto-iodure ioduré*, sublimé corrosif, iodure de potassium), restèrent complétement impuissants. Alors on eut recours à une préparation arsenicale proposée contre les fièvres d'accès par le docteur Boudin, et que M. Gibert a appliquée au traitement des maladies de la peau comme infiniment préférable aux liqueurs infidèles et dangereuses connues sous le nom de solutions de *Fowler* et de *Pearson*. L'acide arsénieux, à la dose d'un centigramme à un centigramme 1/2 par jour, dans 100 à 150 grammes d'eau distillée, est administré au malade depuis près de trois mois, non-seulement sans aucun accident, mais encore avec des avantages marqués; car depuis cette époque l'éruption a marché vers la résolution.

On ne saurait toutefois, dès aujourd'hui, conclure de cette amélioration remarquable à une guérison radicale et complète. La résistance qu'a offerte l'éruption aux spécifiques antisyphilitiques et l'analogie d'aspect qu'elle présente avec la *radesyge*, maladie regardée jusqu'ici comme incurable, doivent rendre très-réservé à cet égard.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

I. MÉDECINE LÉGALE.

Les affaires criminelles pour lesquelles les diverses cours d'assises du royaume ont eu recours à des expertises médico-légales, pendant le cours des mois de février et mars derniers, sont les suivantes : 1° *Submersion précédée de coups et violences.—La mort a-t-elle eu lieu par submersion ou par le fait des coups?—Absence des signes de la submersion à l'état de vie.* 2° *Infanticide; violences exercées sur le crâne et submersion après la mort.* (Le cadavre d'un enfant nouveau-né fut aperçu flottant entre deux eaux sur l'un des étangs de la commune de Saint-Michel-de-Double. Le médecin appelé pour en faire l'autopsie déclara que cet enfant était né à terme et viable; que la cause de sa mort était due à des violences extérieures exercées sur le crâne peu de temps après sa naissance, et que la submersion n'avait eu lieu qu'après la mort. Les aveux de la mère de l'enfant et les diverses circonstances du crime qu'elle fit connaître confirmèrent l'exactitude de la déclaration du médecin.— Cour d'assises de la Dordogne.) 3° *Infanticide; violences exercées sur le crâne et submersion l'enfant étant encore vivant.* (Le cadavre d'un enfant nouveau-né fut trouvé dans un puits. On reconnut que l'enfant, du sexe féminin, était venu à terme, qu'il était né viable et qu'il avait vécu. Il existait sur le crâne trois fractures. Il fut constaté, par les médecins experts, que ces fractures avaient précédé la chute de l'enfant dans le puits et sa submersion, et que la mort avait été le résultat de l'une et de l'autre de ces causes; le rapport ajoutait que la durée de la submersion pouvait être évaluée à une dizaine de jours environ. Des soupçons s'étant élevés contre la fille Nicolas, domestique, dont l'état de grossesse mal dissimulé avait été remarqué par ses voisins, cette fille fut soumise à l'examen d'un médecin, qui constata qu'elle était récemment accouchée. Après diverses versions contradictoires, l'accusée finit par convenir qu'aussitôt après la naissance de l'enfant elle l'avait saisi par les pieds, avait frappé sa tête à plusieurs reprises contre le carreau, puis l'avait jeté dans le puits. Ces aveux furent confirmés par tous les éléments de la procédure.) 4° *Assassinat d'un jeune garçon; accident simulé.* (Cour d'assises du Rhône, 11 et 12 mars.) 5° *Mort violente; blessures à la tête et submersion; doutes sur la cause de la mort; impossibilité démontrée d'un suicide ou d'un accident.* 6° *Assassinat par strangulation; preuves irrécusables déduites de l'examen du cadavre.* (Cour d'assises de la Moselle, 11 et 12 mars.) 7° *Accusation de tentative d'assassinat par l'ingestion de verre pilé.* (Cour d'assises des Deux-Sèvres, 5 et 7 mars.) 8° *Empoisonnement par l'acide arsénieux commis par un gendre sur la personne de sa belle-mère.* (Rien de particulier. La présence de l'arsenic a été constatée dans le corps de la victime par les procédés ordinaires de la science. — Cour d'assises de l'Isère.)

ASSASSINAT D'UN JEUNE GARÇON; ACCIDENT SIMULÉ.

Le nommé Pierre Durand, habitant de la commune de Cercié, comparaissait devant la cour d'assises du Rhône, sous l'accusation d'avoir assassiné un jeune garçon de 12 ans, fils du premier lit de la veuve Villon, devenue son épouse. Voici dans quelles circonstances le crime fut accompli.

Le 5 juin 1843, la femme Durand étant absente, l'un des enfants Durand sortit de chez lui pour appeler au secours, annonçant que Joseph Villon s'était assommé en tombant d'un escalier. J. Villon gisait à terre, au bas d'un escalier situé dans la remise. Les jambes étaient étendues du côté du midi, entre l'escalier et un pétrin qui en était à peu de distance; la tête, placée au nord, reposait sur l'oreille droite; le visage, qui n'était point tourné contre terre, regardait le dessous de la montée; le corps était auprès d'une espèce de banc qui se trouvait au-dessous d'une croisée ouvrant sur un hangar, à une hauteur de 2 mètres 24 centimètres du sol. Un seau, deux marmites et une coquelle étaient à terre en désordre, paraissant avoir été renversés de dessus le banc. J. Villon avait au pied l'un de ses sabots, l'autre était à quelque distance, près du pétrin. Tout était disposé de manière à faire supposer que l'enfant avait fait une chute de dessus le banc. Au moment où on le releva, il respirait encore ; sa tête était ensanglantée, le sang coulait par le nez et les deux oreilles. En l'étanchant, on reconnut qu'il portait deux blessures, une de chaque côté de la tête, sur les tempes. L'une d'elles seulement laissait couler un peu de sang ; l'autre était beaucoup plus large, mais la peau n'était pas entamée, et elle ne donnait pas de sang ; seulement on la voyait gonfler d'une manière très-sensible. J. Villon ne tarda pas à succomber sans avoir proféré aucune parole ; le lendemain, il fut inhumé.

Par suite de circonstances qu'il est inutile de rappeler ici, des soupçons s'étant élevés contre le beau-père de la victime, l'exhumation fut ordonnée quatre jours après, et l'examen du cadavre confié à MM. les docteurs Vaulpré et Jacquet. Les phénomènes de putréfaction étant à peine sensibles, il fut aisé de reconnaître et de constater l'état du cadavre. On remarqua d'abord une ecchymose à la jambe droite et une autre dans la région dorsale. La tête présentait les désordres les plus graves : il existait une large déchirure à la tempe droite; toute cette région était fortement contusionnée depuis le sourcil jusqu'à l'oreille, et on sentait à travers les téguments un craquement et des déplacements de fragments osseux. L'enlèvement de la peau fit reconnaître sur ce point une fracture multiple en éclats, occupant toute la région temporale, et dont les fragments chevauchaient surtout à la partie déchirée au-dessus de l'arcade sourciliaire; cette blessure descendait jusqu'à l'oreille. Du côté gauche, il existait à l'extérieur une excoriation avec ecchymose très-apparente, et sous la peau une fracture radiée, à plusieurs fragments, occupant toute la région supérieure de la tempe ; à la différence de la précédente, les éclats de celle-ci ne s'étaient pas déplacés. Enfin, ces deux fractures étaient réunies ensemble par une fissure passant au-dessus des bosses frontales et aboutissant derrière à la partie moyenne de l'occipital.

L'existence simultanée d'ecchymoses persistantes, à gauche comme à droite, établissait d'une manière évidente que ces blessures avaient été faites pendant la vie. Quant à la cause qui les avait produites, les docteurs exprimèrent l'opinion qu'elles pouvaient être le résultat d'un simple accident. Cette opinion ne fut pas partagée par les magistrats, que d'autres renseignements portaient à regarder la mort de J. Villon comme le résultat d'un crime. Ils ordonnèrent en conséquence que la tête serait détachée du corps pour être soumise à un nouvel examen.

Le 18 juillet suivant cette tête fut en effet soumise aux mêmes médecins, auxquels on adjoignit MM. les docteurs Chapeau et Tavernier. Ils l'examinèrent de nouveau tous ensemble, reconnurent et constatèrent les mêmes désordres qui avaient déjà été signalés, moins ceux appartenant aux parties dont l'altération les força de s'en référer sur ce point aux remarques de la première visite. Le plus important des faits signalés dans ce second rapport, c'est l'état de la boite osseuse, qui se trouvait tellement ébranlée qu'elle put être facilement enlevée sans autre instrument que les doigts.

Interrogés par les magistrats, les experts répondirent ensemble que les lésions existant sur la tête de J. Villon avaient été produites, pendant sa vie, par un corps contondant à large surface; qu'elles l'avaient été simultanément ou à très-peu d'intervalle. Sur la demande qui leur fut faite si ces lésions pouvaient être le résultat d'une chute naturelle, de la hauteur de 2 mètres 24 centim., sur le sol carrelé ou non carrelé d'une remise, les docteurs Vaulpré et Jacquet, moins affirmatifs cette fois, répondirent que cela était extraordinaire et invraisemblable, mais à la rigueur possible.

MM. Chapeau et Tavernier tranchèrent nettement l'opinion contraire dans les termes suivants :

« Le fracas des os rend à lui seul cette explication tout à fait invraisem-

blable, si l'on tient compte des désordres décrits dans les parties molles des plaies, des larges contusions de la peau en des points opposés, des ecchymoses des pavillons des oreilles, et surtout de la droite, ecchymoses qui ne peuvent s'expliquer par le fait des os fracturés, et qui prouvent l'action simultanée ou successive de corps contondants sur les deux côtés de la tête. »

Cette déclaration, rapprochée de la déposition de l'un des témoins qui déclarait avoir entendu des cris indiquant une lutte, et des diverses autres circonstances qui constituaient les preuves morales du crime, ne laissa aucun doute dans l'esprit du jury, qui rendit contre Durand un verdict de culpabilité.

MORT VIOLENTE; BLESSURES A LA TÊTE ET SUBMERSION; DOUTES SUR LA CAUSE DE LA MORT; IMPOSSIBILITÉ DÉMONTRÉE D'UN SUICIDE OU D'UN ACCIDENT.

Le 11 avril 1843, un cadavre fut aperçu entraîné par les eaux de la rivière de la Combade, près du pont de Masléon. Ce cadavre fut reconnu pour être le nommé J. F., vieillard de 86 ans. La cause de la mort était-elle un crime ou un suicide? Un médecin appelé reconnut les traces de trois blessures à la tête qui ne parurent pas avoir occasionné la mort, à part les accidents qu'avait pu entraîner une commotion violente. Une des blessures, au côté gauche du frontal, paraissait avoir saigné abondamment; elle avait dû précéder l'asphyxie par submersion et provenir d'une chute ou forte commotion; les deux autres plaies n'étaient que des déchirures. La mort fut attribuée à un suicide ou à un accident, et on ordonna l'inhumation. Pourtant des doutes s'élevèrent sur la cause de cette mort. Un accident paraissait peu probable, et rien ne pouvait l'expliquer : l'âge du défunt, ses mœurs, toutes les circonstances connues de son existence, éloignaient davantage encore toute idée de suicide. A ces circonstances morales venaient se joindre des preuves matérielles de l'impossibilité d'un suicide. J. F. était atteint de douleurs rhumatismales telles, que depuis trois mois il n'avait pu se rendre à l'église, peu distante de son habitation. Pour franchir le seuil de sa porte, élevé d'une marche, il lui fallait des efforts considérables qui lui arrachaient parfois des cris de douleur. Il ne se traînait qu'avec peine à l'aide d'un bâton, et pour aller de chez lui à la rivière, il y avait un long trajet à faire, et il n'était pas supposable qu'il eût pu le faire seul. Ces circonstances, jointes à d'autres qu'il serait inutile de rappeler ici, en éloignant toute idée d'accident ou de suicide, déterminèrent la justice à se livrer à une enquête. On ordonna l'exhumation et l'autopsie du cadavre.

Voici quel fut le résultat de ce second examen.

Les médecins constatèrent, outre les lésions que nous avons fait connaître, l'existence d'une double congestion cérébrale et pulmonaire, et la présence d'une certaine quantité d'eau dans l'estomac. Ils pensèrent que la mort pouvait être l'effet d'une congestion cérébrale occasionnée par une chute violente sur la tête ou l'action d'un corps contondant, observant néanmoins que l'existence d'un liquide aqueux dans l'estomac, que la congestion du cerveau, des viscères thoraciques et abdominaux, aurait pu être le résultat d'une asphyxie par submersion, asphyxie qu'il ne fut pas possible d'apprécier d'une manière rigoureuse, vu l'absence de plusieurs signes qui la caractérisent et les changements qu'avait opérés la putréfaction. Les personnes qui avaient retiré le cadavre de la rivière déclaraient de plus que les mains n'offraient pas la contraction ordinaire chez les noyés.

Depuis, ce rapport fut soumis à l'examen de trois nouveaux médecins qui déclarèrent reconnaître pour exacts les faits consignés dans le rapport, et conclurent en ces termes : 1° J. F. ne s'est pas noyé; 2° il est mort des blessures qu'on lui a faites à la tête; 3° il était privé de vie quand on l'a jeté à l'eau. Il était donc évident que la mort était le résultat d'un crime. Les investigations de la justice amenèrent à reconnaître les auteurs du crime, et les débats, en établissant la culpabilité, démontrèrent l'exactitude de la déclaration des experts.

ASSASSINAT PAR STRANGULATION; PREUVES IRRÉCUSABLES DÉDUITES DE L'EXAMEN DU CADAVRE.

Le nommé Antoine B., âgé de 65 ans, fut trouvé le 22 janvier dernier, entre sept et huit heures du matin, étendu mort dans son lit. Il était couché sur le dos, le bras gauche écarté du corps et la main droite à demi fermée, reposant sur la poitrine. Tout paraissait en ordre dans le coucher et autour du lit, les draps et les couvertures étaient régulièrement étendus sur le corps, une petite fiole en verre blanc encore remplie d'eau-de-vie, au tiers environ, se trouvait dressée sous l'aisselle gauche du défunt; mais la figure et le cou de la victime étaient couverts d'un grand nombre d'excoriations profondes; on n'y voyait cependant aucune trace de sang, la figure était même propre et paraissait avoir été lavée. On examina les ongles du cadavre pour reconnaître si c'était le défunt lui-même qui s'était meurtri et déchiré le visage de ses propres mains; mais on n'y trouva aucune parcelle de chair ni aucune trace de sang. Enfin, on ne trouva aucune trace de sang ni sur la chemise, ni sur les draps de lit.

A la simple inspection du cadavre, les premières personnes appelées à constater le fait, bien qu'étrangères à la médecine, n'hésitèrent pas à considérer la mort d'Antoine B. comme étant le résultat d'un assassinat. Des médecins furent chargés de préciser, par un examen minutieux et par l'autopsie, l'état du cadavre de B. et les causes de sa mort. Les observations et les conclusions des hommes de l'art se résument aux principaux points suivants.

Indépendamment des excoriations, plaies, contusions et ecchymoses multipliées dont la figure du défunt était couverte, son nez avait été comprimé si violemment qu'il était dévié. A l'intérieur de la bouche existaient aussi de petites lésions, résultat d'une pression convulsive. Le cou avait été serré avec tant de force que quelques-uns des arceaux cartilagineux du larynx avaient été rompus. Il était évident que des mains criminelles s'étaient efforcées, l'une de fermer la bouche et le nez, l'autre d'agir sur la gorge, de manière à intercepter le passage de l'air; aussi l'état du cerveau et des poumons gorgés de sang indiquait que le défunt avait succombé à une asphyxie par strangulation.

Il n'était pas possible d'admettre que B. se fût fait à lui-même, en se suicidant, les blessures qu'on remarquait sur lui; il avait donc péri victime d'un attentat. Ils signalèrent en outre une large contusion violacée sur la face dorsale de la main gauche, dont la face palmaire était intacte. Deux autres excoriations légères, placées chacune sur la partie antérieure de chaque jambe du cadavre paraissaient s'accorder exactement avec l'hypothèse d'une personne qui, tenant sous elle le défunt étendu sur le lit, aurait eu son genou droit sur la main gauche de la victime, tandis que la pointe de ses chaussures venait froisser les jambes de celle-ci, un peu au-dessous des genoux.

L'examen des meurtrissures du visage et du cou confirma l'opinion émise par d'autres témoins, que ces parties du cadavre avaient été lavées après la mort; on n'y trouvait aucune trace de sang coagulé.

On ne trouva dans l'estomac aucune liqueur alcoolique, d'où la conséquence qu'encore bien que l'on eût trouvé une fiole contenant de l'eau-de-vie, dressée sous le bras gauche du défunt, il n'en avait réellement pas bu peu de temps avant de mourir.

Les conclusions de l'expertise se déduisent d'elles-mêmes.

II. TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR LE THON.

Le docteur Galiay, de Tarbes, a publié, dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, quelques faits qui tendraient à prouver que le thon peut avoir des propriétés vénéneuses, soit qu'il les doive à ce qu'il se nourrit de mollusques malfaisants, comme le prétend Lacépède, soit que cette qualité toxique soit inhérente à son organisation.

Plusieurs ménages d'une même famille, dit l'auteur, s'étaient réunis à l'occasion d'un mariage célébré depuis peu; ils étaient huit à table, tous en parfaite santé. Le thon qu'ils mangèrent parut à plusieurs d'entre eux avoir quelque chose d'insolite au goût; ils en éprouvèrent tous les mêmes accidents, quoique à des degrés divers, à l'exception de deux personnes qui avaient pris du café aussitôt après le repas.

Le premier de tous les symptômes, celui qui ne manqua jamais, fut une irritation instantanée de la bouche, accompagnée de petites phlyctènes chez les uns, du gonflement des gencives et des lèvres chez d'autres, et souvent d'une rougeur très-foncée de ces parties, et quelquefois aussi de la langue. Les phlyctènes étaient passagères. Venait ensuite la rougeur de toute la figure, des yeux et des oreilles, rougeur allant quelquefois jusqu'à la teinte de pourpre. Presque aussitôt venait une céphalalgie toujours forte, occasionnant parfois des vertiges, des tintements d'oreille. Cette céphalalgie, qui était ordinairement très-longue, avait cependant des alternatives de décroissance et de recrudescence. Il apparaissait ensuite des éruptions urticaires, se montrant d'abord au cou et sur la poitrine, plus tard sur les diverses parties du corps, et excitant une inquiétante démangeaison.

Tous ces malades se disaient parfaitement exempts d'indigestion.

Un chien et un chat qui avaient mangé de ce thon en furent gravement incommodés : ils eurent des vomissements et de nombreuses évacuations alvines.

Avant l'arrivée du médecin, ces malades avaient fait usage de plusieurs boissons de fantaisie; mais aucune ne s'était montrée aussi favorable que l'eau fraîche ou sucrée. Ils s'étaient très-bien trouvés de la respiration d'un air frais et libre, surtout de l'application de l'eau froide sur la figure et dans la bouche. Deux malades, seulement les plus indisposés, consentirent à prendre un vomitif et s'en trouvèrent bien. L'eau vinaigrée à petites doses produisit un très-bon effet. On l'a aussi recommandée dans l'empoisonnement par les moules. Une seule personne consentit à prendre un lavement froid à l'oxycrat : elle n'eut qu'à s'en louer.

Dans la même soirée, chez le docteur D..., sur cinq personnes qui mangèrent du thon, trois furent incommodées, dont l'une grièvement. Les deux personnes épargnées avaient pris du café. Les symptômes furent les mêmes que ceux précédemment indiqués. Un chat, d'une espèce assez forte, ayant mangé des restes de ce poisson, en fut très-malade.

Les mêmes accidents eurent lieu dans un pensionnat de petits garçons.

Ce ne furent pas là les seuls accidents. Peu de personnes, parmi celles qui firent usage de cet envoi de thon, échappèrent à son influence toxique. Le même jour, des accidents de même nature furent observés à Bayonne. Il n'y a pas jusqu'au thon le plus frais qui n'ait causé des accidents.

L'auteur a remarqué que le café, pris le lendemain de ces accidents, a beaucoup contribué au rétablissement de la santé.

EMPOISONNEMENT PAR DES HARENGS GATÉS.

Nous empruntons au JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE PHARMACIE l'observation suivante recueillie par le docteur Fayrer (de Prague) :

OBS. Une femme âgée de 30 ans, bien portante, mangea quelques morceaux de hareng qui, bien que lavés et nettoyés avec un grand soin, exhalaient cependant une odeur nauséeuse, et avaient une saveur extrêmement désagréable; bientôt après ce repas se développèrent des symptômes d'intoxication, dont on put distinguer deux séries successives.

La première série de ces accidents commença par une pression dans l'estomac, une soif très-vive, un sentiment de froid et d'abattement; dans la soirée, il vint encore s'y joindre de forts vertiges, de sorte qu'au moindre mouvement la malade se trouvait attirée vers le sol. Le sentiment d'abattement se transforma peu à peu en une sensation d'anéantissement et de mort imminente; bientôt ensuite il y eut perte de connaissance; la face, pâle et grippée, se couvrit d'une sueur froide; les pupilles se dilatèrent et le pouls devint insensible. Tandis qu'on transporta la malade à l'air libre, elle vomit une grande quantité de liquide presque incolore, mêlé de mucosités et de chyme; après quoi la syncope cessa.

Ce fut alors que se développa la seconde série des accidents d'empoisonnement : des douleurs violentes, de véritables tranchées se firent sentir dans l'abdomen, en revenant par accès avec tant d'intensité que la malade criait que son ventre allait se déchirer. L'abdomen était excessivement sensible à la pression; les accès de douleur n'étaient séparés les uns des autres que par l'espace de quelques secondes au plus. Les muscles de la face se contractèrent; les lèvres et les dents furent comprimées spasmodiquement; les nausées persistèrent, mais sans être suivies de vomissements; le pouls était faible, presque filiforme (cent pulsations par minute); tout le corps était baigné d'une sueur froide.

La malade refusa opiniâtrément toute espèce de boisson, même l'eau pure.

Au bout d'une demi-heure environ, les douleurs commencèrent à céder peu à peu; la sueur froide fut remplacée par une sueur chaude; le pouls se releva; il survint du sommeil.

On administra alors une poudre composée d'extrait de jusquiame et de sous-nitrate de bismuth.

Le lendemain, il existait encore quelques légères nausées et un peu de pression à l'épigastre, mais ces symptômes ne tardèrent pas à disparaître complétement.

Ce n'est pas le premier exemple de phénomènes graves d'empoisonnement produits par l'ingestion des harengs gâtés : P. Franc en avait déjà signalé les conséquences funestes à l'attention des praticiens. L'altération de ces poissons paraîtrait dépendre, d'après l'avis des rédacteurs du recueil auquel nous avons emprunté ce fait, de l'altération de la saumure, ce liquide acquérant avec le temps une âcreté qui se rend presque caustique, et sous l'influence de laquelle les harengs deviennent visqueux et nauséabonds.

EMPOISONNEMENT PAR LE VINAIGRE.

Un homme âgé de 36 ans était en voie d'amélioration d'une pleuro pneumonie, lorsque, au lieu de prendre une cuillerée à café d'hydrolat de laurier-cerise, il prit du vinaigre radical qu'il avait près de lui pour le flairer au besoin. Immédiatement après l'ingestion de ce liquide, il sauta du lit comme un furieux et se traîna par terre en poussant des hurlements arrachés par la douleur. Faute de mieux, il se hâta d'avaler une grande quantité d'eau.

A son arrivée, M. Mélion trouva la membrane muqueuse buccale tout à fait blanche; le malade se plaignait d'éprouver une violente douleur, un sentiment de brûlure dans les régions de la poitrine et de l'estomac, une anxiété très-forte, des angoisses, des nausées; il pouvait à peine s'exprimer et il était baigné de sueur; le pouls était très-accéléré, petit, resserré.

On administra du lait, du carbonate de magnésie et une potion huileuse.

Après avoir eu des vomissements fréquents et des selles diarrhéiques, le malade vit ses douleurs diminuer, et il ne tarda pas à recouvrer la santé.

EMPOISONNEMENT PAR L'HUILE ESSENTIELLE D'AMANDES.

Un jeune homme nommé G. O. mourut subitement à Londres, dans une maison mal famée d'Alderman-Street, où il avait demandé une chambre pour passer la nuit. Il présenta à son agonie tous les symptômes de l'empoisonnement par une substance délétère tirée du règne végétal. Un flacon où restaient encore plusieurs gouttes d'huile essentielle d'amandes, ne laissait aucun doute sur le genre de mort que s'était volontairement infligé ce malheureux.

Une enquête ayant été ordonnée, le sieur R., pharmacien de la cité, déclara avoir vendu à O. la petite fiole contenant une demi-once anglaise d'huile essentielle d'amandes. Il ne l'aurait pas livrée, dit-il, s'il n'avait pris ce jeune homme pour le commis d'un fabricant de savon ou pour un pâtissier (les pâtissiers de Londres font usage, à ce qu'il paraît, de cette substance pour mieux faire lever et feuilleter la pâte, et pour donner plus de saveur aux meringues).

Le jury devant lequel fut portée l'affaire rendit ainsi son verdict :

« G. O. est mort pour avoir pris de l'huile essentielle d'amandes, qu'il s'est administrée de ses propres mains; cependant rien ne constate quel était son état mental lorsqu'il a commis ce suicide. »

Et en même temps le jury a déclaré devoir blâmer la conduite de M. R., qui n'aurait pas dû vendre du poison au premier venu.

EMPOISONNEMENT D'UNE FEMME ENCEINTE PAR L'ARSENIC; ARSENIC TROUVÉ DANS LE FOETUS.

On lit dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, que des chimistes, en se livrant à une expertise médico-légale sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic d'une femme enceinte, constatèrent que cette substance avait pénétré jusqu'au produit de la conception. Le fœtus qu'ils ont analysé était parvenu au quatrième mois; ils y ont trouvé des traces de poison. L'utérus et le placenta renfermaient également de l'arsenic; mais ce dernier en a donné relativement plus que l'embryon. Les eaux de l'amnios ne contenaient point d'arsenic, du moins en quantité appréciable.

MODIFICATIONS DE L'APPAREIL DE MARSH.

M. Blondlot a apporté, à l'appareil de Marsh, quelques modifications qu'il croit susceptibles de donner à cet appareil une plus grande précision. Voici comment il procède : Il commence par désorganiser les tissus par l'acide sulfurique concentré, suivant le procédé de MM. Flandin et Danger; mais au lieu de pousser l'action de la chaleur jusqu'à ce que la masse soit transformée en un charbon sec et friable, ce qui expose à perdre une partie de l'arsenic, il s'arrête quand la matière a acquis une consistance pâteuse : traitant alors par une quantité déterminée d'eau, il fait passer pendant quelques minutes un courant de chlore à travers la liqueur trouble et noire qui résulte de cette lixiviation; on filtre ensuite, et l'on recueille un liquide clair et limpide qui, placé dans l'appareil de Marsh, ne produit que peu ou point de mousse. En opérant ainsi qu'il vient d'être dit, on ne perd aucune parcelle d'arsenic, et l'on n'a pas à craindre la présence de l'acide sulfureux, que le chlore convertit immédiatement en acide sulfurique.

Afin de graduer à volonté et même d'arrêter le dégagement du gaz dans l'appareil de Marsh, M. Blondlot se sert d'un flacon de Woolf à trois tubulures; il suspend le zinc, réduit en lames et roulé en spirales, à une tige de verre susceptible de glisser à frottement dans le bouchon qui ferme la tubulure du milieu : cette disposition permet de faire plonger le métal autant qu'on le désire dans le liquide acidulé, et, par conséquent, de rester maître de l'opération à toutes les périodes et dans toutes les éventualités. Des deux tubulures extrêmes, l'une livre passage à un tube droit par lequel on introduit le liquide, l'autre au tube du dégagement de l'hydrogène arsénié.

III. HYGIÈNE PUBLIQUE.

INTRODUCTION D'UNE NOUVELLE SUBSTANCE ALIMENTAIRE (L'ARRACACHA) EN EUROPE.

M. Goudat propose d'introduire en Europe la culture de l'*arracacha*, plante de la famille des ombellifères, dont la culture est très-répandue dans les Andes, où elle forme les plus belles plantations. Cette plante a la plus grande ressemblance avec l'ache; elle est plantée par *bouture en talon :* on coupe le collet de la racine de manière que la partie charnue, qui est détachée, devienne la base d'une touffe de pétioles. On divise cette base circulaire en plusieurs segments. Ces boutures sont placées à une très-petite profondeur, dans un sol humide. Les plants sont espacés à environ 6 décimètres. Dans les circonstances favorables, les bourgeons pétiolaires se développent en peu de jours; leur croissance est rapide, et, en quelques semaines, la terre est complétement couverte. La récolte a lieu avant la floraison. On reconnaît le terme de la maturité au volume des touffes et à une légère chlorose des feuilles extérieures. A ce moment la racine, qui est l'objet spécial de la culture, se présente sous la forme d'une masse charnue assez irrégulière; de la partie inférieure sortent plusieurs ramifications fusiformes, garnies de fibrilles, et qui sont, comme aliment, les parties les plus délicates de l'arracacha. Venue dans un bon terrain, une racine pèse de 2 à 3 kilogrammes. A Ibagné, M. Goudat a vu la récolte s'élever à 41,000 kilogrammes

par hectare. D'après une analyse de M. Boussingault, cette racine contient, pour les mêmes proportions d'albumine et d'amidon, une plus forte dose d'humidité que la pomme de terre ; elle offre tous les avantages de cette dernière, et se développe dans les mêmes circonstances de sol et de climat.

Pour propager l'arracacha en Europe, on pourrait sans doute suivre le procédé en usage pour les betteraves et les carottes qui doivent porter des graines, c'est-à-dire que l'on ferait hiverner en cave ou en silos un certain nombre de racines d'où l'on détacherait, au moment de la plantation, des segments de collets garnis de bourgeons pétiolaires. En outre, on faciliterait beaucoup l'introduction de cette plante dans nos cultures, en l'acclimatant d'abord dans une station intermédiaire entre son pays natal et le nôtre.

ANALYSE DE L'AIR DE QUELQUES MINES.

M. Leblanc, pendant son séjour à Poullaouen, a effectué quelques analyses d'air, tant dans la mine de Poullaouen que dans celle d'Huelgoat. Ces recherches étaient motivées par quelques circonstances qui pouvaient d'avance faire prévoir une altération dans l'air de ces mines.

L'air de la mine de Poullaouen n'offrit d'autre altération qu'une diminution de 4 à 5 pour 100 dans la proportion d'oxygène ; il offrait une proportion de 3 à 4 pour 100 d'acide carbonique. Dans ces conditions, la lampe du mineur s'éteint ; l'ouvrier travaille alors souvent dans l'obscurité. La respiration des hommes est un peu gênée ; cependant le travail est encore possible, tant que l'altération ne dépasse pas cette limite, et lorsque la température est peu élevée.

L'analyse de l'air de la mine d'Huelgoat, recueilli dans une entaille ascendante partant de la galerie d'écoulement où l'air est normal, présente beaucoup d'intérêt ; on y voit la proportion d'oxygène s'abaisser jusqu'à 10 pour 100, sans que cet abaissement puisse trouver son explication dans une quantité correspondante d'acide carbonique formé. Une semblable atmosphère est non-seulement impropre à entretenir la combustion, car les lampes s'y éteignent subitement, mais les hommes ne sauraient y pénétrer sans être exposés à une asphyxie presque immédiate. M. Leblanc attribue à l'influence des pyrites très-abondantes dans le filon d'Huelgoat, cette altération profonde dans la composition de l'air. Une absorption continue d'oxygène s'établit sur plusieurs points, et si l'air n'est pas agité par des courants, la différence très-faible dans la densité des deux atmosphères contiguës maintient une démarcation assez tranchée dans la composition des deux masses d'air voisines.

INCONVÉNIENT DE L'USAGE DES VASES DE ZINC DESTINÉS A CONTENIR DE L'HUILE.

M. Chevallier ayant appris qu'un fabricant de Paris confectionnait, pour les villes du midi de la France, un grand nombre de vases en zinc destinés à contenir de l'huile, s'est empressé d'appeler l'attention de ses collègues sur ce fait, en les engageant à user de leur influence scientifique pour faire proscrire l'usage de ces vases, par la raison que l'huile attaque le zinc, et que l'huile *zincée* qui en résulte peut donner lieu à des accidents d'empoisonnement, ainsi que l'a constaté M. Audouard fils, de Béziers, dans un travail spécial sur ce sujet.

IV. POLICE MÉDICALE.

REMÈDES SECRETS.

L'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, en prohibant l'annonce de remèdes secrets, en prohibe à plus forte raison la vente et le débit.

Cette interprétation de l'article précité ressort d'un arrêt que vient de rendre récemment la Cour royale de Paris, dans une affaire dont nous empruntons les détails au journal le DROIT, du 27 février dernier.

Le 12 juin 1845, une commission de l'école de pharmacie, assistée d'un commissaire de police, procéda à une visite dans l'appartement occupé par M. le docteur D. de Saint-P. et dans la pharmacie tenue par M. D. dans la même maison. Un certain nombre de bouteilles de sirop et de boîtes de pilules, portant pour étiquettes le nom du pharmacien avec ces mots : « Préparé selon la formule du docteur D. de Saint-P., » furent saisies et soumises à l'examen d'experts qui constatèrent que le sirop et les pilules ne se trouvaient pas au codex, et n'ayant pas été préparés sur ordonnance spéciale du médecin, constituaient des remèdes secrets. M. D., ayant justifié que ces remèdes avaient été préparés par son prédécesseur, fut mis hors de cause, et M. D. de Saint-P. fut seul renvoyé en police correctionnelle, sous la double prévention d'exercice illégal de la pharmacie, d'annonces et de vente de remèdes secrets.

En première instance il fut acquitté sur le premier chef ainsi que sur la prévention d'annonces de remèdes secrets, mais condamné à 500 fr. d'amende pour débit et vente de ces remèdes. Par suite d'appel de ce jugement, M. D. de Saint-P. se présentait, les 18 et 26 février derniers, devant la Cour royale de Paris.

L'avocat soutenait, en faveur de son client, que la simple possession de remèdes secrets ne pouvait être assimilée à la vente qui, dans l'espèce, n'était nullement prouvée ; il soutenait que le chef d'annonce ayant été écarté par les premiers juges, le fait d'avoir vendu et débité des remèdes secrets n'était passible d'aucune peine, l'article 32 de la loi de germinal an XI ne portant aucune sanction, et il invoquait à l'appui de cette thèse la jurisprudence constante de la cour royale de Paris.

Mais la cour, sur les conclusions de M. l'avocat général Lenain, revenant sur cette jurisprudence et adoptant celle de la Cour de cassation, qu'elle avait repoussée jusqu'ici, a, tout en infirmant la sentence des premiers juges, prononcé un arrêt de condamnation basé uniquement sur la vente et le débit des remèdes.

Nous croyons devoir reproduire cet arrêt qui, consacrant sur ce point important de police médicale et pharmaceutique l'accord des deux premières cours du royaume, fixe pour l'avenir le sens de l'article 36 de la loi du 21 germinal.

La Cour, considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats que D. de Saint-P. a vendu et débité en 1845, par l'entremise de D., son prête-nom, un sirop et des pilules qui, ni conformes aux formulaires ou codex légalement rédigés et publiés, ni achetés et rendus publics par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810, ni composés pour chaque cas particulier sur la prescription d'un médecin, doivent être réputés remèdes secrets ;

Considérant que ce fait constitue une contravention à l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, lequel, en prohibant l'annonce des remèdes secrets, prohibe à plus forte raison la vente et le débit de ces remèdes, ainsi qu'on doit l'induire non-seulement de l'ensemble des dispositions de cette loi, mais aussi de celles du décret du 25 prairial an XIII qui, dans son article 1er, place sur la même ligne la prohibition de vendre des remèdes secrets et la prohibition de les annoncer comme résultant toutes deux de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI ;

Considérant que la peine applicable à cette contravention est celle portée par la loi du 29 pluviôse an XIII contre toute personne ayant contrevenu à la disposition de l'article 36, et non celle que prononce l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777 contre ceux qui, n'étant pas pharmaciens, ont fabriqué ou débité des médicaments, en contravention à la première de ces lois ;

Infirme, en ce que les premiers juges ont condamné D. de Saint-P. à l'amende portée par l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777 ;

Et le déclare coupable d'avoir vendu et débité des remèdes secrets en contravention à l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, et lui faisant application de cet article ainsi que de la loi du 29 pluviôse an XIII, le condamne à 500 fr. d'amende et aux dépens.

EXERCICE DE LA PHARMACIE SANS DIPLOME ; MÉDICAMENTS ALTÉRÉS ; DOUBLE RESPONSABILITÉ.

Les nommés André S. et D. comparaissaient devant le tribunal correctionnel de la Seine sous la double inculpation d'exercice de la pharmacie sans diplôme et de possession de drogues altérées. Voici le résumé des faits qui motivaient l'accusation : André S., non pharmacien, étant devenu propriétaire d'un fonds d'herboristerie qui contenait une assez grande quantité de préparations médicamenteuses, s'était adjoint le pharmacien D. qui, moyennant une rétribution, s'installa dans sa maison et se chargea de tout ce qui regardait le débit des préparations pharmaceutiques.

Plusieurs ordonnances ayant été exécutées contrairement aux règles de l'art par S. en l'absence de D., et des accidents étant résultés par suite de l'administration de ces préparations, S. fut poursuivi pour ce fait. Une commission d'experts ayant en outre constaté qu'un certain nombre de drogues et médicaments officinaux, en dépôt dans la pharmacie, étaient ou détériorés ou mal préparés, et non conformes aux prescriptions du codex, quoique ces produits appartinssent à S., D. comme légalement responsable des infractions aux lois de la police de la pharmacie, commises pendant le temps que l'officine dont il s'agit a été sous son nom et sa direction, eut également à répondre de ces infractions devant le tribunal correctionnel. Ils furent condamnés chacun à 500 fr. d'amende et aux dépens, et la destruction des remèdes saisis ordonnée.

Il résulte de cet arrêt ce double fait : d'une part, que le pharmacien titulaire qui tient en son nom et dirige une pharmacie dont il n'est que le dépositaire, n'abrite pas le propriétaire de cette pharmacie des poursuites dirigées contre les infractions dont ce dernier se serait personnellement rendu coupable ; — d'autre part, que le pharmacien, bien que n'étant pas propriétaire de l'officine, est responsable du mauvais état et de la détérioration des drogues et préparations qu'elle renferme.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, OU NOTIONS DE PHARMACOLOGIE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE; par le docteur MIALHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, etc.

Le titre de ce livre en indique assez mal l'objet pour qu'il soit nécessaire de mettre tout de suite nos lecteurs au fait de son but véritable. Ce but est fort sérieux. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que d'une réforme générale à introduire dans la thérapeutique actuelle. Placer la thérapeutique sous le régime exclusif des lois chimiques, chercher dans les faits ordinaires de la chimie l'explication de la plupart des phénomènes pathologiques et la théorie de toutes les influences curatives : tels sont, en quelques mots, les principes essentiels de cet essai de réforme.

Un médicament introduit dans l'économie se trouve d'abord en contact avec tous les liquides de composition variable qui sont versés à la surface du tube digestif. Amené ensuite dans la circulation générale par la voie de l'absorption, il se mêle à cet ensemble de produits complexes que le sang représente. C'est précisément sur les réactions chimiques, qui s'établissent dans ces contacts successifs entre le médicament ingéré et les liquides de l'économie, que M. Mialhe a fondé tout un nouveau système thérapeutique. Avec le secours des seules données chimiques, non-seulement il détermine *à priori* les modifications qu'il faut apporter aux substances médicamenteuses pour en faciliter l'absorption, non-seulement il corrige la plupart des formules consacrées par l'usage, mais il espère encore résoudre, sans autres éléments, le grave problème de l'action intime des médicaments et des poisons. Ainsi la chimie, qui, jusqu'à ce jour, s'était modestement tenue aux portes de la thérapeutique, aujourd'hui essaye de forcer l'entrée et de choisir sa place sur ce terrain difficile.

Ces tendances nouvelles ont une telle gravité pour l'avenir de la médecine, elles sont appelées à exercer sur la pratique de l'art une influence si directe, qu'on nous pardonnera de dépasser un peu les limites bibliographiques pour soumettre à un examen détaillé le livre curieux qui résume toutes ces idées nouvelles. On conviendra, d'ailleurs, qu'après toutes les déceptions qu'ont amenées depuis vingt ans et cet infini morcellement de faits pathologiques, et cette infructueuse étude de la lésion organique, il est tout simple d'accorder un peu plus d'attention et de bienveillance aux entreprises d'un humorisme régénéré.

Le livre de M. Mialhe se compose de deux éléments faciles à reconnaître : d'une part une série de faits thérapeutiques nouveaux, d'autre part un système général dans lequel tous ces faits sont interprétés par l'unique secours des lois de la chimie.

A toutes les époques les systèmes se sont pressés autour des faits nouveaux, comme impatients de les rattacher par le lien d'une interprétation commune. Aujourd'hui cependant, au milieu de cette période indécise de transition et d'attente que la médecine accomplit sous nos yeux, une marche plus sévère est devenue indispensable pour assurer nos succès dans l'avenir. Accueillir avec reconnaissance les faits nouveaux bien constatés, repousser avec rigueur tous les systèmes mal justifiés, telle est l'idée fondamentale qui doit guider les esprits, et dans l'exécution des recherches scientifiques, et dans l'appréciation critique du résultat de ces travaux.

Ce principe général va nous diriger dans l'examen du livre de M. Mialhe, et pour satisfaire à sa double indication, nous commencerons par l'appréciation rapide du système chimique, qui domine dans son livre.

M. Mialhe est un partisan décidé de la médecine physiologique ; on peut même dire qu'il essaye aujourd'hui de transporter dans la thérapeutique la réforme que Broussais a si malheureusement essayé d'introduire dans la pathologie. Fidèle à la classique tradition des chimistes qui ont voulu regarder dans les faits médicaux, il déclare aux premières pages de son livre que « l'essence de la vie consiste en une suite non interrompue de réactions » chimiques et qu'il rapporte les phénomènes de la vie aux forces qui régissent la matière brute. » Telle est, dans sa simplicité très-hardie, le point de départ de M. Mialhe.

On nous dispensera de combattre ici trop longuement l'extrême exagération de ces doctrines. Regardant comme assez inutile, auprès des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, une réfutation en forme de ces opinions exclusives, nous nous bornons à bien préciser la nature du système physiologique adopté par l'auteur.

Appuyé cependant sur ce principe physiologique, M. Mialhe n'hésite pas à en poursuivre les conséquences les plus extrêmes, et dans ses ÉTUDES SUR L'ABSORPTION, dans ses CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION INTIME DES MÉDICAMENTS ET DES POISONS, il en fait les applications les plus larges. D'après lui, l'absorption des médicaments et des poisons est la condition indispensable du développement de leurs effets. Une substance qui dans l'économie ne peut être absorbée, à ses yeux est une substance thérapeutiquement inactive.

La nécessité de l'absorption des médicaments a été si souvent agitée et si clairement résolue, que nous nous dispenserions de l'examiner si M. Mialhe n'eût pris ce fait comme la base de tous ses raisonnements et de ses explications chimiques. Nous sommes forcés d'après cela de rappeler en quelques mots les faits qui s'élèvent contre cette opinion. Ces faits sont nombreux et irrécusables. Tels sont, par exemple, l'effet instantané et presque foudroyant de certains poisons, comme l'acide hydrocyanique, l'hydrogène sulfuré, dont la promptitude d'action ne permet point d'admettre que l'absorption ait eu le temps de s'effectuer ; la possibilité de provoquer des réactions sympathiques par le moyen d'une application locale dans les cas de syncope et d'asphyxie, où l'arrêt de la circulation rend inadmissible tout phénomène d'absorption ; la manifestation évidente des effets d'un médicament, lors même que la substance ingérée a été rejetée par le vomissement assez tôt pour que l'absorption n'ait pu s'effectuer. Les faits de ce genre abondent dans les auteurs. Enfin, et sans parler de l'influence incontestable sur l'économie, des causes morales violentes, la médication thérapeutique par l'emploi de l'électricité n'exclut-elle pas tout recours possible aux phénomènes de l'absorption? D'ailleurs presque tous les agents de la thérapeutique constituent des corps insolubles, et il est bien difficile de prouver que chacun d'eux peut, dans l'économie, être chimiquement influencé de manière à devenir soluble.

Cette tendance de M. Mialhe à exagérer outre mesure le fait généralement vrai cependant de l'absorption des médicaments, est d'autant plus regrettable, qu'il a émis dans son ouvrage des vues pleines d'intérêt et d'exactitude sur le mécanisme physiologique à l'aide duquel cette absorption s'opère lorsqu'elle peut s'opérer. Si l'on rétrécit le cercle un peu vaste tracé par l'auteur pour l'application de ses idées chimiques, si l'on établit avec soin que tous les agents thérapeutiques ne sont pas absorbés, mais qu'il en est un grand nombre qui peuvent arriver à l'être, on se trouve alors sur un terrain plus sûr et que M. Mialhe a su explorer avec bonheur. Ici, en effet, il nous semble avoir droit aux plus complets éloges. Pour expliquer comment dans nos organes certains médicaments naturellement insolubles peuvent cependant se dissoudre et devenir absorbables, il se met sur la trace de toutes les réactions chimiques qui peuvent se produire dans l'intimité des tissus entre le médicament ingéré et les liquides circulant dans l'économie, et il montre par quelle suite variée d'influences chimiques ce composé finit par devenir soluble. Dans ses applications ingénieuses des lois chimiques aux phénomènes de l'absorption, il fait preuve d'une finesse de vues dont tous les essais que nous possédons en ce genre ne pourraient donner qu'une assez faible idée. Il sera difficile désormais de rien entreprendre sur l'absorption sans consulter les remarques et les expériences contenues dans son livre.

Dans les CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION INTIME DES MÉDICAMENTS ET DES POISONS, l'exagération de la doctrine physiologique embrassée par M. Mialhe, et que nous signalions tout à l'heure, se fait sentir avec plus d'évidence encore. Pour lui, en effet, rien de plus simple, dans presque tous les cas, que l'action des médicaments et des poisons; tout se réduit à quelques influences chimiques exercées par ces agents sur le sérum du sang. On ôterait à la physiologie de M. Mialhe tout le système nerveux, qu'il ne s'en inquiéterait guère et que ses théories n'en seraient en aucune façon altérées. Les actions chimiques provoquées dans le sang, la coagulation, la fluidification du sérum, lui semblent suffisantes dans la plupart des cas pour expliquer tous les effets des médicaments et des poisons. La coagulation du sérum du sang par le sublimé corrosif, lui suffit pour expliquer les phénomènes de l'empoisonnement par le mercure; la coagulation du sérum par l'alcool, pour rendre compte des phénomènes de l'ivresse; la présence dans le sang de la quinine insoluble et l'embarras circulatoire qui en résulte justifient, d'après lui, l'action antifébrile du quinquina. En un mot, il accorde à ces réactions chimiques déterminées sur nos humeurs une influence capitale et presque unique dans l'évolution des phénomènes normaux et pathologiques.

Mais tout en admettant comme très-réelles les actions chimiques exercées sur les liquides animaux, comment prétendre que ces effets obscurs aient dans l'économie un retentissement si profond qu'ils suffisent à expliquer tous les effets dynamiques? Que 3 décigrammes de sublimé corrosif coagulent l'albumine du sang, je l'admets sans peine; mais que ces quelques décigrammes d'albumine coagulée puissent provoquer dans l'économie une impression sérieuse, que cette altération infinitésimale, eu égard à la masse de nos liquides, ait vitalement une signification quelconque, c'est ce que je ne puis comprendre, et je cherche ailleurs la cause des troubles profonds qui s'élèvent alors dans l'organisme.

Disons-le, tous les essais réalisés jusqu'à ce jour dans le but de fournir à l'action des médicaments une explication chimique nous ont toujours semblé peu sérieux, en ce qu'ils manquent du vrai caractère scientifique; car pour un même fait ils peuvent donner lieu à des in erprétations infiniment variées. Dans nos humeurs existent des acides, des alcalis, des chlorures alcalins, substances qui jouissent de propriétés antagonistes ou qui sont susceptibles de devenir les dissolvants chimiques de presque tous les agents médicamen teux. Avec ces ressources, un chimiste un peu ingénieux ne sera jamais à bout d'explications; il pourra se placer aux points de vue les plus opposés; car il aura toujours sous la main, dans un cas pressant, de quoi se tirer d'affaire. Nous dirions volontiers pour caractériser ces tentatives modernes: c'est ici de la thérapeutique de probabilité.

Si nous avons passé rapidement sur le système et les théories de M. Mialhe, c'est que nous désirons insister d'une manière spéciale sur la partie pratique de son ouvrage. Ici, en effet, nous allons trouver une foule de données importantes par leur nouveauté ou leur justesse. Nous allons essayer d'en donner un résumé rapide, en nous bornant toutefois aux faits essentiels.

Les recherches de M. Mialhe sur les composés de mercure employés en médecine ont modifié, comme on le sait, toute la médication mercurielle; c'est donc ici le lieu de donner une idée rapide de l'ensemble des opinions qu'il a émises sur cet important sujet.

Le point de départ de M. Mialhe est celui-ci : *l'agent essentiel des propriétés thérapeutiques de tous les médicaments mercuriaux, c'est le sublimé corrosif.* D'après ses expériences, toutes les préparations de mercure ingérées dans l'économie se changent en sublimé corrosif, lequel, en se combinant avec les chlorures alcalins contenus dans le sang, constitue un composé éminemment soluble et susceptible de parcourir sans altération tout le cercle circulatoire. Le mercure métallique, le calomel, les iodures de mercure, etc., au contact des liquides chlorurés existant dans le tube digestif, se transforment en bichlorure; mais la quantité de sublimé qui prend naissance avec les différents composés de mercure n'est point la même pour chacun d'eux, et en déterminant par l'expérience les quantités relatives de sublimé que produisent sous l'influence des chlorures alcalins les différentes préparations mercurielles, M. Mialhe a été conduit à fixer l'ordre d'activité thérapeutique de chacun de ces composés.

C'est ainsi qu'il a signalé ce fait important et à peu près méconnu jusqu'ici, que les protosels de mercure sont beaucoup moins actifs que les deutosels. Tous les sels solubles ou insolubles de deutoxyde de mercure constituent, d'après lui, des agents héroïques, tandis que les sels de protoxyde présentent une activité bien moindre et sont même à peu près inoffensifs. Ces derniers n'agissent qu'en raison de la faible quantité de bichlorure de mercure qu'ils peuvent produire dans l'économie; le calomel lui-même devrait toute son influence thérapeutique à sa transformation partielle en sublimé. Cette dernière opinion a trouvé beaucoup de contradicteurs; cependant, lorsqu'on se rappelle combien est variable, incertaine, infidèle, l'action de ce composé, surtout lorsqu'on prend en considération l'ensemble des faits et des expériences qui ont amené l'auteur à cette conclusion si paradoxale en apparence, il est difficile de ne pas se sentir entraîné.

Quoi qu'il en soit, voici suivant quel ordre d'activité thérapeutique M. Mialhe a rangé les préparations mercurielles. En première ligne, le bichlorure, qui représente l'agent essentiel de la médication mercurielle et qui, dans tous les cas, peut suppléer tous les autres composés; en seconde ligne, le biiodure; ensuite et dans le même ordre, l'oxyde rouge, le protochlorure obtenu par précipitation, le protochlorure obtenu par sublimation, le proto-iodure, et enfin le mercure métallique (non mélangé d'oxyde).

D'après les indications expérimentales qui précèdent, M. Mialhe nous présente, dans son ouvrage, un tableau de doses auquelles il faut administrer les mercuriaux pour en retirer tout l'effet thérapeutique; il donne aussi des indications importantes sur leur mode d'administration. Il s'élève avec raison contre l'usage d'administrer le bichlorure sous forme pilulaire, allié avec des substances capables d'en altérer la nature, telles que le gluten, les extraits végétaux, mélange que l'on effectue journellement dans le but de *dulcifier* le sublimé, selon l'expression consacrée. Le sublimé, dit avec raison l'auteur, est aux préparations mercurielles ce que la quinine est à l'écorce du quinquina. Que dirait-on de celui qui, sous le prétexte de dulcifier la quinine, irait la mélanger de nouveau avec le résidu inerte d'où elle a été péniblement retirée? Or n'est-ce point agir ainsi que d'unir l'agent essentiel de la médication mercurielle avec des produits inertes susceptibles de l'altérer chimiquement ou d'en changer les propriétés thérapeutiques. Il faut convenir que la défaveur dans laquelle est tombé depuis quelque temps le sublimé est tout à fait injuste; car il est incontestable, ainsi que M. Devergie le faisait remarquer dernièrement dans le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, que l'administration du sublimé à petites doses associé seulement à l'opium, peut être prolongée des mois entiers sans compromettre en rien la santé.

Les résultats auxquels M. Mialhe a été conduit dans l'examen thérapeutique des *ferrugineux* ne sont ni moins nets, ni moins nouveaux. Ses remarques nous semblent devoir mettre un terme aux interminables discussions sur la valeur relative des diverses préparations martiales, et faire justice de ces discussions insignifiantes sur l'état d'oxydation du métal le plus convenable pour l'effet thérapeutique.

M. Mialhe commence par établir que toute préparation martiale, pour jouir d'une efficacité thérapeutique réelle, doit rester dans l'économie un certain temps et ne pas en être immédiatement éliminée par les urines. Or la condition indispensable pour qu'elle séjourne dans l'économie, c'est que l'oxyde de fer que cette préparation contient soit précipitable par les alcalis de nos humeurs. Une fois précipité ainsi au sein de nos liquides, l'oxyde de fer se maintient nécessairement dans l'économie, et peut y jouer le rôle thérapeutique qui lui est propre. Ce fait éclaire tout d'un coup une partie de la question. On voit que les composés ferrugineux dont l'oxyde n'est pas précipitable par les alcalis, tels que le cyanure de potassium et de fer, le sulfo-cyanure de potassium et de fer sont des composés thérapeutiquement inactifs. On sait en effet que ces composés, ingérés dans l'estomac, se retrouvent dans les urines très-peu de temps après l'ingestion.

Maintenant est-ce aux sels de protoxyde ou aux sels de sesquioxyde qu'il faut donner la préférence dans le traitement par les ferrugineux?

M. Mialhe démontre que le sesquioxyde de fer est l'agent thérapeutique actif dans les préparations martiales; nous ne le suivrons pas dans cette démonstration chimique qui nous paraît irrécusable. Mais de ce que le sesquioxyde de fer est l'agent essentiel de la médication ferrugineuse, faut-il conclure que les préparations de fer à base de sesquioxyde doivent être seules employées et que l'on doit proscrire les préparations à base de protoxyde? Évidemment non. L'usage de l'une ou de l'autre de ces deux classes de sels doit amener au même résultat thérapeutique; car le protoxyde de fer, se trouvant dans l'économie en contact incessant avec l'oxygène, doit se transformer en sesquioxyde. Seulement, quand on donne la préférence aux sels de sesquioxyde et que l'on emploie un composé insoluble, il faut employer une dose plus considérable du médicament et en prolonger plus longtemps l'usage que si on employait une préparation insoluble de protoxyde. Les chimistes aperçoivent bien vite la cause de cette différence: c'est que le sesquioxyde de fer exige, pour se combiner avec les acides de l'économie et pour passer à l'état de sel une quantité plus considérable de ces acides que n'en exigerait le protoxyde. C'est ici une application intéressante des faits généraux de la chimie.

Des faits précédents M. Mialhe tire cette conclusion générale : toutes les préparations martiales, *qu'elles soient à base de protoxyde ou à base de sesquioxyde*, quand elles sont solubles ou qu'elles peuvent le devenir sous l'influence des acides contenus dans l'estomac, toutes ces préparations peuvent être avantageusement employées dans le traitement des maladies qui réclament l'usage du fer, si *l'oxyde de fer qu'elles renferment est précipitable par les alcalis du sang.*

A cette conclusion générale M. Mialhe ajoute quelques remarques particulières que nous devons reproduire.

D'après lui, parmi les composés de fer insolubles usités en médecine, le fer métallique et le carbonate de protoxyde tiennent le premier rang pour l'activité; viennent ensuite l'éthiops martial préparé par voie humide, le safran de mars obtenu à l'aide des carbonates, le peroxyde de fer hydraté.

Les préparations martiales solubles sont incomparablement plus actives que les préparations martiales insolubles.

Parmi les composés solubles, ceux qui sont à la fois les moins sapides, les plus riches en fer, le plus complétement absorbables, doivent toujours être préférées; et, à ce titre, aucune préparation de fer ne peut être mise en ligne avec *le tartrate de potasse et de peroxyde de fer.*

On trouvera encore dans le livre de M. Mialhe des observations très-intéressantes sur les antimoniaux usités en médecine.

On connaît la discordance singulière des résultats fournis par l'essai thérapeutique des antimoniaux. Les observations de M. Mialhe nous semblent devoir régulariser d'une manière à peu près complète cette médication importante.

D'après ses expériences, l'oxyde d'antimoine hydraté est très-sensiblement soluble dans les liquides du canal digestif, et c'est seulement à la portion d'oxyde d'antimoine qui entre en dissolution dans l'économie, qu'il faut rapporter l'action médicale des différents composés d'antimoine. Sous ce rapport, le tartre émétique, composé éminemment soluble, ne peut être mis en discussion; aussi tous les praticiens sont d'accord sur la nature de ses effets, et la question sous ce rapport est jugée. Mais la diversité des opinions se remarque surtout pour ce qui concerne l'administration du kermès, et

c'est ce médicament précieux qui a surtout fixé l'attention de M. Mialhe.

En soumettant à l'examen chimique des kermès provenant de modes de préparation différents et répandus dans l'usage médical, il a reconnu que la proportion d'hydrate de protoxyde d'antimoine, composé auquel il rapporte toute l'activité thérapeutique des kermès, est très-différente dans chacun d'eux. « Restait à savoir, ajoute l'auteur, si, comme tout le faisait pressentir, les kermès, qui cédaient le plus d'oxyde antimonique à l'eau faiblement acidulée, étaient réellement les plus actifs. A cet effet, j'ai désigné par les quatre premières lettres de l'alphabet, quatre échantillons de kermès dont la constitution chimique m'était connue, désignant par A le kermès que je considérais comme devant être le plus actif, par B celui qui se plaçait après, et ainsi de suite pour les deux autres; et j'ai remis ces quatre kermès à M. Trousseau avec prière d'en examiner l'action dans l'économie vivante. Voici quel fut le résultat de son expérimentation : le kermès A fait horriblement vomir; le kermès B est vomitif, mais à un degré moindre; le kermès C est presque sans action; le kermès D est tout à fait sans effet. Or le kermès A avait été préparé par la méthode de Clusel, le kermès B par le procédé de J. Pessina, le kermès C par la méthode de Thierry, et le kermès D était un kermès commercial de qualité inférieure.

» Il suit de ces faits que les kermès les plus actifs sont ceux qui sont préparés par la voie humide, parce qu'ils contiennent le plus de protoxyde d'antimoine hydraté, et parce qu'ils sont alors plus facilement attaquables par les acides de suc gastrique et les alcalis intestinaux (l'oxyde d'antimoine se dissout également dans les alcalis et dans les acides). Le kermès de Clusel constitue donc la meilleure préparation antimoniale de ce genre. Au contraire, les kermès préparés par voie sèche constituent des agents infidèles. »

Ces observations démontrent que les résultats si divers obtenus dans le traitement des affections de poitrine par ce précieux médicament doivent être rapportés en partie à la nature différente des kermès administrés.

M. Trousseau a observé que l'antimoine à l'état métallique et simplement porphyrisé présente une action irritante locale tout aussi énergique que celle de l'émétique. Ce fait porterait à penser que l'action médicale des antimoniaux ne peut être en raison directe de leur solubilité. M. Mialhe démontre cependant par l'expérience que cette anomalie n'est qu'apparente. En abandonnant de l'antimoine métallique divisé à l'action de l'air humide, il a reconnu que le métal ne tarde pas à passer en partie à l'état de protoxyde, et que l'oxyde qui se forme alors se trouve à l'état d'hydrate, c'est-à-dire dans l'état le plus convenable pour être aisément attaqué par les dissolvants humoriques. De plus, ayant traité par de l'eau faiblement acidulée, comme l'est celle qui existe dans le suc gastrique, parties égales en poids d'antimoine métallique et de protoxyde ordinaire, il a reconnu que la proportion de sel antimonique produite avec le métal est incomparablement plus grande qu'avec l'oxyde.

Nous pensons en conséquence qu'il serait difficile de trouver une exception bien constatée à la regle générale qu'établit M. Mialhe, en disant : *L'action des préparations stibiées est en raison directe de leur solubilité ou de leur aptitude à acquérir de la solubilité, à la faveur des agents dissolvants que nos humeurs renferment.*

D'après ses recherches, l'auteur classe dans l'ordre suivant les préparations antimoniales, sous le rapport de l'énergie de leur irritation locale : au premier rang l'émétique, ensuite le kermès de Clusel; après eux les combinaison de l'oxyde d'antimoine avec la potasse, la poudre d'algaroth; enfin, et dans le même ordre, la protoxyde d'antimoine, l'acide antimonieux et l'acide antimonique; c'est à peu de chose près l'ordre indiqué par M. Trousseau dans son TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

M. Mialhe a fait dans son ouvrage diverses remarques intéressantes sur l'argent et sur la cause de la coloration en noir des téguments sous l'influence de l'administration de ce métal. Mais il présente, au sujet de l'emploi médical de l'or, quelques observations à l'égard desquelles il importe de faire des réserves. Se fondant sur le fait de l'insolubilité de l'or métallique dans tous les liquides de l'économie, il refuse à ce corps employé *sous forme métallique* toute espèce d'action thérapeutique. Il est difficile cependant de contester l'efficacité de l'or métallique dans les traitements antisyphilitiques et antiscrofuleux. C'est le premier médicament que Chrestien employa dans ses intéressantes recherches, et il figure aujourd'hui, dans la pratique des médecins du midi de la France, au même titre et avec le même succès que les oxydes et les chlorures d'or. D'ailleurs, disons-le en passant, l'insuccès que quelques expérimentateurs ont éprouvé, dans l'essai des propriétés thérapeutiques des composés de l'or, tient à quelques causes qu'il serait facile, mais peut-être inopportun de signaler ici.

Nous dirons aussi quelques mots de la critique intéressante de M. Mialhe à propos des alcalis végétaux. Ses remarques sur l'absorption de ces substances et sur l'efficacité de leur administration par la méthode endermique nous semblent donner un exemple curieux et instructif à la fois de l'importance que présente, pour l'administration des médicaments, la connaissance préalable des réactions chimiques qu'ils doivent provoquer dans l'économie.

M. Mialhe établit d'abord que la condition la meilleure pour que l'effet des alcalis végétaux se manifeste dans son entier, c'est de les administrer à l'état de sel, et plutôt à l'état de sel acide qu'à celui de sel neutre. La raison de ce fait, c'est que les alcalis végétaux sont insolubles dans l'eau, et très-solubles, au contraire, dans des proportions très-faibles d'acide. Ce fait, du reste, est depuis longtemps passé dans la pratique; mais ce qui résulte surtout de cette remarque, c'est que le seul mode d'administration efficace des alcalis végétaux, c'est leur administration par la bouche. Employés en lavement, leur absorption ne saurait s'effectuer, attendu que le suc intestinal, naturellement alcalin, précipiterait la base organique du sel administré. Si l'expérience clinique a démontré le contraire pour la morphine, c'est que cette base végétale, contrairement à toutes les autres, est soluble dans les alcalis comme dans les acides, et qu'elle est par conséquent absorbable dans toute l'étendue du canal digestif. Remarquons cependant qu'on peut arriver, dans tous les cas, à administrer ainsi ces composés si l'on acidifie le sel organique.

L'emploi des alcalis végétaux par la méthode endermique est-il rationnel? Il suffit, pour résoudre cette question, de consulter les propriétés chimiques de ces médicaments. Or la quinine, la vératrine, la strychnine, sont à peu près insolubles dans les liqueurs alcalines contenues dans le sérum du sang, tandis que la morphine s'y dissout sans peine. On voit par là que la morphine, employée par la méthode endermique, doit être absorbée. Et c'est à raison de ce fait que l'on apaise si aisément les douleurs en saupoudrant les vésicatoires d'un sel de morphine. Au contraire la quinine, la strychnine, la vératrine, doivent être très-difficilement absorbées par la méthode endermique. En effet, lorsqu'un sel de cette nature insoluble dans les liqueurs alcalines, par exemple, le sulfate de quinine, est appliqué sur la peau privée de son épiderme, il l'imprègne d'abord, puis, par un phénomène d'imbibition, il est peu à peu absorbé; mais pendant cette absorption lente, les carbonates alcalins du sang décomposent le sel quininique et en précipitent la base végétale avant qu'il ait pu entrer dans la grande circulation. La proportion de quinine qui peut arriver dans la circulation générale après cette décomposition est donc extrêmement faible, et nous pensons avec M. Mialhe que l'administration endermique des alcalis végétaux, et spécialement de la quinine, est une méthode vicieuse, surtout si l'on considère qu'il n'existe pas peut-être un fait bien avéré dans lequel un sel de quinine acide n'ait pu être administré par la bouche ou par l'anus.

Dans cette revue nécessairement incomplète des résultats nouveaux dont M. Mialhe a enrichi la thérapeutique, nous sommes obligé de négliger un grand nombre d'indications importantes, et de renvoyer les lecteurs à l'ouvrage même pour des développements plus étendus. C'est ainsi que nous signalerons l'examen thérapeutique des caustiques, dans lequel M. Mialhe a établi entre les caustiques coagulants et les caustiques fluidifiants des distinctions très-rationnelles. Ses remarques à cet égard seront consultées avec beaucoup d'avantage par les chirurgiens dans les cas nombreux où la nature du caustique à employer laisse une incertitude que l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale est loin de pouvoir dissiper; telles sont encore ses observations sur le soufre, où, contrairement aux récentes assertions de MM. Millon et Laveran, il démontre l'absorption du soufre dans le traitement des maladies cutanées, et modifie, suivant ce principe, l'administration des médicaments sulfureux. Ses observations et ses expériences sur la magnésie seront également lues avec intérêt. M. Mialhe a modifié très-heureusement l'administration de la magnésie décarbonatée; et il a réussi à répandre l'usage de ce purgatif commode.

A cette étude spéciale des divers agents médicamenteux M. Mialhe a joint, comme une sorte d'appendice, un assez grand nombre d'observations de thérapeutique générale. Nous insisterons d'une manière toute particulière sur les faits et les vues qu'il développe dans cette partie de son livre, parce qu'elle nous semble caractériser d'une manière beaucoup plus nette que tout ce qui précède, dans quelle voie l'auteur essaye d'engager la thérapeutique, et de quelle lumière il prétend à l'avenir en éclairer les faits.

Pour éviter les longueurs, nous présenterons sous forme de traits détachés celles de ses remarques qui, dans ce but particulier, nous ont paru dignes d'être mises plus particulièrement en relief.

ACCUMULATION DES MÉDICAMENTS DANS L'ÉCONOMIE. — « Quand un composé médicamenteux insoluble, dit M. Mialhe, est introduit dans l'économie et qu'il ne peut être dissous en totalité au moyen des agents dissolvants contenus dans les liquides gastriques et intestinaux, la portion insoluble de ce corps ou la totalité insoluble parcourt toute la longueur du tube digestif et arrive dans les fèces avec lesquelles elle est ex-

» pulsée, ou bien au contraire elle s'arrête dans son cours, se loge dans » quelques replis de la muqueuse des voies digestives où elle séjourne » un temps plus ou moins long. C'est là ce que j'appelle *accumulation des » médicaments.*

» L'usage inconsidéré de la magnésie caustique a donné lieu, dans l'estomac d'un goutteux, à une incrustation magnésienne des plus remar- » quables. Les préparations de fer non solubles, et notamment le sous- » carbonate de peroxyde, administrées à de trop hautes doses, donnent » très-souvent lieu à des concrétions lithoïdes intestinales.

» Quelquefois même les accumulations peuvent s'effectuer immédiate- » ment par la trop grande quantité du médicament administré; mais ces » matières insolubles ainsi accumulées ne présentent pas toutes les mêmes » dangers : celles qui sont inattaquables par les humeurs vitales n'agissent » sur les surfaces avec lesquelles elles sont en contact qu'à la manière des » corps étrangers, c'est-à-dire en déterminant de l'irritation et des symp- » tômes d'inflammation ; tandis que les matières susceptibles de devenir » solubles, par suite d'un changement dans la quantité ou dans la compo- » sition des humeurs viscérales, peuvent prendre des propriétés actives » souvent toxiques, et par leur absorption déterminer des accidents graves, » même mortels.

» C'est ainsi que le calomel, administré à haute dose dans le but d'une » purgation, ne tarde pas quelquefois à faire déclarer les symptômes du » ptyalisme, et à attaquer profondément l'économie.

» De même le sulfate de quinine basique ou officinal, administré à la » dose de plusieurs grammes par jour, et ne produisant dans les premiers » moments aucun effet physiologique extraordinaire, a donné lieu tout » à coup à des accidents d'intoxication qui se sont terminés par la mort.

» Quelques verres de limonade tartrique ont déterminé une action vomi- » tive et la diarrhée chez un malade qui avait pris quelques jours aupara- » vant du protoxyde d'antimoine. Est-il nécessaire d'ajouter que c'est au » tartrate antimonique produit que cette double action thérapeutique peut » être rapportée ? De l'eau iodée, administrée à un dartreux peu de temps » après la cessation d'un traitement dépuratif ayan. le calomel pour base, a » donné lieu à une salivation des plus abondantes, effet produit par le bio- » dure de mercure auquel l'eau iodée avait donné naissance en réagissant » sur le protochlorure de mercure existant encore dans l'économie. »

Association des médicaments. — L'expérience enseigne que lorsqu'on administre plusieurs médicaments à la fois, l'un d'eux accroît l'activité de l'autre, ou bien le mélange annihile ou détruit leurs propriétés réciproques. M. Mialhe donne la raison de quelques-uns de ces faits bien connus des praticiens.

Dans le premier cas, voici comment il explique ce résultat en raisonnant sur quelques exemples.

L'action purgative des résines et des huiles est augmentée lorsqu'on les associe avec un peu de magnésie. Cela tient à ce que la magnésie, outre son action purgative propre, a pour effet de saturer les acides de l'estomac. Sans cette circonstance, entraînés avec les résines dans l'intestin, ces acides iraient saturer en pure perte pour l'action médicale, les alcalis du tube intestinal qui servent, comme on le sait, en émulsionnant ces résines, à en provoquer l'absorption.

Valisnieri et M. Bretonneau ont fait voir qu'en associant certains purgatifs à petite dose, par exemple le calomel et le jalap, on obtient un effet beaucoup plus prononcé que si on les administrait isolément, même à très-haute dose. Voici l'explication que donne l'auteur de ce fait bien constaté par l'observation clinique. La plupart des purgatifs ont besoin d'un dissolvant spécial pour exercer leur action. Toutes les fois donc que l'on associe deux purgatifs qui ne s'adressent pas au même agent dissolvant, l'action purgative est portée à son maximum. Tel est le cas du calomel et du jalap ; car l'un a besoin, pour se dissoudre, de l'intervention des chlorures alcalins ; l'autre du concours des alcalis. A dose plus élevée, l'action de ces purgatifs employés isolément serait plus faible, parce qu'il n'existerait pas dans le tube digestif une quantité de dissolvant suffisante pour les influencer.

Pour le second cas, c'est-à-dire pour le cas où le mélange des médicaments contrarie leur action respective, voici ce que dit M. Mialhe : « Tantôt » une seule des substances est seule dissoute en totalité, et l'autre seule- » ment en partie : tel est le cas du carbonate de chaux prescrit à une » dose un peu élevée, concurremment avec le carbonate de magnésie ; le » carbonate de chaux est seul dissous en totalité, l'oxyde de calcium étant » plus basique que celui de magnesium. Tel est encore le cas de l'associa- » tion de la magnésie et du sous-nitrate de bismuth : ici l'oxyde de magne- » sium est seul complétement dissous.

» Tantôt une seule des substances médicamenteuses est presque exclusi- » vement attaquée, l'autre ne l'étant que peu ou point ; c'est ce qui arrive » lorsqu'on administre ensemble une faible dose de quinine ou de sulfate » de quinine avec une forte dose de magnésie libre ou carbonatée ; cette » dernière, épuisant à elle seule l'action dissolvante des acides gastriques » est seule dissoute. La même chose se présente quand on donne à la fois » l'oxyde de bismuth à petite dose et la magnésie à haute dose ; c'est en- » core l'oxyde de magnesium, qui seul éprouve le phénomène de la disso- » tion. »

Administration des médicaments à doses fractionnées. — Les agents chimiques destinés à influencer les médicaments de manière à rendre leur absorption possible n'existant dans les liquides animaux qu'en proportion assez faible, il en résulte que la quantité d'un médicament insoluble qui peut se dissoudre en un temps donné est peu considérable et n'est nullement en rapport avec la dose administrée d'un seul coup ; mais si, au lieu d'administrer à la fois la dose entière, on la partage en un certain nombre de doses beaucoup plus faibles, prises à un certain intervalle, l'action chimique qui doit en provoquer la dissolution s'établit d'une manière bien plus efficace. Ainsi 4 grammes de limaille de fer administrés d'une seule fois ne triomphent souvent de la chlorose qu'après plusieurs mois de traitement, tandis qu'un gramme de métal seulement, prescrit à doses fractionnées, amène la guérison beaucoup plus vite.

Un gramme de kermès quelquefois ne détermine pas de vomissements, ou ne provoque qu'un effet hyposthénisant à peine sensible, tandis qu'une dose moitié moindre, fractionnée, produit toujours un effet hyposthénisant des plus marqués, etc.

Influence de la proportion d'eau ingérée sur l'action des médicaments. « La proportion d'eau introduite dans l'estomac avant, pendant » ou après l'administration des médicaments actifs par eux-mêmes, c'est- » à-dire solubles sans aucune intervention chimique, influe assez peu sur » leur résultat thérapeutique ; mais il n'en est pas de même des médica- » ments, qui ne deviennent actifs qu'avec la participation d'un ou plusieurs » dissolvants interviscéraux. L'influence de la proportion d'eau ingérée est » alors des plus remarquables et peut être formulée ainsi :

» L'action des médicaments insolubles est d'autant plus grande que la » proportion d'eau ingérée est moindre.

» Fait clinique dont la chimie, je ne crains pas de le dire, donne une ex- » plication à l'abri de tout reproche.

» Elle nous apprend, en effet, que les corps qui, pour devenir solubles, » ont besoin d'éprouver une réaction chimique, se dissolvent en général » avec d'autant plus de promptitude et en proportion d'autant plus grande » que les réactifs à l'action desquels on les soumet sont moins étendus » d'eau. »

Suivent les faits thérapeutiques qui viennent à l'appui de ce principe assez inattendu.

Nous bornerons là ces citations ; elle suffisent à caractériser dans leur application pratique les tendances de la thérapeutique nouvelle que l'auteur essaye d'inaugurer. On voit assez quelles importantes ressources M. Mialhe a su tirer de l'application des faits chimiques aux divers modes d'administration des médicaments. Jusqu'ici les thérapeutistes s'étaient inquiétés des propriétés chimiques des agents médicamenteux, mais seulement jusqu'au moment de leur administration. Personne aussi bien que lui n'avait poursuivi leurs réactions dans les cavités viscérales et surtout personne n'avait encore soupçonné toute l'étendue des services que la science et la pratique médicale pouvaient espérer de ces études. La route que M. Mialhe essaye d'ouvrir à la thérapeutique est donc toute nouvelle, et il nous semble que les premiers pas qu'il y a faits sont pour l'avenir la garantie de légitimes espérances.

En résumé, si l'on met de côté ses prétentions de théorie et de système sur lesquelles nous nous sommes librement exprimé, il nous semble que l'auteur du Traité de l'art de formuler a droit à tous les éloges pour les données essentiellement nouvelles qu'il a introduites dans la pratique médicale. Il a éclairé d'une lumière incontestable le mécanisme physiologique de l'absorption. Par une application de faits chimiques pleine d'originalité, il a saisi dans quelques cas le mode d'action des médicaments et fait disparaître un certain nombre de ces faits singuliers, contradictoires, qui faisaient d'une partie de la thérapeutique une science d'un empirisme plus ou moins judicieux. Il a imaginé de nouveaux médicaments et trouvé pour les remèdes usités de nouvelles formes d'administration ; il a substitué à des formules incorrectes des prescriptions fondées sur des principes plus rigoureux ; c'est par ce côté éminemment pratique que son ouvrage est destiné à se placer au rang de nos productions modernes les plus méritantes et les plus utiles.

Dr Figuier.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

QUESTION DE L'ANTAGONISME (1).

Dans le cours de l'année qui vient de s'écouler, divers écrits ont été publiés sur la question de l'antagonisme. Presque tous contiennent des faits en opposition avec l'application que M. Boudin a voulu faire à la pathologie des pays marécageux du principe qu'il prétend avoir découvert, affirmant que les modifications miasmatiques agissent sur l'économie, de manière à prévenir le développement de la phthisie pulmonaire ou à en arrêter la marche lorsqu'elle est développée. Le docteur Scheidel a rendu compte d'un voyage qu'il a fait dans le but de s'assurer si les faits avancés par M. Schœnlein et cités par M. Boudin, sur la rareté de la phthisie pulmonaire dans la partie basse de la Hollande, étaient exacts, et, sur le témoignage unanime des médecins hollandais, il est revenu convaincu du contraire. Le docteur Charcellay-Lagarde, de Tours, a prouvé que dans cette ville, où les fièvres intermittentes sont nombreuses, la phthisie pulmonaire sévit avec force, et n'est point enrayée dans sa marche par l'action du miasme paludéen. J'ai également publié le résultat de mes recherches sur l'influence du climat de Rochefort sur le développement des maladies de poitrine en général et de la phthisie en particulier. Il se trouve aussi en opposition avec les idées de l'auteur de l'ESSAI DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE. Après un long silence, notre honorable confrère, dans un article qui a paru simultanément dans la GAZETTE MÉDICALE et dans le JOURNAL DE MÉDECINE, annonce que « détourné d'une lutte dans laquelle la faiblesse des objections semblait le » dispenser d'intervenir, il se décide à rentrer dans la lice. »

Le but de M. Boudin dans ce nouvel article, où il dit vouloir apprécier les objections de ses adversaires, est de laisser croire qu'ils n'ont pas compris le problème qu'il s'était proposé de résoudre, et qu'ils ont présenté des arguments sans rapport avec la question en litige. « Je ne cesse de répéter » depuis trois ans, dit-il, qu'il ne peut être question, qu'il ne s'est jamais » agi de je ne sais quel antagonisme entre la phthisie et la fièvre intermittente; qu'une telle proposition serait insoutenable, absurde, etc. » Ce reproche n'est pas fondé, car c'est bien M. Boudin qui, en 1842 et 1843 (ESSAI DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE), définissait ainsi ce qu'il entendait par antagonisme : « Nous conserverons le nom de loi d'antagonisme géographique dont nous nous sommes servi dans un autre travail (TRAITÉ DES » FIÈVRES INTERMITTENTES) pour désigner le principe en vertu duquel il y » a, en raison de l'endémicité même de certaines manifestations pathologiques, incompatibilité plus ou moins absolue de coexistence pour un » autre ordre de formes morbides. »

Cette définition, appliquée aux maladies dont il est question, veut bien dire que partout où les fièvres intermittentes sont endémiques, il y a incompatibilité plus ou moins absolue d'existence pour la phthisie, et les adversaires des opinions de M. Boudin ont donc eu raison de lui opposer le nombre des cas de fièvres intermittentes et de phthisie qui existent simultanément dans les lieux marécageux qu'ils habitent, comme un argument victorieux. Il est vrai que plus tard, modifiant sa première définition, il a dit, dans son mémoire inséré aux ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE de janvier 1845, que pour qu'il y ait immunité, « il faut que les » miasmes paludéens agissent d'une manière profonde et prolongée, et » qu'ils produisent dans l'organisme certains états, certaines diathèses qui » lui donnent une immunité contre la tuberculisation. » Il serait à désirer que M. Boudin voulût bien faire connaître cet état particulier qui doit préserver ou guérir de la phthisie.

Est-ce, ainsi qu'il l'avait supposé d'abord, celui qui se manifeste lorsque le miasme paludéen se dégage, et qu'il révèle son action pathologique par la forme morbide la plus commune, la fièvre intermittente? Non, car après avoir cité, dans son ESSAI SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES, l'exemple d'un malade atteint d'une affection grave et rebelle du poumon qui guérit à Hières pendant que deux dames qui l'accompagnaient contractaient la fièvre, il dit dans sa dernière note : « Voudrait-on prouver par hasard que » l'homme qui, pour avoir passé quelques minutes sur les bords d'un marais, y aura contracté une fièvre intermittente, n'est point pour cela à » l'abri de la phthisie pulmonaire? Mais personne n'a jamais songé à soutenir une thèse aussi singulière, etc. »

Serait-ce l'état de chloro-anémie qui succède si fréquemment aux fièvres intermittentes graves ou chroniques? Cela paraît peu probable quand on se rappelle ce qu'ont écrit la plupart des médecins modernes sur la fâcheuse influence de cet état relativement au développement des tubercules.

Serait-ce enfin celui où se trouve la population de Couloutre, pays où, d'après M. de Crozant, la phthisie est inconnue, et qu'il décrit ainsi : « Tous » les habitants, enfants et adultes, sont pâles, cachectiques, infiltrés, vieillis » avant l'âge, affectés d'hydropisies de toutes sortes, qu'augmentent singulièrement l'habitude qu'ils ont de se faire saigner fréquemment; leur » rate est hypertrophiée, le foie engorgé; le scorbut, les scrofules viennent » souvent ajouter à la laideur du tableau que présentent ces paysans; ils » ont les jambes couvertes d'ulcères; ils sont lourds, indolents, et la misère, » suite inévitable de leur paresse maladive, les cloue jusqu'à la mort dans » cet affreux état de souffrance. C'est la fièvre intermittente seule qui les » jette dans cet état de marasme et de langueur; c'est à peine si l'on rencontre chez eux quelques autres maladies. » Nous ne le pensons pas, et il est peu probable que pas un seul tuberculeux soit tenté de s'en assurer, si surtout on lui fait lire le paragraphe qui précède celui que je viens de rapporter, où le même médecin dit : « La vie est impossible dans cette contrée, et toujours le chiffre de la mortalité l'emporte sur celui de la naissance; aussi n'y voit-on pas de vieillards. Presque tous les habitants sont » des hommes étrangers à la commune, et qui y sont attirés par le prix » plus faible des terres. »

En 1846 M. Boudin généralise davantage sa pensée; il annonce qu'il entend par antagonisme ce principe en vertu duquel certains états, certaines diathèses confèrent à l'organisme une immunité plus ou moins prononcée contre un ordre donné de manifestations pathologiques, et qu'on ne peut nier la vérité de ce principe; mais personne, je le pense, n'est tenté de le faire. Les médecins de tous les temps l'ont reconnu, et y rentrer

(1) Réflexions sur la dernière note de M. le docteur BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles; par M. LEFÈVRE, deuxième médecin en chef de la marine, à Rochefort. — Notre impartialité nous fait un devoir d'accueillir l'article de M. Lefèvre, comme nous avions accueilli celui de M. Boudin, n'ayant dans cette intéressante question d'autre intérêt à défendre que celui de la vérité, nos lecteurs nous sauront gré de faire passer sous leurs yeux les pièces les plus importantes de ce procès, qui est toujours pendant et à l'ordre du jour. (NOTE DU RÉD.)

Feuilleton.

LETTRES DE GUI PATIN (1).

Il n'est pas inutile, pour se faire une juste idée des grandes existences de la première moitié du dix-septième siècle, à laquelle appartient Gui Patin, de tenir compte, non-seulement des faits et des usages contemporains, mais encore du mouvement social des siècles précédents. Or tout le monde sait comment, à la renaissance, l'Europe s'est trouvée immédiatement en possession des monuments scientifiques et littéraires les plus importants de l'antiquité. Des matériaux considérables furent livrés d'un seul coup à la curiosité de l'esprit humain. Ces matériaux, par cela même qu'ils arrivaient tout élaborés, constituaient comme autant de problèmes, à termes formulés d'avance et sur lesquels la science se trouvait presque inopinément appelée à prononcer. C'en est assez pour comprendre comment, d'une part, elle eut si promptement devant elle un champ assez vaste de croyances ou d'investigations, et d'autre part elle se jeta tout de suite dans la controverse. Mais ce champ, malgré son étendue, n'en était pas moins d'une seule pièce, et il fallut encore bien du temps pour amener une division tranchée entre ses différentes parties. Cependant, à la longue, les progrès de l'esprit philosophique, en ouvrant hardiment la voie à la recherche et à l'examen, et étendant de plus en plus l'arbre des connaissances humaines, finirent par nécessiter un classement de ses branches principales. Alors on ne vit plus seulement des *savants*, mais des théologiens, des physiciens, des mathématiciens, etc. Enfin, l'extension toujours croissante de chaque branche en particulier et d'autres raisons encore donnèrent lieu à des subdivisions secondaires, et l'on vit naître les *spécialités*.

Ces considérations permettront de mieux saisir la physionomie de Gui Patin, en le faisant voir, pour ainsi parler, sous le jour de l'époque où il a vécu. Gui Patin florissait vers le milieu du dix-septième siècle. Bacon avait ouvert aux sciences la route expérimentale. Descartes portait dans le monde intérieur et le monde extérieur la lumière du doute, et donnait lui-même de magnifiques témoignages de la puissance de sa méthode. La science commençait à se reconnaître, à sentir sa force, à compter et à classer ses richesses. Un savant, quel qu'il fût, médecin, théologien, géomètre, philosophe, n'était pas, comme aujourd'hui, absolument enfermé dans un cercle d'études spéciales. Sans embrasser à la fois tout le faisceau, alors trop considérable, des connaissances humaines, il n'était néanmoins étranger à aucune de ses parties principales : histoire, philosophie, arts, littérature, science, physique, l'occupaient à la fois, suivant la mesure de son esprit et de ses loisirs. Alors aussi, le savant se mêlait volontiers à la vie po-

(1) Nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédées d'une notice biographique, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, etc.; par M. Reveillé-Parise.

pour le défendre, c'est renouveler sur le terrain scientifique, pour me servir des mêmes expressions que M. Boudin, le *combat des moulins à vent*. Je lisais, il y a quelques jours, dans un traité de philosophie médicale publié en 1839 par le docteur Auber, « qu'il est des maladies prophylactiques, et qu'elles arrivent à ce résultat, soit en écartant ou en affaiblissant l'action des causes existantes, *soit en modifiant l'économie et en déterminant en elle la disposition et l'opportunité à recevoir l'influence de la cause morbifique.* »

Ce n'est donc point le principe de l'antagonisme pathologique que l'on attaque, mais les conséquences que M. Boudin veut tirer de son application à la pathologie des lieux paludéens, conséquences qui ne sont point exactes, du moins pour la localité que nous habitons.

M. Boudin déclare qu'il ne veut pas aborder les détails des divers travaux publiés en opposition avec ses idées, rappelant de nouveau « qu'il n'y a pas lieu de réfuter une argumentation sans rapport, selon lui, avec la proposition de pathologie générale qu'il a formulée. Qu'importe en effet, ajoute-t-il, à l'avenir du principe que je défends, qu'à Tours, à Rochefort ou à Amsterdam, les mêmes hôpitaux aient reçu des phthisiques et des fièvres intermittentes, si la communauté d'origine n'est point établie, si les phthisiques n'y ont point subi d'une manière profonde et prolongée l'influence paludéenne, ou si les fièvres intermittentes n'ont pas été contractées dans l'intérieur de la ville ou du quartier qui a donné naissance à la phthisie? » Nous ne rappellerons pas que notre honorable confrère n'était pas aussi sévère dans le choix des faits en faveur de ses opinions, lorsqu'il lui suffisait qu'un malade eût fait un très-court séjour dans un lieu marécageux pour démontrer l'action antituberculeuse du miasme paludéen, et quand il annonçait que la saison des fièvres, dans une localité marécageuse du nord, devait agir plus favorablement et plus efficacement dans un traitement d'une affection de poitrine que les chaleurs du midi; mais nous avouerons que nous comprenons d'autant moins ce dédain pour les faits produits par les adversaires de ses opinions, qu'ils n'ont pas été présentés comme il le dit. Ainsi, pour ceux particuliers au climat de Rochefort, que j'ai cités, je me suis particulièrement attaché, afin qu'on ne m'accusât pas de n'avoir pas compris la pensée de M. Boudin : 1° à transcrire littéralement les conclusions du mémoire qui a été couronné en 1845, par les ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE; 2° à établir que les décès dus à la phthisie, que j'ai constatés dans ma pratique civile, l'avaient été sur des personnes de tout âge et de tout sexe, nées à Rochefort ou l'habitant depuis un grand nombre d'années, et qui avaient par conséquent subi d'une manière profonde et prolongée l'influence paludéenne qui chaque année produit une épidémie de fièvres intermittentes. J'ai eu ce même soin pour les soldats de marine et pour les forçats morts de la phthisie, en indiquant la durée de leur séjour antérieur à Rochefort; et quand je ne l'aurais pas fait, la proportion énorme (un tiers environ) des décès produits par cette maladie sur la portion du 2e régiment de marine qui stationne dans ce port suffirait pour prouver que le grand problème d'hygiène publique que M. Boudin prétend avoir résolu est loin de l'être. (M. Benoiston, de Châteauneuf, évalue à 1 sur 14 la proportion des décès produits par la phthisie dans l'armée française.)

En dépouillant d'anciens registres d'autopsie conservés à l'hôpital de la marine, en rappelant l'opinion des médecins de la flotte qui ont pratiqué leur art dans ce port depuis le commencement du dix-huitième siècle, je suis arrivé à démontrer que les faits récents s'accordent avec les traditions pour prouver que malgré une influence marécageuse très-prononcée qui chaque année donne lieu à l'apparition d'un très-grand nombre de fièvres intermittentes contractées dans l'intérieur de la ville, les maladies de poitrine, loin de se montrer plus rares, viennent en seconde ligne pour le nombre et en première pour la gravité.

Je puis ajouter à ces faits que dans l'année 1845 qui vient de s'écouler, sur 104 décès qui ont eu lieu à l'hôpital de la marine parmi les hommes libres, 73 sont survenus à la suite de malaises des organes pulmonaires, dont 25 phthisies. Le bagne a perdu 56 condamnés, dont 28 de maladies de poitrine, parmi lesquelles 6 phthisies.

Dans la même année l'état civil a enregistré 785 décès, desquels on doit retrancher 32 enfants morts-nés, 33 morts accidentelles et 16 décès étrangers à la localité dont les actes ont dû être enregistrés en vertu des dispositions du Code civil; restant, 704 décès, dont 230 avant l'âge de 15 ans et 474 au-dessus. Les causes de la mortalité dont, à ma demande, on tient note depuis le 1er janvier, ont été les suivantes :

	Au-dessous de 15 ans.	Au-dessus de 15 ans.	Total.
Maladies de poitrine.	43	269	312
Fièvres de diverses natures.	35	60	95
Maladies de l'abdomen.	25	54	79
— de la peau (épidémie de rougeole).	40	3	43
— des centres nerveux.	53	38	91
— de l'appareil circulatoire.	»	12	12
— diverses.	34	38	72
Totaux.	230	474	704

M. Boudin dira peut-être qu'on ne prend pas la peine de démontrer l'origine endémique et commune de ces diverses affections. Mais, en supposant que toutes les maladies de poitrine devenues causes de mort aient pris leur origine hors de Rochefort, il n'en resterait pas moins démontré que l'influence paludéenne qui pèse sur cette ville ne leur a pas été favorable.

A l'objection que nous avions faite aux partisans de l'antagonisme, que les fièvres de marais n'étant que très-rarement causes de mort, on avait tort de mettre en rapport les décès produits par ces maladies avec ceux occasionnés par les affections des organes respiratoires, pour faire apprécier le degré d'influence miasmatique d'une localité, M. Boudin répond qu'il admet le fait, mais seulement dans les lieux où cette influence est peu prononcée. Cependant au Sénégal, où, d'après M. Thévenot, les fièvres intermittentes forment en moyenne la moitié de toutes les maladies, *elles sont généralement peu graves, quoique tout aussi rebelles qu'en France* (MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS). Aux Antilles, où, d'après Levacher (GUIDE MÉDICAL, p. 111), *elles sont de toutes les saisons, attaquent tous les âges et règnent en souveraines*, elles n'enlèvent en moyenne à la Pointe-à-Pitre qu'un malade sur 633 (THÈSE DU DOCTEUR GODINEAU SUR L'HYGIÈNE DES TROUPES AUX ANTILLES FRANÇAISES, Paris, 1644); et au Port-Royal (île Martinique), sur 712 militaires appartenant au 2e régiment d'infanterie de marine, décédés dans l'espace de neuf années, de 1832 à 1840 inclusivement, 17 seulement (1 sur 41) sont morts des suites de fièvres intermittentes (RAPPORT DU DOCTEUR SOUTY, chirurgien-major, en 1840).

Quant au fait de l'augmentation de la phthisie tuberculeuse après le des-

---

litique, plus directement liée qu'aujourd'hui aux spéculations de l'esprit ou aux croyances religieuses. La secousse de la réformation durait encore. Le problème chrétien se confondait encore en grande partie avec le problème social. Il n'y avait pas bien longtemps que les hommes les plus éminents par le savoir, prêtres, magistrats, écrivains, croyaient aux pactes de l'homme avec le démon, aux stryges, aux vampires, aux lamies; qu'un Fernel et un Ambroise Paré attribuaient certaines affections à l'influence de l'esprit malin. Ces doctrines avaient encore, dans la première moitié du dix-septième siècle, beaucoup de partisans, même parmi les médecins. On brûlait Urbain Grandier, on instruisait le procès de Galilée. C'était en outre le temps de la Fronde, temps de despotisme, d'intrigues, de luttes souterraines, de haine, de corruption; — Anne d'Autriche, Richelieu, Mazarin, Retz. — « Retz, dit M. Reveillé-Parise, prêchant la révolte avec une soutane criblée de coups d'épée, appliquant à de grandes choses le génie des petites âmes. » C'était le temps des batailles glorieuses et des glorieux chefs-d'œuvre de l'esprit humain, le temps de Condé, de Turenne, de Vendôme, de Corneille, de Racine et de Molière. Qu'on se figure au milieu de cette société en travail un esprit fin, solide et étendu, avide de tout connaître et apte à tout comprendre, servi par des passions vives, mais aussi par un amour sincère de la vérité; qu'on se le figure mêlé par sa haute position à beaucoup d'hommes et de choses de ce temps-là, observant d'ailleurs curieusement les événements auxquels il reste personnellement étranger, jaloux par-dessus tout de suivre dans toutes les directions le mouvement scientifique, et enfin donnant au jour le jour les nouvelles, grandes ou petites, qu'il vient d'apprendre, ne dissimulant aucune impression, aucune sympathie, aucune colère, le tout dans des lettres confidentielles, exemptes de toute préoccupation de publicité, sans apprêt de style et avec des dates précises; qu'on se figure cet ensemble de circonstances, et l'on comprendra à la fois et l'intérêt qui s'attache à la lecture de ces lettres, et, ce qui vaut mieux encore, les ressources qu'elles peuvent offrir à l'historien. Nulle part peut-être on ne trouverait un tableau plus accidenté, plus complet, plus vrai de la société française au dix-septième siècle. Certains événements y sont relatés avec une minutie de détails ou une ponctualité de lieu et de temps qu'on chercherait vainement dans les histoires les plus exactes. « *Entre autres choses*, je vous dirai que le roi Louis XIII mourut hier (14 mai 1643) à Saint-Germain, entre *deux et trois*. La reine-mère et le nouveau petit roi, Louis XIV, doivent arriver *ce soir* au Louvre..... Le roi est mort *ex lentâ symptomaticâ et abcessu in mesenterio et aliis penè innumeris symptomatibus gravissimis*..... Le corps du feu roi a été ouvert *à dix heures du matin*. On y a trouvé quantité de vers morts, un grand ulcère dans le mésentère, un gros abcès sous le foie, un autre dans la poitrine au-dessus du poumon, beaucoup de désordre dans l'estomac. » On sait par les LETTRES que le 24 mai 1642, M. le cardinal, alors devant Narbonne, était au lit, *malade de son bras*, et à cette occasion l'érudit auteur exhume de Pline une toute petite phrase sur un *mal charbonneux propre à la province de Narbonne*.—Descartes est mort à Stockholm, *d'une fièvre chaude*, le 11 février 1650. — Le 5 octobre 1640, *au matin*, Riolan s'est fait tirer une grosse pierre de la vessie; il a quitté la reine-mère à Londres tout exprès pour venir se faire opérer à Paris. — « Cromwell a découvert, dans Londres, en juin 1654, une conspiration dont il y a quatorze d'arrêtés, et entre iceux un médecin huguenot, anabaptiste, qui se disait ici (à Paris), il y a quatre ans, *médecin de Montpel-*

séchement des marais, ce qui tendrait à établir que cette maladie est d'autant plus fréquente dans un pays qu'il est plus sain, nous craignons qu'on n'ait été conduit à l'admettre que par la comparaison relative des décès sur une même population avant et après un desséchement. Or il est évident que si la mortalité était de 600, par exemple, quand le marais existait et que ce nombre des phthisiques fût de 20, ce qui donne 1/30 de la mortalité, cette proportion s'élèvera au dixième quand, par le desséchement du marais, la mortalité totale sera réduite à 200. C'est ainsi que nous avons fait voir que si à la Martinique on pouvait détruire les causes qui produisent la fièvre jaune et la dyssenterie, la proportion de la mortalité des phthisiques s'élèverait du 27e qu'elle est aujourd'hui au 12e, toutes choses restant égales d'ailleurs.

M. Boudin termine sa note en rappelant que l'exactitude du principe de l'antagonisme est aujourd'hui constatée par le témoignage de plusieurs centaines de médecins sur un grand nombre de points du globe appartenant aux quatre parties du monde. Nous croyons devoir rappeler aussi, après avoir prouvé dans notre mémoire que Baume, Ramel, M. Barth, cités comme autorités favorables au principe qu'il défend, ont émis des idées entièrement contraires; après avoir rapporté des passages des œuvres de Sydenham, Morton, Werlhof, Thomas Willis (1), qui prouvent jusqu'à l'évidence que ces médecins regardaient la phthisie pulmonaire comme un résultat fréquent des fièvres intermittentes et que l'habitation des lieux marécageux favorisait son développement; après avoir également démontré que Portal, Péderigo, Dumas, Fournié et Légin, avaient professé la même opinion qui est celle des médecins anglais Tonwel, Annirley, James Bayle, qui ont exercé la médecine dans les lieux marécageux de la zone Torride et du docteur Sigaud, médecin de l'empereur du Brésil, nous avons été fondé à conclure *que les faits sur lesquels on appuie l'existence de cet antagonisme n'ont point cette évidence qui porte la conviction dans les esprits et n'y laisse aucune place pour le doute* et que nous pouvons répéter, en terminant, l'épigraphe placée en tête de son dernier travail : *Non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.*

LEFÈVRE.

(1) J'aurais pu ajouter Lancisi, que M. Boudin cite comme favorable à son opinion. Lancisi, après avoir dit dans le deuxième paragraphe du chap. XI, liv. 1, part. 1re de son ouvrage, que les effluves des marais ne sont ni partout ni toujours de la même nature et qu'elles ne produisent pas les mêmes maladies, fait judicieusement remarquer qu'elles n'ont aucune action pendant l'hiver, la force des principes qui peuvent nuire à l'homme étant paralysée par la rigueur de la température; à quoi il ajoute dans le troisième paragraphe que M. Boudin n'a cité qu'en partie : « *Quid quod tepor, qui inter ipsos algores sinuosis iis locis à solaribus radiis excitatur affectis pulmonibus mederi solet, è contrario autem eò magis noxia, maligna et pestifera sunt ejusmodi effluvia quò magis à calidis tempestatibus itur ad autumnum.* » Ce passage d'ailleurs s'accorde parfaitement avec ce que le même auteur dit au liv. 1er, part. 1re, chap. 5, de l'action du marais : « *Quod vero attinet ad anni tempore, certè cujuscumque generis paludes mediâ hyeme et vere, donec flaverint austri aliique venti quibus incalescat verna tempestas, innoxiæ sunt; imo vero salutares quibusdam hominum temperamentis esse solent qui ralibus acribus redundant, cujusmodi sunt tussiculosi, graciles atque ad tabem inclinantes. Noxiæ vero per æstatem usque ad autumnale æquinoctium, aut etiam ultrà, æstu et siccitate cum austris perdurante* » (Lancisi, DE NOXIIS PALUDIUM EFFLUVIIS lib., p. 1, cap. 1).

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UN ÉTAT INFLAMMATOIRE SIMPLE, SE MANIFESTANT QUELQUEFOIS A LA SUITE DES ACCIDENTS VÉNÉRIENS PRIMITIFS, ET POUVANT SIMULER UNE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon).

« Je ne puis conclure sans dire que les maladies qui n'ont » pas encore été décrites, et qui ressemblent à la maladie » vénérienne, sont très-nombreuses, et qu'on doit considérer ce que j'ai dit plutôt comme une route que j'ai » frayée à ceux qui voudront faire des recherches plus » profondes que comme un détail accompli de tout ce qui » a rapport à ce sujet. »

J. Hunter, TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, part. VII, chap. I (*Des maladies qui ressemblent à la vérole et sur lesquelles on s'est mépris en les prenant pour elle*), pag. 426.

Il arrive souvent qu'après avoir eu soit des chancres, soit la blennorrhagie, un homme voit, au bout de deux, trois, quatre ou six mois, se manifester des excoriations et gerçures au fondement, de la sensibilité à la gorge, des vésicules à l'entrée des narines, etc. Tous ces symptômes, peu incommodes en eux-mêmes, deviennent fatigants néanmoins par leur ténacité, et surtout par l'extrême tendance qu'ils ont à récidiver tantôt à la même place, tantôt en changeant de siége. Cette maladie n'est pas la vérole; elle y ressemble cependant au point de tromper fréquemment les malades ainsi que les médecins. Comme les autres, je m'y suis moi-même mépris au début de ma pratique, jusqu'à ce qu'enfin les occasions de l'observer s'étant multipliées, je crus m'apercevoir qu'il s'agissait là d'une affection particulière absolument dépourvue de tout caractère syphilitique, mais n'en méritant pas moins d'être recommandée à l'attention des praticiens comme espèce pathologique aussi peu étudiée jusqu'ici que digne de l'être. En signalant ces lacunes, je ne prétends pas venir aujourd'hui les combler; seulement, en attendant qu'une main plus expérimentée ait préparé à cette affection une description complète pour l'intercaler dans le cadre nosologique au lieu qui lui convient, j'ai cru pouvoir ébaucher, d'après mes observations, quelques-uns des points les plus importants de son histoire. — Je tâcherai donc d'abord de faire connaître les symptômes de cet état, puis je chercherai à pénétrer sa cause et sa nature; enfin j'indiquerai ce qui m'a le mieux réussi pour le combattre.

§ I. — DESCRIPTION. — L'antécédent obligé de la maladie dont il s'agit est une blennorrhagie ou un chancre. Que l'écoulement ait été inflammatoire ou indolent, que l'ulcère ait disparu sans laisser de traces ou qu'il se soit induré, peu importe. Ces différences ne m'ont point paru augmenter ou diminuer sensiblement pour le malade les chances d'invasion de l'affection dont je m'occupe. La seule condition qui m'ait semblé avoir sous ce rapport une certaine influence est *la durée* de l'accident primitif. De deux hommes qui ont eu, l'un un *échauffement* simple, mais s'étant prolongé deux ou trois mois, l'autre une chaude-pisse cordée, mais coupée avec suc-

---

lier, nommé Naudin, fils d'un apothicaire du faubourg Saint-Germain. » D'autres fois, ce sont des détails relatifs à certains livres anonymes, à de nouvelles éditions ou traductions de livres importants, et qui peuvent être d'un grand secours aux bibliophiles et aux historiens. — En 1650 parut un livre *in-folio*, intitulé : HISTOIRE DU MINISTÈRE DU CARDINAL DE RICHELIEU. Ce livre fut d'abord attribué à un capucin, puis à une ancienne créature du cardinal; « mais enfin, ajoute Gui Patin, on a découvert que le vrai auteur est un supérieur des Feuillants, nommé le P. Vialart, parent de M. le chancelier Séguier, lequel barbouillait ainsi le papier pour flatter le cardinal et attraper un évêché, ce qu'il fit enfin, car il eut l'évêché d'Avranches et mourut au bout de deux ans..... *On a dit qu'il y a encore une autre partie manuscrite, mais le changement de chancelier pourra en empêcher l'édition.* » En ce qui concerne la bibliographie médicale, on trouve dans les LETTRES de très-nombreux renseignements, notamment sur les œuvres de Riolan, de Zacutus, de Fabricius Hildanus, de Veslingius, etc. On y trouve aussi, sur les libraires de Paris à cette époque, un jugement peu flatteur, d'où il semblerait résulter que Gui Patin a eu fort à s'en plaindre. « Ce que vous me dites des libraires de Paris, écrit-il à son ami Spon, est très-vrai, il y a longtemps que je le sais très-bien : *Sunt pessimi nebulones et lucriones tenacissimi, vilissimi, mendacissimi.* Il n'y a rien que je déteste et que je haïsse plus que le mensonge, que j'abhorre plus que les *démons de Loudun et de Louviers*, et cette espèce de gens me déplaît encore davantage en ce qu'ils mentent à toute heure fort impunément et sans aucune nécessité..... Ils sont si sots et si superbes qu'ils s'imaginent qu'on leur doit encore de reste quand on les a bien payés. »

A l'occasion des démons de Loudun et de Louviers, il n'est pas hors de propos de faire remarquer que Gui Patin se prononce avec beaucoup d'énergie et de bon sens contre la démonomanie en général. Celle de Loudun lui paraît un trait de fourberie du cardinal pour faire brûler l'auteur du libelle de LA CORDONNIÈRE, *un pauvre prêtre qui valait mieux que lui.* Et quant à la démonomanie de Louviers, il la tient encore pour une sottise, une pure invention de moines *à cause de la fillette qui est au bout.* « Ce qui me fait soupçonner, dit-il, que toute cette prétendue diablerie ne provient que de l'artifice des moines, c'est que ce diable ne se montre ou ne se fait entendre qu'au pays où il est trop de moines. » Sa bile s'épanche surtout, à ce sujet, contre Rodin, l'auteur de la DÉMONOMANIE DES SORCIERS, *qui n'y croyait point lui-même*, suivant Patin, et ne fit ce livre que pour se laver du reproche d'athéisme. Gui Patin n'était pas animé d'un esprit d'irréligion; mais les tristes exemples que donnaient alors certains princes de l'Église, l'hypocrisie par laquelle une foule de gens achetaient les bonnes grâces du catholicisme tout-puissant et qui a fini par produire LE TARTUFE, l'irritaient fort contre la *papimanie* et éveillaient involontairement en lui des souvenirs de Rabelais et de la satire ménippée. C'est, il faut le croire, la source de cette ironie sanglante avec laquelle il accueille, dans sa 196e lettre, la conversion d'un membre de la Faculté appartenant à la religion réformée, maître Élie Breda, *soi-disant* des Fougerais. « Il va dorénavant à la messe, porte le chapelet, fait le bigot comme les autres, et tout cela par l'intervention du père de Lingendes et de quelques dames... Nous autres qui le connaissons pour ce qu'il est, c'est-à-dire pour un dangereux cancre et grand imposteur, doutons bien fort si par ci-devant ayant été grand et insigne charlatan, l'eau bénite qu'il prendra le pourra changer

cès dans l'espace de huit ou dix jours, le premier sera bien certainement le plus exposé à voir apparaître ensuite les symptômes du côté du gosier, de l'anus, des narines, etc. On peut dire la même chose des chancres. En deux mots, c'est quand la *fluxion* vers les organes génitaux a été longue que l'économie paraît en avoir conservé l'atteinte, et manifeste en quelque sorte le souvenir de cette impression par ces mouvements congestifs répétés vers la bouche, l'anus, etc.

La cause de cette maladie est donc un chancre ou une blennorrhagie. Il serait sans contredit plus régulier, plus satisfaisant pour l'esprit, de pouvoir lui assigner un point de départ fixe et unique. La théorie nous eût peut-être suggéré ici une exclusion; mais l'observation n'a ni choix ni préférence à exercer, et comme je ne parle que d'après elle, il ne m'est pas permis de résoudre d'une autre façon la question d'étiologie. Je dirai seulement que j'ai vu plus souvent *l'état inflammatoire simple* à la suite d'une blennorrhagie qu'après un chancre. Mais cette différence vient très-probablement de ce que la blennorrhagie est à la fois l'accident vénérien le plus commun et celui qui dure le plus longtemps.

Le laps de temps qui s'écoule entre le début des phénomènes vénériens primitifs (chancre, écoulement) et l'apparition des symptômes anaux, pharyngiens, buccaux, etc., est extrêmement variable. N'ayant aucun relevé d'observations rédigé à ce point de vue, je m'abstiendrai de poser des conclusions qui ne seraient qu'approximatives. Je puis cependant dire qu'il est assez peu ordinaire de voir cet intervalle n'être que d'un mois, et il ne serait pas moins rare qu'il dépassât un an ou dix-huit mois. Le terme accoutumé est trois, quatre, cinq ou six mois. Le printemps est l'époque la plus habituelle de l'invasion de ces symptômes.

Ainsi qu'il a été dit, la maladie dont je traite en ce moment se porte de préférence sur les orifices extérieurs des conduits muqueux; mais elle ne les envahit ni toujours tous à la fois ni les mêmes chez les divers individus. Pour apporter plus d'ordre dans l'exposition de ces symptômes, pour tracer une description qui puisse les faire reconnaître par le médecin qui ne les aurait jamais observés, il est bon de les étudier isolément, suivant qu'ils existent dans telle ou telle partie.

A. *Rougeur et gerçures à la marge de l'anus.* — C'est l'un des siéges les plus habituels de la maladie. Les individus placés dans les conditions pathologiques propres à son développement sont avertis par des sensations non équivoques qu'il se passe là quelque chose d'anormal; mais le degré et l'espèce de l'incommodité qu'ils éprouvent varie selon la hauteur où la lésion se trouve. Si c'est à la marge même de l'anus, ils ne sentent qu'une cuisson avec chaleur et prurit, redoublant sous l'influence de la station assise, d'une marche prolongée, du frottement des vêtements, d'un bain trop chaud, d'un excès de table ou de vin, etc. Si, au contraire, la maladie occupe une partie plus élevée du rectum, les symptômes de cet ordre sont moins continuellement fatigants; mais il s'y joint une douleur qui se renouvelle chaque fois que le malade va à la garde-robe, douleur qui peut devenir extrêmement vive. L'écoulement de sang ou de suppuration, ou seulement de sérosité, le ténesme, les érections, complètent ce tableau qui, du reste, n'est autre que celui de la fissure à l'anus.

Quand on examine la région malade, il arrive souvent qu'on n'y découvre rien au premier coup d'œil. Comme l'affection est sujette à des exacerbations de six, huit ou dix jours de durée que suit un calme parfait, le médecin devra veiller à ne faire son exploration que pendant le premier de ces deux états. Et cependant, malgré cette précaution, je le répète, il ne trouvera souvent que des altérations insignifiantes, et hors de rapport avec l'intensité des souffrances qu'accuse le malade. La lésion que j'ai le plus fréquemment rencontrée consiste en gerçures très-superficielles, à fond d'un rouge vif, au nombre de deux ou de trois. Chez un ouvrier en soie qui avait eu un chancre cinq mois auparavant, le pourtour de l'anus était sillonné de ces petites ulcérations dont presque chaque repli de l'orifice en cachait une dans sa cavité. La guérison fut promptement obtenue par un traitement à peu près exclusivement local. En général, leur nombre est en raison inverse de leur profondeur. Quelquefois, pour les apercevoir, il sera nécessaire d'engager le malade à pousser comme s'il voulait aller à la selle, tandis que le médecin avec deux doigts écarte les rides et développe la muqueuse. — Ces gerçures sont le phénomène le plus ordinaire dans cette région. Quelquefois il n'existe que des rougeurs circonscrites avec une légère élevure (mais sans ressemblance aucune avec le tubercule muqueux) et occupant la partie la plus extérieure du fondement. Enfin, chez d'autres sujets, on ne trouve qu'une éruption analogue à l'eczéma et s'accompagnant, comme lui dans cette région, d'un prurit extrêmement pénible.

De tous les symptômes que j'ai encore à énumérer, les gerçures de l'anus sont le plus incommode et celui qui guérit le plus difficilement sans traitement, dans les cas du moins où la solution de continuité a une certaine profondeur; car lorsqu'elle est plutôt excoriation que fissure, elle disparaît en général spontanément, quoique pour revenir plus tard.

B. *Rougeur de l'arrière-bouche et du pharynx.* — Ce phénomène est le plus fréquent, celui qui inquiète surtout les malades et qui occasionne de la part des médecins les méprises les plus nombreuses. Pour des esprits tant soit peu prévenus, il constitue un symptôme ou du moins un prodrome infaillible de vérole; pour ceux qui ne mettent pas leurs conjectures à la place de la réalité, il ne représente, au contraire, que le moins grave des effets d'une maladie très-légère elle-même. Rarement il se rencontre seul: quand on l'observe sans aucune autre lésion à l'anus, sur la langue, aux narines, etc., on peut être presque sûr que quelques-unes de celles-ci ou ont déjà existé ou ne tarderont point à se manifester. Les symptômes sensibles de cette fluxion à l'arrière-gorge sont une certaine difficulté à avaler; une légère sensibilité plutôt qu'une douleur réelle accompagne cet acte. Le malade dit qu'il se sent la gorge constamment sèche. En pressant du bout du doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire, on fait un peu souffrir; il y a parfois quelques ganglions cervicaux engorgés. Tous ces symptômes augmentent sous l'influence d'un air froid ou humide; mais du reste ils ne sont jamais accompagnés de mouvement fébrile.

Tel est, au juste, le tableau des symptômes qu'éprouvent réellement les malades; mais, si l'on s'en rapporte à eux, il n'en est pas un seul qui ne croie et ne s'efforce de persuader qu'il a des chancres dans la gorge. Le médecin, voyant une telle conviction enracinée dans l'esprit de son client, n'a que trop de propension à la partager, et cette tendance augmente encore s'il apprend qu'il y a eu antérieurement un chancre. Enfin, comme l'exploration de l'arrière-bouche est une opération difficile sur certains sujets, comme chez eux le médecin n'est jamais bien sûr d'avoir vu toutes les parties suspectes qui se cachent derrière la luette, à la base des piliers et principalement sur la face interne de l'amygdale, il sera souvent entraîné, pour ne point se compromettre, à affirmer à tout hasard l'existence d'une ulcération chancreuse et à formuler le traitement en conséquence. J'ai l'intime conviction d'avoir sauvé de l'administration du mercure un grand nombre d'individus que plusieurs de mes confrères eussent sans doute considérés

---

et faire meilleur. »

Enfin, qui ne sait quelle place occupent dans les Lettres de Gui Patin certaines théories ou pratiques de la médecine contemporaine? qui n'a entendu parler de la fameuse querelle de l'antimoine? Mais ce qui est un peu moins connu, c'est son excessive prédilection pour la saignée et les exemples qu'il rapporte de l'emploi de ce moyen à des doses vraiment énormes. Il parle notamment d'un premier médecin du roi aujourd'hui oublié, Cousinot, qui, pour un rhumatisme intense, fut saigné *soixante-quatre fois* en huit mois, par ordonnance de son père et de Bouvard; après quoi il fut purgé et guérit *à la fin*, comme dit notre auteur. Un succès de ce genre rend Gui Patin triomphant. « Les idiots, dit-il, qui n'entendent pas notre métier, s'imaginent qu'il n'y a qu'à purger; mais ils se trompent; car si la saignée n'a précédé copieusement *pour réprimer l'impétuosité de l'humeur vagabonde*, vider les grands vaisseaux et *châtier l'intempérie du foie qui produit cette sérosité*, la purgation ne saurait être utile. »

Nous nous sommes laissé entraîner au plaisir de rassembler quelques-uns des traits de cette intéressante et originale figure de Gui Patin; nous en demandons pardon à son savant et élégant commentateur. La notice biographique dont il a enrichi l'ouvrage, et dont une partie a été récemment publiée par la Gazette Médicale (n° 13), les remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires qu'il a semées presque à chaque page, rendaient peut être ce soin superflu. Mais en nous intéressant aux Lettres par le charme et la justesse de son appréciation, M. Réveillé-Parise est coupable pour moitié de l'attention trop exclusive que nous leur avons donnée à son propre détriment. Nous ne pouvons cependant quitter la plume sans faire ressortir en quelques mots tout le mérite d'une édition qui a demandé autant de travail que d'érudition et de bon goût.

Une source de grandes difficultés d'exécution résidait surtout dans cette circonstance que les lettres ont été publiées successivement par recueils séparés. Les lettres écrites aux deux Bélin, père et fils, médecins à Troyes, ont paru les premières; puis celles adressées à André Falconet, médecin à Lyon. Ces deux séries ont ensuite été publiées simultanément, et il en a paru plusieurs éditions en un ou plusieurs volumes. Enfin en 1718, Nicolas Mahudal, docteur en médecine, donna les lettres à Charles Spon en deux volumes in-12. Il n'existait donc pas jusqu'ici de collection complète, bien que Formey, secrétaire perpétuel de l'Académie de Berlin, en ait promis une par lettre insérée dans le Mercure en 1769. Ajoutez que ces recueils, imprimés pour la plupart en Allemagne et en Hollande, fourmillaient d'incorrections, d'omissions, de non-sens, de fautes de tout genre relatives aux choses, aux noms, aux personnes, aux titres des ouvrages, etc. M. Réveillé-Parise les a tous collationnés avec la patience d'un bibliophile, le discernement d'un érudit et le goût d'un littérateur exercé. De plus, il a dû réviser, pour ne rien laisser d'important en dehors de son travail, différents recueils scientifiques où se trouvent quelques autres lettres de Gui Patin, presque toutes écrites en latin, ainsi que deux gros manuscrits *in-folio* de la bibliothèque royale. Cependant, il est bon de le remarquer, cette édition ne contient que des lettres *choisies*. La correspondance de Gui Patin était si considérable, qu'elle eût pu fournir matière à de nombreux volumes; mais outre qu'elle avait trait parfois à des sujets aujourd'hui et pour le public dépourvus d'intérêt, elle aurait eu l'inconvénient, si elle eût été imprimée intégralement, d'offrir de

comme affectés d'ulcères spécifiques consécutifs; et véritablement on ne saurait les blâmer sévèrement pour ce fait, car il n'est rien de difficile à explorer complétement comme quelques parties de l'arrière-bouche : je parle surtout de la face interne de l'amygdale chez les sujets où cette glande n'est point proéminente. Pour que la vue de l'explorateur y pénètre, il faut tirer fortement en dehors la commissure labiale du côté opposé ; puis, si cela ne suffit pas, glissant l'indic teur le long de la face interne de la joue, presser directement d'avant en arrière du bout de ce doigt la partie externe du pilier antérieur, afin de faire, par une sorte de mouvement de bascule, faire saillie à la face interne de l'amygdale, laquelle, au lieu de regarder comme à l'état normal directement en dedans, vient alors se tourner obliquement en dedans et en avant, et se montre ainsi à la vue de l'observateur.—Malgré toutes ces précautions, il arrive souvent qu'un point échappe aux regards, surtout si le malade est de ceux dont les contractions de la langue apportent une résistance instinctive à cet examen ; et je conçois parfaitement que, dans le doute, un médecin qui ignore l'existence de la maladie simple dont je parle ici n'hésite pas à convenir de la présence d'un chancre afin de mettre, en tout état de cause, sa responsabili.é à couvert.

Dans les cas dont il est question, l'inspection la plus attentive ne découvre dans l'isthme du gosier que deux altérations : d'abord une sécheresse prononcée de toute la surface, puis une coloration rouge foncé dont les caractères distinctifs sont de s'étendre uniformément sur les piliers, la partie la plus inférieure du voile, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, et de ne pas être accompagnée d'un gonflement notable de ces parties. — Cette lésion a été regardée par plusieurs au eurs comme étant de nature syphilitique et classée par eux dans l'ordre des syphilides exanthématiques. Je ne nie point que, dans certains cas, une rougeur semblable ne puisse tenir à l'infection syphilitique ; mais je fais observer que dans ceux dont il est ici question, la fugacité du symptôme, le défaut absolu de prise qu'a sur lui l'emploi du mercure, enfin l'absence constante de tout autre signe caractéristique de vérole constitutionnelle, plaident à coup sûr très-fortement en faveur de la nature toute simple que je crois être fondé à lui assigner.

C. *Exulcérations de la langue et des lèvres.* — Ces exulcérations n'ont que la largeur et la durée des aphthes simples ; et pourtant, ce sont autant de chancres dans l'imagination des malades. Ils occupent, à la langue, principalement ses bords, et aux lèvres la partie de leur face interne la plus voisine du cul-de-sac que forme la muqueuse après avoir tapissé les gencives. Leur fond, le plus ordinairement rouge, prend quelquefois accidentellement une teinte grisâtre, mais il ne la conserve que deux ou trois jours, et fait rapidement place à une cicatrice imperceptible. Le siége spécial et la fétidité des ulcérations mercurielles empêchera toujours de les confondre avec celles-ci. Elles coexistent assez ordinairement avec la rougeur de l'arrière-bouche, mais se rencontrent également sans elle. C'est un des symptômes les plus faciles à éteindre sur place, les plus difficiles à guérir radicalement. J'ai gardé pendant plus de deux mois, à l'Antiquaille, un jeune homme affecté de blennorrhagie chronique, chez lequel ces exulcérations des lèvres et de la langue paraissaient, disparaissaient et reparaissaient, sans laisser entre leurs éruptions s ccessives plus de trois ou quatre jours d'intervalle. Il sortit enfin soulagé, je n'oserais dire guéri.

D. *Erythème et vésicules au prépuce et au gland ou à la vulve.* — Ce symptôme n'est pas le plus fréquent ; mais une fois qu'il est déclaré, rien n'égale sa tendance à récidiver. Les exulcérations de la bouche elles-mêmes lui cèdent sous ce rapport ; car si elles reparaissent avec une opiniâtreté invincible, du moins cela ne dure ordinairement que trois, quatre ou six mois, et la propension aux rechutes finit enfin par s'éteindre. Bien loin de là, l'affection du prépuce ou de la vulve se termine communément dans l'espace de cinq à six jours, et ne revient guère ensuite, à moins de causes directes, qu'au bout de un, deux ou trois mois ; mais ces réapparitions se succèdent pendant un an, deux ans, quatre ans et plus ; rien ne les prévient, rien ne les retarde ; c'est une perturbation passée à l'état d'habitude et réalisant de tout point la définition qui fait de l'habitude une seconde nature. Je traite actuellement depuis deux ans un négociant qui, à la suite d'un écoulement très-léger contracté il y a deux ans et demi et guéri en trois semaines, a vu s'établir chez lui cette fâcheuse disposition. Marié, il ne peut voir sa femme sans s'exposer à ces éternelles résurrections de la maladie, dont d'ailleurs quelques lotions avec l'eau blanche font toujours, pour le moment, prompte justice. Ce n'est là du reste que l'histoire de l'*herpès præputialis* avec lequel cette maladie a la plus étroite analogie, et dont la persistance est assez connue. Une circonstance différencie cependant ces deux affections sous le rapport de la cause, et l'observation que je viens de citer nous en fournira un bon exemple. Ainsi le malade dont j'ai parlé a actuellement 44 ans ; il a le gland naturellement recouvert, la peau fine ; il avait, dans sa jeunesse, usé et abusé du vin, de la table et des femmes ; et cependant, l'herpès ne s'était point déclaré. A 42 ans, il contracte un léger écoulement, et aussitôt cette fluxion vers le prépuce s'établit et s'enracine. S'il n'y a, dans cette étiologie, rien de *spécifique*, on reconnaîtra sans doute qu'il y a au moins quelque chose de spécial ; c'est du reste ce que je ferai ressortir dans un instant.

La description de cette branche de la maladie est, à très-peu de chose près, celle de l'herpès *præputialis* ou de l'herpès *pudendi*. Aussi n'insisterai-je point sur les détails nosographiques. Souvent une légère rougeur remplace les vésicules ; mais elle n'a rien de cuivré et s'efface en peu de jours pour revenir ensuite, caractère que n'a jamais l'exanthème syphilitique. Chez les femmes, c'est la partie la plus saillante, le bord libre des petites lèvres qui est le plus sujet à cette irritation. Une jeune personne qu'un premier amant avait abandonnée avec une blennorrhagie assez intense ne pouvait, quoique bien guérie de l'écoulement, se décider à se marier parce qu'il lui survenait de temps en temps une éruption de vésicules presque imperceptibles sur la face interne des nymphes et vers la fourchette. Quelques cautérisations avec la solution de nitrate d'argent, aidées d'un régime convenable, suffirent pour la désabuser et lui rendre la santé. — J'ai été moins heureux chez une autre malade. La veuve d'un ch rcutier de cette ville vint me consulter il y a trois mois. Son mari lui avait donné il y a un an une blennorrhagie légère dont elle guérit assez promptement ; puis il mourut sept mois après des suites d'une angine sur la nature de laquelle les parents de sa femme conçurent quelques soupçons. Sa veuve, peu de mois après la fin de son écoulement, avait vu paraître sur le bord libre des petites lèvres une rougeur revenant périodiquement tous les quinze à vingt jours, et s'éteignant en trois ou quatre jours. Elle n'y avait pas fait d'abord autrement attention ; mais de la sensibilité à la gorge étant venue s'y joindre, et la mort de son mari ayant encore augmenté ses craintes, elle consulta un médecin d'hôpital, qui la mit et la maintint pendant deux mois à l'usage du mercure, sans aucune ombre d'amélioration. Après avoir reconnu la nature du mal, je changeai immédiatement le traitement ; mais quoiqu'il y ait un mieux réel, quoique la malade dise elle-même qu'elle se sent maintenant *moins échauf-*

---

nombreuses répétitions. Louons plutôt M. Réveillé-Parise du choix judicieux qu'il a su faire. Le premier volume, que nous avons sous les yeux, est de nature à faire impatiemment désirer l'apparition des deux autres.

A. D.

— Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 25 mars.

Le jury, composé de MM. les professeurs Dubrueil, Serre et Bouisson, a décidé qu'il y aurait lieu aux épreuves suivantes :

Examen de deux malades des salles de clinique chirurgicale, et rédaction détaillée et interprétée des renseignements recueillis.

Leçon orale sur un sujet de chirurgie déterminé par le sort.

Leçon orale sur deux malades examinés à la clinique.

Exécution d'une autopsie cadavérique.

M. Puig, ayant très-honorablement subi toutes les épreuves de ce concours, a été nommé à l'unanimité chef de clinique chirurgicale.

— Diluvii testis.—M. le docteur Albert Koch, auquel l'on doit déjà de riches découvertes en paléontologie, vient de trouver un squelette colossal du reptile fossile appelé *basilosaurus* par M. Harlan. Sa longueur est de 104 pieds ; les portions solides des vertèbres ont de 16 à 18 pouces de longueur et de 8 à 12 pouces de diamètre.

Ce monstrueux animal était carnivore ; les yeux étaient grands et faisaient saillie en avant de la tête ; les membres sont en forme de rames ou de nageoires qui, en proportion de la grosseur de l'animal, étaient petites, bien que suffisantes sans doute pour diriger le corps de cet énorme animal à travers les eaux des rivières ou des mers qu'il fréquentait.

Tout atteste que ces animaux étaient très-nombreux dans les mers, baies, estuaires, etc., qui occupaient jadis tout le pays que recouvrent aujourd'hui les formations tertiaires de transport d'Alabama.

— Hospice de la Salpêtrière. — Cours public de clinique et de pathologie générale des aliénations mentales (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés) ; par M. Falret, médecin en chef de la première section des aliénées.

Ce cours commencera le jeudi 23 avril, et se continuera les lundi et jeudi de chaque semaine.

Les leçons cliniques auront lieu à neuf heures précises du matin, et les leçons théoriques à dix heures.

— Erratum. Dans l'annonce du prix offert par MM. Antonio et Cesare Garbiglietti (de Turin), on a imprimé Gassiglietti, lisez Garbiglietti. — Dans la même annonce, on a imprimé : indiquer les signes diagnostics différentiels, rationnels, *statistiques*, lisez *statiques*.

fée, je la crois encore assez loin d'une guérison radicale et définitive.

E. *Excoriations au pourtour des narines* :—Le plus rare et le moins incommode des phénomènes dont l'ensemble constitue l'espèce morbide que je décris ici. Il existe ordinairement en compagnie de l'un ou de plusieurs de ceux qui viennent d'être indiqués. Une ou deux gerçures très-superficielles se remarquent à l'orifice des narines, anticipant habituellement très-peu sur la partie la plus profonde de cette ouverture. Quelquefois elles s'accompagnent d'une rougeur érythémateuse de la lèvre supérieure, semblable à celle qui coexiste avec le coryza, mais moins vive et plus circonscrite. Quelque démangeaison, une cuisson assez intense quand on y porte les doigts ou qu'on s'est mouché fortement, un peu de tuméfaction de la narine correspondante, voilà tout l'appareil symptomatologique de cette petite fluxion.

Comme nous l'avons déjà plusieurs fois exprimé, les altérations qui précèdent n'existent ni toujours isolées, ni toujours toutes ensemble chez le même sujet. S'il est rare de n'en rencontrer qu'une, il est encore moins fréquent de les observer réunies en totalité. Il y en a presque toujours une qui forme le noyau, l'élément dominant de la maladie. Tantôt la congestion se dirige vers l'anus; tantôt c'est la gorge qui est principalement affectée. Mais une circonstance digne de remarque, c'est que si deux des formes indiquées ont coexisté dans le principe, toutes les fois qu'il y a ensuite récidive, on voit presque toujours paraître simultanément aussi les deux lésions; c'est au point que, pour les malades qui observent un peu soigneusement leur état, le retour de l'une leur annonce presque infailliblement la réapparition plus ou moins prochaine de celle qui lui sert de compagne. Je n'ai vu d'exception, sous ce rapport, que pour l'éruption du prépuce, dont les *apyrexies*, d'ailleurs, sont, comme je l'ai dit, beaucoup plus longues que celles des autres formes.

La maladie que je décris ici et que je pourrai maintenant, sans crainte d'être mal compris, désigner sous le nom de *fluxion par accès vers les orifices muqueux*, peut se compliquer de la syphilis constitutionnelle : alors, le plus souvent, elle ne demeure pas à l'état de simplicité; elle se dénature et change de symptômes, comme elle change par le fait de nom et de traitement. Ainsi les gerçures de l'anus deviennent des rhagades, la rougeur de l'arrière-bouche une ulcération consécutive, etc. Je n'ai observé aucun exemple où la maladie conservât en ce cas des caractères primitifs et poursuivît sa marche parallèlement à celle de la vérole. Théoriquement, j'en comprendrais fort bien la possibilité; mais je ne puis guère m'étonner de ne l'avoir jamais vu, quand je réfléchis que la syphilis manifestant ordinairement ses effets sur les mêmes points, c'est-à-dire vers l'anus, la langue, le gosier, etc., il est tout naturel que ses symptômes y modifient ou du moins y masquent ceux d'une affection toujours plus légère.

(*La suite prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1); par M. le docteur PAUL BOUCHER DE LA VILLE JOSSY, ancien interne et lauréat des hôpitaux.

En mars 1840, il fut présenté à l'Académie de médecine, par M. Broqua, médecin de Mirande, une série d'observations qu'il donnait comme autant de succès du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine à haute dose. Une incrédulité presque universelle l'accueillit tout d'abord, et la plupart des chefs de service des hôpitaux se refusèrent à expérimenter la nouvelle méthode. La proscription ne fut pas cependant générale. En juin 1841, MM. Rilliet et Barthez publièrent (ARCH. GÉN. DE MÉD.) six observations recueillies à l'hopital des Enfants, service de M. Jadelot. Depuis, dans leur ouvrage sur les MALADIES DES ENFANTS, ces auteurs ont rapporté d'autres observations sur le même sujet. Le sulfate de quinine fut encore essayé à l'hôpital Cochin, service de M. Blache. Plusieurs observations furent publiées, en 1842, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, par M. Mannoury, interne du service de M. Blache. En septembre 1842, M. Chappotain de Saint-Laurent publia, dans les ARCHIVES, une relation peu favorable au sulfate de quinine. M. Chappotain parle, dans ce travail, de onze observations de fièvres typhoïdes traitées par ce moyen chez M. Husson, à l'Hôtel-Dieu. En 1842, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Kapeler voulut aussi connaître la valeur thérapeutique de ce médicament, auquel on accordait presque une seconde vertu spécifique. N'ayant pas d'autre but que de s'éclairer lui-même, M. Kapeler ne chercha pas à obtenir des succès nombreux, mais des succès probants. Aussi négligea-t-on d'employer le sulfate de quinine dans tous les cas de fièvres typhoïdes qui se présentèrent dans le service. Tout le monde sait combien, en statistique, dans la fièvre typhoïde en particulier, les médications les plus différentes ont eu de succès passagers, grâce à ces cas légers et moyens, qui guérissent presque toujours, quel que soit le mode de traitement, et quelquefois malgré le traitement employé. On fit donc choix de ces cas graves qui, dès le début de la maladie, font craindre une terminaison funeste. Je fus témoin des faits observés à cette époque à l'hôpital Saint-Antoine ; les résultats, en ayant égard à ce choix des cas graves, furent des plus encourageants, et M. Pereira, interne du service avant moi, en fit le sujet de sa thèse inaugurale. A mon entrée dans le service, au mois de janvier 1843, je trouvai plusieurs fièvres typhoïdes en convalescence, et d'autres encore gravement malades, toutes traitées par le sulfate de quinine à haute dose et en potion. Un jeune homme de 15 ans offrait un cas curieux d'amaurose complète, qui se dissipa d'elle-même en suspendant le médicament. Ces succès engagèrent à persister dans ce mode de traitement. Mais le cas malheureux d'une jeune fille qui succomba par l'action du sulfate de quinine administré pour un rhumatisme articulaire, dans un autre service de l'hôpital Saint-Antoine, et les trois cas de morts observés à Cochin dans les salles de M. Briquet, firent apporter plus que jamais une attention scrupuleuse à surveiller l'action du médicament pour le suspendre dès qu'il y avait indication. Aussi n'avons-nous eu aucun accident d'intoxication à regretter. Mais ce n'est pas à dire pour cela que le résultat final de l'année 1843 réponde à celui de 1842. Ce qui nous reste à dire tend à prouver que cette médication, comme toute autre, a besoin, pour être définitivement jugée, de la sanction du temps et de l'expérience. Déjà, le 17 janvier 1843, l'Académie de médecine avait entendu un rapport de M. Louis sur les recherches de M. Broqua relatives à l'emploi du sulfate de quinine administré d'une manière continue et à toutes les périodes de la fièvre typhoïde. Dans ce rapport, M. Louis arrive à ces conclusions : que la plupart des observations présentées par M. Broqua comme des succès de sa méthode étaient relatives à des affections aiguës ou chroniques autres que la fièvre typhoïde, et que, dans le petit nombre des cas où la nature de l'affection était bien typhoïde, l'efficacité du sulfate de quinine était loin d'être démontrée. Cependant, d'après le rapporteur, il résulterait de ces faits que le sulfate de quinine peut être administré dans les fièvres continues dans des proportions considérables sans qu'il en résulte de graves inconvénients. *Fait que nous signalons ici.* D'un autre côté, dit M. le rapporteur, il faut tenir compte qu'autour de la ville de Mirande existent des marais, qu'il y règne souvent des affections intermittentes, et que même la plupart des affections aiguës revêtent, sous cette influence, un caractère périodique contre lequel le sulfate de quinine devient très-utile.

A cette occasion, M. Martin-Solon rappelle qu'il a essayé, sous les yeux mêmes de M. Broqua, le sulfate de quinine chez cinq sujets affectés de fièvres typhoïdes *fort graves ;* trois, c'est-à-dire plus de la moitié, ont succombé. A l'autopsie, on ne trouva, ni dans les intestins, ni dans l'estomac, la moindre trace de phlegmasie qui attestât une action nuisible de la part du sel de quinine; et chez les malades qui guérirent, le médicament ne parut exercer aucune influence sur la terminaison heureuse de la maladie. Telle est l'opinion que cinq faits seuls ont produite chez M. Martin-Solon.

Dans cette même séance, M. Ferrus dit avoir vu à Auch les intestins de plusieurs sujets morts après avoir été traités par M. Broqua, et sur lesquels on voyait des traces évidentes d'inflammation. Je signale ces faits, parce que nous ne les avons observés chez aucun des malades qui ont été sous nos yeux, et que peu d'observations parlent d'irritation gastro-intestinale produite par le sel de quinine.

Si nous abordons maintenant la question de l'action du sulfate de quinine à haute dose, nous avons, dans cette circonstance, à étudier deux questions distinctes : l'une composée de faits observés avec soin, et pouvant donner un résultat certain, je veux parler de l'action physiologique du sulfate de quinine à haute dose; l'autre renferme plus de difficultés, le doute et la controverse sont permis à son égard : il s'agit de l'influence exercée sur la marche de la maladie par la modification physiologique dont nous venons de parler. Abordons d'abord la première question.

I. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DU SULFATE DE QUININE.

Il est reconnu par la plupart des praticiens que l'administration du sulfate de quinine, si la dose en est peu élevée ou si l'usage en est prolongé, s'accompagne de bourdonnements, de sifflements d'oreille, de surdité même, d'éblouissements et d'un mal de tête avec un sentiment de resserrement des tempes; d'autres éprouvent des vertiges et des vomissements, ou des nausées seulement. M. le professeur Trousseau parle, dans son TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, d'un homme qui, pour s'être administré 2 grammes

(1) Ces recherches font partie de la thèse inaugurale de l'auteur, soutenue devant la Faculté le 2 mars 1846.

50 centigrammes de sulfate de quinine, fut pris de délire, était sourd, aveugle, ne pouvait marcher, et vomissait à chaque instant des flots de bile. Tous ces symptômes disparurent *spontanément* dans la nuit suivante. Le même auteur cite l'exemple d'une jeune religieuse de l'hôpital de Tours qui fut folle pendant vingt-quatre heures pour avoir pris seulement 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine. M. Bretonneau dit que le sulfate de quinine cause un sentiment incommode de chaleur et de pesanteur à la région épigastrique. Quelques-uns de nos malades ont éprouvé cette sensation. M. Bretonneau dit aussi que ce médicament, à la dose de 40 à 60 centigrammes, purge quelquefois. A la dose de 2 et 4 grammes, nous n'avons pas remarqué que cet effet fût fréquent, ni même qu'il fût rationnel d'établir une relation quelconque entre les selles qu'offraient quelques-uns de nos malades et l'administration du médicament. Gandini, dans une lettre publiée en 1761, et analysée par Broussais dans l'EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES, parle des effets de quinquina à des doses successivement portées à 30 et même 60 grammes par jour pendant l'espace de six à huit jours. Ces expériences furent faites sur lui-même et sur six hommes jouissant d'une parfaite santé. Voici les résultats obtenus par lui : augmentation de sommeil avec des rêves, plus de gaieté que de coutume, gaieté qui se changeait ensuite en une sorte d'ivresse; *élévation insolite du pouls*. En dehors de ces faits constants, fréquents sifflements d'oreille, *excitation aphrodisiaque*, un état d'ivresse somnolente; chez quelques-uns seulement, diarrhée qui s'arrêtait constamment le troisième jour, puis ensuite dureté extrême des matières fécales. Mais dans les observations dont il est ici question, Gandini administrait le quinquina en poudre, c'est-à-dire une substance contenant du tannin, outre les sels propres à l'écorce du Pérou. Je crois devoir aussi appeler l'attention sur l'élévation insolite du pouls et sur l'excitation aphrodisiaque signalées par Gandini; un autre observateur parle, comme nous le verrons plus tard, de cette élévation du pouls sous l'influence du sulfate de quinine.

Dans les ANNALES DE MÉDECINE d'Omodei (février 1841), il est question d'une observation extrêmement curieuse dans laquelle sont relatés les accidents survenus chez un homme qui avait pris par erreur 12 grammes de sulfate de quinine. Voici le fait : en 1833, un employé de Mantoue, âgé de 45 ans, d'un tempérament mélancolique et habitué à une vie sédentaire, prit 12 grammes de sulfate de quinine dans un verre d'eau sucrée, croyant prendre une potion de crème de tartre, et fut aussitôt se promener. Une heure après, il éprouva des douleurs de tête et d'estomac; peu à peu les forces diminuèrent, et il survint des vertiges, des nausées et de la cardialgie. Il s'efforça d'aller plus loin, mais il finit par tomber sans connaissance, et il fut trouvé à un mille de la ville, reconnu et transporté à sa maison. Le docteur Giacometti, ayant été appelé, observa les symptômes suivants : décubitus dorsal, face pâle, lèvres et extrémités livides et fraîches, la température de tout le corps diminuée, la respiration lente et entrecoupée par des soupirs, de temps en temps de légères syncopes, le pouls égal, mais lent et à peine sensible; les pupilles très-dilatées, la vue et l'ouïe presque abolies, la voix très-faible, la parole embarrassée, la soif grande, la langue pâle sur les bords avec un enduit blanc au milieu; l'air expiré est frais. Comme, depuis cette ingestion, il s'était déjà écoulé huit heures, et que les symptômes précités paraissant menacer la vie, il y avait péril en la demeure, on renonça aux vomitifs, et on prescrivit une potion excitante avec les eaux distillées de menthe, de cannelle et de sirop de fleurs d'oranger; on couvrit tout le corps de draps chauds, et on fit des frictions avec de la laine sur l'épigastre et aux extrémités. Après trois heures, la température du corps se trouva augmentée, le pouls se releva et devint plus fréquent, la force s'anima et les syncopes devinrent plus rares; de légers borborygmes, accompagnés de quelques coliques, donnèrent l'idée d'un lavement qui soulagea beaucoup le malade. Une heure plus tard on donna au malade un peu de bouillon avec de la chapelure; plus tard, encore quelques gorgées de vin. Il survint un sommeil tranquille de deux heures; au réveil, le malade se trouva mieux, se rendormit pendant quelques heures de la nuit, et vers le matin on répéta la mixture de la veille, mais à des intervalles plus longs. L'amélioration fut en augmentant. Le quatrième jour toutes les prescriptions furent suspendues, mais la convalescence ne se compléta que quelque temps après. Appelons l'attention sur ce fait observé chez un homme dans l'état de santé; nous en tirerons des conséquences plus loin en le comparant avec les faits observés par Gandini et par M. Mélier. Si nous étudions maintenant les résultats obtenus par Giacomini, qui a fait de nombreuses expériences sur les lapins, nous voyons qu'en portant la dose de sulfate de quinine jusqu'à 2 grammes 50 centigrammes, il ne produisit pas d'effet digne de remarque si le sel était neutre; mais cette dose donnée dans 45 grammes d'eau distillée avec addition de 20 gouttes d'acide sulfurique, les animaux soumis à l'expérience meurent au bout de quelques minutes sans offrir aucun signe d'agitation. Mais Giacomini ne borna pas là ses expériences, il les varia; et par les résultats que nous allons signaler, il est arrivé, selon nous, à prouver que le sulfate de quinine ainsi administré est un hyposthénisant et non un tonique, ce que l'observation de l'action physiologique du médicament nous porte aussi à conclure. Giacomini donne à quelques-uns de ses lapins, après la prise du sel de quinine, 2 grammes d'alcool étendu d'un peu d'eau; chez quelques autres il administre à la place de l'alcool, dans les mêmes circonstances, 5 grammes d'eau cohobée de laurier-cerise. Aucun des premiers ne mourut; les seconds périrent bientôt, et quelques-uns même au milieu des convulsions. Giacomini varia et répéta ces expériences, qui lui donnèrent toujours le même résultat : d'où il conclut que le sulfate de quinine est un hyposthénisant, combattu avec succès par les excitants diffusibles et surtout par l'alcool, tandis que ses effets toxiques sont singulièrement favorisés par l'eau de laurier-cerise et les sédatifs.

Mon ami le docteur Pereira, dans son excellente thèse inaugurale du mois de décembre 1842, arrive à ces résultats pour l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde.

La circulation est profondément modifiée, et les pulsations artérielles ralenties.

La température de la peau s'abaisse quelquefois d'une manière notable.

Des sueurs abondantes sont souvent provoquées, et suivies ordinairement d'une grande amélioration.

La céphalalgie sus-orbitaire est souvent remplacée par une pesanteur de tête générale.

Les bruissements, les tintements, les bourdonnements d'oreille et la surdité sont, à des degrés variables, des phénomènes presques constants, mais temporaires.

La fonction visuelle est souvent troublée; ce trouble, qui consiste en vertiges, éblouissements, et rarement en cécité complète, se dissipe bientôt spontanément.

Les convulsions épileptiformes constituent un accident rare, mais des plus graves.

Le sulfate de quinine à haute dose n'exerce aucune influence sur la muqueuse des voies digestives.

Les vomissements sont un des phénomènes les plus constants, surtout dans les premiers jours.

La diarrhée de la fièvre typhoïde cède le plus souvent et est même quelquefois remplacée par une constipation opiniâtre.

Ces résultats, ainsi que plusieurs autres que signale cet habile observateur, sont en partie en rapport avec les nôtres, comme nous le verrons plus tard.

En février 1843, M. Mélier présenta à l'Académie de médecine un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, concluant à l'exclusion de ce médicament de la thérapeutique. M. Mélier rapportait des expériences faites sur des chiens et des observations prises sur l'homme. Cinq chiens avaient pris à la fois 2 grammes de sulfate de quinine en poudre; l'œsophage avait été lié. Un autre en prit 6 grammes en solution et à dose fractionnée. Tous ces animaux moururent en peu de temps dans un état de faiblesse extrême, après avoir eu de la titubation, de la dyspnée et de la fréquence du pouls. A l'examen des cadavres, on avait trouvé *le sang à l'état fluide*. M. Mélier en concluait que le sulfate de quinine avait la faculté de faire perdre au sang la propriété de se coaguler, qu'il était probable que ces lésions chez l'homme étaient les mêmes que chez les animaux; enfin, que les doses qui avaient été toxiques pour les animaux devaient être dangereuses pour l'homme.

M. Briquet, qui, à l'hôpital Cochin, a employé, dans le rhumatisme articulaire, le sulfate de quinine à haute dose, 4, 5 et 6 grammes dans les vingt-quatre heures, présenta, le 4 avril 1843, à l'Académie de médecine, un mémoire pour combattre ces conclusions, se fondant sur ce que Giacomini a trouvé, chez les treize lapins morts par le sulfate de quinine, le sang non liquéfié; mais au contraire plusieurs fois le sang était en caillot dans les cavités du cœur. Sur sept autopsies que rapporte M. Briquet, dans aucun cas le sang n'était fluide; toujours on a trouvé des caillots solides dans le cœur : ces caillots contenaient des masses solides de fibrine blanchâtre, et une fois le ventricule et l'oreillette du côté droit étaient distendus par un caillot gélatiniforme complétement analogue à la couenne du sang. Dans aucun cas on ne trouva de lésions spéciales d'organes, lésions que l'on pût rapporter à l'action du sulfate de quinine. Dans les cas d'intoxication, la mort paraît due à une action sur le système nerveux, action qui ne produit que des troubles dynamiques. M. Briquet fait observer que les effets toxiques dus au sulfate de quinine sont maintenant bien connus et bien déterminés, et il les classe en trois groupes.

1° L'ivresse analogue à celle du vin de Champagne, avec bourdonnements d'oreille, vertiges, troubles de la vue, titubation, et quelquefois subdelirium. Ces troubles se produisent à un degré léger chez presque tous les malades, mais ils n'acquièrent d'intensité que lorsque la dose de sulfate est poussée trop rapidement. Ils cessent, du reste, promptement et spontanément quand on suspend l'administration du médicament.

2° Les névroses convulsives analogues à celles que nous voyons produites par l'administration de la strychnine.

3° L'état syncopal, asphyxie avec ou sans la paralysie des nerfs de l'ouïe et de l'œil.

Quant à la dose toxique, M. Briquet cite l'exemple de Giacomini, qui prit lui-même jusqu'à 4 grammes de sulfate de quinine sans en rien éprouver de grave. MM. Bally et Piorry ont souvent porté ce médicament à 3 et 6 grammes, et n'en ont pas éprouvé d'effets toxiques. Tomari assure avoir donné sans inconvénient, plusieurs fois par jour, 1 ou 2 grammes de sulfate de quinine. Les médecins français en Afrique et M. Martin en Italie ont, sans inconvénients connus, porté le sulfate à 3 et 4 grammes.

MM. Blache et Briquet à Cochin, Kapeler à Saint-Antoine, ont porté le sulfate de quinine à la dose de 3, 6 et même 8 grammes sans aucun inconvénient.

M. Andral, à la Charité, a traité 28 rhumatisants, et n'a pas observé plus d'accidents que n'en a donné toute autre méthode.

La commission de l'Académie de médecine, chargée d'examiner les mémoires de MM. Mélier et Briquet, ne partage pas les opinions de ce dernier, ni sur l'opportunité de l'application du médicament dans le traitement du rhumatisme, ni sur l'innocuité du sulfate de quinine à haute dose. Cependant elle cherche à se rendre compte comment des doses énormes, 12 grammes en une seule prise, fait rapporté dans le journal d'Omodei et autres, comment, dis-je, ces doses, après avoir intoxiqué les malades, n'ont cependant pas déterminé la mort. Elle croit qu'une aussi grande différence dans la tolérance pour un même agent tient :

1° A une disposition individuelle, une idiosyncrasie spéciale ;

2° A l'état dans lequel se trouve l'estomac au moment de l'ingestion du médicament, savoir s'il est dans un état complet de vacuité ou s'il contient des aliments ;

3° A l'état et à la forme sous lesquels le médicament est administré ; si c'est en dissolution ou en poudre, à doses fractionnées ou non.

Tout en admettant ces explications plus ou moins complètes, ne peut-on pas ajouter qu'il faut tenir compte que l'estomac contient des acides qui peuvent agir sur le sel de quinine s'il est en suspension dans un liquide, le rendre soluble et par conséquent actif? car tout le monde sait que le sulfate acide de quinine est beaucoup plus actif que le sulfate neutre, qui, étant à peu près insoluble, est alors presque inerte, si la présence de quelque acide ne vient le rendre soluble. Dans l'estomac se trouvent les acides qui peuvent favoriser cette réaction, tandis que dans le reste de l'intestin, les liquides étant alcalins, le sel reste mêlé aux matières fécales et est rendu avec les selles. M. Mialhe, dans le JOURNAL DE THÉRAPEUTIQUE, insiste sur ce fait, et il donne diverses formules pour obtenir du sel tout l'effet thérapeutique que l'on peut en attendre. Ainsi donc, si le sel est administré en pilules, de telle sorte qu'il faille un long espace de temps pour le mettre en contact avec les parois de l'estomac, il agira peu, parce que les pilules seront passées de l'estomac dans l'intestin grêle avant leur solution ; il n'agira même presque pas si les pilules passent le pylore avant d'avoir été dissoutes. De ce fait, il résulte que si le sulfate de quinine non acide donné à haute dose (c'est ainsi que je l'ai toujours vu administré) tombe dans un estomac où se trouvent beaucoup de liquides, et de liquides alcalins, la tolérance sera bien différente, et dans certains cas on sera étonné des doses restées innocentes. Supposez, au contraire, une circonstance inverse, il est alors facile de prévoir les effets qui doivent en résulter. Si, ce qui arrive quelquefois, le malade vomit, la tolérance peut paraître plus qu'elle n'est, et dans les hôpitaux le médecin ne connaît pas toujours le détail de tous les accidents survenus chez ses malades.

Néanmoins, M. Legroux, dans ses RECHERCHES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU PAR LE SULFATE DE QUININE A DOSE MOYENNE, avance, malgré l'opinion qui veut que le sulfate de quinine dissous ou à l'état de bisulfate soit plus facilement absorbé qu'à l'état de sulfate neutre, avance, dis-je, que le sulfate neutre a passé aussi rapidement dans les urines que le bisulfate chez les rhumatisants ; il en a été de même dans quelques expériences faites chez les fébricitants.

Dans ce travail, M. Legroux, qui a administré le sulfate de quinine à 1 gramme 50 centigr. et à doses fractionnées dans du pain azyme, dit que sous cette forme il est pris sans désagrément par le malade, tandis qu'en solution son insupportable amertume provoque facilement le dégoût et le vomissement. En effet, dans les observations, au nombre de vingt-quatre, que cet auteur rapporte, quelques malades seulement ont offert un ou deux vomissements ; mais il est d'accord avec nous pour ne signaler aucun signe d'irritation du côté de l'estomac. Dans un cas même, une irritation antérieure s'est éteinte pendant la médication. Cet observateur parle d'un sentiment de pesanteur derrière le sternum, d'une sorte d'étouffement chez quelques malades, à peine note-t-il de légères coliques momentanées ; mais la constipation a été assez constante. Les bourdonnements ou sifflements d'oreille, la somnolence, les rêvasseries fantastiques, une sorte de vertige ébrieux, et au bout de quelques jours ou même dès le premier jour la surdité, la dilatation des pupilles, tels sont les phénomènes du côté du cerveau signalés par M. Legroux. Dans ces observations, le pouls a toujours progressivement perdu de sa fréquence ; neuf fois sur vingt-quatre il est descendu au-dessous de sa fréquence ordinaire ; en outre que le pouls offrait un ralentissement notable, un fait constaté a été son atrophie. Un pouls large et plein avant la médication s'atrophiait au point de ne plus offrir sous le doigt que le volume d'une plume de corbeau ; quelquefois il y a eu des inégalités, des intermittences. Il y avait aussi abaissement de la température de la peau et des sueurs ; ajoutons une sorte d'hébétude et de stupeur typhoïde observées chez deux ou trois malades après plusieurs jours de traitement. Dans tous ces cas, le sulfate de quinine n'a pas été employé à haute dose, mais à dose moyenne ; cependant, en dehors des effets thérapeutiques, il a produit des phénomènes d'hyposthénisation, et il n'y a pas eu d'accidents. Il en est de même dans les observations rapportées par M. Devergie dans un mémoire publié par le JOURNAL DES DÉCOUVERTES ET DES TRAVAUX IMPORTANTS EN MÉDECINE, etc., observations qui avaient trait à des cas de rhumatisme aigu et chronique, recueillies à l'hôpital Saint-Louis. Les phénomènes physiologiques sont signalés avec peu de détails, mais ils sont les mêmes que ceux décrits par les autres auteurs. Pas d'accidents dus au sulfate de quinine ; mais aussi faut-il tenir compte des doses faibles employées, au plus 2 grammes et 50 centigr. par vingt-quatre heures, et parfois seulement 50 centigr. ; et cependant, même à cette dose, il y avait de légers phénomènes physiologiques analogues à ceux signalés plus haut. En 1844, j'ai vu quelques cas de fièvre typhoïde dans lesquels le sulfate de quinine était donné à dose moyenne même faible, et qui offraient des phénomènes de sédation et une terminaison heureuse. D'où je conclus que le sulfate de quinine n'a pas besoin d'être porté à 5 ou 6 grammes pour obtenir des effets marqués.

Il ne nous reste plus à parler que du mémoire présenté à l'Académie de médecine le 27 juin 1843 par M. Monneret, qui a traité 22 cas de rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine, et de la thèse inaugurale de M. Grandhomme, interne de M. Briquet. Nous avons déjà fait connaître les opinions de cet observateur ; le travail de M. Grandhomme a été fait sous leur inspiration. Quant à M. Monneret, il envisage la question sous un autre point de vue ; il combat l'opinion qui range le sulfate de quinine à haute dose parmi les hyposthénisants, il le regarde comme un antiphlogistique ; cependant, tous les phénomènes physiologiques dont il parle sont les mêmes que ceux observés par ses devanciers et par nous : ralentissement du pouls, abaissement de la température de la peau. Toutefois, d'après cet auteur, le ralentissement du pouls, peu marqué le premier jour de la médication, augmente le deuxième et le troisième, et ce changement coïnciderait avec la diminution et la disparition des douleurs : aussitôt que celles-ci reparaissaient, le pouls reprenait plus de fréquence ; la température de la peau et l'appareil fébrile ont présenté exactement les mêmes vicissitudes. Et de plus, dans trois cas compliqués d'érysipèle facial, d'épanchement pleural ancien, de catarrhe et d'emphysème pulmonaire, le pouls n'a pas été ralenti. Chez trois autres sujets affectés de névralgies temporo-faciale, sus-orbitaire et sciatique, intenses, mais tout à fait exemptes de fièvre, le pouls n'a pas varié, quoique la douleur eût été notablement diminuée chez un des malades. Mais tout en concluant que le sulfate de quinine n'a pas d'action directe sur le ralentissement de la circulation, M. Monneret ajoute qu'il ne l'excite jamais non plus. M. Pereira parle aussi d'un cas de rhumatisme articulaire aigu dans lequel le sulfate de quinine, porté à 8 grammes par vingt-quatre heures, huit jours de traitement, guérison, mais le pouls garda tout le temps 80 à 85 pulsations sans avoir perdu de sa fréquence. Mais il faut en convenir, ces cas sont rares, et l'effet le plus général est l'abaissement notable de la fréquence du pouls, et, d'après M. Legroux, au-dessous même du type normal. M. Monneret est aussi en désaccord avec la plupart des observateurs sur l'influence exercée par le sulfate de quinine sur le tube digestif. La potion, dans plus de la moitié des cas, ne détermine que des nausées, de la répugnance et des vomissements passagers : cela est vrai. Mais, ajoute-t-il, si l'on en continue l'usage pendant plusieurs jours, les vomissements deviennent plus fréquents et plus opiniâtres, ils expulsent une assez grande quantité de bile jaune ou verte. Nous avons observé quelquefois ce fait, mais rarement ; et alors les malades ont plus de répugnance que jamais à continuer l'usage de la potion. A ces symptômes, continue M. Monneret, succèdent des accidents gastro-intestinaux, analogues à ceux que déterminent les substances irritantes introduites dans les voies digestives. Derrière le sternum et son appendice, sensation pénible, qui s'est élevée jusqu'à la douleur chez un grand nombre de sujets. Sur les 22 rhumatisants, 6 éprouvèrent une inflammation des organes digestifs, caractérisée par les symptômes suivants : langue rouge, sèche, râpeuse, qui se couvre, ainsi que l'intérieur de la bouche, de plaques diphthériques ; dans un cas, ces mêmes plaques existaient dans le pharynx ; soif vive, vomissements fréquents, bilieux ; douleurs épigastriques, coliques, douleurs dans tout le ventre, mé-

téorisme, constipation suivie de diarrhée. Dans un cas, les selles nombreuses étaient constituées par du sang presque pur et par des fausses membranes; dans un autre, l'inflammation, modérée dans l'estomac et l'intestin grêle, occupa surtout le gros intestin : symptômes généraux.

Quant à nous, qui avons été à même de faire six autopsies de fièvres typhoïdes traitées par le sel de quinine, ainsi que M. Pereira avant nous, qui en cite plusieurs, nous n'avons, dis-je, jamais remarqué d'irritation spéciale dans les voies digestives. M. Martin-Solon fait la même remarque sur trois autopsies.

Outre ces phénomènes, que M. Monneret a seul observés, il signale des troubles nerveux, tels que vertiges, paralysie et troubles des sens, spécialement de l'ouïe, surdité complète rare; pas de céphalalgie; dans quelques cas, il y a eu amaurose complète.

Mais un fait remarquable, et dont parle aussi M. Legroux, c'est un état typhique. La ressemblance de cet état avec la fièvre typhoïde est telle, que si l'on n'était pas prévenu, on pourrait s'y tromper de prime abord.

Pour nous, nous avons vu le sulfate de quinine employé dans 23 cas de fièvre typhoïde, dont plus de la moitié très-graves. Le sel a toujours été prescrit en suspension sans addition d'acide sulfurique; voici la formule :

Prenez : Eau distillée. . . . . . 64 grammes.
Sirop de groseilles. . . 64 —

Le sulfate de quinine a varié entre 2 et 4 grammes, mais le plus souvent 2 grammes seulement; la potion était administrée par cuillerée à bouche toutes les deux, quatre ou six heures, suivant les indications, en ayant soin d'agiter la bouteille à chaque prise, pour obtenir une répartition égale du sel. Voici les résultats que nous avons obtenus, et qui ont peu varié, quelle qu'ait été la dose du sel de quinine; ce qui nous porte à croire que, pour l'effet physiologique, 2 grammes sont suffisants.

Circulation. — Le pouls a toujours été ralenti, et souvent avant la prise complète de la deuxième potion. Dans quelques cas, le pouls est tombé de 100, 120 pulsations à 90, 80, 70, 60 pulsations. Dans un cas, le n° 24 de Saint-Louis, après cinq jours d'administration de 2 grammes de sel par vingt-quatre heures, j'ai vu le pouls descendre à 52 pulsations; le pouls est toujours resté régulier; dans plusieurs cas il a conservé de la force; il n'est presque jamais devenu petit, misérable. Les battements du cœur sont restés réguliers. Dans 3 cas, la face et les extrémités ont offert un aspect cyanosé plus marqué que d'ordinaire dans la fièvre typhoïde; et cet aspect ne s'est pas toujours rencontré dans les cas les plus graves. Il existait chez le malade dont le pouls était tombé à 52 pulsations. Mais le plus grand ralentissement du pouls s'est toujours fait remarquer après plusieurs jours d'administration du sel : lorsque l'on diminuait les doses, ne donnant les prises que de six en six heures au lieu de deux en deux heures, le nombre des pulsations augmentait. Mais l'effet sédatif persistait encore, sensible, un ou deux jours après la cessation du médicament; mais cette persistance nous a paru moindre que celle signalée par M. Legroux.

Sécrétions. — La sueur a été presque constante et le plus souvent très-abondante, paraissant liée à l'action du sulfate de quinine. Les urines n'ont pas été notablement modifiées : elles ont offert divers aspects, quelquefois claires avec un léger dépôt blanc, d'autres fois plus colorées, briquetées; leur quantité n'a pas été sensiblement modifiée. Nous avons essayé d'y reconnaître la présence du sel de quinine; avec l'iodure de potassium ioduré nous avons obtenu un aspect floconneux légèrement jaunâtre; la température de la peau a constamment baissé avec la fréquence du pouls, et cet abaissement de la température allait jusqu'à impressionner quelquefois désagréablement la main qui explorait, surtout si la sueur était abondante. Parfois aussi la peau n'était que fraîche. Le thermomètre n'a pas été employé pour apprécier cet abaissement de température. A cette fraîcheur de la peau se joignait ordinairement une grande souplesse.

Respiration. — Nous n'avons pas observé dans les poumons d'autres modifications que celles ordinaires dans la fièvre typhoïde : je veux parler du râle sibilant et quelquefois muqueux avec de la toux, expectoration muqueuse sans caractères spéciaux; dans nos autopsies, engorgement pulmonaire seulement. Nous avons constaté la diminution du nombre des inspirations, mais pas telle que l'ont signalée quelques observateurs, M. Grandhomme en particulier.

Voies digestives. — La soif n'a pas été augmentée, il a fallu même insister auprès des malades, dans la plupart des cas, pour leur faire boire un à deux litres de tisane dans les vingt-quatre heures. L'appétit est toujours resté sous l'influence de la maladie et n'a jamais paru modifié par le sulfate de quinine; état nauséeux assez fréquent, surtout après quelques jours d'administration du sel. Parfois il survenait des vomissements, rarement assez fréquents pour engager à suspendre le médicament; cependant cela n'a pas été sans exception. La langue, souvent rouge et sèche, chargée, n'a pas paru modifiée, si ce n'est par la marche de la maladie. Plusieurs fois je l'ai vu rouge, effilée, sèche, râpeuse, et cependant devenir molle, humide, perdre de sa rougeur, suivant la marche de la maladie, et cela sans que le sel eût été suspendu ou diminué; et, d'un autre côté, je l'ai vue aussi garder ses caractères malgré l'emploi du médicament. Dans cinq cas j'ai observé un sentiment de chaleur à la région épigastrique et le long de l'œsophage, surtout vers le cardia; sentiment du reste très-passager, et qui ne s'observait qu'au moment de la prise de la potion, qui, le plus souvent, était avalée avec répugnance, en raison de son amertume chez les uns, chez les autres en raison de l'état nauséeux et des phénomènes cérébraux qui en étaient la conséquence. Deux fois nous avons eu à noter une très-légère angine pendant la convalescence. La sensibilité abdominale n'a pas paru modifiée par le médicament; s'il y avait de la diarrhée avant, elle continuait pendant l'administration du médicament, qui n'a pas paru la déterminer lorsqu'elle n'existait pas; les selles n'ont pas été examinées pour savoir quelle quantité de sulfate de quinine elles pouvaient contenir.

Centres nerveux.—Du côté de la sensibilité générale nous n'avons rien eu à noter, si ce n'est dans un cas grave où le malade a succombé, une grande sensibilité des muscles thoraciques, surtout des pectoraux et des muscles des extrémités supérieures; la moidre pression était intolérable. Cette sensibilité était survenue pendant une convalescence apparente; le médicament qui avait été porté dans ce cas, vu la gravité (c'était la fièvre ataxique), à 4 grammes par jour, n'était plus alors donné qu'à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Cette sensibilité s'accompagnait d'un sentiment de plénitude; le malade nous disait qu'il lui semblait être enflé. La douleur diminua très-notablement sous l'influence de l'application de flanelles trempées dans du baume tranquille additionné de laudanum et de camphre, puis, après quatre jours d'amélioration, elle reparut. Le malade succomba trois jours après le retour des douleurs, ayant offert deux accès épileptiformes; c'est aussi le seul cas dans lequel des convulsions se soient manifestées. Dans une autre observation, au contraire, les soubresauts des tendons et la carphologie cédèrent promptement pendant l'administration du sel.

Les troubles du côté des sens furent presque constants : bourdonnements, sifflements, tintements d'oreille, faiblesse de l'ouïe; pas de surdité complète, sauf un seul cas observé chez une jeune fille; mais avant la prise du sel de quinine elle était déjà très-notable, et a persisté longtemps pendant la convalescence et après la cessation du médicament. Les modifications du côté de la vue ont été moins sensibles; les pupilles généralement dilatées, rarement resserrées, mais toujours mobiles sous l'influence de la lumière. Dans un cas, la lumière d'une bougie approchée de l'œil faisait resserrer la pupille graduellement, et lorsque la lumière était à une petite distance de l'œil, la malade fermait fortement les paupières et se plaignait vivement de la douleur que lui faisait éprouver la lumière. Une légère pression sur les globes oculaires était aussi douloureuse; ce cas offrait aussi une amaurose incomplète. Nuages devant les yeux, brouillards, vertiges, pas d'amaurose complète que dans un cas qui ne m'appartient pas, et qui était en voie de guérison à mon entrée dans le service.

La céphalalgie, compagne si constante de la fièvre typhoïde, fut souvent modifiée, disparut dans quelques cas; dans d'autres, et ce sont les plus fréquents, elle fut remplacée par un état d'ivresse que les malades caractérisaient eux-mêmes en disant qu'ils avaient la tête pesante, serrée, étonnée, quelques-uns éprouvaient même des vertiges. Il n'y eut pas de délire que l'on puisse attribuer à l'action du médicament; et quant à l'état typhique dont parlent quelques observateurs, il était difficile de le constater ici, et de séparer l'effet du médicament de l'ensemble de la maladie pour laquelle il était administré. Là se sont bornés les effets physiologiques observés chez les malades que nous avons vus traités par le sulfate de quinine à haute dose. Si nous comparons maintenant ces effets, qui sont la répétition de ceux généralement observés dans ces derniers temps, si nous les comparons, dis-je, avec ceux rapportés par Gandini, nous voyons que ce dernier, après l'administration prolongée de la poudre de quinine, vit survenir une élévation insolite du pouls et une excitation aphrodisiaque, excitation observée par ce seul auteur. M. Mélier, de son côté, signale aussi l'élévation du pouls sous l'influence du sulfate de quinine à haute dose. M. Bretonneau avance également que le sulfate de quinine, même à faible dose, détermine chez un grand nombre de sujets un mouvement fébrile très-marqué, caractérisé par un frisson bientôt suivi de chaleur sèche, puis de moiteur, et il ajoute que de nouvelles doses de sulfate de quinine exaspèrent cette fièvre, loin de la calmer. Ces effets sont en opposition avec ceux signalés dans ces derniers temps par tous les observateurs et par nous. Le ralentissement du pouls est pour tous un fait constant, ou du moins sa persistance au même type pendant l'administration du sel. M. Monneret regarde le sulfate de quinine comme n'ayant pas d'action directe sur la circulation. Je ne puis me rendre compte de cette différence, et je n'en trouve pas l'explication dans la circonstance que les faits différents des nôtres ont été observés dans l'état de santé; car le cas rapporté dans le journal d'Omodéi, où il est question d'un homme marchant et vaquant à

ses affaires, qui avait pris 12 grammes de sulfate de quinine, donne les mêmes résultats physiologiques observés, soit sur les typhoïques, soit sur les rhumatisants. Peut-être faut-il chercher l'explication de ce défaut de concordance dans des circonstances non mentionnées dans les observations qui parlent de l'élévation insolite du pouls. Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, nous concluons que le sulfate de quinine à haute dose, et même à dose moyenne, doit être rangé parmi les médicaments hyposthénisants, et qu'il a une action directe sur le système nerveux. Quant aux doses auxquelles le sel de quinine est toxique, nos observations ne prouvent qu'une chose : c'est qu'à 2 et même 4 grammes dans une potion, le sel non acide donné de deux en deux heures n'a pas eu d'action toxique ; ce qui nous porte à croire qu'à cette dose, en surveillant l'action, le sel de quinine peut être administré chez l'adulte sans aucun inconvénient; disons aussi que dans les six autopsies que nous avons faites, nous n'avons jamais trouvé que les lésions propres à la fièvre typhoïde, soit dans l'intestin, soit dans l'état du sang, et aucun des états décrits par d'autres observateurs, et produits, selon eux, par le sel de quinine. Dans le cas de cette jeune fille rhumatisante, morte à l'hôpital Saint-Antoine, après avoir pris 5 grammes de sel, le sang était coagulé, les organes peu congestionnés. M. Fordoz, qui a analysé le sang, les reins et le foie, n'y a pas constaté la présence du quinine; mais dans les urines il en a trouvé des traces très-sensibles.

(La suite et fin au prochain numéro.)

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

I. DE L'AFFECTION GRANULEUSE DU PHARYNX.

Nous appellerons aujourd'hui l'attention des praticiens sur une affection chronique du pharynx peu connue, et qui n'a pas encore été décrite, que nous sachions, et à peine signalée, nous voulons parler d'une forme particulière d'angine gutturale caractérisée par l'aspect mamelonné et granuleux de la muqueuse du pharynx, et qui, par cette disposition, offre une grande analogie avec les granulations utérines. Nous esquisserons les principaux traits de l'histoire de cette affection d'après la description qu'en a faite récemment M. Chomel, à sa clinique, à l'occasion de deux ou trois cas de ce genre qui se sont présentés à la même époque dans ses salles.

Depuis un an environ que l'attention de M. Chomel a été portée sur cette affection, il en a recueilli environ 30 cas, dont 22 ont été vus et observés par lui-même, et les autres par M. Henry Guéneau de Mussy, son chef de clinique. M. Marjolin en a également rencontré un certain nombre qui sont venus confirmer les observations de M. Chomel. C'est d'après l'ensemble de ces faits que le professeur de l'Hôtel-Dieu a essayé d'en tracer l'histoire.

Cette affection paraît se montrer plus particulièrement à l'âge adulte. Il n'en a pas été rencontré au-dessous de 15 ans. Le plus grand nombre avait plus de 20 ans. Les deux sexes ne paraissent pas y être également sujets : 17 sur 22 appartenaient au sexe masculin. Cette observation a été confirmée par M. Marjolin, qui a également remarqué que cette affection était beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes, ce qui l'a porté à penser que les granulations pharyngiennes remplaçaient en quelque sorte chez les hommes les granulations utérines auxquelles les femmes sont, comme on le sait, si sujettes. Il ne paraît pas cependant que ces deux formes de l'affection granuleuse s'excluent; car, sur les 17 sujets du sexe féminin dont il vient d'être question, 3 avaient en même temps des granulations utérines.

M. Chomel signale une circonstance qui peut être importante au point de vue étiologique, c'est que les individus chez lesquels on a observé l'affection granuleuse du pharynx sont en général, comme les femmes atteintes de granulations utérines, sujets aux affections herpétiques, et particulièrement à l'acné.

Quelle est la cause de cette affection? Voici quelques-unes des circonstances principales auxquelles M. Chomel croit pouvoir assigner le rôle de causes. En première ligne, une conformation particulière des os maxillaires supérieurs, dont la voûte est disposée en ogive. Il résulte effectivement de cette disposition de la voûte palatine des modifications qui peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la production de ces phénomènes morbides: ces modifications sont l'étroitesse des fosses nasales, le raccourcissement des lèvres qui ne s'appliquent jamais hermétiquement l'une contre l'autre, et qui pendant le sommeil surtout restent constamment entr'ouvertes. Les sujets ainsi conformés dorment habituellement la bouche ouverte, et à leur réveil ils ont toujours la bouche sèche. Par suite de cette circonstance, les follicules du pharynx se développent outre mesure, comme pour suppléer à la sécrétion des humeurs buccales incessamment desséchées par le passage réitéré de l'air. Cette disposition a été constatée chez plusieurs des sujets atteints de cette affection. Enfin, et cette dernière circonstance semble venir à la fois confirmer cette vue étiologique et rendre raison de la plus grande fréquence de l'affection chez les hommes que chez les femmes, les personnes sur lesquelles la maladie a été plus souvent observée sont des chanteurs, des orateurs, avocats, professeurs ou instituteurs, en un mot des individus qui font un grand exercice de la parole et de la voix.

L'affection granuleuse du pharynx débute ordinairement d'une manière insensible et lente. Elle ne se manifeste le plus ordinairement au début que par une sensation de gêne si peu considérable que les malades n'y prêtent le plus souvent aucune attention; ce n'est, dans quelques cas, que par la fréquence insolite de l'expuition qu'ils sont avertis de cet état. Les phénomènes qui caractérisent cette affection sont un sentiment obscur de gêne dans l'arrière-gorge, avec sensation de sécheresse et sécheresse réelle; une certaine impression de démangeaison ou d'âcreté dans cette région, qui détermine de fréquents mouvements de déglutition involontaire et d'expuition sonore. Chez quelques individus, ces diverses sensations se prolongent jusque dans l'œsophage: elles sont fréquemment accompagnées d'un besoin de boire. L'expectoration offre un caractère particulier : c'est un liquide muqueux, gluant, transparent, qui s'échappe sous forme de globules, d'une teinte légèrement opaline, offrant quelques stries noirâtres, ardoisées. La voix est toujours plus ou moins altérée.

A l'examen de l'arrière-bouche, on trouve la membrane muqueuse du pharynx couverte de petits points rouges se présentant le plus ordinairement sous la forme et le volume de petits grains de chènevis; d'autres fois ces points sont plus saillants, plus volumineux et lenticulaires, tantôt ovoïdes ou bien en forme de larmes. Dans quelques circonstances, les granulations sont groupées de manière à représenter, soit un chapelet, soit une sorte de pilastre; ces formes sont du reste extrêmement variées; on ne saurait mieux les comparer, dans quelques cas, qu'à des sortes d'arabesques; la forme la plus commune est celle de disques ou de mamelons. Le mal est rarement borné au pharynx; le voile du palais, la luette, présentent le plus ordinairement quelques petits points rouges, granulés, de même nature, mais plus discrets; c'est toujours au pharynx qu'on les trouve en plus grande abondance. Dans les intervalles qui séparent ces granulations, la muqueuse conserve son aspect ordinaire.

La marche de cette affection est constamment chronique: elle est marquée par des rémissions et des exacerbations alternatives; les malades éprouvent en général une plus grande gêne dans les temps froids et humides. Sa durée est illimitée; elle ne cesse jamais d'elle-même, elle résiste même quelquefois à tous les moyens de traitement qu'on dirige contre elle. Sur 14 sujets atteints de cette maladie que M. Chomel a eu l'occasion de revoir plus ou moins longtemps après avoir été traités, 4 seulement étaient guéris; les autres n'étaient que soulagés. Quoique ne compromettant jamais sérieusement la santé, cette affection ne laisse pas que d'offrir une certaine gravité par sa ténacité, par la résistance qu'elle oppose aux moyens thérapeutiques, aussi bien que par la gêne continue qu'elle occasionne.

Le diagnostic n'en est pas difficile. Une fois l'attention fixée sur ses principaux caractères, il suffit d'une simple inspection quelque peu attentive de l'arrière-gorge pour la reconnaître. Son siége est dans les follicules mucipares du pharynx; elle consiste dans une hypertrophie de ces follicules, qui sont en très-grand nombre dans cette région.

Parmi le petit nombre de médecins qui ont porté leur attention sur cette affection, quelques-uns l'ont traitée comme une inflammation chronique, mais sans succès. Sa coexistence avec les maladies cutanées a donné l'idée de recourir aux préparations sulfureuses et aux amers. On a essayé en particulier l'usage des eaux-bonnes en boisson, en gargarisme et en bains. M. Chomel leur préfère l'eau d'Enghien. Il pense que les bons effets qu'a produits cette eau dans quelques cas doivent être attribués en partie à la présence dans cette eau d'une petite proportion de chaux. Il a essayé encore les gargarismes avec divers liquides astringents, les insufflations d'alun, les gargarismes avec l'alun ou le borax; mais ces moyens ne lui ont paru en général n'avoir qu'une efficacité douteuse et temporaire. Lorsque ces sortes d'angines sont tenaces, les seuls moyens sur lesquels on puisse compter sont les caustiques. Les caustiques liquides en particulier lui ont paru avoir une action plus prompte et plus sûre que les caustiques solides; aussi est-ce aux premiers qu'il accorde la préférence.

II. PÉRITONITE SANS PERFORATION DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les deux observations suivantes ont été recueillies, à quelques jours de distance, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité. Elles offrent un exemple rare d'un fait pathologique contesté par plusieurs observateurs, l'invasion d'une péritonite mortelle, dans le cours d'une fièvre typhoïde, sans perforation intestinale.

FIÈVRE TYPHOÏDE GRAVE; OTITE; ABCÈS MULTIPLES ET PÉRITONITE SANS PERFORATION.

Obs. I. — Un jeune garçon de 18 ans, ouvrier maçon, est entré le 10 février 1846 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 2 (service de M. Rayer), présentant tous les symptômes qui caractérisent le début d'une fièvre typhoïde grave : diarrhée, maux de tête, lassitudes spontanées, courbature. A ces premiers symptômes succèdent bientôt de la constipation, le ballonnement du ventre, délire nocturne, expression très-prononcée d'hébétude, fréquence du pouls, quelques taches disséminées sur l'abomen et sur la poitrine. Il y a eu une seule fois un épistaxis peu abondant.

Du 15 au 20 février la maladie suit sa marche ascendante ; le délire augmente au point d'être obligé d'attacher le malade dans son lit ; la langue et les dents se couvrent d'un enduit noirâtre, la prononciation devient difficile ; douleurs dans le dos, dans les jambes et dans l'abdomen ; cris perçants, mouvements involontaires des lèvres, soubresauts des tendons, altération des traits, etc.

La maladie reste stationnaire jusqu'au 25 mars. A partir de ce jour tous ces symptômes s'amendent lentement. A cette époque le malade perd l'ouïe du côté droit. Un lavement est suivi d'une évacuation abondante ; le ballonnement du ventre diminue, le malade éprouve du soulagement. Deux vésicatoires, appliqués à la partie interne des cuisses, ont paru avoir contribué à l'amélioration.

Vers la fin de mars il y a un mieux très-marqué ; le malade commence à éprouver un peu d'appétit. Le 5 ou 6 mars un écoulement de pus assez abondant et peu douloureux a lieu par l'oreille droite ; l'audition, qui depuis quelques jours ne se faisait plus, revient en ce moment.

Du 6 au 12 mars la convalescence paraissait définitivement établie ; le décubitus dorsal n'avait occasionné qu'une légère escarre au sacrum. A cette époque le malade se plaint d'une légère douleur au niveau du cartilage de la sixième côte à droite ; l'exploration fait reconnaître en cet endroit un abcès de la grosseur d'une noix ou un peu plus, dont l'ouverture donne issue à un pus sans odeur ressemblant à celui des abcès phlegmoneux. Le surlendemain on en reconnaît un second sur le côté droit de l'abdomen.

Le 15 mars, nouvel abcès à la région postérieure du cou ; celui-ci s'ouvre de lui-même et suppure pendant quelques jours.

Le 22 mars, deux nouveaux abcès, dont un s'est ouvert spontanément à l'une des cuisses, et l'autre, siégeant à la fesse gauche, a été ouvert par le bistouri.

Outre ces cinq abcès, il s'en est développé dans le même temps plusieurs petits autour des premiers ; il y en a eu en tout neuf ou dix dans l'espace de dix jours. Ils ont tous suppuré pendant quatre ou cinq jours ; celui de la fesse a donné plus de pus que tous les autres.

Vers la fin du mois de mars le malade paraissait aller mieux, lorsqu'il est pris, le 29, d'une diarrhée abondante ; il a eu ce jour-là cinq garde-robes. La diarrhée a continué les jours suivants. Le 30, il est allé trois fois à la selle ; dans la nuit du 30 au 31, il a vomi par trois fois un liquide vert assez épais. Le 31 au matin la face est pâle, décolorée ; les traits présentent une expression remarquable d'anxiété et de souffrance. Le malade est couché sur le dos, les cuisses un peu relevées sur le bassin ; la pression sur le ventre est douloureuse.

Le lendemain 1er avril les symptômes s'aggravent ; le malade ne peut pas même supporter la pression d'un cataplasme sur l'abdomen ; il a soif et demande à boire à chaque instant ; le pouls est très-fréquent, à peine sensible ; l'anxiété est de plus en plus grande ; la respiration est courte et saccadée. La marche rapide de ces symptômes fait présumer une perforation intestinale.

Le 2 avril, avant la visite, le malade ne peut plus parler ; les extrémités sont déjà refroidies. Il meurt à dix heures du matin.

Autopsie. L'autopsie a démontré l'existence d'une péritonite générale. L'intestin a été rempli d'eau depuis le duodénum jusqu'au rectum ; on n'a pas trouvé de perforation.

En ouvrant l'abdomen, on trouve la surface extérieure de l'intestin rouge, chagrinée. On voit d'abord un liquide séro-purulent entre les divers replis de l'intestin. Le petit bassin est plein de pus épais ; on en trouve aussi entre le foie et le méso-colon transverse.

Il y a dans le péricarde un épanchement séreux assez abondant. Dans l'intestin grêle, il y a des plaques de Peyer cicatrisées, d'autres en voie de cicatrisation.

En différents points, surtout vers la fin de l'intestin, il y a amincissement des parois ; il ne reste plus, dans un espace large d'un centimètre, que la muqueuse et la séreuse.

Les reins présentent sur les deux faces des arborisations.

On trouve des fausses membranes disséminées sur le péritoine qui revêt le foie, l'estomac, la rate ; on en trouve aussi dans le péricarde.

La vésicule biliaire est volumineuse et d'un vert très-foncé.

Les plèvres ne présentent pas de fausses membranes.

Les poumons sont parfaitement sains.

MALADIE DU COEUR ; FIÈVRE TYPHOÏDE LÉGÈRE ; PÉRITONITE SANS PERFORATION.

Obs. II. — Un homme âgé de 22 ans, journalier, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 23, le 20 février, pour une affection du cœur. L'auscultation fait reconnaître un bruit de souffle au second temps ; le malade se plaignait aussi de douleurs rhumatismales dans l'articulation scapulo-humérale et dans l'articulation du coude ; les douleurs n'étaient pas très-aiguës.

Le 15 mars, trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade présente des symptômes non équivoques de fièvre typhoïde : il est pris d'agitation pendant la nuit, de telle sorte que le matin on est obligé de lui mettre la camisole de force ; la langue, qu'il tire avec peine de sa bouche, est couverte d'un enduit noirâtre, les dents se recouvrent de fuliginosités, les yeux sont humides, la peau est couverte de sueurs.

Le 17 mars, une saignée et l'application de ventouses sur la nuque procurent du soulagement ; le malade est plus tranquille.

Le 18, on remarque une toux sèche, de l'enchifrènement des fosses nasales ; le râle de la fièvre typhoïde est sensible à droite, les pulsations du pouls ne sont cependant pas très-fréquentes, elles sont fortes et repoussent le doigt. Le malade urine involontairement dans son lit, les garde-robes sont rares. La prostration de la face est très-marquée.

Du 20 au 25, tous ces symptômes s'amendent, l'appétit commence à revenir ; il y a une légère escarre au sacrum.

Les derniers jours de mars, la convalescence semblait établie ; tout à coup, le 1er avril, la face présente une expression frappante d'anxiété, d'angoisses ; le pouls devient fréquent. Le lendemain, 2 avril, le hoquet fatigue beaucoup le malade ; ses yeux sont ternes, son regard fixe ; le décubitus est dorsal. La pression sur l'abdomen est très-douloureuse ; il a évacué abondamment pendant la nuit ; les matières renfermaient quelques stries rougeâtres ; il a saigné abondamment du nez ; l'intelligence est troublée.

La marche très-rapide de ces symptômes avait fait soupçonner une péritonite par perforation. Le malade n'avait en effet vécu que trente-six heures environ après l'apparition des premiers phénomènes. La mort a eu lieu le 3 avril, à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie fait reconnaître l'existence d'une péritonite.

L'intestin grêle et le colon ont été remplis d'eau ; on n'a trouvé aucune perforation.

La surface externe de l'intestin grêle était rouge ; sa surface interne, près du cœcum, n'a présenté aucune altération remarquable.

Le petit bassin était rempli d'un liquide séreux, ou plutôt séro-purulent. On n'a pas remarqué de fausses membranes.

Les poumons étaient parfaitement sains.

Quant au cœur, il y avait altération des valvules aortiques.

Ces faits obligeront à revenir sur une opinion généralement adoptée. La plupart des médecins aujourd'hui n'admettent pas qu'une péritonite avec épanchement de pus puisse avoir lieu dans le cours d'une fièvre typhoïde sans qu'il y ait en même temps une perforation intestinale. Cette opinion a dû paraître d'ailleurs jusqu'à présent d'autant mieux fondée, que dans toutes les observations consignées dans les traités les plus récents, ces accidents formidables de péritonite survenant au déclin des affections typhoïdes, et qui enlèvent les malades en un ou deux jours, ont constamment coïncidé avec une perforation : d'où l'on avait été conduit à conclure que dans le petit nombre de cas où l'invasion de ces péritonites sur-aiguës n'avait point été suivie de mort, les malades avaient guéri *malgré* la perforation. Les deux faits que nous venons de rapporter, en démontrant la possibilité de pareils accidents sans le concours de cette cause, sont de nature à jeter quelques doutes sur quelques-unes des prétendues guérisons de perforation intestinale que l'on aurait obtenues par l'opium à haute dose. Aussi bien ces faits ne sont pas complétement isolés. Un cas semblable avait déjà été constaté par M. Rayer lui-même, il y a quelques années, sur une femme de son service. On trouve dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres deux observations de fièvre entéro-mésentérique, l'une avec péritonite aiguë, la seconde avec péritonite chronique, sans perforation. L'une de ces observations présente même par la marche, les symptômes et les lésions trouvées après la mort, une analogie remarquable avec la première de celles que nous venons de rapporter.

Bien que les faits de ce genre paraissent être très-rares, ils n'en viennent pas moins compliquer les difficultés du diagnostic des perforations. Nous disons les *difficultés* du diagnostic des perforations, quoiqu'on soit assez porté en général à considérer ce diagnostic comme facile. Il le serait effectivement si les perforations donnaient toujours lieu instantanément à l'appareil formidable de symptômes que l'on connaît ; mais il n'en est pas toujours ainsi : plus d'une fois des perforations intestinales ont passé en quelque sorte inaperçues pendant la vie, et n'ont été reconnues qu'à l'autopsie. On en trouve un exemple remarquable dans la trente-deuxième observation de l'ouvrage de M. Louis. D'un autre côté, divers états morbides, tels qu'un obstacle au cours des matières, une indigestion même pendant la convalescence d'une maladie aiguë, ont donné lieu quelquefois à une succession de symptômes absolument semblables à ceux de la perforation. On aura donc à tenir compte encore, dans la supputation des causes de semblables accidents, comme dans l'appréciation des résultats des moyens de traitement employés, de la péritonite spontanée qu'aucun symptôme pathognomonique bien tranché ne saurait, comme on a pu le voir par les détails de ces deux observations, faire distinguer avec certitude d'avec une perforation intestinale.

III. PARALYSIE HYSTÉRIQUE.

Les faits de paralysie hystérique ne sont pas très-rares ; mais le rapprochement des circonstances graves particulières qu'a présentées la malade dont nous rapportons l'histoire et des résultats constatés à l'autopsie donnent à ce fait un intérêt à part.

HYSTÉRIE DATANT D'ENVIRON DIX OU ONZE MOIS; PARALYSIE INCOMPLÈTE DE LA VESSIE; ANESTHÉSIE DES PARTIES SUPÉRIEURES DU CORPS ET HÉMIPLÉGIE VERS LA FIN DE LA MALADIE; MORT; ABSENCE D'ALTÉRATION DES CENTRES NERVEUX; ÉPANCHEMENT PURULENT DANS L'ABDOMEN.

OBS.—Marcelle B., âgée de 27 ans, domestique, non mariée et n'ayant jamais eu d'enfant, était depuis plusieurs mois dans la division de M. Louis, à l'hôpital Beaujon, pour une affection hystérique, lorsque, sur sa demande de suivre ce médecin, elle fut reçue le 1er janvier 1846 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 18. Cette fille, d'une constitution moyenne, plutôt un peu délicate, avait cessé d'être réglée depuis le mois de juillet 1845. Déjà, à cette époque, elle avait eu quelques accès d'hystérie. Elle fait remonter l'origine de sa maladie aux suites d'une frayeur. A l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle n'avait encore que de rares attaques revenant irrégulièrement et à d'assez longs intervalles; le ventre était ballonné, le météorisme diminuait parfois brusquement, mais sans disparaître complétement. La vessie était paralysée; la malade ne pouvait point uriner à volonté; on était obligé de la sonder trois fois par jour. Mais cette paralysie n'était que très-incomplète, car l'urine sortait du pavillon de la sonde par un jet bien formé et qui se projetait assez loin, sans qu'on fût obligé de presser sur le ventre pour la faire sortir. Il n'y avait du reste aucun trouble de l'intelligence, à moins qu'on ne veuille appeler ainsi une mobilité singulière dans les idées, une vive impressionnabilité et une susceptibilité telle, que le plus léger reproche provoquait des pleurs.

Dans les premières semaines du séjour de la malade à l'hôpital, les attaques deviennent plus fréquentes; elles surviennent tantôt toutes les vingt-quatre heures, tantôt tous les deux jours; d'autres fois elles sont séparées par un intervalle de plusieurs jours. La moindre contrariété les provoque : lorsque, par exemple, on ne vient pas sonder la malade aux heures habituelles, elle a presque inévitablement une attaque.

Du 7 au 10 janvier, il survient une modification particulière dans les urines : elles perdent leur limpidité habituelle; avec les dernières gouttes s'écoule une matière jaune qui forme au fond du vase un dépôt opaque au-dessus duquel apparaît après le refroidissement une couche glaireuse. Cet état se dissipe après plusieurs jours d'usage d'eau de Vichy.

Le 14, les urines sont redevenues transparentes; le ballonnement du ventre persiste; les attaques se reproduisent comme à l'ordinaire.

A dater du 17, les attaques se reproduisent tous les jours; elles sont précédées d'un état nerveux très-pénible pendant lequel le pouls s'accélère, les yeux se tournent en dehors, la figure devient turgescente. Bien que pendant l'attaque la malade ne réponde pas aux questions qu'on lui adresse, elle les entend et ne reste étrangère à rien de ce qui se passe autour d'elle. Elle ne rend point d'écume; les pouces ne sont point fléchis et serrés dans la main, comme chez les épileptiques; elle éprouve seulement des soubresauts des tendons. L'attaque est toujours très-violente; la malade, malgré la surveillance active dont elle est l'objet, se jette quelquefois hors de son lit.

Rien de nouveau jusqu'au 30 mars. La malade est prise à cette époque d'une douleur très-vive dans la tête avec sensibilité excessive à la lumière, bourdonnement d'oreille; elle est tourmentée par quelques hallucinations, par des visions pénibles; du reste elle répond juste aux questions qu'on lui fait. Point d'attaque; pouls accéléré, de 110 à 115, petit; peau sudorale, un peu chaude. Rien du reste du côté de la respiration ni du côté des voies digestives.

Le 31, même état que la veille; de plus, aux accidents signalés viennent s'ajouter, dans la journée, de l'insensibilité à la peau du front et à tout le côté droit de la face, et une semi-anesthésie de tout le reste de la moitié droite du corps. Le bras et la jambe de ce même côté présentent en outre un certain degré de contracture.

1er avril. Insensibilité presque complète de tout le côté droit du corps. La malade ne sent que lorsqu'on la pince très-fortement. Les membres de ce côté offrent une certaine roideur; les efforts que l'on fait pour les étendre causent de vives douleurs. La moitié droite des parois abdominales est dure, tendue et contracturée. Par suite de cet état, le ventre semble partagé en deux globes inégaux par une bride tendue qui s'étend depuis la partie antérieure du thorax jusqu'au pubis. Il existe également de la roideur dans les muscles du cou; tremblement général de tous les membres; sentiment continuel de froid; cris arrachés de temps en temps par des élancements dans la tête et dans le ventre; respiration fréquente. Rien à l'auscultation ni à la percussion. (Prescript. : saignée, 300 grammes; sangsues le soir conditionnellement sur le côté droit du cou; lavement purgatif; potion gommeuse avec 4 centigrammes d'extrait gommeux.)

Le soir, les douleurs de tête persistent, malgré la saignée; elle éprouve quelque perturbation des sens; la vue, qui était déjà affaiblie, se trouble davantage; elle dit ne plus entendre de l'oreille droite. Il est survenu un léger frisson et quelques envies de vomir.

Le 2 avril, L. contracture existe dans tout le côté droit; sensibilité excessive de la tête, au point que la seule application de la main sur le front détermine une vive douleur; élancements par instants dans le ventre; insensibilité sur toute la poitrine.

La malade a un accès pendant la visite; les deux côtés du corps sont également agités de mouvements spasmodiques. (15 sangsues conditionnellement derrière le cou.)

Le soir, la malade a eu deux épistaxis; elle est plus calme, un peu assoupie. Persistance de la contracture dans le bras et la jambe du côté droit. Douleur dans la région postérieure et latérale droite de la tête, augmentant par la pression; insensibilité dans la région supérieure du crâne, sur le front et la joue droite; insensibilité sur toute la poitrine. Sensibilité obtuse du bras droit, intacte au bras gauche; insensibilité absolue du membre inférieur droit et du côté droit du ventre; sensibilité obtuse à gauche. Strabisme persistant; abolition de l'odorat; perturbation des sensations; la malade est en proie à des visions bizarres, à des hallucinations qui la tourmentent pendant une partie de la nuit.

Le 3 et le 4, la malade est à peu près dans le même état.

Le 5, elle se plaint de douleurs très-vives dans le flanc gauche, elle n'a plus de douleur de tête; le ventre est beaucoup moins volumineux. (12 gouttes de laudanum dans un demi-verre d'eau; vésicatoire sur le côté du ventre; potion avec 7 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.)

Le soir, la sensibilité et la motilité sont revenues partout; la malade remue librement ses membres et avec la même force; la contracture est également dissipée, les muscles sont redevenus mous et souples; les yeux ont repris leur aspect naturel; la vue et l'ouïe sont intactes; intelligence parfaitement nette; point de mal de tête. Le ventre est moins volumineux que les jours précédents, mais toujours excessivement dur, tendu et comme bridé longitudinalement par la contracture des muscles droits. Les mouvements des membres, et plus particulièrement de ceux du côté gauche, provoquent des douleurs vives dans l'épigastre et le côté gauche du ventre. La malade paraît d'ailleurs profondément affaiblie, la respiration est fréquente, il y a de la dyspnée; à l'auscultation, on constate que la respiration est vésiculaire, mais faible, dans toute l'étendue de la poitrine. La rétention d'urine persiste toujours.

Le 6, la malade a été prise, dans la nuit, de vomissements verdâtres presque continuels. (Potion avec 6 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.)

Le soir, elle est prise de nouveau d'efforts répétés de vomissements. Le ventre est toujours tendu et douloureux. Mouvement et sensibilité intacts; expression profonde d'abattement.

7. Les vomissements continuent; persistance de douleurs dans le ventre et dans la tête. Le ventre est moins volumineux, toujours tendu et douloureux; soif vive, sentiment de sécheresse et de brûlure à la bouche. Depuis deux jours, la malade urine seule dans son lit et d'une manière intermittente. (1 gramme de sirop d'éther.)

8. Même état; efforts continuels de vomiturition et d'expuition; dyspnée; faiblesse croissante; selles et urines involontaires. La malade se plaint surtout de douleurs dans les poumons; elle a le sentiment de sa fin prochaine. Sensibilité, motilité et intelligence intactes.

Elle succombe le 9 à trois heures du matin.

AUTOPSIE le 11 avril. — Pas de traces d'altération cadavérique, roideur moyenne.

TÊTE.—Un peu d'infiltration transparente des méninges, qui sont d'ailleurs parfaitement saines. On n'y remarque ni rougeur, ni épaississement, ni suppuration.

Les circonvolutions cérébrales sont très-légèrement aplaties à leur sommet seulement; leurs sillons ne sont pas effacés, on y remarque un peu de sérosité transparente.

La pulpe cérébrale a partout une consistance normale; la substance grise est peu colorée; la substance blanche à peine piquetée, excepté dans un point d'une étendue de 1 centimètre carré environ, situé en avant des corps striés du côté gauche, où l'on trouve sur un fond un peu rosé une injection pointillée, rouge, très-abondante, sans altération aucune dans la consistance de la pulpe cérébrale.

Les ventricules contiennent une demi-cuillerée à café environ de sérosité. Les corps striés, les couches optiques, sont parfaitement sains, ainsi que les méninges ventriculaires et celles qui recouvrent le cervelet et le cervelet lui-même. Le cerveau et le cervelet, coupés par tranches dans tous les sens, ne présentent pas la plus légère altération. Enfin la moelle, examinée avec le plus grand soin dans toute son étendue, est trouvée parfaitement saine, ainsi que les méninges rachidiennes.

ABDOMEN. — La cavité abdominale contient environ un litre de pus jaunâtre au milieu duquel nagent des flocons blanchâtres disséminés entre les circonvolutions intestinales; le pus est ramassé surtout en très-grande abondance dans le petit bassin, où il est plus jaune, plus consistant que dans les autres parties. On en trouve dans l'hypochondre gauche, autour de la rate et de l'estomac. La surface séreuse des intestins, ainsi que le péritoine pariétal, présentent une injection capilliforme peu serrée; les gros et petits intestins, ainsi que l'estomac, sont modérément distendus par des gaz. La muqueuse gastro-intestinale ne présente rien de notable, si ce n'est quelques légères injections disséminées çà et là. Le foie, les reins et la rate sont à l'état normal.

La vessie ratatinée, revenue sur elle-même, un peu épaissie, n'offre d'autre altération qu'une injection brunâtre de la membrane muqueuse. Le canal de l'urètre est d'un rouge prononcé, marbré de points bruns.

Le vagin est blanc à sa partie supérieure, d'un rouge vineux à sa partie inférieure.

L'utérus est parfaitement sain.

Les trompes sont rouges, injectées, surtout vers leur partie externe la plus rapprochée du pavillon. On en fait sortir par la pression un pus laiteux. En les ouvrant, on trouve dans tout leur trajet un liquide puriforme qui prend une couleur de plus en plus foncée à mesure qu'on s'approche de leur insertion à l'utérus; d'un blanc laiteux près des pavillons, il devient séro-sanguinolent, rougeâtre, puis brun au niveau du corps, bien que dans l'intérieur de la cavité utérine on ne trouve aucun liquide analogue. Les franges des pavillons des trompes sont boursouflées. Le repli qui unit la trompe à l'ovaire est légèrement infiltré.

Les ovaires recouverts de quelques plaques pseudomembraneuses sont volu-

mineux et d'une consistance lardacée. L'ovaire du côté droit est plus volumineux que le gauche. Leur tissu est notablement altéré.
Rien dans le cœur ni dans les poumons.

Nous avons dû supprimer de cette observation, déjà un peu longue, un grand nombre de détails qui ne laisseraient pas que d'avoir de l'intérêt pour l'histoire des phénomènes si variés et si bizarres de ces sortes d'affections. Ce qui nous a paru devoir être plus particulièrement signalé dans cette curieuse observation, c'est, d'une part, cette forme hémiplégique persistante, même en l'absence des accès, bien faite pour en imposer aux yeux des meilleurs observateurs pour une affection organique des centres cérébro-spinaux, bien qu'en réalité l'autopsie n'ait révélé, ainsi qu'on a pu le voir, aucune lésion appréciable dans ces organes; c'est, d'autre part, un fait qui n'est pas moins digne d'attention, la présence d'un épanchement puriforme ou plutôt de pus véritable dans la cavité abdominale et dans les trompes, sans qu'aucun des symptômes si nombreux et si variés observés pendant la vie ait pu faire soupçonner l'existence d'une inflammation, dont on n'a trouvé d'ailleurs sur le cadavre aucune trace, capable du moins, d'expliquer la formation du pus. Ce dernier point mériterait à lui seul une étude toute particulière; mais il se rattache à un ordre de considérations plus général, qui sera abordé plus tard.

La paralysie hystérique a été l'objet d'une étude toute spéciale de la part du docteur Wittson, qui a publié dans le temps un travail remarquable sur ce sujet. Il a fait connaître un certain nombre d'observations d'hystérie où l'affection primitive était compliquée de paralysie complète ou incomplète, soit des mouvements, soit de la sensibilité, et qui, dans presque tous les cas, s'est dissipée au bout d'un temps plus ou moins long sans laisser aucune trace. Nous avons nous-même été témoin de quelques faits de ce genre; mais la mort n'ayant eu lieu dans aucun de ces cas, il n'avait pas été possible de constater la relation qui pouvait exister entre ces phénomènes paralytiques et l'état des centres nerveux. La constatation de l'absence de toute lésion appréciable dans ces organes, à une époque aussi rapprochée de celle où ont eu lieu les phénomènes d'anesthésie et de contracture paralytique, est un fait important à enregistrer.

Ce sujet a offert en outre une circonstance assez commune chez les hystériques, et qui n'est pas moins digne d'intérêt : nous voulons parler de la rétention d'urine. La vessie, loin d'être distendue, amincie, comme dans les cas de paralysie réelle de longue date, était au contraire contractée, ratatinée et ses membranes épaissies. Il serait difficile de voir là les effets d'une paralysie véritable. Ne serait-il pas plus naturel de penser avec Brodie, qui a publié des recherches intéressantes sur quelques-unes des affections locales dépendantes de l'hystérie, que ce symptôme, comme la paralysie hystérique, dépend moins de ce que les muscles ont perdu le pouvoir d'obéir à la volonté, que de ce que celle-ci a cessé de s'exercer? Quoi qu'il en soit de cette explication, la paralysie de la vessie paraît devoir être rattachée naturellement au même ordre d'influence que celle qui a frappé d'impuissance les autres parties du corps, c'est-à-dire à une perturbation nerveuse dont la nature a échappé jusqu'à présent aux investigations anatomiques.

Il y aurait fort long à dire encore sur ce sujet, si l'on voulait reprendre un à un tous les symptômes nerveux si bizarres et si variés en présence de l'intégrité des organes cérébro-rachidiens. Nous nous bornons à le signaler à l'attention et à la méditation des physiologistes.

IV. SULFATE DE QUININE.

Les études sur le sulfate de quinine étant à l'ordre du jour, nous rapprochons comme documents utiles à consulter au besoin les deux faits suivants où, tandis que cette médication s'est montrée impuissante contre des accès intermittents, elle a paru avoir une influence marquée sur la guérison rapide d'une affection pyrétique essentiellement continue, un rhumatisme articulaire.

FIÈVRE INTERMITTENTE A LA SUITE DE COUCHES; INSUCCÈS DU SULFATE DE QUININE.

OBS. I. — Une jeune femme, entrée le 26 février dans les salles de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, accoucha le même jour. Le troisième jour elle fut prise de frissons légers, suivis de chaleur et de sueurs. Depuis cette époque, de pareils frissons se sont renouvelés tous les jours sous forme d'accès, mais sans régularité. Dans l'intervalle la malade n'avait point de fièvre; le pouls était naturel; elle avait seulement de l'inappétence.

Après plusieurs jours d'accès répétés, le 10 mars, M. Louis prescrit : sulfate de quinine, 3 décigrammes.

Le 11 l'accès revient dans le milieu de la journée. (Même prescription.)

Les 12 et 13, mêmes accès vers 3 ou 4 heures de l'après-midi. Jusque-là ils étaient survenus à différents instants du jour.

Le 14, nouvel accès, mais plus faible que les précédents.

Le 15, idem. Le 16, le frisson a manqué, mais elle a eu de la fièvre.

Le 17, l'accès a manqué complétement. Il est survenu ce jour-là une perte utérine assez abondante.

Le 18, accès à 8 heures du soir. 19, idem.

Le 20, point d'accès; colignes; la perte, qui n'avait point cessé depuis le 17, est diminuée.

Le 21, accès à 3 heures de l'après-midi; frisson ayant duré une heure et demie et non suivi de chaleur.

Le 22, point de fièvre; nausées, vomissements qui l'ont beaucoup soulagée d'un malaise d'estomac qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours. (On supprime le sulfate de quinine, qui avait été continué jusque-là sans succès.)

Le 23, accès plus légers que les précédents.

Le 24, accès marqués seulement par un peu de froid. Il n'y a point d'accès le 25 et le 26.

Le 27, il survient un nouvel accès très-prolongé, qui a duré toute la nuit; la fièvre persiste encore le 28 à la visite.

Ces accès se renouvellent encore pendant un assez grand nombre de jours irrégulièrement; ils finissent par s'user en quelque sorte à la longue, en s'éloignant et diminuant graduellement d'intensité.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU CHEZ UNE FEMME RÉCEMMENT ACCOUCHÉE; SULFATE DE QUININE; GUÉRISON.

OBS. II. — Une jeune fille âgée de 20 ans est entrée, le 24 mars, salle Saint-Landry, n° 23 (Hôtel-Dieu, service de M. Louis), malade depuis cinq jours. Elle est accouchée le 20 février à la Maternité, d'où elle est sortie le quatrième jour; elle est restée couchée chez elle pendant huit jours. Elle a été prise le 19 de frissons, puis de douleur dans le cou et successivement dans les bras et dans les jambes; elle n'a pas eu de battements de cœur. Elle présente à son entrée l'état suivant : pouls de 120 à 124, chaleur douce, halitueuse à la peau; elle se plaint de douleurs vives dans les poignets, dans les articulations des doigts et aux malléoles. Les poignets et les articulations tibio-tarsiennes sont le siége d'un gonflement assez considérable, sans changement de couleur à la peau. Rien au cœur.

On prescrit : Sulfate de quinine, 1 gram. 50 centig. en quatre prises d'heure en heure.

25. Même état. Persistance des douleurs auxquelles il s'était joint de l'abattement. Le sulfate de quinine n'ayant point amené d'amélioration, on prescrit une saignée du bras; on continue le sulfate de quinine.

Le 26, la saignée a donné un sang fortement couenneux. La malade est beaucoup mieux; les phalanges ne sont plus gonflées; les poignets sont encore un peu gros; le pouls est moins fréquent et reste développé : il était à 120 les jours précédents, il est tombé à 92. On continue le sulfate de quinine.

27. Amélioration croissante, douleurs diminuées, pouls de 84 à 86. (Même prescription.)

28. Les douleurs ont cessé, ainsi que le gonflement des poignets et des doigts.

29. Ne souffre plus du tout. On continue encore le sulfate de quinine à la dose d'un gramme jusqu'à ce jour. On cesse, et la malade sort guérie après avoir été gardée assez longtemps pour s'assurer que la guérison se confirme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite.)

IV. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les avantages des connaissances anatomiques pour les artistes*; par M. Knox. 2° *Essai sur les diverses formes de l'asphyxie ou suspension des principales fonctions vitales, avec des règles générales pour ramener les asphyxiés à la vie*; par M. Clay. 3° *Grossesse extra-utérine*; par M. Edmundson. (Grossesse abdominale ou péritonéale; la femme mourut sans avoir pu accoucher, quoique les signes généraux du travail se fussent établis. On trouva à l'autopsie l'enfant bien développé et paraissant avoir vécu jusqu'à terme. — N'eût-ce pas été ici le cas de pratiquer la gastrotomie, aussitôt après, sinon avant, la mort de la mère?) 4° *Sur la conformation des narines chez les chevaux*; par M. Knox. 5° *Pathologie de l'expectoration*; par M. Wright. 6° *Sur la nature et le traitement de la gale*; par M. Stiff. 7° *Effets toxiques du guano*; par M. Kidd. 8° *Remarques sur les effets de l'humidité dans la consomption pulmonaire*; par M. Sheriffs. 9° *Sur la première et la dernière apparition des menstrues, et sur les rapports qui existent entre ces deux périodes*; par M. A. Guy. 10° *Recherches originales sur les sinus frontaux, avec quelques remarques sur leurs rapports avec les dogmes de la phrénologie*; par M. Hamilton. 11° *Cas médico-légal important*; par M. Butler Lane. 12° *Cas d'hydrocéphale, suivi de remarques*; par M. Kennedy. 13° *De l'usage du tartre émétique dans la pneumonie*; par M. W. Christie. 14° *Cas d'empoisonnement par l'æthusa cynapium*; par M. Evan Thomas. 15° *De l'emploi du mercure dans la syphilis secondaire, avec lésion extrême de la constitution*; par M. Sayle. (L'auteur a l'habitude de donner le mercure pendant quinze jours

ou trois semaines après la guérison du chancre primitif : il croit ainsi prévenir l'apparition des accidents secondaires ; si cependant ceux-ci surviennent, il recommence encore l'administration du mercure.) 16° *De la cause prochaine des tubercules, et du traitement de la phthisie pulmonaire* ; par M. Tosswill. (La cause du tubercule est dans la chaux introduite par la voie alimentaire et rendue insoluble par le défaut d'une suffisante quantité d'acide phosphorique dans l'organisme.) 17° *Sur les effets délétères des vapeurs ammoniacales qui se dégagent du guano* ; par M. Watson. 18° *Observation de céphalæmatome* ; par M. Close.

SUR LES ÉPOQUES D'APPARITION ET DE CESSATION DES RÈGLES, ET SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE CES DEUX ÉPOQUES ; par M. WILLIAM A. GUY.

Ces recherches, établies sur 1,500 observations toutes propres à l'auteur, n'ont pas conduit à des résultats bien nouveaux ; mais le soin qui paraît avoir présidé à ces recherches et le cachet d'exactitude dont elles sont empreintes nous engagent à faire connaître au moins les conclusions que l'auteur en a tirées. On n'oubliera pas qu'il ne s'agit ici que de l'Angleterre.

1° L'âge auquel le plus grand nombre de femmes sont réglées est celui de 15 ans. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, celui de 14 ans, puis celui de 16, puis, à peu près *ex æquo*, ceux de 13 et de 17, de 12 et de 18, de 11 et de 19. Avant la 11e et après la 19e année, le chiffre est très-petit. Dans plus de la moitié des cas, les règles apparaissent à 14, 15 ou 16 ans. A 11, 12 et 13 ans, le chiffre est approximativement le même qu'à 17, 18 et 19 ans. L'âge le moins avancé a été celui de 8 ans, et le plus avancé celui de 25 ans.

2° La menstruation peut cesser entre 26 ans et 56 ans. Dans la majorité des cas, la cessation a lieu entre 40 et 50 ans, mais plus souvent de 40 à 45 que de 45 à 50.

3° La durée de la menstruation varie suivant l'époque à laquelle elle s'est établie. En général, plus tôt elle commence et plus tard elle finit.

NAISSANCE D'UN FOETUS DE 8 MOIS ENFERMÉ DANS LES MEMBRANES DEMEURÉES INTACTES ; par M. BUTLER LANE.

Rien n'est plus commun, lorsque le fœtus est expulsé pendant les premiers mois de la grossesse, que de le voir entouré des membranes et exactement renfermé sans aucune rupture de celles-ci. Mais ce qui est la règle dans le début de la gestation devient assez exceptionnel à une époque plus avancée pour que le cas suivant mérite, sous ce rapport, d'être recommandé à l'attention des accoucheurs. Outre l'intérêt qu'il emprunte à cette circonstance, il est aussi digne d'être médité sous le rapport de la question médico-légale qu'il souleva, et dont l'issue, sans une intervention aussi éclairée du médecin, eût pu être fatale à l'accusée.

OBS. — M. Lane fut appelé, dans la matinée du 20 juin 1845, pour visiter le corps d'un nouveau-né qu'on supposait avoir été enfanté par une servante du voisinage. Cette fille, âgée de 21 ans, d'une intelligence un peu faible, dit d'abord qu'*elle n'avait pas accouché d'un enfant*. Elle avoua, du reste, qu'elle se croyait enceinte de huit mois. L'enfant examiné avait 16 pouces et demi de longueur et pesait à peine 3 livres et demie. Il paraissait émacié. La surface des téguments n'offrait aucune trace de violence. Le point central du corps était à un demi-pouce du nombril. La membrane pupillaire n'existait plus ; il y avait quelques cheveux ; les narines étaient bien développées. Quant aux annexes, le placenta n'était pas séparé ; les membranes y adhéraient et paraissaient denses et épaisses. Le cordon ombilical, long de 5 à 6 pouces, ne semblait avoir été ni déchiré, ni tiraillé.

D'après l'aspect de l'enfant, M. Lane n'hésita pas à conclure qu'il avait au moins 8 mois. Les poumons, hépatisés, allèrent au fond de l'eau, soit lorsqu'on les y plongea en totalité, soit après qu'on les eut divisés par tranches.

Deux témoins avaient assisté à l'accouchement, une compagne de la servante et sa maîtresse. La première, ayant remarqué quelques traces de sang, prévint sa maîtresse. Celle-ci découvrit l'enfant qui avait été déposé dans une caisse près du lit. Du reste, l'accouchement s'était fait en moins d'une heure. Sur ces dépositions, la servante fut mise en prison sous la prévention d'avoir caché la naissance de son enfant.

M. Lane ayant entendu parler par les témoins d'*une peau* qui enveloppait l'enfant lorsqu'on le découvrit, fit de nouvelles questions et apprit avec étonnement que l'enfant était entièrement entouré par les membranes en venant au monde, et qu'on les avait ouvertes seulement quelque temps après sa naissance. La maîtresse dit qu'elle ne vit pas d'abord l'enfant, qu'elle ne put pas même en reconnaître la forme à travers les membranes, mais que soupçonnant, d'après son expérience, ce que contenait cette enveloppe, elle l'ouvrit. Quant à la camarade de l'accusée, elle assura également qu'elle n'aurait pas été capable d'apercevoir l'enfant avant qu'on eût divisé les membranes, quoiqu'elle crût qu'elle en aurait pu distinguer la configuration extérieure. Au fait, elle était persuadée d'avance que sa compagne était enceinte, et n'ayant aucune connaissance en ces matières, elle croyait probablement que les enfants viennent au monde comme les poulets, renfermés dans un œuf. Quelques minutes s'étaient certainement écoulées entre le moment où l'on découvrit le produit de l'accouchement et celui où l'on fendit les membranes.

En réfléchissant à ces circonstances, M. Lane pensa que si cette malheureuse ne savait point avoir donné le jour à un enfant, elle n'était point coupable de l'avoir *caché volontairement*. Il se souvint alors de la première réponse faite par elle « qu'elle n'avait pas accouché d'un enfant, » et alla de nouveau l'interroger, sans lui laisser deviner l'objet de ces nouvelles questions. Elle répondit qu'elle avait senti, dans la journée qui précéda son accident, quelques douleurs comme elle en éprouvait habituellement lors de l'époque de ses règles, qu'elle avait peu souffert lors du passage du corps en question, et avait cru en conséquence que ce n'était que du sang coagulé, qu'elle ne s'était point doutée de la présence d'un enfant, et ne l'avait su que le lendemain matin par sa maîtresse.

L'affaire ayant été portée devant les juges, on fit valoir toutes ces circonstances, et le tribunal prononça l'acquittement, le fait d'avoir caché la naissance de l'enfant n'étant point prouvé.

V. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros de mai, juin, juillet, août et septembre 1845 de ce nouveau journal, qui ne paraît que deux fois par mois, se composent des articles originaux suivants : 1° *Cas de chlorose chez un homme, suivi de remarques cliniques* ; par M. Evans. (Observations détachées, sans considérations générales.) 2° *Expériences sur les tartrates doubles de potasse et de fer ; suivies d'observations* ; par l'éditeur. 3° *Considérations sur le traitement de l'épilepsie par la digitale ; forme sous laquelle on l'administre* ; par M. Corrigan. (Non terminé.) 4° *Incontinence d'urine par maladie de la moelle ; guérison* ; par M. O'Ferrall. (Le mercure donné jusqu'à salivation fut l'agent de la cure.) 5° *Tumeur encéphaloïde du péricrâne enlevée par excision* ; par M. Harris Stapleton. (L'opération fut simple et heureuse.) 6° *Comparaison entre les symptômes de la consomption aiguë et ceux de la consomption chronique* ; par M. Evans. 7° *Épanchement pleurétique avec déplacement du cœur, guéri par le mercure* ; par M. Ferrall. 8° *Périostite du tibia ; guérison par le mercure après l'insuccès de l'incision et de l'iodure de potassium* ; par le même. 9° *Cas d'érysipèle terminé par une gangrène étendue de la face et du cou* ; par M. Lalor. 10° *Application heureuse de la feuille de matico dans un cas d'hémorrhagie rebelle* ; par M. John Hamilton. (Il s'agit d'une petite plaie à la langue, qui donnait beaucoup de sang.) 11° *Cas de chorée et de tic douloureux ; traitement par la teinture de chanvre de l'Inde et l'électro-magnétisme, avec observations* ; par M. Corrigan. 12° *Cas de luxation du fémur en arrière dans l'échancrure sciatique chez un enfant âgé de 8 ans ; suivi de remarques* ; par M. Adams. 13° *Traitement des abcès aigus* ; par M. Hamilton. (L'auteur conseille en général d'attendre pour ouvrir les abcès que la fluctuation y soit bien prononcée ; on abrège ainsi de beaucoup la durée ultérieure de la maladie.) 14° *Fistule intestinale guérie par la compression* ; par M. Ferrall. (Les fistules succédaient à une hernie étranglée, gangrenée et ouverte spontanément. Des attouchements avec le nitrate d'argent fondu furent associés à la compression pour achever la cure.) 15° *Cas d'emphysème idiopathique guéri* ; par M. Mitchell. 16° *Sur l'usage de l'alun pour combattre la constipation habituelle* ; par M. Aldridge. 17° *Sur l'emploi du sulfate de zinc dans l'épilepsie* ; par le même. (Cinq observations, deux guérisons, deux améliorations, un insuccès.) 18° *Du porrigo, de son diagnostic et de son traitement* ; par M. Corrigan. 19° *Sur la véritable composition de la solution de Labarraque, ou chlorure de soude* ; par M. Kavanagh. 20° *Sur l'emploi du valérianate de zinc dans la dисménorrhée* ; par M. Aldridge. 21° *Sur l'emploi de la canule après l'opération de la lithotomie* ; par M. Ferrall. 22° *Fièvre intermittente ; tuméfaction de la rate ; diminution soudaine de ce viscère, obtenue au moyen de l'éther donné à hautes doses* ; par M. Corrigan. 23° *Cas d'affection spasmodique anormale* ; par M. Stephenson. 24° *Considérations sur le traitement des bourses synoviales tuméfiées* ; par M. Hamilton. (Quand on veut traiter les kystes de la face palmaire du poignet (vulgairement appelés ganglions) en les écrasant, l'auteur recommande d'avoir soin de placer et de maintenir, pendant l'opération, la main du malade dans l'extension.) 25° *Cas de ptyalisme abondant causé par l'introduction d'une fausse dent à pivot* ; par M. Mulock. (Le corps étranger, cause de la salivation, étant enlevé, le symptôme disparut.) 26° *De l'épilepsie et de ses complications* ; par M. Aldridge. 27° *Nouvelle théorie des nerfs, dans laquelle leurs fonctions sont considérées suivant les lois des forces* ; par M. Aldridge. (Nous n'oserions nous engager dans l'examen de cette théorie, d'après un simple compte rendu d'une leçon de M. Aldridge.)

EXPÉRIENCES SUR LES TARTRATES DE FER ET DE POTASSE, SUIVIES DE REMARQUES ; par M. MACHEN.

L'auteur n'insiste pas sur les conséquences pratiques à tirer de son tra-

vail. Néanmoins, ces conséquences étant évidentes, tant au point de vue de l'art de formuler qu'au point de vue toxicologique, nous croyons utile de faire connaître en abrégé les résultats des dix-huit expériences rapportées dans ce travail.

Il est des substances qui, *par leur simple contact*, préviennent la combinaison chimique d'autres substances douées d'une affinité réciproque. Ainsi le contact du carbonate de potasse peut empêcher l'oxydation du fer; et celui du bitartrate de potasse peut la retarder. La présence de feuilles de cuivre ou de morceaux de fer peut activer l'oxydation du fer en contact avec le bitartrate de potasse.

On connaît trois tartrates de fer et de potasse. L'un est blanc, insoluble, composé de prototartrate de fer et de tartrate de potasse. Le second, de couleur gris brun et soluble, est composé de pertartrate de fer et de tartrate de potasse. Le troisième, olivâtre à l'état humide et couleur peau de buffle à l'état sec, est insoluble et composé de proto et de pertartrate de fer combiné avec le tartrate de potasse. Or, la présence d'un excès de tartrate de potasse empêche l'action du carbonate de potasse sur le double tartrate blanc insoluble, à la température de l'ébullition. — L'addition d'une certaine quantité d'acide sulfurique étendu et de prussiate de potasse suffit pour mettre à nu le protoxyde de fer des doubles tartrates blanc et gris insolubles.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE AVEC DÉPLACEMENT DU CŒUR; par le docteur O'FERRAL.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, d'une bonne constitution, affecté de pleurésie aiguë, avec épanchement considérable dans la plèvre du côté gauche. *Le cœur était déplacé à droite.* Or c'est là le point sur lequel M. O'Ferrall appelle l'attention. Le développement du cœur à droite a été présenté par M. Trousseau comme une indication de pratiquer la paracentèse thoracique. Cependant cette circonstance existait chez le sujet de l'observation, et la guérison a eu lieu sans opération, par le seul emploi des mercuriaux. L'auteur, sans rejeter absolument la paracentèse dans les cas d'épanchement pleurétique aigu, paraît la redouter beaucoup. « Rien de plus aisé, dit-il, que de procurer la sortie du liquide; un certain degré de soulagement en est même d'ordinaire l'effet immédiat; mais on s'expose à la payer d'une réaction terrible. » Ces craintes, fort exagérées, suivant nous, s'expliqueront facilement, si l'on remarque que M. O'Ferrall ne paraît faire aucune différence, quant aux principes, ni quant aux résultats, entre les différentes méthodes et les différents procédés qu'on peut suivre dans l'opération de l'empyème. C'est, du moins, ce qu'on peut induire du silence absolu qu'il garde à ce sujet.

PÉRIOSTITE DU TIBIA; GUÉRISON PAR LE MERCURE, L'INCISION ET L'IODURE DE POTASSIUM AYANT PRÉALABLEMENT ÉCHOUÉ; par M. FERRALL.

OBS. — Un homme de 36 ans avait eu en 1825 des symptômes vénériens et un bubon pour lesquels il prit du mercure pendant quelques semaines jusqu'à salivation. Depuis lors aucun accident ne s'était manifesté, lorsque, en novembre 1845, il fut attaqué de douleurs au tibia, revenant le soir et durant toute la nuit. Le tibia se tuméfia : un chirurgien incisa la tumeur, mais sans produire par là aucun soulagement.

Le malade étant entré à l'hôpital le 16 avril 1845, on lui administra l'iodure de potassium à la dose d'abord de 5 décigr.; puis le 25, on porta la quantité du médicament jusqu'à 2 grammes; mais il n'en résulta pas d'amendement dans les souffrances; il ne pouvait marcher sans s'aider d'une béquille.

Le 30 avril, on ordonna 15 centigr. de mercure (il n'est pas spécifié sous quelle forme) avec 2 à 5 centigrammes d'opium. Dès le lendemain, le malade annonça qu'il avait passé une bonne nuit. Le même traitement fut continué; il reprit peu à peu ses forces et parvint à marcher seul. Un vésicatoire appliqué sur le point malade du tibia compléta la guérison.

M. Ferrall ne cite cette observation que comme exceptionnelle; il reconnaît et avec raison que dans les cas de ce genre l'iodure de potassium réussit presque toujours mieux que le mercure. Cependant il a vu et nous avons, nous aussi, vu des circonstances où le mercure produisait du soulagement là où l'iodure de potassium, même porté à la dose de 4 et de 5 grammes par jour, n'avait eu aucun effet. Ces cas, il est vrai, ne constituent qu'une minorité extrêmement petite comparativement aux autres; mais il importe d'autant plus d'en être prévenu, qu'aucun signe actuel ou commémoratif ne peut les faire sûrement reconnaître et distinguer d'avance.

— Nous ajouterons cependant un mot comme règle pratique : l'iodure de potassium est inoffensif, il guérit presque toujours ; motif suffisant, motif impérieux pour commencer toujours par lui, dans les conjonctures où il y a doute sur le choix du remède à employer.

CAS DE CHORÉE ET DE TIC DOULOUREUX; TRAITEMENT PAR LA TEINTURE DE CHANVRE INDIEN (HACHISCH) ET L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME; par M. CORRIGAN.

L'auteur rapporte trois cas de chorée et un cas de tic douloureux traités, non pas par le hachisch et l'électro-magnétisme simultanément ou successivement, comme le titre semble l'indiquer, mais par le hachisch seul. Au moins, n'est-il pas question du premier moyen thérapeutique dans le cours des observations. Il paraît donc que ce titre ne s'applique pas uniquement aux faits contenus dans le travail, mais à la question générale de l'efficacité respective du chanvre indien et de l'électro-magnétisme dans le traitement de la chorée et du tic douloureux. Disons cependant tout de suite que le rapprochement entre ces deux moyens thérapeutiques se borne à la remarque suivante, exprimée dans les dernières lignes. « Dans le traitement de la chorée, il arrive quelquefois une époque où le malade semble d'abord en voie de guérison, et puis voit les progrès de l'amélioration s'arrêter. Je n'ai pas vu, ajoute l'auteur, cette circonstance se présenter dans le traitement par le chanvre indien, mais je l'ai vue précéder l'administration des autres remèdes. A cette époque, on obtient plus de bénéfice de l'électro-magnétisme que des autres moyens. » Ainsi le hachisch offrirait l'avantage de mener d'un pas uniforme à la guérison, et l'électricité remettrait pour ainsi dire l'amélioration en marche quand elle s'arrêterait pendant l'emploi des autres remèdes. Voilà tout ce qu'on trouve sur ce sujet dans la *leçon* de M. Corrigan; car l'article que nous analysons n'est qu'un *compte-rendu.*

Quant aux observations elles-mêmes, elles offrent toutes des cas de guérison ou d'amélioration très-prononcée. La teinture de hachisch a été donnée à la dose de 8 à 30 gouttes par jour. En étudiant ses effets avec attention, M. Corrigan a cherché à déterminer le mode d'action de ce médicament, et il est arrivé aux résultats suivants, dont il serait difficile, faute de détails suffisants, de trouver la parfaite démonstration dans les observations publiées. « Le chanvre indien, dit-il, paraît exercer une action spécifique sur les nerfs du mouvement. Quand il agit sur le sensorium ou sur un nerf, il exerce d'abord indirectement son action sur les fibres motrices, et s'étend ensuite aux fibres sensitives, étant en cela tout à fait l'opposé de l'aconit. » La quatrième observation, relative à un tic douloureux, offrirait, si elle était plus circonstanciée, une occasion favorable de vérifier cette assertion. Il serait curieux de savoir si le hachisch a porté son effet sur les nerfs du mouvement qui étaient sains avant d'affecter les nerfs sensitifs qui étaient malades. Voici, sur ce point, tout ce qu'on trouve dans l'observation. — Le sujet prit 10 gouttes de teinture le matin à huit heures. Une demi-heure après, soif vive, impossibilité d'avaler, et de tenir les yeux ouverts. *Il conserve cependant la conscience de tout ce qui se passe autour de lui.* Peu de temps après, sommeil qui dure deux ou trois heures. A son réveil, il éprouve un léger éclair de douleur dans la joue gauche. Il reste *tout à fait bien* pendant deux mois, puis on le perd de vue. — La douleur était-elle calmée, ou, en d'autres termes, la *sensibilité* était-elle affectée au moment où existaient la dysphagie et l'impossibilité de tenir les yeux ouverts? Les termes mêmes de l'observation autorisent à le penser, puisque le retour d'une légère douleur après le réveil est jugé digne d'être mentionné. Et puis, en même temps que se produisaient les troubles du mouvement, la sensibilité générale ne paraît pas avoir été bien éveillée; car on croit encore devoir signaler la conservation de la conscience des choses environnantes. Un homme accablé de sommeil a peine à tenir les yeux ouverts, et sa conscience n'est pas encore éteinte. Pourrait-on dire cependant que le sommeil *commence* par un engourdissement des *nerfs du mouvement?*

LUXATION DU FÉMUR EN ARRIÈRE DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE CHEZ UN ENFANT DE HUIT ANS; par M. ADAMS.

La GAZETTE MÉDICALE avait déjà rapporté, d'après M. Kirby, il y a trois ans (V. 1843, p. 290) un exemple de luxation du fémur survenue chez un très-jeune enfant; mais les détails de l'observation étaient trop succincts pour dissiper tous les doutes sur son authenticité. Le cas suivant paraîtra sans doute plus concluant sous ce rapport.

OBS. — Le 12 juin 1845, un enfant de 8 ans fut apporté par ses parents à l'hôpital de Richmond. Dans la soirée de la veille, étant à se balancer, il se heurta violemment la fesse droite contre le tronc d'un arbre qui était derrière lui. Le choc fut si fort qu'il tomba de la balançoire sur le côté droit. Lors de son admission, la fesse de ce côté était tendue et gonflée, la cuisse droite dans l'adduction et une forte flexion. Le malade étant couché, le genou malade correspondait au jarret du membre sain; le pied n'était qu'à peine dans la rotation en dedans. On pouvait fléchir la cuisse jusqu'à lui faire toucher la paroi antérieure de l'abdomen, mais il était impossible de la porter dans l'extension. De même, on exagérait facilement l'adduction, mais le membre résistait si on voulait le mettre dans l'abduction. On ne put percevoir, pendant ces divers mouvements, aucun

bruit de crépitation. Le grand trochanter, facile à sentir, n'était pas rapproché de l'épine iliaque d'une quantité appréciable.

M. Adams, ayant alors cherché où était la tête fémorale, trouva une éminence arrondie occupant la situation de l'échancrure sciatique, et participant à tous les mouvements qu'on imprimait au fémur; on ne put cependant à cause des cris de l'enfant donner au membre un mouvement de rotation. La mensuration constata un raccourcissement d'un demi-pouce.

Le malade fut placé et soutenu dans la situation verticale, supporté sur le membre sain. M. Adams, le prenant par surprise, saisit fermement la cuisse luxée de la main droite au-dessus du genou (le membre étant fléchi en ce moment), et plaçant la paume de la main gauche contre l'épine iliaque du côté malade, comme agent de contre-extension, il tira aussi fortement qu'il put la cuisse en avant. Au bout de quelques instants, on entendit un bruit assez fort et on sentit comme un soubresaut communiqué à tout le corps du patient. La difformité avait disparu et les mouvements étaient libres. La crainte de l'inflammation de l'articulation iléo-fémorale, si dangereuse chez les jeunes sujets, engagea à maintenir le blessé au lit pendant toute une semaine; quelques douleurs survenues le lendemain de la réduction firent regarder comme nécessaire une application de sangsues.

Au bout de neuf jours, il fut renvoyé guéri.

La rotation du pied en dedans était ici beaucoup moins prononcée que dans les mêmes cas chez l'adulte. M. Adams fait remarquer que cette différence tient à la conformation même des parties. Dans le jeune âge, en effet, le rebord de la cavité cotyloïde est moins saillant, et le col du fémur est plus court : conditions qui empêchent la rotation d'être portée à un degré très-marqué.

DE L'EMPLOI DE L'ALUN CONTRE LA CONSTIPATION HABITUELLE; par le docteur ALDRIDGE.

On connaît la maladie intestinale décrite par M. Marshall-Hall sous le nom de *mimosis acutus*, et dont une constipation opiniâtre, en l'absence de tout symptôme d'inflammation, forme le caractère dominant. M. Aldridge, voyant dans cette affection une sorte de paralysie incomplète des intestins analogue à celle qu'on observe dans la coliques des peintres, a eu l'idée de la soumettre à l'emploi d'un moyen thérapeutique employé avec avantage dans cette dernière maladie, c'est-à-dire de l'alun. M. Marshall-Hall recommande contre le *mimosis acutus* l'usage fréquent et énergique des purgatifs. M. Aldridge s'en est bien trouvé d'abord ; mais, suivant lui, la nécessité d'y recourir de plus en plus fréquemment finit par user leur action. L'alun, employé à doses modérées, lui a paru avoir l'avantage de rendre inutile l'emploi continu des purgatifs, de rétablir la tonicité normale des intestins qui deviennent ainsi plus aptes à expulser les matières alvines, et aussi d'affermir l'organisme tout entier. C'est à peu près dans ces termes que l'auteur résume les avantages de ce mode de traitement, jugeant inutile de rapporter, à l'appui de ces assertions générales, un grand nombre de faits particuliers. Il se contente d'en rapporter cinq d'une manière très-abrégée. La formule qu'il recommande est la suivante :

Infusion de feuilles de roses. . . . . 8 onces.
Sulfate de magnésie. . . . . 1 once.
Alun. . . . . 2 gros.
Mêlez.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 AVRIL.

INFLUENCE NULLE DU MAGNÉTISME SUR LA CIRCULATION DES VÉGÉTAUX.

M. DUTROCHET lit une note ayant pour titre : LE MAGNÉTISME PEUT-IL EXERCER DE L'INFLUENCE SUR LA CIRCULATION DU CHARA?

En 1837, M. Dutrochet avait fait, de concert avec M. Becquerel, des expériences sur l'influence qu'exerce l'électricité sur la circulation du chara. En soumettant une tige ou plutôt un mérithalle de chara à un courant électrique assez faible, et parcourant ce mérithalle dans le sens de sa longueur, la circulation continue dans ce mérithalle jusqu'à ce qu'on l'ait soumis à l'action d'un courant assez fort pour l'arrêter, et cela en augmentant successivement le nombre des couples de la pile. La cessation de la circulation ne dure, dans ce cas, que pendant quelques minutes, et le courant électrique conservant l'intensité qui a opéré la cessation de la circulation, celle-ci recommence ou se rétablit spontanément. Une nouvelle augmentation du nombre des couples de la pile, c'est-à-dire une nouvelle augmentation de l'intensité du courant électrique, détermine une nouvelle suspension de la circulation du chara, circulation qui se rétablit spontanément quelques minutes après, malgré la continuité de l'intensité du courant électrique qui avait occasionné la suspension. Les mêmes phénomènes de suspension de la circulation et de son rétablissement spontané s'observent également en soumettant le chara à des courants électriques diminués successivement d'intensité, en sorte qu'il suffit que le courant électrique subisse un changement suffisant en intensité, soit dans le sens de l'augmentation, soit dans le sens de la diminution, pour que la circulation du chara, soumis à ces influences électriques, soit suspendue pendant un certain temps, après lequel elle se rétablit spontanément, malgré l'influence continuée du courant électrique qui avait occasionné sa suspension.

Cette influence de l'électricité sur la circulation du chara est entièrement semblable à celle qu'exercent sur cette même circulation toutes les causes *excitantes*. Il résulte effectivement des observations réitérées qu'a faites M. Dutrochet, soit avec de l'eau élevée à une haute température, soit avec de l'eau salée et autres excitants, que sous l'influence de ces causes la circulation du chara diminue de vitesse ou cesse tout à fait, et qu'elle se rétablit avec une vitesse souvent supérieure à sa vitesse initiale après une suspension d'une certaine durée, et cela par une véritable réaction de la force vitale contre la force extérieure avec laquelle cette force vitale tend à se mettre en *équilibre*. Il résulterait de là que la force vitale qui opère la circulation, et la force électrique, sont deux forces différentes.

Dans la présente note, M. Dutrochet s'est proposé de chercher s'il en est de même de la force magnétique, qui n'est qu'une modification particulière de la force électrique. Il a soumis à cet effet une tige de chara vulgaris à l'action d'un électro-aimant animé par 20 couples d'une pile de Bunsen. Voici à quel résultat il est arrivé. Il lui a été démontré que la force magnétique, même lorsqu'elle est prodigieuse, n'exerce aucune influence sur la circulation du chara. Il n'existe donc aucun rapport entre la force vitale qui produit cette circulation et la force magnétique.

Il résulte de ces recherches que la force vitale qui opère la circulation du chara n'est point la force électrique, puisque celle-ci agit sur cette circulation comme une autre cause *excitante*, et que cette force vitale n'a aucun rapport avec la force magnétique, puisque celle-ci est dépourvue de toute influence sur cette même circulation.

Une autre conséquence découle encore des recherches auxquelles s'est livré M. Dutrochet sur ce sujet : c'est que toutes les causes dites *excitantes* sont *débilitantes* ou *sédatives* par leur effet *primitif* et *direct*, et qu'elles ne sont *fortifiantes*, *stimulantes*, *toniques*, que par leur effet *secondaire* ou *indirect*, que par l'effet de la *réaction vitale* qu'elles occasionnent, soit instantanément, soit avec quelque retard.

STRUCTURE DES ZOOSPERMES.

M. MILNE-EDWARDS fait, en son nom et celui de MM. Flourens et Dutrochet, un rapport favorable sur une note relative à la structure et aux mouvements des zoospermes du triton, par M. Pouchet, professeur de zoologie à Rouen.

Nous extrayons seulement de ce rapport les conclusions scientifiques que M. Milne-Edwards a déduites de ses propres recherches et de l'analyse du travail de M. Pouchet. M. Milne-Edwards ne voit, dans les détails anatomiques signalés par l'auteur, aucun motif nouveau pour considérer les spermatozoïdes comme étant de véritables animaux. Ce sont des produits de l'organisme qui jouissent pendant un certain temps de propriétés vitales très-développées, mais qui ne se reproduisent pas, et qui par conséquent ne possèdent pas le caractère le plus essentiel de l'espèce zoologique.

Les recherches auxquelles s'est livré M. Milne-Edwards sur la constitution des spermatozoïdes, pour s'assurer si ces corps étaient pourvus d'un épithélium, comme l'auteur l'a avancé dans de précédentes communications, l'ont conduit à un résultat négatif; il n'a rencontré aucun fait qui soit de nature à faire soupçonner l'existence d'un épithélium distinct.

INFLUENCE DU RÉGIME PÉNITENTIAIRE SUR LA SANTÉ.

M. FOURCAULT adresse un mémoire manuscrit d'une grande étendue, ayant pour objet l'étude de l'influence du régime pénitentiaire sur le physique et le moral de l'homme, et sur les moyens d'en diminuer les inconvénients.

Au premier rang des effets morbides de la réclusion prolongée, l'auteur place les scrofules et la phthisie pulmonaire. La fréquence de ces maladies et le chiffre de la mortalité sont en raison, dit-il, de l'encombrement dans les maisons de détention et de l'étroitesse des cellules dans les pénitenciers. Dans ces conditions, la mortalité peut atteindre le chiffre de 12 p. 100, et parfois elle est encore plus considérable, tandis que dans les colonies agricoles elle s'élève rarement au-dessus de 2 p. 100.

L'auteur examine successivement toutes les circonstances qui peuvent concourir, avec le fait de la réclusion dans des espaces rétrécis, à l'altération de la santé, et ses observations le conduisent à des résultats à peu près conformes à tout ce que l'on connaît déjà sur ce sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'Académie reçoit une lettre de M. Aubert-Roche relative au rapport sur la peste. Il n'en est pas donné lecture.

M. ROCHOUX demande la parole sur l'ordre du jour. Dans la dernière séance, M. le rapporteur de la commission de la peste a pris l'engagement de continuer son rapport; pourquoi ce rapport n'est-il pas à l'ordre du jour?

M. Prus : Je n'ai pas pu prendre l'engagement de continuer le rapport aujourd'hui. Je suis à cet égard aux ordres de la commission, et la commission n'est pas encore prête. Plusieurs membres étant absents, elle n'a pu se réunir cette semaine.

M. Adelon : Il est extraordinaire qu'on veille imposer à une commission l'obligation de présenter à un jour donné ses conclusions. Elle est seule juge de l'opportunité et de la convenance qu'il peut y avoir à les présenter. S'il en était autrement, elle se retirerait...

M. Rochoux : Et elle ferait bien. Mais, en ce cas, pourquoi a-t-on commencé ce rapport quand on n'était pas encore prêt ?

M. Adelon : La lecture en a été commencée sans consulter la commission.

CARTONS MÉDICINAUX.

M. Bricheteau fait un rapport officiel sur des préparations médicinales présentées à l'Académie par l'intermédiaire du ministre, et désignées par leur auteur, M. Bernard, sous le nom de *cartons médicinaux*. Ces préparations sont destinées à remplacer les cataplasmes, les vésicatoires et la plupart des topiques.

Le rapporteur propose de répondre au ministre que ces préparations sont une invention utile, qui peut avoir des avantages dans la pratique de la médecine, et qui peut rendre des services particulièrement dans l'armée et à bord des vaisseaux.

Ces conclusions, combattues par MM. Loiseleur de Longchamps, Caventou, Gerdy et Bégin, sont rejetées.

PRÉSENCE DES SELS DE CUIVRE ET DE PLOMB DANS LES EAUX DISTILLÉES DU COMMERCE.

M. Guibourt lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Briffaut et relatif à la présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce, et particulièrement dans l'eau de fleurs d'oranger. La présence de ces sels dans les eaux de fleurs d'oranger résulte de l'usage que l'on fait dans les fabriques, et particulièrement dans celles de Grasse, où l'on prépare ces eaux en très-grandes quantités, de vases de cuivre étamé, désignés sous le nom d'*estagnons*. L'auteur, en signalant les inconvénients de l'usage de ces vases, propose de les remplacer soit par des vases en fer battu, soit par des vases étamés à un titre qui donne toutes garanties.

Le rapporteur propose, au nom de la commission : 1° de remercier M. Briffaut et de le féliciter d'avoir fait des recherches qui intéressent à un haut degré l'hygiène publique ; 2° d'écrire au ministre pour lui exposer que, l'Académie étant instruite des inconvénients de l'usage de ces vases, elle le prie de prendre à l'avenir les mesures nécessaires pour y obvier ; 3° de prescrire que les eaux distillées ne pourront être transportées ou conservées désormais que dans des vases en fer battu, ou mieux encore, si cela est possible, dans des vases de verre.

M. Chevallier : Il y a des estagnons plus nuisibles encore que les estagnons en cuivre : ce sont les estagnons en zinc dont on se sert dans le midi pour la conservation des huiles. On sait qu'il est arrivé de graves accidents par suite de l'altération de ces vases qui contiennent une certaine proportion d'arsenic. Je crois qu'il serait convenable d'en dire un mot dans le rapport. J'appuie d'ailleurs de toutes mes forces la proposition du rapporteur.

M. Boullay parle dans le même sens ; mais il croit qu'il sera difficile d'introduire les vases de verre dans les usages du commerce.

Les conclusions du rapport, avec l'addition proposée par M. Chevallier, sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORT OFFICIEL SUR UN CORSET.

M. Capuron fait un rapport officiel sur un corset pour lequel l'Académie a été consultée par le ministre. Il propose de répondre que l'Académie n'a aucun motif d'approuver ni de désapprouver cette communication. (Adopté.)

ÉCLAMPSIE.

M. Capuron lit un second rapport sur un cas d'éclampsie communiqué par M. Hullin, de Mortagne. L'auteur de la communication étant membre correspondant, il n'y a pas lieu de présenter des conclusions.

Après quelques observations critiques de MM. Moreau et Velpeau, l'Académie passe à l'ordre du jour.

M. Lucien Boyer présente un instrument destiné à l'excision des tumeurs développées dans diverses régions profondes, entre autres des polypes du pharynx et des tumeurs pédiculées de la prostate.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BESANÇON.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE L'ANNÉE 1845 ; par M. le docteur Tournier, secrétaire général ; lu dans la séance du 14 janvier 1846.

(Suite et fin. — Voir le n° 14.)

OBSERVATIONS DE PERFORATIONS INTESTINALES PAR DES ENTOZOAIRES ; par M. le docteur Bizot, de Baume.

Suivant le docteur américain Butter, la présence des vers dans le tube intestinal de l'homme, et surtout chez les enfants, est un bienfait de la nature. Ces animalcules, par leur présence, irritent doucement l'estomac, augmentent son mouvement péristaltique ainsi que celui du tube intestinal, et l'enfant qui ne possède pas de vers lombricoïdes ou de toute autre espèce est un enfant très-malade. Pour répondre à de telles erreurs, permettez-moi, messieurs, de vous présenter trois observations, dont deux me sont particulières.

Obs. I. — Il y a près de vingt années que madame Journot, domiciliée à Pont-les-Moulins, âgée d'environ 45 ans, d'un tempérament lymphatique, fut subitement atteinte de douleurs atroces dans la partie gauche et moyenne de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Son mari s'empressa de venir réclamer les soins et la visite de M. L..., chirurgien de cette ville, qui, déjà d'un certain âge, refusa de se transporter près de la malade, et se contenta d'ordonner l'application de 12 sangsues. Environ huit jours après, l'on vint me chercher. Lors de mon arrivée près de la malade, qui était couchée, quel fut mon étonnement de sentir cette odeur *spéciale* qui appartient aux plaies gangréneuses !

État de la malade. — La face est pâle ; le pouls est lent et faible : il se laisse facilement déprimer. Peu d'appétit, langue blanche, jaunâtre, saburrale ; pas de soif. Madame Journot se plaint de faiblesse générale, mais il existe encore du sommeil. La caloricité normale est diminuée, mais il reste beaucoup d'énergie morale. Le bandage de corps ayant été enlevé, ainsi qu'une masse de charpie grossière, je remarquai dans la partie abdominale que je viens de désigner une escarre gangréneuse profonde, à bords flétris et affaissés, du diamètre d'un écu de 5 francs environ.

Moyens curatifs. — Régime tonique ; bouillons et potages gras ; viandes ; vins du pays et vin de Kina matin et soir. — Pansement à plat avec le digestif simple, étendu sur un plumasseau de charpie molle.

Le surlendemain de ma visite, expulsion par le centre de l'escarre d'un lombric de la longueur de 3 pouces. — Les quatre jours suivants, six vers de la même espèce sortirent du tube intestinal de la même manière, et sans causer la moindre douleur. Les forces générales se sont soutenues parfaitement. — Depuis cette époque, à chaque selle, des matières stercorales sont sorties par la plaie, *et même sans besoin d'aller à la garde-robe*. Cette plaie, six semaines après l'accident, était réduite au diamètre d'une pièce de 30 sous. Les chairs étaient belles et vermeilles. Quelques semaines après, la plaie était réduite au diamètre d'une pièce de 25 centimes. A mesure que la cicatrisation s'effectuait, les matières fécales diminuaient de quantité ; au troisième mois, les linges de la malade, qui depuis longtemps avait repris la surveillance de son ménage, étaient légèrement tachés, et enfin il n'existait plus qu'une fistule dans laquelle une sonde d'un très-petit calibre pénétrait difficilement. — La compression, pour guérir cette plaie fistuleuse, a été employée d'abord sans succès, car je manquais de point d'appui. La cautérisation n'a pas eu plus d'effet. — Les forces médicatrices de la nature ont été plus puissantes, et à la fin de la deuxième année, cette plaie fistuleuse s'est guérie complétement.

Obs. II. — Le 30 septembre 1843, j'ai été appelé dans la commune de Romain pour visiter le sieur Coquillard, âgé d'environ 40 ans, qui recevait depuis quelques jours les soins de notre honorable confrère Dombrowski. — Cet homme, environ quinze jours auparavant, avait été surpris par un orage violent. Sa cave était remplie d'eau, et il eut l'imprudence d'y descendre, d'y rester plusieurs heures pour sauver ses futailles remplies de vin. — Le soir même, il ressentit de violents frissons. Il s'alita, et le quatrième jour il fut tout étonné de reconnaître à l'aine droite, un peu au-dessus de l'anneau inguinal, une tumeur oblongue, dure, douloureuse et rénittente. — Enfin cette tumeur, d'un rouge vif, s'est sphacélée ; elle s'est ouverte d'elle-même, et alors des gaz et des matières fécales sont sortis du centre de la tumeur, sans que le besoin de la défécation se fît sentir. La charpie, appliquée sur la plaie, était imbibée de matières fécales, et lors de chaque selle, cette quantité de matières excrémentielles augmentait beaucoup. C'est alors que je fus appelé.

Situation du malade. — Il avait beaucoup maigri. La face était pâle, les yeux tristes et caverneux. Le pouls s'affaiblissait à la plus légère pression. Les forces morales semblaient très-affaiblies : Coquillard craignait la mort et semblait découragé. La peau était plutôt froide qu'à la température normale ; l'appétit se soutenait.

Traitement. — Bouillons et potages gras. — Viandes. — Bon vin. — Décoction concentrée de Kina pour tisane avec mélange de vin. — Pansement à plat avec le digestif simple. — Peu à peu le pouls s'est relevé ; la face a repris de l'expression et le regard plus de vivacité, plus d'assurance, comme la parole. Les forces morales, qui influent d'une manière si puissante, si manifeste, sur les forces physiques, se sont aussi relevées. — La plaie, d'un diamètre d'environ un petit écu, s'est détergée insensiblement. Les chairs sont devenues rouges et vermeilles ; des boutons charnus ont bientôt réduit la plaie primitive au diamètre d'une pièce de 30 sous. Deux mois après, Coquillard était entièrement guéri ; la triple cicatrisation était solide et complète.

Obs. III. — Il y a déjà de longues années qu'un médecin, aussi éminent par ses talents que recommandable par l'aménité de son caractère, m'a assuré qu'il avait soigné pendant deux mois consécutifs la fille de soins de M. P... à Besançon. Sa maladie était très-compliquée, et des symptômes très-extraordinaires s'étaient manifestés souvent pendant la maladie. Cette fille mourut à 45 ans environ. L'illustre médecin dont je viens de parler, curieux de connaître les causes de la mort et les altérations organiques qui devaient être nombreuses, fit procéder à l'ouverture du cadavre. Quelle ne fut pas sa surprise de trouver le tube intestinal entièrement phlogosé, dépourvu presque partout de sa muqueuse et percé à jour comme un crible, et de trouver sous le péritoine une multitude immense

de lombrics! Cette cause ou cette complication n'avait pas même été soupçonnée pendant deux mois d'un traitement assidu.

DIATHÈSE PURULENTE, observations recueillies par M. le docteur FAIVRE D'ESNANS, de Baume.

OBS. I. — Louis Vienot, maréchal-mécanicien, demeurant au faubourg de Baume, a réclamé mes soins dans l'hiver de 1843-44. Cet homme, âgé d'environ 40 ans, d'une constitution bilioso-nerveuse, petit de taille, muscles détachés et saillants par suite du travail de la forge, malheureusement adonné au vin et s'enivrant facilement, se plaignait d'une rétention d'urine pour laquelle je l'avais déjà traité deux fois; sa face était plus pâle qu'à l'ordinaire; pas de céphalalgie, respiration libre, pouls un peu lent et large, quelques douleurs abdominales, ventre libre, faiblesse générale, anorexie et besoin de repos. Je lui conseillai la tisane de graine de lin nitrée, pas de vin, etc., traitement qui avait réussi précédemment. Je ne revis le malade que trois jours après: alors céphalalgie, faiblesse encore plus grande; le malade ne pouvait sortir du lit qu'avec peine et répugnance; pouls petit, lent et concentré; les urines coulent assez facilement; pas de toux.

Au huitième jour, prostration complète des forces, coma vigil, pouls petit et irrégulier (sinapismes et parégoriques). Le malade demeura trois jours dans cet état comateux qui cessa tout à coup; mais dès le lendemain ce symptôme reparut avec beaucoup plus d'intensité et subsista huit jours entiers. Pendant ce temps, où à peine pouvait-on obtenir une réponse de Vienot, il se manifesta à la partie antérieure du col une tumeur fluctuante, *indolente*, sans rougeur, que j'ouvris à la lancette; il en sortit un pus clair, non lié, d'un blanc jaunâtre et sans odeur. Bientôt une nouvelle tumeur se montra au flanc droit à la hauteur de la cinquième côte; l'ouverture en ayant été faite, il s'en écoula un pus de même nature, ainsi que de cinq autres abcès semblables, mais beaucoup plus volumineux, qui se montrèrent successivement au milieu du dos et aux lombes. L'intelligence était revenue, Vienot raisonnait avec toute connaissance; mais la faiblesse musculaire allait toujours croissant, malgré une nourriture choisie et de puissants toniques; le ventre était libre, la rétention d'urine n'avait pas reparu, les abcès se remplissaient toujours, la maigreur devenait de plus en plus grande; enfin, au bout de trois mois, le malade succomba dans le marasme.

La cause de cette maladie était un refroidissement subit, opéré dans l'eau du canal où Vienot était tombé en travaillant et dans un état d'ivresse. Sorti de là, il continua son travail et but de l'eau de neige pour se rafraîchir, se sentant l'intérieur du corps brûlant. Ce fut le surlendemain que la maladie se déclara.

OBS. II. — Auguste Grammont, de Cour-les-Baume, âgé de 25 ans, de tempérament sanguin, d'une constitution assez forte, avait quitté le service domestique pour rentrer dans sa famille, à la suite de quelques contrariétés; dans le courant de décembre dernier, il était souvent allé à la pêche où il s'était mouillé et refroidi, surtout les membres abdominaux. Appelé près de lui au mois de janvier, je le trouvai pâle et faible, contre son ordinaire cherchant le repos, ayant les idées lentes, accompagnées de pesanteur de tête, de défaut d'appétit et surtout de constipation; langue blanchâtre, peau sèche, pouls large et fréquent, soif.

Prescription des purgatifs, qui ne firent aucun effet, quoique donnés à hautes doses; les clystères, les fomentations, embrocations sur le ventre, n'eurent pas plus de succès; et enfin des pruneaux cuits au séné produisirent quelques petites selles au bout de dix jours de persévérance; depuis ce temps le malade allait du ventre tous les deux et trois jours. Mais la tête était devenue très-douloureuse, la sécheresse de la peau subsistait: les sudorifiques échouèrent complétement. Au quinzième jour de la maladie, il se manifesta des accès de fièvre intermittente quotidienne, sans sueur, et les muqueuses refusèrent entièrement de faire leurs fonctions.

Le sulfate de quinine fit cesser l'intermittence sans enlever la céphalalgie intense, qui ne cessa qu'à l'apparition d'une violente douleur à la hanche gauche, sans rougeur ni tumeur apparente; bientôt cependant la cuisse se tuméfia; un abcès parut aux lombes; son ouverture donna un pus non lié, jaunâtre, analogue à celui sorti des tumeurs du malade qui fait le sujet de l'observation précédente.

La tumeur de la cuisse faisait des progrès, et la fluctuation se manifesta évidemment, mais à une grande profondeur entre le vaste interne et le couturier; pour amincir la peau et attirer la suppuration, j'appliquai un cautère potentiel dont l'escarre fut enlevée trois jours après. Il s'écoula beaucoup de pus ce jour-là, et la suppuration fut également abondante les jours suivants: on peut en évaluer la quantité à un demi-litre par jour.

Le genou droit devint malade aussi; des douleurs très-violentes, mais non pulsatives, s'y manifestèrent. La tumeur devenue assez grande pour qu'on y sentît la fluctuation, on donna issue à un pus semblable à celui qui sortait de l'autre foyer. Les idées du malade étaient saines, quoique lentes; la maigreur faisait des progrès étonnants; huit jours avant la mort, les os n'étaient plus recouverts que par une peau mince et sans tonicité. C'est à cette époque que les jambes devinrent œdémateuses, et qu'arriva la diarrhée colliquative qui emporta le malade au bout de quatre-vingts jours de souffrances.

Quels rapports y a-t-il entre la cause de cette maladie, c'est-à-dire le refroidissement occasionné par l'eau froide, le corps étant échauffé, et cette diathèse purulente, de laquelle il est si difficile d'arrêter les progrès, surtout quand on est appelé trop tard?.... Quel en doit être le traitement?....

Au début, un vomitif d'ipécacuanha m'a réussi assez souvent, aussi bien que les sudorifiques, mais cette maladie est si peu douloureuse dans son commencement que le médecin n'est le plus souvent prévenu que quand le désordre est trop grand pour le réparer. Quelques auteurs ont préconisé la sanicle dans cette affection, je ne l'ai pas encore employée.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'ŒUF ET DE SON DÉVELOPPEMENT DANS L'ESPÈCE HUMAINE; par M. AMÉDÉE COURTY, docteur en médecine. —1845; chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Dans une discussion récente devant l'Académie des sciences, les deux systèmes de philosophie naturelle qui se résumèrent pendant si longtemps dans les noms de deux membres illustres de cette académie, se trouvèrent momentanément mis en présence. Il semblait, à voir l'ardeur avec laquelle les partisans des deux systèmes en défendaient les principes, qu'il se fût agi de décider de quelle doctrine l'avenir de la science devait attendre le plus de progrès, de celle qui, envisageant les êtres dans leurs caractères propres et distinctifs, prend les différences pour base de classification, ou de celle qui ne voit dans les variétés infinies de l'échelle que les modifications graduées et insensibles d'un arrangement de tout le règne animal en série continue. La discussion fut courte, mais instructive; il en ressortit, pour tous les esprits impartiaux, cette conséquence: que chacune des deux doctrines, ou plutôt des deux méthodes en question constitue un point de vue particulier, et que, loin de s'exclure, elles se complètent au contraire l'une par l'autre, et promettent par le concours de leurs efforts une vue plus large, plus complète et plus conforme à la réalité des faits.

C'est à l'étude de l'embryologie que reviendra une partie de l'honneur d'avoir préparé cette fusion, car c'est à elle surtout qu'il appartient de contrôler ce que chacune de ces doctrines, considérée d'une manière abstraite, aurait de trop exclusif. L'embryogénie comparée apprend en effet que si, jusqu'à une certaine époque de la vie embryonaire, tous les animaux se présentent sous une forme une et identique, celle d'un œuf, arrivé à une période déterminée de son développement, cet œuf offre des différences correspondantes aux divers embranchements dans lesquels devra se ranger l'animal qui en naîtra.

Considérée sous ce point de vue, l'histoire de l'œuf humain n'a pas seulement, comme on le voit, l'intérêt qui se rattache à toutes les questions d'anatomie et de physiologie de notre espèce, mais elle mérite encore toute notre attention par les enseignements utiles qu'on peut tirer de ses rapprochements avec l'étude de l'oviparité dans toute la série animale, comme constituant l'un des éléments les plus importants de l'histoire des rapports naturels des animaux et des lois qui président à leur classification. Elle intéresse en outre l'anatomie et la physiologie générales, en permettant d'étudier à leur plus grand degré de simplicité les lois de formation, de substitution, de composition et de décomposition des divers systèmes organiques; enfin, loin d'être étrangère à la médecine elle-même, elle lui vient en aide, en montrant la nécessité et l'importance relative, suivant les âges, de certaines fonctions et des organes qui ont servi à les accomplir, en nous apprenant le mode de développement et de régénération de ces organes, en présentant enfin, suivant les degrés plus ou moins parfaits de l'organisation de l'embryon, une histoire abrégée des monstruosités.

Tels sont les points de vue divers dont l'auteur de cette brochure a parfaitement fait ressortir l'importance dans un court préambule. Cet aperçu rapide des heureuses applications des études embryologiques fait regretter qu'il s'en soit tenu à ce simple énoncé et qu'il n'ait pas poursuivi l'étude de ces applications. Mais il n'entrait pas dans son objet de traiter d'aussi vastes questions. Conçu et exécuté à titre d'acte probatoire, ce travail est exclusivement consacré à l'étude de tout ce qui a rapport à l'œuf humain et à son développement. Ainsi circonscrit ce sujet est déjà assez important, et il méritait bien l'étendue et le soin qui y ont été apportés. Essayons de donner une idée sommaire des principaux résultats qui ressortent de ces recherches.

M. Courty prélude à l'étude de l'œuf par l'étude de la constitution et du développement des cellules ou vésicules organiques. Tous les corps organisés, admettent les physiologistes, se développent d'une cellule. Mais par quel mécanisme la matière organique amorphe se constitue-t-elle en vésicule? c'est ce qu'on a cherché à résoudre par des théories différentes. Celle qui a eu le plus grand retentissement, surtout en Allemagne où elle a pris naissance, est la théorie de Schwann, ou plutôt celle de Purkinje, que Schleider et Schwann ont appliquée l'un à l'organogénie végétale, le second à l'organogénie animale. Les personnes qui sont au courant des travaux embryologiques modernes savent que Purkinje, à qui est due la découverte de la vésicule germinative dans l'œuf de l'oiseau, ayant observé que cette vésicule est proportionnellement plus grande dans les œufs les plus jeunes, pensa que c'était la première partie formée, qu'autour d'elle le jaune venait ensuite se déposer en granules, et qu'autour de ces granules se déposait à son tour et s'organisait une membrane close de toute part, la membrane vi-

telline, véritable cellule. Prenant cette cellule pour type, les physiologistes que nous venons de citer admirent pour toutes les autres un même mode de développement. Voici en quels termes on exprima les conditions de cette formation : « Dans la matière organique amorphe se condense un *nucléolule;* autour de lui se déposent des granules dont l'ensemble forme un *noyau*, et autour de ce noyau s'organise la *cellule;* celle-ci, d'abord en contact immédiat avec le noyau, en est éloignée peu à peu par l'accumulation d'un liquide plus ou moins transparent, plus ou moins granuleux ; elle s'agrandit, atteint le dernier degré de son évolution, et lorsqu'elle est définitivement constituée, tantôt le noyau reste dans son intérieur ou fixé sur la paroi interne; tantôt, ce qui arrive le plus souvent, ayant accompli son rôle, il diminue peu à peu et finit par disparaître. » Les faits justifient-ils l'importance et l'étendue que l'on a cherché à donner à cette théorie dans la science organogénique? M. Courty ne le pense pas. Loin qu'elle doive être prise comme une expression absolue des faits, le nombre des exceptions serait tel, suivant lui, qu'on ne pourrait la considérer à juste titre que comme l'expression *d'un* des modes de formation des cellules. « En effet, dit-il, si cette théorie était vraie, on devrait trouver dans toute cellule les éléments essentiels de sa formation, le noyau et le nucléolule, et on devrait les y trouver d'autant plus sûrement qu'on l'examinerait plus petite, plus voisine de l'époque de son origine; or, dans bien des cas il en est tout autrement. » Si l'on voit souvent les cellules se former comme Schwann l'a montré, on les voit dans d'autres cas se produire d'une toute autre manière, ainsi que M. Courty en cite quelques exemples. Tantôt il se creuse dans des points plus ou moins déterminés des cavités qui s'agrandissent successivement, s'enveloppent de molécules matérielles et par pression constituent une enveloppe lisse, comme l'a observé M. de Mirbel dans le cambium chez les végétaux; tantôt de nouvelles cellules se forment par scission, par la division d'une cellule préexistante en plusieurs autres, comme on en observe des exemples dans les infusoires, les conferves, etc. Ainsi, quelque séduisante que soit au premier abord cette théorie par laquelle on cherchait à ramener la formation des cellules à un type unique, on serait forcé, par les faits, de reconnaître que ce développement se fait par plusieurs procédés. Aussi bien cette notion ne sera pas perdue, car elle servira à comprendre les divers changements qui s'opèrent dans l'œuf, la création et la succession de ses diverses membranes, et elle recevra en quelque sorte de cette étude même une nouvelle confirmation. En effet, l'œuf, qui n'est autre chose qu'une vésicule plus ou moins complexe, repète, dans son développement, le mode de formation général, trop exclusivement assigné par Schwann, suivant M. Courty, au développement des cellules. En examinant l'ovule sur des fœtus, c'est-à-dire à l'époque où l'on peut en quelque sorte assister à son premier développement, on reconnait que l'œuf apparaît et se développe d'abord, qu'il préexiste même à la vésicule de Graaf qui n'est que le résultat de la condensation des tissus environnants par l'irritation que l'ovule exerce sur eux. Les ovules recueillis à cette époque se montrent composés d'une vésicule transparente, qui n'est autre que la vésicule germinative entourée d'une série de globules plus ou moins nombreux, non limités à l'extérieur par une membrane; on peut même remonter jusqu'à une époque où l'on voit la vésicule germinative entourée à peine de quelques granules et même libre. En remontant plus haut encore, ajoute M. Courty, il resterait à rechercher si la vésicule germinative, ou encore si la tache germinative, ne serait pas elle-même un lambeau, un bourgeon détaché de l'ovaire, autour duquel se créerait le travail formateur de la constitution de l'œuf, ce qui ramènerait, en définitive, ce mode de reproduction au mode plus simple de la reproduction par bourgeons, et même à celui de la reproduction par division ou scissure. Mais là commence l'hypothèse; ce qu'il importe de constater, ce sont les dispositions que nous venons de faire connaître, dispositions que M. Courty a été à même de reconnaître sur de jeunes fœtus, et qui confirment l'analogie complète qu'a établie M. Coste entre les œufs des mammifères et ceux de tous les autres animaux dans les premières périodes de leur formation.

Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur dans l'étude du développement des diverses parties de l'œuf et des phases successives qu'il parcourt soit avant, soit après la fécondation. Cette dernière partie surtout est traitée avec des développements considérables qu'il ne nous serait pas possible de suivre, et dont on ne saurait présenter quelques points isolés sans nuire à la clarté des démonstrations et à l'intelligence des détails. Nous nous bornerons seulement à énoncer quelques-uns des principes qui ont guidé l'auteur dans ses recherches et à faire connaître les précautions qu'il a prises pour éviter, dans une étude aussi difficile et aussi délicate, les chances nombreuses d'erreur auxquelles n'ont pas toujours échappé les plus habiles anatomistes.

Parmi les lois de la physiologie générale dont est tributaire l'étude de l'ovologie et dont l'expression se retrouve dans les diverses périodes du développement de l'œuf, il en est une qui a particulièrement fixé l'attention de M. Courty et qui l'a en quelque sorte dirigé à chaque pas de ses difficiles recherches, parce que, d'une part, elle domine toute l'histoire du développement et qu'elle est tout à la fois l'expression la plus large et la plus complète de tous les faits d'ovologie et le guide le plus sûr pour discerner au milieu de tant de causes d'obscurité les divers éléments constitutifs de l'œuf: nous voulons parler de cette loi qui veut qu'aucun organe ne se transforme dans l'organisation animale, mais au contraire succède et se substitue à un autre, loi que M. Flourens a développée et formulée sous le nom de loi de dédoublement ou de substitution organique. Toutes les transformations, toutes les mutations qui s'opèrent dans l'œuf pendant le cours de ses diverses évolutions, ne sont effectivement que des faits de substitution qui, dans leur apparente variété, répètent constamment le fait exprimé par cette loi générale. Avec ce principe pour guide, l'auteur a pu plus facilement éviter les illusions où sont tombés plusieurs de ses devanciers pour l'avoir méconnu. Il est encore une autre source d'erreur contre laquelle il s'est également tenu en garde. La plupart des anatomistes jusqu'à ces dernières années avaient décrit l'œuf humain d'après les faits fournis par les avortements; or les œufs avortés étant souvent des œufs malades, on conçoit à quelles erreurs pouvaient conduire des déterminations de volume, de développement et de rapports, faites dans de semblables circonstances, c'est-à-dire en prenant pour types des faits exceptionnels et anormaux. Il n'y avait qu'un moyen de se soustraire à cette difficulté, c'était de comparer chacune des périodes connues du développement de l'œuf humain à la série des développements normaux qu'on a pu observer à loisir sur les animaux les plus rapprochés de l'homme, en superposant par cette comparaison, comme le dit M. Courty, les diverses époques des développements normaux de l'espèce humaine sur les points correspondants du développement normal dans les animaux, de manière à combler par la connaissance de ces derniers les lacunes que laisse subsister l'observation directe du développement de l'homme. C'est ce qu'a fait M. Courty, à l'exemple du professeur du collége de France dont il paraît avoir suivi les inspirations. C'est ainsi qu'après avoir constaté l'identité du terme initial du développement de l'œuf chez la femme et chez les mammifères, ainsi que de celui où l'œuf arrive dans l'utérus, il a pu se croire autorisé à admettre la similitude pour les termes intermédiaires qu'il n'a pas été possible encore d'observer directement chez la femme.

Nous avons cru devoir entrer dans ces détails sur la manière dont l'auteur a procédé dans ses recherches, parce que dans une étude aussi délicate, qu'il n'est pas donné à tout le monde de contrôler, et où la plus légère méprise peut conduire aux inductions les plus fautives, on ne saurait trop prémunir les lecteurs de toutes les garanties qui ont été prises contre les causes d'erreur. Si l'on peut juger de l'exactitude des faits que renferme cet opuscule par la clarté de l'exposition, par la rectitude des déductions et la sévère logique qui préside à la discussion des faits et des opinions, nous n'hésitons pas à assigner un rang distingué à l'œuvre de M. Courty parmi les récentes productions physiologiques. La Faculté de médecine de Montpellier en a, du reste, jugé ainsi en décernant à M. Courty la plus honorable distinction dans le dernier concours des thèses. Il suffira de rappeler cette circonstance pour nous dispenser de tout autre éloge.

RECHERCHES SUR L'ORGANE DE JACOBSON; thèse présentée le 22 août 1845 par M. LOUIS-PIERRE GRATIOLET.

Tous les anatomistes connaissent les conduits, indiqués par Vésale et mieux décrits par Stenon, qui établissent en avant une communication entre les fosses nasales et la cavité buccale dans les animaux mammifères. Sur le squelette, les trous qui donnent passage à ces conduits sont en général très-évidents. Dans l'espèce humaine, ils sont formés par le rapprochement de deux petites échancrures dont l'une appartient à l'os incisif et l'autre à l'apophyse palatine de l'os maxillaire. Celle de l'os incisif sépare la masse latérale de l'os de son apophyse ou branche interne; l'ouverture ou le conduit qui en résulte occupe la partie la plus interne de la suture maxillo-incisive. Elle n'est séparée de l'ouverture du côté opposé que par une petite crête osseuse; parfois même les deux ouvertures se réunissent en une seule du côté de la bouche. C'est ce qui existe constamment chez l'orang-outang.

Sur les pièces fraiches, le trou incisif est traversé par un tube membraneux dont on s'expliquera aisément la formation et l'origine, en supposant que la muqueuse nasale, passant au-dessus du trou, s'y enfonce sous la forme d'un t be d'abord évasé, puis très-étroit, qui vient s'ouvrir sous la voûte palatine, à côté d'une papille ou petit tubercule médian. C'est à ces tubes pairs qu'on a donné le nom de *canaux de Stenon*. Leur existence chez l'homme a été niée, il est vrai, par quelques anatomistes; mais la plupart l'admettent, et M. Gratiolet, qui s'est attaché tout spécialement à leur recherche, affirme les avoir vus très-nettement et en donne même une description qui lui est propre. « Du côté des fosses nasales, dit-il,

chacun d'eux s'ouvre par un petit pavillon auquel fait suite un tube délié qui vient s'ouvrir du côté de la bouche à une petite fossette que Cuvier prenait à tort pour le tube excréteur de quelque petit amas glandulaire. Il y a deux fossettes semblables, l'une à droite et l'autre à gauche. Une soie fine de sanglier peut y être facilement introduite. *J'ai disséqué avec soin ces conduits, je les ai ouverts dans toute leur longueur;* leur surface interne est revêtue d'un épithélium pavimenteux extrêmement délicat. » Dans les solipèdes, la partie supérieure des conduits existe seule et leur orifice buccal est complétement oblitéré. Cette disposition que Cuvier, MM. Jacobson et Rosenthal croyaient particulière au cheval, l'auteur l'a reconnue sur le chameau. Ainsi qu'il le fait remarquer, c'est un caractère à ajouter à ceux qui obligent de considérer le chameau comme celui de tous les ruminants qui se rapproche le plus des solipèdes.

Ces préliminaires étaient indispensables à l'intelligence de la description de *l'organe de Jacobson*. Nous allons extraire de celle qu'en donne M. Gratiolet les parties propres à donner de l'organe une notion plus nette, ou relatives à des dispositions non encore signalées.

« Qu'on se figure, dit-il, un tube membraneux, étroit, allongé, formé d'une enveloppe nerveuse, molle, riche en vaisseaux, entouré d'une gaîne cartilagineuse; appliquez ce tube le long de la branche interne de l'os incisif, ce tube sera compris entre la membrane muqueuse qui tapisse la cloison et la cloison elle-même; son extrémité postérieure est close; l'antérieure présente un orifice et s'ouvre dans le canal de Stenon.... Ce tube reçoit des vaisseaux et des nerfs nombreux: ces vaisseaux et ces nerfs lui arrivent tout le long de son bord supérieur par une sorte de mésentère dont le tissu se confond, d'une part, avec celui de la membrane de Schneider et, de l'autre, avec le tissu propre de l'organe. Une fente longitudinale de la gaîne cartilagineuse reçoit ce mésentère. Partout ailleurs le tube semble libre et indépendant de la muqueuse des fosses nasales. L'ouverture du tube est percée dans la paroi interne du canal de Stenon et met la muqueuse de ce conduit en continuité avec celle que revêt l'intérieur de cet organe. Un pareil tube existe à droite et à gauche de la cloison. »

Cette description générale de l'organe de Jacobson en présente une idée parfaitement nette sans révéler aucun fait nouveau. Mais, au sujet de la constitution intime des parois de ce conduit, l'auteur expose les résultats de son investigation personnelle. Les minutieux détails de sa description, bien que relatifs à un organe dont les fonctions sont encore à peu près inconnues, et même à cause de cela, méritent d'être rapportés. Nous en abrégerons, autant que possible, l'expression.

Jacobson avait seulement dit de la structure du tube découvert par lui, qu'il offre trois membranes, à savoir: une *fibreuse*, périphérique, très-fine; une *muqueuse* communiquant avec celle des canaux de Stenon et tapissant l'intérieur de l'organe; enfin une membrane intermédiaire, *glanduleuse* ou plutôt *adénoïde*, dont la texture laisse quelque incertitude. M. Gratiolet signale, de son côté, les dispositions suivantes.

La paroi interne du tube est en général plus mince que l'externe; elle est délicate et molle; la couche adénoïde y est moins abondante. La paroi externe est plus épaisse à sa partie supérieure; dans toute l'étendue du mésentère dont il est parlé plus haut, elle offre à l'intérieur du tube un bourrelet saillant comparé par l'auteur à l'organe décrit dans l'intestin du lombric terrestre sous le nom d'*intestinum in intestino*. Ce bourrelet s'atténue à ses deux extrémités; il n'est point également marqué dans tous les animaux. Ses limites sont indiquées en haut et en bas par un sillon très-net et remarquable par la grande quantité de follicules simples ou complexes dont les ouvertures s'y trouvent rangées en séries plus ou moins régulières. Ces follicules se multiplient beaucoup à l'extrémité antérieure du tube, mais en revanche ils y deviennent plus petits et les derniers sont à peine appréciables. Quant au bourrelet lui-même, l'auteur n'y a jamais reconnu d'orifices folliculaires. Dans les grands animaux, sa surface paraît quelquefois comme tomenteuse; on croit y apercevoir de fines villosités, mais cette apparence s'évanouit au microscope. La présence de ce bourrelet dans l'intérieur du tube rompt la forme cylindrique de sa cavité, qui en est dans beaucoup de cas singulièrement rétrécie.

L'orifice de l'organe est situé à la partie antérieure du bourrelet, et semble quelquefois percé sur lui; il offre beaucoup de variétés de grandeur et de forme: tantôt il est légèrement ouvert, et tantôt son ouverture est punctiforme.

L'aile ou le rebord interne du cornet cartilagineux qui entoure l'organe de Jacobson est mince, élevée, et concourt parfois à former la cloison nasale; elle s'étend en arrière en une pointe plus ou moins aiguë; l'aile externe est rugueuse, percée de trous pour le passage des vaisseaux de l'organe et plus particulièrement des artères. Son extrémité antérieure donne, dans certains cas, une expansion considérable qui s'enroule autour du canal stenonien.

La structure de ce cartilage est aussi simple que possible. Une tranche mince, placée sous le microscope, paraît exclusivement formée de cellules transparentes dont le diamètre égale trois à quatre millièmes de millimètre et dans lesquelles on aperçoit parfois un noyau.

Examiné de la même manière, le tissu des parois du tube a paru à l'auteur formé de fibres muqueuses très-délicates, entrecroisées dans plusieurs sens. La plupart semblent se détacher de la lame fibreuse qui forme la couche la plus excentrique du tube. Au milieu de ces fibres, on découvre des vésicules nombreuses, pâles, délicates, dont le diamètre égale à peu près treize millièmes de millimètre. L'intérieur de ces vésicules est rempli de granules qui ont *un peu moins d'un millième de millimètre*. A un faible grossissement, on aperçoit ces amas comme de petits flocons auxquels font suite de petites traînées blanches, semblables à des conduits excréteurs. « Serait-ce là, demande l'auteur, l'élément du tissu *adénoïde* indiqué par Jacobson? » Il penche à le croire, comme aussi la membrane *muqueuse* du même anatomiste ne lui paraît être autre chose qu'un épithélium recouvrant l'intérieur du tube. « Au reste, ajoute-t-il, la distinction des trois lames est un peu artificielle, et il y a un passage insensible de l'une à l'autre. »

Les artères de l'organe de Jacobson sont de deux ordres: les unes, médianes, proviennent des artères nasales externes par un petit tronc qui perce l'enveloppe cartilagineuse à son côté externe, s'engage sous l'organe et se divise en deux riches pinceaux, dont l'un se ramifie dans la partie postérieure du tube, tandis que l'autre se porte en avant; les autres sont fournies par une deuxième branche qui naît à reculons de l'artère du trou incisif et s'anastomosent avec les ramifications du second des pinceaux précédents. Ces branches réunies forment un lacis très-élégant dont les mailles fort allongées donnent naissance à un réseau capillaire beaucoup plus délié qui rampe sous la couche épithéliale.

Les veines naissent de ce réseau et se rendent à un plexus qui enveloppe le grand réseau artériel, en sorte que la disposition relative des couches artérielles et veineuses est la même que dans la membrane de Schneider. Ces veines se réunissent ensuite en plusieurs troncs qui viennent s'aboucher dans un sinus veineux régnant dans toute la longueur du bourrelet, et vont se rendre en arrière dans les plexus veineux inférieurs de la cloison. Cette veine est absolument dépourvue de valvules, et communique d'espace en espace avec les vaisseaux de la cloison au moyen du mésentère vasculaire décrit plus haut.

Les nerfs sont de deux ordres: les uns appartiennent à la cinquième paire et se rendent au naso-palatin de Scarpa; les autres se rattachent aux processus mamillaires ou lobes olfactifs. Ces derniers rapports, dont l'étude est singulièrement facilitée par les travaux récents de M. Foville, sont indiqués par l'auteur avec une grande rigueur de détermination. Ne pouvant nous engager dans les longs développements auxquels il se livre à ce sujet, nous nous contenterons de rappeler ce qu'il dit de la *terminaison* ou, suivant son langage (emprunté à M. de Blainville), de *l'origine* des filets olfactifs dans *l'organe de Jacobson*. Après s'être portés sur les côtés de l'apophyse crista-galli, s'être engagés dans les pertuis de la lame criblée et avoir descendu le long du bord supérieur du tronc, *sans fournir aucun filet à la membrane olfactive* (Jacobson), ils changent un peu de direction au voisinage de la scissure longitudinale du cornet cartilagineux. Les veines les plus antérieures deviennent presque horizontales et les postérieures presque verticales; ces filets sont nombreux et forment entre eux des anastomoses de plus en plus nombreuses, de sorte que bientôt ils semblent se résoudre en une large membrane ou toile nerveuse qui s'étale sur la paroi interne du tube. Cette toile semble une sorte de rétine olfactive en rapport avec des perceptions d'une délicatesse extrême. « Un fait très-remarquable, ajoute l'auteur, et que je crois avoir noté le premier, c'est que ces filets nerveux appartiennent exclusivement à la paroi interne du tube; leur expansion s'arrête le long du bord inférieur du bourrelet vasculaire, comme la rétine au bord des procès ciliaires. » Ces nerfs, du reste, ne diffèrent pas des autres nerfs olfactifs, eu égard à leur composition fibrillaire. Quant aux filets émanés du naso-palatin de Scarpa, ils s'enfoncent dans l'intérieur du cornet cartilagineux et se divisent immédiatement en deux catégories. En premier lieu, un rameau très-grêle suit la paroi interne de l'organe le long de son bord inférieur et se résout en filets très-fins; en second lieu, deux ou trois rameaux, relativement fort gros, pénètrent dans le bourrelet et le parcourent dans toute sa longueur.

Nous bornerons ici l'analyse, déjà longue, de la thèse de M. Gratiolet. Elle renferme encore des remarques fort curieuses sur les modifications de l'organe de Jacobson dans la série des animaux mammifères, et d'intéressantes considérations sur les usages probables de ce singulier organe; mais l'examen de ces questions nous entraînerait trop loin.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

L'ÉTIOLOGIE SUIVANT LES ÉCOLES ACTUELLES.

§ II. — École de Montpellier (1).

La célèbre Faculté qu'ont illustrée les Sauvages, les Bordeu, les Fouquet, les Barthez, les Grimaud, les Baumes, les Dumas, les Bérard, les Delpech, n'a plus, malgré le talent et les efforts de quelques esprits d'élite, le caractère ni l'homogénéité qu'elle a si glorieusement conservés pendant de nombreuses années. Les doctrines du vitalisme, qui ont tant servi à sa renommée, et que réciproquement elle a portées à une si grande splendeur, ne sont plus ni la seule base de son enseignement, ni le patrimoine exclusif de ses professeurs. Il y a aujourd'hui à Montpellier des représentations de toutes les doctrines, comme les doctrines de la moderne Cos sont répandues dans toutes les écoles médicales de l'Europe. Ce mélange, au principal foyer du vitalisme, et cette dissémination dans des lieux très-divers d'un ordre d'idées naguère si caractérisées, si absolues et si bien confinées, n'ont pu s'effectuer sans altérer profondément leur type. Mises en rapport avec des rejetons d'autres souches, ou transportées dans des milieux inaccoutumés, elles ont subi dans leur forme et leur constitution les effets de cette espèce de croisement et l'influence d'un acclimatement nouveau. Ce fait, qu'il est impossible de méconnaître au seul énoncé de sa double cause, doit donc prémunir contre le sens trop absolu et trop restreint qu'on serait tenté de donner au titre de cet article. Nous nous proposons d'examiner les doctrines du vitalisme dans leurs rapports avec l'étiologie rationnelle. Or, tout en faisant nos réserves sur le nombre et la diversité actuelles de ces doctrines, nous pouvons cependant les personnifier encore dans l'école célèbre où elles ont fleuri si longtemps et avec tant d'éclat, sauf à indiquer en outre les diverses transformations qu'elles ont subies.

Il n'importe pas à notre objet de rechercher les origines du vitalisme. Le définir clairement, en rappeler les bases et les caractères, en indiquer les principales espèces ou variétés, afin de comprendre dans une seule appréciation toutes les tendances étiologiques de cette célèbre doctrine, tel est le but que nous nous proposons.

Depuis les plus anciens philosophes jusqu'à nos jours, les phénomènes de la vie et les corps vivants ont été considérés, par une certaine classe d'esprits, comme sans analogues dans la nature. Établir les attributs, la cause et les résultats de cette différence, considérée comme fondamentale à l'état de santé et de maladie, tels sont l'essence et l'objet du vitalisme. Malgré l'apparente simplicité et l'uniformité de cette doctrine ainsi formulée dans son caractère le plus général, elle a de tout temps donné lieu à des conceptions très-différentes. Le vitalisme d'Hippocrate n'est pas l'animisme de Stahl: la force vitale de Barthez ne peut pas être confondue avec les archées de Van Helmont et encore moins avec les propriétés vitales de Bichat. Entre ces physionomies les plus tranchées et les plus illustres de la doctrine, se trouvent une foule de figures moins accentuées, participant à la fois des types originaux et des influences du temps et des écoles. Il n'est donc pas inutile de préciser en quoi toutes ces branches d'un même tronc diffèrent, et en quoi consiste la doctrine mère dans laquelle elles se résolvent. Or rien n'est plus simple et plus facile à indiquer, du moins en ce qui concerne les écoles du vitalisme pur; car nous reconnaissons immédiatement qu'il existe des sectes de pseudo-vitalisme, espèces de doctrines hybrides qui participent à la fois de l'iatro-mécanisme et de l'iatro-chimisme. Ces écoles, dont nous nous occuperons aussi, ne sont pas aussi faciles à déterminer: la diversité de leurs caractères est en rapport avec la diversité de leurs causes; tandis que pour les vraies nuances du vitalisme les différences sont aussi nettes et aussi absolues que leurs ressemblances: les unes et les autres étant l'expression de données précises parfaitement définies et qui se sont perpétuées à travers les siècles. Eh bien! ces données consistent uniquement dans une certaine différence de leur conclusion étiologique. Dans toutes les écoles vitalistes, les faits fondamentaux et les méthodes sont les mêmes: la manière seule dont on y conçoit et personnifie la cause de ces faits diffère. Un simple rappel de ces écoles le prouvera immédiatement.

Le vitalisme a donné lieu à quatre écoles principales, qui sont: 1° le naturisme, représenté par Hippocrate; 2° l'animisme, par Stahl; 3° l'archéisme, par Van Helmont; et 4° le dynamisme vital, par Barthez. Dans la première, c'est une puissance occulte répandue dans tout l'organisme, faisant corps avec lui, et se révélant, à l'état de santé, par une force de résistance active, spontanée, au milieu d'agents qui tendent à la détruire; à l'état de maladie, par la force médicatrice qui lutte contre le mal et tend au rétablissement de la santé. Dans la seconde, c'est une puissance de même nature, mais non incarnée avec le corps; de plus, intelligente, réfléchie, qui a conscience des résultats qu'elle prévoit et provoque. Dans la troisième, c'est en quelque façon la combinaison de l'animisme et du naturisme, c'est-à-dire l'activité réfléchie d'une puissance parfaitement intelligente, tenant sous sa dépendance un certain nombre d'activités secondaires, lesquelles harmonisent toutes instinctivement leurs efforts vers le même but; dans la quatrième enfin, c'est une force dite expérimentale, une abstraction logique représentative des faits consacrés par le naturisme, l'animisme et l'archéisme. Reconnaissons toutefois que cette dernière doctrine a la prétention de n'exprimer les faits formulés par les trois autres, que dans leur caractère purement objectif. Nous ne le nierons pas, les faits invoqués par chacune de ces écoles renferment quelque chose de plus ou de moins qui répond à leur conception étiologique propre; mais ces différences sont tout au plus des nuances de degré qu'il est permis de négliger dans la considération des données les plus générales et les plus caractéristiques. Les principales écoles de vitalisme ne diffèrent donc que par la manière dont elles formulent et personnifient la cause des mêmes faits. Or, quels sont ces faits?

Ces faits consistent, à l'état de santé: 1° dans l'unité, l'activité, la spontanéité et l'indépendance, sinon l'antagonisme du corps vivant au milieu des éléments de la nature morte; 2° dans le concours harmonique de toutes les parties vers un seul et même but, le développement de l'organisme et le maintien de la santé; 3° finalement, et en raison de ces faits, dans un différence radicale essentielle entre le corps vivant et les agrégats de la nature brute, entre le *mixtum* et le *vivum*, entre la vie et la mort. — Ces différences, présentées comme purement phénoménales et tout objectives à l'état de santé, ont pour corrélatifs, à l'état de maladie, l'effort médicateur, l'unité du concours des parties, et la crise; en d'autres termes, l'intelligence du but, l'harmonie des moyens et la concordance du résultat. Voilà les faits généraux

(1) Voir Gaz. Méd. des 31 janvier, 14 et 21 mars.

Feuilleton.

ANATOMIE DES ARTISTES. — PEINTURE EN RELIEF; MUSÉE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On est loin d'être d'accord sur le degré d'utilité des études anatomiques dans les arts du dessin. Cette question a été souvent controversée et résolue dans des sens, non-seulement divers, mais encore diamétralement opposés. Ni les raisonnements, ni les faits, n'ont manqué à l'une et à l'autre thèse. Les adversaires de ces études prétendent d'abord que le but des représentations de l'art étant l'expression du beau, c'est-à-dire la réalisation d'un certain idéal qui échappe à toute détermination scientifique et analytique, et ne se laisse saisir que par une sorte d'intuition immédiate, la science de la structure des parties, telle que l'anatomie la conçoit et l'expose, est inutile à l'artiste, dont la fonction n'est pas de décrire ni d'expliquer les formes et les mouvements des êtres, mais seulement de les montrer en action d'une manière vivante et animée. Ils ajoutent que la peinture et la sculpture n'ayant à représenter que les lignes et les contours de la surface des corps, c'est-à-dire leur apparence visible, l'étude de cette apparence suffit à tous les besoins de l'art, et que la connaissance des formes et du mécanisme intérieurs, loin de faciliter à l'artiste l'imitation de l'extérieur, l'empêcherait plutôt de le saisir et par conséquent de le reproduire dans toute sa vérité et sa pureté; enfin ils allèguent, comme preuve décisive, l'exemple des artistes de l'antiquité, et principalement des Grecs, chez lesquels les arts du dessin, et surtout la sculpture, qui semblerait théoriquement devoir réclamer le secours de ces études, ont été poussés au plus haut degré de perfection, bien que les connaissances anatomiques leur fussent absolument étrangères.

Les partisans de l'opinion contraire partant de l'idée, assez juste dans sa généralité, que si l'imitation de la nature n'est pas le but dernier des représentations de l'art, elle en est du moins la base et une condition nécessaire, en concluent que cette imitation sera d'autant plus facile, exacte et vraie, qu'elle s'appuiera sur une connaissance plus détaillée et plus rigoureuse des conditions et lois mécaniques dont les apparences visibles extérieures ne sont que l'expression et le reflet. Ils croient en outre que cette science garantira les artistes d'une multitude d'erreurs qui déparent, selon eux, une foule de productions, même parmi les plus admirées. Enfin eux aussi invoquent, en faveur de leurs principes, quelques exemples remarquables des avantages que plusieurs artistes ont retirés de leur science anatomique. Le plus éclatant est celui de Michel-Ange, qui passe pour avoir profondément étudié l'anatomie et beaucoup disséqué de sa propre main, et dont tous les ouvrages, soit de peinture, soit de sculpture, portent en effet les marques d'une science ou du moins d'une recherche anatomique qu'aucun artiste n'a égalée; et comme les œuvres de ce maître sont ce

communs à toutes les doctrines du vitalisme: toutes les admettent, toutes les invoquent comme base de leur édifice; et, nous le répétons, la seule différence qui existe entre elles tient à la manière dont chacune les synthétise. Or qu'importe cette différence si les faits sont les mêmes au fond, et surtout s'ils sont réels? Que la force médicatrice, par exemple, fasse les frais de la guérison en vertu des lois d'un naturisme préétabli et réglé par la sagesse du dehors, ou bien en vertu d'une puissance intelligente inhérente au dedans, le fait et le résultat ne restent-ils pas les mêmes? Nous pouvons donc logiquement, pour notre objet, négliger la différence inductive des doctrines, et nous renfermer exclusivement dans leur caractère dit expérimental ou objectif.

Cependant le progrès des méthodes d'observation et d'analyse, et les résultats obtenus par les sciences physiques et chimiques, n'ont pas tardé à montrer l'exagération et l'arbitraire du vitalisme pur. Tandis que les unes, personnifiées dans la méthode baconienne, avaient déjà forcé Barthez à une capitulation plus artificieuse que logique, les autres, admis en partie à l'autorité de leur signification, conduisaient à une multitude de compromis dont Descartes, Leibnitz et Bichat offrent les spécimens les plus remarquables. Avec le premier, comme on sait, une multitude de physiologistes, faisant deux parts du corps vivant, attribuent à l'âme le département psychique, et aux forces générales de la nature le département organique. Avec Leibnitz, d'autres, non moins nombreux, conservant le dualisme de Descartes, mais faisant deux parts de son mécanicisme, ont restitué à la force vitale une partie des phénomènes organiques, l'évolution fœtale, par exemple, en abandonnant aux lois générales l'exécution et l'entretien des fonctions une fois instituées. Enfin d'autres, avec Bichat, ne voyant plus dans le corps humain que la matière arrangée d'une certaine façon et douée, en vertu de cet arrangement, de propriétés spéciales, provoquées, mises en jeu et entretenues par les agents extérieurs, n'ont conservé du vitalisme que son appellation et les plus reculés de ses faits. De telle façon qu'aujourd'hui la doctrine d'Hippocrate, de Stahl et de Van Helmont, incessamment pourchassée de son antique domaine, est reléguée par les uns dans le psychisme pur, et réduite par les autres, au physique comme au moral, à l'expression d'une différence de fait ou de résultat complétement, et nous dirons illogiquement, séparé de sa cause.

Telles sont les écoles que nous croyons pouvoir appeler *pseudo-vitalistes*. Pour l'exactitude historique, nous devrions peut-être ajouter, qu'en dehors de ces groupes caractérisés, il règne en outre dans la science une foule d'opinions mixtes qui sont comme autant de combinaisons et de permutations de ces principaux termes, auxquels se mêlent, comme nous l'avons dit, l'influence du temps, du rapport et des milieux. Cette diversité infinie est en parfait accord avec l'individualisme qui caractérise à un si haut degré notre époque scientifique. Aujourd'hui, en effet, chacun se gouverne bien plus par le fait que par le principe, bien plus par son sentiment propre que par le respect de l'autorité. On se donne ainsi avec la plus grande liberté sur chaque chose une doctrine ou plutôt une opinion particulière. De là ces nuances sans nombre, de vitalistes, d'organiciens, d'humoristes, d'iatro-chimistes. Quant au vitalisme en particulier, quelle que soit cette diversité, il n'est pas impossible cependant de la ramener à sa véritable expression, par le procédé de réduction appliqué aux écoles du vitalisme pur. On a vu en effet que celles-ci se résolvent toutes dans certains faits vrais ou allégués. Les écoles pseudo-vitalistes n'ont pas d'autre motif ni prétexte. Les propriétés vitales de Bichat, par exemple, à moins qu'on ne les regarde comme de pures abstractions nominales, impliquent sans doute des différences d'origine qui leur correspondent, mais aussi des ressemblances de faits qui les rattachent à l'école mère. C'est donc dans la réalité de ces faits qu'il faut les examiner; et comme ceux-ci, pour légitimer leur parenté avec la doctrine dont on les fait procéder, et dont ils empruntent le nom, ne peuvent être que des modifications ou amoindrissements des faits vitaux caractérisés, il suffira de discuter ces derniers, de les suivre dans leurs tranformations, alliances ou déguisements, pour avoir le dernier mot du vitalisme depuis son origine jusqu'à nos jours, à quelque école qu'il appartienne et sous quelque forme qu'il se présente.

L'antiquité et la persistance du vitalisme sont une preuve de la valeur de ses fondements et de l'importance des services qu'il a rendus. Loin de nous donc, en cherchant à mettre la cognée dans ce vieil et majestueux édifice, la pensée de méconnaître sa force et sa grandeur. Il est à la fois l'expression des facultés les plus élevées de l'esprit humain et la formule des faits les plus considérables de l'organisme. Envisagé à ce double point de vue, où trouver plus de grandeur dans les idées, plus de sûreté et de fermeté dans les méthodes? Qui mieux que le vitalisme a su montrer l'unité, l'ensemble du corps vivant et la relation intime de chacune de ses parties? Par qui ont été mieux saisies toutes les dépendances harmonisées de cet admirable tout? Tandis que les doctrines organiciennes établissaient entre l'état de santé et de maladie une solution de continuité arbitraire, n'est-ce pas lui qui a maintenu et rétabli l'unité et la solidarité de ces deux grands actes? Et, pour entrer plus encore dans le détail de son influence, à qui appartient l'honneur d'avoir restitué à la maladie sa physionomie causale, qu'une doctrine inconsidérée tendait à morceler dans chacun de ses symptômes? Certes, nous sommes en droit, plus que personne, de rendre cette justice au vitalisme au moment où nous nous proposons de bâtir sur ses ruines. Mais est il possible, même à ne le considérer que par son caractère le plus systématique, de méconnaître sa puissance et sa portée? N'est-ce pas lui qui a mis en relief, par le fait même d'une exagération inséparable de sa nature, toutes les différences, de quelque ordre qu'elles soient, qui distinguent l'être vivant des autres corps de la nature? Il n'est donc permis de discuter cette école illustre qu'à la condition de reconnaître au préalable tout ce qu'elle a de grand, de fort, jusque dans ses erreurs. Cette déclaration, que nous devions autant à nos convictions qu'à nos habitudes de respect pour tout ce qui témoigne de la puissance de l'esprit humain, nous donne le droit de scruter les faits du vitalisme avec la franchise et la liberté que nous mettrions à l'égard d'une doctrine contemporaine.

Et d'abord, dans son ensemble et sous quelque nom qu'il se produise, le vitalisme n'est en réalité que l'expression figurée, que l'étiologie idéale de faits vrais à certains points de vue, mais dont il a faussé l'apparence et la signification. Trop fortement constitué pour laisser le moindre désaccord entre les effets supposés d'une cause préétablie, le vitalisme a empreint chacun des actes de l'organisme d'un caractère spécial en harmonie avec le caractère systématique de leur origine. Faits particuliers et faits généraux, tous se tiennent et se correspondent, mais tous bien plus par des rapports artificiels qu'en vertu d'une concordance réelle. On peut dire même que le vitalisme est une doctrine toute subjective; elle n'emprunte des faits que l'occasion et le prétexte. Et pourtant quelle merveilleuse ordonnance! quelle richesse de vues! quelle prévoyance, et j'oserai dire quelle logique dans l'agencement et la concordance des moindres détails! C'est ainsi que, se faisant illusion à eux-mêmes sur la constitution et

---

qu'il y a de plus grand dans l'art moderne, on est assez naturellement porté à attribuer cette supériorité et cette excellence à l'étude approfondie qu'il avait faite de la structure du corps humain.

Telles sont les raisons, entre beaucoup d'autres, alléguées pour et contre l'application des connaissances anatomiques aux arts de dessin. Nous ne prétendons pas les discuter ici, ni encore moins les juger. La question, considérée en elle-même, est de celles qui ne sont pas susceptibles d'une solution péremptoire et définitive. Nous avouons cependant que s'il nous fallait prendre parti, nous nous mettrions plus volontiers du côté des adversaires de l'anatomie que du côté de ses partisans, et nous opposerions d'autant plus de résistance à ces derniers qu'ils pousseraient plus loin leurs prétentions et se montreraient plus exigeants. Heureusement nous n'avons aucun prétexte légitime de livrer cette bataille, qui serait ici d'ailleurs assez déplacée; car l'ouvrage (1) qui nous a suggéré les réflexions qui précèdent, bien qu'inspiré par la conviction de l'utilité de l'anatomie dans les arts du dessin, et composé par un médecin et un anatomiste à l'usage des artistes, n'affiche aucune de ces exigences ambitieuses qui soulèvent immédiatement la révolte. L'auteur de ce livre, le docteur J. Fau, connu déjà dans les ateliers des artistes par l'excellent *écorché* dont il a dirigé l'exécution, a parfaitement compris dans quelles étroites limites doit être renfermée l'intervention de la science anatomique dans l'éducation de l'artiste; et en circonscrivant ainsi son rôle véritable, il en assure l'utilité et l'efficacité. « La science, dit-il, n'a jamais eu la prétention de régenter les beaux-arts. Que les artistes se rassurent; » elle se borne à leur offrir fraternellement des connaissances qui lui paraissent » d'une utilité, d'une nécessité incontestables. » Il n'est pas tout à fait vrai que la science n'ait jamais prétendu régenter les beaux-arts, car elle s'est donné plus d'une fois ce ridicule; mais il est certain que l'auteur de cette Anatomie des formes ne s'est pas rendu coupable de cette usurpation. Il n'a voulu qu'exposer d'une manière exacte et lucide l'ensemble des connaissances anatomiques et physiologiques dont l'acquisition est aujourd'hui réputée indispensable aux artistes, et dont l'enseignement plus ou moins complet entre dans le programme des études dans toutes les hautes écoles des beaux-arts de l'Europe. Fidèle à ce point de vue général, l'auteur a renfermé dans un petit nombre de chapitres, et distribué avec beaucoup de méthode : des considérations générales sur l'homme et sur les modifications que lui font subir les influences morales et physiques; les caractères des divers tempéraments et ceux des races; un aperçu de l'organisation humaine, la description du squelette considéré dans son ensemble et dans ses diverses parties, la mécanique animale, la description des contours et de la surface extérieure, l'indication des principales causes des formes et des changements que leur impriment les mouvements, l'âge, le sexe, etc., la manière de mesurer toutes les parties du corps et d'en déterminer les proportions, etc.

(1) ANATOMIE DES FORMES EXTÉRIEURES DU CORPS HUMAIN, A L'USAGE DES PEINTRES ET DES SCULPTEURS; par le docteur J. Fau. Avec un atlas de 24 planches, dessinées d'après nature et lithographiées par M. Léveillé, élève de M. Jacob. — Un vol. in-8° en deux parties. Atlas in-4°. Chez Méquignon-Marvis fils, 3, rue de l'École-de-Médecine.

les apparences des matériaux adaptés à leur édifice, les vitalistes ont pu créer et perfectionner d'admirables méthodes de recherches et d'exposition, et proclamer leur supériorité alors même qu'ils leur donnaient le plus complet démenti dans l'application. Est-il possible, par exemple, d'imaginer sous ce rapport quelque chose de plus extraordinaire que l'ingénieuse fiction de Barthez? Sous le prétexte de soumettre le vitalisme au niveau de la méthode baconienne, n'en retrancha-t-il pas la tête, c'est-à-dire la partie la plus élevée? Et il croyait de bonne foi, l'illustre logicien, pouvoir conserver à ses déterminations systématiques le reflet de la cause dont il les avait arbitrairement séparées. Certes, mieux valait l'animisme plus conséquent de Stahl ou le dualisme plus circonspect de Descartes! Mais venons aux faits mêmes qui servent de base aux diverses écoles vitalistes.

Ces faits, avons-nous dit, sont, 1° à l'état de santé, l'*unité*, l'*activité*, la *spontanéité*, l'*indépendance*, sinon l'*antagonisme* du corps vivant; 2° à l'état de maladie la *nature médicatrice*, c'est-à-dire les efforts harmoniques des parties réagissant contre le mal et conspirant vers un même but, le rétablissement de la santé; 3° d'après tous ces faits, *une différence essentielle* entre le corps vivant et les corps inertes.

L'idée générale qui ressort de ces énoncés, c'est qu'ils renferment à la fois un fait proprement dit et une conclusion. Quoique séparés de la conception qui les a fécondés, ils en conservent l'empreinte et comme l'émanation. Il faut donc les examiner sous ce double rapport; car si, en tant que fait, on peut en reconnaître l'existence, quand il y a lieu, celle-ci n'est pas absolument liée à l'élément inductif avec lequel on l'a confondue jusqu'ici. Cette distinction est d'autant plus importante que cet élément même est toute la doctrine. Si bien qu'on le verra, dans la série des transformations du vitalisme, persister et se retrancher dans de nouveaux faits, alors que les progrès de l'observation et de l'expérience l'auront expulsé de ceux qu'il occupait d'abord.

Or, ainsi considérée, qu'est-ce que l'*unité du corps vivant?* L'expression d'un fait vrai, incontestable, la représentation d'une cause ou d'un concours de causes qui ont réalisé et qui entretiennent un système, un tout parfaitement régulier. Ce fait ne gêne en rien la doctrine de l'universalisme, et le vitalisme ne lui a trouvé de caractère d'opposition avec ce qui se voit dans la nature générale, que parce qu'il a choisi arbitrairement ses termes de comparaison aux deux extrêmes de la chaîne des êtres. S'il avait suivi les intermédiaires, il aurait vu qu'entre le *mixtum* et le *vivum*, il y a, depuis les cristaux réguliers et les zoophytes jusqu'à l'homme, toutes les nuances qui marquent la gradation de l'unité de structure et effacent cette opposition factice tirée d'un contraste exagéré.

L'activité, la spontanéité et l'indépendance du corps vivant montrent de plus en plus le caractère subjectif de la doctrine. L'activité du corps vivant, en tant que fait considéré en lui-même, n'exprime que le mouvement, c'est-à-dire l'un des états où se trouvent tous les corps de la nature sous l'influence des forces générales qu'elle met en jeu. Mais ce mouvement, dont Stahl a si bien fait l'instrument par excellence de l'animisme, a acquis entre les mains de ce grand médecin, une signification doctrinale en devenant le moyen d'une puissance intelligente. Séparée de cette puissance, l'activité du corps vivant, c'est-à-dire le mouvement, n'exprime donc plus qu'un fait de la nature universelle. Or cette activité est-elle, je ne dirai pas intelligente mais simplement spontanée, indépendante des éléments extérieurs? Essayez donc de supprimer l'atmosphère, changez sa tension électrique habituelle; renversez les proportions d'oxygène et d'azote de l'air, modifiez sa simple pression: que devient cette spontanéité, cette indépendance du mouvement? On est vraiment au regret d'être obligé de choisir parmi des faits si vulgaires ceux qui le sont moins pour ne pas montrer jusqu'où peut aller la fascination de l'esprit de système; car qu'est-ce que l'alimentation, cette première condition de la vie, sinon la preuve la plus patente de la subordination du corps vivant aux éléments de la nature morte? Quelle spontanéité que celle qui doit se restaurer tous les jours et tirer toute sa puissance d'un ordre d'éléments avec lequel on la dit en antagonisme permanent. Que d'autres faits encore! Si Stahl ou Barthez, malgré tout leur génie, n'avaient pas été dominés par une espèce de croyance plutôt que par leur raison supérieure, auraient-ils pu voir, par exemple, l'effet d'une ventouse appliquée sur la peau sans y lire à l'instant la condamnation de leur système? Je sais bien que par le mot de *spontanéité* les pseudo-vitalistes n'entendent plus cette faculté absolue des premiers vitalistes qui tire tout d'elle-même, qui fait antagonisme à tout ce qui l'environne. En vertu d'une espèce de capitulation dont Leibnitz a donné un des premiers l'exemple, ils placent la spontanéité à l'origine des actes organiques et consentent volontiers à recevoir plus tard, à titre de moyens exécutifs, le concours des agents extérieurs. Ils conservent aux premiers la puissance et le caractère de la cause efficiente, et investissent les seconds de la puissance et du caractère de la cause prochaine: aux uns le vitalisme, aux autres le physico-chimisme. Acceptons d'abord le bénéfice de ce compromis: il prouve au moins la nécessité reconnue par ceux qui l'ont proposé d'abandonner la place occupée par les vitalistes purs. Mais en retranchant et abritant l'indépendance de l'activité vitale sous les voiles de la vie embryonnaire, ils ne l'ont pas pour cela rendue plus inexpugnable. Qu'est-ce que la vie embryonnaire, sinon l'ensemble réduit des fonctions qui se répètent durant la vie entière, c'est-à-dire le commencement d'un tout dont on a consenti à livrer la dernière moitié aux lois des éléments extérieurs? Cette distinction arbitraire ne suffirait-elle pas déjà pour montrer la faiblesse des conclusions qu'elle a motivées. On ne voit pas, en effet, pourquoi la nutrition, la circulation et le développement du fœtus auraient besoin d'une force impulsive plus indépendante, plus spontanée que celle qui préside à la circulation, à la nutrition et au développement de l'adulte. Mais là n'est pas encore la difficulté: les pseudo-vitalistes les plus avancés ne seraient pas éloignés de souscrire à ce rapprochement; ils ne réclament la spontanéité et l'indépendance de la force vitale que pour les premiers linéaments générateurs de l'être; il en est même qui s'accommoderaient de la cellule germinative à la condition qu'on leur laissât la primordialité de l'étincelle vitale qui la décide. Eh bien! plaçons-nous avec eux sur ce terrain: que disent-ils, que veulent-ils? Qu'à cette impulsion de la cellule, il faut une cause impulsive. Nous ne le nions pas; qu'à cette forme, quelque simple qu'elle soit, il faut une cause appropriée. Quelle doctrine dit le contraire? La cristallisation dont les éléments sont épars n'a-t-elle pas besoin aussi de l'impulsion résolutive de sa forme. Et d'ailleurs la fonction dont le mécanisme vous paraît possible à expliquer chez l'adulte par le seul concours des agents extérieurs n'a-t-elle pas besoin, comme chez le fœtus, de sa force initiale? la regarderez-vous par hasard comme différente dans les deux cas?

Nous avons abordé directement la dernière prétention des pseudo-vitalistes. Les fidèles de la doctrine mère ne regardent pas les postes qu'ils continuent à occuper comme moins occupés par eux, parce que nous avons paru les négliger au passage. Et pourtant que leur répondre, sinon leur

---

Tous ces points sont traités avec clarté, exactitude et précision. Dans ce recueil assez étendu de notions anatomico-physiologiques, nous n'assurerions pas que toutes soient également indispensables ou même utiles aux peintres comme peintres et aux sculpteurs comme sculpteurs; mais il n'y en a aucune qui n'entre très-naturellement dans le cadre d'études d'une éducation vraiment libérale, et qui ne convienne par conséquent aux artistes comme moyen de culture intellectuelle. Cet ouvrage s'adresse donc, ou du moins convient, non-seulement aux artistes de profession, mais encore à cette classe aujourd'hui très-nombreuse d'esprits cultivés qui joignent le goût des arts à celui des lettres, et qui, doués du sens, ou, si l'on veut, du penchant critique de notre nation, aiment à analyser les causes de leurs impressions et à mettre leur manière de sentir sous la protection et la garde de quelques principes. Les jeunes gens qui se destinent à la médecine y trouveraient même au besoin un petit traité élémentaire d'anatomie et de physiologie tout à fait suffisant comme introduction à la science. Cette appréciation ne sera pas sans doute repoussée par l'auteur; car elle tend à lui attirer beaucoup plus de lecteurs qu'il n'en a lui-même invités dans le titre de son livre. Nous espérons qu'il les accueillera avec plaisir, de quelque côté et sous quelque prétexte qu'ils viennent.

Les planches destinées, comme on dit maintenant, à *illustrer* ce livre, méritent une mention toute particulière: elles sont au nombre de vingt-quatre, et contiennent un très-grand nombre de figures. Toutes sont de la plus rigoureuse exactitude anatomique jointe à une rare élégance. L'exécution des détails est d'une finesse, d'une précision et d'une clarté admirables, et l'on peut dire que si le texte de ce livre est une utile tentative pour mettre la science au service de l'art, les planches de M. Léveillé mettent d'une manière non moins heureuse l'art au service de la science.

Les dessins lithographiques de M. Léveillé sont, nous venons de le dire et nous le répétons avec plaisir, d'excellents spécimens du degré de perfection auquel est parvenue l'illustration scientifique; mais ce sont toujours des dessins, c'est-à-dire des images toujours plus ou moins menteuses par quelque côté, et qui, loin de montrer impartialement à l'œil la totalité des traits et des caractères des objets, ne donnent en définitive que le point de vue du préparateur du modèle et celui de l'artiste. Bichat, sans bien démêler ni expliquer les causes de l'insuffisance des planches en général, les avait en quelque sorte proscrites comme de brillantes inutilités. La sentence était certainement beaucoup trop dure; mais elle était fondée sur des griefs réels. La science, toujours en quête d'augmenter et de propager facilement ses acquisitions, a essayé depuis longtemps des procédés de reproduction moins fautifs; elle a demandé à l'art de combiner le relief et la couleur pour obtenir, par le concours de ces deux éléments de la réalité visible et tangible, non plus des images des objets, mais leur représentation réelle. Tous les procédés de ce genre, quelle que soit la matière employée, plâtre, cire, bois, carton, sont de la sculpture coloriée. Les préparations en cire ont été les plus pratiquées; quelques artistes, en particulier Laumonier, s'y sont rendus célèbres. Tous les muséums de l'Europe offrent en ce genre des monuments précieux de patience et d'habileté.

Ce fut un médecin français, Guillaume Desnoues, qui, en 1701, eut le premier l'idée de reproduire avec de la cire les formes et la couleur de toutes les parties de l'anatomie humaine; et son invention fut approuvée et encouragée par l'Acadé-

opposer les milliers de faits qui surgissent chaque jour dans la science. L'ingénieux réfutateur de l'iatro-chimisme moderne, M. Coutanceau, reconnaissait, il y a vingt ans, que le corps vivant peut être le théâtre de quelques réactions chimiques, mais *dans les points seulement qui sont hors de la sphère d'activité de la force vitale*, « à la surface de la peau, par exemple, et dans les vastes cavités que forme en se repliant en dedans du » corps la membrane muqueuse (1), » parce que, dit-il, là « rien ne peut » s'opposer à l'action directe de l'air... Il est manifeste, ajoute-t-il encore, » que la force vitale n'a rien ici à disposer : plus avant dans l'organisation, » il n'en serait pas de même, et la nature animale reprendrait tous ses » droits; mais c'est là aux *membranes muqueuses* qu'elle semble avoir » posé une borne qu'il n'est pas permis de dépasser entre les phénomènes » intérieurs *entièrement soumis* à son empire et les phénomènes extérieurs qui se *dérobent* à son pouvoir. » — N'est-ce pas grand dommage que la science moderne ait eu l'irrévérence de ne pas s'arrêter devant cette barrière! Mais les recherches sur la coloration et l'étiolement des végétaux, sur l'engraissement des animaux, sur la coloration des os, sur le développement de leurs parties calcaires, si bien en rapport avec les éléments chimiques ingérés; sur la digestion des corps gras, sur l'action physiologique de la salive, sur le diabètes, sur l'intoxication et la désintoxication des tissus, ont prouvé que le corps humain, dans ses profondeurs comme à sa surface, ne se dérobe en aucune façon aux lois de la chimie générale.

Le corps vivant est donc un, actif, mais non en vertu d'une force privilégiée qui le rende spontané et indépendant au milieu des éléments de la nature, et en antagonisme constant avec ces éléments.

Si de l'état de santé on passe à la maladie, qu'y voit-on? Une force médicatrice qui réagit sans cesse contre les causes morbides, et anime de sa puissance harmonique, intelligente, les efforts de toutes les parties vers un même but : la santé. Détachez de ces formules figurées le fait qu'elles illuminent, qu'en reste-t-il? Que dans un certain nombre de cas la maladie cesse d'elle-même, le corps affecté revient spontanément à la santé. Et d'abord, combien de fois n'y revient-il pas! Combien de fois ces efforts, dits médicateurs, ne dépassent-ils pas ou n'atteignent-ils pas le but! Ces cas sont aussi des faits, mais la doctrine ne s'en accommode pas. Cependant qu'est-ce en réalité, et au point de vue des faits les plus ordinaires, que ce retour spontané du corps à l'état normal, à l'état d'équilibre? On n'y a vraiment pas pris garde jusqu'ici, et pourtant ce phénomène est si simple, si vulgaire, si général dans toute la nature, il ressort d'une loi si commune à tous les êtres, qu'il n'y aurait vraiment pas lieu d'en montrer les analogues si, par je ne sais quelle préoccupation fanatique, on n'avait détourné les yeux de ce qui se rencontre à chaque pas. Citons un exemple. Voici une machine rotative en mouvement; elle est animée d'une force d'impulsion comme 100. Un obstacle comme 2, comme 3, se glisse dans ses rouages; il les gêne un instant, mais la force de celle-ci est de beaucoup supérieure à l'obstacle : elle en triomphe, elle le broie, elle en dissémine les résidus, elle les chasse au loin par l'impulsion excentrique de l'air quelle repousse incessamment de sa sphère d'activité. N'est-ce pas là le fait d'une cause triomphant d'une autre cause moins puissante? N'est-ce pas l'effort médicateur qui expulse le molimen morbide, et jusqu'à la crise qui rend aux rouages humains toute leur liberté et leur souplesse? Augmentez la force de l'obstacle, faites qu'il résiste comme 100, la machine s'arrêtera; ou bien encore faites en sorte, si c'est une machine à vapeur, que la cause du désordre décuple, en attisant le feu, la tension de la vapeur, et vous aurez, dans le premier cas l'analogue de la force médicatrice insuffisante, déprimée, et, dans le second, cette même force élevée au-dessus du taux de la normalité. Qu'on examine tous les faits de l'autocratie vitale, et l'on verra s'ils ont un autre caractère et une autre signification, c'est-à-dire, s'ils expriment autre chose que l'antagonisme de deux systèmes de causes de même nature dont les unes sont tantôt plus faibles, tantôt plus fortes, les autres supérieures ou inférieures, et dont le conflit n'exprime, dans son résultat, d'autre spontanéité ou réaction que celle départie à tous les corps de la nature, animés de toute espèce de force d'impulsion ou d'inertie.

La grande conclusion du vitalisme est qu'en raison de toutes les différences de faits propres au corps vivant, celui-ci exprime une différence de totalité qui le place à part dans l'univers. On vient de voir ce que sont ces faits; notre conclusion générale ne peut donc être aussi que le résumé de nos conclusions particulières. De même que dans les faits invoqués par le vitalisme il y a presque toujours une réalité objective dont le caractère est faussé par l'élément subjectif, de même le corps vivant exprime dans sa totalité un fait de différence incontestable par rapport à la nature entière, mais dont le caractère expérimental se perd par son alliance avec l'élément systématique de la doctrine. Le corps vivant est certainement différent des corps bruts, voilà le fait; mais cette différence est-elle essentielle? le corps vivant est-il d'une nature autre et ressortissant de lois autres? Là est la conclusion vitaliste, et là pour nous est la question.

Dans ce qui précède, nous avons été souvent obligé de nous placer au point de vue des doctrines diamétralement opposées au vitalisme, quoique ce ne fût ni notre intention décidée ni notre besoin; car ce que nous voulions, c'était de montrer que la conclusion vitaliste n'est ni fondée ni soutenable à l'heure de la science actuelle; qu'elle doit être remplacée par une autre conclusion. Nous ne nous sommes obligé à rien de plus, et la validité de notre critique n'est nullement conditionnelle à la découverte de cette autre conclusion. Ce n'est pas que nous reculions devant la difficulté : non; mais dans l'intérêt des bonnes doctrines, point n'est indispensable de remettre en question ce qui, en vertu des simples données de la logique, peut être regardé comme provisoirement sinon suffisamment résolu.

Maintenant que nous avons rappelé en quoi consiste le vitalisme, nous pourrons dire plus clairement pour tous en quoi consistent ses doctrines étiologiques.

(1) DES NOUVELLES DOCTRINES MÉDICO-PHYSIOLOGIQUES, p. 244.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR UN ÉTAT INFLAMMATOIRE SIMPLE, SE MANIFESTANT QUELQUEFOIS A LA SUITE DES ACCIDENTS VÉNÉRIENS PRIMITIFS, ET POUVANT SIMULER UNE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — CAUSE ET NATURE DE LA MALADIE. — Le lecteur n'a peut-être pas attendu jusqu'ici pour se prononcer sur cette partie de la question; je serais

---

mie royale des sciences. C'est aussi grâce à un autre médecin français, M. Félix Thibert, que ce mode de sculpture coloriée atteindra à sa perfection à l'aide d'une autre matière et par des procédés de peinture plus sûrs que les anciens. L'invention de M. Thibert est déjà connue depuis plusieurs années. Les Académies des sciences et de médecine, la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, l'ont hautement approuvée, et l'Institut décerna à son auteur un des prix Montyon; la plupart des cabinets d'anatomie de France et de l'Europe possèdent maintenant des pièces exécutées par ce nouveau procédé, dont le principal avantage, indépendamment de la perfection de l'imitation, est de pouvoir reproduire avec rapidité les modèles primitifs. Les rapports des Académies ont fait suffisamment connaître au public médical les caractères et les avantages de l'invention de M. Thibert; quant à nous, nous ne saurions mieux témoigner notre satisfaction, disons-mieux, notre admiration, qu'en engageant nos lecteurs à aller visiter, rue Caumartin, 1, la vaste collection d'anatomie pathologique que M. Thibert a formée. Elle se compose de plus de 1,100 pièces relatives aux maladies des organes de la respiration, aux lésions de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'utérus et de ses annexes, du foie, de la rate, des reins, des voies urinaires, du cerveau, etc., les affections syphilitiques et les maladies de la peau. Ces dernières lésions surtout, dont la représentation par les gravures coloriées est si défectueuse, sont reproduites ici avec une vérité qui va jusqu'à l'illusion complète.

Ce sera sans doute ajouter à la satisfaction de ceux de nos confrères que notre invitation pourra conduire au musée anatomique, que de leur apprendre que ces merveilleuses pièces ne sont pas, comme la plupart des belles choses de ce monde, incommunicables; ils pourront immédiatement, à des prix discrets, emporter celles-ci ou celles-là, fort ingénieusement enfermées dans des boîtes en forme de livres, et se composer ainsi ce que M. Thibert appelle une *bibliothèque de médecine et de chirurgie pratiques*.

— Notre collaborateur et ami, M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de Metz, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Ce n'est pas à nous à dire combien cette distinction est méritée.

— Par ordonnance royale, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sont nommés membres du conseil supérieur de santé établi près le ministère de l'agriculture et du commerce :

M. Foullion, en sa qualité d'inspecteur général du service de santé de la marine;

M. Moisin, en sa qualité de membre du conseil de santé des armées;

Et M. Piron, en sa qualité d'administrateur des postes.

— Il est question d'établir à Alger une succursale de l'hôtel royal des Invalides, dans le genre de celle qui existe à Avignon, et d'y entretenir particulièrement les soldats invalides affectés de certaines maladies auxquelles le climat de l'Algérie serait très-favorable.

même fort étonné s'il ne lui était pas déjà venu à l'esprit, comme je l'ai eu autrefois moi-même, que tous les accidents dont il vient d'être parlé ne sont que des symptômes d'une infection syphilitique peu grave. Cette manière de voir se présente si naturellement; elle est celle de tant de malades et de tant de médecins, qu'elle ne peut manquer d'avoir germé dans l'esprit du lecteur comme soupçon, sinon de s'y être établie à l'état de certitude. « Eh quoi! me dira-t-il, vous avouez qu'un chancre ou une blennorrhagie sont l'antécédent *obligé* de ces symptômes; vous établissez qu'ils se manifestent de trois à six mois après les phénomènes primitifs (durée ordinaire, également, de l'incubation de la syphilis secondaire); vous avez même la franchise de convenir qu'ils se portent de préférence aux parties que la syphilis consécutive attaque aussi le plus souvent..... Et, malgré tant de points de ressemblance, vous voulez absolument faire de cette collection de symptômes une espèce pathologique distincte! Abandonnez ces prétentions : on n'invente plus des maladies à notre époque. Si *vos* symptômes sont plus légers que ceux de la vérole, cela vient justement de ce que c'est, comme vous le confessez, à la blennorrhagie, forme primitive effectivement moins grave, qu'ils succèdent le plus ordinairement. S'ils guérissent sans mercure, c'est parce qu'une petite quantité de virus comme celle qui les entretient peut très-bien être éliminée spontanément par les seuls efforts de l'organisme, surtout aidés d'un régime adoucissant. Cessez donc d'appeler inflammation une affection que son origine, sa marche, son siége, sa durée, sa ténacité, proclament essentiellement syphilitique. Ce retour aux idées surannées de l'école physiologique n'avance en rien la connaissance du mal, et il ne serait pas sans danger pour son traitement. »

L'objection est pressante, et il est temps d'y répondre. Rien de plus facile, on le voit, en groupant arbitrairement certains signes, en arguant de circonstances habilement présentées, que de donner un moment le change à l'opinion et d'égarer le jugement des praticiens les plus expérimentés. C'est ainsi qu'on pourrait réussir peut-être à faire accepter au premier coup d'œil, comme identité absolue, l'analogie qui, sous quelques rapports en effet, existe entre les symptômes de la vérole constitutionnelle et les accidents que je viens de décrire. Mais cette similitude apparente cache des différences tranchées, dont je vais maintenant indiquer les principales.

1° Quoique le siége de la *fluxion par accès* soit celui que souvent aussi choisit la vérole, l'aspect des lésions n'est jamais le même dans l'un et l'autre cas; dans la *fluxion*, la rougeur n'est point cuivrée, les ulcérations ont un fond rouge, les vésicules ne sont pas cernées d'une aréole de teinte spécifique, les fissures ne creusent pas en profondeur, etc.

2° Un autre signe différentiel très-important se tire de la démangeaison : elle est, comme je l'ai dit, extrêmement vive et opiniâtre à la suite de la plupart des lésions qui font l'objet de ce travail. Or tous les praticiens spéciaux savent, au contraire, qu'un des caractères les plus sûrs pour diagnostiquer une éruption syphilitique est l'absence presque constante d'ardeur et de prurit à la surface qui en est atteinte.

3° La marche n'est pas moins opposée dans les deux états. Les accidents de la vérole constitutionnelle, une fois établis et non traités, persistent ou s'aggravent. Si dans quelques circonstances ils s'effacent spontanément pour revenir ensuite, cela n'a lieu que très-exceptionnellement et après une durée d'au moins quatre ou cinq semaines. Dans le cas de *fluxion par accès*, leur prompte disparition sans traitement n'est pas l'exception, mais la règle, et une règle aussi constante que leur facile récidive.

4° Il est très-positif, j'en conviens, que le vice syphilitique manifeste fréquemment sa présence par des jetées sur les orifices des conduits muqueux; mais s'il n'est pas traité, en général il ne borne pas là ses effets, et à la longue on voit apparaître des taches sur toute la peau, les tubercules muqueux, les exostoses, l'alopécie, les ulcérations à la surface du corps, les nodus, le testicule vénérien, etc. — Rien de tout cela dans la *fluxion par accès*; les lésions insignifiantes qui la constituent se renouvellent, se perpétuent, s'éternisent, mais sans jamais envahir d'autres régions ni devenir plus graves.

5° L'invasion de la *fluxion par accès* vers les orifices muqueux ne s'accompagne point de fièvre, de malaise, de douleurs de reins, de lassitude, de maux de tête, ce qui a souvent lieu lors de la première apparition des symptômes syphilitiques consécutifs. Une seconde différence est que, quelle que soit la durée de cette maladie, on ne voit point s'établir à sa suite cet affaiblissement, cette maigreur, cette teinte particulière de la peau, cet aspect *vieilli* de la figure, qu'amène une vérole existant depuis quelques années.

6° Si la syphilis secondaire guérit parfois sans mercure, et si d'un autre côté le mercure ne la guérit pas toujours, cela du moins n'arrive que dans la grande minorité des cas; et, en fait de vérole constitutionnelle récente, la nécessité du mercure et son efficacité, quand on l'administre convenablement, est et demeure la règle. — Bien loin de là, pour les symptômes que je cherche à faire connaître, le mercure ne guérit jamais; il n'améliore pas davantage, et les cures les plus promptes à obtenir sont celles des malades qui n'en ont jamais pris. Je dois ajouter, par anticipation, que l'iodure de potassium ne réussit pas mieux ici que le mercure et l'or.

Ces six propositions, que je me borne pour le moment à énoncer sous forme générale, ont été vérifiées expérimentalement par moi, et trouvées exactes sur un nombre considérable de malades.

On trouvera peut-être mon langage trop absolu, trop affirmatif; mais je ne parle ici qu'après trois années d'observation assidue dans un hôpital spécial, et si je dois m'attendre à voir discuter et débattre ce qui, dans ce travail, est déductions ou hypothèse, du moins je ne crains pas de démenti quant à ce qui regarde les faits. Or ce sont des faits que je viens de rappeler, faits connus de tous ceux qui ont étudié la syphilis au lit du malade, et qui me semblent très-suffisants pour juger la question en litige. Fort de ces considérations, je pourrais donc répondre : Non, les accidents que j'ai décrits ne sont point ceux de la vérole; leur point de départ est bien le même, mais tout ensuite les différencie et les sépare dans leur marche, leurs symptômes, leur gravité, leur terminaison spontanée et leur susceptibilité à l'action de certains médicaments qui sont spécifiques contre l'une, pernicieux pour l'autre. En en faisant une classe à part, je ne crois pas obscurcir en rien le diagnostic de la maladie vénérienne; car, pour savoir ce qui est syphilis, ne faut-il pas commencer par connaître ce qui ne l'est pas? Je serais encore moins touché du reproche de compromettre son traitement; car s'il est un principe promu par la malheureuse expérience des siècles passés au rang de vérité démontrée, c'est incontestablement que le mercure nuit toujours plus ou moins dans les cas où il ne sert pas, c'est-à-dire justement dans ceux dont il s'agit, où il n'est point indiqué.

Du reste, en cherchant à élaguer de l'arbre si touffu de la syphilis une branche que l'inattention seule y avait pu laisser greffer, je n'ai en aucune manière la malencontreuse pensée d'invoquer pour la production de tous les accidents de la vérole la même explication, et de les faire considérer tous comme de nature purement inflammatoire. Cette illusion, qui jadis a fait tant de dupes, est aussi loin de mon esprit qu'elle est aujourd'hui loin de notre époque. Il me semble d'ailleurs donner en ce moment même la meilleure preuve de l'orthodoxie de mes principes en semblable matière. En effet, si le dogme de l'existence du virus vénérien pouvait actuellement être attaqué, quels seraient, je le demande, ses plus dangereux ennemis, ou de moi qui élimine avec soin de son domaine tout ce qui logiquement ne mérite pas d'en faire partie, ou de mes adversaires qui voudraient à toute force y retenir une espèce morbide sans rapport aucun de physionomie ni d'essence avec les propriétés si généralement connues de la vérole consécutive?

Après avoir dit ce que la maladie en question n'est pas, il faut maintenant chercher à déterminer ce qu'elle est. C'est donc de sa cause première, de sa nature que je vais à présent m'occuper; mais ici j'avertis franchement le lecteur que nous sortons de ce qui est à mes yeux démontré, et que s'il veut me suivre, ce sera sur le terrain de l'hypothèse. — Je ne chercherai, par aucun artifice de langage, à atténuer la portée de cet aveu, quelque excellentes raisons qu'un auteur pense toujours pouvoir apporter pour cela, et j'entre sans autre préambule en matière.

Toutes les explications qui se sont présentées à mon esprit ou qui m'ont été suggérées par quelques-uns de mes confrères pour rendre compte des phénomènes précédents se réduisent aux deux propositions suivantes : ou ces accidents développés à l'anus, à la gorge, aux narines après une maladie vénérienne locale, sont l'effet de la sympathie qui unit ces diverses parties aux organes génitaux; ou bien ils tiennent à une affection générale de toute l'économie, consécutive elle-même au chancre ou à la blennorrhagie. — Je dois l'avouer, j'hésitai longtemps entre ces deux manières de voir, cherchant alternativement des arguments favorables à l'une et l'autre, m'ingéniant à mettre en saillie tel fait pathologique, à laisser tel autre dans l'ombre, m'attaquant tour à tour aux phénomènes pour les proportionner à la théorie et à la théorie pour la mouler sur les phénomènes, faisant en un mot le métier le plus rebutant pour un esprit qui ne veut pas se payer de mots et le plus dangereux en même temps pour la manifestation de la vérité. Je vis enfin que si je n'avançais pas, c'est que je m'étais fourvoyé dans une impasse, que ces deux explications entre lesquelles je me croyais forcé d'opter ne présentaient en réalité qu'un sens presque identique et surtout parfaitement compatible. Expliquons ceci en deux mots.

Une idée fausse règne assez généralement sur les sympathies morbides, et je m'y étais laissé prendre. On a trop de disposition à se les figurer comme deux actes, l'un excitant, l'autre excité, auxquels l'organisme sert d'intermédiaire, mais d'intermédiaire passif, sans conserver un souvenir de l'impression qu'il s'est borné à transmettre. Telle n'est pas la vérité, et tel n'est pas non plus le langage des écrivains qui méritent de faire autorité sur la matière. Je n'en citerai qu'un, celui qui a le plus largement, le plus philosophiquement approfondi la doctrine des sympathies : il s'agit de Barthez. Loin de voir dans la sympathie deux actions isolées, s'accomplissant sans influencer le milieu qui leur sert de théâtre, il spécifie expressément le

rôle que joue, pendant leur production, l'économie vivante. Sa définition même consacre formellement cette intervention : « Un organe, écrit-il, est dit être en sympathie avec un autre, lorsqu'une certaine impression, *perçue par la cause de l'individualité vitale* (1) dans un de ces organes, détermine cette cause à produire dans l'autre une affection insolite de sensation, de mouvement ou de quelque espèce que ce soit. » (EXP. DE LA DOCTRINE MÉD. DE BARTHEZ, p. 180.) A quelques pages de là, il énonce encore plus positivement la modification qu'éprouve le système vivant tout entier dans les sympathies : « Suivant Barthez, dit son savant et fidèle analyste M. Lordat (en parlant de l'*influence sympathique* des organes), l'influence de chaque organe est de deux sortes : d'abord, il intéresse le système entier par les fonctions qu'il remplit dans l'économie; ensuite, il est comme un sens particulier où *le principe de vie ressent d'une manière spéciale les impressions et les lésions que cet organe reçoit;* les sensations vitales qu'elles occasionnent *amènent dans le système des changements subits*, proportionnés au degré d'attention sensitive habituelle de ce principe dans l'organe supposé. » (Ouvr. cité, p. 210). — Je reproduirai encore ici un passage d'une de nos autorités classiques les plus accréditées, qui abonde dans le même sens : « .... De même qu'il n'y a point d'effets sans cause, de même il n'y a rien dans l'économie animale qui ne soit dépendant de l'organisation : cette organisation particulièrement contient en elle la raison des sympathies; et c'est un tort de dire avec Whitt, avec M. ROUX, que ce genre de lien est complétement indépendant de toute connexion organique.» (Adelon, PHYSIOL. DE L'HOMME, t. IV, p. 317.)

Ainsi donc, pour revenir au sujet de ce travail, soit que *la fluxion par accès vers les orifices* soit l'effet d'une sympathie, soit qu'elle dépende d'une disposition morbide de toute l'économie, on ne peut contester que, d'une manière ou de l'autre, il n'y ait eu dans sa production une modification de l'organisme tout entier. Ces deux conditions : 1° d'une influence sympathique; 2° d'une perturbation générale, sont aussi essentielles l'une que l'autre dans la recherche qui nous occupe; car si la première explique pourquoi les phénomènes se développent à l'anus, au gosier, sur la langue, etc., plutôt qu'ailleurs, la seconde n'est pas moins indispensable pour faire comprendre comment s'opèrent les récidives, comment un, deux, trois ans après la guérison d'un écoulement simple, on voit encore reparaître ces lésions vers les orifices des conduits muqueux. — A propos de cette affection générale de l'économie dont j'affirme l'existence par le motif puissant qu'elle est indispensable pour rendre raison de tous les faits observés, je dois faire remarquer que certains symptômes généraux mériteraient peut-être de lui être rattachés. Nul doute que les mille et mille sensations bizarres presque constamment accusées dans ces cas par les malades ne fassent partie du tableau de la syphilomanie bien plus souvent que du portrait scrupuleusement tracé d'une affection réelle; mais peut-être néanmoins doit-on se demander sérieusement si, au fond de leurs plaintes si opiniâtres, si énergiquement accentuées, ne se cachent pas quelques désordres réels. Il y aurait là le sujet de recherches difficiles, mais intéressantes.

Cherchons maintenant à déterminer si l'on peut au moyen de ces deux causes : *influence sympathique* et *état morbide général*, expliquer le siége particulier et constant qu'affectent les accidents dont la description vient d'être faite. Il faut pour cela décomposer le problème et distinguer ce qui appartient à chacun des deux agents auxquels j'ai établi que la maladie doit être attribuée.

1° *Influence sympathique.* — Il ne sera pas besoin de longs développements sur cette première partie. Tout le monde connaît les sympathies étroites et toutes spéciales qui unissent l'appareil génital à l'arrière-gorge, à la région anale, etc.; tout ce que j'aurais à dire à cet égard a été si bien recueilli, exposé, amplifié par les fauteurs de la doctrine dite physiologique que je puis, avec avantage pour ma cause, leur laisser le soin de la plaider eux-mêmes en ce qui touche ce point. J'avertis seulement, toujours dans l'intérêt de la cause, que tout en empruntant leurs arguments, je diffère entièrement d'avec eux sur les conclusions à en tirer. Pour ces soi-disant physiologistes, la sympathie était l'agent par lequel ils remplaçaient le virus pour expliquer la production de tous les symptômes de syphilis consécutive; aussi avaient-ils multiplié à l'excès l'étendue et le pouvoir de cette cause. Outre les sympathies incontestées, admises entre le pôle génital et la gorge, l'anus, la peau, l'appareil salivaire, ils n'avaient pas reculé devant la nécessité d'en créer de nouvelles avec les os, le système fibreux, les glandes, voire même avec le tissu cellulaire. — Je demande expressément de n'être pas confondu avec cette école. L'existence du virus syphilitique, son absorption, l'intoxication de l'économie par sa présence, la spécificité physiologique, pathologique et thérapeutique de ses effets sont pour moi des faits parfaitement avérés et certains. Seulement, à côté de la grande classe des phénomènes syphilitiques constitutionnels, il me semble qu'une place doit être réservée pour les accidents simples que j'ai mentionnés; et je crois que la sympathie, si souvent alléguée par les partisans de la *non-existence du virus vénérien*, rend un compte très-satisfaisant de la circonstance de leur siége.

Je me borne à ces courtes réflexions; non qu'il me fût difficile de les appuyer sur des observations nombreuses, mais j'ai pensé que le lecteur me saurait quelque gré de lui épargner ici la répétition fastidieuse de ce qu'il trouvera sans peine dans d'autres ouvrages. Il pourra, à son gré, combler cette lacune en parcourant, par exemple, le livre de M. Richond des Brus, DE LA NON-EXISTENCE DU VIRUS VÉNÉRIEN, notamment au. t. I, p. 234, puis 260 et suivantes. Il serait difficile de rencontrer ailleurs un tableau plus complet et plus attachant de tous les faits d'observation vulgaire qui témoignent de l'intime liaison, en santé comme en maladie, des organes génitaux avec la muqueuse bucco-pharyngienne, les amygdales, la peau, la marge de l'anus, etc. (V. p. 268.)

2° *Etat morbide de toute l'économie.* — Cette disposition de l'organisme, qui contribue à la manifestation des accidents que je décris, n'est pas à proprement parler une maladie, puisque la santé générale paraît intacte et n'est légèrement troublée que de loin à loin lors des accès d'éruptions, rougeurs, gerçures, qui se portent vers les orifices. Ce n'est cependant pas non plus la santé; car la santé n'est point compatible avec de tels désordres quelque léger qu'en soit l'effet, quelque éloignés qu'en soient les retours. Pour prendre une juste idée de cette situation des forces vitales, on ne peut mieux la comparer qu'à l'état d'un individu sujet à des diarrhées revenant tous les trois ou quatre mois, à un flux hémorrhoïdal périodique, à des épistaxis, à une dartre reparaissant tous les printemps, etc. Tant que l'affection habituelle ne sévit pas, cette personne n'éprouve aucune incommodité appréciable, et sa constitution est bien certainement exempte de tout virus. Est-ce là cependant une santé parfaite?... Non sans doute. Or cette position mixte, cet exercice irrégulier des propriétés vitales, cette concentration anormale de l'activité physiologique sur un point particulier a été appelée *disposition fluxionnaire* par quelques pathologistes. J'adopte cette dénomination qui offre l'avantage de ne pas prétendre expliquer ce qui est inexplicable, et de présenter une image assez frappante du mécanisme du phénomène pour que l'esprit l'admette sans résistance. On voit que je m'arrête volontairement de bonne heure dans la voie périlleuse des interprétations. Je n'ajouterai donc pas un seul mot sur la nature de cette fluxion; mais il me reste maintenant à tâcher de découvrir pourquoi elle se porte de préférence sur les points du corps où l'observation montre que ses effets se manifestent dans ce cas le plus souvent.

Étant donnée une disposition fluxionnaire de l'économie, a-t-on quelques raisons capables de conduire à prévoir où le mouvement de fluxion doit s'opérer ? Question ardue, presque insoluble tant qu'on la maintient dans des termes aussi généraux, mais qui devient plus accessible dès qu'on l'applique à des cas particuliers. Dans l'espèce dont il s'agit ici, les sympathies aident puissamment à trouver le mot de l'énigme; car nous venons de voir qu'elles désignent clairement les endroits où l'activité vitale pour ainsi dire saturée de fluide, va effectuer sa décharge. Mais en dehors même de ces motifs spéciaux, abstraction faite des rappports sympathiques, il est d'autres causes physiologiques qui, dans le cas dont je traite, concourent aussi à donner à la fluxion la direction et le siége qu'on lui observe. C'est là ce qu'il faut actuellement prouver.

Personne n'ignore que le système muqueux offre une prédisposition notable aux maladies par irritation. On a également remarqué, mais sans y avoir peut-être prêté jusqu'ici une attention suffisante, que de tous les points de ce système, ceux qu'attaquent les inflammations, sinon les plus graves du moins les plus fréquentes, sont les orifices par lesquels les conduits muqueux s'ouvrent à l'extérieur. Les angines, la stomatite, l'amygdalite, le coryza, les aphthes, l'irritation des gencives, l'ophthalmie, l'herpès *labialis* et *præputialis*, l'eczéma de l'anus, de la vulve, etc., sont bien certainement les affections dont on entend le plus souvent se plaindre autour de soi. Il est de même reconnu par l'expérience vulgaire que ces diverses maladies alternent très-fréquemment entre elles sur le même individu, telle personne ayant été, par exemple, sujette aux ophthalmies dans son enfance, le devenant ensuite pendant la jeunesse aux angines, et dans un âge plus avancé à l'eczéma *podicis* ou *pudendi*. Sous le rapport expérimental, la maladie que je décris dans ce travail n'est donc, on le voit, que la répétition de ce qui se passe journellement sous nos yeux chez certains

(1) Cette *cause de l'individualité vitale* n'est autre chose que le *principe vital* de l'auteur. Ce que Barthez exprime par ce mot est d'ailleurs assez clairement rendu par le passage suivant que j'extrais du même ouvrage : « Il faut reconnaître que les actes de la vie sont combinés dans leur simultanéité, disposés dans leur succession, réglés dans leur intensité selon des fins déterminées. Or une harmonie si parfaite, un rapport si manifeste vers un but qu'il faut atteindre malgré tant d'obstacles contingents, nous forcent d'admettre, dans le système physiologique, un principe d'*unité* ou d'*individualité*, par les mêmes règles de la philosophie naturelle qui ont fait admettre une sensibilité, une force motrice. » (Ouvr. cité, p. 128.)

tempéraments particuliers dans les circonstances ordinaires. Mais s'il n'y a rien par conséquent de bien méritoire à avoir constaté cette prédilection des affections inflammatoires légères pour les orifices, il sera peut-être plus intéressant d'en scruter les raisons. Or ces raisons sont de deux ordres, anatomiques et physiologiques.

A. Les orifices des conduits muqueux (et sous ce nom, bien entendu, je comprends non-seulement le cercle mathématique qui constitue l'ouverture, mais aussi la portion du tégument qui lui est adjacente, soit du côté de la muqueuse, soit de celui de la peau) ont une structure qui les rend particulièrement impressionnables aux causes morbides. Des filets nerveux abondants s'y ramifient, nerfs de deux ordres, savoir, les ganglionnaires et les cérébro-spinaux; car ce point est pour les deux systèmes une limite commune, marquant à la fois l'endroit où les nerfs encéphaliques cessent de pénétrer à l'intérieur et celui où les viscéraux cessent d'émerger vers l'extérieur. Mais la limite n'a rien de précis, et elle est moins l'endroit où ils s'arrêtent que celui où ils empiètent l'un sur l'autre.

La disposition des vaisseaux sanguins y est également remarquable, tellement remarquable même qu'on pourrait presque espérer de trouver dans ce seul fait la clef du mystère que nous poursuivons. Quelques détails sont nécessaires pour la bien comprendre. On sait que les membranes muqueuses ont partout immédiatement au-dessous d'elles un réseau serré de vaisseaux capillaires sanguins; la peau offre les mêmes conditions anatomiques. Or, au voisinage des orifices, et par l'effet de la conformation naturelle de ces régions, les replis sont très-multipliés : tantôt deux muqueuses s'adossent, tantôt c'est la peau qui forme une duplicature, tantôt enfin la peau s'applique contre la muqueuse. De toute manière, deux membranes tégumentaires ne peuvent s'unir ainsi face à face sans que pareillement le réseau capillaire sous-jacent à l'une ne s'abouche et se réunisse avec celui de l'autre. Par cette fusion des couches capillaires sous-cutanée et sous-muqueuse, les éléments de vascularité sont doublés pour la membrane qui se trouve adjacente à ce point, puisque chaque repli possède ainsi deux réseaux au lieu d'un seul. — Remarquons sans plus attendre que c'est justement sur les replis mêmes, là où cette cause matérielle de congestion est le plus prononcée, que nous avons vu les lésions dont il s'agit se porter de préférence. Exemples : le contour de la marge de l'anus, le prépuce avec ses deux feuillets si intimement juxtaposés, les piliers et le voile palatins, les *bords* de la langue, la partie de la muqueuse buccale *immédiatement* contiguë aux gencives, le cercle extérieur des narines. Ces circonstances, très-significatives, ce me semble, ont d'ailleurs été déjà signalées dans la première partie de ce travail.

Enfin, la peau adjacente aux orifices muqueux (laquelle devient quelquefois le siége de la fluxion) est généralement plus fine, plus ténue que celle du reste du corps, et partant plus impressionnable aux mêmes agents irritants qui ailleurs passeraient sans laisser de traces.

Je noterai encore que les orifices constituent toujours une portion rétrécie de la cavité dont ils font partie. Cette circonstance fait qu'ils sont plus exposés à être excoriés ou simplement irrités par le contact et le frottement réitéré des matières auxquelles ils sont destinés à livrer passage.

B. Si j'examine maintenant les propriétés et les fonctions des parties formant orifice, j'y trouverai encore amplement de quoi expliquer la multiplicité de leurs maladies. Et d'abord, les deux sortes de nerfs qui s'y répandent leur communiquent deux sensibilités différentes, sans compter l'excitabilité *sensorielle* spéciale dont plusieurs d'entre elles sont les agents. De cette foule d'attributions, doit-on s'étonner qu'il résulte une foule de stimulations extranormales, et conséquemment une foule de maladies?

Par leur situation topographique même, les membranes qui revêtent ces orifices attirent, non moins fortement que par leurs fonctions, les causes morbifiques. S'ouvrant à l'extérieur, elles souffrent à chaque instant de l'humidité et de la froideur de l'atmosphère, du frottement des vêtements, de l'action des corps extérieurs. Quant aux fonctions, la mastication, la déglutition, la parole et le chant, la défécation, la copulation, le moucher, n'exercent-ils pas à chaque instant de la vie sur les muqueuses buccale, palato-pharyngienne, linguale, de l'anus, du prépuce, de la vulve, des narines, une série habituelle d'excitations et de frottements qui n'ont pas besoin de s'exagérer beaucoup pour revêtir le type de causes irritantes? Qu'on joigne à cela les écarts nés de la civilisation, les coutumes de fumer, de priser, de *chiquer*, l'usage des lavements, des odeurs fortes, des alcooliques, des aliments épicés, du cure-dent, des poudres dentifrices, les dépravations de l'acte génésique, les exercices de vocalisation ou de déclamation, les travaux qui exigent la station assise, etc., etc. Et qu'on dise si la nature n'a pas, en quelque sorte, voulu exposer les orifices aux plus fréquentes maladies, en laissant au pouvoir de l'homme et de ses caprices des parties si surabondamment douées de toute espèce de sensibilité?

Il est une autre espèce d'influence toute vitale qui appelle encore sur les orifices une nouvelle somme de principes morbifiques; c'est la propriété qu'ils possèdent de servir à la fois d'aboutissant et de point de départ à la sensibilité de tout l'appareil dont ils constituent l'entrée. Ainsi, d'un côté, une affection de la vessie se traduit par de la douleur ressentie à l'extrémité du pénis; une gastro-entérite chronique donne lieu à des aphthes, au fendillement de la langue. D'autre part, si l'on veut déterminer le vomissement, c'est en titillant la luette; une personne est-elle frappée d'asphyxie, on s'adresse immédiatement à la sensibilité de la pituitaire. Les effets d'un suppositoire, ceux de l'excitation du gland et du prépuce, n'ont pas besoin d'être exposés en détail. Tout récemment, Paris n'a-t-il pas laissé un praticien s'enrichir aux dépens de ceux qu'il traitait de toutes affections nerveuses en leur cautérisant le gosier? — Ces divers ordres de faits, dont je ne cite que quelques exemples, mettent en relief une double cause, source féconde d'irritation pour les régions terminales des membranes muqueuses. Par leur extrême susceptibilité morbide, les orifices ne font, on peut le dire, qu'expier leur privilége d'être les excitants naturels des appareils importants dont ils forment l'entrée.

Dans les considérations qui précèdent, il y a sans doute beaucoup de faits et de conséquences qui m'ont échappé. Ne voulant pas traiter *in extenso* un sujet qui ne se rencontrait qu'incidemment sous ma plume, j'ai dû nécessairement laisser en oubli des circonstances qu'une description plus méthodique recueillera sans peine. Je m'estimerais heureux si cette ébauche imparfaite donnait à quelqu'un l'idée de traiter le sujet *ex professo* et valait à la science une bonne monographie sur les *maladies des orifices muqueux*, considérées d'un point de vue d'ensemble.

Je reviens à mon sujet, et je conclus :

1° Que la *fluxion par accès vers les orifices muqueux* est l'effet d'une disposition générale, d'un état morbide spécial de toute l'économie;

2° Que les accidents vénériens primitifs dont elle est la suite contribuent, par les sympathies particulières qu'ils développent, à réaliser chez les sujets prédisposés cet état fluxionnaire, et à en diriger de préférence les jetées vers tel ou tel siége;

3° Qu'en somme, cette maladie n'est point la vérole, mais un état général, toujours simple, quoique pouvant durer très-longtemps et sans gravité aucune quant au pronostic.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. le docteur PAUL BOUCHER DE LA VILLE JOSSY, ancien interne et lauréat des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SULFATE DE QUININE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Si maintenant nous voulons apprécier l'effet médicateur du sel de quinine dans la fièvre typhoïde, la question nous paraît encore plus difficile à résoudre que la précédente. Dans cette dernière, où il ne s'agissait que de constater des faits et de signaler les conditions dans lesquelles ils étaient observés, nous voyons des observateurs en contradiction. Que sera-ce donc ici, où s'ouvre le champ des hypothèses sur la marche et l'appréciation de la maladie? Cette question semble déjà jugée, car dès la découverte du quinquina, on songea à l'employer dans les fièvres continues, et l'on n'eut pas plus tôt reconnu sa spécificité contre les fièvres intermittentes, qu'on voulut avoir trouvé un moyen de guérir tous les maux; mais cette espérance ne dura pas longtemps, et le médicament ne tarda pas à tomber en discrédit, au moins pour le traitement des fièvres graves. Lorsque le système de Brown, à la fin du siècle dernier, vint apporter des idées nouvelles dans les théories médicales, le règne du quinquina sembla renaître; mais alors le quinquina employé en poudre renfermait, outre les sels fébrifuges, du tannin, du ligneux, etc., conditions qui rendaient son action complexe et qui s'opposaient à l'administration à haute dose du principe fébrifuge; aussi fut-il abandonné après avoir été prôné outre mesure dans le traitement des fièvres nerveuses, ataxiques, putrides et adynamiques, et aujourd'hui il n'est employé que comme tonique dans la convalescence des fièvres graves, et encore seulement par les praticiens qui ne sont pas arrêtés par l'inflammation qui existe alors dans les intestins. Depuis les travaux de MM. Pelletier et Caventou, et leur découverte de l'alcali antipériodique du quinquina, découverte précieuse qui permet de porter le principe fébrifuge à des doses bien plus élevées relativement que le quinquina et dans des conditions différentes, les sels de quinine n'avaient pas été employés dans les

fièvres continues avant 1840. En effet, beaucoup de praticiens pensaient alors et pensent encore aujourd'hui qu'une des causes qui s'opposent le plus aux progrès de la thérapeutique est que sitôt qu'il y a un fait avéré, on n'a rien de plus pressé que de le révoquer en doute. Suivant eux, un des faits les mieux constatés est que les maladies à types continus ne sont pas influencées par le sulfate de quinine, et, s'appuyant de l'opinion de Stoll, condamnent l'emploi du sel de quinine dans la fièvre typhoïde. Cependant on peut, avec Torti, soutenir que le sulfate de quinine est utile dans les fièvres continues et qu'on en peut tirer de grands avantages, non pas contre la fièvre elle-même, mais seulement comme moyen de combattre certains accidents ou certains symptômes qui accompagnent ou compliquent cette fièvre. M. le professeur Piorry pense que le sulfate de quinine peut être utile dans le traitement des fièvres typhoïdes, lorsqu'elles s'accompagnent de complications, et surtout lorsque l'affection se complique d'une augmentation de volume de la rate : « J'ai toujours, dit-il, obtenu de l'emploi du sulfate de quinine une amélioration prononcée et proportionnelle à la diminution de ce viscère, quoique, ajoute-t-il, les symptômes tenant aux lésions intestinales persistassent. » Mais tout en admettant cette opinion, qui peut être considérée comme une conséquence de ce que nous allons dire, ne faut-il pas tenir compte d'une loi de thérapeutique générale, à savoir que ces constitutions médicales ont une influence immense sur le mode d'action des médicaments. On peut légitimement considérer les substances médicamenteuses, quand elles sont appliquées au corps de l'homme, comme des agents morbifiques assimilables à ceux qui nous assiégent communément. Un homme, dans une certaine constitution épidémique, est exposé à l'intempérie de l'air; il contracte une pneumonie, plus tard un rhumatisme articulaire, ailleurs une pleurésie, dans d'autres cas une dyssenterie. La même cause ici a déterminé une fluxion inflammatoire sur des organes différents. Ce fait s'offre si souvent à l'observation qu'il ne saurait être controversé. On n'a rien changé dans la cause; elle était identique à elle-même : comment n'a-t-elle pas produit les mêmes effets? C'est que dans l'action d'une cause, il y a deux choses également importantes à considérer : d'abord la nature de la cause qui reste toujours semblable à elle-même et ne varie que d'intensité, et le support de la cause, savoir, l'économie à laquelle elle s'applique, qui varie à l'infini et qui réagit en vertu de l'idiosyncrasie d'abord, et aussi en vertu d'une disposition accidentelle qui, à elle toute seule, exerce une immense influence. C'est cette disposition accidentelle qui, départie à un grand nombre d'individus dans un même temps et dans une même localité, prend le nom de constitution épidémique, et qui est à la masse ce que l'idiosyncrasie est à l'individu. Eh bien! dans les mois de janvier et février 1843, à l'hôpital Saint-Antoine, plusieurs fièvres typhoïdes graves ont été guéries par le sufate de quinine, dans le service de M. Kapeler, et nous avons observé plusieurs affections inflammatoires compliquées d'accidents intermittents, combattus avec avantage par le sulfate de quinine, et un cas de fièvre pernicieuse chez une femme nourrice, guérie par le sulfate de quinine à haute dose bien supporté. Je signale ces circonstances pour ne négliger aucun des éléments de la question; mais tout en tenant compte de ces faits, est-ce là la seule cause des succès obtenus par M. Kapeler? Je ne le pense pas. Le sulfate de quinine à la dose à laquelle il a été porté n'est pas seulement un antipériodique. Ne peut-on pas penser avec juste raison que la modification si sensible qu'il apporte dans toute l'économie ait une influence favorable sur la marche de la maladie? Quelques-uns des faits que j'ai observés tendraient à le faire croire. Plusieurs de nos malades ont vu la céphalalgie s'amender, la stupeur diminuer, et survenir en peu de temps un état qu'on aurait pu considérer comme une convalescence précoce. Dans trois cas, nous avons cru le danger conjuré; mais, vain espoir, les accidents reprirent leur intensité à diverses époques, et les malades succombèrent au vingt-cinquième, trentième et même quarantième jour de la maladie, malgré l'emploi bien indiqué des toniques et des révulsifs. Un jeune homme de 17 ans a succombé à une fièvre typhoïde ataxique le dix-huitième jour de la maladie, après avoir offert une amélioration sensible, puis des douleurs dans les muscles thoraciques, et qui périt dans un accès épileptiforme. Un autre jeune homme de 18 ans mourut le vingt-quatrième jour de la maladie, et le cinquième de son entrée à l'hôpital; une femme nourrice vint mourir dans notre service le seizième jour de la maladie et dans les trente premières heures de son séjour à l'hôpital, n'ayant pris qu'un gramme 50 centigrammes du sel quinique; on peut éliminer ce cas. Les morts que nous avons eues se bornent donc à six ou plutôt à cinq sur vingt-trois. Dans les autres cas très-graves que nous avons observés au nombre de sept, le sulfate de quinine fut donné trois fois seul avec des boissons tempérantes, l'amélioration a été rapide, mais la convalescence définitive lente; chez les quatre autres, les vésicatoires et les toniques furent employés en même temps que le sulfate de quinine ou après qu'on en suspendit l'administration. Dans les deux autres cas moins graves, quelques-uns avaient été saignés une ou deux fois avant leur entrée à l'hôpital. Deux avaient eu des épistaxis copieuses, pouvant être évaluées à trois ou quatre palettes de sang. Chez aucun de nos malades, nous n'avons été à même de constater que la lésion intestinale de la fièvre typhoïde eût été modifiée. Toutes nos autopsies sont venues justifier le diagnostic, et toutes ont offert les diverses lésions mésentéro-intestinales comme on devait le supposer, d'après l'époque de la maladie où était survenue la mort, et pendant la convalescence, la susceptibilité de l'intestin est restée la même. Quelques écarts de régime ont été suivis de diarrhée et de douleurs abdominales avec fièvre. Il ne nous a pas paru possible d'établir une relation quelconque entre l'action du sulfate de quinine et l'apparition des taches rosées lenticulaires, ou les sudamina, qui ont été observés tantôt discrètes, tantôt confluentes, quelle que fût la dose du sel employée. Nous n'avons rien vu d'analogue aux diverses éruptions dont parlent quelques observateurs. Un seul de nos malades a offert pendant la convalescence une légère angine avec un état mal caractérisé, mais ayant quelque analogie avec la scarlatine.

Si nous exprimons ici l'opinion qui résulte de l'impression faite sur nous par les faits dont nous avons été témoin, elle sera que le sulfate de quinine a eu une influence avantageuse sur la marche de la maladie; mais peut-être que la lecture de nos observations n'apportera pas la même conviction dans l'esprit de nos lecteurs. Les faits ont souvent dans leur ensemble un cachet qui frappe l'observateur, qui forme sa conviction, et qu'il ne sait pas toujours faire passer dans la relation qu'il en donne. Posons cependant les conclusions que nous nous croyons en droit de tirer de ce qui s'est passé sous nos yeux.

1° Le sulfate de quinine non acide, à la dose de 2 à 4 grammes dans une potion de 125 grammes, administrée par cuillerée à bouche de deux en deux heures, ou plus espacée, n'a déterminé aucun accident grave.

2° Il est généralement pris avec répugnance; souvent, immédiatement après avoir été ingéré dans l'estomac, il détermine un état nauséeux passager; parfois il y a des vomissements.

3° La muqueuse des voies digestives n'en éprouve pas une influence fâcheuse; seulement quelquefois léger sentiment de chaleur dans le trajet de l'œsophage au cardia.

4° L'éruption des taches lenticulaires de la peau et des sudamina n'est pas modifiée; il paraît en être de même de l'éruption intestinale.

5° Son administration est souvent suivie d'un amendement notable, qui n'est quelquefois que passager.

6° La convalescence apparente est le plus souvent rapide; mais il n'en est pas de même de la convalescence confirmée.

7° Cette convalescence apparente est due à la modification de l'état général, l'intestin échappant à cette modification.

8° Les phénomènes nerveux et le ralentissement de la circulation qu'il détermine cessent assez promptement quand on suspend l'administration du médicament.

9° Il diminue la céphalalgie, et souvent il la fait disparaître; elle est alors remplacée par de la pesanteur de tête.

10° Je l'ai vu souvent hâter le retour du sommeil naturel.

11° En résumé, le sulfate de quinine ne me paraît pas devoir constituer une méthode spéciale de traitement; mais il peut rendre d'utiles services combiné avec d'autres moyens.

Nous ne rapportons ici que trois observations prises dans les diverses catégories de gravité que nous avons eues : elles paraissent établir l'action physiologique du sulfate de quinine et donner une idée de son influence sur la marche de la maladie.

Obs. I. — Le 31 décembre 1842 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Paul, n° 3, Adèle Duranté, femme Martin, âgée de 23 ans, née à Sézanne (Marne), constitution bonne; à Paris depuis cinq ans; bonne santé habituelle; mère de deux enfants, le dernier a trois mois; couches sans accidents; nourrissait, avait beaucoup de lait. Quinze jours après ses couches elle reprend ses travaux, se fatigue beaucoup, passe les nuits; elle attribue son état actuel à ses travaux (elle coud les bas); dès le 23 décembre se trouve mal à l'aise; travaille jusqu'au 26; alors frissons, céphalalgie, épistaxis, diarrhée avec une forte fièvre; est saignée le 28; ne fait usage en outre que de boissons émollientes; est apportée le 31 à l'hôpital; elle offre l'état suivant : décubitus dorsal; affaissement, stupeur grande, face colorée, hébétée, céphalalgie vive, réponses lentes, mais faites avec intelligence; yeux brillants, injectés; légère surdité; peau chaude, moite; pouls plein, dur, à 108; abdomen légèrement tendu; pas de gargouillement; quatre taches rosées lenticulaires; langue rouge aux bords, peu chargée, humide; bronchite légère; urines volontaires; nourrit son enfant.

1er janvier 1843. Nuit avec rêvasseries; matin même état; pouls dur, à 110 puls. (Mauve, violette, sirop de gomme, 3 litres;

Eau de tilleul.	64	grammes;
Sirop de groseilles.	64	—
Sulfate de quinine	4	—

de deux en deux heures, par cuillerée à bouche; cataplasmes sur le ventre.) A trois heures du soir, après trois cuillerées de la potion, surdité plus marquée; pupilles dilatées; transpiration abondante; peau presque fraîche; pouls moins

dur, 106 puls. Onze heures du soir, transpiration abondante; la malade a vomi à chaque prise de la potion depuis six heures; elle répugne à en continuer l'usage; surdité plus marquée; pupilles dilatées, se resserrant à l'approche de la lumière; céphalalgie moindre; tête serrée; quatre selles; pouls moins dur, à 110 puls.; a donné à teter; l'enfant est bien; on éloigne les prises de la potion.

2 janvier. A dormi cette nuit; deux selles; se dit mieux; pas de céphalalgie; tête pesante, serrée; moins de stupeur; réponses faites avec plus de facilité; la surdité dont se plaint la malade nous paraît exagérée par elle; peau moite, souple, presque fraîche; pouls moins large, souple, à 96 puls.; langue large, humide, moins chargée. La soif d'hier a disparu; abdomen souple, non douloureux à la pression; urines volontaires; peu de toux; râles sibilants. (Même prescription; 2 bouillons coupés.)

3 janvier. A dormi cette nuit; se plaint moins de surdité; pas de céphalalgie; pesanteur de tête; les pupilles toujours dilatées, mais mobiles; peau souple, assez fraîche; sueur; facies plus animé; réponses moins lentes; pouls à 74 puls., moins dur; la langue se nettoie, encore rouge aux bords et à la pointe, humide; abdomen souple, indolent; léger gargouillement à droite; une selle; quelques quintes de toux; respiration bonne; urine bien; continue à nourrir. (Même prescription; 2 bouillons.)

4 janvier. Peu de sommeil la nuit, qui a été calme; langue large, humide; abdomen souple, indolent, offre des taches lenticulaires en plus grand nombre; léger gargouillement; trois selles; peau fraîche, souple; moins de sueur; se dit bien; pouls à 75 puls. Le sulfate de quinine, qui n'a été, depuis la nuit du 1er janvier, administré que de quatre en quatre heures, et ne provoquait plus de vomissements, seulement un état nauséeux, est supprimé. (Mauve, violette, sirop de gomme; 2 bouillons, une fécule.)

5 janvier. Le mieux se maintient; la malade se dit bien; peau d'une température normale, souple; pas de sueur; pouls souple, à 78 puls.; quatre selles. La surdité a presque disparu; pupilles dilatées; la vue est toujours restée nette. (Même prescription.)

6 janvier. Peu de sommeil; la nuit troublée par les cris des enfants voisins (c'est une salle de nourrices); abdomen souple, peu douloureux; gargouillements; cinq selles liquides sans colique; peau normale; pouls souple, large, à 80 puls.; a du lait; se dit bien. (Même prescription; 2 bouill., 2 potages.)

7 janvier. La nuit a été sans sommeil à cause du bruit; dit ne souffrir nulle part; la légère stupeur qui persiste va toujours en diminuant; langue large, humide, légèrement rouge aux bords, un peu chargée; abdomen souple; gargouillement presque indolent; sept ou huit selles volontaires; peau un peu chaude; pouls large, souple, à 96 puls.; urine bien; respiration bonne; pas de toux. (Même prescription; 2 bouillons, 1 potage de fécule.)

8 janvier. L'amélioration continue; les selles seules traduisent un trouble de l'intestin, qui entretient l'élévation du pouls, qui n'est cependant qu'à 90 puls.; les taches persistent.

Depuis ce moment jusqu'au 26 janvier, jour de sa sortie, l'amélioration n'a été entravée que par les troubles de l'intestin, qui ont fini par diminuer et disparaître vers le 20 janvier; a toujours eu du lait, et l'enfant n'a pas été indisposé. J'ai regret de n'avoir pas constaté la fréquence du pouls de l'enfant pendant l'administration du sulfate de quinine.

Cette observation nous offre une modification de l'état général, l'intestin restant lésé par l'éruption dont il était le siége, car nous n'avons pas vu de symptôme d'entérite que nous puissions attribuer à l'action du médicament; la diarrhée était celle de la fièvre typhoïde, et a disparu avec la lésion de l'intestin. Le pouls était tombé de 100 à 74 pulsations pendant l'administration du sel, et sous cette influence le sommeil était venu, ainsi qu'un mieux sensible; la céphalalgie avait disparu, remplacée par la pesanteur de tête; mais il n'y a eu que de légers troubles du côté des sens, quoiqu'on donnât 4 grammes de sel.

Obs. II. — Le 19 juin 1843 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 13, Descombes (Nicolas), âgé de 16 ans, menuisier en fauteuils, né à Consanvay (Meuse); petit de taille, constitution faible, à peine quelques signes de puberté; peau blanche, éphélides nombreuses sur la face; bonne santé dans son pays, qu'il a habité jusqu'à 14 ans, ainsi qu'à Montrouge, qu'il a habité un an. Demeure à Paris depuis un an dans le faubourg Saint-Antoine, seul dans une chambre au troisième étage; mais le délire et l'hébétude empêchent de savoir si ses réponses sont bien justes. Il y a quinze jours, dit-il, ayant chaud, il ôta ses bottes, mit ses pieds dans de l'eau froide; depuis ce temps il n'a jamais été bien; fatigue, courbature, céphalalgie, douleurs vagues dans les côtés et l'abdomen, pas de vomissements ni de diarrhée, mais plusieurs épistaxis; il continua à travailler quelque temps, mais ne peut préciser le moment de l'alitement.

Le 20 au soir, décubitus dorsal affaissé; prostration extrême; facies hébété; stupeur très-marquée; peau chaude, sèche; surdité déjà prononcée; pupilles mobiles, non dilatées; céphalalgie; rien autre aux sens. Fréquents soubresauts de tendons; tremblement des bras quand il veut les étendre; par moments, agitation qui oblige de le fixer dans son lit avec un drap plié en cravate; réponses lentes, hésitées, peu précises, se contre-disant le plus souvent; langue rouge à ses bords, chargée à sa base; muqueuse buccale rouge vif; dents sales, mais non fuligineuses; soif vive; anorexie; abdomen sonore, tendu, très-sensible à la pression partout, mais plus dans la fosse iliaque droite; pas de gargouillement; taches lenticulaires nombreuses disséminées sur le tronc et les membres. Depuis le matin qu'il est entré, trois selles liquides jaunâtres; il urine et a saigné du nez à plusieurs reprises; sonorité de tout le thorax; douleur vive à la pression le long des gouttières vertébrales. On entend le bruit respiratoire avec un râle sibilant général, plus marqué en avant; pas d'expectoration; peu de toux; bruits du cœur sourds, forts, mais normaux; pouls roide; peu développé, à 120 puls. (Limonade tartrique, 3 pots; lavement émollient; cataplasmes émollients sur le ventre et aux pieds.)

21 juin. Nuit fort agitée avec délire, rêves; a voulu se lever; pas de sommeil; plusieurs épistaxis peu abondantes; deux selles. Le matin à huit heures, même état qu'hier; peau chaude, sèche; pouls à 118 pulsations, peu développé et peu résistant; céphalalgie. (Limon. tartr., 3 litres; lav. émol.; catapl. sur le ventre et aux pieds; compresses d'oxycrat sur le front;

Eau de tilleul.	64	grammes;
Sirop de groseilles	64	—
Sulfate de quinine	2	—

une cuillerée à bouche de deux en deux heures.) Cinq heures du soir: selles involontaires, urines volontaires; prostration et stupeur grandes; facies plus injecté; le malade tend à s'assoupir, puis réveils en sursaut; agitation; pupilles mobiles, dilatées; vue, dit-il, nette, mal appréciable; yeux plus injectés, brillants; bourdonnements d'oreille, surdité plus grande; céphalalgie peu marquée; réponses vagues; soubresauts des tendons moins fréquents qu'hier; peau sans moiteur, plus souple, d'une chaleur moins âcre; pouls régulier, vide, dépressible, peu développé, 105 pulsations; plusieurs épistaxis de quelques gouttes de sang; même état du thorax et de l'abdomen; une selle. (4 cuillerées de la potion ont été administrées.)

22 juin. Nuit agitée, délire; deux selles. Le matin, céphalalgie moindre; tête lourde, étonnée; nuages qui troublent la vision; surdité marquée; bourdonnements d'oreille; intelligence paresseuse; réponses parfois justes; moins d'agitation et de soubresauts des tendons; peau presque fraîche, sèche; pouls vide, petit, 94 pulsations; taches nombreuses; quelques petites pétéchies sur les bras; lèvres légèrement fuligineuses; narines pulvérulentes; soif vive; langue sèche et râpeuse; abdomen tendu aux hypochondres, météorisé, mais assez souple dans le reste de son étendue; dans la fosse iliaque droite, gargouillement et sensibilité à la pression; les selles sont liquides, jaunâtres, presque séreuses, mêlées d'urine; sibilance générale du thorax qui est sonore; pas de toux ni d'expectoration. (Même prescription; diète.) Six heures du soir: pouls moins vide, peu développé, à 88 pulsations; peau presque fraîche, sans transpiration; deux selles; pas d'épistaxis.

23 juin. Nuit agitée; une selle; rêves; délire vague. Le matin, même état; pétéchies plus nombreuses; soubresauts moins fréquents; voit mal; pouls plus souple, moins vide, 84 pulsations; peau fraîche, assez souple, tendance à la moiteur. (Même prescription.) A cinq heures du soir, très-légère amélioration; le nombre des pétéchies augmente, elles se voient aussi sur le tronc, les unes d'une ligne de large, les autres moins; pouls plus souple, mou, à 80 pulsations; peau moite.

24 juin. Nuit agitée, délire, agitation; trois selles; légère épistaxis de quelques gouttes. Le matin, décubitus dorsal affaissé; lorsque le malade s'assoupit un moment, les lèvres tremblent, s'élèvent, s'abaissent; les commissures sont en mouvement; les paupières, quoique fermées, s'agitent; soubresauts fréquents des tendons; tremblement des membres; mouvements généraux, mais très-peu étendus; carphologie. Si on le réveille, il répond; les réponses sont lentes, offrent parfois quelque suite, mais il ne faut pas qu'elles demandent un grand effort d'intelligence; la parole est tremblée, d'autres fois réponses incohérentes; les douleurs des gouttières vertébrales sont vives; stupeur grande; facies inintelligent, abattu; cépalalgie légère; bourdonnements d'oreille; il n'y a pas besoin d'élever beaucoup la voix pour qu'il entende; pupilles très-mobiles, alternativement très-dilatées et resserrées; vue à travers un brouillard; sensibilité générale peu modifiée; langue sèche, râpeuse, rouge; les dents couvertes de fuliginosités desséchées; soif vive; gargouillement dans tout l'abdomen, plus marqué à droite; abdomen météorisé, mais souple, sensible à la pression; taches nombreuses sur le tronc et les membres; peau souple, assez fraîche; pouls peu résistant, assez large, à 84 pulsations; rien au cœur; respiration un peu lente; sonorité; sibilance dans tout le thorax; peu de toux; il urine. (Mêmes prescriptions.) Le soir, à six heures, plus de prostration encore; même état; pouls idem, à 80 pulsations; peau souple, assez fraîche; trois selles dans la journée.

25 juin. Nuit moins agitée, quoique avec délire; urines involontaires; pas de selles ni d'épistaxis. Le matin, somnolence; paraît notablement plus calme, et l'assoupissement moins profond; facies meilleur, moins inintelligent, quoique abattu; dans l'état de somnolence, les muscles de la face ne se convulsent plus; les lèvres sont fermées; céphalalgie qu'il ne peut localiser; pupilles tantôt dilatées, tantôt resserrées; dit mal voir, et reconnaît pourtant divers objets; n'accuse aucun trouble du côté de l'ouïe; l'intelligence est notablement plus libre; pas de soubresauts des tendons, ni de carphologie; est calme dans son lit; la parole est plus nette; peau fraîche, souple, sans moiteur; pouls bon, régulier, souple, peu développé, à 76 pulsations; langue rugueuse, sale, plus humide; soif; le malade prend volontiers la potion, demande ensuite de la tisane pour faire passer le mauvais goût; abdomen souple, quoique météorisé, sensible à la pression; les taches tendent à s'effacer ainsi que les pétéchies; douleurs dorsales moindres; respiration très-profonde, interrompue quelquefois par des soupirs profonds. (Mêmes prescriptions; diète.) Six heures du soir: trois selles involontaires mêlées d'urine; a été fatigué par les visites (dimanche); moins calme; quelques soubresauts des tendons; peau fraîche, moite; pouls régulier, à 78 pulsations.

26 juin. Nuit assez calme, quoique avec rêvasseries; est libre dans son lit; deux selles, a demandé le bassin et a attendu, car il ne veut pas, dit-il, aller sous lui; urine volontairement. Le matin, facies moins hébété; stupeur bien moins

profonde; moins de somnolence; reste éveillé longtemps; réponses plus nettes; troubles des sens peu marqués; pas de soubresauts des tendons; mouvements volontaires, raisonnés; se mouche lui-même, analyse ses sensations, trouve la potion amère et demande de ne pas en prendre; peau fraîche, souple; pouls régulier, large, moins vide, 84 pulsations; langue plus humide, moins râpeuse; soif, prend lui-même son verre et boit quand on lui soutient la tête; pas d'appétit; abdomen moins sensible; léger météorisme; amélioration sensible. (Même prescription; deux bouillons coupés.) Le soir, deux selles volontaires; a vomi dans la journée une prise de la potion de quinine; état nauséeux; un peu de toux; crachats muqueux; râles sibilants; pouls à 92 pulsations. Les prises de la potion sont éloignées de quatre en quatre heures.

27 juin. Nuit assez calme; a peu dormi; deux selles; a uriné, est calme, demande si on le trouve mieux, et cela avec intelligence. Matin : peau fraîche; pouls à 60 pulsations; un seul vomissement après la potion; l'amélioration continue. (Même prescription.) Soir : même état; peau souple, moite; pouls régulier, à 72 puls.

28 juin. A bien dormi; une selle. Matin : légère céphalalgie; les troubles des sens sont peu marqués; l'intelligence fait de nouveaux progrès; la douleur des gouttières vertébrales a presque disparu; les taches s'effacent; langue légèrement rouge; la bouche se nettoie; abdomen souple, moins météorisé, un peu sensible; urines et selles volontaires; peau souple, fraîche; pouls à 68 puls. (Lim. tartr.; cat. sur le ventre; 4 bouillons; la potion de 2 grammes de quinine de six en six heures.)

29 juin. Nuit bonne; une selle; l'amélioration continue; le pouls à 66 pulsations; les troubles des sens presque nuls; légers bourdonnements; peau fraîche; demande à manger; deux selles déjà moins liquides. (Même prescription.)

30 juin. Nuit calme avec sommeil; l'amélioration fait des progrès; peau souple, fraîche; pouls à 60 pulsations. Les pétéchies ont disparu; les taches s'effacent; se dit bien, demande à manger. (Lim. tartr.; 2 grammes de quinine en potion de six en six heures; 2 bouillons, 2 fécules.)

1er juillet. Peu de changement; pouls à 60 pulsations; peau fraîche. (Lim. tartr.; 2 bouillons; 2 fécules; 2 grammes de sulfate de quinine de quatre en quatre heures.)

2 juill. Nuit calme avec sommeil suivi; une selle demi-liquide; amaigrissement; le malade va de mieux en mieux; facies de plus en plus intelligent; décubitus varié; peau souple, fraîche, sans moiteur; pouls petit, à 56 pulsations; pas de céphalalgie; rien aux sens; s'occupe avec intérêt de tout ce qui se passe autour de lui; respiration bonne; langue encore un peu rouge aux bords, chargée à sa base d'un enduit jaune, mais humide; peu de soif et demande à manger; pleure parce qu'on ne lui donne pas de pain; se dit bien; abdomen souple, de moins en moins sensible, peu météorisé; gargouillement léger. (Même prescription; 2 bouillons, 2 potages.)

4 juillet. On suspend le sulfate de quinine; depuis ce moment jusqu'au 22 juillet, jour de sa sortie, il n'a offert qu'une amélioration successive et rapide; n'est resté à l'hôpital jusqu'à cette époque que parce qu'on a refusé de le laisser sortir; quelques bains ont été donnés. A sa sortie, mangeait deux portions depuis plusieurs jours, et n'avait pas de diarrhée.

Nous voyons ici un cas grave de fièvre ataxique, heureusement modifiée dans l'ensemble des symptômes généraux, quoiqu'il n'ait été administré que 2 grammes du sel par vingt-quatre heures. La convalescence a été plus rapide qu'on ne devait le supposer d'après le début de la maladie. Si chez tous les malades on était en droit d'espérer une aussi heureuse terminaison, la méthode serait jugée; mais des cas semblables en apparence se sont terminés fatalement.

Obs. III. — Entre le 11 juin 1843, salle Saint-Louis, n° 28, le nommé Lavessière (Antoine), âgé de 21 ans, garçon de cuisine, né à Mandrille (Cantal), à Paris depuis un an, demeurant faubourg Saint-Antoine, n° 135. Huit personnes habitent la même chambre, qui n'a que quatre lits. Bonne santé habituelle, sauf quelques ophthalmies; n'a pas été malade à Paris. Bonne constitution, système musculaire prononcé. Le 6 juin, travailla à la cave, eut chaud, frissonna; malaise général, prit du vin dans du bouillon sans en être soulagé; le malaise devint bientôt un sentiment de courbature avec céphalalgie, anorexie. Le 8, épistaxis; cet état persiste en s'aggravant. Le 9, nouvelles épistaxis plus abondantes, céphalalgie, courbature, prostration grande, obligation de s'aliter, anorexie, soif, diarrhée, fièvre, toux peu fréquente sans expectoration, saignée d'une palette. Le 9, pour toute médication, du bouillon mêlé à du vin. Le 11 juin, au matin, il entre dans l'état suivant : décubitus dorsal affaissé, facies hébété, coloré; céphalalgie frontale vive; réponses justes, mais lentes; yeux brillants; peau chaude, sèche; pouls dur, plein, à 104 puls.; respiration faible; râle sibilant général; expectoration muqueuse peu abondante; pas de surdité; pupilles mobiles non dilatées; langue rouge, vive surtout à la pointe, blanche à la base, chaude, légèrement visqueuse; soif, anorexie; abdomen souple, légère sensibilité à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite; taches lenticulaires nombreuses; diarrhée; urine rouge, chargée. (Lim. tart., 3 litres; catapl. émoll. sur le ventre et aux pieds; lav. émoll.; diète.) Le 11 au soir, même état : cinq selles séreuses mêlées de matières jaunes; peau chaude, sèche, très-injectée; pouls dur, plein, à 120 puls.

12 juin. Cet état persiste; épistaxis; révasseries; cinq selles; pouls entre 116 et 120 puls.

13 juin, au matin, même état; prostration et stupeur plus grandes; rien aux sens; pouls plein, dur, résistant, à 120 puls.; peau chaude, sèche, injectée, sous l'influence de simples cataplasmes émollients et de légers manuluves. La peau des mains et du ventre offre une rougeur scarlatineuse; les taches lenticulaires sont presque toutes effacées sur la base du thorax. La rougeur scarlatineuse de l'abdomen empêche d'apprécier ces taches; quelques points saillants les y font cependant soupçonner; sur les fesses, taches nombreuses, peu étendues, pour la plupart pustuleuses, quelques-unes déjà acuminées et blanches au sommet; même état douloureux. (Lim. tart., 3 litres; compresses d'oxycrat sur le front; cataplasmes aux pieds et sur le ventre; diète.

Eau de tilleul.	64	grammes.
Sirop de groseilles.	64	—
Sulfate de quinine.	2	—

de deux heures en deux heures une cuillerée.) Cinq heures du soir : après 2 cuillerées de la potion, peu de modifications; céphalalgie moindre; rien aux sens; pupilles mobiles, dilatées; peau chaude, sèche; pouls dur, plein, à 104 puls.; pas de selles. Neuf heures du soir : une selle; légère surdité; pouls plein, plus souple, à 96 puls.; pupilles dilatées.

14 juin, au matin, sommeil moins interrompu; deux selles. Vers minuit, moiteur sans sueur abondante; on a été obligé de changer le linge du malade; décubitus affaissé; peau souple, d'une température peu élevée; pouls souple, large, à 90 puls.; urines volontaires rouges; facies moins injecté, l'impression en est meilleure; somnolence quand on laisse le malade tranquille, mais quand on le sort de cet état, ses réponses sont nettes; dit que la céphalalgie frontale est peu de chose, se dit bien et demande à manger, mais sans instances; surdité plus marquée; pupilles dilatées, mobiles; langue effilée, rouge, lisse, visqueuse, blanche à la base; muqueuse buccale rouge; abdomen souple; gargouillement dans la fosse iliaque droite sensible à la pression; coliques précédant les selles. (Même prescription; le sulfate de quinine est porté à 4 grammes.) Deux heures : même état; pouls souple, à 81 puls.; deux selles. Huit heures du soir : le malade, qui est d'un caractère gai, se dit bien, cependant il est affaissé dans son lit; facies moins intelligent, mais peu animé; yeux brillants; conjonctives injectées; pupilles dilatées, mobiles; surdité légère; peau souple, presque fraîche, toujours rouge, scarlatineuse au ventre, aux mains et aux avant-bras; pouls souple, large, à 80 puls.; trois selles, dont les deux dernières très-rapprochées, avec coliques.

15 juin. Sommeil la nuit; somnolence sans révasseries; deux selles; sueurs. Matin : peu de céphalalgie; légère surdité; facies meilleur; peau souple; température anormale; pouls moins développé qu'hier, à 80 puls.; respiration profonde, lente; peu de toux; expectoration muqueuse, blanche, aérée; râle sibilant; langue humide, bien moins rouge, moins effilée; l'enduit blanc se détache et a disparu sur la ligne médiane; peu de soif; demande à manger avec instance, et dit avoir plus faim que soif; abdomen légèrement sensible, surtout à droite; la rougeur scarlatineuse est bien diminuée, et plusieurs taches lenticulaires, déjà affaissées, se distinguent sur l'abdomen. (Même prescription.) Six heures du soir : pouls souple, à 74 puls.; peau souple, fraîche, non humide; deux selles liquides séreuses, mêlées de très-peu de matières fécales jaunâtres.

16 juin. Sommeil à plusieurs reprises; sueurs abondantes; une selle dans la nuit. Matin : facies plus abattu, cependant il sourit à l'idée de manger; peu de céphalalgie, toujours frontale; réponses précises, lentes; légère surdité; rien à la vue; peau souple, fraîche, sans moiteur; pouls souple, large, à 60 puls.; langue rouge, lisse et fendillée; il y a quelque temps qu'il n'a bu; après avoir pris de la tisane, elle redevient souple; il demande à manger avec instance; abdomen souple; gargouillement dans la fosse iliaque droite; la teinte scarlatineuse a presque disparu; quelques taches lenticulaires sur l'abdomen et le sacrum; celles des fesses sont produites par des acnés. (Même prescription; quelques cuillerées de bouillon coupé.) Soir : même état; deux selles; pouls souple, à 62 puls.; peau fraîche.

17 juin. Nuit avec sommeil plus prolongé; deux selles; sueurs; décubitus variable, facile et volontaire; facies plus animé; peu de céphalalgie; très-légère surdité; peau fraîche, humide; pouls souple, large, à 57 puls.; la langue humide, lisse, est de moins en moins rouge; insiste pour manger, paraît gai; abdomen souple; les taches s'effacent; thorax bon; légère sibilance; urine bien. (Même prescription; un bouillon coupé; 2 grammes seulement de sulfate de quinine.) Huit heures du soir : même état; deux selles; pouls à 69 puls., souple; peau fraîche avec moiteur; n'a jamais eu de nausées ni de vomissements; seulement il dit en riant que la potion a un goût désagréable, et qu'il aimerait mieux un verre de vin.

18 juin. Nuit calme avec sommeil à plusieurs reprises; deux selles; n'accuse pas de céphalalgie, mais est toujours disposé à dormir; bourdonnements, sifflements d'oreille; il se place facilement sur le coude, la tête dans la main, et cause volontiers; langue humide, lisse dans les points où l'enduit a disparu; bouche pâteuse, amère; peau fraîche, souple, moite, sans sueur abondante; pouls large, souple, à 61 puls. (Même prescription; deux bouillons.) Cinq heures du soir : peau moins fraîche; pouls plus fort, plus roide, à 82 puls; deux selles; paraît plus abattu; le public l'a fatigué.

19 juin. Nuit assez calme avec sommeil; a rêvé qu'il assistait à un repas; parle avec plaisir de la nature de ce rêve; trois selles; sueur, mais n'a pas été, comme les autres nuits, obligé de changer de linge; peu de céphalalgie; se dit bien et insiste pour manger; est un peu sourd; bourdonnements d'oreille; peau fraîche, souple; pouls régulier, peu développé, à 68 puls.; même état des voies digestives. (Même prescription; quatre bouillons; un demi-lavement d'amidon.) Soir : 66 puls.; deux selles; le lavement est rendu aussitôt que pris; tend à s'assoupir; nuit calme avec sommeil à plusieurs reprises; trois selles.

20 juin. Même état; pouls peu développé, régulier, à 71 puls.; peau fraîche, souple; pas de céphalalgie; somnolence plus marquée; la langue tend à se sé-

cher; la potion cause un état nauséeux; abdomen souple, légèrement météorisé; la potion n'est plus donnée que de quatre heures en quatre heures. (Même prescription; deux bouillons, deux fécules.) Soir: somnolence plus marquée; pouls plus dur, à 84 puls.; peau souple; quatre selles; facies plus abattu, moins de gaieté; pas de céphalalgie; tête lourde; pesanteur de tête; bourdonnements d'oreille; un peu de surdité; respiration moins libre.

21 juin. Sommeil souvent interrompu avec rêves; deux selles dans la nuit; n'accuse aucune douleur; est affaissé; décubitus dorsal; facies étonné, abattu, très-légèrement cyanosé; conjonctives injectées; pupilles dilatées, mobiles; surdité plus marquée; bourdonnements; tête pesante, sans céphalalgie; somnolence marquée; peau souple, sans moiteur; urine bien; pouls peu développé, à 107 pulsations; la muqueuse buccale rouge; la langue, effilée, tend à se sécher s'il ne boit souvent; enduit jaunâtre sur les dents; prend la potion avec répugnance; a vomi deux fois de la bile; râle sibilant; rien au cœur. (Même prescription; deux bouillons coupés.) Il impressionne mal ce soir; pouls moins roide, toutefois à 96 pulsations; trois selles.

22 juin. Nuit sans sommeil, agitée; nausées après la prise de la potion; deux selles sans cause appréciable; vers le commencement de la nuit, frissons qui durent deux heures; on ne peut le réchauffer qu'avec des boules d'eau chaude; facies abattu; la peau du nez est lisse, rouge, tendue; un érysipèle commence; céphalalgie légère; peu de surdité; bourdonnements; la peau est légèrement cyanosée à la face et aux avant-bras; peau chaude, souple; même état des organes digestifs; pouls petit, roide, à 102 pulsations. (Même prescription; diète.) Le soir, l'érysipèle s'étend, petites bulles séreuses sur le nez; nausées sans vomissement; même état.

23 juin. Nuit calme avec sommeil; trois selles; les nausées ont presque disparu; peu de céphalalgie; surdité légère; l'érysipèle s'étend sur les deux joues, plus à droite; l'œil gauche larmoie, et, sans être notablement injecté, donne la sensation de graviers; peau plus chaude, souple; pouls peu développé, dépressible, à 90 pulsations; pas de nausées; même état des voies digestives. (Lim. tartr., 2 litres; catapl. émoll. sur le ventre; flanelles aux pieds; 2 grammes de sulfate de quinine de quatre en quatre heures; bouillon coupé.)

24 juin. Depuis hier cinq selles; l'érysipèle occupe presque toute la face: il s'éteint sur le nez; les bulles se dessèchent et forment des croûtes; pouls à 84 pulsations, peu développé, régulier; peau chaude; du reste même état. On suspend le sulfate de quinine.

25 juin. Nuit calme; l'érysipèle ne fait pas de progrès et s'éteint en partant de son point de départ; peau fraîche, mais sèche et rude; pouls peu développé, résistant, à 84 pulsations; l'état des voies digestives s'améliore; quatre selles moins liquides; abdomen souple, peu douloureux. (Mêmes prescription; deux bouillons, deux fécules.)

Depuis cette époque, la convalescence a marché régulièrement; seulement l'état de l'intestin a persisté après la disparition des symptômes généraux. Le pouls est toujours resté entre 84 et 64 pulsations; les forces sont revenues lentement; l'abdomen et les avant-bras, qui avaient été le siége de la rougeur scarlatineuse, se sont desquammés. Le malade sort le 24 juillet, parfaitement bien. Craignant l'influence sur l'intestin du régime du dehors, nous l'avons engagé à rester jusqu'à cette époque.

Cette observation nous offre une affection typhoïde, compliquée d'une susceptibilité extrême de la peau, qui fut le siége d'un érythème, sous la simple influence de cataplasmes émollients et de manuluves simples, et plus tard d'un érysipèle facial. Ce fait m'en rappelle un autre que j'ai observé dans le service de M. Piédagnel, à l'hôpital Saint-Antoine, et dans lequel toute la peau fut enflammée avec des escarres gangréneuses siégeant les unes au tronc, d'autres aux extrémités supérieures. En effet, dans les affections typhoïdes, la peau est parfois le siége marqué d'une congestion spéciale, comme celle qu'on observe dans d'autres cas aux poumons ou vers le cerveau. Les symptômes de l'intestin furent également ici très-marqués. Je ne puis cependant attribuer la diarrhée à l'action du sulfate de quinine, dont l'effet n'a pas été aussi avantageux que dans l'observation précédente. La convalescence définitive fut longue.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR QUELQUES FAITS DE VOCALISATION PAR RAPPORT A LA PHYSIOLOGIE DE LA VOIX; par M. SEGOND.

La GAZETTE MÉDICALE, dans son numéro 8 (année 1846), a bien voulu rendre compte d'un ouvrage que j'ai publié sur l'*hygiène du chanteur*. Le but spécial de ce livre, les personnes auxquelles je l'adressais, m'avaient décidé à donner peu de développement à la partie physiologique, et je me suis borné à tracer un résumé succinct des principales théories sur le mécanisme de la voix. Dans le peu de mots que j'ai dits de celle de MM. Pétrequin et Diday sur la voix de fausset, j'ai signalé une des preuves fournies par ces honorables confrères à l'appui de leur opinion, à savoir le défaut de voix de fausset chez les basses-tailles. Une lettre communiquée par MM. Pétrequin et Diday vient me donner l'occasion d'ajouter quelques détails sur la valeur de cette preuve.

Ces messieurs m'accusent d'avoir *dénaturé à l'envi leur pensée et leur langage* lorsque j'ai écrit qu'ils avaient décidé que les basses-tailles n'ont pas de voix de fausset. Nous allons voir s'ils ont le droit de se récrier. Dans la lettre du 4 avril, on m'oppose une phrase prise dans le chapitre de l'*histoire musicale du fausset;* mais dans la partie principale du travail de ces messieurs, dans le chapitre *théorie du mécanisme de fausset*, je trouve les motifs suffisants de ce que j'ai écrit dans l'HYGIÈNE DU CHANTEUR. Voici ce que je lis au paragraphe 35 : « *Les basses-tailles manquent généralement de fausset. Le phénomène est constant, son explication toute naturelle.* » Plus loin, même paragraphe, je trouve l'explication *toute naturelle* de ce phénomène *constant.* Le larynx des basses-tailles, plus large que celui des ténors, *est rigoureusement comparable à un flageolet, par exemple, dans lequel le biseau aurait été déjeté à l'excès vers l'extérieur, à un tuyau à bouche dont la lèvre serait trop en dehors.*

Le phénomène ainsi expliqué, viennent les conclusions :

« Leur appareil vocal, en un mot (celui des basses-tailles) n'est nullement construit pour la formation des sons flûtés; aussi le fausset manque-t-il effectivement chez les chanteurs de cette classe. »

Soyons de bon compte: quelqu'un qui avance un fait comme *constant*, qui appuie sur ce fait une théorie, qui en donne une explication *toute naturelle*, ce quelqu'un a-t-il le droit de renier un pareil fait lorsqu'on vient le lui reprocher? Et maintenant, je le demande, si j'ai écrit que MM. Pétrequin et Diday ont décidé que les basses-tailles n'ont pas de voix de fausset, ai-je fait dire à ces messieurs quelque chose qui ne soit pas dans leur article? ai-je *dénaturé à l'envi leur pensée et leur langage?*

La difficulté soulevée par ces auteurs vient d'une omission grave. Nous savons qu'une condition essentielle de la formation des sons, c'est le rapprochement des lèvres de la glotte; une fente légère suffit pour altérer l'éclat et la puissance du son. MM. Pétrequin et Diday pensent que la largeur du larynx des basses-tailles est un obstacle au rapprochement des lèvres de la glotte. La glotte des basses-tailles n'offre point au courant d'air, disent-ils, un passage assez étroit pour le briser. Je demanderai donc à ces messieurs si, lorsqu'un larynx de basse-taille parle en voix de poitrine, les lèvres de la glotte sont séparées par une fente bien large.

Les basses-tailles ont une voix de tête : je dis plus: elles chantent en voix de tête. Si j'ai cité, dans l'HYGIÈNE DU CHANTEUR, le duo *Se fiato in corpo avete*, c'est pour montrer une basse, Lablache, rivalisant dans l'emploi de la voix de fausset, avec un baryton, Tamburini. Je maintiens que Lablache est une basse-taille. Il y a une grande différence entre les rôles de Giorgio et Ricciardo (PURITAINS), de Bartolo et Figaro, de don Pasquale et Malatesta, etc., etc. On croit nous prouver que Lablache est un baryton en disant que Barroilhet, le baryton par excellence, a chanté en Italie tous les rôles de Lablache : je vais montrer ce qu'il y a de vrai dans cette assertion.

L'*imprésario* italien a une richesse proportionnelle au reste de la nation, c'est-à-dire qu'il ne peut payer qu'un certain nombre de bons chanteurs. Il forme des compagnies insuffisantes pour le répertoire qu'il promet aux dilettanti. Qu'en résulte-t-il? C'est que le baryton est obligé de prendre les rôles de basse, le soprano ceux de contralto. Mais comment ses rôles sont-ils remplis? Avec des *changements*, des *coupures* des *transpositions de ton.* Voilà comment Barroilhet qui avait un répertoire spécial, des opéras écrits pour lui, a chanté accidentellement des rôles de basse (1). Ces messieurs auraient dû nous donner la contre-partie, et nous assurer que Lablache pourrait chanter les rôles de Barroilhet dans LA FAVORITE, LA REINE DE CHYPRE, LE LAZZARONE, DON SÉBASTIEN, etc.

Je maintiens également que Geraldy est une basse-taille. C'est la grande étendue de sa voix de tête qui lui permet de chanter les barytons. Les plus belles notes de sa voix de poitrine sont des cordes de basse-taille, et il donne le *fa* avec une grande facilité, tandis qu'il a de la peine à donner le *mi* en pleine voix de poitrine. Quant à Levasseur, si j'ai avancé qu'il peut chanter en voix de tête, c'est que j'en étais sûr. J'ai assisté à la classe de déclamation lyrique dirigée, au Conservatoire, par M. Levasseur. Celui-ci, obligé de donner ses intentions à des ténors et des sopranos, chante très-souvent leur partie en voix de tête, et dans le deuxième acte du PHILTRE, que MM. Diday et Pétrequin m'opposent, pendant qu'il fait ses préparatifs de départ, encore tout exalté par le duo *Je suis riche, vous êtes belle*, ne répète-t-il pas en voix de fausset le point d'orgue que fait le soprano sur les derniers mots du duo *Qu'il est laid! Qu'elle est aimable! Monsieur le sénateur?*

Hermann-Léon, de l'Opéra-Comique, emploie la voix de fausset. Rey,

---

(1) Je tiens ces détails de Barroilhet lui-même. Un jour, à la foire de Brescia, les abonnés désirant une représentation de LA NORMA, vinrent le supplier de prendre le rôle de la basse, et Barroilhet, par complaisance, chanta un rôle de Lablache.

une forte basse-taille de Toulouse qui a joué quelquefois à Paris, plaçait dans le grand air du COMTE ORY des traits, en voix de tête, très-compliqués. J'ai dit qu'il serait ridicule de faire exécuter des fioritures en voix de fausset à l'austère Marcel, à l'infernal Bertram; cela veut dire que la voix de tête convient peu à l'expression dramatique, et qu'elle est au contraire favorable à l'exécution des traits. Il semblerait, d'après la lettre du 4 avril, que MM. Pétrequin et Diday ne sont pas de mon avis; cependant il n'en est rien. Lisez ce passage (numéros 8 et 9, 1841, paragraphe 31) : « Les points d'orgue surchargés d'ornements, les interminables fioritures de la musique italienne, commandent presque instinctivement l'usage du fausset. » Cela est parfaitement vrai : cet instinct ne résulte pas, comme le pensent MM. Pétrequin et Diday, d'un épuisement moins rapide de l'air, mais bien de l'*émission facile* de ce registre, comme ils le disent très-bien au commencement du même paragraphe.

Le complément de ma réponse est au paragraphe 26 : « Elle manque (la voix de tête) de cette influence irrésistible, de cet entraînement qu'exercent les accents pleins et sonores de la voix de poitrine. » Ces messieurs vont plus loin que moi, car je n'ai parlé que des fioritures.

Ils ont voulu contredire par deux exemples ce qu'ils ont écrit en 1841; mais ces deux exemples, fort mal choisis pour prouver que les fioritures sont dramatiques, n'ont pas de valeur. Dans le passage des HUGUENOTS cité par ces messieurs, il suffit de donner le *ré* très-doucement pour rester dans la situation, fort dramatique par elle-même, et Nourrit, j'en suis sûr, ne comptait pas sur cette note pour émouvoir les spectateurs. Quant au *fa* de Rubini dans le final des PURITAINS, il avait l'avantage de se trouver au milieu d'une mélodie très-dramatique, et lorsque Rubini le donnait sur la syllabe *te* du mot *expirante*, condition très-favorable pour détacher la note et augmenter son retentissement, il excitait plutôt l'étonnement, la surprise, qu'une *terreur faisant presque taire l'enthousiasme!*

Je devais entrer dans ces détails pour expliquer ce que MM. Pétrequin et Diday entendent par le mot *inadvertance*.

Dans la lettre du 4 avril, ces messieurs abandonnent de fort bonne grâce l'argument qu'ils avaient cru trouver dans le larynx des basses-tailles; cette question n'a donc plus d'importance. Si, dans l'HYGIÈNE DU CHANTEUR, j'ai attaqué cette preuve, c'est qu'il me suffisait de l'énoncer pour la faire juger; mais je déclare que toutes les autres preuves fournies par ces messieurs ne sont pas plus satisfaisantes : c'est ce que j'aurai occasion de démontrer incessamment.

Agréez, etc.

NOTE SUR UN CAS DE FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE DROITE A SA PARTIE SUPÉRIEURE; FIÈVRE DE RÉSORPTION; AFFECTION DE POITRINE; EXTRACTION DE DEUX ESQUILLES LE DIX-SEPTIÈME JOUR APRÈS LA FRACTURE; MORT LE VINGTIÈME; en réponse à M. le professeur BLANDIN; communiquée par M. le docteur SEUTIN, président honoraire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Dans le cahier de mars de l'ABEILLE MÉDICALE, p. 66, se trouve un article intitulé : SUR L'EMPLOI DE L'APPAREIL INAMOVIBLE; par M. Blandin. Je ne me serais guère décidé à prendre la plume pour faire ressortir diverses erreurs qui n'ont plus cours en Belgique, où ma méthode de traitement des fractures est suffisamment appréciée actuellement, et je m'en serais rapporté au temps, de même que M. Blandin, pour juger notre différend scientifique; mais une question de fait a été soulevée, un exemple a été cité, dont l'histoire a toutes les proportions d'une *insigne calomnie!* Je ne doute nullement de la bonne foi de M. Blandin dans cette circonstance, et il s'empressera certainement de faire connaître la source où il a puisé ses renseignements, afin que le monde médical soit éclairé à ce sujet et puisse apprécier les moyens que l'on emploie, à défaut de bonnes raisons, pour discréditer le mode de déligation que je mets en usage avec tant de succès depuis plusieurs années.

Voici les paroles de M. Blandin : « Nous citerons à ce propos (inconvénients graves déterminés par l'application de l'appareil) l'observation d'un clown, acteur d'un théâtre de Bruxelles, qui s'était fait une fracture de cuisse en se livrant à ses exercices, chez lequel on employa immédiatement après l'accident le bandage amidonné. Il survint une gangrène très-étendue du membre, dont on fut obligé, peu après, de faire l'amputation. »

Voici maintenant l'observation telle qu'elle fut inscrite au registre de l'hôpital par M. le docteur Baugniet, alors interne au service chirurgical, avec les notes recueillies par M. le docteur Pigeolet, qui fréquentait ma clinique à cette époque.

OBS. — Brown, âgé de 23 ans, né à Londres, d'un tempérament nerveux, attaché au cirque de Loiset en qualité de clown, fit une chute en exécutant le saut du tremplin, le 5 mars 1838; il en résulta une fracture comminutive de la jambe droite, avec sortie du fragment inférieur et complication d'hémorrhagie. Avant de procéder à la réduction, on débrida sur les parties latérales du fragment inférieur et en avant, et on fit application du bandage roulé amidonné.

Le 6 au matin, treize heures après l'accident, Brown entra à l'hôpital Saint-Pierre. A la visite, il accusait à l'endroit de la fracture une légère douleur, augmentant par la contraction musculaire; il se plaignait d'une toux légère et d'un mal de gorge; il avait la face rouge et les yeux injectés; la peau était sèche et chaude, le pouls dur, accéléré et intermittent. M. Seutin prescrivit une saignée de 12 onces et la diète. Le bandage était bien confectionné, mais ne dépassait le genou que de quelques travers de doigt, et comme le mouvement donnait lieu à de la douleur, on le prolongea jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, et on plaça le membre dans une position un peu élevée. Brown passa une assez bonne journée, mais vers le soir il accusait des douleurs dans la jambe, principalement au coude-pied; M. Seutin fit l'incision longitudinale du bandage et rien n'annonçait que la compression fût trop forte et pour quelque chose dans la douleur.

Le 7, il n'avait pas dormi pendant la nuit; il accusait de la céphalalgie, du malaise et des contractions musculaires, principalement dans les membres abdominaux; la face était colorée, les yeux injectés, la peau un peu chaude, le pouls petit et intermittent (la septième pulsation manquait). On incisa le bandage en travers, au-dessus et au-dessous de la solution de continuité, jusqu'à la rencontre de l'incision longitudinale faite la veille, de manière à mettre la plaie à découvert; on la pansa au moyen d'une compresse fenêtrée, surmontée d'une pièce de carton criblée, que l'on assujettit au moyen d'une bande, également percée d'ouvertures, pour permettre l'écoulement de la suppuration. (Prescription : lavement purgatif, suivi dans la journée de trois lavements, contenant chacun 8 gouttes de laudanum de Sydenham.)

Le 8, la céphalalgie et les contractions musculaires étaient diminuées, mais le pouls conservait sa fréquence et son altération; le malade se plaignait d'une forte sensation de cuisson à la jambe. On appliqua de la glace tantôt à l'articulation du genou, tantôt à celle du pied.

Les 9, 10 et 11, une amélioration marquée se manifeste, le malade annonçait bien moins de malaise et montrait un peu de gaieté; on lui accorda un peu de bouillon, on lui permit de se tourner sur les côtés et de s'asseoir dans un fauteuil; on fit quelques injections d'eau tiède dans la plaie.

Le 12, Brown fit quelques pas dans la chambre pour se rendre de son lit au fauteuil, à l'aide de béquilles, et n'en ressentit aucune souffrance.

Le 13, la suppuration était un peu plus abondante, il y avait une légère douleur dans le membre au point malade; on fit quelques injections d'eau tiède; le patient resta au lit toute la journée dans la même position, la jambe demi-fléchie.

Le 14, suppuration plus prononcée; légère chaleur à la peau; fréquence du pouls; démangeaison au talon et à la face postérieure de la jambe. On couche le malade tantôt à droite, tantôt à gauche, afin de donner par l'inclinaison une issue plus facile à la matière, et l'on fait usage des mêmes moyens que les jours précédents.

Le 15, il accusa de l'insomnie, qu'il rapporta à la démangeaison qu'il ressentait à la face postérieure de la jambe; rien cependant n'annonçait qu'il fût moins bien que la veille; le pouls donnait 70 pulsations; il y avait moins de chaleur à la peau; la suppuration continuait à être abondante et de bonne qualité. On jugea à propos de changer ce jour-là l'appareil, fortement imprégné du produit de la suppuration, et on en avait préparé un autre, à cet effet, sur une jambe de la même dimension. A la levée du bandage, on remarqua quelques petites phlyctènes sur les parties latérales du tendon d'Achille; c'est pourquoi on l'entoura d'ouate et on plaça le membre dans le bandage nouveau, fendu longitudinalement et muni d'une espèce de soupape en regard de la plaie. Aussitôt le bandage appliqué, le malade se trouva à l'aise.

Le 16, il avait dormi toute la nuit et manifesta le désir de se lever, mais on ne jugea pas à propos de le lui permettre ce jour-là; on pratiqua plusieurs injections dans la plaie.

Les 17 et 18, son état était satisfaisant; la suppuration était très-abondante; il passa plusieurs heures dans un fauteuil. (Usage des mêmes moyens thérapeutiques.)

Le 19, il était triste, mélancolique, ce qu'on attribua au départ prochain de sa femme; la suppuration était diminuée, le pouls accéléré, la peau chaude, la langue sèche et pointue. (Diète.) Pendant la journée il accusa de la douleur à la gorge, augmentant par le mouvement de déglutition. (Cataplasme au cou.)

Le 20, le mal de gorge était diminué; le pouls conservait sa fréquence; la suppuration était peu abondante. (Diète, injections émollientes de deux en deux heures dans la plaie; coucher sur le côté droit.) Pendant la journée il fut pris d'un frisson qui dura trois quarts d'heure, et fut suivi d'une chaleur vive de tout le corps et de transpiration générale; il y avait brisement musculaire dans les membres; il fut agité toute la nuit.

Le 21, les bords de la plaie, qui avaient conservé jusque-là une couleur normale, étaient blafards; la suppuration était peu abondante et sanieuse; le ventre offrait du ballonnement et de la sensibilité à la pression; la langue était rouge à la pointe et sur ses bords, et recouverte à la base d'un enduit jaunâtre; bouche pâteuse et aride; urines foncées, peu abondantes; peau chaude et sèche; pouls petit et accéléré. (Diète, lavement émollient, dix sangsues à l'abdomen, injections d'heure en heure dans la plaie.) Le malade ressentit dans la journée de légers frissons dans le dos; le soir il eut la face rouge, les yeux injectés, la peau plus

chaude et le pouls plus accéléré; pendant la nuit se manifestèrent de fréquentes envies de vomir. (Eau gazeuse.)

Le 22, le volume du ventre était diminué, la pression n'y déterminait plus de sensibilité, mais le pouls était petit et accéléré et la toux augmentée; la respiration était plus courte et plus fréquente; la percussion de la poitrine donnait un son clair et l'auscultation faisait entendre un râle muqueux du côté gauche; il y avait de temps à autre des soubresauts de tendons. En comprimant la partie supérieure de la jambe, on s'aperçut qu'il y avait stagnation de la matière, et comme le bandage n'était pas assez serré pour chasser le pus dans la position qu'on devait donner au membre, on procéda à une nouvelle application. Après des recherches minutieuses, on enleva deux esquilles, dont l'une était tout à fait séparée et enfoncée verticalement dans les muscles, et l'autre encore en partie adhérente; on plaça ensuite un bandage plus compressif avec ouverture au niveau de la plaie. (Prescription : diète, injections d'heure en heure dans la plaie; le soir, le malade souffrait beaucoup de la jambe. (Lavement avec 8 gouttes de laudanum.)

Le 23, respiration difficile, accélérée, entrecoupée par une petite toux; point pleurétique du côté gauche, augmentant par l'inspiration et la toux; son mat à la partie postérieure et latérale du côté gauche, râle crépitant dans le même point; langue rouge sur ses bords et à son sommet, pointue; pouls petit et accéléré; peau chaude et recouverte fréquemment d'une sueur abondante; les bords de la plaie sont blafards, la suppuration peu abondante et sanieuse. (Prescription : 8 sangsues sur le côté gauche de la poitrine; coucher sur le côté droit; injections de deux en deux heures.) Le soir, respiration plus courte et plus difficile; saignée de 10 onces, dont le sang se recouvrit d'une couenne inflammatoire.

Le 24, aux symptômes de la veille se joignirent des crachats safranés, la matité du côté droit et l'absence du bruit respiratoire du côté gauche. (Prescription : 8 sangsues sur le côté droit; pendant la journée un vésicatoire sur le côté gauche.) A quatre heures de relevée, la peau se recouvre d'une sueur froide. (Application d'un vésicatoire au côté droit.) Les symptômes s'aggravèrent sans discontinuer; l'agonie survint bientôt, et le malade expira le 25, à 6 heures du matin.

Autopsie. — Poitrine. — Plusieurs petits abcès s'étaient formés dans le parenchyme pulmonaire; à gauche il existait un épanchement séroso-purulent très-abondant; il y avait hépatisation rouge du lobe inférieur des deux côtés; on voyait à gauche les adhérences d'une ancienne pleurésie.

Abdomen. — On n'y rencontra aucune trace d'inflammation.

Jambe. — Les fragments étaient parfaitement en rapport; les muscles et le tissu cellulaire environnant la plaie étaient baignés par la suppuration et présentaient la couleur qu'ils ont dans les plaies qui suppurent abondamment.

Y a-t-il, dans les circonstances de ce fait, aucun phénomène qui autorise l'allégation avancée par M. Blandin? Y rencontre-t-on une particularité qui puisse, non pas faire croire, mais seulement donner la présomption que le mode de déligation adopté, ait eu la moindre part dans la production des accidents qui survinrent? Les vésicules qui existaient près du tendon d'Achille, à la levée du premier appareil, le dixième jour après l'accident, ne sont sans doute pas d'une importance assez grande pour qu'il soit permis de penser que c'est sur ce phénomène que repose l'accusation, car elles provenaient de ce que les bandes avaient été appliquées directement sur le membre, sans garniture molle autour des saillies osseuses, lors du premier pansement; elles n'étaient pas le résultat de la compression circulaire, ni d'un arrêt de circulation dans le membre, et ressemblaient tout bonnement aux petites vésicules qui proviennent du pincement de la peau et que l'on trouve quelquefois le lendemain de la saignée, sous la compresse maintenue par la bande que l'on applique après la phlébotomie; du reste on voit, par les détails ultérieurs de l'observation, qu'aucune conséquence n'en fut la suite et qu'on ne signala aucune trace de ces phlyctènes ni à la levée de l'appareil faite un peu plus tard, ni à la nécroscopie.

Il résulte de la succession des symptômes dans ce cas de fracture compliquée, que l'esquille qui s'enfonçait dans les muscles jumeaux a joué un grand rôle et a été une des causes déterminantes principales des accidents qui se succédèrent; ce fut là la cause qui entretint dans la plaie une irritation constante, qui finit par déterminer l'absorption de la matière, comme le prouvent les collections purulentes rencontrées dans les poumons à l'autopsie, malgré le peu de prédisposition de la part de l'économie du blessé, pour la manifestation de ce phénomène si grave; les symptômes survenus pendant la vie ne la caractérisèrent même pas d'une manière absolue, et avant l'examen cadavérique, il y avait plutôt lieu d'attribuer à l'hypostase, sous l'influence d'une disposition catarrhale, une plus large part dans la détermination de l'affection pulmonaire.

Lorsqu'on avance des faits d'une telle gravité pour en faire la base de raisonnements scientifiques, on doit être bien certain de leur existence d'abord et de leur degré d'exactitude; aussi, connaissant toute la loyauté de M. Blandin, et bien certain qu'il croit tenir d'une autorité recommandable les détails qu'il a donnés, j'attends qu'il la signale, afin que le monde scientifique apprenne quel est l'homme assez pervers pour faire intervenir la calomnie dans des débats où la cause de l'humanité est mise en jeu, s'en servant dans un but qui ne peut avoir pour mobile que le plus vil égoïsme.

Dans le cours de l'article inséré dans l'Abeille, M. Blandin enveloppe d'un blâme commun ma méthode de traitement des fractures et les appareils inamovibles; mon bandage ne ressemble cependant pas plus à ceux de Larrey et de M. Velpeau, qu'aucun des autres appareils mis généralement en usage, au point de vue de la possibilité d'examiner le membre dans un temps plus ou moins rapproché de l'époque de l'application; c'était à cette circonstance surtout que je faisais allusion, lors de mon voyage à Paris, quand je dis à M. Blandin, après avoir entendu la lecture de son rapport à l'Académie, que j'étais en désaccord complet avec lui; il y avait confusion de deux choses très-distinctes, on ne voulait pas séparer l'inamovibilité de l'emploi d'une matière solidifiable; la découverte, oubliée alors, de l'inamovible de Larrey, ne pouvait pas s'incliner en présence du bandage *amovo-inamovible;* cette dénomination, qui parut apporter le sourire sur quelques visages d'académiciens, est cependant d'une grande justesse et rend parfaitement l'idée qu'elle est appelée à exprimer; *amovo-inamovible* signifie la réunion des conditions des deux méthodes opposées : inamovible tant que vous le voulez, pendant tout le traitement même, et susceptible d'être ouvert, modifié ou enlevé dès que vous en reconnaissez la nécessité, même deux heures après l'application. Il n'y a que les partisans de l'application reculée de toute espèce de bandage, abandonnant le membre aux contractions musculaires, auxquelles ils n'opposent que la position et des fomentations variées destinées à dissiper une inflammation qui n'existe que dans leur imagination; il n'y a que ceux-là, dis-je, qui pourraient s'opposer, à leur point de vue, à l'application immédiate de l'appareil amidonné, et je ne crois pas que M. Blandin soit de ce nombre, au moins les paroles suivantes me le font-elles présumer : « Avant que l'on connût les appareils inamovibles, dit-il, on appliquait les bandages ordinaires immédiatement après la fracture, et il était rare qu'il survînt des accidents; la raison en est bien simple : d'abord l'appareil ordinaire n'est pas rigide et résistant comme l'appareil amidonné; puis, comme on est obligé de le défaire de temps en temps et de le replacer, on peut graduer la compression selon les besoins et la proportion du gonflement. » Je trouve dans ces paroles plus d'appui pour ma méthode de traitement des fractures et même plus d'avantages que ne peuvent en retirer les bandages ordinaires. Les praticiens doivent bien bannir de leur esprit toute idée de compression; je n'en exerce aucune et n'ai pas besoin d'en faire usage; mon bandage est tout simplement contentif, moulé sur le membre, et par son incision je le rétrécis quand le volume du membre diminue, et mon bandage reste contentif; je ne vois aucunement pourquoi le bandage ordinaire, s'il est bien appliqué, c'est-à-dire de manière à maintenir les fragments osseux en rapport, et il est alors composé de diverses couches de bandes, d'attelles en bois ou en paille, céderait plus facilement au gonflement que le bandage amidonné, je ne trouve rien dans sa construction qui ne le place sur la même ligne sous ce rapport; quant à cet autre point : « comme on est obligé de le défaire (le bandage ordinaire) de temps en temps et de le replacer, on peut graduer la compression selon les besoins et la proportionner au gonflement; » je dois avouer que je trouve bien plus de garanties dans ma méthode, sous ce rapport, que dans la méthode ordinaire ou celle de Larrey; en effet, vous aurez affaire à une fracture compliquée, il sera survenu du gonflement, et si votre appareil n'est pas dérangé, il ne vous sera pas permis d'en avoir connaissance; ce sera seulement quand vous devrez replacer un appareil qui n'offre plus les garanties nécessaires à l'égard de la coaptation que vous aurez le loisir de graduer la compression selon les besoins et la proportion du gonflement! Mais l'appareil amidonné est bien autrement propre à rassurer contre l'éloignement des accidents que pourrait amener le gonflement du membre, dépassant les limites de la capacité du bandage : un ruban de fil posé sur le membre, immédiatement sous le bandage et le dépassant en bas et en haut, donne, par le plus ou moins de facilité de son jeu, le degré de gonflement survenu depuis l'application, et il est tout à fait propre à indiquer quand la coque amidonnée n'est plus en rapport de capacité avec l'augmentation ou la diminution de volume de la partie malade, c'est le *compressimètre;* en outre, quand on a pris soin de faire usage de bouillie d'amidon assez solide, en deux heures la dessiccation est complète, l'incision du bandage possible, de sorte que l'esprit le plus timoré possède en lui le plus sûr garant contre tous les accidents qui peuvent survenir d'un accroissement de volume du membre.

Il faut encore convenir, et tout praticien qui a vu beaucoup de fractures se ralliera à mon opinion, qu'on a fait une sorte d'épouvantail du gonflement et de l'inflammation, qui ont pris d'énormes proportions en passant par certaines imaginations : une fracture a lieu, les extrémités osseuses ont déchiré les chairs; elles les piquent tant qu'il n'y a pas réduction, un épanchement de sang s'établit, le blessé laisse pendre son membre qui est alors la partie déclive du corps, le sang artériel y afflue et le sang veineux y rencontre de l'embarras dans son cours, voilà les causes du gonflement, les causes médiates de l'inflammation. Dans un temps plus ou moins éloigné de l'époque de la fracture, le chirurgien remet les fragments en contact, place le membre dans une position convenable, par laquelle le cours du sang ar-

tériel est rendu moins facile et celui du sang veineux favorisé, pose le bandage ; certes, ce n'est plus alors, dans des circonstances entièrement opposées que survient le gonflement, et tous ceux qui ont vu beaucoup de fractures ont généralement trouvé une diminution prononcée du gonflement le lendemain de l'application de l'appareil, comme ils ont pu s'assurer que le bandage ordinaire bien confectionné ne se dérange pas, tant que le gonflement du membre existe ou augmente, mais seulement lorsque son volume diminue. De là la conséquence que le bandage ordinaire, loin d'être plus rassurant contre les effets du gonflement, ne permet pas à l'égal du bandage amidonné, mis en usage d'après les principes de ma méthode, d'apercevoir les accidents dès leur début.

Bruxelles, le 31 mars 1846.

CAS RARE DE PLAIE DÉCHIRÉE DU PÉNIS; communiqué par le docteur E. HARFELZ, à Naples.

OBS. — M. E..., doué d'un tempérament ardent et d'une vigueur prolifique rare, se ruant, dans un accès de priapisme, sur une femme et faisant un effort dont il ne peut se rendre compte, contracta une large déchirure des téguments du pénis, qui pénétrait jusqu'à la membrane fibro-celluleuse, entre laquelle et l'albuginée sont situes les vaisseaux et les nerfs qui se rendent dans les corps caverneux. La plaie est à la surface postérieure (ou inférieure) du pénis, parfaitement circulaire, et son milieu correspond au frein, de l'insertion duquel elle est éloignée de 10 lignes ; elle comprend un peu moins que la moitié de la circonférence du pénis, et mesure en longueur 16 lignes sur 4 de largeur ; les bords sont frangés ; grâce à la résistance de la membrane citée, l'hémorrhagie est nulle.

En voyant la plaie, la première idée qui se présenta tout d'abord fut de faire deux ou trois points de suture dans le but d'obtenir la guérison par première intention. C'était l'avis d'un collègue qui se trouvait par hasard chez moi. Après plus mûre délibération, je croyais cependant devoir renoncer à cette méthode d'agir par ces considérations : que, en principe général, les plaies par déchirure n'admettent qu'exceptionnellement la guérison par première intention ; qu'il était à craindre que les fortes érections qu'éprouvait habituellement M. E... chaque nuit ne donnassent lieu à la rupture des points de suture et à une inflammation consécutive qui, dans ces parties, devient si facilement érysipélateuse et peut même amener la gangrène ; qu'en dernier lieu, me rangeant à l'opinion de M. Ricord, que dans le doute tout coït doit être regardé comme suspect, cette plaie pouvait être virulente et contre-indiquait par cela même la réunion immédiate : je me décidai pour la guérison par voie de suppuration et granulation. Cependant, pour obtenir une cicatrice aussi petite que possible, je rapprochai les bords de la plaie par des bandelettes agglutinatives. Après les premières vingt-quatre heures, je trouvai le pansement encore parfaitement à sa place, et je n'y touchai pas. Mais dans la nuit suivante il y eut une forte érection, qui fit sauter toutes les bandelettes et qui aurait sans doute exercé le même effet sur des points de suture si je les avais pratiqués. Cela est inévitable parce que le frein ne permet pas aux téguments de céder à la tension, comme cela aurait lieu à la surface dorsale du pénis. Dès lors je me contentai de panser avec de la charpie anglaise, imbibée de baume de copahu, que je préfère, comme moyen de solliciter les granulations, aux onguents digestifs et aux substances semblables. La plaie resta près de trois semaines dans un état presque stationnaire ; les granulations eurent peine à se former, ce que j'attribuai à la pauvreté relative du tissu d'un côté, de l'autre aux érections nocturnes continuelles qui ne cédèrent ni à l'emploi du camphre, ni à l'ipécacuana à dose réfractée, ni au régime très-sévère uni aux laxatifs, et détruisait chaque fois en partie le travail de la nature. Enfin, après trois semaines, les granulations commencèrent à pousser plus vigoureusement, et à la fin de la cinquième elles avaient entièrement rempli la plaie. La cicatrice est tout à fait lisse et ne se distingue de la peau environnante que par sa couleur rouge. Il n'y a ni enfoncement ni bourrelet, et le coït se fait sans la moindre incommodité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE;

Publié par les docteurs ROSER et WUNDERLICH.

Le quatrième cahier de 1845 contient : 1° *De la tuberculisation ;* par le docteur Cl ess. (Troisième article. Énumération des différentes maladies qui peuvent se compliquer avec la tuberculisation ou qui l'excluent au contraire.) 2° *Sur les scrofules* ; par le docteur Griesinger. 3° *Sur la chair musculaire de l'homme et des animaux vertébrés ;* par le docteur de Bibra. 4° *D'une nouvelle variété de luxation de l'humérus ;* par le professeur de Roser. 5° *Revue de la clinique chirurgicale et d'oculistique de l'Université d'Erlangen, du 1er octobre 1844 au 30 septembre* 1845 ; par le professeur Heyfelder. (Nous en avons déjà rendu compte.)

SUR LES SCROFULES ; par le docteur GRIESINGER.

Bon nombre de praticiens sont dans l'habitude d'attribuer à une constitution scrofuleuse tous les engorgements des glandes lymphatiques, surtout de celles du cou, et d'administrer l'huile de foie de morue, l'iode, les feuilles de noyer, etc., à tous les malades qui présentent quelque augmentation de volume dans l'appareil glanduleux. Cependant, que de fois ces engorgements prétendus scrofuleux des glandes ne sont-ils pas l'effet d'une irritation locale de la partie d'où naissent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent dans les glandes tuméfiées. Ce fait est connu depuis bien longtemps ; mais aucun auteur n'y avait appelé l'attention des médecins, si ce n'est Sœmmering, et dans ces derniers temps M. Velpeau. Sur 900 individus affectés d'engorgements de glandes lymphatiques, dans plus de 730 cas (ARCHIVES, 1836, p. 12), des lésions locales telles que contusions, plaies, ulcérations, etc., de la peau, des muqueuses ou du tissu cellulaire, avaient donné lieu à la tuméfaction des glandes, qui recevaient leurs vaisseaux lymphatiques du siége de la lésion primitive. Dans les autres cas, la maladie était trop ancienne pour qu'on eût encore pu suivre les traces des premiers symptômes, ou bien elle existait chez des enfants négligés qui n'avaient point été examinés au début du mal avec tout le soin désirable, et chez lesquels on pouvait encore supposer une affection locale primitive autre que l'engorgement des glandes.

Sans doute que, pour ces sortes d'engorgements, certains organismes sont plus prédisposés que d'autres, comme il y a des prédispositions pour la pneumonie et d'autres maladies ; mais il n'est pas moins vrai qu'on les rencontre aussi très-souvent chez des individus qui n'ont pas le moindre habitus scrofuleux. M. Velpeau a vu les glandes du cou se tuméfier à la suite de l'irritation des gencives par la dentition, après des éruptions derrière les oreilles, des tumeurs au nez, des croûtes aux lèvres, des coryzas, des ophthalmies, etc. ; et M. Griesinger les a vues plus souvent encore à la suite d'irritations de la gorge et d'ulcérations à la base de la langue. Sur 1,600 à 1,800 malades qu'il traite tous les ans, il en voit à peu près 64 à 72 qui sont affectés d'engorgements glanduleux, et le plus souvent il parvient à s'assurer que les glandes malades communiquent par leurs vaisseaux lymphatiques avec des parties enflammées ou ulcérées. Dans 11 cas d'engorgements des glandes du cou dont il donne les observations avec quelques détails, il a constaté de légères érosions des follicules de la base de la langue, ou de la face interne des joues, ou du pharynx, qui n'avait fait éprouver aucune douleur ni aucune gêne dans la déglutition.

On ne devra donc jamais négliger d'explorer l'intérieur de la bouche et du pharynx dans les cas d'adénites du cou. On s'assurera s'il n'y existe pas quelque inflammation ou ulcération érythémateuse, soit traumatique, herpétique, scorbutique, syphilitique ou réellement scrofuleuse. Le traitement devra alors être réglé selon la nature de la lésion primitive. Bien souvent les tisanes amères et les autres antiscrofuleux n'ont guéri qu'en agissant localement sur le siége primitif du mal de gorge en lavant ou en détergeant les ulcères ou en les modifiant par leur action topique, et non par une métasyncrèse de toute la constitution du malade, comme on est le plus généralement disposé à l'admettre.

Cette manière d'envisager l'action des antiscrofuleux est d'autant plus probable que les expériences de Négrier (GAZ. MÉD., p. 505, 1841, et p. 353, 1844 ; ARCH. GÉN., 1841, t. XI, p. 49-61) tendent à prouver que les préparations de feuilles de noyer appliquées localement sur les parties enflammées ou ulcérées, les ophthalmies, par exemple, agissent plus efficacement que quand elles sont données à l'intérieur.

SUR LA CHAIR MUSCULAIRE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX VERTÉBRÉS ; par M. le docteur de BIBRA.

C'est une revue des plus importantes analyses chimiques qui ont été faites sur la chair musculaire depuis 1699 (Geoffroy) jusqu'à nos jours, et à laquelle M. de Bibra joint le résultat de ses propres expériences.

Les principaux ouvrages que l'auteur a consultés sont ceux de Geoffroy, Thouvenel, Berzélius, Thénard, Brande, Braconnot, Schlossberger, Schütz et Enderlin.

Si on prend la moyenne de toutes les analyses faites sur les muscles des mammifères, on trouve le plus souvent que la quantité d'eau y est contenue dans la proportion de 77 à 78 p. 100.

Les quantités de matières extractives tant alcooliques qu'aqueuses sont plus variables ; elles oscillent entre 0,15 et 2,35.

La moyenne de l'albumine est de 2,06 ; Brande la porte à 20,00 ; mais les expériences que cet auteur rapporte ne paraissent pas avoir été faites avec toute l'exactitude désirable.

La proportion de gélatine est à peu près la même que celle de l'albumine. Elle provient du tissu cellulaire interstitiel et n'y existe pas à l'état de colle soluble, mais elle se forme seulement par l'action de la cuisson prolongée

des muscles dans l'eau. Si on a soin d'enlever mécaniquement des muscles toute la graisse visible à l'œil nu, on peut toujours encore en extraire un peu (1,11 p. 100) à l'aide de l'éther. Lehmann croit, non sans raison, que les muscles perdraient de leur force si leurs interstices étaient remplies d'eau au lieu de graisse. En général, la quantité de matière grasse varie considérablement selon que les animaux ont plus ou moins d'embonpoint; il y a des muscles qui n'en contiennent que 2,28 p. 100; d'autres en renferment jusqu'à 21,83 p. 100.

La fibrine ou fibre musculaire proprement dite peut être évaluée à environ 16 p. 100; elle est manifestement plus abondante dans les vieux animaux que dans les jeunes. M. de Bibra a trouvé qu'elle était réduite à 13,82 dans les muscles d'un jeune moineau et même à 8,14 dans ceux d'une jeune buse encore couverte de son duvet. En général, la chair de jeunes animaux semble contenir plus d'eau que celle d'animaux adultes ou âgés. Schlossberger n'a trouvé en tout que 16,6 p. 100 de matière solide quelconque dans les muscles d'un petit caneton récemment éclos.

Les muscles des oiseaux contiennent moins d'eau que ceux des mammifères.

L'albumine paraît être dans la même proportion dans les oiseaux que dans les mammifères; s'il y avait une différence ce serait plutôt en plus pour les oiseaux.

Les matières extractives sont constamment plus abondantes dans les muscles des mammifères que dans ceux des oiseaux.

La chair des reptiles et des poissons n'a encore été que très-rarement analysée. Schlossberger et de Bibra y ont trouvé moins de fibre musculaire et sensiblement plus d'eau (80 p. 100) dans les muscles d'alligators, grenouilles, couleuvres, ciprins, etc. Une seule fois Schlossberger a trouvé une quantité très-abondante de fibrine (17,18 p. 100) dans la chair d'un barbeau.

L'albumine des poissons coagule plus vite par la chaleur que celle des mammifères. La fibre musculaire, séparée de tous les autres éléments du muscle par la macération et convenablement desséchée au bain-marie, se présente sous forme d'une masse jaune, translucide, facilement réductible en poudre et devenant électro-positive par la pulvérisation. Les parcelles de fibre s'attachent aux verres frottés et possèdent toutes les propriétés chimiques et microscopiques de la fibrine qu'on extrait du sang. Parmi les sels qui entrent dans la composition de la fibre musculaire, on trouve surtout le phosphate de chaux et le phosphate d'alumine comme les plus abondants.

On sait que Mulder a donné le nom de *protéine* aux diverses matières albumineuses, telles que fibrine, caséine, albumine et globuline qui entrent dans la composition des matières organiques; cette protéine offre l'aspect d'une masse jaune pâle, facile à pulvériser, attirant l'humidité de l'air à la température ordinaire et pouvant de nouveau être complétement desséchée à la température de 80° Réaumur; elle est insoluble dans l'éther et les huiles, se gonfle dans l'eau et se couvre alors de taches grises. Elle est soluble dans l'acide acétique étendu; l'acide hydrochlorique la colore en bleu et l'acide nitrique en jaune. La protéine pure se laisse brûler sans donner le moindre résidu de cendre.

Il n'en est pas de même de la chair musculaire qui, outre la protéine, contient encore d'autres éléments organiques; elle fournit par la combustion encore 3,14 jusqu'à 7,46 p. 100 de cendre.

L'analyse de ces cendres donne en moyenne :

Muriate de soude	15,45
Sulfate de soude	4,33
Phosphates alcalins	66,22
Phosphate terreux (chaux alumine)	12,80
Oxyde de fer	1,20
Silice	traces
	100,00

On a toujours trouvé de la fibre dans les cendres des estomacs d'oiseaux lors même qu'avant de les brûler on a eu soin de bien les laver et de nettoyer leur membrane interne avec des brosses.

La quantité de matière colorante contenue dans les muscles n'a pas été appréciée; elle s'unit toujours à l'albumine. Quand on fait coaguler celle-ci, elle paraît provenir du sang contenu dans les vaisseaux capillaires qui sillonnent les muscles. Cependant Henle observe avec raison que dans les oiseaux il y a des muscles de couleur différente sans qu'il y ait de différence appréciable dans la distribution des vaisseaux capillaires, et qu'il faut donc admettre pour le tissu musculaire une matière colorante propre.

M. de Bibra termine son travail par l'analyse de quelques produits pathologiques, dont il compare la composition chimique avec celle des muscles. Il a trouvé dans une tumeur fibreuse de la joue :

Protéine	18,3
Albumine soluble	1,0
Gélatine	3,7
Matière extractive	2,5
Graisse	3,1
Eau	71,4
	100,0

et dans 100 parties de cette tumeur desséchée, 7,99 de cendre composée de

Muriate de soude	1,4
Sulfate de soude	4,2
Phosphate alcalin avec un peu d'acide carbonique	71,8
Phosphates terreux	22,0
	100,0

Dans un cancer de la lèvre :

Protéine	9,00
Albumine soluble	1,30
Gélatine	0,83
Matière colorante	1,25
Graisse	2,70
Eau	84,92
	100,00

et dans 100 parties de cette tumeur desséchée, 8,09 de cendre composée de

Muriate de soude	10,13
Sulfate de soude	2,04
Phosphate alcalin avec acide carbonique	63,83
Phosphates terreux et fer	24,00
	100,00

Dans un fongus médullaire de l'œil :

Protéine et albumine soluble, ensemble	11,221
Gélatine et chondrine	3,990
Matières extractives	3,350
Graisse	6,683
Eau	74,756
	100,000

Dans 100 parties de ce fongus desséché, 4,20 de cendre contenant :

Muriate de soude	8,0
Sulfate alcalin	12,2
Carbonate de soude	4,4
Phosphate de soude	35,4
Phosphate terreux	21,9
Oxyde de fer	18,1
	100,00

Dans trois tumeurs graisseuses, il y avait :

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
Graisse	79,938	78,32	75,72
Membrane	2,553	3,54	6,06
Eau	17,509	18,14	18,22
	100,000	100,00	100,00

100 parties de la première tumeur ont donné 0,10 de cendre composée de

Muriate de soude	22,8
Phosphate alcalin	28,2
Phosphates terreux	42,0
Oxyde de fer	3,0
Silice	4,0
	100,0

SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE LUXATION DE L'HUMÉRUS; par le professeur ROSER, à Tubingue.

Sur un cadavre destiné aux dissections et démonstrations d'anatomie chirurgicale à l'Université de Tubingue, M. Roser a rencontré, à l'épaule gauche, une luxation qui jusqu'à présent n'a encore été décrite par aucun auteur. La tête de l'humérus déplacée se trouvait *au-devant du court chef du biceps*. Le muscle sous-scapulaire était rompu et complétement détaché de la petite tubérosité de l'humérus, et la tête de cet os soulevait l'extrémité scapulaire du petit pectoral.

Tandis que, dans les luxations ordinaires de l'épaule, l'extrémité supérieure de l'humérus s'appuie immédiatement sur le bord externe de l'omoplate, elle en est séparée ici par le biceps et le coraco-brachial, dont les

tendons, au lieu de longer la face antérieure de l'humérus, passent derrière lui.

Un examen attentif donne les résultats suivants :

Le membre luxé se trouve dans l'abduction, légèrement tourné en dehors, la tête de l'humérus touchant le bord inférieur de l'apophyse coracoïde. Il y a des adhérences intimes entre les muscles de l'épaule et les appareils ligamenteux de l'articulation. Le plexus brachial est entouré d'un tissu cellulaire très-dense, et quelques petits vaisseaux de la région scapulaire sont réduits, par leur oblitération, à l'état de cordons. Le muscle sous-scapulaire, détaché de la petite tubérosité de l'humérus, se termine en une masse renflée qui s'appuie sur le col de l'omoplate et entoure le nerf musculo-cutané. La tête de l'humérus, logée dans une capsule de nouvelle formation au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde, est encore assez mobile; elle est coiffée par le petit pectoral très-adhérent à la capsule. Celle-ci est en partie lisse, en partie rugueuse, inégale et ossifiée sur quelques points. Le doigt, introduit dans sa cavité, touche en haut et en dehors une surface raboteuse d'un os usé dans une certaine étendue. C'est l'apophyse coracoïde d'où descendent dans la paroi postérieure de cette nouvelle capsule, et confondus avec la paroi elle-même, les tendons du coraco-brachial et court chef du biceps. Le long chef de ce dernier est entièrement sorti de sa gouttière; il décrit une courbe autour de la tête de l'humérus déplacée, et ne peut pas être suivi par la dissection jusqu'à son attache à l'acromion, parce qu'il se confond avec la masse fibreuse inodulaire qui couvre l'ancienne cavité articulaire, et adhère à ses ligaments ainsi qu'aux tendons des muscles petit-rond et sous-épineux. La cavité glénoïde est entièrement effacée ou remplie par du tissu fibreux; à peine en reconnaît-on encore les traces par deux petites dépressions cellulaires.

Le cadavre sur lequel on a trouvé cette luxation provenait d'un homme qui, sept ans auparavant, avait fait une chute en portant une lourde charge sur un terrain montueux. Les premières tentatives de réduction furent faites par des bûcherons, accourus au secours du blessé immédiatement après l'accident, et n'eurent aucun succès. Il en fut de même de celles de plusieurs hommes de l'art auxquels on s'adressa les jours suivants. Des tractions violentes ont été exercées, plusieurs méthodes furent essayées, entre autres celle de La Mothe, et chaque fois qu'on croyait avoir fait rentrer la tête de l'os déplacé, on trouva que la luxation n'était pas réduite. Elle resta non réduite, et le blessé apprit plus tard à se servir encore assez bien de son bras. Il put piocher la terre, battre à la grange, mais non s'habiller avec le bras gauche. Dans les doigts, il éprouvait souvent des douleurs et une sensation d'engourdissement.

M. Roser s'est assuré que cette variété de luxation pouvait facilement être imitée sur le cadavre, et qu'il suffisait pour la produire de couper le tendon du muscle sous-scapulaire, de faire sortir le long chef du biceps de sa gouttière de l'humérus, et de déprimer ensuite la tête de cet os en bas. Mais alors, se demande M. Roser, quel pouvait avoir été l'obstacle à la réduction de l'os? Il ne croit pas que ce fussent les contractions musculaires, mais bien l'*interposition du court chef du biceps entre la tête de l'humérus et la cavité glénoïde*. Il cite à l'appui de cette opinion d'autres exemples d'interpositions semblables de parties molles entre des surfaces articulaires (voy. même journal, vol. II, p. 210, et vol. III, p. 185, et un passage de FERGUSSON PRATICAL SURGERY).

Pour réduire cette espèce de luxation, il faut se conduire comme pour toutes les autres réductions, c'est-à-dire faire décrire à l'os qui doit rentrer le même chemin qu'il a suivi en sortant de sa cavité, et comme il est probable que lors de la luxation il a subi une violente torsion en dehors, il faut, lors de la réduction, lui imprimer une forte torsion en dehors pour contourner ainsi, ou bien déplacer, par ce mouvement, les parties molles interposées.

II. MEDICINISCHE ANNALEN;

Publié par les professeurs PUCHELT, CHELIUS et NÆGELE.

Le troisième cahier du onzième volume contient : 1° *De la constitution médicale de Fulda pendant le deuxième semestre de* 1842; par le docteur Schneider. 2° *Sur la médecine physiologique.* (Suite.) 3° *Description d'une épidémie de variole qui a régné à Heidelberg en* 1843 *et* 1844; par le docteur Hoefle. 4° *De l'histoire, de la confection, de l'application et de l'appréciation des bandages inamovibles dans les fractures*; par le docteur Ritter. (Historique assez complet des appareils inamovibles. Point de faits nouveaux.)

DE LA CONSTITUTION MÉDICALE DE FULDA PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1842; par le docteur SCHNEIDER.

Après avoir rapporté les conditions météorologiques et les maladies régnantes de chaque mois, l'auteur donne quelques observations isolées à l'occasion desquelles il fait une longue dissertation hypothétique sur la cause et la nature contagieuse de la fièvre typhoïde, qu'il attribue à des infusoires parasites; puis il énumère les différentes opinions émises sur les céphalæmatomes, etc. Nous ne mentionnerons que les points suivants, d'un intérêt plus pratique.

MALADIES CUTANÉES. — En parlant d'un malade affecté d'une éruption au scrotum qui avait causé un prurit très-douloureux appelée par Eisenmann *lichen verus*, M. Schneider passe en revue les opinions de plusieurs auteurs, principalement allemands, qui regardent les éruptions cutanées comme des végétations parasites, et contre lesquelles ils n'emploient que des traitements locaux.

MORT APPARENTE. — On doit une mention particulière à 3 cas de mort apparente chez des nouveau-nés qui furent rappelés à la vie par des douches froides données par immersion. Les enfants, qui ne donnaient plus le moindre signe de vie, et sur lesquels on avait vainement employé l'insufflation pulmonaire et d'autres moyens indiqués, furent plongés brusquement dans un bain froid, puis séchés avec de la flanelle pour être replongés dans l'eau froide. A chaque immersion, la peau rougit et les battements de cœur devinrent sensibles. Chez un de ces enfants, les mouvements respiratoires ne furent aperçus qu'au bout d'une heure; après la deuxième heure, la peau était rouge et l'enfant respira cinq fois par minute. Un bain chaud ralentit encore la respiration, tandis que le bain froid l'accéléra peu à peu. Celle-ci monta à 8,10, et enfin arriva à 20 au bout de trois heures. Après quelques jours, l'enfant se rétablit complétement et jouit encore aujourd'hui d'une bonne santé.

DYSSENTERIE. — Les cas de dyssenterie, très-fréquents en octobre, cédèrent presque tous aux poudres suivantes : acétate de morphine, 1 grain; éléorach. de cascarille, 1/2 once à diviser en 24 parties. S. une poudre toutes les heures ou deux heures. Boissons mucilagineuses. Si la maladie se prolongeait, on donnait avec avantage une décoction de racine d'arnica avec l'extrait de cascarille et du laudanum.

ÉPILEPSIE. — Une fille traitée par plusieurs médecins, chez laquelle l'épilepsie devint de plus en plus grave, guérit sous l'influence des pilules suivantes administrées pendant trois mois : nitrate d'argent pur, 10 grains; extrait de gentiane rouge; suc de réglisse, de chacun 1 gros et demi; opium pur, 4 grains, à faire des pilules d'un grain. S. à prendre trois fois par jour, deux plus tard et enfin quatre pilules.

EMPOISONNEMENT PAR L'HUILE DE VITRIOL. — Un homme avala par mégarde une forte gorgée de vitriol; près de suffoquer, il laissa tomber la bouteille, sauta la bouche ouverte et fumante dans un étang, se gorgea d'eau et fut ainsi sauvé.

DESCRIPTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE QUI A RÉGNÉ A HEIDELBERG EN 1843 ET 1844; par le docteur HOEFLE.

L'épidémie se déclara au mois de février 1843, et le premier cas observé fut celui d'une servante âgée de 24 ans, vaccinée dans son enfance, mais non revaccinée; elle mourut au bout de trois jours; dans la même maison tombèrent malades en même temps un jeune homme de 18 ans, qui n'avait eu qu'une fièvre de quatre jours, et une fille de 22 ans, sur laquelle se fit une légère éruption de varioloïde : tous deux, vaccinés dans leur enfance, n'avaient pas été revaccinés. Un barbier de 22 ans, qui fréquentait la maison, eut la variole; et deux enfants dont la mère passait les journées dans la maison des malades eurent la variole. L'épidémie se propagea bientôt dans la ville sans qu'on ait pu toujours suivre les traces de la contagion. Immédiatement on vaccina tous ceux qui ne portèrent pas des traces d'une première vaccination et l'on recommanda la revaccination. Pendant toute l'épidémie, il n'y eut que 4 enfants de 1 à 10 ans qui furent atteints de la variole, et chez un de ces 4, la vaccination fut douteuse. La revaccination paraissait plus préservatrice que la vaccination; car, de *tous les individus atteints, aucun n'avait été revacciné auparavant*, tandis que les vaccinations faites avec le plus de succès n'avaient point garanti de variole très-intense les sujets âgés de plus de 10 ans.

Parmi les individus non vaccinés et qui furent atteints de la variole, une fille avait déjà eu la vraie variole.

L'épidémie dura jusqu'en septembre; pourtant quelques cas isolés, principalement sur des étrangers, furent encore observés plus tard.

Parmi les malades de l'hôpital, 31 furent atteints de la variole, dont 4 succombèrent.

La plus forte proportion de variole a été observée à l'hôpital sur des individus soumis à un traitement antiphlogistique (8 sur 58), tandis que les phthisiques, au nombre de 18, parurent exempts de la variole. Celle-ci ne fut observée que chez un tailleur de pierre, chez lequel encore la phthisie était douteuse. Chez une femme qui a succombé à la variole, l'on a trouvé des traces de tubercules cicatrisés au sommet des poumons. Des 125 galeux qui ont la portion de nourriture entière, un seul fut atteint de la variole.

Depuis qu'on a établi un service hors de la ville pour les malades af-

fectés de variole, cette maladie ne s'est plus propagée parmi la population.

Sur les 80 malades de variole (39 hommes et 41 femmes, dont 6 ont succombé, il y avait :

4	entre	1 à	10 ans.
15	—	10	20
36	—	20	30
19	—	30	40
6	—	40	50
80			

Il en résulte que la prédisposition à la contagion est la moins forte entre 1 et 10 ans, à cause de la revaccination récemment faite, et qu'elle est la plus forte entre 20 et 30 ans, à cause de l'épuisement de la vertu préservatrice de la vaccine.

L'urine, examinée avec le plus grand soin chez 22 malades, a donné le résultat suivant :

1° La quantité et la couleur de l'urine étaient toujours en rapport avec la quantité et la qualité de la nourriture et de la boisson ;

2° L'odeur caractéristique de la transpiration des malades affectés de la variole n'a pas été retrouvée dans l'urine ; par contre, chez deux malades, l'urine a répandu l'odeur de l'hydrogène sulfuré, dont la présence fut aussi chimiquement constatée ;

3° L'urine fraîche était toujours acide ; une seule fois alcaline dans un cas de variole putride ;

4° Les nuages et les dépôts étaient formés seulement par l'acide urique, ou de l'urate d'ammoniaque avec des fragments d'épithéliums, jamais de pus ni d'autres corps ;

5° L'albumine fut trouvée dans 8 cas, à différentes périodes de la maladie.

Le pus des pustules de la variole, de la varioloïde et de la vaccine, examiné sous le microscope, a toujours présenté les mêmes caractères que tout autre pus pris dans un abcès, dans un ulcère, etc.

Des vaccinations et des revaccinations furent faites pendant l'épidémie : à la fin de 1842, il restait, dans la ville de Heidelberg, dont la population est de 16,500 âmes, 167 personnes non vaccinées (80 hommes et 87 femmes) ; en 1843, il y eut 318 nouveau-nés, ensemble 485, sur lesquels on vaccina 266 avec succès, 1 avec succès douteux et 4 sans succès ; des autres 224 qui ne furent pas vaccinés, une partie mourut, une autre quitta la ville avant l'époque de la vaccination, et une troisième fut remise à la vaccination de l'année suivante.

Sur 1,158 (493 hommes et 665 femmes) revaccinés, 657 avaient de 2 à 20 ans, et 501 plus de 20 ans ; le résultat a été bon chez 284, douteux chez 433, nul chez 362, inconnu chez 79.

Toutes les vaccinations et revaccinations furent pratiquées de bras à bras, le huitième jour, avec de la lymphe prise sur des enfants vaccinés pour la première fois. On ne s'est jamais servi de la lymphe d'individus revaccinés, leurs pustules n'ont jamais été aussi pleines que dans le cas de vaccination. La fièvre a été rarement observée entre le sixième et le septième jour.

Il y a, entre la marche de la vaccine chez des individus non vaccinés et celle des individus vaccinés antérieurement, la même analogie qu'entre la marche de la variole chez des individus qui n'ont pas eu la variole et celle des individus qui ont eu la variole antérieurement, c'est-à-dire que la vaccination d'individus déjà vaccinés donne une vaccine modifiée (pustules de revaccination), et que la variole dont sont atteintes les personnes qui avaient déjà eu cette maladie une première fois est aussi une maladie modifiée (varioloïde).

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 AVRIL.

DOUBLE MOUVEMENT D'EXPANSION ET D'AFFAISSEMENT DES ORGANES SOUS L'INFLUENCE DE LA CIRCULATION.

M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire présente, au nom de M. Piégu, une note sur les doubles mouvements observés aux membres, et comparés aux doubles mouvements du cerveau.

Des expériences, exécutées dans toutes les conditions de précision et d'exactitude, démontrent que les membres sont soumis à un mouvement d'expansion et d'affaissement double, entièrement semblable au mouvement à deux temps que l'on connaît au cerveau. Les mouvements des membres se font aussi en deux temps.

Premier temps : expansion. L'expansion des membres, de même que celle du cerveau, est plus prononcée pendant la systole ventriculaire ; elle est surtout exagérée pendant l'expiration.

Deuxième temps : affaissement. L'affaissement qui suit, parfaitement marqué durant le repos des ventricules, devient de la plus complète évidence sous l'influence de l'inspiration.

Chaque temps des mouvements se compose à son tour de deux degrés.

Premier degré : degré faible. Expansion petite coïncidant avec les battements du pouls ; expansion ventriculaire.

Deuxième degré : degré fort. Expansion large : elle a lieu pendant l'expiration ; expansion expiratoire.

L'affaissement se remarque dans les autres temps de la respiration et de la circulation. Il est à deux degrés comme l'expansion.

Premier degré : affaissement faible. Il concorde avec le temps de repos des ventricules.

Deuxième degré : affaissement le plus caractérisé. Il coïncide avec l'inspiration.

Les mouvements des membres offrent donc avec les mouvements du cerveau la plus parfaite ressemblance ; ils concordent aussi parfaitement avec les mouvements observés dans les canaux sanguins artériels et veineux. Cette dernière concordance présente surtout de l'intérêt en ce sens que plus un membre ou une portion de membre contient proportionnellement de parties molles, plus il présente manifestement le mouvement d'expansion double ; et comme la proportion des parties molles d'un membre se montre toujours dans un rapport constant avec la richesse du réseau capillaire, on trouve que plus les parties molles sont fournies de vaisseaux, et plus les mouvements d'expansion prennent d'évidence.

EMPLOI D'UN COMPOSÉ DE CHLORE, D'IODE ET DE MERCURE CONTRE LES SCROFULES.

M. Rochard adresse un travail intitulé : Essai d'un nouveau composé de chlore, d'iode et de mercure dans le traitement des affections scrofuleuses. L'auteur rapporte un assez grand nombre d'observations, dont les résultats lui ont semblé prouver que ce composé, que M. Boutigni a fait connaître et désigné sous le nom de *iodhydrargirite de chlorure mercureux*, agit avec efficacité contre les affections scrofuleuses les plus graves ainsi que les maladies cutanées invétérées. Il dit que c'est après avoir obtenu des guérisons rapides dans des cas de psoriasis, de lichen, d'eczéma chronique, d'herpès, de macules, etc., qu'il a eu l'idée d'en étendre l'emploi au traitement des scrofules. Il cite entre autres des cas de guérison relatifs à des tumeurs blanches avec carie, conduits fistuleux ; à des ganglions volumineux, nombreux, indurés ou ulcérés ; à des ophthalmies chroniques graves, compliquées de kératite ulcéreuse ; à des lupus ulcéreux, des goîtres ; enfin à de vastes abcès scrofuleux, à la suite d'un traitement antisyphilitique. Dans ces divers cas l'action du médicament a été prompte et constante, quoique s'adressant à des formes variées de maladie. C'est à l'extérieur, sous forme de pommade, que M. Rochard a employé ce médicament.

CONSERVATION ET DÉSINFECTION PAR LE SULFITE DE SOUDE.

M. Adolphe Bobierre revendique la priorité sur M. Sucquet de l'emploi du sulfite de soude comme moyen de désinfection et de conservation des cadavres. Il a eu recours, dans le milieu de 1844, à ce moyen, dont il a annoncé les propriétés antiputrides dans un mémoire publié en 1845 sur de nouveaux procédés de conservation ; seulement comme ses procédés, basés sur l'injection, ont principalement pour but la pratique des embaumements sous le point de vue de la médecine légale (sa méthode dispensant de l'emploi des sels métalliques), comme, d'un autre côté, il voulait éviter l'action corrosive de l'acide sulfurique produit par l'oxygénation du sulfite en contact avec les tissus, il n'employait et n'emploie le sulfite de soude que comme complément de son procédé ordinaire qui, du reste, est tout différent, quant au but, de celui de M. Sucquet.

M. Bobierre ajoute que ses procédés de conservation par immersion peuvent faire espérer une grande économie aux établissements qui emploient l'alcool pour la conservation des pièces, un mélange de 25 parties d'esprit de bois et 75 parties d'eau convenant parfaitement pour remplacer cet agent préservatif.

INFLUENCE DU SOL SUR L'ACTION DES POISONS SUR LES PLANTES.

M. Bouchardat adresse un travail relatif à l'influence du sol sur l'action des poisons sur les plantes, où il démontre que la nature du sol a une influence considérable sur l'action des substances toxiques et autres sur les plantes. La résistance à l'action délétère est d'autant plus grande que la terre est de meilleure qualité.

Les expériences que rapporte M. Bouchardat prouvent que la bonne terre est utile aux plantes, non-seulement parce qu'elle leur fournit des matériaux utiles, mais encore parce que dans de certaines limites elle s'oppose à l'absorption des principes nuisibles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Malgaigne adresse une lettre dans laquelle il expose un manuel opératoire nouveau pour l'amputation de la jambe.

M. Chevallier (à l'occasion du procès-verbal) se plaint que le Bulletin de l'Académie ne reproduise point fidèlement le procès-verbal lu dans les séances. Il ne pense pas qu'il doive y avoir deux procès-verbaux, l'un officiel, adopté par l'Académie, et l'autre qui échapperait en quelque sorte à tout contrôle, et qui serait mutilé, altéré au gré des membres du comité de rédaction. Il demande for-

mellement qu'à l'avenir le BULLETIN donne d'une manière fidèle et complète les procès-verbaux des séances.

M. BOUSQUET : Lorsque le conseil académique a fondé le BULLETIN, il a pris l'engagement d'y reproduire fidèlement tout ce qui serait produit dans les séances avec un caractère scientifique. M. Chevallier fait allusion à un fait qui s'est passé il y a quelque temps dans le sein de l'Académie, fait d'un caractère extra-scientifique, et que les rédacteurs du BULLETIN ont cru convenable de n'y point faire figurer.

M. ROCHOUX appuie la proposition de M. Chevallier.

Cette proposition est renvoyée au conseil.

BANDAGES HERNIAIRES EN CAOUTCHOUC ARTIFICIEL.

M. LAUGIER lit, en son nom et celui de MM. Gimelle et Lecanu, un rapport sur des bandages herniaires en caoutchouc artificiel, soumis à l'examen de l'Académie par M. Barral. Ces bandages, dont la pelotte offre une grande souplesse, même après un long usage, ont paru au rapporteur pouvoir être employés avec avantage. Il propose en conséquence d'adresser des remerciments à l'auteur.

M. VELPEAU : L'Académie a vu bien des fois combien les questions de cette nature sont délicates. De quelque manière qu'on s'y prenne pour faire de semblables rapports, et quelque réserve qu'on y mette, les intéressés trouvent toujours le moyen de les faire tourner au profit de leur spéculation, et cela au grand dommage de la dignité de l'Académie. Je voudrais donc qu'on prît le parti à l'avenir de ne point faire de rapports sur des objets de cette nature.

M. ROUX : Je ferai remarquer à cette occasion que, depuis qu'on a substitué l'emploi des huiles siccatives au véritable caoutchouc dans la confection des bandages et des instruments de chirurgie, on n'a eu que de fort mauvais instruments. Je crains qu'en approuvant ce nouveau bandage on n'autorise en quelque sorte l'extension de l'abus que l'on fait déjà des huiles siccatives dans la confection des bandages et appareils.

M. CHEVALLIER : M. Roux est dans l'erreur ; on n'a jamais, à aucune époque, fait des instruments en véritable caoutchouc ; on s'est toujours servi de l'huile de lin cuite.

M. ROUX : Ce n'est pas à la légère que j'ai avancé ce que je viens de dire. J'ai parfaitement le souvenir que Féburier s'est servi longtemps de véritable caoutchouc pour faire les sondes.

M. BOULLAY : Je crois pouvoir assurer que ni M. Féburier, ni aucun autre fabricant d'instruments, n'ont jamais employé la gomme élastique. Si les instruments d'alors étaient meilleurs que ceux d'aujourd'hui, c'est qu'ils étaient faits avec plus de soin ; mais ils étaient composés des mêmes substances.

M. LOISELEUR DE LONGCHAMPS : Je me sers depuis huit ans de sondes faites d'huile siccative, et je puis affirmer qu'elles sont très-bonnes.

M. ROUX : Elles peuvent être bonnes quand il ne s'agit que de les introduire deux ou trois fois par jour pour faire uriner ; mais pour rester à demeure, je le conteste.

M. LAUGIER : J'ai prévu les objections qui me seraient faites ; cependant je n'ai pas cru que cela dût nous dispenser de faire un rapport qui nous était demandé. Il s'agit de dire si le bandage soumis à l'examen de l'Académie est ou non apte à remplir l'objet auquel il est destiné ; je l'ai expérimenté, j'en ai obtenu de bons effets, j'ai reconnu que la pelotte conservait sa souplesse alors même qu'elle commençait à s'user, qu'elle ne se durcissait pas comme dans la plupart des autres bandages ; j'ai dû le dire. Quant aux conclusions, je ne crois pas qu'on y trouve aucune expression dont on puisse abuser, je me borne à demander qu'on adresse des remerciments à l'auteur.

M. VELPEAU : J'approuverais les termes du rapport s'il y avait dans ce bandage un perfectionnement sur les autres ; mais je n'y en vois aucun. Tous les bandages qui ont été soumis à l'Académie ont été trouvés toujours meilleurs que les précédents, et en définitive l'expérience a fini par démontrer toujours qu'il n'en était rien. Dans huit jours, dans un mois, six mois, un an, en viendra un autre qui sera trouvé encore meilleur que celui-ci, et de perfectionnements en perfectionnements, nous en sommes toujours au même point.

MM. COLLINEAU, ROCHOUX, LONDE et GIRARDIN ajoutent quelques mots sur la convenance ou les inconvénients de ces sortes de rapports.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

ATRÉSIES DE L'IRIS.

M. ROBERT lit un travail sur les atrésies de l'iris. Il examine les diverses méthodes de traitement employées contre cette affection, et expose une nouvelle méthode qui consiste à rétablir le passage des rayons lumineux, soit par une pupille artificielle, soit par le rétablissement de la pupille naturelle.

(Commissaires : MM. Roux, Laugier et Bérard.)

TRAITEMENT DES PALPITATIONS DU COEUR.

M. PIORRY lit un rapport sur un mémoire relatif aux palpitations du cœur, par un médecin de Paris dont il croit devoir taire le nom.

L'idée dominante de ce travail est que toutes les palpitations du cœur sont produites par une phlegmasie de cet organe ; l'auteur propose en conséquence, comme moyens à opposer aux palpitations, les saignées répétées, la diète, en un mot le traitement de Valsalva.

M. le rapporteur combat cette manière de voir, qui est entièrement contradictoire aux faits, et il propose pour conclusion le renvoi du mémoire aux archives.

M. DESPORTES : L'auteur s'est-il nommé ? (Oui.) En ce cas, pourquoi le taire ? On peut ne pas partager les idées d'un auteur, les combattre même comme l'a fait M. le rapporteur, sans taire pour cela son nom.

M. PIORRY : Puisqu'on désire le connaître, l'auteur est M. Théodore Guibert.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

BLESSURE DE LA RATE DANS LA PARACENTHÈSE.—PÉRITONITE HÉMORRHAGIQUE.

M. PIORRY lit un second rapport favorable sur deux observations communiquées à l'Académie par un médecin de Dijon dont il ignore le nom.

La première observation a trait à un cas d'engorgement de la rate avec fièvre d'accès et hydropéritonie, traité par la ponction. La ponction fut pratiquée par un élève qui, n'ayant pas pris la précaution d'explorer convenablement l'abdomen, fit pénétrer le trocart dans la rate. Le malade ayant succombé plus tard à une autre affection, l'autopsie fit reconnaître que la rate avait été perforée, que les intestins étaient distendus par des gaz, et que le péritoine n'était point enflammé, bien qu'il y eût eu de très-vives douleurs pendant la vie.

La deuxième observation est relative à un cas d'inflammation hémorrhagique du péritoine, dans lequel, en opposition avec le cas précédent, il n'avait pas existé de douleurs dans les parois du ventre.

M. le rapporteur signale, à l'occasion de ces deux faits, les avantages de la plessimétrie et les erreurs nombreuses et graves où l'on peut tomber en négligeant l'usage de ce moyen d'exploration. M. Piorry constate en particulier l'insuffisance des moyens de détermination indiqués dans les ouvrages de chirurgie pour fixer le point où l'on doit pratiquer la paracentèse.

M. Piorry propose pour conclusions l'insertion par extraits du mémoire dans le BULLETIN.

M. ROUX : C'est à tort, je crois, que M. Piorry reproche aux chirurgiens de négliger les moyens d'exploration nécessaires pour fixer le point d'élection de la ponction ; il n'est pas de chirurgien, au contraire, qui n'apporte le plus grand soin à ce genre d'exploration.

M. HONORÉ : Je demanderai à M. Piorry si une hydropéritonite étant donnée, avec une grande sensibilité du ventre, il n'y aurait pas de l'inconvénient à percuter, à déprimer les parois abdominales et à retourner le malade dans tous les sens pour une semblable exploration.

M. PIORRY : Voilà justement où conduit le vice du langage en médecine ; j'ai parlé de l'*hydropéritonie* et non pas de l'*hydropéritonite*. Sans doute je suis d'accord avec M. Honoré sur l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à déprimer fortement les parois abdominales dans les cas d'une excessive sensibilité ; mais j'ajouterai cependant que cet inconvénient n'est pas aussi grand qu'il le pense, et qu'on peut l'éviter aisément si l'on percute bien et avec toutes les précautions que j'ai indiquées.

M. VELPEAU : Je me joins à ce que vient de dire M. Roux pour justifier les chirurgiens du reproche qui leur a été adressé. Si quelqu'un met en pratique les préceptes de M. Piorry, ce sont précisément les chirurgiens. Avant même que notre honorable confrère eût tant insisté sur les moyens d'exploration des organes, les chirurgiens se livraient à cette exploration avec le plus grand soin, et M. Piorry doit bien penser qu'ils ne la négligent pas davantage depuis qu'il en a si bien fait connaître les avantages.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ILÉUS INTERMITTENT.

M. PIORRY lit un troisième rapport sur un mémoire de M. Bouillon-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, relatif à un cas d'iléus intermittent guéri par le sulfate de quinine. M. Piorry signale l'impropriété de cette dénomination et la confusion qui en résulte dans l'appréciation des causes diverses qui peuvent donner lieu aux symptômes désignés sous ce nom. Il pense que dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agissait d'un rétrécissement intestinal ou d'une *entéro-sténosie*, et que les accidents intermittents étaient produits par des mouvements musculaires convulsifs partiels des intestins qui empêchaient momentanément le cours des matières ; il s'explique par cette théorie les bons effets du sulfate de quinine. M. Piorry émet à cette occasion, sur les paralysies et les contractures partielles des intestins, quelques idées qu'il se propose de développer plus tard devant l'Académie.

Il propose pour conclusion le renvoi du mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'ANATOMIE HUMAINE, OU DESCRIPTION MÉTHODIQUE DE TOUTES LES PARTIES DU CORPS HUMAIN, CONSIDÉRÉES DANS LEURS CARACTÈRES GÉNÉRAUX (ANATOMIE GÉNÉRALE) ET DANS LES CARACTÈRES PARTICULIERS A CHACUNE D'ELLES (ANATOMIE DESCRIPTIVE) ; AVEC NOTES CONCERNANT LA SYNONYMIE, L'ÉTYMOLOGIE, L'HISTORIQUE, LES VARIÉTÉS ET ANOMALIES, L'ANATOMIE COMPARATIVE, LA PATHOLOGIE, LES EXPÉRIENCES, OBSERVATIONS, HYPOTHÈSES, OPINIONS DIVERSES, etc. ; par M. J.-B.-F. FROMENT. — Première partie : NÉVROLOGIE. — 2 vol. in-8°. Paris, 1846 ; chez Méquignon-Marvis fils, libraire-éditeur, 3, rue de l'École-de-Médecine.

On ne cultive guère aujourd'hui l'anatomie pour elle-même et sans arrière-pensée scientifique. Notre époque, qui dans tout voit le résultat et le

produit net, ne recommencerait pas volontiers les patientes recherches de détail par lesquelles se sont illustrés à l'origine de ce siècle tant de travailleurs infatigables. L'anatomie jadis était un but: elle est devenue un moyen. Les découvertes récentes témoignent assez de ce changement. On approfondit la structure d'un organe, c'est afin de pénétrer le mystère de sa fonction. On s'attache à mieux signaler dans une région les connexions d'organe à organe; c'est en vue d'y perfectionner le manuel d'une opération. On s'élève par l'analyse chimique ou par le secours du microscope, à la perception des lois premières de composition; c'est parce qu'on a espéré trouver ainsi l'explication et la nature d'un état morbide jusqu'ici rebelle à nos théories. Histologie, zoologie, anatomie topographique, anatomie descriptive même, toutes les branches d'une science autrefois de spéculation sont devenues des instruments de la science médicale proprement dite, c'est-à-dire de celle dont l'art de guérir est la fin suprême. Par là s'explique la large part que les questions de pathologie, de physiologie ont prise dans les traités les plus modernes et les plus estimés, ceux de MM. Cruveilhier, Blandin, Pétrequin, etc. Par un juste retour, les études anatomiques prennent partout leur place comme base des meilleures descriptions de maladies, de même qu'en tête de tout ouvrage consacré à l'explication des phénomènes de la vie. M. Longet avait déjà montré, par un excellent exemple, que le physiologiste ne saurait marcher s'il ne s'appuie sur l'anatomie. Aujourd'hui, après Valentin, M. Froment vient justifier d'une manière non moins heureuse la thèse inverse, en publiant ce qu'on peut très-légitimement appeler une anatomie physiologique.

M. Froment annonce un TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE HUMAINE. La *névrologie*, seule partie qui ait paru jusqu'ici, est bien faite pour donner une idée avantageuse de l'ouvrage, si du moins les autres sections doivent ressembler à celle-ci, et s'il n'y a pas à craindre que l'auteur n'ait choisi pour son entrée dans la carrière la branche qu'il avait le plus soigneusement cultivée. Ce doute, après tout, empressons-nous de le déclarer, ne saurait trouver dans aucune circonstance relative soit à l'auteur soit au livre le moindre fondement légitime; aussi l'avons-nous manifesté, moins à titre de fâcheux présage pour la suite que comme témoignage de l'entière satisfaction que nous a causée la lecture de ces deux premiers volumes. Espérons que l'auteur saura rester fidèle à l'engagement que lui impose un aussi brillant début, et, sans nous préoccuper davantage de l'avenir, tâchons de montrer comment il a pu parvenir à se montrer écrivain original sur un sujet approfondi déjà par de si habiles scalpels, fouillé par tant de plumes célèbres.

Le caractère distinctif de cet ouvrage est sans doute d'abord la quantité énorme de choses qu'il contient; mais il ne ressort pas moins de la manière dont elles y sont distribuées. Le même livre présente deux traités différents, l'un renfermant l'acquis de la science, l'autre ce qu'elle est actuellement en travail d'acquérir: dans le premier tout est simple, clair, positif; il s'adresse à ceux qui veulent seulement un *memento* d'anatomie normale; dans l'autre, l'hypothèse reparaît, les noms propres usurpent souvent la place des faits, la discussion s'étale dans ses plus libres allures; c'est là que la partie militante des travailleurs scientifiques ira chercher des matériaux pour de nouvelles recherches, des sujets pour ses monographies inaugurales, ou des textes à la polémique. Ce plan se trouvait déjà en germe dans le traité de M. Broc; mais par la manière dont cet écrivain l'avait mis à exécution, le bénéfice de la méthode disparaissait trop fréquemment sous les redites inévitables qui en devenaient la conséquence. En reprenant cette idée d'études anatomiques *à deux degrés*, M. Froment a su éviter l'écueil des répétitions. Voici comment il procède: Chaque description est divisée en deux parties, l'une principale, l'autre pour ainsi dire complémentaire: la première, ainsi que nous l'avons dit, comprend ce qui est positif, généralement admis; la seconde, imprimée en petit texte, accompagne chaque chapitre sous forme de notes dont la colletion constitue un article à part: celui-ci se compose des détails de l'historique, de la synonymie, de l'étymologie, des variétés, anomalies, monstruosités, de l'anatomie comparative, de la pathologie, des opinions diverses, hypothèses, discussions, expériences, observations, etc. — Pour faciliter au lecteur la suite des idées, un numéro est mis en tête de chaque note, et ce numéro, rappelé autant de fois qu'il est nécessaire dans le texte de la première partie, sert à établir la correspondance entre la proposition dogmatique qu'on trouve dans cette partie et les développements spéculatifs qui lui sont ajoutés dans la seconde. On peut ainsi à son gré, ou lire sans interruption la description puis les notes en entier, ou bien, suivant un ordre plus fatigant peut-être mais plus instructif, aller après chaque paragraphe de la première partie consulter les détails annotés qui le commentent et l'expliquent. L'un et l'autre procédé, nous l'avons éprouvé par nous-même, peuvent être mis en pratique sans difficulté et avec autant d'intérêt que de fruit. Ce sera au lecteur à se décider pour l'un d'eux, d'après son degré d'instruction ou selon ses besoins du moment. — Chacune des notes étant relative à la fois à plusieurs organes différents ou à plusieurs parties de la description d'un même organe, celui qui voudra lire l'ouvrage avec profit doit être bien prévenu qu'il n'aura l'histoire complète d'un organe quelconque qu'à la condition de tenir compte non-seulement de tous les caractères qu'il partage en commun avec d'autres organes, mais encore de tous les détails que comprennent les diverses notes qui se rattachent aux divers points de sa description.

L'ordre que M. Froment a adopté pour l'énumération des différentes propriétés qu'offrent les parties de l'organisme humain est le plus simple et le plus naturel, celui, comme il le fait remarquer, qu'on choisit instinctivement dans la vie ordinaire quand on veut examiner un corps qui frappe nos regards pour la première fois. Ainsi il étudie d'abord la conformation extérieure, puis la composition intime. Après cette conception première bornée aux caractères objectifs, il s'élève aux notions d'origine et de développement ainsi que de changements selon les âges; viennent ensuite les rapports. Enfin, après quelques conseils sur le meilleur mode de découvrir, de *préparer* anatomiquement l'organe, on aborde le point culminant de son histoire, sa destination physiologique. Cette distribution n'a rien de nouveau, mais elle contribue puissamment à la clarté, et l'auteur a sans doute plus utilement servi les intérêts de ses lecteurs en imitant sous ce rapport ses devanciers qu'en cherchant laborieusement à innover sur un sujet où il suffit pour réussir de se laisser guider par la nature.

On n'aura pas besoin d'aller au delà des premières pages pour reconnaître avec quelle scrupuleuse et infatigable vigilance l'auteur a rempli toutes les conditions d'un programme aussi sévère. Anatomie descriptive, anatomie de structure, expériences, observations pathologiques, faits tératologiques, tout a été recueilli, compulsé, vérifié, analysé avec un soin dont nous nous plaisons à signaler l'encourageant présage pour les parties subséquentes de ce traité. Quant à l'anatomie proprement dite, il a pris pour type la disposition organique que de persévérantes dissections, poursuivies depuis quinze ans, lui ont révélée; sans méconnaître le poids que l'opinion différente d'hommes consciencieux doit toujours avoir dans la solution des cas litigieux, sa propre expérience lui a du moins permis de n'ajouter qu'une foi réservée à ce *critérium* dont il est si commun d'abuser; et son avis, qu'il n'impose jamais, est toujours là pour servir de frein aux entraînements qu'un écrivain purement compilateur subit et propage avec une si dangereuse facilité.

Parmi les points de vue qui nous ont paru envisagés dans ce livre d'une manière particulièrement remarquable, nous mentionnerons surtout celui des *rapports* ou connexions des organes entre eux. A la sèche et fastidieuse énumération qui, dans tous les traités classiques, constitue le style en quelque sorte officiel de cette partie de l'anatomie, M. Froment a heureusement subsitué une peinture, aussi vive et animée que le comportait la matière, du trajet ou de la situation de l'organe relativement aux objets qu'il avoisine ou qu'il traverse. Nos écrivains ordinaires croient avoir beaucoup fait quand, à l'occasion de chaque face d'un nerf, par exemple, ils ont successivement nommé, de haut en bas et de bas en haut, tous les organes qui lui sont adjacents. Mais avec une telle méthode, il est aisé de le prouver, on n'a rempli que la moitié de son but. Qu'importe, en effet, d'avoir été exact et complet, si le lecteur n'a pu vous suivre jusqu'au bout? Que sert à l'élève que le tableau présente une ressemblance achevée si ses yeux, éblouis des efforts qu'il lui a fallu pour la constater, s'en détachent harassés avant d'avoir pu la graver dans leur mémoire? On lira avec intérêt, dans ce nouveau traité, des indications de rapport rédigées dans une tout autre vue; mais l'on reconnaîtra aussi avec plaisir que les précautions visibles à chaque instant, prises par l'auteur contre l'aridité, n'ont point assuré la clarté aux dépens de l'exactitude anatomique. Les chapitres consacrés à exposer la marche si tortueuse de certains cordons nerveux, tels que les paires crâniennes, le pneumo-gastrique, etc., offriront les exemples les plus propres à faire connaître et ressortir la supériorité réelle de sa méthode sur ce point.

Après avoir, dans un premier chapitre, indiqué d'une manière générale les caractères principaux et communs du système nerveux, l'auteur passe à la description particulière des organes qui composent ce grand appareil, et qu'il divise, selon l'ordre le plus ordinairement suivi, en *centre nerveux* et en *nerfs*. Ces derniers prêtent eux-mêmes à une subdivision identique; ils sont donc considérés successivement d'un point de vue d'ensemble dans leurs classes diverses, puis ensuite sous un rapport plus précis, chacun isolément dans ses caractères spéciaux. — Relativement à la nomenclature, M. Froment a introduit dans le langage consacré à cette partie de l'anatomie une petite réforme qui, sans inconvénient aucun, simplifiera la description et en facilitera beaucoup l'intelligence. Dans les régions si surchargées d'objets qui constituent les surfaces et les ventricules du cerveau, un grand nombre de dénominations que la tradition nous a transmises ne pèchent pas moins par excès de longueur que par l'arbitraire qui a présidé à leur origine. De ces deux défauts, le dernier risque parfois de choquer l'esprit, mais le premier le fatigue et le rebute à chaque instant; c'était donc par lui qu'il convenait de commencer la correction. Ainsi l'élève répète

aujourd'hui avec résignation : *voûte à trois piliers, cloison transparente, corne d'Ammon, ergot de Morand, aqueduc de Sylvius*. Tout en conservant religieusement le *mot* principal, trop anciennement adopté pour qu'on eût pu sans péril tenter de le changer, M. Froment est cependant parvenu à son but d'une manière si simple, qu'il la croit à l'abri de toute objection. Laissons-le expliquer lui-même sur ce point sa pensée : « Au lieu de dire *voûte à trois piliers* du cerveau, *cloison transparente* du cerveau, *corne d'Ammon* du cerveau, *ergot de Morand* du cerveau, *aqueduc de Sylvius* de la protubérance, nous avons dit : *voûte, cloison, corne, ergot* du cerveau, *aqueduc* de la protubérance. Par ces modifications bien simples à toute la glossologie anatomique, avec tant d'autres réformes possibles et faciles qui se trouvaient indispensables, nous pensons avoir obtenu beaucoup en clarté et en précision ; car si l'on réfléchit bien aux causes diverses, grandes et petites, d'encombrement des avenues de la science, on sentira la valeur des précautions même les plus élémentaires, comme celles que nous avons prises encore de ne jamais désigner la même partie sous deux noms différents, de n'employer que les mêmes termes pour les parties identiques, de déterminer rigoureusement la valeur de nos expressions, etc. Le soin de faire comprendre par le nom seul et sans équivoque l'organe dont il s'agit, ou la partie ou division d'organe ainsi que la dépendance dans laquelle celle-ci se trouve relativement à l'organe, est d'une utilité surtout évidente pour les ramifications presque innombrables des arbres nerveux et vasculaire, parmi lesquelles plusieurs de ces divisions avaient des noms semblables ; mais les divisions des organes nerveux et vasculaire ne sont pas les seules dont les dénominations dussent être préservées du défaut de l'homonymie ; ainsi parmi les os plusieurs apophyses, parmi les viscères certaines parties, bien plus, des organes entiers étaient homonymes... » Ce court extrait suffit pour faire juger et des intentions de l'auteur, et du zèle éclairé qu'il a déployé pour les mettre à exécution partout où la chose était possible.

L'étendue du cadre que M. Froment s'est donné, et le soin qu'il a mis à en écarter tout fait étranger au sujet, assurent à son œuvre le cachet qu'il a eu surtout à cœur de lui imposer, celui d'un traité à la fois *élémentaire* et *complet*, *méthodique* et *pratique*, d'un livre *classique* à la hauteur de l'état actuel de la science. Ce qui frappe d'abord à la lecture, c'est l'immense quantité de détails que l'auteur a su rattacher à chaque organe : aucune partie n'est tronquée ; aucun chapitre de généralités n'est là pour dispenser ensuite de quelques descriptions spéciales. Au consciencieux travail qui a mûri ces pages écrites devant la nature elle-même, on reconnaît sans peine la main de l'un de ces enfants de l'école de Paris, si dignes de lutter contre l'école allemande elle-même pour tout ce qui est fidélité de représentation et vérité de coloris. « Et cependant, dit-il, malgré l'étendue en apparence considérable de notre travail, nous prétendons avoir écrit aussi brièvement et succinctement que possible. Si ce que nous disons touchant les divers organes dépasse d'une manière absolue l'étendue des descriptions faites avant les nôtres, c'est que nous n'avons pas décrit seulement ce qui l'a été par les anatomistes ; la raison qui nous a conduit au delà des limites gardées jusqu'ici se trouve donc uniquement dans le plus grand nombre de faits anatomiques qui font le sujet de notre texte. Transiger avec cette raison nous paraît impossible... »

Le livre de M. Froment est donc bien en réalité un traité complet dans le sens qu'il vient de préciser lui-même, puisque aucun détail de quelque importance ne s'y trouve omis, et que chaque filet nerveux, chaque accident de la configuration cérébrale, chaque repli de membrane y fait le sujet d'une description particulière. On y pourrait cependant signaler une lacune ; c'est l'absence ou du moins l'éclipse trop fréquente de l'esprit de discussion et de contrôle. L'auteur rapporte toutes les opinions ; mais, la plupart du temps, il se borne au rôle de rapporteur et évite ou néglige de prendre directement un parti dans les questions encore litigieuses. Or, si cette abnégation de soi-même va bien à un anatomiste, qui effectivement a plus souvent à peindre qu'à juger, il n'en est plus de même dans les problèmes de physiologie ; car il n'y a pas de science qui offre, plus que celle-ci, de points controversables et controversés. M. Froment reproduit dans son livre tous les avis de quelques poids en la matière ; il cite tous les physiologistes originaux, et non content d'analyser leurs vues, insère *in extenso* de longs extraits de leurs travaux. Mais, il nous permettra de le lui faire observer, ce n'est là avoir rempli qu'à moitié les devoirs que sa position lui imposait. Rien de mieux sans doute, quand on donne l'hospitalité, que de ne pas interrompre ses conviés ; mais l'office d'un maître de maison ne se borne pas à laisser parler sans ordre, ni limites. Il doit aussi, et cela dans l'intérêt de tous, diriger la conversation, régler le tour de parole, donner à propos carrière à un contradicteur, résumer entre-temps lui-même la discussion, opposer au dogmatiseur trop confiant un sceptique qui le fasse rentrer dans le champ de l'observation..... Telle est aussi la mission d'un écrivain qui prétend faire la science d'après des documents empruntés : sans ces qualités, il pourra amasser d'utiles matériaux, mais l'honneur d'avoir dit le dernier mot sera pour un autre que lui. — Nous venons de mettre en relief l'objection que, en l'atténuant, on pourrait adresser à plusieurs parties du traité de M. Froment. Si nous l'avons, du reste, exprimée avec quelque insistance, c'est moins pour incriminer un livre qui se recommande par tant d'autres mérites solides que pour nous justifier nous-mêmes d'avoir renoncé, dans le cours de cette analyse, à donner une idée des doctrines scientifiques et des vues originales de l'auteur. Sous ce rapport, il n'a pas tout à fait dépendu de nous de choisir une autre forme, de donner un caractère plus substantiel à notre compte rendu.

Nous aurions une seconde observation à énoncer sur un point à peu près semblable. Dans ce livre, avons-nous dit, le texte donne un précis clair et succinct de ce qui est généralement admis, et les notes complètent ensuite l'histoire de l'organe sous les divers rapports qui intéressent plus particulièrement le savant ami des explications, des théories, des recherches historiques, des applications à la pathologie, etc. Il n'y a donc ni répétition, ni double emploi à signaler ici, et les deux parties ont chacune leur utilité aussi incontestable qu'elle est distincte. Mais dépendait-il de l'auteur d'échapper entièrement au piége qu'une pareille distribution de matériaux ouvrait sans cesse devant lui ? Pouvait-il toujours résister à la tentation de se montrer ici trop affirmatif, là trop érudit, afin de relever l'une par l'autre ces deux sections, et de refléter, par cet artifice, alternativement de celle-ci à celle-là, l'espèce particulière d'éclat qu'il tenait à donner à chacune ? De bonne foi, on ne pouvait l'espérer : aussi n'avons-nous point été surpris de rencontrer souvent quelque chose de trop absolu, de trop positif dans le texte, dans les notes, une exubérance de noms propres, une masse de citations, une profusion de faits d'observation, une richesse de détails qui parfois va presque jusqu'à menacer de la confusion.... Nous n'en avons point été surpris ; mais c'était toutefois notre devoir de signaler cet écueil, afin que M. Froment, averti, l'évite à l'avenir s'il est possible, ou du moins tâche de s'en tenir à plus grande distance.

Il est enfin un dernier grief que, toujours dans le même but, nous avons spécialement à cœur d'exposer avant de finir. M. Froment, disions-nous en commençant, a su heureusement se soustraire à l'aridité ordinaire du langage anatomique. C'était là un éloge ; mais voici que notre conscience de critique nous ordonne de tempérer cet éloge par un blâme, et, ce qui augmente notre embarras, par un blâme portant justement sur le même sujet. C'est qu'il y a des bornes aux meilleures choses, et que le *ne quid nimis* de Phèdre s'applique avec une inflexible logique même aux réformes les plus rationnelles. Je me rappelle avoir entendu l'un de nos plus brillants écrivains raconter que, dans sa jeunesse, et lorsqu'il étudiait l'ostéologie, choqué de cette méthode nauséabonde qui présente en autant de paragraphes, une face, un bord, une extrémité, et sur chaque face, sur chaque bord, des objets à énumérer, de haut en bas et d'avant en arrière......., il entreprit de révolutionner la langue anatomique, de changer ce catalogue glacial en une narration capable de captiver l'attention et même de séduire l'oreille. L'essai fut fait ; mais dès les premières pages, l'objet à décrire était devenu méconnaissable même pour l'écrivain, et la terminologie classique par face et angles reprit désormais ses imprescriptibles droits sur notre réformateur à son tour réformé. — L'exemple ne serait pas de tout point applicable à M. Froment : il fera bien néanmoins de le prendre en considération, et de se rappeler que les longues périodes, les inversions, les transitions artificiellement créées entre des objets essentiellement distincts ne peuvent, en anatomie, suffire à la réputation littéraire d'un écrivain, et qu'elles l'exposeraient en revanche à voir son livre figurer plus souvent sur le bureau de l'homme du monde que dans l'amphithéâtre anatomique.

En somme, et nonobstant ces légers reproches, le livre dont nous avons le commencement sous les yeux montre un travail vaste et patient auquel n'ont manqué ni la persévérance du prosecteur habile, ni les méditations du philosophe pratique, ni les investigations intrépides du bibliographe cherchant à retrouver son bien dans tous les siècles et sous tous les idiomes. Si cette œuvre se complète un jour, elle sera l'un des plus dignes monuments des tendances sévères de la science contemporaine. Sous ce rapport, tous nos lecteurs joindront sans doute leurs encouragements aux félicitations que nous donnons si volontiers à l'auteur pour son heureux début.

— **MONOGRAPHIE DE LA PHLEGMASIA ALBA DOLENS** ; par le docteur C. DEONSART. — In-8° de 95 pages. — Paris, 1846. J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ce mémoire fut naguère l'occasion d'une discussion à l'Académie de médecine. L'auteur y professe que la maladie appelée *phlegmatia* est un genre morbide comprenant plusieurs espèces, qui toutes reconnaissent pour point de départ une inflammation des veines. Pour lui « la *phlegmatia* n'est autre chose » qu'une phlébite plus ou moins étendue, » et la maladie de ce nom qu'on observe chez les femmes en couches n'est qu'une espèce du genre, dont d'autres espèces s'observent aussi chez l'homme.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

REVUE SANITAIRE DU TRIMESTRE DE JANVIER 1846.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre article du 14 février dernier, nous nous proposons, dans nos revues sanitaires, de suivre le mouvement de la santé publique à Paris. Nous ferons, autant que possible, concourir à cette étude et les hôpitaux et la pratique civile. Cependant la pratique civile ne pouvant nous offrir qu'un champ d'observation nécessairement restreint, et n'étant susceptible, au point de vue numérique (si important ici) que de données approximatives, nous continuerons, comme nous l'avons fait précédemment, à prendre pour base de nos appréciations le mouvement sanitaire des hôpitaux, tant d'après nos observations particulières que d'après les relevés officiels de l'administration. Les *contributions* de la pratique civile, pour employer une locution anglaise, ne seront présentées que comme moyen de contrôle ou comme éléments de comparaison. Peut-être, sous ce dernier rapport, un tel rapprochement fournira-t-il quelque utile remarque à la science ou à la pratique.

Nous allons exposer aujourd'hui les *éléments étiologiques* de la question, c'est-à-dire les conditions générales qui peuvent faire varier le mouvement de la santé publique, réservant pour un prochain article l'étude des maladies sous le triple rapport de leur forme, de leur fréquence et de leur gravité.

Au point de vue où nous sommes forcément placé, et en l'absence de toute autre influence notoire, les conditions étiologiques se réduisent pour nous à l'état de l'atmosphère. Or, dans l'état de l'atmosphère, nous avons à considérer les *qualités manifestes de l'air*, d'abord en elles-mêmes, puis dans leurs *variations* plus au moins brusques.

Le tableau suivant, dressé d'après les tables de l'observatoire, exprime pour chacun des trois mois qui viennent de s'écouler : 1° la hauteur *moyenne* du baromètre et du thermomètre à différentes heures du jour et pour le mois entier; 2° la quantité *moyenne* de pluie tombée dans la cour ou sur la terrasse de l'observatoire ; 3° la fréquence relative des vents qui ont régné dans le trimestre.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU TRIMESTRE DE JANVIER 1846, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné, classés d'après leur ordre de fréquence. (Observés à midi.
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. exterieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse.	fois. fois. fois. fois.
Janvier.	755,90	+ 4,8	755,69	+ 6,4	755,48	+ 6,8	755,71	+ 5,1	+ 5,2	7,720	7,040	S. 20. O. 6. E. 4, N. 1.
Février	758,65	+ 5,7	758,47	+ 8,8	758,08	+ 9,2	758,72	+ 6,2	+ 6,6	2,020	1,520	O. 11. S. 9. E. 4. N. 4.
Mars.	754,88	+ 7,7	754,57	+ 10,0	754,02	+ 10,7	754,41	+ 6,5	+ 7,7	5,327	4,713	S. 13. O. 11. N. 7. E. 0.

Dans le second tableau, exprimant les *variations météorologiques*, on trouvera : 1° les oscillations barométriques et thermométriques brusques *survenues d'un jour à l'autre*, et assez prononcées pour être mentionnées : telles sont celles qui atteignent au moins 6 millimètres pour le baromètre et 4 degrés pour le thermomètre ; 2° les *minima* et les *maxima* des variations survenues, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20 et du 20 à la fin du mois.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES (1).

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heur.s du matin.					
	Jours.	Élévat	Abais	Jours.	Élévat	Abais	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm		°	°	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Janvier.	Du 1 au 2	9		Du 3 au 4		5												
	Du 2 au 3	8		Du 16 au 17	4													
	Du 3 au 4		7	Du 17 au 18		6												
	Du 7 au 8	6		Du 18 au 19	9													
	Du 11 au 12		7	Du 21 au 22	5													
	Du 12 au 13		8				753,63	775,17	745,02	767,39	743,00	761,00	— 3,3	+ 8,0	— 1,4	+ 7,0	+ 7,6	+12,6
	Du 13 au 14		6															
	Du 14 au 15	7																
	Du 18 au 19		8															
	Du 25 au 26		7															
	Du 29 au 30	7																

(1) Les fractions trop minimes sont négligées.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Vicissitudes du rapport sur la peste. — Diagnostic d'un commissaire de police. — Règlement des hôpitaux relatif aux femmes en mal d'enfant. — La congélation comme moyen de perpétuer la vie. — Guérison de la phthisie pulmonaire. — Usage alimentaire de l'huile d'olive par la méthode endermique. — Chocolat de carême. — La Bible et les vendeurs de remèdes secrets. — Triste dénoûment. — L'habit neuf de Jean Raymond.

Décidément, le rapport sur la peste paraît mis lui-même en quarantaine. En vain, chaque mardi, avec une scrupuleuse ponctualité, la GAZETTE MÉDICALE vient-elle prendre amicalement sa place entre le JOURNAL DE CHIRURGIE et la GAZETTE DES HÔPITAUX, prête à recueillir les fameuses *conclusions pratiques* ; chaque mardi, nouveau désappointement. Ce sont un jour de profondes considérations sur les cartons-cataplasmes, une autre fois des aperçus délicats sur les corsets ; mais de peste, point. M. Rochoux, en mal d'un discours depuis tantôt six semaines, obligé de retenir son produit tout prêt à s'échapper, est livré aux plus terribles perplexités. Il a beau interpeller le président, le rapporteur, les commissaires, personne ne peut venir à son aide, et nous ne serions pas étonné que la chose prît son cours naturel avant l'heure marquée pour l'ouverture de la discussion.

Quelques personnes ont cru voir dans ce retard le résultat d'un calcul. La convocation officielle du conseil supérieur de santé, au moment où l'Académie semblait sur le point d'émettre une opinion catégorique, a paru de mauvais augure. On y a vu l'intention d'en faire un contre-poids à cette opinion prévue de l'Académie, et d'établir ainsi un système de bascule éminemment propre à communiquer à l'opinion des chambres d'heureuses et profitables oscillations. Tous ces on-dit ont pour eux le grand avantage de concorder assez bien avec les faits tels que tout le monde peut les voir. On se rappelle avec quelle ardeur a été embrassée, au sein de l'Académie et dans le corps médical tout entier, cette grande question des quarantaines. A la salle de la rue de Poitiers, les banquettes immortelles et les banquettes vulgaires se remplissaient de bonne heure. L'intrépide rapporteur soumettait son larynx aux plus rudes épreuves avec un dévouement magnanime. Il semblait qu'on n'arriverait jamais assez tôt pour satisfaire l'impatience du ministre qui, comme Louis XIV, *avait failli attendre*. Puis tout à coup cette formidable catapulte en un volume, dressée contre le système actuel des lazarets, se détraque : les servants de la machine se dispersent ; l'un part pour le Mans, l'autre déménage, un troisième a la migraine ; que sais-je ! un quatrième aura avalé de travers, un cinquième... etc. On ne se fait pas idée des gros obstacles qui se dressent tout à coup devant la commission. Le rappor-

Mois.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élevat	Abais.	Jours.	Élevat	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
		mm	mm		°	°	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
							mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Février.	Du 1 au 2		8	Du 5 au 6		4												
	Du 2 au 3	10,5		Du 8 au 9		5												
				Du 10 au 11		4	748,99	762,60	756,67	764,15	751,43	763,30	— 0,5	+ 9,8	— 4,4	+ 6,6	+ 1,8	+13,0
				Du 11 au 12	5													
				Du 25 au 26		4,5												
Mars.	Du 3 au 4		13	Du 3 au 4	5,5													
	Du 9 au 10	6,5		Du 4 au 5		4												
	Du 16 au 17		9	Du 21 au 22	4,5													
	Du 21 au 22		8,5	Du 24 au 25	4													
	Du 26 au 27	6,5		Du 25 au 26		4	748,50	767,69	744,64	771,45	742,43	761,58	+ 5,3	+13,5	+ 3,3	+10,5	+ 4,3	+12,0
	Du 27 au 28		10	Du 27 au 28	4,5													
	Du 28 au 29	7																
	Du 29 au 30	9																
	Du 30 au 31		11															

Deux faits principaux ressortent de ces deux tableaux : le premier est la précocité de la belle saison. La moyenne de la *température* en janvier est de plus de + 5°, et la chaleur va croissant du commencement à la fin du mois, tellement que si l'on cherche la moyenne thermométrique pour chaque période de dix jours, d'après les relevés du milieu de la journée (trois heures du soir), on trouve, pour la première période, + 2,9 ; pour la seconde, + 5,9 ; pour la troisième, + 11,3. Le mouvement ascendant de la température moyenne se continue en février et mars, où elle est de + 6°,6 et + 7°,7. Prise par périodes décennales, elle ne descend pas au-dessous de + 7,7 et monte jusqu'à + 14,6 pour le premier mois ; et pour le second mois, elle se maintient de + 10,3 à + 11,5. En rapprochant ces données de celles qui sont fournies par les tables météorologiques de 1845 (Gaz. Méd., 1846, n° 8), on verra que le premier trimestre de cette année l'emporte notablement par l'élévation de la température sur le trimestre correspondant de l'année précédente. — La *pression atmosphérique* s'est également maintenue, en moyenne, un peu plus élevée qu'en 1845 à la même époque. Le mois de février est celui où elle a atteint son plus haut degré ; vient ensuite le mois de janvier, puis le mois de mars. L'année dernière, le chiffre le plus élevé se présentait en mars et s'abaissait successivement en février et en janvier. — Relativement à la *quantité de pluie*, on remarquera que si elle a été assez considérable en janvier et en mars, elle a été presque nulle en février, en sorte que ce mois se trouve avoir présenté tout à la fois, en moyenne, la température la plus élevée, la plus haute pression atmosphérique et la moindre quantité de pluie. — Enfin, le *vent* qui a prédominé d'une manière remarquable dans ce trimestre est le vent du sud. Sur 90 jours, il a soufflé plus ou moins directement 42 fois. Après lui, par ordre de fréquence, viennent les vents d'ouest, de nord et d'est. Notons encore que le vent du sud s'offre en première ligne dans les mois de janvier et de mars, tandis que c'est le vent d'ouest en février.

Le second fait à signaler est le peu d'amplitude des oscillations météorologiques brusques. En *janvier*, les oscillations ne dépassent pas dans le sens de l'élévation 9^{mm} pour le baromètre et 9 degrés pour le thermomètre ; dans le sens de l'abaissement, 8^{mm} pour le premier et 6 degrés pour le second. En *février*, le calme est plus marqué encore : les oscillations barométriques ne dépassent que deux fois 6 millimètres. Du 1er au 2, le mercure s'abaisse de 8^{mm}, et du 2 au 3, il s'élève de 10^{mm},5. Dans tout le reste du mois, pas un seul soubresaut qui mérite d'être noté. De même, les variations thermométriques sont rares et peu prononcées ; elles ne vont jamais au delà de 5°. Le mois de *mars* offre des variations plus nombreuses, mais toujours contenues à peu près dans les mêmes limites, tant pour le baromètre que pour le thermomètre.

Tous ces résultats diffèrent notablement de ceux fournis par l'année 1845 où, dans les mois de janvier, février et mars, les oscillations barométriques étaient parfois de 14, 19, 21, 26 millimètres, et les oscillations thermométriques de 8, 9, 10 degrés.

Nous ne voulons pas dire, il importe de le remarquer, que le baromètre et le thermomètre n'aient pas offert entre leur *minimum* et leur *maximum* autant de distance que dans le trimestre correspondant de l'année précédente. La différence à cet égard entre les deux années est insignifiante. Mais d'une part, et c'est là un fait des plus importants, l'espace intermédiaire entre les deux points extrêmes a presque toujours été parcouru, cette année, avec une lenteur uniforme ; la colonne montait ou descendait de 1° ou 2° par jour, de manière à atteindre sans soubresaut le terme de sa course. D'autre part, les variations les plus brusques ont eu lieu le plus souvent, surtout pour le thermomètre, de bas en haut ; et l'on comprend tout de suite combien, sous le rapport de l'intensité comme du mode, l'influence des variations météorologiques sur l'organisme doit différer suivant qu'elles amènent une augmentation ou une diminution de la température et de la pression atmosphériques.

En résumé, le premier trimestre de 1845 a été remarquable : 1° par une élévation insolite de la température ; 2° par un degré de pression atmosphérique assez considérable ; 3° par la petite quantité de pluie tombée ; 4° par la prédominance des vents du sud et de l'ouest ; 5° par la rareté des grandes et subites perturbations de l'atmosphère. Ces diverses conditions

teur est là, un pied suspendu, ne sachant trop que dire, mais sachant très-bien, dit-on, que penser.

On ne peut nier que tous ces symptômes ne soient passablement inquiétants. Si la question des quarantaines est destinée à la même odyssée que celle de l'organisation de la médecine, et pour peu que le ministre de l'agriculture et du commerce soit jaloux du nombre de commissions médicales instituées par son collègue de l'instruction publique, nous ne sommes pas au bout. Tout ce que nous pouvons faire en ce moment est de prier pour le prompt rétablissement des commissaires malades, et d'engager à plus d'activité la femme de ménage du commissaire en déménagement.

— Quand un cas d'aliénation vient à se déclarer dans un hôpital, le malade ne peut être renvoyé du service sans que son état mental ait été constaté par un commissaire de police. Or dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, une folle était

. . . . je dis folle à lier,

qui troublait la salle de ses cris et menaçait la sûreté de ses voisines. Le commissaire arrive : « Eh bonjour, mon enfant. Vous êtes folle ? — Moi, monsieur, du tout ! ce sont ces gueux, ces misérables, ces brigands qui prétendent que je suis folle, parce qu'ils en veulent à mon bien et ne demandent qu'à me voir enfermer. —Ainsi, vous avez bien votre raison ?—Si je l'ai ! ce sont ces gueux, ces misérables, ces brigands qui prétendent....... — Assez, assez, » dit le commissaire. Puis, se tournant vers l'assistance : « Vous voyez bien que cette femme n'est pas folle ; je ne le lui fais pas dire ! » Et il refuse son *exeat*. Le lendemain, sur les instances de M. Louis, nouvelle visite du commissaire, nouveau refus. Ce ne fut qu'après beaucoup de pourparlers que le farouche magistrat finit par se laisser fléchir. Encore expie-t-il ce moment de faiblesse par les remords les plus cuisants. Nous le recommandons à toute la sollicitude de M. le préfet de police.

— Un autre règlement d'administration veut que les femmes enceintes ne soient admises à l'Hôtel-Dieu qu'après les premières douleurs de l'enfantement. Une conséquence assez fréquente de cette disposition est que la femme accouche dans le vestibule. Cela étant, peut-être serait-il à propos d'organiser dans la loge de la portière un service d'accouchement, et de remplacer l'historique *Babet* par une sage-femme.

— On sait que John Hunter avait très-sérieusement songé à prolonger indéfiniment la vie des hommes en suspendant l'action vitale au moyen de la congélation. Malheureusement le difficile n'était pas de geler, mais de dégeler encore vivant, et les expériences auxquelles l'illustre physiologiste soumit quelques animaux ne furent pas très-heureuses au dernier point de vue. Un docteur suédois, M. Obeuma, a repris bravement l'idée de Hunter et est parvenu, dit-on, à obtenir du gouvernement l'établissement d'un grand *congélatoire* pour les condamnés à mort. On ajoute même qu'une trentaine de personnes de bonne volonté, entre autres une charmante jeune fille, fort désireuse de retarder de quelques siècles les ravages du temps, se sont soumises à l'application de ses procédés. C'était déjà quelque chose ; mais l'ambitieux docteur rêva un plus beau triomphe et manifesta une intention qui vient de lui coûter cher. Il proposa tout simplement de congeler l'armée suédoise, pour économiser les frais de nourriture et d'entretien, jurant ses grands dieux qu'il la remettrait sur pied au premier

ont été plus marquées dans le mois de février que dans les deux autres mois. Quel a été leur rapport avec les variations de la santé publique; c'est ce que nous rechercherons dans le prochain numéro.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA DIGESTION ET L'ASSIMILATION DES MATIÈRES AMYLOÏDES ET SUCRÉES; par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans ce mémoire (1), je continue l'exposition de mes recherches sur la digestion et l'assimilation des substances amyloïdes et sucrées en présence des alcalis contenus dans les liquides des animaux.

Mais avant de faire connaître les résultats tout nouveaux que j'ai obtenus, je crois devoir rappeler ici quelques faits déjà consignés dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences le 15 avril 1844, faits qui constituent le point de départ de toutes mes recherches sur ce sujet chimico-physiologique:

1° Le glucose, la dextrine, etc., n'exercent par eux-mêmes aucune action réductive sur le bioxyde de cuivre; ces corps n'acquièrent cette propriété qu'après avoir été chimiquement influencés par des alcalis;

2° L'assimilation des matières sucrées et amyloïdes n'est possible que sous l'influence des alcalis contenus dans les humeurs vitales;

3° Et comme conséquence de ces propositions, l'affection diabétique ne consiste pas, comme on l'avait dit jusqu'alors, en une saccharification amilaire interviscérale outrée, mais bien en un vice d'assimilation du sucre par défaut de présence des alcalis.

J'ai établi ma théorie non-seulement par des faits chimiques, mais aussi par des faits cliniques, faits qui en ont démontré toute l'exactitude: c'est comme preuve à l'appui que j'ai présenté le cas de guérison d'un diabétique traité par ma méthode.

Au commencement de ce travail je rappellerai:

Que la base essentielle de l'alimentation des animaux est constituée par trois groupes de corps bien distincts: les matières albumineuses, les matières grasses, les matières saccharoïdes;

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences le 31 mars 1845, et telles sont les conclusions du rapport qui en a été fait, le 23 mars 1846, par une commission composée de MM. Magendie, Flourens, Milne-Edwards et Payen, rapporteur:

« En résumé, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'engager » M. Mialhe à poursuivre ses recherches expérimentales sur la théorie et le traitement du diabète sucré.

» Quant au mémoire présenté (31 mars 1845), les faits nombreux et exacts » qu'il renferme, et la découverte de la diastase animale dans la salive humaine, » paraissent à votre commission d'une assez grande importance pour lui mériter » l'approbation de l'Académie; la commission aurait même proposé d'accorder » l'insertion dans le RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS, si elle n'avait appris que » ce mémoire doit être prochainement imprimé. »

Que ces substances alimentaires ne sont pas toutes immédiatement assimilables, et que pour le devenir, elles doivent séjourner un temps plus ou moins long dans les cavités gastrique et intestinale, et y éprouver, par l'intervention des liquides qu'ils y trouvent, une sorte de fluidification ou de fermentation, acte chimico-physiologique auquel on a donné le nom de digestion.

Toutefois, malgré les beaux travaux des Réaumur, Spalanzani, Leuret et Lassaigne, Tiedemann et Gmelin, Eberle, Deschamps, etc., il est incontestable que l'étude chimico-physiologique des trois groupes de substances alimentaires est loin d'être également avancée.

En effet, il est généralement admis que les substances albumineuses ne sont assimilables qu'à l'aide du suc gastrique qui, par son acide, gonfle ces matières azotées, et par sa *pepsine*, véritable ferment, en opère la liquéfaction, phénomène analogue à celui de la *diastase* sur l'amidon, et que les substances grasses deviennent assimilables par l'intervention de la bile (1), tandis que pour les matières féculentes et sucrées, il n'existe rien de positif; c'est à peine si l'on rencontre quelques faits épars, quelques hypothèses sans fondement qui pourraient éclairer la question.

C'est cette lacune que j'ai cherché à combler, et dans mes travaux j'ai été plus heureux que je n'aurais osé l'espérer; car par la découverte du *principe actif de la salive*, principe parfaitement semblable à la diastase, et pouvant l'isoler comme elle, je donne l'explication incontestable du phénomène de transformation des substances amylacées celluleuses en matières saccharoïdes.

Déjà la transformation des substances amylacées avait été constatée par quelques auteurs.

Tiedemann et Gmelin ont les premiers découvert que chez un chien l'amidon était, au bout de cinq heures, converti en sucre et en gomme d'amidon (2) (dextrine).

Leuchs a démontré que l'amidon, réduit en empois par la cuisson et chauffé avec de la salive fraiche, devient liquide dans l'espace de quelques heures et se convertit en sucre (3), et de plus que cet effet n'était produit ni par la ptyaline, ni par le mucus, ni par l'albumine, mais seulement par la salive.

Sébastian a confirmé la découverte de Leuchs, puisqu'il a constaté que l'amidon, mis en digestion avec la salive, perd sa propriété de bleuir avec l'iode comme lorsqu'il a été traité par un alcali. Dans ce dernier cas la couleur bleue est rétablie par l'addition d'un acide, mais dans le premier elle ne l'est point (4).

Ces faits ont été également vus par Schwann; cet auteur assure que la *pepsine* n'exerce pas son action digérante sur tous les aliments, qu'elle ne la fait sentir qu'à l'albumine et à la fibrine, la matière caséeuse et le gluten étant digérés par l'acide libre du suc gastrique, et l'amidon par la *salive* qui se mêle avec ce suc (5).

(1) Chose remarquable, à une époque où les phénomènes chimiques de la digestion étaient bien peu connus, Haller attribuait déjà à la bile la propriété de mêler la graisse avec l'eau, et de produire le chyle qu'il considérait comme une émulsion, opinions que les recherches des expérimentateurs modernes ont amplement confirmées.

(2) Burdach, t. IX, p. 308.
(3) Id., id., p. 265 et 269.
(4) Id., t. IX, p. 268.
(5) Id., id., p. 317.

bruit de guerre. Mais en vain se livra-t-il aux plus grands efforts de logique pour démontrer aux militaires qu'en mettant leur paye à la caisse d'épargne ils seraient très-riches à leur résurrection; en vain exhiba-t-il les corps d'une vingtaine de neveux qui se sont fait congeler pour attendre plus patiemment l'héritage de leurs oncles, les soldats se révoltèrent et poursuivirent le pauvre docteur, qui fut forcé de se réfugier dans une de ses glacières. On l'a découvert le lendemain dans un état de congélation complète. Or, comme on ignore ses procédés pour faire dégeler un homme sans danger, l'autorité a décidé sagement qu'on le laisserait dans cet état jusqu'à ce que son secret fût découvert ou réinventé. Voilà un pauvre homme qui risque fort de vivre assez tristement jusqu'à la fin du monde.

— Il n'y a pas longtemps, nous énumérions, avec une satisfaction grande, les nombreux moyens auxquels la phthisie tuberculeuse cède comme par enchantement. Notre joie a doublé depuis cette époque, en voyant sur les journaux combien de localités ont, par l'air qu'on y respire ou l'eau qu'on y prend en bains ou en boissons, le privilége de guérir également la phthisie. Il y aura ainsi des traitements pour toutes les fortunes. Le pauvre mangera du sel et du caoutchouc; le riche ira aux eaux de Vernet ou d'Aix en Savoie, deux réputations dont la phthisie, depuis quelque temps, a une peur effroyable. Dans la vallée d'Aix, au dire d'un certain prospectus, on ne voit presque plus, non pas seulement de phthisies confirmées, mais même de maladies du larynx. Peut-être faut-il l'attribuer à ce que « les pavés de l'établissement se restaurent, les promenades s'embellissent de plantations nouvelles, et l'administration rivalise de zèle pour toute espèce de progrès. »

— Le 14 avril, à Londres, est mort d'épuisement John Jacob, âgé de 70 ans. Il avait été transporté dans une maison de pauvres. L'infortuné possédait et on a trouvé à son domicile 216,400 francs en valeurs du Pérou et billets de la banque d'Angleterre. Sa chambre offrait le tableau de la plus affreuse misère, et le chirurgien qui lui a donné les derniers secours a affirmé qu'il était mort de privations. Mais voici pour nous l'intéressant. « Il paraît, dit une feuille anglaise, *qu'il avait trouvé le moyen de vivre sans prendre de nourriture* au moyen de frictions d'huile d'olive dont tous les jours il saturait son corps. » Il faut convenir que cet homme avait l'avarice maladroite. De l'huile d'olive en frictions! mais c'est un mode d'alimentation hors de prix pour un consommateur de sa catégorie! Si du moins il avait connu la découverte de ce chimiste d'Avignon, qui a trouvé tant de fibrine et de matières grasses dans le haricot!

— Nous avons à Paris des boutiques de comestibles sur lesquelles on peut lire en grosses lettres les commandements de Dieu et de l'Église. Le dimanche, sur les volets fermés s'étalent pieusement toutes sortes de préceptes édifiants sur l'observance des jours consacrés. Dans la semaine, le gourmand qui y va vider sa bourse peut lire sur la porte: *Luxurieux point ne seras*...., etc. Mais voici une invention qui ne le cède guère à la précédente par l'originalité; c'est l'annonce suivante extraite d'un grand journal: « Pharmacie de J. Debocy fils, pharmacien-droguiste, rue de Tournai, à Courtray. *A l'occasion du carême*, chocolat supérieur, *sans graisse*, première qualité, 75 centimes *la livre*, 16 *onces net*. » S'il existe un acte de probité comparable à celui de ne pas introduire de graisse dans du chocolat vendu pendant le saint temps de carême, c'est assurément de donner 16 onces pour une livre. On reconnaît là tout de suite des habitudes de

Enfin, je ne dois pas omettre de rappeler ici que l'action de la salive sur les substances amylacées était implicitement connue depuis longtemps, ainsi que le témoigne l'emploi que l'on en fait en Chine dans la préparation du pain, et aux Indes dans la fabrication des boissons spiritueuses.

Après cet exposé succinct de l'état de la science, je vais présenter mes nouveaux travaux qui tendent à démontrer que toutes les substances hydrocarbonées de la famille des matières amyloïdes ou celluleuses ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'autant qu'elles sont décomposables par les dissolutions alcalines faibles contenues dans les humeurs vitales, *soit immédiatement*, tels que le glucose, la dextrine et le sucre de lait, *soit médiatement*, tels que le sucre de canne, la cellulose et l'amidon, qui doivent d'abord être transformés dans l'économie animale : le sucre de canne en glucose, la cellulose et l'amidon en dextrine ou glucose, tandis que les matières hydrocarbonées, qui ne sont ni fermentescibles ni décomposables par les acides faibles ou les alcalis étendus, telles que la cellulose fortement agrégée, le ligneux et la mannite (1), échappent chez l'homme à l'action digestive et assimilatrice, ou pour mieux dire aux réactions chimiques interviscérales qui président au grand acte de la nutrition.

I. — SUBSTANCES HYDROCARBONÉES IMMÉDIATEMENT DÉCOMPOSABLES PAR LES ALCALIS DU SANG, OU SUBSTANCES HYDROCARBONÉES IMMÉDIATEMENT ASSIMILABLES.

GLUCOSE, SUCRE DE RAISIN, SUCRE DE FRUIT, SUCRE DE FÉCULE, SUCRE DE DIABÈTE. — On avait supposé jusqu'à présent que le glucose était très-avide d'oxygène, et qu'à cette propriété il devait de pouvoir réduire certains oxydes métalliques et notamment le bioxyde de cuivre; mais je me suis assuré, par une longue suite d'expériences, que ce principe organique ne possède par lui-même aucun pouvoir réducteur, et que ce caractère ne lui est communiqué que par certaines substances et spécialement par les matières alcalines libres ou carbonatées, lesquelles ont la propriété de transformer le glucose en ulmin ou ulmine, en acide kaliglucosique, en acide formique (Malaguti) et autres produits, et que c'est surtout à ce dernier acide, l'acide formique, que l'action réductrice doit être rapportée.

Voici sur quels faits je me fonde pour établir en principe la proposition qui précède :

1° Quand on fait bouillir une dissolution mixte de glucose et de sulfate de cuivre, ce sel n'éprouve aucun effet de réduction ; mais si pendant que le mélange est en pleine ébullition, on y verse une proportion de potasse ou de soude en quantité plus que suffisante pour opérer le changement de base, saturer l'acide sulfurique, former du sulfate de potasse ou de soude, ce bioxyde de cuivre, en présence du glucose modifié par la potasse ou la soude, éprouve immédiatement une réduction et passe à l'état de protoxyde; réduction qui ne s'effectue pas quand la potasse ou la soude n'ont pas été employées en excès pour pouvoir suffire à toutes ces réactions.

2° Quand on chauffe une dissolution aqueuse de glucose tenant en suspension de l'hydrate de bioxyde de cuivre parfaitement pur, celui-ci n'est nullement affecté par la dissolution saccharine; mais instille-t-on dans la liqueur bouillante quelques gouttes d'un alcali fixe, libre ou carbonaté, la décomposition du bioxyde de cuivre en protoxyde se produit à l'instant même.

3° Lorsque l'on fait un mélange d'eau, de glucose et d'oxyde cuivrique hydraté, qu'on le partage en deux parties égales, et que dans l'une des deux parties on ajoute un peu de potasse ou de soude libre ou carbonatée, on obtient à froid, dans l'espace de quelques heures, une réduction complète du bioxyde de cuivre par le glucose rendu alcalin : réduction qui ne peut s'effectuer par le glucose pur.

J'ajouterai que, dans cette réaction curieuse, la présence de l'oxygène atmosphérique n'intervient en aucune manière, ainsi que je m'en suis convaincu par un grand nombre d'expériences dont je ne rapporterai que les principales.

EXP. I. — J'ai fait bouillir pendant longtemps du glucose dans de l'eau distillée, et lorsque j'ai été assuré que la dissolution saccharine était aussi exempte d'air que possible, je l'ai introduite dans un flacon bouché à l'émeri préalablement chauffé, puis immédiatement bouché, en ayant la précaution de n'y emprisonner aucune bulle d'air. Après le refroidissement complet, j'y ai fait tomber un fragment de potasse caustique et un fragment de bioxyde de cuivre, l'un et l'autre privés d'air par la fusion, et puis j'ai agité le flacon jusqu'à ce que la dissolution de ces deux composés fût complète. La réduction de l'oxyde cuivrique n'a pas tardé à se produire.

EXP. II. — J'ai répété l'expérience précédente, mais seulement au lieu d'introduire la potasse et le sulfate cuivrique après le refroidissement, j'ai ajouté ces deux corps dans le flacon en même temps que la liqueur saccharine bouillante. La réduction du bioxyde de cuivre a été, dans ce cas, pour ainsi dire instantanée, c'est-à-dire qu'elle a eu lieu aussitôt que la dissolution du sulfate cuivrique a été opérée.

EXP. III. — Enfin, dans une autre expérience, j'ai introduit, sous une cloche recourbée remplie de mercure purgé d'air par l'ébullition, une petite quantité de glucose fondu, puis une certaine quantité d'eau de potasse non aérée et tenant du bioxyde de cuivre en suspension; la réduction de ce dernier n'a pas tardé à être complète, et s'est effectuée dans un temps tout aussi court que si l'expérience avait eu lieu au contact de l'air.

Ces faits établissent que, contrairement à l'opinion de MM. Bouchardat et Sandras, l'oxygène de l'air ne joue aucun rôle dans le phénomène de la décomposition des matières hydrocarbonées sous l'influence des alcalis.

Le *sucre de lait* et la *dextrine* se comportent exactement comme le glucose en présence des dissolutions alcalines.

C'est par suite de ces expériences que j'ai été conduit à établir en principe : que toutes les substances hydrocarbonées, telles que le sucre de raisin, la gomme d'amidon ou dextrine, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'après avoir été transformées par les alcalis du sang en de nouveaux produits, en acide kalisaccharique, en ulmin et un corps doué

(1) Bien que la mannite soit très-soluble dans l'eau et douée d'une saveur douce, ce qui la faisait supposer propre à la nutrition, elle n'est cependant point assimilable ou, si l'on veut, *employable* dans l'économie. Ce fait, que j'ai posé en principe en me fondant *uniquement* sur les considérations chimiques relatées plus haut, et que la commission de l'Académie des sciences a accepté avec réserve, doit être placé au rang des vérités les mieux établies. Et, en effet, ayant (sur l'invitation de M. Milne-Edwards) administré de la manne à des hommes et à des animaux, trois heures après l'ingestion de cette substance, j'ai constaté dans leurs urines la présence de la *mannite* en proportion sensiblement correspondante à celle qui existait dans la manne ingérée.

parfait honnête homme.

— Il n'est que les avocats pour n'être jamais à bout de ressources. Bien a pris à mons Hermann de Riglès d'en choisir un dont l'esprit souple et multiforme sait glisser entre les difficultés les plus épineuses et s'adapter aux circonstances les plus diverses. Oyez plutôt. Ledit Hermann de Riglès débite un remède non inscrit au Codex, et qu'il appelle *alcool de menthe*. Il l'administre à tout venant. Il en crée des dépôts; il joint à ses fioles des prospectus où sont relevées des guérisons merveilleuses. A coup sûr, voilà un homme perdu! Il est inutile de plaider; il n'y a plus qu'à implorer la commisération des juges... Du tout! vous comptez sans les ressources de l'avocat. Ah! monsieur n'a pas le droit de traiter les malades! Ouvrez-moi un peu la Bible, s'il vous plaît : Exode, chapitre XV, verset 26 : « Si vous écoutez la voix du Seigneur votre Dieu et si vous faites ce qui est juste devant ses yeux, si vous obéissez à ses *prescriptions* et si vous gardez tous ses *préceptes*, je ne vous frapperai pas de toutes les langueurs dont j'ai frappé l'Égypte, parce que je suis le Seigneur qui vous a *guéris*. » Savez-vous ce que le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob entendait par ces *prescriptions*? Des prescriptions médicales! par ces *préceptes*? des préceptes de thérapeutique! par ces *guérisons*? des guérisons de gastrite, de fièvre cérébrale et autres maladies! Et un chrétien n'aurait pas le droit de rappeler à ses frères des prescriptions et des préceptes inventés par Dieu même!... Ah! vous appelez l'alcool de menthe un remède secret! Attendez; chapitre XXV, verset 22, l'Éternel parle à Moïse : « Prends des aromates les plus exquis, de la myrrhe franche, du cinnamome odoriférant, du roseau aromatique, de la casse et de l'huile; etc. » Voilà justement ce qu'a fait mon client, sauf deux petites différences que voici : son remède ne contient pas un atome de myrrhe, ni de cinnamone, ni de roseau aromatique, ni de casse, ni d'huile; puis la préparation de la Bible devait être employée pour oindre l'arche d'alliance, l'autel des holocaustes et les autres insignes du culte, et M. de Riglès affecte la sienne à la guérison des malades. Mais les aromates modernes valent bien les aromates anciens, et, n'ayant plus d'arche à frictionner, il faut bien les employer à autre chose.

Ce système a eu un plein succès : M. de Riglès a été acquitté.

— Mais voici un plus triste dénoûment d'une affaire également relative à l'exercice illégal de la médecine. Un M. L...., dénoncé comme se livrant à la pratique en vertu d'un faux diplôme, est mandé au parquet. Sur son refus, les gendarmes viennent le saisir à son domicile. Il était encore au lit. Sans se troubler, il s'habille, s'enveloppe d'un manteau et paraît disposé à suivre la force armée. Mais tout à coup il tombe; les gendarmes accourent : il venait de s'ouvrir le ventre avec un bistouri. Alors il saisit tranquillement un bord de la plaie, en resèque un lambeau, et le remettant au brigadier : « Voilà, dit-il tout, ce que vous aurez de ma personne à porter au procureur du roi. » On l'étendit sur un lit; il mourut peu de temps après.

— Avant de finir, un mot de souvenir à Jean Raymond. Après la diatribe obligée contre la GAZETTE MÉDICALE, le sagace critique affirme que tous les rédacteurs de ce journal n'écrivent qu'en grande toilette et manchettes au poignet. C'est pour les imiter sans doute qu'il vient de se pourvoir d'un habit neuf, ainsi qu'il a eu soin de l'apprendre, à défaut d'autres nouvelles, à tous les abonnés de la GAZETTE DES HÔPITAUX. Nous en sommes vraiment réjouis; nous le

d'un pouvoir désoxygénant très-énergique : l'acide formique, ainsi que je l'ai déjà dit.

Les considérations suivantes viennent appuyer mon opinion :

1° Le passage du glucose dans l'urine des individus chez qui toutes les humeurs revêtent le caractère neutre et même acide (diabétiques) ;

2° La diminution du glucose dans l'urine des diabétiques, et même la disparition complète de ce corps sous l'influence d'une médication alcaline (1) ;

3° La non-coloration de l'urine et des matières fécales chez ces mêmes malades, par suite de la non-formation de l'ulmin, substance qui dans l'état normal concourt à la coloration de ces deux produits excrémentitiels ;

4° L'expulsion par les urines d'un cyanoferrure de potassium jaune, quand c'est du cyanoferrure rouge qui a été ingéré, ce qui indique qu'un effet de réduction a eu lieu dans l'économie animale ; or cet effet est probablement dû aux produits résultant de la décomposition du glucose par les alcalis et notamment à l'acide formique ;

5° L'acide formique et les autres corps désoxygénants produits, selon moi, durant l'ingestion des substances amyloïdes et sucrées, exercent un effet de réduction salutaire, véritable contre-partie de la respiration, ou, pour mieux dire, de l'oxygénation respiratoire ; aussi l'absence de ces composés dans le sang des diabétiques amène-t-elle dans leur circulation une perturbation fâcheuse due à une oxygénation outrée des éléments protéiques (2) que ce liquide renferme ;

6° Enfin, l'acide formique combiné à la soude a été reconnu par MM. Bouchardat et Sandras dans le sang d'hommes et d'animaux, trois heures après qu'ils avaient mangé du sucre en proportion notable.

II. — SUBSTANCES HYDROCARBONÉES NON IMMÉDIATEMENT DÉCOMPOSABLES PAR LES ALCALIS DU SANG, OU SUBSTANCES HYDROCARBONÉES NON IMMÉDIATEMENT ASSIMILABLES.

SUCRE DE CANNE OU DE BETTERAVE. — Le sucre de canne n'est pas immédiatement assimilable, les alcalis du sang n'ayant sur lui aucune action décomposante ; aussi, lorsqu'on l'injecte dans les veines, il passe dans les urines, sans avoir éprouvé aucun genre d'altération (Bernard et Barreswil). Mais lorsqu'on le dissout dans le suc gastrique, il acquiert la propriété d'être assimilable ; car, injecté alors dans les veines, il ne se montre plus dans les urines (Bernard et Barreswil). MM. Bouchardat et Sandras ont également constaté que du sucre de canne introduit en nature dans le sang passe dans les urines. « Nous avons, disent-ils, répété avec succès l'expérience de » MM. Bernard et Barreswil, nous avons injecté un demi-gramme de sucre » de canne dans les veines d'un chien, et nous avons retrouvé ce sucre dans » l'urine.

» Nous avons remplacé le sucre de canne par la même quantité de glu- » cose dans une expérience, et par la même quantité du sucre interverti » dans une autre expérience ; et, dans ces deux cas, nous n'avons retrouvé » ni glucose ni sucre interverti (1). »

Ces faits démontrent évidemment la nécessité de la transformation moléculaire du sucre de canne en sucre de raisin ou glucose, pour pouvoir subir l'action décomposante des alcalis et devenir assimilable.

Comment donc MM. Bouchardat et Sandras ont-ils pu avancer que toutes leurs expériences, sauf celles relatives à la conversion du sucre en acide formique, sont contraires à mes idées ? Dans ces faits, MM. Bouchardat et Sandras n'auraient-ils pas dû reconnaître un des meilleurs arguments en faveur de ma théorie ? Mais ces auteurs ont préféré donner une explication fautive, dans laquelle ils font jouer à l'oxygène atmosphérique un rôle qui est démenti par l'observation !

FÉCULE OU AMIDON. — La fécule, en tant que fécule, n'est point assimilable ; car, de même que le sucre de canne, elle est indécomposable par les dissolutions alcalines faibles ; elle doit donc subir une transformation pour devenir assimilable ; j'ai cherché quels phénomènes chimiques pouvaient être cause de cette transformation de l'amidon en dextrine et en glucose, et je suis arrivé à la découverte de la diastase animale.

Je vais démontrer que c'est uniquement par la diastase (2) qu'est effectuée la transformation de l'amidon.

---

(1) Malgré les faits authentiques récemment publiés, qui témoignent, sans réplique, de l'efficacité des alcalins dans le traitement du diabète sucré ou glucosurie, quelques praticiens doutent encore que ces agents médicamenteux héroïques puissent produire *même la disparition du sucre* ; tandis que d'autres acceptent ce fait comme une vérité entièrement en dehors de la théorie que j'ai donnée de cette affection : tel est par exemple le rédacteur du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, ainsi que le passage suivant le démontre :

« Tous les médecins qui prescrivent les alcalins savent que les malades peu- » vent se nourrir impunément d'une certaine quantité de pain pendant qu'ils » sont sous leur influence. Nous avons vu un serrurier, sorti guéri du diabète de » l'hôpital Beaujon, dont l'urine ne présentait pas encore, quinze jours après, de » traces saccharines. Elle en présentait la quinzaine suivante. Cet homme, qui » se portait très-bien et qui avait repris sa profession, se remit par précaution à » l'usage des alcalins. » (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, janvier 1846, p. 25.)

Mais M. Miquel a tort de croire que l'action thérapeutique des alcalins dans l'affection diabétique était admise par tous les praticiens avant mes recherches ; car bien que plusieurs d'entre eux, et notamment Willis, Fothergill, Wat, Fuller, Tralles et Hufeland, en aient retiré d'excellents effets, personne que je sache n'avait proclamé avant moi leur spécificité, et encore bien moins n'avait fait connaître la théorie de leur action. Voici du reste comment s'exprimait à ce sujet M. Bouchardat en 1841 :

« Les alcalins devaient être employés dans une maladie où l'on remarque une » prédominance acide se développer dans l'appareil digestif ; je dois commencer » par dire que je les ai vu souvent employer, et que jamais je ne les ai » vus déterminer d'améliorations notables. » (ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, p. 240.)

(2) Ce qui donne du poids à l'opinion qui précède, c'est que M. Mulder a démontré dernièrement par l'expérience que la *pyine* n'est autre chose que du tritoxyde de protéine.

(1) Bouchardat et Sandras. (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 20 janvier 1845.)

Nota. Tout dernièrement M. Bernard (de Villefranche) a aussi constaté, par l'expérience, la différence d'action chimique que le sang des animaux vivants éprouve de la part du glucose et du sucre de canne. (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 23 mars 1846, p. 536.)

(2) Dans le résumé analytique de ce mémoire inséré dans les comptes rendus de l'Académie des sciences du 31 mars 1845, il a été imprimé par erreur *que c'est uniquement par la salive*, au lieu de *par la diastase*, qu'est effectuée la transformation de l'amidon. Partant de là, MM. Bouchardat et Sandras, en an-

---

serons plus encore si cet embellissement de sa personne peut donner à ses manières un air de distinction plus grand. Un peu plus de malice même à notre intention ne nous déplairait pas, et ne pourrait que profiter à notre récréation particulière.

— Si la médecine est encore à l'état d'enfance en Turquie et chez la plupart des peuples orientaux, cela tient surtout aux préjugés des musulmans contre les autopsies. Le sultan vient d'éluder ces répugnances en ordonnant qu'à l'avenir les femmes esclaves qui mourraient sur le marché seraient livrées aux élèves de l'École de médecine pour leurs travaux anatomiques. « Ces jours derniers, dit la GAZETTE D'AUGSBOURG, l'autopsie du cadavre d'une femme esclave a eu lieu pour la première fois à Constantinople, au local de l'École, en présence d'une assemblée turque fort nombreuse. »

— L'immobile Autriche songerait-elle à des réformes ? S'il faut en croire la GAZETTE MÉDICALE UNIVERSELLE DE BERLIN, on agiterait sérieusement à Vienne plusieurs questions relatives à une nouvelle organisation des études. Nous espérons recevoir bientôt de plus amples renseignements à ce sujet. Le corps médical est en mouvement dans les quatre parties du monde. Est-il bien sûr qu'il marchera ?

— Dans la dernière séance du conseil communal de Bruxelles, il a été question des noms à donner aux rues projetées sur l'emplacement de l'ancien hôpital Saint-Jean. La place, qui va succéder à l'église en démolition, portera sans nul doute le nom de *place de Vésale*, puisque la statue de cet illustre médecin belge est destinée à en faire l'ornement. (GAZ. MÉD. BELGE.)

— Le quinzième compte rendu de la Société de secours (*Hufeland'sche Stiftung*) pour les médecins nécessiteux de Prusse vient de paraître. Les recettes de la Société en 1845 se montent à 7,077 thalers, dans lesquels figure un legs de 2,800 thalers par le docteur Wohlherr, et 1,399 thalers d'intérêts. (Le thaler de Prusse vaut environ 3 fr. 72 c.) 2,340 thalers ont été consacrés au soulagement de 63 médecins, ce qui fait 37 thalers par médecin secouru. Le capital de la Société se montait, le 31 décembre 1845, à 40,000 thalers. La caisse des veuves de médecins possédait 15,000 thalers à la même époque. Elle a donné, en 1845, 472 thalers à quatorze veuves dans le besoin, soit 33 thalers par chaque personne secourue.

— D'après les expériences de M. Rodes, pharmacien à Lenzbourg, il paraîtrait que l'on peut facilement conserver les sangsues en les immergeant, pendant dix à quinze minutes, dans de l'eau contenant, sur 48 onces, trois à cinq gouttes de chlore liquide.

— Dans une partie de la Lorraine, aux environs du Vogelsberg, pour endurcir les pieds des bêtes à cornes, on leur enlève, peu de temps après leur naissance, le cartilage charnu placé à l'extrémité antérieure du sabot. Cette opération donne à ce dernier une constitution osseuse plus forte et l'empêche de trop s'élargir.

Si, dans leur dernier travail sur la digestion, MM. Bouchardat et Sandras ont attribué la transformation de l'amidon en dextrine et en glucose, à la présence dans les voies digestives d'une substance analogue à la diastase, nulle part ils n'ont indiqué la source de cette diastase, et ils ont même tout à fait oublié d'étudier l'action de la salive, dont ils ne font aucune mention. Et pourtant c'est précisément dans la salive que j'ai trouvé la substance analogue à la diastase.

J'ai dit que Leuchs avait le premier reconnu que l'amidon, réduit à l'état d'empois par la cuisson et chauffé avec de la salive fraîche, devient liquide dans l'espace de quelques heures, et qu'il se trouvait alors converti en glucose; que Sebastian avait aussi démontré que l'amidon mis en digestion avec de la salive perd sa propriété de bleuir avec l'iode.

J'ai répété un grand nombre de fois ces expériences, et j'ai pu constater que le produit de la réaction de la salive sur la fécule est toujours primitivement de la dextrine et non du sucre d'amidon, comme Leuchs l'avait annoncé.

Je me suis assuré en outre que pour que l'amidon puisse être promptement transformé en dextrine et en glucose par le liquide salivaire, à la température du corps des animaux, il faut qu'il soit désagrégé, effet que l'on obtient en le cuisant dans l'eau ou en le broyant à froid. C'est ce qui explique pourquoi les carnivores digèrent incomparablement moins bien la fécule que les ruminants et que les oiseaux granivores. Qui ne sait que ces deux derniers genres d'animaux sont pourvus d'un appareil masticateur ou broyeur bien autrement parfait que ne l'est celui des carnivores?

J'établis en principe que les animaux digèrent les aliments féculents avec d'autant plus de facilité que leurs glandes salivaires sont plus développées, et que leur appareil masticateur ou broyeur est plus parfait; et comme preuves à l'appui de ce que j'avance, je rappelle les faits rassemblés par Burdach, dans son Traité de physiologie générale, pour démontrer que l'humidité buccale sert à la digestion (Burdach, t. IX, p. 262).

Il résulte de mes recherches que l'action de la salive sur l'amidon est bien plus prompte qu'on ne l'avait cru. Que l'on introduise dans la bouche une certaine quantité d'amidon à l'état d'empois nouvellement préparé, et qu'on le soumette immédiatement à la mastication; en moins d'une minute la saveur fade de l'empois sera remplacée par une saveur manifestement sucrée, tout à fait analogue à celle du sirop de dextrine. Ce peu de temps suffit à la salive pour transformer en partie la fécule en dextrine et en sucre de raisin ou glucose, au point que l'amidon ainsi modifié, soumis à la filtration, n'est plus influencé par l'iode.

Avec l'amidon hydraté délayé dans l'eau et filtré, l'action de la salive est encore plus manifeste; elle est pour ainsi dire instantanée, et la transformation de l'amidon est même complète. Je me suis convaincu de ce fait en agitant pendant quelques secondes un mélange à parties égales d'amidon filtré et de salive, *bien neutre*, également filtrée, et en soumettant immédiatement après le mélange à l'action de l'eau iodée, aucune coloration ne s'est manifestée.

Dans les expériences qui précèdent comme dans celles qui vont suivre, j'ai constaté nettement l'action de la salive sur la fécule à l'aide de l'iode et de la potasse, et par ce double moyen j'ai pu obtenir des résultats infiniment plus exacts qu'en n'ayant recours qu'à l'iode, et voici pourquoi. Quand on fait réagir la salive sur l'amidon, la transformation de ce dernier corps en dextrine et en sucre d'amidon est complète ou incomplète; si la transformation est complète, la solution iodée ne donne lieu à aucune coloration; mais si la transformation est incomplète, l'iode ne peut fournir que des indications sur la proportion d'amidon modifié, la coloration iodique étant en raison inverse de la proportion d'amidon transformé, car l'iode n'a d'action que sur la fécule indécomposée; il faut donc avoir recours à la potasse qui, contrairement à l'iode, n'exerce d'action que sur l'amidon modifié. A cet effet on filtre la solution amilo-salivaire; on ajoute quelques gouttes de potasse caustique en liqueur et l'on chauffe, et par le degré de coloration que prend la solution, on juge de la proportion d'amidon modifié, l'amidon pur n'étant pas coloré par les dissolutions alcalines.

Action de la salive sur la fécule crue. — La fécule crue n'est que très-lentement et très-imparfaitement rendue soluble par la salive. Au premier moment de contact l'action est même nulle; mais lorsqu'on fait digérer pendant deux ou trois jours l'amidon dans la salive fraîche, et en ayant soin d'aider la réaction par une élévation de température de 40 à 45 degrés centésimaux, la transformation de l'amidon est manifeste, ainsi que le prouvent l'absence de coloration par l'iode et la coloration brun jaunâtre, très-marquée par la potasse, que présente la solution amilo-salivaire filtrée.

Action de la salive sur la fécule crue broyée. — Autant l'action de la salive est lente à se produire sur la fécule crue dans l'état d'agrégation qui lui est propre, autant elle est prompte à se manifester sur l'amidon désagrégé par le broyage; quelques heures de contact suffisent en ce cas pour que la transformation de l'amidon soit complète.

Les indications qui précèdent nous permettent de concevoir pourquoi les animaux qui ont l'appareil masticateur ou broyeur le plus parfait, ou bien qui ont un appareil digestif très-développé, sont précisément ceux qui digèrent le plus aisément la fécule crue, ainsi que Stevens, et plus récemment MM. Bouchardat et Sandras l'ont constaté.

Action de la salive sur le pain. — Quand le pain est bien cuit, il est promptement modifié par la salive : aussi remarque-t-on qu'il acquiert une saveur douce très-marquée par le fait même de la mastication; mais lorsque le pain est mal cuit, lorsque tout l'amidon qu'il renferme n'est pas désagrégé, la transformation de ce corps en dextrine et en glucose est incomplète, et toute la partie qui n'a pas été ainsi modifiée échappe à l'action de la digestion.

Action de la salive sur le pain azyme ou pain a chanter. — Bien que le pain azyme n'ait pas subi l'acte de la fermention panaire, il n'en constitue pas moins un aliment éminemment digestible (1), attendu que tous les grains de fécule qu'il renferme ont été complétement désagrégés par la chaleur, et sont propres à recevoir l'influence fluidifiante de la salive.

(La suite et fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois a la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle; par M. Diday, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon).

(Suite et fin. — Voir les numéros 16 et 17.)

§ III. Traitement. — Je formule sous trois chefs distincts les indications à remplir dans cette maladie : proscrire tout traitement antisyphilitique général, ou le faire cesser quand il avait été commencé; combattre la tendance de l'organisme à la répétition des mêmes mouvements fluxion-

nonçant que le suc pancréatique contient de la diastase, tout comme la salive, n'ont pas manqué de faire remarquer que ce n'est que par des idées toutes préconçues de ma part que j'ai pu avancer une telle assertion... Mais la vérité est que je n'ai jamais cru que la salive pouvait seule contenir de la diastase. J'ai au contraire formellement annoncé, avant la publication de MM. Bouchardat et Sandras, que la glande salivaire abdominale devait également en contenir : entre autres savants à qui j'ai fait connaître cette opinion, je citerai surtout M. Flourens. — Cette manière de voir n'était pas du reste entièrement préconçue de ma part, ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs (Comptes rendus de l'Académie des sciences); car, pour l'admettre, je me fondais, d'une part, sur les observations cliniques de Krimer, desquelles il résulte que les maladies du pancréas amènent la constipation et l'amaigrissement. Aussi cet auteur attribue-t-il au suc pancréatique, non-seulement le pouvoir de neutraliser et d'assimiler, mais encore celui d'étendre et de dissoudre; et d'autre part, sur ce que MM. Leuret et Lassaigne avaient extrait du suc pancréatique du cheval de la *ptyaline* de Berzélius, substance qui, d'après mes recherches, doit être considérée comme n'étant autre chose que la *diastase* altérée, ayant perdu tout pouvoir spécifique sur l'amidon.

(1) Ce que je viens de dire sur la digestibilité du pain non fermenté, mais seulement bien cuit, ne s'accorde point avec l'opinion commune, qui croit que le pain fermenté est de beaucoup supérieur comme aliment; mais la manière de voir que je professe a été déjà soutenue en 1843 par Robert D. Thompson, de Glascow. Ce chimiste, ayant porté son attention sur la valeur comparative, chimique et médicale du pain fermenté et non fermenté, a conclu de ses recherches que la supériorité accordée au premier ne lui paraissait pas fondée.

« Si, dit-il, on presse dans les mains un morceau de pâte et qu'on l'avale en » cet état, ce sera une nourriture indigeste pour la plupart des hommes, à cause » de sa nature compacte et de l'absence de cette désagrégation des molécules, » premier élément de la digestion. Mais si la même pâte est soumise un temps » suffisant à la température élevée d'un four, ses rapports avec la puissance digestive de l'estomac seront changés, parce que l'eau à laquelle elle devait sa » ténacité aura été expulsée, et que le seul obstacle à sa complète division et à » son appropriation aux forces dissolvantes de la digestion aura été écarté » (Revue scientifique, mars 1844).

Comme on le voit, mes recherches confirment, avec une explication bien différente néanmoins, celles du chimiste anglais; et puisqu'il assure que le pain fermenté perd un quinzième de sa valeur nutritive, ce sujet paraît digne d'attirer l'attention des économistes.

naires; réprimer et guérir, dans le plus bref délai, ces fluxions, en luttant contre elles sur le siége où elles se sont faites.

1° Le premier précepte ne fait pas ordinairement partie des règles de thérapeutique usuelles; indication toute négative, il ne semble point au premier coup d'œil mériter une mention spéciale. Mais on pense tout autrement dès qu'on a vu quelques malades; il suffit de trois mois de cette pratique spéciale pour se convaincre que de toutes les choses qu'on exige de ceux qui se croient atteints de syphilis, la plus importante et la plus difficile à obtenir d'eux est de ne rien faire et de ne rien prendre. Parmi les individus que j'ai vus affectés de la *fluxion par accès*, la grande moitié était fermement imbue de l'idée que la vérole causait tous ses maux et s'était déjà traitée en conséquence; l'autre moitié ne demandait qu'à le croire, et malgré l'horreur innée du peuple pour le mercure, l'aurait, sur un mot de moi, avalé par onces et par livres. Il faut avoir été poursuivi, harcelé par ces malheureux, s'être trouvé en butte à leurs stratagèmes, avoir subi leurs divagations aboutissant toujours à une même conclusion, pour savoir combien est forte leur conviction et à quels funestes effets elle les peut conduire, dans un milieu social où chaque industriel de carrefour est libre de vendre à prix d'or un remède menteur qui, consacrant ce préjugé, aggrave le mal sans guérir au moins de sa désespérante erreur le malade abusé. C'est dans cette classe de chalands que les robs, les sirops de salsepareille, le remède de Ch. Albert, les traitements végétaux, le dépuratif *mexico-Sabatier*, les méthodes faciles à suivre en secret et en voyage, obtiennent leurs plus beaux succès... commerciaux. Un commis-voyageur, que je reçus dans mon cabinet, avait déjà pris quinze bouteilles de sirop concentré de salsepareille. Il n'y avait rien gagné; mais sa bourse s'était épuisée et non pas sa confiance. Persuadé qu'il marchait dans la bonne voie, mais n'était pas, disait-il, assez riche pour pouvoir achever de se guérir, il venait me demander la faveur d'entrer à l'Antiquaille. Lorsqu'il fut reçu, tout en rétablissant sa santé, j'eus à m'occuper aussi du soin de traiter son moral.

Il ne faut pas croire que cette abstinence de toute médication antivénérienne soit chose aisée à obtenir, et qu'une simple prescription prohibitive puisse suffire pour atteindre le but. Plus l'idée qu'ils ont de la vérole semble pénible et désespérante, plus les malades paraissent s'y complaire et s'y enraciner. Profitant habilement des moindres similitudes, ils prennent pour ainsi dire à tâche d'égarer notre diagnostic, et deviennent parfois pour le médecin inexpérimenté de dangereux argumentateurs. J'ai eu dans un de mes clients, homme d'esprit d'ailleurs et même de bon sens en toute autre chose, un de ces rudes jouteurs dont chaque visite est une discussion en règle, lui voulant absolument être vérolé, moi ne lui cédant rien sur ce point. — Mais, docteur, ne voyez-vous pas que le mal revient toujours à la gorge? N'apercevez-vous pas de petits chancres vers la racine de la langue? Eh bien! je suis sûr, moi, qu'il y en a de pareils au fond du gosier. N'est-ce pas là précisément que viennent les ulcères vénériens? Et depuis que vous me traitez, ne conviendrez-vous pas que le mal n'a été que *blanchi*, puis qu'il reparaît sans cesse? Il me semble que quand je prenais du mercure, avant de vous consulter, cela allait réellement un peu mieux. Si nous le recommencions, rien que pour essayer, rien que pendant huit jours? — Que répondre à cela? Comment réfuter des gens qui, se trompant eux-mêmes, se croient dans leur intérêt et par conséquent dans leur droit en vous trompant sur leurs antécédents, sur leurs sensations, sur la marche et les progrès du mal, sur tout ce que vous ne pouvez pas voir et contrôler par vous-même? Quand je m'aperçois que malgré mes assertions positives et réitérées, un malade persiste dans sa croyance: Monsieur, lui dis-je du ton le plus propre à me faire écouter, mon habitude des maladies vénériennes, l'attention que je viens de donner à votre récit, l'examen scrupuleux des symptômes que vous présentez, me permettent de vous affirmer avec la plus entière certitude que vous n'êtes point affecté de syphilis. Si vous aviez besoin de mercure ou de quelques remèdes de ce genre, je vous le dirais avec la même franchise, car je ne puis avoir d'autre but que de vous guérir; et sous le rapport même de l'intérêt pécuniaire, vous comprenez bien qu'il y aurait avantage pour moi à vous laisser faire un traitement long et demandant à être suivi de près, au lieu des soins très-simples que je me borne à vous recommander. Si donc, contre vos idées et votre désir, je vous détourne maintenant de tout traitement antisyphilitique, croyez qu'il faut pour cela que ma conviction soit bien profonde, puisqu'en l'exprimant je m'expose à perdre votre confiance, et je compromets de toute manière mes intérêts, qu'avec un peu de condescendance il me serait aisé de servir. — Les malades à qui je tiens ce langage s'en vont ordinairement sans rien trouver à répliquer; mais je ne doute pas qu'en sortant de chez moi la bonne moitié n'aille acheter, chez le pharmacien ou le charlatan du coin, un sirop ou des pilules pour se *purifier* le sang.

L'usage des mercuriaux, de l'or, des sudorifiques, des *dépuratifs* dans notre maladie, n'est pas seulement pernicieux par la stimulation générale que ces médicaments déterminent là où il y aurait au contraire besoin de délayants et de tempérants; un autre inconvénient, et peut-être le pire, de leur administration, est de laisser aux malades la persuasion qu'ils sont réellement affectés de la vérole, et de leur donner à perpétuité les mille tourments de la syphilophobie. Et qu'on ne dise pas que ces tourments, purement imaginaires, ne méritent pas d'être plaints: c'est leur cause qui est imaginaire, mais l'effet ne m'en paraît que trop véritable. Est-ce pour de *prétendues* souffrances qu'on voit ces malheureux courir les hôpitaux, abandonner leur famille, renoncer à tout plaisir, à toute occupation, solliciter et suivre les traitements les plus dispendieux et les plus assujettissants? Aussi ne puis-je voir sans pitié un misérable de cette espèce! Jamais je ne transige avec son erreur; jamais je ne consens, ni dans son soi-disant intérêt ni *pour m'en débarrasser*, à lui ordonner un remède insignifiant étiqueté *mercure*. Je raisonne avec lui, je tâche de faire descendre la médecine à sa portée; et si je ne peux parvenir à le persuader, je n'ai pas du moins à me reprocher d'avoir favorisé une illusion aussi dangereuse pour lui. — En y réfléchissant un peu, on comprendra, du reste, que ces traitements trompeurs par le *protoxyde d'hydrogène* ou les pilules *micâ panis* n'auraient ici aucune chance de réussite. On peut, à l'aide de cet utile mensonge, abuser des malades dont l'esprit seul est frappé; mais dans la *fluxion par accès*, il y a bien réellement des symptômes, des lésions appréciables, et si adroite que puisse être la supercherie, l'individu qui les prend pour des signes de vérole ne se laissera point persuader qu'il est guéri tant qu'il les verra récidiver.

2° Détruire ou diminuer la disposition de l'organisme aux mouvements fluxionnaires est la seconde, et je dirai aussi la principale indication. Après ce que j'ai exprimé plus haut, son importance, son indispensable nécessité, n'a pas besoin d'être démontrée. Il ne peut donc être en ce moment question que des moyens de la remplir.

Il va sans dire que si l'on trouve dans les antécédents du malade quelque affection habituelle, une fluxion supprimée, une dartre trop vite guérie, un exutoire enlevé, une sécrétion prédominante imprudemment réprimée, une évacuation sanguine ou une purgation omise, des habitudes brusquement changées, etc., c'est à rétablir l'ordre accoutumé que le médecin devra d'abord s'attacher. Mais ces préceptes, excellents à rappeler dans un livre et qui donnent à si peu de frais à chaque écrivain l'apparence d'un praticien consommé, n'ont que bien rarement l'occasion de s'appliquer dans la pratique. Le plus souvent la voie de dérivation n'est pas aussi clairement désignée par la nature: c'est au médecin à la choisir, et à discerner le système organique sur lequel il pourra le plus efficacement et le plus sûrement opérer une révulsion salutaire. Or la peau ne paraît pas offrir pour ce but de grandes chances de succès: soit sympathie trop étroite avec les organes génitaux, soit connexion intime avec les muqueuses, les irritations artificielles entretenues sur elle au moyen d'exutoires réussissent en général assez peu. Je ne les ai ordonnées, pour mon compte, que très-exceptionnellement, et je ne les ai pas vues non plus souvent prescrites par mes confrères. Mais beaucoup des malades qui m'ont consulté avaient commencé par mettre d'eux-mêmes une mouche (vésicatoire) au bras; et aucun n'accusait, à la suite de ce remède, d'amélioration un peu notable, si ce n'est (ce dont pas un ne manque de se féliciter) que la mouche avait beaucoup donné, preuve certaine qu'ils en avaient le plus grand besoin!

Le moyen par excellence pour moi, celui qui se trouve le plus communément adapté aux diverses constitutions individuelles, qui d'ailleurs se recommande par les succès les plus nombreux, est l'usage des purgatifs, mais des purgatifs doux et donnés à doses faibles et continues. Le sulfate de soude et le sulfate de magnésie remplissent très-convenablement ces indications. Soit à l'Antiquaille, soit dans ma pratique particulière, j'ai fait de leur administration presque une méthode générale de traitement dans ces cas. Voici comment je procède: le malade prend tous les matins à jeun 18, 20 ou 25 grammes (selon l'âge et le tempérament) du sel, dissous dans une verrée d'eau ou de petit-lait. Ceci se continue pendant huit ou dix jours; après quoi j'accorde une semaine de relâche, sauf à recommencer ultérieurement une ou plusieurs fois de la même manière avec les mêmes suspensions ou des intervalles plus longs, selon les circonstances. — En supprimant ainsi à temps le médicament, j'évite son action irritante, et je suspends précisément au moment où son *effet consécutif* allait convertir la purgation en constipation habituelle; car c'est une sécrétion muqueuse des follicules intestinaux que je veux provoquer, non une forte irritation de la muqueuse; et je crois ces prudentes alternatives nécessaires pour éviter le second résultat tout en poussant le premier jusqu'aux limites où il est possible de l'obtenir. — Les succès que j'ai obtenus de cette médication ainsi maniée me la font recommander avec insistance aux praticiens. Je n'ai eu recours aux saignées locales et générales que lorsque la constitution ou quelques épiphénomènes, tels qu'une démangeaison opiniâtre, la fièvre, l'insomnie, etc., les réclamaient impérieusement.

Plusieurs des malades qui me sont arrivés avaient déjà été traités par l'iodure de potassium, et ils l'avaient été sans succès. Je ne me rappelle jamais sans sourire un pauvre cordonnier, à qui l'un de mes jeunes con-

frères, ébloui des miracles qu'il entendait attribuer à l'iodure et en croyant voir là l'indication, avait très-catégoriquement assuré une prompte guérison par l'usage de ce remède. Au bout de deux mois le mal n'avait pas perdu un pouce de terrain; mais la promesse avait été si formelle, que le patient osait à peine abandonner l'emploi de ce médicament auquel il croyait sérieusement devoir au moins de n'avoir pas été jusque-là plus malade. Nul doute que l'iodure de potassium ne soit un médicament admirable. Pour mon compte, je l'ai très-souvent vu, dans les phénomènes tertiaires, opérer des cures plus rapides que le mercure même dans les secondaires. Mais ici où il n'y a ni principe syphilitique à combattre ni diathèse scrofuleuse à corriger, l'induction ne saurait engager à l'essayer, et ce que j'ai vu de son emploi dans ces cas justifie largement cette proscription théorique.

Quelques bains, une boisson rafraîchissante acidulée telle que la limonade ou les solutions de sirops de groseilles, de limons, de vinaigre, l'usage du lait d'ânesse, l'air de la campagne, un régime doux et relâchant, seconderont à merveille l'emploi de ces moyens. Les bains sulfureux, certaines eaux minérales, l'usage interne de l'eau de Baréges à la dose de quatre cuillerées à bouche tous les jours dans un verre de lait, quelques frictions sèches, m'ont été utiles chez les malades qui avaient eu autrefois une éruption chronique, ou dont la peau très-impressionnable trahissait une extrême susceptibilité primitive à devenir le siége de prédilection des décharges fluxionnaires.

Parmi les aliments ou boissons à éviter, se trouvent principalement les moules, les huîtres, le poisson de mer, le gibier, la charcuterie, le vin blanc, les vins mousseux, le cidre, etc.

Je conseille un exercice doux, et non-seulement de l'exercice, mais des travaux modérés, des occupations qui attachent sans fatiguer. Quand le malade recommence à s'adonner à sa profession, il cesse bientôt de se préoccuper de *sa syphilis*. J'en ai vu qui se croyaient de bonne foi incapables de reprendre leurs fonctions habituelles : il faut, dans ce cas, le leur imposer à titre d'ordonnance; il faut aussi ne pas les écouter toutes les fois qu'il leur plaît de venir vous conter leurs doléances, et savoir à propos leur fermer votre cabinet quand ils l'assiégent trop assidûment pour leur repos. A force de parler d'une chose, on finit par se la persuader; et ceux-là ne sont déjà que trop convaincus.

Le malade devra encore éviter de s'exposer au froid et à l'humidité: se tenir les pieds chauds et secs est ici une règle de la plus haute importance.

Enfin, le premier soin du médecin appelé à traiter une maladie de cette espèce est d'en neutraliser la cause primordiale en guérissant au plus tôt les écoulements chroniques de l'urètre ou les chancres lorsque ces symptômes, point de départ de toute l'affection, persistent encore à cette époque.

3° Le traitement qui s'adresse localement à chaque lésion ne prête qu'à un bien petit nombre de remarques générales. On peut cependant dire d'une manière absolue qu'il se compose de médications astringentes, cathérétiques, caustiques plutôt que d'émollients et de sédatifs : c'est là le remède éprouvé pour ces régions, c'est *la médecine spéciale des orifices*. L'indication ici est d'éteindre la manifestation morbide sur place dans le plus bref délai aussitôt après son apparition. Cependant il ne conviendrait pas de la réprimer sans faire marcher parallèlement le traitement général qui vient d'être indiqué. Je ne veux point dire par là que la médication locale employée seule fît courir quelques risques au patient; car, dans cette maladie, les jetées fluxionnaires sont de trop peu d'importance pour que leur répercussion puisse devenir l'occasion d'un danger un peu sérieux. Seulement, en se bornant à combattre le mal là où il se montre, on s'exposerait presque sûrement à le voir récidiver bientôt au même siége ou reparaître dans l'une des parties qui sont ses résidences de prédilection. — Il est bien entendu néanmoins qu'en prenant la maladie dès son début, on pourra parfois espérer de la terminer, de l'étouffer par une médecine purement locale, et que, dans tous les cas du reste, l'énergie et la durée du traitement général devront être proportionnées à l'ancienneté de la disposition morbide de l'organisme.

Résumons maintenant les règles plus particulièrement applicables au traitement direct de chacune des lésions qui ont été précédemment décrites.

A. *Rougeur et gerçures à la marge de l'anus.* — Sans passer ici en revue tous les topiques qui peuvent être employés avec avantage contre cette lésion, je dirai immédiatement celui dont une expérience déjà assez multipliée m'a démontré la réussite à peu près constante. Il n'y a rien là du reste qui m'appartienne en propre, et si je le préconise comme moyen presque infaillible, c'est moins pour l'honneur qui m'en peut revenir qu'à cause des services que sa vulgarisation doit rendre. Ce traitement consiste en deux mesures parallèles, concourant différemment au même but et appuyant mutuellement leur effet : par la première, on provoque directement l'astriction des bords de l'anus; par la seconde, on fait que les matières qui ont à passer par cette ouverture soient assez molles pour ne pas la distendre, pour ne pas rouvrir ses gerçures en la traversant. Pour remplir la première indication, je conseille au malade de porter soir et matin au fond de l'anus avec le bout de son petit doigt gros comme un noyau de cerise d'une pommade contenant du tannin. Voici la formule par laquelle je débute :

Axonge.	15 grammes.
Tannin.	1 gramme.

On élève peu à peu la quantité de tannin jusqu'à 3 grammes et plus, selon l'effet curatif et suivant son action sur la sensibilité de la partie. Pour que cette application soit bien faite, il faut que le malade fasse pénétrer le doigt aussi profondément que possible, mais *sans forcer le passage*, et qu'il laisse ensuite la pommade en place. — Dans le cas où les gerçures sont situées plus haut, on se trouvera bien d'injecter avec une petite seringue une solution de tannin dans le rectum. La quantité du liquide introduit devra être assez peu considérable pour qu'il puisse être retenu quelque temps à demeure. — Dans les deux cas, le malade doit ressentir une cuisson légère, mais se prolongeant quelque temps après le moment du pansement.

En même temps qu'on rend ainsi les tissus de l'orifice plus résistants, on diminue l'effort qu'ils ont à supporter dans la défécation en donnant plus de mollesse aux matières des évacuations alvines. Cette indication se remplit par l'usage des purgatifs salins donnés à petite dose et répétés quotidiennement. Ce second précepte est aussi essentiel à observer que le premier; d'ailleurs, le praticien aura d'autant moins de répugnance à s'y conformer qu'il satisfera ainsi à la fois et à l'exigence du traitement local et à celle du traitement général, dont on a vu précédemment que les purgatifs réitérés forment la partie la plus importante.

Beaucoup de médecins, dès qu'ils découvrent une gerçure ou fissure de l'anus, tirent de leur trousse le crayon de nitrate d'argent, voyant dans la cautérisation le spécifique assuré de cette lésion. Telle a été aussi ma pratique dans le commencement; de nombreux insuccès m'ont ouvert les yeux, et j'ai définitivement renoncé à la cautérisation, toutes les fois du moins que la petite ulcération est de nature simple.

Certains soins hygiéniques sont particulièrement indispensables pour le traitement de ces gerçures. Il faut souvent changer de linge, se laver avec de l'eau ni chaude ni froide, mais seulement dégourdie, renoncer aux occupations qui retiennent assis pendant longtemps. Un employé aux bureaux des bateaux à vapeur a dû uniquement à cette dernière précaution la guérison d'une incommodité de ce genre, contre laquelle nous avions inutilement épuisé, lui sa patience, et moi mon arsenal thérapeutique.

B. *Rougeur de l'arrière-bouche et du pharynx.* — Les gargarismes émollients, ceux avec l'orge, le sirop de mûres, le miel rosat et même le sulfate d'alumine, ne réussissent qu'incomplétement ou que très-lentement contre cette forme. Je me suis bien trouvé, en définitive, d'en venir de suite aux remèdes héroïques, c'est-à-dire à la cautérisation. Avec un pinceau de charpie imbibée de nitrate acide de mercure, et préalablement égoutté, je barbouille toute la surface qui, à l'examen, m'a paru être le siége d'une rougeur anormale. Il faut passer le pinceau partout, mais l'y passer rapidement et sans beaucoup appuyer. L'opération devra être recommencée trois ou quatre fois, à quatre ou cinq jours d'intervalle. — Les attouchements avec l'ammoniaque liquide ont une action plus douce, mais leur efficacité curative m'a paru moindre.

C'est surtout ici que je recommanderais le plus vivement de ne jamais employer le mercure ni l'iodure de potassium. Chez deux malades que je traite encore en ce moment, et qui à la vérité en avaient pris des quantités énormes, ce dernier remède a produit sur la paroi interne des joues, sur le bord libre des piliers palatins, derrière la dent de sagesse, une irritation avec sécrétion de pellicules blanchâtres, s'accompagnant de douleur, de difficulté d'écarter les mâchoires, de sensation d'ardeur et de sécheresse, d'impossibilité de mâcher des corps durs. Cet état, réfractaire à tous les moyens que j'ai pu employer, dure encore, quoique adouci, chez l'un d'eux, depuis dix-huit mois.

Pédiluves, cravate la nuit autour du cou, bas de laine, éviter soigneusement de respirer l'air froid et humide, surtout le matin, boissons prises chaudes, quand il est possible, etc.

C. *Erythème et vésicules au prépuce et au gland ou à la vulve.* — Le nitrate d'argent est ici le remède souverain. Les applications contenant du tannin, du vin, de l'extrait de saturne, du sulfate de zinc, de l'alun, du chlorure de chaux, etc., peuvent bien adoucir les symptômes et abréger leur durée; mais nul ne possède, comme le nitrate d'argent, le pouvoir de les éteindre immédiatement et de s'opposer à leur récidive; car la modification qu'il imprime au tissu est telle qu'elle suffit quelquefois, dans ce cas, pour prévenir tout retour de la fluxion, sans même qu'il ait été besoin de recourir au traitement général. C'est là, il est vrai, une exception au prin-

cipe que j'ai posé ci-dessus; mais elle est entièrement due au nitrate d'argent et à la force de sa vertu spéciale. J'ai donc adopté pour l'herpès *præputialis* les règles posées par mon excellent maître et ami M. Ricord : appliquer autour du gland dix ou douze brins de charpie fine imbibés de la solution suivante :

Eau distillée.	25 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé	1 gramme.

On renouvelle la charpie deux fois dans les vingt-quatre heures; et on cesse cette application au bout de quatre, cinq à six jours. On peut augmenter dans la dissolution la proportion du sel caustique, si celle-ci n'amène pas assez promptement la desquammation de la couche épidermique.

Lorsque le mal occupe le fourreau de la verge, ce traitement n'a pas ordinairement la même activité. Cela tient à deux raisons : d'abord parce que le pansement est beaucoup moins facile à fixer en place; en second lieu, parce que la partie étant moins humide que le prépuce ou le gland, l'action chimique cautérisante du nitrate d'argent est nécessairement plus faible. J'emploie, dans ces cas, de préférence des frictions avec une pommade, où je porte quelquefois la quantité de nitrate d'argent jusqu'à 15 décigrammes pour 15 grammes d'axonge. — Parfois même, lorsqu'il s'agit de papules plutôt que de vésicules, lorsque la peau est trop sèche, je me trouve bien d'y déterminer préalablement un travail inflammatoire artificiel qui y fait affluer les liquides et la prédispose à subir ensuite plus efficacement l'action médicatrice du nitrate d'argent. Dans ce but, je la fais frotter trois ou quatre fois par jour avec la pommade suivante :

Axonge.	12 grammes.
Protoiodure de mercure	1, 2 ou 3 grammes.

J'augmente ainsi graduellement la quantité de protoiodure de mercure, la durée, la force et la fréquence des frictions, jusqu'à ce que l'effet irritatif voulu soit produit; puis, après l'avoir maintenu pendant un jour environ au point où je le désirais, je substitue à cette application celle de la solution ou de la pommade de nitrate d'argent.

C'est particulièrement dans cette forme de la *fluxion par accès* que l'abstinence de marée, d'huîtres, de vin blanc, la continence, doivent être observées. Pour quelques individus, un seul écart de ce genre ramène le mal si infailliblement qu'ils peuvent le prévoir à coup sûr et l'annoncent d'avance. N'oublions pas de mentionner la loi de l'*acclimatement vénérien*, formulée par M. Ricord, et qui trouve ici une application journalière. Un homme voit habituellement sa maîtresse sans en ressentir de fâcheux effets; s'il lui arrive d'aller souper ailleurs, même à la porte du temple, même en lieu parfaitement sain, il contractera un accès d'herpès.

D. *Excoriations au pourtour des narines.* — La difficulté de maintenir en place les objets de pansement rend le traitement de cette légère incommodité assez difficile. Quand les excoriations sont très-visibles à l'extérieur, quelques onctions avec une pommade au calomel, des lotions un peu astringentes, et particulièrement celles faites avec la décoction d'écorce d'orme pyramidal, le soin de ne se moucher qu'avec beaucoup de précaution et de ne jamais porter les doigts aux narines, suffisent le plus souvent. — Si le mal est situé plus profondément, on doit y diriger les remèdes sous formes de fumigations, de poudres astringentes, comme l'alun et le sucre candi, prisées en guise de tabac, en y portant tous les soirs, avec l'extrémité d'une plume, un peu de pommade qu'on laisse en place toute la nuit. La nature des remèdes est la même; le mode d'application diffère seul.

E. *Exulcérations de la langue et des lèvres.* — Le plus souvent, lorsque j'ai les malades toujours à ma disposition, je me borne à toucher ces exulcérations avec le nitrate d'argent toutes les fois qu'elles se reproduisent. S'il ne m'est pas possible de suivre la maladie aussi assidûment, je recommande de passer ou d'exprimer sur les parties affectées un linge imbibé de fort vinaigre ou de jus de citron, et de réitérer cette application deux ou trois fois par jour. Lorsque la lésion s'obstine à reparaître plusieurs fois de suite dans le même point, on se trouve bien d'y porter trois ou quatre fois dans la journée un peu de poudre de chlorure de chaux avec le bout du doigt préalablement mouillé de salive. Une irritation parfois assez vive est la suite de cette application; mais en général elle produit un excellent effet, et lorsque la phlegmasie artificielle s'est apaisée, on observe que la muqueuse ne manifeste plus la même tendance que précédemment à subir ce travail de fluxion périodique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

III. ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMMTE MEDICIN;

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers d'octobre et de décembre contiennent les notices et articles originaux suivants : 1° *Sur l'emploi extérieur du calomel en poudre dans les ophthalmies;* par le docteur Munchmeyer. (Article déjà analysé dans la précédente revue.) 2° *Sur l'impossibilité d'établir un courant d'air dans l'oreille moyenne à l'aide de la presse pneumatique;* par le docteur Lode. (Réponse à un passage de l'ouvrage de M. Kramer où celui-ci avait réfuté l'assertion de M. Lode, consistant à nier la possibilité de faire renouveler l'air dans l'oreille moyenne à l'aide d'une canule dont le bec remplirait complétement l'orifice de la trompe d'Eustache parce que l'air comprimé ne trouverait pas d'issue.) 3° *Sur la constitution médicale de Hambourg en 1844;* par le docteur Stahlmann. 4° *Observations;* par le docteur Mickwitz. (1° De l'action thérapeutique du magnétisme minéral; 2° recommandation d'un nouvel emplâtre agglutinatif; c'est tout simplement de la colle forte étendue sur du linge pour rapprocher les lèvres des plaies; 3° histoire d'une diplopie guérie par un petit vésicatoire placé sur la tempe et entretenu pendant quelque temps.)

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU MAGNÉTISME MINÉRAL; par M. le docteur MICKWITZ (de Saint-Pétersbourg).

Il existe probablement peu d'exemples où le magnétisme minéral ait été employé dans des affections aussi anciennes que dans les deux cas suivants et où la guérison ait été aussi frappante; nous avons eu dans le temps souvent recours au magnétisme minéral dans les chutes des paupières, dans des sciatiques, des gastralgies, etc. Son action a été presque toujours immédiate; mais, au fur et à mesure que le traitement était continué, les bons effets diminuaient et cessaient enfin complétement.

OBS. I. — Mademoiselle de G..., âgée de 30 ans, s'est refroidie pendant l'époque menstruelle jusqu'alors régulière. Elle fut prise d'un rhumatisme fébrile des muscles de la hanche et de la partie postérieure de la cuisse du côté gauche. Depuis cette époque la menstruation ne revint plus; les douleurs aiguës, combattues par un traitement antiphlogistique, ne furent jamais complétement supprimées, et la malade souffrit d'une grande faiblesse de la jambe gauche; elle était forcée de garder le lit, et à peine pouvait-elle faire, à l'aide de béquilles, quelques pas pendant les rémissions. Les époques de la menstruation supprimée s'annonçaient encore par des efforts à des époques régulières; la malade avait alors des symptômes hystériques, des difficultés à digérer, des constipations, etc. Pendant près de trois ans, cette malade fut presque constamment soumise à un traitement; elle passa même dix mois dans un pays chaud; son état restant toujours le même, M. Mickwitz fut consulté; il plaça deux plaques magnétiques sur la région pubienne; le pôle sud dirigé vers la ligne blanche, le pôle nord vers la sortie du nerf crural; trois plaques sur la cuisse, l'une au-dessus de l'autre, de telle manière que le pôle sud regardait toujours en haut et que celui de la première plaque correspondait à l'endroit de la hanche où la douleur paraissait prendre son origine, tandis que le pôle nord de la troisième répondait au creux du jarret; un aimant à fer à cheval fut placé sur le mollet gauche.

La réaction locale caractérisée par une démangeaison, un sentiment de brûlure, des pustules, se déclara en peu de jours et avec elle la douleur diminua, et les mouvements devinrent plus libres dans la partie affectée.

Dix jours après l'application des aimants, la menstruation supprimée depuis trois ans apparut sans être précédée de symptômes orageux; elle dura pendant cinq jours consécutifs; la douleur disparut peu à peu, les mouvements se rétablirent, la digestion se fit facilement, et l'état général de la malade devint si satisfaisant qu'elle put déjà, après cinq semaines de traitement, faire de grandes promenades à pied sans éprouver d'autres douleurs qu'un sentiment de fatigue dans la jambe gauche, qui disparut aussi complétement un mois après. On ôta alors les plaques magnétiques qui avaient été appliquées pendant neuf semaines. La guérison s'est maintenue depuis cette époque; il y a maintenant quatorze mois.

OBS. II. — M. de B... souffrait, à la suite d'une chute sur les reins, depuis quatorze ans, de douleurs dans la région du sacrum qui s'étendirent à la face postérieure des cuisses jusqu'aux mollets. Les douleurs persistaient pendant quelques jours, alors la marche devenait très-pénible, même impossible. L'état général était très-satisfaisant, sauf une grande faiblesse qui s'est manifestée dans les dernières années aux jambes, principalement à gauche. Dans le principe de la maladie, on eut recours aux sangsues, aux vésicatoires, aux bains, à la noix vomique, à l'électricité, etc. M. Mickwitz eut recours au magnétisme minéral qui était d'autant plus indiqué que l'affection ne paraissait pas être organique; car les douleurs étaient périodiques et ne pouvaient pas être provoquées

par une pression sur la colonne vertébrale. On appliqua deux aimants en fer à cheval sur les mollets et deux plaques à la partie inférieure de la face postérieure des cuisses, une plus grande plaque sur le sacrum, et le malade ainsi armé fut renvoyé dans ses foyers à Moscou. Après six semaines, il écrivit au médecin que la faiblesse et les douleurs avaient disparu. Depuis cette époque, il y a un an et demi, il n'a plus donné de ses nouvelles.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

CAS REMARQUABLE D'IMPERFORATION DE L'ANUS CONGÉNITALE; par le docteur RITTER, à Rottenbourg.

OBS. — Un individu affecté d'hypospadias, dont le père avait le même vice de conformation et qui était déjà père de deux filles bien constituées, engendra dans la quatrième année de son mariage, en 1844, un fils affecté de la difformité suivante: il n'y avait pas d'anus, et la place que cette ouverture devait occuper n'était indiquée par aucune trace; mais par contre il existait le long du raphé une galerie sous-cutanée ayant l'aspect d'un chapelet noirâtre, et se terminant vers le milieu de la face inférieure du pénis par une petite ouverture. C'est par cette ouverture, qui admettait à peine le bouton d'un stylet, que l'enfant rendait avec des efforts et des cris les vents et les matières fécales; et il était remarquable de voir comment les parois de ce canal se soulevaient le long du raphé lorsqu'il était distendu par les flatuosités. L'urine passait librement. Le deuxième jour après la naissance, la sage-femme et les parents, s'apercevant de ce vice de conformation, ont appelé un chirurgien qui a plongé un bistouri à l'endroit qu'occupe ordinairement l'anus. La ponction fut faite trop près du coccyx. Un peu de matière fécale s'échappa par cette ouverture; néanmoins il en passa encore d'autre, accompagnée de gaz, par l'orifice au-dessous de la verge. M. Ritter, consulté vers la troisième semaine, introduisit d'abord une sonde, et s'assura que la galerie ne communiquait pas avec le canal de l'urètre et qu'elle aboutissait derrière le scrotum à un sac dur, bien circonscrit, qui était évidemment le rectum. Une incision, pratiquée tout le long du trajet fistuleux, ouvrit le sac et forma ainsi un anus à l'endroit normal par lequel les matières fécales et les flatuosités passèrent en grande quantité et soulagèrent l'enfant. Celui-ci vécut encore quinze jours et mourut de consomption.

Cette variété d'imperforation de l'anus est une des moins fâcheuses, en ce qu'elle a de l'analogie avec le cas où le bout du rectum s'ouvre dans la fosse naviculaire chez les petites filles, et que le pertuis qui se trouve au-dessous de la verge peut servir de guide aux instruments qui doivent arriver au rectum.

DE L'HISTOIRE ET DE LA NATURE DE LA VARIOLOÏDE; par le même.

Une dissertation remarquable par les recherches historiques sur la variole, l'inoculation et la vaccine, précède ce mémoire sur la varioloïde que l'auteur résume dans les propositions suivantes :

1° La varioloïde, plus anciennement connue en Europe que la vaccination, n'est pas dans un rapport de causalité avec elle.

2° La varioloïde fut observée chez des individus vaccinés, non vaccinés, chez ceux qui avaient eu la variole et chez ceux qui n'avaient pas eu la variole; en partie seule, en partie à la suite ou en même temps que la variole et la vaccine; elle n'est donc pas une maladie hybride, mais elle a un genre particulier.

3° En inoculant la varioloïde aux individus vaccinés et non vaccinés, à ceux qui ont eu la variole ou à ceux qui ne l'ont pas eu, on obtient en partie des pustules varioloïdes, en partie des pustules ressemblant à celles de la vaccine: preuve évidente de la nature particulière de la varioloïde,

4° Si on inocule un mélange de lymphe, de variole et de vaccine, on produit des pustules qui ressemblent soit à l'une soit à l'autre de ces deux maladies, mais non des pustules de varioloïde; cette maladie n'est donc pas un mélange des deux autres.

5° La varioloïde se développe spontanément dans notre climat sous certaines conditions atmosphériques, et peut se propager par infection ou inoculation et même devenir épidémique.

6° Il ne suffit pas de l'infection et de la contagion pour que la varioloïde forme une épidémie, mais il faut encore que les organismes soient préparés par des conditions atmosphériques, un génie épidémique, etc.

7° La varioloïde est communément une maladie bénigne, rarement mortelle.

DE LA NÉCROSE DES MACHOIRES SOUS L'INFLUENCE DES VAPEURS DE PHOSPHORE; par le docteur HUBBANER (à Ludwigsbourg.

Ces observations se multiplient tellement sur tous les points de l'Europe qu'il est urgent de s'en occuper sous le point de vue de l'hygiène publique et d'engager les autorités à prendre des mesures efficaces pour préserver les ouvriers de ces fâcheux accidents. M. Hubbaner rapporte les trois cas suivants :

OBS. I. — Une fille de 20 ans, légèrement scrofuleuse, était employée depuis un an à tremper des allumettes dans la pâte de phosphore, lorsqu'elle eut des douleurs et un gonflement à la mâchoire supérieure gauche; il s'y forma un abcès dans lequel on découvrit, à l'aide de la sonde, un os carié. Malgré beaucoup de moyens internes et externes, la carie fit des progrès, des esquilles se détachèrent, la suppuration répandit une odeur insupportable, et la malade mourut épuisée.

OBS. II. — Un homme de 46 ans, employé depuis plusieurs années à tremper des allumettes, eut aussi des douleurs et un gonflement aux mâchoires supérieures; les dents tombèrent, le bord alvéolaire parut à nu. Le malade, qu'on fit immédiatement sortir de la fabrique, est encore en traitement.

OBS. III.—Un cas de nécrose des os de la mâchoire s'est présenté à Thaslheim. Le malade fut transporté à la clinique de Tubingue.

CONVULSIONS CHEZ UN ADULTE PRODUITES PAR DES LOMBRICS; par le docteur RIECKE (à Stuttgart).

OBS. — Une fille de 20 ans fut prise subitement de convulsions après avoir mangé des choux avec de la viande grasse fumée. M. Riecke, trouvant le ventre plus gros que ne le comportait son embonpoint général, crut devoir attribuer les convulsions à des vers; il prescrivit une infusion concentrée de semen-contra avec des feuilles de séné et un sel neutre dont on donna quelques cuillerées pendant les courts intervalles des convulsions qui durèrent quatre heures, au bout desquelles la malade rendit cinq lombrics et revint ensuite à elle. Sous l'influence de la potion qui fut continuée les jours suivants, elle rendit encore plus de cent vers; depuis, la santé devint florissante.

SUR LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LES ENFANTS, ET SUR SON TRAITEMENT; par M. HAHN, D. M. à Stuttgart.

L'auteur, après avoir signalé les inconvénients et l'inefficacité des différentes méthodes curatives employées dans cette infirmité, fait connaître un mode de traitement qui réunit, dit-il, les avantages des autres systèmes sans en offrir les inconvénients, et qui lui réussit depuis douze ans. Sa méthode consiste à ramasser en un large pli longitudinal la peau de la région ombilicale au devant de l'anneau, sans l'enfoncer dans cette ouverture, et à maintenir ce pli renversé un temps suffisant, au moyen d'emplâtres agglutinatifs.

V. ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE.

Les troisième et quatrième cahiers de 1845 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Sur l'influence toxique des papiers de tenture verts:* 2° *sur l'examen médico-légal de l'infanticide*; par M. Schürmayer. (Article de résumé. Remarques critiques sur la nouvelle législation des États de Bade à ce sujet.) 3° *Matériaux pour servir à l'histoire des plaies de tête, au point de vue médico-légal;* par M. Ebel. (Deux observations de fractures du crâne, suivies de mort; autopsies; expertises médico-légales). 4° *Rapport sur un cas de plaie de poitrine par arme à feu chez une jeune fille de 15 ans*; par M. Niess. (Coup de fusil en pleine poitrine, chargé à plomb (n° 7 environ); assez grand nombre de plaies pénétrantes distinctes; hémorrhagie, puis emphysème; plus tard, épanchement séro-purulent dans la plèvre droite; suffocation imminente; réouverture spontanée de quelques-unes des plaies et issue d'une grande quantité de pus; guérison avec déviation de l'épine à gauche, par suite de l'emphysème.) 5° *Rapport sur l'état mental d'un homme atteint de monomanie religieuse-militaire.* (Cet homme ayant été placé une première fois dans un asile d'aliénés, en fut renvoyé parce qu'on n'avait pu découvrir aucune trace de folie. Rentré dans sa famille, il se livra à toutes sortes d'excès, et on fut obligé de le replacer dans le même établissement.) 6° *Surarbitrage (superarbitrium) sur une tentative de strangulation*; par M. Heyfelder. (Rien de particulier.) 7° *Y a-t-il eu meurtre ou suicide? examen médico-légal;* par M. Sander. (Une femme, vivant en mauvaise intelligence avec son mari, lequel l'avait menacée de mort à différentes reprises, a été trouvée égorgée dans une écurie un moment après y avoir eu une vive altercation avec son mari. Les mauvais antécédents de ce dernier, les circonstances qui ont précédé immédiatement la mort de sa femme, des traces de sang trouvées sur les vêtements du mari, et enfin des taches du même liquide, découvertes sur les poteaux de la porte et sur les parois de l'écurie, ont dû faire rejeter la présomption d'un suicide dont le mari accusait sa femme.) 8° *Expertise médico-légale sur un homme trouvé assommé;* par M. Fritsch. (Rien de nouveau.) 9° *Sur la nécessité d'une réforme dans la doctrine de la mortalité des blessures*; par M. Wistrand. (L'auteur insiste beaucoup sur les conditions morales dans lesquelles les blessures sont reçues et la manière dont elles sont traitées. Il rapporte l'observation d'un coup de feu, à petit plomb, destiné à effrayer un voleur, mais qui, en raison d'une lutte survenue entre le propriétaire et le voleur, causa la mort presque instantanée. Or le propriétaire fut condamné à une forte

amende, qui eût été infiniment moindre si les juges avaient bien compris la part de l'influence morale dans l'issue de la blessure.) 10° *Le baptême des nouveau-nés, dans les églises, considéré comme une des causes de la grande mortalité dans la première année;* par M. Koch. (Énumération des causes de refroid ssement et des maladies qui en sont la suite. L'auteur conclut à faire interdire le baptême avant l'âge de 4 semaines.) 11° *Pressions exercées sur le foie considérées comme une des causes de la grande mortalité des nouveau-nés;* par le même. (Résumé destiné à appeler l'attention des praticiens sur les dangers de ces pressions, soit pendant l'accouchement, soit dans les premiers temps de la vie extra-utérine.) 12° *Desiderata et remarques d'un médecin légiste au sujet du projet de réorganisation médicale dans l'État de Bade.* 13° *Notice sur l'asile des aliénés d'Illenau;* par M. Erhardt. 14° *L'hospice des incurables de Pforzheim;* par le même. 15° *Suicide par étranglement chez un homme trouvé pendu;* par M. Riecke. (Un ivrogne fut trouvé pendu à un arbre; à l'examen du cadavre, on constata que l'ecchymose occasionnée par la corde avait une direction exactement horizontale, tandis que chez les sujets pendus vivants, la direction de cette ecchymose est toujours oblique. L'auteur, après avoir mis hors de cause la possibilité d'un assassinat, suppose que le suicidé est monté sur l'arbre et s'est étranglé avec la corde préalablement fixée à une branche, de manière que son corps ne se serait trouvé pendu qu'après la chute succédant à la cessation des principaux phénomènes de la vie.) 16° *Paralysie de la sensibilité et de la myotilité à la suite d'un coup de couteau n'ayant atteint que les parties molles de la nuque;* par M. Kussmaul. (Fait trop peu détaillé pour conduire à une conclusion certaine.) 17° *Cas de mort par le froid, fournissant de nouveaux détails sur les signes de la mort par cette cause;* par M. Stœhr. 18° *Expertise sur les causes de la mort chez un homme qui a succombé deux semaines après avoir été maltraité;* par M. Niess. 19° *Sur le traitement des malades pauvres des communes comme cause principale de mésintelligence entre les médecins;* par M. A. Schneider. 20° *Comment le médecin peut-il mettre sa responsabilité à couvert et échapper à la pénalité dans les cas de mort subite chez les femmes en couche ou nouvellement accouchées, en l'absence de causes bien évidentes et constatables de la mort?* par M. Guerdan. 21° *Sur la signification de la fracture ou de la luxation de la première vertèbre cervicale, chez les pendus, comme caractère différentiel du meurtre ou du suicide;* par M. Hergt. 22° *Coup d'œil sur les rapports de l'âme humaine avec sa destination ultérieure;* par M. Schürmayer. 23° *Empoisonnement par la vapeur du charbon;* par M. Hergt. 24° *Examen médico-légal d'une blessure de l'artère axillaire;* par M. Sander. 25° *Examen médico-légal d'une plaie pénétrante de l'abdomen;* par le même. 26° *Faits tirés de la pratique médico-légale* de M. Spiritus.

SUR L'INFLUENCE TOXIQUE DES PAPIERS DE TENTURE DE COULEUR VERTE.

Il y a déjà quelques années que M. Gmelin a appelé l'attention publique sur les dangers auxquels exposent les papiers verts contenant les sels d'arsenic et de cuivre. La commission sanitaire du grand-duché de Bade s'étant occupée de cette question a demandé au professeur de Heidelberg un nouvel avis, qui a été donné sous la date du 22 juin 1844.

Les apisseries de papiers *jaunes*, quoique contenant de l'orpiment, n'ont pas donné lieu jusqu'aujourd'hui à des accidents, à moins que ces papiers n'aient été grattés et que des ouvriers n'aient inspiré la poussière; il n'en est pas de même des papiers *verts*, de couleur émeraude brillante, dans la fabrication desquels on emploie depuis quelque temps des acétates et des arséniates de cuivre. Les anc ens, moins beaux, étaient préparés avec du carbonate de cuivre. La même observation s'applique aussi aux vernis à l'huile des appartements et aux visières des casquettes.

Aux faits déjà connus, M. Gmelin en ajoute encore quelques autres.

Le cocher Unholz couchait avec sa femme dans un appartement tapissé de papier vert depuis trois ans. En automne 1839, il y eut une odeur désagréable très-forte dans la chambre; le mari se réveillait tous les matins avec une céphalalgie, des malaises, une sécheresse dans la bouche; ces symptômes se dissipaient dans la journée; et la femme se plaignait d'une toux opiniâtre. Les époux se rétablirent aussitôt qu'on leur fit changer de chambre à coucher.

Fauth, grand bailli à Mosbach, s'était déjà proposé de faire ouvrir le plancher, à cause d'une odeur qu'il attribuait à la présence de souris sous le parquet, lorsqu'il eut connaissance des notes de M. Gmelin; il fit changer la tapisserie verte et l'odeur disparut.

Dans la maison du bailli d'Eberbach, il n'y avait une odeur repoussante que dans deux chambres tapissées en vert, situées à une grande distance l'une de l'autre dans l'étage supérieur, tandis que les autres appartements, même ceux du rez-de-chaussée, certainement plus humides, n'exhalaient aucune odeur.

Le MERCURE DE SOUABE du 30 novembre et du 1er décembre 1839, rapporte deux faits: dans l'un, il s'agit d'un homme qui ne séjournait dans son appartement que les dimanches, où il était pris également de mal de tête.

A Neubourg, près de Heidelberg, un local humide peint en vert, couleur à l'huile, répandait également une odeur repoussante.

Dans les ANNALES DE PHARMACIE de 1836 (vol. 17, p. 136), M. Liebig, qui alors protégeait encore la tapisserie verte, rapporte l'observation d'un homme qui, pendant des années, avait une éruption au front causée par une visière verte de casquette. L'éruption disparut avec le changement de coiffure.

Un léger empoisonnement fut occasionné chez une servante qui avait frotté avec un balai une tapisserie verte.

Il est évident que cette odeur repoussante et caractéristique qu'on n'a observée que dans les chambres tapissées de papier vert ne peut être attribuée qu'aux émanations de l'arsenic, probablement combiné à une matière organ que et non vaporisé à l'état d'hydrogène arsénieux, qui, quoique très-délétère, est sans odeur. Sans défendre complétement les tapisseries de papier vert et les vernis de couleur verte, il est prudent de ne les employer que dans les chambres exposées au midi, bien aérées et régulièrement chauffées, et de s'en éloigner aussitôt qu'on y sent cette odeur de souris, caractéristique, produite par la fermentation de l'arsenic humide avec les matières organiques qui ont servi à faire la couleur. Les domestiques qui nettoient les murs tapissées ou vernis de vert, et surtout les ouvriers qui sont chargés d'enlever ou d'appliquer les papiers, doivent avoir la précaution de se couvrir la bouche et le nez avec une éponge humide.

CAS DE MORT PAR LE FROID, CONTENANT DE NOUVEAUX DÉTAILS SUR LES SIGNES DE LA MORT PAR CETTE CAUSE; par le docteur STOEHR (de Heiligenberg).

OBS. — Le 24 décembre 1844, le nommé Ant. N., âgé d'environ 38 ans, employé au greffe du tribunal, adonné à l'ivrognerie, ayant passé la soirée à une noce, dans un village voisin, où il avait pas mal bu et dansé, sortit vers les dix heures à la suite d'une assez vive contrariété, et voulut regagner son domicile à pied, malgré une violente tempête et la neige qui tombait abondamment. On le trouva gelé, plusieurs jours après. Voici les caractères particuliers qu'offrit son cadavre.

Il était couché sur le dos; les cheveux incrustés dans la neige congelée; toutes les parties du corps complétement gelées, aucune partie ne cédant sous la pression des doigts; aucune trace d'odeur ni de tache cadavéreuse sur toute la surface du corps; glaçons dans les narines et dans les conduits auditifs. Ces incrustations paraissent provenir de la neige d'abord fondue par la chaleur du corps et puis congelée. Les traits du visage n'étaient nullement affaissés, ni décolorés, comme cela a lieu habituellement sur les cadavres; ils avaient au contraire toute la turgescence et coloration de la vie; il y avait même plus d'injection que le sujet n'en présentait avant sa mort, circonstance que l'on peut attribuer à l'impression du froid. Ainsi les parties les plus exposées à cette impression étaient en même temps aussi les plus colorées, c'est-à-dire le visage, exposé à l'air libre, et le dos reposant sur la neige. Cette dernière circonstance rend très-probable l'opinion que la mort a eu lieu à la place et dans la position où le cadavre a été trouvé; la rubéfaction n'aurait pas eu lieu dans ces points si le corps de N. eût été transporté après la mort à l'endroit où il fut découvert. Les avant-bras étaient fléchis à angle droit au devant de la poitrine, les doigts fortement fléchis. Les membres un peu écartés, complétement étendus; les pieds en extension complète sur les jambes. Cette position est habituelle dans un profond sommeil. La flexion des doigts et l'extension des pieds peuvent être attribuées à la contraction spasmodique des muscles pendant l'agonie. Du reste, aucune trace extérieure de lésion récente. Les méninges vivement injectées; glaçons dans les ventricules et dans les sinus de la dure-mère. Congestion extrême du tissu des poumons. Rien de remarquable dans les autres organes.

Selon l'auteur, les signes de la mort par le froid sont donc: 1° la conservation de la turgescence vitale des traits du visage et de leur coloration, qui est même plus intense qu'avant la mort; 2° toute absence de tache cadavérique et d'odeur de même nature; 3° la congestion des méninges et surtout des poumons, opérée sous l'influence d'un refoulement du sang vers les organes intérieurs. D'après lui, la cause de la mort serait la paralysie du cerveau ou des poumons, développée sous l'influence de cette congestion purement mécanique.

COMMENT LE MÉDECIN, DANS LE ROYAUME DE WURTEMBERG, PEUT-IL METTRE SA RESPONSABILITÉ A COUVERT ET ÉCHAPPER A LA PÉNALITÉ DANS LES CAS DE MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES OU NOUVELLEMENT ACCOUCHÉES, EN L'ABSENCE DE CAUSES BIEN ÉVIDENTES ET CONSTATABLES DE LA MORT? par le docteur A. GUERDAN (de Neudenau).

On a récemment introduit dans la législation wurtembergeoise le principe de la responsabilité médicale, notamment sur tout ce qui concerne les accouchements, en appliquant une pénalité sévère aux faits présumés de

négligence, etc. Toutes les fois qu'il meurt une femme en couches ou même dans la quinzaine qui suit, l'on établit une enquête: l'autopsie est pratiquée d'office, et les inspecteurs médicaux prononcent sans appel sur le sort du malheureux confrère qui a donné ses soins à l'accouchée. Sans compter ce qu'une pareille disposition a de déconsidérant pour la profession et la part qu'elle fait à l'arbitraire, les chances d'erreur sont assez nombreuses, surtout en ce qui concerne les accouchements. Voulant élargir le cadre des cas où la mort est difficilement explicable par les résultats cadavériques, l'auteur rapporte plusieurs cas remarquables de syncopes, les unes suivies de mort, les autres, quoique très-graves, suivies de guérison. Le premier est d'une femme grande, pléthorique, mais sujette aux accès hystériques. Quand il fut appelé, l'accouchement était terminé depuis une demi-heure, et le placenta engagé dans le vagin. La sage-femme n'avait pas voulu le retirer, parce que, disait-elle, l'accouchée avait eu déjà plusieurs syncopes. La grossesse avait été difficile; la malade éprouvait constamment des vertiges, de la faiblesse, avait le teint ictérique. Elle parlait sans cesse de sa fin prochaine, et voulut, avant l'accouchement, dire adieu à toutes ses connaissances. L'accouchement avait été très-rapide : trois douleurs avaient suffi pour la délivrer de l'enfant et du placenta. La perte de sang était insignifiante et la matrice contractée formait la tumeur globuleuse caractéristique. La malade se sentait néanmoins d'une faiblesse extrême, avec vertiges et soif très-vive; tout d'un coup le pouls devient petit, filiforme; il y eut des frissons, horripilations, grande pâleur, anxiété, serrement de poitrine, dyspnée, bluettes, nuages devant les yeux et syncope. Des frictions et l'inspiration d'ammoniaque la rappelèrent au bout d'un quart d'heure. La malade ayant demandé à boire, on lui donna un peu d'orgeat; on lui fit prendre ensuite une infusion de mélisse avec succinate d'ammoniaque, teinture de castoréum et sirop de menthe poivrée. Un quart d'heure après, nouvelle syncope dont aucun moyen ne put rappeler la malade. Elle expira sans aucune trace de convulsion. — A l'autopsie, on ne trouva d'autre altération qu'une injection de l'estomac et des intestins avec épanchement sanguin dans leur intérieur et une hypertrophie remarquable du foie qui avait presque doublé de volume. Cette hypertrophie paraissait exclusivement bornée au système sanguin de la veine porte. Le tissu de l'organe ruisselait de sang. Les lumières des veines portes étaient partout agrandies; la vésicule du fiel était vide et les canaux biliaires à l'état normal. L'auteur est porté à croire à l'existence d'une *apoplexie abdominale* et notamment une *apoplexie hépatique*, et il se fonde:

1° Sur la grande dilatation des branches de la veine porte; les canaux biliaires avaient un volume normal, parce qu'ils ne participaient point à la congestion sanguine; 2° le grand volume du foie gorgé de sang et la vacuité de la vésicule biliaire; 3° la rougeur de l'estomac et des intestins; 4° les caillots sanguins trouvés dans leur cavité; 5° la petitesse, la pâleur et l'état de contraction de la matrice; 6° les syncopes : après les opérations de paracentèse, dans lesquelles le liquide a été évacué trop rapidement, il survient des syncopes provenant de la disparition subite de la pression que le liquide exerçait sur les vaisseaux de l'abdomen; il en est de même après l'accouchement : le retrait de l'utérus agit de la même façon; 7° la décoloration de la peau et le refroidissement des extrémités, tout le sang s'étant concentré vers l'abdomen; cette particularité rend compte également de la soif extrême qu'éprouvait le malade; 8° dans les apoplexies *cérébrales* et *pulmonaires*, le rôle du système sanguin est plutôt actif, fonctionnel; les apoplexies *abdominales* sont déterminées par des conditions plutôt passives, mécaniques; le cerveau et le poumon sont des organes plus vivaces, plus *artériels*; les organes abdominaux sont plus *torpides*, plus *veineux*; dans les apoplexies cérébrales et pulmonaires, le pouls est fréquent, fort, impétueux; dans les apoplexies abdominales, il est fréquent mais très-faible.

Un seconde observation est relative à des syncopes déterminées par une hémorrhagie foudroyante de l'utérus, et une troisième à des syncopes, que l'auteur appelle *nerveuses*, vu l'absence des signes de pléthore. Ces deux cas, quoique présentant les symptômes les plus alarmants, ont eu une heureuse issue. Chez la première femme, on a commencé par achever la délivrance en arrachant le placenta partiellement détaché, et en administrant des toniques et des stimulants diffusibles. Chez la seconde, une simple potion antispasmodique a suffi pour conjurer les accidents.

M. Guerdan admet trois ordres de causes de syncopes chez les femmes en couches : 1° pléthorique ou apoplectique, qu'il considère comme à peu près au-dessus des ressources de l'art; 2° lypothymies anémiques résultant de la perte du sang; 3° lypothymies nerveuses résultant de l'ébranlement imprimé à toute l'économie par l'acte de l'accouchement. Ces trois espèces offrent les oppositions les plus tranchées et réclament des moyens diamétralement opposés : la première espèce, les saignées, les antiphlogistiques; la deuxième, des moyens propres à arrêter l'hémorragie et à réparer les déperditions du fluide nourricier; la troisième, au contraire, des nervins et des excitants.

VI. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE;

Publié par Busch, de Ritgen et de Siebold.

Le premier cahier du tome XVIII (Berlin 1845) contient les articles originaux suivants : 1° Stein, *Des services rendus par les modernes à l'art des accouchements.* 2° Ed. de Siebold, *Histoire d'une opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie, avec issue malheureuse pour la mère et l'enfant.*

OPÉRATION CÉSARIENNE DANS UN CAS D'OSTÉOMALACIE; ENFANT MORT, DÉJA EN DÉCOMPOSITION; MORT DE LA MÈRE; par M. Ed. de Siebold.

Obs. — Une femme de 36 ans, née de parents sains, ayant joui elle-même d'une bonne santé jusque vers l'âge de 29 ans, a été mariée dans sa vingt-troisième année à un ouvrier en laine. L'année suivante elle accoucha d'un garçon fort et bien constitué, qui mourut à l'âge de 4 ans des suites d'un exanthème rentré. Deux ans après sa première couche, elle mit au monde, le 12 août 1834, une fille, petite et chétive, qui mourut en état d'*atrophie* au bout de deux mois. Le 19 mars 1836, elle accoucha de nouveau d'un garçon, également chétif, venu, selon toutes les apparences, avant terme, et qui mourut le 25 juin suivant. C'est à cette époque que remontent les premières atteintes de la maladie de la mère. Elles se montrèrent d'abord, dit l'auteur, sous forme d'accès de goutte aiguë, erratique, qui bientôt prit la forme chronique et permanente. La quatrième grossesse, qui survint alors, s'accompagna de troubles notables. La sage-femme qui devait l'accoucher, ayant constaté une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral qui s'opposait à la descente de l'enfant (celui-ci se présentait par le siége) fit appeler, le 3 août 1838, un accoucheur qui termina l'accouchement par les pieds. L'enfant, du sexe féminin, était très-petit et chétif, et mourut rachitique le 15 février 1842. A la suite de cette quatrième couche, la mère ne s'est jamais bien rétablie. Elle éprouvait des tiraillements, douleurs dans le dos, qui s'irradiaient jusqu'au bassin. Elle devint néanmoins enceinte une cinquième fois, et accoucha, le 4 octobre 1840, d'une fille excessivement débile, qui mourut au bout d une heure. En outre, elle avait eu des fausses couches depuis 1838. — Les douleurs devinrent de plus en plus vives dans la région lombaire et dans le bassin. La colonne vertébrale se dévia. La marche devint de plus en plus difficile, *ansérine*. La poitrine se déforma également, et plus tard le bassin. L'influence de la maladie retentit bientôt sur les fonctions générales, et notamment sur les fonctions digestives.

Malgré cet ensemble de symptômes, elle devient enceinte une huitième fois vers le milieu de 1843. Cette dernière grossesse fut encore plus pénible que les précédentes. Les accidents généraux et les déformations du squelette marchèrent avec une nouvelle intensité et rapidité, surtout vers le terme de la grossesse. Le 8 mars 1844, elle éprouva les premières douleurs. Une sage-femme ayant été appelée, attribua ces douleurs, vu leur peu de fréquence et d'intensité, à la maladie générale. Ce n'est que le 14 que M. de Siebold put observer la malade. Elle était arrivée à un degré extrême de débilitation et d'amaigrissement; pouls petit, 120; ne pouvant se tenir sur ses jambes, il fallut l'explorer dans le décubitus; le ventre était excessivement tendu, *pendant*, l'ombilic effacé. Le pelvimètre de Baudelocque donnait 8 pouces d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. Le rapprochement des branches ascendantes des ischions était tel qu'il fut presque impossible d'introduire le doigt dans le vagin. Il y avait même un peu plus d'espace immédiatement au-dessous de la symphyse que plus en arrière; impossible d'arriver avec le doigt jusqu'au fœtus. On pouvait s'assurer que le détroit supérieur avait la forme dite en bouteille.

L'auscultation ne révéla aucun signe de vie chez le fœtus.

L'opération (incision de la ligne blanche) fut pratiquée avec les précautions usitées en pareil cas et sans grande difficulté, si ce n'est une assez forte hémorrhagie au moment de l'incision de l'utérus. L'enfant était mort et déjà l'épiderme se détachait. Le délivre fut aussitôt retiré par la plaie. L'utérus se contracta vigoureusement, et il n'y eut plus d'écoulement de sang. La plaie fut réunie par suture, et recouverte de bandelettes de diachylon, le tout contenu par un lac (bandage de corps).

Aussitôt après l'opération, la malade éprouva des nausées sans vomissements; pouls petit, dépressible, à 125. Dans la nuit, un peu de sommeil à différentes reprises. Le lendemain, aucune incommodité autre qu'un peu de sensibilité dans l'abdomen, s'étendant jusqu'à la poitrine. Dans l'après-midi, nouvelles nausées qui cédèrent à l'administration d'une dose d'acétate de morphine. Dans la soirée le pouls devint plus fréquent et les traits de la malade plus abattus; de nouvelles nausées étant survenues, on prescrivit pour la nuit une potion de Rivière. La nuit fut assez calme; plus de sommeil que la nuit précédente. — Troisième jour. Le pouls est descendu à 110; le facies meilleur; le ventre plus météorisé, mais pas plus sensible que la veille. L'après-midi fut moins bien : abattement physique et moral. (Une cuillerée à bouche d'huile de ricin dans la soirée.) — Quatrième jour. La nuit a été moins bonne : nausées; moins de sommeil; sentiment de pesanteur au bas-ventre; on coupe les bandelettes sur les côtés de la plaie abdominale, ce qui procure un peu de soulagement. (Potion de Rivière avec opium.) Amélioration dans la soirée (il était survenu une selle copieuse). — Cinquième jour. La nuit a été très-agitée : pouls à 130 et à 140 dans l'après-midi; peau sèche; collapsus. Vers minuit le pouls était à peine perceptible et d'une fréquence extrême. Mort le sixième jour.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Météorisme très-considérable; cicatrisation partielle de la plaie abdominale. Après enlèvement des liga-

tures, elle offre néanmoins une tendance à rester béante. La plaie de l'utérus présentait ce caractère *béant* à un degré remarquable; ses bords étaient tout à fait renversés en dehors, d'un aspect livide. (Cette disposition, l'auteur l'a remarquée sur plusieurs autres pièces provenant de femmes mortes des suites de la même opération, et a d'ailleurs été signalée déjà par M. Busch, ZEITSSCHR. FER GEB. KUNDE, t. V, p. 173, et par Michaëli, Kiel, 1833.) L'utérus n'était que très-peu revenu sur lui-même. Adhérences des intestins au voisinage de la plaie.

Ce cas est intéressant à plusieurs égards, et d'abord au point de vue de l'hystérotomie. Cette opération était-elle indiquée? L'absence des signes de la vie chez le fœtus pouvait-elle autoriser la mutilation de ce dernier? Évidemment non. Outre l'obscurité de ces signes, qui n'ont qu'une valeur positive alors qu'ils sont perçus, mais de l'absence desquels on ne peut nullement conclure à la mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin était telle, que l'extraction même des débris eût été impossible. L'opération était donc indispensable; mais ici se présente une nouvelle question : l'opération césarienne ne réussit pas également partout; entre certaines mains, la guérison est la règle et l'issue fatale une exception, tandis qu'ailleurs le contraire a souvent lieu. Or, faisant abstraction du cas présent, d'une gravité tout exceptionnelle, n'y a-t-il pas des conditions qui décident de ces résultats si opposés? Quelles sont ces conditions? Est-ce le procédé opératoire, le plus ou moins de rapidité, de netteté dans l'exécution? Est-ce le mode de pansement? Sont-ce les soins consécutifs ou les conditions hygiéniques où se trouvent les opérées, ou bien ces différences de résultats tiennent-elles aux sujets mêmes? Toutes ces conditions, et d'autres encore, sont d'une importance majeure et devraient être nettement déterminées. Il y a là matière à des recherches nouvelles et importantes.

Ces considérations nous conduisent à une dernière remarque. Dans le cas présent, comme dans beaucoup d'autres suivis de mort, tout le danger a paru provenir de la plaie utérine, et nullement de la plaie abominale. En effet, la matrice est le siége d'un travail considérable; elle exhale en abondance un liquide éminemment putrescible. La communication de cette matière avec l'air extérieur d'une part, et avec le péritoine de l'autre, rend bien compte de la rapidité et de la gravité des accidents, et mérite de fixer la plus sérieuse attention des praticiens.

L'auteur, M. de Siebold, quoique employant le mot *ostéomalacie*, semble attribuer le ramollissement des os au vice arthritique. L'ostéomalacie, caractérisée à ce degré, ne saurait être confondue aujourd'hui avec l'altération du système osseux propre à l'affection goutteuse, cette dernière cause réalisant un genre d'altération osseuse toute particulière, caractérisée surtout par la dégénérescence graisseuse.

VII. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Le premier cachier de 1846 contient les deux articles suivants.

SUR LA TOUX NOCTURNE DES ENFANTS; par le docteur BRANISS.

Tout en admettant l'existence de la toux nocturne, dont nous avons récemment rapporté une notice de M. Behrend (GAZ. MÉD., p. 133, 1846), son confrère de Berlin, ne reconnait pas à cette affection la régularité du retour des accès; mais il a seulement observé des enfants qui en étaient affectés pendant un temps indéterminé. Tous avaient, pendant la journée, un air de souffrance, comme s'ils étaient tourmentés par le coryza, qui, chez quelques-uns, se déclara en effet lorsque la toux nocturne avait cessé, et principalement chez ceux qui étaient retenus toute la journée dans des appartements chauds, tandis que ceux qu'on envoyait au grand air n'étaient pas atteints de coryza, mais gardaient plus longtemps la toux nocturne. M. Braniss avait observé cette toux chez des enfants de 1 à 11 et 12 ans, jamais au-dessous de 2 ans. Les accès décrits par M. Behrend arrivaient toujours pendant les premières heures du sommeil; ils étaient plus fréquents au printemps qu'en automne, et en général pendant les temps humides et froids.

M. Braniss regarde cette affection comme un catarrhe ordinaire qui n'est pas assez fort pour vaincre le premier sommeil des enfants; couchés le plus souvent sur le dos, le mucus se ramassant alors dans les bronches, finit par causer la gène de la respiration et les réveille au milieu de la nuit.

MONSTRE PARASITE; OBSERVATION D'UNE JEUNE FILLE DE 14 ANS PORTANT A LA FESSE DROITE DEUX MEMBRES INFÉRIEURS SURNUMÉRAIRES. (Auteur anonyme.)

OBS. — Anne-Marie Przenosyl, âgée de 14 ans, née à terme de parents sains et bien constitués, dans la seigneurie de Svietla, cercle de Czaslau en Bohême, est la sœur de plusieurs enfants bien conformés. Elle n'est pas encore réglée; son développement physique et moral répond à son âge; elle est assez jolie, svelte, et a une démarche gracieuse. Son bassin est bien proportionné, et rien d'anormal ne s'observe à ses parties génitales ni à son anus; mais à la fesse droite, elle porte une excroissance volumineuse qui pend derrière les cuisses et descend jusqu'au niveau des jarrets. Cette excroissance ressemble à un membre inférieur fléchi sur le génou et peu mobile dans cette articulation, plus large en bas qu'en haut et comme formé par deux pieds et deux jambes soudés ensemble au bout d'une cuisse unique. On y distingue au toucher des os recouverts de chair et d'une peau normale. Il y a un fémur, deux tibias accolés ou soudés ensemble, et deux calcanéums faisant relief sous une espèce de large plante de double pied qui se termine par dix orteils, dont quelques-uns sont bien développés et d'autres mal conformés, mais tous donnent naissance à des ongles qu'il faut couper de temps en temps.

Lorsqu'on soulève cette excroissance, on voit qu'elle prend son origine dans le fond d'une espèce d'entonnoir qui s'ouvre au-dessous du pli de la fesse droite, et dans lequel on peut engager le doigt jusqu'à une certaine profondeur, et circonscrire la partie supérieure du fémur anormal, qui semble s'articuler avec la partie postérieure du bassin par une tête arrondie. La face interne de l'entonnoir d'où sort l'excroissance est revêtue d'une muqueuse lisse, et, à l'extérieur de la fesse, on observe sur la peau deux cicatrices provenant d'anciens abcès.

Le pouls de l'excroissance, d'environ 80 par minute, est isochrone avec la radiale, et la sensibilité, quoique obtuse, est cependant assez forte pour que la personne distingue positivement quand on comprime la tumeur, surtout en haut. La marche est facile, ainsi que la station debout, mais le décubitus n'est possible que sur le côté, et la position assise a lieu sur la fesse gauche ou sur le bord d'une chaise.

Le père de la jeune personne dit que, dans le principe, on n'avait rien remarqué d'extraordinaire à la fesse de sa fille; mais qu'à l'âge de 2 ans, il lui était survenu une tumeur tellement douloureuse qu'elle fut forcée de rester couchée sur le ventre pendant deux mois. La tumeur étant venue à crever donna issue à beaucoup de liquide et laissa voir l'excroissance, qui ne fit d'abord qu'une petite saillie, mais qui grandit plus tard, et arriva, avec l'accroissement de l'enfant, jusqu'au développement qu'elle présente en ce moment.

Quoique assez rare, cette monstruosité n'est pas sans exemple, même chez l'homme. Liesching et Dannenberger (Tübingen, 1755), sous le nom de *tripes heitersbacencis*, rapportent l'observation d'un enfant chez lequel, d'une tumeur au sacrum, sortit également un membre inférieur. M. Geoffroy-Saint-Hilaire père a décrit un enfant du sexe masculin, venu au monde avec quatre membres inférieurs, dont deux rudimentaires sortaient de la fesse gauche. Nous avons revu et fait mouler le même individu, il y a quelques années, à Paris. Il avait alors 13 ans, était bien constitué et bien portant. Ses deux jambes rudimentaires sont supportées par une cuisse unique, fusion des deux fémurs, lesquels sont soudés à l'ischion gauche et au sacrum. Ce dernier cas se distingue des deux précédents, en ce que les membres surnuméraires étaient sortis et bien développés au moment de la naissance, tandis que, chez les autres, ils étaient primitivement cachés, tout à fait rudimentaires, et ne se sont montrés que postérieurement à la naissance. Celui d'Anne-Marie Przenosyl est surtout remarquable par le développement qu'ont pris ces membres surnuméraires depuis leur sortie.

L'auteur se demande, en finissant, dans quelle catégorie il convient de ranger cette monstruosité? Il n'hésite pas à la placer dans les *monstruosités parasites* (Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire); c'est-à-dire que ces membres surnuméraires sont les représentants d'un autre individu (parasite) greffé sur l'individu complet (autosite) par soudure pelvienne. Cette opinion reçoit un nouveau degré de probabilité par le fait de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, où nous avons constaté, sur la fesse qui supporte les membres surnuméraires, une cicatrice analogue à celle qui se remarque toujours à l'extrémité supérieure des acéphales, et qui nous a paru être le vestige d'une destruction des parties supérieures du parasite.

VIII. NEUE MEDICINISCHE CHIRURGISCHE ZEITUNG.

DE LA LOBÉLIE ENFLÉE CONTRE L'ASTHME; par le docteur TOTT (à Ribnitz).

Ce n'est que comme moyen palliatif que l'auteur recommande cette plante; il l'a employée pour la première fois chez un cordonnier affecté depuis longues années d'asthme pituiteux contre lequel on avait eu recours aux vésicatoires, à l'assa-fœtida, à la belladone, etc. Il donna la teinture de lobélie à la dose de 20 gouttes, plus tard à 45 et même 50 dans une cuillerée de décoction de guimauve toutes les deux heures. Depuis deux ans le malade n'eut qu'un accès qui s'était répété auparavant tous les quinze jours et n'avait pu être calmé qu'en fumant de l'herbe de stramonium.

Dans un autre cas, chez un matelot, depuis trois ans sujet à des accès d'asthme convulsif, rares dans le principe et devenus quotidiens plus tard, et chez lequel les moyens anti-asthmatiques ordinaires étaient restés sans effet, on donna douze paquets de poudre de lobélie, chaque de 3 grains, sans obtenir le moindre soulagement; ce n'est qu'après quelques doses de teinture, 30 gouttes toutes les demi-heures dans du thé de camomille que les accès se calmèrent et ne sont plus revenus depuis un an et demi. La lobélie en

poudre, en teinture et en décoction fut encore donnée avec le plus grand succès chez une femme affectée d'asthme pituitaire et chez une jeune fille sujette à des accès convulsifs depuis plusieurs années.

SUR LE CHLORURE DE ZINC CONTRE LA SYPHILIS; par le docteur DITTERICH (à Munich).

Ce médicament, principalement prôné par M. Hancke et plus tard par d'autres médecins de l'Allemagne, tel que M. Stromeyer, a été expérimenté par M. Ditterich qui l'a trouvé inefficace dans les syphilis invétérées et d'un effet douteux dans les affections récentes; il se demande même si, dans les cas d'ulcérations primitives des organes génitaux contre lesquelles il a employé avec succès le chlorure de zinc tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, il avait réellement à combattre des maladies de nature syphilitique.

LA CONTRACTION MUSCULAIRE DÉVELOPPE UN FLUIDE IMPONDÉRABLE; par le docteur HEIDENREICH.

Pour prouver l'analogie de l'agent des contractions musculaires avec le principe qui produit les phénomènes électro-magnétiques, M. Heidenreich a mis en communication avec une des extrémités d'un fil de multiplicateur électro-magnétique une portion de muscle de la cuisse d'une lapine récemment assommée. La portion supérieure du muscle tenait encore à l'animal, l'inférieure touchait l'appareil physique; alors autant de fois qu'on pinçait ou qu'on irritait mécaniquement le nerf ischiatique, on faisait faire des oscillations à l'aiguille aimentée du multiplicateur. Le phénomène avait lieu autant de fois que les muscles se contractaient sous l'influence d'irritation mécanique directe faite sur les nerfs, et ce phénomène était encore et surtout très-apparent lorsque les forces et l'irritabilité de l'animal avaient déjà considérablement baissé.

Cette expérience peut être rapprochée de celles de Prévost et Dumas, qui ont vu des aiguilles d'acupuncture enfoncées dans les muscles devenir magnétiques et attirer de la limaille de fer, et aussi de celles de Weber qui a vu un aimant de Gauss pesant 25 livres se mouvoir sous verre par l'effet du mouvement de son bras dans l'articulation du coude.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 AVRIL.

SUR LA PULVÉRISATION DES CALCULS.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES lit un mémoire sur un nouveau système de lithotritie dans lequel la pierre est réduite en poudre en quelques minutes, au moyen d'instruments qui, par un mouvement d'oscillation latérale, présentent successivement sur tous les points de son diamètre, soit des râpes, soit des lames qui la grugent avec rapidité. Ces pulvérisateurs oscillants, dont M. Leroy-d'Étiolles a soumis à l'Académie les premiers essais il y a deux ans, lui paraissent réaliser d'une manière ostensible et profitable à tous les résultats annoncés à grand bruit par des novateurs qui, dit-il, s'efforcent depuis quelque temps de pousser la lithotritie dans des voies ténébreuses. Ce système de pulvérisation conviendrait surtout aux pierres solitaires volumineuses. Quant aux pierres multiples et aux petites pierres, M. Leroy-d'Étiolles continue de leur appliquer le système de l'écrasement, en y joignant l'extraction artificielle qui rend la guérison beaucoup plus rapide, et dont, pour sa part, il a fait usage avec succès sur plus de cent malades. Un brise-pierre à cuillers larges et profondes permet d'extraire, à chaque sortie de l'instrument, près de 2 millimètres cubes de débris de pierre, en sorte que dans les circonstances favorables, un calcul de 35 millimètres de diamètre (15 lignes) peut être broyé et enlevé en une seule séance.

DE L'EXTRACTION IMMÉDIATE DES CALCULS PAR LES VOIES NATURELLES.

M. HEURTELOUP lit un mémoire sur le même sujet intitulé : DE LA PULVÉRISATION IMMÉDIATE ET DE L'EXTRACTION IMMÉDIATE DES PIERRES VÉSICALES PAR LES VOIES NATURELLES. La première partie de ce mémoire, dont il donne lecture, est exclusivement consacrée à l'extraction immédiate. Il se propose de démontrer, dans ce travail, qu'il est parvenu à exécuter l'extraction immédiate et complète, par les voies naturelles, des pierres vésicales sur un assez grand nombre de malades, dans un temps souvent beaucoup plus court qu'on n'en met ordinairement pour extraire des pierres de même volume par la taille.

Parmi les raisons qui l'ont engagé à chercher les moyens de débarrasser immédiatement les calculeux de leur pierre, au lieu de la briser et de laisser à la nature le soin de l'expulsion des fragments, M. Heurteloup signale les suivants: 1° c'est que, dans l'opération du brisement simple, toutes les fois qu'une pierre, petite ou grosse, était brisée dans la vessie et y demeurait brisée, il y avait chance que des fragments se perdissent dans cet organe et devinssent inaccessibles aux instruments; 2° c'est que, dans l'opération du brisement simple, trop souvent les fragments de pierre s'engagent dans le col ou le canal, produisent de graves accidents et donnent lieu à des opérations secondaires, la plupart infiniment plus pénibles et plus difficiles que l'opération principale; 3° c'est que trop souvent aussi, dans l'opération du brisement simple, les fragments qui restent dans la vessie donnent lieu par leur présence à des inflammations catarrhales qui, quelquefois fort graves, peuvent mettre la vie en danger; 4° c'est que parmi les malades affectés de la pierre, il en est un assez grand nombre pour lesquels le brisement simple ne serait que nuisible, s'il n'existait un moyen prompt de les guérir par l'extraction; enfin c'est que les membranes de l'appareil urinaire enflammées donnent lieu à d'abondants produits de phosphate calcaire. Or il importe de ne pas faire de la lithotripsie une cause trop grande d'inflammation.

M. Heurteloup s'est proposé en conséquence d'obvier à ces diverses causes d'accidents en cherchant un moyen d'extraire la pierre vésicale immédiatement et complétement. Il expose la série des moyens qu'il a employés pour arriver à son but, série de moyens qui commence à son percuteur courbe à marteau, dont il fait connaître dans ce mémoire les avantages et l'utilité. On se rappelle que, dans le mécanisme de cet instrument, la pierre est saisie entre deux plans, dont l'un est rendu immobile par sa liaison avec le support fixe, et dont l'autre reste mobile. C'est dans ce mécanisme, aussi simple que puissant, qu'il a trouvé le moyen de résoudre son problème. Les premières indications en sont remplies par le moyen auquel il est parvenu, à l'aide de modifications qu'il a fait subir à son instrument, de mesurer toujours le volume de la pierre à extraire, et de le réduire au diamètre des cuillers rapprochées, c'est-à-dire du canal lui-même.

La percussion est l'essence de son nouveau procédé, et il opère pour fermer les cuillers avec le marteau de même qu'il le fait pour briser les pierres avec le percuteur. Mais l'usage du marteau exige un point d'appui qui rende fixe et inébranlable l'instrument chargé de la pierre, et qui lui-même de mobile devienne fixe et inébranlable. Or, ce point d'appui nécessite un appareil pour le supporter et dans lequel il puisse se mouvoir, et devenir instantanément fixe et mobile à volonté. Il remplit cette indication par des moyens analogues à ceux qu'il a depuis longtemps fait connaître sous les noms de *point fixe* et *lit rectangle*, et auxquels il a fait subir des modifications importantes appropriées.

Quant au moyen de réduire instantanément les calculs en poudre, M. Heurteloup se propose d'en faire l'objet d'une communication ultérieure.

(MM. Serres, Roux, Lallemand et Gambey sont chargés d'examiner les deux mémoires, de M. Leroy-d'Étiolles et de M. Heurteloup, et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.)

— M. DELEAU expose devant l'Académie un nouveau système de lithotritie qui consiste à introduire dans la vessie naturelle une sorte de poche ou de vessie artificielle dans laquelle il parvient à faire pénétrer le calcul, qui y est ensuite broyé et pulvérisé par les instruments ordinaires ou même soumis à l'action d'agents chimiques, sans qu'on ait à craindre de léser les organes.

L'examen de ce procédé est soumis à la même commission.

ERGOTINE; SES EFFETS ANTIHÉMORRHAGIQUES.

M. BONJEAN adresse une quatrième note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. Dans la dernière note que M. Bonjean a communiquée, il s'agissait d'un mouton auquel on avait ouvert, par un coup de bistouri, la carotide gauche et la carotide droite, à deux mois de distance : le 20 août 1845, et le 25 octobre, Les incisions faites à ces deux vaisseaux étaient perpendiculaires à leur axe; celle de droite intéressait presque les trois quarts de la circonférence de l'artère. Cet animal a été tué le 19 avril courant par une section faite à la moelle épinière. Voici les résultats de l'autopsie. Les cicatrices étaient linéaires, à peine sensibles et marquées par une trace blanchâtre qui en indiquait la direction et l'étendue. On a constaté que la carotide droite n'était point oblitérée, son calibre n'était même point diminué; le vaisseau lui-même servait à la circulation comme avant l'expérience. Le calibre de la carotide gauche n'était nullement altéré non plus dans ses dimensions. La cicatrice n'était reconnaissable qu'à un point rond, légèrement blanchâtre et un peu plus épais. L'artère, ouverte dans le sens de sa longueur et du côté opposé à cette marque extérieure, a laissé voir une cicatrice ronde, d'un blanc nacré, légèrement enfoncée et régulièrement rayonnée.

De ces faits M. Bonjean conclut que l'ergotine opère la cicatrisation parfaite des blessures artérielles, sans oblitération ni altération dans le calibre des vaisseaux. L'ergotine paraît en outre jouir d'une grande efficacité pour obtenir la réunion par première intention dans les autres tissus, puisque, dans l'incision faite à la carotide droite, les tissus avaient été divisés et lacérés à plusieurs reprises, et que malgré cela il n'en est résulté ni inflammation, ni aucune suppuration. etc.

M. ROUX a été, dit-il, témoin des expériences de M. Bonjean, et il a remarqué que cet expérimentateur, en même temps qu'il appliquait l'ergotine, exerçait une compression sur les vaisseaux ouverts, de sorte qu'on ne saurait dire jusqu'à quel point la compression n'aurait pas autant de part et plus peut-être que l'ergotine dans la suspension de l'hémorrhagie. Il pense d'ailleurs que les expériences n'ont pas été encore assez multipliées pour résoudre la question.

M. DUMÉRIL : J'ai assisté aux expériences qu'a faites M. Amussat sur des moutons, et j'ai vu que la compression seule était suffisante pour arrêter l'hémorrhagie fournie par les plus gros vaisseaux.

M. FLOURENS : J'ai fait un assez grand nombre d'expériences pour savoir avec quelle facilité s'arrêtent les hémorrhagies sur la plupart des animaux; aussi n'est-ce pas tant le fait de la suppression de l'hémorrhagie, qu'elle soit due à l'ergotine seule ou à ce moyen aidé par la compression, qui mérite de fixer l'attention dans la communication de M. Bonjean, que cet autre fait de l'arrêt du sang dans les vaisseaux divisés, sans qu'il y ait oblitération de leur calibre. C'est là la chose neuve et réellement importante de cette communication.

DU SINUS VEINEUX GÉNITAL DES LAMPROIES.

M. Duvernoy lit une note sur le sinus veineux génital des lamproies et du réservoir analogue, qui fait partie du système veineux abdominal des *sélaciens* en général et plus particulièrement des *raies*.

M. Duvernoy rappelle qu'il a le premier désigné le grand sinus abdominal des lamproies comme remplaçant la veine génitale. Ce sinus communique, par deux séries d'ouvertures, avec les deux veines caves postérieures. Ses grandes dimensions et sa structure, propre à modérer les efforts d'une excessive dilatation, démontrent qu'il doit servir au reflux du sang de ces veines, lorsque le cours du fluide nourricier à travers les branchies est embarrassé et ralenti.

L'existence de ce sinus indique même que de fréquents embarras ont effectivement lieu dans la circulation branchiale durant les efforts de succion auxquels se livre l'animal.

Le grand réservoir abdominal des *raies*, récemment décrit par M. Nath. Guillot, et dont M. Duvernoy a lui-même indiqué l'existence dans les Leçons d'anatomie comparée, est l'analogue du sinus général des lamproies. Il appartient de même, et plus exclusivement encore, au système veineux des organes de la génération. Il est dans les mêmes rapports avec les veines caves, et il y remplit les mêmes fonctions relativement au sang de ces veines, qui doit pouvoir y refluer.

Cette organisation semble indiquer, chez les raies aussi bien que chez les lamproies, des embarras possibles dans la circulation branchiale, auxquels cette disposition particulière vient remédier.

M. Duvernoy examine encore dans ce travail les dispositions du sinus formé par le confluent des veines hépatiques à leur sortie du foie, chez certains sélaciens, disposition comparable à celle qu'il a signalée depuis longtemps chez les mammifères et les oiseaux plongeurs, et qui lui paraît avoir encore pour but de servir de *diverticulum* au sang des veines caves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que vendredi 1er mai, le roi recevra une députation de l'Académie. On procède au tirage au sort des noms des membres qui devront composer cette députation. Les membres désignés pour en faire partie sont MM. Baron, Rochoux, Bouley jeune, Récamier, Henry, Jadelot, Civiale, Bricheteau, Emery, Cruveilhier, Devilliers, Chevallier, Roche, Jourdan, Richard, Chomel, Burdin, Bérard et Ségalas.

— M. Capuron fait un rapport sur un cas de rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. Les paroles du rapporteur ne parviennent pas jusqu'à nous.

— M. Rochoux interpelle de nouveau la commission de la peste. Il ne comprend pas cet ajournement indéfini des conclusions. La commission attend-elle pour se décider l'unanimité des suffrages? Mais jamais aucune commission ne s'est crue obligée à tant d'égards et tant de délicatesse pour la minorité. Puisqu'il y a une majorité, qu'elle se prononce.

M. Ferrus (président de la commission) : M. Rochoux devrait s'en rapporter avec un peu plus de confiance à la commission. Il connaît mieux que personne les difficultés d'une pareille question. La lecture du rapport n'a été ajournée que parce qu'il y avait des points importants à examiner. La commission n'a pas perdu un instant depuis ; elle a eu de fréquentes réunions et n'a cessé de travailler avec un grand zèle et une grande assiduité. Je crois pouvoir dire qu'elle sera très-prochainement à même de présenter ses conclusions.

M. Adelon appuie ce que vient de dire M. Ferrus et proteste du zèle et de l'activité qu'apporte la commission à un travail qu'elle tient à cœur de rendre digne de l'Académie.

— M. Dupuy lit la première partie d'un travail intitulé : Nouvelles considérations sur les épizooties tant indigènes qu'exotiques, et sur quelques moyens de s'en préserver.

—M. Cas. Broussais lit une notice sur le climat et les maladies de l'Algérie. Ce travail se compose de deux parties, l'une où il décrit le climat et la topographie d'Alger et de ses environs, la seconde où il se propose d'examiner les maladies les plus communes de ce pays dans leurs rapports avec ce climat. L'étendue de ce travail n'a permis à l'auteur d'en lire que la première partie seulement ; nous reviendrons sur son ensemble lorsque la lecture en sera terminée.

FIÈVRE INTERMITTENTE ET HYPERTROPHIE DE LA RATE.

M. Piorry lit un rapport sur plusieurs mémoires relatifs aux fièvres intermittentes et aux affections spléniques.

L'un de ces mémoires est de M. Cornay, de Rochefort. L'auteur, qui a vu un grand nombre de fièvres d'accès régnant endémiquement dans les environs du lieu qu'il habite, a surtout été frappé de la fréquence de l'hypertrophie que présente la rate dans ces affections. L'auteur distingue cet engorgement splénique des autres affections dans lesquelles la rate est volumineuse ; il le croit consécutif aux fièvres intermittentes aiguës. M. le rapporteur propose le renvoi du mémoire aux archives.

Le second mémoire a pour auteur M. Durand, de Lunel, qui a observé les fièvres intermittentes en Afrique. M. Durand expose des idées théoriques sur les causes des accès fébriles périodiques. (Nous avons résumé cette théorie dans le compte rendu de l'Académie du 10 mars (voir n° 11 de cette année) ; nous n'y reviendrons par conséquent pas ici.)

M. le rapporteur combat cette théorie. Le seul fait qui militerait en sa faveur serait l'oscillation que M. Durand a cru reconnaître dans le volume de la rate aux époques diurnes et nocturnes ; mais ce fait ne paraît point réel à M. le rapporteur. D'abord il serait bien singulier, dit-il, que dans les fièvres à invasion diurne, ce fût dans le jour, pendant les accès, que la rate diminuât, tandis que M. Durand, d'accord en ceci avec tous les auteurs, pense que la rate augmente de volume pendant les accès (ce qui, pour M. Piorry, n'est pas exact). Ce que M. Piorry oppose surtout à l'assertion de M. Durand, c'est la manière dont il a exploré la rate, c'est-à-dire en se bornant à la palper alors qu'elle dépassait le rebord costal. Mais la rate n'est en rien fixée dans le lieu qu'elle occupe ; son siége varie en raison de l'état des organes voisins : elle est tantôt refoulée très-haut au-dessous du diaphragme, tantôt descendant vers l'abdomen, suivant que l'estomac et les intestins sont vides ou distendus, les parois abdominales contractées ou relâchées, etc.

M. Durand n'ayant pas tenu compte des circonstances nombreuses qui font varier la situation de la rate, il en résulte qu'il a constaté seulement que la rate, chez ses malades, était plus basse le jour que la nuit, ce qui n'appuie en rien sa théorie. Loin de là, ajoute M. Piorry, des mesures prises à toutes les heures, à des intervalles de plusieurs jours, dans des cas d'hyperémie générale, d'anémie à la suite de pertes de sang, etc., ont prouvé que la rate ne varie pas de volume pendant les digestions, à la suite de la course, pendant les efforts, ni même pendant les accès de fièvre. Si, d'un autre côté, l'on eût apprécié l'état de la rate dans les fièvres d'accès, on eût bientôt vu que dans les accès périodiques bien francs, cet organe est toujours malade ; que des congestions, des phlegmasies, des hypertrophies, des hétérotrophies, des névralgies spléniques, etc., donnent lieu périodiquement à des frissons, à de la chaleur et de la sueur ; que la rate est parfois malade avant le frisson ou au moment même du premier accès ; que celui-ci n'en augmente pas le volume ; que l'organe ne grossit plus par la réitération des paroxysmes, mais bien par la continuité de l'action des causes qui d'abord l'avaient attiré ; que ce n'est pas la fièvre qu'il faut combattre, mais la lésion splénique qui la cause ; que l'hypertrophie de la rate diminue très-promptement lorsque l'on prend des sels solubles de quinine ; que le mal dure tant que l'affection splénique n'est pas dissipée ; qu'en conséquence c'est cette dernière et non la fièvre qu'il s'agit de faire dissiper ; que la plupart des médicaments dits fébrifuges tels que la salicine, le houx, etc., sont sans efficacité contre l'hypertropie splénique ; que les sels de quinine acides donnés en injection dans le rectum font bientôt diminuer la rate, tandis que les sels peu solubles du même principe végétal ne produisent pas cet effet ; qu'un bain froid cause bien un frisson ; mais que celui-ci ne fait pas augmenter le volume de la rate ; que l'hypertrophie splénique ne diminue ni par les saignées, ni par les émétiques, ni par les purgatifs, ni par les sangsues, ni par les vésicatoires ; qu'enfin une multitude de questions sur l'étiologie, sur la pathogénie et la thérapeutique des fièvres d'accès sont tout à fait élucidées par la mensuration de la rate.

Du reste, M. Durand a constaté un fait qui avait été longtemps contesté, c'est que la rate est engorgée dans presque tous les cas de fièvre intermittente, et il a prouvé en outre que la rate n'occupe pas toujours la même place dans l'abdomen, fait qui n'est pas sans importance.

Quant au second mémoire que M. Durand a adressé récemment à la commission, et dans lequel il cherche à expliquer la nature des miasmes et la manière dont ils se combinent avec l'action de la chaleur et de l'humidité pour produire les accès fébriles, les idées de l'auteur reposant encore ici sur l'oscillation qu'il croit exister le jour et la nuit dans le volume de la rate, M. le rapporteur ne pense pas qu'il soit nécessaire d'y insister davantage. Il propose, pour conclusions, de remercier M. Durand de sa communication, et d'insérer par extraits son mémoire dans le Bulletin.

M. Nacquart propose qu'on adresse également des remerciments à l'auteur du premier mémoire. (Adopté.)

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DES REMÈDES DITS EXPECTORANTS ET DE LEUR INDICATION.

Dans un article de la Gazette médicale de Strasbourg, M. le professeur Schützemberger insiste sur la nécessité de tenir grandement compte, dans les affections thoraciques, de la sécrétion catarrhale des bronches. Deux circonstances, dit-il, réclament dans ce cas une médication spéciale : 1° l'accumulation de mucosités plus ou moins visqueuses dans les bronches par défaut d'expectoration ; 2° une sécrétion d'une abondance extraordinaire, véritable broncorrhée qui, malgré une expectoration facile, verse incessamment des fluides dans les voies aériennes, les obstrue et menace de faire périr les malades par asphyxie.

On a longtemps considéré l'expectoration, et beaucoup de personnes semblent la considérer encore comme le résultat d'un acte de compression purement mécanique qu'éprouvent les poumons par le resserrement du thorax, et suivi de l'entraînement des crachats par le courant de l'air, lors des efforts de toux. Il est incontestable, dit M. Schützemberger, que ces

actes concourent à l'expulsion des liquides arrivés dans la trachée-artère, dans le larynx ou dans les grosses bronches. Mais comment la toux pourrait-elle débarrasser les ramifications bronchiques plus déliées, celles qui avoisinent les vésicules pulmonaires et qui cependant contiennent souvent des liquides visqueux? L'expectoration ne se comprend complétement qu'en admettant ce que l'expérience directe a prouvé, que les canaux aériens sont autre chose encore que des tubes inertes, doués de plus ou moins d'élasticité et jouissant d'une certaine contractilité. Or quand, malgré les signes qui indiquent la présence de fluides dans les ramifications bronchiques et malgré la toux qui fatigue les malades, l'expectoration est difficile ou impossible, il surgit une médication rationnelle, celle de provoquer, d'exciter la contraction des canaux dont le concours est nécessaire à l'expulsion des liquides. Cette indication est remplie par les agents expectorants, au premier rang desquels sont les préparations antimoniales. Mais à quel titre les antimoniaux jouissent-ils de cette propriété? Probablement, suivant l'opinion de M. Schützemberger, en exerçant sur la contractilité des bronches une influence analogue au mouvement antipéristaltique qu'ils provoquent dans l'estomac, et au mouvement péristaltique des intestins. Leur action sur la huitième paire nerveuse est incontestable, les nausées et la sensation du malaise en sont un effet irrécusable. Les préparations antimoniales sont donc utiles dans les affections catarrhales du poumon : 1° comme expectorants, indiqués quand des crachats mobiles ne peuvent être rejetés malgré les efforts de la toux; 2° comme moyen susceptible d'exercer une influence salutaire sur l'état de congestion des vaisseaux pulmonaires.

M. Schützemberger prescrit, dans ces circonstances, le tartre stibié à la dose de 10 à 20 centigr. en potion, ou le kermès à la même dose. Dans les cas où la viscosité même des fluides bronchiques est la cause principale de la difficulté de l'expectoration et de l'obstruction plus ou moins complète des canaux aériens, il se borne à prescrire des boissons gommeuses et émollientes prises en *quantité*. Les préparations de scille et notamment l'oxymel scillitique lui ont offert aussi des avantages. Quant à une foule d'autres médicaments auxquels on attribue une propriété fluidifiante, leur action lui paraît plus que problématique.

La sécrétion bronchique peut être excessivement abondante et, malgré l'expectoration, une véritable bronchorrhée peut menacer de faire périr le malade d'asphyxie. Dans ces cas, l'indication rationnelle consiste à arrêter la sécrétion, à la faire cesser aussi promptement que possible. Les moyens propres à favoriser l'expectoration sont nécessaires sans doute; mais, tout en les continuant, il faut tarir la source de la sécrétion. Les révulsifs et notamment les vésicatoires largement appliqués sur le thorax sont, dans ces cas, l'agent qui doit inspirer le plus de confiance. Quant à l'abstinence des boissons qui a été conseillée dans les mêmes circonstances, M. Schützemberger la considère comme utile à titre d'adjuvant.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ACONIT NAPEL.

On trouve dans un recueil anglais intitulé : BRITISH AND FOREIGN MED. REVIEW, la relation d'une série d'expériences et d'essais thérapeutiques auxquels s'est livré le docteur Fleming pour apprécier l'action de l'aconit. Il a traité plusieurs cas de névralgie, de rhumatisme et même d'érysipèle avec la teinture d'aconit. Voici les résultats qu'il a obtenus : Sur 44 névralgiques, dont 30 ont été traités par lui-même, 17 ont guéri radicalement; 13 n'ont eu qu'un soulagement momentané. Sur 42 cas de douleurs dentaires et traitées soit par des frictions sur les gencives avec la teinture d'aconit, soit en introduisant dans la dent cariée un morceau de coton imbibé de cette même liqueur, il y a eu 17 fois guérison immédiate, 6 fois soulagement seulement et 7 fois un résultat nul. Ce même moyen employé contre la migraine a paru avoir du succès 10 fois sur 15.

Les résultats que M. Fleming a obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'aconit présentent beaucoup plus d'intérêt. Sur 22 cas de rhumatisme traités par cette substance, tous ont guéri dans un intervalle moyen de cinq à six jours; dans 3 cas la guérison a été complète au bout de deux jours, dans un cas au bout de trois jours, et dans 6 au bout de quatre jours.

Le soulagement qui suit l'administration de l'aconit est ordinairement très-rapide : une heure après l'ingestion de la première dose les douleurs sont déjà moindres.

L'aconit a procuré à M. Fleming des résultats tout aussi satisfaisants dans le traitement du rhumatisme chronique (du lumbago, par exemple).

Les doses doivent varier suivant qu'on se propose d'obtenir un effet calmant ou antiphlogistique. Dans le premier cas, on donne 5 gouttes de teinture trois fois par jour, et on augmente chaque jour la prise d'une goutte jusqu'à ce que l'on voie survenir les effets physiologiques qui appartiennent au deuxième degré de l'intoxication; dans le deuxième cas, on administre également 5 gouttes de teinture que l'on répète toutes les heures, de manière à arriver également au deuxième degré de l'intoxication. On soutient cet effet sédatif en donnant 2 gouttes 1/2 de teinture toutes les trois ou quatre heures, suivant l'effet produit. Dans cette circonstance, ajoute l'auteur, il est nécessaire de surveiller le malade, de le voir et de lui tâter le pouls avant de lui faire prendre une nouvelle dose.

Pour l'usage externe, M. Fleming se sert également de la teinture d'aconit à la dose d'une ou de plusieurs drachmes, en frictions trois fois par jour.

Cette même substance a été l'objet d'une étude toute particulière de la part de M. le docteur Bertini, de Turin, qui vient récemment d'en faire connaître les résultats. Il ne sera pas sans intérêt de les rapprocher de ceux que nous venons d'indiquer.

M. Bertini a souvent donné avec succès l'extrait d'aconit napel dans un grand nombre d'affections chroniques de l'appareil respiratoire, qui s'accompagnaient d'expectoration puriforme; dans diverses maladies rhumatismales et arthritiques invétérées, dont quelques-unes pouvaient faire soupçonner l'existence du virus syphilitique. Parfois il a retiré un avantage marqué de l'association de cet extrait aux préparations antimoniales. En commençant son administration à la dose de 10 à 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures, il en a souvent augmenté progressivement la quantité jusqu'à 2 et même 4 grammes dans le même laps de temps, sans remarquer le moindre trouble dans l'économie. Mais pour que ce médicament produise les effets qu'a constatés M. Bertini, il faut ne se servir que de l'aconit récolté dans les montagnes; l'extrait doit toujours être retiré des feuilles récentes exclusivement et renouvelé chaque année. Enfin M. Bertini donne la préférence à l'extrait alcoolique, bien plus efficace, suivant lui, que l'extrait aqueux.

APPLICATION DES BANDAGES DEXTRINÉS AU TRAITEMENT DE L'ECZÉMA.

M. Devergie vient de faire récemment quelques essais de traitement de l'eczéma au moyen des bandages dextrinés. Voici la solution dont il se sert: Eau, 1,000 grammes; dextrine, 125 à 150 grammes. Le bandage se compose de circulaires se recouvrant à deux tiers de la largeur de la bande, sans compresses préalables et sans qu'on soit obligé de doubler ou de tripler le bandage d'épaisseur, comme on le fait en chirurgie, en enroulant 15 à 20 mètres de bande autour d'une jambe. Chaque bandage reste appliqué pendant trois jours, et quoi qu'il soit lâche et souple à cette époque, il est toujours nécessaire et même indispensable de le mouiller complétement avec de l'eau tiède avant de l'enlever, et de ne l'enlever qu'avec de grandes précautions pour éviter tout arrachement de l'épiderme.

Un liquide plus dense supprimerait trop promptement la sécrétion; il aurait encore, suivant M. Devergie, l'inconvénient de faire naître çà et là quelques pustules impétigineuses qui obligent à suspendre l'emploi de ce moyen. Il ne devient nécessaire que pour consolider la peau. Quant à la pression, elle doit être douce, de telle sorte que le membre du malade n'en présente pas de traces après l'ablation du bandage. M. Devergie laisse ordinairement écouler vingt-quatre heures avant l'application d'un bandage nouveau.

Il était important de savoir si les bons effets obtenus provenaient ou du bandage compressif ou de la dextrine (l'auteur n'aurait-il pas dû ajouter : ou de l'abri du contact de l'air?). Des essais tentés à cet égard par M. Devergie lui ont paru résoudre la question, en ce sens que la dextrine seule ne produit aucun résultat avantageux; il s'en est assuré en faisant panser les mêmes eczémas avec des compresses dextrinées seules, sans compression.

Le bandage compressif seul remplirait-il le même but? Oui, dit M. Devergie, dans certains cas, et notamment dans l'eczéma variqueux; mais ayant fait porter alternativement à quelques-uns de ses malades un bas lacé, puis le bandage dextriné, les effets ont été infiniment préférables avec ce dernier moyen. Il y a plus, ces affections restaient stationnaires avec un bas lacé seul. Quant à la bande sans dextrine, elle devient utile, mais elle s'imbibe très-facilement de fluide sécrété, et on ne l'enlève qu'avec peine, parce qu'il est long et parfois impossible de l'humecter d'eau tiède, d'où résultent des arrachements plus ou moins considérables d'épiderme.

Une circonstance importante à noter dans l'emploi du bandage dextriné, c'est la cessation très-rapide de la démangeaison qui est si incommode pour les malades. Dans l'eczéma rubrum, il n'y a pas seulement des démangeaisons, il y a encore des douleurs lancinantes. Le bandage dextriné les a calmées d'une manière très-notable chez plusieurs malades.

L'auteur termine sa note par les corollaires suivants :

Le bandage dextriné peut être très-utile dans le traitement des eczémas limités aux jambes. (C'est là que la maladie s'observe le plus souvent.)

En général, pour l'employer, il faut attendre que la période aiguë soit tombée et que la sécrétion soit très-notablement réduite.

On peut cependant l'appliquer temporairement comme modificateur dans certains eczémas rebelles, quoiqu'ils soient dans leur période aiguë; mais alors il faut le retirer après vingt-quatre heures d'application, afin d'éviter toute répercussion.

Ce moyen est surtout indiqué dans les cas d'eczéma avec varices ou avec œdème.

Il ne doit être mis en usage que pour les eczémas francs et exempts de la forme impétigineuse.

EMPLOI DE L'OXYDE NOIR DE MERCURE CONTRE LES VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES.

M. le docteur Stackler a communiqué à la Société médicale du Bas-Rhin deux observations de vomissements opiniâtres chez des femmes enceintes, dans lesquels il est parvenu à maîtriser les accidents par l'usage de l'oxyde noir de mercure à la dose de 5 centigrammes par jour. Ce médicament n'a eu aucun inconvénient et n'a pas amené la moindre trace de salivation. M. le docteur Jauger a cité, à cette occasion, des faits de convulsions hystériques, de vomissements sympathiques d'un état utérin, guéris par l'oxyde noir de mercure. Ce médicament serait si approprié, suivant ce praticien, à l'état d'irritation de ce viscère, qu'il convient également dans l'état de grossesse et de vacuité.

On comprendra l'importance qu'aurait cette propriété de l'oxyde noir de mercure, si l'expérience ultérieure venait à la confirmer, en se rappelant combien ces vomissements opiniâtres, dont quelques femmes sont atteintes pendant la gestation, sont quelquefois graves. M. le professeur Forget a cité à la même Société, à l'occasion de la communication de M. Stackler, le cas d'une femme qui, après avoir été réduite au dernier degré d'émaciation par suite de ces vomissements nerveux, avait fini par succomber au sixième mois de sa grossesse (GAZ. MÉD. DE STRASBOURG).

SUBSTITUTION DU BROMURE A L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

L'analogie de composition et de propriétés chimiques que présentent les bromures et les iodures, et l'élévation considérable du prix de ces dernières préparations, ont donné l'idée à M. Ricord d'expérimenter le bromure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques, et particulièrement dans les cas où est indiqué l'usage des iodures, c'est-à-dire dans les accidents syphilitiques tertiaires. Un certain nombre de malades ont été soumis à cette médication dans le service de M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens. Les résultats en ont été généralement avantageux ; le bromure, administré aux mêmes doses et de la même manière que l'iodure, a produit les mêmes effets, mais seulement avec plus de lenteur chez quelques malades.

ARSENIC DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

On se rappelle que M. Gintrac, après une première série d'expériences sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes, d'après la formule de M. Boudin, publia des résultats tout différents de ceux qu'avait obtenus ce praticien. De nouvelles tentatives provoquées par une publication récente de M. Boudin ne paraîtraient pas avoir été plus heureuses. M. Gintrac a employé l'acide arsénieux sur 37 fébricitants dont le type et la durée de la fièvre étaient différents. Voici les résultats auxquels il est arrivé.

Dans 6 cas, la guérison a été définitive et immédiate ; dans 7, la fièvre a éprouvé une modification assez remarquable, dans laquelle les trois stades n'étaient plus distincts ; l'accès semblait avoir disparu, mais il restait un état fébrile continu, le pouls donnait de 90 à 100 pulsations, la peau conservait une chaleur assez élevée ; néanmoins cet état s'est dissipé sous l'influence de soins hygiéniques simples, excepté chez un individu maintenant atteint d'anasarque ; 4 fois les accès, après avoir cédé à l'emploi de l'arsenic, ont peu de jours après reparu et nécessité l'emploi du sulfate de quinine ; enfin, chez 16 malades, l'arsenic n'a produit aucun effet sensible, et il a fallu recourir au sulfate de quinine. (JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX.)

ASSOCIATION DU CARBONATE DE FER AU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Le professeur Lippich, de Padoue, dit avoir retiré des avantages de l'association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres d'accès.

Voici sa formule :

Prenez :	Carbonate de fer. . .	1 gramme.
	Sulfate de quinine. .	1 —
	Extrait de pissenlit. .	q. s.

M. et f. s. a. une masse homogène et de consistance convenable, pour être divisée en trente pilules, dont on fait prendre deux toutes les deux heures.

La quantité de carbonate de fer peut être portée graduellement jusqu'à 2 grammes.

M. Lippich a prescrit avec succès les pilules de Vallet pour prévenir la récidive des accès. Il associe ces mêmes pilules au sulfate de quinine pour combattre l'hypertrophie de la rate.

TRAITEMENT TOPIQUE DE CERTAINES MALADIES DE LA PEAU.

M. Cazenave prescrit souvent avec succès l'emploi de simples lotions acidulées contre certaines formes légères de l'acné, du lichen, du pityriasis, de l'herpès et même de l'eczéma ; ou bien encore, et spécialement dans l'impétigo, par exemple, après avoir fait tomber les croûtes, il recourt avec avantage à l'application du soluté alumineux suivant :

Prenez :	Alun.	8 grammes.
	Infusé de roses de Provins.	500 —

Mêlez et faites dissoudre s. a.

Il porte quelquefois, suivant les cas, la dose du sel alumineux jusqu'à 12 grammes pour la même quantité d'infusé.

Mais la lotion qui réussit le mieux contre ces diverses affections est, sans contredit, une lotion hydrargyrique analogue au médicament secret connu sous le nom de *liqueur de Gowland*, et plus encore à l'*émulsion mercurielle de Bateman*. Après plusieurs essais, M. Cazenave s'est arrêté définitivement à la formule ci-dessous pour la composition de cette lotion :

Prenez :	Bichlorure de mercure. . .	10 centigr.
	Chlorhydrate d'ammoniaque.	10 —
	Émulsion d'amandes.	250 grammes.

Mêlez et faites dissoudre s. a.

Lorsque, dans l'eczéma, l'éruption est tout à fait chronique, alors M. Cazenave fait pratiquer des lotions fréquentes avec le mélange suivant :

Prenez :	Acide azotique.	25 gouttes.
	Acide chlorhydrique. . .	25 —
	Eau distillée	300 grammes.

Mêlez par agitation.

(GAZ. DES HÔPIT.)

EFFICACITÉ DE LA BRUCINE CONTRE LES PARALYSIES REBELLES, SUITE D'APOPLEXIE ; MODE D'ACTION DE CE MÉDICAMENT.

M. Bricheteau substitue à la strychnine, dans le traitement de ces paralysies rebelles qui persistent à la suite de l'apoplexie, la brucine, à laquelle il reconnaît la même efficacité, et de plus l'avantage sur la strychnine de pouvoir être donnée à des doses plus élevées sans crainte de déterminer des accidents funestes.

On pourra juger, d'après la relation sommaire de l'un des cas où ce médicament a été employé, et de son action et de la manière de l'administrer.

Un homme entra à l'hôpital ayant une hémiplégie du côté gauche et une altération sensible des facultés intellectuelles, surdité presque complète, suite d'une ancienne attaque d'apoplexie. Dès le jour de son entrée, il fut traité par la brucine à la dose d'un centigramme ; on prescrivit pour boisson infusion d'arnica. Le premier jour le malade ne sentit rien de particulier ; le second jour on donna 2 centigr. ; on continua à augmenter chaque jour d'un centigramme jusqu'à ce que l'effet du médicament devînt appréciable. Ce fut à la dose de 10 centigrammes que le malade put rendre compte des sensations qu'il éprouvait. Voici quel fut l'effet du médicament : une heure après avoir pris les pilules de brucine, le malade accusait une chaleur générale siégeant particulièrement dans les cuisses et les jarrets ; cette chaleur était accompagnée d'une susceptibilité générale ; à ces premiers symptômes succédaient des convulsions régulières, revenant par intervalles et déterminant une vive contraction musculaire ; en même temps il y avait de la rougeur à la face, de la céphalalgie ; le malade conservait néanmoins sa raison. Des convulsions survenaient lorsque le malade était debout, la chute était inévitable ; la durée des convulsions était d'une heure, jamais il n'y a eu de trismus des mâchoires ; ensuite venait de la lassitude dans tous les membres et un besoin irrésistible de sommeil. Ce malade a pris de la brucine pendant trois mois et demi ou quatre mois environ, au bout duquel temps il marchait parfaitement sans appui.

DE L'IPÉCACUANHA A DOSE VOMITIVE CONSIDÉRÉ COMME TONIQUE.

Suivant les médecins anglais, l'ipécacuanha ne possède pas seulement une action vomitive, mais il jouit encore d'une propriété tonique des plus remarquables, qui peut trouver son appréciation dans un grand nombre de

circonstances. M. le docteur Higginbottom, dans une note qu'il a publiée sur ce sujet dans THE LANCET, dit qu'il remarqua pour la première fois cette propriété, il y a un grand nombre d'années, chez une femme atteinte de choléra arrivé à sa dernière période, et tombée dans le dernier degré de débilitation. Un scrupule d'ipécacuanha, administré dans cet état, la modifia tellement, qu'au bout de quelques heures la malade entrait en pleine convalescence. Depuis trente ans, dit-il, de nombreux succès l'ont affermi dans cette pratique, qu'il a modifiée suivant une méthode adoptée par la plupart de ses compatriotes : elle consiste à administrer au malade, deux ou trois heures après l'action de l'émétique, une pilule composée de 5 centigrammes d'opium, 25 centigrammes de pilule bleue, que l'on fait suivre d'une dose de rhubarbe, avec 2 grammes de sulfate de potasse, qui facilitent l'action des intestins.

Parmi les affections dans lesquelles M. Higginbottom a fait usage de cette méthode avec succès, il cite particulièrement les hémorrhagies utérines dans lesquelles le seigle ergoté et les astringents ont été insuffisants et qui étaient suivies d'un grand épuisement, les bronchites dans le cours desquelles il survient une dyspnée très-prononcée avec un sentiment de faiblesse extrême et menace de suffocation, etc. L'emploi de l'ipécacuanha, dans ces diverses circonstances, fait disparaître immédiatement ce que ces symptômes ont de plus grave, relève l'économie et assure une prompte convalescence.

GUÉRISON D'UN EMPOISONNEMENT PAR LE VERT-DE-GRIS, AU MOYEN DE L'ALBUMINE ET DU PROTO-SULFURE DE FER.

Le fait suivant, observé par M. Barbet Lartigue (de Bordeaux), est consigné dans le JOURNAL DE CHIMIE ET DE PHARMACIE :

OBS. — Le nommé P... déclare qu'il vient de s'empoisonner avec du vert-de-gris ajouté à du vin. Au bout de quelques minutes il éprouve des vomissements, dans lesquels on retrouve, en effet, la présence de l'acétate de cuivre. On transporte immédiatement cet homme à l'hôpital, où on lui fait prendre en grande quantité de l'eau albumineuse, puis, quelque temps après, on peut lui administrer le proto-sulfure de fer hydraté, deux cuillerées toutes les demi-heures, en continuant l'usage d'eau albumineuse, administrant également des lavements émollients et appliquant des sinapismes aux jambes.

Le soir, à 9 heures, commencement de réaction, vomissements, diarrhée; mais le ventre est moins douloureux. (Bains, proto-sulfure de fer toutes les heures.)

Le 5, nuit assez calme; le malade n'a pas vomi depuis plusieurs heures; diarrhée; pouls plein, à 90; douleurs vives à l'épigastre; ventre tendu. (Vingt sangsues sur l'abdomen, bain, boissons albumineuses, lavements émollients.)

Le 6, amélioration marquée. (Continuation du même traitement avec quelques légers bouillons.)

Le 7, le malade ne souffre plus, il peut quitter l'hôpital.

M. B. Lartigue fait remarquer à cette occasion que l'on néglige trop souvent l'emploi des antidotes chimiques indiqués dans les auteurs. Dans ce cas-ci, par exemple, il n'hésite pas à attribuer ce prompt rétablissement à l'emploi de l'albumine, du sucre et surtout du proto-sulfure de fer, qui, lorsqu'ils sont administrés à propos et à temps, sont des contre-poisons héroïques. Mais, ainsi que l'observe avec non moins de raison le rédacteur du JOURNAL DE CHIMIE, les recommandations de l'auteur, justes en elles-mêmes, ne sont pas toujours applicables dans tous les cas où le médecin est appelé. En effet, la plupart du temps, lorsque le médecin arrive près du malade, il s'est écoulé un laps de temps, pendant lequel, si le malade n'a pu vomir immédiatement, le poison ingéré aura pu être absorbé et pénétrer jusque dans la trame des tissus. Dans tous les cas, ce qu'il y a donc de plus pressant à faire est de faciliter l'évacuation du toxique, sauf à recourir aux neutralisants après, s'il y a lieu.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DU TARTRATE DE POTASSE ET D'ANTIMOINE.

M. Cardella expose de la manière suivante le nouveau mode de préparation qu'il propose pour l'obtention du tartre émétique.

On prend du régule d'antimoine que l'on réduit en poudre très-fine, et on met cette poudre dans un vase de terre non vernissé, que l'on place sur des charbons ardents, en évitant avec soin de chauffer de manière que la température puisse être portée à un degré trop élevé.

On observe d'abord un dégagement de vapeurs qui toutefois ne tarde pas à s'arrêter. On retire alors le vase du feu et on laisse refroidir ; après le refroidissement, on trouve la poudre conglutinée, mais sans avoir éprouvé de fusion.

On pulvérise cette masse, et, après avoir fait passer le produit de la pulvérisation au travers d'un tamis à mailles serrées, on remet la poudre obtenue dans le même vase de terre non vernissé, et on chauffe jusqu'au rouge en ayant soin d'agiter incessamment la substance jusqu'à ce qu'elle ait acquis une coloration cendrée. Arrivé à ce point de l'opération, on retire du feu, on mélange la poudre avec un poids égal de bitartrate potassique, on ajoute dix parties d'eau et on fait bouillir pendant deux heures dans un vase vernissé. On filtre ensuite et on concentre la liqueur par évaporation; après quoi on la dépose dans un lieu frais et on l'abandonne au repos pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il ne reste plus qu'à recueillir les cristaux et à les dessécher en les comprimant doucement entre des feuilles de papier non collé.

Suivant M. Cardella, ce mode de préparation a le double avantage de l'économie et de la pureté parfaite du produit, car le sel obtenu est complétement exempt d'arsenic.

MOYEN DE RECONNAÎTRE LE DEGRÉ D'ACTIVITÉ DE LA DIGITALE.

M. Falken, pharmacien à Rebo, indique le procédé suivant pour reconnaître le degré d'activité de la digitale.

On fait infuser pendant une heure 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans de l'eau bouillante. Après avoir passé, on ajoute à la colature refroidie 20 à 30 gouttes d'un soluté de ferrocyanure de potassium, dans la proportion de 75 centigrammes pour 15 grammes d'eau distillée. Si la digitale est active, l'infusé se trouble peu à peu ; mais s'il ne se trouble pas dans l'espace de dix à quinze minutes, on peut considérer la digitale en épreuve comme n'ayant pas le degré suffisant d'activité.

Les recherches comparatives auxquelles M. Falken s'est livré sur les diverses espèces de digitale, à l'aide de ce procédé, l'ont conduit à considérer la digitale récoltée en Suisse comme la plus active (FRORIEP'S NOTIZEN).

BIBLIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ A POITIERS; par M. F.-L. GAILLARD, médecin des épidémies, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, etc. — 1845. Poitiers, librairie de H. Oudin; Paris, librairie de J.-B. Baillière.

DE LA SUETTE DU POITOU, CONSIDÉRÉE D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE; par M. ALPHONSE LOREAU, professeur suppléant à l école de Poitiers. — 1846. Poitiers, Pichot, libraire-éditeur; Paris, Fortin, Masson et Ce.

L'histoire des épidémies de suette est certainement une des plus curieuses et des plus dignes d'exciter l'attention et la méditation des pathologistes. Sans analogue dans le cadre de nos affections habituelles, jamais sporadique, frappant toujours les populations en masse, différant de toutes les épidémies connues par un appareil de symptômes qui lui constituent une physionomie tout à fait particulière, ne s'en rapprochant que par les circonstances de sa gravité, de la simultanéité de ses attaques, de la facilité avec laquelle elle se propage d'individu à individu dans une certaine circonscription, se combinant quelquefois avec d'autres épidémies, mais dans des rapports qu'il n'a pas été possible jusqu'à présent de déterminer, se montrant à de longs intervalles sur des points divers et éloignés du globe, dans des conditions de temps, de lieux, de climat, de saison et d'état social dont il est difficile de saisir nettement la relation, frappant tantôt les classes pauvres, tantôt la classe aisée de la société, au moment des crises sociales et des tourmentes politiques comme dans l'état de paix et de prospérité publique, dans les grands centres de population comme dans les campagnes, la suette semble dérouter tous les calculs, toutes les combinaisons, toutes les prévisions possibles, et longtemps encore sans doute on en observera les tristes effets sans être plus éclairé sur les conditions étiologiques qui lui donnent naissance. C'est là un des caractères essentiels des maladies épidémiques dont la suette peut être considérée à juste titre comme un des types les plus parfaits.

Longtemps inconnue en France, la suette n'y est signalée pour la première fois que dans le cours du XVIIIe siècle où elle fait plusieurs apparitions successives en Picardie, ce qui l'a fait désigner sous le nom de *suette des Picards;* elle se montre depuis dans plusieurs départements du midi et de l'est, dans la Dordogne, le Tarn-et-Garonne, le Lot-et-Garonne, le Jura; elle reparait de nouveau dans ces dernières années dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise; enfin le Poitou vient tout récemment d'en être le théâtre. Partout, depuis son apparition en France, la suette est compliquée de miliaire; elle ne diffère que par cette circonstance de la vieille suette anglaise, comme celle-ci ne différait que par quelques carac-

tères particuliers de l'ancienne *maladie cardiaque* des pays méridionaux : trois maladies qui, avec des nuances différentes, semblent n'être au fond que l'expression d'une même influence épidémique, modifiée probablement par les circonstances climatériques ou topographiques. Du reste, les diverses épidémies de suette miliaire signalées en France depuis près d'un siècle, bien qu'offrant dans leur physionomie générale la plus grande ressemblance, ne laissent pas aussi que de présenter çà et là quelques traits particuliers qui les distinguent les unes des autres. L'épidémie de 1821, décrite par M. Rayer, celle de 1839, dont MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy ont publié la relation dans la GAZETTE MÉDICALE, l'épidémie de la Dordogne, celle de Vesoul présentent, soit dans leur gravité, soit dans leur marche, leur durée ou leurs symptômes, quelques légères différences dont il ne serait pas sans intérêt de chercher la relation avec les conditions topographiques et autres circonstances locales au milieu desquelles se sont manifestées ces diverses épidémies; car si dans son étiologie générale la maladie semble échapper à toute influence locale, il peut n'en être pas de même pour les degrés et pour les nuances que peuvent offrir quelques-uns de ses caractères dans les diverses localités. C'est ainsi, par exemple, que la suette qui sévit pendant le XV[e] et le XVI[e] siècle dans le nord de l'Europe, et la maladie cardiaque de l'Asie Mineure, de la Grèce et de l'Italie, dont les auteurs anciens nous ont transmis l'histoire, et qui s'en rapprochait par des traits si nombreux de ressemblance, offrent en même temps des différences symptomatiques notables dont la différence des climats peut, ainsi que nous venons de le dire, jusqu'à un certain point rendre compte.

Il ne sera donc pas sans intérêt de rapprocher, sous ces différents points de vue, l'histoire de la suette du Poitou de celle des diverses épidémies du même genre qui ont successivement sévi depuis quelques années sur plusieurs points de la France, et d'en constater tout à la fois les ressemblances et les différences. Ces rapprochements n'eussent-ils d'ailleurs pour objet que la comparaison des méthodes de traitement et de leurs résultats, elles offriraient encore un intérêt puissant pour les praticiens.

L'épidémie de Poitiers, dit l'un de ses deux historiens, M. Gaillard, à qui nous emprunterons les principaux traits de sa description, a débuté au commencement de juin. Elle a été meurtrière au début, puis, du milieu de juillet en août, il y a eu amendement dans la gravité des symptômes; mais à partir du 1[er] août l'intensité du mal a redoublé; tous les malades qui furent atteints du 1[er] au 12 succombèrent, quel que fût le traitement employé. Elle est ensuite redevenue moins meurtrière jusqu'au 15 septembre, où elle s'est terminée après trois mois et demi de durée.

Une circonstance assez remarquable dans cette épidémie, c'est qu'elle n'a point atteint indifféremment toutes les classes de la société; la classe sur laquelle elle a presque exclusivement sévi est la classe riche ou aisée. Les habitués des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, ainsi que la garnison, n'en ont point été atteints; différence singulière et que rien n'explique, d'avec ce qui a eu lieu dans d'autres localités où les classes indigentes étaient plus particulièrement affectées. Les deux sexes ont été également atteints. Quant à l'age, ç'a été à Poitiers, comme ailleurs, sur les adultes exclusivement qu'a sévi l'épidémie; les sujets atteints n'avaient jamais moins de 20 ans, rarement plus de 60; le plus grand nombre était entre 20 et 40.

Voici les principaux symptômes et les traits les plus caractéristiques de la maladie : au début, chaleur, fièvre, sueurs abondandantes; vers le troisième jour, éruption de plaques rouges, de petites vésicules pointues et de grosses vésicules rondes, transparentes, élevées; pendant une semaine environ, continuation de la fièvre et des sueurs, éruptions successives de plaques et de vésicules sur diverses régions. L'éruption se continue, se répète plusieurs jours de suite, et le malade éprouve chaque fois une crise nouvelle et un danger nouveau.

Les malades étaient le plus souvent saisis d'emblée, sans prodromes et sans avertissement; quelquefois des douleurs de tête, des malaises, quelques sueurs, le dégoût, etc., ont précédé de deux ou trois jours l'invasion de la suette.

Voici quels étaient, à chacune des périodes de la maladie, les phénomènes principaux et le plus communément observés.

La suette débutait ordinairement la nuit; le malade se réveillait couvert de sueur sans autre souffrance; un mouvement fébrile, caractérisé par la chaleur de la peau et l'accélération du pouls, se montrait quasi toujours au début. Dans les premiers temps de l'épidémie, la fièvre se prolongeait pendant toute la durée de l'éruption; souvent aussi cette excitation fébrile cessait au bout de quelques heures, et le pouls revenait à l'état normal. La sueur était très-variable.

L'éruption commençait du deuxième au troisième jour; c'était pour tous les malades le moment le plus critique : plusieurs succombaient avant même que l'éruption se montrât, ou au moment même de sa première apparition. Chez le plus grand nombre des malades, l'éruption était abondante; elle commençait au cou ou à la poitrine, par quelques petites plaques ou par des vésicules isolées, puis elle s'étendait aux mains, aux reins, aux parois de la poitrine et du ventre, etc.; elle était accompagnée de picotements, de cuissons, etc.

La fièvre continuait pendant une semaine environ, ainsi que les sueurs; c'était la troisième période : pendant la durée de cette période, il se faisait une série d'éruptions successives de plaques et de vésicules sur toutes les régions du corps. Du douzième au dix-huitième jour, les sueurs cessaient, les vésicules s'affaissaient et la desquammation marquait la fin du danger et l'entrée en convalescence. Celle-ci était souvent laborieuse et longue; on voyait survenir pendant son cours des furoncles et de grosses pustules sur diverses parties et plus particulièrement aux jambes.

Des accidents nombreux et variés ont été observés pendant le cours de ces différentes périodes; c'était de l'agitation, avec besoin incessant de changer de place et jactation; sentiment d'ardeur, de brûlure, mal de cœur, nausées, vomissements, anxiété précordiale, difficulté de respirer, suffocation, syncopes, palpitations violentes, défaillances, céphalalgie excessive, vertiges, paralysies partielles et passagères, secousses tétaniques des membres, soubresauts des tendons, rêvasseries, aberrations intellectuelles, assoupissement, coma. Tous ces phénomènes graves avaient un caractère commun remarquable : ce caractère, c'était la rapidité de leur développement, leur forme variable et mobile, leur cessation brusque, l'absence de lésion organique, soit pendant la vie, soit après la mort. Lorsque les malades succombaient, voici, sauf quelques différences dépendantes de certains phénomènes particuliers, comment la maladie se terminait : anxiété, agitation plus grande, jactation, accélaration du pouls, délire fugace, souvent quelques nausées et vomissements bilieux, perte de connaissance, gêne progressive dans la respiration, râle bronchique, mort. Tous ces phénomènes se déroulaient dans l'espace de quelques heures.

Le pronostic ne reposait sur aucune base certaine, la maladie se présentant sous des formes insidieuses dont rien ne pouvait faire prévoir l'issue; quelques malades succombaient avec une éruption et une sueur abondante, d'autres avec quelques petites vésicules seulement et presque sans sueur, tandis que quelques-uns succombaient comme foudroyés le deuxième ou troisième jour d'une suette d'apparence bénigne, d'autres, qui avaient éprouvé les accidents les plus graves dès le début, guérissaient, de sorte que rien n'était moins fondé que les dénominations de suette bénigne et de suette maligne. C'était l'issue seule qui pouvait justifier ces qualifications.

Voici comment M. Gaillard a compris les indications générales du traitement.

Lorsque la maladie parcourt régulièrement ses périodes, que toute la crise a eu lieu sur la peau, que les viscères ne paraissent pas troublés dans leurs fonctions, lorsqu'il n'existe ni douleurs de tête, ni agitation, ni oppression, etc., on doit s'en tenir aux simples précautions hygiéniques et favoriser un peu l'éruption. Au contraire, si les choses marchent mal, s'il se présente, soit avant, soit pendant les éruptions successives, des accidents sérieux, il a recours, suivant les cas, à quelques-unes des médications actives qui sont plus particulièrement indiquées par la nature ou le caractère de ces accidents. Ces médications sont les sudorifiques, l'émétique, les antispasmodiques, les révulsifs, les purgatifs, les toniques, les saignées et le quinquina.

Les sudorifiques convenaient généralement, sauf cependant les cas où le pouls était fort et fréquent, la face turgescente, la peau brûlante et couverte de sueur; mais dans les cas où la peau était fraîche, le pouls lent et faible, la face pâle, et c'étaient les plus nombreux, les sudorifiques remplissaient l'indication capitale. L'émétique a été réservé pour quelques cas où les malades se plaignaient de nausées, de maux de cœur avec douleur sus-orbitaire et malaise général; ce n'était qu'une indication exceptionnelle. Les antispasmodiques ont été employés avec avantage à toutes les périodes de la maladie, lorsque l'on avait à combattre les phénomènes nerveux et les spasmes divers qui se présentaient si souvent. Les révulsifs se sont également montrés utiles dans un grand nombre de circonstances, celles particulièrement où il y avait indication de stimuler l'organisme, de lutter contre la tendance aux congestions intérieures et d'amener une réaction favorable à la périphérie; parmi les agens de cet ordre, ceux dont M. Gaillard dit avoir retiré les meilleurs effets sont la pommade stibiée et un liniment de térébenthine et d'ammoniaque liquide. Les purgatifs n'étaient employés que vers le douzième jour, c'est-à-dire à l'époque où il n'y avait plus de vésicules à sortir; ils se sont montrés utiles à cette période de la maladie en activant toutes les sécrétions. Les toniques convenaient, soit pour aider la réaction dans les premiers jours lorsqu'elle venait à faiblir, soit plus tard pour soutenir les forces. La saignée, dont l'opportunité a été fortement contestée dans cette affection, ne devait être pratiquée qu'avec une extrême réserve et seulement dans le cas d'une indication manifeste; elle était en général contraire, l'indication de déprimer les forces ne s'étant que très-rarement rencontrée. Quant au quinquina (sulfate de quinine), qui a été fortement préconisé par plusieurs médecins de la Dordogne, il n'a pas paru à M. Gaillard aussi gé-

néralement applicable que l'avaient pensé ces médecins, du moins dans l'épidémie dont il a été témoin ; il ne lui a réellement semblé utile que dans le petit nombre de cas où les accidents spasmodiques se présentaient sous la forme d'accès réguliers. A part une intermittence marquée, il ne croit ni rationnel ni même prudent de donner d'emblée et dès le début les préparations de quinquina.

Tel est en résumé le contenu de la brochure de M. Gaillard ; on vient d'y voir un exposé et une appréciation toute pratique des faits. Dans la brochure dont il nous reste à parler, on va en voir le côté spéculatif.

Qu'est-ce que la suette miliaire? quelle est sa nature? quelles en sont les causes, les symptômes, la marche et le caractère? par quels liens se rattache-t-elle aux épidémies coïncidentes ou antérieures? enfin quel en est le traitement le plus rationnel? Telles sont les questions graves et ardues à l'examen desquelles se livre M. Loreau, sous le titre modeste de *Simples causeries sur une grave question*.

M. Loreau pose tout d'abord cette proposition ; que la suette de Poitiers est une maladie *pestilentielle* à la fois *épidémique* et *contagieuse* ; il l'appelle pestilentielle pour désigner qu'elle est produite par une infection spéciale et qu'elle donne lieu à tous les phénomènes qu'on attribue aux empoisonnements putrides; elle est épidémique, cela n'est l'objet d'aucun doute; contagieuse... c'est ce qu'il s'agit de prouver. —M. Gaillard ne croit pas à la contagion, ou du moins, sans s'exprimer aussi formellement, il dit que nulle part la maladie ne s'est montrée contagieuse; ne paraissant pas attacher plus d'importance à cette question, il n'a pas cru devoir étayer cette opinion de preuves négatives. M. Loreau, avec une opinion contraire, était naturellement tenu de fournir ses preuves. Aussi rapporte-t-il des faits, et un entre autres qui lui est personnel (1), auxquels on ne peut contester une certaine valeur, bien qu'il faille toujours se prononcer avec réserve sur des faits de transmission quand il s'agit d'une maladie épidémique. Il invoque en outre un autre ordre de preuves déduites de l'analogie et de l'étude des causes auxquelles il croit pouvoir assigner l'origine de la maladie. Les circonstances auxquelles il a emprunté ses arguments d'analogie, si elles ne démontraient pas précisément ce qu'il se propose d'établir, seraient du moins dignes d'être rappelées comme des éléments curieux pour l'histoire de la constitution médicale de Poitiers pendant ces dernières années.

En 1843, Poitiers vit dans ses murs une fièvre typhoïde grave qui fit un grand nombre de victimes dans tous les quartiers de la ville et dans toutes les classes de la société. Plus tard, en 1844, à cette épidémie de fièvre typhoïde succéda une épidémie de scarlatine miliaire d'une grande malignité; celle-ci était à peine sur son déclin, qu'éclata l'épidémie de suette; enfin, depuis que cette dernière a cessé ses ravages, il s'est manifesté une épidémie de rougeole dont les premiers cas avaient été observés pendant la durée de la suette, et, fait remarquable, les enfants, qui avaient été absolument épargnés par la suette, furent presque seuls atteints par la rougeole. Pour M. Loreau, ce ne sont là que des manifestations pathologiques diverses d'une seule et même constitution essentiellement identique au fond et éminemment septique ou typhoïque par sa nature. Or les deux premières affections s'étant manifestement montrées contagieuses, il n'y aurait pas de raison, si des faits directs n'en démontraient d'ailleurs la réalité, pour refuser la même propriété à la suette.

L'identité d'origine et de nature de ces affections diverses en apparence, est une des circonstances les plus curieuses et en même temps les plus caractéristiques de l'existence d'une épidémie, et quelques-uns des exemples que cite M. Loreau sont réellement dignes d'attention : ils montrent que de plusieurs sujets placés sous la même influence commune, vivant dans les conditions d'existence et d'hygiène les plus identiques, et ayant entre eux des communications fréquentes, tandis que les uns offraient tous les caractères les mieux dessinés de l'épidémie régnante, d'autres étaient pris, soit simultanément soit peu de temps après, d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée : ceci a eu lieu pour la suette comme pour la scarlatine; dans d'autres cas même on peut suivre la succession ou plutôt la transformation de ces affections chez un même sujet; et enfin, pour achever ce rapprochement, le traitement qui convenait à l'une de ces affections était aussi le plus efficace contre les autres.

Nous avons dit quelle était la méthode de traitement mise en usage par M. Gaillard, méthode qui paraît avoir été celle qu'ont assez généralement suivie la plupart des médecins de Poitiers; on a vu qu'elle n'a rien de spécifique, qu'elle se résume dans un certain groupe d'indications fournies par la prédominence des symptômes. C'est aussi la pratique qu'ont suivie, à peu de chose près, la plupart des médecins qui ont observé la même maladie dans d'autres localités. La pratique de M. Loreau diffère sensiblement sous ce rapport de celle de ses confrères; il repousse également l'expectation et la médecine des symptômes. Parti d'un point de vue étiologique, d'une conception générale du caractère épidémique commun à la suette et à toutes les affections concomitantes, et conséquent avec cette manière de voir, il a cherché à instituer un système de traitement plutôt hygiénique ou prophylactique que thérapeutique proprement dit. Ne perdant pas de vue le triple caractère pestilentiel, épidémique et contagieux de la maladie, c'est surtout aux antiseptiques qu'il a dû faire appel. L'aération, l'isolement des malades, la désinfection des appartements par les chlorures, le renouvellement fréquent des objets de literie, les frictions ou lotions réitérées la nuit et le jour avec des aromates diffusibles, tels sont les principaux moyens à la fois prophylactiques et curatifs auxquels a eu recours M. Loreau. Ces moyens étaient puissamment aidés, suivant l'occurrence et d'après les indications déduites de l'état des organes digestifs, par l'emploi des purgatifs et des éméto-cathartiques. Les évacuants lui ont toujours paru utiles, et loin que la nuance typhoïde ou le cachet pernicieux que revêtait si souvent la maladie aient rien changé à cette pratique, ils ne faisaient au contraire qu'en raffermir l'indication. Le camphre, le musc, l'éther, le café, étaient administrés à titre d'antiseptiques; le sulfate de quinine trouvait son indication spéciale dans la rémittence ou l'intermittence des phénomènes. Quant aux saignées et aux sudorifiques, M. Loreau les proscrit d'une manière absolue.

Il est regrettable que ni M. Gaillard ni M. Loreau n'aient indiqué d'une manière au moins approximative des proportions sur lesquelles on puisse faire porter la comparaison des résultats de leur pratique respective. Sans nous dissimuler ce que ces résultats pourraient encore laisser d'incertitudes dans l'esprit en présence d'une maladie qui, comme toutes les épidémies d'une certaine intensité, se montre constamment réfractaire à toute thérapeutique pendant son apogée, et guérit presque toujours à son déclin, quels que soient les moyens mis en usage, on eût pu néanmoins tirer de ce parallèle quelque parti utile pour l'appréciation des influences au moins partielles de ces méthodes. Du reste, bien que partant de points de vue différents, MM. Gaillard et Loreau n'ont point tellement différé dans leur pratique qu'on ne puisse signaler plusieurs indications sur lesquelles ils se sont trouvés d'accord ; et cet accord emprunte à la divergence même de leurs opinions un caractère de certitude dont les praticiens pourront à l'avenir tirer parti. Ainsi les évacuants émétiques ou purgatifs, les lotions aromatiques, le sulfate de quinine, dans les formes rémittentes ou intermittentes, sont également recommandés, quoique dans des mesures différentes, par ces deux habiles praticiens, et ils sont également unanimes pour proscrire l'usage, au moins habituel, des évacuations sanguines.

Nous avons indiqué, chemin faisant, quelques-unes des particularités qui distinguent l'épidémie de Poitiers des épidémies antécédentes. L'épidémie de Poitiers, dit à ce sujet M. Gaillard, a différé, sous bien des rapports, de celles de la Charente et de la Dordogne. Dans ces départements, la suette a frappé surtout les campagnes et les classes indigentes; sa durée était très-courte, l'éruption se faisait le troisième jour, et tout était terminé. Dans la Charente, la suette a été bénigne, et l'on a cru pouvoir attribuer à l'abondance des sueurs la mort de quelques malades.

A Poitiers, l'épidémie a frappé surtout les classes aisées. L'éruption a été successive, et l'épidémie s'est montrée avec une effrayante gravité; et, loin d'avoir à se plaindre de la fièvre et des sueurs, M. Gaillard a souvent constaté que les malades qui ont eu le moins de réaction, le moins de fièvre, le moins de sueur, sont ceux qui ont succombé; ce qui confirme cette observation de Sennert, qui disait que dans la suette miliaire les malades qui mouraient étaient ceux qui n'avaient pas transpiré.

On pourrait encore signaler quelques autres caractères symptomatiques qui différencieraient la suette du Poitou d'avec celle qui a régné à plusieurs époques dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise. Mais les lecteurs pourront compléter eux-mêmes ce parallèle; nous les y engageons d'autant plus volontiers, qu'ils liront avec plaisir et profit les deux brochures également estimables de M. Gaillard et de M. Loreau, où ils trouveront, sous des formes et avec des vues et des tendances différentes, dont notre analyse a dû suffisamment faire ressortir le caractère, des indications et des renseignements utiles pour l'histoire de cette singulière affection.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Voici, en deux mots, le fait qui concerne M. Loreau; il est assez remarquable pour que nous croyions devoir le reproduire.

M. L... avait touché, sans aucune réserve, un assez grand de malades inondés de sueur et couverts d'éruptions, lorsqu'il sentit un picotement incommode sur l'un des côtés du doigt annulaire de la main droite, avec lequel il avait tâté le pouls des malades. Il aperçut bientôt trois ou quatre boutons miliformes. Sans s'en préoccuper davantage, M. L... continua à vaquer à ses occupations; mais vers le milieu de la nuit suivante, il se réveilla couvert de sueur et suffoquant. Le lendemain, après avoir vu de nouveaux malades, il fut pris de vertiges, de nausées, de défaillances, et fut obligé de s'aliter. La fièvre s'alluma, il ressentit une constriction épigastrique, de la céphalalgie, un sentiment général de malaise et enfin d'abondantes sueurs, en un mot tous les symptômes les mieux caractérisés de la suette, y compris l'éruption.

Un autre médecin de Poitiers éprouva les mêmes accidents dans les mêmes circonstances; il dit même avoir vu une semblable éruption apparaître plusieurs fois sur ses mains.

REVUE GÉNÉRALE.

REVUE SANITAIRE DU PREMIER TRIMESTRE DE 1846.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

En présentant, dans le dernier numéro, les variations de l'atmosphère comme les seuls éléments étiologiques, rigoureusement appréciables, de la question qui nous occupe, nous n'avons pas entendu subordonner d'une manière directe et nécessaire les manifestations morbides à de simples variations de la température, de la pression et de l'humidité atmosphériques. Ces conditions diverses sont, à vrai dire, les seules que nous puissions déterminer, apprécier, mesurer positivement, et poser ainsi comme un terme parfaitement connu du problème à résoudre. Mais l'histoire des épidémies et des constitutions médicales a depuis longtemps appris à reconnaître dans les maladies régnantes l'empreinte d'une autre cause, moins bien déterminée dans sa nature, mais plus immédiate dans ses effets ; c'est ce qu'on appelle le génie épidémique. Et de même que l'élément météorologique offre différents modes susceptibles d'influencer diversement l'organisme, de même on peut suivre dans la diversité des formes morbides la diversité des modes de la cause inconnue dont nous parlons. Nous aurons donc soin, dans l'examen qui va suivre, de ne pas perdre de vue cette considération.

Exposons maintenant le mouvement sanitaire du trimestre sous le triple rapport des formes, de la fréquence et de la gravité des maladies.

Relativement aux *formes morbides*, le premier fait qui frappe est la rareté relative des affections les plus habituelles de l'hiver, telles que les *affections aiguës des voies respiratoires et des articulations*. Non-seulement ces maladies étaient rares, mais elles étaient en général bénignes, sauf des exceptions que nous signalerons plus loin. Deux ou trois saignées enrayaient d'ordinaire la pneumonie. Le catarrhe bronchique lui-même était loin d'être commun ; c'est une remarque qu'on a pu faire surtout en ville, où les rhumes, les catarrhes, sont en hiver, habituellement, le pain quotidien de la pratique; c'est une plainte qu'on entendait sortir de la bouche de tous les pharmaciens dont les pâtes et sirops béchiques trouvaient peu de débit. Il est encore à noter que parfois les affections thoraciques affectaient plutôt le caractère névralgique que le caractère inflammatoire. Nous avons vu, par exemple, chez des personnes non asthmatiques survenir tout à coup une dyspnée intense, avec inspiration sifflante, sentiment d'angoisse à l'épigastre, lèvres bleuâtres, yeux cernés, etc.; le tout sans point de côté, sans matité anormale, sans traces de râle, sans la moindre chaleur à la peau, ni aucun autre indice de fièvre. Le pouls même n'était pas ordinairement accéléré; il était plus souvent lent avec des intermittences plus ou moins marquées. Une saignée au bras amenait un soulagement immédiat. Mais une fois la déplétion opérée, la médication antiphlogistique était tout à fait contre-indiquée; les narcotiques avaient peu d'effets, mais on tirait un grand avantage de l'emploi des stimulants locaux et généraux : à la base du thorax au niveau des attaches du diaphragme, sur la région précordiale et le long de l'épine dorsale, des frictions ammoniacales ou l'application de rubéfiants extemporanés; à l'intérieur, le camphre, le musc, le café noir, etc. — D'autres fois l'affection du thorax revêtait plus particulièrement la forme névralgique, et jamais peut-être on n'a observé à cette époque de l'année un plus grand nombre de névralgies intercostales. Les vésicatoires saupoudrés de morphine en triomphaient avec une grande facilité.

Si les maladies habituelles de l'hiver ont fait défaut au trimestre qui vient de s'écouler, en revanche il a été gratifié amplement de maladies qui appartiennent plus particulièrement à l'été ou à l'automne. Dès le commencement de janvier et pendant tout le cours du trimestre, on a observé un grand nombre de *fièvres gastriques*, tantôt avec la forme dite muqueuse, tantôt, et c'était le cas le plus fréquent, avec prédominance très-marquée de symptômes bilieux : teinte jaunâtre de la face et des conjonctives, nausées ou vomissements de matières porracées, sentiment de plénitude à l'épigastre, alternatives de constipation et de diarrhée, vertiges, sommeil lourd ou agité, un peu de chaleur la nuit, sentiment général de faiblesse, tels étaient les traits les plus saillants et les plus ordinaires des affections abdominales régnantes. Chez quelques sujets, l'épigastre était tout à fait indolent et le siége d'une sensation de défaillance qui exigeait impérieusement l'ingestion de quelques aliments ; chez d'autres, il était au contraire extrêmement douloureux, et la douleur, que la moindre pression exaspérait, envoyait des irradiations dans les deux flancs, sous les fausses côtes et dans la région dorsale. Une malade à laquelle nous avons donné des soins pour une surcharge bilieuse des plus intenses, avec langue safranée, nausées continuelles, horreur des aliments, constipation opiniâtre, finit par présenter les signes d'une sorte de catarrhe stomacal, ou, pour mieux dire, pancréatique. A cette période de la maladie, et après l'emploi d'éméto-cathartiques répétés, les symptômes bilieux avaient disparu ; mais la malade rendait chaque jour, par vomituritions, une énorme quantité de fluide d'apparence franchement salivaire, parfois très-légèrement acide, mais le plus souvent neutre. Cet état ne céda que lentement à l'emploi de deux larges cautères sur l'épigastre et du cachou à l'intérieur. Enfin, il est des malades chez lesquels l'affection s'est principalement portée sur la partie moyenne ou la partie inférieure du tube digestif. Ces malades avaient de l'appétit, la langue à peine blanchâtre, l'épigastre exempt de douleur; mais la digestion amenait des coliques, des gaz fétides, et les garde-robes avaient lieu irrégulièrement. Plusieurs enfants nous ont offert des exemples de diarrhée séreuse, sans signes de phlogose, et cédant à l'usage du quinquina et du régime animal.

Dans le cours de février, quand les fièvres gastriques régnaient déjà depuis quelque temps, on a vu apparaître bon nombre de *fièvres typhoïdes*. Certes, c'est un fait digne de la plus grande attention que cette fréquence des fièvres typhoïdes au milieu de l'hiver. Le plus souvent elles revêtaient le caractère ataxique et s'accompagnaient dès le début d'une violente céphalalgie, quelquefois limitée à une partie circonscrite de la tête, et dont les malades se plaignaient obstinément jusqu'à l'apparition du délire. Cette forme était le plus souvent mortelle. Nous avons cité ailleurs (n° 10, p. 193) un cas de fièvre typhoïde qui parut se juger par la formation d'un énorme anthrax de la fesse, et que M. Rayer a désigné sous le nom de fièvre typhoïde charbonneuse. Plusieurs fois nous avons vu certains symptômes appartenant d'ordinaire aux prodromes de la fièvre ataxique, tels qu'une céphalée opiniâtre, avec prostration générale, chaleur de la peau, élévation du pouls, persister pendant huit, dix, douze jours, sans s'accompagner de symptômes nouveaux, et ainsi constituer à eux seuls une affection dont on chercherait vainement le tableau dans les cadres nosologiques. Outre le cas dont il vient d'être question, le service de M. Rayer en a offert un plus insolite encore, caractérisé par les prodromes typhoïdes les plus prononcés, l'appa-

---

Feuilleton.

DES TOPOGRAPHIES MÉDICALES A L'OCCASION DE CELLE DE VALENCIENNES; par le docteur A. Stiévenard.

Montaigne dit quelque part avec ce laisser-aller qui lui va si bien : « En général, il n'est rien de si lourdement faultier que les lois; » et l'on ne saurait nier que le philosophe périgourdin n'ait souvent raison. L'histoire passée, l'histoire présente en sont une preuve sans réplique. Une des causes principales de cette cruelle vérité, c'est que la grande majorité des lois n'est établie que sur certaines abstractions plus ou moins philosophiques, très-rarement sur l'être humain, dans sa dualité physique et morale, tel que Dieu l'a fait, plus rarement encore sur le climat, le sol, la région qu'il habite. Les meilleures lois se font d'après les mœurs; or ces dernières sont fondées sur les habitudes, sur les besoins, dont l'origine est presque toujours dans les circonstances physiques extérieures. Mais ce dernier point semble tout à fait oublié par les législateurs, ou à peu de chose près. L'homme des zones tempérées, celui des régions ardentes, l'homme qui habite les montagnes et celui des plaines, celui des pays arides et des terres marécageuses, sont très-souvent gouvernés par les mêmes lois, parce qu'ils se trouvent sous la même domination ou gouvernement. Aussi ces lois finissent-elles toujours dans un espace de temps plus ou moins long, quelquefois multiséculaire, par être modifiées, ébranlées, violées, détruites complétement. Pourquoi cela? C'est que les mœurs, les usages, éternels produits du climat, ainsi que les fruits, les sapent continuellement. La nature l'emporte sur l'homme; cela est et cela doit être. Il y a telle loi dans tel climat qui n'est qu'un mensonge public, et l'on vit ainsi en pleine absurdité sociale. La perennité, comme la sincérité des institutions civiles, dépend donc souvent de leur conformité avec le climat, le sol, et par conséquent avec les mœurs, avec les habitudes qui en sont les conséquences naturelles. L'homme se *moule* pour ainsi dire à tout ce qui l'entoure; il y adapte ses goûts, ses penchants, sa manière d'être, sa vie intime; il s'y attache même avec tant de force que rien, dans la suite, ne peut altérer chez lui cet amour du pays contracté dès l'enfance, fût-il né dans les régions brûlées par le soleil, comme le Cafre, ou près du pôle arctique, comme le Samoiède ou l'Esquimau. La *nostalgie*, cette maladie bizarre, cruelle, destructive, en est la preuve la plus manifeste; on a cité avec raison, dans ce cas, le puissant effet du *ranz des vaches* sur les soldats suisses dans les pays étrangers. La médecine est sur ce point en pleine concordance avec l'histoire, avec la philosophie et même avec la haute poésie : c'est le témoignage le plus certain qu'elle est éclairée par l'expérience même.

De pareilles vérités ne sont pas nouvelles : Hippocrate, dans son magnifique Traité des eaux, des airs et des lieux, leur a donné une force d'évidence incontestable. Ce qu'il dit des habitants du Phase, de leur sol, de leur climat, de leur tempé-

rition d'un ictère, puis d'hémorrhagies intestinales et de nombreuses taches de *purpura hemorrhagica*. Le sujet étant mort trente-six heures environ après le développement de l'ictère, on trouva à l'autopsie un abcès phlegmoneux du foie; les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, particulièrement le gonflement des plaques de Peyer et des glandes mésentériques, manquaient entièrement.

La fièvre typhoïde s'est quelquefois compliquée (chose rare et même niée par beaucoup de praticiens) de *péritonite* réelle sans perforation des intestins; nous en avons rapporté deux cas dans le nº 16 de la GAZETTE MÉDICALE. L'accident s'était déclaré pendant la convalescence de l'affection principale; mais en outre un certain nombre de péritonites simples, idiopathiques, se sont présentées dans les hôpitaux, principalement à la fin de mars.

On sait combien sont rares à Paris les *fièvres continues rémittentes*, combien elles sont rares surtout pendant l'hiver. Eh bien! en janvier et février, dans les hôpitaux comme dans la pratique civile, on a pu observer un certain nombre de ces fièvres qui, pour la plupart, revêtaient la forme adynamique. Si, sans trop se préoccuper de ce dernier caractère, et prenant surtout en considération le type fébrile, on administrait hardiment le sulfate de quinine, la guérison ne se faisait pas attendre; et ce succès, si sûr et si rapide, est lui-même un témoignage de la nature spécifique de l'affection. Bien plus, nous avons vu en ville plusieurs cas de *fièvre pernicieuse* confirmée, avec accès parfaitement tranchés. Dans l'un d'eux, la mort a eu lieu pendant le troisième accès, malgré l'emploi du sulfate de quinine à haute dose; mais dans d'autres, nous avons été plus heureux, et la médication quinique, aidée de quelques applications de sangsues derrière les oreilles pour combattre les accidents cérébraux consécutifs à l'accès, ont amené une solution favorable.

On sait que chaque année, vers les mois de mars et d'octobre, les *fièvres puerpérales* sévissent dans les hôpitaux spéciaux d'accouchement. Cette année, dès le mois de février et pendant toute la durée du mois de mars, ces fièvres ont abondé dans tous les services spéciaux d'obstétrique et dans ceux qui avaient reçu accidentellement de nouvelles accouchées. Des exemples assez fréquents, mais pourtant moins nombreux, se sont également présentés dans le pratique civile. Ainsi que nous l'avons déjà dit (GAZ. MÉD., nº 9, p. 161), cette diffusion de l'épidémie, dans des localités et dans des circonstances si diverses, force à chercher son origine ailleurs que dans l'encombrement et l'infection, et implique une cause occulte plus générale; et de même que tout à l'heure nous avons vu certains accidents prodromiques de la fièvre typhoïde se détacher, pour ainsi dire, de l'ensemble de la forme morbide et s'isoler chez quelques malades, de même certains accidents du côté des organes génitaux, faisant partie du groupe de symptômes qui constituaient la fièvre puerpérale régnante, se présentaient isolément chez des femmes accouchées depuis douze ou quinze jours, ou même chez des malades qui n'étaient ni enceintes ni récemment accouchées: telles sont des duretés profondes dans le tissu cellulaire du bassin, des douleurs de reins et de bas-ventre, etc. Cette observation avait déjà été faite par M. le professeur Paul Dubois.

Enfin, nous nous bornerons à rappeler les nombreuses *rougeoles*, généralement malignes, qui ont sévi pendant les mois de février et de mars et ont fait un assez grand nombre de victimes.

Tel est le tableau sommaire des principales maladies qui ont régné dans le dernier trimestre. Pour le rendre à la fois complet et exact, il nous reste à montrer sur quel fond commun sont venus s'imprimer ces divers accidents de forme. Or ce fond est extrêmement tranché; l'*adynamie* et l'*ataxie* en forment le caractère essentiel; ce sont les deux seules expressions qui puissent rendre la physionomie générale de toutes ces affections, si diverses par le siége, les altérations anatomiques et la symptomatologie. On en jugera par l'indication des traits principaux de cette physionomie dans chacune des affections que nous venons de passer en revue.

Les *maladies des voies respiratoires*, avons-nous dit, étaient le plus souvent bénignes. Mais, sans rappeler le caractère insolite de certaines dyspnées, les pneumonies qui ne se jugeaient pas rapidement s'accompagnaient bientôt d'une prostration considérable avec tendance au coma; le sang n'offrait pas une couenne proportionnée à l'intensité de la lésion pulmonaire. A l'autopsie, on trouvait le poumon mou, flasque, plutôt *splénisé* qu'*hépatisé*; le foie, la rate, le cœur, les reins dans un état de mollesse remarquable, comme on l'observe si souvent dans la véritable fièvre adynamique. — Une sorte d'atonie générale accompagnait également les *fièvres gastriques*; à part les légères bouffées de chaleur qui survenaient quelquefois la nuit ou pendant le travail de la digestion, la peau était plus souvent au-dessous qu'au-dessus de la température normale; le pouls était lent, petit, mou, avec de longues intermittences. Cet état se prolongeait très-longtemps; il dure même encore chez des sujets en traitement depuis le mois de janvier et qui, avec un appétit très-prononcé, une absence complète de douleurs abdominales ou de soif, restent faibles, énervés, la face pâle, les jambes lourdes, le système musculaire sans fermeté, la langue blanche, les selles rares, les intestins ballonnés et comme frappés d'inertie. — La seule existence de ces *diarrhées*, qui ne cédaient qu'à l'usage des toniques, des astringents et d'un régime exclusivement animal, est encore un trait de la physionomie adynamique des affections régnantes. — Il en est de même de l'existence des *fièvres typhoïdes*, lesquelles suivaient, en outre, très-fréquemment une marche irrégulière et offraient des caractères inaccoutumés ou tout à fait anomaux. Nous avons, par exemple, donné nos soins à une dame qui présenta successivement la série de phénomènes suivants: pendant deux ou trois jours symptômes de fièvre bilieuse simple; sous l'influence d'un éméto-cathartique, la langue se nettoie, l'appétit se prononce, la malade veut se lever et sortir; mais dès qu'elle essaye de se tenir debout, *la tête lui tourne*. Pouls lent, extrêmement petit et mou, peau sèche, sans chaleur, insomnie opiniâtre, sensations singulières dans les membres inférieurs, revenant par accès très-rapprochés, accompagnées d'un léger frémissement de tous les muscles de la partie et que la malade ne peut exprimer que par ces mots: *cela me court dans les jambes*. Ces nouveaux symptômes vont en augmentant pendant plusieurs jours. Emploi des stimulants diffusibles; nouvelle amélioration, le sommeil revient un peu; mais peu de temps après, à plus de huit jours de distance du début, le ventre se ballonne, du clapotement se fait sentir dans la fosse iliaque droite, les taches lenticulaires apparaissent sur l'abdomen, le pouls devient plus fréquent sans dépasser de beaucoup le chiffre normal, la peau se couvre de sueur, l'adynamie devient plus profonde, les dents fuligineuses, la bouche se couvre d'aphthes. L'eau de Sedlitz est donnée; elle produit des évacuations bilieuses très-abondantes; la fièvre offre des rémittences manifestes qui cèdent à deux doses de sulfate de quinine. Pour la troisième fois, amélioration notable et telle que la malade paraît entrer définitivement en convalescence; la peau des parties déclives et des extrémités inférieures se couvre de bulles remplies de matière puriforme et sanieuse, sans aréole inflammatoire: cette éruption ne paraît

---

rament, de leurs habitudes physiques et morales, est plein de sens et de force. Montesquieu, qui a répété beaucoup d'assertions d'Hippocrate sans en indiquer la source, en a pourtant aussi démontré l'à-propos, l'utilité, j'ai presque dit l'infaillibilité. Ce grand homme, comme l'observe un médecin philosophe, pensait que l'action du climat doit être comptée pour beaucoup; il la regardait comme une de ces forces constantes de la nature dont les effets sont toujours assurés à la longue, parce que l'homme ne peut guère leur opposer que des résistances partielles et transitoires comme lui-même. Il ne reste plus maintenant qu'à en faire l'application pour le bien public et dans une juste mesure.

Ces réflexions, auxquelles nous ne pouvons donner plus de développement, font voir néanmoins combien les *topographies médicales* bien faites, largement conçues, méritent de fixer l'attention, combien elles offrent de ressources précieuses aux autorités locales dans une foule de cas, quelle solide base elles présentent aux lois. La bonne police, la meilleure législation d'un pays, ne se font bien qu'à l'aide d'une bonne *topographie médicale*, parce que celle-ci contient tous les éléments de l'ordre social d'un pays déterminé. On a cadastré tout le territoire, évalué la valeur de ses produits sous le rapport de l'impôt, pourquoi donc ne pas étudier ce même territoire sous le rapport de ses influences physiques et morales sur les habitants? Pourquoi ne pas *cadastrer* leur vie, leurs usages, leurs mœurs, leur conformité avec le climat et le sol, objet des plus essentiels, et pourtant tout à fait négligé? On n'y parviendra qu'en multipliant les *topographies médicales* exécutées avec force et discernement. Qu'on le croie bien, une collection de ces ouvrages, faite en France sur une grande échelle, serait un travail dont l'importance ne peut être appréciée que par ces esprits pénétrants et clairvoyants, capables de remonter aux causes, qui savent que le *mos* et le *jus* (la tradition et le droit) tiennent souvent au climat considéré dans sa plus grande acception. Associer la médecine à la législation aura toujours pour résultat le bien de l'humanité. C'est l'élever bien haut, dira-t-on; non sans doute: c'est la mettre à sa place, c'est lui donner son rang. Tôt ou tard il faudra en venir à cette alliance; aujourd'hui contentons-nous de dire comme ce député: nous demandons le *renvoi à l'avenir*.

En attendant qu'un si bon, un si vaste plan s'exécute, profitons des travaux qui se font isolément sur cet objet important. Nous avons donc lu avec toute l'attention, l'intérêt qu'il mérite, le travail de M. Stiévenard sur la TOPOGRAPHIE HISTORIQUE ET MÉDICALE DE VALENCIENNES, et nous pouvons assurer que c'est un livre bien fait et d'une incontestable utilité pour le pays où il a été écrit. L'auteur a rassemblé une foule de matériaux qui, dans leur ensemble historique, géologique, statistique, médical, sont exposés avec beaucoup de méthode et de clarté. Voici le plan adopté par l'auteur, que nous laisserons parler: « Nous avons voulu, dit-il, tout d'abord jeter un coup d'œil rapide sur les siècles passés, pour comparer l'état présent de la contrée à ce qu'il était du temps de nos aïeux. » Puis vient l'histoire naturelle, la topographie médicale proprement dite. Ainsi l'ouvrage se trouve divisé en deux parties principales: l'une contient la notice historique, qui s'étend depuis la fondation de la ville par l'empereur Valentinien, origine de son nom, jusqu'à ce que cette cité, longtemps indépendante et qui se vantait de n'être sujette qu'à Dieu et au soleil, fasse définitivement partie de la France sous Louis XIV. A cette partie se trouve annexé un chapitre sur les lois et coutumes, sur la moralité, les conditions, hygiéniques, etc.

contrarier en rien l'amélioration survenue; puis tout à coup la fièvre se rallume, la dyspnée se prononce, les deux poumons s'engorgent, un épanchement se fait dans les deux plèvres, et trente-six heures après le début de ces nouveaux accidents, la malade meurt suffoquée. M. Louis a également fait remarquer dans son service certaines anomalies de la fièvre typhoïde, par exemple, l'apparition et la disparition des taches lenticulaires à des époques de la maladie tout à fait inaccoutumées. Le cas de fièvre typhoïde charbonneuse cité plus haut offre un autre genre d'exception; il serait même difficile de séparer entièrement de l'espèce typhoïde cet autre cas, dans lequel, après bon nombre de phénomènes symptomatiques propres à cette espèce, l'autopsie a montré, au lieu d'ulcérations intestinales, un abcès phlegmoneux du foie. — Les *fièvres rémittentes*, par le caractère pernicieux qu'elles présentaient parfois, les simples *rémittences* observées avec une fréquence inaccoutumée dans le cours des affections les plus diverses, sont encore des indices du génie ataxique de la constitution. Les *fièvres puerpérales* elles-mêmes ont offert aussi une anomalie de la plus haute importance dans la diversité des lésions cadavériques, et surtout dans leur disproportion fréquente avec l'intensité de l'appareil phénoménal et l'issue fâcheuse de la maladie. L'altération se bornait quelquefois à une toute petite collection purulente dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'utérus étant parfaitement sain. Il est même des cas où l'on n'a rencontré aucune lésion appréciable. — Enfin, dans les *rougeoles*, l'éruption avait la plus grande tendance à s'effacer tout à coup le deuxième ou le troisième jour de son développement. Alors survenait un engorgement du poumon, ou bien, ce qui était plus rare, de la diarrhée, ou même ces deux accidents à la fois. Ce dernier cas s'est présenté à notre observation. Parvenait-on à ramener l'éruption au moyen de bains très-chauds, de sinapismes, de frictions, etc., les symptômes internes s'amendaient; mais dans un grand nombre de cas, l'éruption disparaissait de nouveau brusquement. Cette rechute avait ordinairement de funestes conséquences.

En résumé, sous le rapport des formes morbides, la constitution médicale du trimestre de janvier 1846 a présenté les deux caractères suivants: 1° rareté relative des maladies qu'on observe le plus fréquemment pendant l'hiver, telles que les affections aiguës des voies respiratoires et des articulations; fréquence insolite des maladies qui appartiennent plus particulièrement à l'été et à l'automne, telles que les affections abdominales, les fièvres typhoïdes, les fièvres rémittentes; 2° comme caractère dominant et commun à tous les groupes morbides, quels qu'aient été leur siége et leur symptomatologie spéciale, *adynamie* et *ataxie*.

Si maintenant l'on veut bien se rappeler les résultats météorologiques consignés dans notre précédent article, on verra qu'en effet la saison de janvier à avril a participé à la fois de l'été et de l'automne. A une température moyenne d'une élévation inaccoutumée et peu variable se sont jointes, d'une part, la prédominance des vents du sud et de l'ouest, et d'autre part, des pluies assez abondantes en janvier et mars (1). Cette relation entre la fréquence, pendant le cours de l'hiver, des maladies ordinairement propres à l'été et à l'automne, et l'existence de conditions atmosphériques estivales et automnales; cette sorte d'interversion simultanée des constitutions médicale et atmosphérique, est extrêmement remarquable. Elle porte avec elle deux enseignements: elle vient d'abord confirmer, par une contre-épreuve frappante, le rapport établi par les anciens entre les diverses saisons et certains groupes de formes morbides, qu'Ozanam désignait pour cette raison par le terme de *constitutions saisonnières*. En outre, elle tend à démontrer, avec d'autres faits, que les constitutions médicales ne sont pas sous la dépendance immédiate des *états* atmosphériques considérés d'une manière absolue, du degré absolu de température, du degré absolu d'humidité, etc., mais qu'une condition atmosphérique donnée produit des effets différents, suivant l'époque de l'année à laquelle on l'observe. Ainsi la température avec laquelle sont venues les affections abdominales, typhoïdes, rémittentes, était bien moins élevée que celle qui coïncide avec les mêmes affections en été. Peut-être, et l'on pourrait dire probablement, un état atmosphérique semblable à celui de l'hiver dernier, s'il avait lieu en été, amènerait des affections ordinairement propres à l'hiver.

(1) Dans notre précédent article (voy. le dernier numéro, p. 342) une erreur de typographie s'est glissée dans les conclusions. Après: *la petite quantité de pluie tombée*, ajoutez: *en février*.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous ne prétendons pas expliquer, dans le sens strict du mot, la constitution médicale du trimestre par les effets directs de la chaleur, de la pression atmosphérique, de l'humidité sur le corps humain. Ce mode d'influence, qui ne peut être nul, est encore enveloppé de beaucoup d'obscurité. Nous ne prétendons pas même établir, pour ce trimestre, entre les conditions météorologiques et les formes morbides, un rapport tellement nécessaire, que nous nous croyions en droit de conclure pour l'avenir de l'existence des uns à l'existence des autres. Nous notons seulement ce que nous avons observé, l'expérience ultérieure nous apprendra le reste. Mais nous l'avons dit en commençant, sous les qualités manifestes de l'air, et probablement aussi en dehors d'elles, se cache une cause secrète de laquelle procèdent plus immédiatement les constitutions médicales et les épidémies. Dans la constitution actuelle, nous avons distingué avec soin les formes symptomatologiques particulières et la physionomie commune; ces deux caractères n'étant pas liés indissolublement l'un à l'autre, l'adynamie et l'ataxie pouvant se rencontrer avec des maladies toutes différentes, on peut se demander s'ils ont tous deux le même rapport, quelque indirect qu'il soit, avec la constitution atmosphérique. Pour y répondre, il faudra voir si ce rapport se continue également pour l'un et pour l'autre à travers les vicissitudes météorologiques, ou si, au contraire, le rapport restant le même entre les fièvres gastriques, typhoïdes, rémittentes, et une chaleur précoce, des pluies assez abondantes, etc., l'adynamie et l'ataxie ne peuvent pas, dans des conditions atmosphériques différentes et même opposées, former le caractère dominant des affections régnantes. C'est un point de vue qui pourra nous occuper à l'occasion.

Il ne nous reste plus qu'à examiner les maladies régnantes sous le rapport de la *fréquence* et de la *gravité*. A. D.

(*La fin au prochain numéro*.)

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA DIGESTION ET L'ASSIMILATION DES MATIÈRES AMYLOÏDES ET SUCRÉES; par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Après avoir ainsi constaté l'énergique action de la salive humaine sur les matières féculentes, j'ai été tout naturellement conduit à rechercher si cette

La seconde partie est la topographie médicale proprement dite; elle comprend la situation géographique, la géologie, l'influence du climat, la météorologie, l'examen général des causes qui peuvent avoir une influence plus ou moins marquée sur la salubrité de la ville, etc.; enfin cette partie est terminée par des recherches statistiques sur la population de Valenciennes. Plusieurs tableaux présentent ces recherches sous le point de vue le plus précis, le plus exact et par conséquent le plus instructif.

Ne pouvant entrer dans aucun détail, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même. Nous ferons seulement remarquer le soin constant de l'auteur à signaler les influences salutaires ou fatales du climat, de la situation des villes, sur la santé des habitants. Il fait observer que les Romains examinaient scrupuleusement l'état des lieux, du sol, avant d'y construire une cité. C'est ainsi que, dans le pays même où se trouve Valenciennes, ils choisirent *Famars* comme l'emplacement le plus convenable et en même temps le plus salubre; aussi retrouve-t-on, dans ce même endroit, une multitude d'objets d'antiquité. « Aux yeux des maîtres du monde, dit avec raison M. Stiévenart, la santé publique était le premier et le plus précieux de tous les biens. Plus tard, on oublia toutes ces mesures hygiéniques si indispensables pour ne se laisser guider que par les raisons étroites de l'égoïsme commercial ou des nécessités politiques, et l'on vit s'élever des villes sur les bords des marais ou dans les vallées les plus profondes, sans s'inquiéter des malheurs réservés à un avenir très-rapproché. Les conséquences de cet état d'aveuglement durent coûter fort cher à l'humanité. » Nous pourrions citer beaucoup d'autres passages où l'on remarque la même justesse d'observation et de réflexion. Toutefois, comme la critique ne perd jamais ses droits, nous ferons remarquer que l'auteur termine ainsi le chap. 9 de son livre: « Quant aux mœurs, nous trouvons le chapitre trop délicat pour en discourir. » Sans doute; mais n'y a-t-il pas dès lors un côté du tableau tout à fait incomplet? Supposons, comme j'aime à le croire, que dans un siècle ou deux on cherche dans ce livre quelles furent les mœurs des habitants de Valenciennes en l'an de grâce 1846, la prudente réticence de l'auteur ne saurait satisfaire la curiosité. Ses devanciers ont été plus hardis, et lui-même en cite un exemple. « On peut, dit-il, à ce sujet, appliquer en partie aux Valenciennois ce que Boulainvilliers disait des habitants du département du Nord, qu'ils étaient exacts à la messe, au sermon, le tout sans préjudice du cabaret qui est leur passion dominante. » Peut-être aussi l'auteur aurait-il dû consacrer une notice aux personnages célèbres que Valenciennes a produits; c'est une lacune dans son livre. Il est bon de connaître le climat, les productions matérielles d'un pays, mais les grands hommes qui y sont nés, qui l'ont illustré, méritent bien aussi de n'être pas oubliés. L'esprit, le savoir, la haute intelligence de certains hommes hors de ligne, ont droit à des hommages et surtout à la reconnaissance de leurs compatriotes.

Quoi qu'il en soit de nos remarques, nous pouvons assurer que le livre de M. Stiévenart mérite sous tous les rapports d'être lu, étudié, consulté; on peut le ranger parmi les bonnes topographies qui existent aujourd'hui.

R. P.

action ne lui était pas communiquée par quelque principe spécial de la nature des ferments, et je n'ai pas tardé en effet à isoler une substance particulière que je vais faire connaître provisoirement sous le nom de *principe actif de la salive*.

Le principe actif de la salive est solide, blanc ou blanc grisâtre, amorphe, insoluble dans l'alcool absolu, soluble dans l'eau et dans l'alcool faible.

Sa solution aqueuse est insipide ou du moins sans saveur marquée, et neutre aux papiers réactifs; elle n'est point précipitée par le sous-acétate de plomb; abandonnée à elle-même, elle s'altère promptement et devient acide, soit qu'elle ait ou non le contact de l'air: l'acide qui prend alors naissance est l'acide butyrique, ou un acide qui lui est fort semblable.

Ce principe est sans action sur les substances azotées: fibrine, albumine, caséine, gélatine et gluten; et sur les matières ternaires neutres: sucre de canne, inuline, gomme arabique et cellulose très-agrégée. Il en exerce au contraire une très-extraordinaire sur l'amidon, ainsi que les expériences suivantes le prouvent.

ACTION DU PRINCIPE ACTIF DE LA SALIVE SUR L'AMIDON. — De même que la salive, il agit différemment sur la fécule anhydre et sur la fécule hydratée.

Avec la fécule crue, il ne donne lieu à une certaine quantité de dextrine et de sucre d'amidon ou de glucose que par une digestion de plusieurs jours; mais on facilite beaucoup la réaction en élevant la température: lorsqu'on chauffe au bain-marie jusqu'à 70 à 80 degrés un mélange de ce principe actif de la salive et de fécule délayée à froid dans six à huit fois son poids d'eau, on remarque que ce mélange n'acquiert pas un seul instant la consistance de l'empois, chaque grain de fécule étant rendu soluble au fur et à mesure qu'il s'hydrate. Au bout d'un certain temps la solution n'est plus colorée par l'iode, et au contraire la potasse caustique, chauffée avec elle, donne lieu à une coloration brune intense, indices certains de la transformation de l'amidon en dextrine et en glucose; fait dont on s'assure également en filtrant la liqueur et en la traitant par six ou huit fois son poids d'alcool absolu; celui-ci se charge de tout le glucose et laisse précipiter la dextrine.

Toutes les circonstances qui rendent moindre la cohésion de la fécule facilitent l'action du principe salivaire sur cette substance: l'amidon broyé est promptement modifié, mais l'amidon gonflé par l'eau à l'état d'empois se transforme bien plus rapidement; la liquéfaction est presque immédiate si l'on élève la température à 70 ou 75 degrés, et si l'on a le soin de multiplier les points de contact par l'agitation.

Cette propriété du principe salivaire doit être rapportée à la classe peu nombreuse encore des réactions chimiques qui s'opèrent à l'aide des infiniment petits.

L'énergie de ce principe est telle qu'une partie en poids suffit pour liquéfier et convertir en dextrine et en sucre plus de deux mille parties de fécule.

Les transformations moléculaires que je viens de signaler, quelque merveilleuses qu'elles puissent paraître, ne sont pourtant pas sans analogues dans la science; il existe précisément un corps qui exerce sur l'amidon un pouvoir spécifique absolument semblable à celui du ferment salivaire, et ce corps est la *diastase* ou principe actif de l'orge germé, découvert par MM. Payen et Persoz.

Cette remarque m'a donc conduit à rechercher si le principe nouveau que j'ai extrait de la salive de l'homme était un corps analogue à la diastase, ou s'il n'était pas lui-même la diastase, malgré son origine différente.

Voici le résumé d'une longue suite de recherches exécutées dans le but de résoudre ce problème.

La diastase est un principe azoté; il en est de même du principe actif de la salive.

Une température de 100 degrés, le tannin, la créosote, annihilent l'action spécifique de la diastase sur la fécule. Ces agents agissent de la même manière sur le ferment salivaire.

Tous les acides un peu puissants, toutes les bases solubles employées en proportion suffisante, un grand nombre de sels métalliques coagulants, tels que ceux de cuivre, de mercure, d'argent, etc., anéantissent les propriétés du principe actif de la salive, et se comportent de même avec la diastase, ainsi que je m'en suis convaincu par une multitude d'expériences.

L'acide cyanhydrique, l'alcool faible, n'empêchent pas le ferment salivaire d'exercer son pouvoir fluidifiant sur l'amidon, et ne neutralisent pas non plus le principe actif de l'orge germée.

Tous ces faits militent beaucoup en faveur de l'identité de ces deux principes, mais ils ne suffisent pas pour résoudre la question. Toutefois voici encore quelques expériences qui parlent hautement en faveur de cette opinion.

1° Lorsqu'on soumet à l'action de la chaleur d'un bain-marie, d'une part, un mélange de diastase pure et d'amidon délayé dans l'eau, et, d'autre part, un mélange de ferment salivaire, d'amidon et d'eau dans les mêmes proportions respectives, on remarque que la fluidification de l'amidon a lieu dans les deux cas au même moment, c'est-à-dire entre 70 et 75 degrés. En soumettant les mélanges à la filtration, on constate de plus que les particules amylaires indécomposées qui restent sur le filtre donnent lieu avec l'iode à une coloration rouge violacée absolument pareille dans les deux expériences; que la liqueur filtrée n'est plus influencée par les solutions iodées et qu'elle prend une coloration brune identique dans les deux cas par l'addition d'une solution alcaline bouillante.

2° Lorsqu'on fait réagir un pareil poids de ferment salivaire et de diastase pure sur un excès d'amidon hydraté et que l'on filtre ensuite, on s'assure par l'action de la potasse que la proportion d'amidon transformé est la même dans les deux cas.

3° Quand on dissout un poids égal de ces deux principes fluidificateurs dans une même proportion d'eau, et quand on ajoute ensuite dans les deux expériences de l'iodure d'amidon en ayant soin de n'en ajouter de nouveau que lorsque la coloration de l'iodure a été détruite par suite de l'action de ces principes fermentifères sur l'amidon, on constate que la proportion d'iodure employé est sensiblement la même dans les deux cas.

J'ajouterai cependant que le principe actif de l'orge germée est rarement aussi énergique que celui de la salive, ce qui tient à la différence de pureté, celui de l'orge étant presque constamment souillé par un peu de dextrine, laquelle ne peut lui être enlevée que par des purifications réitérées, purifications souvent plus nuisibles qu'avantageuses par suite de la grande altérabilité de ce principe.

Tous les faits, toutes les remarques qui précèdent, me semblent suffisants pour admettre l'identité chimique du principe actif de la salive et celui de l'orge germée, toutefois je préfère laisser encore la question pendante, espérant en donner la solution dans un prochain travail, dans lequel j'étudierai la salive d'une manière générale chez un grand nombre d'animaux appar-

---

UN DIPLÔME D'OFFICIER DE SANTÉ ET DE MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE MONTPELLIER.

Marennes (Charente-Inférieure), le 30 avril 1846.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai hâte de signaler au public médical une énormité à laquelle je n'aurais pas voulu croire si je ne savais positivement l'existence des pièces authentiques et des témoignages en forme recueillis par des magistrats. Voici le fait.

Un nommé Chauvenet (Claude), natif de Nuits, département de la Côte-d'Or, âgé de 34 ans, faisant métier de charlatan sur les places publiques, vendait ici, à son de trompe, il y a quelques jours, son eau de Cologne colorée en vert, et se posait triomphalement sur sa voiture, montrant au public des titres richement encadrés, et se proclamait médecin de la Faculté de Montpellier. Ces titres étaient:

1° Un diplôme d'officier de santé délivré le 6 novembre 1845, par le jury médical du département de l'Hérault, et signé par MM. *Golfin*, *Delmas* et *Risueno d'Amador*, tous trois professeurs à la Faculté de Montpellier;

2° Un brevet de membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Montpellier, signé par MM. *Hubert-Rodrigues*, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier; *Lutteravd* et *Rancoulet*; le premier, président de cette Société; les deux autres, membres et fonctionnaires.

Ce Chauvenet parle ignoblement le français; il sait à peine lire et épelle les mots sans les comprendre: il ne sait pas écrire, et réussit seulement à tracer grossièrement les lettres qui composent son nom; *il sait signer*.

La police municipale, le procureur du roi lui-même, ont dû croire que les pièces détenues par cet homme provenaient de quelque autre individu auquel il les avait soustraites ou achetées; ou bien qu'il y avait eu substitution de personne devant le jury de Montpellier. Chauvenet a été arrêté; une instruction a été faite à Marennes. Les professeurs de Montpellier, le secrétaire de la Faculté de médecine, les signataires du brevet de membre correspondant, ont été entendus à Montpellier par la commission rogatoire du magistrat instructeur.

L'identité de Chauvenet a été constatée. Il a été légalement démontré que cet homme, qui ne sait ni lire ni écrire, s'est procuré un certificat de six années d'études, qui, dit-il, lui a été fourni par M. Hubert-Rodrigues, et a subi trois examens devant les professeurs de la Faculté de Montpellier, qui lui ont délivré un diplôme d'officier de santé; et, chose indigne! le brevet de membre correspondant de la Société médico-chirurgicale indique qu'il a été délivré sur la présentation d'un mémoire ayant pour objet la *pathologie du globe oculaire*. Chauvenet a déclaré, dans son interrogatoire, que ce mémoire avait été écrit sous sa dictée par M. Hubert-Rodrigues. Ceci n'est qu'une allégation sans preuves; je fais au professeur agrégé de Montpellier l'honneur de n'y pas croire.

A la suite de cette instruction, il y a eu nécessairement une ordonnance de

tenant à diverses classes ; je propose en attendant de désigner le principe actif de la salive de l'homme sous le nom de *diastase animale* ou *salivaire*, par opposition au principe actif des céréales que je propose de nommer *diastase végétale*.

PRÉPARATION DE LA DIASTASE ANIMALE OU SALIVAIRE.

Pour obtenir ce principe remarquable, on n'a qu'à filtrer la salive humaine, puis la traiter par cinq à six fois son poids d'alcool absolu ; on ajoute de l'alcool jusqu'à cessation de précipité. La diastase animale, y étant insoluble, se dépose en flocons blancs, d'abord peu sensibles, mais qui croissent peu à peu en gagnant le fond du vase où s'effectue la précipitation. On la recueille sur un filtre ; on l'enlève tout humide ; on la dessèche en couches minces sur une lame de verre par un courant d'air chaud à la température de 40 à 50 degrés, et on la conserve dans un flacon bien bouché.

La proportion de diastase animale existant dans la salive de l'homme excède rarement deux millièmes ; et c'est justement la proportion de diastase qui existe dans l'orge germée.

Rien n'est plus simple que cette préparation, et pourtant ce n'est pas sans quelques difficultés que je suis arrivé à ce résultat : ce qui tient à la prompte et facile altération de ce principe, tant qu'il est humide. Quand il est desséché, je ne saurais dire encore s'il peut se conserver longtemps ; mais tout me porte à croire qu'il en est de lui comme du principe actif des céréales, car j'ai constaté que la diastase animale conserve toute son énergie après plus d'un mois de préparation (1).

Les faits et remarques qui précèdent permettent donc de conclure que M. Dumas a reconnu le véritable caractère des phénomènes chimiques de la digestion en les rangeant au nombre des fermentations, puisque l'absorption des matières azotées s'opère au moyen d'un ferment, qui est la pepsine, que l'absorption des matières grasses doit très-probablement avoir lieu à l'aide de quelque ferment inhérent à la bile, et que la transformation des matières amylacées est effectuée par le principe actif de la salive, véritable diastase, ainsi que je viens de le démontrer.

Appendice.

Lorsque j'eus fait connaître mes travaux sur la diastase animale, M. Lassaigne, au 5 mai 1845, soumit à l'Académie des sciences le précis de quelques recherches tendant à établir que :

« Dans l'acte de la digestion des substances amylacées crues, la salive, » qui est à la température du corps des animaux, ne jouerait donc pas le » rôle que lui a attribué tout récemment M. Mialhe ; elle contribuerait, » ainsi que la plupart des physiologistes anciens et modernes l'ont reconnu, » à humecter les matières alimentaires et à dissoudre quelques-uns de leurs » principes, naturellement solubles, dans l'eau qu'elle contient. »

En réponse à M. Lassaigne, le 19 mai 1845, j'ai rappelé que, contrairement à ses assertions, mes recherches prouvent que la salive humaine exerce une action saccharifiante manifeste sur la fécule crue, à la température du corps des animaux ; que cette action est incomparablement plus prompte et plus complète sur l'amidon réduit à l'état d'empois par la cuisson, et même sur l'amidon cru simplement désagrégé par le broyage.

(1) J'en possède actuellement un échantillon qui a plus d'une année d'existence, et qui est encore doué d'une très-grande activité.

Le 2 juin 1845, M. Lassaigne a conclu de ses nouvelles recherches :

« Que la salive humaine, qui n'a aucune action sur l'amidon cru et en granules à la température de +38 degrés centigr., agit même à la température » de +18 à +20 degrés sur l'amidon désagrégé ; qu'elle convertit en moins » de 12 heures son amidon partie en *dextrine*, partie en *glucose*, mais que, » dans l'acte de la mastication des graines de céréales amylacées, l'amidon » n'est point désagrégé par les dents des animaux, comme quelques physiologistes l'avaient supposé, et que conséquemment ce principe ne peut » être transformé en dextrine dans la série des actions organiques qui précèdent la digestion stomacale et intestinale. »

Les assertions qui précèdent n'avaient aucunement ébranlé mes convictions, et je me disposais à publier quelques nouvelles expérimentations ayant pour but d'établir comme précédemment, contrairement aux conclusions de M. Lassaigne, que le liquide *diastasique* salivaire possède le pouvoir de transformer en partie en dextrine et en glucose l'amidon simplement broyé par les dents des animaux herbivores, et même par les dents de l'homme, à la température ordinaire des corps vivants, lorsqu'une commission d'hygiène (1) fut nommée par le *ministre de la guerre* pour faire un rapport sur le même sujet. Je crus dès lors devoir suspendre ma publication, et maintenant que cette commission, par l'organe de M. Magendie, a sanctionné les faits avancés par moi, ma réplique n'a plus la même opportunité ; cependant, comme la commission d'hygiène n'a point encore publié tous les documents sur lesquels elle s'est appuyée pour établir en principe que *la salive n'est pas, comme l'ont dit un grand nombre d'auteurs, un liquide ne servant qu'à mouiller les aliments, et agissant comme le ferait de l'eau distillée, en dissolvant les matières solubles ; mais qu'elle joue un rôle chimique dans le premier acte de la digestion*, je vais relater quelques expériences nouvelles qui confirment mes premiers travaux. Mais avant, qu'il me soit permis de rappeler qu'en signalant la différence d'action chimique de la salive parotidienne et de la salive mixte chez le cheval, la commission d'hygiène a fait faire un grand pas à l'histoire chimico-physiologique de l'humeur salivaire de ce solipède ; car c'est sans aucun doute l'ignorance de cette différence d'action chimique des divers liquides salivaires qui a conduit M. Lassaigne à cette erreur, que « la salive du cheval ne peut agir sur l'amidon comme le fait la salive humaine, » erreur que j'ai partagée moi-même un petit nombre de jours, et pour la même raison, c'est-à-dire pour avoir expérimenté sur la salive parotidienne, tandis que c'est par l'étude de la salive mixte que j'ai été conduit à devancer les conclusions de la commission sur le véritable rôle physiologique de la salive, ainsi que l'atteste le passage suivant que j'extrais textuellement de mon mémoire à l'Institut en date du 31 mars 1845 :

« J'établis en principe que les animaux digèrent les aliments féculents » avec d'autant plus de facilité que leurs glandes salivaires sont plus développées et que leur appareil masticateur ou broyeur est plus parfait. Et » comme preuves à l'appui de ce que j'avance, je rappelle les faits rassem-

(1) Cette commission se compose de MM. Magendie, président ; Rayer, Payen, Boussingault, membres de l'Académie des sciences ; Crétu, maître des requêtes ; Barthélemy, de l'Académie de médecine ; Renault, directeur de l'école d'Alfort ; Laborde, vétérinaire principal de l'armée ; Louchard, idem ; Tossy, vétérinaire de la garde municipale ; Berger, vétérinaire militaire ; Riquet, vétérinaire principal et secrétaire de la commission, et M. Poinsot, préparateur de chimie.

---

non lieu. Chauvenet a été mis en liberté ; il peut tout à son aise user des prérogatives que lui confère son titre d'officier de santé.

Je vous livre ces faits dans toute leur nudité, mon cher confrère, et je m'abstiens d'y joindre les réflexions que me suggère l'indignation qu'ils me causent.

Recevez, etc. E. BOUYER, D. M.

Nous apprécions toute la gravité de la communication de M. Bouyer. Indépendamment du caractère d'authenticité dont il a su l'entourer, et qui ne permet aucun doute sur la réalité du fait, nous connaissons trop les habitudes de modération et de circonspection de notre honorable confrère pour mettre un instant en doute la moindre particularité de son récit. Nous le livrons donc à la publicité tel qu'il nous l'a transmis, nous bornant à faire remarquer qu'il s'agit ici bien plus d'une question de fait et d'institution que d'une question de personnes. Les hommes honorables mis en cause par la communication de M. Bouyer expliqueront sans doute en vertu de quel abus, de quel relâchement, de quel vice d'institution leur signature se trouve au bas du diplôme de Chauvenet.

— On lit dans une feuille du Havre :

« Nous avons ici, depuis quelques jours, un rival de cette fameuse femme électrique, si longtemps un objet de doutes, même pour les hommes le plus haut placés dans la science. Ce nouveau phénomène est un matelot de 15 à 16 ans, nommé Cyprien Benoît. Il a fait deux fois le voyage du Havre à la Havane, sur le navire *Havre-et-Guadeloupe*, capitaine Touret.

» C'est pendant une de ces traversées qu'il a ressenti, dit-il, les premières atteintes de ce qu'il appelle son mal. Ses camarades l'avaient surnommé *la Torpille*. Nous avons vu hier le jeune Cyprien dans les salons de M. N..., un des plus honorables négociants de notre ville. Vingt-cinq personnes ont pu se convaincre, comme nous, que les propriétés attractives et répulsives du jeune matelot sont, à peu de chose près, semblables aux phénomènes électriques observés chez Angélique Cottin.

» Quelques plaisants incrédules en ont conclu que Cyprien Benoît pourrait bien être tout simplement Angélique Cottin elle-même, déguisée en matelot. La mystification serait plaisante ; mais elle n'est ni vraisemblable ni possible. »

— Un riche villageois du département du Nord, atteint depuis longtemps d'hypocondrie, et auquel d'officieux amis avaient fait croire qu'il était ensorcelé, alla consulter un médecin. « J'ai sept démons dans le corps, lui dit-il. — Sept, pas plus ? — Non, seulement sept. » Le médecin s'apercevant de l'état mental du malade, lui promit de le guérir en sept jours, et de chasser chaque matin un démon de son corps à 20 fr. pièce. — Le villageois consent au marché, et le médecin le faisant approcher d'une machine que ce pauvre homme ne connaissait point, lui donne une forte commotion électrique ; le malade pousse un cri, le médecin dit froidement : « Un de parti. » Le jour suivant même opération, même cri, même propos, et jusqu'à la fin. Après quoi l'ensorcelé se déclara guéri, paya le prix convenu, qui fut distribué aux pauvres, et s'en retourna heureux au logis.

» blés par Burdach dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. » (Burdach, t. IX, p. 262.)

Toutefois, de ce que la salive excrétée par la glande parotide du cheval est sans action sur l'amidon, et que la salive mixte est douée d'un pouvoir saccharifiant comparable à celui de la salive de l'homme, il ne faudrait pas conclure que la salive mixte du cheval agit sur l'amidon par tous ses éléments réunis, comme, avant mes recherches, on l'admettait, d'après Leuchs et Sebastian, pour la salive humaine; car, chez le cheval comme chez l'homme, c'est uniquement à la diastase que l'énergique action des humeurs salivaires doit être rapportée.

Si Leuchs et Sebastian ont conclu de leurs recherches que la salive ne renferme aucun principe *sui generis* susceptible d'agir d'une manière spéciale sur les aliments féculents, c'est qu'ils n'ont expérimenté que sur de la diastase salivaire altérée ayant perdu tout pouvoir spécifique sur la fécule (PTYATINE de Berzélius).

C'est à l'aide de digestions amylaires artificielles que je crois pouvoir dévoiler un des mystères de l'assimilation.

J'ai pris des tubes de verre offrant une dimension intérieure de 2 centimètres sur 10 à 12 de long, et j'ai obturé l'une de leurs ouvertures avec un morceau d'intestin grêle de mouton convenablement fixé; puis j'ai introduit dans l'un de ces tubes de l'eau distillée tenant en suspension de la fécule crue, et j'ai suspendu ce petit appareil, entouré d'un bouchon troué, sur un flacon récipient. Durant l'espace d'une centaine d'heures, j'ai examiné chimiquement le liquide transsudé au travers de la membrane animale, et je me suis convaincu qu'à aucune époque de l'expérimentation, ce liquide ne contenait aucune particule amyloïde ou sucrée.

La même expérience reproduite avec de l'orge grossièrement écrasée m'a fourni des résultats absolument identiques.

J'ai répété ces expériences en remplaçant l'eau distillée par une égale quantité de salive humaine, et j'ai constaté qu'après une douzaine d'heures de contact une certaine proportion d'amidon avait filtré au travers de la trame organique viscérale, mais modifiée, ayant perdu ses propriétés constitutives, puisque la teinture d'iode ne l'altérait nullement et que la potasse y déterminait par la chaleur une couleur brune très-marqué contenant en dissolution une ou plusieurs matières capables de transformer immédiatement l'hydrate vert-bleu de bioxyde de cuivre en protoxyde rouge : donc cette liqueur se comportait avec la potasse et l'oxyde de cuivre exactement de la même manière que le sucre d'amidon ou glucose. Au bout d'une centaines d'heures, la transformation amylaire était très-maquée et tout à fait suffisante pour expliquer l'absorption des aliments féculents chez les animaux qui en font leur nourriture habituelle. Ces résultats prouvent évidemment que sans la diastase animale l'amidon non-seulement ne serait pas assimilable, mais qu'il ne serait même pas absorbable, puisque l'amidon devenu dextrine et glucose passe seul à travers les membranes, et que l'amidon tenu en solution et non décomposé reste tout entier à la surface.

CONCLUSIONS ET COROLLAIRES.

Les faits nouvellement acquis à la science sur la digestion et l'assimilation des matières amyloïdes nous permettent d'établir en principe que les mêmes réactions chimiques président au grand phénomène de nutrition chez les plantes et chez les animaux.

Dans les plantes, l'amidon contenu dans les organes ne peut servir à la nutrition qu'après avoir été rendu soluble à la faveur d'un ferment spécial, la diastase; et ce qui frappe tant d'abord quand on examine la distribution physiologique de ce ferment, c'est qu'il existe uniquement dans les semences féculifères, près des germes et non dans les radicelles; c'est qu'il ne se développe ni dans les racines ni dans les pousses de la pomme de terre, mais seulement dans les tubercules. Il existe justement là ou la théorie indique que sa réaction peut être utile pour dissoudre la fécule et la rendre assimilable.

De même dans les animaux, l'amidon ne peut servir à la nutrition qu'après avoir éprouvé le phénomène de la dissolution, et c'est par le même principe fermentifère, la diastase, que sa fluidification est effectuée. Et ici encore comme dans les plantes la diastase est excrétée aux lieux mêmes où elle peut exercer sur l'amidon une action chimique plus efficace, dans la bouche et dans le duodénum, là où commence la préparation et où se termine la fluidification du bol alimentaire.

Les végétaux ne peuvent se nourrir avec les substances hydrocarbonées neutres, amidon, ligneux, etc., qu'autant que ces matières sont décomposées par les alcalis contenus dans le sol et transformées d'abord en divers produits solubles, au nombre desquels figure une substance brune, ulmine ou ulmin.

Les animaux à leur tour ne peuvent assimiler ces mêmes matières hydrocarbonées neutres qu'autant qu'elles sont décomposables par les alcalis contenus dans les humeurs vitales et transformées en divers produits solubles, au nombre desquels figure aussi l'ulmine ou l'ulmin.

Ces faits ne nous dévoilent-ils pas l'intime connexion qui unit les deux règnes? Évidemment ces réactions similaires convergent vers un même point, concourent à un même but, et ce but est la création de la matière indispensable à la manifestation de la vie, la matière organisée...

Or ces considérations peuvent résoudre un bon nombre de problèmes physiologiques, ainsi que je vais le démontrer par quelques exemples.

Dans les végétaux, le liquide nourricier, la séve, contient à l'état normal du glucose ou sucre de raisin.

Dans les animaux, le liquide nourricier, le sang, ne contient de glucose qu'à l'état anormal, qu'à l'état pathologique.

La raison de cette différence est que la séve est neutre ou acide et jamais alcaline, tandis que au contraire le sang est normalement alcalin; or la présence des alcalis est incompatible avec celle du glucose. Mais si, par des circonstances accidentelles ou provoquées, on arrête la sécrétion acide de la peau, ou, si l'on ingère dans l'organisme animal des doses quotidiennes et immodérées de substances acidules ou facilement acidifiables, le sang perd ses qualités alcalines; alors, saturé par les acides, il devient neutre ou acide, revêt des caractères chimiques analogues à ceux de la séve, et la présence du sucre d'amidon ou glucose devient possible, c'est l'état diabétique.

Comme contre-épreuve, si l'on modifie l'acidité du végétal, si on l'arrose avec une dissolution légèrement alcaline, la séve acquiert des propriétés chimiques analogues à celles du sang; le sucre ne se produit plus, ou, pour mieux dire, il se détruit au fur et à mesure qu'il se forme; l'arbre cesse d'être diabétique, si l'on peut s'exprimer ainsi; il n'a plus de sécrétions sucrées, il ne porte plus de fruits sucrés. Ce fait a été parfaitement établi par M. E. Frémy (1).

Si l'on objecte que les animaux herbivores, qui ingèrent autant que l'homme et plus même de substances organiques acides ou pouvant le devenir, ne deviennent pourtant pas diabétiques, je réponds que c'est parce que l'homme introduit dans son économie des acides libres, des matières organiques acidifiables pures, amidon, gomme, sucre, etc., tandis que l'animal ne prend jamais des acides libres, et qu'il ne se nourrit que de substances organiques brutes contenant toujours une proportion marquée de sels alcalins à acides organiques susceptibles d'être brûlés dans le sang et d'être transformés en carbonate de potasse : fait qui explique à la fois et pourquoi les herbivores ont alcalines la plupart de leurs humeurs interviscérales, y compris même l'urine, et pourquoi l'affection diabétique leur est inconnue. Pour eux la nature a placé le remède à côté du mal.

Tout le monde sait que les enfants en bas âge (2) ne digèrent que peu ou point les aliments féculents : c'est parce qu'avant la première dentition l'insalivation est à peu près nulle. Aussi remarque-t-on qu'en ajoutant aux bouillies amylacées certains condiments qui activent puissamment l'excrétion salivaire, tels que le sel marin, par exemple, on rend leur digestion plus aisée et plus complète.

Si le pain grillé, désigné sous le nom de *biscotte*, semble faire exception à la règle que je signale, s'il est infiniment plus digestible que les autres préparations féculoïdes, c'est uniquement parce que pendant sa préparation une partie de l'amidon a été modifiée comme elle l'est pendant l'insalivation; c'est parce qu'elle a été partiellement transformée en dextrine et en glucose.

Enfin, ce qui prouve d'une manière irréfragable que c'est bien réellement à la salive que la cause première de la digestion des aliments féculents doit être rapportée, c'est que si l'on administre à de très-jeunes enfants des matières alimentaires amylacées après les avoir au préalable convenablement mâchées et insalivées, ainsi que certaines mères ont l'habitude de le faire, la digestion en est incomparablement plus aisée et plus complète (3). Toutefois, comme l'usage de cette insalivation médiate a quelque chose de repoussant, il est bon de savoir qu'on arriverait au même résultat en introduisant dans la bouillie féculifère une petite quantité de diastase ou une

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1844, octobre, p. 784.

(2) Ce qui arrive toujours aux enfants en bas âge arrive aussi aux adultes, lorsque par une cause quelconque ils insalivent mal les aliments dont ils se nourrissent; le fait suivant en est une preuve irrévocable. Un homme bien connu dans l'art de la docimasie, M. X..., ayant eu recours à la prothèse dentaire, éprouvait dès lors un affaiblissement général des plus manifestes, suite de digestions imparfaites; sur l'avis que je lui en donnai, M. X..., s'étant astreint à broyer longuement son bol alimentaire, ne tarda pas à recouvrer la santé.

(3) Bien que les faits consignés plus haut démontrent jusqu'à l'évidence que les aliments féculents ont besoin de l'intervention du fluide salivaire pour être promptement et complétement digérés, je crois néanmoins devoir invoquer en faveur de cette opinion les résultats pratiques d'un économiste célèbre : le comte de Rumford a authentiquement constaté qu'à poids égal le pain pris en substance est plus nutritif que lorsqu'il est ingéré sous la forme de soupe. Est-il nécessaire d'ajouter que, dans le premier cas, l'insalivation est incomparablement plus parfaite que dans le second ?

proportion équivalente d'orge germée. Cette dernière considération, que je signale d'une manière toute spéciale à l'attention de l'Académie, déterminera infailliblement des modifications avantageuses dans l'alimentation des enfants.

RÉSUMÉ.

De tous les travaux qui précèdent il résulte que :

Dans tous les animaux, sans exception, la saccharification des matières féculentes se fait sous l'influence de la diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par les glandes salivaires et pancréatique.

Cette transformation des amylacés en dextrine et en glucose par la diastase salivaire, bien loin d'être un fait pathologique, ainsi qu'on l'avait cru, est un fait physiologique et nécessaire; car sans cette transformation les matières féculentes cesseraient d'être alimentaires, puisqu'elles ne sont pas absorbables, et qu'elles ne le deviennent qu'après avoir subi l'action de la diastase.

La dextrine, le glucose, en un mot la nouvelle matière saccharifiée, doit, pour éprouver le phénomène de l'assimilation, être transformée, par les alcalis du sang, en de nouveaux produits, dont les principaux sont, selon toute probabilité, l'acide kali-saccharique, l'acide formique et l'ulmin.

Si l'alcalinité du sang ne suffit pas pour la transformation de la matière sucrée (le sang étant devenu trop peu alcalin, neutre ou même acide), cette transformation ne peut avoir lieu, le sucre devient un corps étranger dans l'économie, et comme tel il est rejeté par les glandes rénales : c'est le cas du diabète ou glucoserie.

Mais, attendu que les matières saccharoïdes remplissent un rôle important dans le grand acte de la nutrition, et ne servent pas uniquement d'aliment à la respiration, comme quelques savants l'ont pensé, qu'il est au contraire certain qu'elles participent aux réactions chimico-vitales présidant aux mutations organiques incessantes dont l'ensemble constitue la vie, il résulte que si leur assimilation est anéantie (diabète chronique) ou simplement viciée (diabète aigu), des décompositions moléculaires anormales s'effectuent aux dépens des liquides et des tissus vivants...., et c'est ainsi qu'on observe deux ordres de faits principaux :

1° Un trouble général des humeurs de l'économie dû à un défaut d'alcalinité (1), qui donne naissance à l'affaiblissement de la vue, à l'engorgement des capillaires et à la tuberculisation pulmonaire;

2° Une altération profonde de la nutrition, entraînant la faiblesse, la langueur et l'émaciation; or c'est à ces deux ordres de faits physiologico-pathologiques qu'il faut attribuer la terminaison fatale et constante des affections diabétiques, lorsque, par un traitement méthodique, on n'a pas rendu au laboratoire chimique du corps humain le pouvoir d'assimiler, c'est-à-dire de décomposer les substances alimentaires qui constituent le groupe des matières amyloïdes.

(1) C'est sans doute aux alcalis contenus dans les liquides des animaux que la *transparence* des humeurs vitales doit être rapportée : ce fait explique pourquoi, dans l'affection diabétique, le sérum du sang, au lieu d'être transparent comme dans l'état de santé, est au contraire *opalin*, d'une apparence *laiteuse*. C'est ce que Rollo, Dobson, Mac-Grégor, et autres, ont annoncé, et que j'ai eu occasion de vérifier moi-même. Les faits suivants, observés tout nouvellement par M. R. Thomson (PHILOSOPHICAL MAGAZINE, 3e série, t. XXVI, p. 322 et 418) confirment ma manière de voir. Cet auteur a constaté : 1° que le sérum du sang normal est clair et limpide à une époque éloignée de l'ingestion des aliments; 2° que trois heures après le repas, si la nourriture contient des matières albumineuses et grasses, il présente au contraire un aspect opalin et laiteux; 3° que, dans le diabète, la lactescence du sérum du sang est un état normal à toutes les époques de la digestion. Or, la théorie que je donne de la *transparence* des liquides animaux rend compte de cette différence physiologico-pathologique. Et en effet, les aliments gras parviennent toujours dans le sang à l'état d'émulsion savonneuse, et communiquent au sérum un aspect lactescent; dans l'état de santé, cette lactescence disparaît bientôt sous l'influence des alcalis, tandis que, dans le diabète, le défaut plus ou moins grand de base alcaline rend l'entière saponification des matières grasses impossible : ce qui donne l'explication de l'affaiblissement de la vue chez les diabétiques, par suite de la non-entière transparence des humeurs de l'œil.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OUÏE; par M. BONNAFONT.

Comme nous l'avons déjà dit, la connaissance de l'appareil de l'ouïe est hérissée de difficultés. Étude anatomique, interprétation et usage des organes qui entrent dans la composition de cet appareil, tout a exigé un travail et une patience qui ne sauraient se comparer à celui d'aucun autre appareil des sens; même après les travaux d'hommes du plus haut mérite qui y ont consacré leurs veilles, on en est encore réduit à bien des interprétations hypothétiques; aussi le praticien qui a médité sur les nombreuses affections des oreilles ne peut-il s'empêcher d'exprimer le regret que les Scarpa, les Cotugno, les Breschet, et tant d'autres anatomistes dont les travaux ont enrichi la science auriculaire de si belles découvertes, n'aient pas apporté le même zèle à l'étude de ses maladies. Cette lacune provient de ce que tous ou presque tous n'ont eu pour but que de connaître l'influence des vibrations sonores sur les différentes parties de cet appareil et le jeu de celles-ci pendant le mécanisme de l'audition. C'est là, à notre avis, ce qui explique, jusqu'à un certain point, l'infériorité du diagnostic et de la thérapeutique des maladies des oreilles par rapport aux autres organes (1).

Comme nous l'avons dit dans notre premier mémoire, les maladies de l'appareil de l'audition peuvent se diviser en celles qui affectent : 1° la trompe d'Eustachi, 2° la cavité du tympan, 3° la chaîne des osselets, 4° la membrane du tympan, 5° le conduit auditif externe, 6° enfin le labyrinthe et le limaçon, etc., dont l'altération compromet toujours celle des nerfs acoustiques.

Chacune de ces affections réclame un traitement spécial que nous allons indiquer sommairement dans quelques propositions, en attendant que le temps nous permette de leur donner tout le développement que leur importance exige.

PREMIÈRE PROPOSITION. — Quand la surdité est le résultat d'un rétrécissement ou d'une obstruction des trompes consécutif à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse qui les tapisse, il faut d'abord chercher à la combattre par les moyens suivants : sangsues ou mieux ventouses scarifiées derrière les oreilles dont l'application devra être renouvelée plusieurs fois, pédiluves sinapisés, vésicatoires volants derrière les oreilles et à la nuque, gargarismes émollients et résolutifs, et enfin cautérisation du pharynx et de l'embouchure de la trompe avec une solution alumineuse d'abord, puis avec une solution ammoniacale. Si, malgré ces moyens, la cause de la surdité persiste, il faut recourir aux remèdes locaux, que j'appellerai la partie mécanique du traitement, celle dont le spécialiste a le plus à s'occuper, parce que tous les praticiens peuvent diriger la première partie du traitement, tandis qu'à eux seuls est réservée l'application de la seconde. Dans ces cas le traitement consiste à rétablir le calibre de ce conduit par des moyens plus actifs et mieux appropriés que ceux employés jusqu'à ce jour. Ainsi, au lieu de simples injections gazeuses qui peuvent à peine débarrasser la trompe des mucosités qu'elle contient et qui dans aucun cas ne sauraient agir sur ses parois pour produire sa dilatation, nous nous servons de petits mandrins en gomme élastique ou en corde à boyau de différents calibres qui sont introduits dans la trompe au moyen d'une sonde en argent que, pour des raisons que nous exposerons ailleurs, nous préférons aux sondes en gomme élastique.

Ces mandrins sont montés sur une tige en argent graduée afin de juger la profondeur du rétrécissement. Le cathétérisme exécuté par ce procédé n'occasionne de la douleur qu'autant qu'on veut introduire une bougie d'un trop grand calibre relativement au point rétréci. La durée du traitement sera en raison de l'ancienneté de la maladie et de la difficulté de vaincre l'obstacle.

DEUXIÈME PROPOSITION. — Le cathétérisme de la trompe est une opération indispensable chaque fois qu'on veut diriger une médication quelconque dans l'oreille moyenne sans toucher à la membrane du tympan. Les seuls remèdes qu'on puisse conduire par cette voie doivent être à l'état de gaz, à moins cependant que le tympan étant déchiré ou détruit on ne veuille déterger la caisse; alors mieux vaudrait pousser les injections liquides par le conduit auditif externe.

TROISIÈME PROPOSITION. — Les remèdes qui peuvent être introduits par la trompe sont tous ceux susceptibles de passer à l'état de gaz ou de fumée; mais l'éloignement de la caisse et la longueur de la sonde, joints à la petitesse de son calibre, exigent pour cette médication l'emploi d'instruments sans lesquels la force d'émanation seule serait insuffisante surtout pour les substances qui, comme la gomme résine, etc., ne passent à l'état d'évaporation qu'à une forte chaleur. En effet, le cathéter dont on se sert n'a pas moins de 15 centim. de long avec un calibre de 2 ou 3 millim. seulement. Le tube qui part du réservoir à vapeur ne peut avoir moins de 10 à 50 centim.; ajoutez à cela la longueur et la petitesse de la trompe, et il sera impossible d'admettre qu'un médicament, qui exige une température élevée pour se main-

(1) Aidés des travaux d'Itard, de MM. Deleau, Kramer, etc., nous allons à notre tour payer à la pathologie auriculaire le tribut de nos observations et des nombreuses recherches auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs années. Heureux si, comme nous l'espérons, nous parvenons à reculer les limites du diagnostic et surtout du traitement des cophoses qui, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, sont celles qui laissent le plus à désirer.

tenir à l'état de gaz, puisse parcourir un aussi long trajet dans un tube froid sans cesser d'être à l'état de vapeur à la fin de sa course. Les personnes qui emploient ce moyen se font complétement illusion et induisent en erreur celles qui le reçoivent. Les gaz qui jouissent d'une grande faculté d'expansion, comme l'éther, l'ammoniaque, peuvent seuls, quand ils ont été concentrés, en élevant un peu leur température, traverser tout le tube jusqu'au tympan. Mais le dégagement de toutes les substances comme les gommes résines, ne peut avoir lieu sans le secours d'une pompe aspirante et foulante. Le tube d'aspiration plongeant dans le vase de dégagement et l'autre s'adossant à la douille de la sonde, il est facile de comprendre que la vitesse avec laquelle chaque coup de piston poussera la vapeur ou simplement la fumée ne lui donnera pas le temps de se refroidir. Sans l'aide d'un pareil instrument, je le répète, il n'arrive rien ou presque rien dans l'oreille. Il est encore une autre circonstance qui en réclame impérieusement l'emploi. On comprend que pour que cette médication agisse d'une manière efficace, il ne suffit pas qu'elle arrive lentement dans la caisse du tympan ; il faut, au contraire, qu'elle y soit lancée avec une certaine force, parce qu'alors seulement elle peut s'infiltrer dans toutes les ouvertures qui communiquent de l'oreille moyenne avec le labyrinthe où il est nécessaire qu'elle pénètre pour agir sur le nerf auditif. Il en sera de même quand les fumigations sont dirigées dans le but de combattre une phlegmasie de la trompe ou de la caisse; seulement alors on ne donnera au piston que la force nécessaire pour y faire arriver la vapeur. Cette pompe, que le premier nous avons employée il y a quatre ans, a d'autres avantages que nous ferons connaître en parlant du moteur de la caisse.

Quatrième proposition. — Pour pratiquer le cathétérisme, nous préférons la sonde en argent à celle en gomme élastique, parce qu'elle est d'une introduction plus facile, qu'elle a l'avantage de présenter, sous un volume égal, un calibre bien plus grand, et qu'une fois introduite elle n'est plus exposée comme celle en gomme à être dérangée par l'extraction du mandrin en fil de fer, dont cette dernière doit être armée pour la possibilité de son introduction. Celles en gomme élastique peuvent bien laisser passer l'air, mais dans aucun cas elles ne sauraient permettre l'introduction du mandrin nécessaire pour dilater les trompes (1).

Cinquième proposition. — Le cathétérisme de la trompe est fait : 1° pour débarrasser le tube des mucosités ou autres corps étrangers qui peuvent s'y arrêter; 2° pour obtenir sa dilatation ou sa désobstruction ; 3° pour diriger dans le tympan les injections gazeuses ou liquides qu'on veut opposer aux différents cas de cophose; 4° pour chasser par le conduit auditif externe les différentes matières qui peuvent se trouver épanchées dans la caisse, soit que le tympan ait été déchiré naturellement, ou qu'il ait fallu le perforer avec l'instrument.

Dans le premier cas, il suffit simplement de pousser une colonne d'air avec une petite poire en caoutchouc ou tout autre instrument plus énergique ; dans le second, il faut avoir recours, comme nous l'avons déjà dit, aux sondes à dilatation ; dans le troisième, il est nécessaire de se servir de différents appareils que nous allons faire connaître, et qui doivent varier selon qu'on voudra employer les injections gazeuses froides, comme celles d'éther ou d'ammoniaque, ou bien celle provenant de corps qu'il faut nécessairement faire chauffer pour les réduire à l'état de vapeur, comme la gomme résine et des plantes aromatiques.

Voici comment quelques praticiens conseillent de faire arriver la fumigation éthérée dans l'oreille moyenne. Après avoir introduit une sonde, soit en argent ou en caoutchouc, dans la trompe, et l'avoir fixée au nez avec l'appareil si compliqué et si incommode d'Itard, ou avec un petit instrument plus simple qui pince le bout du nez seulement, ils fixent, à l'extrémité de cette sonde, le bout d'un tube qui plonge dans un flacon d'éther. Ils prétendent que la force d'évaporation seule de l'éther suffit pour faire parvenir le gaz jusqu'à l'oreille moyenne. La longueur du tube, depuis le flacon jusqu'à la caisse du tympan, et sa petitesse, rendent le passage si difficile qu'à la fin le dégagement est nul ou presque nul. C'est pourtant le seul traitement que j'ai vu indiquer contre certaines cophoses. C'est bien là le cas de dire : Si ce remède ne fait pas de bien, il ne saurait nuire. Mais c'est un moyen qui permet d'entretenir la confiance du client. Ensuite on a remplacé ce mode insuffisant par les insufflations avec la poire en gomme élastique, dans laquelle on verse quelques gouttes d'éther ou d'ammoniaque. Ces injections, quoique un peu plus fortes, sont aussi insignifiantes que les premières, puisque dans aucun cas elles ne peuvent arriver avec assez d'énergie dans la caisse pour être employées avec quelques chances de succès. Nous ferons la même observation à l'égard des fumigations aromatiques, balsamiques, qu'on dirige dans l'oreille moyenne. Après avoir disposé, dans un appareil convenable, les matières qu'on veut faire évaporer, on adapte le tube de dégagement à l'embouchure de la sonde, et la fumée est obligée de parcourir toute la distance qu'il y a du récipient à la trompe avant de pénétrer jusqu'à la caisse. Or, je demande s'il est possible que la fumée puisse, dans un aussi long trajet et par un tube aussi étroit, conserver une température assez élevée pour arriver jusqu'à la caisse à l'état de vapeur, par la seule impulsion que lui communique sa force de dilatation. Les expériences nombreuses que nous avons faites à ce sujet nous ont donné la conviction que les vapeurs se condensent en grande partie avant d'arriver à l'extrémité de la sonde, et que le dégagement est nul ou presque nul. C'est pourtant là le seul mode de faire parvenir dans l'oreille, par la trompe, les médications diverses qu'emploient les praticiens qui se livrent plus spécialement au traitement des cophoses; c'est du moins le seul qu'on trouve indiqué dans leurs écrits. Eh bien ! je ne crains pas d'avancer qu'une pareille médication est trop innocente pour produire une modification quelconque dans l'état pathologique de la caisse et même de la trompe, quoiqu'elle soit moins éloignée. L'ammoniaque et l'éther seuls doivent faire exception, et encore faut-il les soumettre à une température plus élevée pour que la force d'expansion fasse parvenir le gaz à l'autre extrémité de la sonde. C'est après avoir employé pendant trois ans ce traitement et nous être assuré qu'il était physiquement impossible qu'il pût être efficace, que nous lui avons substitué le mode suivant. Avant de l'adopter, nous nous posâmes ces deux questions : Les fumigations ne jouissant pas d'une force de dilatation suffisante pour parcourir, sans se condenser, un tube aussi long et aussi étroit, il fallait, ou chauffer ce tube pour le maintenir à une température assez élevée, ce qui est impossible, ou bien donner aux vapeurs, au moment de leur dégagement, une impulsion telle qu'elle leur fît parcourir assez rapidement le tube avant qu'elles aient le temps de se refroidir, condition indispensable, et que nous avons obtenue au moyen d'une pompe aspirante et foulante de notre invention, et adaptée à l'appareil de dégagement, cet instrument aspirant d'un côté la vapeur ou la fumée à mesure qu'elle se dégage, pendant que l'autre soupape, s'adaptant au tube que nous appelons auriculaire, l'oblige à le parcourir avec la rapidité qui lui sera donnée par le piston, et qu'on est libre de modifier à volonté. C'est ainsi que telles substances, dont le refroidissement est plus rapide, exigent une force d'impulsion plus grande; tandis que celles qui se maintiennent plus facilement à l'état de vapeur n'ont besoin que d'être légèrement chassées. Dans un travail plus étendu, nous ferons connaître la division que nous avons établie dans les substances qui doivent et qui peuvent être employées par ce moyen; qu'il nous suffise de dire ici que ce nouvel appareil permet de faire parvenir jusqu'à la caisse les médicaments dont l'évaporation est le plus difficile, et de les y condenser assez fortement pour qu'ils puissent y produire tout l'effet qu'on peut en attendre, condition essentielle et que ne saurait, dans aucun cas, remplir la vapeur livrée à la seule force de son dégagement.

Le cathétérisme est enfin employé pour chasser de la caisse ou du conduit auditif externe le corps étranger qu'on veut expulser au dehors, en injectant par la trompe un grand courant d'air; mais pour que cette insufflation puisse se faire, il faut nécessairement que le tympan soit perforé. Alors, en effet, quand un corps étranger peu volumineux est profondément engagé dans le conduit auditif externe, on doit, avant toute tentative, essayer de le repousser au moyen de fortes insufflations par la trompe ; mais je le répète, pour que ce moyen réussisse, il faut que la perforation du tympan soit grande, le corps peu volumineux, et que sa marche dans ce conduit ne soit pas gênée par la présence du cérumen (1). Si l'ouverture du tympan ne fournissait pas un passage assez libre au courant d'air, la commotion imprimée au tympan se communiquant à la chaîne des osselets, il pourrait en résulter des accidents graves pour le mécanisme de l'audition.

MALADIES DE LA CAISSE.

Les maladies de la caisse sont toutes celles que nous avons assignées à la

(1) M. Deleau prétend enfoncer assez loin sa sonde pour vaincre le rétrécissement de la trompe : des expériences nombreuses faites sur le cadavre et sur le vivant nous ont prouvé que la sonde dont se sert notre honorable confrère ne peut pénétrer au delà de 12 millimètres, c'est-à-dire au delà de la partie charnue de la trompe, celle qui se prête à une légère extension. Nous pouvons d'ailleurs affirmer que, sur plus de 200 personnes auxquelles nous avons pratiqué le cathétérisme des trompes, nous n'avons jamais rencontré de rétrécissement dans la portion charnue, et cela se comprend par la grandeur du calibre de cette région; tandis que nous en avons observé très-souvent dans la portion cartilagineuse, au moment où elle se confond avec la portion osseuse de ce conduit. Or, il est impossible que la sonde de M. Deleau puisse arriver jusqu'à cette profondeur.

(1) M. Deleau assure avoir chassé, par les insufflations, des corps étrangers profondément engagés dans le conduit auditif externe. Loin de nous la pensée de révoquer en doute les assertions de notre honorable confrère; cependant des expériences nombreuses que nous avons faites sur le cadavre nous ont prouvé que ce moyen ne peut réussir qu'autant que les corps sont libres ou peu adhérents; mais, pour peu qu'ils soient collés aux parois du conduit, les insufflations les plus fortes n'ont aucune action sur eux. En résumé, ce moyen ne peut réussir que sur des corps susceptibles d'être extraits plus facilement par le conduit auditif externe, avec des instruments convenables, tels que la curette de M. Leroy-d'Étiolles, ou la petite pince que nous avons fait faire exprès.

trompe, et peuvent se diviser ainsi : 1° inflammation aiguë, chronique de la membrane qui la tapisse, et que, pour des raisons que nous avons exposées dans le précédent mémoire, nous mettons au rang des séreuses; 2° dérangement de la chaîne des osselets.

L'inflammation aiguë de la caisse, qui ordinairement est occasionnée par un refroidissement subit de la tête et des pieds, peut exister seule, quoique le plus souvent elle se lie à celle de la trompe et même du pharynx. Assez fréquemment elle existe seule, ce qu'il est facile de reconnaître aux symptômes que nous allons indiquer, et à l'absence de toute rougeur à la gorge et de toute douleur par la présence d'un cathéter. Le malade éprouve un sentiment de tension dans l'oreille dont la force est en raison de l'intensité de l'inflammation. Ce sentiment est quelquefois si fort, que le malade réclame à hauts cris une opération quelconque qui puisse donner issue aux gaz qu'il croit avoir dans l'oreille. Cela s'observe surtout quand l'inflammation de la caisse se complique du rétrécissement ou de l'obstruction des trompes. Alors, en effet, la raréfaction de l'air contenu dans l'oreille moyenne ne trouvant pas d'issue par la trompe, comprime le tympan, la fenêtre ronde et ovale, et détermine la sensation dont nous venons de parler. Les bourdonnements sont extrêmes et ne laissent pas un moment de repos. C'est dans des cas pareils que le tympan se déchire quelquefois légèrement en produisant un bruit suivi d'un sifflement que le malade compare à la détonation d'un pistolet. La fissure qui se produit alors est toujours située à la partie postéro-inférieure de la membrane et ne dépasse pas 3 ou 4 millimètres; c'est du moins l'observation que nous avons pu faire sur deux individus qui présentaient ce cas pathologique. Presque toujours cette perforation spontanée du tympan est accompagnée d'une petite hémorrhagie occasionnée par la rupture d'un des petits vaisseaux qui rampent sur la surface interne de la membrane, et dont la plénitude est en raison du degré d'inflammation de la caisse. Soit la perforation elle-même, ou mieux peut-être la déplétion sanguine qui la suit, toujours est-il que cet accident entraîne une amélioration sensible et quelquefois même la guérison. Le malade conserve seulement une légère surdité qui se dissipe avec la cause qui la produisait. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement; la perforation du tympan n'amène souvent qu'une amélioration de courte durée, et les symptômes précités reprennent bien vite la même acuité. Tant que l'inflammation conserve ce degré d'intensité, le malade éprouve en outre une douleur sur tout le côté correspondant de la face en suivant la direction des différentes branches du nerf facial. Parmi ces douleurs, il en est une surtout qui appartient presque exclusivement à l'inflammation aiguë de la caisse provenant de l'irritation de la branche du nerf ophthalmique : elle se fixe en présentant souvent de l'intermittence à l'angle externe de l'œil, où elle produit un larmoiement parfois fort abondant. Cette douleur oculaire est quelquefois si poignante qu'elle absorbe complétement celle de l'oreille. Cependant l'œil rougit à peine, et n'étaient les larmes qui l'inondent, il ne donnerait aucun signe des souffrances qu'il fait éprouver. Ce symptôme ne dure pas longtemps, et disparaît aussitôt que l'inflammation de la caisse diminue. Jusqu'alors il y a peu ou point d'écoulement par le conduit auditif externe, dont la sensibilité est augmentée et la sécrétion cérumineuse presque supprimée. Mais soit que les accidents n'aient pas été combattus par une médication énergique que nous indiquerons plus tard, soit qu'ils aient résisté à l'action du traitement, l'oreille ne tarde pas à produire un écoulement très-abondant, d'abord d'un liquide séro-sanguinolent qui peu à peu devient plus épais, et finit par revêtir tous les caractères du pus. Les symptômes généraux et même locaux disparaissent ordinairement dès que l'écoulement devient un peu abondant et qu'on trouve une issue favorable par l'ouverture du tympan ou par la trompe d'Eustache. Ce n'est qu'à la longue, et après bien du temps, que le pus s'infiltre dans les cellules mastoïdiennes, et la douleur que les malades éprouvent sur l'apophyse mastoïde pendant la première période résulte bien plutôt de la surexcitation des nombreux filets nerveux qui rampent sur la surface que de la présence du pus dans la cellule, comme le pensait Itard, et comme l'ont écrit la plupart des nosologistes auriculaires. Les cellules mastoïdiennes ne communiquent pas immédiatement avec la caisse; elles en sont séparées par des lamelles osseuses qui, bien que très-minces, exigent cependant un certain effort pour être brisées. Or, tant que le pus peut se frayer une issue par la trompe ou par la membrane du tympan, il respecte ces cellules.

L'amélioration qui s'opère dans l'ouïe après l'évacuation des matières épanchées dans la caisse, soit par une ouverture du tympan, soit par la trompe, s'explique facilement par la possibilité qu'ont les sons de franchir sans obstacle l'oreille moyenne, et d'arriver jusqu'à l'oreille interne; mais ce mieux est de courte durée, car la maladie de la caisse persistant, un épanchement pareil au précédent ne tardera pas à se former, et à produire une surdité en rapport avec le degré de plénitude de cette cavité. C'est à une affection pareille de la caisse qu'il faut attribuer un grand nombre de ces surdités intermittentes dont j'ai rencontré bon nombre d'exemples qui cèdent facilement à une médication sagement administrée, et qui, longtemps négligées, frappent les individus d'une cophose complète et incurable. Une foule d'accidents peuvent en outre résulter de l'épanchement et du séjour trop prolongé d'un liquide étranger dans l'oreille moyenne.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la digestion de l'albumine végétale, de la graisse et de l'amidon;* par M. Rob. Thomson. 2° *De certaines conditions pathologiques du lait, comme cause de maladie chez les enfants;* par M. Donné. (Extrait en partie du cours de microscopie de M. Donné et en partie d'un mémoire de M. Girard. Voy. Gaz. Méd., 1845, p. 522.) 3° *Cas de plaie pénétrante de poitrine avec fracture des troisième et quatrième côtes; hernie du poumon et emphysème; guérison;* par M. Scharf. (Extrait d'un journal allemand.) 4° *Tribut à la physiologie de l'ovaire dans l'espèce humaine;* par M. Ritchie. 5° *Cas de plaie pénétrante de la cuisse, avec lésion probable de l'artère et de la veine fémorales;* par M. Cock. 6° *Cas de hernie étranglée; mort;* par M. Burton. (L'intestin était déjà gangrené quand on en fit la réduction. Une péritonite aiguë enleva le malade, quoiqu'il n'y eût cependant pas eu d'épanchement stercoral.) 7° *Quelques remarques sur le traitement des hémorrhagies utérines inévitables par l'extraction du placenta avant l'enfant;* par M. Simpson. 8° *Histoire de deux cas d'hémorrhagie utérine par présentation du placenta;* par M. Robert Lee. 9° *Des effets de l'alimentation sur le sang;* par M. Buchanan. 10° *Quelques remarques sur l'inefficacité de la revaccination;* par M. Newnham. 11° *Sur l'attitude à faire garder dans la maladie de la hanche chez les jeunes sujets;* par M. Aston Key. 12° *Objections à la pratique d'extraire le placenta au lieu de faire la version dans les cas d'hémorrhagie utérine inévitable;* par M. Robert Lee. 13° *Cas de présentation du placenta, avec viciation du bassin, où le placenta fut détaché et la tête de l'enfant ouverte;* par M. Th. Radford. 14° *Examen microscopique du foie malade chez les lapins;* par M. Handfield Jones. 15° *Remarques sur les effets de l'oblitération des artères carotides sur la circulation cérébrale;* par M. Norman Chevers. 16° *Sur les caractères du sang dans le cancer;* par M. William Camps. 17° *Remarques sur le traitement des cas d'insertion du placenta au col par l'extraction du placenta et non par la version;* par M. Samuel Ashwell. 18° *Sur la gangrène des extrémités;* par M. Stafford. (Le traitement général doit varier selon que la gangrène résulte de faiblesse, de l'impression du froid, ou qu'au contraire elle tient à un état inflammatoire.) 19° *Considérations pratiques sur quelques-unes des maladies spéciales de la peau les plus importantes;* par M. John Erichsen. 20° *Sur les sources de l'hémorrhagie dans la présentation du placenta;* par M. Th. Radford. 21° *Cas de calcul volumineux rendu par l'urètre d'une femme, développé autour d'une épingle à cheveux qui avait été avalée vingt-sept mois auparavant;* par M. Brownbill. 22° *Quelques règles relatives à la pratique des amputations;* par M. Hannay. (Pour prévenir la perte du sang veineux, il veut que, avant l'amputation, on applique sur tout le membre, depuis son extrémité jusqu'au point où il doit être coupé, un bandage roulé bien serré.—Afin d'abréger la dissection de la peau, temps toujours long et pénible dans l'amputation circulaire, il recommande qu'un aide la fasse d'un côté pendant que l'opérateur la fait de l'autre.) 23° *Œdème de la glotte par suite d'une petite lésion de la membrane muqueuse; laryngotomie pratiquée quinze heures après l'accident; guérison;* par M. W. Lawrence. (Il s'agissait d'une croûte de pain avalée sans avoir été mâchée, et qui s'arrêta dans l'œsophage où sa présence détermina des accès de suffocation tels que la trachéotomie fut nécessaire.) 24° *Observations et remarques sur la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine;* par M. Stallard. (Article non terminé.) 25° *Observations de cyanose ou maladie bleue, suivies de remarques sur l'état de la fosse ovale;* par M. Tiffin-Iliff. 26° *Observations d'inflammation du bassin, se terminant par abcès;* par M. Joseph Bell. (Premier article.) 27° *Cas d'ulcération du duodénum, non reconnue durant la vie, dans lequel la vésicule du fiel était remplie d'un liquide limpide, transparent, et contenait 101 concrétions biliaires;* par M. J. Roberts. (Ce fait est remarquable par l'absence complète de bile dans la vésicule coïncidant avec la présence de 101 calculs. Le foie était petit, mais sain.) 28° *Tableau de 34 cas de présentation du placenta, accompagné de remarques;* par M. Lever. (La

version a été faite 30 fois. Quant aux résultats, la mère a succombé 8 fois et l'enfant 15 fois.) 29° *Sur les effets thérapeutiques de l'azote dans la fièvre typhoïde;* par M. John Grantham. 30° *Cas de kyste hydatique étendu du foie, suppuré et traité avec succès;* par M. Th. Alexander. 31° *Sur l'hygiène militaire;* par M. Fr. Roberts. 32° *Mémoire sur certaines affections cérébrales qui dépendent de l'anémie;* par M. Duchassaing.

SUR LA DIGESTION DE L'ALBUMINE, DE LA GRAISSE ET DES SUBSTANCES AMYLACÉES; par le docteur ROBERT THOMSON.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans le détail des expériences chimiques auxquelles il s'est livré sur ce point intéressant de physiologie; nous nous bornerons à en faire connaître les résultats principaux.

Suivant lui, les matières albumineuses et la graisse une fois digérées peuvent être retrouvées dans le sang, et c'est leur présence en quantité notable qui donne au sérum du sang la couleur blanche qu'il offre parfois. *Le sang laiteux* n'est pas incompatible avec une bonne santé.

Si, comme on l'a dit, il existe de l'acide hydrochlorique libre dans l'estomac pendant la digestion des matières amylacées, la quantité de cet acide peut être très-petite et presque inappréciable. L'acide que contient alors l'estomac se rapproche plus de l'acide acétique que d'aucun autre.

Il existe de la dextrine et de l'amidon pendant et quelque temps après la digestion, dans l'estomac des animaux qu'on a nourris de substances farineuses.

Enfin, on trouve du sucre dans le sang des animaux qu'on a nourris d'amidon.

— On peut voir, comme nous avons occasion de le faire remarquer pour la plupart des travaux actuellement publiés en Angleterre sur la digestion, que les recherches dont cette question a été l'objet en France depuis quelques années ne sont pas parfaitement connues de l'autre côté du détroit. M. Thomson prend la science où l'ont laissée MM. Prout, Tiedemann, Gmelin, Leuret, Lassaigne et Blondlot; aussi quelques-unes de ses conclusions ont-elles le tort de venir un peu tard, et de rester même en arrière des notions acquises.

CAS DE PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA CUISSE, AVEC LÉSION PROBABLE DE L'ARTÈRE ET DE LA VEINE FÉMORALES; par M. ED. COCK.

La lésion de la veine fémorale a été considérée en général comme un accident de la plus haute gravité, à cause de l'obstacle invincible qu'elle apporte à ce que le sang veineux passe de la cuisse dans la circulation générale. On a même conseillé dans ce cas de lier l'artère crurale, afin d'empêcher l'abord du sang dans le membre où sa stase ne manquerait pas d'amener la gangrène. Quelque chose de semblable existait ici, et, d'un autre côté, le danger n'est bien menaçant que lorsque la veine est blessée au voisinage de l'aine; car quand elle est ouverte plus bas la saphène interne reste comme moyen de transport du sang veineux et la guérison n'a rien d'impossible. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas suivant, duquel, après cette explication préalable, nous ne croyons utile de rapporter ici qu'une courte analyse.

OBS. —Un boucher, âgé de 26 ans, était occupé à couper de la viande, lorsque son couteau glissa et pénétra à la profondeur de quelques pouces à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, et à la partie interne de ce membre. Un flot abondant de sang fut arrêté immédiatement par l'application d'un tourniquet. Le malade ayant été apporté à l'hôpital une heure après l'accident, on relâcha le tourniquet et un jet volumineux de sang artériel jaillit aussitôt. La plaie, longue d'un pouce, divisait en travers le muscle couturier.

L'opérateur s'étant assuré qu'on suspendait l'hémorrhagie en appliquant le tourniquet à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur du membre, c'est-à-dire au-dessous de l'origine de la fémorale profonde, en conclut que la blessure n'avait pas porté sur cette branche. En conséquence, il résolut de lier les deux bouts de la fémorale dans le lieu même de la plaie. Ayant donc fait comprimer l'artère au pli de l'aine, il pratiqua une incision longitudinale dans ce point sur le trajet du vaisseau; mais après avoir coupé l'aponévrose, une masse de sang extravasé se présenta, et à peine l'avait-on enlevé qu'une hémorrhagie veineuse abondante se déclara. Introduisant alors le doigt, il reconnut que la blessure se prolongeait en bas, vers le creux poplité, dans l'étendue de 4 pouces pour le moins, et que probablement c'était là que l'artère et la veine avaient été divisées. Il renonça alors à son premier plan, en raison de la grande profondeur de la blessure et de l'écoulement du sang veineux. Il arrêta l'hémorrhagie en tamponnant la plaie; puis il prolongea son incision par en haut, ce qui lui permit de lier la crurale vers le milieu du membre. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus; la plaie demeura assez longtemps avant de se fermer tout à fait, et la guérison ne fut complète que cinq mois après l'accident.

SUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES TENANT A L'IMPLANTATION DU PLACENTA SUR LE COL, PAR L'EXTRACTION DU PLACENTA AVANT L'ENFANT; par MM. SIMPSON, LEE, RADFORD, CHOWNE, ASHWELL et NEWNHAM.

La proposition énoncée dans ce titre est une nouveauté dans l'art tocologique. Formulée par M. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg, l'un des écrivains le plus justement considérés de la Grande-Bretagne, elle est en ce moment devenue l'objet d'une discussion à laquelle la plupart des hommes spéciaux prennent une part active. Le concours de tant de lumières a déjà porté ses fruits; bien que le débat se poursuive encore, la solution, pour tout juge désintéressé, ne saurait être longtemps douteuse. — Exposons donc le résumé des diverses opinions émises sur cette importante question, en faisant d'abord connaître la doctrine de M. Simpson telle qu'il la présente lui-même.

La plupart des hémorrhagies graves qui surviennent à la fin de la grossesse sont produites par le décollement de la surface placentaire d'avec la surface utérine. Or, de ces deux surfaces, qui sont alors à découvert, quelle est celle qui donne lieu au saignement? Presque tous les accoucheurs sont d'avis que le sang vient des orifices utérins. Mais, dit M. Simpson, les artères utérines, si longues et si grêles, ne peuvent guère, quand elles sont déchirées, causer une perte sanguine considérable; et, quant aux veines de l'utérus, outre que la circulation s'y fait dans une direction peu propre à entretenir l'hémorrhagie, la structure contractile particulière de leurs orifices y met encore obstacle. D'un autre côté, ajoute l'auteur, je ne connais aucune raison anatomique ou autre capable d'empêcher les orifices des vaisseaux placentaires de saigner lorsqu'ils sont ouverts. La direction dans laquelle s'y fait la circulation, leur texture dépourvue de fibres contractiles, leur libre communication avec le système vasculaire maternel au moyen du tissu caverneux du placenta, tout y favorise l'écoulement sanguin, et je pense, avec M. Hamilton, que l'hémorrhagie se fait alors principalement ou en totalité par cette voie.

Dans l'implantation du placenta sur le col, à chaque nouvelle hémorrhagie, le système vasculaire de la partie du placenta qui est détachée se remplit de sang coagulé et s'oblitère. Cette oblitération empêche tout à la fois et l'abord ultérieur du sang de la mère dans la portion détachée, et l'hémorrhagie par la surface de cette même portion. Une autre partie venant plus tard à se décoller, il en résulte un retour de l'hémorrhagie, laquelle cesse aussi de nouveau par ce travail d'obstruction dans les vaisseaux de la partie détachée. Ainsi la quantité de sang qui se perd dépend autant de l'étendue du placenta qui reste encore adhérent, que de celle qui est déjà détachée : l'une fournissant le sang, et l'autre lui donnant le moyen de s'écouler au dehors. A mesure donc que la séparation du placenta devient complète, le nombre des vaisseaux qui peuvent y apporter le sang diminue graduellement, jusqu'à ce que cette séparation étant enfin achevée, la perte s'arrête totalement.

Dans le but de rechercher si cette explication est réellement confirmée par l'expérience clinique, M. Simpson a rassemblé 141 cas d'insertion du placenta au col, dans lesquels le placenta a été expulsé ou extrait avant l'enfant, et il a trouvé :

1° Que cette expulsion complète est un phénomène beaucoup moins rare et moins dangereux que les doctrines généralement reçues pouvaient le faire prévoir;

2° Que 19 fois sur 20, l'hémorrhagie, après la séparation du placenta, ou cessa complétement, ou du moins perdit tout caractère alarmant;

3° Que la persistance ou la cessation de l'hémorrhagie, après la séparation du placenta, ne semble point être en rapport avec l'espace de temps qui s'écoule depuis ce décollement jusqu'à la naissance de l'enfant;

4° Que dans 10 de ces 141 cas (ou une fois sur 14), la mère succomba après l'expulsion complète du placenta et avant la naissance de l'enfant; tandis que, dans la pratique ordinaire, lorsqu'on fait dans ces cas la version et l'extraction de l'enfant, il périt un tiers des femmes ainsi opérées;

5° Sur le nombre de 10 morts, il y en a 7 ou 8 où la terminaison fatale ne paraît avoir eu aucun rapport avec le développement complet du placenta ni avec les suites qui en résultent directement. En admettant donc (ce qui est même douteux) que les 3 morts restant fussent dues à cette cause, il n'y aurait dans cette opération qu'une mortalité de 3 sur 141, ou de 1 sur 47.

Ces faits, continue l'auteur, tendent fortement à établir que le décollement artificiel complet du placenta peut, au moins dans quelques variétés d'hémorrhagies puerpérales, être une manœuvre propre à sauver la vie de la mère. Déjà ce mode de traitement, au dire de Collins, Ramsbotham, Lowenhardt, etc., avait été mis accidentellement en pratique par quelques sages-femmes. Depuis que M. Simpson l'a préconisé et appliqué lui-même avec succès, il a été aussi employé par MM. Cripps, Wilkinson, Greenhow,

Jones et Maclean. Dans ces divers cas, les femmes furent sauvées et guérirent rapidement.

M. Simpson ne recommande point cette pratique dans toutes les formes de présentation du placenta ; il spécifie, au contraire, qu'elle ne convient que lorsqu'on n'a pu réussir en rompant les membranes, et lorsque la version est ou inapplicable ou très-dangereuse. Tels sont les cas où le col est peu dilaté et très-difficilement dilatable : chez la plupart des primipares ; quand (ce qui arrive souvent) l'insertion anormale du placenta s'accompagne d'un travail prématuré ou d'un développement imparfait du col et de l'orifice ; quand le travail se déclare avant le septième mois ; lorsque l'utérus est trop contracté pour permettre la version ; quand le bassin ou les parties génitales sont le siége de rétrécissements organiques ; si la femme est trop épuisée pour qu'on puisse recourir à la version ou à l'accouchement forcé ; si l'enfant est déjà mort ou s'il n'est pas viable.

La grande objection contre la manœuvre que nous indiquons, c'est que la vie de l'enfant sera inévitablement compromise par elle. Mais, dit M. Simpson, cette objection est plus forte en apparence qu'en réalité. D'abord, l'enfant dût-il périr dans tous les cas, on sait que c'est une maxime admise par tous les accoucheurs anglais de le sacrifier quand un danger imminent pour la mère peut être conjuré par sa mort. Le fait est, d'ailleurs, que même en suivant les règles établies aujourd'hui pour cette espèce de complication, on perd un nombre très-considérable d'enfants. Ainsi, dans la pratique même de M. Lee, le principal adversaire de M. Simpson, on voit que sur 23 cas de ce genre l'enfant est mort 15 fois. Il y aurait donc déjà pour l'enfant, dans le traitement ordinaire, une mortalité de bien près des deux tiers. — Remarquons, d'un autre côté, que, dans les circonstances graves où l'on est amené à prendre ce parti extrême, l'enfant est souvent déjà mort, ou du moins il est presque inévitablement destiné à périr, quelque conduite que tienne l'accoucheur. Enfin, il est faux de dire qu'il soit toujours voué à la mort une fois que le placenta est sorti. Sur 106 cas où M. Simpson a noté le résultat de sa manœuvre relativement à ce point, l'enfant est venu vivant 33 fois. Il est inutile d'ajouter qu'alors sa naissance avait suivi de peu de minutes l'extraction du placenta. Mais lors même que l'intervalle serait plus long, n'y aurait-il aucun espoir de continuer artificiellement la respiration placentaire ou pulmonaire pendant qu'il est encore dans le sein maternel ? Ne pourrait-on, comme M. Lee l'indique d'après le docteur Bigelow, en pressant en arrière les parties de la mère, faire pénétrer l'air jusqu'à la bouche de l'enfant, soit avec le doigt seulement, soit en introduisant un tube ?

De nombreuses oppositions, nous l'avons déjà dit, se sont élevées de toutes parts contre une doctrine qui tendait à remettre en question tant de points importants de théorie et de pratique. Les objections ont porté et sur l'anatomie, et sur la statistique, et sur la légitimité des conséquences déduites.

D'après M. Lee, il n'est point rare de voir, dans les cas de ce genre, une seule hémorrhagie être assez abondante pour tuer la femme ou pour mettre son existence en danger. Comment donc supposer que tant de sang provienne du placenta, quand on sait que tout celui qu'il contient équivaudrait à peine à la centième partie de la quantité qui s'échappe alors en quelques instants ? De plus, la structure spongieuse du placenta ne mettrait-elle pas obstacle à un écoulement sanguin instantané, tel qu'il l'est habituellement dans cette circonstance ? D'ailleurs, si le sang qui s'écoule était fourni par le placenta, comme il sort souvent en quantité très-considérable, et qu'il n'arrive alors de nouveau sang au placenta que peu à peu et par le moyen de petits vaisseaux, il est évident qu'en supposant cette théorie véritable, le fœtus aurait mille fois le temps de périr avant que les éléments de sa nutrition eussent pu être renouvelés. Il mourrait donc dès une première hémorrhagie, ce qui n'a pas lieu ordinairement.

M. Ashwell soutient avec plus de force encore la même manière de voir. M. Simpson, dit-il, déclare ne connaître aucune raison qui puisse empêcher les orifices des vaisseaux placentaires de saigner. Cela serait bien si l'on avait démontré l'existence de ces orifices et leur capacité ; mais je ne les ai jamais vus, bien que j'aie souvent examiné dans ce but et avec la plus grande attention des placentas injectés ou non injectés. Il est, tout au contraire, très-facile d'apercevoir sur la surface utérine de grandes ouvertures correspondant à l'insertion du placenta. Le flot énorme de sang qui coule à une première hémorrhagie ne peut point être fourni par le placenta ; car je me rappelle avoir récemment exprimé avec toute la force possible un placenta qui venait d'être expulsé immédiatement après l'enfant, sans en avoir pu extraire plus de 2 ou 3 onces de sang. Enfin voit-on jamais d'hémorrhagie dangereuse se produire quand on détache une partie du placenta ou qu'on perfore ce corps dans les manœuvres tocologiques ?

Quant à la statistique, non-seulement M. Simpson a présenté les observations de sa propre pratique, mais il s'est aussi appuyé sur celles de Merriman, de Portal, de Mauriceau. Si l'on a dû respecter les faits qui lui appartiennent personnellement, on n'a pas manqué de critiquer la manière dont il a analysé et interprété les résultats des autres accoucheurs ; c'est surtout M. Lee qui s'est signalé dans cette controverse qui, du reste, a été des deux côtés poussée avec une insistance dont les rédacteurs du journal ont fini par se lasser eux-mêmes. — Mais ce n'est pas tout : on ne s'est point contenté de nier les chiffres de M. Simpson ; ses adversaires en ont apporté tirés de leur pratique, irrécusables par conséquent au même titre que les siens, et parlant dans un sens tout à fait opposé. Ainsi M. Lee a vu 50 cas de présentation du placenta, suivie d'hémorrhagie. On a été obligé 27 fois de pratiquer la version ; mais sur ces 27 fois, il ne l'a faite lui-même que 19 fois. Or, de ces 19 femmes, 4 seulement ont succombé, et encore une était déjà mourante avant l'opération, et une autre avait précédemment perdu tant de sang qu'elle périt peu d'instants après la délivrance. Ces résultats sont, ce semble, de nature à prouver que la thérapeutique usuellement employée contre cette espèce d'hémorrhagie n'est donc pas, comme M. Simpson le voudrait faire croire, assez imparfaite pour légitimer l'adoption du procédé qu'il propose. — De son côté, M. Newnham a observé 13 fois la présentation du placenta avec hémorrhagie, depuis le 1er janvier 1812, et il a eu le bonheur de guérir 12 femmes. A la vérité, il exprime le regret de n'avoir pas tenu note de l'état des enfants ; mais il croit se rappeler que leur vie est d'autant moins compromise qu'ils viennent plus rapidement au monde. — Enfin M. Ashwell se souvient d'avoir vu au moins vingt exemples de cette sorte d'accident depuis vingt-cinq ans, et il n'a compté que deux morts. M. Lever, cité par lui, a observé, de 1833 à 1840, 14 cas de présentation du placenta, savoir : 9 où le placenta couvrait complétement le col, et 15 où il ne se présentait que partiellement. Toujours la version a été pratiquée ; deux mères seulement ont péri, et 8 fois l'enfant est né mort.

Quelques conditions particulières peuvent servir à expliquer la faveur qui a accueilli la proposition de M. Simpson. Il est bien plus aisé, fait justement observer à ce sujet M. Newnham, il est bien plus aisé de détacher le placenta, puis d'attendre l'événement, que d'y intervenir directement en faisant la version et en complétant immédiatement la délivrance. La première de ces deux pratiques impose *en apparence* une responsabilité beaucoup moindre à l'accoucheur ; et c'est pour cela qu'il y a fort à craindre de voir cette manœuvre adoptée surtout par les jeunes médecins, qui trouveront sans doute commode de mettre ainsi leur conduite à l'abri derrière l'autorité de grands noms. Mais pour quiconque veut réfléchir, il n'y a pas de doute que cette opération ne soit rejetée, du moins en thèse générale ; car on ne peut pas établir ici de règle absolue, de principe universellement applicable. En effet, dit M. Chowne, sous le nom générique de présentation du placenta, il faut remarquer qu'on a rassemblé divers genres de cas réclamant chacun un traitement spécial : ainsi tantôt le placenta est dans le vagin ; tantôt il couvre le col, mais une partie est déjà séparée et l'autre encore adhérente ; tantôt le travail est commencé, actif et prompt, donnant l'espérance qu'une partie du fœtus va bientôt s'engager et pourra, par sa pression, arrêter l'hémorrhagie. Dans ces conditions, qui ne sont point rares, tout marche bien, et la délivrance s'accomplit souvent sans accidents. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie devient menaçante ; mais alors même la version apporte un secours plus certain que l'extraction du placenta. Ce dernier moyen pourrait à la rigueur convenir quand le travail s'effectue convenablement et qu'il n'y a rien d'anormal, hormis la situation du placenta. Si, au contraire, la femme est affaiblie et le travail languissant de manière à faire craindre qu'après l'extraction du placenta, les contractions utérines ne se réveillent point, alors ce procédé serait dangereux, et il faut terminer artificiellement l'accouchement par la version.

C'est, en définitive, à bien spécifier les circonstances où l'extraction du placenta doit être pratiquée de préférence à l'accouchement forcé que les antagonistes de M. Simpson se sont réduits, suivant en cela l'exemple que lui-même avait donné ; car nous avons montré plus haut que ses principes, sous ce rapport, ne sont pas plus exclusifs que sa pratique. Nous trouvons ces indications spéciales assez nettement tracées par M. Radford. Selon cet auteur, on ne doit détacher en premier lieu le placenta que dans les trois conditions suivantes :

1° Lorsque l'hémorrhagie est alarmante, parce qu'alors le plan de traitement ordinaire pour la version expose à trop de dangers ;

2° Lorsqu'il existe quelque obstacle à l'extraction de l'enfant, soit un rétrécissement du bassin, soit des tumeurs adhérentes à ses parois ou remplissant sa cavité ;

3° Lorsque l'enfant est mort.

Le devoir d'un accoucheur consciencieux, ajoute M. Radford, est d'adopter toujours la pratique qui promet le plus de chances favorables à la conservation de la mère et de l'enfant. A la vérité, un principe reçu parmi les médecins anglais commande de donner la préférence à la vie de la femme quand celle de l'enfant doit être sacrifiée pour la sauver ; et, dans le cas de présentation du placenta, il convient d'autant plus de suivre ce principe, que le danger ne dépendant ici que d'une cause temporaire, des

accouchements pourront avoir lieu ultérieurement chez la même femme avec une issue heureuse pour l'enfant. Néanmoins, même dans ce cas, le fœtus, a droit à une justice impartiale; et sa conservation ne doit pas être inconsidérément compromise. En conséquence, comme l'opération par laquelle on décolle le placenta en premier lieu le tue certainement, il s'ensuit qu'il ne faut jamais adopter cette pratique lorsque du côté de la mère les conditions locales et générales permettent d'employer le procédé ordinaire plus sûr, la version.

— Nous pouvons, sur beaucoup de points, nous abstenir de chercher à motiver un jugement entre les deux partis; car la vérité apparaîtra sans doute à une simple lecture. Ainsi, il est bien certain que M. Simpson n'a point pour sa méthode les prétentions exclusives que lui supposent ses adversaires, puisque lui-même a soigneusement spécifié les cas distincts qui la réclament. Ainsi, encore, on doit s'attendre à voir la vie de l'enfant infailliblement compromise par cette pratique, puisque, après lui avoir ôté ses moyens de nutrition, elle abandonne son expulsion à la seule influence des contractions utérines, dont l'activité et même l'existence sont très-problématiques dans cette circonstance. Sous ce rapport, les moyens dont parle l'auteur pour prolonger la vie du fœtus sont vraiment dérisoires; et l'accoucheur doit être bien prévenu qu'en suivant cette conduite il adopte, dans toute sa rigueur, le principe anglais de sacrifier l'enfant au salut de sa mère. C'est à lui de décider, mais il ne peut se faire illusion sur les conséquences du parti qu'il choisit.

D'autres parties de la doctrine pourraient prêter à la discussion. Nous ne parlons point de la statistique que chaque cause est toujours assurée de trouver à son service. Mais l'on se demandera sans doute s'il est bien vrai que le décollement du placenta suffise effectivement pour arrêter l'hémorrhagie. Il nous semble que, soit involontairement, soit à dessein, une distinction importante a été omise ici par l'inventeur. Le *décollement* seul du placenta n'a pas d'influence sur la cessation de l'hémorrhagie parce que les vaisseaux demeurent toujours béants; mais son *extraction* peut amener cet heureux résultat; car tout ce qui désemplit même partiellement l'utérus favorise d'autant sa contraction et par suite l'occlusion des orifices saignants. Considérée de cette manière, l'extraction du placenta serait en effet un secours précieux, secours moins efficace sans doute que l'extraction complète du fœtus, mais aussi moins difficile à mettre en pratique et surtout moins dangereux pour la mère. Par conséquent, la méthode de M. Simpson trouverait son indication rationnelle dans les cas où le col n'est pas assez dilaté ou dilatable pour permettre aisément les manœuvres de la version, dans ceux principalement où le placenta étant déjà en partie engagé dans l'orifice, pourrait s'extraire avec facilité et promptitude. On attendrait alors l'effet de cette première opération, et l'on n'en viendrait à l'accouchement forcé que si la continuation de l'hémorrhagie forçait de prendre ce parti extrême. C'est dans ces limites, selon nous, que la proposition, d'ailleurs si ingénieusement appuyée, de M. Simpson mérite de prendre rang parmi les procédés de l'art tocologique. — Nous devons également exprimer le regret que, trop préoccupé peut-être de la justification théorique de son plan, l'écrivain anglais ait omis d'en décrire le *modus faciendi*. Il eût sans contredit rendu ainsi plus de services à la cause qu'il défendait, et aurait plus sûrement augmenté le nombre de ses imitateurs en leur épargnant le soin d'inventer par eux-mêmes les règles détaillées de l'application pratique.

CALCUL VOLUMINEUX DÉVELOPPÉ CHEZ UNE FEMME AUTOUR D'UNE ÉPINGLE A CHEVEUX QUI AVAIT ÉTÉ AVALÉE VINGT-SEPT MOIS AUPARAVANT, ET RENDUE SPONTANÉMENT PAR L'URÈTRE; par M. BROWNBILL.

OBS. — Une femme de 26 ans, reçue à l'hôpital, enceinte de plus de huit mois, se plaignit, durant plusieurs jours, de dysurie, de douleur continue dans l'urètre; enfin, le 14 septembre 1845, après beaucoup d'efforts pénibles, elle expulsa sans aucun secours un calcul dont les trois dimensions étaient de 2 pouces 1/4, 1 pouce 1/2 et 5/8 de pouce. Formé de phosphate calcaire et de phosphate ammoniaco-magnésien, il était développé autour d'une de ces épingles doubles à cheveux qui représentent une sorte de compas à branches parallèles; la convexité de l'épingle ainsi que ses deux extrémités paraissaient à nu dans trois points à la surface du calcul. La malade se trouva immédiatement soulagée, et au bout de huit jours elle accoucha heureusement.

Elle raconta alors que le 5 juin 1843, pendant qu'elle s'occupait à arranger ses cheveux ayant l'épingle entre ses dents, une personne lui ayant brusquement tiré les cheveux et renversé la tête en arrière, elle avala l'épingle. Pendant douze mois elle n'en souffrit que de très-légères douleurs dans les entrailles. Mais le 26 avril 1845, reçue au dispensaire de Charlton, elle y séjourna cinq semaines, éprouvant durant ce temps des souffrances aiguës et continuelles dans la région inguinale gauche, et de l'incontinence d'urine, dont la quantité d'ailleurs était très-augmentée. Il y avait aussi une constipation opiniâtre, accompagnée d'hémorrhagies fréquentes par l'anus. En sortant de là, elle demeura deux mois à l'infirmerie de Manchester, avec les mêmes symptômes. La crainte d'une opération l'empêcha toujours de raconter ce qui précède. — Il est très-probable, dit M. Brownbill, que le corps étranger aura pénétré de l'S iliaque du colon dans le côté gauche de la vessie.

Comme cette femme n'était pas mariée, je pensais, ajoute l'auteur, que son récit pouvait bien être mensonger, et qu'elle s'était peut-être servi, pour se faire avorter, de l'épingle, qui, dans cette manœuvre, aurait accidentellement passé dans la vessie. Mais la circonstance où l'épingle avait été avalée me fut certifiée par trois personnes qui y étaient présentes. J'examinai ensuite la malade au spéculum, et je ne trouvai, dans aucun point de la paroi vaginale, d'altération qui pût faire croire que l'épingle l'avait traversée pour entrer dans la vessie.

— Comme preuve non moins forte de la sincérité du récit de la malade, nous croyons devoir faire observer qu'une femme désirant se faire avorter n'aurait certainement pas été choisir de préférence une épingle à deux branches, évidemment trop courte pour arriver jusqu'à la matrice, et à coup sûr le moins commode de tous les instruments qu'elle avait sous la main pour remplir son but.

CAS DE CYANOSE AVEC DES REMARQUES SUR L'ÉTAT DE LA FOSSE OVALE; par le docteur TIFFIN ILIFF.

Dans un excellent mémoire sur le même sujet, le docteur Gintrac, de Bordeaux, a relevé, sur un total de 53 malades, les diverses conditions anatomiques auxquelles on avait pu attribuer la production de la cyanose, et il a obtenu les résultats suivants: 1° persistance du trou ovale, 33 fois; 2° ouverture de l'aorte dans les deux ventricules, 22 fois; 3° rétrécissement de l'artère pulmonaire, 22 fois; 4° persistance du conduit artériel, 14 fois; 5° développement imparfait de la cloison interventriculaire, 5 fois; 6° oblitération de l'artère pulmonaire, 5 fois; 7° existence d'une seule oreillette ou d'un seul ventricule, 4 fois; 8° ouverture de l'aorte dans le ventricule droit et de l'artère pulmonaire dans le gauche, le trou ovale et le conduit artériel persistant, 4 fois; 9° oblitération de l'aorte, 1 fois. M. Iliff, ayant réuni 30 cas de cyanose, est arrivé à des résultats à peu près semblables. Il ajoute seulement aux conditions anatomiques précédentes: 1° une communication directe entre l'aorte et l'artère pulmonaire, le canal artériel manquant; 2° l'ouverture commune de ces deux troncs dans le ventricule droit, avec persistance du trou ovale. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que dans une observation de cyanose publiée par le docteur Marcet (EDINBURGH JOURNAL, vol. I, p. 412), on ne trouva, à l'autopsie, d'autre altération matérielle qu'une adhérence complète des feuillets pleuraux.

On sait les dissidences qui existent aujourd'hui sur la fréquence de la persistance du trou ovale. Suivant Portal, on le trouve aussi souvent ouvert qu'oblitéré. M. Louis, au contraire, ne l'a trouvé que 2 fois ouvert sur 450 autopsies faites avec soin. M. Iliff s'est occupé de la même question; il a relevé dans les auteurs tous les cas d'autopsie où l'état du cœur était signalé, et mettant de côté tous ceux (environ 600) où il était dit simplement que le *cœur était sain*, il lui est encore resté un total de 619 cas dans lesquels cet organe avait été évidemment examiné avec attention. Or 23 fois seulement, la cloison interauriculaire était perforée, 12 fois avec existence manifeste d'une valvule, et 11 fois sans trace de valvule. Ce relevé, on le comprend, ne peut avoir la valeur d'une observation directe, personnelle, réfléchie, comme celle à laquelle s'est livré M. Louis, et ne peut guère infirmer les résultats obtenus par cet habile observateur. M. Iliff l'a senti lui-même, et il s'est mis à observer de ses propres yeux, sur des cadavres pris au hasard, l'état de la cloison des oreillettes, en se servant d'une sonde déliée pour être bien sûr de ne pas laisser échapper la plus minime ouverture. Ses investigations ne portent que sur 40 cas: 3 fois une *très-petite* valvule laissait communiquer ces deux oreillettes. C'est, comme on le voit, une proportion supérieure à celle de M. Louis. A l'avenir de décider cette question, qui ne touche heureusement pas à un intérêt bien grave de la science.

SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'AMMONIAQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur GRANTHAM.

L'auteur a été frappé de la rapidité avec laquelle il a vu l'état comateux qui accompagne la fièvre typhoïde se dissiper par l'action de l'ammoniaque prise à l'intérieur. En cherchant à se l'expliquer, il est arrivé à une théorie chimique dont les développements nous entraîneraient trop loin, et dont voici le sens. Dans la fièvre typhoïde on reconnaît, comme un de ses principaux éléments pathogéniques, le défaut d'une quantité suffisante d'ammoniaque dans l'organisme et un excès de carbone. L'ammoniaque, absorbée par les voies intestinales, forme avec l'oxygène et le carbone un carbonate d'ammoniaque qui est ensuite éliminé par les urines.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 MAI.

THÉORIE DE LA VISION.

M. BABINET lit, au nom d'une commission composée de MM. Arago, Serres, Magendie, Pouillet, Sturm et Babinet (rapporteur), un rapport sur le quatrième mémoire de M. Vallée sur la théorie de l'œil.

L'Académie a reçu de M. Vallée quatre mémoires sur la théorie de l'œil. C'est sur le dernier mémoire que la commission est appelée à se prononcer. L'hypothèse fondamentale de l'auteur est que la réfringence de l'humeur vitrée croît rapidement du cristallin à la rétine, et que le cône des rayons convergents, formé d'abord par la cornée et le cristallin beaucoup avant le fond de l'œil, se transforme, par l'action des couches postérieures plus denses de l'humeur vitrée, en une surface courbe de révolution à pointe beaucoup plus aiguë que le cône, ce qui, d'une part, diminue beaucoup l'aberration de chaque pinceau homogène, et d'autre part, par une action contraire à celle de l'aberration de réfrangibilité ordinaire, produit jusqu'à un certain point l'achromatisme.

D'après les calculs de M. Vallée appliqués à son hypothèse, et en prenant pour point de départ des mesures connues de divers types d'œil, on n'a besoin de supposer que de très-légères déformations de l'organe pour faire que le cône produit par la partie antérieure des corps réfringents de l'œil (la cornée, l'humeur aqueuse et le cristallin, système que M. Vallée appelle l'appareil concentrateur), allongé ensuite en pointe aiguë par l'action des diverses couches de plus en plus réfringentes de l'humeur vitrée (couches que M. Vallée appelle appareil acuteur ou cuspidateur), que ce cône, disons-nous, aille porter sur la rétine des rayons convergents sans trop d'aberrations de sphéricité, ou, si l'on veut, de figure, et de même sans trop d'aberration de réfrangibilité. Il est évident d'ailleurs, d'après cette hypothèse, que les couches de l'humeur vitrée, à mesure qu'elles augmentent de densité du cristallin jusqu'au fond de l'œil, doivent être supposées augmenter aussi en force dispersive, ce qui n'a rien d'ailleurs d'invraisemblable.

La commission s'est vue arrêtée dans l'appréciation du travail de M. Vallée par le manque de démonstration de l'hypothèse fondamentale sur laquelle tout repose, savoir : que l'humeur vitrée augmente beaucoup de force réfringente et dispersive de la partie antérieure à la partie postérieure. L'auteur s'y est refusé. Dans cet état de la question, la commission déclare ne pouvoir se prononcer, faute de preuves suffisantes, sur le mérite du mémoire de M. Vallée. En conséquence, elle propose à l'Académie de remercier M. Vallée de ses communications, de l'engager à continuer ses travaux, et surtout à les compléter par la détermination expérimentale des pouvoirs réfringents, du pouvoir dispersif des diverses parties de l'humeur vitrée.

COMPOSITION ET PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DU CAFÉ.

M. PAYEN lit un travail original sur le café, sa composition et ses qualités nutritives.

Les observations de M. Payen lui ont démontré, dans le café, la présence de deux substances non entrevues auparavant : la cellulose et plusieurs autres corps organiques azotés que faisaient prévoir les lois générales de la composition des végétaux. Afin de rechercher si aucune autre substance azotée que la caféine ne se trouvait dans la décoction de café, il a essayé de déterminer les proportions et la composition élémentaire des substances extraites par l'eau froide et bouillante du café à l'état normal, ou après une torréfaction plus ou moins avancée. Il a constaté ces résultats : que pour 100 p. de café normal contenant 2,45 d'azote ayant donné 75 de café torréfié brun qui ne contenaient que 1,77, la perte en azote ou en substances organiques équivalentes égale 0,68.

Nous négligerons ici, comme n'offrant que des différences de peu d'importance, l'appréciation de la proportion des substances solubles dans l'eau bouillante relative à chacun des degrés de torréfaction. Mais les résultats sont tout différents lorsqu'on agit sans épuiser, comme on le fait dans l'usage habituel. Dans ce cas, par une seule filtration, sans épuiser, on extrait du café roux moitié en sus de ce que donne le café brun, et plus d'un quart au delà de ce que laisse dissoudre le café marron.

Les différences relatives des proportions d'huile essentielle ou d'arome sont dans le même sens.

Après avoir déterminé les quantités de matières extractives obtenues de 100 grammes de café, M. Payen a voulu évaluer les proportions de substances azotées contenues dans ces matières.

Voici le résultat de ces analyses :

ÉQUIVALENT DES EXTRAITS EN AZOTE OU MATIÈRES AZOTÉES.

Espèces de produits.	Pour 100 d'extrait sec. Subst. minérales.	Azote.	Subst. azotées.	Extraits.	Pour un litre d'infusion. Azote.	Subst. azotées.
Café brun. . .	18,9	4,36	27,03	16	0,703	4,35
Café marron. .	16,9	3,82	23,68	19	0,726	4,53

On remarquera que les extraits renferment en moyenne le quart de leur poids de substances azotées. Le surplus se composant de sels unis à l'alimentation, de substances analogues aux sucres, de matières grasses, d'un principe amer et d'une essence aromatique, il est évident qu'une telle réunion peut être considérée comme douée de propriétés nutritives.

PROPRIÉTÉS NUTRITIVES COMPARÉES. Le café à l'eau, préparé avec 100 grammes pour un litre, contient 20 grammes de substances alimentaires ; il représenterait trois fois plus de substance solide qu'un litre de liquide obtenu en faisant infuser 20 grammes de thé, et plus du double de substance azotée.

Si l'on établit la comparaison en ajoutant l'influence du lait, on arrive aux résultats suivants.

Un litre étant supposé formé de parties égales de café et de lait, on aura :

Espèces de produits.	Substance solide.	Substance azotée.	Matières salines grasses et sucrées.
Pour un demi-litre de café. .	9,5	4,53	4,97
Idem, de lait. .	70,0	45,00	25,00
Sucre en moyenne.	75,0	00,00	75,00
Totaux.	154,5	49,53	104,97

Ce liquide alimentaire représenterait six fois plus de substance azotée que le bouillon.

Le rapport ne varierait pas sensiblement relativement au sucre si on l'appliquait au café à l'eau, qui est en général plus faible.

Comparant ensuite le *café* dit *de chicorée* avec le café exotique, l'auteur établit toujours par des chiffres que, à couleur et à densité égales, la solution de chicorée contient moitié moins de substances azotées que l'infusion de café.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre adressée par M. Aubert-Roche à l'occasion du rapport sur la peste. Il est dit dans cette lettre que le gouvernement anglais, sur la demande faite par M. Bowring, membre de la chambre des communes, a promis de donner à cette chambre communication officielle des conclusions du rapport de l'Académie de médecine lorsqu'elles auront été adoptées, et que la chambre a décidé que le rapport de l'Académie serait imprimé.

— M. LE PRÉSIDENT lit le discours qu'il a adressé au roi le 1er mai et la réponse de S. M.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Prus, pour reprendre la lecture du rapport sur la peste.

M. PRUS, avant de reprendre cette lecture, donne quelques explications sur les causes qui l'ont obligé à la suspendre, et rend compte de ce qui s'est passé depuis dans le sein de la commission. Le sujet de ces explications est déjà connu.

Voici les conclusions pratiques qui terminent le rapport, et que la commission énonce sous forme de vœux à soumettre au gouvernement.

§ I. — *Précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects pour se rendre en France.* — 1° Tout capitaine d'un bâtiment quittant un des ports de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie, pour se rendre en France, deva être porteur d'une patente délivrée le jour même ou la veille du départ par le consul français de la résidence. A cette patente sera et restera annexé un certificat du médecin sanitaire français *institué à cet effet*, lequel constatera l'état de la santé du pays, celui des passagers et de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du bâtiment en partance.

2° La patente de santé sera *brute*, quand régnera dans le pays du départ une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente.

3° La patente de santé pourra encore être brute, lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

4° Dans tous les autres cas la patente sera *nette*.

5° Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences que nous regardons comme indispensables, autant dans l'intérêt de la santé publique que dans celui des relations internationales, aient résolu d'une manière évidente pour tous la question de la transmission, les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront mises à l'évent pendant la traversée, ou plombées au lieu du départ, pour être ouvertes dans un lazaret français. On ne laissera à la disposition des voyageurs et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour la traversée.

§ II. — *Précautions à prendre pendant la traversée et lors des relâches.* — 6° Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot-poste venant du Levant aura à bord un médecin. Il est à désirer que ce médecin ressorte de l'administration de la santé de France.

7° Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, surtout en ce qui concerne l'aération des navires. Ils inscriront jour par jour sur un registre tout ce qui sera relatif à la santé des personnes du bord.

8° Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, les certificats délivrés au port de départ seront visés par le médecin sanitaire de la résidence, lequel consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

9° Le médecin de bord tiendra une note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de

toutes les circonstances importantes pour la santé qui pourront s'y rattacher.

10° Quant aux navires qui n'auront pas de médecin sanitaire à bord, le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines, et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît le peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle sur les navires, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

11° Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les maladies éprouvées par les personnes à bord; ces notes seront inscrites au fur et à mesure des événements.

§ III. — *Précautions à prendre à l'arrivée en France.*— 12° Les capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et de tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord remettront à l'autorité compétente : 1° la patente et le certificat de santé y annexé qui aura été délivré au port du départ; 2° le journal tenu par le médecin du bord et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée, à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ses investigations, dans un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

13° Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivrés au départ, du journal médical de bord, et du rapport rédigé par le médecin sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine, et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

14° Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Égypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

15° La quarantaine sera de quinze jours pleins à partir du départ pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte avant le départ ou pendant la traversée.

16° Pour les navires de commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit avec patente nette une quarantaine d'observation de dix jours pleins à partir de l'arrivée.

17° Lorsque ces mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours à partir de l'arrivée, et les marchandises seront débarquées.

18° Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée, ou qui aura, lors de son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les passagers et l'équipage seront transportés au lazaret et subiront une quarantaine, qui sera de quinze jours au moins et de vingt jours au plus.

Les marchandises seront débarquées et aérées; le navire bien aéré, bien lavé, bien nettoyé et bien purifié, restera vide pendant un mois au moins. Des gardes de santé pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la surveillance jugée nécessaire, mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine, sous quelque prétexte que ce soit.

19° Les hardes et les effets, vêtements arrivés au lazaret dans des malles plombées au port du départ, seront ventilés et subiront les purifications jugées convenables pour prévenir tout danger possible.

20° Les pestiférés admis dans les lazarets devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Ce rapport sera distribué et imprimé; l'impression ne pouvant être terminée avant huit ou dix jours, M. le président propose d'ajourner la discussion à quinzaine. (Adopté.)

— M. Hamont obtient la parole pour une communication qui se rattache au même sujet. Il donne lecture d'une lettre de M. Gaëtani-Bey, dans laquelle ce médecin expose que, par suite du retentissement qu'a eu en Égypte la question dont s'occupe en ce moment l'Académie, le vice-roi Méhémet-Ali vient de prendre des mesures importantes pour l'assainissement de ce pays et pour le bien-être des populations pauvres. (La communication de cette lettre produit une certaine sensation.)

—M. Casimir Broussais continue la lecture de son mémoire sur le climat et les maladies de l'Algérie, lecture qu'il n'a pas eu encore le temps de terminer aujourd'hui et dont la fin est remise à la séance prochaine.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

Les journaux judiciaires du mois d'avril dernier contiennent la relation des affaires criminelles suivantes auxquelles se rattachent des questions de médecine légale ou de toxicologie : 1° *Meurtre et tentative de meurtre; folie furieuse. — Allégation d'irresponsabilité morale non admise.* (Un jeune homme de 25 ans, marié depuis peu, avait assassiné, sans aucun motif apparent et sans qu'aucun antécédent pût expliquer ce crime, sa jeune femme, son beau-frère, et tenté d'assassiner sa belle-mère, qui ne dut la vie qu'au secours des assistants. Des médecins furent cités par l'accusation et par la défense pour constater l'état mental de l'accusé. De leurs diverses réponses il semblait résulter que les actes dont l'accusé s'était rendu coupable *pouvaient* s'expliquer également, soit par un accès subit de folie furieuse, soit par une passion quelconque portée jusqu'à la fureur; mais rien ne prouvait la réalité de la première hypothèse; d'un autre côté, le défenseur fit poser à plusieurs des témoins des questions par suite desquelles il fut établi : 1° que le père de l'accusé avait, dans un accès de colère, tiré un coup de fusil sur sa femme alors en couche; 2° que l'un de ses frères s'était brûlé la cervelle par jalousie; 3° qu'un oncle de l'accusé était actuellement en état d'interdiction. Malgré ces motifs et les efforts de la défense pour faire admettre en faveur de l'accusé le bénéfice de l'irresponsabilité morale, aucun fait n'ayant pu établir qu'il n'eût la plénitude de sa raison tant avant le crime que depuis sa perpétration, l'accusé a été condamné. — Cour d'assises de l'arrondissement du Vent-de-l'Ile (île Bourbon), audiences des 13, 14 et 15 octobre 1845.) 2° *Infanticide.* (Une jeune fille des environs de Privas comparaissait devant la cour d'assises de l'Ardèche, sous l'accusation d'infanticide. La clameur publique l'accusait d'avoir accouché clandestinement et d'avoir fait disparaître son enfant, que personne d'ailleurs n'avait vu. Un médecin appelé à examiner l'accusée constata les traces évidentes d'un accouchement récent, dont il fixa la date probable aux premiers jours du mois d'août. Pendant le cours de l'instruction, le hasard fit découvrir dans la Loire le cadavre d'un enfant que l'on reconnut être né viable, à terme, bien constitué, et dont la mort, due à la submersion, pouvait remonter au 4 ou au 5 août. Indépendamment de ces rapprochements, les diverses circonstances révélées aux débats établirent une coïncidence parfaite de temps et de lieux entre cette découverte et les démarches de l'accusée après sa délivrance. En ce qui concerne les déclarations faites aux débats par les médecins, le docteur Alirol, chargé de l'examen de l'accusée, et le docteur Ceysson, appelé pour faire l'autopsie du cadavre, elles s'accordèrent parfaitement, ainsi que leurs rapports écrits, sur toutes les conséquences à tirer des différents caractères remarqués par eux, soit sur l'accusée, soit sur le cadavre de l'enfant. En conséquence, l'accusée fut condamnée. — Cour d'assises de l'Ardèche.) 3° *Assassinat par asphyxie ou suffocation, suivi de submersion, sans traces extérieures.—La mort par suffocation peut-elle être opérée par une main criminelle sans laisser de traces extérieures? Réponse affirmative des experts.* 4° *Assassinat par strangulation, méconnu à un premier examen et constaté trente-quatre jours après la mort par l'existence d'une fracture de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.* 5° *Assassinat par strangulation; détermination, d'après les signes cadavériques, de l'heure à laquelle l'assassinat avait dû être consommé. — Des aliments pris quatre heures avant la mort peuvent ils laisser des traces capables d'en faire reconnaître la nature?* 6° *Empoisonnement par l'arsenic.* (Empoisonnement d'une femme par son gendre, au moyen de l'arsenic ingéré dans un bouillon. L'empoisonnement fut constaté de la manière la plus évidente par les symptômes et par l'analyse chimique des organes de la victime. Aucun incident particulier. La validité des expertises ne fut point attaquée. Le crime fut démontré aux débats et entraîna la peine de mort. — Cour d'assises de l'Isère, audience du 11 mars.) 7° *Accusation de tentative d'empoisonnement au moyen de l'arsenic introduit dans un pâté de viande; arsenic trouvé à l'état de dissolution dans le pâté et dans les déjections; insuffisance de preuves de culpabilité; acquittement.* 8° *Double empoisonnement par l'acide arsénieux.* (Le nommé A... (de Tarbes), et Marie B..., femme L..., attachée à son service, comparaissaient devant la cour d'assises des Hautes-Pyrénées, sous la double accusation d'empoisonnement en complicité de la femme A... et de Bertrand L..., épouse et époux des deux accusés. L... avait succombé rapidement à la suite d'une maladie de courte durée et qui avait offert des symptômes insolites dont le médecin n'avait bien pu se rendre compte. La découverte d'un paquet d'acide arsénieux au moment où l'accusée cherchait à le cacher mit sur la voie d'un crime probable. L'autopsie du cadavre de L..., ainsi que les expériences chimiques qui furent faites sur quelques-uns de ses organes, ne permirent pas de douter qu'il n'eût succombé à un empoisonnement par l'arsenic. Le rapprochement de diverses circonstances inutiles à rappeler ici détermina les magistrats à ordonner l'exhumation du corps de la dame A..., qui avait succombé six mois auparavant; l'analyse chimique à laquelle furent soumis ces restes donna les mêmes résultats. L'expertise n'offre d'ailleurs aucune circonstance digne d'être rappelée; les déclarations des experts et des médecins chargés de l'examen cadavérique étaient unanimes. Les aveux de la femme L... les confirmèrent. Quant à l'accusé A..., aucune charge suffisante n'ayant prouvé sa participation au crime, il fut acquitté. La seule circonstance notable de cette affaire, c'est que, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, les symptômes observés pendant la vie ne firent naître l'idée d'un empoisonnement, qui ne fut démontré uniquement que par la présence de l'ar-

senic dans les tissus. — Cour d'assises des Hautes-Pyrénées, audiences du 19 au 23 mars.) 9° *Empoisonnement par l'arsenic métallique.* (Empoisonnement d'un enfant de 6 jours par sa mère, au moyen de l'arsenic. L'accusée prétendit que la mort de son enfant était arrivée naturellement, bien qu'elle ne pût en indiquer la cause. L'examen cadavérique n'amena aucun résultat; aucune trace de violence extérieure ne put être constatée; mais les intestins et l'estomac, ainsi que les matières qui y étaient contenues, traitées par l'appareil de Marsh, déposèrent des taches métalliques arsenicales. Une perquisition faite dans le domicile de l'accusée fit découvrir plusieurs paquets contenant de l'acide métallique en poudre, dit *mort aux mouches.* L'expertise n'offrit d'ailleurs aucune circonstance particulière qui mérite d'être signalée. — Cour d'assises du Loiret, audience du 24 avril.) 10° *Empoisonnement par l'arsenic; arsenic trouvé dans les viscères de la victime. — Discussion médico-légale : 1° sur l'usage de l'acide sulfurique dans les expertises chimiques; 2° sur l'existence de l'arsenic normal dans le corps de l'homme; 3° sur l'arsenic des terrains de cimetière.*

I. MÉDECINE LÉGALE.

ASSASSINAT PAR ASPHYXIE OU SUFFOCATION, SUIVI DE SUBMERSION, SANS TRACES EXTÉRIEURES. — LA MORT PAR SUFFOCATION PEUT-ELLE ÊTRE OPÉRÉE PAR UNE MAIN CRIMINELLE SANS LAISSER DE TRACES A L'EXTÉRIEUR? — RÉPONSE AFFIRMATIVE DES EXPERTS.

Un cadavre fut trouvé flottant à la surface de l'eau dans l'Oise; attiré sur la rive, il fut reconnu pour le corps d'une fille L..., vivant en concubinage avec le nommé C..., accusé depuis d'être l'auteur de sa mort. Le corps paraissait avoir été grossièrement enveloppé dans ses vêtements pour être jeté dans la rivière. On remarqua un peu plus haut, sur le sol, des traces qui semblaient indiquer qu'un corps avait été traîné vers la rivière; d'autres circonstances enfin concouraient à démontrer qu'il ne s'agissait point d'un accident, ni d'un suicide, mais d'un meurtre, et que le corps avait été apporté déjà mort dans la rivière.

L'autopsie cadavérique ne laissa pas de doute sur ce dernier point. Les hommes de l'art déclarèrent qu'il était de toute certitude, d'après l'état des organes, que cette femme était sans vie avant d'avoir été plongée dans l'eau. Mais comment avait-elle été tuée? C'était ce qu'il s'agissait de déterminer. MM. les docteurs Casauvielh et Waillez (de Clermont), chargés de l'expertise, n'avaient constaté, à l'examen du corps, aucune trace de violence à laquelle on dût rattacher la mort. Ils avaient seulement reconnu une congestion très-forte du cerveau, des poumons et du foie, indices d'une mort prompte. On avait soulevé la question d'empoisonnement; mais l'analyse n'avait pas fait reconnaître de traces de poison. Les experts de Clermont admettaient trois hypothèses pour expliquer la mort : la submersion, l'ivresse, l'asphyxie.

M. le docteur Devergie, appelé aux débats, a établi en premier lieu que les maladies dont était atteinte la fille L... n'étaient pas dans un état de gravité telle qu'elles pussent causer la mort. (La santé de cette femme était depuis quelque temps altérée : l'autopsie avait fait constater une plaie à la cuisse, un abcès au genou et quelques désordres des organes de la génération. Cette circonstance fut même signalée aux débats comme pouvant bien n'avoir pas été étrangère à la conception du crime.) Il a fait voir que rien n'autorisait à supposer que l'ivresse fût la cause de la mort; et, en effet, les premiers experts, interrogés sur ce point, ont déclaré qu'ils n'avaient admis la possibilité de ce fait que d'après la question qui leur en avait été adressée par le juge instructeur. D'ailleurs on avait acquis les preuves, dans les débats, que la fille L... n'avait pas d'habitudes d'ivrognerie. La mort par submersion n'était pas possible : on avait vu l'accusé transportant à la rivière le corps de la victime. Dans cet état de choses, M. Devergie a déclaré qu'une mort rapide pouvait seule expliquer les phénomènes de congestion signalés dans le rapport d'autopsie; que ces traces de congestion étaient un indice certain de la mort par asphyxie; qu'il lui était impossible d'indiquer la cause ou le moyen employé pour opérer l'asphxie ou la suffocation; mais que ce genre de mort pouvait être opéré par une main criminelle sans laisser de traces à l'extérieur.

Le jury admettant cette dernière interprétation, que renforçaient d'ailleurs les dépositions des témoins, rendit un verdict de culpabilité. (Cour d'assises de l'Oise; audience du 29 mars.)

Il n'est pas sans exemple qu'on n'ait trouvé aucune trace extérieure de violence chez des sujets morts par strangulation. Il suffit quelquefois, en effet, d'une pression modérée exercée sur le cou pour intercepter l'entrée de l'air dans les poumons. Les observations rapportées par Fleischmann et les expériences qu'il a faites sur lui-même, démontrent que, lorsque cette pression porte particulièrement entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, ou bien sur la trachée artère, l'asphyxie peut être complète en peu d'instants : ainsi que l'a dit M. Devergie, il n'est donc pas absolument nécessaire de trouver des traces de violences manifestes pour prononcer qu'il y a eu strangulation.

ASSASSINAT PAR STRANGULATION, MÉCONNU A UN PREMIER EXAMEN ET CONSTATÉ TRENTE-QUATRE JOURS APRÈS LA MORT, PAR L'EXISTENCE D'UNE FRACTURE DE L'OS HYOÏDE ET DU CARTILAGE THYROÏDE.

Une femme octogénaire fut trouvée gisante dans une allée de son jardin. Le corps était étendu sur le dos; les bras, régulièrement croisés sur le bas de la poitrine, présentaient quelques ecchymoses; on remarquait quelques gouttelettes de sang au pied de la haie voisine. Un médecin fut chargé de procéder à l'autopsie pour s'assurer de la cause qui avait pu produire la mort. Il reconnut l'existence d'un épanchement considérable de sérosité sanguinolente. Il lui parut évident que cette femme avait succombé à une congestion cérébrale, et la pensée d'un crime ne vint pas à son esprit. Dès lors, le corps fut inhumé. Mais des rumeurs accusatrices contre une personne à laquelle on pouvait supposer quelque intérêt à ce crime ayant circulé dans le pays, le cadavre dut être exhumé et soumis à un nouvel examen. Une difficulté grave se présentait : trente-quatre jours s'étaient écoulés depuis la première visite, et la putréfaction avait déjà produit ses ravages; il était impossible aux médecins de reconnaître les lésions extérieures qui avaient pu être produites avant la mort. Cependant ils purent constater, à la face dorsale de chaque main et au-dessus du poignet gauche, des taches noirâtres, irrégulièrement arrondies, remarquables par une putréfaction beaucoup plus avancée. Les médecins trouvèrent là des vestiges évidents de plaies contuses produites durant la vie; mais ils constatèrent des désordres d'une nature beaucoup plus grave : ils reconnurent que le corps de l'os hyoïde était complétement brisé, ainsi que les deux grandes cornes du cartilage thyroïde. Ces fractures leur parurent être le résultat évident d'une pression violente exercée sur ces parties. Appréciant la valeur de ces nouvelles observations, les autres circonstances particulières révélées par leur examen, la coïncidence des résultats fournis par l'autopsie avec ceux constatés par l'examen au moment de la mort, les médecins furent amenés à conclure qu'il y avait tout lieu d'attribuer la mort à une asphyxie par strangulation.

D'autres lésions avaient été remarquées par des témoins qui en déposèrent plus tard. Ils avaient remarqué, au moment où on avait relevé le cadavre, que les yeux étaient saillants, hors de l'orbite, et qu'il existait des places noirâtres à la gorge. Nul doute que cette femme n'eût été étranglée; c'est ce qui fut établi aux débats. (Cour d'assises des Ardennes, audience du 9 avril.)

ASSASSINAT PAR STRANGULATION; DÉTERMINATION, D'APRÈS LES SIGNES CADAVÉRIQUES, DE L'HEURE A LAQUELLE L'ASSASSINAT AVAIT DU ÊTRE CONSOMMÉ. — DES ALIMENTS PRIS QUATRE HEURES AVANT LA MORT PEUVENT-ILS LAISSER DES TRACES CAPABLES D'EN FAIRE RECONNAÎTRE LA NATURE?

Dans la matinée du 29 octobre dernier, on trouva dans une excavation profonde, dépendante d'une sablière de Reuilly, le cadavre d'une femme étendue sur le dos. Dans la nuit précédente, les voisins avaient entendu dans cette direction des cris de détresse et le bruit de la chute d'un corps. On retrouva sur le sable les traces d'une lutte violente et prolongée. Tout dénotait un crime. Un médecin, commis pour examiner le cadavre, constata des marques évidentes de strangulation et de nombreuses contusions. Il y avait des ecchymoses, des excoriations au cou, où l'on voyait des traces d'ongles. La colonne vertébrale avait été fortement ébranlée par un mouvement de traction très-violent. Sur les membres, sur les cuisses et le ventre, il y avait des traces évidentes d'une pression qui avait dû être exercée, suivant toute apparence, par les pieds ou les genoux de l'assassin. Le fait d'un assassinat par strangulation n'était pas douteux; l'accusation signalait d'ailleurs le coupable. Mais ce qu'il s'agissait de déterminer pour établir la coïncidence de l'assassinat avec les diverses circonstances accessoires relatées aux débats, c'était l'heure à laquelle on pouvait faire remonter l'instant de la mort. Le cadavre avait été relevé à sept heures et demie du matin; il avait été vu par un médecin à dix heures : il y avait alors un reste de chaleur et de la flexibilité dans les membres. L'un des assistants avait déclaré que l'odeur de sueur du cadavre l'avait péniblement impressionné. A raison de ces circonstances et de quelques autres rapportées par les témoins, M. Bayard, médecin-expert, a cru pouvoir faire remonter la mort à dix heures environ du moment où l'on déshabilla le corps, c'est-à-dire vers minuit ou une heure du matin. Cette heure coïncidait effectivement avec celle où avaient été entendues les plaintes de la victime et la chute du corps.

Une autre question fut posée au médecin-expert, question à laquelle il ne lui fut pas possible de répondre d'une manière catégorique. Il résultait des dépositions des témoins que la victime et l'accusé avaient pris ensemble un

repas dans la soirée qui avait précédé le crime. Il pouvait être utile, pour éclairer la question d'identité, de rechercher les traces de ce repas, et de savoir jusqu'à quel point ces traces avaient pu disparaître complétement au moment de la mort. Ce repas avait eu lieu à huit heures du soir; il était composé d'un rôti et d'une salade. Ce dernier aliment, comme végétal, devait avoir été digéré plus lentement et plus incomplétement que le premier; cependant il n'en fut trouvé aucune trace. Interpellé sur la valeur de cette circonstance, M. Bayard déclara qu'en rai on de l'extrême variété de la durée de la digestion suivant les individus, l'absence de toute trace d'aliments chez la victime, après plus de quatre heures, terme le plus ordinaire d'une digestion complète, ne pouvait nullement être invoquée en faveur de la défense. Les diverses circonstances révélées par les témoins ne laissaient d'ailleurs aucun doute sur le fait de l'assassinat et sur la culpabilité de l'accusé, auquel fut appliquée la peine encourue pour le crime d'homicide sans préméditation. (Cour d'assises de la Seine, aud. du 14 avril.)

II. TOXICOLOGIE.

ACCUSATION DE TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT, AU MOYEN DE L'ARSENIC INTRODUIT DANS UN PATÉ DE VIANDE; ARSENIC TROUVÉ A L'ÉTAT DE DISSOLUTION DANS LE PATÉ ET DANS LES DÉJECTIONS.—INSUFFISANCE DE PREUVES DE CULPABILITÉ; ACQUITTEMENT.

Le nommé B... comparaissait devant la cour d'assises de l'Oise, accusé de tentative d'empoisonnement sur la personne de la veuve R..., sa belle-mère, tentative qui pouvait être fondée sur des motifs d'intérêt. Le 12 octobre dernier, B... porta à sa belle-mère un vase connu dans le pays sous le nom de *couet*, rempli de viande hachée et cuite. Comme il avait l'habitude de lui faire tous les ans, à la même époque, un cadeau de cette nature, la veuve R..., sans défiance, mangea une très-petite quantité de viande qu'elle trouva très-poivrée; presque immédiatement elle éprouva un mal de tête qui fut suivi de vomissements dont le produit fut jeté dans la rue. Le lendemain, l'un des fils de la femme R... ayant mangé de la même viande fut pris lui-même de vomissements violents. La femme R... ayant offert cette viande à l'une de ses voisines, deux jeunes enfants de cette dernière en mangèrent et éprouvèrent aussi des vomissements. On sut bientôt qu'un chat de la maison, bien portant le 12 au soir, mais qui avait pu manger pendant la nuit les matières vomies, avait été trouvé mort le 13 au matin dans la cuisine.

Informée de toutes ces circonstances, l'autorité du lieu fit une enquête. Un pharmacien chargé d'analyser une portion des matières suspectes reconnut qu'elles contenaient de l'acide arsénieux. L'autopsie du chat, faite par des experts de Beauvais, démontra que cet animal avait succombé très-promptement à une violente inflammation de l'estomac; mais ces experts ayant analysé cet organe avec une très-petite quantité d'un liquide sanguinolent qu'il contenait, n'ont reconnu aucune trace de l'existence d'un poison. L'analyse d'une partie des déjections ne leur a donné que des résultats douteux; mais ils ont constaté dans la viande du couet la présence d'une grande quantité d'arsenic.

Des experts chimistes de Paris, opérant à l'aide d'instruments plus parfaits sur d'autres portions des matières déjà analysées à Beauvais, ont obtenu un résultat plus positif dans l'examen des déjections. Ils y ont reconnu, d'une manière évidente, la présence de l'arsenic; comme les premiers experts, ils ont constaté l'existence de ce poison dans la viande du couet.

Après examen du rapport des experts de Beauvais concernant l'autopsie du chat et l'analyse chimique de son estomac, ils ont déclaré que, malgré le résultat négatif de cette dernière opération, l'animal avait pu succomber par suite de l'action de l'arsenic contenu dans les matières vomies, expliquant d'ailleurs comment ce résultat négatif pouvait provenir du choix de l'organe soumis à l'examen, et du procédé suivi dans l'analyse elle-même.

Voici en quels termes M. Chevallier, l'un des experts de Paris, a rendu compte à l'audience des analyses que ses collègues et lui ont faites :

« Les matières trouvées au fond du vase, pesant 21 grammes, ont été traitées par l'eau distillée à la température de 25 degrés centigrades; le liquide a été filtré. Une petite portion de ce liquide a été introduite dans l'appareil de Marsh fonctionnant à blanc, et a donné des taches arsenicales. Le restant du liquide a été soumis à l'action d'un courant d'acide sulfhydrique et a fourni 8 centigr. de sulfate jaune d'arsenic, lesquels contenaient 4 centigr. 1/2 d'arsenic pur.

» Après le traitement par l'eau, la matière a été soumise à la carbonisation : on y a ajouté 7 grammes d'acide sulfurique concentré, chimiquement pur; on a chauffé le tout dans une capsule de porcelaine, en agitant constamment jusqu'à dessiccation complète et cessation de vapeur; le charbon obtenu sans incandescence a été broyé avec de l'eau régale, puis chauffé et desséché de nouveau jusqu'à cessation de vapeur. En cet état, il a été épuisé par trois ébullitions successives dans l'eau distillée. Les liqueurs ont été réunies, concentrées, introduites dans l'appareil de Marsh; elles ont produit des taches arsenicales qui ont recouvert trois capsules, et un anneau arsenical du poids de 11 centigr.

» Ces mêmes opérations recommencées sur les déjections ont produit, aussi bien que la viande du pâté, des taches arsenicales couvrant trois capsules. »

Interpellé sur la question de savoir si l'arsenic avait été mis avant la cuisson ou après, M. Chevallier ne dissimule pas que la solution de cette question présente de graves difficultés. La matière étant homogène, dit-il, rien ne nous indiquait que l'une des parties du pâté fût formée d'un corps plus ou moins gras que toute autre fraction; la loupe ne signalait aucune différence dans la nature de cette matière vue soit à l'extérieur, soit dans sa texture interne; je n'ai rien remarqué qui ressemblât à une combinaison d'arsenic mécaniquement fixée dans un point quelconque de la masse examinée.

D. L'arsenic mis après la cuisson dans la matière grasse qui composait le pâté aurait-il été visible à la loupe? — R. Non, la matière muqueuse, semblable à une espèce de gomme, aurait empêché de le voir.

Un second expert, questionné sur les mêmes faits, a répondu qu'il n'avait trouvé aucune parcelle d'arsenic en cristaux et qu'il était certain que l'arsenic avait été dissous. Dans son opinion, il n'avait pu être introduit mécaniquement dans la viande.

Il ressortait clairement du rapport des experts que le pâté de viande envoyé par B... à sa belle-mère contenait de l'arsenic en dissolution; mais rien n'ayant établi dans les débats que l'arsenic y eût été introduit par une main criminelle, B... fut acquitté. (Cour d'assises de l'Oise, audience du 16 mars.)

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC; ARSENIC TROUVÉ DANS LES VISCÈRES DE LA VICTIME. — DISCUSSION MÉDICO-LÉGALE : 1° SUR L'USAGE DE L'ACIDE SULFURIQUE DANS LES EXPERTISES CHIMIQUES; 2° SUR L'EXISTENCE DE L'ARSENIC NORMAL DANS LE CORPS DE L'HOMME; 3° SUR L'ARSENIC DES TERRAINS DE CIMETIÈRE.

Deux accusés, la femme S. V., veuve M., et L.-B. H., comparaissaient devant la cour d'assises du Nord, la femme M. pour s'être rendue coupable d'empoisonnement sur la personne de son mari, et H. comme complice. Les faits de l'expertise et les incidents qu'elle a soulevés dans les débats sont trop importants pour que nous ne devions les reproduire avec quelques détails. Rappelons d'abord en peu de mots les circonstances principales du crime qui ressortent de l'acte d'accusation.

Xavier M. et Sophie V., sa femme, tenaient un cabaret à Esquelbecque. M. avait de justes sujets de plaintes contre sa femme, qui vivait de la manière la plus dissolue. Déjà une première fois la femme M. avait attenté à la vie de son mari; mais cette première tentative avait manqué son effet, et M. avait pardonné et s'était borné à chasser de chez lui l'amant qui avait été l'instigateur probable de cette tentative. Mais bientôt un nouveau pensionnaire du cabaret, l'accusé H., vint jeter de nouveau le désordre dans le ménage, et manifesta dans maintes circonstances envers M. des sentiments haineux qui ne tardèrent pas à se traduire par des actes. Il est effectivement établi par l'acte d'accusation que H. avait cherché, mais en vain, à se procurer de l'arsenic chez un pharmacien; mais ce que H. n'avait pu obtenir, la femme M. l'obtint elle-même en prétextant la nécessité de détruire les rats qui infestaient sa maison. Une voisine fut effectivement chargée d'apporter de l'arsenic à la femme M. Quelques jours après M. tombait malade : des douleurs vives au côté, au ventre, à la poitrine, des vomissements presque continuels au début, caractérisaient sa maladie. Il ne tarda pas à y succomber. L'attention de la justice ayant été appelée par la rumeur publique sur les causes de la mort de M., l'autopsie fut ordonnée, et les principaux organes furent envoyés à Paris pour être soumis à l'examen des chimistes. L'analyse chimique démontra que la mort était due à une certaine quantité d'arsenic administrée à l'époque de l'invasion de la maladie, dont les symptômes étaient d'ailleurs ceux d'un empoisonnement pratiqué par cette substance. Voici en quels termes déposa à l'audience M. Jules Barse, l'un des experts désignés de Paris :

« Il a été demandé aux experts : 1° quelle était la composition d'un liquide saisi au domicile de la victime, et que le médecin prétendait avoir composé lui-même de sirop tartareux et d'eau de citerne; 2° si ce liquide contenait des substances de nature à occasionner la mort ou à nuire à la santé; 3° si ces organes avaient conservé des traces de l'action de cette substance; 4° si le poison trouvé pourrait exister dans le corps de l'homme en dehors des cas d'empoisonnement; 5° si cet agent toxique possède dans toutes ses combinaisons des propriétés vénéneuses; 6° enfin quels sont les symptômes de l'empoisonnement, quelles sont les lésions de tissus que produit le plus ordinairement la substance obtenue par l'analyse.

» Les experts avaient, pour s'éclairer dans leurs opérations, le rapport d'autopsie, le rapport du médecin qui avait vu le malade, un extrait des principales déclarations en ce qui concernait la maladie, et le procès-verbal de descente de lieu des magistrats.

» L'analyse a démontré que le liquide saisi au domicile de la victime était une dissolution de bicarbonate de soude, et qu'il ne contenait aucune trace de substance vénéneuse de nature quelconque.

» Les organes extraits du cadavre de M. se composaient du tube intestinal tout entier, du foie, du cœur, de la rate et des poumons. Chacun de ces organes a été soumis en particulier à un système d'analyse comprenant la recherche de toutes les substances qu'il est possible de découvrir par la chimie; pour l'arsenic spécialement, les experts ont cherché à obtenir du poison au moyen de l'ébullition dans l'eau distillée simple, puis au moyen de la carbonisation des tissus par l'acide sulfurique pur. Voici quels ont été les résultats des opérations.

» Le liquide dans lequel avaient séjourné les organes ne contenait aucune trace d'arsenic ou de toute autre substance vénéneuse.

» L'estomac a fourni de l'arsenic : 1° par l'ébullition dans l'eau rendue légèrement alcaline; 2° par la carbonisation de son tissu après cette ébullition préalable.

» Le foie a fourni de l'arsenic : 1° par l'ébullition du quart de sa masse dans l'eau distillée simple ; 2° des quantités plus grandes encore par la carbonisation de son tissu après ce premier traitement.

» L'intestin a fourni de l'arsenic par la carbonisation de son tissu.

» Enfin les résidus solubles et charbonneux desquels nous avions extrait de l'arsenic, au moyen des opérations qui précèdent, ont été réduits en cendres par l'action d'un feu violent et soutenu; nous avons extrait de ces cendres une petite quantité de cuivre.

» L'examen attentif de ces résultats fait naître tout d'abord un raisonnement dont la conséquence est importante. Nous venons de voir que dans le liquide qui baignait les organes dans le pot de grès, liquide à la faveur duquel le contact des surfaces entre les matières contenues et les parois du vase s'était établi pendant toute la durée du séjour et d'une manière intime; nous venons de voir que dans ce liquide il n'y avait pas de trace d'arsenic, pas de trace d'un métal suspect quelconque, pas de trace même de plomb. Donc les métaux que l'analyse des matières solides a fait découvrir appartenaient en propre à la nature de ces matières : foie, intestin, estomac, etc.; donc le contact immédiat de la feuille de plomb n'avait eu aucune influence sur ces matières; donc il faut assigner à ces métaux une origine tout autre. Voici celle que leur assigne l'examen des faits.

« M. est tombé malade du 10 au 15 août; il est mort le 19. Pendant sa maladie, il a éprouvé des vomissements, des coliques; il avait l'épigastre et tout le tube digestif douloureux et enflammé. Nous avons trouvé de l'arsenic dans l'estomac, dans le foie. Ce concours de circonstances démontre que M. a été, entre le 10 et le 19 août, sous l'influence délétère de l'arsenic. Ce poison, partant de l'estomac, a parcouru toute l'étendue du tube digestif; il a passé dans la circulation, il est parvenu au foie. L'homme était vivant quand le travail de l'agent délétère a commencé; l'homme était mort sous l'influence de l'absorption générale, avant la consommation complète de la provision de poison ingérée. La quantité retrouvée dans l'estomac par l'analyse représente l'arsenic prêt à exercer ses ravages, en cas d'insuffisance de la quantité déjà lancée dans l'organisation. La dose retrouvée dans le foie représente l'arsenic qui, après avoir fourni sa carrière, était prêt à subir l'expulsion par suite des efforts constants de la nature.

» Si maintenant nous répondons aux questions posées par la commission rogatoire, nous dirons : Non, la liqueur présentée comme une limonade préparée par le médecin ne pouvait occasionner aucun accident, car elle ne contenait aucune substance active.

» Oui, les organes extraits du cadavre de M. contiennent des substances qui sont de nature à occasionner la mort.

» Non, le corps de l'homme à l'état normal ne renferme pas de composé arsenical. Des causes exceptionnelles seules peuvent rendre compte de la présence de ce métal chez un individu : profession spéciale, traitement médical ou empirique, intoxication lente ou aiguë, voilà quelles sont ces causes. A cette réponse je dois ajouter quelques observations concernant la quantité de cuivre extraite des cendres des viscères de M. Nous considérons ce cuivre comme étant d'origine complétement étrangère à une intoxication, et son influence sur la vie de M. comme nulle.

» La dernière question posée, à laquelle je crois devoir répondre, est celle-ci : L'agent toxique découvert possède-t-il, dans toutes ses combinaisons, des propriétés vénéneuses ? Dans l'espèce, l'agent toxique est l'arsenic; il me suffira de dire que toutes les fois que ce métal fait partie d'une combinaison absorbable, c'est-à-dire pouvant se répandre dans le torrent de la circulation, il est nécessairement capable d'occasionner la mort. Or l'arsenic, parti de l'estomac, est parvenu au foie. Ce fait démontre qu'il existait dans les conditions qui en font un agent destructeur énergique. »

Ce rapport si net, si précis, et qui semblait ne laisser rien à désirer pour l'exactitude des conclusions, souleva cependant un assez vif débat, dont le résultat a été de faire ressortir d'une manière plus rigoureuse les faits qui pouvaient laisser encore quelques doutes et quelque indécision dans l'esprit du jury.

Le défenseur du principal accusé déclara, sitôt après la déposition verbale de l'expert, qu'il attaquerait la validité des opérations chimiques, et voici les points principaux dans lesquels se résume cette attaque : 1° il existe une contradiction dans le rapport écrit des experts de Paris, où il est dit que l'application de l'hydrogène sulfuré n'a pas donné de réaction arsenicale, tandis que l'appareil de Marsh en a fourni des quantités considérables. Or, si ces quantités étaient si considérables, comment se fait-il que l'hydrogène sulfuré n'ait produit aucune découverte, même après trois jours de contact ? 2° L'arsenic trouvé ne vient-il pas de l'acide sulfurique employé dans les opérations ? Le défenseur s'appuie à cet égard sur un passage de la MÉDECINE LÉGALE de M. Devergie, où il est dit qu'il est presque impossible de débarrasser cet acide de l'arsenic qu'il renferme, et qu'il faut par conséquent le bannir dans le procédé de Marsh. 3° Il existe de l'arsenic normal dans le corps humain. 4° Les terres des cimetières sont arsenicales, et peuvent transmettre l'arsenic au cadavre qu'on vient d'inhumer.

Afin de n'altérer en rien la force des arguments de M. Barse, nous citons textuellement ses réponses aux objections de la défense.

Sur la première question : « Il peut exister de l'arsenic dans un liquide, dit M. Barse, sans que l'hydrogène sulfuré en décèle la présence, parce que la matière animale, quand on ne l'a pas détruite par la carbonisation, empêche la formation du sulfure d'arsenic. Si nous avons fait cette opération qu'indique M. le défenseur, c'était pour savoir si la dose de poison ne serait pas énorme. »

Deuxième question : « Les réactifs qui nous ont servi dans l'affaire M... sont les mêmes qui, dans un très-grand nombre d'expertises, nous ont permis de donner des conclusions négatives, et de plus nous commençons nos opérations par des expériences à blanc, pour être certain de la nature de chacun d'eux. Ces précautions ont été prises dans ce cas comme toujours.

» On a dit que M. Devergie proscrivait l'emploi de l'acide sulfurique : cet auteur, comme tous ceux qui depuis 1839 ont écrit sur la matière, a dit qu'il fallait éviter l'emploi d'acide sulfurique arsenical. Il est vrai qu'il allait plus loin, et proposait de substituer à cet agent l'acide chlorhydrique ; mais M. Dupasquier ayant annoncé que ce dernier était aussi dangereux que l'autre, tous les chimistes s'appliquèrent à purifier leurs acides alors comme avant, et depuis cette époque l'Académie des sciences a démontré qu'il était facile de procéder d'une manière exacte au moyen de l'appareil de Marsh. D'un autre côté, M. Devergie lui-même, ajoute M. Barse, n'est pas resté en dehors de l'assentiment donné aux travaux de l'Académie. Il a rédigé dans le cours de ces dernières années, et tout récemment encore avec moi, des rapports de médecine légale, dans lesquels nous mentionnons l'emploi de l'acide sulfurique. »

Quant à l'arsenic normal, M. Barse, rappelant les circonstances qui, à l'époque du procès Lafarge, avaient pu faire croire un instant à son existence, établit, par l'historique des faits et des expériences multipliées qui furent instituées pour résoudre la question, que cette question est aujourd'hui définitivement jugée dans le sens de la négative.

Enfin, abordant la question des terres arsenicales, M. Barse repousse l'objection comme oiseuse dans l'espèce. En effet, M... est enterré le 23 et exhumé le lendemain. La bière, le linceul, le cadavre sont intacts; les systèmes cutané et musculeux servent d'enveloppe impénétrable au foie, aux viscères, sur lesquels on doit opérer; le liquide échappé des organes et recueilli pour être analysé ne contenait pas d'arsenic : comment supposer alors des relations d'origine entre le métal obtenu et celui qui peut exister dans le cimetière où M... a été inhumé ? (Cour d'assises du Nord, audiences des 24 et 25 avril.)

III. HYGIÈNE PUBLIQUE.

APPLICATION DE LA LAMPE DE DAVY AUX USAGES INDUSTRIELS.

M. Boussingault vient de présenter au conseil de salubrité une lampe de Davy modifiée avec laquelle il a fait diverses expériences dont les résultats seraient d'une grande importance pour l'hygiène de certaines professions.

L'échantillon dont M. Boussingault fait usage porte 144 mailles par centimètre carré de la toile métallique. Or, non-seulement de pareilles lampes préviennent toute explosion quand elles sont portées dans des mines contenant du grisou, dans de l'air mêlé d'hydrogène, mais elles préservent de l'inflammation des liquides volatils et des spiritueux, à quelque état que cette lampe, éclairée, les rencontre. Ainsi à la lampe de Davy ne prennent feu ni les vapeurs de naphte, ni le pétrole, ni les alcools, ni même l'éther sulfurique, ce fluide si expansible et si inflammable.

Grâce à cette lampe, on peut donc non-seulement conjurer des explosions dans les mines, de même que dans les appartements où des tuyaux mal fermés laisseraient transpirer de l'hydrogène, mais on peut également prévenir des incendies, comme celui de Bordeaux. C'est aujourd'hui une nécessité constatée de ne se servir que de la lampe de Davy là où l'on transvase de grandes quantités de liqueurs alcooliques quelconques, de l'esprit-de-vin, de l'eau-de-vie ou de l'éther. Même en versant de l'éther sur ces lampes, la liqueur ne s'enflamme jamais.

Cependant quelque grande que soit la sécurité que doit inspirer la lampe de Davy ainsi modifiée dans les mines sujettes au grisou, cette sécurité n'est cependant pas absolue. Un air trop agité, un courant de gaz hydrogène animé d'une certaine vitesse, comme cela arrive dans ce qu'on appelle un *soufflard*, et vraisemblablement d'autres causes encore indéterminées, peuvent anéantir momentanément l'efficacité de l'enveloppe protectrice et faire naître des accidents imprévus.

Pour arriver aux mêmes résultats et procurer la même sécurité, soit dans les usines, soit dans les caves, M. Boussingault voudrait qu'on trouvât un moyen économique qui permît de substituer la lumière électrique à la lumière dont l'oxygène est l'aliment.

M. Boussingault a tenté quelques expériences dans cette voie nouvelle ;

il a fait usage, à cet effet, de la pile de Münch. Le courant de cette pile établi en deux pointes de charbon placées, soit dans le vide, soit sous l'eau, a produit un jet de lumière qui a pu être porté impunément dans une atmosphère détonante. M. Delarive (de Genève) est parvenu de son côté à la découverte d'un procédé qui promet des résultats aussi utiles. Enfin, tous récemment M. Grove vient de mettre la même idée à exécution. Il est parvenu, en utilisant la lumière émise par un fil de platine roulé en spirale et traversé par un courant voltaïque, à obtenir une lumière vive, d'un effet constant et à rendre l'appareil portatif, ce qui paraissait constituer jusque-là la plus grande difficulté.

Ce résultat n'est pas seulement intéressant au point de vue physique et industriel ; on en comprendra toute l'importance au point de vue de l'humanité et de l'hygiène professionnelle en rappelant que, d'après des calculs statistiques, *il périt, en Europe, un homme chaque jour par le feu grisou*, sans compter les nombreux accidents qui arrivent journellement dans les caves, les fosses, les officines et laboratoires chimiques.

INCONVÉNIENTS DES VASES EN CUIVRE ÉTAMÉ POUR LA CONSERVATION DES EAUX DISTILLÉES DU COMMERCE.—OBLIGATION DE LEUR SUBSTITUER DES VASES EN FER BATTU.

On a pu voir, dans le compte rendu de l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, que, sur le rapport de M. Guibourt, cette compagnie a décidé qu'elle appellerait officieusement l'attention du ministre du commerce sur les inconvénients qui résultent pour la santé publique de l'usage des vases en cuivre étamé, désignés sous le nom d'estagnons, dans la fabrication et la conservation des eaux distillées du commerce, et en particulier de l'eau de fleur d'oranger. Un jugement a été rendu récemment par le tribunal de commerce de Grasse, portant condamnation contre le sieur M..., chaudronnier, pour avoir livré des estagnons en cuivre garantis étamés à l'étain pur, tandis qu'il résultait du rapport d'experts chimistes que l'étamage de ces estagnons n'était fait qu'avec un alliage de plomb et d'étain, et que leur intérieur présentait un grand nombre de points mal étamés et d'autres non étamés du tout, et qui étaient déjà recouverts d'oxyde de cuivre. Ces recherches sur les estagnons fournis par le sieur M... avaient été motivées sur ce que les eaux distillées de fleur d'oranger fournies à des épiciers de Paris avaient été reconnues, par les professeurs de l'École de pharmacie de Paris, comme étant altérées par des sels de plomb et de cuivre.

Par suite de ces faits, le ministre du commerce, après avoir pris l'avis de l'École de pharmacie, vient de faire connaître aux fabricants de Grasse, que cette décision concerne plus particulièrement, que l'École a conclu à l'abolition du vase en cuivre, pour être remplacé par l'estagnon en fer battu, et invite les autorités locales à veiller à ce que ce vase soit à l'avenir substitué au premier.

IV. POLICE MÉDICALE.

DÉBIT DE MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE DE MÉDECIN; HOMICIDE PAR IMPRUDENCE; CONDAMNATION.

Un sieur M..., âgé de 61 ans, demeurant à Montrouge, fut pris, vers la fin du mois de décembre dernier, d'une indisposition accompagnée d'assez vives douleurs. Il envoya sa femme chez le sieur B..., pharmacien de cette commune, pour lui demander des médicaments qui pussent le soulager. Celui-ci se fit expliquer ce qu'éprouvait le malade, et il remit à la femme M... des pilules, du sirop, de la centaurée, des petits paquets contenant une poudre blanche et quelques paquets de chiendent. Le sieur M... fit de ces médicaments l'usage que le pharmacien avait prescrit; mais loin de s'améliorer, son état empira. Il pensa alors à faire venir un médecin; mais il était trop tard : le malade ne tarda pas à expirer dans les plus vives douleurs. Une autopsie fut ordonnée, et il en résulta la preuve que la mort avait été produite par une inflammation des intestins. On analysa les remèdes dont il avait été fait usage, et on reconnut qu'ils se composaient de sulfate de quinine, de calomel et de nitrate de potasse; le sirop était du sirop de pointes d'asperges.

Tous ces remèdes, à l'exception du chiendent et du sirop, étaient contraires, dirent les experts, à la maladie de M...; leur action énergique avait dû développer toute sa force et la rendre mortelle. En conséquence de ces faits, le sieur B... fut traduit devant la police correctionnelle, sous la double prévention d'homicide par imprudence et de débit de médicaments sans ordonnance d'un médecin.

M. le docteur Charpentier, chargé par M. le juge d'instruction de procéder à l'autopsie du sieur M..., déclare que le malade a succombé à une inflammation du tube intestinal. Interpellé pour dire si, dans son opinion, les remèdes prescrits par le sieur B... ont été la cause de la mort, M. Charpentier déclare qu'il ne peut rien affirmer à ce sujet, mais qu'il est certain pour lui que ces remèdes étaient contraires à la maladie.

M. le docteur Laroque, qui a procédé à l'autopsie, conjointement avec M. Charpentier, fait une déposition identique.

L'avocat du roi, qui soutient la prévention, fait connaître au tribunal que le sieur B... a déjà eu à s'expliquer devant la justice d'un fait d'exercice illégal de la médecine.

Voici le jugement qui a été rendu :

Le tribunal, en ce qui touche le débit de remèdes sans ordonnance du médecin :

Attendu que l'interdiction prononcée par la loi de germinal an XI n'est sanctionnée par aucune disposition pénale, renvoie B... de ce chef de la plainte.

En ce qui touche l'homicide par imprudence :

Attendu que B... a prescrit un traitement qui, d'après la conviction judiciaire du tribunal, a amené la mort du sieur M...;

Condamne le sieur B..., reconnu coupable d'avoir exercé la médecine sans autorisation, pour cette contravention, à 15 fr. d'amende, et pour le délit à 100 fr. d'amende; le condamne à 500 fr. de dommages-intérêts.

BIBLIOGRAPHIE.

RÈGNE ÉPIDÉMIQUE DE 1842, 1843, 1844 ET 1845; par M. E. COLAS, de Sourdun. — Paris, 1845; chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

Les grandes épidémies ne sauraient rester longtemps méconnues; elles frappent le plus souvent l'attention des observateurs dès le début de leur invasion. Le nombre considérable de malades, l'accroissement rapide de la mortalité, l'uniformité de certains phénomènes prédominants plus ou moins insolites, les modifications imprimées à la marche et à l'issue des maladies habituelles, l'insuffisance des moyens thérapeutiques ordinaires, ne tardent pas à en accuser l'existence. Il n'en est pas de même des petites épidémies. Nées sourdement sous l'influence de causes inconnues dont l'action ne se fait ressentir que d'une manière lente et graduelle, celles-ci ne se révèlent souvent qu'à la longue, et seulement à une observation attentive et soutenue : c'est qu'elles se distinguent moins par des caractères pathologiques bien tranchés que par une sorte de physionomie commune, que revêtent momentanément les cas morbides en apparence les plus dissemblables. Effectivement les maladies, qui se manifestent pendant la durée d'une de ces périodes épidémiques, ne diffèrent pas d'une manière notable, quant à leurs formes symptomatiques au moins et à leur localisation, des maladies habituelles; ce sont à peu près, et dans les mêmes proportions souvent, les mêmes formes morbides qu'on rencontre dans les temps ordinaires. Ce qui les différencie des maladies correspondantes d'une autre époque porte beaucoup plus sur le fond que sur la forme, sur le mode, le degré, la marche et l'issue de l'affection, que sur les symptômes et les localisations : ce sont les signes particuliers de la période prodromique; c'est le type ou la forme sous laquelle se manifestent les réactions fébriles; c'est la prédominance relative de l'élément nerveux sur l'élément phlegmasique, ou réciproquement, ce sont les complications qui entravent la marche habituelle des maladies, et qui leur impriment une irrégularité insolite; ce sont les transformations qui s'opèrent pendant leur cours; ce sont des solutions inattendues et qui déroutent le pronostic; c'est enfin l'insuccès des méthodes de traitement qui, en d'autres temps, semblaient avoir le privilége exclusif de faire justice de ces mêmes maladies. Il est important pour la pratique, mais souvent difficile, de discerner, au milieu des nombreuses variétés de formes et d'accidents morbides qui s'offrent chaque jour à nos regards, les caractères distinctifs d'une constitution épidémique spéciale, et d'assigner à ces caractères leur véritable valeur pratique. Cette difficulté pourrait bien expliquer peut-être jusqu'à un certain point le peu d'empressement de la plupart des praticiens à constater l'existence des constitutions médicales, et à faire connaître le résultat de leurs observations. Mais il y a à cette sorte d'indifférence pour une étude à laquelle nos devanciers attachaient un si grand prix une autre cause plus immédiate, et qui a dû avoir une influence plus générale : on comprend que nous voulons parler de la direction même des études médicales. L'étude exclusive de l'élément anatomique et des signes purement objectifs des maladies, peu conciliable avec cette observation plus générale qui s'appuie à la fois sur le nombre, sur le temps et sur l'espace, a dû nécessairement faire perdre de vue par la plus grande partie des médecins de notre époque les principes éminemment pratiques que Sydenham et son école avaient si bien su déduire de l'observation des constitutions médicales. Il n'y a pas eu toutefois solution complète entre ces deux époques; la GAZETTE MÉDICALE peut à juste titre revendiquer l'honneur d'avoir contribué, par ses incessants efforts, à maintenir jusqu'à ce jour, dans toute leur vérité, les principes de cette grande école. Ceci nest peut-être pas inutile à rappeler au moment où il semble se manifester dans la tendance générale des esprits un retour vers l'étude et l'application intelligente des anciennes doctrines. Nous signalions récemment cette tendance à l'occasion de plusieurs relations d'épidémies dont les auteurs nous paraissaient pénétrés de cet esprit. Voici venir un ouvrage de plus longue haleine, dont le titre seul indique une application sur une large

échelle des principes dont il s'agit. Voyons si le livre de M. Colas renferme ce que promet le titre.

Disons d'abord dans quelles circonstances s'est trouvé placé l'auteur pour observer les maladies régnantes pendant le cours de cette période épidémique. Pratiquant aux portes de Paris, à Montrouge, dans une circonscription assez étendue, chargé de plusieurs établissements publics, tant maisons de travail que pensions de garçons et de filles, et du service médical des troupes casernées alors à Montrouge, il a eu l'avantage non-seulement d'observer un grand nombre de malades, mais de les observer dans des conditions étiologiques analogues et de pouvoir, dans un grand nombre de cas, remonter à la recherche des antécédents.

Un rapprochement journalier des faits a suffi à M. Colas, dès le début de sa pratique, pour lui faire distinguer le caractère rémittent dans les maladies les plus légères aussi clairement qu'il l'avait observé d'abord dans les plus graves. Les deux types rémittent et intermittent avaient une telle propension à se confondre, qu'il était quelquefois difficile de les distinguer l'un de l'autre, et qu'il arrivait souvent qu'ils se transformaient l'un dans l'autre à plusieurs reprises pendant le cours d'une seule maladie.

Un tel changement opéré dans le caractère des maladies observées à Paris et dans ses environs, dit M. Colas, servit, en raison de ce qu'il avait de véritablement insolite, à expliquer pourquoi, depuis un certain temps, les maladies avaient paru beaucoup plus réfractaires au traitement par les émissions sanguines que dans les années précédentes; cette circonstance l'autorisa à chercher des moyens efficaces pour suppléer à ceux qui semblaient l'abandonner. Il lui parut naturel alors de compléter la série des moyens curatifs propres à remplir les indications des maladies nouvelles par des emprunts faits aux praticiens des deux derniers siècles qui s'étaient trouvés en présence d'affections de forme rémittente, et il le fit avec succès. Mais non content de ce résultat empirique, M. Colas s'est efforcé de chercher à en comprendre l'action, et il s'est livré sur ce sujet à des considérations de pathologie générale qui impriment à son livre un certain caractère dogmatique. Nous négligerons un instant les idées systématiques de l'auteur pour nous occuper uniquement de la partie descriptive.

Les caractères généraux de l'épidémie se sont manifestés par l'existence de névroses plus nombreuses que dans les temps ordinaires, relativement aux phlegmasies et aux fièvres; par la prédominance des symptômes appartenant à la névrose dans le cours des fièvres, sur les symptômes qui dépendent de l'altération du tissu des organes malades ou des fluides qui les pénètrent; la longueur des prodromes et de la convalescence dans les fièvres graves et les phlegmasies; la fréquence des rechutes; la disposition des phlegmasies locales à provoquer les névroses générales graves, quand les phlegmasies ont précédé les névroses par le fait d'une lésion de cause externe; la fréquence inusitée, la presque permanence du type intermittent, remplacé dans les occasions les plus graves par le type rémittent et presque jamais par le type continu; enfin l'action peu décisive, faible, nulle, fâcheuse et souvent fatale de la médication antiphlogistique dans les maladies du règne, surtout quand elles sont graves, quand les émissions sanguines ne sont pas secondées par d'autres moyens actifs d'un effet différent, et qu'en employant les saignées seules on les emploie avec persévérance.

En rangeant sous les trois chefs principaux de *névroses*, de *phlegmasies* et *de fièvres* toutes les maladies observées pendant le règne épidémique, voici quels sont les caractères communs les plus généraux que l'auteur assigne à chacune de ces formes :

Les névroses du règne épidémique étaient susceptibles d'une très-longue durée lorsqu'on ne les combattait pas ou que des causes occasionnelles d'une intensité suffisante ne venaient pas en opérer la transformation. M. Colas a vu des exemples de la possibilité de leur persistance pendant plus de trois années. Ces affections ont eu le plus souvent, tant quelles sont restées à l'état de névrose, la forme intermittente, et le reste du temps la forme rémittente; dans quelques cas elles se transformaient en affections plus graves. Il a été observé des névroses presque générales, comme dans les cas les plus graves de fièvre pernicieuse; celles d'une moitié du système nerveux, comme dans les convulsions des enfants, le tétanos chez les adultes, et certaines affections sujettes à causer la paralysie, surtout chez les vieillards, sans qu'il y ait de phlegmasie cérébrale. Il y a eu des névroses des grands appareils organiques, des différentes parties constituantes d'un simple organe et de certaines régions bien circonscrites, quoique se composant à la fois de plusieurs éléments du même organe : telles étaient des névroses des appareils digestif ou respiratoire en entier, des névroses stomacales, bronchiques, des névroses de la membrane muqueuse, du rectum et du colon avec dévoiement ou hémorrhagie sans douleur, de la membrane muqueuse avec ténesme ou coliques, sans évacuation.

Les névroses ont été dangereuses pendant toute cette période, parce qu'elles pouvaient passer, lorsqu'on les négligeait et avec l'aide des accidents les plus légers, de l'état le plus inoffensif en apparence aux formes pathologiques les plus graves. L'auteur cite même des cas où elles sont devenues mortelles sans avoir pris les caractères d'une fièvre ou d'une phlegmasie, en revêtant brusquement le caractère pernicieux.

M. Colas distingue les névroses en éphémères ou persistantes, soit générales, soit locales. Énumérer les formes diverses sous lesquelles s'est montrée la maladie éphémère, ce serait reproduire le cadre presque complet de toutes les névroses possibles. Ce qu'il importe surtout de signaler relativement aux maladies éphémères c'est leur transformation, lorsqu'elles ne se terminaient pas spontanément au bout de deux ou trois jours. La maladie éphémère était susceptible pendant sa courte durée, au moment de sa terminaison et dans la convalescence, de se transformer en maladie persistante lorsque le malade continuait de mener son genre de vie habituel et qu'il ne prenait aucun soin d'éviter les causes occasionnelles. Ces transformations ne s'opéraient pas toujours en augmentant d'un seul degré l'intensité de la maladie éphémère; elles enjambaient souvent plusieurs degrés à la fois et pouvaient aller jusqu'au plus élevé d'un seul bond.

Par névrose persistante l'auteur entend : 1° toutes les affections auxquelles on donne ordinairement le nom de névrose; 2° celles dont le caractère inflammatoire est incertain; 3° celles qui étant regardées comme inflammatoires n'offrent que l'injection pour toute garantie, sans aucun des autres caractères de l'inflammation, tels qu'atrophie, ramollissement, ulcération, etc; 4° les prodromes des phlegmasies incontestables; 5° enfin les phénomenes de leur convalescence. Les névroses les plus fréquentes et les plus remarquables ont été celles des voies respiratoires (catarrhes), de la muqueuse intestinale (dévoiement ou diarrhée); la névralgie des parois thoraciques (pleurodynie), du cerveau (céphalalgie, vertiges); la névrose musculaire générale (courbature), les névroses gastro-œsophagiennes, etc. Les névroses locales les plus rares ont été celles des reins, puis celles du cœur et celles de l'utérus; celles qui se sont montrées le plus communément dans les temps froids, ou de température variable dans la saison d'été, sont les affections catarrhales du larynx, des bronches, de la trachée, du tissu pulmonaire, surtout dans la première partie de cette saison. Dans la seconde partie, on trouve plus fréquemment les affections du canal digestif depuis l'angine tonsillaire jusqu'à la dyssenterie.

La phlegmasie se trouve tellement effacée dans le tableau de l'épidémie par l'importance des deux autres formes pathologiques, elle accompagne si fréquemment les fièvres graves dont elle est quelquefois le point de départ, et elle est si intimement liée à la névrose, dont elle se fait précéder en toute occasion, que ce n'est en quelque sorte que d'une manière accessoire que l'auteur s'en occupe. La cause épidémique générale semblait n'avoir pas assez de puissance pour déterminer à elle seule la phlegmasie; résultant dans la grande majorité des cas d'une transformation de la névrose, son siége, son étendue et son intensité première étaient déterminées ordinairement par le siége et l'étendue de celle-ci. La phlegmasie aiguë se transformait quelquefois en phlegmasie chronique, en névrose et en fièvre, et la phlegmasie chronique réciproquement en phlegmasie aiguë.

Toutes les fièvres du règne épidémique ont été rangées par M. Colas au nombre des fièvres rémittentes ou intermittentes, bien que toutes n'éprouvassent pas rigoureusement l'un de ces deux types; mais les fréquentes irrégularités de celles d'entre elles qui étaient le plus certainement continues, l'efficacité presque également constante de la même méthode thérapeutique dans l'un et l'autre cas, enfin les transformations fréquentes des fièvres continues à leur début en fièvres rémittentes, pendant leur marche, semblaient autoriser suffisamment cette assimilation. Les fièvres intermittentes ont été de beaucoup les plus nombreuses. Parmi les fièvres de ce type, la forme *régulière* est celle qui s'est montrée le plus rarement; la fièvre *erratique*, au contraire, s'est montrée très-souvent, à peu près à toutes les époques des années 1842, 1843, 1844 et 1845, auxquelles le nombre des maladies était le plus considérable, mais surtout dans la seconde partie de l'hiver. C'est aussi vers le même temps qu'on observait fort souvent les névroses intermittentes. Le type le plus connu a été le type quotidien, quelquefois le type tierce, rarement le type quarte. Suivant que la fièvre intermittente diminuait ou augmentait d'intensité, elle pouvait se transformer en une névrose intermittente ou rémittente, ou bien la fièvre intermittente se transformer en rémittente, ou même, ce qui n'était pas rare, en une fièvre avec phlegmasie grave ou en une fièvre pernicieuse. Lorsque sa durée se prolongeait, elle pouvait produire des phlegmasies chroniques ou l'épuisement presque total de l'économie.

Les fièvres rémittentes ont pu être distinguées en deux sortes: celle qu'on pouvait nommer *pure*, parce qu'elle existait sans prédominance persistante d'affection, dans une partie quelconque de l'économie, et celle que l'auteur nomme *phlegmasique* ou *localisée*. Voici quelles ont été les formes les plus communes et les plus importantes de la fièvre rémittente épidémique.

La fièvre rémittente entéro-mésentérique ou typhoïde dont les caractères n'étaient en quelque sorte que l'exagération des caractères de la fièvre rémittente pure; la fièvre rémittente respiratoire, plus fréquente à certaines époques de ces trois dernières années, quand régnait la grippe; la fièvre rémittente digestive qui s'est montrée plus spécialement en certains temps

de transition, entre l'hiver et l'été. Les fièvres avec prédominance dans l'estomac et l'intestin grêle ont été rares en comparaison de celles où la prédominance existait du côté des gros intestins. Celle-ci s'est manifestée sous toutes les formes possibles, sans entraîner ordinairement les altérations phlegmasiques auxquelles on pouvait s'attendre.

La fièvre rémittente avec angine tonsillaire et pharyngienne parut à certaines époques avec plus de fréquence, surtout dans les établissements publics, sans qu'on ait pu rien distinguer dans les influences atmosphériques ou les saisons qui fût une cause constante de ces sortes d'épidémies intercalaires, quelquefois générales, quelquefois bornées à une seule famille.

La fièvre rémittente avec prédominance dans l'utérus a été fort rare; elle n'a eu lieu qu'à la suite de couches et chez des femmes près de l'âge critique; elle avait tous les caractères de ce qu'on nomme la péritonite puerpérale.

La fièvre rémittente musculaire locale a été très-fréquente ainsi que le rhumatisme articulaire, particulièrement à l'état chronique. La fièvre musculaire générale n'a été observée qu'une fois sous la forme tétanique. Il y a eu en outre des prédominances d'altération, dans les différents organes des sens externes, dignes d'attention par leur singularité.

Les prédominances d'affection de la peau, dans la fièvre rémittente, n'ont pas été plus fréquentes, relativement, que dans les temps ordinaires. La rougeole et la scarlatine ont été fort dangereuses et fréquemment compliquées de symptômes nerveux graves et insidieux; la première se compliquant d'altérations intenses des voies respiratoires; la seconde marchant avec l'angine tonsillaire, laquelle devenait presque toujours diphthéritique.

La fièvre rémittente encéphalique a conservé les mêmes caractères généraux que les autres fièvres rémittentes.

Tels sont, en résumé, les traits caractéristiques principaux de la constitution médicale dominante depuis plusieurs années. A quelles influences générales en peut-on attribuer le développement?

La cause générale de l'épidémie de 1842, comme celle de tous les règnes épidémiques, échappe à tout moyen d'investigation. Il est impossible, en présence des caractères communs que présentent toutes les maladies dans une étendue et une durée de temps données, de méconnaître l'influence d'une cause quelconque aussi durable et aussi étendue que les caractères épidémiques; mais la nature même de cette cause reste inconnue, car l'attribuer, comme le veut l'auteur, à une influence *tellurique* particulière dont on ne peut déterminer ni la nature, ni les caractères, ni le mode d'action, c'est faire implicitement un aveu d'ignorance. Tout ce qu'il est permis de dire et ce que l'auteur a amplement démontré, c'est qu'on ne saurait invoquer comme causes suffisantes de l'épidémie les influences météorologiques appréciables qui, à raison de l'extrême variété qu'elles ont présentée pendant le cours de ces trois dernières années, n'offrent aucune relation possible avec la constance des caractères épidémiques. Il n'est pas plus possible de faire intervenir les circonstances topographiques, qui étaient évidemment les mêmes avant que pendant le règne épidémique; circonstances qui d'ailleurs cesseraient d'être en rapport avec l'étendue de l'épidémie. Quant aux causes particulières, tant externes qu'internes, elles n'ont joué ici, comme dans toutes les épidémies, que le rôle de causes occasionnelles; elles n'ont en quelque sorte fait que mettre en jeu la prédisposition constitutive de la cause épidémique générale; leur action a dû se borner le plus souvent, dans cette circonstance, à déterminer le siége, l'étendue et l'intensité de l'affection dont la forme, à peu près identique chez tous les individus affectés dans le même temps, semblait être immédiatement sous la dépendance de la cause prédisposante épidémique.

L'une des principales conséquences pratiques du caractère général qu'a offert la constitution épidémique pendant toute cette période, c'est l'inopportunité des saignées et en général de la méthode antiphlogistique; aussi M. Colas l'a-t-il proscrite de sa pratique. L'effet de la saignée a été en général, suivant lui, de faire passer les maladies à des états et à des formes de plus en plus graves, de transformer la maladie éphémère en névrose, celle-ci en phlegmasie, etc. Il a vu des névroses, susceptibles d'une guérison facile par des moyens appropriés, se prolonger pendant plusieurs années et se perpétuer sous l'influence de la méthode antiphlogistique. Dans les phlegmasies même, la saignée était rarement convenable, et lorsqu'on en abusait, elle déterminait des névroses générales que l'auteur a vu devenir promptement mortelles dans quelques cas. Lorsque la maladie était à la fois intense et fort étendue, la saignée n'avait pas besoin d'être excessive pour produire de tels effets; il suffisait de quelques sangsues pour les déterminer, même chez les sujets les plus robustes. Il a remarqué que les terminaisons fâcheuses de la phlegmasie, après l'emploi de ce moyen, étaient toujours d'autant plus dangereuses que la maladie était plus intense et plus étendue.

Le traitement que M. Colas a cru devoir instituer pour toute la durée du règne épidémique repose sur trois indications principales, et qu'il considère comme communes à la grande généralité des affections de cette constitution, savoir: l'état aigu, le caractère neurique des maladies et leur marche rémittente ou intermittente, conséquence naturelle de la névrose. Ces trois indications sont remplies par ce que l'auteur appelle la méthode périodique qui consiste à employer l'atténuation indiquée par l'état aigu, qu'il rend générale ou locale, ou générale et locale à la fois, suivant que la névrose est elle-même générale ou locale, périodique dans les formes rémittentes, et enfin à recourir aux excitants du système nerveux et particulièrement des nerfs malades pendant l'intermission.

Tels sont les principaux caractères qui, d'après M. Colas, peuvent donner une idée générale de la constitution épidémique de ces dernières années. L'auteur ne s'est pas borné, ainsi que nous l'avons dit en commençant, au rôle d'observateur et d'historien; il a voulu aussi dogmatiser et déduire de ses observations des principes qui pussent s'appliquer aux maladies de tous les temps. Ces principes, qui lui ont aussi servi de *criterium* dans l'appréciation et le classement des faits nombreux qu'il a observés, voici en quoi ils se résument. Toute la physiologie pathologique repose sur la distinction des *actions fonctionnelles* et *des actions nutritives*. Toutes les altérations locales capables de se traduire par des manifestations pathologiques peuvent être distribuées en deux classes: celles qui troublent les fonctions d'un organe sans affecter la composition de son tissu propre (*névroses*) et celles qui troublent les fonctions et attaquent en même temps la constitution du tissu (*phlegmasies*). Mais la névrose joue, dans l'opinion de l'auteur, un rôle infiniment plus important que la phlegmasie, dans le règne épidémique actuel et même dans la généralité des cas. Non-seulement elle est l'accident pathologique le plus commun et de beaucoup plus fréquent que la phlegmasie, mais elle occupe encore à elle seule la plus grande partie de la durée des maladies phlegmasiques elles-mêmes, les précédant constamment, les accompagnant dans leur cours et reparaissant quelquefois encore après leur cessation, pour faire place au cortége des phénomènes de la convalescence.

Abstraction faite des essais de systématisation que l'auteur a étayés sur cette donnée, et en dégageant le fait de toutes les formules qui l'embarrassent plus qu'ils ne l'éclairent, on ne peut en méconnaître ni la vérité ni l'importance. La névrose joue effectivement, dans le tableau pathologique de notre époque, un rôle capital. C'est cette prédominance de plus en plus marquée de l'élément nerveux sur l'élément phlegmasique qui peut surtout expliquer la plus grande fréquence que de coutume des affections intermittentes et rémittentes, l'irrégularité qu'on remarque assez généralement dans la marche et la succession des périodes des affections aiguës, leur tendance à récidiver ou à se perpétuer sous forme chronique, les transformations fréquentes qui s'observent pendant leur cours, soit spontanément, soit sous l'influence des moyens de traitement employés, enfin les fréquents insuccès et l'abandon successif et presque général, par la plupart des praticiens, des méthodes antiphlogistiques exclusives. Mais est-ce bien là le caractère d'une constitution épidémique particulière, ou n'est-ce pas plutôt l'expression de ce qui a eu lieu dans tous les temps? Nul doute que, dans tous les temps, la névrose joue un rôle important dans toutes les maladies, que l'élément nerveux intervient toujours pour une part plus ou moins grande, au début surtout des affections et dans les prodromes mêmes des phlegmasies les plus franches et les mieux caractérisées; mais il serait difficile de prouver que, dans tous les temps, cet état pathologique se montre avec ce degré d'intensité, avec cette persistance et cette prédominance remarquables que l'on observe depuis quelques années. Nous croyons donc que c'est avec raison que M. Colas a considéré cette prédominance des affections nerveuses comme constituant le caractère fondamental de la constitution épidémique; mais trop préoccupé sans doute des déductions qu'il se proposait d'emprunter à l'étude de cet état, il a trop négligé peut-être une foule d'éléments accessoires qui, sans changer le fond de cette constitution, en ont souvent fait varier assez l'intensité et la physionomie, temporairement au moins, pour qu'ils eussent dû figurer dans une histoire complète de la constitution.

Cette critique n'est, du reste, pas la seule qu'ait encourue M. Colas. Sans parler de l'ordre et de la méthode qui manquent dans son livre, ce qui en rend parfois la lecture un peu difficile, plus d'un sévère clinicien lui demandera compte du défaut de précision et d'exactitude dans la détermination des éléments du diagnostic et de la classification des cas morbides dont se compose son recueil d'observations. Ce défaut n'est pas sans quelque gravité ici, car c'est sur des faits imparfaitement déterminés et, par conséquent, d'un contrôle difficile que reposent plusieurs assertions que beaucoup d'esprits sévères n'accepteront qu'avec quelque défiance. Mais nous nous hâtons de le dire en terminant, ces quelques imperfections, que l'auteur ne s'est peut-être pas dissimulées lui-même, sont amplement rachetées à nos yeux par l'importance du fait capital qu'il a cherché à mettre en lumière. En signalant le caractère dominant des affections régnantes de notre époque et en faisant ressortir, comme il l'a fait, les principales conséquences pratiques de ce fait, M. Colas a accompli, non sans talent, une œuvre utile et difficile qui mérite d'être lue attentivement et méditée par les praticiens.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

REVUE SANITAIRE DU PREMIER TRIMESTRE DE 1846.

(Suite et fin. — Voir les numéros 19 et 20.)

Il ne nous reste plus qu'à examiner les maladies régnantes du trimestre sous le rapport de la *fréquence* et de la *gravité*, cette dernière se trouvant représentée surtout par le chiffre des décès. Nous manquons d'éléments suffisants pour établir numériquement la proportion et la léthalité de chacune des formes morbides prédominantes ; mais le fait mêm · de la prédominance, et ce que nous avons dit de la gravité de certaines affections insidieuses, sont déjà des renseignements importants. En outre, les relevés de l'administration des hôpitaux, en donnant le mouvement général des entrées, des sorties et des décès, lequel repose nécessairement, pour la plus grande partie, sur les affections régnantes, nous fournit indirectement le moyen d'apprécier d'une manière approximative le degré de fréquence et de gravité de ces affections.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE TRIMESTRE DE JANVIER 1846.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Janvier. . .	Hôpitaux.	5,412	6,782	12,194	6,656	673
	Hospices.	10,624	1,079	11,703	796	249
Février. . .	Hôpitaux.	5,865	6,112	11,977	5,379	665
	Hospices.	10,658	1,041	11,699	715	241
Mars. . . .	Hôpitaux.	5,933	6,952	12,885	6,178	735
	Hospices.	10,743	1,181	11,924	925	250
	TOTAUX. . . .	49,265	23,147	72,382	20,649	2,813

Si, négligeant le mouvement des hospices, on additionne les entrées fournies par les hôpitaux, on trouve, pour le trimestre entier, 19,846. Le chiffre correspondant en 1845 n'était que de 18,807. Ainsi cette période de 1846, relativement chaude, exempte de grandes variations météorologiques, avec prédominance marquée du vent du sud, a fourni aux hôpitaux 1,000 malades de plus que la période correspondante de 1845, sensiblement plus froide, avec des perturbations atmosphériques assez considérables et prédominance du vent du nord. Les maladies de la première année n'ont pas les mêmes formes que celles de la seconde, mais elles sont plus fréquentes. Voilà donc déjà un résultat remarquable et de nature à modifier quelque peu l'idée qu'on se forme généralement des avantages d'une température douce et uniforme, et du peu de variabilité de la pression atmosphérique. Sans doute ce résultat n'est pas absolument contraire à l'idée d'une influence quelconque des conditions météorologiques sur l'organisme ; il dépose, au contraire, en faveur de cette influence, en montrant la prédominance insolite d'affections habituellement propres à l'été, dans le cours d'un hiver remarquable par l'élévation de la température et le calme de l'atmosphère. Mais les relevés des hôpitaux démontrent que dans ces conditions, en apparence favorables, la santé publique, pour être troublée d'une manière inaccoutumée, ne l'est pas moins profondément ni moins généralement. Ce dernier fait est d'autant plus patent que les hôpitaux n'admettent guère que des affections d'une certaine gravité, et ainsi les oscillations un peu notables du chiffre de leur population traduisent véritablement des changements sérieux dans l'état de la santé publique. A en juger par ce qui s'est passé cet hiver, on peut seulement supposer, comme nous l'avons dit dans notre précédent article, que des conditions atmosphériques données exercent sur l'économie une action variable suivant la saison où elles se présentent, et qu'ainsi une température oscillant, en moyenne mensuelle, entre 0 + 5,2 et + 7,7, et coïncidant avec une pression atmosphérique de 754 à 758 millimètres, la prédominance du vent du sud et l'absence de variations brusques, amènerait, si elle survenait en été, non plus des fièvres typhoïdes, gastriques, rémittentes, etc., mais précisément les maladies qui, sous cette constitution, ont manqué en partie cet hiver, à savoir, des bronchites, des pneumonies, des rhumatismes. Peut-être aussi un rapport différent dans les éléments de la constitution atmosphérique : par exemple, une température relativement élevée, coïncidant avec des oscillations brusques et considérables du baromètre, amènerait-elle d'autres résultats. Nous ne pouvons, pour le moment, que nous poser à nous-même ces questions.

Si maintenant l'on examine la répartition des entrées entre les différents mois du trimestre, on est frappé de l'immunité relative du mois de février, qui a fourni près de 800 malades de moins que le mois de janvier, et près de 850 de moins que le mois de mars. Cependant la moyenne de la température augmente assez régulièrement de janvier à mars ; elle s'élève graduellement de + 5°,2 à + 6°,6 et de + 6°,6 à + 7°,7; seulement la moyenne *décennale* ou prise de 10 jours en 10 jours s'est élevée une fois en février plus haut que dans les deux autres mois ; de plus, c'est février qui a présenté la plus haute pression atmosphérique et les variations météorologiques les moins prononcées. Mais il est difficile de voir une condition d'immunité dans des circonstances qui ne sont, à les bien considérer, qu'un degré supérieur de l'élément étiologique auquel a paru se rattacher tout le mouvement morbide du trimestre, et qui ne diffèrent d'ailleurs que très-peu des circonstances offertes par les deux autres mois. Il est à noter que déjà, l'an dernier, le mois de février était de tous le moins riche en entrées, et en même temps avait offert une plus grande hauteur moyenne de la colonne barométrique, et moins de perturbations de l'atmosphère que les mois de janvier et de mars. Mais, d'un autre côté, c'est dans ce mois que la température moyenne était descendue le plus bas ; en sorte qu'il est impossible d'établir avec quelque précision une relation quelconque entre l'état météorologique particulier du mois de février et l'infériorité du chiffre d'admissions donné par ce mois.

Des diverses conditions de l'atmosphère, une seule paraît suivre assez exactement les variations du chiffre des entrées : c'est la quantité de pluie tombée. Nous avions déjà fait la même remarque dans notre revue de l'année dernière ; dans tout le cours de 1845, sauf en septembre et octobre, le nombre des malades reçus dans les hôpitaux avait augmenté ou diminué avec la quantité de pluie ; le mois de février, en particulier, qui avait fourni le moins de malades avait été aussi le moins pluvieux. Or, dans le précédent trimestre qui a, nous l'avons dit, fourni plus de 1,000 malades de plus que le trimestre correspondant de l'an dernier, la quantité de pluie a été

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° I.

Bivouac de Aïn-Sidi-Jala, 19 janvier 1846.

Monsieur et très-honoré confrère,

Notre camp d'aujourd'hui est loin d'être gai : nous trouvons à peine entre les pierres un espace suffisant pour y poser notre tente. De tous côtés l'horizon est borné par des monticules rocailleux et monotones, sur lesquels verdissent épars de maigres lentisques. A l'ombre du drapeau rouge de l'ambulance, comme sous l'aile du refuge de toute misère, se groupent quelques malheureuses que notre razzia de la nuit dernière a arrachées à leur tribu (les Oulet Brahim). Elles se drapent à grand'peine avec les lambeaux que leur a laissés l'avidité du soldat, et la plus jeune d'entre elles presse en vain ses mamelles déjà flétries pour allaiter son pauvre enfant qui gémit et, presque nu, tremble de froid. Un robuste vieillard, le dernier peut-être de son douar, reste impassible au milieu des ruines de sa tribu.

Attristé de ce spectacle, je rentre sous ma tente, et me souviens de votre excellent journal qui m'a plusieurs fois ouvert ses colonnes. Mes causeries africaines ne jureront-elles pas trop parmi vos feuilletons si attrayants ? Presque sœurs d'origine des productions d'un médecin qui, comme nous, appartient à la famille militaire, elles n'en seront jamais parentes, même éloignées, pour le charme, le style et la pensée !

Je suis chargé d'un service double, quelquefois triple, mais de fait j'ai un bien petit troupeau. Vous ne sauriez croire comme les bataillons se *fondent dans les mains*, pour me servir de l'expression du général qui nous commandait, quand, nouvellement arrivés de France, on les fait courir, pendant les mois d'hiver, par les plaines humides ou sur les plateaux battus des vents ou fouettés par la pluie et la neige. On hasarde quelquefois : nous perdons plus de monde en Afrique par les fatigues et les maladies que par la balle ou le yatagan des Arabes. On croit beaucoup concéder ; et pourtant, en réalité, il ne meurt peut-être pas *au champ d'honneur*, comme on dit, un centième des hommes qui s'effacent des cadres. Après quelques mois de marche *en colonne*, un de nos bataillons ne comptait plus que 105 baïonnettes sur 500 à peu près qu'il pouvait réunir en prenant campagne ; deux autres bataillons étaient réduits de plus de moitié, et ils attendaient encore le baptême du feu en Afrique !

Quels sont donc les grands dissolvants qui font ainsi fondre l'armée ?

Les diarrhées, la dyssenterie, les fièvres de tout type et pernicieuses, voilà bien des ennemis partout présents. Le foie, ce tranquille viscère dans les pays froids, se montre ici d'une déplorable impressionnabilité ; puis, comme auxiliaires, d'autres causes viennent préparer les voies, favoriser l'invasion, à savoir : d'incessantes fatigues, une mauvaise hygiène, une insuffisante alimentation, les perturbations qu'entraîne le travail de l'acclimatement, enfin, il faut bien le dire,

également plus considérable. La différence mérite d'être notée. En 1845, 12,063ᵉ dans la cour de l'Observatoire et 10,475ᵉ sur la terrasse; en 1846, 15,067ᵉ dans la cour et 13,273ᵉ sur la terrasse. En outre, comme l'an dernier, le chiffre des entrées baisse tout à coup en février, et ce mois est précisément remarquable par sa sécheresse. Le rapport que nous notons ici est-il un rapport de causalité ou de simple coïncidence? Nous n'osons encore le décider.

Étudions enfin le mouvement sanitaire au point de vue de la *gravité* des maladies régnantes.

L'examen du chiffre des sorties portant sur un espace de temps si court ne peut jeter une grande lumière sur ce côté de la question. On risquerait trop d'en tirer des conséquences moins applicables aux maladies reçues dans le trimestre qu'aux maladies antérieures, et n'ayant conséquemment aucune signification à l'égard de la constitution médicale actuelle. Nous trouvons même dans le mouvement des sorties pendant le cours du trimestre la confirmation d'une remarque que nous avions déjà faite dans la revue de 1845, à savoir que les sorties se multiplient avec les entrées par une simple nécessité de service, uniquement pour faire place aux nouveaux venus. Ainsi, en janvier, il entre 6,782 malades, il en sort 6,656. En février, le chiffre des entrées tombe à 6,112; celui des sorties tombe à 5,379. En mars, les deux chiffres se relèvent à la fois, quoique dans un rapport un peu différent. Nous ferons cependant observer que, somme toute, les *proportions* (nous ne disons pas le chiffre total) des sorties dans le trimestre entier a été un peu plus considérable que dans la même période de l'année précédente. Ainsi, en 1846, sur 37,056 malades, formant la population entière du trimestre, il en est sorti 18,213, c'est-à-dire bien près de la moitié; tandis que, en 1845, sur 36,043 il n'en est sorti que 16,695. Ce résultat cadre assez bien avec ce que nous avons dit précédemment de la bénignité du plus grand nombre des maladies.

La bénignité, comme caractère général des affections régnantes, n'implique pas nécessairement une faible proportion de décès. La constitution médicale peut être telle qu'au milieu de pneumonies, de rhumatismes, de fièvres, se jugeant facilement et propres, par la rapidité de la guérison, à activer le mouvement des sorties, elle sème pour ainsi dire un certain nombre d'affections graves et fréquemment mortelles. C'est ce qu'on observe principalement dans les constitutions où domine l'ataxie. Alors, la majorité des malades ne présente pas de symptômes inquiétants; chez la plupart, le génie épidémique marque à peine sa présence par quelques traces légères et fugitives; mais de temps à autre, au sein d'une sécurité profonde, la maladie la plus régulière revêt des caractères insolites, la plus légère s'aggrave subitement, et une mort inattendue vient dérouter toutes les prévisions de la science. Telle est précisément l'image de la constitution médicale dont nous nous occupons et nous renvoyons sur ce point à la description des formes morbides données dans le dernier numéro. Or, malgré le chiffre élevé des sorties, la proportion des décès dans ce trimestre a été sensiblement égale et même un peu supérieure à celle de l'année précédente. En 1845, sur une population de 36,043 malades, 19,58 décès, soit 1 sur 18,4; en 1846, sur 37,056 malades, 2,073 décès, soit 1 sur 18,1. Il est, du reste, à noter que cette dernière proportion est en elle-même considérable. Toutes les proportions mensuelles établies pour l'année entière dans notre revue de 1845 sont plus élevées, à l'exception de celle qui concerne le mois de mars et qui est de 1 à 16,4.

En s'en tenant simplement aux faits qui précèdent, on peut résumer dans les propositions suivantes les résultats de l'étude comparative de la constitution atmosphérique et de la constitution médicale dans le premier trimestre de 1845 :

1° Une température moyenne élevée et augmentant graduellement de mois en mois; une pression atmosphérique assez considérable; une pluie assez abondante avec interruption presque entière vers le milieu du trimestre; la prédominance des vents du sud et de l'ouest; l'absence de grandes perturbations atmosphériques, ont coïncidé avec le développement de maladies plus particulièrement propres à l'été et à l'automne (fièvres gastriques, typhoïdes, rémittentes, etc.), la rareté des maladies habituelles de l'hiver (pneumonies, rhumatismes, etc.), et le caractère ataxique et adynamique de toutes les formes morbides.

2° Sous l'influence de ces conditions météorologiques, en apparence avantageuses, le nombre total des maladies, abstraction faite de leurs formes, a été, pour ce qui concerne du moins les hôpitaux, plus élevé que dans le même trimestre de l'année précédente, lequel avait offert une température assez basse, une pression atmosphérique moins forte, une moindre quantité d'eau, la prédominance du vent du nord et des variations météorologiques brusques.

3° Le chiffre élevé des entrées dans les hôpitaux a coïncidé avec des pluies assez abondantes, et le mouvement, dans les différents mois, a suivi régulièrement dans ses variations la quantité d'eau tombée.

4° La proportion élevée des sorties, pendant toute la durée du trimestre, semble déceler dans les maladies régnantes une marche rapide et un caractère général de bénignité; et, en même temps, la proportion également élevée des décès constate une gravité réelle, au moins dans certaines formes morbides : double résultat confirmé par les données de la pratique civile, et tout à fait en rapport avec le génie ataxique de la constitution.

A. D.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LES FORMES DE L'ICTÈRE ESSENTIEL; par CHARLES OZANAM, interne à l'Hôtel-Dieu.

La plupart des auteurs reconnaissent deux ictères : l'ictère essentiel ou spasmodique, et l'ictère symptomatique.

Le premier seul constitue une maladie : c'est lui qui va nous occuper. Je suis loin cependant de vouloir donner une histoire complète de l'ictère; je passerai au contraire assez rapidement sur ce qu'il a de bien connu, pour m'appesantir davantage sur deux points de son étude, moins explorés jusqu'ici.

L'ictère apyrétique est, en effet, une maladie fréquente, simple dans sa marche, inoffensive dans ses conséquences; mais on connaît beaucoup moins l'ictère grave, dans lequel tous les symptômes prennent une valeur réelle, et qui, le plus souvent, se termine par la mort,

Il m'a donc paru important de rassembler les faits disséminés dans la science, méconnus ou dénaturés pour la plupart, et d'y ajouter quelques observations plus modernes, afin d'attirer l'attention sur une maladie qui, pour être rare, n'en est pas moins, par sa gravité, digne d'une étude sérieuse.

---

le découragement, le découragement, mot pénible à prononcer, dangereux peut-être à écrire pour un médecin militaire. Toutes les fois que le soldat n'aura en perspective que des marches pénibles de tous les jours, qu'il ne verra pas le but pour lequel on le fait travailler, quand enfin il ne sera pas réveillé de temps en temps par une vive fusillade (et c'était notre cas), il se découragera.

Partout sur son chemin, dans les villes ou les redoutes isolées auxquelles on touche pour se ravitailler, on sème des malades ou des êtres dont la fatigue tue le corps, dont l'ennui tue l'esprit. C'était souvent par 60 ou 70 que je comptais ceux que je laissais ainsi, aux grandes récriminations des chefs de corps, qui ne veulent qu'une chose : beaucoup de monde sous leur drapeau. Les uns affaiblis et brisés; les autres tout endoloris de rhumatismes; ceux-ci gonflés par l'œdème; ceux-là languissants par suite d'imparfaites digestions; un grand nombre, les pieds meurtris, restent *en subsistance*, et ne tardent pas, pour la plupart, à voir germer en eux des maladies qui les font entrer dans les hôpitaux; les autres sont directement versés dans ces asiles, où nous avons vu périr en peu d'heures tel individu qui, la veille encore, avait fait son étape à pied.

Que d'influences pernicieuses affluent sur le soldat, et quels faibles moyens d'y résister! Nous sommes dans la saison des pluies, et il n'est pas rare que l'eau du ciel tombe par torrents plusieurs jours de suite, délayant profondément la terre meuble des champs, et faisant déborder les ruisseaux sur les plaines basses et le long des rampes. Le soldat se met en marche au point du jour, avance péniblement dans les chemins boueux, et se mouille entièrement sous la froide pluie, contre laquelle son *sac de campement* (sac de toile) ne lui offre qu'un impuissant abri. Arrivé au bivouac, il ne trouve souvent pas assez de bois pour se faire sécher. Nous ne parlons point de changer de vêtements, car, comme Bias, il porte tout avec lui, moins la philosophie. Nous avons vu plus d'une fois ces pauvres gens se mettre alternativement à nu toutes les parties du corps pour exposer au feu, une à une, les diverses pièces de leur habillement. Mais les chaussures restent humides, et, la nuit venue, ils sont réduits à se coucher et à s'entasser sous les minces toiles mal jointes qui leur forment une tente dans laquelle on n'entre qu'en rampant. Chaque soldat a bien une étroite couverture, et quelques vieux aguerris portent même une peau de mouton : illusoires précautions dans les fondrières des plaines, et quand leur nomade demeure, placée dans un fond, est envahie par les eaux et se trouve bientôt au milieu d'un torrent. Beaucoup aiment mieux ne pas se coucher que de s'ensevelir dans la terre mouillée; ils passent la nuit à se promener à grands pas pour se réchauffer. Cette privation de sommeil, ce besoin si impérieux, épuise bien vite l'homme qui se fatigue tous les jours. Pour nous, grand dormeur d'habitude, manquant un jour d'abri et accablé de lassitude, nous voulions aussi lutter contre le sommeil; mais nous nous laissâmes tomber, comme malgré nous, sur un piquant buisson de palmiers nains, où nous fermions déjà les yeux, quand une tente hospitalière nous fut ouverte.

Le ciel n'est pas toujours chargé de nuages dans la saison des pluies; mais quand on voit son limpide azur scintiller d'étoiles le soir, on ne doit pas trop s'en féliciter. Le calorique de la terre rayonne activement vers les espaces célestes découverts, et la glace s'étend bientôt sur la surface des eaux. A Aïn-Tirnitine, pas loin de Mascara, nous avons trouvé de la glace dans le fond d'une gourde fermée et placée sous notre tente. A quelques jours de là, d'abondantes

Enfin, le génie épidémique s'est exercé sur l'ictère comme sur bien d'autres maladies. Presque toujours il lui a communiqué une certaine gravité; on y retrouve surtout, chose importante, la distinction des deux formes: l'ictère simple ou apyrétique et l'ictère fébrile.

L'étude de ces épidémies constituera la troisième partie de ce travail.

I. — ICTÈRE SIMPLE.

Cette forme présente à considérer deux variétés. Dans la première, les changements de coloration de la peau sont les seuls accidents, forment les seuls symptômes de la maladie, et les ictériques n'éprouvent aucune espèce d'incommodité.

Dans le second degré, la manifestation de l'ictère est précédée d'un dérangement notable dans les fonctions de la vie intérieure. Une soif considérable est souvent le premier signe : l'appétit se perd, la langue se couvre d'un enduit rougeâtre, la bouche est mauvaise. La plupart des malades éprouvent un sentiment de tension, d'oppression à la région précordiale, des tiraillements douloureux à l'épigastre et dans l'hypocondre droit; quelquefois même on y trouve un gonflement véritable, et la douleur très-vive suit la direction du canal cholédoque. Souvent alors les malades vomissent les aliments qu'ils avaient pris; ils ont des flatuosités, des aigreurs, des dérangements dans la digestion, des frissons alternant avec des bouffées de chaleur.

Presque toujours les ictériques éprouvent une grande lassitude, de l'aversion pour le mouvement ou une tendance au sommeil.

Suivant Portal, le bras droit tomberait quelquefois dans une sorte de stupeur et presque de paralysie.

Après qu'un certain nombre de ces phénomènes se sont manifestés, l'ictère apparaît. Il serait difficile d'indiquer une époque précise pour cette coloration, car on l'a vue se produire quelquefois au moment même où agissait la cause déterminante, tandis que souvent elle ne s'est déclarée que un, deux, trois ou quatre jours plus tard, et lorsque le malade avait déjà présenté les accidents décrits plus haut. Quoi qu'il en soit, au moment de son apparition, la jaunisse se manifeste sur la sclérotique et la conjonctive. Cette partie est ordinairement d'un blanc nacré, devient terne, jaunâtre, et c'est parfois le seul signe auquel on puisse reconnaître l'invasion de l'ictère. Bientôt apparaissent sur les tempes des taches jaunes et des lignes de même couleur occupant les rides de la peau; elles gagnent les oreilles, les ailes du nez, grandissent et forment des plaques. Les lèvres, d'abord pâles, deviennent d'un jaune livide; le nez et les joues sont les dernières parties de la face qui changent de couleur (Cornac, thèse, 1800). Presqu'au début, on remarque un cercle jaune autour des ongles, et des lignes qui suivent les rides de la paume de la main.

Bientôt la jaunisse s'étend au cou, aux membres, gagne le tronc; tout le corps enfin devient jaune, sans en excepter quelquefois même les cheveux (Scherck).

Dans certains cas, l'ictère, au lieu d'être général, se borne à quelques parties du corps. Les auteurs nous ont transmis un certain nombre d'observations de ces ictères partiels.

Joseph Franck l'a vu occuper une moitié du corps, et ne s'étendre à l'autre que quinze jours plus tard.

Behrens rapporte l'observation d'un vieillard qui prit une attaque d'apoplexie à la suite d'un accès de colère, et qui fut frappé à la fois d'hémiplégie et d'ictère du côté droit.

On l'a vu borné aux ongles, aux mamelles (Pollinus), au tronc et aux membres, la face gardant sa couleur naturelle (Bartholin), enfin, en plaques disséminées sur tout le corps.

La peau des ictériques est ordinairement sèche; d'autres fois elle laisse échapper une sueur jaune de saveur amère (Borelli) qui pénètre et tache le linge. Les malades éprouvent un prurit interne et très-incommode, surtout pendant la nuit. Suivant quelques auteurs, ce prurit serait en raison inverse de la coloration jaune de la peau. Parfois il s'accompagne d'une éruption miliaire ou d'une urticaire générale ou partielle; d'autres fois il donne lieu à une légère desquamation furfuracée. On l'a vu, chez de jeunes enfants, être assez intense pour les priver de sommeil. Rarement les urines restent claires et gardent leur couleur habituelle; le plus ordinairement elles deviennent d'un jaune safrané et laissent déposer un sédiment briqueté. Quelquefois elles sont verdâtres, spumeuses, amères.

La constipation est fréquente chez les ictériques, mais souvent aussi on les voit affectés d'une diarrhée bilieuse. Les matières gardent parfois leur couleur habituelle; d'autres fois elles sont d'un gris cendré, ou formées de mucosités blanchâtres d'une odeur aigre et fétide (Monro et Pringle).

Quant au fait de la perversion des sens chez les ictériques, il est vrai que souvent la bouche trouve aux substances les plus douces une saveur amère; mais il est fort rare que l'œil perçoive les objets colorés en jaune. Morgagni nous en donne une explication satisfaisante, en faisant remarquer que la jaunisse est rarement portée à un tel degré d'intensité, que la cornée et les humeurs de l'œil elles-mêmes soient pénétrées de la matière colorante.

Le pouls des ictériques est presque toujours faible, excepté dans les premiers jours, où, pendant que le malade éprouve de vives douleurs épigastriques, le pouls devient dur, fréquent, serré, en un mot fébrile. Une fois les douleurs passées, le pouls baisse, se ralentit au point de ne donner souvent que 30 ou 40 pulsations par minute.

Lorsque la coloration s'est prononcée, les malades sont ordinairement fort soulagés, et les accidents nerveux cessent au bout de peu de jours. Chez les personnes délicates, ils persistent plus longtemps.

La jaunisse elle-même disparaît au bout de trois, cinq, sept, quatorze jours; car nous ne parlerons pas ici de ces cas d'ictères fugitifs où la couleur morbide ne dura qu'une demi-heure ou même une demi-journée. Parfois l'ictère semble résister à tous les moyens et dure un ou plusieurs mois; mais il est rare que l'ictère idiopathique ait une durée pareille.

Un des premiers signes de guérison, c'est que les urines redeviennent limpides et que les matières fécales reprennent leur couleur naturelle; en même temps la peau devient plus blanche, la soif, le prurit diminuent, la langue se nettoie et la bouche perd son amertume, le goût redevient normal et l'appétit reprend sa première vigueur.

L'ictère se termine ordinairement sans crise; plusieurs faits prouvent néanmoins que ces crises peuvent exister. Ainsi l'on a vu la jaunisse se terminer par l'établissement d'hémorrhoïdes, par des épistaxis, quelquefois salutaires, d'autres fois assez graves pour causer la mort (Monro et Pringle). Une diarrhée bilieuse, des sueurs abondantes, des urines sédimenteuses, se sont aussi montrées comme symptômes critiques; Stoll a vu, chez plusieurs ictériques, l'éruption miliaire ou la scarlatine juger la maladie.

---

rosées tombaient avant l'aube, mouillaient comme la pluie, et, congelées ensuite en une couche de petits glaçons, rendaient si roides les toiles de la tente, que nous avions grand'peine à la plier. Pendant ce même temps, les journées étaient quelquefois si chaudes que nous recherchions l'ombre avec plaisir, et que la sueur ruisselait sur le visage de nos marcheurs.

Ce sont ces brusques variations atmosphériques qui, selon nous, ont amené, avec l'aide d'un cortége de circonstances débilitantes, une épidémie d'œdèmes, dont je vous ferai tout à l'heure l'histoire, mon cher confrère.

Mais auparavant, je veux vous donner le journal de ces vicissitudes, depuis Sidi-bel-Abbès, que nous avions quitté le 31 décembre, jusqu'à Aïn-Sidi-Iaïa, le 18 janvier.

Des brouillards nous ont environnés dans les environs de la forêt de Muley-Ismaël (31-1-2), et nous avons trouvé un froid piquant sous les murs de Mascara (3 et 4); dans la plaine, le 6, nous avons été assaillis par une forte pluie mêlée de grêle; le froid et les rosées de nuit, succédant à la chaleur du jour, nous ont accompagnés de Aïn-Tirnifine, le 7, jusque auprès de Saïda, le 11. Nous avons trouvé sous les murs de cette redoute des vents froids qui n'ont cessé qu'à Baguenat, le 15, au pied de la chute de l'Oued-Tifritt, où nous avons été accablés sous d'abondantes pluies. Dans ce vallon, où nous fîmes séjour, nous nous trouvâmes entourés de circonstances qui hâtèrent singulièrement le développement des maladies. Une courte description des lieux est ici nécessaire pour que nous soyons compris.

Les terrains élevés que la colonne parcourait dans l'Iagoubia s'entr'ouvrent tout à coup en un profond entonnoir, et l'Oued-Tifritt s'y précipite, d'une hauteur de plus de cent pieds, en plusieurs cataractes dont les chutes écumeuses se détachent sur la sombre ouverture des cavernes, et mouillent de perpétuelles vapeurs la luxuriante végétation qui se presse et s'entasse dant l'étroit ravin. La rivière se partage ensuite en plusieurs branches qui serpentent sous les tresables et les lauriers-roses. Ce bassin, qui nous semble le lit d'un lac desséché, est ainsi plongé dans une humidité constante, entretenue surtout par les vapeurs de la cascade, qui, dans cet enfoncement protégé de tous côtés, se répandent et se condensent, à l'abri des vents qui pourraient les balayer. Les terres, tout nouvellement remuées par la charrue arabe et trempées par les pluies continues qui survinrent un peu avant notre arrivée, ne formèrent bientôt plus qu'un marais dont l'humidité s'ajoutait encore à celle de l'atmosphère. C'est dans ce milieu débilitant que se trouvèrent plongés nos soldats, déjà rendus impressionnables aux causes nuisibles par la fatigue et par les vicissitudes atmosphériques, par une alimentation pauvre et mal ordonnée, par l'affaissement moral, par l'insuffisance des vêtements; toutes cho:es sur lesquelles nous aurons à revenir.

Pas n'est besoin de signaler une recrudescence dans les dyssenteries et les fièvres : nous parlerons plus en détail de notre œdème qui fut à peu près épidémique.

Chez les uns, il était général, mais peu considérable au tronc, et s'accompagnait quelquefois de sérosité dans le péritoine; chez le plus grand nombre, il était bien plus marqué, mais local: il siégeait à la face et au cou, aux avant-bras et aux mains, aux jambes et aux pieds. Nous fûmes frappé des symptômes qui l'accompagnaient : fatigue et brisement, inappétence ou même anorexie, langue saburrale, bouche amère ou pâteuse, pesanteur épigastrique, souvent céphalal-

II. — ICTÈRE GRAVE.

L'ictère grave n'est point complétement inconnu; on en retrouve, on en peut suivre la trace dans plusieurs auteurs. M. Villeneuve, dans l'article du dictionnaire en 60 vol., après avoir distingué les différentes espèces d'ictères, dit, en parlant de l'ictère par affection subite de l'âme :

« Cette affection est rarement de longue durée; cependant, chez les sujets » irritables, on a vu la jaunisse dont nous parlons présenter des phénomènes » infiniment plus graves, et avoir une marche fort différente; ainsi, dans » quelques cas, on a vu le malade éprouver par toute la peau une chaleur » âcre, mordicante, insupportable, être morose, inquiet, perdre la direction » de ses idées, tomber dane une sorte d'abattement et de démence. La peau » se couvre d'une sueur gluante, épaisse; la langue, sèche et aride à son » sommet, est recouverte à sa base d'un enduit jaune et visqueux, la res- » piration devient suspirieuse, enfin il survient un délire qui ne tarde pas, » dans quelques cas, à être suivi de mort. »

A l'appui de cette description, il cite deux exemples que nous rapportons ici.

On lit dans Boerhaave l'observation d'un marchand qui, à la nouvelle d'un naufrage que venait de faire un de ses vaisseaux, fut atteint tout à coup d'un ictère général, auquel il succomba très-promptement.

Un jeune militaire reçoit un soufflet, et dans sa fureur tire son épée pour en percer son agresseur. Retenu par ceux qui étaient présents à cette scène, il s'épuise en vains efforts et ne peut assouvir sa vengeance. Presque au même instant il devient ictérique; bientôt après il est pris de fièvre, de délire, et meurt au milieu des convulsions.

On lit dans les ACTES DES CURIEUX DE LA NATURE (1re collect. des trois années, obs. 86, p. 134) l'histoire d'un enfant qui, ayant été trempé dans l'eau froide peu de temps après sa naissance, fut pris de douleurs et de coliques très-vives, de vomissements opiniâtres, devint ictérique et périt dans les convulsions.

Joseph Franck (MALADIES DU FOIE, § LVI), en parlant de l'ictère spasmodique, le considère comme une maladie grave et pouvant se terminer par la mort.

M. Andral, dans sa CLINIQUE MÉDICALE (3e édit., *Maladies de l'abdomen*, tome II, p. 297) rapporte plusieurs cas qui semblent appartenir à l'ictère grave; car dans l'un, le malade, ictérique, mourut subitement, sans que l'on pût expliquer la mort à l'autopsie par aucune lésion; dans le second, le malade mourut d'une hémorrhagie cérébrale, et nous verrons plus tard que les hémorrhagies de toute sorte sont un des accidents les plus fréquents de l'ictère grave. Citons d'avance, pour nous justifier, les paroles de Forestus :

« *In ictero sæviore non raro hæmorrhagias vidi ex omnibus ferè » corporis meatibus, vix ullis cedentes remediis, immò haud citius » uno loco fluxum cohibueris, quam eripuit aliò.* »

Morgagni, dans la trente-septième lettre (DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM), rapporte les observations suivantes, dues à Valsalva.

OBS. I. — « Un jeune pâtre ayant été pris d'un ictère peu de temps après un trouble de l'âme, se coucha avec une douleur à la région de l'estomac, et avec des vomissements qui lui firent souvent rejeter la nourriture et les médicaments; cependant les déjections alvines étaient blanchâtres. Un ou deux jours après, on s'aperçut que le malade était inquiet et attaqué d'une sorte de stupeur, au point qu'il oubliait ce qu'on lui avait raconté. Les médecins ne remarquèrent qu'il existait de la fièvre qu'au troisième jour, époque où elle se manifesta d'une manière violente, avec délire et avec des convulsions telles que le malade était forcé de ronger tous les corps avec ses dents, et qu'il triomphait presque, par les grands efforts qu'il faisait, de la force des assistants. Avec cela il avait des vomissements dont la matière était d'une couleur un peu obscure. Le matin, on ouvre la veine, d'où le sang sort avec impétuosité; la sérosité de ce sang, dans laquelle on trempa une serviette dès qu'elle se fut séparée de la partie coagulable, la teignit d'une couleur jaune; les convulsions cessent, mais le malade est couché comme s'il était plongé dans l'assoupissement; il se remue à peine et il témoigne à peine qu'il sent les ventouses qui lui sont appliquées; sa respiration était pour ainsi dire naturelle, si ce n'est qu'elle était suspirieuse de temps en temps. Il mourut après le quatrième jour.

» AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre, on trouva le foie flasque et tirant sur une couleur un peu pâle; sa vésicule contenait une bile d'une teinte légèrement obscure. Il y avait dans l'estomac une matière semblable à celle qui avait été vomie les derniers jours, comme il a été dit; et sa tunique intérieure, aux environs de l'orifice gauche, était parsemée comme de points rouges; du reste, on voyait çà et là un grand nombre de très-petites glandes qui étaient enflammées par la stagnation du sang. A l'ouverture de la poitrine, les poumons se présentèrent tuméfiés par de l'air et dégagés de la plèvre, si ce n'est qu'il existait quelques nœuds formés par de petites membranes distinctes qui unissaient celui du côté gauche à cette tunique. Le péricarde contenait un peu d'eau. Les ventricules du cœur contenaient du sang coagulé. Le crâne, coupé circulairement, et la dure-mère incisée, il s'écoula un peu de sérosité; on remarqua une concrétion gélatineuse, mais légère, dans les interstices des vaisseaux sanguins qui rampent à travers la pie-mère. D'ailleurs, le cerveau était extrêmement mou, et il n'avait pas entièrement sa couleur naturelle, que la teinte de la bile avait peut-être altérée. Pendant que, pour enlever le cerveau, on coupait la moelle, à la partie supérieure du canal vertébral, il s'écoula pendant assez longtemps une matière séreuse, de la paroi externe de cette moelle, comme si un conduit de la lymphe eût été coupé; mais rien ne put expliquer la gravité des accidents. »

OBS. II. — « Un jeune homme est attaqué par un homme cruel et menaçant qui lui porte, sans qu'il s'y attende, un pistolet sur la poitrine. Frappé d'une grande terreur, il devient ictérique le lendemain, et bientôt il délire au point qu'il ne remettait personne de sa connaissance, et qu'il s'écriait de temps en temps : Oh! action indigne. Ayant été pris ensuite de secousses convulsives tellement fortes que plusieurs personnes pouvaient à peine le retenir avec leurs mains, il mourut vingt-quatre heures après le commencement du délire.

» AUTOPSIE. — La dissection du cadavre ne présenta rien qui parût remarquable, si ce n'est que les vaisseaux sanguins qui rampent à travers la pie-mère furent trouvés considérablement distendus par du sang noir. »

Dans une observation due à Baillou, et prise sur le fils du comte de Chaulney, le jeune homme devint d'abord triste et morose, et fut pris tout à coup d'ictère. Quinze jours après, lorsqu'on était loin de s'y attendre, il grinça des dents, eut des convulsions, poussa des hurlements, éprouva des extases et mourut. Son cerveau fut trouvé parfaitement sain, le foie verdâtre ou légèrement pâle.

On en trouve un exemple dans Franciscus Rubæus (DE ICTERO LETHALI NOCT., exerc. 15, p. 195, 1660, in-8°).

OBS. — « Le 2 septembre 1611, un jeune homme de 22 ans, domestique, fut attaqué d'un ictère violent et d'une couleur livide, et reçut, dès les premiers jours de sa maladie, les soins du médecin Noratius Turion.

» Le premier jour, il purgea le malade.

» Le deuxième jour, il le saigna au bras droit.

» Le troisième, il lui mit des sangsues à l'anus, puis je fus appelé.

» Je trouvai, au quatrième jour, le malade délirant, ne réponda nt rien aux interrogations, couché sur le ventre, paraissant en proie à une vive douleur; il

---

gie, c'est-à-dire véritable embarras gastrique, moins un peu de constipation, mais avec un affaissement considérable en plus. Quoique la diarrhée et la dysenterie ne nous aient pas paru s'aggraver sous l'influence de cette maladie et qu'on ne puisse conséquemment leur rapporter cet acablement remarquable, nos œdématiés étaient si faibles, que nous étions obligé d'en faire monter chaque jour un grand nombre sur les cacolets. Il est sans doute inutile de faire remarquer que nous ne faisons point figurer avec ces cas ces gonflements des extrémités inférieures qui surviennent, dans les circonstances ordinaires, par suite des fatigues de la marche. Tant de soldats se trouvèrent englobés dans l'épidémie, et les monstruosités passagères causées par leur affection étaient si visibles, même pour les personnes étrangères à l'art, qu'on comparait, dans la colonne, leurs mains aux feuilles charnues et épaisses des cactus, leurs jambes au tronc difforme des figuiers de Barbarie, et leurs pieds aux pieds des chameaux.

Les brusques changements survenus dans l'atmosphère me paraissent jouer l'un des principaux rôles dans la production de ces œdèmes. La chaleur dilatait les vaisseaux, surtout les capillaires périphériques, et le froid venait brusquement les resserrer ensuite. Des désordres devaient survenir dans la circulation par suite de ces oscillations chez des individus privés de puissance réactive par les circonstances débilitantes que nous avons signalées, appauvris en outre en globules sanguins, et chez lesquels enfin une pénétrante humidité acheva de rendre paresseux le jeu des fonctions et mit le comble à la mollesse de la plasticité. A ces causes, ajoutez l'atteinte portée aux élaborations cutanées par cette humidité et par les refroidissements; et vous comprendrez que la sérosité pouvait très-bien s'échapper de ses canaux, sous l'influence de cette double perturbation des sécrétions tégumentaires et des fonctions circulatoires.

L'habile médecin en chef de l'hôpital militaire de Mascara nous faisait voir dernièrement, dans son service, bon nombres de jambes toutes jaspées de macules rougeâtres. Les taches scorbutiques et le purpura sont en effet assez communs; le purpura hemorrhagica n'est même pas très-rare dans cette ville. Or, d'après l'étude des circonstances et des milieux dans lesquels se sont trouvés les individus, nous nous croyons autorisé à établir que des causes analogues ont produit, quand elles étaient modérées, la fuite de la sérosité du sang, probablement altéré, hors de ses vaisseaux; et quand elles étaient continues et puissantes la sortie du sang en nature et certainement altéré hors de ses voies normales.

En donnant les choses pour ce qu'elles sont, on ne doit pas craindre de faire des suppositions. Chacun a remarqué combien les mains se tuméfient au soleil, combien elles se crispent au froid. Ne serait-ce pas parce que les mains et la face sont plus exposées que les autres parties au soleil pendant le jour, à la froidure quand la température baisse? ne serait-ce pas parce que les pieds s'échauffent aussi par la marche et sont sujets à se refroidir la nuit? ne serait-ce pas pour cela que ces régions ont surtout été le siége des lésions? Certes, l'éloignement du centre de la circulation pour les mains, la même cause, la déclivité et la fatigue pour les pieds, peuvent être invoqués par l'étiologiste; mais en est-il de même pour la tête?

Chez plusieurs de nos malades, il s'opéra une crise salutaire par les urines devenues plus abondantes, ou par une recrudescence de diarrhée séreuse. Mais ce qui mit fin à la petite épidémie, ce fut le retour d'une température chaude et soutenue, sans gelées nocturnes bien notables. C'est sans doute parce que la peau

poussait des soupirs et des cris, mais n'articulait jamais une parole intelligible.

» Voyant le malade affecté d'une vive douleur, j'ordonnai un bain (d'eau douce) ; la douleur se calma, et le malade, me dit-on, dormit toute la nuit.

» De grand matin, mon collègue fit appliquer deux vésicatoires aux bras ; le malade était sans parole, couché sur le dos ; il mourut pendant la nuit.

» Les urines avaient été très-jaunes. »

Rubæus ne parle pas de l'autopsie de ce jeune homme.

Nous allons rapporter maintenant deux observations très-détaillées terminées par la mort, et l'autopsie, et dans lesquelles on trouvera un tableau presque complet de l'ictère grave.

La première observation se trouve dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1845, p. 369). Elle a eté recueillie par M. Cahen, alors interne de M. Rayer.

OBS.— « Le nommé Thomas, fortement constitué, habituellement bien portant, âgé de 35 ans, cordonnier, entré à la Charité, salle Saint-Michel, n° 26, le 30 juin 1845.

» Il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse ; nous croyons comprendre cependant que, peu de jours avant son admission à l'hôpital, il a fait un excès de boisson qui aurait amené une indigestion accompagnée ou suivie d'ictère.

» Cet homme présente uniformément sur tout le corps une teinte ictérique extrêmement prononcée, orangée ; la peau est sèche, chaude, et n'est pas le siége de démangeaisons ; les yeux, la face inférieure de la langue, sont aussi d'un jaune foncé. La face supérieure de la langue est couverte d'un enduit muqueux abondant. Le malade a de fréquentes envies de vomir, mais ne vomit pas. Le ventre, légèrement météorisé, n'est douloureux au toucher qu'au niveau de l'hypocondre droit ; mesuré à l'aide de la percussion, le volume du foie paraît normal. Les selles sont colorées par la bile, peu abondantes et de bonne nature. L'urine, très-ictérique, teint le linge en jaune.

» Rien d'anormal ne se fait remarquer dans la cavité thoracique, soit à l'auscultation, soit à la percussion. Dans les grands efforts d'inspiration, le malade éprouve une douleur aiguë dans la région hépatique.

» Le pouls est développé, fréquent, mais régulier.

» Le malade ne se plaint que de la douleur de l'hypocondre droit et d'une céphalalgie intense. Une saignée de trois palettes est pratiquée ; le sang se recouvre bientôt d'une couenne inflammatoire épaisse.

» Le lendemain, 1er juillet, l'état du malade n'est pas notablement modifié. La douleur de la région hépatique persiste. Des ventouses scarifiées sont appliquées sur cette région, et n'amènent pas d'amélioration sensible. Le même jour, un vésicatoire est appliqué sur l'hypocondre droit, un purgatif salin est administré. Sous l'influence de ce traitement, le pouls devient moins fréquent, l'état général semble s'améliorer.

» Cependant, le 22 juillet, sans cause connue, des envies de vomir surviennent et donnent lieu à l'expulsion de matières noirâtres sanguinolentes. Les selles, liquides et abondantes, mais peu fréquentes, sont composées de sang noir et de fèces colorées en jaune. Une épistaxis se déclare et se renouvelle plusieurs fois dans la journée. Le pouls est très-fréquent, peu développé.

» Le malade accuse de la céphalalgie, il est toujours dans un état de somnolence dont il est facile de le tirer ; il répond lentement, mais juste, aux questions qu'on lui adresse. La langue est sèche, couverte d'un enduit épais et fendillé. Les dents sont encroûtées d'un enduit brunâtre. L'abomen est légèrement ballonné ; il n'est pas douloureux, même dans la région du foie, à une pression modérée ; toux légère, suivie d'une expectoration muqueuse et abondante.

» Cet état persiste sans changement notable le 3 et le 4.

» Dans la nuit du 4, le malade eut un léger délire ; à la vérité il répondit juste aux questions qu'on lui adressa. Il n'a ni frisson, ni rémittence marquée. On ne trouve sur la peau aucune tache, aucune élevure typhoïde ; partout elle offre une coloration jaune orangé, comme dans les premiers jours ; seulement, au pli du bras droit où la saignée a été pratiquée, et autour des ventouses sur la région hypocondriaque droite, on remarque de légères ecchymoses.

» Le 6, l'état du malade semble très-notablement amélioré. Le pouls a baissé d'une manière remarquable ; le délire a cessé ; la somnolence a diminué ; un nouveau phénomène est apparu. La peau de tout le corps, celle de la face et des membres supérieurs surtout, est couverte de petites élevures saillantes, coniques, dures sous le doigt, semblables à celles de la variole au début. Le malade porte de profondes cicatrices vaccinales.

» Le 7, cette éruption, dont la coloration tranche sur la teinte ictérique de la peau, présente une autre apparence : elle est formée par de véritables taches rouges, très-nombreuses, répandues sur tout le corps ; mais la saillie qu'elles avaient offerte n'existe plus. Ces taches sont irrégulièrement arrondies ; sous la pression du doigt quelques-unes disparaissent ; d'autres, en grand nombre, restent sans changer de couleur. Elles sont assez larges, varient de 6 à 12 millimètres de diamètre, et sont plus développées sur les bras et la face que sur le reste du corps. Ces taches rappellent celles des rougeoles hémorrhagiques, mais le malade n'a pas de coryza, pas de bronchite ; une lumière vive affecte péniblement les yeux, qui ne sont ni larmoyants ni injectés. L'éruption n'est pas accompagnée de démangeaisons. L'état général paraît satisfaisant. Quelques cuillerées de bouillon sont données au malade, qui les prend avec plaisir. Questionné sur son état, il répond qu'il se trouve mieux et qu'il n'éprouve absolument aucune douleur. Il paraît avoir de la tendance au sommeil.

» Le 8, l'état général est moins satisfaisant. On constate l'existence d'une escarre de 5 centimètres de diamètre au sacrum. On conseille au malade de quitter le décubitus horizontal dans lequel il reste constamment depuis le début de sa maladie, et de lui-même il se couche et reste couché sur le côté gauche.

» Le 10, l'éruption a pâli ; on voit bien encore les taches, mais elles sont à peine distinctes. Les urines sont toujours ictériques ; les selles, sanguinolentes, contiennent encore des fèces colorées en jaunes. Le malade reconnaît les couleurs ; il répond exactement aux questions qu'on lui adresse, mais il est toujours dans un état de somnolence dont il est moins facile de le tirer que les jours précédents. Il a quelques envies de vomir, mais pas de vomissements.

» Le 11, l'éruption a disparu ; l'ecchymose assez étendue, située autour de la saignée, est toujours très-apparente. Le malade est plus abattu que les jours précédents ; il ne présente d'ailleurs aucun phénomène nouveau.

» Le 12, il reste constamment dans un sommeil profond, presque comateux, et le 13, à cinq heures du matin, il meurt presque subitement, sans agonie, sans avoir présenté de symptôme qui pût faire prévoir une terminaison funeste si rapide.

» L'autopsie est faite vingt-huit heures après la mort.

» ÉTAT EXTÉRIEUR.—Le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancée. L'épiderme se détache avec la plus grande facilité ; le teint ictérique comme pendant la vie. La roideur cadavérique n'existe plus ; l'escarre du sacrum n'est pas très-étendue ; le ventre est plat ; au niveau de la saignée on trouve sur la peau un épanchement sanguin assez étendu ; nulle part on ne trouve d'épanchement sanguin dans les espaces intermusculaires.

» THORAX.—Les poumons sont sains, crépitants ; ils contiennent une quantité assez considérable de mucus et de sang. Celui du côté gauche présente quelques adhérences anciennes. Il n'existe pas d'épanchement dans les plèvres.

» Le péricarde ne contient que très-peu de sérosité.

» Le cœur est mou, d'un volume normal. Les orifices sont sains ; le sang est partout noir ; les caillots sont très-mous.

» ABDOMEN.—Les intestins, peu distendus, n'offrent à l'extérieur rien de remarquable. La muqueuse de l'estomac est ramollie, d'une couleur lie de vin, uniforme ; quelques arborisations peu marquées au niveau de sa grande courbure. Le duodénum présente aussi quelques traces de suffusion sanguine. Cette portion de l'intestin contient une bile verdâtre. Dans le reste de l'intestin grêle on trouve du mucus coloré et des matières fécales jaunes. Les plaques de Peyer

---

se remit alors à remplir les fonctions qui lui sont dévolues, fonctions qui, nous le savons, acquièrent dans les régions chaudes une si grande importance aux dépens d'autres actes languissants.

Les œdèmes ne cessèrent pas tout à coup au retour du beau temps. Bien plus, en février, à Mascara, l'atmosphère se maintint quelques jours chargée de beaucoup d'humidité, et nous eûmes pas mal de rechutes. Les sujets qui ne retombèrent pas se traînèrent quelque temps encore, pâles, languissants et incapables d'un service actif.

Le courrier qui portait cette lettre, toute fraîchement écrite, a été pillé, puis assassiné non loin de Saïda. Voilà comment, obligé de la recommencer plus tard, j'ai pu vous compléter l'histoire de notre épidémie. Nos redoutés confrères, les Tébil et les marabouts de la tribu coupable, auront eu les prémices de votre feuilleton.

En Afrique, la nature semble pressée de créer et de détruire ; toutes les évolutions y sont en général larges et rapides. Des cactus géants croissent presque à vue d'œil ; mais les débris de leurs énormes feuilles, arrachées par les vents ou la dent des chameaux, ne tardent pas à servir d'engrais aux jeunes plantes ; la femme est pubère à 12 ou 13 ans, à 20 elle est fanée ; l'homme se fait vite grand, et vite aussi se fait vieux ; de meurtrières épidémies se déclarent tout à coup, pour disparaître quelquefois non moins rapidement. Notre œdème fut la miniature de ces vastes maladies ; mais nous pûmes observer de bien plus brusques successions du bien-être à l'état maladif, la chaleur du midi détruisant les effets du froid de chaque matin. Souvent des toux sonores, sortant des tentes voisines, venaient troubler notre sommeil, et, à la diane, nous nous voyons entouré de toutes parts de réclamants : l'un se plaignait de points de côté, l'autre de douleurs musculaires ; celui-ci était enchifrené, celui-là avait la voix éteinte ; et, le même jour, quand on arrivait au camp après les ardeurs du soleil, tout cela s'était évanoui ou calmé.

Il en est, en Algérie, des maladies comme de la végétation : les contrastes sont frappants. D'une part, les fièvres paludéennes et les diarrhées, d'ordinaire simples chez nous, deviennent ici compliquées et pernicieuses, de même que nos roseaux et nos herbes se métamorphosent en grands végétaux ; et, d'un autre côté, l'on rencontre de petites maladies mortes à peine nées, comme nos narcisses, nos iris et nos soucis, fleurs orgueilleuses en France, abaissent ici leur tête au niveau des plus humbles pelouses.

Z. X.

— Ibrahim-Pacha a visité vendredi dernier l'école de medecine et le Val-de-Grâce. Il était accompagné de plusieurs membres de sa famille, de M. le docteur Lallemand et de M. le colonel Thierry. Il a été reçu par M. Orfila, qui lui a fait les honneurs des deux musées de l'école avec la courtoisie la plus parfaite. Le prince égyptien a beaucoup admiré ces deux magnifiques créations du doyen de l'école de Paris. Il a paru surtout émerveillé de la rapidité avec laquelle elles ont été réalisées. Il a accueilli avec un grand empressement l'idée qui lui a été suggérée par M. Orfila de fonder en Égypte des musées du même genre, et il a promis d'envoyer à l'École de médecine de Paris tous les animaux d'Égypte dont M. le doyen lui ferait la demande. Ibrahim s'est montré en outre fort sensible à

ne sont pas plus développées que dans l'état sain. Il n'existe aucune altération dans le gros intestin.

» Le foie a un volume normal; il est mou, offre une teinte ictérique uniforme. Incisé en lames minces, on n'y découvre ni dépôts de pus ni aucune altération. La veine porte et ses divisions, la veine cave et ses principales branches, sont saines et contiennent du sang fluide, noirâtre. La vésicule biliaire contient une assez grande quantité de bile d'un vert noirâtre; son conduit excréteur est sain. — La rate est molle, d'un volume normal; les reins colorés en jaune, ramollis, presque diffluents. Les capsules surrénales offrent une coloration jaune très-prononcée.

» Tête. — Le cerveau est très-mou, et présente une teinte ictérique.

A l'époque où l'on recueillait cette importante observation à la Charité, un cas semblable se présentait à l'hôpital Necker, dans les salles de M. Tessier, où je faisais le service d'interne provisoire.

ICTÈRE, VOMISSEMENTS OPINIATRES; HÉMORRHAGIES; SOMNOLENCE; MORT; RIEN A L'AUTOPSIE.

Obs. — Au n° 2 du pavillon Saint-Philibert, entra, le 25 juillet 1825, le nommé Charles Londault, cocher de fiacre, âgé de 40 ans. Cet homme, d'une taille moyenne, d'une constitution forte et d'une obésité assez grande, n'avait jamais été malade. A la suite d'une vive discussion avec un camarade chez lequel il se trouvait, il fut pris subitement de céphalalgie violente, de frissons et de vomissements. Le malaise était si fort qu'il fut obligé de se mettre au lit chez son camarade; il y resta jusqu'à son entrée à l'hôpital, trois jours après le début des accidents.

Le lendemain, 26 juillet, quand nous vîmes le malade, il éprouvait encore une vive douleur de tête, des étourdissements, des crampes dans les membres. Il ne vomissait plus, mais avait toujours des nausées. La fièvre n'était pas très-forte; il n'y avait pas de diarrhée. On lui ordonna de la tisane de groseille et de la limonade.

Le 27, apparut un ictère fortement prononcé. Cependant le malade était sans fièvre, sa peau fraîche, la céphalalgie moins violente, quoiqu'il se plaignît de n'avoir pu dormir. La bouche était amère, le ventre indolent, les matières conservaient leur couleur naturelle; ni la percussion ni les palpitations ne purent faire reconnaître une affection du foie.

Le 28 et le 29, l'état du malade semblait meilleur; mais dans la nuit du 29 au 30 juillet il fut pris d'une dyspnée qui augmenta peu à peu. A l'heure de la visite, nous le trouvâmes dans un état de profonde stupeur. L'oppression était grande et tout le côté du thorax offrait une matité prononcée.

A l'auscultation, l'on entendait du râle muqueux et sous-crépitant fin dans toute l'étendue du poumon droit; point de résonnance de la voix ni de souffle bronchique. Le pouls était large, vibrant, tout indiquait une violente congestion pulmonaire. Une saignée de plus d'une livre fut pratiquée immédiatement et soulagea beaucoup le malade. L'étouffement persista à un moindre degré tout le jour; et la nuit suivante, le malade, qui n'était pas sujet aux épistaxis, fut pris, à quatre heures et demie du matin, d'une hémorrhagie nasale qui se prolongea jusqu'à huit heures. A la visite le malade était pâle, sa peau très-fraîche, mais sans sueur froide; pouls à 60 (ce qui est beaucoup pour un ictérique); oppression moindre; poitrine plus sonore; pas de toux ni d'expectoration. La bouche était mauvaise, la langue couverte d'un enduit jaunâtre, les urines foncées; une douleur assez vive se faisait ressentir à l'épigastre. On ordonna la tisane d'orge et de chiendent, et six ventouses scarifiées sur l'hypocondre droit.

Le 1er août, les vomissements bilieux reparurent avec violence; le malade était dans une somnolence presque continuelle; il avait une fièvre très-vive; une éruption miliaire parut sur la poitrine et disparut le lendemain. On continua la tisane d'orge et de chiendent, et l'on administra un mélange d'huile de ricin, 40 grammes, et d'huile d'amandes douces, 4 grammes. Ces remèdes furent vomis dans la journée et la constipation persista.

Le 12, les vomissements bilieux continuèrent, tantôt avec de violents efforts, tantôt par simple régurgitation. Épistaxis légère, constipation, fièvre. On fit prendre au malade des pilules avec le calomel et l'extrait thébaïque.

Le 3, le malade eut encore une légère épistaxis.

Le 4, même état. Dans la soirée, comme l'oppression paraissait augmenter, on fit une saignée de deux palettes.

Le 5, on appliqua un large vésicatoire au côté droit, et l'on ordonna 4 grammes de cyanure de potassium et de fer dans 2 pots d'eau sucrée.

Le 6, les vomissements continuaient; on remarquait, au milieu de la bile dont ils étaient formés, des flocons blancs et comme pseudomembraneux. La fièvre était vive et le malade était dans une somnolence presque continuelle. (Même prescription.)

Le 7, même état. Toute boisson était vomie par le malade, la fièvre continuait. On ajouta de la glace au cyanure de potassium et de fer pour faire supporter la boisson.

Le 8, il y eut une amélioration. Le malade vomissait moins, la somnolence paraissait diminuée; il apparut dans la journée une éruption de petites taches rouges, irrégulièrement arrondies, d'un centimètre de diamètre, formant tantôt des cercles, tantôt des figures irrégulières, et qui couvrirent les jambes et les cuisses. En même temps le malade éprouvait un hoquet fréquent.

Les jours suivants, la somnolence diminua beaucoup, mais l'ictère et les vomissements restèrent au même point. L'éruption envahit successivement les bras et le tronc, devint générale, et les taches, venant à se réunir, formèrent des plaques rouges, souvent très-larges, dont la couleur contrastait étrangement avec la couleur jaune du reste de la peau. Le hoquet augmenta de violence.

Le 11, vomissements toujours très-fréquents; on y remarqua parfois quelques stries de sang. Du reste, même état, le hoquet persistant, la fièvre étant toujours très-vive. On fit prendre au malade de la glace en fragments, un peu de bouillon avec laudanum de Sydenham, 1 gramme; sirop d'éther, 30 grammes.

La journée du 12 n'apporta pas de changement. On continua la potion, et de plus un lavement avec le sulfate de soude et la décoction de séné.

Dans la nuit du 12 au 13, le malade fut très-oppressé, il eut de nombreuses évacuations alvines; la matin, sa figure était pâle, terreuse, profondément abattue, à peine pouvait-il répondre aux questions par quelques mots entrecoupés. Le pouls était peu fréquent, mais sans force, la langue sèche et jaune; les vomissements, le hoquet n'avaient pas cessé, tout indiquait une terminaison funeste. On ordonna des sinapismes aux pieds et de l'eau de Vichy à la glace.

Dans la journée le malade perdit connaissance et mourut vers six heures du soir.

Autopsie 40 heures après la mort.

État extérieur. L'embonpoint du corps avait peu diminué et paraissait considérable. L'ictère gardait son intensité, mais l'érythème ne paraissait presque plus.

Thorax. Les poumons étaient sains et crépitants, excepté celui du côté droit, qui était encore congestionné, surtout à sa base. Rien du côté du péricarde et du cœur.

Abdomen. L'estomac ouvert ne nous offrit aucune altération; il contenait beaucoup de bile; sa muqueuse était saine; seulement au niveau de la grande courbure on voyait dans l'étendue d'un pouce un piqueté d'un rouge brun; ce même piqueté occupait encore près d'un pouce du duodénum à son origine. Du reste, il n'y avait pas d'arborisations vasculaires et la muqueuse paraissait saine dans l'intervalle du piqueté.

L'intestin était rempli d'une bile verdâtre.

Le foie, de grosseur et de couleur normales, n'était point enflammé; coupé en morceaux, il ne présenta ni abcès ni rien de morbide.

La vésicule contenait une bile épaisse et très-noire, mais pas de calculs; un

---

l'accueil très-digne qu'il a reçu des élèves. Au Val-de-Grâce, il a été reçu par MM. les officiers de santé en chef et M. le directeur.

— M. Serres, membre de l'Institut, a été nommé commandeur de la Légion-d'Honneur, et M. le professeur Dubois, officier.

Ont été nommés chevaliers :

MM. les docteurs Sigaud, premier médecin de l'empereur du Brésil, L'Héritier, Hœfer, Marchal (de Calvi), Amédée Latour, Combes (de Toulouse), Lenoir, Michon, Oliffe, Grisolle, Lagasquie, Mandl et Rampon.

— Nominations dans la garde nationale. — Par ordonnances royales en date des 6 et 7 de ce mois, ont été nommés, dans la garde nationale de Paris et de la banlieue, savoir :

1° Chirurgien-major et chirurgiens-aides-majors. — 11e légion de Paris : MM. Haracque, chirurgien-major; 1er bataillon, Duchesne, chirurgien-aide-major; 2e bataillon, Gasnault, id.; 3e bataillon, Cullerier, id.; 4e bataillon, Barth, id.

— Poursuites en exercice illégal de la médecine contre M. Raspail. — M. Raspail comparaissait aujourd'hui comme prévenu devant le tribunal correctionnel de la Seine (8e chambre), présidence de M. Hallé. Il était cité, à la requête du ministère public, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine; on sait, en effet, que M. Raspail n'a pris aucun grade à l'Académie de médecine. M. Raspail se présentait en personne; il a demandé la remise de la cause pour préparer sa défense et assigner ses dénonciateurs.

M. l'avocat du roi Puget : En matière de délit, nous ne sommes pas obligés de faire connaître les dénonciateurs; du reste, nous n'avons pas à dissimuler que nos poursuites ont été provoquées par l'association des médecins de Paris, sur une lettre qui est au dossier et qui est signée de M. Orfila et de M. Fouquier.

Le tribunal a consenti la remise à huitaine.

— La fièvre typhoïde exerce de si grands ravages dans le village de Maquinneville (Somme), et la terreur inspirée par la contagion est telle, qu'un mari s'est trouvé dans l'affreuse nécessité d'ensevelir sa femme de ses propres mains.

— La fièvre typhoïde fait de grands ravages à Dublin et dans plusieurs comtés d'Irlande.

— Au moment de mettre sous presse, nous recevons communication d'un manifeste relatif à l'institution d'un cercle qui portera le nom de *Cercle médical de France*, siégeant à Paris. Nous publierons cet article dans le prochain numéro.

— Hopital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours d'été dans le jardin de l'hôpital, le mardi 19 mai, à neuf heures, et le continuera les mardis suivants (*la visite des salles à huit heures et demie*).

Toute l'année, le lundi, consultation publique et *visite clinique* (cette dernière est suspendue pendant la durée du cours).

stylet pénétra sans peine dans toute l'étendue de ses conduits, qui furent ouverts ensuite sans qu'on pût y reconnaître aucune lésion.

Il sera mieux de rapprocher ces deux observations d'une troisième, très-détaillée aussi, que nous rapporterons à propos des épidémies d'ictère, et qui nous offrira les mêmes accidents, surtout des hémorrhagies abondantes; seulement le coma et l'abattement furent remplacés par un violent délire.

(La suite et fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE L'URÉTRITE CHEZ LA FEMME; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, etc.

Il y a quelques années encore, on confondait sous le nom de gonorrhée, de blennorrhagie chez la femme, tous les écoulements qui se faisaient par la vulve, quelles que fussent leur origine et leur nature (urétrite, vaginite et catarrhe utérin). Mais de même que les parties génitales de la femme se composent d'organes distincts, indépendants les uns des autres, de même ces mêmes organes peuvent être séparément influencés par un coït impur, ou se prendre tous en même temps, soit que la cause ait agi sur le vagin et l'urètre à la fois, soit qu'elle se soit propagée par voie de continuité ou par contagion de l'un de ces organes à l'autre. Aussi désirerions-nous que l'on rayât du vocabulaire médical le nom de blennorrhagie, pour qu'il n'existât plus dorénavant de confusion dans la manière de désigner ces différentes affections. Nous appellerons donc, ainsi que l'ont fait quelques auteurs, *urétrite*, l'inflammation de l'urètre, *vaginite* celle du vagin. Nous décrirons séparément ces deux maladies, chacune d'elles nécessitant un article à part.

L'urétrite simple, sans complication, quoiqu'elle ne soit pas aussi fréquente que certains auteurs l'ont avancé, n'est pas absolument rare dans notre service. Depuis un an environ, les cas ont été assez multipliés pour que parmi nos malades, il y en ait eu habituellement une ou deux affectées d'urétrite.

L'urétrite, chez la femme, s'annonce, ainsi que chez l'homme, par quelques élancements dans l'intérieur du canal, principalement à son orifice externe, par un léger prurit qui se change bientôt en un picotement douloureux, enfin par le gonflement du méat urinaire, qui devient rouge, enflammé. Cet état dure de douze à vingt-quatre heures, puis apparaît à l'orifice externe un écoulement séro-muqueux qui réunit ensemble les bords du canal de l'urètre, en même temps que se font sentir des envies fréquentes d'uriner ainsi que des ardeurs et des cuissons à l'émission des urines. Du quatrième au dixième jour, l'écoulement devient plus abondant, s'épaissit et se colore en jaune, mais plus souvent en vert. Il peut irriter les parties qui environnent l'urètre ainsi que l'entrée du vagin qui, par suite, participent de cette même inflammation. Alors la muqueuse urétrale et le méat présentent assez fréquemment un aspect granulé; en pressant les parois de l'urètre l'une contre l'autre, il en sort quelquefois une gouttelette de pus sanguinolent. Mais dès que les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, ce qui arrive du quinzième au vingt et unième jour, l'écoulement diminue sensiblement; du vert, il passe au jaune, puis il devient blanc et plus épais, comme visqueux; il finit par disparaître sous l'influence du traitement. L'écoulement dure, en général, de trente à quarante jours, comme chez l'homme, si on ne met en usage que la *méthode délayante* (boissons émollientes, bains, etc.); mais il n'en est pas de même avec celle que nous employons habituellement, la *méthode abortive, substitutive*. Quinze à vingt jours suffisent pour arrêter complétement l'écoulement.

L'urétrite aiguë, qui a été négligée ou mal soignée, passe après un certain temps à l'état chronique. Dans cette circonstance, la maladie n'est nullement douloureuse, et les femmes n'en ont aucun sentiment: elles se croient guéries; seulement elles se plaignent de tacher leur linge, et si on vient à les examiner, on remarque que le pus qui sort de l'urètre est blanc, opaque, ressemblant à du lait; la muqueuse urétrale n'est ni gonflée ni plus rouge que dans l'état normal. Dans ces cas, on ne s'apercevrait pas de la présence de l'urétrite, si on n'avait la précaution d'introduire le doigt indicateur dans le vagin, et de ramener d'arrière en avant le liquide qui paraît alors à l'orifice de l'urètre.

Les saisons ne sont pas sans influence sur la plus ou moins grande fréquence de l'urétrite chez la femme; en effet, les mois humides, froids, tels que ceux de novembre et décembre, l'époque des bals, etc., nous ont démontré que cette maladie, ainsi que les maladies syphilitiques, était plus fréquente en hiver que dans les autres saisons de l'année.

Nous admettons deux espèces d'urétrites: l'*urétrite simple*, non virulente, bien qu'elle soit susceptible de contagion, et l'*urétrite syphilitique*, infiniment plus rare que la précédente, coïncidant avec des chancres, des bubons, etc. Comment refuser de croire à l'urétrite virulente, lorsqu'après un coït impur il se déclare en même temps des chancres, une urétrite, etc., chez une femme parfaitement saine jusqu'alors? L'urétrite, dans ce cas, n'est-elle pas de même nature que les chancres?... Quant aux causes qui peuvent donner naissance à la maladie qui nous occupe, elles sont trop bien connues pour que nous nous y arrêtions.

Existe-t-il des signes certains au moyen desquels on puisse distinguer entre eux les divers écoulements des parties génitales de la femme? Nous ne le pensons pas, et en cela nous sommes d'accord avec la plupart des praticiens. Pendant l'année 1842, nous nous sommes livré à différentes reprises, avec le plus grand soin, à pratiquer l'inoculation, moyen de diagnostic proposé comme le plus certain dans le cas qui nous occupe; et malgré nos expériences et toutes nos recherches, nous ne sommes arrivé à rien de concluant. Nous en dirons autant d'un autre moyen d'investigation, le microscope.

L'urétrite des femmes est bien moins sujette à se supprimer que celle des hommes, et par conséquent elle est à peu près exempte des accidents qui surviennent pendant le cours de l'urétrite chez ces derniers. Cependant il y a quelquefois chez la femme une coarctation plus ou moins prononcée de l'urètre, ce qui rend l'émission de l'urine plus difficile et beaucoup plus douloureuse. Nous avons été deux fois à même d'observer un fait dont il y a bien peu d'observation dans la science: c'est le *rétrécissement* très-considérable de l'urètre. Chez l'une de ces malades, après avoir contracté plusieurs urétrites qui n'avaient jamais été bien guéries, le rétrécissement était arrivé à un tel point qu'on voyait à peine l'orifice du méat urinaire et que nous avons été obligé de dilater le canal au moyen de bougies; mais n'en ayant continué l'usage que pendant une quinzaine de jours, nous vîmes le rétrécissement se reproduire, et nous fûmes obligé de recommencer à traiter cette maladie pendant cinq semaines; cette fois la guérison fut complète.

Une autre femme, d'une quarantaine d'années, présentait l'orifice du canal de l'urètre béant; l'œil pouvait y plonger jusqu'à un centimètre et demi, et il semblait en cet endroit se terminer en cul-de-sac. Cette femme n'urinait que goutte à goutte, et encore en faisant beaucoup d'efforts. Une sonde en caoutchouc de petit calibre ne pouvait y pénétrer. Nous avons graduellement introduit dans l'intérieur du canal des bougies de plus en plus grosses, qui pendant longtemps ont fait souffrir la malade, qui est sortie de Saint-Lazare complétement guérie après un séjour de deux mois.

A la suite de nombreuses urétrites, il se forme quelquefois des espèces de varices au pourtour de l'orifice de l'urètre, qui produisent un bourrelet assez volumineux et qui n'est jamais guérissable.

En résumé, l'urétrite de la femme est plus bénigne et a une durée plus courte que celle de l'homme, sans doute parce que l'urètre de la femme est moins long, beaucoup plus large, et que la maladie a moins de prise sur lui.

Quoi qu'il en soit, nous avons pour cette maladie trois modes de traitement bien distincts dont nous nous servons suivant le plus ou moins d'intensité de l'urétrite: 1° la méthode délayante; 2° la méthode perturbatrice, dite spécifique; 3° la méthode substitutive ou astringente.

1° Dans les cas les plus ordinaires, lorsque l'urétrite est aiguë, notre traitement consiste dans les boissons délayantes et mucilagineuses prises en très-grande quantité, 2 pilules par jour, et additionnées d'un à 2 grammes de nitrate de potasse. Nous faisons prendre à nos malades deux à trois bains chaque semaine, ainsi qu'une alimentation légère et rafraîchissante; nous leur faisons en outre garder le repos. Ces moyens suffisent presque toujours pour guérir cette maladie lorsqu'elle est peu intense; mais quand l'écoulement dure depuis longtemps, que l'urétrite est passée à l'état chronique, on doit alors avoir recours à une médication plus énergique, la *méthode perturbatrice*, par exemple. Bien que l'on ait prétendu que le cubèbe et le copahu n'avaient aucune action curative sur la blennorrhagie de la femme, par la raison sans doute que l'on comprenait sous ce nom la vaginite et non l'urétrite, nous nous sommes bien trouvé dans la plupart des cas, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, de l'administration de ces médicaments. Nous donnons le poivre cubèbe sous la forme de teinture alcoolique saccharolée à la dose de 30 grammes chaque jour pris en deux fois, matin et soir. Il est difficile aux malades de supporter pendant plus d'une quinzaine de jours ce médicament, qui finit par déterminer une irritation gastro-intestinale; mais cet espace de temps est le plus ordinairement suffisant pour guérir complétement l'urétrite. Il en est de même du baume de copahu pur qui répugne beaucoup aux malades, quoi qu'on le leur donne sous la forme pilulaire ou d'opiat, à cause de l'état nauséux, des rapports fatigants qui surviennent inévitablement après l'ingestion de cet agent thérapeutique. Toutefois, en ajoutant à ce beaume quelques gouttes de citron ou d'essence de menthe poivrée, on en facilite la digestion et on diminue ainsi ces rap-

ports nauséabonds. Nous avons remarqué que l'urétrite était heureusement modifiée toutes les fois que le copahu ne déterminait pas chez les femmes des selles abondantes et que l'urine, en passant sur l'endroit enflammé de l'urètre, produisait une cuisson qui n'est pas désagréable. Cependant, ainsi que M. Ansiaux (de Liége) et M. Gibert, nous avons aussi vu guérir l'urétrite assez souvent, malgré des évacuations alvines abondantes. Toujours est-il que nous pensons, comme Cullen et MM. Trousseau et Pidoux, que c'est en stimulant, en excitant un certain degré d'irritation dans l'urètre, que le baume de copahu agit efficacement; et cela est tellement vrai que nous avons remarqué maintes fois que la première dose de copahu administrée aux malades augmentait constamment pendant les douze premières heures leur écoulement non-seulement quand il était à l'état aigu, mais encore à la période de déclin pour ensuite diminuer insensiblement et disparaître à une époque plus ou moins rapprochée.

Un médicament que les femmes supportent plus facilement, c'est la térébenthine cuite unie à l'aloès dans les proportions suivantes :

Prenez : Térébenthine cuite. . . . . . . 8 grammes
Poudre d'aloès succotrin. . . . 2 grammes

F. s. a. et divisez en 40 pilules.

A prendre 10 à 12 pilules chaque jour.

Nous avons guéri en quinze ou vingt jours, en prescrivant les pilules précédentes, la plupart des malades atteintes d'urétrite aiguë.

Quant à la *méthode substitutive*, nous n'avons eu qu'à nous en louer. C'est ainsi que nous employons, dès le début de l'urétrite, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent poussé à 3 centimètres au delà du méat, de manière à dépasser la muqueuse enflammée; mais il est indispensable d'exprimer auparavant le pus que renferme le canal, et de promener lentement le crayon de nitrate d'argent pour déplisser le plus complétement possible la muqueuse urétrale. Cette cautérisation détermine quelquefois de vives douleurs, nous disons quelquefois, parce que sur des malades les effets de la cautérisation ont été presque nuls, tandis que chez toutes l'émission des urines a été douloureuse. Quoi qu'il en soit, à partir du troisième jour, la muqueuse qui est escarrifiée se détache soit en totalité, ce qui est rare, soit par lambeaux; l'écoulement diminue considérablement, se supprime souvent pour reparaître après la chute de l'escarre. Une ou deux nouvelles cautérisations faites à six jours d'intervalle suffisent pour faire avorter l'urétrite. Nous remplaçons quelquefois le nitrate d'argent fondu par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé, à la dose de 40 à 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, toutefois, en prenant quelques précautions qui sont indispensables. Nous introduisons d'abord le doigt médius de la main gauche sous la paroi inférieure de l'urètre, dans le but d'appliquer les parois de ce canal contre la symphyse du pubis, et d'intercepter ainsi l'injection qui pourrait atteindre le col de la vessie; puis, nous nous servons du doigt indicateur et du pouce de la même main pour maintenir les bords du méat urinaire appliqués contre l'extrémité de la seringue, introduite avec précaution après avoir été préalablement enduite d'huile. Le liquide injecté doit séjourner au moins une minute dans le canal. Nous avons aussi employé quelquefois les injections de sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le tannin, etc. Ces moyens ne nous ont réussi que plus rarement. Mais cette méthode n'est applicable que dans les hôpitaux; dans la pratique civile, à moins de cas exceptionnels, elle ne peut être conseillée.

Un mode de traitement qui avait été préconisé par Hourmann est l'emploi du coton cardé introduit dans l'urètre plusieurs fois par jour, afin d'isoler les parois de ce canal. Nous n'avons employé ce moyen que sur une dizaine de femmes, et si nous n'avons pas obtenu de bons succès, le petit nombre de nos expériences ne nous permet pas d'en tirer de conclusions; toujours est-il que, outre l'inconvénient très-grave d'être obligé de faire au moins trois pansements chaque jour, nous avons remarqué que l'introduction de cette mèche n'était pas toujours facile, lorsque la muqueuse était fortement boursouflée et qu'elle occasionnait constamment d'assez vives douleurs.

Enfin, lorsque l'urétrite est virulente, c'est-à-dire qu'elle coexiste avec des chancres-bubons, nous administrons aux malades les pilules de protoiodure; dans les cas d'urétrites simples, au contraire, nous nous en abstenons.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE HISTORIQUE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE, adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique, par M. le docteur DIDOT (1).

Messieurs,

Les paroles que j'ai eu l'honneur de prononcer dans cette enceinte, le 29 juin dernier, ont soulevé des réclamations et des critiques qui m'ont peu étonné : l'importance du sujet, la position des personnes, les conclusions qui ressortaient naturellement des faits que j'avais agglomérés, tout me présageait que l'incident ne pouvait passer inaperçu, et que le moment était venu où la vérité devait se faire jour.

Ce qui m'a donné le courage d'aborder un sujet aussi délicat, et la volonté de revendiquer auprès de celui qui passe à juste titre pour l'un des princes de la science, le mérite d'une découverte qui s'est popularisée en France sous un nom qui, quoi qu'on en dise, n'est point celui de M. Seutin, seul et véritable auteur de la méthode.

Permettez-moi d'abord, messieurs, de répondre sommairement à tout ce qui a été dit à ce propos : ce seraient autant d'arguments, indirectement produits en faveur de l'application pratique de la méthode de M. Seutin, et, sous ce rapport, je rentrerai dans l'objet spécial de la discussion qui est pendante devant vous. J'aborderai ensuite l'incident soulevé par la lettre de M. Velpeau, pour me livrer à une appréciation équitable des prétentions de cet honorable professeur, prétentions que nous lui avons toujours contestées.

Un honorable membre de cette assemblée, dont la haute raison jette tant d'éclat sur vos travaux, M. Fallot, a dit qu'il n'était ni équitable, ni habile, ni digne de la cause que nous soutenons, de faire valoir le prestige de la nationalité pour vous intéresser en faveur de la méthode de M. Seutin, et vous engager à la couvrir de votre égide; qu'elle n'a besoin d'aucun éclat d'emprunt, et qu'il suffit de la considérer en elle-même pour en apprécier tout le mérite.

A cela, messieurs, je répondrai simplement que, si les choses se passaient toujours et partout comme elles se passent en Belgique, en Hollande, en Allemagne et en Angleterre, il serait parfaitement inutile de se coaliser en quelque sorte pour défendre un nom, un procédé, une méthode : chacun se ferait un devoir de respecter les titres de l'inventeur; l'on n'irait point, après avoir reconnu l'importance d'une découverte, après lui avoir accordé les plus belles paroles en son éloge, chercher à l'amoindrir par des critiques tracassières. On ne tenterait pas surtout de s'attribuer la plus large part dans le mérite de l'invention pour des modifications insignifiantes, ou pour de prétendus perfectionnements. Mais puisqu'il n'en est point ainsi, puisque ailleurs on se coalise pour nous ravir ce dont nous sommes fiers, pourquoi n'opposerions-nous point à la coalition la puissance de l'association ?

Voilà, messieurs, la seule réponse que je puisse faire à l'honorable M. Fallot, et je suis certain d'avance qu'elle le satisfera, puisque mon seul but est de faire triompher la vérité.

L'honorable M. Phillips, de son côté, obéissant à un sentiment de gratitude pour son ancien maître, a blâmé l'accusation de *plagiat*, que j'avais articulée contre M. Velpeau, et a prétendu que de ce chef *il n'avait pas fait un acte qui dût faire crier si fort au vol, à la contrefaçon*, parce que *dans les trois premières années le bandage amidonné ne fut autre chose qu'un bandage inamovible, et ne constitua ni une méthode ni une doctrine.*

J'aurai tout à l'heure l'occasion d'examiner la question de *plagiat* ou de *contrefaçon* : que M. Phillips veuille bien, quant à présent, recourir aux différents mémoires qui ont été publiés en 1836, et il verra clairement que la méthode de M. Seutin embrassa, dès cette époque, une sphère assez étendue pour que son auteur pût dire *qu'il était impossible de préciser jusqu'où les chirurgiens expérimentateurs pourraient en reculer les bornes;* il verra surtout que, pendant l'année 1835, la section du bandage modifia la méthode de manière à créer cette condition d'*amovo-inamovibilité* qui fait aujourd'hui sa supériorité; il verra enfin qu'alors déjà M. Seutin l'avait employée, non-seulement dans les fractures, mais encore dans les luxations, les caries, les nécroses, les tumeurs blanches, les résections, les brûlures, les orchites, les amputations, et dans quantité d'autres affections.

Or si ce n'est point là une méthode et une méthode complète, si ce n'est

(1) Sur la demande de l'auteur, nous insérons avec plaisir cette lettre, destinée à compléter les pièces relatives à la discussion sur le bandage amidonné. (Voir GAZ. MÉD, n. 37 et 39, année 1845.)

point là une doctrine raisonnée, il restera à bien préciser les conditions que l'on exige pour qu'une série de principes constitue ce que l'on est convenu d'appeler une méthode.

L'honorable M. Phillips trouve aussi que j'ai manqué de *courtoisie* envers *une des gloires de l'école française*, et que j'ai trop *légèrement oublié* que M. Velpeau avait, en maintes circonstances, rendu justice éclatante au mérite de l'invention de M. Seutin. Pour le prouver, M. Phillips cite quelques phrases empruntées à l'ouvrage de M. Janselme.

Ceci soulève deux questions bien distinctes et nécessite de ma part quelques explications.

Dans tout pays où le droit de propriété est consacré par les lois et par l'usage, il ne peut y avoir défaut de *courtoisie* à revendiquer une propriété dont on croit être injustement dépossédé, cette propriété eût-elle été largement vantée et louée par celui qui s'en empare. Or, dans ce cas-ci, je crois m'être servi d'expressions assez *convenables*, je crois avoir employé des formes assez *courtoises* pour être autorisé à repousser de toutes mes forces le reproche de l'honorable M. Phillips. Mais, dira-t-on, M. Velpeau est un homme supérieur! M. Velpeau est *une des gloires de l'école française*, et l'on ne doit point l'oublier facilement. Je reconnais tout cela, messieurs; aussi je me permets de faire observer que si dans les pays policés il est permis, pour des affaires civiles, d'ester en justice même contre le chef de l'état, il me semble qu'il nous est bien loisible d'évoquer devant vous, qui constituez un tribunal scientifique, une cause dans laquelle se trouve mêlé le nom de l'honorable M. Velpeau. Soutenir le contraire serait porter la perturbation dans toutes les idées reçues.

Quant aux citations qu'a rapportées M. Phillips, elles ne sont pas plus concluantes que celles que M. Velpeau lui-même a transcrites dans sa lettre : ce ne sont pas des phrases détachées qu'il faut juger, ce ne sont point des mots épars qui doivent former une conviction, c'est l'esprit qui a présidé à toute une rédaction, c'est l'ensemble de cette rédaction. Or je déclare formellement, et je le prouverai tout à l'heure, les éloges adressés à M. Seutin figurent toujours et partout au second plan du tableau, et ne sont présentés que comme des propositions accessoires servant à démontrer la supériorité des idées que l'on a données pour *originales*, tandis qu'elles ne sont que la simple reproduction de celles de M. Seutin. On vante à la vérité l'invention de la matière solidifiante; on annonce que l'on a expérimenté *dans le principe* d'après les idées de M. Seutin; on va même jusqu'à lui concéder les ouvertures destinées à l'écoulement de la suppuration; mais en réalité on n'admet que le soi-disant *appareil de l'auteur*; c'est lui que l'on vante, que l'on emploie, que l'on démontre aux élèves, et si l'on parle *parfois* de celui du chirurgien de Bruxelles, c'est comme d'une chose bonne en principe, mais *trop compliquée* puisqu'on a dû la *simplifier*, et incapable en résumé d'entrer en parallèle avec la nouvelle méthode dont on se dit l'auteur.

Ce que je dis ici est si vrai, qu'en France aujourd'hui, et surtout à Paris, c'est à peine si les jeunes praticiens connaissent la méthode, je ne dirai pas *amovo-inamovible*, mais simplement *amidonnée* de M. Seutin. Grâce à la substitution de la dextrine, on ne connaît et l'on n'emploie plus que la méthode dite de M. Velpeau! Cela vous étonne, messieurs; eh bien! vous pouvez vous en assurer en consultant les différents comptes rendus de certaines cliniques parisiennes, ou bien encore en feuilletant l'ouvrage le plus classique de notre époque, les ÉLÉMENTS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau. C'est en vain que vous y chercherez un mot, un seul mot relatif aux travaux de M. Seutin. Vous savez cependant que cet excellent livre représente une encyclopédie véritable de tous les procédés chirurgicaux bons ou mauvais, et qu'il contient une appréciation rigoureuse de chacun d'eux; pourquoi donc l'auteur a-t-il fait exception à l'égard des fractures, et pourquoi, à côté des *procédés de l'auteur*, n'a-t-il trouvé place que pour l'hyponarthécie de M. Mayor?

En présence de ces faits, que font, je vous le demande, quelques citations empruntées çà et là aux nombreux écrits publiés sur la matière?

Ce qui précède me ramène naturellement vers l'objet principal de cette discussion, c'est-à-dire vers la lettre de M. Velpeau, que je vais examiner rapidement et avec toute la modération que réclame un sujet aussi important.

Je dois, messieurs, démontrer que j'étais en droit de m'exprimer comme je l'ai fait dans la séance du 29 juin dernier; je dois achever de prouver que M. Velpeau s'est injustement attribué l'honneur de donner son nom à une méthode de traitement des fractures, alors que toutes les idées émises par ce professeur étaient d'avance consignées dans les écrits de M. Seutin. Je dois enfin vous faire voir à l'évidence que si l'invention de M. Seutin est *une vérité*, celle de M. Velpeau n'en est que la *reproduction défectueuse*, puisque l'IMITATION n'a pu s'étendre aux précieux avantages de l'*amovo-inamovibilité*. Je réclame, messieurs, et votre bienveillance et une grande indulgence.

Je dois d'abord, puisque M. Velpeau lui-même le désire, *indiquer au juste ce que M. Seutin a le droit de s'attribuer*, et ce que nous revendiquons en sa faveur : ce sera le meilleur moyen d'*éviter toute confusion*, et de bien faire comprendre que si nous respectons les *exigences des relations scientifiques*, nous n'ignorons pas que la loyauté de la discussion réclame *certaine franchise* d'expression, afin d'expliquer nettement la question et de préciser exactement les faits en litige.

Procédant par voie analytique, l'honorable M. Velpeau conteste d'abord à M. Seutin tout mérite de priorité, soit dans l'emploi du moule inflexible, c'est-à-dire dans l'*inamovibilité*, soit *dans la forme du bandage*, soit enfin dans le principe de la *déambulation*. *Dès lors*, dit-il, *que reste-t-il d'absolument neuf dans le bandage de M. Seutin? un fait, un fait important : la substitution de l'amidon aux autres matières solidifiantes essayées jusque-là.*

Permettez-moi, messieurs, de dire quelques mots sur ces corollaires, afin d'apprécier à leur juste valeur des assertions qu'il est si facile de détruire; nous y trouverons, du reste, une transition naturelle pour arriver au centre des travaux de M. Velpeau, et nous placer de manière à pouvoir y pousser nos investigations assez avant pour reconnaître chaque pièce de butin appartenant en propre à notre compatriote.

M. Seutin n'a, je crois, jamais songé et ne songe point encore à réclamer l'honneur d'avoir inventé le *moule inflexible des appareils inamovibles*. Il sait trop bien que l'antiquité, avec ses traditions plus ou moins apocryphes, oppose une barrière infranchissable à celui qui manifesterait de telles prétentions; il sait également que c'est au Nestor de la chirurgie militaire française qu'appartient la priorité de l'*importation* de cette méthode. Mais aussi il est un point que M. Velpeau ne peut ignorer, et qui devrait, ce me semble, faire plus équitablement apprécier l'importance que l'on affecte aujourd'hui d'accorder à l'appareil de Larrey : c'est qu'en 1837, MM. Seutin et de Roubaix *cherchèrent vainement dans tout Paris un appareil appliqué d'après les indications de ce chirurgien*. C'eût été une occasion favorable d'établir un parallèle entre les deux méthodes; mais en vain prirent-ils des informations, nulle part les internes ne se rappelaient l'avoir vu employer. Le procédé de Larrey était donc tombé dans un discrédit complet, et M. Velpeau devait le savoir mieux que personne, lui qui, en 1830, s'était vu forcé comme les autres de renoncer aux tentatives de perfectionnement et d'améliorations qu'il avait poursuivies avec tant de persévérance, afin d'apporter des modifications avantageuses à l'appareil trop lourd et trop coûteux du chirurgien du Gros-Caillou.

Disons donc que M. Seutin n'a aucune prétention à l'*invention* des moules inflexibles, mais qu'il peut et doit réclamer le mérite d'avoir rajeuni, d'avoir *réhabilité les appareils inamovibles* abandonnés avant lui; qu'il peut et doit à juste titre revendiquer l'honneur de leur avoir donné cet ensemble de qualités qui en rendent l'application aussi simple, aussi facile qu'elle est précieuse dans ses résultats.

Voilà, quant à l'*inamovibilité*, ce que M. Velpeau aurait dû dire d'une manière spéciale, et ce qu'il a contesté, malgré l'évidence des faits. Sous ce rapport il y a donc un premier défaut de justice envers M. Seutin.

Mais suivons M. Velpeau dans son énumération, et voyons si du moins il sera plus indulgent quant à la *forme du bandage*. Nullement, *puisque*, dit-il, *le bandage de Scultet est employé de temps immémorial dans le traitement des fractures, et puisque les fanons et faux fanons, les talonnières et les attelles de carton étaient usités soit par M. Larrey, soit par Assalini...*

M. Velpeau commet ici une nouvelle erreur; car le mérite de la *forme* des appareils de M. Seutin est de n'en avoir aucune : la supériorité des bandages amidonnés est de pouvoir se prêter à toutes les idées, à tous les caprices du chirurgien. Ne lisons-nous point à chaque page des mémoires publiés sur la matière que c'est au praticien à modifier la confection des appareils suivant son génie, suivant l'exigence des différentes affections? M. Seutin n'a-t-il pas dit et écrit que peu lui importent les substances ou la forme des bandes, que, du moment où il y a contention exacte, coaptation parfaite, solidité et légèreté des bandages, le reste lui importe peu? N'a-t-il pas annoncé assez hautement que l'emploi de la bande roulée est tout aussi indifférent dans la grande majorité des cas que celui des bandelettes de Scultet, et que les attelles de carton elles-mêmes ne sont point de rigueur pour construire l'appareil, si les tours de bande sont assez multipliés? Comment après cela est-il possible de prétendre que M. Seutin n'a rien à réclamer pour la *forme* de ses appareils, alors surtout qu'il rejette la plupart des pièces dont M. Velpeau fait une si complaisante énumération, alors qu'il donne toute espèce de latitude au chirurgien, et qu'il l'affranchit de ce rigorisme aveugle du manuel ancien, pour le guider par les vues et par les déductions de la physiologie la mieux entendue?

Évidemment M. Velpeau obéit encore ici à un système d'exclusion qui ne saurait s'allier avec les idées de convenances académiques auxquelles il nous ramène avec tant de prédilection.

Quant à la *déambulation*, j'avoue, messieurs, qu'il m'est assez difficile

de bien coordonner les paroles de M. Velpeau, et de ne pas trouver une contradiction flagrante dans les termes mêmes de la lettre qui est entre vos mains. En effet, j'y trouve d'une part cet extrait de la note adressée à l'Académie des sciences, qui déclare que *par la manière dont M. Seutin a envisagé le principe de la déambulation, par l'extension qu'il lui a donnée, il se l'est pour ainsi dire appropriée.* Et plus loin, je lis dans le texte même de la lettre : *C'est donc la déambulation? pas davantage, puisque, outre les essais peu connus d'Amesbury, de M. Léger, etc., ce précepte avait été posé par M. Bérard, en 1833, d'une manière très-nette.*

Ainsi, d'une part, on déclare que la *déambulation* a été traduite en précepte par M. Seutin, et qu'il se l'est à bon droit appropriée, tandis qu'à la page suivante, on paraît tout étonné d'une prétention que M. Bérard seul pourrait soutenir, parce que, dès 1833, il en aurait parlé d'une manière très-nette.

Vous comprendrez, messieurs, qu'il serait superflu d'insister sur une contradiction qui suffit à elle seule pour vous faire craindre bien des erreurs pour la suite de l'argumentation de M. Velpeau. Qu'il me suffise en ce moment de dire que si l'honorable M. Bérard a publié en 1833 que « grâce à l'étoupade de Larrey, la déambulation *était possible,* » il n'a point songé à donner à cette formule l'importance d'un précepte, et n'a pas, comme M. Seutin, saisi les considérations physiologiques qui ont dicté à notre compatriote les développements tout à fait neufs que nous lisons dans ses mémoires. Aussi, c'est à juste titre que M. Velpeau a proclamé dès 1837 que M. Seutin s'était approprié cette question et qu'elle lui appartenait. Tenons-nous-en à cet aveu, il suffit pour contre-balancer l'effet du second passage auquel je viens de faire allusion.

Du reste, une chose le prouve mieux que ne le feraient les paroles les plus éloquentes, c'est qu'à l'époque où MM. Seutin et de Roubaix se trouvaient à Paris, on ne connaissait pas plus la *déambulation* que l'on ne rencontrait d'appareils inamovibles, et à l'hôpital Saint-Antoine, pas plus qu'ailleurs, il ne fut possible à ces messieurs de découvrir un appareil de Larrey disposé de manière à permettre la marche. Votre étonnement redoublera, messieurs, lorsque vous saurez que l'un des internes de M. Bérard, questionné sur cette circonstance remarquable, répondit sans hésiter qu'il n'avait jamais vu, à l'hôpital Saint-Antoine, aucune trace de cette méthode de traitement des fractures, et pourtant il y était depuis plus de dix-huit mois.

En présence de tels faits, croirez-vous encore que M. Bérard ou M. Amesbury avec ses machines coûteuses et compliquées, puissent enlever à M. Seutin l'honneur d'avoir généralisé le précepte de la *déambulation*, et de l'avoir étayée sur des considérations physiologiques méconnues avant lui? Je ne le pense pas ; aussi j'abandonne cette partie de la lettre de M. Velpeau, pour le suivre sur un autre terrain.

M. Velpeau, en parlant des prétentions de M. Seutin, demandait tout à l'heure *qu'on lui indiquât au juste ce que ce chirurgien s'attribuait dans le bandage* INAMOVIBLE. Remarquez bien, je vous prie, messieurs, que toute l'argumentation de l'honorable professeur de la Charité repose toujours sur cette question de l'*inamovibilité*, et ne touche en rien à l'*amovo-inamovibilité*, si ce n'est pour trouver la dénomination *assez étrange*, sans faire attention qu'elle représente une condition mixte qui assure à la méthode de notre compatriote une supériorité si grande sur toutes les méthodes rivales.

D'où vient cette persistance à vouloir enchaîner M. Seutin à la remorque de tous les *inamovibles* anciens et modernes? D'où vient ce dédain si persistant pour la section de l'appareil, section sur laquelle on passe sans s'y arrêter, comme si c'était l'un des moindres accessoires de la méthode?

Vous le comprendrez, messieurs, lorsqu'après avoir passé en revue la série de travaux entrepris, et par M. Velpeau, et par M. Seutin, à l'effet d'arriver à la création d'une nouvelle méthode, vous reconnaîtrez qu'il y a eu impossibilité pour M. Velpeau d'aller au delà de la *bande roulée* et de la *dextrine*, sans avouer implicitement qu'il copiait son confrère de Bruxelles, et qu'il l'imitait dans les moindres détails de ses appareils. Or, vous pensez bien que M. Velpeau ne pouvait agir de cette façon, et que sa haute réputation lui interdisait une conduite aussi peu digne de lui.

Voilà certainement, messieurs, pourquoi M. Velpeau parle toujours du bandage de M. Seutin comme d'un *bandage inamovible;* voilà pourquoi M. Velpeau a toujours refusé et refuse encore de recourir à un perfectionnement qui, adopté par lui, condamnerait à l'instant même toutes les prétentions qu'il a soulevées depuis 1837. C'est une sorte de nécessité d'amour-propre, nécessité logique si l'on veut, mais nécessité bien déplorable, puisqu'elle oblige un clinicien aussi haut placé que l'est M. Velpeau à sacrifier la méthode la plus parfaite que nous possédions pour défendre de petites prétentions personnelles sans portée pour sa gloire et sans avantage pour l'humanité.

Je m'aperçois, messieurs, que j'aborde ici une question excessivement délicate, et que je m'engage sur un terrain où plus d'un écueil rend la marche difficile; rassurez-vous, je serai réservé, et n'oublierai pas qu'il s'agit d'une des gloires de l'école française, d'un de ces hommes de génie pour lesquels nous avons tous de l'estime et du respect; mais, d'un autre côté, si je suis forcé de pousser mes recherches jusqu'aux confins des domaines de la science, je n'oublierai pas que dans notre camp se trouve une de nos célébrités chirurgicales injustement dépossédée d'une invention qui, pour un travestissement insignifiant, fait la gloire d'un rival étranger. — La vérité est une, il faut qu'elle se fasse jour, abstraction faite et des noms et des personnes.

Mais avant d'épuiser ce sujet, il est nécessaire que vous compariez rapidement les éléments qui, de part et d'autre, ont concouru à la détermination du résultat que nous constatons. C'est de cet examen froid et impartial que résultera pour vous la conviction que les deux méthodes écloses du même germe se sont trouvées violemment séparées sans avoir perdu les caractères qui les rattachent à la souche commune.

Vous connaissez, messieurs, l'origine et le développement des travaux de M. Seutin : vous savez que l'idée première, conçue en 1834, s'est trouvée, à la fin de 1836, assez mûre et assez parfaite; pour que son auteur pût soumettre au public une méthode générale de traitement des fractures dont les principaux avantages étaient : 1° d'être *amovo-inamovible*, c'est-à-dire de réunir tous les bienfaits des appareils temporaires et permanents; 2° de pouvoir se combiner avec les moyens de pansement ordinaires; 3° d'abréger le séjour au lit, en accordant aux blessés les avantages de la déambulation; 4° de permettre l'extension de son emploi à une foule d'affections variées.

Vous vous rappellerez que les premiers essais de M. Seutin avaient été rectifiés, les appareils simplifiés, et leur confection débarrassée des entraves de la routine ancienne : il est inutile que j'y revienne.

Par opposition aux travaux de M. Seutin, permettez-moi de vous exposer en peu de mots ce que de son côté M. Velpeau a tenté pour créer une méthode *nouvelle.* La connaissance de la route suivie par les deux concurrents vous placera au point de vue qui s'est offert à chacun d'eux au moment d'atteindre le but : or j'affirme que cette connaissance est d'une haute importance dans la question que vous examinez.

En 1826, M. le professeur Velpeau publia ses recherches sur la *compression* appliquée au traitement de l'*érysipèle des membres.* Marchant sur les traces d'Ambroise Paré, de Theden et de M. Bretonneau, il arriva, *comme ses devanciers*, et de concert avec MM. Récamier, Lombard, Yung, Furtherts, Lisfranc, Carron du Villard et autres, à recommander l'usage du *bandage roulé* comme agent principal de la compression, sauf qu'il insista sur l'utilité des pièces de remplissage pour ménager les saillies osseuses ou tendineuses.

Voilà, messieurs, l'origine authentique de ce que M. Velpeau appelle son *appareil compressif*, appareil qui, comme vous le voyez, constitue une propriété indivise entre plusieurs noms également recommandables.

En 1829 et 1830, M. Velpeau se livra à des tentatives de perfectionnement du bandage inamovible de Larrey; il essaya, comme il le dit lui-même, de combiner le liquide solidifiant usité par ce chirurgien, avec le *bandage compressif* que lui Velpeau employait depuis longtemps. C'était (j'extrais ceci de la note présentée à l'Académie des sciences), c'était, dis-je, *un plan de bandelettes de Scultet* appliqué à nu sur le membre fracturé; par-dessus, une épaisse couche de filasse bien imbibée d'un liquide composé d'eau de saturne, d'eau-de-vie camphrée et de blancs d'œufs : *un second plan de Scultet* imbibé du même liquide, recouvrait l'étoupe, et le tout était assujetti au moyen *du bandage roulé ordinaire.* Des coussins et des attelles maintenaient l'appareil pendant trois jours, jusqu'à dessiccation complète. *Cependant* ajoute M. Velpeau, *je ne tarde pas à mettre de côté cette combinaison, et à reprendre ma première méthode*, c'est-à-dire les appareils à attelles, pour les motifs suivants :

1° Parce que quand il y avait du gonflement au membre, il se faisait promptement un vide au-dessous du bandage;

2° Parce qu'alors je n'avais pas pensé à un avantage sur lequel je reviendrai bientôt;

3° Parce que chez deux sujets affectés de fractures compliquées de plaie, il survint des accidents qui ne permirent pas de laisser l'appareil au delà de quinze jours sans le renouveler;

4° Parce que pour enlever ce bandage on éprouve de grandes difficultés;

5° Parce qu'enfin *j'ai toujours été désireux de pouvoir lever et réappliquer sans peine la compression que j'établis sur un membre fracturé !*

Voilà, messieurs, à quel point en étaient et les idées et la pratique de M. Velpeau, lorsqu'il renonça à ses tentatives d'amélioration des appareils *inamovibles :* d'un côté, il avait adopté pour *appareil compressif*, la classique *bande roulée* à laquelle il avait associé, comme vous venez de le voir, les bandelettes de Scultet; de l'autre, il avait abandonné la matière solidi-

fiante de Larrey, et n'avait rien trouvé de mieux à faire que de revenir aux errements des anciens appareils à attelles, c'est-à-dire à son point de départ. Il y avait donc eu conquête négative!

Veuillez, s'il vous plaît, messieurs, ne point perdre de vue ce qui vient d'être dit sur *l'appareil compressif* de M. Velpeau, et sur l'inutilité de ses tentatives de perfectionnement. Cela vous fera mieux comprendre l'enchaînement des circonstances qui, en 1837, amenèrent ce chirurgien à faire l'apologie d'une méthode qu'il avait textuellement condamnée en 1830, et le forcèrent à rejeter un perfectionnement qui réunissait toutes les conditions du programme qu'il avait formulé en renonçant aux appareils de Larrey.

Quoi qu'il en soit, nous arrivons au moment où M. Velpeau connut la méthode de M. Seutin, c'est-à-dire à la fin de 1836, époque où M. le docteur De Roubaix en fit la démonstration à la Charité, et remit lui-même à M. Velpeau les différents mémoires publiés.

Voici comment l'honorable professeur rend lui-même compte des différentes circonstances qui le déterminèrent à créer ce qu'il appelle une *nouvelle méthode*. — Après avoir expérimenté sur un certain nombre de malades à la Charité, il reconnut que le *perfectionnement* renfermé dans la méthode de M. Seutin était parfaitement en harmonie avec ses idées, aussi l'accepta-t-il sur-le-champ... « *Mais*, dit-il dans la note de *l'expérience*, *je* » *me suis promptement aperçu que* MON *ancien appareil compressif* » (vous savez, messieurs, en quoi il consiste), *serait avantageusement* » *substitué à celui de M. Seutin, de sorte que l'appareil des fractures* » *de la jambe se réduit aujourd'hui* POUR MOI *à un simple bandage* » *roulé dont on agglutine les différents tours avec une colle soluble* » *quelconque..... à trois ou quatre plaques de carton mouillé..... et à* » *quelques remplissages sur les bords du tendon d'Achille....* »

Notez que cette *colle soluble et siccative quelconque* était alors la bouillie d'amidon, substance que M. Velpeau déclarait être la meilleure et la plus convenable pour remplir les indications proposées. Alors il n'était point encore question de la dextrine qui n'arriva que plus tard.

Que dirai-je de la citation qui précède? qu'en penserez-vous vous-mêmes, messieurs? Mais sans doute vous allez vous écrier que les mêmes formules se trouvent mot pour mot dans les mémoires de M. Seutin, et que les *simplifications* annoncées par M. Velpeau en septembre 1837 étaient depuis longtemps prescrites et mises en pratique par l'auteur de la méthode amovo-inamovible. — En entendant ce programme de M. Velpeau, vous avez fait d'avance la réflexion que M. Seutin avait généralisé l'usage de la bande roulée, et qu'il n'avait réservé les bandelettes de Scultet, comme du reste M. Velpeau lui-même en donne le précepte dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE, que pour *les fractures compliquées de la jambe*, et pour les cas où l'on doit *redouter d'exciter trop de tiraillements et de douleur en tenant le membre soulevé pendant l'application du bandage*.

En voilà assez, messieurs, pour vous démontrer le peu de fondement des diverses assertions de M. Velpeau, et vous convaincre qu'il y a eu de sa part appréciation peu équitable des travaux de M. Seutin. — En voilà assez surtout pour prouver que la contrefaçon existe à l'évidence, et que c'est de la méthode de M. Seutin qu'est sortie la modification peu dissimulée de M. Velpeau. Et en effet, n'ai-je pas démontré que les éléments et la forme du bandage de M. Velpeau sont entièrement empruntés à M. Seutin? M. Velpeau lui-même n'a-t-il pas reconnu que l'idée première *d'une colle soluble et siccative quelconque* appartient à M. Seutin? M. Velpeau n'a-t-il pas aussi concédé la déambulation à M. Seutin? Dès lors, que reste-t-il donc dans la *nouvelle méthode* de M. Velpeau qui soit propre à ce professeur? J'avoue naïvement que pour ma part je n'y découvre absolument rien, si ce n'est la dextrine qui en 1838 fut substituée à l'amidon.

Mais je me trompe, car M. Velpeau s'est chargé lui-même de nous édifier à cet égard, et nous trouvons dans les conclusions finales de sa note à l'Académie des sciences la solution du problème que je ne puis résoudre. Voici comment l'habile écrivain distribue les parts revenant à chacun dans les progrès imprimés à la thérapeutique des fractures. *La plus grande*, dit-il, *celle de l'inamovibilité, revient de droit à M. Larrey. — M. Seutin peut réclamer la seconde, celle qui concerne l'amidon comme matière solidifiante. — La simplification plus grande encore de l'appareil, avec la généralisation de la compression, est la seule qui puisse m'appartenir.*

Vous le voyez, messieurs, c'est toujours le même système, ce sont toujours les mêmes moyens : on veut à toute force que le bandage de M. Seutin soit *inamovible*, et on le masque par l'étoupade de Larrey; on veut que M. Seutin n'ait rien vu au delà de la matière solidifiante, et on lui abandonne l'amidon; on veut enfin faire oublier la partie intellectuelle de ses travaux, afin d'exhumer un mémoire sur la *compression* employée contre l'érysipèle des membres, et l'on s'en fait un titre pour dire que l'on a généralisé la compression dans le traitement des fractures! Quant à la *simplification* dont parle M. Velpeau, j'en ai fait bonne justice, je n'ai donc plus à m'en occuper.

Voilà, messieurs, comment et par quels artifices, passez-moi l'expression, M. Velpeau tenta de s'attribuer la plus belle part dans les perfectionnements introduits dans cette partie de la chirurgie; voilà comment et pourquoi M. Velpeau s'obstine à ne voir dans la méthode de M. Seutin, que la simple *inamovibilité*. S'il en eût été autrement, vous comprenez que les positions changeaient à l'instant : l'inamovibilité pure était mise hors de cause, la part de M. Seutin était grossie de tout ce qu'il eût fallu retrancher, et à celle de Larrey et à celle de M. Velpeau lui-même, et l'on eût par conséquent été forcé de lui attribuer autre chose que la matière solidifiante. Mais on ne l'a point voulu, on persiste encore aujourd'hui à ne le point vouloir, et l'on s'étonne de ce que nous nous permettons de réclamer! En vérité, cela est peu logique.

Je dis donc que M. Velpeau *n'a point simplifié* l'appareil de M. Seutin, puisque M. Velpeau emploie tout ce que M. Seutin prescrit, rien de plus, rien de moins. Il n'a *rien modifié* aux idées de notre compatriote, puisque, comme vous venez de le voir, *l'appareil compressif* de M. Velpeau se réduit à la bande roulée et aux bandelettes de Scultet recommandées par M. Seutin. — Je dirai de plus que M. Velpeau *n'a point d'appareil compressif* qui lui soit propre, puisque Paré, Theden et M. Bretonneau s'étaient servis du bandage roulé avant lui pour exercer la compression sur les membres. Or je ne sache pas que M. Velpeau ait généralisé la compression d'une manière plus spéciale que les auteurs que j'ai cités tout à l'heure, et dans ce cas, il me semble que si quelqu'un a droit de réclamer le mérite d'avoir généralisé l'emploi pratique de la compression et *un appareil compressif* quelconque, c'est bien M. Seutin qui, dès la fin de 1836, avait appliqué la méthode à une foule de maladies chirurgicales parfaitement étrangères aux fractures.

Malgré cela, messieurs, je ne récriminerai pas, et pour ne point donner à M. Velpeau l'occasion de me reprocher ce qu'il appelle *aménités*, je ne parlerai pas d'injustice; je dirai seulement qu'il y a eu de sa part *inconséquence*, ou si l'on veut contradiction avec ses propres écrits, car nous lisons dans une lettre écrite de sa main sous la date du 30 novembre 1837 : « *Il sera dit dans le rapport à l'Académie de médecine*, 1° *que vous* » *avez inventé le bandage amidonné;* 2° *que vous avez le premier éta-* » *bli en loi la déambulation dans les fractures;* 3° *que vous avez ap-* » *pliqué ce mode de pansement à une foule de maladies avant que j'y* » *eusse moi-même songé.* » Et pourtant, messieurs, cette déclaration positive n'avait pas empêché M. Velpeau d'écrire et de publier, deux mois auparavant, que *la généralisation de la compression* lui appartenait.

Vous avez déjà saisi, messieurs, la connexion qui s'établit entre les circonstances et les citations que je viens d'avoir l'honneur de rappeler. Ajoutons que, pendant que MM. Jules Cloquet, Breschet, Roux, Laugier, Bérard, Lisfranc, Richerand, Jobert, Fiévée, Pasquier, Gerdy et Amussat s'empressaient avec une courtoisie parfaite d'ouvrir leurs cliniques à M. Seutin, M. Velpeau s'opposa constamment à l'application du bandage amidonné dans son service...

Maintenant, messieurs, pour abréger des détails que vous aurez peut-être trouvés bien longs, il me reste à vous présenter quelques considérations sommaires sur l'appareil de M. Velpeau en lui-même : j'achèverai aussi de prouver à l'évidence qu'il y a eu *contrefaçon* et *contrefaçon défectueuse*.

Dans la note que M. Velpeau publia en 1837, pour faire connaître à l'Académie des sciences la nouvelle méthode qu'il prétendait avoir inventée, l'honorable académicien décrivit sous le nom d'*appareil de l'auteur*, un bandage composé, comme je l'ai dit, de la bande roulée, de trois ou quatre morceaux de carton et de remplissages, le tout solidifié au moyen de la bouillie d'amidon. — C'était bien là le bandage élémentaire de M. Seutin, nous le savons tous; il est inutile d'y revenir. Dans cette note, M. Velpeau avait consacré vingt lignes aux travaux de M. Seutin, il employa un espace décuple à énumérer les avantages de son innovation, mêlant çà et là des réflexions élogieuses pour le chirurgien de Bruxelles, le narcotisant en quelque sorte au moyen d'un peu d'encens, mais ayant soin de dire aussitôt que ces éloges seraient mieux mérités par le perfectionnement qu'il soumettait au jugement du public médical français..... Puis venaient de longues tirades et des considérations étendues, empruntées presque textuellement aux écrits de M. Seutin, et le tout figurait sous le titre d'*appareil de l'auteur!* C'est, messieurs, dans ce ce sens que la plupart des citations contenues dans la lettre de M. Velpeau sont insérées dans le texte de la note : pour vous en convaincre, il doit vous suffire d'en faire une nouvelle lecture, et vous conviendrez immédiatement que ce n'est point un procès de *tendance* que nous intentons à M. Velpeau.

J'ai dit tout à l'heure que non-seulement il y avait *contrefaçon*, mais que la *contrefaçon* était *défectueuse*. Eh, messieurs, M. Velpeau ne s'est-il pas vu forcé de renoncer au plus grand progrès que M. Seutin eût imprimé à la thérapeutique des fractures en rendant ses appareils amovo-inamovibles? M. Velpeau n'a-t-il pas refusé d'adopter la section longitudinale du

bandage, seul procédé qui pût le faire sortir de l'ancienne ornière de l'inamovibilité? — C'est pour cela aussi qu'après avoir voulu faire quelques pas en avant, il est retombé dans les erreurs qu'il avait lui-même condamnées en 1830.

Qu'est-ce en effet que le *bandage inamovible dextriné*, sinon, *une coque solide dans laquelle il s'établit promptement un vide* permettant aux fragments de jouer comme un pilon dans un mortier? — Qu'est-ce, sinon une coque inerte, *qui ne permet point de surveiller les parties sous-jacentes*, pour éviter les accidents que M. Velpeau attribuait, en 1830, à l'appareil de Larrey par lui modifié? — Qu'est-ce, sinon une enveloppe dure et rugueuse, *que l'on ne peut enlever sans de très-grandes difficultés*, que l'on ne peut couper même avec les ciseaux de M. Seutin, et qui offre en outre un poids et un volume beaucoup trop considérables? — Qu'est-ce enfin, sinon un moule si compact et si homogène, qu'il s'oppose obstinément à la réalisation du *désir* que M. Velpeau manifestait, en 1830 et en 1837, *de pouvoir lever et réappliquer sans peine la compression qu'il établit sur un membre fracturé?*

Voilà, messieurs, ce que M. Velpeau a obtenu en s'appropriant d'abord le bandage de M. Seutin; voilà ce qu'il a obtenu en se pressant trop de créer une méthode qu'il ne pouvait compléter sans avouer l'emprunt qu'il s'était permis.

Je regrette sincèrement, messieurs, d'avoir été forcé d'adresser à l'honorable M. Velpeau quelques *aménités* aussi positives; mais je n'ai pu faire autrement, puisque ce spirituel écrivain demandait itérativement que nous lui expliquassions *ce que nous voulions, ce dont nous l'accusions, et ce qu'il devait faire pour nous complaire*.

Quelques mots encore, relativement à trois autres prétentions formulées dans la lettre de M. Velpeau, et je conclus. « 1° Je vante, dit-il, une compression exacte et modérée; mais je suis cette pratique depuis plus de » vingt ans, et M. Seutin n'a pas, j'imagine, la prétention de l'avoir inventée. » — Non, sans doute, mais je crois avoir démontré que M. Velpeau ne l'a pas plus inventée que M. Seutin. En revanche, il est une compression que ce dernier peut revendiquer, pour l'avoir employée, et surtout pour l'avoir expliquée *autrement* et *mieux* que ses devanciers, c'est la *compression circulaire*, compression si efficace que tout le monde aujourd'hui veut la mettre à profit pour le maintien de la coaptation des fragments osseux. Cette *compression* est, si je ne me trompe, tout à fait distincte de celle que M. Velpeau étudiait en 1826, et appartient sans contredit à M. Seutin.

« 2° M. Seutin emploie le bandage de Scultet, continue M. Velpeau. — » Moi, je fais usage du bandage roulé! Quand même il y aurait analogie » entre nous sous ce point de vue, M. Seutin n'aurait guère à se plaindre » de moi, puisque je me servais *du bandage de Scultet* ou *du bandage* » *roulé*, et des *appareils inamovibles* dès l'année 1829. »

J'en demande mille pardons à l'honorable M. Velpeau, mais il commet ici une erreur qui s'est trop longtemps prolongée; M. Seutin n'emploie pas plus le bandage de Scultet que la bande roulée, et sous ce rapport, sa pratique et ses préceptes ne diffèrent point de ce que M. Velpeau fait et dit. — Et puis, quelle conclusion tirer de ce fait qu'en 1829 M. Velpeau employait et les bandes roulées, et les bandelettes de Scultet, et les appareils inamovibles? En cela M. Velpeau n'a fait que ce que nous faisions tous alors: la seule différence qu'il y ait à ce propos entre tous les chirurgiens et le savant professeur, c'est que celui-ci, dans son zèle de perfectionnement, dans son culte éclairé pour la science, avait tenté de s'engager dans une voie de réformes qu'il n'a pu suivre jusqu'au bout. Forcé de revenir sur ses pas et de reprendre les vieilles méthodes, je ne vois pas trop le parti qu'il peut tirer en ce moment des essais infructueux qu'il a lui-même condamnés dans son manifeste contre l'étoupade de Larrey. Disons donc qu'il y a une *analogie intime* entre ce procédé de M. Seutin et le sien; disons aussi que M. Seutin a le plus grand droit de se plaindre de ce que cette *analogie intime*, que j'appellerai *identité*, ait été méconnue par l'honorable M. Velpeau.

3° « M. Seutin, dit la lettre, continue à employer l'amidon, moi je fais » usage de la dextrine. Je le laisse parfaitement libre de son choix, mais je » ne vois point en quoi le mien peut le blesser. » — M. Velpeau oublie ici que ce n'est pas le choix de la dextrine que nous incriminons, puisque nos réclamations remontent à une époque antérieure à celle où il adopta cette matière solidifiante. Ce dont nous nous plaignons, et nous le répéterons pour la millième fois, c'est que M. Velpeau, dans sa *note* à l'Académie des sciences, ait donné *un bandage* amidonné inventé et décrit par M. Seutin, comme constituant une *nouvelle méthode* de traitement des fractures *de l'invention* ou *par* M. Velpeau. — Voilà ce que nous reprochons et ce que nous reprocherons sans cesse à cet illustre professeur, dût-on prêter à notre conduite et à notre langage une portée et un sens qui sont loin de notre pensée.

Quant à la dextrine, M. Velpeau est sans doute parfaitement libre de l'employer comme matière solidifiante; mais l'honorable M. Velpeau n'est pas sorti de la méthode de M. Seutin parce qu'il aura adopté l'un des éléments de l'amidon, au lieu d'employer la substance brute, telle que le commerce nous la fournit partout et toujours.

L'honorable M. Velpeau, trouvant que j'invoquais l'histoire sous l'inspiration de la *complaisance*, de l'*hyperbole* et de l'*enthousiasme*, lui a, de son côté, prêté un langage dont la *complaisance* me paraît aussi trop marquée; je pourrais, si je ne craignais d'abuser encore de votre patience, retoucher le tableau qu'il vous a soumis et placer quelques ombres à côté de traits trop éclatants; mais je m'arrête et ne recourrai point à cette fiction pour compléter ce que j'avais à dire. — Que l'honorable professeur de la Charité veuille bien observer que cette histoire qu'il invoque lui réserve une page assez brillante pour le mettre tout à fait au-dessus de ces petits manéges qu'emploient souvent les hommes ordinaires pour s'emparer de la pensée d'autrui. M. Velpeau est une des gloires de l'école française, je suis le premier à le proclamer; il a depuis longtemps fait entériner des titres de noblesse qui le mettent au rang des princes de la science, c'est une vérité incontestable; mais cette position brillante ne doit-elle pas rappeler sans cesse à celui qui a su la conquérir que *noblesse oblige?*

J'ai été sévère en parlant de ce qu'il y a eu d'anormal dans la double position de M. Velpeau, commissaire chargé par l'Académie de médecine de Paris de juger la méthode de M. Seutin, et de M. Velpeau, compétiteur du même M. Seutin auprès de l'Académie des sciences. — A cela, M. Velpeau répond qu'il n'a *ni vu, ni possédé* le dossier remis par M. Seutin sur le bureau de l'Académie, et que M. Blandin en a été le seul dépositaire. — Je dois le croire puisque M. Velpeau l'affirme, mais ce fait lui-même ne modifie point la *position de droit* qu'il avait reçue et acceptée, et qu'il a conservée nonobstant l'acte de concurrence scientifique auquel il s'est livré un mois et dix-sept jours après avoir été chargé du mandat de commissaire. Je crois donc, messieurs, que mes paroles doivent être maintenues quant au fond, parce qu'elles sont conformes aux idées admises soit en France soit en Belgique, et parce qu'enfin nul homme n'est assez parfait pour être juge dans sa propre cause, ou si l'on veut pour être juge et partie.

DIDOT.

Dinant, 28 novembre 1845.

NOTE SUR LE SYSTÈME DES NOUVEAUX INSTRUMENTS PULVÉRISATEURS DE LA PIERRE; communiquée par M. LEROY-D'ÉTIOLLES.

Depuis la lecture de mon mémoire à l'Académie des sciences, plusieurs lettres m'ont été adressées, par lesquelles on me demande des détails sur mes instruments pulvérisateurs de la pierre. Permettez-moi de consigner dans votre journal une réponse collective.

J'ai présenté à l'Académie, non pas un seul instrument, mais plusieurs, qui, par des mécanismes différents, arrivent à produire la pulvérisation des calculs urinaires; tous cependant sont basés sur un principe commun que j'avais déjà posé, il y a deux ans, devant ce corps savant. Cette disposition fondamentale qui leur est commune est la suivante: instrument courbe, formé de deux pièces principales pouvant exécuter l'une sur l'autre un mouvement latéral ou d'oscillation au moyen duquel la pierre, saisie par l'une d'elles, est présentée graduellement et successivement à un agent pulvérisateur porté par l'autre.

Ce principe d'action est appliqué par mes instruments de deux manières: les uns présentent la pierre aux agents destructeurs et la poussent d'arrière en avant; les autres la présentent et la poussent par le côté. Pour comprendre la disposition de ce dernier, que l'on se figure deux brise-pierre ordinaires, courbes, de même longueur, mais de grosseur différente, placés à côté l'un de l'autre, pouvant exécuter l'un sur l'autre un mouvement de glissement d'avant en arrière, et un autre mouvement de rotation par lequel leurs parties courbes s'écartent en cercle. Le plus volumineux de ces brise-pierre porte l'agent pulvérisateur; l'autre brise-pierre saisit le calcul, le maintient, et, par le mouvement de rotation sur lui-même, il le pousse latéralement contre l'hélice dentée, les lames ou les râpes destinées à le détruire.

Voici maintenant la manœuvre de cet instrument. Pendant l'introduction les deux brise-pierre sont côte à côte et semblent n'en faire qu'un: pour saisir, on les ouvre simultanément comme s'il n'y en avait qu'un seul; le calcul étant saisi, il s'agit de le présenter par l'un de ses côtés à l'action du pulvérisateur; pour cela, on le maintient avec le plus faible des brise-pierre, tandis que les branches de l'autre, un peu plus écartées, exécutent un mouvement de cercle qui éloigne les parties courbes des deux instruments. Pendant ce mouvement de rotation, le chirurgien fait exécuter à la branche mâle de légers mouvements de glissement pour savoir si le calcul est toujours interposé entre elle et la branche femelle, et quand il reconnait

qu'il est parvenu au bord de la pierre, alors il met en jeu sur ce point les dents qui la grugent. L'autre brise-pierre, qui tient toujours le calcul saisi par son autre extrémité, exécute à son tour le mouvement de rotation sur lui-même et pousse le calcul contre les râpes à mesure que la destruction s'opère. Dans le même temps, le mouvement de glissement d'un brise-pierre sur l'autre présente successivement toute l'épaisseur du calcul à l'agent pulvérisateur. On comprend que ce mécanisme, ces principes peuvent aussi s'appliquer à l'écrasement, qui se fait alors d'une manière progressive, régulière, sans recherches multipliées et en produisant beaucoup moins de fragments que le broiement simple. Ici le mécanisme est encore plus simple, car le mouvement de glissement d'un brise-pierre sur l'autre devient inutile. L'autre disposition principale de mes pulvérisateurs, celle qui présente la pierre d'arrière en avant aux agents destructeurs en la faisant osciller à droite et à gauche, est plus particulièrement applicable aux pierres rondes. Cet instrument, quand il est fermé, a aussi l'aspect d'un brise-pierre ordinaire; il saisit également le calcul comme un brise-pierre ordinaire; puis, tandis que ce corps est maintenu entre les deux pièces principales, l'une d'elles se divise en trois ou cinq branches qui l'enveloppent et le fixent. Les râpes portées par l'autre pièce sont alors mises en jeu et attaquent le calcul d'avant en arrière. Cette action directe est rendue en même temps latérale par le mouvement oscillatoire des deux pièces principales de l'instrument l'une sur l'autre, en sorte que les dents sont promenées successivement sur tout le diamètre transversal de la pierre qui diminue graduellement, mais rapidement, d'épaisseur jusqu'à ce qu'elle soit pulvérisée.

J'ai l'honneur d'être, etc.

P. S. — J'ai aussi présenté et figuré dans mon mémoire des instruments pulvérisateurs droits, mais je ne veux pas entrer ici dans les détails de leur mécanisme parce qu'ils ne valent pas ceux que je viens de décrire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite.)

II. THE LANCET.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Essai sur la profession médicale en France;* par M. H. Bennett. 2° *Cas d'action réflexe du cerveau;* par M. le docteur Cowan. 3° *Sur la dualité de l'âme;* par M. Wigan. 4° *Nouvelle opération pour la cataracte:* par M. Orwin. (Réclamation de priorité au sujet d'une opération de scléroticotomie.) 5° *Essai de pathologie générale:* par M. Harrison. 6° *Sur l'ulcération du col de l'utérus;* par M. H. Bennett. (L'auteur préconise et emploie les cautérisations avec le nitrate acide de mercure.) 7° *Effets de l'ergot de seigle dans les accouchements lents, avec l'indication des conditions nécessaires pour pouvoir l'employer en sûreté;* par M. Hall Davis. 8° *Nécrose du tibia, amputation au-dessus du genou; guérison;* par M. Bourne. (Outre une nécrose étendue du tibia, il y avait ankylose de la rotule et un épanchement considérable dans le genou.) 9° *Autopsie d'un corps exhumé dix-sept mois après la mort:* par M. Barrett. 10° *Sur les excroissances vasculaires simples dans l'oreillette gauche du cœur;* par M. Wilkinson King. 11° *Luxation compliquée de l'humérus;* par M. Philson. (Luxation en avant de l'extrémité supérieure de l'humérus, dans laquelle cette extrémité osseuse avait perforé la peau et les muscles, et faisait à l'extérieur une saillie d'un pouce et demi. On réduisit sans beaucoup de difficultés, et au bout de deux mois le malade (âgé de 14 ans) se servait déjà de son membre.) 12° *Grossesse extra-utérine;* par M. Allport. (Une femme enceinte de cinq mois, étant à coudre, fut tout à coup prise de douleurs comme pour accoucher. Elle s'affaiblit promptement et mourut en moins de cinq heures. A l'autopsie, on trouva plusieurs pintes de sang dans l'abdomen et la trompe droite contenant un fœtus.) 13° *Tribut à la pathologie chimique;* par M. Ayres. 14° *Pulsation anormale dans l'aorte abdominale, résultant d'une excessive déplétion sanguine;* par M. Bonnar. 15° *Considérations sur les causes de la lenteur du pouls;* par M. Worthington. (La lenteur du pouls peut être produite par un état de mollesse et d'atrophie du cœur, dépendant de l'ossification des artères coronaires. L'auteur en cite un exemple.) 16° *Affection particulière des glandes inguinales;* par M. H. Gibson. 17° *Expulsion de l'œuf entier au terme de la grossesse;* par M. Rootes. (C'est un second enfant qui fut ainsi expulsé, sous les yeux de l'accoucheur, avec le placenta et les membranes intactes, et contenant le liquide amniotique. On se hâta de rompre les membranes, et l'enfant fut sauvé.) 18° *Cas de pleuropneumonie;* par M. H. Dow. (Absence de toux, qui ne se prononce qu'après la saignée; apparence de santé malgré des désordres considérables dans les poumons, chez une femme de 21 ans.) 19° *Delirium tremens, empoisonnement par le laudanum, érysipèle, guérison;* par M. Ryan. 20° *Traitement de la gonorrhée;* par M. M'Donald. 21° *Commotion du cerveau suivie de paralysie du moteur oculaire commun d'un seul œil;* par M. Tuorny. (Les phénomènes généraux suites de l'accident se dissipèrent en un jour, et il ne resta que cette paralysie, s'accompagnant de dilatation et d'immobilité de la pupille, bien que la vision fût intacte de ce côté. Après l'essai infructueux du mercure, des vésicatoires, de la strychnine, l'électricité, employée au bout de trois semaines, produisit en vingt jours la guérison complète.) 22° *Maladie du foie et ascite;* par M. Todd. 23° *Empoisonnement par l'urine:* par M. Collier. 24° *Traitement de l'insertion du placenta au col;* par M. Wells. (L'auteur a employé dans un cas, avec succès pour la mère, le mode de traitement conseillé par M. Simpson. Voir dans la même revue l'analyse du LOND. MED. GAZETTE.) 25° *Cas de morve supposée modifiée transmise par inoculation d'un cheval morveux à l'homme;* par M. Pooley. 26° *De la fièvre et de ses causes;* par M. W. Smith. 27° *Considérations pratiques sur les effets thérapeutiques du* taraxacum; par M. George Smyth. 28° *Sur la fièvre puerpérale:* par M. Waddy. 29° *Sur la physiologie du système nerveux:* par M. Copland. 30° *Cas de fistule à l'anus;* par M. Maggison. (Le malade ayant refusé de se laisser opérer, on parvint à faire cicatriser le trajet fistuleux en le touchant fréquemment avec le nitrate d'argent.) 31° *Cas de suspension du sentiment, des sens et de la faculté de parler;* par M. Dunn. 32° *De l'innocuité des adhérences du péricarde;* par M. Wilkinson King. (Ce mémoire a pour but d'établir, à l'aide de la statistique, que l'adhérence du péricarde n'est pas fréquemment accompagnée de maladie du cœur.) 33° *Sur la valeur de l'inoculation dans le diagnostic et le traitement des ulcères et des écoulements des organes génitaux;* par M. C. Christophers. (L'auteur adopte pleinement toutes les idées de M. Ricord sur ce point, et sa pratique les confirme. Il cite 12 cas où l'inoculation lui a servi à éclairer le diagnostic. Toutes les fois, dit-il, que la matière d'un ulcère qui était douteux a donné à l'inoculation un résultat négatif, il n'est survenu ultérieurement aucun phénomène de syphilis constitutionnelle.) 34° *Sur la pathologie de la maladie de Bright;* par M. Quain. 35° *Du traitement de l'épilepsie;* par M. O'Shea. 36° *Quelques formules nouvelles d'injections pour le traitement des maladies de l'urètre, du vagin et de l'utérus;* par M. Cattell. 37° *Cas particuliers de tocologie;* par M. Torrame. (Chez deux femmes accouchées à terme, l'auteur a vu l'œuf être expulsé tout entier.) 38° *Guérison extraordinaire à la suite de l'ingestion d'huile essentielle d'amandes amères;* par M. Helley. 39° *Sur le traitement de l'insertion du placenta au col;* par M. John J'on. 40° *Cas d'insertion du placenta au col;* par M. Goddard. 41° *Cas de grossesse extra-utérine;* par M. Davies. (Après un simulacre de travail qui n'aboutit à rien, la mère s'affaiblit, tomba dans la fièvre hectique et succomba au bout de six mois. A l'autopsie on trouva, dans un kyste formé par le développement de la trompe droite, le fœtus d'un volume normal, mais dans un état avancé de décomposition.) 42° *Sur la maladie des pommes de terre;* par M. Andrew Ure. 43° *Cas d'empoisonnement par le bichlorure de mercure;* par M. Herapath. 44° *Remarques pratiques sur le traitement de l'aliénation mentale;* par un chirurgien d'un hospice d'aliénés. 45° *Remarques pratiques sur le traitement de la cynanche; suivies d'observations;* par M. Mackin. 46° *Sur l'insertion du placenta au col;* par M. George Brown. 47° *Observations de pratique obstétricale;* par M. M'Veagh. 48° *De l'étiologie du mal de mer;* par M. X. (La navigation, comme tous les autres moyens de transport, a pour résultat un mouvement centrifuge autour d'un axe passant au-dessous du corps de l'individu. Ce mouvement a pour résultat de renverser la direction naturelle du mouvement péristaltique de l'estomac et des intestins, et de chasser le sang vers la tête.) 49° *Sur la pathologie de l'albuminurie;* par M. Ayres. 50° *Sur l'odeur particulière que l'haleine présente avant la mort;* par M. James Gray. (C'est une odeur de phosphore. Ce symptôme avait déjà été noté par M. Quickett.) 51° *De la coagulabilité de l'urine dans les maladies aiguës;* par M. Leng Marsh. 52° *Sur le traitement de la bronchite chez les enfants;* par M. Miller.

CAS D'ACTION RÉFLEXE DU CERVEAU; par le docteur COWAN.

Depuis quelque temps déjà MM. G. Combe, Reid et Laycock, ont engagé dans THE LANCET, sous forme de correspondance, une discussion intéressante que nous n'avons pas cru devoir reproduire parce qu'elle portait le plus souvent, comme c'était bien naturel, sur des termes assez connus de la question. Nous rapporterons seulement un fait adressé par le docteur Cowan à M. Laycock, à l'appui des opinions soutenues par ce dernier sur la réalité de l'action réflexe.

OBS. — Il s'agit d'une dame chez laquelle certains phénomènes susceptibles

d'affecter la vue ou l'ouïe, tels que l'ombre d'un oiseau qui passe, le déplacement de la mèche d'une chandelle, une oscillation de la flamme du foyer, un bruit léger, surtout un bruit inattendu ou inaccoutumé, des mouvements dans une habitation voisine et qui ne sont entendus par aucune autre personne, un léger bruit de serrure ou le bruit d'un papier qu'on déchire, etc., produisent des secousses subites dans les muscles de l'épine d'abord, puis des bras et des jambes. En même temps les organes de la voix sont également affectés, et un léger cri, tout à fait involontaire, se fait entendre. Tout cela a lieu sans la moindre émotion. Alors la sensibilité tactile est également développée, mais à un moindre degré que la motilité. Cet état varie, du reste, très-rapidement, et il y a des moments où la malade supporte bien toute modification de la lumière ou du son. Les facultés mentales sont intactes et le sujet peut exercer sur lui-même un grand empire.

M. Laycock, désirant savoir si, dans ce cas, les phénomènes réflexes étaient précédés ou accompagnés de quelques sensations douloureuses du côté des organes de la vision ou de l'ouïe, pria M. Cowan de le renseigner sur ce point. Or, il résulte de nouveaux détails très-circonstanciés transmis par M. Cowan que ni dans les yeux, ni dans les oreilles, ni dans la tête ou l'épine, ni enfin dans les muscles eux-mêmes, il n'existe la plus légère impression douloureuse. Cette dernière circonstance, on le conçoit, est des plus importantes pour l'élucidation du problème. Elle tend à enlever aux adversaires de l'action réflexe du cerveau une de leurs meilleures objections qui consiste à considérer le cerveau comme un centre auquel tout aboutit, mais dont rien ne part sans une excitation particulière du *sensorium commune*, laquelle devient ainsi la cause immédiate des phénomènes d'irradiation. C'est, par exemple, une frayeur, une sensation douloureuse, etc. Dans le cas présent, les phénomènes semblent former un cercle non interrompu, depuis l'extrémité des nerfs optiques et auditifs jusqu'à la périphérie des nerfs du mouvement et de la sensibilité générale, en passant par le cerveau. Il faut reconnaître, du reste, que la question de l'action réflexe, en ce qui concerne le centre cérébral, offre encore de grandes difficultés, et partant bien des incertitudes. L'anatomie et la physiologie paraissent ici sur la voie de quelque vue ingénieuse et féconde, mais elles ont encore beaucoup à faire pour arriver à une démonstration rigoureuse de la vraie signification théorique et pratique du fait.

PULSATIONS ANORMALES DANS L'AORTE ABDOMINALE, SUITE DE DÉPLÉTIONS EXCESSIVES ; par le docteur BONNAR.

Il serait inutile de reproduire l'observation longuement rapportée par l'auteur et offrant, comme le titre l'indique, un exemple de pulsations aortiques développées sous l'influence d'évacuations sanguines abondantes, sans signes d'anévrisme. L'intérêt de ce travail est plutôt dans les vues un peu trop brièvement exposées qui succèdent à l'observation et où M. Bonnar explique de la manière suivante les pulsations aortiques qu'on observe quelquefois en l'absence de toute condition anévrismatique. Il peut arriver, mais très-rarement, que les battements de l'aorte dépendent uniquement *d'une impulsion trop énergique du cœur, en disproportion avec le degré de résistance des parois artérielles;* mais ordinairement ils sont dus à *une faiblesse particulière du vaisseau*, par suite de laquelle il cède au choc de la colonne sanguine, *le cœur battant, du reste, avec une force ordinaire.* Ils exigent l'emploi des moyens toniques et d'une nourriture substantielle.

Nous ne ferons sur cette théorie qu'une observation : c'est qu'on ne voit pas très-bien comment elle pourrait s'accorder avec les cas bien constatés de pulsations abdominales qui paraissent et disparaissent avec une grande rapidité sans que rien autorise à admettre des variations aussi brusques et, d'ailleurs, difficiles à comprendre, dans la résistance des parois artérielles. Cette circonstance s'accorderait beaucoup mieux avec l'idée d'un déplacement, d'une propulsion du vaisseau, qu'avec celle d'une ampliation.

AFFECTION PARTICULIÈRE DES GLANDES LYMPHATIQUES DE L'AINE ; par M. GIBSON.

On a déjà rapporté plusieurs exemples d'épidémie de pseudosyphilis. Celui dont le récit va suivre ne peut être, relativement à son authenticité, l'objet d'aucun soupçon ; car l'auteur le rapporte tel qu'il l'a vu, sans aucune préoccupation systématique; et, loin même d'y chercher un appui pour telle ou telle théorie des maladies vénériennes, il l'accompagne à peine de quelques réflexions.

La maladie dont il s'agit ayant régné épidémiquement à Glasgow, M. Gibson a soin de faire remarquer que la santé générale de cette ville avait été précédemment très-bonne, et que même, contrairement à ce qui s'y observe en général, les mois de juillet et d'août s'étaient passés sans qu'on eût eu à traiter beaucoup de diarrhées et de dyssenteries. Voici maintenant le début et la marche de cette affection. Ordinairement d'un seul côté et le plus souvent à gauche, une ou deux glandes lymphatiques devenaient engorgées, augmentaient progressivement de volume, s'étendant principalement du pubis vers l'épine iliaque. Il s'y développait un peu de douleur; peu à peu l'appétit se perdait, pouls fréquent, soif. A une seconde période, il survenait une débilité prononcée ; le malade, émacié, les yeux rentrés dans l'orbite, prenait l'aspect d'un cadavre. Sueurs profuses durant la nuit; épuisement extrême à la suite du moindre mouvement. Au bout d'environ trois semaines, la suppuration était établie ; mais le pus, lorsqu'il s'était fait une issue, paraissait plutôt transparent et aqueux que de bonne nature. — Les toniques, les amers, une diète généreuse, et vers la fin l'iodure de potassium ont suffi pour rendre promptement les malades à leur santé première.

Chez les deux premiers malades où M. Gibson eut l'occasion d'observer cette singulière affection (en septembre 1845), il crut d'abord à l'existence de bubons vénériens. Malgré les dénégations des malades, et quoiqu'il n'eût trouvé sur leurs organes génitaux aucune trace de maladie, il doutait encore lorsque lui-même, à son tour, il fut atteint de la maladie épidémique. Il ne conserva plus alors, on le conçoit bien, aucune arrière-pensée sur la possibilité de sa nature syphilitique; et bientôt après il la vit également se manifester chez une dame mariée et mère d'une nombreuse famille !

TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE ; par M. M'DONALD.

L'auteur recommande, dans le traitement de la gonorrhée, un moyen simple qu'il a lui-même appris d'un autre médecin, et qu'il a employé avec beaucoup de succès. Il consiste à introduire dans l'urètre, à 3 pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade ainsi formulée :

Axonge.	30 grammes.
Nitrate d'argent	4 —

On la laisse en place une ou deux minutes. Il faut en général deux ou trois applications pour compléter la cure; cependant une seule peut suffire, si la maladie en est à sa première période. D'ailleurs ce mode de traitement peut être employé également à toutes les époques de l'affection.

M. M'Donald préfère ce procédé aux injections avec le nitrate d'argent, parce que de cette manière, dit-il, le caustique est mis plus directement en contact avec la grande lacune muqueuse, laquelle est généralement considérée comme le principal siége de la maladie.

L'observation suivante, l'une des deux que cite l'auteur, achèvera de faire connaître les règles de détail pour l'emploi de ce moyen. On y remarquera, du reste, et cela est un point important pour l'appréciation du procédé, qu'ici le copahu a fait, pendant toute la durée du mal, partie intégrante du traitement.

OBS. — Un pilote américain, affecté de blennorhagie aiguë depuis trois jours, s'était déjà purgé fortement et gardait le lit; il avait aussi pris du nitre et du copahu. Le prépuce et le gland étaient rouges et gonflés. La matière de l'écoulement était un peu mêlée de sang, et le passage de l'urine causait une douleur comparée par le malade à la sensation qu'aurait fait éprouver le contact du plomb fondu. Prescription : un mélange composé de solution de gomme arabique, de copahu, de liqueur de potasse et de teinture de jusquiame; à prendre toutes les six heures.

Le jour suivant, le malade était plus mal. M. M'Donald introduisit alors, comme il a été dit ci-dessus, une bougie chargée de pommade au nitrate d'argent. La douleur demeura extrêmement forte pendant une demi-heure après qu'on l'eut retirée. Continuation du mélange formulé plus haut. — Le lendemain le sentiment de cuisson était entièrement dissipé, le gland moins enflé et l'écoulement diminué d'une quantité considérable. Continuation du mélange; seconde introduction de la bougie enduite de la pommade caustique. — Le troisième jour, l'écoulement avait cessé; des érections cordées, qui se manifestaient durant la nuit, furent chassées au moyen de 5 décigr. de poudre de Dower et d'une ou deux sangsues.

Peu de jours après, le malade s'étant livré à un exercice violent et ayant commis quelques écarts de régime, il en résulta un léger retour de l'écoulement, sans douleurs; une troisième introduction de la bougie suffit pour l'arrêter, et tout était fini au bout de dix jours.

— Nous avons nous-même, d'après cette indication, employé déjà sur cinq malades, affectés de blennorrhgaie aiguë, le mode de traitement local que recommande M. M'Donald. La pommade au nitrate d'argent diffère surtout des injections au même sel en ce que l'action caustique est plus lente à s'établir et persiste plus longtemps. C'est ce dont on peut bien juger par la nature particulière de la douleur, laquelle, tout au contraire de celle qui suit l'injection caustique, est d'abord très-légère et n'atteint son *summum* qu'une demi-heure environ après l'introduction de la bougie. Généralement aussi, bien que la douleur, en somme, soit moindre, les malades ont ensuite plus de difficulté à uriner pendant les premières vingt-quatre heures. — Ces différences montrent que l'effet n'est point le même dans les deux cas, et qu'on peut par conséquent raisonnablement attendre de la pom-

made des services qu'on espérerait en vain des injections. C'est une toute autre médication, dont il reste à fixer les indications et à préciser l'action spéciale.

Quant aux résultats, chez deux malades l'état aigu a été dompté après la seconde application; chez deux autres, le traitement se poursuit encore en ce moment: chez un troisième, on n'a obtenu aucun bénéfice, et il a fallu se borner au copahu. Du reste, l'expérimentation, hors une seule exception, a été faite par nous sans associer au traitement local l'emploi du copahu ou du cubèbe.

EMPOISONNEMENT PAR L'URINE; par le docteur COLLIER.

OBS.—Un homme âgé de 34 ans, journalier, travaillant sur les grandes routes, vint consulter M. Collier pour une hydropisie datant déjà de plusieurs jours. La face était très-tuméfiée, et l'anasarque était en général plus prononcée aux parties supérieures du corps qu'aux parties inférieures. Il n'a jamais eu d'autre affection qu'une éruption cutanée revenant de temps à autre depuis quelques années. En dernier lieu, comme cette éruption durait plus longtemps que de coutume, il consulta une vieille femme qui lui conseilla de boire de l'urine pendant neuf jours. Le malade devait prendre le matin à jeun toute la quantité qu'il aurait rendue la veille au soir en se couchant. Le conseil fut suivi. Les neuf doses n'étaient pas encore prises quand l'enflure commença. Il se forma une ascite ainsi qu'un œdème des parois du thorax et du ventre, plus prononcé vers les parties supérieures. L'urine était rare, épaisse, très-foncée; pesanteur de tête, abattement, faiblesse, un peu de soif; pouls à 90; pâleur, expression de tristesse. Cet homme n'a été exposé ni au froid ni à l'humidité, et mène une vie modérée. L'urine n'est pas albumineuse.

Dans la pensée que cet état pouvait dépendre du passage de l'urine dans la circulation par voie d'endosmose ou de toute autre action toxique, M. Collier prescrivit le calomel, la coloquinte, la digitale, la scille; l'anasarque se dissipa complétement, et le malade put, au bout de dix jours, retourner à ses occupations. L'urine ne redevint naturelle que vers le neuvième jour. La guérison date maintenant de huit ans.

L'auteur se pose, sans la résoudre, la question de savoir si l'anasarque a été le résultat de l'absorption de l'urine ou d'une atteinte portée à l'innervation par son contact avec les tissus. Il est fâcheux qu'une analyse chimique des différentes humeurs de l'économie, du sang, de la sueur, de la salive, n'ait pas été appelée à la solution de cette question. En présence des détails qu'on vient de lire, non-seulement on ne peut la résoudre dans ces termes, mais il n'est pas même rigoureusement démontré que l'anasarque ait été uniquement l'effet de l'ingestion de l'urine. Qui pourrait affirmer que l'affection cutanée n'a joué aucun rôle dans la production de cette maladie? De quelle nature était l'éruption? Qu'est-elle devenue avant et pendant le développement de l'anasarque ou après sa guérison? L'observation se tait encore sur ces points, et ce sont autant de lacunes regrettables. L'anasarque est une de ces affections qui, précisément parce qu'elles supposent une cause essentielle très-générale, comme une altération du sang, peuvent tenir, par leur origine, à un très-grand nombre de conditions morbides particulières, vices de nutrition, vices de respiration, vices de sécrétion ou d'excrétion. Et quant aux maladies de la peau en particulier, tout le monde sait quel rapport les lie aux différentes formes d'engorgement du tissu cellulaire.

QUELQUES FORMULES NOUVELLES D'INJECTIONS POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'URÈTRE, DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS; par M. CATTELL.

C'est surtout à l'égard du copahu et du cubèbe que M. Cattell a multiplié ses efforts afin de trouver une préparation capable de permettre d'administrer fructueusement ces médicaments sous forme d'injections. Le motif qui l'a déterminé à ces recherches est la considération de l'irritation gastrique et des symptômes néphrétiques qu'il a vus accompagner l'emploi du copahu et du cubèbe à l'intérieur. Voici les quatre formules d'injections auxquelles il a été conduit:

1° EAU DISTILLÉE DE COPAHU OU DE CUBÈBE.

Prenez: huile de copahu ou de cubèbe, 60 grammes; eau, 5 pintes 1/2; pour en obtenir de 3 à 4 pintes de liquide.

2° EAU EXTEMPORANÉE DE COPAHU OU DE CUBÈBE.

A. Prenez: huile de copahu ou de cubèbe, 60 grammes; carbonate de magnésie, 24 grammes. Mêlez; ajoutez 4 pintes d'eau au plus et filtrez.

B. On peut substituer à la magnésie de la pierre ponce ou du sable.

3° SOLUTION CAUSTIQUE SACCHARINE DE COPAHU OU DE CUBÈBE.

Prenez: huile de copahu ou de cubèbe, 4 grammes; potasse ou soude caustique, 40 grammes; sucre blanc, 24 grammes; ajoutez peu à peu 750 grammes d'eau.

4° SOLUTION SAPONIFORME DE COPAHU OU DE CUBÈBE.

Prenez huile de copahu ou de cubèbe, 60 grammes; solution caustique de potasse ou de soude, 60 grammes. Mêlez dans un mortier, et ajoutez autant d'eau qu'il sera nécessaire.

D'après la même formule chimique, l'auteur a préparé une eau contenant le principe actif de l'essence de térébenthine, de l'ergot de seigle, de la créosote, et il s'en est servi avec succès dans les hémorrhagies utérines et contre l'inertie de la matrice durant l'accouchement. Il a surtout tiré un excellent parti d'une injection faite avec la solution aqueuse d'huile d'ergot de seigle.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 MAI 1846.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1845, 1846 ET 1847.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ EN 1845 POUR 1847.

(Commissaires: MM. de Blainville, Flourens, Serres, Milne-Edwards, et Ad. Brongniart, rapporteur.)

L'Académie propose pour sujet du grand prix des sciences naturelles, pour 1847:

« L'étude des mouvements des corps reproducteurs ou spores des algues zoosporées et des corps renfermés dans les anthéridies des cryptogames, telles que chara, mousses, hépatiques et fucacées. »

Les concurrents devront étudier sur le plus grand nombre possible d'espèces différentes ces deux sortes de corps, d'abord dans l'intérieur du végétal aux diverses époques de leur formation, puis à l'état de liberté après leur sortie de la plante qui les a produits, jusqu'à leur germination pour les premiers, et jusqu'à leur destruction pour les seconds.

Ils devront constater par tous les moyens que fournit le microscope, joint à l'emploi de divers réactifs, la structure de ces corps, la disposition des cils qu'ils présentent, la nature de leurs mouvements et les changements qu'ils éprouvent aux diverses périodes indiquées ci-dessus.

Ils rechercheront si diverses circonstances, telles que la nature et l'intensité de la lumière, la température et quelques agents chimiques, modifient ces phénomènes.

Les concurrents devront aussi examiner si beaucoup de corps considérés jusqu'ici comme des *animalcules infusoires*, surtout ceux colorés en vert, et agissant sur l'air atmosphérique, comme les parties vertes des végétaux, ne seraient pas, soit des végétaux parfaits, soit des parties de végétaux douées temporairement d'une motilité analogue à celle des animalcules infusoires proprement dits.

Quant aux corps contenus dans les anthéridies, on invite les concurrents à déterminer par des expériences directes si le rôle d'organes fécondateurs qu'on leur a attribué est réel. Les espèces de chara, de mousses, d'hépatiques et d'algues, dans lesquelles ces corps sont portés sur des individus différents de ceux qui produisent les spores ou véritables séminules, pourraient conduire à des résultats positifs.

Enfin, on les invite à diriger également leurs recherches sur les autres familles de cryptogames, telles que les fougères, les lycopodes, les lichens, les champignons et les autres familles de la classe des algues, dans lesquelles, jusqu'à ce jour, de véritables anthéridies n'ont pas été observées, afin de tâcher d'y découvrir ces organes dont l'analogie semble annoncer l'existence.

Lors même que ce sujet ne serait pas traité sous tous les points de vue indiqués ci-dessus, l'Académie pourrait néanmoins accorder le prix à celui des concurrents qui aurait résolu d'une manière satisfaisante quelques-unes des parties de la question proposée.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1847.

PRIX RELATIF AU DÉVELOPPEMENT DU FOETUS, PROPOSÉ EN 1837 POUR 1839, REMIS AU CONCOURS POUR 1843, ET DE NOUVEAU POUR 1846.

(Commissaires: MM. Duméril, de Blainville, Flourens, Velpeau, et Serres, rapporteur.)

L'intérêt qui s'attache aux études de l'organogénie et de l'embryogénie comparée s'accroît d'année en année; plus on pénètre profondément dans les voies mises en œuvre par la nature pour développer les êtres organisés, plus on voit s'agrandir le cercle de leurs applications.

Afin de suivre ce mouvement de la science, et de la diriger vers une partie trop négligée, l'Académie avait remis au concours, pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1843, la question suivante:

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changements chimiques, physiques et organiques, qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrents devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront, par des expériences directes, l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Un seul mémoire a été envoyé au concours, et l'auteur, au lieu d'envisager la question sous le point de vue expérimental, ainsi que le recommandait le programme, ne l'a considérée que d'une manière hypothétique. Il n'en a pas même effleuré la solution.

D'après cette circonstance, la commission eût proposé à l'Académie de retirer la question du concours; mais des communications faites à l'Académie ont fait connaître que deux personnes s'en sont occupées d'une manière très-sérieuse.

Le temps seul a manqué aux concurrents pour pouvoir déposer leur mémoire au terme prescrit par le programme. — D'après cette considération, la commission propose à l'Académie de laisser encore la question au concours jusqu'au 1er avril 1846.

PRIX FONDÉ PAR M. MANNI, POUR 1846.

M. Manni, professeur à l'Université de Rome, ayant offert de faire les fonds d'un prix spécial de 1,500 fr., à décerner par l'Académie, sur la question des *morts apparentes et sur les moyens de remédier aux accidents funestes qui en sont trop souvent les conséquences*, et le roi, par une ordonnance en date du 5 avril 1837, ayant autorisé l'acceptation de ces fonds et leur application au prix dont il s'agit, l'Académie proposa, en 1837, pour sujet d'un prix qui devait être décerné dans la séance annuelle de 1839, la question suivante :

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes?

» Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés? »

Sept mémoires furent adressés à l'Académie; aucun d'eux ne fut jugé digne du prix, et il fut remis à l'année 1842.

En 1842, l'Académie reçut sept mémoires, et la commission décida que, cette année encore, il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

Ce sujet de prix a été remis au concours pour l'année 1846.

Voici quelques considérations sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention des concurrents, et qui sont tirées du rapport qui fut fait sur le concours de 1842, par une commission composée de MM. Andral, Magendie, Serres, Breschet et Rayer, rapporteur :

« L'Académie croit devoir faire remarquer que les relations d'enterrements prématurés témoignent bien plus souvent de l'ignorance ou de la légèreté des auteurs de ces malheurs que de l'incertitude de la science. L'Académie demande, non un tableau des erreurs déplorables qui ont pu être commises, mais un exposé des connaissances actuelles sur la question proposée. Ce qu'elle désire surtout, ce sont des observations propres à rendre plus prompt et plus sûr le diagnostic, dans le petit nombre de cas qui peuvent laisser de l'incertitude sur l'état de vie ou de mort. »

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1844.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — RAPPORT SUR LE PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE POUR L'ANNÉE 1844.

(Commissaires : MM. Milne-Edwards, Serres, Magendie, de Blainville, et Flourens, rapporteur.)

La commission n'a reçu aucun ouvrage de *physiologie expérimentale* proprement dite. En conséquence, elle a dû porter son attention sur les ouvrages qui lui ont paru se rapprocher le plus de cette science.

Or, entre les ouvrages adressés pour le prix de *physiologie expérimentale* de l'année 1844, il s'en est trouvé deux qui lui ont offert ou des vues de physiologie générale très-importantes, ou des matériaux précieux pour l'embryologie animale. Le premier de ces deux ouvrages est de M. Agassiz, et se compose de deux parties, dont l'une est l'HISTOIRE DES POISSONS FOSSILES, et l'autre l'HISTOIRE DES POISSONS D'EAU DOUCE DE L'EUROPE CENTRALE.

Il serait inutile de donner ici une analyse détaillée de ces deux grands travaux, qui sont aujourd'hui consultés et médités par tous les zoologistes. Chacun sait que celui sur les *poissons fossiles* forme le complément des recherches de M. Cuvier sur les espèces perdues des trois autres classes des animaux vertébrés, et qu'il a paru digne de venir après ces immortelles recherches : éloge qui n'en permet aucun autre.

Le travail sur les *poissons d'eau douce de l'Europe centrale* est remarquable par l'exactitude et l'importance des observations anatomiques et physiologiques qu'il renferme.

Considérés dans leur ensemble, ces deux grands travaux établissent, d'une part, des rapports pleins d'intérêt entre les études *embryogéniques* et les études *paléontologiques* touchant la classe des poissons. D'autre part, et ceci est plus essentiel encore, ils ont montré combien l'étude des poissons fossiles était aujourd'hui indispensable pour arriver à des idées justes sur les affinités naturelles de ces animaux.

La commission accorde le *prix de physiologie expérimentale* à M. Agassiz, pour ses travaux sur les *poissons vivants* et sur les *poissons fossiles*.

Le second ouvrage pour lequel la commission propose à l'Académie d'accorder aussi un prix est de M. Bischoff, et il a pour titre : HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF ET DU FOETUS DU CHIEN.

M. Bischoff a déjà publié, comme le savent tous les physiologistes, une histoire très-remarquable du *développement du lapin*. Ce nouvel ouvrage sur le *développement du chien* est un ouvrage plus remarquable encore; les études y sont plus approfondies, plus complètes; et tout y décèle, si l'on peut ainsi dire, une main d'observateur plus exercée. Le chien est un des mammifères dont l'œuf et l'embryon ont été le plus étudiés. Aussi, parmi les résultats obtenus par M. Bischoff, en est-il plusieurs qui étaient déjà connus; et néanmoins il en est d'autres qui demandent à être revus. Mais l'ensemble du travail, par l'excellente méthode qui constamment y guide l'auteur, a paru à la commission pouvoir être proposé comme un modèle de *monographie embryogénique*, genre de travail que l'Académie ne saurait trop encourager, et l'un de ceux dont la physiologie actuelle a le plus besoin. Il est aisé de voir, en effet, que dès que nous posséderons un nombre suffisant de *monographies embryogéniques* bien faites, la science pourra prendre immédiatement un essor plus vaste, et l'*embryologie générale* trouver ses lois.

Enfin, la commission accorde une *mention honorable* aux observations par lesquelles M. Raciborski a étendu à l'espèce humaine le résultat des belles recherches de M. Pouchet (couronnées l'année dernière par l'Académie), concernant l'ovulation spontanée des mammifères.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES. — RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1844.

(Commissaires : MM. Dumas, Chevreul, Pelouze, Regnault, et Payen, rapporteur.)

Trois objets importants ont plus particulièrement préoccupé la commission de l'Académie, ce sont :

1° Les appareils construits par M. Chaussenot pour diminuer les chances d'explosion des générateurs.

2° L'application économique de la distillation de l'eau de mer, dans la vue d'assurer aux équipages des navires une ample distribution d'eau douce.

3° Les dispositions qui, facilitant la conservation et le transport de l'eau potable embarquée, peuvent améliorer les conditions de salubrité durant les voyages sur mer.

N'ayant pu nous procurer à temps les renseignements propres à éclairer les questions qui nous sont soumises, à l'égard des deux dernières applications, nous avons dû nous borner à réserver les droits que pourraient avoir les auteurs dans un prochain concours.

Une semblable mesure avait été prise l'année dernière relativement aux appareils de sûreté présentés par M. Chaussenot, malgré l'opinion favorable que dès lors les membres de la commission en avaient conçue.

Nous ne devons pas regretter cet ajournement, car tous les documents désirables nous sont depuis parvenus : de nouveaux rapports très-favorables émanés d'hommes compétents, ont confirmé notre manière de voir; enfin, les applications de ces ingénieuses dispositions se sont étendues.

Parmi les causes des explosions des générateurs de la vapeur d'eau, il est impossible de méconnaître 1° un accroissement, au delà des limites prévues, de la tension de la vapeur, et 2° un abaissement accidentel du niveau dans les chaudières.

Les soupapes et les indicateurs du niveau du liquide sont depuis longtemps employés pour diminuer les chances des explosions, mais ces appareils laissaient beaucoup à désirer : tantôt des adhérences, dues à la largeur de leur siége, maintenaient les soupapes closes, malgré un excès de tension extérieure, tantôt elles se soulevaient trop tôt et troublaient le travail des ateliers; parfois elles se refermaient incomplétement et laissaient à la vapeur une issue occasionnant des déperditions notables et des dérangements plus ou moins graves.

Parmi les constructeurs qui se sont occupés dans ces derniers temps des moyens de faire disparaître ces divers inconvénients des appareils de sûreté, il convient de citer au premier rang M. Chaussenot aîné. — Les soupapes de cet habile mécanicien ferment la section de passage par un bord circulaire étroit, presque tranchant, et aucun appendice ne pénètre dans l'intérieur de la tubulure; elles sont maintenues uniquement par le bout de la tige conique qui presse sur elles. Leur ouverture sous la pression voulue, et leur fermeture spontanée, ont lieu avec une précision remarquable, et supportent un service de plusieurs années sans être ajustées de nouveau.

L'indicateur discoïde du flotteur est très-apparent; il est porté par un fil en laiton mince, demeurant rectiligne, tendu par un contre-poids : il se meut facilement en passant dans un *stuffing-box* qui arrête les fuites.

Cet indicateur du niveau de l'eau est toujours en vue pour l'ouvrier dans les moments même où se fait le service du foyer.

Les contre-poids des flotteurs à sifflet sont renfermés dans la chaudière, ainsi que les leviers; ceux-ci, oscillant autour de deux pointes sur un axe de rotation allongé, sont dirigés invariablement dans le plan même des tiges qui transmettent les indications.

C'est ainsi qu'un orifice de 4 ou 5 millimètres de diamètre est fermé par le bout conique et arrondi d'une forte tige verticale pressant de bas en haut, tant que le niveau du liquide dépasse le minimum voulu; mais à cette dernière limite, le niveau vient-il à s'abaisser encore, la tige descend avec le flotteur, dégage l'orifice, et la vapeur aussitôt s'élançant au dehors, fait entendre le sifflet d'alarme : ce bruit aigu ne cesse qu'au moment où l'on remplit la chaudière.

Les flotteurs ordinaires et les flotteurs à sifflet d'alarme construits suivant les modèles de M. Chaussenot offrent les meilleures conditions connues pour la sûreté des indications.

Tous les rapports adoptés par la commission des machines à vapeur, le jury central de l'exposition en 1844, et la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, s'accordent à recommander l'usage de ces appareils remarquables.

Déjà, d'ailleurs, la sanction de la pratique leur est acquise en France et à l'étranger : nous les avons vus fonctionner avec succès dans quelques-unes des usines qui, au nombre de plus de 200, les ont adoptées. On peut espérer que de telles garanties paraîtront bientôt suffisantes pour faire supprimer les indicateurs en verre, dont la fragilité peut occasionner des inconvénients et même des dangers graves.

Sans vouloir entrer ici dans la discussion des questions de priorité qui pourraient s'élever relativement à quelques détails des moyens précités, considérant

que, par l'ensemble des dispositions et la bonne exécution des soupapes et flotteurs, M. Chaussenot a rendu plus sûres et plus constantes les indications de ces utiles appareils, la commission de l'Académie, d'un avis unanime, vote une récompense de *deux mille francs* à leur auteur, sur les prix de la fondation Montyon.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1844.

(Commissaires : MM. Rayer, Serres, Roux, Magendie, Duméril, Velpeau, Andral, Pariset, et Milne-Edwards, rapporteur.)

La commission dont j'ai l'honneur d'être en ce moment l'organe a été chargée par l'Académie, le 7 avril dernier, de juger le concours ouvert en 1844 pour les prix de médecine et de chirurgie fondés par M. de Montyon. Les ouvrages soumis à notre examen étaient, comme de coutume, extrêmement nombreux; on en comptait plus de quarante, dont plusieurs se composaient de deux ou trois volumes in-8° ou même in-4°. Mais cette grande richesse était plutôt apparente que réelle, car la commission, pour se conformer aux vœux du testateur, dont elle était appelée à exécuter les dernières volontés, et pour rester fidèle à la mission fondamentale de l'Académie des sciences elle-même, ne pouvait prendre en considération sérieuse qu'un petit nombre de ces travaux.

L'Académie, en effet, à raison de son institution, doit accorder son attention tout entière aux observations nouvelles et aux recherches expérimentales qui tendent à reculer les limites de la science; elle n'a pas à s'occuper des livres didactiques qui, tout en facilitant l'étude des faits acquis, n'ajoutent à ces faits aucun résultat nouveau digne d'intérêt; et le fondateur des prix de médecine et de chirurgie a si bien compris dans quelle direction devait s'exercer l'influence de notre compagnie, qu'il l'a chargée de récompenser, non les ouvrages utiles à l'enseignement de l'art de guérir, mais les découvertes qui semblent être de nature à contribuer aux progrès de cette branche importante des connaissances humaines. Certes, l'Académie s'estimera heureuse toutes les fois qu'elle pourra décerner des récompenses aux hommes dont les observations ou les expériences jetteront quelques lumières nouvelles sur la pathologie, la thérapeutique ou l'art opératoire; elle encouragera toujours les recherches anatomiques et physiologiques, sans lesquelles la médecine ne saurait être une science; mais elle ne peut voir avec un égal intérêt les efforts des écrivains qui s'appliquent seulement à transmettre aux autres ce qu'ils ont eux-mêmes appris par les travaux de leurs devanciers, quel que soit d'ailleurs le succès dont ces efforts auront été couronnés.

La commission, pour se conformer à cette doctrine, a dû dès le principe écarter un certain nombre de traités généraux, ainsi que quelques dissertations, qui lui avaient été adressés. En agissant ainsi, elle n'a voulu jeter aucune défaveur sur ces livres, et elle se plaît même à déclarer hautement que, parmi ces ouvrages, il s'en trouve plusieurs dont le mérite est considérable, et dont l'utilité ne pourra manquer d'être très-grande pour l'enseignement; mais elle n'y a pas reconnu le caractère d'originalité nécessaire pour être admis à concourir pour les prix que l'Académie des sciences décerne.

Nous passerons donc sous silence tous ces ouvrages didactiques, et nous croyons qu'il serait également inutile de nous arrêter ici sur quelques autres travaux dont les résultats n'ont pas, à nos yeux, assez d'importance pour mériter les éloges de l'Académie Nous ne parlerons ici que des travaux pour lesquels nous voulons demander l'approbation de cette compagnie; et du reste, si nous insistons sur cette omission, c'est seulement afin d'épargner à quelques concurrents la peine de réclamer, comme ils le font souvent, lorsqu'ils ne voient pas leurs noms figurer dans nos rapports.

Deux séries de recherches ont surtout excité l'intérêt de la commission : l'une a pour objet les blessures des vaisseaux sanguins, l'autre est relative aux maladies des articulations.

Depuis plusieurs années, un de nos chirurgiens les plus habiles, M. Amussat, se livre à des expériences nombreuses et variées sur les propriétés physiologiques des parois vasculaires, et sur les phénomènes qui résultent des lésions traumatiques des artères et des veines. Déjà en 1831, l'Académie lui accorda une récompense pour ses recherches sur la torsion des artères, et la commission chargée de décerner les prix de la fondation Montyon pour l'année 1842, mentionna honorablement son travail sur l'hémorragie; mais avant de se prononcer sur la valeur de quelques-uns des résultats annoncés par M. Amussat relativement au mode d'oblitération des vaisseaux, elle a cru devoir attendre que de nouveaux faits fussent venus jeter plus de lumière sur cette question importante. Elle engagea donc M. Amussat à poursuivre ses recherches, et ce sont les expériences qu'il entreprit alors, dont nous devons entretenir aujourd'hui l'Académie.

Lorsqu'une grosse artère a été coupée, le sang, comme chacun le sait, s'en échappe avec impétuosité, et la mort est souvent une conséquence presque immédiate de la lésion; mais que l'hémorragie amène ce résultat funeste ou qu'elle s'arrête sans entraîner des suites aussi graves, il arrive un moment où l'écoulement du liquide s'interrompt, bien que le vaisseau ouvert ne soit pas complétement vidé. Les seules forces de l'organisme peuvent suffire pour faire cesser l'hémorragie, et c'est l'étude des moyens mécaniques employés par la nature pour arrêter ainsi la perte du sang, qui est le sujet du nouveau travail de M. Amussat. Cette question offre un intérêt trop évident pour qu'elle ait pu échapper jusqu'ici aux investigations des chirurgiens, et, parmi les hommes dont les expériences ont le plus contribué à en hâter la solution, il faut citer en première ligne un des membres de notre ancienne Académie des sciences, Jean-Louis Petit. Ce médecin, il est vrai, avait principalement en vue l'examen du mode d'action des matières absorbantes ou stiptiques sur les plaies saignantes; mais ce qu'il dit de la formation de caillots obturateurs à l'extrémité des artères divisées, et du rôle de ces caillots, est presque entièrement applicable aux cas dans lesquels l'hémorragie s'arrête spontanément : Faubert, Morand, Pouteau et Kirkland firent des expériences analogues, sans en tirer toutefois les mêmes conséquences, et, à une époque plus rapprochée de nous, Jones publia sur le même sujet des recherches nombreuses et importantes; Béclard s'en occupa également d'une manière très-sérieuse, et dernièrement encore M. Manec en a fait l'objet de remarques nouvelles. Cependant la science était loin d'être fixée sur toutes les questions que ces travaux avaient soulevées, et en venant à son tour étudier les moyens par lesquels la nature arrête spontanément les hémorrhagies, M. Amussat a trouvé encore à enregistrer des faits nouveaux, dont les conséquences intéressent en même temps la physiologie et la médecine opératoire. Ses expériences, faites principalement sur les animaux de boucherie mis à mort suivant le procédé que prescrit la religion juive, l'ont conduit à mieux observer, et surtout à mieux analyser qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, les phénomènes locaux résultant de la division complète des artères dans une grande plaie transversale. Il a vu que lorsque, dans une lésion de ce genre, l'hémorrhagie s'arrête spontanément, cela ne dépend ni de la contraction de l'artère coupée, ni d'un état de spasme, mais est occasionné par la formation d'un caillot à l'extrémité du vaisseau. Ce caillot obturateur ne fonctionne pas à la manière d'un bouchon; il se montre d'abord comme un bourrelet circulaire sur le bord de l'artère divisée, et se soude pour ainsi dire avec celle-ci par l'infiltration du sang dans la tunique celluleuse externe du vaisseau; son volume augmente à mesure que de nouvelles quantités de sang se solidifient sur sa surface, et bientôt il prend la forme d'un mamelon dont la substance semble comme organisée, et dont le centre est creusé d'un canal en continuité avec l'intérieur du tube artériel; enfin ce canal, traversé par le jet du sang, se tapisse de fibrine, et se rétrécit ainsi de plus en plus vers son extrémité libre, jusqu'à ce que ses bords se rencontrent. L'hémorrhagie s'arrête alors, et le sang ainsi emprisonné dans la portion terminale du vaisseau, venant à se solidifier à son tour, constitue un second caillot intérieur et parfaitement distinct du premier, qui seul a effectué l'occlusion de l'artère. M. Amussat montre quel est le rôle des diverses tuniques celluleuses dans la production du caillot externe ou obturateur, et explique ainsi comment l'allongement du vaisseau au moment de sa division peut faciliter la cessation spontanée de l'hémorrhagie. Il fait voir aussi comment la rétraction de l'artère fait peu à peu rentrer dans les chairs le mamelon obturateur, et il indique à quels signes on peut reconnaître à la surface d'une plaie un vaisseau ainsi obstrué. Enfin il établit que c'est ce mamelon et non l'orifice béant ou la *lumière* du vaisseau, que le chirurgien doit chercher, lorsqu'à la suite d'une opération il veut lier les artères divisées qui ont cessé de donner du sang, mais qui pourraient encore devenir le siége d'une hémorrhagie consécutive.

Ce serait trop long d'énumérer ici tous les faits de détail nouveaux ou mal connus que M. Amussat signale dans son travail; et pour ne pas abuser des moments de l'Académie, nous croyons devoir également ne pas revenir ici sur les autres mémoires dont il a déjà été rendu compte dans un précédent rapport, mémoires qui portent sur le mode de formation des tumeurs sanguines sous-cutanées, sur la cicatrisation des artères et des veines, et sur la production des anévrismes traumatiques. Nous nous bornerons donc à ajouter que tous ces travaux se lient entre eux et forment un ensemble dont l'intérêt est considérable. La commission, il est vrai, croit devoir persister dans la réserve qu'elle a déjà manifestée relativement à quelques-unes des conclusions que l'auteur en tire pour la pratique chirurgicale; mais, quoi qu'il en soit des questions dont la solution est peut-être restée incomplète, la série des recherches expérimentales et des observations pathologiques de M. Amussat sur les blessures des vaisseaux sanguins nous a paru importante et digne d'obtenir une récompense de la part de l'Académie.

Le second travail sur lequel la commission appelle l'attention est le TRAITÉ DES ARTICULATIONS, par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Lyon. Cet ouvrage se distingue de la plupart des traités généraux par le nombre d'observations nouvelles que l'auteur y expose, et par la méthode expérimentale qu'il a suivie dans l'étude de plusieurs questions importantes pour le diagnostic et le traitement des affections dont il s'occupe. Ainsi, pour mieux connaître certains effets mécaniques produits par les hydrarthroses, M. Bonnet a simulé sur le cadavre les accumulations de liquides qui constituent ces maladies, et à l'aide de ces injections forcées il a pu déterminer avec une grande rigueur quelle est la position que prend nécessairement chacun des membres sous l'influence de ces sortes d'hydropisies, constater les rapports qui s'établissent alors entre les surfaces articulaires, et reconnaître la route suivie par les liquides qui s'échappent des capsules synoviales, lorsque les membranes de l'articulation ne pouvant plus se distendre viennent à se déchirer sous la pression qu'exercent ces matières accumulées. Dans quelques-uns des résultats ainsi obtenus, M. Bonnet avait été en partie devancé par M. Jules Guérin; mais ses expériences sur les hydrarthroses n'en ont pas moins presque toujours le mérite de la nouveauté, et elles sont de nature à fournir à la pratique chirurgicale d'utiles lumières. La commission a remarqué aussi dans le travail de M. Bonnet des recherches intéressantes sur les fongosités articulaires; enfin elle a dû prendre également en considération sérieuse les observations de ce praticien habile sur l'emploi des injections iodées dans les cas d'hydrarthroses et d'abcès articulaires. En effet, M. Bonnet a été l'un des premiers à employer cette nouvelle méthode curative fondée sur les doctrines professées par un des membres de cette commission (M. Velpeau), et il paraîtrait, d'après les observations de M. Bonnet lui-même et d'après les résultats fournis par la pratique d'autres chirurgiens, que les injections iodées peuvent être souvent utiles dans le traitement de ces affections lentes et rebelles.

En conséquence, la commission propose à l'Académie d'accorder à M. Bonnet

une récompense pour ses observations thérapeutiques et ses recherches expérimentales sur les maladies des articulations.

Le mémoire de MM. Alfred Becquerel et Rodier sur la composition du sang, nous a paru également digne d'éloges. On sait combien l'étude chimique des altérations que subissent les humeurs de l'économie chez l'homme malade, avait été négligée jusqu'en ces dernières années. Les expériences de notre savant collègue M. Chevreul sur le sang des enfants affectés de l'ictère des nouveau-nés, les recherches de MM. Prevost et Dumas relatives à la présence de l'urée dans ce liquide et à l'influence des saignées sur la proportion de sérum et de globules, les observations d'un des membres de la commission (M. Magendie) sur l'état pathologique que détermine la soustraction d'une certaine quantité de fibrine, les analyses intéressantes dues à M. Lecanu et les résultats annoncés par M. Denis avaient, il est vrai, ouvert la voie et excité vivement l'attention des physiologistes; mais l'étude comparative du sang chez l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie était à peine abordée, lorsqu'en 1840 un des membres de la commission (M. Andral) s'en occupa de concert avec M. Gavarret.

Le travail de MM. Becquerel et Rodier est en quelque sorte la suite des recherches dont il vient d'être question, et fournit de nouveaux éléments pour la solution des grandes et importantes questions qui se rattachent à l'histoire pathologique du sang. Ces deux jeunes médecins se sont appliqués à déterminer non-seulement la proportion d'eau, de fibrine et d'albumine, comme on l'avait fait jusqu'alors, mais aussi la quantité relative de cholestérine, de matière grasse phosphorée et des sels contenus dans le sang; ils ont également cherché à doser le fer qui se trouve dans les globules rouges, et ils ont constamment tenu compte de la densité du sang défibriné et du sérum. Des analyses aussi compliquées nécessitent des précautions minutieuses et prennent un temps considérable; cependant MM. Alfred Becquerel et Rodier ont examiné de la sorte le sang provenant de 160 saignées, et dans les tableaux annexés à leur mémoire ils donnent tous les détails de leurs expériences. Dans une première série d'analyses, ils ont étudié la constitution normale du sang et les différences que ce liquide peut offrir suivant les sexes, l'âge et quelques circonstances accidentelles qui ne dérangent pas la santé. Ces expériences tendent à abaisser un peu la moyenne générale précédemment admise pour la proportion de fibrine et complètent les résultats déjà obtenus par M. Lecanu en ce qui concerne la richesse plus grande du sang de l'homme comparé au sang de la femme. Dans une seconde série d'analyses, les auteurs examinent le sang provenant de malades affectés de fièvre typhoïde, de phlegmasies, de chlorose, de phthisie pulmonaire, d'ictère, de fièvre puerpérale, d'albuminurie, etc. Il en est souvent ressorti, comme on le pense bien, une simple confirmation des déductions déjà tirées de recherches analogues; mais, dans d'autres cas, les expériences de MM. Becquerel fils et Rodier ont fourni à la science des données nouvelles, qui sans doute contribueront à nous faire connaître un jour les lois de l'hématologie pathologique et normale. Pour saisir les tendances réelles de la nature dans des phénomènes de cet ordre, où les limites des variations individuelles sont souvent très-étendues, il faut beaucoup multiplier les observations; les moyennes déduites d'un petit nombre d'analyses ne sauraient inspirer une confiance suffisante, et il importe de pouvoir contrôler les résultats généraux par la comparaison de plusieurs séries partielles de faits du même ordre. Le mémoire de MM. Becquerel et Rodier contenant, comme nous l'avons déjà dit, cent soixante analyses, sera donc très-utile, même dans les parties qui offrent le moins d'observations nouvelles, et nous regrettons seulement que, dans la publication qu'ils en ont faite, ils aient omis les tableaux contenant les résultats numériques de leurs analyses, car les documents de ce genre sont d'un grand secours pour la discussion des questions qui tiennent de si près à la statistique médicale; du reste, ces tableaux existent dans les archives de l'Académie, et on pourra toujours les y consulter.

La commission a donc l'honneur de demander, en faveur de ces deux expérimentateurs zélés, un témoignage d'encouragement, et elle est persuadée que l'Académie ne pourra manquer d'accueillir toujours avec intérêt des travaux faits dans cette direction toute scientifique; car c'est en suivant une marche pareille que l'on sortira du vague qui a régné trop longtemps dans les observations et dans les discussions médicales.

A la suite des recherches expérimentales dont nous venons de rendre compte, nous devons faire connaître à l'Académie des observations pratiques qui, dans certaines circonstances, peuvent être d'un grand intérêt pour la chirurgie militaire, et qui sont dues à M. Reveillé-Parise. Il s'agit de l'emploi de feuilles de plomb dans le pansement des plaies et des ulcères. Déjà, dans plus d'une occasion, l'art de guérir a fait d'importants progrès, parce que, à la guerre, le chirurgien d'armée se trouvant dépourvu des moyens curatifs dont l'usage était indiqué, a essayé d'y suppléer en employant, un peu au hasard peut-être, tout ce qu'il avait sous la main. On sait, par exemple, comment la nécessité conduisit ainsi Ambroise Paré à opérer une véritable révolution dans cette branche de la chirurgie, lorsque, manquant des spiritueux employés jusqu'alors dans le pansement des plaies d'armes à feu, il y substitua les applications émollientes. C'est à une nécessité pareille que le procédé imaginé par M. Reveillé-Parise doit son origine. Pendant le siége long et meurtrier de Saragosse, les blessés étaient nombreux; mais pour les panser on manquait de charpie. L'administration militaire veillait avec plus de soin au service des caissons qu'à l'approvisionnement des hôpitaux, et M. Reveillé-Parise, pressé de pourvoir aux besoins des malades et ne trouvant partout autour de lui que des cartouches, eut l'heureuse idée de chercher dans les balles elles-mêmes des matériaux pour le pansement de ses blessés. Aplatissant ces balles à coup de marteau, il les transforma en lames extrêmement minces, et il appliqua sur les plaies les feuilles de plomb ainsi préparées. Ce procédé réussit même au delà de ses espérances, et M. Reveillé-Parise en arriva bientôt à préférer ses lames de plomb aux plumasseaux de charpie les mieux faits. « J'ose l'affirmer, dit ce praticien, il n'est pas de mode de pansement plus simple, plus expéditif, plus commode et surtout plus convenable. La mollesse, la flexibilité du plomb, la facilité de lui donner toutes espèces de formes, en rendent les applications singulièrement aisées, et la surface polie du métal ne contractant pas d'adhérence avec les bords de la plaie, l'emploi des corps gras devient inutile. » Les premiers essais faits par M. Reveillé-Parise remontent, comme on le voit, à une époque déjà éloignée; mais, dans un ouvrage publié récemment et adressé au concours Montyon, il a exposé, avec de nouveaux développements, sa méthode curative. Elle est aujourd'hui bien connue des chirurgiens, et elle a été employée avec succès dans plusieurs occasions. Nous ne prétendons nullement qu'il faille toujours préférer les feuilles minces de plomb à la charpie; mais, dans certaines circonstances, il peut être très-utile aux praticiens de savoir qu'à l'aide de cette substance métallique une plaie superficielle en suppuration peut être pansée bien et commodément. La commission a donc décidé qu'elle demanderait à l'Académie de vouloir bien accorder à M. Reveillé-Parise une certaine somme à titre d'encouragement.

La commission a l'honneur de proposer aussi à l'Académie de récompenser de la même manière un jeune médecin, M. Morel-Lavallée, qui a constaté des faits nouveaux et curieux relatifs aux luxations de la clavicule. Il a fixé l'opinion sur l'existence de luxations de l'extrémité interne de cet os en arrière, et il a constaté pour la première fois la luxation du même os en dedans, ou sur l'échancrure sternale.

L'emploi du microscope dans les recherches d'anatomie et de physiologie est ancien; mais au commencement de notre siècle cet instrument était tombé dans une sorte de discrédit, et, craignant de s'exposer à quelques illusions d'optique, les observateurs se privaient des secours puissants qu'il pouvait leur fournir. Les travaux de MM. Prevost et Dumas, de M. Amici, de M. Ehrenberg et de quelques autres physiologistes, ont pour ainsi dire réhabilité le microscope dans l'opinion des naturalistes, qui aujourd'hui en font tous usage; mais les médecins se sont montrés plus difficiles à ramener, et l'application des recherches microscopiques aux études de pathologie s'est fait attendre davantage. Depuis quelques années on a reconnu cependant que ce mode d'investigation tendait à introduire une précision nouvelle dans les observations d'anatomie pathologique, et pouvait contribuer à reculer les limites des sciences médicales; on a compris qu'à l'aide du microscope il serait possible d'analyser en quelque sorte, au point de vue physique, les produits de l'organisme malade, comme au moyen de réactions chimiques on parvient à distinguer les matières de natures diverses dont ces mêmes produits se composent. En Allemagne, la structure intime des tissus morbides est devenue ainsi l'objet de travaux nombreux et considérables, et depuis plus de dix ans M. Donné s'est appliqué à familiariser nos jeunes praticiens avec l'usage du microscope et avec les résultats fournis par l'emploi de cet instrument dans l'étude des maladies. Cette louable persévérance porte déjà ses fruits, et en poursuivant sa tache, M. Donné est parvenu à rendre à la pathologie des services réels. Dans un ouvrage soumis au jugement de la commission, il a réuni les divers résultats fournis par ses opérations microscopiques sur la constitution des humeurs de l'économie à l'état de santé et à l'état de maladie. La plupart des faits qu'il signale avaient déjà été communiqués à l'Académie dans des mémoires particuliers : il serait par conséquent inutile d'en faire ici l'analyse; mais nous croyons devoir rappeler que les observations de ce médecin sur le colastrum et sur les altérations morbides du lait ont déjà reçu la sanction d'une commission, dont l'organe était notre savant collègue M. Chevreul. Nous ajouterons encore que M. Donné a été l'un des premiers à employer l'observation microscopique dans le diagnostic de certaines affections des voies génito-urinaires, telles que les pertes séminales, et que dans les maladies de ce genre ce mode d'investigation ne peut être négligé.

D'après ces considérations, la commission propose de mentionner honorablement les recherches de M. Donné.

Si la destination de la fondation Montyon n'avait pas été indiquée d'une manière nette et impérative, la commission aurait pu demander une récompense en faveur d'un ancien officier, dont les travaux n'ont conduit, il est vrai, à aucune découverte relative à la médecine, mais sont de nature à être très-utiles pour l'hygiène. L'influence de la gymnastique sur le développement des forces physiques de l'homme et sur la conservation de la santé est trop universellement admise pour qu'il faille en donner ici des preuves, et les hommes qui ont le plus contribué à perfectionner cet art et à en introduire l'emploi dans les établissements destinés à la jeunesse, ont sans contredit des droits à notre reconnaissance. Or, M. Clias est de ce nombre. Déjà, vers la fin du siècle dernier, un auteur allemand, Saltzmann, publia, sous le pseudonyme de Guthsmuths, un traité *ex professo* sur la gymnastique; mais ce livre, bien qu'il ait eu deux éditions, n'excita que peu l'attention ailleurs qu'en Allemagne, et c'est principalement à M. Clias que l'on doit l'adjonction de l'éducation physique à l'éducation morale et intellectuelle des enfants. Dès 1806, il commença à s'en occuper, et vers 1814 il fonda à Berne une sorte d'académie somascétique d'où sortirent des moniteurs chargés de diriger des exercices gymnastiques dans plusieurs institutions suisses: les maisons d'éducation de Pestalozzi et de Fellemberg, par exemple. En 1816, M. Clias imprima à Berlin un ouvrage sur la gymnastique, dont une traduction italienne parut bientôt après à Milan; et en 1819 il publia à Paris un nouveau traité sur le même sujet. Sa méthode ne tarda pas à être adoptée en Autriche ainsi qu'en Angleterre, et contribua évidemment beaucoup aux progrès que cet art fit en France vers la même époque. M. Clias a donc précédé dans cette route M. Amoros, qui, en introduisant la gymnastique comme élément essentiel dans l'éducation de nos sapeurs-pompiers, a rendu à cette profession dangereuse des services pour lesquels l'Académie lui décerna une récompense. La méthode de M. Clias paraît être aussi mieux que toute autre appropriée à l'usage des enfants; les exercices qu'il fait exécuter ne sont pas de nature à occasionner des accidents, et sont bien combinés pour développer d'une manière régulière les

forces musculaires, et pour donner aux mouvements de l'aisance et de la précision.

La commission a donc cru devoir donner à M. Clias un témoignage de son approbation, et en conséquence elle propose à l'Académie de lui accorder une mention honorable.

Enfin, la commission a vu avec intérêt les recherches expérimentales de M. Maisonneuve sur l'anastomose intestinale considérée comme moyen de remédier aux étranglements du tube digestif; mais n'ayant pu vérifier suffisamment les faits observés par ce médecin, elle s'est abstenue d'en porter un jugement, et elle a décidé que les droits de l'auteur seraient réservés pour le concours prochain.

En résumé donc, la commission a jugé qu'aucun des travaux soumis à son examen ne contenait une découverte assez importante pour mériter un prix; mais elle a pensé que plusieurs étaient dignes de récompense ou d'encouragements, et, conformément aux décisions qu'elle a prises, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'accorder :

1° Une somme de 1,500 fr. à M. Amussat comme *récompense* pour ses expériences et ses observations sur les blessures des vaisseaux sanguins;

2° Une somme de 1,200 fr. à M. Bonnet comme *récompense* pour ses recherches sur les maladies des articulations;

3° Une somme de 600 fr. à MM. Alfred Becquerel et Rodier, comme *encouragement* pour leurs travaux sur la composition du sang de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie;

4° Une somme de 500 fr., également à titre d'*encouragement*, à M. Reveillé-Parise pour ses observations sur l'emploi des feuilles minces de plomb dans le pansement des plaies;

5° Une pareil somme, au même titre, à M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les luxations de la clavicule.

Enfin, la commission propose aussi de décerner une *mention honorable* à M. Donné pour ses travaux de microscopie appliqués à l'étude pathologique des liquides de l'économie, et d'accorder la même distinction à M. Clias pour ses méthodes de gymnastique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. AUBERT-ROCHE adresse une lettre relative aux substances anthelminthiques dont les Abyssiniens font usage contre le tœnia et particulièrement au cousso, dont il présente quelques échantillons à l'Académie de la part de M. Rochet (d'Héricourt), pour servir à des expériences.

PELLAGRE.

M. HONORÉ donne connaissance à l'Académie d'un fait de pellagre qu'il a actuellement dans son service à l'Hôtel-Dieu, et il invite les membres que ce fait pourrait intéresser à l'aller observer.

M. ÉMERY a observé la pellagre en Lombardie; d'après ce qu'il a vu, les symptômes cérébraux dont parle M. Honoré sont bien effectivement ceux que l'on observe dans cette affection, mais il n'a point reconnu, dans la description que M. Honoré vient de faire, le caractère de l'éruption pellagreuse. L'éruption de la pellagre est une sorte d'ecthyma avec vésicules, et il n'est pas rare de voir cet ecthyma compliqué de pemphigus, ce qui constitue une association grave. Il ne trouve rien de semblable dans ce que paraît présenter le malade dont il s'agit.

M. HONORÉ : N'ayant pas eu l'occasion d'observer jusqu'à présent la pellagre de mes propres yeux, j'ai cherché, à l'occasion de ce fait, à me mettre au courant de la question. J'ai prié plusieurs médecins qui ont eu l'occasion d'étudier cette affection, et notamment M. Brierre de Boismont, à qui nous devons un bon mémoire sur ce sujet, de me dire leur sentiment sur l'état de ce malade, et ils n'ont pas mis en doute un seul instant que ce ne fût réellement un cas de pellagre bien caractérisé. Quant aux caractères que M. Émery vient d'assigner à la pellagre, ils me paraissent être en opposition avec ceux qui ont été décrits par les médecins italiens et par les médecins français qui ont vu la pellagre dans les Landes.

M. LE PRÉSIDENT, conformément au désir de M. Honoré, invite M. Émery et M. Rayer à aller visiter le malade.

— M. CASIMIR BROUSSAIS termine sa lecture sur le climat et les maladies de l'Algérie. Ce travail, dont la lecture a été écoutée avec intérêt, n'est pas susceptible d'être analysé.

Le bureau propose de le renvoyer à une commission composée de MM. Bégin, Guéneau de Mussy et Adelon.

LÉSIONS DU CERVEAU CHEZ LES ALIÉNÉS.

M. BELHOMME lit une note faisant suite à son MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DES ALIÉNÉS ET LES ALTÉRATIONS DU CERVEAU DANS CETTE MALADIE.

Après avoir exposé qu'il ne vient pas ouvrir de nouveau le champ des hypothèses sur la nature de la maladie qui produit le ramollissement cérébral, il rapporte deux faits tendant à prouver que les lésions sont superficielles et profondes, et qu'elles procèdent dans leur développement de la circonférence au centre.

Il met sous les yeux des auditeurs deux cerveaux, dont l'un a appartenu à un homme de 55 ans, qui était affecté de paralysie générale, et qui a succombé à une double pleurésie; l'autre cerveau était celui d'un homme de 38 ans, qui est mort par suite d'accès épileptiques foudroyants, et qui avait présenté pendant la vie tous les phénomènes de la paralysie générale.

Dans l'un et l'autre cerveau il y avait des lésions superficielles et profondes, telles qu'un ramollissement de la substance corticale, du corps calleux, de la voûte à trois piliers, des organes ventriculaires, des pédoncules cérébraux, et du cervelet.

Il termine son exposé des lésions cérébrales par les considérations suivantes : la paralysie des aliénés est la conséquence du ramollissement de la pulpe cérébrale; on ne peut douter de l'affection que produit le ramollissement; il y a des rapports entre les lésions et les phénomènes observés pendant la vie, tels que la perte plus ou moins complète du mouvement et de l'intelligence.

Il fait ensuite le résumé des principales lésions du cerveau, pris sur les 17 observations qu'il a exposées précédemment.

Les membranes cérébrales sont toujours injectées, épaissies et opaques; 14 fois sur 17 elles sont adhérentes à la surface cérébrale.

La substance corticale était ramollie 14 fois sur 17; la substance médulaire est moins consistante, et même ramollie, 2 fois sur 17; lorsqu'elle n'est point ramollie, elle est indurée 5 fois.

Le corps calleux et la voûte à trois piliers sont ramollis 14 fois sur 17.

Les tubercules quadrijumeaux et les organes ventriculaires sont plus ou moins ramollis, 13 fois sur 17.

La protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux sont ramollis 6 fois et indurés 3 fois.

Les parois du quatrième ventricule sont ramollis 14 fois, indurés 3 fois.

Le cervelet est ramolli 6 fois.

Le bulbe rachidien ramolli 6 fois, induré 3 fois.

Tels sont les rapports que M. Belhomme a trouvés entre les lésions cérébrales et la paralysie générale des aliénés.

(Commissaires : MM. Falret, Ferrus et Rochoux.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, tome VII : MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES; par M. VALLEIX. — Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

M. Valleix avance rapidement dans la longue et consciencieuse tâche qu'il a entreprise. C'est une remarque qui vaut la peine d'être faite, que le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN n'offre jusqu'ici aucune trace de ce caractère de fatigue et de relâchement qui marque trop souvent la fin des publications par livraisons : ce septième volume n'a rien à envier, pour le soin de l'exécution, aux volumes précédents. Seulement, disons-le pour exprimer tout de suite la première impression qui nous est venue à la lecture du livre, on s'aperçoit que l'auteur s'est trouvé ici sur un terrain qui ne lui était pas toujours bien familier. Dans cette partie de son domaine, la science n'est pas encore en possession d'un grand nombre de notions précises et certaines; ou, pour parler plus justement, les seules études un peu profondes et étendues qu'on ait faites dans cette direction sont encore si récentes, que leurs résultats, demeurés sans contrôle suffisant, ne sont pas encore passés dans la science courante. L'impulsion donnée à l'étude de ces maladies par le docteur Bright s'est, pendant plusieurs années, maintenue à peu près exclusivement dans le cercle où il s'était placé lui-même, et, sur ce point circonscrit, on sait que de dissidences se sont élevées et durent encore. Les travaux de MM. Martin-Solon, Becquerel, d'un grand nombre de médecins français ou anglais, et surtout l'excellent ouvrage de M. Rayer sur les maladies des reins, ont singulièrement éclairé et agrandi le sujet; mais ce ne sont là que les éléments, considérables sans doute, d'un débat qui n'est pas jugé et laisse souvent le nosographe en suspens. Le remède à ces difficultés serait de recourir à ses propres observations, à sa propre expérience; mais n'emploie pas ce remède-là qui veut, principalement quand il s'agit des maladies des voies urinaires; car il n'en est pas peut-être, dans toute la pathologie interne, dont la connaissance exige une pratique plus longue et plus nourrie.

Ces réflexions ont pour but, comme on voit, de justifier plus que de blâmer le parti qu'a pris souvent M. Valleix de se borner à la citation textuelle des opinions les plus accréditées, remettant à l'avenir le soin de prononcer sur leur valeur. Le caractère particulier de son livre, inscrit dans le titre même, l'obligation qu'il s'est imposée de rechercher et de mettre en relief, au milieu de l'appareil compliqué des formes morbides, les éléments les plus positifs du diagnostic et du traitement, augmentaient pour lui les difficultés de l'appréciation scientifique. Lui-même le fait remarquer en plusieurs endroits. Ainsi, à propos de la néphrite, « il est facile, dit-il, de comprendre le motif qui m'a engagé, *contre mon habitude*, à emprunter ainsi à un auteur, et sans le discuter, le traitement de cette maladie. Il est impossible de recourir avec quelque utilité aux recherches antérieures à celles de M. Rayer, et, d'un autre côté, les faits sont insuffisants pour apprécier convenablement la valeur des moyens proposés par ce dernier. » Mais c'est surtout à l'occasion des articles *Gravelle*, *Diabètes*, que l'auteur a dû se borner presque entièrement au rôle d'historien. Hâtons-nous de lui

rendre cette justice qu'il a rempli ce rôle avec autant d'exactitude que d'intelligence.

Nous reprocherons pourtant à M. Valleix, dans cet ordre d'idées générales, un vice de méthode qui a également sa source dans les conditions particulières indiquées plus haut, mais sans y trouver, suivant nous, son entière justification. Il concerne l'exposition des moyens thérapeutiques. Les intentions pratiques du livre commandaient impérieusement de poser d'abord, pour chaque maladie, des indications précises, indications générales et spéciales, indications relatives aux éléments essentiels de la maladie et à ses éléments accessoires; puis de placer en regard de chacune de ces indications les moyens appropriés. C'est là, nous le reconnaissons, un travail difficile, quelquefois même impossible; mais comme ce doit être, après tout, le dernier mot de la science médicale, il est du devoir d'un livre de pratique largement conçu, comme le peut faire M. Valleix, d'y viser autant que possible. Or, il faut le dire, ce point de vue ne paraît pas l'avoir assez fortement frappé. On le voit bien, par intervalles, opposer, soit de lui-même, soit par des emprunts, la diversité des moyens thérapeutiques à la diversité des causes. Il se rallie, par exemple, à cette phrase de Boyer : « Le traitement de l'incontinence d'urine incomplète est toujours subordonné à la cause qui la produit. » « Pour mettre, dit-il ailleurs, dans l'étude du traitement (des pertes séminales involontaires) un ordre convenable, il faut, avec M. Lallemand, passer en revue les divers moyens mis en usage suivant les causes de la maladie. » Mais, en général, la détermination précise des causes, leurs rapports avec les caractères de la forme morbide, en un mot les vraies sources des indications thérapeutiques ne nous semblent pas assez clairement exposées, ni assez profondément étudiées. Il y a plus : à vrai dire, les indications ne sont pas même posées; car c'est une erreur de croire qu'il suffit de relever çà et là les conditions au milieu ou sous l'influence desquelles on a vu naître telle ou telle affection, et d'opposer à chacune de ces conditions des moyens thérapeutiques particuliers, pour avoir satisfait à toutes les exigences de la science, et déterminé, à proprement parler, les indications du traitement. Une méthode de traitement ne peut être convenablement instituée qu'à la condition de pouvoir démêler dans l'ensemble de l'appareil symptomatologique les produits diversifiés des éléments étiologiques immédiats ou médiats, primitifs ou consécutifs, et d'appliquer à chacun de ces éléments un moyen capable de le détruire radicalement ou d'en suspendre les effets. Il n'est pas nécessaire pour cela que la cause soit connue dans son essence, ni le remède dans son mode d'action. S'agit-il du miasme paludéen et du quinquina, peu importe; l'indication est clairement et suffisamment déterminée dès que la cause et le remède le sont. Or M. Valleix n'a peut-être pas fait assez d'efforts pour arriver à cette détermination, ou, s'il y est arrivé mentalement, si des notions étiologiques réfléchies l'ont guidé dans l'exposé du traitement, il le laisse à peine deviner; et, en ceci, il ne se conforme pas assez au titre de l'ouvrage, il ne *guide* pas assez *le praticien*. Ajoutez que parfois il se borne à énumérer l'un après l'autre, et sans lien apparent, les moyens généralement usités : saignées, sangsues, vésicatoires, ventouses, etc., sans distinction des conditions variables de leur emploi et en se bornant à faire connaître en quelques mots et à l'aide de quelques chiffres les résultats qu'on en a tirés. Prenons, par exemple, la maladie de Bright. Que dit M. Valleix? Les émissions sanguines sont *conseillées par beaucoup d'auteurs* dans la forme aiguë...... Des ventouses scarifiées en plus ou moins grand nombre sur les lombes, ou des sangsues, *peuvent être appliquées* concurremment avec la saignée..... Après la saignée, *on met en usage*, dans cette forme aiguë, des moyens simples, les boissons adoucissantes, les diurétiques..... Les purgatifs peu énergiques *sont recommandés par tous les auteurs*..... Un bain simple le soir est également *recommandé par la plupart des auteurs*....... Et ainsi de suite. La *raison* d'emploi de ces divers moyens, les circonstances qui peuvent et doivent faire préférer les uns aux autres, sont à peine indiquées ou ne le sont pas du tout. En un mot, la partie thérapeutique de ce livre respire un peu trop souvent un empirisme qui, pour procéder d'une réserve d'esprit fort louable en elle-même, ne nous paraît pas absolument commandé par l'état actuel de la science. Aussi avons-nous vivement éprouvé un regret qui déjà nous était venu à la lecture des précédents volumes ; c'est qu'après l'exposé classique des causes, des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison, l'auteur n'ait pas cru devoir introduire un chapitre intitulé *Indications*, dans lequel, rassemblant toutes les données susceptibles de fournir une base à la thérapeutique, il eût posé d'avance et classé méthodiquement les principales indications à remplir, de telle manière que le chapitre du traitement n'eût eu qu'à présenter dans le même ordre les moyens corrélatifs à chacune d'elles.

Après ces remarques générales, suivrons-nous l'auteur à travers le labyrinthe de toutes les affections des organes génito-urinaires? Nous n'aurions presque partout qu'à louer l'esprit judicieux et sévère qui a présidé au choix des matériaux, à l'exposition des faits et à leur appréciation. L'histoire de la maladie de Bright, celles du diabète sucré, de l'incontinence d'urine, traduisent avec beaucoup de clarté et de vérité l'état présent de la science. L'exposition des théories les plus récentes du diabète sucré, la comparaison de la théorie de M. Bouchardat et de celle de M. Mialhe, ne laissent rien à désirer ni dans le fond ni dans la forme. Sans entrer à ce sujet dans des détails qui ont souvent occasion de se produire dans la GAZETTE MÉDICALE, disons seulement que l'auteur penche vers la théorie de M. Mialhe.

Nous avons été surpris de ne pas rencontrer, parmi les moyens proposés contre l'incontinence d'urine, le seigle ergoté. On admet assez généralement aujourd'hui que le seigle ergoté agit non-seulement sur l'utérus, mais encore sur la vessie, le rectum, les membres inférieurs, quand ces parties sont frappées d'asthénie, et l'on attribue cette complexité d'effets à ce que l'action du médicament se porte d'abord sur la moelle épinière. M. Payan, qui a publié l'an dernier sur ce sujet un mémoire fort intéressant dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte, a rapporté notamment des observations d'incontinence guéries par l'ergot de seigle. Peut-être enfin la littérature anglaise pouvait-elle fournir quelques éléments de plus à certains chapitres du livre de M. Valleix, et en particulier à celui qui traite de la polyurie ou diabète insipide; mais, en somme, aucun trait important ne manque à tous ces tableaux.

Nous n'insisterons plus que sur un point, mais il est des plus importants : nous voulons parler de l'esprit général de l'ouvrage. En rendant compte en 1844 et 1845 des volumes précédents, nous n'avons pas manqué de signaler en eux le fruit complexe de l'école organique et de l'école numérique, en avouant n'être pas bien convaincu des avantages que l'auteur croyait avoir tirés de ce concours. Sans revenir sur nos observations, nous voulons seulement indiquer la conséquence particulière de l'application des mêmes principes à l'étude des affections des voies urinaires. Cette conséquence se reflète tout entière dans ces quelques mots de l'auteur, à propos de l'étiologie de l'hématurie : « L'hématurie critique n'est plus admise aujourd'hui (p. 209). » On ne trouverait pas un mot de plus sur ce point dans tout le cours de l'ouvrage. Ainsi, *à priori*, sans examen et par le seul effet d'une doctrine préconçue, voilà la famille des crises supprimée dans une de ses manifestations principales; on pourrait même dire qu'elle est retranchée entièrement, car dès qu'on ferme une voie critique comme celle de l'appareil urinaire, la logique impose de les fermer toutes. Comment cependant une méthode *positive* peut-elle se décider à une telle hardiesse sans essayer d'en donner la justification expérimentale? Comment une méthode qui s'intitule *numérique* peut-elle procéder en si grave matière sans s'appuyer sur des chiffres? Pour ceux qui voient les choses avec d'autres yeux, il n'est rien de plus singulier et de plus instructif que le contraste de l'aisance avec laquelle les numéristes tranchent parfois, ou, pour mieux dire, suppriment les problèmes les plus élevés et les plus difficiles de la science, et la sévérité inexorable, le soin minutieux qu'ils mettent à décider les cas les plus humbles ou les plus indifférents. Nous venons de voir la doctrine des crises jugée d'un mot; voici maintenant l'anxiété que cause à M. Valleix une définition de la néphrite chronique par M. Rayer : « Des douleurs habituelles dans une des régions rénales ou dans toutes les deux, coïncidant avec une diminution de l'acidité, avec l'état neutre et surtout avec l'alcalinité de l'urine (qu'il existe ou non une rétention de ce liquide), et un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, sont les principaux caractères de la néphrite chronique. » Là-dessus, M. Valleix fait la réflexion suivante : « Cette définition doit être adoptée, *sauf dans un point qui exige de nouvelles recherches*. Si nous consultons, en effet, les observations de néphrite simple fournies par cet auteur, nous voyons que sur sept cas, quatre fois la faiblesse des membres n'est nullement mentionnée; qu'une fois il existait des douleurs dans les extrémités inférieures; que chez un sujet il y avait un sentiment de fatigue, tantôt à droite, tantôt à gauche; que chez le dernier les jambes étaient faibles, mais que cette faiblesse était due à un affaiblissement général, résultant du dépérissement occasionné par une maladie chronique étrangère aux reins. Si l'opinion de M. Rayer est fondée sur d'autres faits, nous ne pouvons l'admettre pour notre part avant d'avoir connaissance des observations. » Certes, nous sommes autant que personne sensible au mérite de l'exactitude, mais il nous semble que M. Valleix en a donné souvent des témoignages plus heureux. La science, nous aimons à le reconnaître, lui doit beaucoup en ce genre; il pourra faire qu'elle lui doive plus encore sans descendre dans l'inutile ou le minutieux. Nous n'oublions pas, du reste, en présentant ces observations, que les rares imperfections signalées dans cette analyse, étant presque toutes le produit logique d'un système arrêté et qui domine une bonne partie de la génération médicale actuelle, déposent moins contre l'auteur que contre le système lui-même. Dans le cercle d'idées où il s'est placé, et que nous ne pouvons trouver ni assez solide ni assez large, M. Valleix n'en a pas moins déployé les qualités d'un esprit distingué et sérieux.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉPIDÉMIE DE CONTRACTURES EN BELGIQUE. — DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

Il règne en ce moment en Belgique, principalement dans les prisons, une maladie singulière digne de fixer l'attention. En annonçant le fait dans notre avant-dernier numéro, nous avons promis d'y revenir avec plus de développements dès que de nouveaux renseignements nous seraient parvenus. Nous sommes à même aujourd'hui de remplir notre promesse. M. Vleminkx, inspecteur général du service de santé des prisons, a communiqué à l'Académie de médecine les rapports circonstanciés qui lui ont été adressés par MM. Stacquez, médecin en chef de la prison de Saint-Bernard; Tosquinet, médecin militaire qui a été spécialement chargé d'aller y étudier l'épidémie; Mareska, médecin de la prison de Gand; et Cambrelin, médecin du pénitentiaire de Namur. Voici, d'après tous ces rapports, généralement d'accord sur les faits, quels sont les caractères de l'épidémie.

La maladie s'annonce par de l'*engourdissement*, des *fourmillements* ou *picotements*, parfois des *élancements* aux pieds et aux mains. Le plus souvent cette sensation remonte le long des jambes, des cuisses, des avant-bras et des bras. Il est même des sujets chez qui elle s'est propagée aux parois du ventre et de la poitrine, à la face, au cuir chevelu. Dans ce dernier cas, le malade éprouve des vertiges et une faiblesse extrême. Le tact est fréquemment modifié de telle manière que le palper, la marche, etc., font naître toutes sortes de sensations plus ou moins bizarres. Un détenu de Saint-Bernard, tisserand de son métier, croyait avoir entre ses doigts sa navette qu'il avait déposée. Un autre pensait marcher sur des cailloux ou des clous. Chez un très-petit nombre de malades on observe l'abolition complète de la sensibilité.

A ces symptômes succède constamment, et c'est là le caractère dominant de la maladie, la *contracture musculaire* des membres, laquelle offre deux modes parfaitement distincts, à savoir la *contracture simple* et la *contracture spasmodique*.

1° La *contracture simple*, consistant dans la simple contraction morbide des fibres musculaires, commence le plus souvent par les membres supérieurs et ne s'étend que graduellement aux inférieurs. D'autres fois les quatre membres sont affectés simultanément. Dans tous les cas, les doigts se fléchissent sur le métacarpe, la main sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras, et le membre entier se place dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. Des phénomènes analogues s'observent aux membres inférieurs; les orteils se fléchissent, le pied se porte dans l'extension, la jambe se fléchit sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Dans les angles formés par la flexion des diverses brisures du squelette, à la paume de la main, au poignet, au coude, à la plante du pied, au-dessus du talon, au jarret, à l'aine, on sent des cordes tendineuses ou musculaires soulevées et tendues. La rigidité apparaît surtout: au poignet, dans les tendons des muscles grand et petit palmaires, fléchisseurs superficiel et profond, cubital antérieur; au coude, dans les attaches du brachial antérieur, du biceps; au-dessus du talon, dans le tendon d'Achille; au jarret, dans les tendons des demi-tendineux et demi-membraneux, du biceps fémoral; à l'aine, dans les attaches du droit interne, du droit antérieur, du tenseur aponévrotique. Tous ces muscles opposent une résistance manifeste aux tentatives de redressement. Le soulèvement et la rigidité des tendons à la face dorsale de l'articulation radio-carpienne et au coude-pied a fait supposer à l'auteur de l'un des rapports, M. Tosquinet, que les muscles extenseurs des doigts et des orteils participent à l'état de contracture.

Les membres ainsi fléchis offrent à la palpation une dureté générale et profonde paraissant envahir, à des degrés divers, la totalité de la masse musculaire, et plus prononcé à l'avant-bras que partout ailleurs.

Tantôt, la contracture n'est ni précédée ni accompagnée de douleur, et les efforts de redressement n'en déterminent aucune. Il est même des malades à qui cette distension forcée des muscles contracturés produit une sensation agréable. Tantôt, la contracture s'annonce tout d'abord par des crampes violentes, s'étendant des coudes à l'extrémité des doigts, et des genoux aux orteils, et, si l'on essaye de ramener les membres à leur position normale, on provoque les plus vives douleurs.

La contracture des membres, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, est constante. Mais elle ne se limite pas toujours à ces parties. Il est des cas où les muscles des parois abdominale et thoracique, du cou, de la face, deviennent durs et tendus. Une oppression considérable et un sentiment pénible de resserrement à la base du thorax ont fait parfois présumer un état de contracture du diaphragme. Chez certains sujets, c'est la langue qui, après les membres, a reçu la plus forte atteinte; chez d'autres enfin on a observé un *état tétanique* général.

A en juger par l'ensemble des rapports, la contracture est le plus souvent *fixe* et *permanente*. Elle persiste pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois, pour se résoudre ensuite graduellement. Mais quelquefois elle suit une marche *rémittente* ou *intermittente*. Ainsi, on la voit diminuer, soit le matin, soit le soir, ou bien ne venir que par accès bien manifestes, bien détachés, pouvant durer depuis quelques minutes seulement jusqu'à plusieurs heures et même une grande partie de la journée. Ordinairement ces accès surviennent la nuit, vers le matin, se prolongent jusque vers midi, et se dissipent dans le reste du jour. M. Mareska a observé deux cas de contracture véritablement périodique traités avec succès par le sulfate de quinine.

2° Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la contracture affecte quelquefois le mode *spasmodique*. Alors, au lieu d'une flexion permanente des membres, d'une rigidité et d'une tension permanente des muscles, on observe des contractions brusques, convulsives, passagères, accompagnées ou non de douleurs, et revenant par accès plus ou moins rapprochés, ou de simples *tressaillements* analogues à ceux qui accompagnent parfois un sommeil agité. Cette forme morbide, signalée par M. Tosquinet, ne s'est rencontrée que chez un très-petit nombre de malades.

Les symptômes que nous venons de mentionner sont constants: ils forment le caractère particulier de l'épidémie et constituent pour ainsi dire son individualité. Mais il en est d'autres qui, tout accessoires qu'ils sont, ne pourraient être cependant retranchés du tableau sans altération grave de son expression physiologique. Ainsi, quelques malades sont affectés d'*œdème*, général ou partiel, et d'*ascite*. D'autres se plaignent de *rachialgie*. Chez un très-grand nombre, on a observé la *cyanose* des extrémités. Chez deux seulement une *gangrène spontanée;* l'un de ces deux malades a perdu la peau du scrotum, et l'autre presque toute celle du pied et de la jambe du côté droit.

Quant à l'état général du malade, à part une faiblesse considérable, il

---

Feuilleton.

ORGANISATION MÉDICALE. — MÉDECINE RURALE.

Encore l'organisation médicale, dira-t-on! Que n'a-t-il pas été dit, écrit et cent fois répété sur ce sujet? mais aussi en est-il de plus inépuisable et qui plus que celui-là ait le don de conserver toujours un caractère d'actualité? La question de l'organisation médicale, on ne peut se le dissimuler d'ailleurs, s'est agrandie depuis quelque temps, depuis surtout qu'elle a été considérée moins au point de vue des intérêts purement professionnels, qu'au point de vue plus large et nous dirons plus digne des intérêts généraux de la société. Elle tient, en effet, par tant de liens et tant de rapports aux grandes questions d'économie politique qui s'agitent en ce moment dans tous les esprits, qu'il ne paraît plus possible de la laisser retomber dans l'oubli. Élevée désormais à la hauteur d'une question sociale, elle devient digne plus que jamais de tout notre intérêt. Grâce à ce caractère dont sont empreintes quelques-unes des publications récentes dont nous avons à rendre compte, nous aborderons de nouveau, avec moins de répugnance que nous l'eussions fait, un sujet déjà tant de fois traité dans ces colonnes.

Un caractère commun distingue la plupart de ces productions de celles de même genre qui les ont précédées, c'est l'importance qu'attachent plus spécialement leurs auteurs à l'organisation du service médical des campagnes. Il semble qu'à mesure qu'on a sondé plus profondément la question on ait senti de plus en plus que là sont les besoins les plus réels, les plus impérieux à satisfaire; que là est la plaie vive qui réclame le plus urgent remède. L'institution de médecins cantonnaux est devenue en quelque sorte le mot d'ordre des médecins de la province. Cette tendance presque générale, qui contraste d'une manière assez singulière avec l'espèce de discrédit dont cette idée a été frappée dans l'assemblée de l'Hôtel-de-Ville, méritait d'être signalée. Mais si la plupart s'entendent sur le but, il s'en faut que tous s'accordent sur les moyens de réalisation de cette importante institution. Parmi les idées nombreuses et diverses que ce sujet a inspirées, nous signalerons plus particulièrement à l'attention de nos lecteurs le plan d'organisation proposé par M. Loreau, de Poitiers (1), qui nous paraît avoir étudié la question sous un point de vue essentiellement pratique. Voici quels sont le but, le plan et les moyens que M. Loreau développe dans sa brochure.

Répartir également les secours de la médecine; niveler l'impôt médical en le mettant en rapport avec les positions et les fortunes, au lieu de le subordonner à l'arbitraire et aux distances à parcourir; régulariser le service du médecin de manière à rendre son zèle et ses lumières le plus profitables possible; tel est le but.

(1) DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE RURALE EN FRANCE, par Alph. Loreau, professeur suppléant à l'École de Poitiers. — Paris, chez Fortin, Masson et compagnie.

n'offre le plus souvent rien de particulier. Le pouls et la température restent à l'état normal et les principales fonctions s'exécutent régulièrement. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi : chez certains sujets, la température s'abaisse et le pouls descend à 50 ou même 40 pulsations ; chez d'autres, au contraire, soit par l'effet direct de la maladie, soit sous l'influence des douleurs ou de quelques complications du côté des viscères, la fièvre s'établit. Les malades accusent parfois une céphalalgie assez vive. Chez d'autres enfin, on observe de l'inappétence, des nausées ou des vomissements, des coliques, de la constipation ou de la diarrhée, soit séreuse, soit sanguinolente. M. Mareska a constaté que la fibrine du sang n'était pas augmentée. Un membre de l'Académie, M. Craninex, a même affirmé, dans la discussion qui a suivi la communication de M. Vleminckx, que le sang était défibriné ; mais il ne paraît pas que cette assertion ait été appuyée sur des expériences chimiques.

La maladie ne présente en général, jusqu'ici, aucune gravité. Presque toujours elle se termine par la guérison, et les récidives sont rares. Cependant on possède plusieurs exemples de terminaison funeste. Dans quelques cas, la mort est survenue presque subitement, sous l'influence sans doute d'une contraction invincible des muscles inspirateurs, et peut-être aussi, suivant la judicieuse remarque de M. Tosquinet, d'une contracture du cœur ; dans d'autres, la mort est venue lentement, après quelques jours de fièvre ; et il y a lieu de supposer, malgré l'insuffisance des rapports sur ce point, qu'elle a été le résultat d'altérations organiques consécutives. — Chez quelques malades, les membres affectés sont restés paralysés.

Peu d'*autopsies* ont été faites. La seule indication que nous trouvions à ce sujet dans les documents que nous pouvons consulter est encore une assertion de M. Craninex devant l'Académie : « Le foie, la rate ont été trouvés *malades ; tous les viscères* de l'économie étaient plus ou moins *altérés.* » Mais la plupart des autres membres ne semblent pas attacher la même importance aux données nécroscopiques.

Il en est de même des résultats thérapeutiques. M. Stacquez, observant à la prison de Saint-Bernard, où la fièvre typhoïde est endémique, et ne voyant dans l'affection nouvelle qu'une manifestation particulière de la constitution morbide habituelle, a eu recours aux purgatifs salins. M. Mareska, observant à Gand et dégagé de cette préoccupation, a employé surtout les bains frais, les ligatures des membres, l'arnica, le camphre, l'opium, le sulfate de quinine, et ne s'est adressé qu'accessoirement aux purgatifs. Mais on ne peut dire, si l'on en juge par le débat engagé à ce sujet devant l'Académie belge, qu'aucune méthode de traitement ait eu une influence bien marquée sur la durée ou la terminaison de la maladie.

Pour compléter notre tableau, il ne nous reste plus qu'à indiquer certaines différences présentées par l'affection épidémique, suivant les localités où elle sévit. C'est à la prison de Saint-Bernard qu'elle a offert jusqu'ici le plus de gravité. C'est là qu'elle s'est parfois accompagnée de fièvre, que la contraction s'est maintenue en permanence pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, qu'elle s'est compliquée de cyanose ou de gangrène des extrémités, qu'elle s'est terminée plusieurs fois par la mort. Dans les prisons de Gand et de Namur, l'affection, quoique plus douloureuse, affectait plutôt la forme intermittente, durait rarement plus de huit jours et ne faisait jamais de victimes. « Cette différence ne dépend-elle pas, a dit M. Vleminckx à l'Académie, de ce que les détenus de Saint-Bernard sont loin de présenter les mêmes conditions de force et de santé que ceux de Gand et de Namur ? De ce que le principe, quel qu'il soit, producteur de la maladie, a trouvé dans cette prison une proie plus facile, un terrain mieux disposé, des hommes plus détériorés et sur la constitution desquels l'ensemble des causes qui y règnent et qui en font la prison la plus détestable du pays avaient déjà porté une atteinte profonde ? » Quelques cas ont encore été observés à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles et en ville par M. Seutin, dans l'établissement des aliénés de Gand et à Saint-Bernard même, en dehors de la prison, par différents praticiens. Dans tous ces cas isolés, peu graves du reste, la contracture affectait la forme permanente.

Une profonde obscurité enveloppe encore les causes et la nature de la maladie épidémique. Une discussion est engagée sur ce double terrain à l'Académie de médecine et à la Société de médecine de Gand. L'Académie a même décidé que cette question aurait la priorité dans l'ordre du jour de la prochaine séance. D'ici à cette époque, de nouvelles études seront faites, de nouveaux renseignements recueillis. Nous attendrons ce supplément d'instruction. En en faisant connaître, en temps et lieu, le résultat, nous chercherons à établir quels rapports et quelles dissemblances existent entre l'affection épidémique actuelle et certaines affections également épidémiques qui ont avec elle le plus d'analogie, telles que l'acrodynie, la raphanie, la pédionalgie, etc.

— L'Académie de médecine a ouvert mardi dernier la discussion sur la peste et les quarantaines ; elle a entendu deux discours écrits, l'un de M. Dubois (d'Amiens), membre de la commission, l'autre de M. Rochoux. Quand la discussion sera engagée plus à fond, et que les principales opinions se seront fait jour, nous nous livrerons à un examen sérieux de la question. Aujourd'hui, nous ne voulons dire que peu de mots sur l'argumentation de M. Dubois. Pour M. Rochoux, il n'a fait que répéter un de ses articles de dictionnaire sur la contagion, article trop connu sans doute de nos lecteurs pour qu'il soit à propos de les en entretenir en ce moment.

M. Dubois nous paraît avoir été un peu trop à la recherche du côté politique et, pour ainsi dire, *libéral* de la question. Il a reproché, en termes assez vifs, à la majorité de la commission, de n'avoir pas osé faire peser sur le gouvernement de l'Égypte l'odieux des calamités qui assiégent ce pays ; et à ce sujet, il s'est égayé sur les trois *villages-modèles* projetés dans la Basse-Égypte. Nous en demandons bien pardon à l'honorable membre, mais la commission n'avait rien à voir au gouvernement de Méhémet. Nous-même avons fait remarquer que le rapporteur avait singulièrement agrandi le cercle de la question ministérielle ; mais il n'en résultait pas pour lui l'obligation de l'agrandir encore, et la nouvelle extension qu'on lui demande n'était pas une conséquence nécessaire de la première. Un orateur peut se donner carrière, et se poser à lui-même des questions qu'il résout ensuite selon son goût et son jugement ; mais une commission à qui on demande purement et simplement si la peste est ou non transmissible en dehors des foyers épidémiques, et quelles précautions quarantainaires il convient de prendre en France, n'a pas à s'enquérir de ce qu'il serait bon et utile de faire en Égypte, d'autant que les fâcheuses conditions hygiéniques auxquelles M. Dubois a fait allusion sont intimement liées aux institutions locales, et qu'ainsi la commission eût dû s'attaquer, non à l'ignorance, mais au mauvais vouloir ou à l'impuissance du gouvernement égyptien. Évidemment, ce n'est pas là le rôle d'une Académie de médecine.

Sur le fond même de la question, nous croyons encore que M. Dubois a montré quelque subtilité dans l'analyse critique des faits invoqués par la commission en faveur du principe de la transmissibilité. En réduisant même, comme il le veut, ces faits à quatre, il nous semble qu'ils sont assez

---

Développons ces propositions et indiquons par quels moyens M. Loreau espère atteindre à leur réalisation.

Le but principal, disons-nous, que doit se proposer une bonne organisation médicale, est la répartition égale des secours de la médecine et le nivellement de l'impôt médical. La première proposition n'a évidemment pas besoin de démonstration, il suffit de l'énoncer pour en faire ressortir la justesse. Le nivellement de l'impôt médical n'est pas moins essentiel ; car une répartition plus équitable des secours ne remplirait qu'à moitié le but, si ces secours n'étaient pas également accessibles à toutes les fortunes, à toutes les positions sociales. Or, loin qu'il en soit ainsi dans l'état actuel des choses, l'impôt médical est réparti avec une inégalité choquante ; il pèse surtout sur la classe la plus pauvre, sur les populations rurales, c'est-à-dire sur ceux-là même qui, ayant le plus besoin des secours de la médecine, sont le moins à portée de se les procurer, ou ne le peuvent qu'au prix de sacrifices presque toujours au-dessus de leurs moyens. En effet, que l'on songe un instant à ce qui se passe dans les populations rurales trop circonscrites ou trop pauvres pour avoir un médecin résidant : tandis que l'habitant des villes trouve auprès de lui, pour un prix modéré, tous les secours que réclame son état, l'habitant des campagnes ne peut se procurer les mêmes secours qu'au prix beaucoup plus élevé que nécessitent les déplacements du médecin ; et dans l'impossibilité où il se trouve le plus souvent de satisfaire aux exigences les plus légitimes, il se voit placé dans cette pénible alternative, ou de se résigner à souffrir sans secours, ou de confier sa vie en des mains inhabiles. Cette anomalie devient bien plus frappante encore si l'on considère ce qui a lieu en quelque sorte chaque jour, par suite du défaut d'entente et de solidarité entre les habitants d'une même commune. S'il y a dans une même localité plusieurs malades, il arrive souvent que plusieurs médecins sont déplacés à la fois et viennent de divers points éloignés apporter à chacun de ces malades des soins auxquels un seul d'entre eux eût pu suffire. De là des déplacements onéreux qui multiplient, sans utilité pour personne et au préjudice du fonds commun, l'impôt prélevé sur la localité. Que l'on ajoute à ces frais déjà si élevés le chômage du patient et de sa famille, les déplacements nécessaires pour aller chercher le médecin, souvent à une grande distance, pour se procurer les médicaments, et l'on aura à peine une idée des difficultés sans nombre, des pertes incalculables et de temps et de numéraire qu'entraînent les maladies chez les habitants de la campagne. Il faut donc, en assurant à l'habitant des campagnes les soins et les secours de l'art, lui épargner encore les frais et les pertes de temps qui compliquent d'une manière si fâcheuse ce que sa position a déjà de si critique.

Nous avons dit le but, voyons les moyens.

Toute la France rurale serait divisée en circonscriptions médicales, dont chacune comprendrait les deux ou trois communes qui seraient le mieux en rapport par la situation topographique et par les moyens de communication. Chaque circonscription fournirait une somme annuelle dont la moyenne, pour chaque individu, serait établie d'après des catégories dans lesquelles les habitants de la circonscription seraient classés suivant leur position sociale, leur profession ou leurs ressources connues ou probables. Chacune de ces circonscriptions serait desservie par un médecin auquel il serait adjoint une ou plusieurs garde-malades. Le médecin, dont la résidence devrait être au point le plus central de la circonscription, aurait pour mission de se transporter à jours fixes dans les diverses

d'accord avec le principe. M. Dubois n'a pu en contester la valeur, surtout pour les trois derniers, qu'au moyen de pures suppositions ou par des motifs peu concluants; par exemple, un chirurgien quarantainaire contracte un bubon et de la fièvre dans le lazaret où il avait soigné des malades suspects : qui sait si le bubon n'est pas vénérien? Un autre chirurgien et un garde de santé se trouvent dans le même cas : l'un d'eux a des hémorrhagies nasales, du délire, une extrême faiblesse; mais le bubon n'a été vu qu'à travers une grille, à une distance de 12 mètres, avec une lunette d'approche! Qu'importe, si la lunette était bonne?

M. Dubois a été mieux inspiré dans les courtes réflexions qu'il a présentées sur la difficulté de faire cadrer le principe de l'incubation avec celui de la transmissibilité chez des sujets qui ont touché aux foyers épidémiques, et sur l'importance des conditions d'insalubrité. Nous aurons occasion d'y revenir ultérieurement.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LES FORMES DE L'ICTÈRE ESSENTIEL; par CHARLES OZANAM, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — ÉPIDÉMIES D'ICTÈRE.

Les relations d'ictère épidémique sont assez nombreuses, et nous n'avons point voulu les rassembler ici; nous nous contenterons d'en rappeler trois : la première, où l'ictère garda sa forme commune et simple; la seconde, où l'on put observer l'ictère simple et l'ictère grave; la troisième, dans laquelle l'ictère grave parut dominant et général.

1° ICTÈRE SIMPLE (1).

« L'ictère fut très-fréquent dans la Transylvanie, et devint une maladie commune, depuis le mois de février 1784 jusqu'à la fin de mars 1885, et se présenta sous une forme ordinairement rare; c'est pourquoi les médecins n'ont pas à l'étudier avec autant de soin que l'ictère chronique.

» Les ictères chroniques sont fréquents parmi nous; aussi me parut-il fort étonnant d'abord qu'en peu de temps un si grand nombre de personnes de tout âge, de tout sexe, de toute condition, fussent attaquées d'un ictère dont les symptômes étaient si différents de l'ictère chronique, et se rapprochaient de la fièvre bilieuse aiguë.

» Aucune classe n'en était exempte : les enfants, les adultes, les hommes et les femmes, les riches et les pauvres. Du reste, il n'était pas mortel; au contraire, il guérissait sans peine, en sorte que, dans tout le cours de l'épidémie, personne ne mourut de l'ictère, excepté un vieillard de 70 ans, qui, après un long chagrin, devint ictérique et prit une fièvre lente qui le conduisit au tombeau.

» Cet ictère, comme toutes les maladies épidémiques, fut très-variable dans ses symptômes. Quelques personnes furent très-malades, d'autres furent moins fortement affectées, suivant la constitution de chacun, les variations de l'atmosphère, et les rapports de la maladie avec d'autres affections.

» Chez un petit nombre de malades, la couleur jaune des yeux et de la peau parut après les symptômes, les affections lentes, qui précèdent ordinairement l'ictère.

» Mais chez le plus grand nombre, il apparaissait après une suppression de la sueur, ou un embarras des premières voies; il se montrait tout à coup avec tous ses symptômes. Chez tous, dès le commencement de la maladie, il y avait une fièvre plus ou moins forte, fièvre continue rémittente, véritable fièvre bilieuse, accompagnée de tous les signes de cette dernière, et qui pour cela, aux mêmes époques, était jugée comme les fièvres bilieuses simples, par un flux de ventre, les urines ou les sueurs. Aussi je pense que l'on pourrait appeler cet ictère fébrile, une fièvre bilieuse aiguë, latente ou larvée.

» Ceux qui furent le moins affectés par l'ictère étaient si peu malades qu'ils continuaient de vaquer à leurs affaires; la fièvre, chez eux, fut très-modérée, le pouls mou et peu fréquent; leur soif fut peu vive, leur langue presque naturelle; ils gardèrent l'appétit, mais après les repas ils éprouvèrent des anxiétés, et se plaignirent d'une grande lassitude; la peau fut d'un jaune fauve et les urines safranées.

» Ceux chez qui la maladie fut plus forte éprouvèrent des symptômes plus nombreux et plus graves. Et d'abord, avant même que l'on pût reconnaître l'ictère, les malades se plaignaient d'avoir perdu leurs forces, et cette faiblesse durait jusqu'à la fin. Un certain nombre éprouvaient des douleurs dans la tête, le dos, les lombes et tous les membres, des douleurs d'estomac, avec un sentiment de plénitude, quelquefois des coliques; ils se plaignaient de froid, de chaleur, de soif et d'anxiété à la région précordiale; le goût était amer, leur langue jaune et impure, l'appétit diminué ou entièrement perdu, le pouls fréquent et mou. Les malades éprouvaient des vertiges, quelques-uns vomissaient en abondance des mucosités et de la bile. Avec tous ces symptômes, ou peu de temps après, apparaissait une jaunisse universelle plus ou moins foncée; les urines devenaient épaisses, noires ou brunes.

» La défécation était souvent difficile, les matières blanches ou bilieuses; beaucoup de malades eurent de la diarrhée.

» Quelques-uns, avant la fièvre et l'ictère, remarquaient déjà que leurs matières étaient blanches et fétides. Dans ces circonstances, le ventre était cependant souple et peu douloureux; le toucher ne faisait reconnaître aucune obstruction des viscères.

» Du reste, la maladie fut presque constamment simple; je ne l'ai vue qu'une fois, pendant l'épidémie, affectant une femme déjà malade d'une fièvre quarte. J'ai remarqué aussi généralement plus d'adultes que d'enfants affectés par la maladie. »

L'auteur cherche ensuite les causes de l'épidémie, et pense qu'on peut les trouver dans l'état atmosphérique; à cet effet, il décrit les saisons des années 1783, 1784 et 1785, qui furent changeantes et variables, le froid se faisant ressentir quelquefois au milieu de l'été, tandis qu'en automne la chaleur se conserva jusqu'en décembre, etc.

(1) Martini Langii HISTORIA ICTERORUM EPIDEMICORUM. (NOUVEAUX ACTES DES CURIEUX DE LA NATURE, vol. VIII.)

communes de sa circonscription, où un registre *ad hoc*, sur lequel on aurait inscrit les noms des personnes qui ont besoin de ses conseils et de ses soins, le mettrait à même de remplir immédiatement son ministère, et d'administrer les secours partout où besoin serait. Les circonscriptions seraient également réparties entre les pharmaciens dans les proportions convenables. La commune ou la circonscription ferait les frais des médicaments, qui seraient tarifiés sur le prix de revient, auquel on ajouterait un bénéfice de . . . °/₀, de manière à prévenir les abus et à mettre à l'abri des pertes. Les choses ainsi établies, le surplus de la somme affectée, sur l'allocation annuelle de la commune, aux honoraires du médecin et à l'achat des médicaments, serait destiné aux frais de recouvrement des rôles qui produiraient la somme totale, ou réparti en aumônes et secours aux habitants les plus nécessiteux.

Telles sont les bases du système d'organisation que propose M. Loreau; mais ce n'en est là en quelque sorte que la trame générale : une série de questions secondaires se présentaient naturellement à l'esprit, et elles ne pouvaient être négligées, sous peine de laisser l'œuvre inachevée. Les visites périodiques à courts intervalles, auxquelles serait astreint le médecin cantonnal, subviendraient sans doute efficacement aux besoins les plus ordinaires; elles seraient suffisantes pour le plus grand nombre des cas (maladies chroniques, maladies aiguës sans gravité, etc.); mais elles ne pareraient pss évidemment aux cas d'urgence. Or voici, pour les visites extra-périodiques, le mode que propose M. Loreau. Ces visites faites en dehors de la tournée périodique, ne devant pas être comprises dans le forfait, exigeraient une rétribution à part, spécifiée à l'avance suivant les diverses catégories d'individus, les distances à parcourir, etc.; mais afin de rallier ce système de rétribution extraordinaire au système général de cotisation, le taux en serait fixé à un maximum en déduction du montant de la cotisation annuelle, maximum qui décroîtrait, pour chaque catégorie, dans la même proportion que la cotisation fixe elle-même.

On nous pardonnera d'entrer dans ces détails et de citer des chiffres; mais qu'on ne s'y méprenne pas : il s'agit moins ici d'une question d'*honoraires* et d'un intérêt professionnel, que d'une question de haute économie à laquelle se rattachent des intérêts bien plus généraux, ceux de l'immense majorité de la population. Ces détails sont d'ailleurs indispensables pour saisir l'ensemble d'un système qui peut conduire aux résultats les plus désirables.

En supposant, dit M. Loreau, chaque circonscription composée d'une population de 1,000 individus, chaque circonscription fournirait une somme annuelle de 3,000 fr.; par exemple, c'est-à-dire de 3 fr. en *moyenne* par individu, mais répartie entre les contribuables d'une manière inégale et proportionnelle à leur position sociale. Cette somme serait, comme il a été dit plus haut, affectée au service de santé, et l'excédant converti en secours, etc. L'impôt annuel serait en outre augmenté pour chaque individu dans des proportions relatives à la quotité de sa cotisation, mais toujours inférieures au taux moyen actuel des visites, en raison du nombre de visites extraordinaires réclamées pour les cas d'urgence. Les choses ainsi établies, l'exemple suivant donnera une idée des bénéfices que les communes rurales retireraient d'un semblable arrangement. « En faisant, » dit M. Loreau, le tableau comparatif de ce qu'auraient à payer, pour des visites quotidiennes d'une maladie de quinze jours, deux individus placés à la » même distance du médecin, mais soumis, le premier à l'ordre actuel des choses,

2° ICTÈRE ÉPIDÉMIQUE DANS LES ANNÉES 1807 ET 1808. (Relation du docteur MENDE.) (1)

Nous donnerons ici la traduction et l'analyse d'une partie du travail du docteur Mende, nous arrêtant surtout au tableau de l'épidémie de l'ictère proprement dite.

L'auteur commence par rechercher quelles ont pu être les causes de l'épidémie. Il rappelle successivement les circonstances politiques graves qui existaient alors, la situation de la ville de Greifsvald au bord d'un fleuve navigable et auprès de la mer, l'eau bourbeuse et fétide qui remplissait les fossés; mais il rappelle en même temps que l'état de la ville, qui est spacieuse et bien bâtie, les jardins qui s'y trouvent, la salubrité des habitations, étaient loin de favoriser l'endémie.

Il fait ensuite le tableau des constitutions atmosphériques, des maladies qui régnaient en même temps, et des caractères spéciaux qu'elles ont présenté, puis il passe à l'ictère.

Pendant l'année 1807, la jaunisse fut fréquente; en novembre et décembre, elle forma à elle seule le quart des maladies. A dater de ce moment, elle devint générale et attaqua des personnes qui jusqu'alors avaient joui d'une santé parfaite.

Elle commençait par un frisson ou une sensibilité assez grande pour l'air extérieur, accompagnée de malaise. L'appétit diminuait, quoique la langue fût nette. Les évacuations étaient moins régulières que de coutume; tantôt il y avait de la constipation, tantôt de la diarrhée. Le sommeil était lourd et pesant, et ne reposait point les malades, en sorte que pendant le jour la fatigue durait avec un penchant au sommeil. Les incommodités, à l'exception de quelques cas, étaient si peu considérables que les malades continuaient d'aller, de venir et de vaquer à leurs affaires. Cependant le troisième jour ils se plaignaient d'oppression et de tension à la région précordiale, et la langue, précédemment nette, se couvrait d'un enduit muqueux. Après une nuit inquiète et une sueur assez abondante, le quatrième ou cinquième jour, la peau se montrait colorée en jaune. La coloration commençait par le blanc des yeux et par les parties corps recouvertes d'une peau fine et délicate; peu à peu la couleur devenait plus forte et s'étendait aux autres parties du corps, jamais cependant elle ne fut ni sombre ni brune. L'urine était jaune et colorée, les selles dures et blanchâtres; cependant, en ce qui concerne la couleur, elles furent souvent comme dans l'état de santé. Après l'apparition de la jaunisse, les malades se trouvaient dans un état plus supportable, au moins la fatigue et le malaise disparaissaient, mais l'oppression précordiale ne diminuait que peu à peu.

Aux onzième, quatorzième, dix-septième jours, la maladie était arrivée à la fin de sa coloration. La couleur pâlissait d'abord pendant quelques semaines, mais dans les parties du corps qui étaient couvertes autour du cou, à la face interne des bras ou des cuisses, elle durait plusieurs mois.

On ne put pas remarquer de crises proprement dites; cependant les malades suaient extraordinairement surtout la nuit. L'urine était trouble; il y avait parfois de la diarrhée. Ainsi se montrait la constitution simple et la plus douce de la jaunisse apyrétique sans fièvre, maladie légère demandant peu de remèdes, et qui disparaissait sans accident avec un bon régime.

Les constitutions les plus délicates avaient au commencement, et même avant la jaunisse, des nausées, de l'abattement, des défaillances; la langue était sèche et rouge, le goût bon, quoique les viandes et les boissons augmentassent les nausées rien que par leur vue. Les vomitifs causaient un étouffement sans résultat, de faibles évacuations muqueuses par la bouche, mais une diarrhée claire comme de l'eau. L'état général était tempéré, sans diminution des accidents décrits plus haut. Dans ces circonstances, les meilleurs remèdes étaient la potion de Rivière, l'infusion de valériane avec ou sans opium, suivant les circonstances.

A mesure que la jaunisse s'étendait, le besoin de vomir disparaissait. Ces malades supportaient très-bien les amers, le tartre tartarisé et les sels purgatifs. Dans la forme la plus douce, on pouvait aussi employer ces moyens. Quand l'extrême sensibilité de l'estomac avait disparu, je faisais administrer cinq grains de poudre de Dower, le soir, avec ou sans camphre. Les malades ayant sué doucement se trouvaient bien le matin. Ainsi la maladie était abrégée; il ne fallait pas donner ensuite de fortifiants, mais des aliments et du bon vin pour rendre au malade l'usage complet de ses forces.

La deuxième forme était la jaunisse simple avec fièvre. Les malades s'étaient manifestement refroidis; ils étaient saisis par une fièvre rhumatismale qui d'abord semblait ordinaire et disparaissait au cinquième jour. Le soir, nouveau frisson; le malade était mis au lit, très-couvert; il éprouvait une grande chaleur et une sueur abondante sans soulagement; les frissons recommençaient dès qu'on le découvrait. La tête était douloureuse, le sommeil inquiet, interrompu par des songes pénibles. Le matin la fièvre avait disparu, mais il restait de la pesanteur, de l'embarras vers la tête, de l'abattement dans tous les membres. La fièvre durait jusqu'au quatorzième jour, et se jugeait par les sueurs. La jaunisse ne cessait pas aussitôt; les malades étaient encore très-abattus, en sorte que le quina était nécessaire comme traitement consécutif.

Dans un cas particulier, la fièvre devint continue avec augmentation proportionnée de la coloration propre à la jaunisse et des accidents nerveux. Je pourrais nommer cette troisième forme *ictère fébrile nerveux*; on en saisira les caractères par l'observation suivante.

ICTÈRE FÉBRILE, DÉLIRE, HÉMORRHAGIES, MORT.

OBS. — T. T. S., aide en pharmacie, âgé de 21 ans, d'un embonpoint assez grand quoique d'une constitution molle, ressentit pour la première fois, le 16 novembre, une douleur de tête qu'il attribua à un simple rhume. Il s'administra un vomitif antimonial, qui lui fit rendre des matières muqueuses sans soulagement.

La nuit du 17 au 18 fut agitée. Le matin, les amygdales et la luette était très-enflées; le malade ne pouvait presque plus parler; il éprouvait de la douleur en respirant et en parlant; la fièvre semblait seulement rhumatismo-catarrhale, avec un pouls plein et fort. Je fis appliquer dix sangsues au cou, et aussitôt que le malade put avaler je lui fis prendre une mixture de sel anglais avec de la manne. Le soir, la déglutition était plus facile, et après le purgatif il y eut deux selles liquides, brunes, d'une odeur fétide. Les yeux étaient jaunes et troubles.

Le 19 au matin, le sommeil avait été agité; le malade éprouvait de la céphalalgie, sa respiration était pénible; il éprouvait une douleur à la poitrine; le pouls était plein, rapide et donnait 80 pulsations sans dureté. Quoique le malade fût à la diète depuis la veille, la diarrhée continuait; la peau était sèche, colorée en jaune dans les parties où elle est plus fine; la langue était rouge et sèche. Le soir, le malade se trouvait sans goût ni répugnance pour la nourriture, il n'avait pas d'oppression précordiale. Je lui ordonnai l'émulsion d'amandes avec du nitre, de la crème d'avoine, et garder le repos. A dater de neuf heures du matin, le

(1) JOURNAL D'HUFELAND, 1810, t. XXXI, v., p. 79.

» le deuxième à la nouvelle organisation, on aurait :

Pour le 1er cas. — 15 visites, que l'on suppose à 10 fr. (en raison de la distance).	150
Plus, pour les médicaments, etc., que l'on peut coter au tiers de cette somme. . .	50
Total.	200
Pour le 2e cas. — 11 visites seulement (4 lui revenant de droit par le service périodique, que l'on suppose avoir lieu deux fois la semaine), à 4 fr. ou à peu près, selon la taxe acceptée pour la rétribution, ci. . . .	44
Les médicaments étant compris dans cette somme.	00
Total.	44
Différence approximative à l'avantage du nouveau système.	156

« Il est à noter, ajoute M. Loreau, que, dans le plus grand nombre des cas, » les visites périodiques suffiront, et que dès lors tout sera bénéfice, les malades » ayant la faculté de recevoir cent visites pour une somme annuelle une fois » payée, et qui serait inférieure à ce que leur coûterait aujourd'hui une seule de » ces visites. »

Nous tenions surtout à faire ressortir les avantages de ce système pour les communes. Ces avantages sont patents; ils se résument en ceci : économie considérable sur le chiffre total de l'impôt médical qui pèse actuellement sur chaque commune; nivellement de cet impôt, réparti entre les habitants sur une base proportionnelle aux fortunes; régularisation du service médical qui assurerait désormais, pour tous, les soins et les secours nécessaires. Voyons maintenant quelle serait la position faite au médecin.

Pour le médecin, le but que M. Loreau se propose dans ce mode d'organisation, c'est de lui assurer dès le début de sa carrière une position honorable, quoique modeste, en lui laissant la perspective et la possibilité d'améliorer cette position par son zèle et son activité; de le soustraire, autant que possible, à la pénible nécessité de tenir en compte courant et les services qu'il rend et la rémunération qu'il reçoit; de le délivrer de l'obligation de colporter des médicaments dont il est obligé le plus souvent aujourd'hui de se constituer le revendeur; de rendre possible, sans jamais les faire obligatoires, les changements de résidence; c'est, enfin, de rendre à la corporation l'estime, la considération et la confiance qu'elle mérite.

La première condition serait remplie par l'allocation fixe qui serait assurée au médecin sur la cotisation annuelle, pour le service périodique, régulier auquel il serait astreint. Les rétributions éventuelles pour soins et courses extraordinaires constitueraient un casuel qui, pouvant s'accroître en raison du degré de confiance que le médecin saurait inspirer, du zèle et de l'activité qu'il apporterait dans l'exécution de ses fonctions, lui assurerait une amélioration progressive pour l'avenir. Un système de recouvrement et de comptabilité, dont la tenue et

malade avait dormi quelques heures. Il fut tranquille pendant la journée. Le soir, il avait une chaleur sèche, de la céphalalgie et des angoisses. Le pouls était plein et à 80 pulsations. Il y eut deux selles abondantes, sèches et très-infectes. On ne changea pas le traitement, seulement on appliqua sur la poitrine un liniment caustique.

Dans la nuit, l'oppression, la céphalalgie, deviennent insupportables, en sorte que le malade était constamment sur son séant; il éprouva des nausées et fit des efforts violents sans pouvoir vomir. Vers le matin il fut pris d'un épistaxis qui lui fit perdre environ 8 onces de sang; épuisé, il s'endormit; il se réveilla au bout de quelques heures avec de l'abattement et de la céphalalgie. L'oppression était moindre, mais les nausées persistaient; il y eut une selle liquide.

Le 20, à dix heures, toute la peau était d'un jaune sombre, livide; le malade était très-abattu et attendait la mort. Peau sèche; pouls à 80, plus petit et tendu; oppression moins forte que la nuit, remplacée par une douleur vive pour parler et avaler; soif ardente; nausées avec efforts inutiles; diarrhée qui fatigue le malade; urine rouge, d'un jaune trouble. J'ordonnai une faible infusion de valériane avec du laudanum et du bon vin. A six heures, nouveau saignement de nez, de la valeur de deux tasses à café environ; sang noir et presque grumeleux. Le visage paraissait rouge et gonflé, ce qui contrastait avec la couleur jaune de la peau. La respiration est profonde, difficile, la tête prise et troublée; la diarrhée s'arrête, mais les nausées continuent; pouls à 80, dur et tendu. La nuit suivante, j'ordonnai la potion de Rivière nº 2; pour boisson, de la crème de riz avec sel de vitriol.

Le 21, à sept heures, je fus appelé précipitamment pour une hémorrhagie par le nez et la bouche; le malade criait qu'on lui ôtât une pierre qu'il avait dans l'estomac. Les muscles de la face et des mains s'agitaient convulsivement, et tout son être exprimait une profonde angoisse. Les applications froides de vinaigre et d'eau sur la tête et le visage, de menthe chaude sur l'abdomen, arrêtèrent l'hémorrhagie, et la liqueur végétale avec le laudanum calmèrent le malade. Je fis appliquer des sinapismes aux deux mollets.

Pendant la nuit le malade fut dans une stupeur profonde, dont il sortait quelquelquefois en poussant des cris, s'efforçant de vomir, portant ses mains au bas-ventre, criant, puis retombant dans la stupeur; il ne voulut point prendre les remèdes.

Le matin, une selle liquide; à dix heures, le malade est tranquille, mais se plaint d'angoisses; les yeux sont non-seulement jaunes, mais troubles; le pouls tendu et plein, plus que la faiblesse du malade ne semblait l'indiquer. Les sinapismes avaient pris sans opérer de changement favorable.

J'ordonnai l'infusion de serpentaire avec naphta acéti et laudanum, et si la diarrhée recommençait, la décoction de quina avec serpentaire, sel de vitriol et laudanum. On plaça des sinapismes à la nuque. Dans l'après-midi, il y eut un court sommeil suivi d'une grande angoisse et de délire, en sorte que l'on avait peine à tenir le malade. A quatre heures, nouvelle hémorrhagie nasale, abattement profond; on donne la décoction de quina.

Le soir, délire tranquille, souvent interrompu par un cri d'angoisse inexprimable. Le malade se frappait à plusieurs reprises et fortement l'estomac; il éprouvait des soubresauts et des contractions douloureuses. On lui fit prendre un grain de musc, alternant toutes les deux heures avec les autres remèdes, jusqu'à dix heures. Le malade dormit alors un peu; mais à onze heures, le chirurgien qui restait auprès de lui, et qui s'était endormi, fut réveillé par le malade qui s'élança hors du lit, renversant tout sans qu'on pût le calmer : il courait, criait, éteignit la lumière, et dans l'obscurité, brisa les vitres et un miroir. Ce bruit réveilla les personnes du voisinage; on vint à son secours avec de la lumière, et l'on trouva le malade évanoui dans la chambre, blessé aux deux poignets, et perdant du sang par ses blessures et par le nez. Porté au lit et pansé, il retomba dans la stupeur; l'épistaxis cessa, parce que le sang caillé formait un tampon. Cependant il n'était pas complétement arrêté, car il coulait dans l'estomac, par le pharynx, et fut vomi le matin suivant. A sept heures, le malade était réveillé, mais souverainement épuisé; il avait déchiré son pansement qui saignait, et il ne voulait pas se laisser bander. Il me reconnut à l'entrée, et je le décidai à se laisser panser. Il me dit d'une voix haute et forcée : Je vais mourir certainement bientôt. Là-dessus il grinça des dents, chercha à se redresser, retomba en arrière, s'étendit et mourut.

Après la mort, la couleur jaune était encore plus sombre. Malgré le froid, la putréfaction fut très-rapide, et l'on ne put pas faire l'autopsie. J'appris que, trois ans auparavant, le malade avait subi un traitement vénérien imprudent par le mercure; déjà deux fois il avait été guéri par les moyens ordinaires de salivation. Malgré cela, il eut encore un peu avant sa mort une éruption périodique de pustules, contre lesquelles il avait employé de nouveau le mercure à haute dose. Presque désespéré, il s'était mis à boire beaucoup d'eau-de-vie sans cependant aller jusqu'à l'ivresse.

J'ai pensé, dit l'auteur, que ces détails pourraient peut-être jeter quelque lumière sur la complication de la maladie et sa gravité.

ÉPIDÉMIE D'ESSEN PARMI LES ENFANTS EN 1772 (1).

« Cet ictère fut remarquable par son type intermittent et périodique; il attaquait de préférence les enfants délicats et sensibles. Après un ou deux paroxysmes, quelquefois plus tard, il survenait des coliques violentes avec roideur de tout le corps. La douleur montait insensiblement vers l'épigastre, et se changeait en une cardialgie cruelle qui s'accompagnait souvent de délire et de mouvements spasmodiques dans les membres. A ces symptômes succédait bientôt un sentiment de constriction dans la poitrine comme chez les asthmatiques, une dyspnée, une anxiété effrayante avec un pouls petit, contracté, rare et intermittent. Enfin, lorsque le malade n'était pas enlevé par une mort subite, on voyait paraître l'ictère. La couleur jaune couvrait toute la peau et les sclérotiques. Cette maladie se montrait rebelle à tous les remèdes; les apéritifs, les résolutifs, les évacuants, quelque doux qu'ils fussent, ne servaient qu'à l'exaspérer.

» Au commencement de l'épidémie, elle se terminait peu de temps après le paroxysme; vers le milieu, sa durée fut plus longue; à la fin, elle fut très-opiniâtre. Quelquefois les malades étaient fatigués par la dysurie ou la strangurie, et l'urine, qui sortait goutte à goutte, était *incolore* et aqueuse. Les matières fécales étaient sèches, *grises*, sous forme de petites boules semblables aux crottins de chèvre. Les paroxysmes, qui avaient lieu une, deux ou trois fois par jour, finissaient par une forte diarrhée et un flux d'urine copieux. Il mourut un grand nombre d'enfants, surtout à la campagne, parce que le peuple implorait trop tard les secours de la médecine. A l'ouverture des cadavres on ne découvrait aucune altération sensible dans le foie, la vésicule du fiel ou les conduits biliaires. (Pierre Franck, RÉTENT. HÉPAT.) »

Notre tâche est finie : nous avons recherché et étudié l'ictère grave à l'état sporadique. L'étude des épidémies, bien loin de confondre nos premiers résultats, nous a fourni de nouveaux exemples; il nous serait donc impossible de ne pas admettre maintenant son existence aussi réelle, aussi distincte, quoique plus rare, que celle de l'ictère bénin, si commun parmi nous, et reconnu de tout le monde.

(1) Brünning, DE ICTERO SPASMODICO EPIDEMICO; diss. inaug., Essendiæ, 1772.

---

le contrôle seraient confiés en des mains tierces, lui épargnerait ces détails de comptes et de règlements si peu en harmonie avec ses habitudes et avec le caractère de sa mission, et préviendrait surtout ces débats d'intérêts toujours si délicats, et qui troublent si souvent la bonne harmonie et les rapports de bienveillance réciproque qui ne devraient jamais cesser d'exister entre le médecin et ses clients. Un dépôt de médicaments les plus usuels, dont l'entretien et la surveillance seraient confiés aux soins du pharmacien de la circonscription, serait établi au centre de chaque commune et mis à la disposition du médecin, pour que les remèdes d'urgence fussent administrés immédiatement et délivrés gratuitement à chaque malade. Il se trouverait ainsi délivré de cette obligation, devenue si souvent abusive par la force des choses, de cumuler deux fonctions qui doivent rester distinctes. Lié désormais à la commune, investi d'une sorte de fonction publique qui le rendrait indépendant de la versatilité et des caprices de la confiance individuelle, loin de rien perdre par ce pacte de sa dignité et de sa considération, le médecin récupérerait, au contraire, d'autant plus sûrement tous ses titres à la confiance, à l'estime et à la considération publiques, que cette confiance, cette estime et cette considération ne lui seraient plus aliénées par des questions d'intérêt et par la crainte de charges onéreuses qui, dans l'état actuel, privent si souvent l'habitant des campagnes des soins les plus indispensables. Il trouverait même dans cette confiance devenue plus facile et d'autant plus accessible aux conseils que ceux-ci seraient plus désintéressés, les moyens d'utiliser son savoir et son expérience au profit de l'hygiène publique et de l'amélioration du bien-être physique des populations.

Tel est dans son ensemble et dans ses principaux détails le système d'organisation que M. Loreau propose pour la médecine des campagnes. Ce serait, comme on le voit, une heureuse application du système économique de l'association à l'institution des médecins cantonnaux telle à peu près qu'elle fonctionne actuellement sur plusieurs points de la France. La GAZETTE MÉDICALE a déjà, dans plusieurs circonstances, assez explicitement émis son opinion sur les avantages qu'on est en droit d'attendre de cette institution, pour que nous puissions nous dispenser d'y revenir ici. Le système de M. Loreau devant avoir pour effet d'en rendre l'application plus facile et plus générale, nous a paru mériter d'être soumis à l'appréciation des hommes qui ont mission de s'occuper de cette importante question. H. B.

— La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine vient de compléter, ainsi qu'il suit, son conseil d'administration pour l'année 1846-47 : Président, M. Flon; vice-président, M. Martin (Alexandre); secrétaire général chargé du placement des élèves, M. Louradour; secrétaire adjoint, M. Buignet; trésorier, M. Vuaflart; conseillers, MM. Blondeau, Dubuisson, Durozier, Cadet-Gassicourt, Hottot, Boutigny.

— Le docteur Meinhard, à Pétersbourg, s'il faut en croire un journal allemand, a fait l'autopsie d'une femme chez laquelle il n'a rencontré aucun vestige de la rate et des vaisseaux spléniques.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA CRÉPITATION COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, du Grand-Bourg (Creuse), D. M. P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

Toutes les fois qu'à deux corps de même nature, et avec une pression plus ou moins forte, la main imprime certains mouvements, elle éprouve une sensation particulière qui résulte du frottement de leurs surfaces. C'est cette sensation qu'on désigne sous le nom de *crépitation*. Elle peut être perçue, soit par la main seule, qui est en contact médiat ou immédiat avec le corps qui se meut, soit par l'oreille, lorsque le frottement produit un bruit assez fort pour parvenir jusqu'à elle.

De là deux modes d'exploration pour arriver avec plus de certitude à ce moyen de diagnostic, qui est pathognomonique dans quelques maladies. Il faut convenir cependant que le tact est beaucoup plus précieux, beaucoup plus sûr que l'oreille nue ou aidée du stéthoscope, comme M. Lisfranc en a le premier conseillé l'usage.

Tous les corps n'étant pas de même nature, n'ayant pas une surface pourvue des mêmes aspérités et également rugueuse, la sensation déterminée par le frottement ne devra pas être la même, selon que ce frottement sera produit par des surfaces plus molles ou plus dures, plus âpres ou plus polies. Si quelques parties molles de l'économie sont susceptibles de déterminer la crépitation, on conçoit de quelle utilité il sera de pouvoir distinguer celle, par exemple, qui sera produite par le tissu osseux; car, dans l'un et l'autre cas, bien qu'il y ait identité de cause déterminante, le frottement, il n'y aura plus identité d'effet, la sensation perçue; il n'y aura plus identité de lésion, fracture dans un cas, irritation d'une gaîne tendineuse ou épanchement de gaz dans un autre.

La crépitation peut se rencontrer dans des tissus variables par leur densité, leur structure, leur position, et alors elle dénote des affections bien différentes : ainsi elle sera produite par des lamelles ou des fragments osseux, par des cartilages dont les surfaces seront saines ou auront déjà subi certaines lésions anormales, par le glissement des tendons dans leurs gaînes, par l'infiltration de liquides ou de gaz, par la présence de corps étrangers, etc.

Nous allons étudier la crépitation dans ces divers circonstances, indiquer en quoi elle diffère dans chaque lésion, et comment, par cette différence même, elle peut servir de moyen de diagnostic dans quelques maladies dont elle est un des principaux phénomènes.

I. — DE LA CRÉPITATION DANS LES FRACTURES.

Dans toutes les solutions de continuité des os, quelle que soit leur forme, quel que soit leur volume ou leur position, il y aura toujours frottement des deux fragments l'un sur l'autre, et par suite crépitation, à moins qu'il ne se rencontre les circonstances suivantes : 1° perte de substance de l'os qui ne permette plus le contact des fragments; 2° déplacement considérable des extrémités osseuses divisées, et interposition entre elles de parties molles qui s'opposeront encore à leur attouchement; 3° dans les fractures incomplètes, dans celles des os du crâne, par exemple, où les fragments n'ayant pas de mobilité, les frottements étant nuls, la crépitation ne peut être perçue.

Tous les auteurs qui ont traité les fractures ont noté comme le signe le plus certain la crépitation produite par le frottement des fragments, et aucun ne s'est attaché à faire ressortir les analogies qu'elle peut présenter avec le même bruit ou la même sensation déterminés par d'autres parties.

Pour tout diagnostic différentiel, J.-L. Petit fait observer en passant *qu'il ne faut pas confondre la crépitation des fractures avec le craquement qu'on sent en pressant des tumeurs emphysémateuses, ni surtout avec le cliquetis des articulations*. Il rapporte immédiatement la méprise grossière d'un bailleur qui prit le frottement de la rotule sur la face antérieure des condyles pour une crépitation osseuse, et crut à une fracture de cet os. Voilà tout le diagnostic différentiel qu'il en donne.

Boyer, sur ce point, semble avoir copié J.-L. Petit; car il établit mot pour mot la même distinction.

L'article *Fracture* du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ajoute deux cas à ceux de Boyer et de J.-L. Petit, avec lesquels on pourrait confondre la crépitation des fractures : ce sont les bosses sanguines et l'affection des gaînes tendineuses.

Aucun auteur, que je sache, n'y a insisté plus longuement et n'a rien indiqué de plus que mon excellent maître et ami M. le professeur A. Bérard, qui, dans sa thèse de concours, a énuméré avec soin le plus grand nombre des cas qui peuvent se présenter, et leur a donné tout le développement que pouvait lui permettre le travail qu'il avait à faire et le peu de temps qui lui était accordé. Il dit, et en cela j'ai la même conviction que lui, qu'on doit éprouver de grandes difficultés à rendre par des paroles les sensations qu'on éprouve; et si, pour rendre ma pensée, je me sers quelquefois de comparaisons bizarres, on voudra bien me les excuser en songeant que j'y aurai été contraint par cette même difficulté du langage.

La crépitation des fractures est celle qui se fait le plus distinctement percevoir, qui peut être prise pour modèle, et à laquelle il faut rapporter toutes les autres.

Quand un os est divisé, il peut réunir plusieurs conditions qu'il n'est pas indifférent de confondre. L'os peut avoir un certain volume, être de substance compacte, ou d'un tissu spongieux ou aréolaire : il peut être divisé nettement, perpendiculairement à son axe, ou obliquement; il peut enfin y avoir plusieurs esquilles mobiles les unes sur les autres ou sur les fragments principaux. Ces distinctions une fois bien établies, je vais examiner comment, dans une fracture, on peut percevoir la crépitation.

Pour première condition, il faut que les parties divisées soient en mouvement : sans cela, pas de frottement possible, pas de craquements perçus. Mais qu'on ne s'imagine pas qu'il est indifférent que ce mouvement soit communiqué d'une façon plutôt que d'une autre; la manière de l'imprimer et de faire percevoir la crépitation indique souvent la lésion que cette crépitation révèle, et celle à laquelle il faut la rapporter.

Dans les fractures, il faut que le mouvement soit imprimé par le chirurgien lui-même en saisissant avec chaque main les deux portions d'os divisé. Si la solution de continuité avait lieu dans des parties profondément placées; s'il fallait faire mouvoir une masse trop considérable, comme, par exemple, le membre inférieur d'un individu grand et bien musclé, on pourra alors se servir d'un aide qui, saisissant l'extrémité inférieure du membre exécutera ce qu'aurait fait la main du chirurgien qui sera placé, à plat sur le lieu présumé de la fracture, tandis que l'autre tiendra le fragment supérieur. Ainsi donc, après avoir saisi les deux extrémités osseuses en les poussant alternativement dans un sens opposé et avec tous les ménagements convenables, on cherchera à s'assurer de leur mobilité et à faire en sorte que, dans ce mouvement, les deux bouts fracturés se rencontrent. C'est précisément au moment où ils frottent l'un contre l'autre que se produit et qu'on doit percevoir la crépitation.

Disons en passant que cette manœuvre doit être faite avec beaucoup de précautions, sans imprimer aucune secousse au membre, d'une manière lente, graduée et non par saccades. Si l'on agissait autrement, outre la douleur excessive qu'on causerait au malade, on s'exposerait à produire des désordres plus grands que ceux qui existent déjà : on contondrait les parties molles; des déchirures de fibres musculaires, de filets nerveux, de vaisseaux peut-être, pourraient compliquer une fracture qui au début était simple et sans aucun accident.

Si un os long est fracturé perpendiculairement à son axe et dans sa partie moyenne, il peut se présenter deux cas : ou bien les deux fragments suivront brusquement le mouvement imprimé et se déplaceront en entier sans pour ainsi dire exercer aucun frottement, et alors les mains percevront ce transport subit l'une sur l'autre de deux parties dures; il y aura une ou plusieurs saccades successives, et dans ce cas il n'existera pas à proprement parler de crépitation. Mais si les surfaces osseuses sont promenées doucement, si le mouvement qu'on exécute est fait d'une manière continue, alors les aspérités se heurtent, se froissent sans trop de secousse, et il semble qu'on frotte l'une contre l'autre les surfaces rugueuses et résistantes de deux cailloux; ou, comme l'a dit M. A. Bérard en se servant d'une comparaison heureuse, que l'on remue des noix dans un sac. Cette sensation sera tout à fait analogue, plus facilement perçue et dans une plus grande étendue, s'il existe, comme je l'ai indiqué plus haut, des esquilles séparées qui représentent alors, dans la partie malade, des corps étrangers pourvus d'un plus ou moins grand nombre d'aspérités susceptibles de se froisser et de s'entre-choquer entre elles.

Si la solution de continuité a lieu dans la partie spongieuse de l'os, à moins qu'il ne soit d'un volume très-grêle, on pourra bien mieux encore constater la crépitation, parce qu'alors, en général, les faces divisées auront une plus grande étendue, les aréoles et les saillies osseuses y seront plus nombreuses, plus prononcées, et par cela même le phénomène plus facilement appréciable. Aussi ce frottement, cette crépitation des surfaces osseuses est toujours âpre, rugueux, sans glissements, doux et onctueux. si je puis ainsi dire; et c'est cette sécheresse, cette aspérité dans la sensation perçue, qui fait le caractère distinctif de cette crépitation osseuse qui est le signe pathognomonique des fractures.

J'ai dit plus haut, et c'est là le point capital de la crépitation osseuse, qu'il fallait que le mouvement destiné à opérer le frottement fût imprimé par le chirurgien. Il est extrêmement difficile, à moins que ce ne soit une fracture

de côté, circonstance alors tout à fait exceptionnelle, que par les mouvements que le malade exécute seul on puisse percevoir la crépitation qu'on cherche à obtenir. Ces mouvements spontanés dans la partie divisée sont très-difficiles, ou bien, lorsqu'ils existent, les fragments ne sont plus en rapport et le phénomène qu'on désire ne peut plus avoir lieu. Si le malade peut en imprimer encore et que le fémur, par exemple, soit fracturé, ils sont alors extrêmement douloureux; il y a déplacement des fragments, déviation du membre, raccourcissement, et tous les autres signes communs aux fractures de cet os. Si l'un des deux os de la jambe ou de l'avant-bras est fracturé, celui qui est encore intact supporte tous les mouvements, s'oppose au déplacement qui peut avoir lieu et au frottement réciproque des parties divisées. Il faut donc que le chirurgien lui-même exerce la manœuvre que nous avons indiquée, et cela de différentes manières et en ayant égard à la position, aux usages, au lieu, à la profondeur, etc., qu'occupe la partie divisée.

On verra bientôt que certaines crépitations qui ne sont plus des crépitations osseuses sont indistinctement produites par le chirurgien et par le malade; que d'autres ne peuvent l'être que par ce dernier, et que si la sensation perçue est un moyen de diagnostic, il faut encore considérer comme tels les moyens employés pour la faire naître et la percevoir.

Dans beaucoup de cas, la crépitation osseuse détermine un bruit assez intense pour être distinctement entendu par l'oreille nue; d'autres fois, au contraire, celle-ci a besoin d'être aidée du stéthoscope pour bien apprécier ce même phénomène, dont la valeur est la même, qu'il soit perçu par le tact ou par l'audition. Il peut arriver que ce dernier sens seul puisse en constater l'existence: c'est dans le cas de fracture d'un os profondément placé et recouvert de parties molles épaisses qui mettent obstacle aux mouvements qu'on veut imprimer et à la sensation que doit percevoir la main qui les exécute. On a avancé que là où la crépitation n'a pu être sentie, elle a pu être entendue; et d'après M. Lisfranc, dont les observations ont été vérifiées par Laennec, le stéthoscope est devenu un instrument aussi précieux pour arriver au diagnostic de certaines fractures, qu'il l'est journellement pour celui des affections thoraciques. Je n'ai pas besoin de dire que le bruit qu'on entendra aura les mêmes caractères que celui qui sera perçu par la main.

Cette crépitation osseuse, que je viens de décrire, ne se rencontre pas exclusivement dans les fractures avec tous les caractères qui la distinguent; d'autres affections osseuses peuvent la produire, et alors c'est encore un moyen de diagnostic comme lorsqu'il y a solution de continuité de l'os.

Presque tous les os peuvent être affectés de nécrose, et la mobilité du séquestre peut être quelquefois reconnue sans qu'il soit nécessaire d'introduire le stylet dans la plaie, quand cette plaie existe. S'il est superficiellement placé, il simule alors un fragment dans un cas de fracture, et les mouvements que peut lui imprimer le chirurgien, opérant des frottements contre les surfaces osseuses voisines, déterminent une crépitation osseuse des plus prononcées.

OBS. I. — Au mois de juin 1838, il entra à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Jules Cloquet, dont j'étais alors interne, un nommé Hérissé (Antoine), âgé de 64 ans, doué d'une bonne constitution et paraissant bien conservé pour son âge. Il avait toujours joui d'une bonne santé, et aucun membre de sa famille n'avait été atteint d'affection carcinomateuse.

Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, cet homme éprouva de fortes douleurs de dents; il survint bientôt à la joue droite du gonflement qui fut suivi d'un abcès. Huit jours après il en survint un second, et dans l'espace d'un mois et demi, il s'en forma plusieurs à la suite les uns des autres, et qui tous venaient s'ouvrir dans un large trajet fistuleux communiquant avec la cavité buccale, et placé sur la face antérieure et droite de la mâchoire inférieure. Dans le même espace de temps, le tissu cellulaire voisin et le corps de l'os lui-même devinrent gonflés de manière à produire une tumeur qui occupait tout le côté de la face qui, à l'arrivée du malade, fit croire un instant à quelques personnes à l'existence d'un ostéo-sarcome de cet os. Mais au moyen d'une incision, l'issue plus facile qu'on donna à la matière purulente fit diminuer la tumeur, et en fit connaître le véritable caractère. Vers l'extrémité la plus postérieure du bord alvéolaire, on sentit une dent qui n'était pas complétement sortie au dehors, et dont la mauvaise disposition et la présence étaient la cause de tous les accidents.

Vers le 15 juillet, en palpant alternativement avec chaque main sur la face extérieure de la tumeur, on trouva une portion de l'os plus considérable, et à laquelle il fut facile d'imprimer des mouvements qui déterminèrent une crépitation osseuse des plus prononcées. On put, à l'aide d'un stylet, obtenir la même sensation et la même mobilité. M. J. Cloquet enleva le séquestre et la dent de sagesse, qui était encore contenue tout entière dans son alvéole, et dont la racine communiquait avec le point carié de l'os maxillaire. Ces deux ablations simultanées du séquestre et de la dent qui étaient les véritables causes du mal, et surtout de la dernière, qui seule l'avait été dans le principe, suffirent, avec le repos et quelques cataplasmes émollients, pour obtenir la résolution complète de tous les engorgements voisins et la guérison définitive de cette tuméfaction énorme qui, à l'entrée du malade, avait fait naître quelques doutes sur sa nature. Quinze jours après, cet homme quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Après avoir établi les caractères de la crépitation osseuse, je les comparerai avec ceux qui se produisent lorsque la crépitation existe dans d'autres tissus; en rapprochant ensuite leurs analogies, leurs différences et la manière de les percevoir, je donnerai le moyen le plus sûr de les distinguer entre elles, comme aussi de distinguer les lésions nouvelles qui les déterminent.

II. — DE LA CRÉPITATION DANS LES ARTICULATIONS.

Les articulations, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, par les mouvements que leur imprime le chirurgien ou le malade, peuvent produire une crépitation qu'on peut rapprocher de celle déterminée par des fragments osseux, et quelquefois la confondre avec elle. C'est une erreur de ce genre que commettait le bailleur dont parle J.-L. Petit, lorsqu'il prenait les frottements de la rotule au devant des condyles pour une crépitation osseuse, et croyait à une fracture du genou.

Très-souvent, si, par une pression assez forte, on fait mouvoir l'une contre l'autre deux surfaces articulaires à l'état sain, il se produit un certain bruit, un frottement particulier qu'une main peu exercée pourrait prendre pour une crépitation osseuse. Ce bruit ne s'obtient pas toujours, et pour y parvenir, il faut quelquefois graduer les mouvements, changer les positions du membre, et alors on perçoit ce contact des deux surfaces qui se fait d'une manière uniforme, continue et sans secousses, quelque petites qu'elles soient. Dans ce frottement cartilagineux, il y a quelque chose d'onctueux et de doux qui se distingue de celui des fractures, qui est saccadé, dur, âpre et résistant. Qu'on se figure le bruit, si tant est qu'il puisse y en avoir, produit par deux surfaces de velours qu'on fait glisser l'une sur l'autre, ou bien, comme on l'a dit, la sensation qu'on éprouve en froissant entre les doigts de l'amidon ou de la fécule de pomme de terre, et l'on aura une idée parfaite de la crépitation *cartilagineuse*, expression impropre peut-être, mais qui rendra mieux ma pensée que toute autre. Complétons la comparaison de M. A. Bérard: la crépitation osseuse ressemble au frottement produit par des noix qu'on remue dans un sac; qu'on remplace les noix par des pommes, on sentira un glissement plus doux, un froissement tout particulier qui aura la plus grande analogie avec la crépitation cartilagineuse.

Cette crépitation, ai-je dit, peut être perçue même lorsque les surfaces articulaires sont saines; alors elle est dans son minimum d'intensité, et je dirai qu'il faut presque une certaine habitude pour la produire. Mais si la capsule synoviale est le siége d'une inflammation même légère et sans épanchement, s'il y a déjà disette de synovie et sécheresse des surfaces articulaires, comme l'indiquait Boyer, c'est alors que la crépitation cartilagineuse se manifeste dans toute sa netteté, avec un caractère véritablement distinctif pour elle et pour les autres variétés de frottements articulaires qui pourraient lui être comparés.

Lorsqu'il y a contusion violente de l'articulation, inflammation des surfaces articulaires ou de la membrane séreuse d'enveloppe, sécheresse de sa surface libre, déplacement plus ou moins considérable, la crépitation cartilagineuse peut, dans presque tous ces cas, être distinctement perçue. Il suffit pour cela d'imprimer avec les deux mains des mouvements alternatifs aux deux extrémités osseuses qui concourent à former l'articulation, manœuvre qui s'exécute comme dans les cas de fracture, ou en appliquant une main sur l'articulation, tandis que le malade exécute lui-même les mouvements, ce qu'il peut faire dans presque tous les cas, bien que quelquefois ce ne soit pas toujours sans douleur.

Ainsi, outre la sensation différente de celle produite par les fragments osseux, on trouve encore ici, comme moyen de diagnostic, le siége du mal et le mode de production de la crépitation.

La crépitation cartilagineuse ne se produit que là où existent des surfaces articulaires naturelles ou accidentelles, ce qui est une très-rare exception; et ordinairement elle n'est bien sensible que dans les articulations à surfaces continues, où existent des cartilages diarthrodiaux et une membrane séreuse d'enveloppe, que les mouvements de l'articulation soient vagues ou bornés, la chose importe peu. Je sais bien qu'il peut aussi s'y produire des fractures, mais ce sont les cas les plus rares; et lorsqu'au niveau d'une articulation, des frottements sont sentis par le malade ou le chirurgien, il y a déjà une forte présomption de croire qu'ils appartiennent aux surfaces articulaires.

Si ces mêmes frottements peuvent être rendus sensibles par les mouvements que le chirurgien détermine, et surtout par ceux qui dépendent de la volonté du malade, les probabilités deviendront bien plus grandes encore; car j'ai déjà dit que, dans l'immense majorité des cas, le malade seul ne pouvait produire la crépitation osseuse. Enfin, si au siége de la maladie, si au mode de transmission du contact des extrémités articulaires, on joint la sensation perçue, la crépitation *cartilagineuse*, d'une très-grande probabilité on arrivera à une certitude sur la nature du mal et le lieu affecté.

Dans d'autres cas, les articulations peuvent donner lieu à une crépitation

qu'on verra se rapprocher beaucoup de celle produite par la solution de continuité des os, en conservant toutefois quelque chose du caractère propre à celle qui appartient aux cartilages.

Quelquefois il se développe, dans les articulations, des corps étrangers, espèce de production osseuse ou éburnée dont je ne dois rechercher ici ni la cause, ni le mécanisme; leur présence détermine un certain nombre de phénomènes qui suffisent le plus souvent pour les faire reconnaître; mais parfois ils produisent aussi des sensations qui pourraient induire en erreur, si l'on se bornait à un examen trop superficiel : ils causent de la douleur, ils gênent les mouvements après de longues marches, après des sauts brusques et élevés, après des chutes ou des coups reçus sur l'articulation qui les renferme, et les phénomènes qu'ils déterminent alors sont dus à leur déplacement. Ils ont quitté les cavités dans lesquelles ils étaient primitivement logés pour venir s'interposer aux extrémités articulaires des os, et rendre tantôt plus difficiles, tantôt impossibles et toujours très-douloureux les mouvements qui peuvent s'exécuter encore. Il arrive assez souvent qu'on peut les sentir au pourtour de l'articulation, où ils viennent faire saillie sous la peau; d'autres fois, ils sont profondément situés, et dans l'un et l'autre cas ces corps, qui sont durs, quelquefois anguleux, souvent en grand nombre (jusqu'à 50 et 60), peuvent, par les frottements qu'ils exercent, soit entre eux, soit contre les extrémités des os, donner lieu à une crépitation qui, dans quelques circonstances, peut avoir de l'analogie avec la crépitation osseuse.

Le bruit qu'ils produisent entre eux ou contre les parties voisines pourrait faire soupçonner la présence d'esquilles et l'existence d'une fracture; mais on évitera l'erreur si l'on a égard au siége du mal, à son mode de développement, souvent à sa récidive, aux inégalités du pourtour de l'articulation, au mode de production du frottement qui peut être indistinctement déterminé par le chirurgien ou le malade, et enfin au bruit lui-même qui, dans ce cas, a encore quelque chose de particulier qui, par ses glissements doux, tient de la crépitation cartilagineuse.

Les articulations peuvent encore être le siége d'une lésion qui donnera lieu à une crépitation qui se rapprochera davantage de la crépitation osseuse; je veux parler de l'usure des surfaces articulaires et de l'éburnification des cartilages. Dans ce cas, comme dans les fractures, il y aura des rugosités, des aspérités plus ou moins saillantes des surfaces, et le glissement deviendra de plus en plus difficile, de même que la distinction à établir entre la sensation perçue.

M. Bérard fait observer que, lorsque cette éburnification existe, la crépitation est rugueuse, mais qu'elle est prolongée, qu'on sent des surfaces dures frotter sans interruption les unes contre les autres, et que c'est précisément cette persistance dans le frottement qui est un puissant moyen de diagnostic. Il faudra avoir égard à l'articulation elle-même, et surtout au mode de production du bruit dans les articulations gynglimoïdales; car, dans celles-ci, on ne pourra l'obtenir que dans les mouvements de flexion et d'extension, tandis qu'on obtient dans tous les sens possibles la crépitation osseuse résultant d'une fracture. Tant qu'il restera quelques fragments de cartilage, le bruit conservera quelque chose de distinctif, moins prononcé il est vrai que lorsque le cartilage est entier, mais qui produira cependant, à un degré qui variera en intensité, ce que j'ai appelé la crépitation cartilagineuse.

Une autre variété de la crépitation cartilagineuse, et qui n'a été, que je sache, signalée par personne, est celle qui résulte de la séparation d'un cartilage d'avec l'os sur lequel il est implanté. C'est une crépitation mixte, si je puis ainsi parler, puisque d'une part elle est produite par une surface cartilagineuse, et de l'autre par une surface plus rugueuse, plus irrégulière, et qui appartient à une portion osseuse. Les lésions qui peuvent la faire naître et que sa présence sert à bien déterminer, se rencontrent rarement dans l'économie. En effet, il y aura plutôt fracture de l'os ou du cartilage isolément, que séparation de l'un avec l'autre; car on sait que ces points d'union sont excessivement solides et se disjoignent difficilement; quelque rares qu'ils soient, on les a cependant rencontrés. L'exemple suivant est trop remarquable pour que je ne le rapporte pas à la suite de la proposition que j'ai avancée.

Obs. II. — Dans le mois de juillet 1837, le nommé Robert entra à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur J. Cloquet. Cet homme, très-robuste et d'une très-forte constitution, fut renversé par un cabriolet; il tomba la face contre terre et sur le bord d'un trottoir; le nez eut à supporter toute la violence de la chute; il en résulta une forte ecchymose des parties voisines et des deux paupières; le nez n'offrait ni déformation, ni plaie, ni gonflement.

A son entrée à l'hôpital, il ne présentait que l'ecchymose des paupières, avec une légère tuméfaction due à un épanchement sanguin siégeant à la partie moyenne et latérale gauche du nez. Si l'on cherche à imprimer des mouvements à l'extrémité de cet organe, on sent, du même côté et au-dessus du sillon qui sépare le lobe de la partie moyenne, là où le cartilage s'attache à l'extrémité inférieure des os propres du nez et à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieure, une crépitation qui évidemment n'est pas due à une fracture osseuse. Elle a quelque chose de plus doux et de moins âpre que dans une fracture. Il n'y a aucun prolongement dans le frottement des fragments qui passent d'une manière brusque l'un au devant de l'autre. On produit très-bien cette crépitation en appuyant un doigt sur l'os propre du nez du côté gauche, et en exerçant avec l'autre main des mouvements de va-et-vient sur le cartilage correspondant, on peut entendre à l'oreille nue ce frottement, qui ne se passe que du côté gauche.

Bien que, dans ce cas, il y ait quelque chose de doux et d'onctueux de la crépitation cartilagineuse, il y a en même temps une dureté qu'on n'y rencontre jamais; il y a mélange des deux crépitations, parce qu'en effet se trouvent réunies les conditions que j'ai indiquées, frottement d'un cartilage contre la surface rugueuse d'un os.

La sensation perçue, le siége précis de la lésion, la manière dont cet homme est tombé, son nez portant sur l'angle tranchant d'une pierre, ce bruit anormal que le malade sent très-bien, et qui n'existait ni avant la chute, ni du côté opposé, sont autant de conditions qui donnent la certitude de l'existence de la lésion que j'ai signalée.

Cet homme, qui est resté huit jours à l'hôpital, et sur lequel on a pu constater la crépitation que j'ai indiquée chaque fois qu'on a voulu la produire, est sorti sans que sa fracture fût consolidée, fracture peu grave en elle-même, et qui ne devait déterminer ni accidents, ni difformité.

Enfin, lorsque les cartilages d'une articulation ont été accidentellement détruits, deux surfaces rugueuses appartenant au tissu osseux se trouvent mutuellement en rapport, comme dans les cas de fracture; et alors la nature du mal ne peut être bien appréciée que par son siége, son développement et les circonstances qui l'ont précédé. Aussi, dans les cas de cette nature, existe-t-il presque constamment de la tuméfaction, de l'empâtement au pourtour de l'articulation, quelques trajets fistuleux qui donnent issue à de la sérosité purulente, et qui permettent assez souvent l'introduction du stylet jusque sur les extrémités osseuses qui sont affectées de nécrose ou de carie. Bien que la crépitation se passe alors dans une articulation, elle n'appartient plus de fait à cette classe de symptômes, puisque les cartilages, parties constituantes de l'articulation, et sur lesquels le phénomène lui-même est produit, se trouvent accidentellement détruits.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite et fin.)

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de péricardite;* par M. Bellingham. 2° *De la préparation de ciguë la plus efficace pour l'emploi médicinal;* par M. Donovan. 3° *Sur la nature des évacuations alvines vertes chez les enfants;* par M. Golding Bird. (Extrait de The medical Gazette. Nous publierons ce travail en entier.) 4° *Gangrène de la main survenue par l'effet d'un bandage trop serré;* par M. Donovan. (Une enfant de 5 ans ayant fait une chute sur la main, un rhabilleur prononça qu'il y avait fracture de l'avant-bras, et appliqua un bandage extrêmement serré. Des douleurs aiguës survinrent... Selon lui, c'était un bon signe, indice certain que le travail de consolidation commençait! Bientôt les doigts et la main deviennent froids... Encore mieux, dit-il : c'est une preuve que l'inflammation est vaincue! Cependant, ayant consenti au bout de quinze jours à lever son bandage, il trouva une gangrène si étendue que le membre tomba spontanément au milieu de l'avant-bras, l'amputation ayant été refusée par les parents.) 5° *De l'emploi de l'iodure de potassium contre le scorbut de terre;* par M. J. Kirby. (Une seule observation où l'emploi de l'hydriodate de potasse uni au camphre a paru amener une guérison rapide. Qu'en conclure relativement aux propriétés antiscorbutiques de l'hydriodate de potasse ? ainsi que le dit l'auteur lui-même, *adhuc sub judice.*) 6° *Cas de rupture de la grande veine saphène au-dessus du genou;* par le même. 7° *Tribut à la chirurgie et à la médecine cliniques;* par M. Hargrave. 8° *Note sur un cas de paralysie convulsive, avec fracture de l'humérus;* par M. Kirby. (Un vieillard, dont le bras était agité d'un tremblement convulsif, se fit une fracture au tiers supérieur de ce membre. Aucun moyen ne put empêcher les mouvements de continuer; il en résulta une perforation des téguments par le fragment inférieur. On enveloppa alors le membre d'une pièce de cuir souple; le bout d'os nécrosé s'élimina et la consolidation eut lieu au bout de quatre mois.) 9° *Cas de diabète sucré dans lequel le sous-acétate de plomb paraît avoir réduit la quantité de l'urine et diminué notablement la proportion de sucre qu'elle contenait;* par

le même. (Une seule observation. Même réflexion que précédemment au sujet de l'emploi de l'hydriodate de potasse contre le scorbut.) 10° *Fracture compliquée de jambe, suivie de tétanos*; par le même. (Le tétanos se déclara huit jours après l'accident; mort en trois jours.) 11° *Abcès chroniques du tibia, double amputation, guérison*; par le même. (On coupa d'abord la jambe au-dessous du genou; mais, le quatrième jour, il se déclara par toute la surface traumatique une hémorrhagie telle que, n'ayant pu l'arrêter, on fut obligé de faire l'amputation de la cuisse.) 12° *Quelques réflexions pratiques sur l'opération des ventouses scarifiées*; par M. Cranfield. (Préceptes assez généralement connus et suivis en France.) 13° *Névralgie faciale intermittente*; par M. Hargrave. (Emploi du *cannalis indica*, sous forme de teinture, dans un cas de névralgie sus-orbitaire; mais le sulfate de quinine, les frictions d'huile de cajeput ont été employés simultanément. Le malade a guéri.) 14° *Trois cas d'empoisonnement par l'opium*; par M. Kirby. 15° *Introduction de morceaux d'éponge dans le museau de tanche*. (A l'une des dernières séances de la Société chirurgicale d'Irlande, plusieurs membres ont cité des faits de ce genre. Des femmes s'étant introduit dans le museau de tanche un morceau d'éponge dans le but de prévenir la fécondation, ce corps étranger est ensuite resté en place, et il s'en est suivi un écoulement purulent copieux. Cette cause possible de leucorrhée montre la nécessité d'employer toujours le spéculum pour peu que le diagnostic laisse dans l'esprit du médecin quelques doutes sur la cause de l'affection.)

SUR LE MODE D'EMPLOI LE PLUS EFFICACE DE LA CIGUË; par M. DONOVAN.

On sait que la ciguë, prise en nature et fraîche, est pour l'homme un poison très-actif, tandis que beaucoup d'animaux inférieurs peuvent la prendre impunément. On sait en outre que sous quelque forme qu'on l'administre elle n'est jamais d'un effet constant. C'est un médicament d'une extrême infidélité. Après avoir rappelé les travaux publiés sur ce sujet par MM. Gieserke et Geiger, Earle, Christison, Pereira, Stoerk, et montré par des citations que l'extrait et la poudre sèche de ciguë, ayant perdu tout ou partie du principe actif (conicine), n'offre aucune sûreté au praticien, l'auteur recommande la préparation indiquée en 1844 par le docteur Neligan, dans THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, et dont voici la formule. Prenez les feuilles fraîches de ciguë; exprimez le jus; laissez-le reposer pendant quarante-huit heures; débarrassez la liqueur de la matière féculente et de la chlorophylle, et ajoutez un cinquième d'alcool rectifié. Cette préparation peut se conserver intacte pendant deux ans. M. Donovan y fait pourtant un léger changement. Après avoir exprimé le jus de la plante, il ajoute *immédiatement*, non pas un cinquième, mais un quart d'esprit-de-vin rectifié. Il pense que cette dernière proportion assure mieux que la première la solution et la fixation du principe actif. L'alcool précipite toute la matière colorante verte; et si l'on filtre la liqueur au bout de quelques jours, on la trouve d'une couleur rouge pâle et parfaitement transparente. Il est important d'observer, ajoute l'auteur, que le jus de la plante doit être pris pendant la floraison, c'est-à-dire vers la fin de juin ou au commencement de juillet.

CAS DE RUPTURE DE LA GRANDE VEINE SAPHÈNE AU-DESSUS DU GENOU; par M. J. KIRBY.

Les exemples de rupture, surtout de rupture spontanée, des grosses veines sous-cutanées sont assez rares dans la science; et le fait devient encore plus exceptionnel s'il a été bien constaté que, avant l'accident, ces vaisseaux n'étaient pas variqueux. M. Kirby dit que chez la malade dont nous allons rapporter l'histoire la saphène n'était effectivement pas affectée de varice.

OBS. — Une femme âgée de 80 ans, émaciée et hydropique depuis longtemps, avait eu anciennement le fémur droit fracturé en deux points: il s'ensuivit un racccourcissement notable et un œdème tenace du pied et de la jambe, qu'augmenta encore la diathèse à l'hydropisie. Un jour, en se retournant dans son lit, elle ressentit dans le genou droit une douleur qu'elle compara à celle qu'on produit en enlevant un vésicatoire. Une tumeur se manifesta immédiatement et acquit bientôt le volume de la moitié longitudinale d'un gros œuf d'oie, son plus long diamètre étant dans l'axe de la cuisse et son extrémité inférieure s'étendant sur le condyle interne du fémur, de manière à masquer la saillie de cette éminence. M. Kirby vit, trois heures après, la malade couchée sur le côté affecté, tenant le membre fléchi et tourné en dehors. Les mouvements imprimés pour changer cette situation et la pression exercée sur la tumeur causaient de la souffrance et arrachaient des cris.

Prescription : Applications spiritueuses froides faites et renouvelées de manière à provoquer une évaporation rapide.

En trois heures, et malgré ces soins, la tuméfaction et la douleur avaient notablement augmenté. La tumeur s'était étendue jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; ferme, tendue, elle était le siége d'une chaleur incommode. La malade que, à sa première visite, M. Kirby avait trouvée dans le collapsus, avait maintenant repris sa chaleur habituelle, son pouls était plus plein et tranquille. Les veines de la jambe n'étaient pas visibles.

Prescription : Appliquer sur le lieu de la tumeur une vessie remplie de glace. Faire porter la pelote d'un tourniquet sur le trajet de la saphène, au-dessous du genou, et un autre au-dessus de la tuméfaction, afin de prévenir l'épanchement ultérieur de sang. On entoura aussi d'une bande la partie la plus saillante de la tumeur, afin de prendre sa mesure.

Le lendemain, la tumeur était moins élastique, moins douloureuse; elle semblait aussi avoir un peu diminué de volume.

On continua les applications froides durant trois semaines. Souvent, pendant ce temps, l'érysipèle menaça la partie malade, mais on le prévint sans remèdes bien énergiques. Enfin la tumeur disparut graduellement, ayant cependant conservé sa fermeté élastique jusqu'à ce qu'il n'en restât plus de trace.

M. Kirby ajoute, mais sans donner aucune preuve à l'appui de la vraisemblance de cette assertion, qu'il n'est pas improbable que la solution de continuité de la veine ait été due dans ce cas au dépôt préalable d'une matière calcaire dans l'épaisseur de sa paroi, ce qui s'observe, quoique très-rarement il est vrai, dans les veines des personnes très-avancées en âge.

IV. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Notes cliniques*; par M. de Gumbleton Daunt. 2° *Effets toxiques du guano*; par MM. Wattson et Kidd. 3° *Empoisonnement par l'aconit*; par M. Sayle. 4° *Tumeurs anomales sur le crâne; faculté de distinguer les couleurs chez un homme aveugle depuis son enfance*; par M. Black. 5° *Sur le purpura hemorrhagica*; par M. Close. (Résumé des observations de MM. Andral et Gavarret, de celles qui ont été publiées dans la GAZETTE MÉDICALE par MM. Becquerel et Rodier. L'auteur y joint une observation qui lui est propre, mais sans analyse chimique.) 6° *Traitement de l'otorrhée*; par M. Curtis. (L'auteur recommande des injections faites avec une solution, qu'on rend de plus en plus concentrée, de pierre divine.) 7° *Examen nécroscopique d'une maladie cancéreuse*; par M. Aldis. (Cancer mammaire d'un volume très-considérable. La plèvre était parsemée de tubercules blancs, faisant saillie à sa surface. — On sait que c'est là la forme sous laquelle le cancer de la plèvre se présente le plus ordinairement.) 8° *Considérations sur la nature et les propriétés du fiel de bœuf comme agent médicinal*; par M. Clay. 9° *Cas d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique; guérison*; par M. A. Guy. 10° *Cancer du testicule; extirpation; guérison*; par M. Stobo, 11° *Deux observations d'ophthalmie blennorrhagique*; par M. Dasent. 12° *Plaie par instrument piquant; ligature de l'artère tibiale postérieure dans le tiers supérieur de son trajet*; par M. Moncrieff Arnott.

SUR LES EFFETS TOXIQUES DU GUANO; par le docteur WATSON.

SUR L'ACTION TOXIQUE DU GUANO; par le docteur CHARLES KIDD.

Les deux observations qui font le sujet de ce travail ont été recueillies à l'hôpital du Nord, dans le service de M. James Turnbull. Après avoir fait part de plusieurs particularités racontées par les malades eux-mêmes sur l'insalubrité de l'île d'Ichaboe, il expose comme il suit l'histoire de chacun d'eux.

OBS. I. — John William, âgé de 19 ans, fut admis à l'hôpital du Nord, le 26 août 1845. Il revenait directement d'Ichaboe avec un chargement de guano; la durée de la traversée avait été de trois mois. Il prit froid sur le navire, et, à son arrivée à Ichaboe, il cracha plusieurs fois du sang pur. Il eut aussi la dysenterie, ainsi que plusieurs hommes de l'équipage, et l'un d'eux y succomba. Au retour, les provisions étaient mauvaises. Sur treize passagers, quatre, y compris le sujet de cette observation, furent atteints de scorbut. Les taches rouges apparurent sur les jambes de ce malade vingt heures avant le débarquement, et quand il fut à l'hôpital les gencives devinrent saignantes et une petite ulcération se forma sur la langue. Sous l'influence d'un régime convenable, la santé s'améliora rapidement, et, dans l'espace d'une semaine, les taches rouges disparurent; mais bientôt survinrent de la toux, des sueurs nocturnes, la fièvre hectique, et en examinant la poitrine, on trouva, à la partie supérieure du poumon gauche, de la matité, de l'obscurité du murmure respiratoire et quelques râles muqueux. Ce malade continue à présenter tous les signes de la phthisie pulmonaire.

OBS. II. — James Farrer, âgé de 28 ans, fut admis à l'hôpital du Nord pour un scorbut très-avancé. Vers le 6 janvier, il s'était embarqué à Londres pour aller à Ichabœ, et de là aux possessions d'Islande, où il prit une charge de guano présentant à peine l'odeur ammoniacale. On donnait à l'équipage du jus de limon et de la mélasse en petite quantité; les provisions étaient très-grossières. Au retour, sur vingt-deux hommes qui étaient à bord, six furent attaqués de scorbut, mais aucun aussi gravement que le sujet de cette observation. A son entrée à l'hôpital, il offrait une teinte jaunâtre extrêmement prononcée; il était si faible qu'il ne pouvait se tenir sur son lit. Ses gencives étaient tuméfiées au point de

recouvrir presque les dents, mais non saignantes. Les membres inférieurs offraient quelques taches rouges, et la jambe droite, depuis le genou jusqu'en bas, était tuméfiée, pâle et extrêmement indurée. On fit prendre à ce malade le jus de deux limons par jour, des potages, des aliments végétaux, et plus tard des substances animales, sans aucun autre médicament qu'un peu d'huile de ricin pour régulariser les selles. L'amélioration fut rapide et les symptômes du scorbut disparurent. Le 20 septembre (quand l'observation fut rédigée), il était tout à fait bien, sauf un peu d'induration du membre inférieur droit, laquelle, au reste, diminuait de jour en jour.

On trouvera sans doute, comme nous, que ces observations, quelque intéressantes qu'elles soient, ne nous montrent qu'un scorbut développé sous l'influence d'une mauvaise alimentation en mer (fait assez commun), et non l'influence pernicieuse du guano. Et si les considérations dont elles sont précédées, et qu'il eût été trop long de rapporter, laissent peu de doute sur l'insalubrité d'Ichaboe, ce n'est pas encore assez pour démontrer nettement la vertu délétère de cette matière. Il faudrait savoir si les phénomènes morbides se développeraient sous son influence hors des lieux où l'on va la recueillir.

— Le travail du docteur Kidd, qui suit le précédent, est tout entier consacré à l'interprétation physiologique et chimique des faits relatés par M. Watson.

FACULTÉ DE DISTINGUER LES COULEURS CHEZ UN HOMME AVEUGLE DEPUIS SON ENFANCE; par M. BLACK.

On a souvent cité Saunderson et l'aveugle-né de Puiseaux comme exemples de personnes capables de distinguer et de reconnaître les objets par le toucher, quoiqu'elles manquassent complétement du sens de la vue. L'histoire suivante est encore bien plus étonnante, et elle ne paraît pas moins digne de foi.

« M. Black a vu à Glasgow un homme âgé de plus de 50 ans qui, ayant perdu la vue à l'âge de 20 mois par suite d'une double attaque de variole, apprit peu à peu à discerner les couleurs, et y réussit au point qu'il exerça pendant 45 ans l'état de teinturier, sans aucun aide. Non-seulement il appréciait parfaitement les couleurs et les nuances, mais il savait, au gré de ses pratiques, donner aux étoffes une teinte plus ou moins foncée sans jamais s'y tromper. Plusieurs des personnes qui le connaissaient assurèrent à M. Black que nul n'était plus capable que cet aveugle de bien juger des couleurs. »

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU FIEL DE BŒUF EN MÉDECINE; par le docteur CLAY.

Voici dans quels termes le docteur Clay caractérise l'action du fiel de bœuf comme agent thérapeutique. « Beaucoup d'autres agents, dit-il, ont une action directe ou indirecte sur un organe particulier, et stimulent une fonction particulière. Il en résulte une augmentation de sécrétion qui peut atténuer ou guérir une maladie, soit directement, soit par dérivation. Le fiel de bœuf, au contraire, paraît agir, non sur le système organique des intestins, mais sur les matières qui doivent les traverser. Il semble que ce soit un simple agent chimique, ne possédant qu'à un faible degré le pouvoir d'exciter les tissus vivants, mais portant plus directement son action sur la masse fécale contenue dans la partie inférieure des intestins. Son premier effet paraît être de communiquer aux matières plus de consistance, et de donner plus de prise à l'impulsion qui leur est communiquée par le tube intestinal; le second, de prévenir leur décomposition et la production de gaz trop abondants, etc. » L'auteur résume rapidement une quarantaine d'observations relatives à des cas de constipation opiniâtre dus pour la plupart à des affections hépatiques, et dans lesquels l'emploi du fiel de bœuf a produit des résultats avantageux. Il est probable que le fiel de bœuf n'a pas seulement les effets que lui prête l'auteur, mais qu'il exerce encore, à la manière de la bile humaine, sur les aliments ingérés, une action chimique qui facilite la digestion. Cette circonstance que son usage a été surtout avantageux dans des maladies où la sécrétion de la bile était troublée donne à cette vue une importance particulière. (Voir sur ce point, GAZ. MÉD., 1845, p. 701.)

PLAIE PAR INSTRUMENT PIQUANT; LIGATURE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE AU TIERS SUPÉRIEUR DE SON TRAJET; par M. MONCRIEFF ARNOTT.

L'auteur, commençant par exposer l'état de la science sur ce point, rapporte d'abord un cas propre à un célèbre chirurgien qu'il ne nomme pas, lequel lia l'artère fémorale pour une blessure de la tibiale postérieure à sa partie supérieure; l'hémorrhagie reparut, on fut obligé d'amputer le membre, et le malade succomba. D'un autre côté, on sait que Dupuytren ayant à traiter une blessure de ce même vaisseau par arme à feu, lia l'artère fémorale et guérit ainsi son blessé. Cependant M. Guthrie a sévèrement critiqué la pratique du chirurgien français: il rapporte deux observations de coups de feu à la jambe accompagnés d'hémorrhagie pour laquelle on lia la crurale; mais le saignement revint et nécessita l'amputation qui fut suivie de la mort. Dans un troisième cas, M. Guthrie divisa d'une main hardie les muscles du mollet, et lia l'artère péronière qui avait été blessée. Il sauva ainsi le membre, et c'est en conséquence le procédé qu'il recommande aussi d'employer quand la tibiale postérieure a été lésée. Mais ce conseil n'a pas été assez souvent mis en pratique pour qu'on lise sans un vif intérêt le cas suivant, qui est un exemple de la réussite due à ce plan thérapeutique éminemment rationnel.

OBS. — Un jeune homme robuste fut reçu le premier janvier 1845 à l'hôpital de Middlesex pour une plaie par piqûre qu'il venait de se faire avec un ciseau de menuisier, au mollet, vers la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du membre et un peu en dedans de la ligne médiane. Du sang artériel et veineux sortait en quantité. Par la situation, la profondeur et la direction de la blessure (direction dont on s'assura au moyen d'un stylet), il *fut évident* que l'artère tibiale postérieure avait *probablement* (sic) été ouverte. M. Arnott se décida à inciser sur le lieu même afin d'y lier les deux bouts du vaisseau. En conséquence, prenant la piqûre pour centre, il fit dans ce point à la peau et aux muscles du mollet une incision de 6 pouces et demi de longueur. Après de nombreuses difficultés résultant de l'abondance du saignement, il fut reconnu que, outre la plaie de la tibiale postérieure, les deux veines ses satellites avaient aussi été blessées. L'hémorrhagie veineuse étant inquiétante et gênant d'ailleurs la recherche de l'artère à lier, on plaça une ligature sur les deux bouts de l'une de ces veines, tandis que pour l'autre on se contenta de comprimer son bout inférieur. On finit en plaçant deux ligatures sur l'artère, l'une au-dessus l'autre au-dessous de la piqûre, et ce ne fut qu'après que la seconde eut été serrée que l'hémorrhagie cessa. Un peu de fièvre suivit l'opération ; la ligature du bout inférieur de l'artère tomba le huitième jour, l'autre le neuvième. Pendant la nuit du onzième jour, il se fit par l'angle inférieur de la plaie une légère hémorrhagie, que ne put arrêter la compression de l'artère fémorale, mais qu'on réussit à faire cesser en déplaçant un caillot qui était dans la plaie, et en établissant ensuite sur le point d'où venait le sang une compression avec de la charpie qu'on laissa en place. On l'enleva trois jours après, et tout marcha favorablement. La plaie fut cicatrisée en moins de deux mois, et le blessé conserva son membre remplissant toutes ses fonctions.

En posant le précepte d'agir de la même façon dans tous les cas de plaie de la tibiale postérieure, M. Moncrieff Arnott a certainement été trop loin, et c'est ce que M. B. Cooper a très-bien fait ressortir dans la discussion que ce fait a soulevée au sein de la Société royale de médecine et de chirurgie. Lier les deux bouts du vaisseau divisé, a-t-il dit, est sans doute le meilleur parti à prendre, et tous les chirurgiens s'y conforment lorsque la chose est possible. Mais cela dépend de la période où en est arrivée la maladie quand le médecin est appelé. S'il s'agit d'une hémorrhagie secondaire, s'il existe une inflammation considérable avec déposition de lymphe et de caillots sanguins dans la partie, il serait peu convenable d'aller chercher l'artère au milieu de tissus modifiés à ce point par les produits de l'inflammation, et l'on devrait bien plutôt lier l'artère fémorale.

— Tout en approuvant ces remarques de M. B. Cooper, il en est une autre contre laquelle nous devons nous élever : « Ce n'est pas, dit-il, parce que le vaisseau est alors enflammé que je recommande de ne point appliquer sur lui une ligature dans le cas d'hémorragie secondaire ; au contraire, j'inclinerais à regarder cette circonstance comme heureuse pour le succès de l'opération, puisque c'est justement cet état inflammatoire que le chichirurgien cherche à produire dans le vaisseau par la ligature. Ma crainte serait seulement de voir les parties contiguës à l'artère, qui sont déjà enflammées, se gangrener; en outre, l'artère ayant probablement perdu les éléments de sa nutrition par suite des changements qu'a subis le tissu cellulaire qui l'entoure, elle serait par conséquent incapable de subir le degré d'inflammation requis pour l'occlusion du vaisseau. » Nous avons rapporté les propres termes dont s'est servi M. B. Cooper, afin de montrer quelles sont sur ce point les idées accréditées aujourd'hui en Angleterre. Ce n'est pas, on le sait bien, de la même manière que ce problème est compris chez nous; et tout le monde est d'accord, depuis les belles recherches de Dupuytren, que s'il est dangereux de placer une ligature sur une artère enflammée, c'est seulement parce que la phlegmasie a rendu ses tuniques plus *sécables*, et qu'elles seraient certainement, dans ce cas, divisées par le fil avant que le travail d'oblitération fût assez avancé pour mettre en garde contre le danger de l'hémorrhagie.

V. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi du piper angustifolium* (*matico*) *contre certaines affections hémorrhoïdales*; par M. O'Ferrall.

2° *De l'emploi de différents médicaments, et en particulier de l'iodure de potassium contre la suppression menstruelle;* par M. Aldridge. 3° *Anévrisme poplité guéri par la compression de l'artère fémorale;* par M. O'Ferrall. (Le développement de l'anévrisme ne datait que de trois semaines quand la compression fut appliquée.) 4° *Inflammation de l'articulation coxo-fémorale, guérie au moyen des antiphlogistiques et du mercure;* par le même. 5° *Sur l'urine;* par M. Aldridge. 6° *Du traitement des fractures chez les enfants; mortification résultant d'un bandage trop serré; manière la plus convenable d'appliquer l'appareil;* par M. O'Ferrall. (L'auteur recommande de toujours avoir soin de bien matelasser les attelles chez les enfants, et de pousser même, à l'aide d'une sonde, du coton cardé entre elles et les points du membre qui présentent des saillies osseuses.)

DE L'EMPLOI DU PIPER ANGUSTIFOLIUM (MATICO) CONTRE CERTAINES AFFECTIONS HÉMORRHOÏDALES; par M. O'FERRALL.

La maladie contre laquelle M. O'Ferrall a employé avec succès le matico appartient plutôt à la fissure de l'anus et à l'eczéma chronique de cette région qu'à l'affection hémorrhoïdale proprement dite. On en jugera du reste par la description même de l'auteur. « Cette maladie paraît être le simple résultat d'une inflammation chronique du tégument au pourtour de l'anus et de la muqueuse au-dessous de cet orifice. En examinant la partie, on trouve la marge de l'anus présentant une tuméfaction considérable de couleur rouge foncée, et divisée par des sillons en tumeurs ou prédominances séparées. Lorsqu'on cherche à les écarter (ce qui cause beaucoup de douleur si on le fait trop précipitamment), on met à découvert le fond des gerçures, et l'on reconnaît que là l'épithélium manque et que la surface est recouverte d'un suintement séro-purulent. Ces fissures sont quelquefois profondes et pénètrent jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux. Quant aux tumeurs, elles ne peuvent être vidées par la pression ; elles ont la couleur des hémorrhoïdes récentes, mais sont plus fermes qu'elles; elles le sont moins cependant que ces mêmes hémorrhoïdes à l'état chronique. Le tissu cellulaire de la région est œdémateux ; la muqueuse tuméfiée, vascularisée, saigne facilement. Les douleurs que cet état occasionne durant la défécation ressemblent beaucoup à celles de la fissure. On ne voit de traces de véritables varices ni à l'intérieur ni à l'extérieur de l'anus. »

M. le docteur Young (de Winslow) a recommandé contre cette maladie l'usage du matico sous forme de pommade. M. O'Ferrall préfère l'employer en lotions. Voici le mode d'administration qui lui a le mieux réussi. Faites bouillir 8 grammes de feuilles de matico dans 180 grammes d'eau. Mouillez avec cette décoction une mèche de charpie, et introduisez-la dans l'anus trois fois par jour. Une autre masse de charpie, en forme de compresse, imbibée du même liquide, est placée à l'extérieur et couverte d'un morceau de taffetas gommé; le tout est mainteuu par un bandage en T.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 MAI.

APPAREIL ÉLECTRIQUE DES RAIES.

M. CH. ROBIN adresse un travail intitulé : RECHERCHES SUR UN ORGANE PARTICULIER QUI SE TROUVE CHEZ LES POISSONS DU GENRE DES RAIES.

Les seuls poissons sur lesquels on ait jusqu'à présent décrit avec soin un appareil électrique sont la torpille, le silure et le gymnote. Cependant les raies possèdent un appareil électrique, qui n'a encore été mentionné par personne. La structure de cet organe est tellement analogue à celle de l'appareil des autres poissons électriques qu'on ne peut s'empêcher de le considérer comme doué des mêmes fonctions. Cet appareil électrique des raies est situé sur les côtés de la queue de ces poissons, qui est aussi longue que leur corps; il en occupe à peu près toute l'étendue, et les deux organes réunis forment au moins le tiers du volume de cet appendice. Leur longueur est de 30 à 40 centimètres, et ils ont à peu près la grosseur du doigt. Ce qui constitue essentiellement cet appareil, ce sont des disques empilés et adhérents par leurs plus larges faces; ils forment ainsi des séries dirigées dans le sens longitudinal de l'organe.

Chaque disque est formé d'une substance gélatiniforme, semblable à celle qui constitue les disques de l'appareil de la torpille, gymnote, etc. Cette substance est demi-transparente, élastique, sans structure spéciale au microscope, ce qui fait voir qu'elle est homogène, amorphe et seulement parsemée de granules moléculaires, isolées ou réunies en petites sphères régulières de $0^{mm},005$ de diamètre.

A ce tissu spécial et essentiel s'ajoutent des tissus accessoires: ce sont des vaisseaux, des nerfs et du tissu cellulaire.

Le tissu cellulaire forme les cloisons qui limitent et entourent de toutes parts les disques polygonaux de l'organe, cloisons dans lesquelles rampent les vaisseaux qui nourrissent les disques et les nerfs qui les animent au moment de leur action.

Les nerfs sont nombreux; ils ne partent pas de la moelle allongée par l'intermédiaire de la huitième et de la cinquième paires des nerfs crâniens, comme dans la torpille et le silure, mais de la moelle épinière se prolongeant dans la queue, comme chez le gymnote. Les tubes nerveux élémentaires ne se terminent pas en anses, mais se bifurquent plusieurs fois et se terminent en s'anastomosant en réseaux, comme dans la torpille. Comme dans la torpille aussi, ce réseau terminal fait partie de la cloison, reste mêlé aux fibres de son tissu et appliqué contre la face antérieure de chaque disque, sans jamais s'enfoncer dans sa substance. Ainsi dans la raie l'appareil tire ses nerfs d'une autre portion des centres nerveux que dans la torpille, mais le mode de terminaison de ces nerfs est le même.

Les artères viennent de l'artère caudale, les veines vont au tronc veineux correspondant. Après s'être ramifiés et anastomosés un grand nombre de fois dans l'épaisseur des cloisons qui séparent les disques, ces vaisseaux fournissent des capillaires à leur substance. C'est toujours par leur face postérieure, par celle qui ne reçoit pas ces nerfs, que s'enfoncent les vaisseaux. Tout rapproche cet organe des appareils électriques, tant son aspect général que les détails les plus minutieux de sa structure; tout, au contraire, le sépare des appareils glanduleux, car il en diffère complétement quant à la structure intime, et il n'a pas de conduit excréteur.

FISTULES BILIAIRES ARTIFICIELLES.

M. BLONDLOT (de Nancy) prie M. le président d'ouvrir un paquet cacheté qu'il a déposé le 26 avril dernier et d'en donner connaissance à l'Académie. Voici quel est le contenu de ce paquet.

M. Blondlot annonce qu'après de nombreuses tentatives demeurées sans succès, il est enfin parvenu à établir sur des chiens des fistules biliaires compatibles avec l'état de santé le plus parfait. Dans ce moment il a en sa possession un de ces animaux qui a été opéré depuis deux mois, et loin de dépérir, il acquiert tous les jours plus de force et d'embonpoint, bien qu'aucune parcelle de bile ne parvienne dans l'intestin, ce qui lui a été démontré non-seulement par la décoloration des excréments, mais aussi par l'analyse chimique de ces matières.

Le procédé que M. Blondlot emploie pour établir des fistules de ce genre se partage en deux temps. Dans le premier il ouvre l'abdomen à un chien, qu'il a eu la précaution de tenir à jeun depuis 24 heures au moins; il cherche la vésicule, et, après l'avoir attirée doucement au dehors avec des pinces, il lie son bas-fond dans l'étendue d'un à 2 centimètres avec un fil de soie; ce fil est à son tour attaché dans le chas d'une aiguille à séton, avec laquelle il perfore les parois abdominales sur le côté droit de l'appendice xyphoïde; c'est à travers cette petite plaie qu'il fait passer la partie de la vésicule comprise dans la ligature, et il la fixe au dehors au moyen d'une grosse épingle; cela fait, il détache le fil de soie et pratique à la vésicule une légère incision, par laquelle la bile s'écoule incontinent. La seconde partie de l'opération consiste à lier le canal cholédoque, comme cela se pratique habituellement. Il place deux ligatures, l'une près de l'intestin, et l'autre à la distance d'environ 2 centimètres, puis il coupe le conduit entre les deux. Il ne reste plus qu'à réunir la plaie par quelques points de suture.

EMPLOI DE LA MAGNÉSIE DANS LE TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. BUSSY adresse une note sur l'emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Le résultat de son travail est que :

1° Le charbon animal purifié proposé récemment pour combattre l'empoisonnement par l'acide arsénieux ne saurait être employé avec succès pour cet usage;

2° Que la magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsénieux en dissolution et former avec lui un composé insoluble, même dans l'eau bouillante;

3° Qu'à l'état gélatineux elle s'absorbe plus promptement encore;

4° Que les animaux auxquels on a administré de l'arsenic sont constamment sauvés lorsqu'on leur fait prendre des doses suffisantes de magnésie;

5° Que cet antidote présente sur ceux qui sont connus et employés l'avantage de se rencontrer toujours prêt chez tous les pharmaciens; qu'il neutralise facilement et complétement le poison; qu'il peut être administré sans inconvénient à forte dose, et que ses effets thérapeutiques généraux sont par eux-mêmes en rapport avec les indications que l'on doit chercher à remplir dans ce genre d'empoisonnement;

6° Que la magnésie décompose l'émétique, les sels de cuivre, le sublimé corrosif, et qu'il y a lieu de croire qu'on pourra l'employer avec succès pour combattre et atténuer les effets de ces substances toxiques et celui des sels métalliques en général;

7° Que les sels des alcalis organiques, morphine, strychnine, etc., étant également décomposés par la magnésie, l'emploi de cette substance dans les cas d'empoisonnement par les produits organiques, qui doivent leur action à la présence des alcalis végétaux, pourrait avoir pour résultat de retarder et de rendre plus difficile l'absorption du poison; c'est ce que l'auteur se réserve de vérifier par des expériences ultérieures.

— M. AUDOUARD (de Béziers) rappelle qu'il a adressé à l'Académie une note sur cette question : *Les agents toxiques, les sels solubles, arrivent-ils jusqu'au fœtus?* Le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND ayant, à l'occa-

sion d'une expertise chimique relative à l'empoisonnement d'une femme enceinte, attribué à MM. Mareska et Lados la découverte du fait de la pénétration de l'arsenic jusqu'à l'utérus, au placenta et au fœtus, M. Andouard croit devoir réclamer, pour lui et M. Grynfeltt, la priorité de cette découverte.

— M. Josat dépose un paquet cacheté renfermant la description d'un moyen propre à s'assurer de la réalité de la mort avant d'abandonner le malade à ses derniers moments.

— M. Morel Lavallée prie l'Académie de remettre au concours, pour 1847, son mémoire sur les fausses membranes développées dans la vessie sous l'influence des cantharides appliquées à la peau, et il y joint de nouveaux faits qui viennent à l'appui de ses observations.

— MM. Becquerel et Rodier adressent, pour le concours Montyon, de nouvelles recherches sur la composition du sang à l'état de santé et à l'état de maladie. (Nous publierons ce travail dans un de nos prochains numéros.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Martin, l'un de ses membres.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de neuf membres correspondants étrangers. Voici la liste des candidats arrêtée par la commission (1) :

MM. Archigènes, à Constantinople.
Bartlett, à Maryland.
Bertini, à Turin.
Bisshoff, à Giessen.
Blasius à Halle.
* Bouros, à Athènes.
Bright, à Londres.
Bussemaker, à Amsterdam.
Callisen, à Copenhague.
Castellaci, à Naples.
* Chossat, à Genève.
* Cigalla, à Santorin.
Cloquet, en Perse.
D'Ekstroëm, à Stockholm.
Despine, a Genève.
Doubowitzky, à Saint-Pétersbourg.
* Ehrenberg, à Berlin.
* Gaëtani-Bey, au Caire.
Gerhardt, à Philadelphie.
Giacomini, à Padoue.
Golgone, à Palerme.
Goupilleau, à Tampico.
Greenhil, à Oxford.
* Guislain, à Gand.
Henschell, à Breslau.
Hyrthi, à Vienne.

MM. Ismaël-Effendi, à Constantinople.
* Jacobi, à Bonn.
* James Clarck, à Londres.
Kilian, à Bonn.
Lebert, à Lavey.
Lessing, à Berlin.
* Lessona, médecin-vétérinaire, à Turin.
Martinez del Rio, à Mexico.
* Moulon, à Trieste.
* Namias, à Venise.
* Poli, à Milan.
Racord, à Smyrne.
Rilliet, à Genève.
* Rokitansky, à Vienne.
Rosenbaum, à Halle.
Roux, à Saint-Pétersbourg.
* Solari, à Lima.
Stokes, à Dublin.
Thornstenson, à Riekiawick (Islande).
* Valentin, à Zurich.
* Verheyen, médecin-vétérinaire, à Bruxelles.
Walsh, à Londres.
* Wieminckx, à Bruxelles.
* Wœlher, à Giessen.

Nous n'avons pu connaître le résultat du dépouillement du scrutin; nous le publierons dans le prochain compte rendu.

M. Lestiboudois, membre correspondant et membre de la chambre des députés est présent à la séance.

PESTE ; QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur la peste.

M. Dubois (d'Amiens), premier orateur inscrit, a la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, c'est sans doute encourir une défaveur que de venir reproduire ici des objections assez nombreuses contre un rapport aussi étendu et aussi important que celui de la commission dont j'ai l'honneur de faire partie ; mais, M. le rapporteur vous l'a déclaré lui-même à la fin de son travail, il y a eu une minorité dans le sein de la commission, et cette minorité n'a pas signé ce rapport sans réserve ; elle a stipulé qu'il lui serait permis de reproduire devant l'Académie les observations qu'elle avait en vain cherché à faire prévaloir dans la commission. C'était à la fois un devoir et un droit pour nous : un droit, puisqu'en entrant dans la commission nous n'avions pas entendu abdiquer notre liberté de penser et de reproduire ultérieurement nos opinions ; un devoir, puisqu'il s'agissait d'une question qui nous intéressait à la fois comme savants et comme citoyens.

Le plan que je me suis tracé, pour ma part, est bien simple. Je vais d'abord reproduire devant l'Académie les objections que j'avais faites à mes collègues de la commission ; j'exposerai ensuite avec sincérité les observations qu'une lecture plus attentive du rapport m'a ultérieurement suggérées.

(1) Les noms marqués d'un astérique ont été proposés pour les places d'associés.

Ces remarques ne porteront que sur l'ensemble de ce grand travail ; ce sera, à proprement parler, une discussion générale. Plus tard, et à mesure du vote des conclusions, j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques observations sur les faits particuliers.

Je me plais d'abord à reconnaître que le rapport lu par M. Prus est un travail consciencieux et considérable ; mais, par le fait même de son étendue et de sa complexité, il embrasse des questions qui pouvaient être passées sous silence, et souvent il s'écarte du but que nous devions nous proposer.

Nous avions, il est vrai, à nous occuper d'une grande et vaste question ; mais cette question était unique, bien limitée, bien circonscrite. Le rapporteur l'a formulée lui-même avec netteté ; la voici : « La peste est-elle transmissible en » dehors des foyers épidémiques ? Doit-on craindre que quelques cas importés en » France y puissent devenir la cause d'une épidémie pestilentielle ? »

C'était là, je le répète, toute la question : l'Académie, le gouvernement, les chambres, le pays enfin, ne nous demandaient pas autre chose ; toutes nos recherches devaient être dirigées sur ce point. J'en avais fait la proposition formelle lors de notre première réunion ; on n'a pas jugé à propos de l'adopter, et le rapporteur a été autorisé à faire ainsi, non plus un *rapport*, à proprement parler, mais une *monographie* sur la peste : monographie estimable assurément, qui a exigé bien du travail, bien des veilles de la part du rapporteur, qui témoigne de son zèle et de son talent, mais qui, avec ses trente conclusions scientifiques et un égal nombre au moins de conclusions pratiques, entraînera peut-être une discussion interminable.

Des trois grandes parties qui composent ce travail, *deux* auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème qui nous était proposé ; M. Adelon était du même avis, car il avait coutume de dire, dans nos discussions, que pour lui le rapport ne commençait véritablement qu'à la quinzième conclusion.

Un aperçu rapide sur l'ensemble du rapport fera juger de la valeur de cette objection.

D'accord avec son rapporteur, la majorité de la commission a posé en principes que toutes les conditions productrices de la peste peuvent être ramenées à trois chefs :

1° Conditions relatives à l'insalubrité des lieux et à la misère des habitants ;

2° Conditions relatives au génie épidémique ou à la constitution pestilentielle ;

3° Conditions relatives aux pestiférés eux-mêmes, ou à l'action des individus malades sur les individus sains.

Voilà, si je l'ai bien saisie, la pensée fondamentale de la commission : c'est ainsi qu'elle a voulu systématiser l'étiologie de la peste.

Mais on verra que de ces trois éléments producteurs de la peste, deux sont restés à peu près sans application dans le rapport : ce sont les deux premiers.

On n'en a tiré aucune induction pratique : ce qui prouve sans réplique qu'on aurait pu se dispenser de les traiter.

Toutefois, je me hâte de le dire, il est dans les premières parties du rapport des questions qui ont été judicieusement exposées, et qui trouveront désormais leur place dans toute histoire générale de la peste. D'autres m'ont paru susceptibles d'objections assez graves ; je reproduirai celles-ci en peu de mots, et en suivant l'ordre établi dans le rapport.

§ I. — Je ne reviendrai pas sur l'histoire des *pestes spontanées* ; j'aurais, d'ailleurs, peu de chose à dire sur cette excursion historique et politique. Les faits, je viens de le dire, y ont été non-seulement bien exposés, mais encore bien interprétés.

Je n'ai élevé et je n'élève encore aucune objection contre cette première conclusion générale, à savoir :

Que dans tous les pays où on a observé la peste *spontanée*, son développement a pu être *rationnellement* attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population ; conditions au nombre desquelles, ou plutôt en *tête* desquelles il faut placer une grande misère physique et morale, une alimentation malsaine et insuffisante, des habitations insalubres, etc., etc.

Et ici les exemples étaient faciles à trouver : la Basse-Égypte offre toutes les conditions ; il n'y a qu'une seule voix de la part de tous les voyageurs qui l'ont parcourue, ou plutôt il n'y a qu'un cri d'indignation et de pitié. Le rapporteur n'a donc pas été au delà de la vérité dans le tableau émouvant qu'il en a tracé.

Mais comment se fait-il qu'après avoir décrit les habitations ou plutôt les tanières du malheureux fellah, construites avec de la boue et consolidées avec des ossements d'animaux ;

Après nous avoir dépeint les haillons qui lui couvrent imparfaitement la ceinture et les épaules ;

Après nous avoir dit qu'il n'y a que l'Égyptien d'*exception* qui mange du pain de maïs ou de blé, qui se nourrit de bonne viande, tandis que le reste de la population ne peut toucher au blé qu'elle cultive, qu'il lui est défendu d'en user ;

Après nous avoir dit qu'à défaut de pain, le fellah est obligé de se nourrir de semences de coton, de noyaux de dattes pilés et réduits en galettes ;

Après nous avoir dit enfin que quand le maître lui donne de la viande, cette viande provient d'animaux malades ;

Comment se fait-il, dis-je, que la commission, par l'organe de son rapporteur, se soit empressée de se défendre de la pensée qu'on aurait pu lui supposer, de faire retomber l'odieux de tant de calamités sur le gouvernement égyptien ?

« Loin de nous la pensée, dit le rapporteur, d'insinuer que, si le gouverne- » ment égyptien n'a pas encore obtenu dans les États qu'il régit les résultats

» nécessaires à la sécurité de l'Europe, il faille accuser de cet insuccès l'homme » de génie qui gouverne l'Égypte. » (P. 679.)

Je sais avec quelle circonspection un corps comme l'Académie doit s'exprimer à l'égard d'un souverain en relations d'amitié avec la France; mais mieux aurait valu ne rien dire.

Pour ma part, je ne veux pas chercher à me défendre de cette insinuation; elle était dans ma pensée; il me semblait que, quand un pays est en proie à d'aussi horribles misères, c'est à son gouvernement qu'il faut s'en prendre.

La commission assure que cette accusation serait injuste, qu'elle *est heureuse de le dire!* qu'elle a la preuve du contraire, et cette preuve c'est que « Méhémet-» Ali a appris de M. Pariset, de Gaëtani-Bey, de Clot-Bey comment un souve-» rain de l'Égypte peut modifier, corriger le sol et l'air du pays qui lui est sou-» mis..... assurer à tous des aliments sains, des habitations salubres, etc. »

Étrange preuve, en vérité, qui, dans la bouche d'autres personnes, serait une amère dérision!

Que dirai-je maintenant de certaines correspondances dont on a fait grand bruit depuis quelque temps, et desquelles il résulterait que le gouvernement égyptien va enfin se mettre à l'œuvre? Le vice-roi, dit-on, arrivé au terme de sa longue carrière, et après avoir si longtemps écrasé son peuple par ses monopoles, songerait enfin à améliorer sa position.

J'ai lu le curieux entretien qu'il aurait eu à ce sujet avec Gaëtani-Bey, son premier médecin.

Suivant Méhémet-Ali, l'Europe a une *étrange opinion* sur l'Égypte (ce sont les mots qu'on lui prête); elle persiste, contre toutes raisons, à tenir l'Égypte en *suspicion*, à la regarder comme un foyer permanent de peste à cause de son insalubrité; de là une barrière élevée entre l'Europe et l'Égypte, au grand préjudice du commerce de Son Altesse.

Pour éclairer l'Europe, le vice-roi aurait d'abord eu l'idée d'enjoindre à son école d'Abou-Zabel de faire à ce sujet une déclaration collective, une sorte de manifeste.

Mais Gaëtani-Bey aurait fait entendre au vice-roi, avec tous les ménagements possibles, que la situation du peuple en Égypte *laissait encore quelque chose à désirer!* Sous le point de vue hygiénique, une démarche de ce genre pourrait ne pas être couronnée de succès. (Courrier de Marseille.)

On ajoute que le vice-roi, amené ainsi à reconnaître qu'on peut en effet conserver *quelques doutes* sur l'assainissement complet de l'Égypte, aurait arrêté que *trois villages modèles* seraient construits dans la Basse-Égypte, et que le général Clot-Bey serait chargé de la partie hygiénique des opérations.

Voilà le fait dont on a fait tant de bruit depuis quelque temps; il était à l'adresse de l'Europe.

Certes, personne plus que moi ne désire que ce soit là le commencement d'une ère nouvelle pour l'Égypte; mais, je l'avoue, je n'ai pas grande confiance dans le génie civilisateur des Turcs; c'est une race qui a toujours tenu trop peu de compte de la vie des hommes, et j'ai bien peur que ce ne soit là le commencement de nouvelles misères pour les pauvres fellahs. Je sais par expérience comment les choses se pratiquent dans les pays soumis au despotisme oriental; on réunira quelques milliers de fellahs, déjà on en fait le dénombrement, on les accablera de travaux, ils périront par centaines, et puis on fera dire dans toute l'Europe qu'il y a en Égypte des villages modèles supérieurs à tout ce qui existe dans les pays civilisés.

Mais en voici assez sur ce point.

Je me résumerai en disant que cette première partie du rapport, bien qu'un peu étrangère à la solution du problème de l'importation de la peste en France, ne peut plus être retranchée du rapport: ce serait le mutiler; je dirai plus: c'est la partie la moins contestable du rapport; j'ai donc adopté pleinement cette pensée de la commission: « que la civilisation avait chassé en d'autres temps la » peste des lieux qu'elle désole aujourd'hui, et que c'est la barbarie qui l'y a » ramenée. » Mais je suis d'avis qu'on laisse peser sur qui de droit tout l'odieux de cette barbarie.

§ II. — Je passe maintenant à la seconde partie du rapport. Cette seconde partie traite, nous le savons, de l'influence du génie épidémique ou de la constitution pestilentielle.

Mais qu'est-ce que ce fameux génie épidémique qui, à lui seul et en dehors de toute influence des localités et de l'action des malades, suffirait pour produire la peste? La commission répond qu'on peut le reconnaître à *cinq* caractères bien distincts, et qu'elle a tout simplement appliqué à la peste l'ancienne doctrine des épidémies; c'est, en effet, dans tous les vieux traités de pathologie que la commission a trouvé cette théorie générale. Reste à savoir si elle est vraie en elle-même. C'est là précisément ce que j'ai contesté dans le sein de la commission; il m'a paru qu'on s'éloignait tout à fait de la pratique pour se jeter dans une vaine théorie.

Le premier paragraphe seul de cette dissertation m'avait paru exact; le voici: *Une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre d'individus.* Voilà, je le répète, ce qui est incontestable; mais la commission prétend que ce n'est pas seulement par le *nombre* des malades ou par l'*intensité* du mal que se caractérise une épidémie: elle soutient que, dans tous les cas, il y a cinq caractères spéciaux. On va voir à quel point ces caractères sont insignifiants.

D'abord, et c'est là le premier caractère, les épidémies de peste ont généralement trois périodes: une période de début, une période de déclin et une période de terminaison.

J'oserais presque dire que ce premier caractère est une naïveté; en effet, une fois ceci reconnu que la peste, comme beaucoup d'autres maladies, peut de *temps à autre* attaquer un fort grand nombre d'individus, je voudrais bien qu'on me montrât une épidémie, ou même une simple recrudescence, sans période de début, de déclin et de terminaison! et je demande comment on peut trouver en cela un prétendu caractère spécial du génie épidémique.

Deuxième caractère. — Pendant le règne d'une épidémie, dit la commission, les autres maladies sont moins nombreuses, et reçoivent l'empreinte de l'affection dominante.

Ceci est une erreur: avant l'invasion du choléra en France, on croyait à cette doctrine; on allait jusqu'à dire qu'en temps d'épidémie le chiffre de la mortalité n'est pas de beaucoup augmenté, qu'on meurt de l'épidémie au lieu de mourir des autres maladies; mais, une fois le choléra à Paris, on a vu que les autres maladies n'étaient pas moins nombreuses, et qu'elles suivaient leur cours sans être modifiées en rien par l'épidémie.

Quant à la mortalité, elle a été comme de coutume, en 1832, d'environ 22,000, et, en y joignant les 18,000 du choléra, on a eu pour l'année un contingent de 40,000 décès!

Troisième caractère. — Quand sévit une maladie épidémique, dit la commission, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

Je dirai d'abord que ceci a été positivement nié quant à la peste. Au rapport de Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans qu'on ait eu à observer cette influence générale; qui ne sait ensuite que, dans ces grandes calamités, peu d'individus ont assez de fermeté pour demeurer impassibles; que la plupart vivent dans des terreurs continuelles, passent leurs jours à analyser leurs sensations, à scruter leurs organes?

Quatrième caractère. — Les maladies épidémiques reviennent et cessent souvent dans la même saison et ont en général la même durée.

Il y a ici une véritable méprise; ce sont les maladies *endémiques* qui ont ce caractère, et non les maladies *épidémiques*.

Essentiellement soumises aux influences des localités, les endémies ont en effet cette espèce de périodicité; on peut communément en prévoir le retour et en assigner la durée. Pour les épidémies, rien de semblable. On prétend, dans le rapport, que les épidémies de peste se montrent en Égypte une fois environ dans l'espace de huit à dix ans, mais on convient que l'intervalle qui les sépare est très-variable.

Cinquième et dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'*avant-coureurs.*

Ce sont des avant-coureurs bien infidèles; d'abord ils peuvent manquer, et ensuite quels sont-ils? Des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées. Mais quelle est la population qui n'est pas toujours travaillée par des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées? Faudrait-il en conclure qu'elle est par cela sous la menace perpétuelle d'épidémie?

Ce caractère n'a pas donc plus de fondement que les autres; c'est une théorie qu'on ne saurait admettre. J'ai dit que, du reste, la commission n'en avait fait aucune application; qu'elle l'a laissée dans le rapport à l'état de théorie; cependant, comme elle a mentionné dans la dernière partie du rapport un sixième caractère particulier aux épidémies de peste, à savoir, que dans ces conditions la peste serait *communiquable*, tandis quelle ne le serait pas à l'état sporadique; en ce sens, il y avait lieu à faire une application de la théorie que nous venons d'examiner.

Si on se reporte aux conclusions pratiques, on verra en effet que la commission propose de placer auprès des consuls, dans le Levant, des médecins dits *sanitaires*, chargés de déclarer, dans des certificats annexés aux patentes, si la peste est ou n'est pas épidémique, et partant si la patente doit être brute ou nette.

Je ne veux pas examiner pour le moment si ce sixième caractère est vrai; ce que je veux faire remarquer, c'est que, même dans ces circonstances, la théorie en question ne serait d'aucune utilité; le médecin sanitaire ne pourrait en faire aucune application.

En effet, vous voulez que pour s'assurer de l'épidémicité du mal, il se mette à rechercher si les cinq caractères existent. Il faudra donc qu'il se mette d'abord à rechercher s'il y a eu des avant-coureurs, c'est-à-dire des maladies plus ou moins graves et plus ou moins généralisées. Mais comment n'en trouverait-il pas? puis si les autres maladies portent l'empreinte du génie épidémique, etc. Je puis assurer d'avance que si jamais des médecins sanitaires se trouvent attachés aux consulats, ils s'en rapporteront tout simplement à la notoriété publique; ils se borneront à s'enquérir si la peste attaque ou n'attaque pas dans un temps donné un *grand* nombre d'individus; et si cette dernière circonstance a lieu, ils certifieront qu'il y a épidémie. Cette théorie aura donc le sort de toute théorie fausse en principe: elle ne sera d'aucune utilité dans la pratique.

J'arrive maintenant à la troisième et dernière partie; c'est assurément la plus importante; je dirai même que le rapport tout entier est dans cette troisième partie, puisqu'elle est consacrée à la solution du problème qui préoccupe aujourd'hui tous les esprits.

§ III. — Influence exercée par les pestiférés eux-mêmes. — Ce que je reprocherai d'abord ici à la commission, c'est de n'avoir pas eu la franchise de son opinion; il s'agissait, pour elle, de se prononcer sur le fond de la question; question, du reste, que son rapporteur avait parfaitement posée quand il a demandé *si la peste est transmissible en dehors des foyers épidémiques;* et pour qu'on ne s'y méprît pas, il ajoutait: « C'est là, messieurs, la plus capitale des questions » que l'Académie doit résoudre; la solution est-elle affirmative, c'est le maintien » du système sanitaire; est-elle négative, c'est la condamnation des lazarets et » des quarantaines. » (P. 773.)

Je n'ai pas altéré un seul mot; voilà textuellement la question posée par la commission.

Comment a-t-elle répondu à cette question? chacun le sait : par l'affirmative, et par l'affirmative la plus nette, la plus absolue, la plus explicite, et qui n'admet pas le plus petit doute, qui donne le fait comme *incontestablement* reconnu.

Donc, et la conséquence est rigoureuse, c'est la commission elle-même qui l'a tirée, elle veut le maintien du système sanitaire : elle ne condamne nullement les lazarets et les quarantaines. Mais maintenant, ce qu'il y a de plus singulier, c'est que la commission a la prétention de ne pas être *contagioniste!* Elle voulait positivement le déclarer dans le rapport, en vertu d'une certaine définition de la contagion; définition en usage, non pas dans la science, mais dans l'école d'Abou-Zabel.

Établissons d'abord les faits. La commission a formulé ainsi sa réponse; c'est la seizième conclusion :

« Il est incontestable que la peste est transmissible en dehors des foyers » épidémiques, soit à bord des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe. » (P. 841.)

On le voit il n'y a pas de place ici pour le plus petit doute. Dans les autres conclusions, on admet certaines restrictions; on dit que le fait n'est pas entièrement prouvé; qu'il n'a pas été positivement constaté, etc., etc. Ici le fait est donné comme incontestable; et cependant, je le répète, la commission voulait déclarer qu'elle n'était pas contagioniste, et elle l'avait déjà fait à l'aide d'un subterfuge.

On sait comment la contagion a été entendue dans la science depuis trois siècles, c'est-à-dire depuis Fracastor. On sait qu'il y a plusieurs *modes* de contagion; que tantôt il faut une *inoculation;* il faut que les téguments soient entamés (*dilaceratur cutis*); que tantôt il suffit d'un simple *contact* (*solo contactu afficiuntur*); que d'autres fois la maladie se communique à distance (*contagionem transferunt ad distans*); que tantôt enfin il suffit de faire usage de hardes et de vêtements (*quæ apta sunt conservare seminaria prima contagionis*). (Fracastorii, De contag., lib. I, 220 et 221, Lugd. 1550.)

Voilà comment la contagion a toujours été comprise dans les écoles d'Europe, et tout a été organisé dans les lazarets pour prévenir ces différents modes de contagion. C'est pour cela qu'on ne se borne pas à empêcher le contact avec les malades, mais qu'à l'aide de grilles de fer on les éloigne à 12 ou 15 mètres; qu'on brûle ou qu'on purifie leurs effets, etc., etc.

Mais la commission, dans les premières épreuves du rapport, avait jugé à propos de restreindre la signification du mot contagion à un seul mode de transmission, celui qui se ferait par le contact et à l'air libre ou dans un lieu bien ventilé. Et, partant de là, elle voulait hautement se déclarer *non-contagioniste.* Mais M. Bégin, avec son bon sens ordinaire, a fait remarquer à la commission que ceci paraîtrait une énormité, de dire qu'on n'est pas contagioniste quand on assure qu'il suffit de s'approcher d'un malade pour contracter sa maladie, quand on assure que cette maladie peut être *importée* dans un de nos ports, loin de tout foyer épidémique, et communiquée par un seul individu malade à toute une population saine.

Or, pour sortir de cette difficulté, qu'a proposé M. Bégin? De ne pas dire un mot de la contagion, de ne plus en parler du tout dans le rapport; ce qui serait un fait jusque-là inouï, que dans un rapport sur la peste on n'ait pas même prononcé le mot de contagion.

Mais maintenant, voici ce qui est arrivé, et ceci servirait à démontrer au besoin la puissance d'un mot, non pas mis en sa place, mais ôté de sa place.

C'est que beaucoup de gens, d'ailleurs bien intentionnés, s'y sont laissés prendre; ils ont cru véritablement que la commission, ne parlant pas de la contagion, était nécessairement contre la contagion, et que, partant, elle allait demander au gouvernement la suppression des lazarets et des quarantaines. Je ne sais si l'on n'a pas même fait courir le bruit que l'administration sanitaire, effrayée de cette hardiesse de la commission, avait semé la division dans son sein. Si cela est, il faut convenir que déception n'a jamais été plus complète; c'était au contraire la commission qui était effrayée du radicalisme du gouvernement; aussi propose-t-elle de maintenir en suspicion les personnes et les choses qui viennent de Tunis et du Maroc, bien que le ministre ait aboli la quarantaine pour les provenances de ces deux contrées.

Mais en voici assez sur ce point; je vais rechercher maintenant pourquoi la commission, dans son rapport, s'est montrée plus contagioniste que le gouvernement ne paraît disposé à l'être, et plus contagioniste que les médecins égyptiens.

Ceux-ci, en effet, soutiennent que si la peste est contagieuse, c'est seulement dans les foyers épidémiques; ils professent que la peste ne peut être *importée*, c'est-à-dire qu'une fois hors des foyers épidémiques, cette affection ne peut se transmettre d'un individu malade à un individu sain; ils assurent que tous les pestiférés transportés dans des lieux non soumis à la constitution pestilentielle meurent ou guérissent sans transmettre leur maladie à personne. Mais la commission n'a pas admis cette opinion; elle dit que le foyer épidémique n'est pas tellement inhérent aux lieux, qu'il ne puisse en être déplacé et transporté au loin; elle dit que s'il y a des foyers immobiles, il y a des foyers *mobiles :* c'est l'expression de son rapporteur. « Il suffit, dit-il, qu'un pestiféré séjourne ou ait » séjourné quelque temps dans un navire, pour qu'on voie bientôt la terrible » maladie se reproduire dans une longue série d'individus. » (Rapp., p. 803.)

De sorte que, d'après cette doctrine, un individu peut emporter en quelque sorte à la semelle de ses souliers toute une constitution pestilentielle! Ce n'est pas tout, ajoute le rapporteur : « le pestiféré déposé dans un lazaret européen, y de» vient la cause qui développera chez d'autres individus l'affection dont il est at» teint. » Il y a plus encore, le pestiféré n'est pas toujours nécessaire; la chambre d'un navire ou d'un lazaret, une fois imprégnée des miasmes qui se sont échappés de son corps, renferme le poison pestilentiel et suffit pour communiquer la maladie; telles sont, je le répète, les doctrines de la commission, qui se défend néanmoins de croire à la contagion de la peste. (*Loc. cit.*)

Suivant elle, ces doctrines sont incontestables : « Elles sont la traduction lo» gique, dit le rapporteur, d'observations authentiques et qu'on ne saurait » nier. » (Page 803.)

Je prie l'Académie de bien remarquer ces mots, car l'examen auquel je vais maintenant me livrer aura précisément pour but de rechercher si ces observations sont en effet authentiques, et s'il n'est pas permis de les nier.

Au dire de la commission, ces observations seraient au nombre de dix et les cas au nombre de trente-trois; nous disons, nous, qu'elles sont au nombre de *quatre*, et voici pourquoi : Que s'agit-il de prouver? la contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, ou, comme le dit la commission, la transmissibilité de la maladie loin des lieux où elle a pu être contractée. Or, comme il est prouvé que la peste ne se déclare pas immédiatement, qu'il faut un temps d'*incubation* plus ou moins long, il est évident qu'il faut mettre de côté tous les cas dans lesquels la maladie a pu être primitivement contractée au foyer même de l'épidémie, et cela quel qu'ait été le temps de l'incubation; donc, toutes les fois qu'il s'agira de cas de peste attaquant exclusivement l'équipage d'un navire venant de lieux où règne la maladie, ces cas ne pourront être acceptés comme propres à prouver la transmissibilité en dehors de tout foyer épidémique.

Nous ne pourrons accepter comme probants que les cas dans lesquels la peste se serait déclarée chez des individus étrangers aux équipages; alors seulement, et si ces faits sont authentiques, la transmissibilité pourra être prouvée, puisque ces malades n'en auront pas été puiser le germe aux foyers épidémiques. Telles sont les raisons qui nous obligent à élaguer six observations des dix que nous présente la commission.

Le rapporteur, je le sais, n'a pas cru devoir faire cette distinction; toutes les fois que la maladie mettait plus de huit jours à se déclarer, ce n'était plus pour lui de l'incubation, c'était de la transmissibilité; toutefois, il a fini par reconnaître qu'il y avait lieu au moins à une double interprétation.

Mais voyons chacun de ces faits en particulier.

Le premier relaté dans le rapport est celui du capitaine Contel, commandant la pingue *l'Étoile du Nord*, parti d'Alger le 9 juin 1741 et arrivé à Marseille le 19 du même mois. Ce cas est donné comme un exemple authentique de transmissibilité de la peste dans le lazaret même de Marseille, la maladie ayant attaqué un chirurgien et un garde de santé renfermés dans l'enclos des contaminés.

Je ne dirai pas que ce premier exemple est mal choisi, la commission n'en ayant que quatre devait tout accepter. Mais on va voir quel singulier dilemme s'est posé le rapporteur : « Le défaut de détails, dit-il, nous met dans la néces» cité, ou de regarder ces faits comme peu dignes de confiance, ou de les ac» cepter sans discussion. » (P. 776.)

Maintenant quel parti va prendre le rapporteur? Rejettera-t-il ces faits? les acceptera-il les yeux fermés? Il les acceptera : « Nous prenons ce dernier parti, » dit-il, qui nous paraît le *mieux fondé en raison!* » (*Loc. cit.*) Comment, le parti qui consiste à accepter des faits privés de détails suffisants, de détails propres à en assurer l'authenticité, est un parti mieux fondé en raison que celui qui consiste à les rejeter comme peu dignes de confiance! Voilà assurément ce que personne ne comprendra. Je ne veux pas insister, mais il est évident que cette première observation est de nulle valeur; je passe à la seconde.

Celle-ci est la troisième de la série; elle est relative au capitaine Millich, commandant le brick *l'Assomption*, parti d'Alexandrie le 18 mars 1784, et arrivé à Marseille le 30 avril de la même année.

Le 23 mai, on constate la maladie d'un garde surnuméraire qui avait été employé auprès des passagers du capitaine Millich. Ce garde meurt le 26 mai. Le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent qu'il a succombé à une *fièvre maligne.* (P. 780.)

Le 30 mai, un autre garde, également employé auprès des passagers, meurt après quelques jours de maladie; le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent que « dans les symptômes par eux observés pendant la vie, et dans les dé» rangements qu'ils ont appréciés après la mort, ils ne reconnaissent *aucun* » signe de la maladie contagieuse. » (P. 781.)

Nous avons vu tout à l'heure la commission admettre un fait sans discussion, un fait privé de détails suffisants; ici elle trouve le médecin et le chirurgien du lazaret trop scrupuleux; elle demande si on n'est pas en droit de leur adresser un reproche, celui d'avoir dissimulé la vérité, ou celui de n'avoir pas vu la peste là où elle était. (P. 781.) De sorte que la commission est ici plus contagioniste que les médecins de Marseille en 1784.

Mais poursuivons :

Le 10 juin, un autre garde surnuméraire tombe malade; il meurt au bout de quelques jours; l'autopsie n'est pas faite. Le médecin et le chirurgien du lazaret trouvent que cette maladie n'a pas été caractérisée d'une manière bien claire pour eux; toutefois, ils ajoutent qu'ils ont les plus forts *soupçons* de la maladie contagieuse.

Que dit votre commission? Ce malade s'appelait Aymès. « Nous pensons, dit le » rapporteur, que Sylvestre Aymès a succombé à une peste contractée dans » l'enclos. » (P. 782.)

Ainsi la commission, qui a la prétention de ne pas être contagioniste à l'endroit de la peste, trouve trop timorés ou trop scrupuleux les témoins oculaires, et après plus d'un demi-siècle, n'ayant par devers elle que des faits incomplets, incertains, elle voit la maladie contagieuse là où ceux-ci ne l'ont pas vue, là où ils ne l'ont que soupçonnée.

Poursuivons :

Le 13 juin, un chirurgien quarantainaire qui avait soigné les malades dont nous venons de parler, tombe malade lui-même. Il se plaint d'une grande diminution de forces, de manque d'appétit. Il est d'une grande pâleur; il porte à l'aine droite une glande assez engorgée. Le 14, il est mieux, mais son bubon l'inquiète (ici je copie textuellement : on va voir comment se comporte ce singulier bubon). Le 15 juin, M. Blanc croit avoir moins de fièvre. Le 16, il vient à la grille; on reconnaît que son bubon est plus saillant, plus rouge, plus douloureux. Le 17, il pratique lui-même deux incisions. Le 18, il vient de nouveau à la grille; son bubon est moins douloureux; il fournit du pus. M. Blanc se trouve beaucoup mieux; il a bon appétit. (Page 783.)

Suivent une série de certificats jusqu'à la cicatrisation du bubon et l'entière guérison du malade.

Ce fait est admis, comme les autres, par la commission, c'est-à-dire sans discussion. On ne se demande pas si le chirurgien Blanc, qui s'inquiète d'un bubon situé à l'aine droite, qui n'éprouve qu'un peu de malaise général, peu ou point de fièvre, bon appétit, etc., ne serait pas tout simplement atteint d'un bubon vénérien. Ce fait est admis comme un cas de contagion incontestable.

Mais ce n'est pas tout : presque en même temps que le chirurgien Blanc, un autre garde de santé, le nommé Isnard, était tombé malade; il portait à l'aine droite une glande engorgée de la grosseur d'un œuf de poule. Il succombe après six jours de maladie; l'autopsie n'a pas été faite. (Page 783.)

Ici la commission conçoit qu'on pouvait, après tout, conserver quelques doutes sur l'existence de la peste chez les malades dont nous venons de nous occuper; mais elle ajoute que si ces doutes existaient, ils seraient complétement levés par une déposition que le capitaine Millich a faite ultérieurement. Nous avons lu cette déclaration; elle n'a nullement trait aux malades dont nous venons de parler, le capitaine se borne à raconter que plusieurs jours de suite il y eut des troubles extraordinaires parmi ses passagers barbaresques, que de temps à autre on jetait des cadavres à la mer, et qu'il perdit ensuite plusieurs hommes de son équipage.

Telle est en substance la seconde observation citée par la commission; je passe à la troisième.

Le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français *la Providence*, parti de Bone le 14 mai 1786, arrive à Marseille le 23 du même mois. Il entre en quarantaine et perd plusieurs hommes de son équipage. M. Paul, chirurgien quarantainaire, qui les avait soignés, s'avance à la grille et déclare qu'il se sent lui-même malade; il s'est aperçu, dit-il, qu'il porte à l'aine gauche une glande engorgée; le bubon grossit les jours suivants; M. Paul, après beaucoup d'hésitation, en fait lui-même l'ouverture; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit; M. Paul est complétement guéri le 7 septembre suivant (790).

M. Paul est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine Bernardy; ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans le lazaret; mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a reçu les soins directs d'*aucun* de ses confrères, qu'il n'a été vu, et encore quand il venait à la grille, qu'à une distance de douze mètres environ, et sans doute à l'aide d'une lunette d'approche; que penser alors de l'authenticité de ce fait? Le rapporteur déplore la barbarie de ces procédés, il s'en indigne, et avec raison; mais à côté de la question d'humanité, il y a la question de science, et c'est à ce double titre qu'il fallait s'élever contre cette manière de procéder; il en résulte en effet que les malades, dans ces circonstances, n'ont été ni traités ni *observés;* donc il n'aurait pas fallu donner ces faits comme incontestables.

J'arrive à la quatrième et dernière observation. Elle est beaucoup plus récente; c'est la huitième de la série.

Le capitaine Anderson, commandant le navire *la Continuation*, parti de Sousse le 15 avril 1819, relâche à Tunis, et arrive à Marseille le 1er mai de la même année.

Le 13 mai, Michel Fabre, garde de santé employé sur le navire, tombe malade; il est bientôt trop faible pour venir à la grille; mais il reçoit les soins d'un chirurgien quarantainaire. Le rapport qui rend compte de la maladie ne signale guère, sauf les bubons, dont la découverte a été faite lors de l'inspection du cadavre, que des symptômes typhoïdes : hémorrhagies nasales répétées, céphalalgie, diarrhée, faiblesse extrême, délire, etc. La commission se félicite d'avoir enfin trouvé un fait un peu plus détaillé que les autres; mais elle regrette que nos confrères de Marseille n'aient pas cru devoir se rendre chaque jour dans la chambre du malade pour observer *par eux-mêmes* les symptômes et saisir en temps opportun les indications à remplir. (P. 797.)

Telles sont les observations invoquées dans le rapport de la commission : c'est à ces documents que se réduisent les faits de contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques; on peut en apprécier maintenant la valeur; la commission les a trouvés de la plus haute importance. « Nous ne craignons pas, dit-elle » en terminant, que vous nous reprochiez de nous être trop appesantis sur ces » faits, qui n'ont jamais été publiés avec les détails nécessaires pour les faire » apprécier. » (P. 802.)

La commission doit se rassurer; ce n'est pas là le reproche qu'on sera tenté de lui adresser; elle ne s'est pas trop appesantie; on lui reprochera plutôt d'avoir été trop sobre de réflexions, d'avoir manqué de sévérité, d'avoir cru donner des détails là où elle n'en donnait pas, d'avoir donné enfin à ces faits une valeur qu'ils n'ont pas.

Suivant la commission, ces faits résolvent affirmativement la question de transmissibilité de la peste dans les lazarets d'Europe : « Comment en douter, dit le » rapporteur, quand on a étudié ces faits sans prévention? » (P. 802.)

Je répondrai à cela que c'est précisément parce que j'ai étudié, pour ma part, ces faits sans prévention aucune, que j'ai fini par être ramené au doute le plus complet sur ce point. Une étude peu attentive m'avait d'abord conduit à partager l'opinion de la commission; je ne m'en suis pas caché, je n'ai jamais fait mystère à mes collègues des variations par lesquelles a passé mon esprit; j'ai donc été d'abord fortement ébranlé; mais plus j'ai étudié les faits de Marseille, plus j'en ai senti l'insuffisance, et j'ai été ramené, je le répète, au doute le plus complet sur cette grande question de la contagion de la peste dans les lazarets d'Europe.

Il faudrait donc en appeler à de nouveaux faits; mais ces faits, où les trouver? à qui les demander? Je parle de faits, non pas négatifs, mais positifs; et, pour le dire ici en passant, n'est-ce pas chose bien remarquable qu'une commission comme la nôtre; formée de onze membres, qui tous ont demandé par excès de zèle à en faire partie, après plus d'une année de recherches, après avoir fait comparaître en quelque sorte devant elle les défenseurs de toutes les opinions, après avoir pris connaissance de tous les ouvrages publiés sur la matière, après s'être fait ouvrir les cartons des ministères et des intendances sanitaires, après avoir remonté au delà d'un siècle dans ces vieilles archives, n'est-ce pas chose bien remarquable, dis-je, qu'elle n'ait trouvé en fin de compte que *quatre* observations en faveur de l'opinion qui veut que la peste soit contagieuse en dehors des foyers épidémiques, c'est-à-dire dans les lazarets d'Europe!! Quatre observations seulement, dont l'une manque absolument de détails, et qu'on propose d'adopter de confiance, sans discussion; et dont les autres portent sur des sujets ayant eu des symptômes équivoques, ou qui ont été vus à distance, à travers des lunettes d'approche, ou plutôt à travers le prisme de la terreur.

Il faut en effet s'être transporté sur les lieux pour savoir avec quelles préventions et sous l'empire de quelles idées, on accueille, à Marseille, tout ce qui, de loin ou de près, se rattache aux maladies réputées contagieuses.

Dès le début de nos travaux, j'avais pensé que, puisque nous ne pouvions observer la peste par nous-mêmes, nous devions au moins aller chercher un complément d'instructions dans cette cité tournée vers l'Orient, et qui, grâce à la vapeur, n'en est plus distante que de quelques jours.

Notre honorable secrétaire, et M. Mélier, avaient eu sans doute la même idée; car, à peu de jours de distance, nous nous trouvâmes tous les trois à Marseille. L'art médical a, comme l'art militaire, ses champs de bataille; et pour bien connaître les grandes scènes qui s'y sont passées, il faut visiter le terrain, il faut aller voir sur les lieux comment le fléau s'y est comporté et quels souvenirs il a laissés dans les populations.

Parti de Paris le 18 août dernier, le 24 j'étais à Marseille; je n'avais aucune espèce de mission; j'étais un simple voyageur, curieux de voir, et voilà tout. Je voulais à la fois interroger les lieux et les hommes; mais jamais je n'ai aussi bien reconnu à quel point il est difficile de trouver la vérité. A l'exception de quelques hommes véritablement instruits, et que j'ai rencontrés surtout parmi les médecins, je n'ai trouvé que des esprits prévenus, je dirais presque exaspérés. Marseille m'a paru une ville couverte de la rouille de tous les préjugés en ce qui concerne les maladies réputées contagieuses, et il faut prendre garde d'y dire trop haut ce qu'on pense à ce sujet. A Marseille, le peuple, d'ailleurs si impressionnable, est élevé dans la crainte de Dieu, de la peste et de la fièvre jaune. En vain le gouvernement central avait modifié le régime sanitaire, l'intendance n'exécutait pas les ordonnances; elle les considérait comme non avenues. Quelques médecins en gémissaient, mais ils n'osaient rien dire : Si nous émettions notre opinion à ce sujet, disaient-ils, et que plus tard une maladie quelconque vînt à régner épidémiquement dans la ville, le peuple s'en prendrait tout d'abord à nous et nous mettrait en pièces.

La croyance à la contagion est donc générale dans l'ancienne ville des Phocéens; c'est presque une passion, et elle y est encore attisée par l'esprit de parti. La GAZETTE DU MIDI s'attache à entretenir ces terreurs par le récit des histoires les plus lamentables.

On conçoit que dans un tel état des esprits, il y avait peu de renseignements à obtenir; la science n'a rien à faire là où s'agitent les passions populaires et les intrigues de la politique. Je dus en conséquence me reporter vers l'étude des conditions locales; les souvenirs de la peste de 1820 sont encore vivants dans cette ville. A l'aspect de son port et des quartiers du vieux Marseille, on conçoit avec quelle fureur a dû sévir le fléau. La nouvelle ville elle-même, quoique spacieuse, propre et bien aérée, n'en reste pas moins groupée autour d'un port dont l'infection est proverbiale. Sept à huit cents bâtiments de commerce, sans compter les bateaux à vapeur, étaient rangés le long des quais, plongés dans une eau noire et fétide.

J'avais pris une barque pour aller visiter, en compagnie d'un jeune médecin du pays très-distingué (1), les îles de Pomègue, de Ratonneau et du Château-d'If. On sait quelle est la pureté et l'excessive transparence des eaux de la Méditerranée; mais une fois entré dans le port, il faut littéralement se boucher le nez à chaque coup de rame, tant sont infectes les exhalaisons qui s'en échappent; et c'est dans ce cloaque immonde que vivent les équipages d'un millier de bâtiments.

A l'aspect de ce port et des rues qui l'avoisinent, je me représentais les épouvantables épisodes de la peste qui, à pareil jour, le 25 d'août, il y avait 125 ans, y déployait toutes ses fureurs. Ce port était une sentine dans laquelle on jetait à la fois et des cadavres de pestiférés et les chiens qui les dévoraient; ce devait être alors une ville de la Basse-Égypte et comme en Orient, vers la fin de l'épidémie, pour toutes mesures hygiéniques, on se bornait à blanchir à la chaux les

(1) M. le docteur Jeanselme.

Qu'il me soit permis de remercier ici publiquement M. le docteur Cauvière de l'accueil bienveillant et cordial qu'il a bien voulu me faire.

chambres qu'avaient occupées les pestiférés. Quand au port, on ne songea pas même à le désinfecter, et depuis lors les choses sont restées à peu près dans le même état. On ne comprend pas cette incurie dans une ville aussi riche et aussi active. Marseille débourse en ce moment 20 millions pour se faire apporter les eaux de la Durance; des travaux gigantesques ont été entrepris; le seul aqueduc de Roquefavour coûte 3 millions, et on n'a encore rien fait pour assainir le port! Marseille veut à tout prix boire de l'eau pure, et ne s'inquiète nullement de respirer un air insalubre.

Quelques-unes de ces remarques ont été faites dans le rapport de la commission; mais on n'en a pas tiré de conclusions pratiques à l'égard de Marseille, tant on était préoccupé des idées de contagion et d'importation.

J'y reviendrai tout à l'heure; pour le moment j'insiste sur ce fait que l'opinion contagioniste, à Marseille, ne repose sur aucun fait authentique : on vous cite des anecdotes, et voilà tout. On parle de milliers de faits, et quand on demande des preuves scientifiques, on ne donne que des témoignages suspects. Ceci explique pourquoi la commission, qui voulait mettre un peu de sévérité dans ses recherches, n'a pu tenir compte que des documents fournis par l'intendance. Ces faits nous sont connus, je n'y reviendrai pas; je vais maintenant, et pour terminer, examiner rapidement en quoi consistent les conclusions pratiques du rapport soumis à l'Académie. Je le ferai en peu de mots.

Nous avons vu que la partie scientifique ou médicale du rapport, avec ses trente conclusions, est divisée en trois sections :

La première comprenant tout ce qui peut résulter de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants;

La seconde comprenant tout ce qui peut résulter de la constitution pestilentielle ou du génie épidémique.

La troisième tout ce qui peut résulter de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes;

Mais la commission n'a pas voulu seulement poser des principes, établir des faits purement scientifiques; elle a joint à son rapport un supplément pratique, une série de déductions. Elle a voulu elle-même, comme elle l'a dit, interpréter les faits. D'autres auraient pu aller trop loin ou rester en deçà; elle s'est chargée elle-même de ce soin.

Mais, je l'ai dit en commençant, la commission a laissé sans interprétation les deux premières parties de son rapport : après avoir exposé longuement tout ce qui a trait à l'insalubrité des lieux, principalement dans les contrées brûlantes qui avoisinent la Méditerranée, elle n'en a fait aucune application, pas même en ce qui concerne le seul port français en relation avec ces mêmes contrées; elle n'a pas jugé à propos de demander avant tout l'assainissement du bassin de Marseille.

Après avoir fait l'histoire des constitutions pestilentielles, elle n'en a également rien inféré pour la pratique.

La commission n'a tiré de déductions pratiques que de la troisième partie du rapport, et cette interprétation a été un nouveau règlement à l'usage des lazarets.

J'ai souvent entendu prononcer le nom de M. Chervin dans nos discussions de la commission. M. Bégin avait fini par dire que la peste ressemblait furieusement à la fièvre jaune: et quand on lui citait les faits de Marseille, il répondait : allez à Cadix, on vous en citera bien d'autres et de la même force pour la fièvre jaune.

Notre honorable rapporteur, qui croyait, dans son étiologie de la peste, avoir substitué la doctrine de l'infection à celle de la contagion, a souvent invoqué le nom de M. Chervin; c'était, en effet, une grande autorité; mais si ce regrettable collègue était encore parmi nous, je voudrais bien savoir ce qu'il penserait en voyant ses doctrines aboutir, entre les mains de la commission, à la promulgation d'un nouveau code à l'usage des lazarets.

C'est là en effet, et à cela seulement qu'aboutit, en fin de compte, le travail de la commission.

Ce n'était point là cependant ce que devait se proposer la commission; le gouvernement ne nous avait pas demandé un nouveau règlement pour les lazarets; c'est là ce que la minorité de la commission s'est efforcée de prouver; nous devions nous borner, disions-nous, à demander des *réformes*, et rien de plus, nous n'avons pas mission de faire des règlements administratifs.

La majorité de la commission nous a fait une concession; elle nous a accordé de placer en tête de ses propositions réglementaires qu'elle les émettait sous forme de *vœux*; mais rien n'a été changé dans la forme de ces propositions. C'est toujours la forme impérative d'un règlement, soit qu'il s'agisse de mesures à prendre au départ des navires, soit qu'il faille les prendre pendant la traversée ou à l'arrivée en France.

Ces propositions sont divisées en cinq sections et trente-sept paragraphes, ce qui avec les trente conclusions scientifiques du rapport fait plus de soixante paragraphes à discuter et à mettre aux voix, indépendamment du corps du rapport.

Nous avons dit, dans la commission, quelles seraient les difficultés d'exécution en séance académique si la commission persistait à présenter son règlement, nous n'y reviendrons pas ici.

Nous nous bornerons à résumer nos objections sur l'ensemble du travail soumis à l'Académie, et c'est par là que nous terminerons.

Nous avons dit que ce travail nous avait paru trop étendu, et que dans beaucoup de parties il s'éloignait du but que devait se proposer la commission.

Nous ne proposerons pas à l'Académie de le mutiler: il y a d'excellentes choses dans toutes ses parties, même dans celles qui n'étaient pas rigoureusement nécessaires.

Seulement, en ce qui concerne la première partie, nous demanderons qu'on en tire du moins une application relative au port de Marseille, et qu'on passe sous silence tout ce qui a trait au gouvernement égyptien : la peinture de ce malheureux pays est exacte : laissons à qui de droit la responsabilité des maux qui accablent ses infortunés habitants.

Pour ma part, je ne propose d'accuser personne, mais je ne veux pas m'associer à ce verdict de disculpation.

Disons comment la civilisation pourrait de nouveau chasser la peste de l'Égypte, mais prenons garde de faire l'éloge de ceux qui jusqu'à ce jour n'ont été peut-être que des oppresseurs.

Quant à la seconde partie du rapport, je n'en demanderai pas non plus le retranchement; on peut la conserver comme un résumé des opinions des auteurs sur les épidémies en général; je demanderai seulement que les cinq caractères des épidémies soient mentionnés sous la forme du doute si la commission tient à se conserver.

Mais la troisième partie du rapport me paraît devoir être profondément modifiée.

Les observations qui en forment la base ne paraissent pas suffisantes pour que l'Académie se prononce d'une manière aussi absolue sur la question de la contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, et conséquemment sur le maintien des lazarets et des quarantaines, du moins d'une manière définitive.

L'Académie ne me paraît pas autorisée, d'après les faits, à admettre comme *incontestable*, ce sont les termes mêmes du rapport, à admettre comme incontestable, dis-je, la contagion de la peste dans ces conditions; toutefois elle ne me paraît pas non plus autorisée à rejeter, à nier cette contagion d'une manière absolue.

La question scientifique dans l'état actuel des choses n'est donc pas résolue, il faut la remettre à l'étude, et conséquemment il ne faut pas se prononcer.

L'Académie des sciences, interrogée par le gouvernement, n'a pas cru devoir répondre, du moins jusqu'à ce jour; gardons-nous de mettre trop de précipitation dans notre réponse, nous qui répondons de nous-mêmes sans avoir été interrogés.

Quant à la question administrative, c'est-à-dire au régime des lazarets et des quarantaines, je ne proposerai pas à l'Académie d'en demander la suppression immédiate et complète; je me rallierai à toute proposition qui aura pour but d'y introduire les réformes demandées de toutes parts.

Attendons que la question de la peste soit aussi bien éclaircie que celle de la fièvre jaune; qu'il se rencontre un homme de la trempe de M. Chervin; un homme qui puisse un jour donner à la science des documents aussi décisifs; c'était le vœu qu'il formait lui-même à ses derniers moments : qu'il surgisse de ma cendre! semblait-il dire: *exoriare aliquis nostris ex ossibus...*

Alors et seulement alors nous pourrons demander l'abolition complète de ce système; jusque-là, je le répète, demandons des réformes, mais ne posons pas, ne consacrons pas des entraves.

M. ROCHOUX commence la lecture d'un discours dont la suite, vu l'heure avancée, est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

POLICE MÉDICALE.

AFFAIRE RASPAIL. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

(Tribunal correctionnel de Paris, huitième chambre. — Présidence de M. Hallé. — Audience du 19 mai.)

M. Raspail, chimiste, est l'inventeur d'un système de médication hygiénique et curative dont le camphre est la base, et dont il a développé la théorie dans son MANUEL ANNUAIRE DE LA SANTÉ et dans son HISTOIRE NATURELLE DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE. Dans le but de propager ce système et de le mettre à la portée de tous, M. Raspail eut l'idée d'ouvrir un cabinet de consultations, rue des Francs-Bourgeois, n° 10, au Marais; mais comme il n'est pas médecin, il pensa (ainsi le prétend la prévention) à couvrir son incapacité légale par le patronage du docteur Cottereau, qu'il s'adjoignit à titre d'auxiliaire. Les journaux annoncèrent au public l'ouverture de ce cabinet de consultations, et pour discréditer d'avance la formation de toute concurrence en ce genre, M. Raspail eut le soin d'annoncer lui-même, par l'organe de la presse, que les seules consultations médicales avouées par M. Raspail, et auxquelles il assistait régulièrement, se donnaient rue des Francs-Bourgeois, 10, au Marais.

Cependant l'Association médicale de Paris s'en émut, et des renseignements qu'elle fit passer à M. le procureur du roi à ce sujet résulta la plainte qui amène aujourd'hui M. Raspail devant le tribunal de police correctionnelle, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine.

La plainte se base sur ce fait, que, fidèle aux engagements par lui pris envers le public, M. Raspail assistait régulièrement à ces consultations, dictait les ordonnances au sieur Cottereau, qui les écrivait et les signait; que M. Raspail interrogeait, au surplus, palpait, consultait, conseillait le malade, faisait de la médecine dans le sens le plus pratique du mot, en présence d'un docteur de la Faculté de médecine.

Aux questions d'usage que lui adresse M. le président, le prévenu répond se

nommer Vincent Raspail, être âgé de 52 ans, homme de lettres et chimiste, né à Carpentras, et demeurant à Montsouris-Montrouge.

M. le docteur Cottereau déclare positivement avoir loué un appartement dans la rue des Francs-Bourgeois, 10, où il a ouvert un cabinet de consultations, qu'il donne et qu'il signe lui-même et sans le concours ni l'assistance de M. Raspail, qui n'y vient que bien rarement.

M. Raspail : Ce serait faire bien gratuitement injure à M. le docteur Cottereau, que de prétendre qu'il ait eu jamais besoin de moi pour donner ses consultations : il a fait ses preuves à cet égard, et si quelquefois j'assistais à ses séances, c'était uniquement pour m'instruire et pour m'éclairer moi-même. J'aimais à y venir puiser des renseignements dont je tâchais de faire mon profit pour le tourner ensuite au profit public. Si j'entrais pour ma part dans la location de la rue des Francs-Bourgeois, c'était afin de mettre le docteur Cottereau à même de donner ses consultations gratuites; mais quant à moi, je n'ai jamais donné une seule consultation gratuite ni autre. Il y a trente ans que je fais de la médecine; aucune loi ne peut interdire d'assister à une consultation. Tous les internes le font dans les hôpitaux, et on ne leur en a pas encore fait un crime que je sache.

M. le président. Vous vous reconnaissez l'auteur de la circulaire publiée dans les journaux, et relative au cabinet de consultations de la rue des Francs-Bourgeois? — R. Oui, monsieur, elle émane de moi. Il fallait bien éclairer le public sur de prétendues consultations où l'on me faisait figurer, quoique je n'y eusse jamais assisté. Il importait à la santé publique que je démentisse de tels faits.

On procède à l'audition des témoins. M. Morel, droguiste, rue des Lombards, entre dans de longs détails au sujet d'une association primitivement faite entre lui et M. Raspail pour la préparation et la vente des médicaments, selon la méthode de M. Raspail, association dissoute aujourd'hui par suite de considérations personnelles, et qui n'ont aucun trait à l'affaire qui occupe le tribunal. Le témoin reconnait, au reste, que M. Raspail ne lui avait jamais envoyé directement de malades pour acheter de sa préparation, comme il déclare aussi que les ordonnances qui lui ont été apportées du cabinet de consultation de la rue des Francs-Bourgeois, ne portaient que la signature de M. Cottereau et jamais celle de M. Raspail.

Le sieur Raulin, concierge de la maison rue des Francs-Bourgeois, ne portait que la signature de M. Cottereau, qui est censé avoir loué l'appartement dans la maison, pour y donner des consultations, et qui s'occupe de société avec M. Raspail.

D. Avec qui avez-vous réglé les conventions de la location? — R. Avec M. Cottereau.

D. Quant est-ce qu'ont lieu les consultations? — R. De deux heures à cinq heures et demie.

D. Le prévenu Raspail y assistait-il assidûment? — R. Non, monsieur, il n'y vient pas toujours; souvent M. Cottereau reste tout seul : quelquefois aussi M. Raspail y vient passer une heure environ.

D. Avez-vous quelquefois assisté aux consultations? — Jamais.

D. Avez-vous entendu dire par les personnes qui descendent qu'elles avaient eu affaire au prévenu Raspail? — R. Non, monsieur.

D. Qui vous demandait-on quand on se présentait dans la maison. — R. On me demandait : ces messieurs y sont-ils? Je répondais toujours ; ils y sont, et souvent il n'y avait que M. Cottereau.

D. Votre fille n'a-t-elle pas été consulter aussi? — R. Oui, monsieur, même qu'elle était bien malade à la mort, et que maintenant ça va infiniment mieux.

D. Auquel de ces deux messieurs s'est-elle adressée? — R. Ah! dam, c'est mon épouse qui pourra vous dire ça, parce que c'est elle qui a voulu, comme elle le devait, accompagner notre fille.

La femme Raulin donne les mêmes renseignements que son mari sur le peu de régularité que M. Raspail apportait à assister aux consultations du docteur Cottereau. Quand elle est montée elle-même avec sa fille, ces deux messieurs *l'ont consultée* indistinctement, c'est-à-dire qu'ils l'ont interrogée tour à tour sur les causes de sa maladie et lui ont prescrit un système de médication. Le témoin ne saurait dire si la consultation a été dictée par M. Raspail, mais elle est bien certaine que c'est M. Cottereau qui l'a signée.

D. N'avez-vous pas un jour consulté pour vous-même? — R. Oui, monsieur; j'avais, je crois, une indigestion; en me voyant sur son passage, M. Raspail me dit : mon Dieu, comme vous avez mauvaise mine. Oh! je lui réponds, faites-moi donc la charité de me donner quelque chose à prendre, car je souffre comme tout. — Eh bien, suivez-moi là-haut. Je l'ai suivi et on m'a donné une ordonnance toujours signée par M. Cottereau.

D. Est-ce le prévenu qui avait dicté cette ordonnance? — R. Ma foi, ils dictaient tous les deux, puisqu'ils me parlaient ensemble de mon mal.

M. l'avocat du roi : Dans l'instruction vous avez dit positivement que c'était M. Raspail qui l'avait dictée. — R. Je pense que c'était lui, en effet.

M. Raspail : Permettez-donc, monsieur l'avocat du roi, cette bonne femme ne comprend pas évidemment le sens du mot *dicter;* elle ne l'aura pas compris davantage lors de l'instruction. Les réponses des témoins appelés devraient s'écrire sous leur propre dictée; mais sous forme de rédaction on arrange souvent les dépositions.

La demoiselle Maria Raulin, fille des deux précédents témoins. Les deux fois qu'elle est allée consulter, elle a trouvé ces deux messieurs réunis.

D. Et qui des deux vous a interrogée? — R. Tous les deux.

D. On vous a donné une ordonnance? — Oui, monsieur; c'est M. Cottereau qui l'a écrite.

D. Était-ce Raspail qui la lui dictait? R. M. Raspail disait à M. Cottereau ce qu'il devait écrire.

D. Était-ce Raspail ou Cottereau que vous veniez consulter? — R. Tous les deux, car je souffrais beaucoup.

D. Et s'il ne s'y était trouvé que Cottereau pour le moment? — R. Je serais montée tout de même.

La femme Marseille : Je suis venue consulter ces messieurs pour mes yeux; c'est M. Raspail qui m'a examinée; un peu aussi M. Cottereau, mais moins. Quant à l'ordonnance, elle a été écrite et signée par M. Cottereau seul. M. Raspail dictait, en se promenant, ce que M. Cottereau écrivait.

M. Raspail : Je demanderai au témoin si le cabinet était parqueté.

D. A quoi bon cette question? R. C'est qu'il l'est, en effet, et qu'en vérité il me paraît bien difficile de se faire entendre de quelqu'un quand on lui dicte en se promenant avec ses bottes sur le parquet; le bruit qu'on fait couvrirait naturellement la voix.

La dame Aran : La voix publique m'avait fait connaître le traitement de M. Raspail, que je suis allé consulter avec ma fille souffrante d'une affection du cœur. Je trouvai M. Raspail avec un autre monsieur, que j'ai su depuis être un médecin. C'est à M. Raspail que je désirais parler; c'est à lui que j'ai parlé en effet, c'est lui qui a examiné ma fille, qui m'a prescrit une ordonnance, et qui l'a dictée à l'autre monsieur qui lui servait de secrétaire. Au reste, je dois le dire, j'ai l'ouvrage de M. Raspail, et sa consultation avait beaucoup de rapport avec ce qu'il enseigne dans le livre en question.

D. Cottereau n'a-t-il pas interrogé mademoiselle votre fille?—R. C'est M. Raspail qui l'a examinée et interrogée. Je le répète, je n'étais venue que dans l'intention de consulter M. Raspail, non comme médecin, mais tout simplement comme chimiste. En me retirant je déposai 5 francs sur la cheminée : « C'est » 20 francs. » me dit M. Raspail. Je lui en témoignai tout mon étonnement. Il m'est arrivé en effet quelquefois de donner 20 francs à des médecins pour des consultations, mais alors ils venaient chez moi, tandis que j'avais été obligée de faire pendant deux heures antichambre avant d'entrer. Je lui fis même remarquer que les personnes avec lesquelles je m'étais trouvée ne me paraissaient, ni par leur mise, ni par leurs manières, dans une position à donner plus que je ne lui offrais. M. Raspail insista, en faisant observer à son tour que ce prix de 20 francs était son prix habituel, et qu'il y tenait d'autant plus qu'il lui servait à faire du bien aux pauvres. Je lui répondis que je ne pouvais entrer dans ces considérations-là, et prenant un terme moyen, pour en finir, je retirai de ma poche une seconde pièce de 5 francs que j'ajoutai à la première.

M. Raspail, au témoin : J'étais loin de m'attendre à une pareille calomnie. Pourriez-vous bien, madame, prêter serment devant Dieu que vous dites la vérité?

Le Témoin : J'ai déjà prêté serment de dire toute la vérité, et j'ai l'esprit assez présent pour la dire tout entière.

M. Raspail : Regardez-moi bien, madame, me reconnaissez-vous?

Le Témoin : Je vous reconnais parfaitement, et c'est si vrai que je n'ai eu affaire qu'à vous lors de la consultation, que je vous ai reconnu à l'audience de la huitaine dernière lorsqu'on a remis la cause à aujourd'hui, tandis que je n'ai pas fait attention à M. Cottereau, qui était pourtant présent aussi.

M. Raspail : Eh bien, je le répète, c'est une calomnie : jamais je n'ai demandé un sou à qui que ce soit, et si j'avais pu m'attendre à la singulière déposition du témoin, j'en aurais fait citer un grand nombre d'autres qui seraient venus attester que je n'ai jamais fait métier ni marchandise de ma science.

La dame Merlé, qui est allée consulter pour sa domestique, fait une déposition analogue à la précédente.

On introduit M. Orfila, qui déclare être doyen de la Faculté de médecine, et président de l'association des médecins de Paris : c'est à la requête de M. Raspail que M. Orfila a été cité.

M. Raspail : Je demande à M. Orfila en vertu de quelle autorité, d'abord, existe l'association des médecins de Paris; quel est son but, ensuite, et enfin quel est son droit d'avoir formulé contre moi la dénonciation qui me fait traduire aujourd'hui devant le tribunal de police correctionnelle?

M. Orfila : Je vais répondre en très-peu de mots. J'ai fondé en 1833 l'Association des médecins de Paris dans un double but, celui de venir au secours des infortunes médicales et de protéger à la fois les intérêts de la société et la dignité de la profession. Depuis qu'elle existe, et je suis heureux de le reconnaître, l'Association a soulagé fructueusement un grand nombre de médecins malades ou infirmes, tombés dans une honorable pauvreté, de veuves laissées par eux sans ressources, d'enfants qui n'auraient jamais pu recevoir les bienfaits de l'éducation et que nous avons fait nommer boursiers ou pour lesquels l'Association a fait les frais de pension. Il y a ici un but de moralité évidente. En recevant dans notre série des jeunes médecins, nous leur offrons les moyens d'être souvent en rapport avec leurs maîtres, dont ils ne peuvent mieux faire que de suivre les exemples, et nous leur donnons l'assurance d'être efficacement secourus, si jamais, pour cause de maladie, ils étaient dans l'impossibilité de se livrer à l'exercice de leur profession : c'est leur dire *conduisez-vous honorablement*, et l'appui de l'Association ne vous manquera pas.

Nous avons également veillé aux intérêts de la société et à la dignité de la profession; sans doute nous n'avons jamais signalé à M. le procureur du roi ceux des médecins qui, étant munis de titres légaux, exercent pourtant leur profession *en charlatans;* nous connaissons la législation qui nous régit, et nous savons qu'elle est impuissante à réprimer un pareil scandale; mais nous avons signalé bon nombre de *charlatans* qui se livrent illégalement à l'exercice de l'art de guérir, puisqu'ils ne sont porteurs ni du titre de docteur ni de celui d'officier de santé. M. le procureur du roi a constamment accueilli favorablement l'initiative que nous prenions à cet égard et nous a adressé ses remercîments; déjà cette initiative a été la cause de répressions nombreuses exercées par les tri-

bunaux au grand avantage de l'ordre social. M. Raspail, qui n'est ni médecin ni pharmacien et qui exerce illégalement la médecine, a dû être signalé par l'Association à M. le procureur du roi. Il demande à ce sujet, en vertu de quelle autorité existe l'Association des médecins de Paris, quel est son droit, etc. Je vais le lui apprendre. L'Association est autorisée par M. le ministre de l'intérieur et M. le préfet de police; elle compte dans son sein plus de 450 médecins, et parmi eux se trouvent les plus hautes notabilités de la science. Quant au droit de déférer à M. le procureur du roi les divers actes de *charlatanisme* médical, l'Association le puise dans l'article 18 de ses statuts, que j'ai ici et qui est ainsi conçu :

« La commission générale va à la recherche des abus qui nuisent à l'exercice » de la profession, défère ces abus à l'autorité, et, au besoin, leur donne la pu» blicité qui peut prévenir les dangers qu'ils entraînent; ceux de ses membres, » tant titulaires que suppléants, qui appartiennent à un même arrondissement, » se réunissent à cet effet en *commission spéciale*, pour recueillir ceux de ces » abus qui ont lieu dans l'arrondissement, et en font chaque mois un rapport à » la commission générale. »

Aussi nous sommes-nous organisés en douze comités distincts, dont la mission, dans chaque arrondissement de Paris, consiste dans un contrôle actif et vigilant à exercer, non pas sur les médecins, encore une fois, qui pratiquent en vertu d'un diplôme, mais bien sur ceux qui, sans être reçus docteurs ou officiers de santé, exercent la médecine sans autorisation.

J'arrive maintenant à la question qui concerne le prévenu. M. Raspail fut signalé à l'Association comme se livrant sans autorisation à l'art de guérir; par des motifs de convenance que le tribunal appréciera, je crus, à raison de discussions scientifiques qui avaient eu lieu dans d'autres enceintes entre M. Raspail et moi, qu'il était de bon goût de m'abstenir, et je n'assistai pas à la séance de la commission où la délibération fut prise. Cette séance fut présidée par M. le professeur Fouquier, vice-président, qui signa la lettre adressée à M. le procureur du roi. Je restai donc complétement étranger à l'affaire dont il s'agit, et M. Raspail m'appelle *son dénonciateur !!!*

Voici cette lettre :

A MONSIEUR LE PROCUREUR DU ROI.

« Monsieur,

» L'Association des médecins de Paris, qui veille aux intérêts de la société et » à la dignité du corps médical, a pensé qu'il était de son devoir de signaler à » votre attention des actes dans lesquels elle a *cru* reconnaître le fait d'exercice » illégal de la médecine et de vente illicite de médicaments avec complicité du » médecin et du pharmacien.

» L'Association joint à l'appui de sa réclamation les pièces n° 1 et n° 2 qui lui » ont été adressées, et qui lui *paraissent* de nature à justifier son jugement sur » le fait qu'elle a l'honneur de vous soumettre.

» Agréez, monsieur le procureur du roi, l'assurance de ma haute considé» ration,

» Signé Fouquier,
» vice-président de l'Association. »

Telle est, messieurs, la lettre envoyée à M. le procureur du roi; vous avez déjà apprécié la mesure et la convenance de sa rédaction. Il ne me reste plus qu'un mot à dire; puisque M. Raspail a cru devoir me faire assigner, alors que je voulais rester étranger au débat, je déclare *regretter de n'avoir pas présidé la séance, et de n'avoir pas signé la lettre, dont j'accepte la responsabilité.*

M. Raspail : M. Fouquier, après avoir été entendu par le juge d'instruction, ne vous a-t-il pas dit qu'il serait bon de renoncer à cette poursuite? et n'est-ce pas vous qui avez voulu que l'on y donnât suite?

M. Orfila : Je n'ai jamais conféré avec M. Fouquier à ce sujet.

M. Raspail : Je maintiens le contraire.

M. Orfila : C'est la première fois de ma vie que je reçois un démenti, et je ne l'accepte pas.

M. le Président : Les témoins doivent être respectés.

M. l'avocat du roi Puget soutient la prévention et dit entre autres choses : « Cette persécution dont M. Raspail nous fait les instruments dociles, il l'impute » aux suggestions haineuses de l'Association des médecins de Paris, dont il a » voulu traduire à votre barre l'honorable président. M. Raspail, en appelant ici » M. Orfila, nous offre l'occasion de féliciter ce dernier d'avoir rempli un devoir » en dénonçant une violation de la loi. »

M. Puget considérant qu'il est établi que M. Raspail n'a jamais pris le titre de médecin, conclut à l'application contre lui d'une peine de simple police.

Après avoir entendu la défense que M. Raspail a présentée pour lui-même, le tribunal l'a condamné seulement à 15 fr. d'amende.

AFFAIRE DES DENTISTES.

POURVOI DU SIEUR ROGERS, DENTISTE, CONTRE UN ARRÊT DE LA COUR DE PARIS. — INTERVENTION DE MM. REGNARD, AUDIBRAN, ROSSI, THOIRAC, MÉDECINS-DENTISTES. — ART. 45 DE LA LOI DU 19 VENTÔSE AN XI.

(Cour de cassation. — Audience du 15 mai.)

Pour exercer l'art de dentiste est-il nécessaire d'être pourvu du diplôme, soit de docteur en médecine ou en chirurgie, soit d'officier de santé? — Non.

Cette question, qui intéresse un grand nombre de dentistes de Paris, était soumise à la cour sur le pourvoi formé par le sieur Rogers contre un arrêt de la cour royale de Paris, qui lui a fait application de l'art. 45 de la loi du 19 ventôse an XI. Le sieur Rogers a été condamné à l'amende pour avoir exercé la profession de dentiste dans toute l'étendue qu'elle comporte, sans être porté sur les listes dressées en vertu de la loi de l'an XI et sans avoir passé les examens exigés par cette loi. Des raisons graves en fait et en droit sont en effet relevées par l'arrêt. La loi de ventôse an XI est générale, elle doit comprendre toutes les spécialités de l'art de guérir. Elle n'admet que deux grades : le grade de docteur et celui d'officier de santé; pour exercer une spécialité quelconque de l'art de guérir, il est donc nécessaire d'obéir à la loi et de prendre l'un ou l'autre de ces grades.

D'ailleurs, l'art de dentiste est assez important pour qu'on exige des garanties de savoir de ceux qui l'exercent. C'est l'opinion de tous les médecins habiles qui ont été consultés; M. Marjolin a écrit à ce sujet : « Le traitement rationnel des maladies des gencives et des dents exigeant des connaissances positives en anatomie et en chirurgie, ne doit être confié qu'à des hommes ayant subi les examens constatant leur capacité. » Et il faut ajouter que MM. Roux, Velpeau, Orfila, Reveillé-Parise n'ont pas été moins explicites. Telles sont les raisons que donnent, à l'appui de leur intervention dans la cause, MM. Regnard, Audibran, Rossi, médecins-dentistes, qui ont obtenu condamnation contre M. Rogers, en première instance et devant la cour d'appel de Paris.

L'opinion contraire ne mérite pas moins un examen sérieux : C'est donner, dit-on, un sens trop étendu à l'article 1er de la loi de ventôse an XI; il s'exprime ainsi : « A compter du 1er vendémiaire an XII, nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu, comme il sera prescrit par la présente loi. » Il faut des raisonnements bien hardis pour appliquer au dentiste, c'est-à-dire à l'homme qui arrache et nettoie les dents, les termes si précis de cet article. Il ne s'applique évidemment qu'à ceux qui veulent exercer l'art de guérir dans son intégrité.

Telle est, du reste, la jurisprudence de la cour de cassation, qui a rendu en ce sens un arrêt le 23 février 1827. Ce document est le seul que le sieur Rogers puisse invoquer. Mais si, jusqu'à ce jour, liberté entière était laissée à ceux qui entreprenaient l'exercice de la science dentaire, et si, depuis cette époque, nulle réclamation ne s'est élevée qui soit parvenue jusqu'à la cour régulatrice, cette interprétation unanime mérite qu'on en tienne compte. Sans doute, il est à désirer que, dans l'organisation nouvelle du corps médical, le législateur s'occupe des dentistes, exige d'eux des garanties d'aptitude et de savoir; mais, en l'absence d'une disposition précise, la jurisprudence ne peut exiger d'un simple dentiste les travaux préparatoires et les diplômes exigés par l'article 1er de la loi de ventôse, des médecins et chirurgiens.

Sur le rapport de M. le conseiller Dehaussy de Robecourt, et après avoir entendu les conclusions conformes de M. l'avocat général Quesnault, la cour a cassé l'arrêt de la cour de Paris qui condamnait le sieur Rogers à l'amende, et persiste ainsi dans sa première jurisprudence. (Plaidant : Me Delachère, pour le sieur Rogers; Me Moreau, pour MM. Regnard, Rossi et Thoriac.)

BIBLIOGRAPHIE.

ARTICLES DE CHIRURGIE DU DICTIONNAIRE EN 25 VOLUMES. (Tomes XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX et XXX.)

Parmi les nombreux articles dont ces derniers volumes se composent, il en est peu qui aient reçu, comme dans les premières livraisons, les développements étendus qui leur donnaient presque la valeur d'une monographie complète. Pour nous qui, au milieu des sujets les plus importants, sommes encore obligé de faire un choix, notre tâche devient donc on ne peut plus restreinte. Nous ne prendrons cependant pas congé des honorables rédacteurs sans payer un dernier tribut d'éloges à ceux dont la plume a su garder jusqu'au bout les laborieuses habitudes du début, et allier à la concision nécessitée par les circonstances les qualités commandées par de plus graves intérêts.

M. A. Bérard a tracé d'une manière très-attachante l'histoire de l'opération de la pupille artificielle. Sans se piquer, dans l'exposition des procédés, d'une érudition toujours plus satisfaisante pour l'amour-propre de l'écrivain qu'utile au lecteur, il a reproduit avec leurs principales nuances toutes les méthodes qui peuvent trouver leur application au lit du malade. Un tableau synoptique clair et méthodique grave dans la mémoire de l'élève ces divers procédés. Puis la partie descriptive est suivie d'une appréciation dans laquelle nous avons surtout trouvé cela de bon, qu'elle montre à l'élève le côté avantageux de toutes ces notions de détail, en lui faisant voir comment il peut et quand il doit modifier le manuel, selon telle ou telle condition locale. M. Bérard mérite notamment des éloges pour n'avoir point dissimulé ni laissé dans l'ombre le chapitre des contre-indications. Il place parmi les plus péremptoires la persistance d'un état inflammatoire de l'œil. C'est là, en effet, une cause impérieuse d'ajournement. Mais ce motif de temporisation n'est-il pas plus décisif quand l'opération est nécessitée par une atrésie pupillaire (cas où l'inflammation occupe les parties mêmes sur lesquelles l'instrument va manœuvrer) que quand on n'agit que contre une opacité de la cornée? Cette distinction toute pratique aurait, ce nous semble, pu être avantageusement intercalée au milieu de cet article, d'ailleurs si judicieusement écrit. — L'article rétine (maladies de la), du même au-

teur, bien que fort méthodiquement présenté, pèche évidemment par un excès de brièveté. C'est là un supplément incontestablement insuffisant à un article qui, vu les nouvelles acquisitions de la science, aurait en lui-même le plus grand besoin d'un remaniement de seconde main, AMAUROSE.—Nous pourrions en dire autant de certaines parties de l'article STRABISME, quoique, dans plusieurs autres endroits, l'auteur s'y soit montré aussi ingénieux à expliquer quelques-uns des troubles de la vision accompagnant le strabisme, que bon appréciateur des suites immédiates et éloignées de l'opération. C'est un tableau assez heureusement réussi pour qu'on éprouve un véritable regret à y signaler plusieurs points laissés par le peintre à l'état d'esquisse.

Un travail depuis longtemps attendu, auquel le nom de son auteur et l'impatience légitime du public promettaient un succès assuré, est la monographie écrite par M. P.-H. Bérard, sur LE PUS, LA PYOGÉNIE ET LA RÉSORPTION PURULENTE. Nous venons de relire cet article, et nous sommes en mesure de confirmer en toute sécurité de conscience les jugements avantageux qu'il avait obtenus dès son apparition. L'histoire du pus se présente d'abord, attachante de simplicité, et plus remarquable encore par le soin avec lequel l'art y est dissimulé : les plus arides notions de chimie, les expériences ardues de la micrographie moderne, les opinions des théoriciens anciens et nouveaux, sont racontées, débattues, discutées, rapprochées, sans qu'on se doute un seul instant qu'on a entre les mains une description dogmatique. Il en est de même pour la formation du pus ou pyogénie; après avoir énuméré les circonstances d'espèces animales, de tissus, de conditions vitales et pathologiques nécessaires à la création du liquide purulent, M. Bérard prouve successivement que la pyogénie n'est ni une coction, ni une fonte de la graisse, ni un dépôt du sérum, ni un résultat du suintement du sang à travers les parois vasculaires, mais bien une véritable sécrétion s'accomplissant sous les mêmes lois et subissant les mêmes influences que toutes les autres variétés de cette grande classe de fonctions. Dans une série de propositions à forme précise et catégorique, il passe ensuite en revue les variétés du pus, ses analogies avec d'autres fluides et les moyens de les apprécier, les causes qui entravent, favorisent ou annihilent sa production, etc. C'est une peinture complète, d'autant plus précieuse que l'hypothèse n'y tient qu'une place discrète, et que l'auteur, également libre des vieux préjugés de la tradition et du joug des doctrines nouvelles, sait partout s'arrêter à propos, et ne se laisse jamais entraîner un pas plus loin que sa raison ne lui permet d'avancer. — L'article consacré à l'infection purulente est également un morceau de forte conception, mais nous regrettons de ne pouvoir lui donner sans restriction les mêmes éloges. Rien de plus juste sans doute que la distinction qu'il commence par établir entre les effets de la résorption du pus, ceux de l'infection purulente et ceux de la résorption putride. Il est très-vrai que jusqu'aux dernières années ces trois groupes de symptômes étaient journellement, et au grand préjudice des malades, confondus à l'hôpital comme dans les chaires de l'école; il appartenait réellement au professeur de physiologie, ainsi qu'il le dit lui-même, de protester contre un abus aussi meurtrier qu'illogique, et sa protestation sera sans doute le signal d'une réforme qui ne se bornera pas à une modification du langage. Mais lorsqu'il en vient ensuite à rechercher la cause première d'où résultent les phénomènes de l'infection purulente, on reconnaît dès les premières lignes le parti pris de défendre l'une des théories invoquées pour l'explication de cet état pathologique, et l'exposition se convertit alors en un plaidoyer. Nous n'avons pas à déterminer ici si l'hypothèse de la phlébite, que M. Bérard préfère, est la plus rationnelle; nous voulons seulement faire observer que ce choix formel imposait à sa dialectique des allures spéciales, un caractère exclusif, contre lequel il ne s'est peut-être pas assez tenu en garde, et qui sort quelque peu du plan général de l'ouvrage. C'est ainsi que, répondant à l'objection faite par M. Tessier de l'existence constante d'un caillot obturateur intraveineux, il demande si l'on peut être assuré que le pus est ainsi emprisonné dans *les milliers de veines qui lui sont ouvertes*, comme si l'évolution d'un phénomène physiologique, qui est aussi naturellement nécessaire que l'est, par exemple, le dépôt de lymphe plastique sur une séreuse enflammée, pouvait se trouver en défaut à cause du nombre des points sur lesquels il a à s'opérer! Ailleurs, M. Bérard reconnaît qu'on a constaté l'existence de l'infection purulente sur des sujets où l'on n'a pu trouver de phlébite à l'autopsie; mais il affirme que, dans ces cas même, *il y avait eu néanmoins sécrétion du pus dans quelques veinules!* Dans une telle facilité à nier et à supposer les faits selon le besoin du moment, la critique pourrait peut-être avec avantage signaler les tendances d'une philosophie par trop accommodante: nous n'y avons vu, nous, qu'une preuve de plus à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure du danger de prendre un parti trop absolu dans un ouvrage qui doit être le représentant de ce qu'il y a de fixé dans la science, et non le champion d'une doctrine qui n'a pas même le droit de se nommer la première entre ses rivales.

La nomenclature des PSEUDARTHROSES, savamment tracée par Breschet, ne nous arrêtera pas longtemps, à cause des difficultés qu'un semblable travail offrirait à l'analyse. Nous devions cependant le mentionner comme l'un des derniers sujets sur lesquels cet anatomiste profond et sagace ait jeté son coup d'œil, qui embrassait si bien, dans l'étude des lésions matérielles, la raison de leur existence et leur signification pathologique. L'article est presque entièrement refondu; et en y lisant l'exposé des plus récentes conquêtes de la science, on reconnaît, non sans un mouvement de regret, ce zèle vivace qui eût encore pu suffire à tant de travaux!

La RÉSECTION et les maladies de la ROTULE ont été, pour M. A. Bérard, une excellente occasion de montrer son précieux talent de condensation et d'analyse à l'égard de tous les travaux de quelque importance ayant rapport au sujet. Si le premier de ces deux articles paraît un peu tronqué, la faute en est plutôt à la place qu'il occupe; car l'on comprend que des généralités venant après toutes les descriptions particulières n'avaient plus le même intérêt et ne devaient par conséquent pas recevoir un égal développement que si elles eussent été présentées de meilleure heure.

L'article sur le RACHIS (anatomie, physiologie et pathologie), d'Ollivier, décèle certainement une persévérance d'investigation et une patience de rédaction méritoires. Il y a cependant plus d'un passage incomplet, plus d'une conclusion attaquable, dans ce travail d'ailleurs digne d'éloges. Ainsi, lorsqu'il recherche la cause de la convexité naturelle du rachis à droite dans la région dorsale, l'auteur est presque inintelligible, et il omet de citer, parmi les preuves à l'appui de l'opinion de Bichat, l'exagération remarquable qu'on trouve à cette courbure sur le squelette des sujets qui ont eu pendant longtemps une paralysie du bras gauche. — Dans le diagnostic des lésions traumatiques de la colonne, il avoue la difficulté de préciser exactement le lieu où la moelle a été altérée, et il oublie de noter le signe, si précieux pour cette recherche, qui se tire de la respiration exclusivement exécutée par le diaphragme. — A l'occasion du traitement chirurgical des fractures et des luxations, il apprécie convenablement l'utilité de la trépanation; mais il condamne formellement et dans tous les cas les manœuvres de réduction, manœuvres sur l'opportunité desquelles les communications de MM. Toogood et Lyon ont jeté dans ces derniers temps trop de nouvelles lumières pour qu'une proscription aussi sommaire que celle dont les frappe ici M. Ollivier puisse désormais être ratifiée par les praticiens. — Nous pourrions multiplier ces citations, et les bornes que nous nous imposons viennent seulement de notre répugnance à motiver plus longuement un jugement défavorable. Nous ne saurions cependant abandonner ce chapitre sans dire un mot de la singulière sortie qu'on y pourra lire contre l'explication de quelques déviations de l'épine par la rétraction musculaire. Il est fâcheux, et pour la perfection de l'ouvrage et dans l'intérêt même de l'homme qui est ici attaqué, que cette partie n'ait point été réservée à la plume d'un homme plus spécial. Un écrivain mieux renseigné n'eût point avancé que M. Guérin a voulu présenter cette cause comme l'origine de *presque toutes* les difformités. Il n'aurait pas contesté, par le seul motif qu'il ne les a point vues, la signification des pièces pathologiques présentées à l'Institut, et que ce corps savant, *qui les a vues*, a déclarées suffisamment justificatives de la théorie précitée. Il n'aurait pas nié la tension et la rigidité des faisceaux musculaires contigus aux parties déviées de la colonne; il n'aurait pas osé dire que M. Guérin prétend couper exclusivement avec certitude sous la peau un faisceau musculaire de tel ou tel nom, quand ce chirurgien n'a jamais émis ni conçu la pensée de couper que ce qui est réellement rétracté et visiblement tendu. Mais à quoi bon pousser plus loin cette réfutation, qui ne saurait avoir rien de plus sérieux que l'article auquel elle s'adresserait? Quand M. Guérin parle de *convulsions* (dans les maladies éruptives de l'enfance), on affecte de croire et l'on dit très-haut qu'il parle de *difformités*, suite de convulsions. Ailleurs, on se demande avec un feint étonnement comment la rétraction pourrait affecter un seul des faisceaux musculaires de la colonne, oubliant le frappant exemple du torticolis, lequel, dans le même ouvrage (t. XXIX, p. 657), est déclaré *être causé sans contredit le plus fréquemment par la contracture ou la rétraction de l'un des muscles du cou*. Enfin, pour terminer par un trait qui ne dépare point son début, l'auteur cherche à établir qu'il n'existe pas de muscles capables de produire par leur rétraction les inflexions diverses qu'on observe dans les déviations du rachis! C'est aux traités élémentaires d'anatomie qu'il convient de renvoyer pour la réfutation d'un pareil argument.

Les pages consacrées par M. Laugier au cancer du rectum sont sans contredit parmi les mieux remplies de l'ouvrage tout entier. Discernant avec soin le siége et la nature des affections du rectum qui apportent obstacle à l'excrétion stercorale, il n'hésite point à admettre des rétrécissements non cancéreux, et enseigne par quels moyens on peut arriver à porter, dans ces cas, la seule espèce de diagnostic qui intéresse le traitement, celle qui regarde la nature et les limites du mal. Quant à l'extirpation de la partie inférieure du rectum, il signale avec force les contradictions qui existent entre MM. Lisfranc, Blandin, Costallat et Vidal sur la détermination de la distance qui sépare le péritoine du périnée. En effet, M. Lisfranc porte à 6 pouces, chez la femme, cette mesure que d'autres n'ont trouvée que d'un pouce 1/2.

« Et c'est cependant, s'écrie M. Laugier, au milieu de ce vague dans l'appréciation de la plus importante donnée du problème que des extirpations de la partie inférieure du rectum ont été faites. » Il décrit ensuite cette opération. Traitant enfin des rétrécissements proprement dits du rectum, il expose avec les plus grands détails, dans ses indications, son manuel et ses suites, le procédé de Callisen, si habilement rendu à la pratique par M. Amussat. L'un des avantages de l'établissement d'un anus artificiel, dans le cas de maladie du rectum, a surtout été mis en relief par M. Laugier. Jusqu'ici on n'y avait vu qu'un moyen pour assurer le cours des matières. C'est beaucoup déjà sans doute; mais n'est-il pas vraisemblable que les fèces cessant désormais de passer dans la portion malade du rectum, de l'irriter par leur contact et par les contractions qu'il y provoque, il se produira ainsi, pour cette portion de l'intestin, des conditions de repos éminemment favorables à la guérison? C'est là un point de vue qui méritait à coup sûr d'être signalé, et qui pourra ouvrir à la pratique de nouvelles indications.

C'est encore M. A. Bérard qui a rédigé ce qui concerne les maladies des sinus maxillaires, frontaux et de la dure mère, ainsi que la résection du maxillaire supérieur. Ce travail, remarquable par la clarté des détails et de l'ordonnance autant que par sa concision, est un excellent résumé de toutes les notions de quelque importance publiées sur ce sujet. On ne peut que donner les mêmes éloges à l'article STAPHYLORAPHIE, du même auteur, article où l'on retrouvera avec plaisir les idées qui lui appartiennent sur l'exécution de cette opération délicate; il est seulement fâcheux que l'appendice sur l'*uranoplastie* ne contienne aucune mention du cas où Sanson fit servir la languette excisée sur le bord d'un bec-de-lièvre à combler la fissure palatine, non plus que des procédés récemment imaginés par quelques auteurs américains.

M. Velpeau s'est chargé de présenter l'histoire et le traitement des anévrismes de la sous-clavière et de l'innominée. L'examen des cas publiés jusqu'ici lui a démontré que la ligature, à la méthode d'Anel, faite sur l'un ou l'autre de ces deux troncs, doit être absolument proscrite de la pratique chirurgicale, à moins que les limites du mal ne permettent de la pratiquer sur la partie la plus externe de la sous-clavière. Nous nous rangeons très-volontiers de cet avis; mais nous ne saurions plus partager son opinion lorsqu'il porte la même condamnation contre le traitement de ces anévrismes par la méthode de Brasdor. C'est également d'après l'analyse des faits connus qu'il cherche à justifier cet arrêt; mais, cette fois, son analyse ne nous paraît ni assez complète, ni assez exacte, ni assez impartiale pour pouvoir prêter aux conclusions un appui bien solide. Ainsi M. Velpeau parle d'abord des malades qui ont guéri à la suite de cette ligature. Quant à ceux-là, il doute et s'efforce de faire douter que la maladie fût réellement un anévrisme ou du moins qu'il portât sur l'innominée; et il est bien certain que l'autopsie manquant, on ne saurait guère où trouver le moyen de satisfaire ceux qui, pour admettre les avantages de l'opération, désirent quelque chose de plus que la guérison. A l'égard des malades que la ligature n'a pas empêché de succomber plus tard, M. Velpeau s'attache à démontrer qu'ils n'en ont retiré aucun bénéfice, et pour le prouver, il commence par faire mourir, au bout de deux et de quatre mois, les opérés de Wikham et de Fearn, qui en réalité ont survécu à l'opération, le premier *cinq mois* et le second *vingt-sept mois!* Faisons remarquer à cette occasion qu'une mort aussi tardive est loin de prouver contre l'opération, lorsque celle-ci a été suivie sur le moment d'une amélioration notable. On ne peut pas, en effet, exiger de la ligature qu'elle détruise la diathèse anévrismale, qu'elle empêche à jamais toute récidive: l'effet qu'on attend d'elle, le seul sur lequel raisonnablement on doive compter, est entièrement local et temporaire; et lorsque sur des sujets la plupart dans un état désespéré, on a obtenu une diminution notable de la tumeur et douze ou quatorze mois de vie, on n'est pas, ce semble, en droit de repousser la méthode qui donne de pareils résultats. Or, c'est ce qui est arrivé six fois sur dix-sept après la ligature de la sous-clavière ou de la carotide à la méthode de Brasdor. Ces six faits, auxquels il faut ajouter trois cas de guérison (savoir: ceux de Busch, d'Évans et de Colson), forment un total bien propre à dissiper les alarmes, et à en faire appeler de la condamnation que M. Velpeau cherche à susciter contre cette pratique chirurgicale.

M. Diday, auquel on doit d'avoir invoqué la statistique à l'appui de la méthode de Brasdor, n'a sans doute pas été lu bien attentivement par M. Velpeau. « M. Diday, dit cet auteur, est venu proposer la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière pour guérir l'anévrisme du tronc brachio-céphalique. » Or voici ce que nous lisons dans le travail de M. Diday au sujet de cette ligature simultanée: « Au résumé, nous ne saurions désapprouver un chirurgien qui prendrait sur lui de la répéter, mais nous hésiterions à la conseiller nous-même. (V. GAZ. MÉD., 1842, p. 606.) » Certes ce n'est point là *proposer* un procédé! M. Diday a seulement voulu appeler sur ce point la discussion; et il est incontestable que l'exemple donné par Liston, de l'oblitération simultanée de la carotide et de la sous-clavière, et celui de M. Rossi, lequel n'a point été cité par M. Velpeau, doivent bien diminuer les inquiétudes qu'on aurait pu concevoir *à priori* sur les dangers immédiats de la double ligature.

M. P. Dubois a enrichi ces derniers volumes de plusieurs articles signés de lui seul ou sous le nom de Desormeaux et le sien. L'un des plus instructifs est sans contredit celui qu'il a consacré au TOUCHER. Il serait vraiment impossible de se figurer tous les conseils de détail, tous les avis confidentiels de praticien à praticien, toutes les importantes règles particulières que son expérience lui a dictés sur ce sujet. Bien qu'il ne contienne que les préceptes généraux propres à guider dans l'exploration par l'abdomen, le vagin et le rectum, cet article mérite d'être lu et médité par les médecins comme par les élèves, et nous pouvons affirmer en toute assurance que les uns comme les autres y trouveront des lumières nouvelles sur ce point qui est la base de toute l'obstétrique. Au mot SYMPHYSÉOTOMIE, le même auteur, analysant dans ses éléments les plus intimes le mécanisme suivant lequel l'agrandissement du bassin se produit après la division des pubis, a sagement montré que l'ampliation est nécessairement renfermée alors dans des limites et sujette à des variations que l'accoucheur ne peut préciser d'avance; que par conséquent l'étendue du secours que l'opération doit apporter n'a jamais rien de précis. — Après avoir décrit la VERSION du fœtus par les pieds, telle qu'elle se pratique le plus fréquemment, il expose tout ce qui a rapport à la version céphalique, détaille les manœuvres soit extérieures soit intérieures par lesquelles Wigand, d'Outrepont et Busch proposent de la pratiquer, indique les cas auxquels elle paraît spécialement applicable, les conditions nécessaires pour qu'on doive la préférer à la version podalique, enfin les objections qu'il faut apprécier si l'on veut en fixer la véritable valeur. — Bien que les précédents articles aient été travaillés avec un soin tout particulier, ceux que M. Paul Dubois a consacrés aux RUPTURES, PLAIES ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, à la CHUTE DU VAGIN, au RENVERSEMENT DE MATRICE, ne sont inférieurs à ceux-ci ni par la justesse des doctrines ni par la lucidité qu'on remarque dans la méthode d'exposition.

L'article SYPHILIS ne sera pas de notre part l'objet d'une longue analyse. Pour nous justifier de ce laconisme, il nous suffira sans doute de transcrire ici les propositions suivantes qui en sont textuellement extraites: « Les accidents primitifs sont le chancre, la blennorrhagie virulente, les pustules humides et les végétations.... auxquels se rattachent les bubons, les abcès des grandes lèvres, l'orchite, les ophthalmies de même origine, ainsi que les arthrites ou tuméfactions des genoux et de quelques autres articulations (t. XXIX, p. 167). » — « Il m'est démontré que des uréthrites non ulcéreuses, c'est-à-dire purement catharrales, sont souvent syphilitiques, et peuvent donner lieu, bien qu'elles ne s'inoculent ni sous forme d'écoulements, ni sous forme de chancres, à la vérole la mieux caractérisée. (*Ibid.*, p. 197.) » — « Toutes les maladies syphilitiques primitives sans exception doivent être combattues par le mercure. (*Ibid.*, p. 218.) » A côté de ces assertions, bien faites assurément pour dispenser le critique d'une réfutation en règle, il convient cependant de faire remarquer qu'il se rencontre plusieurs pages très-judicieusement écrites, et où quelques-unes des exagérations de la nouvelle doctrine syphilographique se trouvent à leur tour assez convenablement appréciées et relevées: je veux parler surtout de ce qui concerne l'inoculation considérée comme moyen de diagnostic, et la classification un peu absolue qui veut ranger tous les accidents consécutifs en deux périodes tranchées et toujours successives, l'une secondaire et l'autre tertiaire.

A l'occasion des SYPHILIDES, M. Cazenave a exposé avec la lucidité qui le caractérise les points si délicats qui concernent le diagnostic et le traitement de ces affections. Ayant déjà fait connaître à nos lecteurs les doctrines de cet écrivain sur la syphilis (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 385 et 406), nous n'y reviendrons ici que pour dire combien le jeune médecin aura à gagner de connaissances pratiques à sa lecture, s'il peut la dégager de certaines préoccupations systématiques que l'on regrette d'y rencontrer encore.

Forcé de clore ici cette longue énumération, nous ne terminerons pas cependant sans mentionner spécialement l'article TAILLE. M. Laugier s'est tiré avec bonheur de la difficulté de traiter un pareil sujet en un aussi petit nombre de pages que celui dont il pouvait disposer. En éliminant toutes les puériles divagations que l'usage ramène forcément à l'occasion des divers procédés lithotomiques, il a pu donner aux préceptes réellement importants toute l'étendue qu'ils méritaient. Les lecteurs et l'auteur trouveront leur compte à une semblable distribution.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

La discussion ouverte à l'Académie est une de celles qui auraient le plus besoin d'être ramenées au début à leurs termes les plus généraux. Elle offre des éléments si nombreux, si divers et si complexes, qu'il est facile, tout en restant par certain côté dans la question, d'en perpétuer les difficultés et les obscurités. La commission, composée d'hommes si compétents et si éclairés, ne l'a peut-être pas assez compris. Elle a creusé le sujet dans ses fondements; elle en a examiné avec le plus grand soin tous les matériaux; mais son plan, son but, le dessein de sa pensée n'ont pas été assez dégagés de cet amas de faits confus et trop souvent contradictoires. Au lieu de se résoudre hardiment à quelque chose de bref, de net, de précis, elle s'est pour ainsi dire complue dans les détails, elle s'est bornée à l'élaboration des prémisses, laissant à l'Académie, à chacun, la liberté de conclure. Dans une question aussi difficile, aussi grave, ceci n'est plus de la circonscription ou de la prudence: c'est un mal véritable. Elle a ouvert la porte à toutes les excentricités, à toutes les divagations. Là où la résolution manque, chacun est pour ainsi dire appelé à donner la sienne. Or, dans une assemblée délibérante comme l'Académie, on sait où un pareil inconvénient peut conduire. La commission, investie d'un mandat pour ainsi dire absolu, pouvait, devait donc conclure nettement, afin d'appeler sur ses conclusions une contradiction ou une confirmation nette, précise, lumineuse. C'est ce qui n'arrivera pas. Le début de la discussion ne l'a déjà que trop montré. Laissant les questions dans les détails, ou ramenées seulement à des solutions secondaires, elle a favorisé les invasions verbeuses de l'esprit critique, elle a permis au doute de s'attaquer à toute chose. Ce qui avait quelque apparence de figure, d'ordre et de forme, a été démoli comme à plaisir. Au lieu que si elle se fût fermement et clairement résumée, elle n'aurait pas favorisé ce démembrement, cette destruction des faits qui ne laisse guère à la vérité le moyen d'être distinguée de l'erreur. Nous savons tout ce qui peut être répondu à cette articulation. La conclusion générale d'une discussion ne s'improvise pas: c'est une filtration qui ne se fait avec avantage et au profit de la vérité que petit à petit et après que chaque molécule de la question a été agitée et retournée de toutes les manières. Dès lors, ce qui à notre avis est un inconvénient, pour d'autres serait une nécessité utile. On comprend que nous ne voulons pas discuter ici les avantages de l'un et de l'autre système. Ceux qui pensent comme nous n'ont pas besoin de nos raisons, et ceux qui sont de l'opinion contraire ne trouveront que trop, dans la discussion de l'Académie, l'occasion d'apprécier les fâcheuses conséquences de leur manière de voir. Et si, comme tout le fait présumer, la commission est restée, autant par système que par instinct, dans des conclusions trop nombreuses et incomplétement résumées, elle recueillera bientôt le fruit de son erreur.

Il résulte d'ailleurs un inconvénient plus direct du système adopté par la commission: c'est que le défaut de principes ou de faits généraux nettement articulés a conduit à une absence d'ordre et de classification logique. Les choses importantes et celles qui le sont moins ont été présentées sur la même ligne; on a confondu l'induction avec le fait; le cas particulier avec la cause générale. Ceci n'est pas un reproche vague ou arbitraire. Que l'on parcoure les conclusions du rapport, et l'on verra si chacune d'elles n'est pas la justification de cette critique. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le fait de la transmission est sans contredit la base de la discussion. Au lieu d'avoir dégagé nettement ce fait, d'avoir dit résolument si la maladie est ou non susceptible de se communiquer, d'avoir montré toutes les conséquences de cette communication, en reléguant sur un second plan l'examen des conditions, voies et moyens, tout cela est confondu pêle-mêle et se montre à l'esprit comme un assemblage incohérent dans lequel un fait en contredit un autre, et, il faut le dire, dans lequel des distinctions puériles ou arbitraires ôtent à ce qui est clair, certain et absolu tout caractère de vérité et d'autorité. Ces inconvénients tiennent à un système d'autant plus utile à signaler qu'il se montre avec les apparences de plus de rigueur et d'impartialité. Dire, par exemple, que l'inoculation ou le contact n'ont pas, dans certains cas déterminés, paru transmettre la maladie, est-ce un motif pour rappeler, dans des conclusions générales, ce résultat négatif très-équivoque parallèlement à ceux qui établissent la transmission de la maladie par d'autres voies. Cette manière de procéder ne témoigne pas seulement de peu d'ordre et de méthode, mais elle prouve une absence de conviction et de résolution. On dirait que la commission, voulant faire la part de tout le monde, n'a osé absolument froisser personne; complaisante à l'excès pour toute opinion divergente, elle s'est à peine décidée à laisser deviner ce qu'elle pense sans dire nettement ce qu'elle ne pense pas. Cela peut tenir à la diversité des opinions intervenues dans la confection du rapport; le manque d'homogénéité des esprits peut jusqu'à un certain point rendre compte du défaut de cohérence et de netteté de l'œuvre. Cela explique, mais ne justifie pas ces disparates; et, malgré la dissidence des conseillers, il eût été possible au rapporteur de faire la part de chaque opinion tout en assurant la plus grande à la vérité.

Nous puisons le droit d'articuler les reproches qui précèdent non-seulement dans une conviction sincère, mais dans des motifs sérieux qu'il ne nous sera peut-être pas impossible de faire partager.

Quel devait être le but de la commission? D'établir des principes généraux sur lesquels l'hygiène publique et la police sanitaire pussent rigoureusement se fonder, et d'après lesquels on pût formuler des règles nouvelles ou confirmer, réformer et perfectionner les règles anciennes. Ce n'est pas tout: il fallait ne pas perdre de vue la gravité des motifs, et s'il en existe de plusieurs ordres, les mettre en présence, de manière à s'inspirer toujours dans les circonstances douteuses, dans les faits controversés, de l'intérêt le plus sérieux et le plus élevé. Car on le sait, il ne s'agit pas ici d'une question de science, mais d'une question de commerce et d'humanité. La science n'est que le conseil, et le conseil ne peut pas faire abstraction du but dans lequel il est appelé; et si, pour mieux faire comprendre le caractère le plus élevé de son intervention, il nous était permis de l'exagérer, nous dirions que, dans cette affaire, la science doit se défier de son impartialité. Ceci, on le sait, ne fera pas le compte de certain parti; mais qu'importe, si les hommes sensés comprennent qu'entre deux systèmes, dont l'un peut blesser le commerce au profit de l'humanité et l'autre favoriser l'humanité au détriment du commerce, il n'y a pas à hésiter.

D'après ce double point de vue, le principe général était facile à poser; et ce principe, quelque excentricité de critique ou de scepticisme qu'on lui oppose, est inattaquable. *La peste est contagieuse*: voilà la pierre angulaire de l'édifice. Maintenant que, par je ne sais quel manque de conviction ou de fermeté, on substitue à ce mot si clair, si énergique, le mot de *transmissibilité*, ou bien que, sous le prétexte de plus de rigueur, on se hâte de flanquer le fait général d'une foule de circonstances exceptionnelles dans

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° II.

Bivouac de Aissa-Manna, 25 janvier 1846.

A peine arrivé au lieu du campement, le premier soin de chacun, c'est de préparer le repas du soir. L'exercice en plein air, l'instinct qui nous porte à lutter, par une alimentation substantielle, contre la débilitation qu'amènent la fatigue et la pénurie des moyens de résistance, excitent en cette saison un appétit vorace, insatiable, qu'on n'écoute que trop en général.

C'est une question bien complexe que celle de l'alimentation en Afrique. Il n'est pas facile de trouver un juste terme entre les préceptes que nous dictent ces deux propositions également vraies:

1° Les transmutations que le travail de l'acclimatement doit opérer en nous tendent à nous mettre en harmonie avec les influences sous lesquelles nous sommes appelés à vivre, en d'autres termes, à nous imprimer une crase plus ou moins semblable à celle des habitants du pays, qui, naissant et croissant sous ces influences, se trouvent ainsi naturellement en harmonie, et dans les conditions les plus favorables pour prolonger leur existence.

2° Ce n'est pas sans danger qu'on rompt brusquement avec ses habitudes, surtout quand, loin d'être factices et forcées, elles ne sont pour ainsi dire que la conséquence d'un mode de vitalité qui ne cessera de les exiger que lorsqu'il se sera lui-même modifié. Nourrirez-vous avec le couscous arabe et quelques figues sèches l'habitant du Nord, épais, charnu et sanguin? Oublierez-vous que l'indigène mène dans ses douars une indolente vie, tandis que nos soldats éprouvent incontestablement plus de fatigues que dans leur patrie?

Les avertissements que nous donnent nos appétits ne sont pas propres à nous guider dans la recherche d'un bon régime alimentaire. L'estomac réclame toujours, et la satiété n'arrive qu'après l'introduction d'aliments trop copieux qui résistent en partie au suc gastrique, et passent, non assimilés, dans le tube digestif qu'ils fatiguent. La classe qui peut se munir pour la route de vivres abondants tombe presque toujours dans ces excès. Vivant dans cette société, nous avons nous-même suivi ce mauvais régime jusqu'à ce que nous ayons pu apprécier plus sainement les choses. Que de fois nous avons vu la diète, ordonnée pour un ou deux repas, ramener l'intestin à l'exercice normal de ses fonctions, et faire brusquement tomber des symptômes qui, pour tout élève de Broussais, eussent été la marque d'une gastrite aiguë! Il n'y avait qu'indigestion, mais indigestion tous les jours répétée.

Un des points de l'hygiène militaire qui laisse le plus à désirer, c'est l'alimentation du soldat en campagne: le cours d'une ration quotidienne exiguë et souvent

lesquelles sa manifestation est obscure ou inconstante, n'est-ce pas tomber dans la confusion et l'arbitraire? En effet, que doit-on entendre par ces mots : la peste est contagieuse, si ce n'est qu'une fois développée spontanément, elle est susceptible de se reproduire par voie de communication? Nous l'avons dit ailleurs : la formation primitive des maladies, c'est la génération spontanée des animaux, et la contagion, c'est la génération sexuelle, la génération *ex ovo*. Or l'*ovum* de la peste, voilà son principe, voilà ce qui fait qu'elle se transmet et ce par quoi elle se transmet. Qu'importe, pour l'existence du fait, que cet *ovum* s'appelle virus ou miasme, qu'il se dégage plus aisément par voie d'exhalation que de contact, qu'il sorte plus sûrement des matériaux excrétés de l'économie que du sang ou du pus des bubons : tout cela n'est que secondaire et très-problématique. Il est tout aussi illogique de donner à ces distinctions une grande importance, qu'il le serait, dans l'établissement du fait de la génération sexuelle, de s'embarrasser des conditions où elle n'est pas encore possible, ne l'est pas ou ne l'est plus. Ces déterminations secondaires sont importantes sans doute pour la connaissance parfaite du phénomène et de ses lois; mais elles ne doivent venir qu'après, et jamais comme des témoignages directs contre l'existence du phénomène lui-même. Encore est-on bien obligé de le faire remarquer : il ne s'agit pas, dans les faits négatifs qu'on oppose à la contagion de la peste, de résultats établis, démontrés directement, mais de pures négations qui ne tirent leur valeur que de l'absence ou de l'insuffisance de démonstrations contraires. On n'a pas démontré, par exemple, que la maladie peut s'inoculer; que le simple contact la développe; que les marchandises la transmettent; mais cela empêche-t-il que cela soit? Les motifs de la négation ne sont donc que des préjugés scientifiques, tandis que la croyance opposée a au moins pour elle le caractère d'une présomption logique. Pour s'en assurer, il suffirait de demander à tous ces sceptiques de s'inoculer le pus d'un bubon ou la sérosité d'une phlyctène, de s'habiller avec les vêtements d'un pestiféré, de toucher longtemps la main d'un malade : il est à croire que, mieux servis par leur instinct, ils montreraient bientôt le cas qu'ils font eux-mêmes des suggestions de leur intelligence; et ils auraient cette fois raison. Si nous ne craignions d'être entraîné trop loin, nous ferions voir aisément à quoi tient ce vice de raisonnement pour lequel la commission a montré trop de complaisance; nous le montrerions surtout dans cet étrange abus de l'autorité du fait et de l'expérience au détriment de la logique et de la raison. On a coutume de croire aujourd'hui que la vérité se trouve toute formulée sur l'écorce du fait matériel, ni ailleurs ni au delà; et l'on oublie surtout que le droit de nier ou de contester devrait être soumis aux mêmes conditions de preuves et de démonstration que le droit d'affirmer.

Pour conclure en accord avec ce qui précède, nous réduirions la formule générale de la contagion pestilentielle aux quatre propositions suivantes :

1° La peste est contagieuse;

2° La peste peut se développer après une certaine période d'incubation, et se transmettre hors des foyers épidémiques;

3° La peste transmise est susceptible d'engendrer une épidémie dans les localités où elle n'est pas née spontanément;

4° L'isolement des malades est un moyen de préserver de la contagion.

Ces quatre propositions, qui expriment ce que l'histoire scientifique et prophylactique de la peste renferme de plus vrai et de plus incontestable au point de vue de la contagion, sont implicitement contenues dans les *trente* conclusions du rapport; mais elles s'y trouvent confondues pêle-mêle, au milieu d'une foule de propositions incidentes secondaires ou même contradictoires. A elles seules cependant elles servent de base à la législation sanitaire. Elles ne comprennent pas sans doute tous les faits particuliers, et par conséquent ne suffisent pas pour déterminer les règles particulières du système; mais elles en forment les principes fondamentaux. Il est possible de discuter ensuite les diverses dépendances et applications de ces principes, de rattacher à chacun d'eux ce qui en émane au point de vue de la science et de l'administration. Rien n'empêche, par exemple, d'énoncer en sous-ordre : 1° les circonstances et conditions qui modifient, accroissent ou diminuent l'intensité de la maladie et son caractère contagieux; 2° ses moyens de transmission; 3° les conditions individuelles qui favorisent la réception et le développement de la maladie, et les lois de sa manifestation. A l'aide de ces trois ordres de faits relatifs à la cause contaminante, à ses véhicules et au malade contaminé, lesquels composent pour ainsi dire la formule des lois de la contagion et de ses variétés de développement, on peut établir toutes les règles du système sanitaire en déduisant les seconds des premiers, et en les faisant concorder réciproquement.

Nous ferons remarquer, en terminant, que la commission n'a pas paru attacher un sens bien net à ce qu'elle appelle *infection, foyers d'infection*. Si elle a voulu dire qu'en certains lieux plus ou moins fermés l'air et les corps environnants s'imprègnent des émanations pestilentielles, il était inutile d'en faire un élément de propagation à part : c'est une variété dans l'espèce; c'est un agrégat plus copieux si l'on veut, mais qui ne diffère que par la quantité et le véhicule, d'autres agrégats et d'autres véhicules, dont on admet ou nie la faculté contaminante. Si, au contraire, la commission a entendu, par foyer d'infection, un réceptacle de germes spontanés de peste, elle ne l'a pas suffisamment fait comprendre; si elle a voulu dire les deux choses à la fois, elle ne les a pas assez nettement distinguées.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MODE DE PRODUCTION DES AFFECTIONS DITES HYSTÉRIQUES; par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La physiologie expérimentale a fait faire un grand pas à la connaissance positive des lois qui dominent le fonctionnement du système nerveux. Judicieusement appliquées à la pathologie, ces notions nouvelles deviendront infailliblement le point de départ d'une compréhension scientifique plus large et plus complète des *perturbations* de l'innervation. Sans doute l'anatomie pathologique a dévoilé la cause organique prochaine ou éloignée d'un certain nombre de lésions fonctionnelles nerveuses; mais, dans ces cas mêmes, le mode d'action de l'altération matérielle du tissu et le mécanisme de production des phénomènes dynamiques qui en sont l'effet ne peuvent être *compris* qu'à l'aide des données de la physiologie. D'un autre côté, il est une classe entière d'affections nerveuses qui ne sont connues que dans leur élément fonctionnel. Ne procédant généralement pas d'altérations ma-

---

de mauvaise nature est brusquement interrompu de temps en temps par d'imprévoyantes prodigalités, et toujours le soldat, livré à lui-même, est maître de consommer en une fois les provisions qui devaient le nourrir plusieurs jours, ou le bétail qu'on lui jette follement après les razzias heureuses.

Voici ce qu'on accorde par jour à chaque homme en campagne : biscuit, 643 grammes; riz, 60; viande de bœuf et de mouton, 300; café, 12; sucre, 12, et du sel en convenable quantité, mais pas de vin. Le biscuit est fait avec une farine trop parcimonieusement blutée peut-être : c'est du vrai biscuit de munition. Que de fois on frustre sur sa quantité! Enfin, pourquoi ne pas avouer que nous ne sommes pas bien rassuré sur sa digestibilité, nous qui avons si souvent retrouvé, dans les défécations, ses fragments intacts? Nous ne parlerons pas du microscopique morceau de sucre de 12 grammes. La viande laisse beaucoup à désirer : elle provient des bœufs et des vaches maigres et des moutons qui se traînent à la suite de la colonne, et qu'on abat chaque soir, quand on ne les a pas trouvés mourants et dépecés ensuite sur le bord de la route, ce qui arrive tous les jours. L'animal devant servir à peu près tout entier, et les officiers recevant d'abord les morceaux de choix, il s'ensuit que les os, les tendons et les poumons restent pour le soldat.

L'exiguïté d'une pareille alimentation est bien évidente à première vue, et l'expérience accumule des faits nombreux que nous pouvons invoquer. Tous les chefs de compagnie qui ont un peu souci de la santé de leurs hommes font, aux dépens de l'ordinaire, des achats de denrées que chacun porte à son tour. En outre, chaque soldat a encore ses provisions particulières, surtout en pain et en sucre; et il faut que ce soit pour satisfaire un besoin bien réel, car il augmente ainsi le pesant bagage qu'il doit péniblement porter sur son dos dans ses fatigantes marches journalières.

On ne peut s'empêcher de regarder comme aussi juste qu'originale la dénomination de *soldats-chameaux* que les Arabes donnent plaisamment à nos fantassins, quand on voit, entassés sur leur sac rempli de biscuits et de cartouches, une couverture avec quelques effets, un sac de campement, un pain, une marmite ou un bidon, qui forment un énorme échafaudage complété par le bâton de la tente et quelquefois par une hache, une pioche, une peau de mouton..... La provision de bois vient doubler cette masse, et bien heureux quand on n'est pas obligé de porter son eau avec soi! Ces fameux guerriers de Rome n'étaient certainement pas plus chargés que nos soldats en Afrique.

Dirons-nous que certain général a plus d'une fois fait servir pour huit jours les vivres de six jours, et que plus d'une fois aussi, il a longtemps nourri sa colonne avec d'informes et indigestes galettes faites de blé écrasé à la hâte et nullement bluté? La guerre a ses dures nécessités.

Le second vice capital, c'est de donner à porter au soldat sa provision de six, huit et même dix jours. D'abord on augmente sa charge; mais, ce qui est le pire des maux, on le rend le dispensateur et l'ordonnateur de son alimentation, lui esclave des caprices de ses appétits brutaux. Il est fréquent que pour assouvir sa faim et pour alléger son fardeau, il dévore en un jour ce qui devait le mener longtemps encore. En arrivant à Saïda le 20 janvier, il était peu de soldats qui ne fussent privés de biscuits depuis deux ou trois jours. J'ai vu ces malheureux, auxquels l'État octroie à peine quelques sous, donner un franc pour un biscuit, et pour un pain noir, six francs, une fortune pour eux, leurs écono-

térielles sensibles, elles sont pour ainsi dire en dehors du mouvement scientifique, à une époque où l'on n'attendait de lumière que des autopsies. Ces affections, ce sont les névroses. En ce qui les concerne, la science positive doit-elle s'arrêter là où s'arrêtent les révélations du scalpel? Et si la physiologie est nécessaire pour comprendre le rapport de causalité qui place sous la dépendance de l'hémorrhagie cérébrale les phénomènes fonctionnels de l'apoplexie, la physiologie sera-t-elle radicalement impuissante quand il s'agit de perturbations nerveuses dont la cause échappe au scalpel, il est vrai, mais n'est pas inaccessible pour cela à tout moyen d'investigation? Nous ne le pensons pas. Nous avons au contraire la ferme conviction que l'histoire des perturbations fonctionnelles nerveuses se développera au contact de la physiologie expérimentale aussi rapidement que l'histoire des affections caractérisées par des lésions de structure s'est développée au contact de l'anatomie pathologique.

Soutenu par cette conviction, j'ai entrepris quelques études spéciales sur une des affections nerveuses les plus fréquentes, sur l'hystérie. J'en communique le résultat comme un simple essai de préparer les voies de l'avenir scientifique de cette *névrose*.

Ce mémoire comprend deux parties : la première, *historique*, est une appréciation du passé; la seconde, *clinique*, renferme le résultat de mes propres recherches et les idées qui me paraissent devoir en être la conséquence.

PREMIÈRE PARTIE.

I. — APPRÉCIATION HISTORIQUE DES IDÉES FORMULÉES SUR L'HYSTÉRIE, CONSIDÉRÉE COMME INDIVIDUALITÉ NOSOLOGIQUE.

L'ensemble phénoménal par lequel se révèlent certaines perturbations nerveuses chez les femmes, le mode de développement, la succession, l'enchaînement des symptômes, offrent quelque chose de si particulier, et l'on peut dire de si bizarre, que le vulgaire lui-même y voit l'expression d'une maladie dont les hommes paraissent généralement affranchis.

Cette spécialité de la forme phénoménale, son apparition à peu près exclusive chez les femmes, ses rapports évidents avec les fonctions de la génération, résument les premières notions expérimentales acquises sur l'état pathologique qui nous occupe. Pour peu qu'on y réfléchisse, on reconnaîtra qu'elles représentent aussi le point de départ des idées fondamentales dont le développement constitue l'histoire de la science sur ce point de pathologie spéciale.

Ici, comme pour la plupart des maladies, la spécialité de la forme symptomatique a conduit à la spécification de l'*individualité* nosologique. Mais tout aussitôt un second fait d'observation est entré en ligne de compte. De l'exclusive apparition de cette forme phénoménale chez les femmes, le génie antique a logiquement conclu à l'existence d'une *cause* particulière, inhérente à l'organisation féminine : cette cause, il a cru l'entrevoir dans ce qu'il y a de plus spécial, de plus distinctif dans l'autre sexe. Or, comme rien ne l'est davantage que les organes mêmes de la génération, et qu'un rapport évident paraissait exister entre les phénomènes pathologiques observés et les fonctions utérines, cette *cause* fut placée d'emblée dans l'utérus luimême.

Dès les premiers pas, l'observation a donc conduit à une conception théorique sur la cause organique des phénomènes. C'est à cette idée que l'individualité nosologique, symptomatiquement constituée, emprunta son nom. La dénomination d'*hystérie* n'a pas d'autre signification que celle de maladie de l'utérus. Ce nom, avec les variantes que tout le monde connaît, s'est transmis à travers les siècles, et la langue scientifique l'a conservé jusqu'à nos jours.

Établie comme une forme morbide spéciale dès la plus haute antiquité, conservée dans les cadres nosologiques à travers toutes les révolutions scientifiques, l'hystérie se présente donc avec toutes les apparences historiques d'une affection rigoureusement déterminée. Malheureusement il n'en est pas ainsi en réalité.

Quand, dans le but d'étudier l'évolution des notions scientifiques et des idées formulées sur cette affection, on cherche dans l'histoire du passé ce qui a été dit et pensé sur l'*hystérie*, l'esprit est frappé, moins encore de la divergence des opinions théoriques que de la confusion introduite dans la science positive elle-même. On comprend très-bien, on s'attend même à ce que l'interprétation des phénomènes pathologiques éprouve des variations en rapport avec les doctrines régnantes, et suive le développement des connaissances expérimentales, anatomiques et physiologiques nécessaires à une compréhension scientifique de plus en plus exacte; mais on espère trouver du moins l'idée phénoménale, formulée sur l'individualité nosologique, en dehors des discussions, et rigoureusement déterminée. Il n'en est pas ainsi pour l'hystérie. Les oscillations, les fluctuations de cette idée première constituent, sans contredit, un des points fondamentaux de l'histoire de cette affection, et à ce titre méritent de nous occuper d'abord. Nous essayerons de les apprécier du point de vue expérimental auquel nous sommes nous-même placé, et de les comprendre philosophiquement dans leurs causes productrices.

Si nous attachons quelque importance à cette étude, c'est que, de toute évidence, la première mission de la science consiste dans une détermination aussi exacte que possible des états pathologiques. Une détermination fausse, vicieuse, incomplète, entraîne la confusion dans toutes les notions expérimentales ultérieures. Que la science confonde des affections essentiellement différentes, ou qu'elle méconnaisse l'identité de nature (c'est-à-dire de cause première), de formes pathologiques dissemblables, et tout aussitôt les observations étiologiques et thérapeutiques seront entachées d'un vice radical. La critique historique doit donc soigneusement relever les erreurs de ce genre. Voyons si elles n'ont pas été commises pour l'hystérie. Il est incontestable que la dénomination d'hystérie fut réservée dans l'origine à une forme symptomatique assez tranchée, à une forme caractérisée par des sensations anormales, analogues à celles que pourrait produire un *corps* qui, partant de la partie inférieure du ventre, viendrait s'élever à l'épigastre, de là au col, interceptant le passage de l'air et donnant lieu à des accès de suffocation, de strangulation, bientôt suivis de convulsions généralisées, avec ou sans perte de connaissance. Indépendamment des descriptions nosologiques qui s'accordent à reconnaître dans ces phénomènes les caractères symptomatiques de l'hystérie, la première idée émise pour rendre compte de l'affection hystérique le prouve. Démocrite, Hippocrate, Arétée, n'eussent pu songer à invoquer le déplacement matériel de l'utérus et son ascension, s'il ne s'était pas agi d'interpréter des phénomènes en rapport logique avec cette hypothèse. Quand on eut reconnu l'erreur de cette première théorie naïve, quand Galien eut démontré son impossibilité physique, on ne cessa pas pour cela de mettre sous la dépendance de l'utérus les phénomènes particuliers et caractéristiques qui avaient fait croire à son ascension, à son déplacement matériel. On ne renonça pas à cette idée fonda-

---

mies de bien longtemps! Est-ce là de la faim?

Ces faits, souvent répétés, sont si connus qu'on ne manque pas de vous signaler, dans les corps, des habitués qui dévorent ainsi d'avance leurs rations et qui, se trouvant au dépourvu, feignent une maladie pour entrer à l'ambulance, où du moins ils ne mourront pas de faim. Pour nous, plus médecin qu'officier, plus humain qu'observateur rigide d'une discipline souvent aveugle parce qu'elle est toujours invariable, nous pardonnions à la faim et feignions d'accepter l'affection simulée. Sous l'empire on accordait un supplément, voire même double ration, aux hommes doués d'un appétit hors ligne; la restauration maintint cet utile article du règlement; mais 1830 prétendit rendre égaux tous les appétits comme tous les citoyens.

Après les privations, et sans transition, va venir la surabondance. Le lendemain d'une razzia qui encombre la colonne de troupeaux trop lents, et longtemps après encore, quand les bêtes fatiguées ne peuvent plus suivre les mouvements et tombent sur les chemins, on les abandonne à la troupe avec une générosité intempestive et irréfléchie : de tous côtés, dans le camps, gisent des moutons dont on n'a enlevé que les morceaux de choix, tellement on nage dans l'abondance; et le soldat se gorge toute la nuit dans sa tente pour rattraper, dit-il, le temps perdu. C'est à des excès de ce genre, succédant à un pauvre régime, que nous dûmes en partie les flux intestinaux qui nous forcèrent à laisser à Sidi-Bel-Abbès soixante-dix hommes d'un seul bataillon. Beaucoup périrent pendant notre absence. Un de mes collègues, vieil Africain, m'a assuré qu'après chaque razzia il remarquait toujours une recrudescence dans les diarrhées ou les dyssenteries, ce qu'attestaient moins les déclarations des soldats, intéressés à se taire dans ces circonstances, que les observations qu'il faisait dans ses promenades utiles et méritoires de chaque soir autour des buissons avoisinant le camp.

Un mot de regret sur l'absence du vin en campagne. Le café est loin, à mon avis, de le remplacer à tous égards. Sans doute chaque zone a ses condiments et ses stimulants : le vin et les alcooliques aux pays froids ou à peine tempérés; les aromatiques, comme le café, aux régions plus chaudes; enfin, les épices de haut goût pour réveiller l'estomac languissant des peuplades équatoriales. Mais, nous le répétons, il ne faut pas oublier la recherche d'un terme moyen entre l'imitation du régime indigène et la condescendance aux habitudes alimentaires du climat dans lequel on a grandi.

On voit que parmi tous les agents faisant partie de la matière de l'hygiène, que nous avons passés en revue, il n'en est aucun qui n'exerce une action nuisible sur nos soldats. Si, poursuivant notre exploration, nous arrivons aux influences morales, notre conclusion sera encore la même.

Nous nous prenons à sourire de pitié quand nous lisons que les Darius et les Xerxès traînaient, avec leur armée, une multitude de femmes, d'histrions et de baladins qui entravaient les manœuvres et retardaient les marches. Mais ne tombons-nous pas dans un excès contraire, nous qui négligeons d'une manière absolue tout ce qui pourrait égayer le soldat? Ce n'est pas par simple caprice que l'empereur faisait jouer la musique des régiments sous les fenêtres des hôpitaux encombrés de nostalgiques; et l'on sait les bons effets que les capitaines Ross et Parry obtinrent des danses et des jeux pendant leurs tristes hivernages dans les glaces du pôle boréal. En France, quand les bataillons voyagent, chan-

mentale, parce que les faits d'observation qui l'avaient fait naître subsistaient toujours; la théorie ne se modifia que dans ce qu'elle avait de trop évidemment faux.

Or la puissance de produire, n'importe par quel mécanisme, des accidents pathologiques dans des organes fort éloignés, une fois concédée à l'utérus, cette *idée théorique* réagit sur toute la systématisation scientifique. On trouva tout naturel de ramener à *la même cause* d'autres phénomènes morbides, d'autres sensations, d'autres formes symptomatiques nerveuses; on le fit sans esprit critique suffisant, purement et simplement en vue d'une théorie en faveur. Dès lors, l'image symptomatique primitive, qui d'abord paraissait si tranchée, disparut peu à peu pour faire place à une *unité étiologique* théoriquement ou plutôt *hypothétiquement* établie.

L'hystérie devint une affection à formes multiples et complexes, tellement complexes et multiples, qu'elle finit par absorber la plupart des perturbations nerveuses observées chez les femmes.

Ainsi dépouillée peu à peu de toute physionomie caractéristique, il devint successivement difficile, impossible même, de distinguer l'hystérie d'autres formes morbides. Le désordre s'introduisit dans le cadre nosologique; car l'hystérie, telle qu'elle apparaissait aux esprits dominés par une idée théorique démesurément étendue, était devenue un véritable Protée, et l'on finit par arriver à ce paradoxe, à savoir que le caractère de l'hystérie est de ne pas en avoir, mais d'apparaître avec les formes les plus variées; paradoxe scientifique très-commode pour les esprits paresseux qui s'habituèrent facilement à voir l'hystérie dans toutes les affections obscures. Le *hystericum quid!* en effet, les dispensait de toutes les recherches par trop pénibles, tout en laissant la conscience en repos à l'endroit du diagnostic.

Cette confusion, lentement préparée, fut encore étendue par l'autorité d'un des plus grands médecins du dix-septième siècle. Thomas Sydenham, en comparant certaines affections nerveuses de l'homme avec cette hystérie protéiforme, à laquelle on avait fait peu à peu la part si large, reconnut plus d'analogies que de différences. Au lieu de remonter à la source de la confusion première, il l'étendit et la consacra en déclarant de même nature, en considérant comme dues à une même *cause première* toutes ces affections nerveuses si différentes de formes; seulement Sydenham dut par cela même renoncer à placer cette cause première dans l'utérus. Il changea le principe de la systématisation en accusant comme cause organique l'*intempérie de l'innervation* en général, ou, suivant les idées du temps, ce qu'il appelle *ataxia spirituum animalium*. La dénomination d'affection hystérique devint ainsi synonyme d'*affection nerveuse*, et l'hystérie ainsi comprise absorba, de l'aveu de Sydenham, la moitié des affections chroniques; l'hypocondrie chez l'homme comme la plupart des perturbations nerveuses observées chez les femmes, les phénomènes de la chlorose comme ceux de l'hystérie franche, furent rattachés à la même cause, confondus sous une même dénomination.

Cette confusion malheureuse, désormais couverte du prestige d'un grand nom, fut accueillie et suivie par une foule d'auteurs et de médecins des siècles passés. Boerhaave, Van Swietten, With, Tissot, l'ont appuyée de leur autorité. Pomme rejeta jusqu'au nom d'hystérie que Sydenham avait conservé par respect pour la tradition. Sous le nom d'affections *vaporeuses*, il essaya de tracer l'histoire de cette entité morbide composée de toutes les affections de ce qu'il appelle le *genre nerveux*. — Veut-on savoir ce qu'était devenue la science en suivant cette direction, que l'on ouvre Pomme. « J'appelle affections vaporeuses, dit-il, cette affection générale particulière du genre nerveux qui en produit l'irritabilité et le racornissement. » « L'énumération des symptômes, c'est Pomme lui-même qui s'exprime ainsi, est aussi vague qu'elle est étendue. Le Protée dans ses métamorphoses, suivant l'expression de Sydenham, et le caméléon avec ses différentes couleurs, n'expriment que faiblement leur variété et leur bizarrerie. »

La description est digne de ce début; elle se compose, en effet, des antithèses les plus singulières, qui permettent incontestablement de voir le genre nerveux partout et toujours.

Si la science n'avait pas démesurément étendu l'influence de l'utérus et ramené sous sa dépendance les formes morbides les plus variées, Sydenham aurait sans doute montré plus de respect pour la spécification ancienne de l'hystérie. Des esprits comme le sien, comme ceux de Boerhaave et Van Swieten, eussent difficilement prêté l'autorité de leur grand nom à une confusion nosologique qui aurait paru évidente.

Rarement, du reste, le génie s'égare tout à fait. Il y a, dans la confusion même que nous venons de signaler, une cause plus profonde qui permet de la comprendre et même de l'excuser jusqu'à un certain point. Sans doute l'hystérie est une forme pathologique distincte digne d'être conservée; mais il est incontestable aussi que cette forme spéciale procède quelquefois et se rattache à une certaine manière d'être et d'agir du système nerveux en général. C'est cette cause première générale, cet élément commun que Sydenham érigea en principe de systématisation. C'est là évidemment ce qu'il avait en vue en parlant de l'*ataxia spirituum animalium*.

La confusion que nous venons de signaler n'a, du reste, jamais été admise d'une manière générale. Hoffmann, Astruc, Cullen, plus récemment Louyer Willermay, essayèrent de maintenir l'ancien principe de spécification, en insistant sur la forme spéciale et caractéristique de l'affection hystérique. Malgré cette réaction, la confusion consacrée par Sydenham s'est maintenue jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre; car en 1830 la Société de médecine de Bordeaux demandait encore, dans une question mise au concours, de faire ressortir l'identité ou les différences entre l'hystérie et l'hypocondrie. C'est à ce concours que nous devons le travail remarquable par lequel M. Dubois (d'Amiens) a cherché à mieux déterminer les caractères nosologiques de l'hystérie.

« L'hystérie, dit M. Dubois, pour être bien appréciée, doit être suivie dans tous ses accidents symptomatiques. Il est très-difficile d'en donner une idée à la fois générale et précise; toutefois nous pouvons dire que nous ne voyons dans cette maladie, comme *caractère* fondamental, qu'une perturbation violente, ordinairement brusque, toujours intermittente, de l'innervation générale, déterminée par une surexcitation ou irritation nerveuse locale (de l'utérus), que nous ferons connaître plus particulièrement dans la suite, mais qui, dans tous les cas, est bien différente des irritations vasculaires. »

Romberg reconnaît à l'hystérie le même caractère fondamental. « On donne cette dénomination, dit l'auteur allemand, à une affection caractérisée par des phénomènes nerveux *réflectifs*, suscités par l'excitation des organes de la génération. »

Il est incontestable que cette *idée* se rapporte à un état pathologique rigoureusement déterminé; mais pour que cette *idée* pût être considérée comme le *caractère* d'une maladie cliniquement observée, il faudrait pouvoir démontrer sa réalité au lit des malades. Or, dans l'ouvrage de M. Dubois comme dans celui de Romberg, rien ne dénote une tentative de ce

---

geant de garnison, des chants et quelquefois les plus originales improvisations accompagnent le pas mesuré du soldat; en Afrique, c'est toujours dans un morne silence que nous avons vu s'écouler notre colonne par les bons comme par les mauvais chemins, par le soleil qui épanouit et par la pluie qui concentre et attriste. Parce que notre éducation et notre position nous font trouver dans notre esprit des moyens de réaction et d'utiles stimulants, nous ne devons pas oublier que le soldat n'est pas dans le même cas et qu'il faut parler à ses sens. Combien de conscrits, tout nouvellement recrutés et jetés sur une terre lointaine, regrettent le toit paternel! Ne ferons-nous donc rien pour arracher ces nostalgiques aux rêves du pays dans lesquels ils se complaisent tristement et qui aggravent leur mal, rien pour réveiller et détruire celui que l'ennui consume et que le découragement affaisse?

Hors quelques misérables *massacrades* qu'on décore du nom de razzia, et dans lesquelles l'ennemi ne riposte souvent pas même par un coup de fusil, ce qui nous est arrivé, rien n'est venu accidenter notre marche monotone et fatigante, donner de l'intérêt à nos excursions, nous montrer le but de nos travaux. Aussi le soldat ne marchait point rempli d'ardeur et d'enthousiasme; il se laissait mener, conduire, pousser... De robustes individus se présentaient en masse à nos visites de santé, quand on touchait à un lieu habité, pour tâcher d'y être laissés comme incapables de suivre les mouvements. En route, ils quittaient leurs rangs et se couchaient au bord du chemin, feignant de n'en pouvoir plus; et le chirurgien d'arrière-garde, appelé, réclamé, imploré de tou es parts, se trouvait plus d'une fois fort en peine de distinguer, en courant, le simulateur de l'homme vraiment malade.

Mais vienne l'annonce d'une razzia, presque tout le monde est sur pied, et fait sans broncher ses dix ou douze lieues, dans la nuit noire, par les plus difficiles accidents de terrain, souvent sous les coups d'une pluie froide ou des vents glacés et impétueux. Puisqu'on ne peut à volonté et assez souvent ranimer le soldat par ces *diminutifs de guerre*, il nous semble utile, urgent, de l'occuper, de le distraire, de l'égayer, d'exercer en un mot son moral comme on exerce jusqu'à l'abus son physique.

Un médecin militaire distingué, honorablement connu par ses publications sur les maladies du foie, nous lisait dernièrement avec une extrême obligeance quelques remarquables passages d'un travail complet, et encore inédit, sur la dyssenterie d'Afrique. Explorant certaines régions peu connues de l'étiologie, il rencontre quelquefois des terrains vierges qui lui donnent des produits nouveaux; ne bornant pas son horizon en se renfermant dans l'étude d'un seul ordre de causes, il embrasse toutes les influences et se tient loin du reproche d'exclusion. Plusieurs ont dit : C'est le climat, les lieux et les circonstances inhérentes au sol qui font la dyssenterie; il annonce et prouve, en faisant soigneusement la part de chaque cause, que les agents qui produisent cette maladie sont multiples. Ainsi la province d'Oran a toujours été regardée comme notre plus saine circonscription africaine par son climat et la constitution des lieux, et l'on a conclu que c'était pour cela que la dyssenterie y était plus rare que dans les autres provinces. Cette rareté relative fut bien réelle tant que ce territoire, très-partiellement occupé, ne fut point le théâtre de la guerre; mais depuis que les hostilités s'y sont transportées et presque concentrées, les choses ont bien changé : la dyssenterie est devenue aussi commune qu'ailleurs, quelquefois plus fréquente

genre. Il y a plus : en acceptant l'idée théorique comme vraie, la spécification qui n'a pas d'autre point d'appui ne laisse-t-elle pas ici à l'arbitraire une latitude tout aussi grande que celle qui, dans les siècles passés, avait fait comprendre dans l'hystérie la moitié des affections chroniques? Si l'on reconnait en effet, et c'est un fait, que la physionomie symptomatique de l'hystérie, ainsi spécifiée, est variable, et qu'indépendamment de la forme la plus fréquente, il en est d'autres très-différentes et rien moins que caractéristiques, n'est-il pas évident que pour savoir ce qui appartient à l'hystérie et ce qui ne lui appartient pas, il faudrait, avant toute chose, pouvoir *expérimentalement* reconnaître l'existence ou la non-existence de la *cause organique initiale* qui seule constitue l'*élément déterminant* de l'état pathologique? Il faudrait, non plus seulement entrevoir l'existence de cette cause comme une probabilité d'induction, mais pouvoir la démontrer comme un fait positif, indiquer enfin des moyens d'investigation propres à la faire reconnaître *au lit du malade*. Jusque-là, en effet, rien ne prouve que l'on n'a pas pris pour de l'hystérie ce qui est tout autre chose, et rien ne saurait empêcher l'*hysterium quid* des anciens de jouer son rôle dans toutes les affections nerveuses dont on ne reconnaîtra pas la cause.

Nous croyons être à même, sinon de faire franchir à la science ce pas difficile, du moins de la pousser dans cette direction. D'autres achèveront ce que nous avons commencé, comme nous-même ne ferons que compléter en partie l'œuvre de nos devanciers, en essayant de confirmer en fait les vérités d'induction que leur génie avait plus ou moins distinctement entrevues.

Pour déterminer plus nettement notre point de départ, pour rattacher aux théories du passé ce que nous aurons à dire nous-même, nous avons à examiner de plus près les idées émises sur la cause organique de l'hystérie; car jusqu'à présent nous n'avons fait que les effleurer autant qu'il était nécessaire pour faire comprendre la marche que la science a suivie dans la détermination de l'état pathologique qui nous occupe.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE.

REVUE DU SERVICE CHIRURGICAL DE M. JOBERT (DE LAMBALLE), A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846; par M. ROZÉ, interne du service.

Pendant les trois premiers mois de l'année, il s'est présenté, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'hôpital Saint-Louis : 1° *Plusieurs fractures des membres.* (Sur le traitement desquelles nous aurons occasion de revenir plus tard.) 2° *Plusieurs fractures de côtes.* 3° *Des fractures de clavicule.* (M. Jobert les traite en faisant simplement rapprocher le bras du corps et en le maintenant ainsi à l'aide d'un bandage très-large que l'on applique de manière à ce que son bord inférieur dépasse le coude, qui se trouve alors porté un peu en avant et en haut; l'avant-bras est fléchi et placé sur la partie antérieure du tronc.) 4° *Une fracture de la colonne vertébrale.* (La fracture avait son siége au niveau des dernières vertèbres cervicales et résultait d'une chute d'un troisième étage sur la région cervicale postérieure. Le diagnostic n'offrit aucune difficulté : les membres inférieurs étaient complétement paralysés; les membres supérieurs étaient eux-mêmes privés de sentiment, mais avaient conservé quelques mouvements d'abduction et d'adduction; toute la partie inférieure et moyenne du tronc était complétement paralysé. Le malade, mis sur son séant, ne put soutenir lui-même sa tête qui, immédiatement, retomba sur la partie antérieure du tronc. D'après ces symptômes, il devenait évident que la fracture siégeait à la partie inférieure de la portion cervicale de la colonne vertébrale, que la moelle épinière avait été lésée au niveau même du point d'où se détache le plexus brachial : c'est ce dont nous pûmes nous assurer à l'autopsie, qui nous permit d'observer en outre une fracture incomplète du sternum siégeant à la partie moyenne de cet os. Il est facile de se rendre compte du mécanisme de cette fracture : le malade étant tombé sur la partie postérieure du cou, la tête a été fortement penchée en avant, et le sternum, courbé de manière à présenter une convexité à la face postérieure, a été fracturé obliquement de telle sorte que sa face antérieure n'offre aucune solution de continuité, tandis qu'à sa face postérieure on remarque une fracture oblique de bas en haut et d'arrière en avant.) 5° *Trois fractures du col du fémur traitées par l'appareil ordinaire de M. Jobert ou simplement au moyen du plan incliné.* 6° *Une fracture de l'extrémité inférieure du radius.* 7° *Une luxation de l'épaule en bas.* 8° *Une luxation de l'extrémité externe de la clavicule.* 9° *Des tumeurs de différentes natures, telles que hydrocèles, varicocèle, orchite, épididymite.* (Les hydrocèles ont été traitées, les unes par l'injection iodée pure, les autres par l'injection vineuse; le nombre n'en est pas assez grand pour nous permettre d'établir un terme de comparaison entre les deux modes de traitement : nous n'en parlerons donc pas dans cette revue.) 10° *Deux abcès froids opérés tous les deux par l'injection iodée pure.* 11° *Un kyste hydatique.* (Opéré par l'injection iodée pure.) 12° *Une hydarthrose du genou droit traitée par des onctions avec la pommade au nitrate d'argent et le repos au lit.* 13° *Un ongle incarné.* 14° *Une tumeur blanche.* 15° *Un abcès enkysté de la lèvre supérieure.* 16° *Une hernie ombilicale.* 17° *Plusieurs squirrhes du sein.* 18° *Une gangrène sénile.* 19° *Une pustule maligne traitée par la cautérisation avec un fer rougi à blanc.* 20° *Plusieurs fistules à l'anus.* 21° *Une fissure à l'anus.* 22° *Un phlegmon du genou.* 23° *Une fistule recto-vaginale.* 24° Enfin, *Diverses maladies du col de l'utérus.*

I. FRACTURES DES MEMBRES.

La position de l'hôpital Saint-Louis, entouré d'usines, de fabriques, de carrières, fait que les fractures de tous genres y abondent, et que l'observation clinique de cette lésion y est facile et souvent répétée; mais avant d'entrer dans les détails particuliers sur lesquels nous aurons, dans un instant, à appeler l'attention, disons de suite quel mode de traitement M. Jobert emploie dans les cas de fractures des membres, et quels sont les appareils dont il fait habituellement usage.

Partisan de l'extension et de la contre-extension comme moyen de traitement des fractures des membres, M. Jobert a déjà depuis longtemps renoncé complétement à l'emploi de l'appareil de Scultet ou de tout autre appareil contentif. Son appareil pour les fractures du membre inférieur, quel que soit le siége de la fracture, consiste dans un coussin-gouttière sur lequel le membre fracturé est placé, d'une lanière de peau large de 3 centimètres, et d'une longueur qui varie suivant la grosseur du pied sur lequel

---

et plus meurtrière. Le climat et les lieux sont les mêmes; mais nos soldats, alors tranquilles dans les villes ou les camps, et n'ayant à subir qu'un petit nombre d'influences fâcheuses, essuient aujourd'hui tous les inconvénients liés nécessairement aux longues expéditions, et ceux que crée l'inexpérience hygiénique de gens sourds à nos représentations. Notre confrère donne des chiffres; mais pour ne pas être indiscret, et comment ne pas l'être quand on a entendu de si bonnes choses? laissons là la dyssenterie.

Puisque l'hiver de l'Afrique française est fécond en vicissitudes atmosphériques et a souvent des jours très-froids, il est présumable, *à priori*, que les affections de poitrine ne doivent pas être rares dans cette saison. Cette prévision n'est pourtant pas juste.

Il est difficile de concevoir un temps plus continuellement humide et pluvieux que celui que nous eûmes, pendant treize jours, d'Oran à Tlemcen et de Tlemcen à Oran : le pied mou et spongieux des chameaux glissait sur les pentes argileuses, et ces animaux tombaient pour ne plus se relever; les chevaux s'abattaient et les mulets s'affaissaient sous leur charge; les hommes aussi, malgré leurs bâtons, roulaient dans les ornières, quoique marchant sans ordre, en deux longues files, pour choisir le chemin resté praticable. La terre, presque partout compacte, se laissait difficilement pénétrer par l'eau, de sorte que les moments où le ciel s'éclaircit ne suffirent point pour l'évaporation de l'humidité du sol et pour le desséchement des flaques. Ajoutez que la position élevée des plateaux que nous parcourions et les crêtes voisines, couronnées de nuages, nous maintenaient dans d'épaisses et continuelles vapeurs. Voilà bien le type du temps humide!

Dans une excursion antérieure, pour ravitailler Mascara, les journées furent très-chaudes, les nuits glaciales. Enfin, nous avons dit ce que nous avons éprouvé dans l'Iagoubia et autour de Mascara.

Eh bien! nous n'avons pas vu sous la tente *une seule pneumonie*, pas de pleurésies un peu caractérisées, pas de bronchites un peu tenaces. En revanche, les diarrhées n'ont pas fait défaut. Les médecins de l'hôpital de Mascara, auxquels nous faisions part de ces observations qui sont loin d'être neuves, nous ont dit que les affections de poitrine étaient aussi fort rares chez eux. Nous constatons simplement ce fait aujourd'hui; peut-être y reviendrons-nous à propos de l'explication qu'on en a donnée en invoquant la loi d'antagonisme.

Plus nous observons, plus nous voyons les faits converger pour corroborer cette croyance que nous partageons. Le génie franchement inflammatoire règne dans les contrées froides; les phlegmasies s'y jettent sur les parenchymes qu'elles attaquent profondément; les appareils de l'hématose, doués d'une activité fonctionnelle relativement très-considérable, ont aussi une aptitude morbide exagérée; le système nerveux, dominé par la végétation, reste silencieux. Dans les pays tempérés, les affections sont mixtes; les phlegmasies, devenues moins fréquentes, perdent en profondeur ce qu'elles gagnent en diffusion, et semblent même quitter les parenchymes pour les membranes; les réactions s'allument, le système nerveux parle plus haut. Dans les chaudes contrées, la végétation pâlit, la vie de relation est exubérante; la peau devient un organe d'importance capitale, un peu aux dépens de la sécrétion urinaire; le tube digestif, languissant dans beaucoup de ses parties constituantes ou de ses annexes, exagère quelques-unes de ses fonctions, comme l'élaboration biliaire, et devient jusqu'à un cer-

elle doit être appliquée; elle est doublée et rembourrée, et se termine d'un côté par une partie plus étroite, percée de trous, tandis que l'extrémité opposée est munie d'une petite boucle pourvue d'un ardillon au milieu. Cette lanière est appliquée sur le pied, qui a été préalablement entouré de compresses longuettes, et suffisamment matelassé, de telle sorte qu'après avoir formé autour de cet organe un 8 de chiffres, la partie percée de trous est reçue dans la boucle et arrêtée au moyen de l'ardillon. M. Jobert donne aussi à cette partie de son appareil le nom d'*étrier*, sans doute à cause de la portion du 8 de chiffres qui passe en effet comme un étrier, c'est-à-dire transversalement sous la plante du pied. Cette dernière partie est munie de deux boucles sans ardillon solidement fixées, l'une vers le bord interne, l'autre vers le bord externe du pied, et sont destinées à laisser passer des courroies qui sont attachées d'une manière invariable à l'extrémité du lit, et de cette façon opèrent l'extension du membre. La contre-extension s'obtient au moyen d'une alèze pliée en cravate, que l'on passe dans l'aine, du côté opposé à celui où siége la fracture, et que l'on fixe à la tête du lit. Ce n'est pas tout : afin de rendre le membre aussi immobile que possible, ou dans la crainte qu'il ne soit soulevé par des mouvements spasmodiques involontaires, on passe au-dessus de lui une alèze pliée en cravate, puis on la fixe de chaque côté sur les parties latérales du lit.

Pour que le membre fracturé repose autant que possible sur un plan uniforme, on a soin de mettre sous le matelas sur lequel le malade est couché une planche de la longueur et de la largeur du lit.

Dans certains cas, au lieu d'appliquer le 8 de chiffres, M. Jobert se contente d'attacher avec des épingles, sur les compresses longuettes qui entourent l'articulation tibio-tarsienne, deux bandes, une de chaque côté, au niveau de chaque malléole; ces deux bandes sont ensuite fixées à l'extrémité du lit.

Tel est l'appareil simple, comme on voit, avec lequel M. Jobert traite les fractures du membre inférieur. Nous verrons tout à l'heure quels sont les avantages qu'il présente; mais avant, si nous jetons un coup d'œil rapide sur l'histoire de la méthode à extension continue employée comme traitement des fractures du membre inférieur, nous verrons que l'idée de mettre le membre inférieur fracturé dans une extension permanente est loin d'être nouvelle; on la rencontre en effet déjà dans Hippocrate, qui avait inventé un appareil d'extension permanente pour la jambe; d'autres chirurgiens de son temps attachaient le bas de la jambe à un pieu fiché en terre. Galien parle aussi d'un médecin de Pergame, son contemporain, qui avait construit pour le fémur un appareil à extension continue.

Cette méthode, longtemps abandonnée, reparait au moyen âge, avec Guillaume de Salicet, qui fixait la cuisse et la jambe, sur plusieurs points, à une longue gouttière; Guy de Chauliac lui-même, tout en employant les fanons et les grandes attelles, opérait l'allongement à l'aide d'un poids de plomb attaché au pied par une corde qui jouait sur une poulie.

Au dix-huitième siècle, on proclamait partout la nécessité de l'extension permanente qui se faisait par des poids ou par des liens fixés au pied du lit, et la contre-extension, dont on s'occupait alors pour la première fois, Arnaud l'opérait à l'aide d'un pieu qui traversait le centre du lit appuyant contre le périnée du malade. Desault fit usage de l'extension permanente et la préconisa au point de la faire adopter. Aitken, chirurgien anglais, employa enfin l'extension permanente et l'accommoda avec les idées qui étaient à cette époque généralement adoptées en Angleterre, c'est-à-dire à la position demi-fléchie du membre inférieur.

Au dix-neuvième siècle, nous voyons Boyer, en France, et Samuel Cooper, en Angleterre, faire usage de l'extension permanente dans les fractures de la cuisse. Pour appliquer son appareil, Boyer attendait sept à huit jours et même davantage, en un mot jusqu'à ce que l'inflammation fût complétement dissipée. D'autres chirurgiens modernes ont encore employé l'extension permanente en l'associant à d'autres méthodes de traitement; ainsi M. Seutin, partisan des bandages inamovibles, a grand soin d'unir à ses appareils l'extension continue.

Comme on le voit d'après le résumé rapide que nous venons de présenter, l'extension permanente, employée de tous temps, l'a été le plus souvent d'une manière incomplète, puisque ce ne fut qu'au dix-huitième siècle qu'on songea à joindre à l'extension la contre-extension, indispensable cependant pour que l'extension fût logique et de quelque utilité pour le malade.

Cette méthode d'ailleurs, à aucune époque, n'a jamais été généralement adoptée; les appareils contentifs, amovibles ou inamovibles, ont toujours joui d'un privilége que les chirurgiens modernes ne paraissent pas disposés à abandonner. Nous ne contesterons en aucune manière la raison de leur préférence; mais s'il nous était permis de la discuter, nous dirions qu'il nous paraît évident que, dans le cas de fracture du membre inférieur, l'extension et la contre-extension de ce dernier sont les premières indications à remplir, que c'est toujours à elles qu'on a recours pour opérer la réduction. A la vérité, celle-ci une fois obtenue et la coaptation une fois faite, la plupart des chirurgiens modernes, pensant qu'il ne s'agit plus que de maintenir les fragments dans les rapports où les ont mis l'extension et la contre-extension trouvent là l'indication de leurs appareils contentifs. Mais n'est-il pas évident que si c'est au moyen de l'extension et de la contre-extension que l'on obtient la réduction d'une fracture, le rapport entre les fragments sera encore bien mieux maintenu si l'on continue l'emploi des forces qui l'ont établi primitivement, et qui le plus souvent suffisent non-seulement pour obtenir la réduction, mais encore pour opérer la coaptation. Je sais qu'il y a des cas où cette dernière est difficile, quelquefois même impossible; or, dans ces cas, par les appareils contentifs convenablement appliqués, on n'obtient rien de plus. Si donc la méthode à extension permanente n'avait pas d'autre avantage, son emploi se trouverait suffisamment justifié par cette raison qu'elle satisfait à la première de toutes les indications à remplir dans le traitement d'une fracture du membre inférieur.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des fractures du membre inférieur. C'est qu'en effet on ne trouve, dans les auteurs, que bien peu de chose, pour ne pas dire rien, sur l'application de la méthode à extension continue aux fractures du membre supérieur. Le terrain, sous ce rapport, est resté presque complétement inexploré. Cette lacune a été comblée dans ces dernières années par M. Jobert, qui, pour les fractures du bras, applique l'appareil suivant, je dis pour les fractures du bras, car, dans le cas où la fracture a son siége à l'avant-bras, l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis fait usage de l'appareil ordinairement employé, que tout le monde connaît et que je n'ai pas besoin de décrire.

Après avoir disposé le lit comme pour les fractures du membre inférieur, on place le bras dans un coussin-gouttière, de manière à ce qu'il soit peu écarté du tronc. Cela fait, on entoure la partie inférieure du bras, immédiatement au-dessus du coude, de compresses longuettes suffisamment serrées pour que la traction qui sera exercée sur elles ne puisse leur faire franchir la saillie du coude. L'avant-bras, qui est légèrement fléchi sur le bras, est,

---

tain point l'aboutissant des influences malfaisantes, comme les organes respiratoires, ici presque sans rôle dans la scène pathologique, étaient tantôt le point de convergence des phlegmasies.

Les feux du camp pâlissent et s'éteignent, et l'on n'entend plus que les pas des sentinelles de garde aux faisceaux d'armes. A une autre fois, mon cher confrère. J'aurai à vous faire un peu de topographie médicale à propos des fièvres paludéennes, et à discuter quelques idées de l'honorable M. Boudin.

— Nous avons déjà annoncé que le choléra a reparu dans plusieurs provinces de la Perse, où il fait de grands ravages dans toutes les principales villes. L'épidémie s'est répandue depuis Bockhara jusqu'à Herat et Meshio, puis elle a pris la direction du sud de la mer Caspienne jusqu'à Teheran et à Ispahan. Les nouvelles récentes d'Odessa portent qu'elle a traversé le territoire russe et a paru à Tiflis, se dirigeant vers le nord entre la mer Caspienne et la mer Noire. D'un autre côté, le choléra s'est déclaré tout à coup à Orenburg, dans les mines des monts Ourals; il a traversé le Volga, et a fait son apparition en Europe à Casan, à près de 2,000 kilomètres de Saint-Pétersbourg.

Si les détails qu'on a reçus sont exacts, la maladie a suivi une direction fort irrégulière : elle s'est avancée de l'ouest au nord, et elle ne paraît pas avoir suivi les bords des fleuves comme à l'époque de la grande irruption de 1828 à 1832. Le choléra, qui a fait tant de ravages en France en 1831 et 1832, avait ravagé la Perse pendant sept ans, de 1823 à 1830. Sa première apparition date de 1828, à Orenbourg, et elle était restée aux environs de cette ville pendant cinq ans. Elle reparut à Orenbourg en 1829, et lors de cette seconde irruption, ses ravages furent si grands, que plus du dixième de la population fut attaqué, et le quart des personnes attaquées fut rapidement emporté. Il se déclara à Saint-Pétersbourg en juillet 1831, et en France au mois d'octobre de la même année.

A Tiflis, où le fléau paraît exercer de nouveaux ravages, sa première apparition avait enlevé les trois quarts des personnes attaquées.

Le bruit courait en outre à Constantinople, à la date des dernières nouvelles, que le choléra avait éclaté dans l'armée russe du Caucase.

— CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE CHIRURGIEN-ÉLÈVE EN 1846. — Un concours sera ouvert le 25 août prochain pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement à Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire dans les bureaux de l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il lui sera donné, dans ces bureaux, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au JOURNAL MILITAIRE.

Les chirurgiens-élèves de première division des hôpitaux d'instruction reçoivent une indemnité annuelle de 400 francs. Cette indemnité est fixée à 600 francs pour les chirurgiens-élèves de l'hôpital de perfectionnement.

ainsi que la main, dans la pronation de telle sorte qu'il repose sur le coussin par sa face antérieure et son bord interne. Deux liens sont attachés après les compresses longuettes, l'un en dessus du bras, l'autre en dessous, et sont ensuite solidement fixés à l'extrémité du lit; ce sont ces liens, comme il est facile de le comprendre, qui font l'extension. Quant à la contre-extension, on l'obtient à l'aide d'une cravate ou d'une bande placée dans l'aisselle du côté où siége la fracture et qui est fixée ensuite à la tête du lit, de manière à exercer une traction dans une direction perpendiculaire au moignon de l'épaule et par conséquent parallèle à l'axe du bras ou à la direction suivant laquelle l'extension est exercée. Dans le but de remplacer ces liens qui se relâchent toujours plus ou moins, M. Jobert a fait confectionner une espèce de bracelet qui, après avoir entouré l'extrémité inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras, vient se lacer à la partie du membre située en dehors. Ce bracelet, qui peut être serré à volonté, décrit dans sa portion interne une courbe concave pour s'accommoder à la position fléchie de l'avant-bras sur le bras et présente à la partie moyenne de sa face supérieure une boucle sans ardillon, destinée à laisser passer une courroie suffisamment longue pour pouvoir être fixée à l'extrémité du lit.

Tels sont les appareils que M. Jobert emploie depuis plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement des fractures des membres, et jusqu'à présent il n'a eu qu'à se louer de leur usage. A défaut de tout autre raisonnement, les relevés statistiques suffiraient donc pour démontrer que, quant au résultat, ils sont au moins aussi avantageux que ceux que l'on obtient par le moyen des appareils contentifs qui présentent des inconvénients, comme il est facile de s'en convaincre.

A l'aide de ses appareils, M. Jobert obtient des consolidations plus promptes, et cela se conçoit sans peine : la formation plus ou moins rapide du cal est nécessairement en rapport direct avec l'activité plus ou moins grande de la circulation veineuse et artérielle; or l'appareil contentif, par la compression qu'il exerce sur tout le membre, apporte un obstacle à la circulation, ralentit le cours du sang et gêne par conséquent l'arrivée des matériaux nécessaires à la formation du cal; l'appareil à extension continue au contraire, tel que nous l'avons décrit plus haut, ne comprime en rien les tissus au milieu desquels existe la fracture, ne gêne nullement la circulation et en permettant au fluide sanguin d'arriver avec plus de facilité rend plus prompte l'élaboration des différents éléments de ce liquide qui doivent servir à la consolidation. C'est là un fait que l'on pouvait presque prévoir *à priori*, et dont les résultats sont venu apporter la vérification. De plus, le membre n'est nullement atrophié; il conserve son volume normal, sa vitalité, et sous ce point de vue l'appareil dont nous parlons abrége le temps de la convalescence. Ce sont là, comme on le voit, des avantages réels, positifs, que nous avons entendu exprimer plusieurs fois à M. Jobert lui-même, et que nous justifierons d'ailleurs en rapportant quelques observations.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture compliquée, M. Jobert fait appliquer le même appareil, et c'est surtout dans ce cas qu'il présente un incontestable avantage sur tous les appareils contentifs. En effet, il permet de renouveler aussi souvent que le chirurgien le juge convenable l'application des topiques ou des pansements nécessaires sans être obligé pour cela de défaire un appareil qui, le plus souvent, ne peut être changé sans faire éprouver au membre fracturé quelque ébranlement. Il permet en outre au chirurgien de voir et d'apprécier chaque jour ce qui se passe, et d'apporter au traitement local les modifications qui sont souvent rendues nécessaires par l'apparition d'accidents imprévus, comme l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, etc., accidents si communs à l'hôpital Saint-Louis et sur lesquels nous aurons à revenir plus tard.

Sous le point de vue qui nous occupe, il n'est pas besoin, je crois, de discuter l'avantage que présente l'appareil employé par M. Jobert, lorsqu'on le compare : 1° à ceux mis en usage par les chirurgiens du temps de Rhasès, qui, lorsqu'il y avait plaie, se contentaient d'appliquer un appareil comme dans les cas ordinaires, en ayant soin seulement que les bandes ne recouvrissent pas la plaie qui restait à nu et accessible aux pansements que le chirurgien jugeait utiles; 2° à ces appareils inamovibles auxquels on pratiquait au niveau de la plaie une ouverture ou une *fenestre*, pour me servir de l'expression d'Ambroise Paré.

Quant aux appareils hyponarthéciques de M. Mayor (de Lausanne), ils présentent bien, à la vérité, l'avantage de laisser le membre à découvert; mais ils ne sont applicables qu'au membre inférieur, tandis que l'appareil de M. Jobert s'applique aussi bien au membre supérieur qu'à l'inférieur.

Pour terminer ce que nous avons à dire sur le traitement des fractures des membres, il nous reste à rapporter quelques observations qui seront la justification de ce que nous avons énoncé dans le courant de cet article, qui a pour but de constater des résultats sans préjudice pour ceux qui peuvent être obtenus par d'autres chirurgiens au moyen de la même méthode de traitement.

FRACTURE COMMINUTIVE DE L'HUMÉRUS DU CÔTÉ DROIT. — PLAIE DE TÊTE AVEC DÉCOLLEMENT DU CUIR CHEVELU ET DU PÉRICRANE.

OBS. I. — Le nommé Réveillon, âgé de 10 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 1er février 1846.

Cet enfant, d'une constitution assez bonne, quoique d'un tempérament lymphatique, voulant traverser la rue avant un cabriolet qui venait à lui, n'en eut pas le temps; il fut atteint par le cheval, renversé la face sur les pavés. Le cheval lui plaça un de ses pieds sur le crâne, dans les régions temporo-pariétale et occipitale du côté droit; il en résulta une plaie en arc de cercle d'une étendue de 13 ou 14 centimètres. Le cuir chevelu fut décollé dans toute la surface comprise entre l'arc et sa corde, et l'os fut dénudé dans une étendue d'une pièce de 2 francs correspondant à la bosse pariétale postérieure. Après avoir nettoyé la plaie, les bords sont rasés et les lèvres rapprochées au moyen de rondelles d'agaric appliquées sur le lambeau décollé.

Le bras du côté droit, sur lequel la roue du cabriolet a passé, est douloureux à la moindre secousse que lui imprime le corps; en l'examinant, on voit qu'il est le siége d'une déformation considérable. Une saillie a lieu en avant et en dehors du bras, au niveau de l'insertion humérale du deltoïde. Cette saillie est formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur; elle est située à environ quatre travers de doigts au-dessous de l'acromion.

En imprimant des mouvements au membre, on constate au niveau de la saillie dont nous avons parlé une mobilité considérable et une crépitation manifeste qui permet de constater dans ce point l'existence de plusieurs fragments.

L'extrémité supérieure du fragment inférieur est portée en haut et en dedans.

En mesurant comparativement les deux membres, on voit qu'il y a un raccourcissement de 1/2 centimètre; en effet, de l'acromion à l'épicondyle du côté malade, nous trouvons 21 centimètres, tandis que du côté gauche, nous trouvons une longueur de 21 centimètres 1/2.

Les mouvements du bras droit sont complétement impossibles; pas de tuméfaction notable ou d'épanchement au niveau de la fracture.

L'état général est assez satisfaisant; il n'y a pas de réaction fébrile; pouls lent; peau fraîche.

2 février. Le malade n'a pas dormi de la nuit. Il est survenu un peu de gonflement du bras au niveau du foyer de la fracture.

La saillie de l'extrémité du fragment supérieur a diminué. (Saignée d'une palette. — On applique l'appareil décrit plus haut. — Cataplasmes froids sur le bras.)

Le 4 février et les jours suivants l'état du membre est satisfaisant; le gonflement a disparu sous l'influence des cataplasmes.

Le 25 février la consolidation de la fracture est complète, et on ne peut constater la moindre mobilité en cherchant à faire basculer les deux fragments. (La contre-extension est retirée depuis deux jours.)

1er mars. A la suite de mouvements nombreux exécutés par cet enfant pendant son sommeil, les deux fragments, qui n'étaient encore réunis que par un cal assez mou, ont formé une courbure à convexité antérieure. (On applique de nouveau un appareil complet, et un bandage de corps, placé en travers sur le dos, est destiné à combattre la courbure de l'os.)

14 mars. La consolidation est complète et l'os paraît maintenant assez solide pour ne plus subir d'incurvation. L'appareil est retiré, mais le bras est encore laissé appliqué dans un coussin-gouttière.

Le 18 on permet au malade de se lever, et le 22 il sort de l'hôpital. Le bras ne présente aucune déformation, le cal n'est pas volumineux, sa longueur est la même que celle du côté sain, c'est-à-dire 21 centimètres et demi; ses mouvements sont faciles et s'exécutent aussi bien à droite qu'à gauche.

Quant à la plaie de tête que nous avons mentionnée plus haut, elle ne présenta rien de particulier; sa cicatrisation fut cependant retardée par suite d'un abcès qui se développa au niveau de l'endroit où le pariétal avait été mis à nu.

Le 8 janvier, M. Jobert pratiqua une incision partant de la plaie et aboutissant au foyer. Il s'écoula une assez grande quantité de pus et de sang. (Pansement avec des rondelles d'agaric et une compression moderée.)

Le 25 février, la plaie est presque complétement cicatrisée; il existe cependant encore quelques bourgeons charnus sur lesquels on passe légèrement la pierre infernale.

Quelques jours après la cicatrice est complète.

FRACTURE COMPLIQUÉE DU BRAS; RUPTURE DU BICEPS; GUÉRISON.

OBS. — Le 13 janvier 1846 entra à l'hôpital Saint-Louis le nommé Soissons (Louis-Constant), âgé de 34 ans, charretier.

Cet homme, d'une constitution assez forte, reconduisait chez lui sa voiture, qui était fortement chargée de fumier, lorsqu'à la suite d'un faux pas il tomba sur le pavé, à un pied environ au devant de la roue, large de 17 centimètres. Son bras droit, fortement tendu, était écarté du tronc, de manière à faire avec lui un angle droit. Soissons fit immédiatement de violents efforts pour dégager son bras, mais il n'en eut pas le temps et la roue lui passa sur le milieu du bras, après quoi elle écrasa l'extrémité inférieure de la phalange unguéale, que le blessé n'avait pas pu retirer assez promptement. Il en résulta les lésions suivantes, que nous constatâmes lorsque le lendemain le malade fut apporté à l'hôpital.

Sur la peau du bras il existe plusieurs plaies, dont trois siégent à la partie interne; à la partie externe on n'en rencontre qu'une seule. Ces plaies sont très-profondes, n'ont qu'une étendue de 3 à 4 centimètres de circonférence; elles offrent un aspect gris rougeâtre; elles semblent formées par des chairs boursouflées, comme fongueuses. Au niveau de l'épitrochlée, il existe également

une plaie qui n'offre ni plus d'étendue ni plus de profondeur que les précédentes. Le bras est considérablement tuméfié et augmenté de volume; sa circonférence, mesurée comparativement à celle du côté opposé, donne une différence de 7 centimètres. Du côté sain, en effet, nous ne trouvons que 27 centimètres, tandis que du côté malade il y en a 34. De ce côté, il existe de plus un raccourcissement de 2 centimètres. La partie supérieure du bras est le siége d'un vaste épanchement, tel que par la palpation on constate non-seulement de la fluctuation, mais encore un bruit particulier de clapotement. En imprimant au membre des mouvements en différents sens, on reconnaît facilement l'existence de deux fractures, dont l'une a son siége au niveau du tiers inférieur du bras et l'autre à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. La première est simple, paraît transversale et sans déplacement; la seconde, au contraire, est comminutive et les fragments sont écartés l'un de l'autre, de telle sorte que l'extrémité inférieure du fragment supérieur est portée en dehors et un peu en avant, tandis que l'extrémité supérieure du fragment moyen est portée en dedans et un peu en arrière. A la partie inférieure du bras, comme à sa partie supérieure, on constate facilement une crépitation, qui supérieurement se présente avec le caractère qu'elle a ordinairement dans les fractures comminutives lorsqu'il existe un grand nombre de fragments.

La phalange unguéale du pouce est également le siége d'une plaie contuse, circulaire, qui entoure le pouce dans presque toute sa circonférence; les chairs sont fortement contuses, mais sans escarre. Là aussi il existe une fracture, et il est facile de sentir au fond de la plaie l'extrémité supérieure du fragment inférieur.

Malgré la gravité des lésions que nous venons d'énumérer, l'état général est assez satisfaisant, le pouls est plein, sans fréquence. (Limonade citrique édulcorée, saignée de trois palettes. Le pouce est pansé avec de la charpie trempée dans de l'eau de guimauve. Quant au bras, on applique l'appareil que nous avons décrit plus haut.)

Le 15, même état, le malade n'a pas dormi; il se plaint d'un très-violent mal de reins. (Cataplasmes laudanisés sur le bras.)

Les jours suivants, la position du malade ne se modifie que légèrement; cependant son état général devient meilleur, il souffre beaucoup moins des reins et passe d'assez bonnes nuits.

Le 21, les plaies du bras sont blafardes; M. Jobert, dans la crainte qu'elles ne soient envahies par la pourriture d'hôpital, les cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 24, l'épanchement est toujours considérable à la partie interne du bras; la plaie qui existe dans cet endroit est plus profonde, elle communique avec le foyer de l'épanchement, ce qui fait que, par des pressions méthodiquement exercées au niveau de ce dernier, on détermine un bruit de liquide mêlé à des gaz; ceux-ci, par la pression, s'échappent en partie par la plaie, accompagnés d'une matière liquide couleur lie de vin. (On continue les cataplasmes.)

Le 25, M. Jobert, à l'aide d'une sonde cannelée introduite dans la plaie qui existe au niveau même de l'épanchement, constate un décollement de la peau dans une étendue assez considérable. Il pratique alors, à l'aide d'un bistouri, une incision de 4 à 5 centimètres de longueur. Cette incision donne issue à une assez grande quantité de sang liquide et en caillots, de pus, et de tissu cellulaire gangrené. On laisse dégorger les parties pendant quelque temps, et on panse à plat avec un linge troué enduit de cérat et par-dessus de la charpie trempée dans la décoction aromatique. Quant à l'état général, il est assez satisfaisant.

26. Il s'écoule par la plaie une assez grande quantité d'un liquide brunâtre, couleur lie de vin, au milieu duquel se trouvent des lambeaux de tissu cellulaire gangrené. (Même pansement renouvelé le soir.)

27. L'état général est très-satisfaisant; la plaie a le même aspect et laisse couler un liquide qui a la même couleur qu'hier. Le membre a considérablement diminué de volume, et l'on peut constater d'une manière évidente la position réciproque des fragments. On constate alors qu'ils sont dans un rapport aussi parfait que possible. M. Jobert, à l'aide d'un bistouri boutonné, agrandit la plaie supérieurement et la prolonge jusqu'à celle qui a servi à l'introduction de la sonde cannelée.

29. La plaie se nettoie; la suppuration devient de bonne nature. Au fond de la plaie, on aperçoit un bandeau flasque et flottant, qu'au premier abord on prend pour une masse de tissu cellulaire gangrené; mais, au moyen de tractions, on s'assure que ce prétendu tissu cellulaire n'est rien autre chose qu'une portion du muscle biceps, qui a été rompu d'une manière si nette qu'on le croirait bien plutôt coupé avec un instrument tranchant.

30. L'appareil du pansement enlevé, cette portion du muscle biceps vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. M. Jobert l'excise avec des ciseaux, dans une étendue de 4 centimètres environ. On constate alors qu'elle est d'une couleur terne, blafarde, ressemblant assez bien à de la viande cuite; que, sur plusieurs points de sa surface, elle présente des taches noires de peu d'étendue. Quant à la plaie, elle prend de jour en jour un aspect meilleur; supérieurement et inférieurement, on aperçoit les extrémités coupées du muscle biceps. La section est aussi régulière en bas qu'en haut; dans ce dernier point, elle a été opérée par la force extérieure.

4 février. La plaie commence à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature. (Le malade mange deux portions.)

Les jours suivants, la plaie se recouvre de plaques blanches albumineuses; on cautérise avec le crayon de nitrate d'argent; cela suffit pour redonner à la plaie l'aspect vermeil qu'elle avait avant.

Le 10 février, la plaie de la partie interne du bras marche vers sa cicatrisation; mais à la partie antérieure du bras, au niveau même de la fracture supérieure, il existe un point rouge, douloureux, sensible à la pression qui présente une fluctuation manifeste. M. Jobert pratique dans ce point une incision de 2 centimètres et demi, laquelle donne issue à une assez grande quantité de pus. Cette nouvelle plaie ne présenta rien de particulier et se cicatrisa promptement.

Le 25, le malade est détaché; mais le bras est laissé sur le coussin-gouttière; les plaies sont presque complétement cicatrisées; le cal est encore mou et peu dense.

Le 10 mars, la cicatrisation des plaies est complète, le cal plus solide. On permet au malade de se lever, seulement, pour prévenir les courbures du cal, on a soin d'appliquer au niveau de la fracture deux attelles garnies qui sont maintenues avec une bande. Ces attelles sont retirées quelques jours après, et l'on constate que non-seulement elles n'ont pas empêché le cal de se courber, mais encore qu'elles ont produit des excoriations à la peau qui ne permettent pas d'en continuer l'usage. On défend donc de nouveau au malade de se lever, et on réapplique l'appareil. Il est curieux de voir la facilité avec laquelle le cal se courbe et se redresse. Le plus petit effort que le malade fait dans son lit suffit pour produire une courbure qu'il est aussi facile de faire disparaître. On surveille avec soin chaque jour ce qui se passe.

Le 22 mars, le cal est tout à fait solide; on retire de nouveau l'appareil.

Quelques jours après, on permet au malade de se lever.

Le 9 avril, il sort de l'hôpital dans l'état suivant :

A la partie interne du bras, ainsi qu'à sa partie antérieure, il existe une cicatrice linéaire, tandis qu'au niveau de l'épitrochlée on rencontre une plaie circulaire profonde que les attelles ont contribué à agrandir. Le bras est encore un peu plus volumineux que celui du côté opposé; c'est surtout vers l'articulation du coude qu'existe la tuméfaction la plus considérable; dans cette région, en effet, il existe sur la circonférence comparée des deux membres une différence de 4 centimètres. Il y a 25 centimètres du côté sain et 29 du côté où a existé la fracture.

Sous le rapport de la longueur, il n'y a aucune différence appréciable entre les deux membres. Le bras fracturé est parfaitement droit, et la tumeur du cal, assez volumineuse, est d'une remarquable régularité.

Les mouvements de l'épaule sont parfaitement conservés; ceux du coude, quoique restreints, existent cependant.

Quant à la fracture de la phalange unguéale du pouce, elle n'a présenté rien qui mérite de fixer l'attention; comme celles du bras, elle est parfaitement consolidée lorsque le malade sort de l'hôpital.

Les deux observations que nous venons de rapporter sont intéressantes sous plus d'un point de vue. Dans la première, nous voyons la consolidation s'opérer au bout de vingt-cinq jours. Il est vrai que le cal, à cette époque, n'est pas encore solide, il est mou, et s'il ne permet pas de constater de la mobilité entre les fragments, il se prête cependant à se laisser courber sous l'influence des mouvements exécutés par le malade dans son lit; on fut donc obligé de réappliquer l'appareil, qui fut définitivement retiré le 14 mars; le bras alors ne présente plus aucune déformation, et l'on ne constate pas le moindre raccourcissement. Comme on le voit, s'il est important de bien maintenir le rapport constant entre les fragments; cette importance n'est cependant pas aussi grande qu'on pourrait le présumer au premier abord : il suffit en effet de surveiller avec soin le moment où le cal va devenir solide, et assurément aucun appareil ne permet d'exercer cette surveillance avec autant de facilité que celui qui a été appliqué.

La seconde observation a présenté, quant à la courbure du cal, les mêmes phénomènes que la première, ce qui n'a pas empêché le malade de guérir complétement, sans aucune difformité, et cela sans qu'on ait eu besoin d'appliquer aucun appareil contentif. Je me trompe, on posa deux attelles maintenues par une bande, afin que le malade pût se lever sans inconvénient; mais on se le rappelle, on fut bientôt obligé d'enlever cet appareil, qui empêchait bien à la vérité le cal de se courber, et qui, sous ce rapport, convenait sans doute parfaitement s'il n'avait eu le grave inconvénient de faire considérablement souffrir le malade, et de produire sur la peau des excoriations dont on constata l'existence lorsqu'il fut enlevé. Dans cette observation, une chose bien digne de remarque, c'est la rupture du biceps, rupture qui était si précise et si nette qu'on aurait assuré au premier abord que la section avait été opérée par l'instrument tranchant. M. Jobert a pensé que la violence extérieure avait été exercée sur le muscle au moment où celui-ci était fortement contracté, et que c'était à cette considération qu'il fallait attribuer cette rupture opérée sans aucune espèce de déchirure. Une portion assez considérable du biceps se gangrena, et l'on fut obligé d'en faire l'excision. Il en résulte que le malade se trouve maintenant privé de l'action du muscle fléchisseur de l'avant-bras; cependant nous avons noté que l'avant-bras pouvait encore exécuter des mouvements de flexion qui sont alors sous l'influence unique du muscle brachial antérieur. Il sera curieux de revoir ce malade plus tard, afin de constater jusqu'à quel point il pourra exécuter les mouvements de flexion. Il est probable que sous ce rapport les forces auront diminué.

FRACTURE DE JAMBE COMPLIQUÉE DE PLAIE; ISSUE DU FRAGMENT SUPÉRIEUR; GUÉRISON.

OBS. III. — Le nommé Locqueux (Joseph), âgé de 44 ans, journalier, entra à l'hôpital Saint-Louis le 28 décembre 1845, pour y être traité d'une fracture du tibia siégeant au niveau du tiers inférieur de la jambe. Cet homme, étant chargé d'un sac de farine, fut renversé en arrière. Au moment de cette chute, son pied

se trouvant fixé d'une manière invariable, il en résulta que le tibia droit, ne pouvant suivre le mouvement imprimé par le corps, se fractura obliquement; alors le fragment supérieur se porta en avant et perfora les téguments par son extrémité inférieure. C'est dans cet état que le malade fut apporté à l'hôpital Saint-Louis.

M. Jobert pratiqua la réduction sans avoir besoin de faire ni résection de l'os ni débridement des parties molles. Cela fait, on appliqua immédiatement l'appareil que nous avons décrit plus haut. Il fut laissé jusqu'au 13 février. On détacha alors l'extension et la contre-extension, et quelques jours après Locqueux commença à se lever; enfin, le 23 février 1846, il sortit de l'hôpital dans l'état suivant:

La jambe est droite, régulière, et ne paraît nullement raccourcie. A 11 centimètres de la malléole externe existe une tumeur formée par le cal: c'est dans ce point qu'existait la fracture. A 1 centimètre en dedans de cette saillie, on voit une cicatrice linéaire de 1 centimètre 1/2 de longueur. Il n'y a aucune différence entre les deux membres quant à la longueur.

Au niveau de la fracture, la circonférence du membre est de 25 centimètres, tandis qu'elle n'est que de 23 1/2 du côté sain.

Cette observation, je crois, n'a besoin d'aucun commentaire; nous pourrions en citer plusieurs autres, qui toutes prouveraient la supériorité de l'appareil de M. Jobert. Forcé que nous sommes de nous restreindre, nous avons hâte de citer quelques faits curieux dont nous avons été témoin.

Il y a un principe bien connu de tous les chirurgiens: c'est que, dans toutes les lésions résultant de causes physiques, la nature, n'abandonnant jamais ses droits, travaille toujours à réparer les parties désorganisées. Ce travail plus ou moins actif, suivant les conditions plus ou moins favorables dans lesquelles se trouvent les malades, a pour but ou bien de rétablir le mieux possible les organes dans leur état normal, ou bien d'accélérer leur chute lorsque la désorganisation a été portée assez loin pour produire leur mortification. Dans ce cas, en effet, les parties gangrenées sont séparées du reste du corps, et alors commence le travail de cicatrisation qui quelquefois s'opère avec une telle promptitude, que le chirurgien lui-même est émerveillé de cette puissance réparatrice devant laquelle cependant il ne reste pas simple spectateur; il est, en effet, souvent d'un grand secours pour éloigner les causes qui non-seulement peuvent, en apportant un obstacle plus ou moins sérieux, retarder la guérison, mais même l'entraver complétement et compromettre la vie du malade. C'est ce qui est arrivé dans le fait que nous allons rapporter.

PLAIE DU BRAS PAR ARRACHEMENT; FRACTURES MULTIPLES; DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE; GUÉRISON.

Obs. I. — Le 21 janvier 1846 fut apportée à l'hôpital Saint-Louis une jeune fille nommée Berson (Émilie), âgée de 15 ans, fileuse. Travaillant dans une mécanique à filer la soie, elle eut le petit doigt de la main gauche pris par la machine qui, continuant son mouvement de rotation, attira successivement la main, l'avant-bras et le bras qui furent instantanément broyés jusqu'à la partie supérieure du bras. La clavicule elle-même fut fracturée comminutivement à la réunion de son quart externe avec les trois quarts internes. L'articulation de l'épaule fut ouverte; la peau qui recouvre le bras, le quart externe de la clavicule et la région correspondante à la paroi antérieure de l'aisselle fut complétement détruite; le muscle deltoïde a disparu, ainsi que les différents muscles qu'on rencontre dans cette région, et toute la partie supérieure du bras présente l'aspect d'une pâte homogène, au milieu de laquelle on reconnaît difficilement les fibres musculaires. Toutes ces parties sont froides et ont cessé de vivre, et ne laissent d'autre ressource que d'achever la désarticulation.

Il n'y a d'ailleurs aucun écoulement de sang. On envoya immédiatement chercher M. Jobert qui s'empressa d'accourir, et qui, après avoir constaté l'état des parties, remit au lendemain pour faire l'opération, à cause de l'état de commotion où la malade se trouvait plongée.

Le 22, la malade, sortie de son état de stupeur, demande à être débarrassée de son membre, et le matin même l'opération est pratiquée. M. Jobert n'avait pas ici le choix du procédé; forcé d'agir sur des tissus qui ont été détruits presque entièrement et qui ne permettent pas de tailler des lambeaux assez grands pour recouvrir la plaie, il introduisit un couteau interosseux entre la tête de l'humérus et la cavité glénoïde; puis il coupa devant lui de haut en bas, en laissant seulement un petit lambeau faisant partie de la région axillaire. Il ne s'écoula que peu de sang; l'artère axillaire fut liée ainsi que quelques autres artères. La plaie résultant de l'opération est pansée avec un linge troué enduit de cérat, et par-dessus de la charpie sèche; le tout fut maintenu avec un bandage de corps.

La malade supporta assez bien cette opération; la journée fut assez bonne.

Le lendemain on lève l'appareil et on constate que la plaie est dans un état satisfaisant; à sa partie supérieure, on voit l'extrémité externe du fragment interne de la clavicule qui fait saillie au dehors. On applique le même pansement que la veille.

Les jours suivants, l'état général continue d'être satisfaisant; il survient cependant un peu de diarrhée que l'on combat par un régime sévère et le diascordium. Quant à la plaie, elle ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus; la suppuration, d'abord abondante, diminue peu à peu au point que l'on n'est plus obligé de panser la malade qu'une fois par jour; la cicatrisation commence et marche avec une vitesse qui a quelque chose d'extraordinaire; elle fut cependant entravée plusieurs fois: 1° par la pourriture d'hôpital qui fut constamment combattue avec succès au moyen de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure; 2° par un abcès qui se développa à la partie inférieure de la plaie et qui fut ouvert, et l'incision qui fut pratiquée ne tarda pas à se cicatriser; 3° enfin par la portion de clavicule faisant saillie au dehors. Cette portion d'os se nécrosa, et M. Jobert opéra avec des pinces l'extraction de la partie nécrosée.

A partir de ce moment aucun accident ne vint plus entraver la marche de la cicatrisation, qui aujourd'hui est à peu près complète. Il ne reste plus qu'un point de peu d'étendue qui n'est pas encore cicatrisé. Depuis longtemps déjà la malade se lève; son état général est très-satisfaisant, et rien ne s'opposerait à ce qu'elle sortît de l'hôpital.

Comme on le voit, le fait prouve d'une manière incontestable qu'il ne faut jamais désespérer des efforts de la nature; ils sont ici d'autant plus évidents qu'ils avaient à lutter contre une constitution lymphatique, considérablement débilitée par les privations et la misère; mais si dans de pareilles circonstances nous devons accorder à la nature une large part dans la guérison obtenue, nous devons dire aussi que le rôle du chirurgien n'a pas été entièrement passif; et d'abord se présentait à lui une question sur laquelle tous les pathologistes ne sont pas d'accord, celle de savoir si l'amputation immédiate devait être pratiquée; or on a vu que M. Jobert avait préféré remettre l'opération au lendemain se fondant sur ce qu'il valait mieux au risque de causer à la malade quelques douleurs de plus, attendre que l'état de commotion se fût dissipé et que la vitalité fût devenue plus active. Ce n'est pas là, comme on le pense bien, une opinion émise *à priori*; elle repose sur un grand nombre de faits et s'appuie par conséquent sur l'autorité la plus compétente en pareille matière, c'est-à-dire l'observation. Ce n'est pas tout: la pourriture d'hôpital s'empara de la plaie, un abcès se développa, une partie d'os se nécrosa; ce sont là des complications qui nécessitaient la présence du chirurgien qui, après avoir lutté avec succès contre tous ces accidents, mérite qu'on n'oublie pas la juste part qui lui revient dans la cure vraiment admirable qui a été obtenue.

Nous avons dit que le plus souvent les efforts de la nature avaient pour but de rétablir autant que possible les parties dans leur état normal, ou au moins de les conserver lorsque la désorganisation n'est pas portée au point de les frapper de mort. L'observation suivante est un fait de plus à ajouter à ceux qui militent en faveur de la chirurgie conservatrice.

FRACTURE DE LA JAMBE GAUCHE; ÉCRASEMENT DU COUDE DROIT COMPLIQUÉ DE PLAIE; LUXATION DE L'ÉPAULE DU MÊME CÔTÉ; PLAIE A LA PARTIE SUPÉRIEURE DU BRAS; GUÉRISON.

Obs. II. — Le nommé Joseph Hilouis, âgé de 52 ans, fut apporté à l'hôpital Saint-Louis le 23 novembre 1845.

Cet homme, d'une bonne constitution, qui exerce la profession de couvreur, fit une chute d'un troisième étage et tomba sur une barre de fer, le bras droit légèrement écarté du corps, de sorte que la barre de fer, appuyant dans le creux de l'aisselle, produisit dans cette région une plaie, accompagnée d'une luxation de l'épaule; immédiatement après le blessé fut jeté sur une seconde barre de fer. Ce fut alors le coude qui supporta le poids du corps. Il fut brisé comminutivement, ainsi que la partie supérieure des deux os de l'avant-bras, et devint le siége d'une vaste plaie contuse.

La jambe gauche est également le siége d'une fracture.

Malgré la gravité des désordres dont le membre supérieur est le siége, M. Jobert ne désespéra pas de pouvoir le conserver. Dans ce but, le membre droit est placé sur un coussin-gouttière; quelques compresses longuettes, placées autour poignet, servent à fixer deux liens qui vont ensuite s'attacher à l'extrémité du lit et opérer l'extension. Quant à la contre-extension, elle est obtenue de le même manière que nous avons dit plus haut.

Les plaies sont pansées avec un linge troué enduit de cérat et de la charpie trempée dans l'eau de guimauve froide.

La fracture de jambe est traitée au moyen de l'appareil de M. Jobert.

Il est inutile d'ajouter qu'aucune tentative de réduction ne fût opérée pour faire rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité glénoïde.

Les jours suivants l'état général et local du malade fut assez satisfaisant; mais bientôt il se déclara des accidents redoutables qui mirent plus d'une fois les jours du blessé en danger. M. Jobert les combattit avec persévérance jour par jour, et aujourd'hui qu'il est sorti victorieux de la lutte, il a la satisfaction d'avoir conservé un membre qui très-certainement pourra rendre encore bien des services.

Quant à la fracture de jambe, je n'ai pas besoin de dire qu'elle est complétement consolidée; depuis longtemps déjà le malade se lève et se dispose à quitter l'hôpital.

Il sera curieux de revoir cet homme plus tard, et d'étudier avec soin les différents mouvements que le membre pourra exécuter. Nous aurons donc occasion de revenir sur cette observation; notre but aujourd'hui a été de montrer jusqu'où peuvent aller les efforts conservateurs de la nature.

Tout le monde sait que le diagnostic des fractures de la malléole externe offre quelquefois de très-grandes difficultés; il s'en est présenté plusieurs dans le service de M. Jobert, pendant les trois premiers mois de l'année, et nous avons pu vérifier qu'il arrive que ces fractures, alors qu'elles ne per-

mettent pas d'apprécier la crépitation, n'offrent comme signe caractéristique qu'une petite dépression, ou plutôt une fente dans le lieu qui est le siége de la fracture. A cette fente se joint une douleur assez forte, exactement limitée à l'endroit où existe la fracture. Cette douleur est surtout manifeste lorsqu'on vient à exercer une pression sur les parties voisines; on constate alors facilement que le malade n'accuse de la douleur que lorsqu'on touche la région où l'on sent sous le doigt l'espèce de fêlure dont je parlais tout à l'heure. Ce signe est donc précieux à noter, et M. Maisonneuve en a fait ressortir toute l'importance lorsqu'il s'agit d'une fracture par arrachement.

Nous n'avons rien à dire du traitement que M. Jobert met en usage dans ces différents cas : c'est celui des fractures de jambe en général; il arrive cependant souvent qu'il n'applique aucun appareil : il ordonne seulement le repos au lit. C'est précisément ce qui est arrivé pour le malade auquel nous faisions allusion il n'y a qu'un instant.

Dans un prochain article, nous continuerons la revue clinique du service de M. Jobert, et nous aurons occasion de revenir sur des faits que nous n'avons fait qu'indiquer : je veux parler de l'érysipèle et de la pourriture d'hôpital.

A. R.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches sur les abcès multiples;* par M. Aran. (Travail complet et bien raisonné, portant principalement sur le mécanisme de formation des abcès métastatiques, et dont l'étendue nous empêche seule de donner un résumé.) 2° *Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies;* par M. Beau. (Non terminé.) 3° *Études sur l'opération de la cataracte par abaissement;* par M. Gosselin. 4° *Recherches sur l'expectoration dans la pneumonie;* par M. Remak. (Extrait de l'ouvrage de M. Remak intitulé : RECHERCHES DIAGNOSTIQUES FAITES A LA CLINIQUE DE SCHOENLEIN.) 5° *Études sur les fièvres intermittentes, la dyssenterie et la fièvre typhoïde. Des fièvres intermittentes et de leur traitement par l'acide arsénieux ;* par M. Masselot. (Non terminé.) 6° *Mémoire sur le traitement des fractures du fémur par le relâchement absolu; appareil applicable à cette méthode. Observations et planches sur ce sujet;* par M. Loreau. (Premier article.) 7° *De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux;* par M. Laugier. 8° *Études cliniques sur les maladies vénériennes. Des plaques muqueuses;* par MM. Davasse et Deville.

ÉTUDES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT; par M. GOSSELIN.

Les recherches de M. Gosselin portent de préférence sur la question de savoir si, dans l'abaissement de la cataracte, on doit chercher à déprimer le cristallin seul, ou la capsule en même temps que le cristallin. Après avoir signalé plus d'une opposition flagrante entre les préceptes qu'émettent à cet égard les auteurs les plus accrédités, il a aussi cherché à s'éclairer en opérant sur le cadavre, et en examinant ensuite minutieusement la nature et la situation des parties intéressées. Le résultat de ces expériences peut être formulé sous trois chefs distincts :

1° *Le chirurgien doit-il se proposer d'abaisser simultanément la capsule et le cristallin?* — M. Gosselin répond à cette question par la négative, d'abord parce que le cristallin, restant ainsi recouvert d'une enveloppe lisse et solide, risquerait davantage, soit de remonter, soit de demeurer longtemps sans se résorber; ensuite, par la raison bien plus forte que cet abaissement simultané doit être considéré comme à peu près impossible à exécuter. En effet, l'anatomie montre le cristallin enveloppé par une membrane qui ne lui adhère pas très-solidement, dont le feuillet postérieur est extrêmement mince et beaucoup plus intimement confondu avec la partie antérieure du corps vitré qu'avec la lentille elle-même; elle montre ensuite la capsule unie si étroitement par sa circonférence avec la zone ciliaire, que même sur le cadavre on ne peut les séparer l'une de l'autre; elle montre enfin la zone ciliaire unie elle-même assez étroitement avec la terminaison de la rétine d'une part, avec les procès ciliaires de la choroïde d'autre part. Or, à quelles conditions l'abaissement simultané serait-il possible? A la condition : 1° que la capsule postérieure, si mince, résisterait à la déchirure, et que le corps vitré, si bien confondu avec elle, se laisserait seul ouvrir par les efforts de pression exercés avec l'aiguille sur l'appareil cristallinien; 2° à la condition aussi que la couronne de Zinn n'apporterait point de résistance, ou bien se déchirerait elle-même, se séparerait de la rétine et des autres parties qui la retiennent, ainsi que M. Gosselin l'a constaté, dans plusieurs de ses expériences, sur des yeux qui n'étaient point frais. Tout ceci est impossible : quand une aiguille passera sur la partie antérieure et supérieure de l'appareil cristallinien, il arrivera presque nécessairement que la capsule postérieure s'ouvrira en même temps que le corps vitré et laissera passer la lentille toute seule, parce que la résistance de ces parties est moins grande que la résistance apportée par les connexions de la capsule à sa périphérie. En second lieu, M. Gosselin a constaté qu'il a toujours été impossible, en opérant sur le cadavre, d'obtenir l'abaissement simultané; toujours la capsule postérieure s'est ouverte par la simple pression exercée avec l'aiguille, et en outre il lui est arrivé le plus souvent que, dans l'endroit où l'aiguille avait été appliquée, la capsule antérieure elle-même s'était ouverte. — Il est vrai que, contrairement à ces considérations, M. Sichel a admis qu'en s'opacifiant la capsule devient plus solidement unie avec le cristallin et moins solidement avec la couronne de Zinn. Mais on peut demander où est la preuve de ces assertions. — Il est vrai encore que W. Sœmmering, M. Lallemand et Mackensie citent des cas où le cristallin a été trouvé, longtemps après l'opération, abaissé et enveloppé dans sa capsule; mais ces faits fussent-ils admissibles (et, pour le dire en passant, nous ne pensons pas que M. Gosselin soit fondé à les révoquer en doute), ils n'en sont pas moins exceptionnels.

Ainsi, un chirurgien prudent ne se proposera pas un abaissement complet de la capsule. Il se contentera d'ouvrir la capsule antérieure, de manière à ce que quelques-uns de ses lambeaux entièrement détachés passent dans la chambre antérieure ou soient plongés avec le cristallin dans l'humeur vitrée, et que ceux qui conserveront des adhérences vers la périphérie, reviennent sur eux-mêmes et demeurent comme ratatinés derrière l'iris, dans un point qui ne correspondra plus au passage des rayons lumineux.

2° *Quelle est la manœuvre la plus avantageuse?* — Quelles que soient les variétés adoptées pour le mode opératoire par les différents auteurs, il est deux points sur lesquels M. Gosselin est fixé : c'est d'abord qu'il faut inciser le feuillet antérieur avant d'avoir déprimé le cristallin, puisqu'on doit faire pénétrer l'aiguille de manière à traverser ce feuillet d'arrière en avant. Si on voulait l'attaquer par sa face antérieure, l'étroitesse naturelle de la chambre postérieure, étroitesse que parfois l'augmentation de volume de l'appareil cristallinien rend plus considérable dans certaines cataractes, fait que le passage de l'aiguille dans ce point sans léser l'iris serait un temps de l'opération très-difficile. D'après ceci, il faut, selon M. Gosselin, diviser l'opération en quatre temps.

A. Introduction, suivant les règles ordinaires, d'une aiguille à lance un peu large, à 4 ou 5 millimètres de la cornée.

B. Glissement de l'aiguille jusqu'au niveau de la pupille. Pendant ce second temps, l'instrument, dont la concavité a été tournée en arrière pour ne pas produire un délabrement trop considérable du cristallin, passe derrière la capsule, à travers laquelle on peut l'apercevoir même lorsqu'elle est opaque.

C. Déchirure de la capsule. Lorsque la pointe de l'aiguille est arrivée au delà du centre de la pupille, on conduit le manche en arrière et on fait proéminer la pointe en avant comme pour la faire passer dans la chambre antérieure; une sensation de résistance vaincue avertit bientôt qu'elle a franchi et déchiré le feuillet membraneux. Alors on fait exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation pour tourner un des tranchants en arrière et l'autre en avant, puis on exécute avec rapidité de légers mouvements de haut en bas et de bas en haut, toujours dans le champ de la pupille, afin d'augmenter encore l'étendue de la déchirure. Cette petite manœuvre est d'autant plus nécessaire que l'aiguille pourrait, malgré la volonté de l'opérateur, s'être engagée d'abord au devant de la capsule, et ainsi ne l'avoir pas déchirée d'arrière en avant.

D. On fait la dépression ou la réclinaison suivant les règles et avec les précautions ordinaires, qu'il serait inutile de répéter ici.

3° *Sur quels résultats peut-on compter?* — Bien que ce procédé soit le meilleur pour éloigner la capsule du champ de la pupille, M. Gosselin est loin de le donner comme infaillible. Il arrivera souvent, dit-il, que certaines portions de la membrane resteront en place avec leur opacité, ou bien deviendront opaques consécutivement; il pourra même se faire que certains lambeaux, après s'être ratatinés vers la périphérie, reviennent peu à peu vers le centre, et dans tous ces cas l'on aura, derrière la pupille, une cataracte capsulaire quelquefois complète, le plus souvent incomplète. Le chirurgien devra donc, en définitive, s'estimer très-heureux, surtout dans les cas de cataracte capsulo-lenticulaire, s'il obtient seulement un demi-succès, c'est-à-dire une vision embarrassée par les débris de la capsule.

— Cette dernière phrase mérite particulièrement d'être signalée, comme

expression courageuse autant que véridique de ce qui se passe journellement même entre les mains des chirurgiens les plus renommés. A n'en croire que les statistiques officielles, ils auraient un succès complet sur deux, au pis sur trois opérations !..... En quittant les livres pour suivre leur pratique d'hôpital, on ne tarde pas à s'apercevoir d'une différence; et, pour n'en citer qu'un dont la réputation n'aura pas à souffrir de cet aveu posthume, nous lisons dans un registre spécial tenu par nous à cet effet, en 1833, que, sur toutes les opérations qu'il pratiqua à l'Hôtel-Dieu pendant cette année, Dupuytren ne réussit complétement que sur un seul malade, couché au n° 23 de la salle Sainte-Marthe. M. Gosselin n'a donc dit que la vérité : nous doutons que sa franchise soit imitée, mais nous tenions à ne pas laisser passer sa déclaration sans la recommander instamment comme exemple aux partisans des statistiques sincères.

DE L'EMPLOI DU COLLYRE DE TÉRÉBENTHINE DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES MALADIES DES YEUX; par M. LAUGIER.

Ceci est plutôt une prise de date, une indication provisoire, qu'une appréciation détaillée du mode d'agir de ce médicament. M. Laugier se borne à dire qu'il l'a employé dans plusieurs cas de conjonctivite dite catarrhale, aiguë et chronique, de kératite, tylosis, dacryo-cystite. Tous les malades chez lesquels on essaya cette médication étaient auparavant traités par le collyre au nitrate d'argent. Dès les premiers jours, ils se trouvèrent mieux du collyre de térébenthine; et, lorsqu'on le suspendait, quelques-uns demandaient d'eux-mêmes à en recommencer l'usage.

Voici la formule de ce collyre :

Térébenthine de Venise	20 grammes.
Essence de térébenthine	10 —

Mettez la térébenthine dans un mortier de marbre; faites chauffer lentement, et lorsque la térébenthine sera devenue fluide, ajoutez l'essence par petites portions.

Instillez matin et soir, entre les paupières, trois ou quatre gouttes de ce collyre.

DES PLAQUES MUQUEUSES SYPHILITIQUES; par MM. DAVASSE et DEVILLE.

Dans ce long travail, qui renferme l'histoire clinique complète de la lésion nommée par d'autres, pustules ou papules plates, tubercule muqueux, nous trouvons deux points importants à mentionner, l'un relatif au diagnostic, l'autre au pronostic de l'affection.

MM. Davasse et Deville admettent la transformation *in situ* du chancre en plaque muqueuse, transformation signalée d'abord par M. Ricord, que plusieurs de ses adversaires l'accusaient d'avoir créée pour défendre sa théorie, et afin de prouver qu'un chancre avait précédé dans tous les cas l'apparition de la plaque muqueuse. Après les observations si nombreuses des deux auteurs, après leurs recherches si détaillées sur l'évolution des phénomènes locaux dans ce cas, le fait ne peut désormais risquer d'être nié que par des esprits outre mesure prévenus; et leur opposition deviendra du nombre de celles qui n'arrêtent plus que ceux qui demandent à être arrêtés. Dans leurs observations sur ce point, MM. Davasse et Deville ont trouvé moyen de distinguer avec certitude le chancre devenant plaque muqueuse de la plaque muqueuse qui s'ulcère accidentellement. Nous reproduisons les éléments de ce diagnostic, qu'il pourra être utile, dans quelques circonstances, de savoir porter. Dans la plaque muqueuse ulcérée, on ne voit pas cet état (qui est caractéristique du chancre se transformant en plaque muqueuse) d'être en partie cicatrisée, saillante, lisse et rosée à la circonférence, en partie ulcérée, rouge ou grisâtre et bourgeonnante au centre. Ce sont plutôt, soit des érosions irrégulières, soit des surfaces plus ou moins profondément échancrées, inégales, dont le fond pointillé, déchiqueté, présente le plus souvent une petite couche grisâtre, mince, adhérente et sécrétant un liquide séropurulent d'une odeur forte, occasionnant des cuissons très-pénibles; elles n'occupent jamais le centre d'une manière précise. De plus, les plaques muqueuses ulcérées laissent à leur suite de petites cicatrices indélébiles, ce qui n'arrive pas dans le cas de chancres passés à l'état de plaque muqueuse.

Selon MM. Davasse et Deville, les plaques muqueuses sont toujours un signe infaillible de l'infection syphilitique constitutionnelle dont elles signalent très-souvent le début; et l'on doit les ranger parmi les accidents secondaires de la syphilis. Cette assertion repose principalement sur deux sortes de preuves :

1° Les plaques muqueuses sont toujours précédées dans leur apparition par des chancres. En effet, sur 194 cas de plaques muqueuses que les deux auteurs ont observés, ils ont constaté 171 fois des chancres, soit vus par eux, soit avoués par les malades. — D'un autre côté, en calculant, pour la série de faits appartenant à l'un d'eux (au nombre de 102 cas), le temps écoulé entre le coït infectant et l'apparition des plaques muqueuses, ils ont trouvé que ce symptôme s'est manifesté :

Au bout de quinze jours à trois semaines	23 fois.
— de un à trois mois	52 —
— de trois à six mois et au delà	12 —
A une époque qu'on n'a pu déterminer d'une manière précise . .	15 —
Total	102 fois.

S'il peut y avoir doute quant à l'existence d'accidents primitifs avant les plaques, ce ne serait donc que pour les 23 cas où quinze jours à trois semaines seulement ont séparé le jour de l'infection de celui de leur apparition. Or, en analysant ces 23 cas, on a trouvé qu'il y a eu 7 fois la transformation bien constatée du chancre en plaque muqueuse, 3 fois des traces de cicatrisation de chancres antécédents, 7 fois des accidents syphilitiques secondaires coexistants.

Ainsi donc, dans l'immense majorité des cas, on a pu signaler un chancre extérieur, ou bien il y a eu, du moins avant l'apparition des plaques, un temps d'incubation qui suffit pour les assimiler aux accidents secondaires et pour les différencier radicalement d'avec les primitifs.

2° Un autre fait tout aussi significatif au même point de vue, c'est que, dans la majorité de ces observations, les plaques ont été accompagnées d'autres phénomènes syphilitiques secondaires. Sur les 194 cas, ces accidents ont été notés 134 fois, et ils consistaient en céphalées, douleurs articulaires, croûtes du cuir chevelu, chute des cheveux, engorgements ganglionnaires indolents, diverses éruptions. Le plus souvent c'est la plaque muqueuse qui précède les autres phénomènes constitutionnels; d'autres fois elle est précédée par certains d'entre eux. La coïncidence d'accidents constitutionnels a paru être moins fréquente dans les cas de larges plaques confluentes que dans les autres, comme si l'effort de la maladie se fût alors épuisé, pour ainsi dire, à la production d'un seul symptôme plus grave que d'habitude.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'enseignement historique de la médecine, et des rapports qui unissent les destinées de cette science à celles de la philosophie*; par M. Saucerotte. 2° *Sur la chlorose des adultes*; par M. Blaud. 3° *Observation de plaie de tête avec fracture du crâne et perte de substance du cerveau, suivie de guérison*; par M. Bouchacourt. 4° *Nouveau procédé de taxis dans les hernies inguinales, décrit d'après l'expérience*; par M. Grynfeltt. 5° *Examen critique des doctrines médicales qui ont dominé jusqu'à ce jour l'étude des maladies de la peau*; par M. Duchesne-Duparc. 6° *Abcès du petit bassin; observation accompagnée et suivie de réflexions et de considérations pratiques sur les tumeurs fluctuantes de cette région*; par M. Compérat. 7° *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques*; par M. Payan. (Suite.) 8° *Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques*; par M. T. Roussel. (Premier article.) 9° *Observation de polype fibrineux de la matrice*; par M. Lefèvre. (Sur le cadavre d'une femme de 21 ans, morte de phthisie, on trouva dans la cavité utérine une tumeur formée de fibrine blanche, organisée, très-dense, très-résistante, fibreuse à son point d'adhérence à la paroi postérieure de l'organe, moins dense et encore teinte par la matière colorante du sang au voisinage et dans la cavité du col, où elle se prolongeait. L'adhérence de cette concrétion, évidemment fibrineuse, à l'utérus était étroite, assez résistante, pédiculée. La muqueuse utérine, épaissie, semblait se prolonger sur la partie de cette tumeur la plus rapprochée de son insertion. — C'était évidemment là un polype commençant, et analogue, quant à présent, par sa texture, aux concrétions fibrineuses qu'on rencontre si fréquemment dans les cavités du cœur.)

SUR LA CHLOROSE DES ADULTES; par M. BLAUD.

Il existe, suivant M. Blaud, une véritable chlorose des adultes, et il en donne la description suivante.

Elle atteint indifféremment les individus de l'un et l'autre sexe; tous les âges y sont également prédisposés, et elle se manifeste dans toutes les conditions de la vie sociale. On la voit sévir sur les individus livrés à la vie la plus active, aux travaux les plus pénibles, comme sur ceux qui vivent dans la mollesse et l'oisiveté; s'attaquer aux individus sobres comme aux intempérants, à ceux que la misère accable comme à ceux qui vivent dans l'abondance et jouissent de toutes les commodités de la vie.

La maladie présente exactement les mêmes symptômes que la chlorose des jeunes filles, tels que la couleur jaune verdâtre de la peau avec conser-

vation de la couleur normale des conjonctives, l'oppression pendant la marche, le bruit de souffle sur le trajet des carotides, la décoloration du sang, etc.; seulement ces symptômes offrent quelques modifications en rapport avec l'âge des sujets. Ainsi la peau est plutôt grisâtre, terreuse, que jaunâtre, à cause de sa rudesse et des rides qui la parcourent, surtout à la face. Les palpitations sont plus intenses, et il y a de plus un malaise profond, souvent avec penchant au suicide; parfois une hémorragie anale plus ou moins abondante survient à des intervalles irréguliers; alors se manifestent une langueur générale, le trouble des fonctions digestives, la perte de l'appétit, l'infiltration des membres inférieurs et même, dans la période ultime, un épanchement séreux dans l'abdomen.

Cette affection ne résiste jamais au traitement ferrugineux quand il est employé à temps.

Les huit observations que l'auteur rapporte à la suite de cette description générale n'ajoutent pas un trait de plus au tableau de la symptomatologie. Elles sont relatives à des sujets des deux sexes, âgés de 26, 29, 32, 33, 35, 37 et 60 ans. La guérison par les pilules antichlorotiques qui portent le nom de l'auteur a toujours été rapide, bien que l'affection ait offert, en général, un degré avancé. Le premier malade était guéri le quinzième jour; le second et le troisième, le vingtième jour; le quatrième et le cinquième, le dixième jour; le sixième, le quarantième jour; le septième, le douzième jour; et le huitième, le vingtième jour.

Certes, la physionomie de cette affection offre de grandes ressemblances avec celle de la chlorose des jeunes filles, et la rapidité de la guérison par l'emploi du fer en est elle-même un des traits les plus frappants. On ne peut cependant s'empêcher de regretter que l'auteur n'ait pas cru devoir tracer un tableau plus détaillé, plus complet de la maladie, et surtout examiner chimiquement l'état du sang. Aujourd'hui que les caractères chimiques du sang des chlorotiques sont si bien connus, il était utile, il était indispensable, de s'assurer que ces caractères se rencontrent également chez les adultes soupçonnés de chlorose. Disons-le toutefois, nous sommes, pour notre part, très-disposés à admettre la chlorose des adultes. Sans nous être livrés nous-mêmes à cette analyse du sang que nous réclamons de l'auteur du mémoire, nous connaissons des personnes de 30 à 35 ans offrant tous les autres caractères de cette affection, à un tel degré qu'il est presque impossible de ne pas croire à son existence réelle.

OBSERVATION DE PLAIE DE TÊTE AVEC FRACTURE DU CRANE ET PERTE DE SUBSTANCE DU CERVEAU, SUIVIE DE GUÉRISON; par M. BOUCHACOURT.

Le fait suivant nous paraît de nature à jeter le jour le plus vif, et ajoutons aussi le plus consolant, sur la physiologie pathologique des lésions cérébrales. Malgré les désordres les plus graves, on y voit une guérison obtenue sans trouble des fonctions intellectuelles, sans fièvre, délire, convulsions ni paralysie. Or M. Bouchacourt fait remarquer avec justesse que la raison de cette exceptionnelle bénignité se trouve précisément dans l'une des circonstances qu'on regarde en général comme fâcheuse, savoir, l'ablation d'une grande partie de la paroi crânienne. Rien de plus naturel que cette conséquence; le cerveau cessant d'être emprisonné dans sa boîte inflexible, il peut plus librement prendre l'expansion à laquelle le sollicite l'inflammation et l'extravasation sanguine. Il s'épanouit sans risquer d'être comprimé : voilà, en deux mots, le motif de l'immunité due aux délabrements osseux les plus épouvantables en apparence. La lecture de l'observation de M. Bouchacourt ne peut que disposer favorablement les esprits à l'adoption d'une doctrine aussi rationnelle, et que, du reste, le même auteur avait déjà, en 1838, appuyée du récit d'un cas analogue à celui-ci sous ce rapport. (Voy. JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR., t. V, p. 225.)

OBS.—Le nommé Jean Garnier, âgé de 44 ans, fut atteint, à la fin de mai 1843, des éclats d'une mine qu'il faisait partir. Outre plusieurs blessures à l'ombilic et aux avant-bras, il eut la face criblée de grains de poudre, les deux yeux brûlés, l'un entièrement vidé, enfin une blessure profonde au-dessus de l'œil gauche. Cette plaie avait 8 centimètres de longueur, et se portait directement en haut en partant de l'arcade orbitaire. Le frontal était non-seulement dénudé dans l'étendue d'un écu de 3 livres, mais encore une partie de cet os, ayant été enlevée par l'éclat de mine, laissait béante une ouverture de 5 centimètres de long sur 2 de large. Au travers de cette ouverture, il y avait hernie d'une portion du lobe antérieur gauche du cerveau dépouillé de ses enveloppes.

Le malade, reçu dans cet état à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 1er juin 1843, conservait toutes ses facultés intellectuelles; les sens étaient intacts, moins la vue; pas la moindre paralysie du mouvement ni du sentiment. La parole était libre; les mots, bien articulés, venaient naturellement à l'esprit du malade. Il était calme, avec une fièvre modérée. On nettoya la plaie du front, et l'on reséqua la portion du cerveau qui faisait hernie et qui commençait à se gangrener.

Les jours suivants, la fièvre n'augmenta pas. La plaie continua à suppurer; on voyait au fond les battements du cerveau.

La fièvre était tombée le 10 juin, et l'état général et local se trouvait excellent.

Du 25 au 30 juin, il sortit quelques esquilles; calme intellectuel; point de fièvre; aucune lésion de fonction ni cérébrale ni d'autres organes.

Le 9 juillet, en pratiquant une injection détersive d'eau tiède, on amène au dehors un fragment de brique dont se servent les mineurs. Ce morceau avait le volume d'un gros pois. Quelques esquilles sortirent encore par la plaie.

Le 12 août, on retire encore, en agrandissant légèrement la plaie par en bas, un morceau de roche qu'on sentait sous la peau.

Enfin le blessé quitta l'hôpital, en très-bon état, le 27 août.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TAXIS DANS LES HERNIES INGUINALES; par M. GRYNFELTT.

Voici le procédé qui, entre les mains de M. Grynfeltt, a réussi à produire, chez une femme âgée de 40 ans, la réduction d'une hernie inguinale étranglée depuis cinq jours. Il s'agit, ainsi qu'on le verra par la description, d'une application de la méthode qui consiste à attirer les intestins de la hernie dans l'abdomen, au lieu de les repousser directement dans cette cavité. Cette méthode, pour laquelle quelques auteurs avaient imaginé de faire le vide au moyen de larges ventouses sur la peau de l'abdomen, trouvera sans contredit, dans le moyen de M. Grynfeltt, un auxiliaire actif dans les cas où l'on jugera convenable d'y recourir. Mais ces cas seront-ils bien nombreux? Ce traitement sera-t-il souvent mis en pratique dans d'autres circonstances qu'en désespoir de cause? C'est ce dont rationnellement il est permis de douter. — Ces réserves posées, nous transcrirons, et textuellement, afin d'éloigner de nous tout reproche d'obscurité, la description de l'auteur.

« Nous avons, dit M. Grynfeltt, fait plier les cuisses sur le bassin autant que possible, laissant pourtant la possibilité de saisir facilement la tumeur. Nous avons fait fléchir les reins, le thorax, ainsi que la tête sur le devant, le plus fortement possible, de manière que le corps est devenu pour ainsi dire pelotonné. Dans cette situation de la malade, on conçoit facilement que les parois abdominales ont dû se trouver dans l'état de relâchement le plus complet. Alors, avec les doigts de la main gauche, nous avons saisi la tumeur herniaire à sa base en la comprimant légèrement; en même temps avec la main droite nous avons rapproché autant que possible des téguments de l'abdomen vers l'orifice central du canal inguinal, et par un mouvement simultané avec le rapprochement de ces téguments, en nous aidant de l'intelligence des doigts appuyant à propos sur les parties, nous avons produit une traction sur les intestins herniés à l'effet de les ramener dans l'intérieur de la cavité abdominale. A ce premier mouvement nous avons eu la satisfaction de sentir sous notre main gauche, qui soutenait la tumeur herniaire, le mouvement des matières fécales et des gaz contenus dans la portion herniée de l'intestin. Combinant alors la pression de la hernie avec la traction des intestins dans l'abdomen, nous sommes parvenu à la réduire au bout de quelques instants.

» Notre procédé opératoire consiste donc à attirer la partie herniée de l'intestin dans la cavité abdominale, au lieu de chercher à l'y repousser. »

ABCÈS DU PETIT BASSIN, OUVERT A TRAVERS LA PAROI RECTALE; par M. COMPÉRAT.

L'intérêt de cette communication consiste surtout dans l'exposé de quelques procédés opératoires qui ont été employés avec succès chez la malade de M. Compérat, procédés auxquels le praticien pourra parfois avoir l'occasion de recourir dans les cas semblables. Nous allons les énumérer, en suivant, pour leur indication successive, l'histoire clinique rapportée par l'auteur.

OBS. — Il s'agit d'une dame de 37 ans, ayant accouché de deux enfants, le dernier il y a plus de treize ans. M. Compérat la trouva, le 4 avril 1845, souffrant depuis treize jours de vives douleurs dans toute la partie inférieure droite de l'abdomen, avec une réaction fébrile violente. Le toucher ayant fait découvrir dans un point extrêmement élevé du rectum une tumeur faisant saillie à la partie postérieure droite de cet intestin, il parut indiqué à MM. Fouquier, Récamier et Amussat de pratiquer une ponction dans ce lieu dès que la fluctuation s'y ferait sentir, afin de prévenir la rupture du foyer dans le péritoine, accident que l'intensité excessive des souffrances faisait redouter.

La ponction cependant n'était pas sans difficultés, à cause de la hauteur considérable du point où l'abcès se laissait toucher, hauteur telle qu'à peine la pulpe du doigt indicateur pouvait y atteindre. Le 19 avril, la malade couchée sur le dos, les cuisses fléchies et écartées, M. Amussat, après avoir introduit l'indicateur droit dans le rectum jusqu'au point le plus déclive de la tumeur, fit glisser sur la face palmaire de ce doigt la pointe d'une paire de ciseaux très-aigus, analogues à peu près à ceux qui font partie des boîtes de dissection, sauf que la surface externe des lames était arrondie et les branches beaucoup plus longues. Une ponction fut pratiquée dans ce point; après quoi, les deux branches furent écartées avec quelque effort l'une de l'autre, de manière à agrandir l'ouverture en déchirant les parties plutôt qu'en les divisant (manœuvre que M. Amussat regarde comme plus sûre). Pendant ce temps, M. Compérat comprimait le

ventre à l'aide des deux mains étalées, à l'effet de faire saillir le plus possible la tumeur du côté du rectum, et par là faciliter la ponction évacuative. Les ciseaux enlevés, on poussa dans l'ouverture une sonde, et il sortit aussitôt du pus de bonne nature. On soumit ensuite la malade à l'usage de douches ascendantes d'eau tiède par le rectum dans le triple but : 1° d'aider à l'évacuation plus ou moins complète du foyer; 2° d'entraîner les particules purulentes à mesure qu'elles s'en échappaient; 3° d'entretenir dans la profondeur de cette cavité une certaine quantité d'eau pour s'opposer à l'introduction de l'air dans son intérieur.

Les jours suivants, l'ouverture s'étant rétrécie malgré l'introduction réitérée plusieurs fois par jour du doigt indicateur, il fallut songer à la dilater. Pour cela, M. Amussat se servit de ciseaux beaucoup plus longs et plus forts que les précédents, et dont les bords présentaient, à quelque distance de la pointe, une coche quadrillée de 5 ou 6 lignes d'étendue, qui donnait à l'instrument une forme lancéolée. Par cette disposition, il avait pour but, en engageant les bords de l'ouverture dans ces deux échancrures, d'empêcher les ciseaux une fois introduits de revenir sur eux-mêmes et d'abandonner la plaie dans les efforts nécessaires à son agrandissement.

L'ouverture une fois agrandie par ce procédé, il restait à trouver un moyen capable de la maintenir béante pendant tout le temps nécessaire à la suppuration, puis au recollement du foyer. M. Amussat pensa qu'un brise-pierre ordinaire introduit deux ou trois fois par jour, et dont on écarterait les branches au niveau de la plaie, pourrait suffire à remplir cette indication. C'est effectivement ce qu'on fit avec le plus grand succès.

Cependant, par suite de la nécessité d'introduire fréquemment dans le rectum cet instrument dilatateur, l'anus avait acquis un état d'irritabilité, d'agacement qui faisait de ces manœuvres un véritable supplice pour la malade. M. Récamier, pour remédier définitivement à cette cause de douleurs incessamment renaissante, proposa à la malade et exécuta le procédé suivant. Rassemblant l'extrémité des cinq doigts de la main droite de manière à en former un cône, il les poussa tous ensemble (après les avoir huilés) à travers l'anneau anal, en imprimant à toute la main de petits mouvements alternatifs de supination et de pronation pour en faciliter l'introduction; l'anneau une fois franchi, les doigts furent fléchis de façon à augmenter le volume de la masse emprisonnée; puis, dans cette disposition, le retirant brusquement et en totalité, il fit subir au sphincter une dilatation forcée qui fut pendant quelques instants excessivement douloureuse (ce dont, au reste, la malade avait été avertie préalablement). Immédiatement après, l'anus semblant se révolter, se contracta spasmodiquement pendant quelques heures, puis le calme se rétablit. A partir de ce moment, l'introduction simultanée du doigt et de l'instrument dilatateur de la plaie se fit sans aucun obstacle de la part du sphincter.

Grâce à tant de précautions si ingénieusement imaginées, si prudemment réunies, la guérison s'accomplit radicalement après un travail de détersion qui ne demanda pas moins de cinquante-cinq jours pour être complétée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 MAI.

ENFANT MONSTRUEUX PRÉSENTANT TROIS EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES ET UN DOUBLE APPAREIL SEXUEL MALE.

M. Velpeau communique, au nom de M. Gorré, médecin à Boulogne, membre correspondant de l'Académie de médecine, la note suivante sur un cas de monstruosité double (diplogenèse) :

Jean-Baptiste dos Santos, enfant du sexe masculin, est né à Quinta de Carveiros, dans le royaume des Algarves, le 5 septembre 1845. Son père, Antonio dos Santos, et Anna de Jesus, sa mère, sont forts et bien portants. Cette dernière, âgée de 22 ans, n'a rien éprouvé pendant la grossesse de cet enfant (qui est son troisième) qui pût faire pressentir la monstruosité qu'elle devait mettre au jour. Elle ne se rappelle avoir reçu aucun coup, avoir éprouvé aucune émotion violente, avoir été soumise à aucune perturbation physique ou morale. Cette dernière couche ne s'est pas non plus accompagnée de plus de souffrances que les deux précédentes. L'enfant est venu au terme régulier de neuf mois.

Parvenu aujourd'hui à son huitième mois, J.-B. Santos est remarquablement sain, vif et de bonne humeur. Sa petite figure est presque toujours animée, épanouie par le sourire. Sa tête, son buste, ses bras et ses extrémités inférieures sont régulièrement développées et proportionnées, et offrent les apparences d'une nutrition parfaite. Entre les deux jambes normales se trouve placé un membre supplémentaire occupant un plan un peu postérieur à celles-ci, de telle sorte qu'elles s'appuient sur lui, et le cachent presque en entier quand l'enfant est couché sur le dos. Ce membre, par rapport aux deux autres, présente sa face postérieure en avant. Sur la partie moyenne de cette face et dans toute sa longueur, on aperçoit par le toucher une ligne où la densité approche de celle du cartilage, sorte de raphé qui répond évidemment au point d'union de la double extrémité que le membre anormal représente. Égal aux deux membres normaux en longueur, il offre à peu près le double de leur volume, surtout en ce qui concerne la cuisse. La jambe est relativement plus grêle; mais le pied qui continue l'axe de celle-ci est remarquablement large et se termine par dix orteils, dont les deux derniers, aussi bien que les deux gros orteils, sont réunis. La consistance de ce membre est molle et flasque; c'est une masse dépourvue de toute contractilité, et qui semble constituer pour l'enfant un support. La température, égale à celle du reste du corps à la partie supérieure, va en diminuant vers la partie inférieure, si bien que le pied est toujours froid et violacé. La sensibilité suit la même proportion. Si l'on pince l'enfant à la cuisse, il témoigne aussitôt de la douleur par des cris. Au bas de la jambe, au contraire, et surtout au pied, on peut le pincer assez fort sans qu'il paraisse souffrir.

Les moyens d'attache de cet appendice monstrueux sont une tige ostéo-cutanée, large de 3 à 4 centimètres et longue de 2 à 3, mesurée en dehors du bassin de l'être normal, dans lequel elle remonte et se fixe à une hauteur à laquelle on ne saurait assigner de limites précises. Cette tige est assez mobile, et permet de déplacer en tous sens la masse qu'elle supporte. Dans l'étui que lui fournit la peau se trouvent renfermées probablement les dernières pièces du sacrum, qui seraient tout ce qui reste du bassin normal.

Chez ce même sujet se rencontre la présence simultanée de doubles organes sexuels externes, non pas confusément arrangés, mais distincts et nettement séparés les uns d'avec les autres et parfaitement développés de l'un et de l'autre côté. Il existe, séparés par une distance d'environ 4 centimètres, deux pénis dans l'intervalle desquels se trouve placée la racine de l'extrémité inférieure accessoire, également distante de tous deux; un seul testicule de chaque côté se rencontre dans le double scrotum correspondant. Chacun de ces deux membres virils est pourvu d'un canal de l'urètre communiquant avec une vessie unique. L'excrétion urinaire se fait en même temps et en quantité semblable par ces deux voies.

La monstruosité dont l'observation précède est évidemment une monstruosité par duplication, et rentre dans l'ordre des diplogenèses.

— L'Académie s'étant formée en comité secret à quatre heures et demie, il n'a pas été donné connaissance de la correspondance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'Académie procède au scrutin pour la suite de l'élection des membres correspondants étrangers.

Voici les noms des candidats qui ont obtenu la majorité des suffrages dans la dernière séance.

M. Cloquet, en Perse, a obtenu.	71	suffrages.
M. Bouros, à Athènes.	66	—
M. Chossat, à Genève.	63	—
M. Gaëtani-Bey, au Caire.	62	—
M. Lessona, médecin-vétérinaire, à Turin. .	61	—
M. Doubowitzky, à Saint-Pétersbourg. . . .	58	—
M. Verheyen, médecin-vétérinaire, à Bruxelles.	57	—
M. Hyrthl, à Vienne.	54	—
M. Guislain, à Gand.	52	—
M. Bussemaker, à Amsterdam.	50	—
M. Goupilleau, à Tampico.	49	—
M. Jacobi, à Bonn.	49	—
M. Thorsteinsson, à Riekiawick (Islande).	48	—
M. Giacomini, à Padoue.	48	—
M. Ehrenberg, à Berlin.	47	—
M. Bright, à Londres.	47	—
M. Ekstroëmer, à Stockholm.	46	—

Le nombre des membres à élire étant fixé à vingt-cinq, il en reste encore huit à nommer.

M. Pariset fait remarquer à cette occasion que Constantinople et Smyrne, deux villes importantes au point de vue des questions de la peste et des quarantaines, actuellement à l'ordre du jour, n'ont pas de correspondants. La liste de présentation porte un candidat pour chacune de ces résidences; il les signale à l'attention de l'Académie.

— M. Henri est appelé à la tribune pour un rapport officiel sur une nouvelle source minérale. Le bruit des conversations particulières nous empêche d'entendre le nom même de cette source. — Les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur la peste.

PESTE; QUARANTAINES.

M. Rochoux a la parole pour la continuation du discours qu'il a commencé dans la séance précédente. Nous reproduisons l'ensemble de son argumentation.

Messieurs, au point de vue de la discussion actuelle, une appréciation complète du savant et consciencieux rapport de votre commission doit embrasser les faits et les doctrines dont il est le produit et leur application à notre système sanitaire. Les faits nombreux qu'on y trouve si richement accumulés sont la re-

production ou les analogues de ceux dont les écrits des contagionistes avaient depuis longtemps mis la vérité au-dessus de toute contestation, et dont l'évidence m'était démontrée il y a déjà de longues années. Je ne puis par conséquent refuser mon approbation pleine et entière à ces faits pris dans leur ensemble. Aussi me bornerai-je presque entièrement à discuter les doctrines de la commission et les applications qu'elle croit devoir en faire. De là la division de mon travail en deux paragraphes.

§ I. — *Doctrines.* — Notre police sanitaire repose sur un système de contagion dont les bases, singulièrement remaniées depuis, ont été posées par Fracastor, ce médecin-poëte, qui croyait certaines ophthalmies susceptibles de se communiquer par le simple regard des malades. Il faut bien dès lors vous présenter un exposé rapide de ce système...

Ici M. Rochoux expose les opinions sur lesquelles reposent les principes de la contagion et les applications qu'on en a tirées.

Une fois admises comme vraies, ces opinions ne pouvaient manquer de devenir la source intarissable des conséquences les plus déraisonnables; car, comme l'enseigne Aristote, *posito uno absurdo multa sequuntur*. Les contagionistes devaient donc être naturellement conduits à proposer et à faire mettre en pratique des mesures prétendues préservatives, dont l'extravagance le dispute à l'atrocité. Ainsi, non content d'être parvenu à établir des cordons, des lazarets, des quarantaines et des purges, on a pu brûler des villages atteints de peste (1), aux applaudissements de la foule, qui croyait trouver son salut dans ces barbares exécutions, et livrer au dernier supplice des malheureux accusés d'avoir empesté une ville en frottant les rampes des escaliers avec des emplâtres chargés de pus de bubons pestilentiels. On trouvait tout naturel de recommander aux prêtres de se servir d'une baguette d'environ un mètre de longueur pour administrer le saint viatique aux pestiférés sans s'exposer à gagner leur mal. Le fils devait dénoncer à l'autorité son père atteint de la peste; en même temps il était défendu, sous peine de mort, de porter secours à des naufragés partis des lieux mis à l'index de l'intendance sanitaire avant d'y avoir été autorisé par elle.

A Marseille, l'idée fixe de l'intendance est de chercher incessamment les moyens de porter au plus haut degré de perfection possible les mesures préservatrices. Effrayée par avance des améliorations à introduire dans notre système sanitaire, elle s'est mise en révolte ouverte contre tout projet de réforme.

Assurément il n'est pas nécessaire de réfuter avec détails des chimères que dans cette enceinte personne ne songe à défendre. Mais il était indispensable de vous les rappeler sommairement, puisqu'elles ont encore la vérité légale pour elles. Ce sera, en outre, un terme de comparaison très-propre à faire voir quelle serait la valeur d'un système sanitaire basé sur l'étude approfondie des deux ordres de causes morbifères, la contagion et l'infection, dont nous allons essayer d'apprécier l'influence.

1° *Contagion.* — Pour nous, *il y a contagion quand une maladie se transmet n'importe comment de malade à sain...*

Toute maladie contagieuse doit cette funeste propriété à l'existence d'un germe ou virus qui se produit chez les malades pendant une portion plus ou moins considérable de la durée des affections virulentes. Il diffère des poisons proprement dits en ce que ceux-ci agissent toujours en proportion de leur dose. Au lieu de cela, les virus possédant, comme l'avait très-bien vu Frascator, une véritable propriété de germination, analogue à celle de la graine d'un végétal, une parcelle extrêmement petite du délétère suffit aussi bien qu'une plus grande quantité pour faire naître le mal; et cela arrive également sous chacun des trois états, savoir : solide, liquide et gazeux, que le virus est plus ou moins apte à prendre.

Quoique réunies par un caractère commun, les maladies contagieuses se divisent, eu égard à l'activité de leurs germes, en deux ordres. Les unes ont un germe persistant, doué d'une très-grande puissance de reproduction : ce sont la variole, la syphilis, la rage, la morve, la pustule maligne, etc.; les autres ont un germe beaucoup plus faible, facile à détruire : ce sont les typhus proprement dits, au nombre desquels on doit principalement comprendre la peste d'Orient, le typhus des camps, le typhus nosocomial et le *typhus amaril*, si mal à propos confondu avec la fièvre jaune.

La contagion pure et simple, c'est-à-dire l'absorption du virus, suffit à elle seule, dans toutes les maladies du premier ordre, pour les développer et les répandre. Beaucoup moins actif, le germe des typhus a besoin d'être aidé dans son action par le concours d'un certain nombre de conditions extérieures, en l'absence desquelles le mal perd bien vite son activité et s'éteint promptement; cela arrive, même dans des circonstances les plus propres, s'il fallait en croire les contagionistes, à le propager. Ainsi, lors d'une peste à Rome en 1520, le peuple, fatigué de la voir continuer ses ravages malgré l'emploi des mesures de séquestration les plus rigoureuses, se réunit en masse pour célébrer une sorte de sacrifice expiatoire, à la manière des païens. Chose remarquable, ajoute Paul Jove, le mal commença dès lors à diminuer et ne tarda pas à cesser. Quant aux autres typhus, le fait de leur prompte extinction, malgré la fréquence des communications, lorsque leurs autres causes ont cessé d'exister, est maintenant admis par tout le monde.

On ne tardera pas à en arriver là pour la peste. En attendant, rappelons que, comme, suivant Calvert, les médecins les plus éclairés des temps anciens l'avaient reconnu, le délétère auquel elle doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux, ce qui rend le contact des pestiférés à peu près sans danger, alors que la respiration des miasmes sortant de leurs corps exerce la plus fâcheuse influence, ainsi que Napoléon en fait la remarque au sujet de la peste de Jaffa. Cela étant, on ne peut scientifiquement pas s'appuyer sur une définition évidemment défectueuse de la contagion pour déclarer non contagieuse une maladie que l'on reconnaît être transmissible. Les anticontagionistes purs n'ont jamais eu recours à ces ambages; par exemple, Lassis et Ch. Maclean, en niant la contagion de la peste, voulaient en même temps qu'elle fût intransmissible.

2° *Infection.* — Le mélange avec l'air d'émanations miasmatiques, inaccessibles aux réactifs, constitue le seul genre d'infection dont nous ayons à nous occuper. Aussi variables dans leur composition que peuvent l'être les circonstances sous lesquelles s'effectue la décomposition putride des matières organiques dont elles proviennent, ces émanations produisent, par leur introduction dans l'économie, des affections très-variées par rapport à leur type, à leur persistance, à leur gravité, et toujours subordonnées d'une part à la qualité, de l'autre à la quantité ou à la dose du principe infectant. Ainsi, ce n'est pas par l'état aériforme que, comme on le pense généralement, l'infection se distingue de la contagion, puisque le virus de la variole, celui de la morve, sont susceptibles de le revêtir; mais parce que dans un cas l'air contient un principe toxique, et dans l'autre un principe virulent. Il n'est pas alors seulement infecté, il est contagié. Au lieu de s'appuyer sur une différence accidentelle d'état, la distinction se trouve avoir pour base la nature même de l'agent délétère, qui demeure invariable malgré ses changements de formes, comme l'oxyde d'hydrogène est toujours le même composé à l'état de glace, d'eau et de vapeur.....

En s'attachant à ce système, M. le rapporteur considère avec raison l'air comme faisant simplement l'office de véhicule, eu égard au transport des particules toxiques, dont l'absorption est la véritable cause du mal. Par lui-même l'air est toujours vraiment passif, sans en excepter aucun des cas où la commission lui accorde de l'activité, par exemple, les maladies développées sous l'influence de certaines conditions météorologiques; car c'est évidemment comme froid ou chaud, sec ou humide, calme ou agité, etc., que l'air agit alors, et non en raison de ses qualités incohérentes, comme composé d'oxygène et d'azote.

Quant à l'épithète de paludéen, que la commission paraît disposée à appliquer à l'air infecté producteur de la peste, l'adoption d'un mot détourné de sa signification primitive me semble parfaitement inutile. A quoi bon, puisque paludéen veut dire marécageux, faire air paludéen, synonyme d'air vicié, à l'exemple de beaucoup de médecins, fort peu dignes en cela d'être pris pour modèles.....

Ces réflexions, malgré leur petit nombre et leur brièveté, eu égard à l'importance du sujet, doivent vous convaincre, messieurs, que les idées de véritable étiologie, en conséquence desquelles on explique aujourd'hui par l'infection et la contagion le développement des affections typhiques, remontent à une époque fort ancienne et n'en valent pas moins à cause de cela. Il nous reste maintenant, pour achever l'appréciation de la portion doctrinale du rapport, à vous parler, entre autres choses, du caractère épidémique de la peste, sur lequel la commission a cru devoir longuement disserter.....

Disons-le, puisque telle est la vérité, la seule manière scientifique et rationnelle de dénommer et de classer les maladies consiste à les envisager sous le rapport de leurs causes, des lésions d'organes, et enfin des symptômes qu'il nous est possible d'observer. Toute autre considération est secondaire, celle du nombre surtout, bien qu'elle puisse suffire à elle seule pour faire donner à une maladie le titre d'épidémique.

D'après cela, je ne m'arrêterai pas à rechercher si le caractère épidémique de la peste est bien prouvé par son retour à des époques indéterminées, ou par sa domination sur les autres maladies, qu'on voit plus ou moins complétement disparaître quand elle règne; si l'apparition de fièvres intermittentes ou de typhus doit faire croire l'arrivée du fléau imminente; s'il en est de même des douleurs survenant dans les anciennes cicatrices des bubons, etc. Je dirai seulement quelques mots sur la distinction de la peste en sporadique et en épidémique, fondée par la commission sur la non-contagion de la première, et la contagion de la seconde. Mais avant, je dois faire remarquer que la période décennale à laquelle M. Hamont veut assujettir le retour de la peste épidémique est déjà dépassée de près d'un an et demi. Est-ce que cette loi, dont la commission s'est peut-être un peu trop empressée de cautionner l'exactitude, serait destinée à faire le pendant de la prédiction de M. Pariset, annonçant, en 1822, que la fièvre jaune s'était emparée, pour n'en plus sortir, d'une partie de la malheureuse Espagne, où cependant elle n'a pas reparu depuis? Chacun est libre de résoudre cette question à son gré. Je la laisse donc, et j'en viens aux deux espèces de peste.

Sous le rapport de la pathologie, la contagion ou l'absence de contagion ne saurait être comparée à ces différences légères, et néanmoins suffisantes, pour détruire une identité faussement établie. La contagion est un caractère important, et peut-être le plus important des maladies qui le présentent. On aurait par conséquent grand tort de le considérer, à l'exemple de quelques médecins, comme un phénomène accidentel et de peu de valeur en pathologie. C'est pourquoi, s'il était bien prouvé qu'à l'opposé de la peste épidémique, la sporadique fût dépourvue de toute contagion, il faudrait rejeter bien loin une dénomination propre à rapprocher deux maladies qui, dans cette hypothèse, seraient encore aux antipodes l'une de l'autre, quand même il serait prouvé que la sporadique n'apparaît qu'aux lieux où s'observe l'épidémique. J'en appelle à M. Gaultier de Claubry, qui bien certainement renoncerait à faire du typhus et de la dothinentérie une maladie identique, s'il lui était prouvé, comme à beaucoup d'autres, que l'une d'elles est contagieuse et l'autre non.

Cette remarque me servira à clore l'examen des doctrines d'un rapport riche en faits judicieusement discutés, et, à l'exception de deux ou trois, n'ayant rien à craindre de la controverse. Cela étant, je n'hésite pas à présenter, comme conséquence irrécusable de leur saine interprétation, la proposition suivante, savoir :

(1) *Cremata est villa, una cum familia cujus erat, quæque ibi se receperat.* (*Gassendi*, NOTICIA ECCLESIÆ DINIENSIS.)

que, née de l'infection et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus, devient comme eux susceptibles d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et par diverses autres circonstances à elles étrangères, et, comme eux, perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée.

Cette donnée, dont personne à présent n'oserait contester l'exactitude, offre un moyen assuré d'apprécier la valeur de nos règlements sanitaires.

§ II. — *Applications ou bases de la police sanitaire.* — Il faut, dirai-je encore une fois, supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, et voire même les purges. Qui oserait soutenir le contraire en présence des faits que le rapport a mis sous vos yeux? Aussi la commission a-t-elle déjà accordé la moitié de ma demande. En effet, elle n'hésite pas à condamner les cordons, que l'illustre rénovateur de la philosophie d'Épicure, le pieux et vertueux Gassendi, assure avoir été si funestes dans la peste de Digne, sa patrie. En gardant le silence sur les quarantaines faites à bord, la commission semble avoir proscrit cette pernicieuse pratique. Elle se moque avec raison du plus grand titre de gloire de l'intendance, sa classification des marchandises en *contumaces*, *non contumaces et suspectes*. Enfin elle exige que l'existence d'un virus susceptible de s'attacher aux marchandises lui soit démontrée pour adopter la pratique des purges, et dès à présent on démontre l'inutilité, par ce fait atterrant pour les fracastoriens, savoir que depuis 1721 il n'y a pas eu un seul cas de peste sur les portefaix chargés de déballer les marchandises.

Malgré cela cependant, la commission attribue à l'adoption des mesures sanitaire en usage parmi nous l'avantage qu'a depuis dix ans la Turquie d'être à l'abri de la peste. Mieux renseignée, elle aurait su qu'en Turquie notre système sanitaire n'a jamais existé que de nom. Je tiens le fait de Bulard lui-même, chargé par le sultan de l'organiser dans ses États. Jamais, m'a-t-il dit, je n'ai pu faire comprendre à mes subordonnés la nécessité d'observer les pratiques de nos lazarets. Jamais je n'ai pu les y dresser; et on le croira facilement, si l'on se rappelle qu'à sa rentrée en France, M. Pariset a oublié de désinfecter ses cahiers de visites, et s'est conduit comme un Turc. (Hilarité générale.) Mais la commission est parfaitement fondée à conseiller l'évacuation prompte des lieux atteints par la peste, et à exiger rigoureusement la mise en pratique de tous les moyens hygiéniques propres à assurer le succès de cette importante mesure. Peut-être néanmoins M. le rapporteur s'est-il étendu avec un peu trop de complaisance sur un sujet approfondi il y a longtemps, comme le prouve un vieux distique dont voici le sens : il faut, pour se préserver de la peste, partir tôt, aller loin, et revenir tard.

Que si ce précepte ne peut absolument pas se passer de commentaire, il n'en demande sans doute pas un bien long.

Comment, après s'être prononcée de la sorte, et reconnaissant très-bien les objections élevées par Clot-Bey contre l'efficacité de l'isolement, la commission peut-elle proposer le maintien des quarantaines et des lazarets? Uniquement en se fondant sur ce motif, ou plutôt sur ce prétexte, que dans le doute on doit se conduire comme si la contagion de la peste était démontrée. Or cette contagion, prise dans le sens fort peu rationnel des fracastoriens actuels, est évidente, puisqu'il existe vraiment des cas d'inoculation. Ainsi un médecin anglais s'inocule la peste et en meurt; un médecin russe inocule, avec un déplorable succès, le mal à des prisonniers. Sur quatorze inoculations faites par Sola, sept développent des bubons. Quant à la transmission par la respiration, à laquelle on ne saurait, sans une sorte de subterfuge fort peu scientifique, refuser le titre de contagion, il me suffira, pour montrer combien elle est à redouter, de rappeler la mort de dix-neuf élèves sur vingt de ceux qui étaient chargés de soigner les pestiférés, et d'opposer à ce fait ce que nous a offert le choléra, pendant toute la durée duquel l'approche des cholériques n'a pas eu plus d'inconvénient que n'en pourrait avoir le pansement d'une fracture de jambe.

La peste est donc bien certainement contagieuse. Mais parce qu'une maladie se communique, ce n'est pas une raison de recourir, contre sa propagation, à des moyens jugés extrêmes, comme les quarantaines et les lazarets. Il faut d'abord chercher à connaître jusqu'où va cette propriété de se communiquer. En tout, il y a des mesures, des proportions à observer. Ainsi, les compagnies d'assurances, qui ne raisonnent pas mal, la prospérité de leurs affaires en est la preuve, élèvent le taux des primes en raison de la grandeur du danger. Au lieu d'adopter une conduite aussi rationnelle, la commission propose de prime abord d'opposer à la peste les moyens de prophylaxie qu'elle juge les plus efficaces. Eh bien! même à cet égard, son infaillibilité n'est peut-être pas incontestable.

En effet, si, comme le reconnaissent tous ceux qui ont étudié avec soin le sujet, le meilleur moyen d'arrêter la peste et les autres typhus est, avant tout, la dispersion des malades, il s'ensuit nécessairement que leur concentration dans les lazarets, et les nombreuses pratiques irrationnelles adoptées dans ces établissements sont des moyens à peu près infaillibles d'aggraver le mal dont on cherche à arrêter les progrès. Au reste, ce n'est pas la première fois que les hommes ont tourné le dos au but qu'ils cherchaient à atteindre. A Marseille, on croit avantageux de murer les maisons où sont morts des pestiférés, tandis que c'est le moyen le plus certain de conserver le mal dont on cherche à se garantir. Quoique contagioniste, Mead se serait assurément bien gardé d'approuver cet inepte précepte, lui qui, après avoir proposé les quarantaines et les cordons comme préservatifs de la peste, reconnait que quand le mal a pris une grande extension malgré leur emploi, le seul parti à suivre est de lever les cordons et de disperser les malades à la campagne. Or, s'il est vrai que qui peut le plus peut aussi le moins, doit-on douter que le remède capable de dompter une maladie au fort de son développement ne soit le plus propre à l'empêcher de naître?

La certitude de parvenir à éteindre promptement la peste, en donnant aux pestiférés les soins dont l'expérience a démontré l'efficacité, serait à elle seule un motif suffisant pour faire rejeter résolument notre système sanitaire. A plus forte raison devra-t-on en venir là, s'il est démontré, comme la commission le pense elle-même sur vérification des faits avancés par M. Aubert-Roche, que l'incubation de la peste n'a pas plus de huit jours de durée. N'est-il pas dès lors évident qu'il n'y a aucun risque à admettre sur-le-champ à libre pratique tout bâtiment qui, parti depuis huit ou dix jours d'un lieu où règne la peste, n'a pas eu de malade pendant la traversée? Telle est la conduite des Anglais, non pas seulement depuis dix ans, comme on le suppose généralement, mais depuis au moins 1824, c'est-à-dire depuis vingt-deux ans, ainsi que dans le temps je vous en ai fourni la preuve.

Lorsque aujourd'hui le fait est notoire pour tout le monde, lorsqu'on voit de hauts fonctionnaires du gouvernement, des intendants, des consuls, des ambassadeurs, etc., prendre la voie de l'Angleterre, et par ce moyen se mettre en mesure d'assister aux soirées du château à une époque où ils auraient encore eu douze ou quinze jours de quarantaine à subir s'ils fussent débarqués à Marseille, l'autorité pourrait-elle, sans entrer en révolte avec le sens commun le plus vulgaire, persister à tenir la petite porte hermétiquement fermée, tandis que la grande reste largement ouverte, et porter du même coup une atteinte ruineuse à nos intérêts commerciaux déjà compromis par tant d'autres causes? Les mesures sanitaires actuelles auraient tous les avantages qu'on leur attribue à Marseille, qu'en un tel état de choses nous devrions y renoncer, à moins d'être assez forts pour contraindre les autres peuples de l'Europe à les observer avec nous comme par le passé.

Si une expérience d'au moins vingt-deux ans, faite sur la plus grande échelle et continuée sans interruption pendant la peste désastreuse de 1834 à 1835, qui n'a ralenti en rien l'activité des relations commerciales de l'Angleterre avec l'Égypte, ne suffisait pas pour dissiper la crainte de voir la maladie s'introduire en France, nous trouverions un supplément de sécurité dans l'étude et la connaissance des causes auxquelles elle doit originairement sa naissance. Sous ce rapport, MM. Lachèze et Hamont nous fournissent, relativement à la malheureuse Égypte, des documents d'une grande valeur. Les redoutables foyers d'infection qu'elle renferme ne se trouvent plus chez nous. Il n'est pas de grande ville où on laissât, comme à Marseille en 1721, s'accumuler dans les rues et sur les places plusieurs milliers de cadavres humains, des monceaux de hardes, de matelas, d'ordures, de fumiers de toute espèce, des tas d'animaux morts, etc., comptant pour rien d'aussi énergiques causes d'insalubrité et attribuant avec une foi des plus robustes tous les ravages du mal au *contagium*.

De nos jours, fort heureusement, l'hygiène est mieux comprise, et aucun homme sensé n'hésite à croire que Marseille a dû à son incroyable incurie, à ses déplorables préjugés, à son aveugle superstition, la plus grande part, sinon la totalité des maux qui l'ont accablée il y a cent vingt ans. On achève de s'en convaincre quand on réfléchit un instant au grand nombre de villes, de localités, de contrées plus ou moins vastes devenues salubres ou insalubres, suivant qu'on y observait bien ou mal les préceptes de l'hygiène; exemple : l'ancienne Egypte, quoique sa salubrité ait sans doute été exagérée par la commission un peu trop empressée peut-être d'adopter à cet égard les idées de M. Pariset. En effet, l'histoire parle, au temps de Sésostris, d'une peste meurtrière sans doute accompagnée de bubons, comme on peut raisonnablement l'inférer d'un fragment de Rufus d'Ephèse, d'où il résulte que la peste à bubons a été observée dès avant J.-C. et par conséquent remonte à une antiquité illimitée. D'un autre côté, Epicure attribue avec grande raison au climat insalubre de l'Egypte la lèpre, si improprement appelée de nos jours éléphantiasis des Grecs, qui de son temps n'en étaient jamais atteints. Enfin, Pugnet nous permet d'assurer qu'avant, pendant et depuis les Pharaons la peste n'a pas abandonné l'Égypte.

Mon intention n'est pas de conclure de ces faits que l'assainissement de cette contrée est impossible : loin de là, je le crois très-réalisable; mais jusqu'à présent il n'y a véritablement rien eu de fait en vue de l'obtenir. Le pacha, dont on vante sans doute avec raison le génie puissant, paraît forcé de consacrer toutes ses ressources à l'entretien d'une force militaire ruineuse pour le pays soumis à sa domination. Le sort des masses l'inquiète très-médiocrement, peut-être même ignore-t-il leurs horribles souffrances. Cependant la population diminue; plus de cent mille fellahs périssent à creuser un canal, et si quelqu'un de ces infortunés a lu notre La Fontaine, il a dû se rappeler plus d'une fois avec amertume cette pensée si vraie :

Notre ennemi, c'est notre maître.

En cette occurrence, nous sommes fortement intéressés à user de toute notre influence pour hâter l'assainissement de l'Égypte; car, si la peste en était une fois chassée, les plus entichés fracastoriens consentiraient volontiers sans doute à l'abandon de précautions devenues désormais inutiles, comme elles sont déjà irrévocablement condamnées par tous ceux qui savent à quel point elles méritent les reproches que leur ont adressés Fouqueville, Lassis et ce généreux Chervin, mort trop tôt pour assister au triomphe d'idées à la propagation desquelles il a si pieusement contribué.

Dans l'intention de ne rien négliger pour amener un résultat des plus importants à tant d'égards et, comme tel, impatiemment attendu, je voterais, s'il le fallait, contre le rapport, à cause des points de doctrine, suivant moi très-contestables, qu'il renferme; je vote seulement contre les conclusions, d'abord parce qu'elles sont trop loin du but où je tends, et ensuite, bien plus encore, parce qu'elles sont en opposition avec les conséquences légitimes des faits sur lesquels elles auraient dû s'appuyer. Je suis donc disposé à me rattacher à tout amendement moins éloigné de ce qui, à mon sens, aurait dû être proposé par la commission.

M. CASTEL s'exprime en ces termes :

Quid Romæ faciam? Mentiri nescio; librum,
Si malus est, nequeo laudare...

Messieurs, ce début, au moins fort austère, contraste avec l'empressement qui a accueilli l'œuvre que nous sommes appelés à discuter et à juger. Elle a été entourée de prévenances flatteuses, même dans son berceau; elle avait à peine fait son entrée dans le monde médical, lorsque la presse périodique, accoutumée à prendre l'initiative en toutes choses et à disposer des trompettes de la renommée, lui a décerné des palmes. La commission avait de grandes difficultés à surmonter; elle a dû lutter, tantôt contre le despotisme des préjugés, tantôt contre des opinions préconçues exagérées, et en opposition directe avec une juste appréciation des lois de l'organisme. Elle a dû prémunir la société et contre des craintes excessives et contre une excessive sécurité. Tel a été le but des investigations auxquelles elle s'est livrée, et des inductions qu'elle a tirées de documents réunis après de laborieuses recherches, analysés avec sincérité, classés avec méthode, et dont le commentaire a amené un certain nombre de corollaires destinés à prêter un appui à la législation sur les mesures sanitaires.

Adopter ou créer une théorie lucide sur la contagion serait la voie, sinon la plus facile, au moins la plus sûre pour arriver à une bonne solution de la question des quarantaines. La commission a mieux aimé grouper des faits, rassembler des témoignages, citer les opinions émises par les voyageurs, par les écrivains qui ont observé la peste, notamment par les contemporains; de telle sorte qu'on trouve dans le rapport un grand nombre de relations ou plutôt d'indications chronologiques de peste, et qu'on n'y trouve presque rien qui serve à rendre raison de ses phénomènes. J'y ai noté l'absence de considérations générales sur les maladies pestilentielles, sur les causes et sur les symptômes qui leur sont communs. Je suis loin de prétendre qu'il soit dépourvu d'intérêt; il me semble mériter la reconnaissance de la compagnie, quoiqu'il ne me semble point digne de toute son approbation. Ses honorables auteurs ont préféré le *modus faciendi* des historiographes au *modus faciendi* des médecins. A la vérité, un simulacre d'étiologie fait une courte apparition dans le vestibule : « La peste est » une maladie de tout l'organisme dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin » et lymphatique sont surtout affectés. » Quelle est la maladie à laquelle un de ces systèmes reste étranger? La part qui revient à chacun d'eux n'est-elle pas une suite de leurs rapports, d'une dépendance réciproque? Vous voyez déjà combien cet aperçu sur le siége de la peste serait stérile, si la physiologie n'intervenait point. Repousser ses lumières, ce serait méconnaître les premières lois de l'organisation (1). Non-seulement elle dévoile l'origine des phénomènes, elle les fait pressentir; et, par exemple, ne suffit-elle point pour faire prévoir que des hommes vivant au milieu de substances végétales ou animales en putréfaction subiront l'influence des émanations qu'elles répandent; que ces émanations, après avoir pénétré dans le corps, changeront la composition des liqueurs animales; que, par une suite de cette dégénération, la puissance des principaux agents d'excitation sera modifiée? De déduction en déduction, on reconnaîtra qu'il y aura identité ou analogie entre les produits, dans tous les lieux où il existera un foyer de corruption, si toutefois les conditions capables de favoriser une infection se trouvent réunies.

Que ces émanations soient appelées miasmes, qu'elles reçoivent un autre nom, il importe peu : toujours est-il que dès qu'elles ont acquis droit de cité dans le corps d'un animal, elles y engendrent un élément septique, lequel est plus dangereux quand il demeure concentré dans les viscères, et dont l'explosion au dehors détermine l'apparition de bubons, de charbons, de pétéchies. Si l'indigence, une mauvaise alimentation, l'abattement moral, concourent au développement du septum, c'est parce que ce sont autant de débilitants. Quelle est son essence ou en quoi consiste-t-il? Les symptômes de la peste, les lésions que l'autopsie découvre dans les cadavres des pestiférés, répondent à cette question. Il n'est pas moins rationnel d'admettre un élément septique comme principe immédiat dans les maladies pestilentielles, que d'admettre des antiseptiques dans la matière médicale. Vous serez plus disposés à apprécier les avantages de cette explication, si vous la comparez à celle qui a été donnée par les auteurs qui ont attribué la peste à l'inflammation des parties les plus subtiles du sang.

Est-elle quelquefois le produit d'une seule cause? Il n'est pas plus difficile de concevoir qu'il en peut être ainsi, que de concevoir comment un seul venin infecte tout un corps. La commission qui a fait l'énumération des causes externes auxquelles la peste peut être attribuée, sans rechercher leur mode d'action, a supposé que le concours de plusieurs causes était nécessaire à la production. Il y a tant d'affinité entre cette maladie et d'autres maladies fébriles, que cette supposition me paraît gratuite. Après l'énumération de laquelle je viens de parler, la commission a formulé les deux propositions qui suivent : « Chacune de » ces causes, prise isolément, ne produit pas la peste; réunies, elles ne l'engen» drent pas nécessairement. » De ces deux propositions, la première n'est pas fondée; la deuxième est plus qu'une superfluité.

Les préjugés accrédités sur la peste viennent principalement de ce qu'on l'a considérée comme une entité morbide sans rapport avec aucune autre, et que ses causes, ses phénomènes, sa terminaison et surtout son caractère éminemment contagieux devaient faire classer à part. On lui a assigné une origine distincte, et cependant ses causes sont ou pareilles ou semblables à celles qui donnent naissance à d'autres maladies; une nature propre, et cependant par ses symptômes, par les périodes qu'elle parcourt, par son jugement, par les lésions cadavériques, elle se rapproche de beaucoup d'affections fébriles, notamment du typhus, dont, à mon avis, elle n'est séparée que par un surcroît d'intensité. Au degré près, Sydenham, Lieutaud et d'autres l'ont assimilée à une fièvre maligne. La peste est-elle la seule dans laquelle on observe la tuméfaction des glandes, des pustules, des pétéchies, et pouvons-nous nous empêcher de reconnaître que, même dans notre France, les fièvres exanthématiques sont les plus contagieuses?

On avait supposé dans la peste une manière d'être absolue, une séméiotique constante, et cependant elle offre des nuances, des modifications, comme il conste par les renseignements communiqués par les médecins de l'armée russe en Moldavie et en Valachie. Enfin, encore aujourd'hui, on s'efforce, tantôt de découvrir son berceau, tantôt de lui assigner une patrie, et cependant la peste est cosmopolite (1); envisagée sous cet aspect, elle devra inspirer moins de terreur; car les plages où elle s'est montrée sont tellement multipliées, leurs différences sont tellement tranchées, quant au climat, au sol, à l'alimentation, aux travaux, aux usages domestiques, qu'en les mettant en regard, on trouverait la preuve irréfragable d'un principe contagieux, permanent, indomptable, et aussi de justes motifs de craindre de ne pouvoir lui opposer d'infranchissables barrières, si l'on était autorisé à admettre que toutes les fois que la peste a sévi dans une contrée, elle y avait été portée d'un commun et lointain foyer, c'est-à-dire d'un pays où elle est endémique.

Voyez tout ce qu'on éprouve de désappointements lorsqu'on ne s'est pas élevé à un certain nombre d'idées générales. On ne sait où trouver un appui, un point de départ; on est réduit à chercher une interprétation, un cadre spécial pour chaque fait. C'est ainsi qu'en dotant la peste de quelques attributs exclusifs, on a été forcé de créer des distinctions, dont les unes se rapportent à la spontanéité (ce qui est l'équivalent de non-transmission) de la peste, les autres aux modes de sa propagation, celles-ci aux dimensions de son foyer, celles-là au nombre des malades. De là est né cet immense préjugé que la peste sporadique n'est pas contagieuse, comme s'il existait une ligne de démarcation entre le ferment, le poison quel qu'il soit, qui produit la maladie, et celui qui la rend contagieuse. La transmissibilité est le produit de la nature de la maladie, elle est indépendante du nombre des malades qui en sont atteints simultanément; reconnaissons pourtant que la peste sporadique est beaucoup moins sujette aux chances de transmission : pourquoi? parce que le genre d'une maladie étant le même, son règne épidémique lui donne un surcroît de violence; mais il ne suit point de là qu'elle ne soit point communiquable par cela seul qu'elle est sporadique. La variole n'est-elle contagieuse que dans ses épidémies? On a supposé une généalogie entre certaines fièvres et la peste, au lieu de les considérer toutes comme une chaîne dans laquelle la fièvre gastrique serait le premier anneau, et la peste le dernier. Leur classification serait calquée moins sur des phénomènes propres à chaque genre ou sur un type unique, un caractère distinct, que sur le plus ou moins de gravité des mêmes symptômes, des mêmes conditions fébriles. Ces données une fois admises, on n'aurait pas à rechercher si la peste appartient aux maladies paludéennes, si elle appartient aux maladies des camps et des prisons; la connexité entre l'ensemble des signes pathognomoniques aurait révélé la connexité entre les causes occasionnelles, et la cause prochaine se ferait voir avec la même évidence. C'est surtout dans la peste que la fièvre doit être considérée, non comme la maladie, mais comme une réaction que la maladie a rendue nécessaire. Aussi la peste est d'autant plus promptement mortelle que la fièvre manque. Lorsque j'analyse ses causes les plus ordinaires, j'éprouve beaucoup d'étonnement de ce que leur investigation n'a conduit à aucune déduction physiologique. N'est-il pas étrange qu'on ne soit pas parvenu, dès les premiers rapprochements, à une juste appréciation du rôle dévolu à chacun des deux principaux moteurs de la vie? Il était au pouvoir des médecins qui, les premiers, observèrent la peste, de constater que l'excitation de nos organes est un produit complexe, qu'elle dépend de deux agents qui ne peuvent rien l'un sans l'autre; leur influence se dessine dans la peste comme dans l'asphyxie; il n'est pas plus difficile de comprendre l'influence d'un miasme que de comprendre comment le gaz acide carbonique ou un autre gaz délétère met un obstacle aux contractions du cœur. Le système sanguin a reçu les premières atteintes : est-il besoin d'expliquer pourquoi la circulation s'embarrasse d'abord dans les ganglions lymphatiques?

La commission a constamment subordonné le génie contagieux au génie épidémique, les dangers de l'un aux dangers de l'autre. Si elle a admis que la peste pouvait être transmise par contagion, elle n'a point admis qu'elle pût se propager autrement que par épidémie. Elle a confondu ainsi la communication d'une maladie avec ses envahissements, oubliant que les communications sont successives et que les envahissements peuvent être simultanés. Elle considère la transmission de la peste comme le point de départ d'une épidémie dont le règne s'établit, au lieu de la considérer comme le point de départ d'un ferment contagieux dont l'explosion commence. Dans son opinion, la peste peut attaquer un individu sain, à la suite de ses rapports avec un malade; mais elle ne peut en attaquer un grand nombre sous l'empire des mêmes influences, et ses ravages ultérieurs devront être attribués, non à ce qu'elle est restée contagieuse, mais à ce qu'elle est devenue épidémique, comme si le venin contagieux ne suffisait point pour la propager, pour agrandir la sphère de son action. Au point de vue de la commission, ce ne sont point les progrès de la contagion importée à Tanger par des pèlerins, en juin 1818, qui ont moissonné les deux tiers de la population de cette ville : « les quatre premiers décès de peste avaient fait naître une épidémie; » donc, soit que la peste ait été importée, soit qu'elle provienne de causes locales, elle sera classée parmi les épidémies, et sa propagation sera attribuée au génie

(1) *Morbis quoque quasdam leges natura posuit.*

(1) Pline a mentionné, comme fait exceptionnel, que ce fléau n'avait jamais visité les Locriens ni les Crotoniates.

épidémique toutes les fois qu'elle aura sévi longtemps ou avec fureur. Sur quel fondement, entre des milliers de victimes, place-t-on les quatre premières seulement dans le domaine de la contagion, et toutes les autres dans celui de l'épidémie?

Une des questions posées par la commission est celle-ci : « La peste peut-elle » se propager de manière à créer une épidémie ? » A quelle fin cette investigation ? La peste ne sera-t-elle réputée contagieuse qu'autant qu'elle aura produit une épidémie ? ou sera-t-elle toujours réputée épidémique si elle fait de lointaines et rapides excursions ? Il n'y a point de connexité entre l'épidémie et la contagion : celle-ci est soumise à la nature, à l'essence de la maladie. Les émanations d'un corps malade ont seules le pouvoir de la produire; les exhalaisons d'un cloaque, les effluves d'un marais, les intempéries de l'atmosphère, suffisent pour produire une épidémie. Les effluves d'un marais se répandent, les émanations d'un corps malade se transmettent. La fièvre des marais se propage, celle des prisons, des camps, des hôpitaux, se communique. La contagion suppose toujours l'infection, mais toute infection n'est pas suivie de contagion. Telles sont les véritables limites entre l'une et l'autre..... J'ai fait justice, il y a vingt ans, de l'exagération de l'abus de cette distinction que l'on donnait pour appui aux arguments contre la contagion.

« La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques ? » C'est demander si la peste est ou n'est pas contagieuse; et ici, on rencontre une circonlocution qui n'est pas seulement superflue, mais pleine d'obscurité. Si la commission n'eût pas été sous le joug d'une idée prédominante, elle aurait vu que, après avoir admis que la peste, de contagieuse devient épidémique, elle ne pouvait s'empêcher d'admettre que le mode de propagation a été changé, que désormais elle se fera, non par des émanations transmises successivement d'un corps à un autre corps, mais par une atmosphère que les émanations auront créée. Veuillez vous souvenir, messieurs, de ce qui a été dit au sujet de la peste de Tanger, et vous comprendrez comment la commission s'est engagée dans des liens inextricables. Elle dit : « Partout où la peste a exercé de grands ravages, il » a été possible de reconnaître les caractères d'une constitution pestilentielle » régnante. » Poussé à l'extrême, ce rapprochement légitimerait l'hypothèse que la peste importée d'Orient ne peut faire beaucoup de victimes en Europe qu'autant qu'elle y rencontre la peste; que les chances de sa transmission sont relatives, non à la constitution morbide des pays où elle a été embarquée, mais à la constitution morbide des pays où elle débarque. Entre la peste et une constitution pestilentielle, quel sera l'efficient? quel sera le produit? en quoi diffèrent-elles? laquelle des deux est le principal agent? laquelle est l'agent subalterne? Dans le dessein de justifier la supposition de cette coïncidence, la commission a invoqué un passage des ŒUVRES DE SYDENHAM : il n'est pas vrai que cet auteur, pour rendre raison des progrès de la peste, ait établi une dépendance entre sa transmissibilité et une constitution pestilentielle préexistante dans le pays où la peste a été importée; après avoir noté l'influence des divers états de l'atmosphère sur la production des maladies, il ajoute : « Nous sommes redevables à la » bonté de la divine Providence de ce qu'elle a voulu que les constitutions pestilentielles de l'air, je veux dire celles qui engendrent la peste, le plus cruel des » fléaux, survinssent plus rarement que celles qui engendrent des maladies » moins funestes. De là vient (*undè fit*) que, dans la Grande-Bretagne, la peste » ne sévit avec toute sa férocité que tous les trente ou quarante ans. » La commission a outre-passé le texte par cette addition : « quelque fréquentes que fussent les importations. » D'un autre côté, elle a considéré comme une déduction ce qui n'est qu'une supputation chronologique. Un calcul, ou vague ou seulement approximatif, ne s'accorderait point avec la précision, la rigidité d'une déduction. On est plus sévère dans l'emploi des chiffres quand on signale les époques auxquelles un pays a été ravagé par une maladie contagieuse. Sydenham n'a point indiqué une influence épidémique préexistante comme le principe, l'élément nécessaire d'une effrayante propagation de la peste importée. Il avertit que cette diathèse de l'air serait insuffisante si le germe de la peste (*seminium*) n'était porté d'un corps dans un autre, soit immédiatement, soit médiatement. D'ailleurs, cette influence accessoire s'efface à mesure que les transmissions se succèdent, ainsi que l'ont avancé Boerhaave et Sydenham lui-même (1). En dernière analyse, si l'état de l'atmosphère doit être regardé comme la cause occasionnelle de la peste, lorsqu'elle est née dans une localité, il doit être regardé comme la cause prédisposante de l'invasion d'une peste importée. Les appréciations venues de l'Orient, au lieu de le compter parmi les causes secondaires, l'ont compté parmi les causes principales; elles tendent à grossir la responsabilité du génie épidémique, à atténuer la responsabilité du génie contagieux. D'un côté la commission admet que la peste peut créer une épidémie; de l'autre elle admet qu'elle peut se transmettre par infection, hors des foyers épidémiques, comme si elle avait pu créer une épidémie sans se propager, et comme s'il existait un moyen de transmission autre que l'infection (2). Enfin, quand on décompose cette question, la peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques ? On trouve, ou une circonlocution pour admettre la contagion, ou un déguisement pour la nier.

J'ai vainement cherché un contraste entre ces deux conclusions : « La transmission de la peste par les miasmes pestilentiels est un fait prouvé. — Rien ne » prouve qu'elle soit transmissible par le contact immédiat des pestiférés. » Les miasmes ne pourraient donc s'échapper de la surface du corps d'un pestiféré? Ils ne pénétreraient donc jamais directement dans d'autres corps ? On ne conteste pas que les miasmes puissent adhérer aux parois d'un vaisseau, y rester en dépôt après le départ des pestiférés, et l'on conteste qu'ils puissent adhérer à la surface d'un corps malade, qu'on aille à leur rencontre en touchant ce corps. L'hypothèse d'après laquelle la peste transmise par le contact ne devrait pas être attribuée à des miasmes est un non sens. Les miasmes qui sortent des poumons ne sont pas les seuls auxquels l'air sert de véhicule. Une émanation corrompue peut-elle avoir lieu sans l'entremise de l'air, sans être associée à un certain volume d'air? Nous trouvons dans le rapport les noms de plusieurs médecins qui ont succombé à la peste, après avoir donné des soins aux malades qui en étaient atteints. Dira-t-on qu'ils s'étaient abstenus de tout contact avec les malades? Sennert, qui mourut de la peste, s'était-il assujetti à ne point explorer le pouls? La commission demande si quelqu'un pourrait connaître une affinité entre le principe pestilentiel et tel ou tel corps. Il ne s'agit point ici d'affinité, il s'agit d'adhésion, de ce que les Latins appellent *ansa*, *stratum*, *subjectum*. Les corps résistants s'imprégneront-ils de miasmes aussi facilement que les étoffes? Lorsque la commission a mis en doute que les miasmes puissent se déposer sur les vêtements des pestiférés, y adhérer, elle avait certainement oublié ce que les historiens racontent des assises d'Oxford, de l'infection qui y fut portée dans la salle d'audience par des criminels extraits d'une prison et non d'un hôpital, de la rapidité avec laquelle elle se répandit, et des désastres qui en furent la suite.

Fixer les limites de l'incubation d'un miasme est opposé aux premières notions physiologiques. Sa durée est relative aux divers degrés d'activité de l'absorption, et celle-ci varie selon l'âge, le tempérament du sujet, selon la saison de l'année, les autres influences atmosphériques selon l'état des forces, c'est-à-dire le plus ou moins de tonicité de la fibre. Les vieillards, les personnes affaiblies par une hémorrhagie ou une autre cause, absorbent moins dans le bain que les personnes fortes et jeunes. D'ailleurs, comment prendre date de l'entrée d'un miasme dans un corps? La rapporterez-vous au commencement, au milieu, à la fin du séjour qu'un individu aura fait auprès d'un pestiféré ou dans un milieu infecté? L'incubation d'un miasme est quelquefois très-longue et son explosion fort lente; elle peut être retardée ou avancée par des circonstances éventuelles. Lorsque, il y a deux ans, j'émis l'opinion que je reproduis aujourd'hui, elle fut défendue par notre honorable collègue M. Royer-Collard, dont l'absence est si affligeante pour l'Académie.

La peste régnant dans une contrée, les habitants qui ont voyagé ont été moins sujets à la contracter. Dans les populations aux prises avec la peste, la mortalité a été beaucoup plus grande parmi les habitants qui s'étaient renfermés que parmi ceux qui avaient osé sortir; au lieu d'en conclure que l'air libre est un puissant antidote, un modificateur des miasmes, les médecins qui ont recueilli ces faits en ont conclu que la peste n'était pas contagieuse. Les miasmes qui ont voyagé n'ont conservé qu'une partie des éléments dont ils se composent dans leur foyer primitif; et cependant les contrées dans lesquelles la peste est endémique sont celles où l'on craint moins sa transmission. L'habitude émousse toutes les impressions; le retour fréquent d'un danger diminue les craintes dont il est l'objet. En Europe, les moyens de diversion à opposer à la contagion sont moins difficiles à trouver que les moyens à opposer à une épidémie. D'où vient donc qu'une maladie contagieuse inspire plus d'effroi qu'une maladie épidémique? Cela vient de ce que plus une maladie est épidémique et plus le vulgaire est disposé à la confondre avec une contagion.

Il faudrait, messieurs, se vouer à une tâche longue et hérissée de difficultés, si l'on entreprenait de signaler tout ce qu'il y a dans le rapport de questions qui n'ont point de fond, de distinctions qui n'offrent aucun contraste, de problèmes qui n'ont point d'inconnu. Voici quelques exemples : « La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? » La peste serait-elle exempte de contagion en raison de son caractère épidémique? « A-t-on vu dans les foyers » épidémiques la peste se transmettre par l'air chargé de miasmes pestilentiels? » Un miasme est-il autre chose qu'une portion d'air vicié? L'air n'est-il pas le principal agent des épidémies? Doit-on supposer que son influence se bornera à l'épidémie, qu'elle n'aura aucune part à la contagion? « La peste » se propage-t-elle par la migration de certaines influences atmosphériques et » indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés? » Qui pourra me dire ce qu'est la migration d'une influence? Si elle consiste en une influence qui agrandit son domaine, je demanderai comment elle s'est épurée avant de s'étendre? « Dans les pays où l'on a observé la peste spontanée, a-t-on pu » attribuer rationnellement le développement de celle-ci à des conditions hygiéniques déterminées? » Quelle est la maladie dont l'origine puisse être isolée des conditions hygiéniques?

Plus d'une fois, les jugements de la commission ont emprunté les formes du doute, et ses doutes ont emprunté les formes d'un jugement. Exemple : M. Robert attribue à la presse hydraulique la destruction des miasmes pestilentiels transportés dans les ballots de coton; il demande que ce moyen de désinfection soit constaté par des expériences. La commission nie que les ballots de coton puissent recevoir et conserver des miasmes; elle n'en appuie pas moins la demande de M. Robert. Ainsi les expériences auraient pour but, dans la demande de M. Robert, de constater un fait qu'il a observé, et dans la demande de la commission, de constater un fait qu'elle assure ne pas exister. Elle sollicite aussi des expériences pour qu'on sache si les hardes des pestiférés peuvent transmettre la peste. En a-t-elle prévu tous les dangers?

Les formes didactiques données au rapport sont exagérées; de là un appareil imposant de divisions et de subdivisions, de questions inutiles, d'inductions vides; de là le luxe des conclusions, de corollaires partiels, qui n'ont amené aucune proposition générale posée avec décision, avec fermeté. Il semble que les inspirations, sous l'empire desquelles il avait été commencé, se soient affaiblies

(1) *Natum semel contagium vim exercere potest, mutatâ etiam aeris conditione.* (Van Swieten, COMMENT., t. V, p. 180.)

(2) La contagion a été définie une infection qui passe d'un corps dans un autre.

avant qu'il fût parvenu à sa fin. Les détails peuvent être utiles dans l'exposé des faits ; en doit-on être avare dans les déductions, surtout quand celles-ci mènent à des préceptes ? Était-il nécessaire, à l'époque où nous vivons, de définir la civilisation ? de nous avertir que « là où les causes productrices de la peste sont le » plus nombreuses et le plus intenses, la maladie est plus grave et se propage » avec plus de facilité ? que tout individu, restant dans un foyer épidémique de » peste, est exposé à la contracter ? que la peste épidémique attaque un grand » nombre de personnes à la fois ? » S'il en était autrement, serait-elle épidémique ?

Examinés un à un, les motifs qui ont engagé la commission à conseiller ou à tolérer des mesures sanitaires sont illusoires ; s'ils ne renferment pas implicitement tout un désaveu de l'importation de la peste, ils sont au moins en contradiction avec ses déclarations précédentes : « Les sciences physiques, dit-elle, ne » sont pas parvenues à démontrer quelles sont les conditions du sol et de l'atmo- » sphère desquelles résulte en Europe une constitution pestilentielle (1). » Une constitution morbide est en deçà de la contagion ; elle est née dans la région où elle s'établit. Les influences qui produiraient une constitution pestilentielle en Europe ne seraient point différentes de celles qui la produisent ailleurs. Elles proviendraient de l'air, des eaux et des lieux, comme toute constitution morbide. Elles ont été observées et décrites ; le reproche adressé aux sciences physiques n'est donc pas mérité. A cette accusation d'impuissance, la commission a joint une demande indiscrète : en effet, les sciences physiques peuvent-elles désigner un état météorologique dans lequel ou sans lequel une peste importée ne peut se communiquer (2) ? Cet état est-il constant ? est-il susceptible d'être déterminé, d'être placé dans le même cadre que le climat ? n'est-il pas éventuel, fortuit, passager ? Il sera dans une saison, dans une année, différent de ce qu'il aura été dans une autre. Que servirait à la sécurité publique de le faire connaître ? Un état météorologique peut seulement être constaté ; il ne saurait être prévu.

En résumé, la commission, en séparant la peste sporadique de la peste épidémique sous le rapport de la contagion, a prouvé qu'elle manquait de notions claires sur le principe de la contagion et sur les conditions auxquelles elle est soumise. Le règne épidémique d'une maladie doit s'entendre du nombre de personne qu'elle attaque, non de sa transmission. Les causes qui enfantent une épidémie exercent une influence plus générale, plus absolue ; les causes qui enfantent la contagion exercent une influence plus circonscrite et relative. Le caractère contagieux et le caractère épidémique sont au delà des phénomènes qui constituent un genre de maladie et sur lesquels a été établi le nom qu'elle a reçu ; ce ne sont que des épiphénomènes. La peste est le produit d'un élément septique, qui a pénétré dans un corps ou qui s'y est développé spontanément (3), et qui altère, décompose les liqueurs animales, neutralise son action stimulante. La contagion n'est autre chose que le passage de ce ferment d'un corps malade dans un corps qui ne l'était point. La peste s'est fort civilisée ; elle a pris sa part du progrès. Établies sur ce qui est possible, les mesures sanitaires seraient d'une grande rigueur ; établies sur ce qui est probable, elles doivent être renfermées dans d'étroites limites. J'estime que le travail de la commission, avant d'être offert au gouvernement, doit être retouché avec soin.

DIFFORMITÉ DU MEMBRE ABDOMINAL PAR CICATRICE VICIEUSE ; REDRESSEMENT.

M. A. Bérard présente une jeune femme qu'il a opérée pour une difformité du membre inférieur occasionnée par une ancienne brûlure, et il met sous les yeux de l'Académie le moule qui a été pris avant l'opération. La malade n'était âgée que de 4 à 5 mois, lorsque, ayant eu les parties postérieures de la cuisse et de la jambe brûlées depuis la fesse jusqu'au talon, il s'établit entre ces parties une cicatrice vicieuse. A l'époque où la difformité fut moulée, c'est-à-dire dix-huit ans après l'accident, voici quel était l'état des parties qu'on peut constater sur le moule.

La jambe est fortement fléchie sur la cuisse ; entre les deux existe une membrane de forme triangulaire, insérée par un de ses bords le long de la jambe, par l'autre le long de la cuisse ; le troisième bord est libre, il a environ 10 centimètres de long, il s'étend de la fesse au talon ; le sommet de cette membrane est inséré dans le jarret ; ses deux faces sont libres et se continuent avec les plans interne et externe de la cuisse et de la jambe.

Depuis sa naissance, cette jeune fille n'a jamais pu se servir de ce membre, qui est demeuré dans une flexion forcée : les os, les muscles, tout en est atrophié.

M. Bérard a divisé la cicatrice depuis sa base jusqu'à son sommet, c'est-à-dire dans une hauteur d'environ 20 centimètres ; il a coupé, par une section sous-cutanée, les muscles biceps, demi-tendineux, le tendon d'Achille ; puis plaçant le membre dans un appareil à extension permanente, il est parvenu à produire peu à peu l'extension de la jambe sur la cuisse. Après cinq mois de traitement, les plaies étaient cicatrisées, la jambe redressée, le mouvement de l'articulation fémoro-tibiale facile.

En raison de sa longue immobilité, le membre atrophié est plus court que l'autre, et la malade porte une chaussure à semelle élevée. Cette personne est opérée déjà depuis cinq ans ; le membre abdominal est resté droit et la démarche est facile. Elle a pu faire sans difficulté jusqu'à dix lieues par jour.

(1) Voyez le rapport, p. 834.

(2) Voyez le rapport.

(3) Contagium ergo nascitur in humano corpore, dum morbus adest etiam sine contagio natus... (Van Swieten, Comment.)

AUTOPLASTIE.

M. A. Bérard présente un second malade sur lequel il a également eu à combattre les suites d'une cicatrice vicieuse.

Un jeune garçon de 10 ans eut la joue blessée par le timon d'une voiture ; la commissure interne des paupières, la paupière inférieure, la joue du côté droit jusqu'au menton furent déchirées et réduites en lambeaux. A la suite du travail de cicatrisation, la fente palpébrale se rétrécit au point de n'offrir qu'un centimètre de diamètre ; en outre, elle subit un déplacement considérable en bas et en dehors, de telle sorte qu'elle répondait à la base de l'orbite et que l'œil n'était à découvert que dans sa partie inférieure et externe.

Par une première opération, la fente palpébrale fut relevée au niveau de l'axe central de l'orbite. Pour cela, après avoir incisé les parties molles parallèlement au bord libre de la paupière inférieure à quelques millimètres de distance de ce bord, et relevé, en détruisant toutes ces adhérences, la paupière inférieure avec la supérieure, le chirurgien fit une blépharoplastie et prit un large lambeau de téguments sur la tempe. Ce lambeau fut enchâssé dans la plaie sous-palpébrale et s'y agglutina.

Mais la fente palpébrale restait étroite, par suite de la fusion des deux paupières à leur commissure interne ; une incision transversale n'aurait procuré qu'un agrandissement momentané. Pour empêcher les bords de la plaie de se raccourcir à mesure qu'ils se cicatriseraient, M. A. Bérard a imaginé le procédé d'autoplastie suivant. Un lambeau de peau quadrilatère a été taillé entre la commissure interne des paupières et le nez. Pour former ce lambeau, une incision de 3 à 4 millimètres partant de la commissure fut dirigée en haut ; de l'extrémité de cette incision en partait une deuxième horizontale, longue d'environ un centimètre ; enfin une troisième à direction verticale, terminée par en haut à l'extrémité interne de la deuxième s'arrêta après une longueur d'environ 5 millim. ; de la sorte était limité un espace de peau de forme quadrangulaire qui fut disséqué de haut en bas et laissé adhérent par son bord inférieur.

Le cul-de-sac que la commissure interne laissait derrière elle était tapissé par la conjonctive ; ce cul-de-sac fut incisé en travers à la hauteur du bord adhérent du lambeau cutané, en sorte qu'il en résulta de suite un lambeau de membrane muqueuse disposé en sens inverse du premier, c'est-à-dire ayant sa face saignante en avant, son bord adhérent en haut, et faisant suite à la paupière supérieure comme le cutané faisait suite à la paupière inférieure. Il ne restait plus qu'à appliquer les lambeaux et à les fixer sur le bord des paupières auxquelles chacun d'eux correspondait ; pour cela, le lambeau cutané fut couché d'avant en arrière, le muqueux d'arrière en avant, et tous deux furent fixés par des points de suture l'un à la muqueuse palpébrale, l'autre à la peau de la paupière supérieure ; ils se sont agglutinés dans cette position, et aujourd'hui la fente palpébrale présente son diamètre à peu près normal ; elle occupe le centre de l'œil.

Quand la sécrétion des larmes est un peu abondante, il en tombe sur la joue, ce qui tient à ce que les points lacrymaux ont été détruits par la blessure, et à une petite échancrure qui existe au bord libre de la paupière inférieure et qu'il n'a pas été possible de combler.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE ; par MM. Arago, Audouin, etc., etc. ; dirigé par M. Charles d'Orbigny, et enrichi d'un atlas de planches gravées sur acier, représentant plus de 1200 sujets. — T. vi, 792 pages (g-hys).

Nos précédents articles ont suffisamment fait apprécier le caractère général, les tendances et le but de cette importante publication. Le sixième volume ne fait que continuer, sous ces divers rapports, les volumes précédents. Aussi nous attacherons-nous moins aujourd'hui à faire ressortir les mérites de l'ensemble, la parfaite disposition des parties, l'intelligence dans le choix, la sobriété ou le développement des articles, toutes choses qui continuent à témoigner de l'excellente et judicieuse direction de l'entreprise, qu'à faire connaître ce que ce nouveau volume renferme de plus intéressant et de plus nouveau à l'endroit des méthodes de recherches, de l'anatomie comparée, de la physiologie générale, de l'histoire naturelle médicale, etc. ; car nous ne voulons pas perdre de vue que cet ouvrage est spécialement utile aux médecins, qu'il a été en grande partie écrit pour eux. Nous avons par conséquent à leur faire voir quelles richesses nos illustrations scientifiques y ont accumulées à leur intention et à leur adresse.

Le premier article important qui se présente dans ce volume est l'article Galvanisme. Après quelques détails historiques et une courte discussion sur la différence des deux électricités statique et dynamique, l'auteur, M. Peltier, examine quelle est l'influence du galvanisme sur les végétaux et

les animaux. Pour lui cette action est extrêmement restreinte, sinon tout à fait nulle. Sur les végétaux elle est médiate ou immédiate, et varie suivant le pôle mis en rapport avec le sol qui renferme la plante ou les racines; ou bien elle peut être appliquée à la plante elle-même. Dans le premier cas toute la portion qui entoure le pôle vitré acquiert le caractère acide, et le sol devient impropre à la végétation comme si on l'eût arrosé avec un acide. Au pôle résineux, au contraire, ce sont les alcalis de l'hydrogène qui s'y rendent en petite quantité : ces substances sont favorables à la végétation. Les plantes y croissent comme dans un terrain arrosé par une dissolution alcaline très-affaiblie. En quantité plus énergique, la réaction chimique, entre les éléments de l'alcali et ceux des racines, est trop forte, et la plante est détruite. Dans le second cas, lorsque la plante sert de conducteur, des résultats tout à fait analogues se produisent : l'extrémité qui touche le pôle positif devient acide, elle roussit; l'autre extrémité devient alcaline. Si ce sont les racines qui touchent au pôle positif, la plante meurt; si au pôle négatif, leur séve devient alcaline et la végétation s'en accroît, l'alcali étant en petite quantité. Il y a loin, comme on voit, de ces résultats purement scientifiques et en quelque façon microscopiques à ceux qu'on a annoncés il y a quelques mois. On prétendait qu'on était parvenu en Amérique à tripler, quadrupler la végétation à l'aide des courants galvaniques, et plus récemment encore, on attribuait à M. Daguerre des résultats non moins curieux. L'état où était cette question, à l'époque où M. Peltier a écrit son article, pouvait laisser prévoir quelques progrès; mais jusqu'ici rien d'authentique n'est venu la faire sortir de son cercle assez étroit, si ce n'est les ingénieuses expériences de M. Dutrochet tendant à prouver l'influence négative du magnétisme sur la circulation des végétaux. Ce que M. Peltier dit de l'influence de l'électricité sur les animaux est encore plus restreint, plus sceptique. Pour lui les courants électriques sur les animaux sont toujours destructifs. Il se forme des escarres au contact des pôles; si les glandes augmentent parfois leurs sécrétions sous l'influence d'un courant, c'est par l'*excitation toute mécanique* du système nerveux. Il y a dans cette proposition négative quelque chose d'étroit et d'arbitraire qui ne doit pas arrêter des investigateurs plus fervents. M. Peltier était médecin, mais il n'avait pas la foi. Les faits qui prouvent plus directement l'influence de l'électricité sur l'organisme animal lui étaient connus; mais il était de la classe de ceux dont parle l'Écriture : *Oculos habent et non videbunt.* Il ne faut pas s'attendre à ce que l'électricité, appliquée au corps vivant comme on l'applique à une tige de métal, produise des résultats immédiats et manifestes : cela serait trop merveilleux. Que l'on commence par les êtres les plus simples, que l'on suive la série de leurs développements; que l'on étudie les effets différentiels en rapport avec les différences d'organisation, et l'on arrivera peut-être à quelque chose de plus positif. Le grand tort d'une foule d'expérimentateurs, c'est de vouloir enjamber ce qui ne peut être conquis que pas à pas, pied à pied.

On regrette de ne trouver que quelques lignes à l'article GÉANT : il y a là une question neuve à examiner dont on n'a pas encore indiqué les termes les plus généraux : nous voulons parler des conditions du développement des grands animaux antédiluviens, et de celles qui peuvent présider aujourd'hui au développement accidentel des géants humains.

L'article GÉNÉRATION SPONTANÉE est sans contredit celui qui intéresse le plus les physiologistes et les médecins; c'est aussi l'un des plus importants de ce volume. L'auteur, M. Gérard, commence par une profession de foi philosophique qui prédispose en faveur de ce qu'il va dire, et témoigne de l'indépendance et de la fermeté d'esprit qu'il montre dans l'examen de la question. Les opinions sont rangées en deux camps : les *ovaristes* et les *spontéparistes.* M. Gérard est explicitement du parti des seconds. Il montre d'abord que le fameux axiome *omne vivum ex ovo* n'exclut pas la génération spontanée, et que Harvey a dit explicitement lui-même (EXERCITAT. DE GENERAT. ANIMAL.) : « Les animaux et les végétaux naissent tous soit *spon-» tanément*, soit d'*autres êtres* organisés. » C'est que « Harvey n'enten-» dait point évidemment par œuf le produit de l'accouplement seulement; » sa pensée va plus haut : il appelle œuf tout élément organisateur. » Ceci est le commentaire de M. Gérard. Peut-être eût-il été possible de mettre l'axiome de Harvey d'accord avec ses opinions sans étendre aussi loin l'acception de l'*omne vivum ex ovo.* Cette proposition en effet ne veut pas dire que l'œuf soit le seul mode de génération des animaux, mais que la génération par l'œuf est un mode de propagation, de reproduction commun à tous les animaux. C'est une propriété et non une cause. Il est donc plus probable et plus rationnel de penser qu'en formulant sa célèbre proposition Harvey a bien voulu parler du produit de l'accouplement, ce qui n'exclut en aucune façon la possibilité de l'autre mode de génération. Voici une comparaison toute médicale qui expliquera cette différence et la rendra plus claire. Une maladie peut se développer spontanément et être contagieuse : la contagion est le mode de transmission analogue à la génération par l'œuf. Le médecin qui dirait : toutes les maladies se propagent par contagion n'exclurait point nécessairement la possibilité de la génération spontanée de quelques-unes. Nous soumettons ces doutes à M. Gérard. Et puisque nous avons fait intervenir cette comparaison, nous dirons qu'elle peut de tout point servir à éclairer la discussion de la génération spontanée; car c'est dans les deux cas la même question de logique, de méthode, de fait et de conséquences.

Et d'abord faisons remarquer que la question dont il s'agit est beaucoup plus générale que les termes ne semblent l'indiquer; c'est la question du spiritualisme et du matérialisme; de là spiritualité de la matière ou de l'organisation. Ces deux aboutissants expliquent le caractère tranché des partisans et des opposants. Dans les deux camps, on trouve des autorités également élevées, mais qui toutes appartiennent à deux genres, à deux natures d'esprits différents. C'est donc bien plus dans cette différence fondamentale de l'instrument logique qu'il faut chercher la raison des oppositions, que dans les motifs extérieurs qui leur servent de base. Certes Cuvier connaissait tout aussi bien que Geoffroy Saint-Hilaire les faits qui portaient celui-ci à admettre la génération spontanée; mais la nature de son esprit ne les lui faisait pas voir et apprécier de la même manière : il concluait différemment. En partant de ce principe que nous croyons être une vérité, on comprend comment la question des générations spontanées s'est perpétuée à travers les âges, sans presque faire un pas en avant ou en arrière. Elle s'est dégagée de préjugés, mais elle ne s'est pas enrichie, en proportion, de faits nouveaux. Toutes les citations de M. Gérard le montrent. Chaque jour la thèse qu'il défend se fortifie d'adhésions nombreuses et importantes; mais il faut convenir aussi que la négation ne compte pas moins d'autorités imposantes. Un des motifs qui tend à perpétuer ce *stato quo,* c'est l'absence, sinon l'impossibilité d'une démonstration rigoureuse. La série des témoignages que rapporte M. Gérard en faveur de la spontéparité se compose bien plus d'opinions, d'assertions vagues, d'analogies éloignées, que de faits directs et probants. On en conclut que Buffon, Lavoisier, Cabanis, Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Goethe, Carus, Ocken, Tiedmann et autres grands physiologistes professaient cette opinion, mais on ne voit pas bien pourquoi ils la professaient. Il serait donc très-utile de montrer la série des faits à l'aide desquels cette glorieuse phalange a défendu et cherché à faire progresser ses croyances.

M. Gérard l'a très-bien senti, et il a cherché à combler cette lacune. Il a commencé par fortifier indirectement l'école à laquelle il appartient et affaiblir celle qu'il combat. Pour cela, il fait voir que la plupart des grands noms dont s'étaye l'école panspermiste n'ont jamais professé explicitement l'opinion qu'on leur prête. Swammerdam doutait; Redi n'était pas éloigné de croire « que la même vertu qui produit les fleurs et les fruits dans les plantes actuellement vivantes y fait naître aussi les vers qui se trouvent renfermés dans les fruits. » Spalanzani lui-même, sur le témoignage duquel ont toujours vécu les ovaristes, déclare, à l'occasion de l'origine des infusoires, « que nous n'avons sur ce sujet aucune certitude. » Cependant Spalanzani dit aussi (OPUSC. PHYS., p. 230) : « Les infusoires tirent *sans doute* leur première origine de principes *préorganisés;* mais ces principes sont-ils des œufs, des germes, ou d'autres corpuscules semblables. » Son doute ne portait donc que sur le caractère ou la forme du principe organisé, puisqu'il regarde ce principe comme nécessaire. C'est le cas de faire remarquer la confusion qui règne encore dans cette discussion. En effet, et M. Gérard ne manque pas de le montrer, il y a bien des manières de concevoir la spontéparité. Les molécules vivantes de Buffon, la matière organique universelle des Allemands est beaucoup moins éloignée de la préexistence des germes que la théorie de Lamarck, par exemple, qui admet la formation de toute pièce des corps vivants, à l'aide des éléments inorganiques, sous l'influence de la chaleur, de la lumière, de l'électricité et de l'humidité.

Quoi qu'il en soit, l'article de M. Gérard est un pas en avant. Après une foule de faits intéressants de remarques judicieuses, il essaye de donner une démonstration en règle de la spontéparité. Il examine la question dans les trois classes d'êtres qui « la démontrent, dit-il, de la manière la plus *pé-» remptoire.* » Il étudie successivement le développement des cryptogames, des infusoires, des entozoaires. Comme tous les hommes convaincus, M. Gérard prend un peu sa conviction pour une démonstration. Or une démonstration *péremptoire* en pareille matière serait la connaissance des causes de formation, du mécanisme d'action de ces causes, et la faculté de reproduire, en les mettant en jeu par l'expérimentation, les êtres qu'elles engendrent. On voit combien la science est loin et combien elle sera peut-être toujours loin de satisfaire à cette condition. C'est là le motif de la perpétuité du doute pour quelques-uns, de l'opposition pour d'autres, et de la simple croyance pour le plus grand nombre. A l'appui de ses convictions, M. Gérard commence par citer le fait de l'oscillation, de l'incertitude de la matière organique qui, à son point de départ, fluctue entre l'animal et le végétal, et ne se décide pour l'un ou pour l'autre que suivant certaines conditions extérieures. Cependant, si la matière organique provient d'un ovule, elle ne peut être indifférente : elle doit être un animal ou un végétal.

Or, suivant un certain nombre d'auteurs, les conferves se formeraient d'infusoires libres venant s'ajouter en chapelet les uns à la suite des autres; dans cet état, elles forment une chaîne vaste et immobile dont les anneaux, se désagrégeant, reprennent leur vie animale et spontanée. Comment concilier les idées de formes absolues, animales ou végétales, avec cette mobilité dans les anneaux de la chaîne organique. — Ceci est un problème, mais non une preuve. Et pourtant « il est bien difficile, ajoute l'auteur, à l'occasion » de ce fait, de se soustraire au doute, et de ne pas *voir*, au milieu du » monde, des éléments organisables et des agents organisateurs réagissant » sur les combinaisons, et les rendant corrélatives aux conditions dans les- » quelles se trouvent les substances transformées en êtres nouveaux. » Nous reproduisons ce passage pour montrer avec quelle facilité les meilleurs esprits peuvent se faire illusion et prendre leur opinion pour le fait. A ce degré de généralité, l'induction peut être fort juste; elle pourra être un jour confirmée par les faits qu'elle prophétise; mais jusqu'ici elle n'a pas, aux yeux des hommes rigoureux, le caractère des preuves qui commandent la conviction. Du reste, M. Gérard n'est pas homme à en rester à ces préliminaires : au contraire, il entre dans les moindres détails des faits; seulement on peut juger, d'après son premier raisonnement, de la facilité avec laquelle il trouve des motifs de conviction là où d'autres ne rencontrent que doute et difficulté. Il serait impossible de recueillir tous les faits, la plupart très-curieux, dont il a composé sa démonstration. On peut les résumer comme il suit : 1° on voit des êtres organisés se produire dans des eaux distillées, parfaitement purgées de tout germe, par la chaleur ou des réactifs chimiques ; 2° on voit d'autres êtres sortir des mêmes éléments primordiaux avec des caractères qui varient de forme, de complexité et même de nature, lorsqu'on les observe à quelques jours d'intervalle ou sous l'empire de conditions différentes ; 3° on en voit d'autres, des infusoires par exemple, dont on favorise la production en mêlant à l'infusion certains réactifs particuliers; 4° enfin, on trouve au sein des tissus, au milieu des cavités closes, des êtres doués de sexualité et dont les germes ne peuvent avoir pénétré dans ces tissus, dans ces cavités. — Il n'est pas besoin de reproduire avec détail tous les exemples qui se rapportent à ces quatre catégories. Les faits particuliers ne changeraient pas le caractère du fait général. Eh bien ! n'est-il pas parfaitement inutile d'insister pour montrer qu'aucun d'eux n'a la valeur d'une preuve péremptoire ? Nous sommes loin de nous placer à un point de vue opposé à celui de l'auteur; au contraire, nous *croyons* aussi fermement que lui à la spontéparité, mais nous y croyons par des motifs qui, sans être absolument autres ni plus logiques, correspondent mieux à la nature de notre esprit et au point de départ de nos sentiments. Ainsi, pour nous, la nature n'a pas et ne peut avoir deux manières de procéder : les opérations dans lesquelles on croit la trouver en contradiction avec elle-même, ou en frais d'un double système de moyens pour le même résultat, sont des opérations secondaires dont la diversité n'est qu'apparente, et dont l'unité et l'identité ne peuvent être découvertes qu'à un point de vue plus immédiat ou plus élevé. Ainsi considérés, les différents modes de génération, primitive, spontanée, fissipare, gemmipare, ovipare, vivipare, doivent être moins contestés en fait que recherchés dans leur caractère commun de cause et de résultat. Ce n'est qu'après qu'on aura trouvé ce caractère, que l'existence et la notion de leur diversité secondaire apparaîtront plus claires et mieux établies.

M. Gérard a traité la question du *genre* avec la même indépendance et la même élévation d'esprit. Il apprécie très-bien la valeur de ces coupes artificielles dites naturelles. Il fait en passant une critique très-piquante des abus et exagérations auxquels elles peuvent conduire.

Les articles GÉOGRAPHIE BOTANIQUE et GÉOGRAPHIE ZOOLOGIQUE soulèvent des questions qui ne sont pas moins importantes.

Dans le premier, M. Ad. de Jussieu a traité avec beaucoup de sagesse des causes qui paraissent avoir fait varier la végétation sur les différents points du globe : *latitudes, hauteur, humidité, lumière, influence du sol*; puis il trace rapidement la géographie végétale proprement dite au point de vue purement historique d'abord, ensuite en rapport avec les influences qui paraissent l'avoir décidée, depuis la zone torride jusqu'à la zone glaciale, dans les îles comme sur les continents. Partisan de la pluralité des centres primitifs de végétation, M. de Jussieu montre le rapport des espèces avec les conditions nécessaires à leur entretien; viennent ensuite les déterminations des *flores*, des *régions botaniques*, de l'*arithmétique botanique*. A propos de l'influence de l'homme et de la culture sur la végétation, peut-être eût-on désiré une discussion plus approfondie sur la valeur de ce puissant élément de perfectionnement des plantes. C'eût été le cas de continuer pour les végétaux les études si neuves et si élevées que M. Isidore Geoffroy a commencées sur la *domestication des animaux*.

L'article GÉOGRAPHIE ZOOLOGIQUE de M. Gérard ne le cède en rien au précédent pour la richesse des faits; il s'en distingue de plus par une hardiesse et une juvénilité d'idées que l'auteur a puisées à l'école de nos illustres maîtres Lamarck et Geoffroy Saint-Hilaire : c'est de la zoologie étiologique. En se plaçant à ce point de vue, M. Gérard a été entraîné à discuter les questions vitales de la science; il l'a fait avec autant d'indépendance que de modération. L'étendue de son article, qui contient la moitié d'un volume in-8°, nous empêche d'en reproduire même le sommaire. Nous engageons nos lecteurs à y recourir : ils y trouveront un remarquable résumé de philosophie naturelle et une discussion approfondie de l'origine des êtres, de leur ordre de succession et de transformation. Quant aux doctrines de l'auteur, elles se trouvent très-bien indiquées dans les lignes suivantes qui terminent son article : « Il résulte de l'ensemble des faits réunis dans cet article, que les êtres, enchaînés les uns aux autres par la loi de progression évolutive, se sont développés dans un ordre ascendant en affectant un certain nombre de formes générales qui se sont évoluées parallèlement, et de groupe en groupe, depuis les plus inférieurs jusqu'aux plus élevés, reproduisent l'ascendance dans des limites plus ou moins rigoureuses. Chaque ordre est le plus souvent l'image en petit de l'ensemble, et cette manifestation, se continuant à travers toute la série, démontre qu'il ne faut pas chercher la méthode dans la série linéaire, mais dans la série parallèle, et prouve jusqu'à l'évidence le fond sérieux de l'idée de l'unité dans les éléments de composition organique. On y peut reconnaître l'influence des milieux sur le développement des êtres et le néant des idées de type absolu ; car l'espèce n'y paraît qu'un jeu d'un type générateur autour duquel gravitent des formes secondaires ou tertiaires dues à l'influence prolongée des modificateurs ambiants et des agents organisateurs, et l'on y peut reconnaître le rapport constant entre les milieux et le développement des formes qui rend imperceptible l'infusoire de la goutte d'eau et gigantesque l'animal qui vit au sein des mers. »

Nous signalons, en terminant, les articles GROTTES ou CAVERNES géolog. paléont., par M. Desnoyers; HÉLICES, par M. Deshayes; HERBIER, par M. Duchartre; HERMAPHRODISME, HÉTÉROTAXE, par M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire; HIRONDELLES, par M. Z. Gerbe; HOUILLE, par M. Virlet d'Aoust; HUITRES, par M. Deshayes, etc.; nous nous arrêterons un instant sur l'article HYBRIDES, de M. Duchartre.

On appelle hybrides, comme on sait, les plantes qui proviennent d'une fécondation croisée, c'est-à-dire dans laquelle le pollen d'une espèce est venu féconder le pistil d'une espèce différente. Le produit de l'hybridation est l'analogue du mulet animal. On conçoit toutes les ressources que ce phénomène offre à la physiologie : c'est une expérience spontanée ou provoquée à l'aide de laquelle on peut éclairer la question de la fixité des espèces, et de l'influence relative du mâle et de la femelle. Pour ce qui est du premier point, l'auteur de l'article s'attache surtout à fixer les conditions essentielles de la fécondation croisée. Elle est d'autant plus facile que les plantes offrent entre elles plus d'affinité. Elle est facile entre les variétés d'une même espèce; possible entre deux espèces du même genre, difficile entre des genres différents et d'une même famille. On n'en connaît pas encore d'exemples entre des plantes de familles différentes. L'hybridation étant en général le produit de l'art, il serait du plus grand intérêt de rechercher quelles sont les conditions qui facilitent les fécondations les plus rares; car cette connaissance conduirait à étendre le champ de l'expérience. Or, M. Deshayes ne s'est pas occupé de cette question; seulement, dans la recherche de causes immédiates qui favorisent ou empêchent le résultat, il allègue tour à tour le défaut de rapports matériels entre le boyau de pollen et le tissu conducteur du style, et aussi le défaut d'action vivifiante du fovilla sur l'ovule; mais ce ne sont là que des conjectures. La science appelle donc des expériences sur ce point. Il y aurait à tenir compte du fait de la fécondabilité décroissante des hybrides; et peut-être la connaissance des moyens de retarder leur stérilité mettrait-elle sur la voie des vraies causes de leur affinité sexuelle et de leur fécondation.

Pour ce qui est de l'influence relative du mâle et de la femelle, les résultats sont encore loin d'être précis. Linné avait cru que le mâle transmettait sa forme (les organes de la végétation), et la femelle son organisation intérieure (les organes de la fructification); de Candolle a précisément retourné la loi posée par Linné ; mais d'autres botanistes n'ont reconnu la justesse absolue ni de l'une ni de l'autre. La question est donc encore à résoudre, ainsi qu'une foule d'autres que l'étude et l'expérience de l'hybridation ne manqueront pas de faire surgir. Mais pour rendre cette étude plus fructueuse, il sera indispensable de la rapprocher de celle de la génération du mulet chez les animaux.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — CONTAGION.

Que la peste soit transmissible par contagion directe ou par infection, par contact d'individu à individu ou par émanation de miasmes, cela ne modifie en aucune façon le caractère fondamental du fait. Personne ne peut supposer que le chirurgien qui touche le pouls d'un pestiféré prenne la peste par le bout des doigts comme on peut prendre la gale, et, dans de certaines conditions, la syphilis. Si la maladie vient à le frapper, c'est qu'il a été atteint, d'une manière ou d'une autre, par absorption pulmonaire, par absorption cutanée, n'importe, du quelque chose qui donne la peste; et ce quelque chose ne peut être qu'une émanation, et rien ne prouve que cette émanation diffère en quoi que ce soit de celle qui se répand dans l'atmosphère et va porter la peste à distance. Voilà le principe que la GAZETTE MÉDICALE a posé comme base essentielle de la discussion, dans le dernier numéro, et elle a cherché à montrer comment l'oubli de ce principe avait entraîné la commission dans un dédale de distinctions minutieuses et de faits disparates, où la pensée principale n'apparaît que de loin et confusément. C'est avec le plus grand plaisir que nous avons vu ces idées développées mardi dernier, à l'Académie, par l'honorable M. Bousquet. Nous croyons exprimer le sentiment général en disant que le discours de M. Bousquet est, jusqu'ici, l'argumentation capitale du débat. C'est le seul, à vrai dire, qui ait encore embrassé la question dans son vrai sens et dans ses éléments essentiels. L'orateur a très-habilement mis à profit les notions que lui ont fournies ses études habituelles sur quelques-unes des maladies contagieuses de nos climats, et tout ce qu'il a dit du caractère commun des différents modes de transmission du cow-pox, de la rougeole, de la variole, de la syphilis, de la gale, etc., est conforme aux lois d'une saine logique non moins que de l'observation. Toutes ces affections, en effet, ont cela de commun « qu'elles viennent sur germe et créent un germe semblable à celui d'où elles sortent. » La peste, elle, se propage par voie miasmatique; c'est un mode qui lui est commun avec le typhus, avec certains exanthèmes cutanés; donc elle est contagieuse; elle l'est au même titre que la rougeole ou la variole, et tous les artifices de langage ne peuvent rien ôter ni à la précision du fait, ni à ses conséquences scientifiques et pratiques. Ces vues générales suffisent, suivant nous, pour faire justice des distinctions que certains adversaires de la contagion, et Clot-Bey en particulier, ont prétendu établir entre la peste et la variole, sous le rapport du mode de propagation.

Nous disons que la peste est contagieuse. Sauf la différence des termes, la commission l'admet comme nous, et la discussion n'a encore produit contre cette manière de voir aucun argument de quelque valeur. On peut même, sans trop de hardiesse, prévoir qu'il ne s'en élèvera pas, et que, si le principe eût été posé devant l'Académie sous cette forme nette et précise, il eût réuni la presque unanimité des suffrages. Mais l'excuse de la commission est celle-ci : il existe plusieurs modes de transmission des maladies dites contagieuses. Il importe, pour la science comme pour le système quarantainaire, de savoir quel est le mode ou quels sont les modes particuliers à la peste. Or l'observation et l'expérience peuvent seuls nous l'apprendre. —Eh bien! nous soutenons qu'en présence du principe général indiqué plus haut et du lien de communauté qui unit les différentes maladies contagieuses, en présence surtout de l'identité essentielle de la contagion directe et de l'infection miasmatique, l'observation et l'expérience, telles qu'il a été donné à la commission de les mettre à profit, ne fournissent pas à l'examen une base aussi solide qu'on paraît le croire. La peste se transmet hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe. En voilà assez, à nos yeux, pour n'être rassuré ni sur les hardes des pestiférés, ni sur les marchandises des navires infectés. Quand la peste, débarquée à Marseille, se communique à des gardes-santé, à des chirurgiens, elle leur envoie apparemment un miasme pestilentiel, et le séjour de ce miasme dans des vêtements ou des balles de coton est un fait *trop possible* pour que nous soyons facilement convaincu *qu'il n'est pas*, et trop en harmonie avec ce que nous savons déjà du miasme variolique pour que nous puissions nous abstenir d'appliquer au premier les notions acquises sur le second. La commission n'a rien voulu accorder au raisonnement; elle s'est mise à disséquer pièce à pièce tous les faits disséminés dans les innombrables documents dont elle a disposé; elle les a astreints, de son autorité privée, à certaines conditions; elle leur a appliqué une certaine règle de garanties, et chaque fois qu'ils ne s'y sont pas trouvés rigoureusement conformes, elle les a rejetés impitoyablement. Qu'est-il arrivé? C'est qu'elle a fini par les rejeter tous; c'est qu'après avoir admis pleinement la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, elle n'a plus admis ni sa transmissibilité par contact immédiat, ni celle par les hardes et vêtements, ni celle par les marchandises. Comment la peste se transmet-elle donc? Uniquement par voie atmosphérique. Mais M. Bousquet et M. Hamont ont montré tout ce qu'il y a d'incertitude, d'arbitraire, et on peut dire de danger, dans cette élimination successive de tous les faits. En voici un, par exemple, cité par M. Hamont, et qui contrarie d'un côté ou de l'autre, comme on va le voir, les conclusions de la commission. Le brick ionien *Saint-Spiridion* arrive à Zante le 18 juin 1819, venant de Tunis, avec un équipage de huit personnes. Les papiers de bord, signés Richard Oglander, consul d'Angleterre à Tunis, portent la date du 2 juin. Aussitôt après l'arrivée, le garde-santé monte à bord; il s'occupe de mettre à l'évent les objets contenus dans les coffres. Le 23 juin, l'un des passagers est pris de la peste; le 24, trois autres; le 25, un cinquième; le 26, deux autres encore; en sorte que, des huit passagers, un seul ne fut pas atteint. Le garde-santé lui-même tomba malade le 27. Et tous ces cas ont offert les symptômes les mieux caractérisés de la peste, tous se sont terminés par la mort. Ces faits si graves sont extraits des pièces justificatives jointes à l'ouvrage intitulé : HISTOIRE DE LA PESTE QUI A RÉGNÉ DANS LES ÎLES DE MALTE, DE GOZZO, DE CORFOUE, ETC.; par J.-D. Tully (Londres, 1821). La pièce qui les constate est signée J. Thomas, président du bureau de santé. Or, de deux choses l'une, ou la mise à l'évent des effets jusque-là renfermés dans des coffres a répandu la peste dans le lazaret, et cela va contre les conclusions 18 et 19 du rapport, ou les passagers avaient pris le germe de la maladie à Tunis, et l'incubation (en supposant même que le navire, une fois en possession de ses papiers de bord, ait retardé son départ de deux ou trois jours) est de dix-huit à vingt jours, autre résultat contraire à l'opinion du rapport sur la durée de l'incubation. Mais la première hypothèse est de beaucoup la plus probable.

D'autres faits de même nature ont été publiés dans le XXVe volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES, par M. Davy, dans un

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le joli mois de mai. — Crucifiement. — Tribulations de la médecine camphrée. — Les Ozanores et Ibrahim-Pacha. 1,00000 francs d'honoraires. —Les dentistes ne sont pas médecins. — Extraction de la pierre *par les voies naturelles*. — Bulletin sanitaire de M. le comte M. — Duel lithotritique. — La médecine dans les grands journaux — La syrène des eaux minérales. — Allaitement d'un serpent. — Procès de mauvais goût.

Joli mois de mai, quand reviendras-tu?

Ainsi chantaient nos grands-pères, bonnes et douces gens qui croyaient au printemps, à Flore, à Théocrite, à Virgile, à Guarini, à Ségrais, à Gesner, à Thomson; gens sensibles, gens vertueux, qui aimaient à voir lever l'aurore. Mais hélas! de profondes observations météorologiques ayant démontré qu'il n'y a que trois saisons : l'hiver, l'été et l'automne, et que le mois de mars se prolonge jusqu'à la fin de mai, l'antique invocation est tombée en discrédit auprès des amoureux et des poëtes, et un plaisant l'a remplacée avec assez d'à-propos par celle-ci :

Joli mois de mai, quand t'en iras-tu?

Cependant, cette variante n'est pas du goût de tout le monde. Il en est pour qui le mois de mai est au contraire le plus désiré, le plus impatiemment attendu de tous les mois. Pour ces chrétiens-là il n'y a ni Pâques, ni Fête-Dieu, ni Pentecôte, ni Ascension. Il y a le 1er mai. Le 1er mai est l'étoile du matin, la porte du ciel, la tour d'ivoire, la maison dorée, le vaisseau honorable et la cause de toute joie, *causa lætitiæ*. C'est qu'au 1er mai, si le ciel est souvent sombre, la bise âpre, si le baromètre et le thermomètre se livrent à des bonds désordonnés, s'il tombe de la neige ou de la grêle, il pleut aussi des croix, et, grêle pour grêle, celle-là vaut incomparablement mieux que l'autre. Entre nous, il est peu de personnes qui préfèrent, comme ce poëte philosophe, *la fleur des champs* au ruban, et nous ne sommes pas absolument scandalisés à la vue de cette fourmilière affamée qui grouille périodiquement aux abords des ministères. Nous regrettons plutôt que messieurs les ministres, et particulièrement celui de l'instruction publique, n'aient pas le don de la multiplication des pains. Un tel don aurait été de mise cette année où, dit-on, bon nombre d'*appelés*, portés sur la liste ministérielle, n'ont pas été *élus* dans le cabinet du roi. Nous connaissons plus d'un confrère resté *in limine* et qui va se remettre à chanter de plus belle le *quand reviendras-tu?* Qu'il revienne plus propice pour eux, pour vous, pour une multitude de confrères, ce mois bienheureux! qu'il revienne avec des giboulées de rubans rouges! Nous ne mettrons jamais nos lunettes pour chercher derrière ledit ruban une brèche de conscience, un vice de caractère ou un travers d'esprit. On disait l'autre jour de l'un des nouveaux élus qu'il méritait bien d'être *mis en croix* pour ses méfaits. Le calembour nous semble un peu bien tragique, et nous ne voyons pas les choses sous d'aussi noires couleurs. A tout prendre, la *chevalerie*

travail spécial par le docteur Cravagna, directeur du lazaret de Malte, et nous croyons qu'il ne serait pas difficile d'en réunir un certain nombre dont la valeur ne pourrait être contestée qu'au moyen de pures négations d'une valeur tout au plus égale, sinon inférieure.

Quoi qu'il en soit des diverses manières de comprendre la contagion, toujours est-il que le rapport et la discussion ont mis dès à présent hors de doute le fait général de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. En termes plus explicites, un individu venant de l'un des foyers peut apporter la peste dans un port non infecté. Nous insistons sur ce fait, parce qu'il est fondamental, parce que c'est sur lui que doit rouler toute la question des quarantaines. Si la peste peut se transmettre ainsi, il faut lui fermer le passage, le lui fermer rigoureusement, non-seulement dans les ports de la Méditerranée, mais encore sur tout le littoral; non-seulement pour les navires venant en droite ligne des foyers, mais encore pour ceux qui feraient un détour par l'Angleterre ou l'Allemagne, s'il était démontré que le temps nécessaire à ce trajet ne fût pas une garantie suffisante contre l'importation de la maladie. Quels doivent être les moyens de garantie? quelles modifications doivent-elles subir suivant la distance du lazaret au foyer épidémique ou toute autre circonstance? Ce sont là des appendices de la question principale sur lesquels la discussion appellera sans doute notre examen. Mais, pour le moment, il importe de dégager nettement le principe, et de le soustraire tout de suite à la confusion qui pourra naître, qui naîtra certainement, qui est déjà née de l'extrême morcellement de la question.

La commission étant d'accord avec nous sur le principe, il semble que, du moins dans ces limites, nous n'ayons qu'à la défendre contre ses adversaires, contre ceux qui ont contesté la valeur des faits de contagion consignés dans le rapport. Cependant nous ferons encore, à cet égard, une réserve. Non-seulement de ces dix faits ressort pour nous la preuve de la contagion de la peste, mais peut-être ne sont-ils, si on peut le dire, que la menue monnaie de la démonstration. Ce sont les seuls, il est vrai, qui, après un rude travail d'élimination, soient restés entre les mains de la commission. Soit. Mais il nous semble que, si importants qu'ils soient, ils sont encore dominés par l'autorité de certains autres faits, plus considérables, moins sujets à controverse et heureusement mis en lumière par MM. Hamont et Bousquet: nous voulons parler des effets généraux déjà obtenus du système de l'isolement. Qu'importe, en effet, que dans tel cas donné, le flagrant délit de transmission n'ait pas été constaté, si, comme à Moscou ou à Marseille, des maisons renfermant de nombreux habitants se préservent du fléau en fermant leurs portes; si, comme au Caire, un palais mis par moitié en quarantaine et par moitié en libre pratique, ne prend la peste que dans cette dernière partie; si, comme en Grèce et ailleurs, l'institution de lazarets empêche de nouvelles invasions de la peste? Il est d'ailleurs une considération dont il faut tenir compte et qui peut jusqu'à un certain point expliquer la pénurie de faits particuliers déposant formellement en faveur de la contagion. Les observations des chirurgiens, des intendants sanitaires ont été en général recueillies sous l'empire de croyances contagionistes, non pour démontrer le principe, mais pour en donner de nouvelles applications, non pour justifier les mesures sanitaires, mais pour en provoquer la mise en vigueur. On doit donc encore s'estimer heureux que de cet ensemble d'observations incomplètes et qui n'avaient aucun intérêt à ne pas l'être, il en soit resté d'assez explicites pour venir au secours du principe le jour où il a été en péril.

Ce principe, nous le formulons volontiers comme la commission : *la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques*. Sa conséquence est *le maintien des lazarets*. Voilà, pour le moment, les deux points incontestablement acquis à la discussion.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MODE DE PRODUCTION DES AFFECTIONS DITES HYSTÉRIQUES ; par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. — APPRÉCIATION DES IDÉES FORMULÉES SUR LA CAUSE ORGANIQUE ET LE MODE DE PRODUCTION DES PHÉNOMÈNES DITS HYSTÉRIQUES.

Les idées émises sur l'hystérie se rattachent à trois grands groupes distincts :

1° Dans une première théorie, la plus ancienne, la cause organique de la perturbation fonctionnelle est placée dans l'utérus ;

2° Une seconde fixe le point de départ des accidents hystériques dans les organes centraux de l'innervation ;

3° Une troisième invoque un état morbide général du système nerveux.

L'histoire des idées offre un puissant intérêt ; mais c'est à condition d'être philosophiquement exposée, comprise et jugée d'un point de vue supérieur. Rien n'est plus fastidieux, au contraire, que ces exposés chronologiques des opinions dont l'esprit ne saisit ni la raison d'être ni la portée. Ridicules dans leur isolement, les idées de nos devanciers ne paraissent reproduites dans certains historiques que pour exciter le sourire des demi-savants du jour. Elles sont admirables de sagacité quelquefois, respectables presque toujours, quand l'esprit, les dominant dans leur enchaînement logique, saisit leurs rapports avec les notions expérimentales acquises. C'est là ce que nous essayerons de ne pas perdre de vue en appréciant les idées émises sur la cause organique de l'hystérie.

Nous avons déjà vu sur quelle base expérimentale les anciens s'étaient appuyés pour établir l'individualité nosologique qu'ils ont appelée hystérie; nous avons fait connaître aussi l'enchaînement logique qui avait conduit à placer dans l'utérus la cause première de l'ensemble phénoménal. Il est incontestable que cette idée d'induction s'appuie sur des faits de quelque valeur. L'apparition d'une forme spéciale de perturbation fonctionnelle chez les femmes pendant la période de la vie utérine ; l'influence des fonctions de la génération sur le développement des attaques, et, par-dessus tout, le mode de succession des phénomènes, leur apparition sous forme de sensations qui, partant de la région utérine, montent vers l'épigastre, vers le col, et finissent par des refroidissements convulsifs, et enfin par des convulsions généralisées ou des lypothimies; tels sont les résultats de l'observation qui ont conduit le génie inductif de l'antiquité à l'idée du point de départ utérin des attaques hystériques.

Quand on songe à l'état des sciences anatomique et physiologique de

---

d'aujourd'hui est encore la plus innocente des chevaleries connues. Au lieu de courir le monde, redressant, saccageant, pourfendant de droite et de gauche, bon nombre de chevaliers de notre connaissance n'ont pas même de cheval, de voiture encore moins, et nous n'avons pas entendu dire qu'aucun d'eux ait l'habitude de rançonner les gens sur la grande route, ni d'incendier les châteaux pour enlever les châtelaines. On aurait donc grand tort de leur vouloir aucun mal, et il vaut mieux ne voir, comme nous, dans le crucifiement partiel du corps médical, que le lustre projeté sur tous et l'hommage rendu à la profession.

— La profession, elle jouait un beau rôle dernièrement à la huitième chambre. Un docteur en médecine qui a eu quelque réputation, un ancien professeur agrégé de la Faculté de Paris, couvrait de sa robe un guérisseur de hasard aussi parfaitement privé de diplôme que de connaissances médicales. A Montpellier, on accuse un agrégé de dicter des thèses aux incapables ; ici on exerce pour leur compte, on se met à leur service ; c'est d'une attention plus délicate. Le guérisseur en question était, de son état, il y a peu d'années, ravageur d'abus, tels que corruption, charlatanisme, trafic de conscience : *vir justus et tenax propositi, justissimus unus qui fuit, pectus æneum*, etc., etc., etc., etc. Mais, comme l'a dit le sage, il ne faut abuser de rien, pas même des choses honnêtes : *Imponit finem sapiens et rebus honestis*. Le métier de croquemitaine devenait fatigant et peu profitable. Les amendes pleuvaient, la fraîcheur de la prison était appelée plus souvent que de raison à calmer les ardeurs de ce tempérament fougueux. Quand donc notre Aristarque vit que vouloir tarir cette mer d'ignominies où nous infusons tous, c'était la mer à boire, il tourna d'un autre côté l'amour du bien qui lui mangeait les entrailles, et à ses saintes colères substitua la charité. Autrefois il était terrible, maintenant il est touchant. Hier Caton ou le père Bridaine, aujourd'hui Grandisson ou le petit Manteau bleu. Or le peuple étant suffisamment pourvu de soupes, grâce à ce dernier philanthrope, le nouveau se demanda ce qui pourrait bien manquer encore à son bonheur, et il trouva que c'était le camphre. A ces causes, une maladrerie fut établie, où tous les jours se précipite une foule éclopée et cacochyme, semblable à celle qui remplissait la piscine de Jérusalem. Le rapprochement n'a rien d'outré ; il est en harmonie avec les idées et le ton de la mémorable défense où *le savant prévenu*, comme disaient le lendemain quelques journaux politiques, a tracé le tableau navrant des misères sur lesquelles sa main est appelée chaque jour à verser un baume....., c'est-à-dire un camphre salutaire. Il est vrai que Jésus, si notre mémoire est fidèle, ne prenait pas 20 fr. par consultation et ne se mettait pas de compte à demi avec les apothicaires du temps. Mais les circonstances sont bien différentes. Quand Jésus avait faim, il entrait chez Marthe et Marie qui n'avaient rien à refuser à celui qui avait ressuscité leur frère, et versaient des parfums sur sa tête. Le camphre en a ressuscité bien d'autres : qu'il aille cependant tendre son escarcelle chez les habitants de Montsouris, on lui fermera la porte au nez et on le priera de s'embaumer lui-même. La vie a ses nécessités, chacun y pourvoit comme il peut ; on a ses charges, un ménage, de grands gaillards de fils. Tout cela n'est pas peu de chose. Il était donc naturel que le camphre, en personne rangée, voulût assurer à lui et aux siens *la pâture des petits oiseaux*. Ainsi qu'il est dit dans l'acte de société passé avec le pharmacien, « ses nombreux amis (les amis du camphre) et ses » *clients encore plus nombreux* ne cessaient de lui faire un reproche de son » désintéressement complet dans l'exploitation de sa méthode, *comme d'un tort*

cette époque reculée, à l'impossibilité de s'appuyer sur des notions qui font la gloire des temps modernes, aura-t-on le courage de ridiculiser l'idée naïve de Démocrite, d'Hippocrate, d'Arétée, sur le déplacement ascensionnel de l'utérus? Songera-t-on à incriminer Galien qui, relevant une erreur anatomique, la remplaça par une hypothèse non moins erronée sur la corruption de la matière spermatique et du sang renfermés dans la matrice? A cette époque crépusculaire de la science, le besoin de remonter à la cause organique des phénomènes ne pouvait être satisfait que par des hypothèses. Et cependant, déjà à cette époque reculée le fait expérimental général du *consensus* est clairement entrevu. Sans connaître positivement encore ni ses lois, ni son mécanisme, quelques esprits d'élite invoquent ce fait général comme principe d'interprétation, de préférence aux hypothèses plus grossières.

« *Uteri strangulatio*, dit Aétius, *ab utero quidem infernè oritur, verùm supernæ partes, et principales prœsertim, per* consensum *afficiuntur, nam ad cerebrum per* nervos *affectio* transit; *videturque uterus velut ad supernas partes ascendisse.* »

Nous souscrivons pleinement aux réflexions dont M. Dubois (d'Amiens) fait suivre la citation de ce passage remarquable. « Aétius, dit-il, a exprimé, à une époque où l'anatomie n'était pas même encore dans l'enfance, ce qu'on lit dans les ouvrages les plus récents. »

L'esprit humain ne se contente pas facilement d'une vérité générale; il veut tout connaître, tout comprendre, et quand les faits d'observation font défaut, il se paye d'hypothèses. C'est là ce qui arriva à la plupart des anciens, quand ils voulurent se faire une idée plus spéciale sur la nature de l'état pathologique initial de l'utérus, et sur le *mécanisme* à l'aide duquel cet état provoque les phénomènes éloignés, les spasmes du cou, les convulsions, etc., etc. Toutes les données nécessaires à une induction légitime faisaient défaut, il ne restait que la ressource de l'hypothèse. On ne s'en fit pas faute. La rétention, dans l'utérus, de la semence et du sang, la corruption de ces liquides, furent invoquées et représentent l'idée favorite sur l'état pathologique initial de la matrice.

Quant au mécanisme de production des accidents éloignés, on crut le comprendre en supposant l'existence d'une *vapeur* maligne dégagée par ces humeurs corrompues, et s'élevant vers les autres organes. « *Aura quædam maligna*, dit Paul d'Égine, *ad superiora transit.* » Ces idées, qui firent naître les dénominations de *vapeurs*, d'affections *vaporeuses*, occupèrent longtemps la place d'une compréhension scientifique plus positive. Nous les retrouvons à l'époque de la renaissance, et si Fernel croit encore au déplacement matériel de l'utérus et accuse Galien de l'avoir induit en erreur, Sennert expose avec détail le mécanisme plus subtil admis par la plupart des médecins de son temps.

« *Nos*, dit-il, *unicam et proximam causam esse statuimus vaporem malignum et venenatum, per arterias, venas et nervorum genus ad superiores partes elevatum, earumque actiones variè laudentem. Vapor autem ille ortum habet a sanguine aut semine in utero corruptis.* »

Tant que l'état précaire de l'anatomie et de la physiologie laissa la pathologie privée de ses éléments de compréhension les plus positifs, il était impossible de vérifier l'exactitude des hypothèses accessoires, ou de leur substituer des idées d'induction moins hasardées. Il faut donc arriver à cette grande époque d'évolution des ruines susmentionnées, pour retrouver un progrès réel et positif. Malheureusement les vérités nouvelles sont souvent trop incomplètes d'abord pour éclaircir l'ensemble des faits; leur lumière partielle ne permet de mieux apprécier qu'une de leurs faces, et laisse tout le reste dans l'ombre. C'est là ce qui est arrivé quand des notions physiologiques plus positives commencèrent à exercer leur influence sur la théorie de l'hystérie.

Le Pois, et après lui Willis, frappés surtout des phénomènes convulsifs généralisés, et s'appuyant sur des données physiologiques incontestables, démontrèrent que ces phénomènes ne pouvaient être directement produits que par l'encéphale, le cerveau et la moelle épinière. La perturbation, dans les actes fonctionnels de l'organe central de l'innervation, leur apparut avec raison comme le point de départ immédiat de ces formidables symptômes. Méconnaissant le grand fait physiologique des excitations de l'organe central, consécutives à des excitations périphériques; ne comprenant par conséquent pas comment l'utérus pouvait réagir sur l'encéphale, ils nièrent d'une manière absolue l'influence des organes de la génération, et se contentèrent de cette vérité partielle, à savoir que les convulsions dites hystériques sont produites par l'encéphale. Cette vérité devint leur principe, leur théorie générale; dès lors l'*hystérie* se transforma en une affection de l'encéphale.

Georget, dans les temps modernes, a adopté et développé l'idée fondamentale de Willis; comme ses prédécesseurs, plus nettement qu'eux, il a compris que les phénomènes convulsifs généralisés de l'accès hystérique ne peuvent émaner que de l'appareil cérébro-spinal. L'analyse physiologique entreprise par Georget ne va pas plus loin. « Les phénomènes caractéristiques de l'hystérie, dit-il, sont les attaques convulsives. » Après avoir rattaché ces phénomènes à l'appareil nerveux central, Georget s'arrête. Il ne dit pas, il ne cherche pas d'où vient l'affection de la moelle, comment elle se produit, en vertu de quoi elle se développe, en quoi elle consiste. Satisfait de la vérité fragmentaire, il cherche à y ramener tout l'ensemble phénoménal de l'hystérie, qu'il prétend nommer *encéphalée spasmodique.* Il résulte de là que Georget ne voit plus les faits tels qu'ils sont en réalité, mais tels qu'ils devraient être si sa manière de voir était exacte. Il intervertit l'ordre, la succession, l'enchaînement des autres phénomènes pathologiques; il en méconnaît l'importance et la portée. Ce n'est plus que consécutivement et dans la suite que les appareils nerveux des viscères du thorax et de l'abdomen sont fréquemment le siége de lésions qui méritent de fixer l'attention. Il en est de même des rapports qui existent entre l'hystérie et les fonctions utérines : Georget les nie, car il ne sait trop qu'en faire dans sa théorie.

En résumé, l'induction qui fit rattacher à Le Pois, à Willis et à Georget, les convulsions généralisées de l'hystérie à l'affection du centre cérébro-spinal est juste, légitime, scientifique, parfaitement en rapport avec les données les plus positives de la physiologie. Mais si la détermination de ce point de départ immédiat des convulsions est exacte, cette théorie appliquée à la maladie tout entière ne l'est pas; car l'essentiel, dans la maladie qui porte le nom d'hystérie, ce n'est ni la convulsion généralisée, ni l'excitation centrale qui la provoque directement. Cette *encéphalée spasmodique* n'est elle-même le plus souvent qu'un phénomène consécutif, qu'un effet qui s'enchaîne à une cause organique plus éloignée. Cette cause, Willis a précisément voulu la remplacer par la corruption des esprits animaux, ou, pour parler le langage de quelques modernes, par l'altération de l'impondérable ou de l'agent nerveux lui-même, et Georget n'a pu formuler sur elle absolument aucune idée précise.

Un grand nombre de pathologistes du 17e et du 18e siècle, tout en

---

» *envers sa famille, qui restait ainsi étrangère aux avantages de sa découverte.* »

Il vivotait donc, avec l'aide du bon Dieu, sur son petit négoce, quand un double malheur vint l'assaillir. La zizanie se mit d'abord entre lui et l'associé pharmacien. L'article 4 de l'acte de société portait : « M. Morel a seul la signature sociale, qui sera *Morel et Raspail père et fils.* » Et cette signature devait, d'après l'article 10, être apposée sur toute étiquette. Néanmoins, par des raisons mal expliquées à l'audience, la première griffe gravée à l'origine de la société portait seulement : *Raspail père et fils.* De *Morel*, pas l'ombre. Celui-ci ne trouva rien de plus simple que de faire graver une nouvelle griffe, où les trois associés figuraient cette fois avec une égale distinction. *Indè mali labes;* de là procès : procès intenté par qui? par Morel, l'associé évincé? du tout : par Raspail. Le camphre est, de sa nature, envahissant; tout le monde sait avec quelle rapidité il se répand dans l'espace et s'insinue dans les recoins les plus cachés. Mais le tribunal, ne comprenant pas très-bien comment, dans ce mélange pharmaceutique à parties égales, l'ingrédient Morel devait être neutralisé par l'ingrédient Raspail, fût-il même additionné de monsieur son fils, a renvoyé le premier des fins de la prévention et condamné les autres aux dépens. Première infortune du camphre.

La seconde a été narrée tout au long dans l'avant-dernier numéro de la Gazette Médicale, et nous n'en voulons dire qu'un mot. Sans doute les 15 francs d'amende prononcées par la huitième chambre ne mèneront pas le prévenu à Clichy; à quoi donc serviraient les consultations gratuites? Mais il est dur, pour un bienfaiteur de l'humanité, de s'asseoir sur la sellette à côté de MM. Lapouye, Déon, Canard et autres vendeurs de pilules, pour s'y voir flageller comme l'a fait M. l'avocat du roi, et s'y attirer la verte et mordante réponse de M. Orfila. Parfaitement étranger aux associations qui ont pour but de protéger la moralité et la dignité professionnelles, M. Raspail avait eu la curiosité de demander quel était le but de l'Association des médecins de Paris, et en vertu de quel droit elle l'avait dénoncé. M. Orfila le lui a dit très-nettement : *L'Association dénonce les charlatans qui se livrent illégalement à l'exercice de la médecine.* C'est clair.

— *Nec tu, carminibus nostris indictus abibis*, ô le plus ingénieux des dentistes! dentiste habile à rédiger une annonce, dentiste profond dans l'art de concevoir une affiche, dentiste fécond en moyens d'attirer l'attention et l'argent du public! Mais que parlons-nous d'annonces et d'affiches? c'est l'enfance de l'art. Si le dentiste en question n'y renonce pas, c'est pour laisser au gros vulgaire une pâture en harmonie avec ses goûts. Pour les raffinés, il a d'autres moyens. Vous entrez dans un hôtel; deux anges, sculptés en bois, soutiennent une pancarte : c'est la liste des objets de consommation sans doute? Non : c'est l'adresse des Osanores. Un grand diable en livrée, tout zébré de galons, bottes fortes, chapeau à cornes, vous heurte au passage et vous donne dans les jambes d'une espèce de sacoche pendue en manière de sabretache à de longues lanières de cuir. Vous jetez en grommelant un regard de travers à la malencontreuse sacoche; des lettres dorées vous frappent : encore l'adresse des Osanores! — Le jour du 1er mai ou du 29 juillet touche à sa fin; la dernière fusée du feu d'artifice et la dernière étincelle d'enthousiasme viennent de s'éteindre. La foule ruisselle dans la rue Saint-Honoré. Une maison attire tous les yeux,

rattachant l'hystérie à une affection du système nerveux, n'admirent cependant pas la localisation proposée par Willis. Frappés de la *mobilité*, de la diversité, de la généralisation même des perturbations fonctionnelles nerveuses, perdant complétement de vue leur mode de succession et confondant pour c la même l'hystérie avec d'autres formes symptomatiques, ils cherchèrent dans l'état général du système nerveux la cause inorganique des phénomènes. Sydenham, qui exerça sur les idées de son temps une influence immense, s'exprime en ces termes sur le développement des phénomènes nerveux qu'il englobe sous la dénomination d'*hystériques :*

« *Pendent ergò affectiones istæ, quas in fœminis hystericas, in maribus hypochondriacas insignire libet, quantum ego judico, a spirituum animalium* ἀταξίᾳ, *unde facto impetu in hanc illamve partem, plus quam pro ratâ, densi nimiique feruntur, spasma uti et dolorem excitantes ubi in partes sensu exquisito præditas irruunt atque organorum, tum ejus in quod se ingerunt, tum istius à quo abscedunt, functiones pervertentes; cum utrumque ab hâc tam iniquâ partitione, quæ naturæ œconomiæ penitus adversatur, haud parum detrimenti capiat.* »

Sydenham ne s'arrête pas là, comme le dit par erreur M. Dubois, il cherche la cause de cette ataxie elle-même, et voici ce qu'il en dit : « *Cujus quidem* ἀταξίας *origo atque* causa antecedens *est debilior dictorum spirituum crasis, sive nativa ea fuerit, sive adventitia, unde quâvis* προφάσει *dissipatu faciles sunt et eorumdem systema nullo ferè negotio dirimitur.* »

Cette théorie de l'ataxie de l'agent nerveux ou des esprits animaux fut admise par un grand nombre d'auteurs du siècle dernier. Gorter est un de ceux qui ont le plus nettement formulé l'idée qu'elle représente. « Quand, dit Gorter, la disposition des organes est changée au point que la cause la plus légère, qui ne serait pas capable de faire naître quelque mouvement dans un homme en santé, en occasionne et excite du trouble; quand une cause qui agit habituellement et insensiblement sur lui y produit plus de dérangement qu'elle n'a coutume, ou enfin quand, sans nouvelle cause, du moins sensible pour nous, ces organes éprouvent un mouvement violent et déréglé, cette disposition ou *altération des organes* dans leur manière d'être s'appelle *motilité;* d'autres la nomment irritabilité, orgasme des esprits, ataxie, oscillation, crispation trop violente. Un tel état est naturel ou il s'acquiert. »

« On voit quelquefois, dit Tissot, des personnes chez lesquelles la plus petite cause mouvante occasionne des mouvements beaucoup plus considérables que ceux qu'elle produit chez des personnes bien portantes. Cet état s'appelle *irritabilité.*

Si maintenant l'on se demande consciencieusement quelle est la valeur de cette théorie de l'ataxie et de la motilité, si souvent invoquée par les auteurs du dernier siècle pour rendre compte des phénomènes nerveux; si on la dépouille des expressions bizarres, des idées accessoires qui l'obscurcissent, elle n'apparaît plus que comme l'expression d'un fait d'observation profondément vrai. Ce fait est l'excessive impressionnabilité du système nerveux en général, la facilité extrême avec laquelle les excitations locales retentissent au loin, se propagent à d'autres parties du système nerveux, aux organes centraux de l'innervation, entraînant à leur suite des phénomènes sympathiques ou réflectifs insolites, nullement en rapport avec la cause excitante première. Cet état du système nerveux, lié à la constitution primitive ou acquise des organes, cette excitabilité plus grande, cette puissance sympathique ou réflective exagérée, voilà ce que Sydenham appelait l'ataxie des esprits animaux, ce qui constitue la *motilité* de Gorter, l'irritabilité de Tissot. Le fond de l'idée n'est rien moins qu'une hypothèse; elle représente, au contraire, un fait positif, un fait d'observation, un état *réel* de la manière d'être et d'agir du système nerveux. Cet état, Sydenham l'a observé dans un grand nombre d'affections dites nerveuses. A-t-il mal vu? Qui oserait le soutenir? Chez beaucoup d'hystériques, chez quelques hypochondriaques, dans la chlorose, on retrouve incontestablement cet élément organique. Il représente souvent, comme le terrain commun sur lequel se développent avec facilité des formes nerveuses différentes, des névralgies, des palpitations, des phénomènes convulsifs; il prédispose incontestablement aux attaques hystériques proprement dites. Il précède souvent l'invasion de cette forme spéciale de perturbation, l'accompagne ordinairement et quelquefois lui succède. Sydenham a très-bien saisi cet élément commun. Certes, sans cet état organique antécédent, l'hystérie convulsive ne se développerait pas dans une foule de cas; c'est ce que tous les observateurs consciencieux accorderont à la théorie de Sydenham : je n'en veux pour preuve que le passage suivant de M. Dubois (d'Amiens) : « Pour que les causes occasionnelles puissent réellement agir, il faut, en effet, dit-il, que la susceptibilité ou l'aptitude existe déjà. Tantôt elle est originaire, et tantôt amenée par l'influence des causes prédisposantes que nous avons examinées. Il ne s'agit donc plus ici, en quelque sorte, de causes prédisposantes, mais du *résultat* de ces causes; car ce *résultat* constitue la SUSCEPTIBILITÉ. » Eh bien! la susceptibilité de M. Dubois qu'est-elle autre chose, si ce n'est l'état général que Sydenham avait en vue? Or, si cet état peut jouer un si grand rôle dans la production des phénomènes appelés hystériques, ne doit-il pas être considéré comme un élément important, sinon essentiel, de l'état pathologique? Ne faut-il pas en tenir compte, et grand compte, quand il s'agit de la théorie, c'est-à-dire de l'appréciation des causes organiques et du mécanisme de production des phénomènes hystériques? C'est là l'idée vraie, l'idée expérimentale enfouie dans la théorie et la systématisation de Sydenham. Mais si l'ataxie, la motilité, la susceptibilité nerveuse, se retrouvent chez une foule d'hystériques, si cet état pathologique concourt au développement de la perturbation fonctionnelle, il ne constitue cependant pas à lui seul l'hystérie, pas plus qu'il ne constitue la chlorose. Il ne représente qu'un des éléments de ces affections complexes qui, pour se développer, exigent d'autres conditions encore, conditions organiques qui souvent influent à elles seules pour produire la perturbation fonctionnelle hystérique. L'attaque hystériforme, en effet, ne suppose pas nécessairement la motilité ou l'ataxie de tout le système, pas plus que la chlorose ne produit toujours l'excitabilité nerveuse exagérée que l'on observe si souvent dans cette affection. C'est là ce que Sydenham a méconnu. Mais trop souvent aussi ceux qui ont formulé sur l'hystérie des idées différentes ont mal apprécié l'élément organique que nous venons de signaler; d'autres (M. Dubois, par exemple), l'ont perdu de vue après l'avoir mentionné en passant parmi les causes prédisposantes.

(La fin au prochain numéro.)

---

splendidement illuminée en verres de couleur : c'est la demeure des Osanores! — Mais voici le superlatif du genre : l'inventeur des Osanores se met un jour en tête de faire d'Ibrahim un prospectus. Engager, moyennant raisons sonnantes et ayant cours, une personne de la suite dans ses intérêts, fut chose aisée. Jeté un jour sur le passage du prince, il se met à décliner ses noms et qualités. Ibrahim proteste qu'il ne lui manque pas une dent, et qu'il a la mâchoire dans le meilleur état du monde. L'homme de l'art continue tranquillement ses civilités; le prince s'excuse de plus en plus; mais la chose tourne tellement au Pourceaugnac que le vainqueur de Nézib est forcé de capituler, d'ouvrir docilement la mâchoire et de se laisser poser quatre dents. Le lendemain, les journaux annonçaient que Son Altesse Royale Ibrahim-Pacha avait daigné recevoir en audience particulière l'inventeur des Ozanores et accepter la dédicace de ses œuvres, et quelques jours plus tard l'altesse elle-même recevait un mémoire de 11,000 fr. Le compte y est. Quatre dents à 2,500 fr. et la pose de 1,000 fr. font bien 11,000 fr. — Pends-toi, Figaro!

On assure du reste que le pauvre Ibrahim a trouvé en général la médecine française un peu cher. D'après un bruit que nous ne garantissons pas, il aurait offert 20,000 fr. à M. Lallemand qui en aurait réclamé 100,000. Franchement, ce n'est pas trop pour six mois d'absence et de pérégrinations, surtout si l'on considère la manière *brillante* dont notre confrère a représenté à Marseille la médecine française et la belle figure qu'elle faisait en sa personne dans la suite du prince.

— Les Ozanores viennent d'être l'occasion d'une décision importante de la cour de cassation touchant l'exercice de l'art du dentiste. Conformément à sa jurisprudence antérieure, la cour vient de décider, contrairement à la cour royale de Paris, que l'art du dentiste peut être exercé sans diplôme. (V. GAZ. MÉD., n° 21.) Cette décision a excité dans la presse et ailleurs des récriminations auxquelles nous ne pouvons nous associer; elles nous paraissent avoir leur source dans une connaissance imparfaite ou une appréciation inexacte de la question légale. Deux mots suffisent pour la mettre dans son jour. Avant 89, l'art du dentiste était tout à fait distinct de ceux du médecin et du chirurgien et régi par des règlements spéciaux. La révolution décréta la liberté absolue de toutes les professions et abolit ainsi tout à la fois et les diplômes des médecins et des chirurgiens et les garanties particulières imposées aux dentistes. Puis vint la loi de l'an XI qui rétablit pour les *médecins, chirurgiens* et *officiers de santé* l'obligation du diplôme et ne s'occupa en aucune manière des dentistes. Ces derniers sont donc restés de fait sous le régime de la liberté absolue. Que ce soit par oubli ou par volonté expresse du législateur, c'est qu'il n'appartient pas à la cour de cassation de décider; et, l'oubli fût-il même flagrant, la cour n'est pas compétente pour le réparer. Maintenant, nous le reconnaissons, le dentiste sans diplôme ne peut légalement profiter du bénéfice de cette lacune dans la législation, qu'à la condition de se borner à la partie mécanique de l'art, et il n'en est pas un qui ne porte ses prétentions plus loin. Bien plus: n'ayant pas qualité pour formuler des médicaments, ils prennent le parti de les avoir chez eux; ils ordonnent et ils vendent tout à la fois, ils évitent le danger d'un premier délit par un second. Là peut-être l'action du ministère public trouverait à s'exercer. Mais, dans l'espèce, ce n'est pas sur ce chef que portait l'accusation intentée au sieur Rogers, et la cour de cassation en refusant de suppléer, même au prix d'incon-

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA CRÉPITATION COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD du Grand-Bourg, (Creuse), D.-M.-P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro 21.)

III. — DE LA CRÉPITATION DANS LES GAINES TENDINEUSES.

Dans ces derniers temps, on a décrit une affection qui a son siége dans les coulisses aponévrotiques qui enveloppent certains tendons musculaires.

Quelques chirurgiens l'ont placée dans le tissu cellulaire qui avoisine ces muscles. Cette opinion, émise par Boyer, paraît bien peu probable surtout lorsqu'on le voit limiter cette affection aux muscles long abducteur et court extenseur du pouce; très-souvent, il est vrai, elle se rencontre sur le trajet de ces muscles, mais c'est au niveau de la partie tendineuse; et si le bruit se passait dans le tissu cellulaire, elle pourrait indistinctement se produire sur le trajet entier de tous les muscles de l'économie, tandis qu'on ne la rencontre que dans certaines régions, là où existent des tendons maintenus par des lames fibreuses tapissées à l'intérieur par des bourses synoviales.

Boyer, comme je le disais, n'a fait que l'indiquer sans en décrire aucun des caractères, se bornant à dire qu'un chirurgien peu exercé pourrait peut-être la confondre avec une fracture de l'extrémité inférieure du radius. M. Velpeau en a signalé l'existence dans son TRAITÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE, et l'a décrite longuement dans ses LEÇONS DE CLINIQUE, où M. Poulain a recueilli des observations et des détails qui font le sujet de sa thèse. M. Rognetta en a parlé dans un article inséré dans la GAZETTE MÉDICALE; M. Maingault avait présenté sur le même sujet un mémoire à l'Académie de médecine; M. A. Bérard n'a pas manqué de l'indiquer, et moi-même j'ai pu en observer de fréquents exemples.

Cette crépitation, qui est d'une nature toute spéciale et qui pourrait facilement faire croire à une lésion qui n'existe pas, a besoin pour être bien distinguée d'être étudiée dans ses causes et son mode de développement, dans les moyens mis en usage pour la percevoir et dans ceux propres à la faire disparaître.

Les causes qui la produisent sont nombreuses; elle peut survenir à la suite de contusions extérieures, et ce sont les cas les plus rares, ou bien provenir de tout ce qui nécessite des efforts musculaires violents et souvent répétés, soit que par ces mouvements il y ait irritation de la membrane séreuse qui enveloppe les tendons, soit qu'il y ait absence de synovie et de sécheresse de la surface interne des enveloppes ligamenteuses; on a même indiqué le siége exclusif du mal dans l'enveloppe des tendons de certains muscles de l'avant-bras dont quelques professions nécessitaient la contraction d'une manière plus spéciale. Ainsi on a dit que chez les moissonneurs où le pouce était souvent écarté pour saisir les épis, c'était dans les gaines de ses court extenseur et grand abducteur que se passait la crépitation: qu'elle avait pour siége la coulisse des radiaux chez les blanchisseuses, les forgerons, les menuisiers, etc.; enfin, on l'a rencontrée sur le trajet des extenseurs et des fléchisseurs de la main et des doigts, de ceux du pied et des orteils. M. Poulain rapporte que, dans un cas recueilli dans le service de M. Lisfranc, il a cru reconnaître une crépitation semblable dans la coulisse de la longue portion du biceps brachial.

Lorsque cette crépitation existe, le malade éprouve en général une douleur assez vive sur le trajet de la gaine tendineuse affectée, douleur qui est de beaucoup augmentée s'il contracte le muscle dont le tendon est enveloppé par cette gaine; il sent de plus un craquement qu'il attribue soit à une fracture soit à une foulure. Si le chirurgien embrasse avec la main la partie douloureuse pendant que le malade continue ses mouvements ou ses efforts musculaires, il éprouve la même sensation; c'est une crépitation véritable qu'il faut savoir distinguer de la crépitation osseuse ou cartilagineuse avec lesquelles elle a du rapport, et avec l'une ou l'autre desquelles elle a été quelquefois confondue.

Cette crépitation est superficielle en dehors des surfaces articulaires, comme les gaines tendineuses dans lesquelles elle se passe. On ne la rencontre que dans une étendue très-limitée dans le sens transversal, et dans une beaucoup plus grande, au contraire, dans le sens de la direction des tendons; elle est douce, se fait par glissement comme la crépitation cartilagineuse dont cependant elle diffère un peu.

Lorsqu'on promène le doigt bien sec sur un marbre poli ou sur une glace, on obtient un bruissement, un son aigu qui détermine une sensation toute particulière dans la pulpe du doigt et qui est analogue à celle qui se passe dans la gaine tendineuse. Il est peu d'enfants qui n'aient fait un jeu de ce qui peut en donner l'idée la plus parfaite et la faire reconnaître de prime-abord. Qu'on fasse glisser un crin qu'on aura saisi entre le pouce et l'indicateur préalablement enduits d'un peu de poussière afin de débarrasser le crin et la pulpe des doigts de la couche graisseuse qui les lubréfie, ce crin, qui représentera très-bien le tendon renfermé dans sa gaine, produira sur la surface des deux doigts qui le tiennent le même bruit, la même sensation et rendra mieux la crépitation qu'on éprouve que ne pourraient le faire toutes les descriptions possibles; le bruit de cuir neuf représente encore très-bien ce qui est senti par la main.

D'autres caractères établiront encore la différence qui existe entre cette crépitation et celle produite par les fractures ou les surfaces articulaires: dans les premières, il faut que dans l'immense majorité des cas le chirurgien fasse exécuter lui-même les mouvements aux fragments osseux; dans les lésions articulaires, que les mouvements soient imprimés par le chirurgien ou par le malade, le même phénomène aura lieu, tandis que dans les gaines tendineuses il y a un caractère distinctif dans le mode de développement de la crépitation, et le voici: si les muscles étant en repos, on cherche, comme dans une fracture, à déterminer des frottements, on n'obtiendra absolument rien, parce qu'on ne peut faire glisser dans sa gaine le tendon qui doit frotter contre elle; si, au contraire, on applique la main sur la partie douloureuse et que la malade contracte ses muscles, fléchisse et étende successivement les parties auxquelles ils vont s'insérer, le tendon glissera dans son enveloppe, frottera contre elle, et la crépitation sera facilement perçue. Ainsi le malade seul, par suite des contractions musculaires, pourra la faire naître, tandis qu'elle n'est produite que par la manœuvre du chirurgien dans les fractures, ou indistinctement par lui ou le malade dans les lésions articulaires.

---

vénients graves, au silence de la loi, a donné un exemple utile et dont nous avons plus à nous féliciter qu'à nous plaindre. Il peut se présenter telle circonstance où le corps médical serait heureux de rencontrer dans la magistrature cette équité impassible et ce respect sévère de la légalité.

— Au milieu des efforts tentés de toutes parts, sinon pour enchaîner, au moins pour embarrasser dans ses mouvements ce protée audacieux et vivace qui a nom *le charlatanisme*, la ville de Lyon (Montpellier se propose, dit-on, de l'imiter) vient de se signaler par une mesure hardie. Par arrêté du maire, il est interdit d'appliquer aux murs de la cité aucune affiche relative à un traitement ou remède quelconque. On reconnaît là une ville habituée à choisir ses maires dans le corps médical et à confier ses affaires (souvent bien malades) et sa santé au même médecin. Nous prévenons le praticien actuel qu'il s'attaque en cette circonstance à une affection grave et de nature maligne. Ses connaissances en étiologie l'empêcheront sans doute de se faire illusion sur la valeur et les effets de son mode de traitement. Le mal qu'il veut supprimer n'est qu'un effet, un *produit* de la cause morbide, laquelle est inhérente aux mœurs et aux conditions sociales; c'est comme qui dirait une dartre suite de quelque vice dans les humeurs. Il y aura des répercussions, c'est sûr; la matière peccante cherchera quelque autre issue; mais le remède aura toujours amené un soulagement passager. Et puis, la dartre est si étendue si vive, si rongeante, qu'elle produit secondairement, de son fait propre, sur l'organisme social, des désordres sérieux dont une saine thérapeutique commande de tenter la cure immédiate.

— Il est, par exemple (toujours au sujet de la *dartre*), une voie de répercussion constamment et largement ouverte: c'est celle des journaux. Je suppose que M. le baron H..., entre autres, débarque à Lyon; que lui importe l'arrêté de son confrère? Les Lyonnais lisent l'ÉPOQUE sans doute ou tout autre journal politique: c'est tout ce qu'il faut. Ils n'auraient pas lu ou auraient regardé d'un œil oublieux une affiche plaquée sur une sentine publique; ils liront malgré eux, entre les réceptions du château et une nouvelle d'Afrique, la réclame suivante: « M. le docteur baron H..., connu par ses travaux sur la lithotritie, travaux qui lui ont valu les deux grands prix de l'Institut de 1828 et de 1838, vient *encore* (encore! tant de travaux ne l'avaient pas épuisé!) de présenter à l'Académie des sciences un nouveau procédé par lequel au lieu *de se contenter* (fi donc!) de briser les pierres en fragments, il les pulvérise et les extrait immédiatement...... notez ceci...... *par les voies naturelles*. Le mémoire qu'il vient de lire pour exposer cette méthode contient *cent vingt-un cas de guérison*, etc. »

Ils liront encore ceci, répété en termes identiques dans plusieurs journaux:

« M. le comte M..., le malade que le docteur baron Heurteloup a opéré et guéri immédiatement par son procédé de lithotritie, vient d'être présenté lundi dernier aux membres de la commission nommée par l'Institut, et devant lesquels l'opération a été pratiquée il y a trois semaines. L'extraction a été si complète, que depuis le moment de l'opération le malade n'a pas rendu la moindre parcelle de poudre. Le célèbre professeur Lallemand, l'un des commissaires, a dit qu'après avoir vu le procédé qui a été employé, il était déjà convaincu que le malade était guéri. »

Ceci est déjà passablement assaisonné; mais il est des lecteurs blasés qui ne trouvent plus le moindre goût à la simple réclame. Pour ces palais racornis, il

Cette crépitation ne se produit pas au niveau de toutes les articulations; on ne la rencontre que là où existent des gaînes tendineuses, mais plus particulièrement dans les régions du poignet et du pied, où ces gaînes sont plus étendues et en plus grand nombre. C'est encore dans ces régions qu'un examen trop superficiel peut faire commettre des erreurs, souvent, il faut le dire, plus préjudiciables au chirurgien qu'au malade, bien qu'il ne soit cependant pas toujours indifférent pour ce dernier d'être condamné, par exemple, à endurer les incommodités d'un appareil de fracture quand il n'en existe pas.

Ainsi, j'ai vu un homme qui portait une semblable affection par suite d'efforts violents qu'il avait faits avec la main du côté droit. Un chirurgien inattentif avait pris la crépitation qui se passait dans une gaîne tendineuse, au niveau de l'extrémité inférieure du radius, pour une crépitation osseuse, et avait appliqué un appareil pour une fracture de cet os, fracture qui n'existait pas.

Une dame avait fait une longue marche pendant laquelle elle s'était heurté à plusieurs reprises le pied du côté droit. Rentrée chez elle, elle éprouva des douleurs très-vives dans tout le pied, et surtout sur sa face dorsale. La station sur cette jambe devint extrêmement difficile. Un chirurgien qui fut appelé, rencontrant de la crépitation au niveau de la tête du premier et du deuxième métatarsiens, crut reconnaître une fracture de l'un de ces os, et appliqua un appareil en conséquence. Quelques jours après l'accident et malgré l'appareil, les douleurs reparaissaient aussi vives que le premier jour, à chaque contraction des muscles extenseurs des orteils. M'ayant prié de changer son appareil, auquel elle attribuait une partie de ses douleurs, il me fut facile de reconnaître que son affection avait son siége dans la gaîne de l'extenseur propre du gros orteil, et de l'en débarrasser immédiatement.

J'ai été à même de constater plusieurs méprises de ce genre; il me suffira d'avoir rapporté ces deux exemples pour montrer qu'elles sont possibles, et comment on peut parvenir à les éviter.

J'ai dit précédemment que le traitement servait encore à établir le diagnostic de cette crépitation. En effet, elle disparaît si promptement, qu'il n'est pas possible alors de la confondre avec aucune autre qui persiste pendant un temps souvent considérable, comme une fracture, par exemple.

Si je fais ici de la thérapeutique, c'est qu'elle a du rapport avec mon sujet, puisqu'elle doit éclairer le diagnostic, et lui fût-elle étrangère, elle me paraît assez utile en elle-même pour qu'on doive s'y arrêter un instant. Plusieurs moyens ont été mis en usage, et parmi eux je citerai le repos, la compression, les fomentations émollientes, résolutives, aromatiques. On a proposé les émissions sanguines locales et générales. Tous ces moyens ont à peu près produit les mêmes résultats, c'est-à-dire que l'affection s'est terminée peu après, au bout de six, huit ou dix jours, comme dans les cas où on l'a abandonnée à elle-même sans employer aucun traitement.

Celui que j'ai vu le mieux réussir, et je dirai dans quelques cas presque d'une manière merveilleuse, c'est le massage exercé sur la gaîne affectée peu à peu, lentement et avec certaines précautions. Il faut le faire toujours dans le même sens et des extrémités vers le tronc, légèrement au début, en augmentant graduellement la pression. Il faut qu'il soit continué pendant un temps assez long; il est rare que d'une demi-heure à deux heures il ne suffise pas. Les douleurs commencent par diminuer, puis la crépitation cesse, et souvent, dans une seule séance, les mouvements peuvent immédiatement s'exécuter comme avant le développement de la maladie. Je l'ai exercé sur le pied de la dame dont j'ai rapporté l'observation plus haut: la gêne et les douleurs qu'elle éprouvait dans son appareil de fracture ont été instantanément dissipées, et dès le jour même, elle a pu marcher et reprendre ses occupations ordinaires. Lorsque j'étais à l'hôpital Beaujon, j'ai vu M. le professeur Marjolin se louer des bons effets de ce moyen et le mettre en pratique.

Au niveau des articulations et surtout où existent des bouches synoviales, il se développe quelquefois des tumeurs que Dupuytren a décrites sous le nom de kystes séreux; elles ont souvent pour siége l'enveloppe commune des tendons fléchisseurs des doigts, et alors, dit ce célèbre chirurgiens, ces tumeurs sont bilobées, ressemblent à un bissac, et contiennent dans leur cavité de petits corps blancs de nature hydatique mélangés à de la sérosité. Si l'on presse alternativement sur l'une et l'autre moitié de ces tumeurs qui divisent le ligament annulaire antérieur du carpe, on perçoit distinctement une crépitation, un bruissement assez analogue à celui que produiraient des grains de riz à demi cuits, ou bien encore à une chaîne de petits anneaux enveloppée dans une bourse de peau, dont on presserait les chaînons l'un contre l'autre à travers les parois de la bourse.

Ces kystes dont parle Dupuytren se trouvent dans les mêmes régions où se développe la crépitation tendineuse dont je viens de parler; mais si l'on remarque que ces derniers sont arrondis, souvent bilobés; qu'il faut, pour percevoir la crépitation qu'ils produisent, exercer une pression convenable avec la pulpe des doigts, comme si l'on cherchait à obtenir la fluctuation dans un abcès, on distinguera bientôt ces symptômes qui différencient la crépitation de ces tumeurs de celle qui se passe dans les gaînes tendineuses, où le plus souvent il n'existe aucune espèce de gonflement. Si parfois il en survient, il affecte le trajet du tendon, et se traduit par une espèce de corde dure et tendue où la pression ne fait rien apercevoir, tandis que les seules contractions musculaires donnent lieu à la crépitation.

Il est inutile, je crois, d'insister plus longuement sur un diagnostic qui, en général, sera facile à établir.

IV. — DE LA CRÉPITATION DÉTERMINÉE PAR DES PAROIS OSSEUSES AMINCIES.

Cette crépitation ne se rencontre que dans des conditions toutes particulières des os, et la pression seule avec la pulpe du doigt peut la faire apparaître.

Quand une production morbide, de quelque nature qu'elle soit, soulève les parois d'un os, elle tend de plus en plus à amincir ces parois et à les rendre flexibles. C'est dans ces conditions que se rencontre la crépitation dont je m'occupe maintenant. Ainsi qu'une tumeur fongueuse de la dure-mère, par exemple, distende et soulève la voûte crânienne, il viendra un moment où, par suite de la pression ou de l'usure de l'os ou de sa distension trop grande, il ne restera plus qu'une faible lamelle de sa table externe: c'est alors qu'il sera facile de percevoir cette crépitation. La tumeur, encore renfermée dans le crâne, molle par elle-même, et ne trouvant pas un point d'appui assez solide sur la substance cérébrale qui la supporte, ne s'opposera nullement à ce qu'on puisse faire fléchir l'os aminci qui la recouvre. La sensation qu'on éprouve alors est comparable à celle qui résulte du froissement d'une feuille de parchemin bien sec. En pressant un peu brusquement, on fait ployer cette lame osseuse amincie, qui, ayant encore de l'élasticité, revient sur elle-même si l'on cesse la compression.

---

faut de toute nécessité un plat de polémique. Cela réveille, cela pique, cela émoustille, cela ravigote. M. le baron l'a parfaitement compris. Un grand nombre d'années employées loin de la science au perfectionnement des armes de guerre l'ont rendu très-batailleur, et il rentre dans l'arène médicale armé d'un fusil à *amorce continue*. Il s'est donc demandé tout d'abord à qui il pourrait bien chercher querelle, et après avoir promené ses regards sur tous les *brise-pierres* de ce temps-ci, *quærens quem devoret*, il a jeté son dévolu sur...... vous savez qui. A partir de ce moment, une grêle de lettres, de communications, de réclamations, à l'Institut, dans la presse politique, dans la presse médicale, est tombée sur la tête de la victime. Le but de l'attaque n'a pas été tout à fait manqué, et sincèrement nous le regrettons. En dehors des corps savants et des journaux de médecine, il eût été mieux, suivant nous, de ne pas répondre.

— Tout cela vient à l'appui de ce que disait la GAZETTE MÉDICALE, dans son numéro du 20 décembre 1845, sur les inconvénients de la *médecine dans les grands journaux*. Le CONSTITUTIONNEL qui va, dit-on, vouer la moitié du temple de M. Thiers à Esculape, assure pourtant qu'il a trouvé le moyen de prévenir ces inconvénients. Nous le souhaitons de tout notre cœur; les noms honorables associés à cette tentative garantissent d'excellentes intentions; mais, comme le disait ces jours-ci un orateur peu chéri du CONSTITUTIONNEL, *quand la fontaine est ouverte, elle coule;* et l'on peut, sans trop de pessimisme, n'être pas fort rassuré sur ce qui *coulera* par la suite d'une publicité si largement *ouverte*. Le soin de n'admettre que des articles de fond et non des revues cliniques pourrait bien n'être pas un moyen aussi héroïque qu'on se le figure. Il ne faudrait pas beaucoup d'adresse pour brouiller la nuance qui sépare ces deux genres de publication. Nous recommandons ces simples remarques au confrère expérimenté chargé de la santé du CONSTITUTIONNEL.

— Les hirondelles arrivent, les malades partent, attirés par les sirènes des eaux minérales. Chaque établissement a la sienne qui se montre ici sous la forme agaçante d'un apothicaire-chimiste, là sous celle d'un médecin-inspecteur ou tout simplement d'un confrère voyageur. La sirène des eaux minérales chante vers les mois d'avril et mai; elle chante la vertu de ses ondes, les délices de sa demeure, l'air pur de sa contrée, la distinction des hôtes déjà pris à ses charmes. Nous croyons même que parfois elle joue du luth, comme la sirène antique; mais elle s'en distingue étrangement par son habileté à lancer le prospectus. De prospectus, il en est tombé une avalanche le mois dernier. On ne peut y jeter les yeux sans une profonde inquiétude sur l'avenir de la profession. Ces malencontreuses eaux minérales guérissent toutes les maladies, surtout les maladies incurables, la Providence des praticiens. Il n'y aura plus de malades à Paris l'hiver prochain, et si le choléra, qu'on dit déjà près de Saint-Pétersbourg, ne franchit pas bientôt la barrière de Pantin, nous sommes perdus. *Di omen avertant!* Les dieux nous donnent le choléra!

— Les journaux politiques ont raconté l'anecdote suivante: Un jeune ménage demeurant à Madrid avait un enfant nouveau-né allaité par sa mère. Insensiblement cette femme, qui était pourtant d'une constitution robuste, commença à dépérir d'une manière inquiétante. Elle allait renoncer à nourrir, quand, une nuit, le mari s'étant approché, une lumière à la main, du lit où sa femme reposait, vit une couleuvre suspendue au sein nourricier et se délectant sans plus de

Dans la première observation du beau mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère, une crépitation de ce genre fut perçue par la pression que le rasoir et les doigts du barbier du malade exercèrent sur l'os aminci qui correspondait à la tumeur. Le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie put constater ce fait, et il le compara au froissement de la feuille de parchemin dont j'ai parlé plus haut.

Boyer, en traitant de ces mêmes tumeurs fongueuses, donne pour caractère différentiel cette même crépitation, qui peut être perçue dans des affections bien différentes les unes des autres, à la suite de celles qui pourront produire l'amincissement des parois d'un os.

Je l'ai souvent fait constater chez un jeune homme qui en 1838 entra à l'hôpital des Cliniques. Il avait un polype volumineux développé dans le sinus maxillaire du côté gauche. Toutes les parois de cette cavité étaient uniformément distendues. La joue correspondante était soulevée par la projection en avant de la paroi antérieure du sinus; par la même cause, l'élévation du plancher inférieur de l'orbite produisait une exophthalmie de l'œil gauche. En portant la pulpe du doigt à la partie postérieure de l'arcade alvéolaire supérieure et en appuyant sur la face externe de la tubérosité malaire, cette paroi du sinus, qui était considérablement amincie, cédait à la pression exercée par le doigt, et produisait la crépitation dont je viens d'assigner les caractères.

La lamelle osseuse sur laquelle on l'obtenait chez ce jeune homme était très-identiquement dans les mêmes conditions que le malade de Louis, dont les os du crâne étaient amincis par un fongus de la dure-mère. Chez l'un comme chez l'autre, la pression du doigt sur l'os aminci suffisait pour le faire ployer, et dans ce mouvement de va-et-vient se produisait cette crépitation d'une nature toute particulière, et qui par une main exercée ne peut être confondue avec aucune autre.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que cette crépitation peut se rencontrer quelquefois sans qu'il existe aucune lésion pathologique; ainsi que, par le même mécanisme, on cherche à la déterminer sur le bord le plus aminci des pariétaux d'un fœtus, avant que ces os soient réunis, il sera très facile de la faire naître. Cette facilité même a fait commettre des erreurs et fait croire à des fractures de tête chez des enfants qui n'en portaient aucune trace.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Épilepsie avec accès quotidiens, guérie par le nitrate d'argent*; par M. Rayer. 2° *Fièvre typhoïde et angine couenneuse chez le même sujet*; par M. Béhier. 3° *Hydarthrose du genou, injection iodée, amélioration; fièvre typhoïde intercurrente suivie de mort; examen de l'articulation*; par M. Velpeau. 4° *Rapport sur l'épidémie particulière qui a régné à Saint-Denis (île Bourbon) en février, mars et avril 1828*; par M. Follet. (La maladie a présenté, comme symptôme remarquable et peu commun, des hémorrhagies des membranes muqueuses qui ont paru avoir le caractère critique.) 5° *Observations de diabète sucré*; par M. Rayer. (Trois observations de malades traités dans le service de M. Andral : dans un cas, amélioration; dans un autre, état stationnaire; dans le troisième, mort. Les deux premiers malades sont encore en traitement. Viande rôtie, œufs, carbonate de potasse.) 6° *Sur les fistules de la face liées à des maladies dentaires (service de M. Pétrequin)*; par M. Giraud. 7° *Moyens d'échapper aux influences fâcheuses qu'on rencontre sur les vaisseaux*; par M. Guépratte. 8° *Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs*; par M. A. Bérard. (Quand les douleurs vives qui se développent à la suite de ces piqûres n'ont pu être calmées par l'administration des narcotiques, M. Bérard conseille de détruire le nerf en appliquant soit sur la plaie même, soit entre ce point et le cœur, un caustique tel que la pâte de Vienne ou le chlorure de zinc.) 9° *Fièvre rémittente de forme typhoïde*; par M. Rayer. (Deux cas observés dans le service de M. Rayer; engorgement de la rate. Sulfate de quinine; guérison.) 10° *Engorgement farcineux au genou*; par le même. 11° *Etudes pratiques sur la cataracte*; par M. Desmarres. (Suite.) 12° *Opération de lithotritie; rupture de l'instrument dans la vessie*; par M. Taroni. 13° *Fièvre avec ictère et crampes*; par M. Alamir-Carcenac. 14° *De l'extraction des phalanges nécrosées pour remplacer l'amputation*; par M. Bouisson. 15° *De l'emploi de la santonine comme vermifuge*; par M. Callond.

ÉPILEPSIE AVEC ACCÈS QUOTIDIENS, GUÉRIE PAR LE NITRATE D'ARGENT.

On a préconisé depuis une dizaine d'années bien des moyens contre l'épilepsie, l'indigo, le nitrate d'argent, le sulfate de quinine, les antispasmodiques de toutes sortes, etc. Tout récemment encore, nous avons annoncé au *Bulletin bibliographique* une brochure de M. Chéneau sur la curabilité de cette redoutable affection. Cette multitude de moyens n'est pas de nature à imposer grande confiance. C'est le luxe de la pauvreté. Elle est bien plutôt un témoignage de l'incertitude de la science et de l'art à l'endroit de l'épilepsie. Cependant l'observation dont il s'agit ici, recueillie dans le service de M. Rayer, offre un exemple en apparence si probant de l'efficacité du nitrate d'argent que nous croyons utile de la reproduire.

Obs. — Le n° 11 de la salle Saint-Vincent a été occupé pendant une grande partie de l'année 1845, par une jeune femme de 20 ans, maigre et de constitution faible, épileptique depuis l'âge de 15 ans. Les accès revenaient tous les jours, quelquefois même elle en avait deux ou trois dans la même journée. Elle avait subi divers traitements dans plusieurs hôpitaux de Paris sans le moindre succès. Elle est entrée au commencement de mai dernier, se trouvant à cette époque enceinte de sept mois. Après avoir fait constater chez elle la réalité d'une épilepsie quotidienne, M. Rayer lui fit prendre à l'intérieur du nitrate d'argent, d'abord à la dose de 3 centigrammes, puis à celle de 5 centigrammes par jour. Le nitrate d'argent était pulvérisé, puis réduit en une pilule à l'aide d'un peu de gomme. *Après quelques jours* de l'emploi de cet agent, les accès ont déjà perdu de leur force et de leur fréquence. *Au bout d'un mois de traitement, les accès ont complétement disparu.* Vers l'approche du terme de la grossesse, on éloigna d'abord les prises du médicament, puis on les cessa tout à fait pour y revenir de temps en temps. L'accouchement s'est terminé heureusement, et il est venu un enfant vivant, mais qui est mort au bout de quinze jours. Les accès d'épilepsie se sont reproduits à de rares intervalles après les couches; mais le retour au ni-

---

gêne. A la vue du mari, la couleuvre prit la fuite. Le couple déménagea le lendemain.

Cette histoire confirme, d'une manière péremptoire, la maxime qu'il est dangereux de réchauffer des serpents dans son sein.

— Enfin, une question grave en soi, puisqu'elle est relative à la position d'un savant attaché à un établissement industriel, donnait lieu l'autre jour, en police correctionnelle, à une contestation assez plaisante. Un jeune chimiste était entré à gages dans la maison d'un M. Baronnet, directeur d'une société pour la fabrication des engrais. Il crut découvrir un procédé nouveau pour produire du phosphate ammoniaco-magnésien à un quinzième du prix de revient actuel, et fit quelques expériences sur des matières sans emploi de l'établissement. Le directeur revendiqua le bénéfice de la découverte au profit de la société, refusa d'y associer l'inventeur, et, de plus, l'accusa d'avoir accaparé gloutonnement *des résidus de matière fécale*. Mais le tribunal, attendu que tout détournement de marchandises par un employé est passible de la cour d'assises, a déclaré que *ce n'était pas à lui à y mettre le nez*, et a renvoyé les parties à se pourvoir devant une autre juridiction.

Nous sommes désolés de laisser le lecteur sur cette affaire.

— M. Reynaud (Auguste-Adolphe-Marc) est nommé chirurgien en chef de la marine, en remplacement de M. Payen, décédé.

— La chambre des députés vient de rejeter l'allocation de fonds demandée pour de nouvelles chaires dans les Facultés de médecine, et pour l'amélioration des Écoles secondaires. Cette question sera reprise lors de la présentation du projet de loi sur l'organisation de la médecine, qui est remise à la session prochaine.

— Il est question, au ministère de l'instruction publique, d'envoyer aux grandes Indes deux jeunes médecins pour étudier la marche du choléra.

— En indiquant les dernières promotions qui ont eu lieu récemment dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous avons omis de citer les noms qui suivent :

Officier : M. le docteur Viguerie (de Toulouse).

Chevaliers : MM. Puydebat, de Bordeaux; Robin, de Grenoble; Roussel, de Marseille; Tonnelié et Long, de Tours; Bravet, du fort Barreaux (Isère); Chassinat; Hubert, de Mayenne; Hutin, de Joinville; Cagnon, de Vitry-le-Français; Briard, de Montbrison; Joussereau, de Lons-le-Saulnier; Billardet, de Beaune; Bernard, de Moulins.

— Le gouvernement wurtembergeois s'occupe avec activité de diminuer le crétinisme. Le nombre des crétins dans ce royaume s'élève à 2,901, ce qui fait 1 crétin sur 600 habitants.

— L'Université de Kiel possède à cette heure 52 professeurs et 200 étudiants, ce qui représente plus d'un professeur par quatre étudiants.

— L'épidémie de contractures qui s'était déclarée en Belgique a complétemen cessé.

trate d'argent a paru en avoir raison et l'on n'en a plus revu jusqu'au 8 octobre, jour de la sortie de la malade, pendant les quatre ou cinq mois que son séjour s'est encore prolongé. Il y a donc quatre mois pleins que la guérison peut passer pour complète. Cette femme a pris en tout une cinquantaine de pilules de nitrate d'argent. Ce médicament n'a point produit chez elle la coloration qu'on lui a plusieurs fois reproché d'occasionner chez les individus qui en ont fait un usage prolongé.

— M. Rayer a été conduit, par de nombreuses expériences comparatives sur les moyens proposés contre l'épilepsie, à donner la préférence au nitrate d'argent ; encore les bénéfices qu'il a obtenus de ce médicament ne sont-ils pas bien considérables, puisqu'il ne possède d'autres cas de guérison que le précédent, si tant est que la guérison ait été complète et *définitive*. M. Rayer paraît donc avoir été moins heureux que d'autres praticiens qui ont publié d'assez nombreuses observations de guérison par l'emploi de divers moyens, principalement du sulfate de quinine. Dans un mémoire récemment analysé par la Gazette Médicale (1845, p. 689), M. Lowet dit avoir obtenu 3 guérisons radicales sur 7 malades traités. Le cas observé par M. Rayer semblait se prêter, par le rapprochement des accès, à l'emploi du sulfate de quinine. L'observation ne dit pas si cette médication avait fait partie des traitements antérieurement essayés chez cette malade dans divers hôpitaux.

On se demande comment un caustique comme le nitrate d'argent, introduit dans les voies digestives, peut aller porter son action sur les centres nerveux, source immédiate des accidents épileptiformes. La seule explication possible aujourd'hui est dans une transformation du nitrate d'argent en chloro-argentate au moyen des chlorures alcalins de l'économie, suivant les idées de M. Mialhe. Dès lors on ne voit pas pourquoi l'argent ne serait pas administré directement sous une forme soluble, ou, pour mieux dire, sous la forme qu'il prend dans l'économie avant d'exercer son action curative. Ce serait une expérience à tenter.

De l'extraction des phalanges nécrosées pour remplacer l'amputation ; par M. Bouisson.

Cette opération, déjà indiquée dans les traités de médecine opératoire, et que, à notre connaissance, M. Blandin a depuis longtemps pratiquée avec succès pour d'autres os de la main, a été aussi exécutée par M. Velpeau. Avant d'avoir été informé par les journaux de cette dernière circonstance, M. Bouisson avait, de son côté, suivi le procédé dont il s'agit. « Mais, dit-il, la chose ne lui avait pas paru assez importante pour être publiée. » — Nous ne désapprouvons point cet excès de modestie qui s'allie si bien au vrai talent ; mais l'intérêt de nos lecteurs nous défend néanmoins de l'imiter, et nous saisissons avec empressement l'occasion de mettre sous leurs yeux la communication de l'habile professeur de Montpellier.

Obs. — Une femme de 40 ans environ, très-sujette aux érysipèles, avait eu un érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras, de la main et des doigts, dont les progrès avaient été enrayés du côté de l'avant-bras par l'emploi d'un vésicatoire sur le point malade ; mais l'inflammation, moins avantageusement combattue vers les doigts, s'était particulièrement localisée sur le médius, l'indicateur et le pouce du côté droit. Le pouce avait subi surtout une forte inflammation suivie de suppuration ; une incision avait été nécessaire, soit pour débrider, soit pour donner issue au pus. L'ouverture ne s'étant point cicatrisée, et s'étant convertie en trajet fistuleux, la malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Éloi au mois de juillet 1844.

M. Bouisson, ayant sondé avec un stylet le trajet fistuleux, ne tarda pas à reconnaître que la phalange unguéale était nécrosée et dénudée dans une grande étendue. Désirant conserver à la malade l'extrémité unguéale du pouce, dont l'amputation semblait indiquée, il pratiqua une incision latérale parallèle à l'axe de la phalange nécrosée ; il la saisit avec des pinces ordinaires, et la détacha de ses adhérences à l'aide du bistouri. L'exécution fût prompte, facile ; l'opérée souffrit peu. La plaie fut pansée simplement, et au bout de huit jours, la cicatrisation était accomplie.

La malade séjourna quelque temps encore à l'hôpital, et l'on put se convaincre que, bien que le pouce fût raccourci, sa pulpe, rendue résistante par le tissu fibreux placé à son centre, et protégée en arrière par l'ongle médiocrement déformé, conservait assez bien la forme normale, et rendait assurément plus de services que n'aurait pu faire le moignon digital, si l'amputation eût été pratiquée.

Deux autres faits du même genre, ajoute M. Bouisson, se sont présentés à moi, et l'opération a été suivie de résultats aussi favorables. Dans un cas, il a enlevé de la même manière, par une incision latérale, deux phalanges d'un orteil, lesquelles s'étaient nécrosées à la suite d'une plaie contuse. Le malade souffrit à peine, et la forme de l'organe fut conservée.

L'auteur conclut que, dans les cas de nécrose des phalanges, leur extraction est préférable à l'amputation des doigts, et que, à l'avantage de la promptitude dans l'exécution, le premier mode opératoire joint celui de permettre la conservation de la forme de l'organe, et de soustraire l'opéré aux complications quelquefois fâcheuses qui surviennent quand on désarticule les doigts.

Fièvres intermittentes. — De la santé publique à Rochefort ; par le docteur Lefèvre.

Dans le numéro 9 de la Gazette Médicale (1846), rendant compte d'un mémoire de M. Cordier sur les fièvres marécageuses des pays tempérés, où il était dit que le trente-septième de ligne, envoyé en 1844 dans la Charente-Inférieure, avait compté 26,000 entrées à l'hôpital sur un effectif de 1,400 hommes, nous ajoutions : « Cette proportion est telle qu'il y a lieu de supposer une faute de texte. »

M. Lefèvre, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, vient aujourd'hui contester positivement l'exactitude de ce chiffre qui tendrait à inspirer des craintes exagérées sur la salubrité du département de la Charente-Inférieure et des opinions erronées touchant l'influence des pays marécageux tempérés sur la production des fièvres. « Un extrait des registres de la marine prouve, dit-il, que du mois de juin 1843 au mois de décembre 1844 (temps pendant lequel le trente-septième a eu des hommes en traitement), le bataillon qui fournissait les garnisons de Rochefort et de Brouage, places réputées les moins salubres du département, n'a fourni que 757 entrées et qu'il n'a perdu que 3 hommes (2 en 1843 et 1 en 1844). En admettant que les deux autres bataillons aient eu un nombre égal de malades, ce qui est peu probable, le chiffre total des entrées à l'hôpital pour tout le régiment ne s'élèverait qu'à 2,871, ce qui est loin de 26,000. »

Cas d'interversion des périodes de la fièvre intermittente ; par le docteur Maugenest.

L'interversion des stades de la fièvre intermittente est niée aujourd'hui par la plupart des observateurs ; elle vient de l'être encore tout récemment dans la nouvelle édition des Éléments de pathologie chirurgicale de

Au rédacteur.

Monsieur,

La lecture de la lettre de M. Bouyer, que vous avez publiée dans le n° 19 de votre excellent journal, a beaucoup intéressé la société dont j'ai l'honneur d'être secrétaire. Comme cette société, *déjà ancienne*, a presque le même titre que celle qui a délivré le diplôme de Chauvenet, comme certains des hommes qui on signé ce diplôme ont dans le temps fait partie de notre société, et surtout comme plusieurs personnes qui portent intérêt à cette dernière ont fait des démarches auprès d'elle pour savoir si le diplôme de Chauvenet lui avait été délivré par elle, la Société de médecine et de chirurgie pratiques, après une décision prise à l'unanimité, dans sa séance du 17 mai courant, vous prie par mon organe d'insérer dans votre prochain numéro la lettre que j'ai l'honneur de vous écrire. Elle a pour but de prier les nombreux lecteurs de votre estimable journal de ne pas confondre la Société *médico-chirurgicale*, que nous ne savions pas exister dans notre ville, avec la Société *de médecine et de chirurgie pratiques*, très-anciennement et très-honorablement connue et qui compte parmi ses membres bon nombre d'illustrations françaises et étrangères.

Le bureau de cette dernière est ainsi constitué : M. le professeur Lallemand, membre de l'Institut, président honoraire ; M. le professeur Dubrueil, président ; M. Franc, professeur agrégé, vice-président inamovible ; M. Brousse, professeur agrégé, chef des travaux chimiques, vice-président amovible ; M. Bordes-Pagès, docteur en médecine, ancien chef de clinique, secrétaire général (en congé) ; M. Bourdel, interne des hôpitaux, secrétaire particulier ; M. Nozéran, docteur en médecine, médecin de l'établissement des orphelins, trésorier archiviste.

Les diplômes délivrés par la société sont signés par MM. le président, le vice-président inamovible, le secrétaire et le trésorier, et revêtus du sceau de la société.

Renvoyant pour plus de détails à l'Annuaire des Sociétés savantes de 1846, je me bornerai à rappeler ici l'art. 16 de notre règlement qui s'oppose à l'admission d'un membre qui ne serait pas bachelier ès lettres et n'aurait pas au moins huit inscriptions de médecine, conditions dans lesquelles ne se trouve pas le nommé Chauvenet.

Veuillez agréer, etc.

A. Bourdel,
Secrétaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques.

Montpellier, 18 mai 1845.

Petite correspondance.

— M. M. L., à Metz. — Merci, mon cher ami. Nous ferons usage de l'article envoyé ; nous comptons sur les autres.

— M. le docteur A. H., à Masc. — Le commencement de votre travail fait désirer la suite. Veuillez l'envoyer, il sera inséré avec empressement.

— M. le docteur L., à P. — Très-bien. Le résultat pratique est d'accord avec les principes. — Quant à la seconde affaire, publiez *in extenso* : nous applaudirons au développement de l'œuvre comme à son commencement.

MM. Roche et Sanson. Voici une observation rapportée dans le but d'établir la réalité du fait.

Obs. — En 1827, au mois d'août, M. Laurent fils, huissier à Culan (Cher), fut atteint d'une fièvre intermittente dont les périodes se succédaient dans l'ordre suivant. La fièvre débutait au milieu de la nuit par une sueur très-abondante qui durait une heure ou à peu près. Alors la peau devenait sèche, plus chaude; la figure s'animait, la tête était douloureuse, les yeux s'injectaient; le pouls était dur, plein, accéléré; il y avait de la soif. Cet état durait quatre à cinq heures; ensuite la scène changeait : la peau du malade se refroidissait, celle des pieds et des mains surtout; il y avait peu de frisson. Le malade se faisait couvrir davantage, et au bout d'une heure la peau reprenait sa chaleur normale; tous les autres symptômes de cette période de la fièvre disparaissaient, et le malade n'éprouvait plus qu'un sentiment de fatigue qui ne tardait pas à se dissiper.

La mère du malade, déroutée par l'intervention des trois périodes de la fièvre, refusait de croire à l'existence d'une fièvre intermittente. Elle fit appeler en consultation le docteur Bernard (de la Châtre), qui confirma l'opinion de M. Maugenest. Le sulfate de quinine fut administré, et la fièvre ne tarda pas à disparaître pour ne plus revenir.

— Assurément cette observation est de nature à ébranler les doutes. Cependant on ne saurait dire que ce fût là un cas décisif d'interversion des trois périodes. Ces expressions : *il y avait peu de frisson*, ne sont pas exemptes d'ambiguïté, et l'existence même d'un frisson véritable ne paraît pas bien certaine. L'accès se réduit donc, en réalité, à de la sueur suivie de chaleur et de sécheresse de la peau. Or, dans les affections fébriles non intermittentes, dans la pneumonie, dans le rhumatisme, il n'est pas rare de voir survenir, à certaines heures et particulièrement la nuit, un accès de fièvre qui, au début, est accompagné de sueur, et qui plus tard, quand l'éréthisme est plus prononcé, quand la peau devient plus chaude, s'accompagne au contraire de sécheresse; quelquefois même, après cet accès, le malade reste pendant quelque temps plus impressionnable au froid, et, comme dans le cas précédent, *se fait couvrir davantage.* Dans des cas de ce genre, personne n'a jamais songé à voir une interversion de stades fébriles. Ainsi, à ne considérer que les symptômes, l'observation de M. Maugenets ne nous paraît pas absolument concluante; mais hâtons-nous de le reconnaître, elle offre deux autres caractères plus significatifs, à savoir, d'un côté l'intermittence des accès, et de l'autre la guérison par le sulfate de quinine. L'importance de ces caractères eût été plus grande encore si l'auteur avait dit depuis quel temps duraient les accès avant l'administration du sulfate de quinine, et combien de temps ce médicament a mis à les arrêter. Si le malade n'avait eu, par exemple, que deux ou trois accès, il serait téméraire, en raison précisément de l'absence des phénomènes caractéristiques qui permettent ordinairement de reconnaître dès le début une véritable fièvre intermittente, d'affirmer qu'il s'agissait en effet de cette dernière affection et non de quelque fièvre éphémère dont la source serait restée inconnue. De même, si le sulfate de quinine n'avait pas apporté une amélioration rapide, il ne serait pas démontré que la fièvre ne s'est pas *usée* d'elle-même, comme il arrive fréquemment, même aux fièvres d'accès.

IV. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les anévrismes de la région inguinale et sur leur traitement;* par M. Malgaigne. (Premier article.) 2° *Mémoire sur la hernie vagino-labiale;* par M. Stoltz. (V. l'analyse de ce travail dans la Gaz. Méd., n° 11, 1846.) 3° *Vues nouvelles sur l'action du sublimé corrosif (deuto-chlorure de mercure) employé en bains dans le traitement de la syphilis;* par M. Fabrège. (D'après deux faits de sa pratique, l'auteur vante les bons effets des bains additionnés de 8 à 60 gr. de sublimé pour guérir les symptômes syphilitiques consécutifs. Il les regarde comme possédant une véritable action sthénique; mais cette opinion n'est, dans le présent travail, qu'à l'état d'assertion.) 4° *Lettre sur l'exercice musculaire considéré comme agent thérapeutique;* par M. Trinquier. (L'auteur a observé de bons résultats de la gymnastique chez un homme de 37 ans, affaibli par des excès de masturbation.) 5° *Sur une hernie étranglée, opérée avec succès et suivie, après une guérison apparente, de péritonite mortelle;* par M. Chapel. (Un homme de 33 ans, affecté récemment d'une hydropisie, eut une hernie inguinale étranglée dont il fut opéré avec succès. Quatre mois après, sa santé commença à décliner; il se plaignit de douleurs atroces dans le bas-ventre, vomissements et diarrhée revenant de temps en temps, il se forma un épanchement abdominal et thoracique; mort six semaines après l'apparition de ces nouveaux symptômes. — A l'*autopsie*, cyrrhose du foie, traces d'une péritonite chronique, grande quantité de noyaux de cerise et de pepins de raisin accumulés dans le gros intestin. — L'auteur attribue la mort à une péritonite chronique, suite tardive de la herniotomie; nous estimons qu'elle n'est point aussi évidemment qu'il le pense sous la dépendance de cette opération, et que les trois causes précitées ont bien pu concourir également à l'amener. Du reste, on ne trouva ni perforation ni rétrécissement de l'intestin.) 6° *Quelques remarques sur le thrombus de la vulve;* par M. Velpeau. (Il nous a été impossible de deviner la raison qui a pu motiver l'insertion parmi les travaux originaux de cette note qui d'ailleurs se prêterait difficilement à l'analyse.) 7° *Notes statistiques et observations sur le terme naturel de l'accouchement;* par M. Leray. (Travail emprunté au recueil de la Société académique de la Loire-Inférieure, et dont nous placerons l'analyse dans le compte rendu du journal où il a paru originairement.) 8° *Note sur les différents moyens d'entretenir les vésicatoires;* par M. Payen.

NOTE SUR LES DIFFÉRENTS MOYENS D'ENTRETENIR LES VÉSICATOIRES; par M. Payen.

M. Payen, ayant fréquemment observé des accidents d'irritation de la vessie chez des personnes qui portaient depuis quelque temps de larges exutoires, crut pouvoir y remédier en prescrivant de les panser avec de la pommade au garou. Néanmoins les symptômes continuèrent, et, en allant demander sur ce point des renseignements à plusieurs pharmaciens de Paris, il acquit la preuve que, lorsqu'on leur commande simplement de la pommade au garou, ils donnent une préparation obtenue par l'infusion de cantharides dans l'huile chaude, épaissie ensuite avec de la cire. Le codex prescrit bien, à la vérité, de la préparer en faisant infuser l'écorce de garou dans l'huile et en ajoutant de la cire; mais comme les graisses ne prennent que peu ou point de la partie âcre du garou, cette pommade est incapable d'entretenir la suppuration d'un vésicatoire, et c'est ce dont M. Payen s'est assuré par lui-même à plusieurs reprises.

Il restait donc à trouver une pommade capable de maintenir la suppuration sans addition de cantharides. M. Beru-Derosne ayant appris à M. Payen qu'un ancien usage de sa maison était de préparer une pommade dite *rose* avec l'onguent rosat et un huitième de poudre de garou, elle fut essayée; mais plusieurs vésicatoires, pansés avec elle, se desséchèrent. Il fit alors ajouter du garou dans la proportion d'un quart; mais la pommade, bien que fort onctueuse encore, se desséchait sur les exutoires et formait une croûte adhérente, de telle sorte qu'il dut y renoncer.

En définitive, M. Payen recommande d'associer à ces pommades, ou même de préférence, d'employer seuls le basilicum, l'onguent de la mère et le styrax. On obtient ainsi la suppuration, sans fâcheux effet possible sur la vessie.

L'auteur profite de cette circonstance pour rappeler aux praticiens qui veulent établir un vésicatoire avec l'emplâtre ordinaire, un *modus faciendi* connu depuis longtemps sans doute, mais peut-être pas assez généralement, et qu'il emploie depuis une trentaine d'années : c'est de placer comme intermédiaire, entre l'emplâtre et la peau, un papier non collé et graissé. La douleur est alors beaucoup moins vive, l'irritation moins grande, et l'effet n'est pas moins assuré.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUIN.

RECHERCHES SUR LE SANG.

M. Dumas lit le travail suivant :

Il est très-aisé, on le sait, de se procurer la fibrine du sang par le battage de ce liquide au sortir de la veine; il est non moins facile d'en obtenir l'albumine, en laissant son sérum se séparer par une coagulation spontanée. Il n'en est pas de même lorsqu'on veut se procurer les globules débarrassés de fibrine ou d'albumine. Dans ces derniers temps, un procédé particulier, indiqué par M. Berzélius et développé par M. Muller, a mis MM. Lecanu et Figuier sur la voie d'une méthode propre à fournir les globules purs de tout mélange.

Cette méthode est fondée sur une modification que le sang éprouve dans sa manière d'être à l'égard des ouvertures que lui offre le papier de nos filtres. Verse-t-on du sang battu, privé de fibrine, liquide par conséquent, sur un filtre de papier joseph, l'on voit les globules de ce sang passer au travers du filtre, et former ainsi un liquide fortement coloré en rouge. La filtration lente et pénible, du reste, en pareil cas, ne laisse sur le filtre qu'un résidu de globules altérés et si peu abondants, qu'il devient impossible d'en étudier les propriétés.

Mais si, avant de filtrer le sang, on le délaye avec trois ou quatre fois son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude, ce mélange modifie tellement la propriété de la liqueur où flottent les globules, qu'elle passe à travers les pores du papier en laissant tous les globules sur le filtre. Elle coule donc complétement incolore et tout à fait limpide, et, comme la filtration est rapide, les globules peuvent être recueillis dans un état de pureté et d'intégrité satisfaisant.

Toutefois l'application de ce procédé n'est pas dépourvue de quelques difficultés dignes d'attention, par les circonstances qu'elles révèlent dans la nature et le rôle des globules du sang.

En effet, si l'on prend du sang dépouillé de fibrine, mais conservé pendant quelques heures, et qu'on essaye de le filtrer après une addition même exagérée de sulfate de soude, la liqueur passe difficilement, et passe toujours colorée à travers le filtre.

Il faut donc opérer sur du sang fraîchement extrait de l'animal. Dès qu'il est battu, que la fibrine en est coagulée, on le passe sur une toile fine, et on le reçoit dans la dissolution de sulfate de soude. Le mélange étant jeté sur le filtre, on obtient une liqueur parfaitement limpide, légèrement teintée de jaune, et tous les globules demeurent sur le filtre.

Mais bientôt cependant la liqueur qui coule étant remplacée par une nouvelle dissolution de sulfate de soude destinée à laver les globules, on voit celle-ci couler colorée, faiblement d'abord, puis un peu plus, puis enfin en rouge si intense, qu'on ne saurait mettre en doute une altération profonde des globules contenus dans le filtre.

Cependant, pour obtenir les globules purs, on est bien obligé de les laver avec une dissolution de sulfate de soude à plusieurs reprises, sans quoi ils resteront imprégnés de sérum du sang, c'est-à-dire d'une liqueur albumineuse, dont la présence masquera totalement leurs caractères propres.

Après bien d'inutiles essais, M. Dumas a reconnu une propriété remarquable des globules du sang qui lui a permis d'écarter cette difficulté.

Tant que les globules du sang ont le contact de l'air ou de l'eau aérée, tant qu'ils sont à l'état artériel, en un mot, la dissolution qui les renferme passe incolore à travers les filtres et les y laisse tous en passant. Dès que ces mêmes globules ont pris l'aspect violet qui caractérise le sang veineux, la liqueur coule colorée, au contraire.

Il fallait donc maintenir les globules à l'état artériel pendant toute la durée de la filtration et du lavage. J'y suis parvenu d'une manière satisfaisante en plongeant dans le filtre un tube effilé, au moyen duquel je dirige un courant d'air constant et rapide à travers la liqueur.

Ainsi agitée, celle-ci laisse difficilement déposer les globules sur les parois du filtre, et se trouve maintenue d'ailleurs dans un état d'aération favorable à la permanence de leur état artériel.

Je jette donc, dit M. Dumas, sur un grand filtre mouillé d'avance d'une dissolution de sulfate de soude, le sang à peine sorti de la veine, mais défibriné et étendu de la dissolution de sulfate de soude; un courant d'air est sans cesse excité à travers le liquide que le filtre contient. Un filet continu de dissolution de sulfate de soude remplace la liqueur qui s'écoule.

Au moyen de ces précautions, les globules du sang peuvent être débarrassés du sérum. Toutefois, quand on veut que l'opération réussisse, il ne faut rien négliger pour en assurer la rapide exécution.

Pour peu que les globules aient le temps de se déposer sur les parois du filtre et d'y former une couche d'une épaisseur sensible, ceux qui touchent à la surface du papier ne reçoivent plus d'air et passent au violet, tandis que ceux qui constituent la couche extérieure conservent l'état artériel.

Dès lors la liqueur passe colorée, et, si on ne remédie à cet inconvénient, la coloration qui va sans cesse en augmentant accuse bientôt une profonde altération des globules.

Les globules du sang se comportent, dans ces diverses circonstances, comme s'ils constituaient des êtres véritablement vivants, capables de résister à l'action dissolvante du sulfate de soude tant que leur vie persiste, mais cédant à cette action dès qu'ils ont succombé à l'asphyxie qui résulte pour eux de la privation de l'air, et qui se manifeste avec une singulière rapidité, soit par leur changement de couleur, soit par leur prompte dissolution.

Dès lors la tâche des chimistes doit consister à maintenir vivants ces globules, et, parmi les moyens qui se présentent à l'esprit, on peut citer l'agitation du liquide, son aération constante, enfin le maintien de sa température au degré où elle se trouvait dans le corps de l'animal.

Toutes ces précautions réunies fournissent en quelques heures des globules purs, pourvu qu'on n'essaye pas d'en préparer plus de 5 à 6 grammes à la fois.

Cette altération si rapide des globules, dès qu'ils sont privés du contact direct de l'air ou de l'eau aérée; l'énergie extrême avec laquelle, dans une couche de globules, ceux qui occupent la surface s'emparent de la totalité de l'oxygène dissous dans l'eau, ne laissant parvenir à ceux qui sont placés au-dessous d'eux qu'une liqueur impropre à les neutraliser, sont des circonstances très-propres à fixer l'attention des physiologistes.

En effet, dans les discussions ou les calculs dont la respiration a été l'objet, on a toujours regardé le sang comme un liquide homogène recevant le contact de l'air dans le poumon, et en subissant des altérations plus ou moins rapides.

Sans doute le sérum du sang constitue un tel liquide, et je ne viens pas contester la part qu'il peut prendre dans le phénomène de la respiration; mais les globules du sang constituent autant de vésicules flottant dans ce sérum, douées d'une respiration propre dont les effets, confondus avec ceux qui résultent de la respiration du sérum, produisent par leur ensemble le phénomène général de la respiration.

On pourrait donc dire, en mettant de côté pour un moment l'action propre du sérum sur l'air, que la respiration d'un animal supérieur, de l'homme en particulier, a surtout pour objet de fournir de l'oxygène aux globules de son sang et d'expulser les produits dans lesquels ils le convertissent.

Dès lors, si l'on essaye de calculer les effets de la respiration, il faut tenir compte des membranes qui forment les enveloppes de ces globules; car on sait combien sont différents de la dissolution pure et simple des gaz ces phénomènes d'endosmose si étranges qui se passent à travers les membranes qui servent à séparer deux réservoirs pleins de gaz différents, ou deux liquides chargés de gaz dissemblables aussi.

La respiration, pour être bien comprise, doit donc être étudiée dans ces vésicules, ou globules sanguins, siége principal des principaux phénomènes qu'elle est chargée d'accomplir et dont l'organisation complique étrangement les lois physiques.

La manière d'agir de ces globules sanguins sur l'air ambiant ou dissous, les conditions sous lesquelles elle conserve son caractère normal, deviennent, ainsi envisagées, d'un incontestable intérêt.

Or, pour reconnaître l'intégrité des globules et la conservation de leur propriété fondamentale, nous avons deux moyens également assurés, le microscope et l'agitation avec l'oxygène. Tant que les globules sont entiers, le microscope nous l'indique; tant qu'ils peuvent devenir artériels, ils rougissent dans leur contact avec l'oxygène. Or tout le monde sait que l'oxygène possède ces deux caractères pendant la circulation; il ne les perd pas après la sortie du corps de l'animal. Le battage du sang qui sépare la fibrine laisse les globules intacts, et ne les prive en rien de la faculté de s'artérialiser.

L'albumine n'est pas plus indispensable que la fibrine à ce phénomène. Quand on remplace peu à peu le sérum où flottent les globules par une solution de sulfate de soude, ils n'en conservent pas moins leur intégrité, comme on s'en assure au microscope, et ils n'en deviennent pas moins vermeils par leur agitation avec l'oxygène.

Ainsi la faculté de prendre la couleur brillante du sang artériel appartient aux globules; elle est indépendante de l'albumine du sérum, de la fibrine du sang, de l'action vitale de l'animal.

Mais si le sulfate de soude respecte cette propriété, en sera-t-il de même de tous les sels alcalins? Non, sans doute; l'expérience le démontre.

Le phosphate de soude ordinaire, qui existe dans le sang tout comme le sulfate, peut comme lui se mêler au sang à saturation, sans altérer en rien la possibilité de le rendre artériel. Du sang saturé de phosphate de soude, qu'on agite avec l'oxygène, y prend une teinte artérielle d'un rouge plus éclatant peut-être qu'avant cette addition.

Ainsi, relativement à cette propriété du moins, le sang peut sans inconvénient recevoir des quantités de sulfate ou de phosphate de soude bien supérieures à celles qu'il renferme.

Des sels produits par les acides organiques, tels que le sel de Seignette, sont dans le même cas, ce qui permet de croire que le lactate de soude peut exister dans le sang, même à dose élevée, sans qu'il en résulte aucun dommage sous ce rapport.

L'expérience démontre qu'il en est tout autrement du sel marin ou du chlorure de potassium. Si l'on sature de sel marin du sang battu bien frais et qu'on l'agite immédiatement avec du gaz oxygène, la couleur demeure violette et sombre.

Le sel ammoniac produit le même effet.

Y aurait-il quelque rapport entre ces phénomènes et l'accusation portée contre l'abus des viandes salées qui prédisposerait au scorbut? Faudrait-il aussi trouver quelque rapprochement entre l'action du sel ammoniac sur le sang et l'action toxique exercée par ce sel et par tous les sels ammoniacaux?

Quoi qu'il en soit, il y a des sels qui laissent au sang la faculté de s'artérialiser et d'autres qui lui enlèvent cette propriété. Le sulfate de soude, le phosphate de soude, le sel de Seignette, sont dans le premier cas; les chlorures de potassium, de sodium et d'ammonium dans le second.

Dans ces résultats, une circonstance se présente et ne saurait manquer de fixer l'attention. Les sels qui maintiennent dans le sang la faculté de s'artérialiser sont en même temps propres à conserver les globules dans leur intégrité, et lui donnent la propriété de fournir un sérum incolore par la filtration. Au contraire, ceux qui lui ôtent la faculté de devenir artériel laissent plus aisément filtrer un sérum coloré.

L'ensemble de ces expériences conduit à penser que la matière colorante du sang est surtout propre à prendre la teinte caractéristique du sang artériel, quand elle est unie aux globules mêmes dont elle fait partie. Ce caractère se modifie ou se perd quand, par la destruction ou l'altération des globules, la matière colorante entre véritablement en dissolution.

En comparant avec soin des échantillons du même sang mis en contact avec des sels alcalins et pouvant le saturer de ces sels à froid, il m'a paru qu'en général ces dissolutions salines, agitées avec de l'oxygène, se comportent de la manière suivante :

Les sels renfermant des acides organiques compliqués, comme les acides tartrique et citrique, conservent mieux l'intégrité des globules que les sels fournis par des acides minéraux ;

Les sels à base de soude sont plus propres à maintenir cette même intégrité que les sels à base de potasse ou d'ammoniac.

Il paraît donc exister une liaison inattendue entre l'intégrité des globules, l'état artériel du sang, les phénomènes de la respiration et la nature ou la proportion des sels dissous dans le sang.

Il suffit d'avoir essayé quelques expériences de ce genre pour être convaincu que l'asphyxie peut être provoquée au milieu de l'air ou de l'oxygène, sans que rien soit changé en apparence dans les phénomènes de la respiration, par le seul fait de l'introduction de quelques sels qui modifient la manière des globules du sang à l'égard de l'oxygène.

Je me permets, ajoute M. Dumas, d'appeler l'attention des médecins sur cet ordre de phénomènes. A une époque où l'analyse du sang attire avec tant de raison leur attention, il serait à souhaiter que l'étude des globules, dans quelques maladies bien caractérisées, devînt l'objet de recherches particulières.

Tout porte à croire qu'il existe dans leur altérabilité plus ou moins grande, plus ou moins prompte, des degrés susceptibles de mesures et propres à être reconnus, si l'on recevait le sang de la saignée dans une dissolution de sulfate de soude pour le soumettre ensuite à diverses épreuves, ou même si, après l'avoir défibriné, on essayait de l'altérer par des doses graduées de sels convenablement choisis, tels que le sel marin ou le sel ammoniac.

Sa résistance plus ou moins grande à ces sels altérants fournirait des indices que rien ne remplace aujourd'hui dans le diagnostic des maladies du sang.

L'analyse élémentaire des globules du sang était devenue si facile, une fois ces globules isolés, que j'ai pu l'effectuer avec pleine confiance dans les résultats.

Les globules du sang, bien purgés de sérum, réunis sur des assiettes plates, séchés dans le vide par l'acide sulfurique, donnent, en très-peu de temps, un résidu parfaitement sec. Celui-ci, traité par l'éther et par l'alcool bouillant, devient insoluble dans l'eau qui peut alors en extraire le sulfate de soude qui restait mêlé aux globules.

Il résulte des analyses que M. Dumas a faites, comme on l'avait conclu des propriétés des globules du sang, que ces corps appartiennent à la famille des matières albuminoïdes. Si le carbone qu'ils renferment s'élève à un chiffre un peu supérieur à celui de la caséine ou de l'albumine, c'est que dans les globules rouges il existe une matière colorante bien plus carbonée qu'elles.

M. Dumas se propose d'examiner, dans un autre mémoire, si la matière des globules du sang peut être confondue avec l'albumine ou la caséine, ou si, comme cela paraît probable, elle doit se distinguer de ces deux matières tout aussi bien que la fibrine elle-même.

TRAITEMENT DE LA MORVE AIGUE.

M. D'HÉRAN fait connaître à l'Académie le résultat des expériences qu'il a tentées de concert avec M. Gagnage, pour le traitement de la morve aiguë des chevaux. Voici en quoi consiste ce traitement.

Six chevaux reconnus par un vétérinaire pour être atteints de la morve aiguë et condamnés à être abattus ont été séquestrés dans une écurie après quelques dispositions particulières de propreté et d'assainissement, et y avoir fait en particulier des fumigations souffrées. L'expérimentateur, après s'être lavé les mains dans une dissolution de sulfate d'oxyde de sodium, a commencé par trois ou quatre injections dans les fosses nasales avec une dissolution de pyrolignate de fer de 5 à 8° au pèse-sel. On les a répétées deux ou trois fois par jour, quelquefois moins, suivant l'abondance du jetage. Cela fait, on a lotionné avec soin plusieurs fois par jour l'animal par tout le corps avec une éponge trempée dans le sulfure d'oxyde de calcium, en évitant toutefois de laver les écorchures et les plaies. En outre, on a maintenu immédiatement sous le ventre une toile imbibée de ce sulfure. On a joint à ces moyens des lavements tous les deux jours avec l'aloës à dose purgative. Tous les matins on a donné un mélange composé de 500 grammes de miel, de 60 grammes d'huile d'olive et de 50 grammes de soufre. A chaque repas la nourriture du cheval a été saupoudrée de sel commun et mêlée avec du marc de pommes de terre, de grains ou de vin, dans l'intention de favoriser l'action du soufre. On a cherché plusieurs fois à réveiller l'appétit en ajoutant à l'avoine une bouteille de vin rouge.

Les fomentations sulfurées sous le ventre ont causé assez promptement une vive douleur, en faisant naître des pustules ou des gerçures; on les a supprimées pour les remplacer par des embrocations avec de l'huile, qui jouit de la propriété d'apaiser sur-le-champ les douleurs les plus cuisantes qui en résultent. On a remarqué que le jetage diminue en proportion de l'abondance du développement des pustules ou des gerçures du ventre. L'écurie a été assainie avec l'eau chlorurée et la vapeur de soufre deux fois par semaine pendant la durée du traitement.

Pas un de ces six chevaux n'a succombé, tous ont repris de la force, de la vigueur et de l'embonpoint.

INSTRUMENT PULVÉRISATEUR.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse à l'Académie une note contenant la description et le dessin d'un instrument pulvérisateur des calculs vésicaux différant, par son mécanisme et sa manière d'agir, de ceux qu'il a présentés il n'y a pas un mois. Ici la pierre, embrassée par une anse semblable à celle de l'instrument de Jacobson, est usée latéralement par deux râpes cachées à l'intérieur de deux branches qui, s'écartant l'une de l'autre par un mouvement de rotation sur elles-mêmes, exécutent en outre un glissement d'avant en arrière, lequel permet de promener graduellement l'action des râpes sur tout le diamètre antéro-postérieur du calcul. Lorsque, par cette usure latérale, la masse est réduite à l'état d'une mince rondelle, une troisième râpe portée par la branche fixe de l'instrument détruit cette sorte de cloison, par une action directe, pendant que les deux branches ou joues latérales l'empêchent d'échapper.

— M. SERRES a communiqué dans la précédente séance un travail étendu sur la névroplastie ou la transformation ganglionnaire du système nerveux périphérique. Nous publierons ce travail textuellement dans notre prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le secrétaire annuel fait connaître le résultat du scrutin de la dernière séance pour la nomination des correspondants étrangers.

M. Racord, à Smyrne, a obtenu	68 suffrages.
M. Rosenbaüm, à Halle	61 —
M. Bertini, à Turin	47 —
M. Ismaël-Effendi, à Constantinople	45 —
M. Blasius, à Halle	44 —
M. Moulon, à Trieste	42 —
M. Valentin, à Zurich	42 —

Les sept personnes dont les noms précèdent ayant seules obtenu la majorité absolue des suffrages, sont proclamées membres correspondants étrangers.

Il reste encore un membre à nommer; le scrutin est renvoyé à la prochaine séance.

— La correspondance comprend, entre autres pièces, les deux communications suivantes :

LITHYMÉNIE.

M. DUMESNIL (de Rouen), présente un mémoire sur le traitement des calculs vésicaux par les agents chimiques, méthode qu'il désigne sous le nom de *lithyménie*.

Ce travail renferme un grand nombre d'expériences sur la résistance des sacs membraneux aux liquides acides et alcalins, sur l'exosmose et les moyens de l'empêcher, et la description des procédés particuliers à l'aide desquels l'auteur reconnaît la nature des concrétions urinaires et en obtient la dissolution.

COARCTATIONS DE L'URÈTRE.

M. GUILLON adresse la lettre suivante :

Comme j'ai intérêt à ce que l'Académie connaisse le plus promptement possible ma méthode, au moyen de laquelle on guérit complétement, et ordinairement dans un temps assez court, ces rétrécissements calleux urétraux qui, jusque dans ces dernières années, *avaient été jugés incurables*, je viens vous prier d'avoir la complaisance de presser le rapport de la commission nommée en janvier 1839, à l'effet d'examiner ce mode de traitement.

Pour constater si la guérison des rétrécissements fibreux de l'urètre obtenue par le genre de traitement que j'ai introduit dans la thérapeutique était durable, s'il ne survenait pas de récidive au bout d'un certain laps de temps, pour apprécier enfin cette méthode à sa juste valeur, il était nécessaire que plusieurs années s'écoulassent. — Il y a sept ans et demi, messieurs, que la commission composée de MM. Lagneau, Roux et Velpeau est nommée. Depuis cette époque, j'ai soumis à son examen, avant, pendant, et plusieurs années après leur traitement, un certain nombre de sujets affectés de coarctations urétrales de nature fibreuse *réputées inguérissables*, dont la guérison a été obtenue par mes procédés opératoires, et le dernier il y a environ six mois. Maintenant, ces trois honorables juges peuvent être en position de faire leur rapport. Ils doivent avoir aujourd'hui des idées tout à fait arrêtées sur la valeur de la méthode dont il s'agit, de mes incisions intra-urétrales pour guérir ces rétrécissements de l'urètre contre lesquels les autres moyens sont impuissants, et cette méthode est, je crois, un progrès chirurgical assez important pour qu'elle mérite de fixer l'attention de l'Académie.

Comme il est dans vos habitudes, messieurs, d'accueillir avec bienveillance ce qui est juste et conforme aux principes d'une stricte équité, et le rapport que je sollicite devant établir d'une manière irréfragable que ce mode de traitement, dont on pourrait s'emparer, est bien à moi, j'ose espérer que vous ferez droit à ma demande.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Signé GUILLON, chirurgien consultant du roi.

— M. HENRY lit trois rapports officiels relatifs à de nouvelles sources minérales. Les conclusions sont adoptées.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste. La parole est à M. Hamont.

M. HAMONT : C'est avec un profond sentiment d'admiration que j'assiste aux débats dont l'Académie est aujourd'hui le théâtre.

Quelle que soit l'issue de ces débats, l'Académie aurra déposé, dans le monde, les germes d'une révolution dont on peut apprécier déjà toutes les conséquences.

Il semblait que la peste, qui avait ravagé la terre, devait avoir le privilége de moissonner l'espèce humaine, sans que jamais on pût espérer de la détruire. Et voilà qu'aujourd'hui ce fléau, le plus grand qu'ait produit le génie du mal, se trouve traduit à la barre du tribunal, qui juge son passé, examine son présent, et veut connaître ce qui lui a donné naissance.

Quand on songe aux désastres occasionnés par la peste, à la terreur que partout son nom inspire, on s'étonne que les peuples n'aient pas tenté plus tôt des investigations sérieuses, approfondies sur un mal qu'il est peut-être possible d'extirper.

Comment, il a fallu tant de calamités, il a fallu que ce fléau dévorât tant de victimes pour que le monde en vînt à une enquête, que vous êtes heureusement chargés de conduire !

En 1720, la peste frappe sans pitié les populations du midi de la France, et la France ne peut que prier pour la disparition de la peste.

En 1835, elle se lève de nouveau, hideuse, et dans l'espace de quelques mois elle mène au tombeau plus de deux cent mille individus. Mais tandis que cette affreuse épidémie n'épargne ni l'âge, ni le sexe, tue l'enfant à la mamelle, comme la femme et l'enfant qu'elle porte dans son sein, des médecins étrangers, mus

par un sentiment d'humanité, la suivent dans ses excursions, épient sa marche, et face à face ils osent l'interroger.

Quelques-uns tombent sous ses coups; la mort n'effraye point les autres, car d'avance ils ont fait le sacrifice de la vie.

Enfin, lorsque, fatiguée de meurtres, elle n'a pu les traîner à sa suite, elle se laisse arracher un secret qu'elle avait si longtemps gardé.

L'année 1835 fut fatale à la peste; le voile qui la couvrait fut complétement déchiré, et les médecins étrangers annoncèrent à la civilisation ce que d'autres déjà avaient écrit : qu'elle seule pouvait anéantir la peste.

A la France furent adressées toutes les pièces nécessaires à l'instruction de ce procès, parce que la France, il faut bien le dire, a reçu mission d'éclairer le monde. De quelque part qu'elle vienne, une idée grande ne peut être féconde qu'à la condition de recevoir en France le baptême de vie. En voici une preuve toute récente : à peine la commission a-t-elle achevé son travail que l'Angleterre se hâte de le demander; d'où il faut conclure que cette nation n'a pas encore dit son dernier mot sur la question des quarantaines.

Tel est l'hommage que de toutes parts et spontanément on se plaît à rendre à notre pays.

C'est donc en France, ici, dans cette enceinte, que doit être prononcé un jugement qui intéresse à un si haut degré la santé publique.

En présence de ces faits, il importe à l'Académie, dépositaire d'un si précieux mandat, de se dégager de toute influence extérieure, de rechercher avec une complète indépendance ce qui peut, ce qui doit éclairer sa conscience, sans s'inquiéter de ce qui se passe autour d'elle.

En d'autres termes, l'Académie, dans cette occasion, doit prendre pour devise ces mots : intérêt de tous.

Amené à examiner le travail de la commission, j'éprouve le besoin de déclarer, avant de passer outre, que ce travail me paraît être un recueil à peu près complet, où se trouvent rapportés, analysés et résumés les travaux nombreux publiés ou inédits sur la matière.

Pour opérer ce triage, il a fallu à la commission, et à son digne rapporteur surtout, une persévérance à toute épreuve, un dévouement sans bornes, un dévouement de médecin enfin, qui feront de cette œuvre une des plus belles pages de l'histoire de l'Académie.

La première question que devait naturellement se poser la commission est celle-ci : d'où vient la peste, quelles en sont les causes?

Sur le premier point, il n'y a plus qu'une seule voix : la peste est endémique dans la basse Égypte; c'est de là qu'elle se lève menaçante et terrible avec les caractères meurtriers qu'on lui connaît.

Si d'autres contrées la voient éclore également, elle y est moins maligne, moins dangereuse, et, chose heureusement constatée, elle ne surgit plus du sein des pays européens, la civilisation l'en a chassée.

Toutefois, il m'a paru que la commission, s'appuyant sur l'opinion de quelques médecins voyageurs, a eu peut-être la velléité d'admettre parfois une constitution pestilentielle.

Il est nécessaire de bien éclaircir cette proposition; car si on admet une constitution pestilentielle, on s'éloigne de la vérité, on fait fausse route.

La constitution pestilentielle vient d'en bas, non d'en haut; elle se compose des émanations provenant des localités et de celles des malades. Joignez à cela chaleur et humidité, et vous aurez cette constitution dont on a fait longtemps un manteau pour cacher la vérité.

Non, il n'est pas, dans l'atmosphère, de modifications, de changements qui puissent amener la peste. S'il en était autrement, comment la peste demeurerait-elle au Caire pendant deux, trois mois, tandis que dans le désert, à une demi-lieue de là, des familles vivant sous des tentes en seraient à l'abri?

Comment supposer une constitution atmosphérique particulière planant aussi longtemps sur une ville entière et respectant les populations voisines? Cela ne peut pas être.

Voilà donc l'étiologie de la peste bien élucidée, bien établie. Donc, partout où l'on rencontrera ce qu'on rencontre en Égypte, la peste fera irruption.

Mais ce fléau consent-il à demeurer sur place? Franchit-il l'espace et va-t-il porter la désolation dans des contrées éloignées?

Oui, dit la commission, la peste se transmet, va d'Orient en Occident avec les navires, avec les hommes, et hommes et navires peuvent devenir des foyers d'infection qu'il faut craindre.

La peste quitte donc son pays natal et se répand hors des premiers foyers.

Comment se fait ce transport, comment la peste attaque-t-elle des populations exotiques?

Ici difficultés, embarras; la commission ne trouve pas, dans le passé, d'explications satisfaisantes.

Forcée de reconnaître la transmissibilité, elle l'explique par la théorie de l'infection.

Mais, lui fait-on observer, voici un homme employé dans le lazaret, il n'est point monté à bord du navire infecté, il soigne les malades de la peste sans pourtant demeurer constamment avec eux; et cet homme contracte la peste. Qu'est-ce donc, si elle n'est pas contagieuse, que cette affection qui passe dans un corps sain pour faire explosion par des symptômes identiques à ceux du premier malade?

Et qu'importe un peu plus, un peu moins de distance, quand le résultat est le même? N'y a-t-il pas ici contagion? Alors on élève des doutes et on s'y arrête.

Je n'ai aucune idée préconçue, j'apporte le fruit de mon expérience personnelle ou des recherches que j'ai faites.

La commission a mentionné longuement les expériences qui ont été pratiquées à l'hôpital de l'Esbékiyeh au Caire. M. Gaëtani-Bey, qui fut présent à toutes ces expériences, les raconte ainsi :

« Sur cinq condamnés à mort, deux ont endossé les chemises et les caleçons » des malades; tous deux ont eu la peste; un est guéri, l'autre en est mort; sur » le troisième, on inocula du sang tiré d'un pestiféré : il eut la peste et guérit; le » quatrième subit la même épreuve et offrit le même résultat; enfin, sur le cinquième, on inocula un peu de sérosité provenant d'une phlyctène, et cette fois » seulement la peste ne se montra pas. »

Ainsi, sur cinq condamnés, quatre ont eu la peste.

En 1824 régnait au Caire une épidémie de peste. Un Européen, M. Céruti, pharmacien en chef au service du vice-roi, annonça que pour se préserver de la peste il fallait se l'inoculer, comme on s'inoculait autrefois la petite vérole pour en atténuer la gravité. M. Céruti habitait la citadelle du Caire, c'est-à-dire le lieu le plus élevé et le plus isolé de la ville.

Six Européens crurent M. Céruti et se firent inoculer. Cinq d'entre eux eurent la peste et en moururent.

Dussap ose proposer à des enfants égyptiens de se laisser introduire sous la peau du bras un peu de pus qu'il avait extrait de bubons de pestiférés; des enfants acceptent; Dussap les inocule; les uns succombent de la peste, les autres, heureusement, n'ont aucun mal.

J'ai voulu savoir si la peste pouvait passer de l'homme aux animaux. Pendant l'épidémie de 1835, j'inoculai sous la peau du col d'un cheval du sang et un bubon.

Le cheval présenta les symptômes suivants : station chancelante, pesanteur de tête, yeux fixes, pupilles dilatées, injection de la sclérotique. Le cheval tombe plusieurs fois de suite; agitation très-grande, respiration laborieuse. Deux jours après ces symptômes disparaissent.

Un autre cheval reçut, sous la peau du col, une certaine quantité de sang d'un pestiféré. Peu de temps après : tête basse, yeux larmoyants, pétéchies sur la conjonctive droite, marche chancelante, respiration accélérée, pouls petit, serré. Ces symptômes se dissipent.

Pour les hommes dont il vient d'être question, on dira peut-être qu'ils auraient eu la peste sans l'inoculation, puisqu'ils vivaient au milieu de l'épidémie. C'est possible; mais il est très-possible aussi que l'inoculation seule ait amené la mort en amenant la peste.

Je reconnais que des pestiférés mis en plein air, disséminés sous des tentes, dans le désert, ont offert beaucoup moins de dangers aux médecins qui les soignaient. C'est un fait dont j'ai été témoin à Abouzabel. D'où il résulte que l'encombrement aggrave le mal. Mais doit-on inférer de là que la maladie n'est pas susceptible de se transmettre par contact immédiat?

Et parce qu'elle ne se communique que dans certaines conditions, est-il rationnel de lui dénier tout caractère contagieux?

Dans le désert, il existe ordinairement une ventilation plus ou moins grande; alors il y a entre le malade et le médecin une masse d'air qui se renouvelle sans cesse et qui emporte avec elle les émanations du malade. Est-ce à dire pour cela que jamais on ne contractera la peste dans ces conditions?

On cite Abouzabel, c'est-à-dire trois ou quatre médecins. Mais ce fait isolé suffit-il pour qu'on en fasse une loi? Je ne le pense pas.

Quiconque a suivi des épidémies de peste a pu se convaincre que cette maladie offre des caractères extrêmement variables.

Une fois elle enlèvera tous les habitants d'une maison, une autre fois elle tue celui-ci et épargne celui-là.

Ici elle laisse déserte toute une habitation, là elle ne fait périr que le tiers des habitants.

Ceux-ci prétendront-ils qu'elle n'est point contagieuse? Et voici qu'un autre fait se produit tout à coup et ramène à une croyance opposée, comme si la peste prenait plaisir à dépister ceux qui veulent l'étudier.

Chérif-pacha, ministre des finances, habite un grand palais construit au milieu du Caire. En 1835 il met la moitié de son palais en quarantaine rigoureuse et laisse l'autre moitié en libre pratique. Dans la première division point de peste; dans l'autre, au contraire, la maladie pénètre et y fait de nombreuses victimes. Bien que j'admette que des gens en quarantaine ont eu la peste, il n'en faut pas moins conclure que la séquestration en général offre des garanties. En Égypte tous les médecins la conseillent, et le gouvernement en a sanctionné le principe.

En 1835, les établissements du gouvernement, présentant un effectif de 23,605 personnes, furent hors des atteintes de la peste, quand autour d'eux la maladie sévissait avec fureur.

Passons à une autre question.

Puisque la peste peut envahir l'Europe, que faut-il faire pour s'en préserver?

Conserver nos lazarets, voilà la réponse de la commission. Les lazarets, contre lesquels on s'est élevé avec une sorte d'acharnement, ont résisté à l'épreuve; leur utilité ressort plus évidente que jamais du travail de la commission.

C'est qu'en effet il n'est point de rempart plus puissant contre la peste.

La Grèce est à peine indépendante qu'elle crée des lazarets; la peste y pénètre, mais meurt faute de pouvoir en franchir les murailles.

Cela s'est également vu à Marseille, à Livourne, à Gênes, à Venise, etc., etc.

Depuis l'établissement de ses lazarets, Syra n'a jamais eu la peste, et pourtant elle est souvent entrée dans son lazaret. Faudrait-il donc supposer qu'elle n'est endémique que dans cet établissement?

Smyrne avait quelquefois la peste; on y élève des lazarets et la peste cesse de s'y montrer.

M. Ségur Dupeyron interroge à ce sujet les médecins de cette ville, qui lui font cette réponse :

« Nous soussignés, médecins exerçant à Smyrne, déclarons sur l'honneur et » devant Dieu que depuis l'année 1838, *époque* de la création d'un office sani-

» faire à Smyrne, nous n'avons visité aucun malade de la peste ni entendu dire » que personne autre les eût visités.

» Nous déclarons, en outre, que le bruit de peste ne s'est fait entendre depuis » 1838 que trois fois et cela chez les individus provenant d'Alexandrie et de la » Syrie par des bateaux à vapeur arrivés ici et mis en quarantaines. » Suivent 27 signatures.

Il n'est personne, à coup sûr, qui ne préférât l'abolition des lazarets à leur conservation. Mais je ne vois pas que ces établissements doivent crouler sous les coups des adversaires que j'ai entendus ou dont j'ai lu les ouvrages. J'abandonne un instant toute idée de contagion, et, ne reconnaissant que l'infection, voyons où nous mènera cette théorie.

Un navire venu à Marseille a la peste, qu'en fera-t-on? J'entends dire : « Disséminez les malades, les gens de l'équipage, les effets, les marchandises, car la dissémination est le moyen par excellence. » Très-bien. Mais où faut-il que je dissémine? Dans la ville? Mais les malades placés dans leurs chambres, quelque disséminés qu'ils soient, vont faire naître des foyers d'infection qui seront funestes pour les personnes qui les soigneront.

Faut-il disséminer dans les champs, sous des tentes? Mais d'abord, si en Égypte les intempéries des saisons ne sont pas à redouter, elles sont, au contraire, fort redoutables en France.

Nous n'irons certainement pas exposer des malades à la pluie, au vent, au froid; nous les placerons, au contraire, dans des lieux convenables, nous les entourerons de soins minutieux.

Une autre question : Permettrez-vous aux parents, amis de voir, de soigner les pestiférés, en leur abandonnant la faculté d'aller, de venir à volonté?

Je m'arrête, effrayé du danger que j'aperçois.

Obligés de maintenir nos lazarets, quelle doit être la durée de la quarantaine?

La commission admet que la période d'incubation ne dépasse jamais huit jours. Je ne comprends pas que l'organisme doive se prêter à un principe aussi absolu. Comment, il serait vrai que l'incubation de la peste ne pourrait être que de huit jours au plus chez des enfants, des femmes, des hommes adultes et des vieillards, c'est-à-dire que ni l'âge, ni le sexe, ni l'état de santé, ni le tempérament ne peuvent influer sur le temps de cette incubation ! Je ne puis y croire.

On cite des faits puisés, dit-on, dans une longue période : je le veux bien ; mais peut-on certifier que là où l'arbitraire, l'ignorance, les préjugés ont dirigé les opinions de l'administration, on doive avoir une foi aveugle en ses archives? Je soumets ces réflexions au jugement de l'Académie.

Voyons pourtant s'il n'existe pas d'autres faits qui constatent une période d'incubation plus longue. (Il résulte d'un tableau que M. Hamont a dressé à cet effet, que dans plusieurs cas la période d'incubation a dépassé les limites qu'on lui assigne.)

Voilà, ajoute M. Hamont, un homme, Pietro di Papa Giovanni, chez qui l'incubation a été de dix-sept jours, et un autre, le garde de santé Giovanni Patrechio, chez qui elle a été de neuf jours, puisqu'il est monté à bord le 18 et qu'il est tombé malade le 27 juin.

Dans le dernier rapport adressé à M. le ministre du commerce, M. de Ségur-Dupeyron mentionne plusieurs autres faits semblables. Je cite celui-ci qui m'a paru le plus remarquable. Il s'est passé au lazaret de Koulili.

« Méhémet-Hussein, âgé de 35 ans, natif de Césarée, habitant Constantinople » depuis son enfance, fut chargé, comme portefaix, de transporter du quai au » lazaret de Koulili quelques marchandises et les bagages des passagers arrivés » le 8 juin par le navire du capitaine Yazidgi-Ozlou. Ce portefaix ne mit jamais » le pied à bord du navire infecté et ne fut employé qu'au transport des bagages » et pendant leur débarquement. Les objets furent totalement débarqués le 11 » juin, et ce portefaix tomba malade de la peste le 22, ce qui donne une incuba» tion de onze jours. »

Ce fait démontre, en outre, que la peste peut se communiquer par des hardes.

Pour donner plus de poids à ses opinions, la commission cite le lazaret d'Alexandrie, où les médecins les plus contagionistes, dit-elle, ne font subir aux provenances de Constantinople qu'une quarantaine de huit jours. Je ne conteste pas le fait. Mais la commission a dit ailleurs que la peste qui vient de Constantinople est bien moins à craindre que celle d'Égypte. Je trouve donc très-logique qu'on agisse ainsi pour les provenances de Constantinople.

Est-il bien démontré que la peste ne revêt le caractère épidémique que tous les dix ans ou à peu près?

Les médecins d'Égypte le pensaient, je l'ai pensé aussi; la commission adopte cette opinion.

Je suis obligé d'avouer que des recherches ultérieures me l'ont fait abandonner.

Depuis 1700 jusqu'en 1838, c'est-à-dire pendant une période de 138 ans, la peste a paru 17 fois tous les ans, 9 fois tous les deux ans, 2 fois tous les trois ans, une fois tous les quatre ans, 6 fois tous les cinq ans, 2 fois tous les six ans, 2 fois tous les sept ans, 2 fois tous les huit ans, une fois après neuf ans, 2 fois tous les dix ans.

J'ai fait ce dépouillement sur des documents officiels puisés au ministère des affaires étrangères.

Un autre dépouillement fait au couvent des prêtres catholiques au Caire a fourni à M. Gaëtani-Bey une somme de renseignements à peu près semblables.

Quelles sont les époques des invasions de peste? Un résumé exact que j'ai fait d'un tableau publié en 1839 et mentionnant une période de 138 ans, me donne ce résultat. La peste s'est déclarée en février, mars, avril et mai. La commission a oublié de dire qu'en 1834 cette maladie a éclaté à Alexandrie dans le mois de juillet, et qu'elle existait à Narbaro et à Damiette pendant les mois de juillet et août.

La peste épidémique est seule transmissible, dit la commission.

Si réellement elle n'était épidémique que tous les dix ans, les lazarets n'offriraient qu'une utilité rare, de loin en loin ; et si elle ne se montre que dans certains mois de l'année, les départs pendant les autres mois peuvent avoir lieu sans crainte par l'Europe. Or, tout cela malheureusement n'est pas.

Passons aux conclusions pratiques.

P. 2. « La patente de santé sera *brute* quand régnera dans le pays une épidé» mie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente. » Reste à déterminer maintenant quand elle sera imminente; à quels signes reconnaîtra-t-on cette imminence? Il est impossible de la reconnaître d'une manière positive et toujours ; aussi existera-t-il constamment de l'arbitraire.

P. 3. « La patente de santé pourra être encore brute lorsque les pestes spora» diques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître » des craintes relativement à la propagation de la maladie.

Cette proposition conduit à cette demande : Où s'arrête la sporadicité, où commence l'épidémicité? combien de cas sporadiques faudra-t-il pour qu'on ait à craindre la propagation du mal?

Ces propositions renferment quelque chose de vague; elles peuvent donner lieu à des méprises qu'il est bon de prévenir.

Un médecin non contagioniste laissera augmenter considérablement le nombre des cas sporadiques et ne fera pas moins délivrer des *patentes nettes*.

Un autre médecin avec des idées opposées verra toujours une imminence de peste et fera délivrer, au contraire, des *patentes brutes*.

P. 4. « Dans tous les autres cas la patente sera *nette*. » Quels sont ces autres cas?

La peste ne quitte pas l'Égypte, et il est très-rare qu'on ne rencontre pas toujours, dans une ville ou un canton, plusieurs pestiférés. Or, qui peut assurer que, de la veille au lendemain, par exemple, les cas de peste n'augmenteraient pas au point de faire craindre la propagation de la maladie? Personne.

Art. 6. « Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot-poste venant du » Levant, aura à bord un médecin. Il est à désirer que ce médecin ressorte de » l'administration de la santé de France. »

C'est une proposition générale tendant à amener la création d'un corps de médecins spéciaux qui demeureraient dans les échelles du Levant et seraient placés à bord des navires de l'État.

Ils auraient pour mission de reconnaître l'état sanitaire du pays, celui des passagers et des équipages.

Je ne vois pas la possibilité de faire agréer cette proposition. Voyons en effet ce qui se passerait, le cas échéant.

Un médecin sanitaire est placé à Alexandrie; il entend dire que des cas de peste ont éclaté dans un ou plusieurs quartiers de la ville; quel est son premier devoir? D'aller vérifier sur les lieux si ce qu'on lui a dit est vrai. Il trouve des malades logés dans des tanières humides, comme toutes celles des fellahs; il les visite avec attention, les touche, les voit plusieurs fois dans le jour, retourne les visiter le lendemain et rend compte au consul.

La commission a-t-elle sérieusement songé à ce qui doit résulter de cette institution? Est-ce que ces médecins ne pourront pas devenir, eux aussi, des foyers d'infection ambulants, si redoutables, au dire de la commission?

Maintenant, comment des médecins qui ont vu, touché des pestiférés dans leurs chambres, pourraient-ils visiter des passagers sans les exposer à la peste?

Et puis pensez-vous que des femmes en voyage se laisseraient visiter par les médecins?

Cette proposition n'est pas acceptable.

Parag. 14. « Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant » d'Égypte, de Syrie et de Turquie, avec *patente nette*, la quarantaine sera de » dix jours pleins à compter du départ, quand la peste ni aucune maladie sus» pecte ne se sera manifestée pendant la traversée. »

Parag. 16. « Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin à bord, il » sera prescrit, avec *patente nette*, une quarantaine d'observation de *dix* jours » pleins, à partir de l'arrivée. »

Pourquoi cette différence? D'abord, est-ce que la période d'incubation n'est plus de huit jours?

Et puis, il y a déni de justice : deux bâtiments, l'un de l'État, l'autre marchand, partent ensemble, le même jour, avec patente nette, du port d'Alexandrie; ni l'un ni l'autre n'ont de malades; tous deux sont arrivés sans avoir touché nulle part. De quel droit impose-t-on au navire marchand dix jours de quarantaine d'observation, quand il en a passé déjà quinze ou vingt en mer?

Parag. 15. « La quarantaine sera de quinze jours pleins à partir du départ, » pour les navires de l'État, paquebots arrivant avec *patente brute*, s'il ne s'y » est manifesté ni peste, ni maladie suspecte, avant le départ ou pendant la tra» versée. »

Nous ne comprenons pas. *Puisqu'il n'y a eu à bord ni peste, ni maladie suspecte*, et que l'incubation ne peut être que de huit jours au plus, pourquoi quinze jours de quarantaine?

Parag. 17. « Quand les navires du commerce arriveront au port avec *patente* » *brute* sans avoir eu en mer ni *peste* ni *maladie suspecte*, ils subiront une qua» rantaine *de rigueur* de quinze jours à partir de l'arrivée. »

Ce qui veut dire positivement que la commission abandonne sa première opinion sur le temps de l'incubation.

RÉSUMÉ. 1° Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les émanations des localités où naît la peste et les émanations des malades.

2° La peste est transmissible d'Orient en Occident.

3° Que cette transmission se fasse par des foyers d'infection ou autrement, l'Europe doit s'entourer de lazarets.

4° Il n'est pas démontré que la peste ne soit pas contagieuse.

5° La période d'incubation de la peste peut durer plus de huit jours.

6° La peste épidémique ne règne pas seulement tous les dix ans.

7° La peste se montre en février, mars, avril, mai, juillet, août, et peut continuer les mois suivants.

8° La peste existe constamment en Égypte.

9° Le nombre des cas sporadiques peut être assez considérable pour que toujours on doive craindre la propagation du mal.

10° L'institution de médecins sanitaires ne peut remplir le but désiré par la commission.

11° Les conclusions de la commission sur la durée des quarantaines à imposer aux bâtiments marchands, aux paquebots-postes ou navires de l'État, ne sont ni fondées, ni la conséquence d'un principe posé par elle.

CONCLUSIONS. Nous demandons :

1° Que toujours les provenances d'Égypte soient soumises au régime de la patente brute;

2° Qu'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, soit imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant directement d'Égypte;

Et 3° enfin, que la durée de la quarantaine soit fixée par l'administration sanitaire toutes les fois qu'une maladie suspecte, ou la peste, se sera déclarée à bord.

Voilà donc, messieurs, où nous conduit le maintien forcé des lazarets. Quelles difficultés, quels embarras, quelles entraves! une grande administration sanitaire, des médecins au point de départ des navires, des médecins à bord, des médecins dans les lazarets.

Quelles complications dans tout ce qui touche aux quarantaines!

Il faut se garder des hommes, il faut se garder des marchandises, enfermer les uns, purifier les autres.

En définitive, où tout cela nous mène-t-il? Que donnons-nous de neuf? Quelles sont nos réformes? Qu'avons-nous fait pour l'humanité? Rien, ou peu de chose.

Sans doute, s'il arrivait aujourd'hui que la peste envahît l'Europe, il n'est pas un médecin qui ne courût au-devant du danger, qui ne s'enorgueillît de secourir son semblable.

Mais pourquoi des lazarets et toute cette kyrielle d'entraves?

Est-ce que le commerce, est-ce que les relations entre peuples, est-ce que la civilisation le veulent ainsi?

Non. Ces obstacles, ces retards, ce mal enfin, proviennent de quelques hommes, et de ce que les nations civilisées n'ont pas encore voulu qu'il en fût autrement.

La question des lazarets est certainement une question importante; mais ce ne peut être qu'une question en attendant.

Dans son travail, la commission a laissé un vide que l'Académie doit remplir. Les causes de la peste étant connues, il est de son devoir d'en demander la suppression. Elle doit dire à la France, à l'Europe, comment la civilisation peut intervenir, comment elle assainira le Delta.

Eh! messieurs, cette œuvre est facile. Un peu d'hygiène, un peu de pain, et vous aurez chassé du globe un mal dont la continuation marquerait au sceau de la honte la civilisation si vantée de notre époque.

Quand, dans une localité quelconque, un médecin est appelé pour combattre une endémie ou une épidémie, son premier soin est d'en rechercher les causes et de les signaler, pour les détruire, aux autorités compétentes.

Ici, qu'est-ce que l'Académie?

L'Académie est le médecin de toute l'humanité; elle sollicitera donc de l'Europe le dessèchement de cette source infecte d'où jaillit la peste. Voilà son rôle; elle ne peut l'abdiquer.

Aujourd'hui l'Égypte n'a plus qu'un semblant d'armée; sa flotte, création inutile, gouffre d'hommes et d'argent, pourrit dans le port d'Alexandrie.

En pleine paix, elle pourrait donc s'occuper activement d'asseoir une hygiène publique telle qu'on peut raisonnablement la désirer.

A ce point de vue, pourquoi la France, et même l'Europe, n'interviendraient-elles pas s'il le fallait?

Quand il s'agissait de guerre, quand pour une province disputée au Grand Seigneur par un vassal, le feu manqua de prendre aux quatre coins de l'Europe, quatre grandes puissances intervinrent, et la paix fut signée.

Eh bien! cette peste qu'enfante le Delta, n'est-ce pas une menace de guerre incessante faite par une partie très-infime du monde au monde entier? N'est-ce pas la mort planant toujours sur la tête de populations indigènes et exotiques?

Là, il s'agissait d'un intérêt matériel; ici, messieurs, il s'agit de la vie des peuples.

Si l'intervention de l'Europe fut nécessaire dans le premier cas, elle doit l'être bien autrement dans le second.

L'existence, la fortune de milliers de familles, ne peuvent plus être subordonnées aux éventualités d'une maladie que fait naître un ordre de choses incompatible avec la civilisation.

Pour atteindre ce but, l'Europe n'a pas besoin du déploiement de forces matérielles; un mot lui suffira, et en le prononçant elle aura dit aux Barbares que désormais l'empire ne peut exister que *là où est la lumière*.

Une sorte de solidarité règne entre les nations; aucune d'elles ne peut faire la guerre sans avoir reçu en quelque sorte l'assentiment de l'Europe. Au nom de l'humanité, nous demandons que cette solidarité s'étende davantage, qu'il ne puisse être permis à un peuple de compromettre volontairement, sciemment, la santé, l'existence des autres. C'est un principe d'hygiène internationale que nous désirons voir consacré; est-ce trop demander?

En terminant, j'ose appeler sur ces graves questions toute l'attention de l'Académie. Qu'elle veuille bien compléter un mandat qu'on ne peut lui nier. D'un pays couvert de plaies, elle aura fait un lieu de délices, et les peuples, en la bénissant, inscriront son nom parmi les noms des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

M. GAULTIER DE CLAUBRY : Je ne puis admettre le principe fondamental formulé par la commission, qu'il y ait une distinction de quelque importance à établir entre la peste sporadique et la peste épidémique, soit au point de vue nosologique, soit parce que cette distinction jetterait dans un singulier embarras nos agents consulaires qui auraient à donner une indication officielle sur l'état sanitaire de l'Égypte au moment du départ de nos bâtiments.

La commission a établi de la manière la plus incontestable que la peste endémique, dans la Basse-Égypte, se développe spontanément sous l'influence de conditions déterminées, les unes en quelque sorte inhérentes au sol ou propres à la population misérable qui l'occupe, les autres liées à la météorologie de la contrée, les unes et les autres agissant sur une grande partie de la population.

Nécessairement endémique dans la Basse-Égypte, la peste y apparaît le plus souvent à l'état sporadique. A certaines époques, elle s'y montre épidémique; mais je ne puis admettre avec la commission que cette différence dans le nombre des cas de peste constitue une différence essentielle dans la maladie elle-même. Ce qui se passe sous nos yeux dans les contrées marécageuses, où les fièvres intermittentes sont endémiques, prouve le contraire.

Au printemps, l'influence des miasmes paludéens est encore peu considérable; il n'y a que quelques cas isolés de fièvres intermittentes légères, faciles à guérir, susceptibles même d'une guérison spontanée. Quand l'été est arrivé, les cas deviennent plus nombreux; les fièvres se présentent plus graves, sont d'une guérison plus difficile; quelques cas même revêtent le caractère pernicieux. Les fièvres intermittentes étaient sporadiques dans le premier cas; elles constituent une épidémie dans le second. Mais qui songerait jamais à établir quelque différence de nature, à parler d'une constitution épidémique? Il en est absolument de même pour la peste qui, endémique en Égypte, y existe constamment à l'état sporadique, et y devient épidémique à certaines époques de l'année, à des intervalles de temps plus ou moins longs.

L'existence plus ou moins constante de certains symptômes extérieurs ne prouve pas non plus qu'il y ait quelque différence entre la peste sporadique et la peste épidémique. La peste, considérée en général, s'accompagne le plus ordinairement de bubons; la commission le reconnaît elle-même. Mais si la peste sporadique n'offre pas constamment des bubons, la peste épidémique, de son côté, n'en présente pas toujours non plus. Dans le premier cas, tantôt l'influence des causes productrices de la peste a été assez peu prononcée pour que l'affection des ganglions lymphatiques n'ait pas lieu; dans le second, tantôt c'est une raison semblable qui détermine un résultat analogue, malgré l'intensité générale de l'action des causes; tantôt cela tient à ce que l'influence sur l'organisme est si promptement profonde, que des désordres mortels surviennent avant que les accidents extérieurs de la peste aient pu être produits. Toujours est-il que la peste sporadique présentant souvent des bubons, et la peste épidémique n'en offrant pas toujours, ce caractère, résultant de l'existence ordinaire des bubons dans la peste épidémique, ne peut être invoqué en preuve d'une différence entre cette dernière et la peste sporadique.

On comprend néanmoins que quand la multiplication dans le nombre des malades, l'encombrement qui en est la conséquence dans les maisons, ont singulièrement multiplié les foyers d'infection miasmatique qui se forment autour des pestiférés, un élément de plus vient à s'ajouter à l'influence des causes générales de la peste, et imprimer un caractère plus grave à cette dernière quand il éclate une épidémie fort étendue. Dans le cas de peste sporadique, les foyers d'infection existent à peine, les rapports des personnes du dehors sont peu nombreux. La maladie se transmet rarement aux assistants; on peut jusqu'à un certain point en révoquer en doute la transmissibilité. Il y a de même peu de morts et beaucoup de guérisons, tandis que le contraire a lieu nécessairement, sous tous ces rapports, quand il existe une épidémie très-étendue. Mais cela peut-il induire à admettre une différence essentielle entre la peste sporadique et la peste épidémique? Je ne le pense pas.

La commission a beaucoup parlé d'une constitution pestilentielle non existante dans le cas de sporadicité de la peste, préexistant au contraire à la peste épidémique, et tenant sous son influence toute la population. Entre autres preuves, elle a allégué le fait d'individus qui, ayant éprouvé précédemment une attaque de peste, ressentiraient dans les cicatrices de leurs bubons des douleurs qui leur serviraient à annoncer la prochaine invasion d'une épidémie de peste. Mais un ancien pestiféré de l'expédition d'Égypte ressentait, plus de dix ans après, des douleurs dans les cicatrices de ses nombreux bubons, au moindre changement de la température, quand le temps était à l'orage, quand il avait fait quelque excès de régime. Ces phénomènes indiquaient-ils à distance la prochaine invasion d'une peste épidémique dans quelque contrée lointaine? Si cet homme était arrivé en Égypte peu de temps avant l'époque où une épidémie de peste aurait apparu, les phénomènes sympathiques qu'il éprouvait dans les réactions de ses anciens bubons auraient-ils dû jouir de la valeur en quelque sorte prophétique que la commission semble accorder à cette sorte de phénomène?

En vain la commission s'est efforcée de fixer les époques différentes des deux pestes qu'elle admet. La peste sporadique se manifeste surtout dans les premiers mois de l'année; la peste épidémique ne se montre que dans les mois d'été. Mais les deux périodes de temps se succèdent sans interruption : la fin de la première précède immédiatement le commencement de l'autre. L'agence sani-

taire, chargée de faire connaître l'état sanitaire de l'Égypte, ne pourra-t-elle pas croire qu'on est encore dans la première période, et qu'il n'y a point ou seulement qu'il y a peu de danger de transmission de la peste qui doit n'être encore que sporadique? ou bien ne croira-t-elle pas prématurément être déjà entrée dans la période de la peste épidémique avec tous les dangers qui l'accompagnent?

Le nombre des malades et surtout des morts est peu considérable, nous dit-on, dans la peste sporadique; mais ce nombre des malades ne va-t-il pas sans cesse en croissant à mesure qu'on arrive à l'époque de l'invasion de la peste épidémique? De son côté, cette dernière n'attaque pas de prime abord un nombre incalculable de malades, et elle ne cause pas la mort de tous ceux qu'elle atteint. Combien faudra-t-il de cas graves et de cas de mort pour que l'agence sanitaire déclare qu'une peste épidémique existe? En outre, combien faudra-t-il qu'il existe de cas graves pour que l'agence sanitaire signale l'existence préalable de la constitution épidémique pestilentielle?

Par les motifs qui ont été présentés précédemment, l'agence sanitaire ne saurait prendre pour base de sa détermination l'absence ou la présence des bubons. Puisque la peste sporadique, que la commission nous présente comme si peu grave, et dont elle semble ne pas croire à la transmissibilité, est cependant souvent accompagnée de bubons, l'agence sanitaire, se rappelant la définition que la commission a donnée de la peste en général, ne devra-t-elle pas déclarer que cette maladie existe en Égypte, si elle rencontre un seul cas, peut-être sporadique, qui présentera cet accident extérieur de la peste? D'un autre côté, elle aperçoit bien çà et là quelques cas de peste avec bubons; plusieurs de ces cas sont même suivis de la mort des malades; mais l'agence sait qu'on n'est pas encore arrivé à l'époque de l'année où la peste épidémique se manifeste. Devra-t-elle déclarer que ce n'est pas là encore le commencement de la peste épidémique?

Toutes ces considérations prouvent évidemment combien est dénuée de fondement la distinction établie par la commission, d'une peste sporadique et d'une peste épidémique de nature différente. D'ailleurs, la commission elle-même vient détruire son système favori, quand, entrant dans la voie des explications pratiques, elle établit que « tout bâtiment quelconque, quelle que soit sa patente, qui aura eu ou qui aura à bord, à son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste, sans distinction de sporadique ou d'épidémique, ou même d'une maladie suspecte, devra être soumis à une quarantaine de rigueur!... » Que devient donc la grande distinction systématique entre les deux sortes de peste? Il n'est plus question des époques différentes de l'année, de l'absence ou de l'existence d'une constitution épidémique coïncidente; il y a *un cas de peste*, même de *maladie suspecte*, et cela devient suffisant pour justifier la prescription d'une quarantaine de rigueur!

Mais la peste est transmissible hors des foyers d'infection, et la transmission s'effectue par les miasmes qui s'échappent du corps des malades. — Il semble superflu de rechercher l'influence du contact immédiat comme mode de transmission de la maladie, attendu qu'il ne peut y avoir de contact immédiat sans que la personne qui touche le pestiféré ne soit placée dans le rayon, d'ailleurs plus ou moins étendu, des miasmes pestilentiels dont ce dernier est environné. Aussi un médecin qui mourait de la peste, victime du zèle qu'il avait apporté à soigner les pestiférés, disait-il à un ami qui le visitait : Venez me voir dorénavant; mais ne me touchez pas.

Des mesures administratives sont indispensables sans doute pour prévenir les effets de ces foyers d'infection miasmatique; mais un grand et important fait d'observation semble permettre de prendre une mesure à la fois simple et efficace de satisfaire à tout ce que la prudence a droit d'exiger dans l'intérêt des populations. Il paraît démontré que, loin des foyers d'infection, la peste n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours.

Une maladie analogue à la peste par les affreux ravages qu'elle cause aussi, susceptible, comme cette dernière, d'un développement spontané sous l'influence de causes déterminées, comme l'encombrement, la misère, etc., et qui se propage ensuite hors des lieux où elle a pris naissance par l'action des miasmes qui s'exhalent des corps des malades, et qui créent autour de ces derniers de véritables foyers d'infection, le typhus des armées semble, comme la peste elle-même, n'avoir qu'une durée d'incubation limitée à moins de huit jours. Tel est au moins le résultat des recherches auxquelles je me suis livré en étudiant quelques observations détaillées de typhus, où l'époque de l'invasion de la maladie, après une communication avec des malades, a été relatée avec exactitude.

Il résulte de là que, quelle que soit la condition sanitaire du pays d'où vient un bâtiment, s'il n'y a pas eu à bord de cas de peste ou de maladie suspecte pendant la traversée, il suffira pleinement d'imposer une quarantaine de dix jours, pour plus de sûreté, à compter du moment même du départ; et dix jours aussi, à compter du moment de l'arrivée, s'il y a eu ou s'il y a encore à bord quelque cas de peste ou de maladie suspecte.

Dans cet état de choses, l'administration de la santé de Marseille méritait de la part de la commission le blâme le plus sévère, à raison des mesures, aussi absurdes que barbares, qu'en 1835 même elle a prises contre les malheureux pestiférés, et ce blâme aurait dû être également déversé sur les médecins et les chirurgiens de toutes les époques jusqu'au moment présent, pour avoir accepté, tout en protestant contre les décisions de l'administration, des apparences de fonctions médicales qu'ils savaient bien ne pas devoir remplir auprès des malheureux pestiférés. Si, depuis cent vingt ans, tous les médecins de Marseille avaient formellement refusé leur concours à l'administration, celle-ci aurait peut-être apporté à ses règlements les modifications importantes que réclame la voix de l'humanité.

M. Bousquet : Si, pour parler d'une maladie, il était absolument nécessaire de l'avoir vue, il y a ici bien peu de personnes qui auraient le droit de prendre part à cette discussion, et moi-même tout le premier je devrais m'abstenir. Mais il est, dans toutes les sciences, des vérités reconnues, des principes avoués, dont l'esprit se sert pour apprécier les vérités nouvelles qu'on lui propose.

La commission, hors un seul membre, n'a pas vu la peste; c'est sur ses lectures et sur les communications qui lui ont été faites qu'elle a composé le long et beau rapport que vous avez entendu avec un silence qui témoignait assez de l'intérêt qu'il vous inspirait, car le silence est certainement la plus grande faveur qu'on puisse obtenir dans les grandes assemblées.

Je ne me propose pas de suivre pas à pas le texte du rapport; je me contente d'en examiner l'ensemble et d'en signaler l'esprit. D'autres vous en parleront sous d'autres points de vue : c'est l'avantage des grandes réunions de renfermer les esprits les plus divers.

En général, on étudie les maladies pour les guérir. Tel n'est pas le dessein de la commission. Il est une médecine encore plus précieuse, c'est celle qui se propose d'étouffer les maladies à leur origine et de les empêcher de naître. D'où vient la peste? comment se propage-t-elle? deux grandes questions qui composent à peu près tout le travail de la commission.

Premièrement, d'où vient la peste? quelle est sa patrie? et dans sa patrie quelles sont les causes qui l'engendrent? Je comprends, messieurs, tout l'intérêt de cette question, j'en comprends surtout les conséquences; la commission hasarde là-dessus ses conjectures : je dis ses conjectures, car rien ne me paraît moins prouvé que l'origine qu'elle lui assigne. Non, je ne crois pas que les terres d'alluvion, ni les terres marécageuses, ni les habitations basses et mal aérées, ni l'air humide et chaud, séparés ou réunis, contiennent, engendrent la peste. Des terres d'alluvion, il y en a à l'embouchure de tous les fleuves; les terres marécageuses abondent presque par tout pays. Et, d'autre part, les causes dont vous faites sortir la peste, les retrouvez-vous partout où la peste a été vue, non-seulement en Orient, mais en Europe, à Naples, à Rome, à Venise, à Vienne, à Barcelone, à Londres, à Moscou, à Stockholm, à Marseille, etc.?

Ce n'est pas tout : dites moi, je vous prie, comment les causes étant permanentes, l'effet ne l'est pas. A la vérité, la peste est toujours en Égypte, mais y est-elle toujours à l'état épidémique? enlève-t-elle tous les ans le tiers de la population du Caire, comme elle a fait en 1835?

Il est digne de remarque que, dans notre ignorance, nous donnons les mêmes causes presqu'à toutes les maladies. Consultez les nosologies : les habitations basses et humides, la malpropreté, la misère, le chagrin, font toutes les maladies, de sorte que si tout le monde était bien logé, bien vêtu, bien nourri, il semble que l'âge d'or régnerait éternellement sur la terre.

Les maladies, dites-vous, fuient devant la civilisation; lesquelles je vous prie? A coup sûr ce n'est ni la fièvre typhoïde, ni le typhus, ni la fièvre intermittente, ni la fièvre jaune, ni le choléra, ni la phthisie, ni la petite vérole, ni la rougeole, etc.

La peste fuit devant la civilisation! Vous oubliez que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique et aux autres.

Si la commission connaissait réellement les causes de la peste, on pourrait lui reprocher d'avoir été si brève sur les moyens de l'éteindre; mais elle ne les connaît que par conjectures. Elle voit une maladie, il lui faut des causes, et elle en suppose. Croyez-vous que si on lui mettait dans la main toutes ces causes et d'autres encore, elle s'engagerait à produire la peste? Sans doute il est bon d'assainir les habitations, de donner des aliments à ceux qui en manquent, de les entretenir dans des habitudes de propreté, etc. Si cette réforme ne prévient pas la peste, elle préviendra d'autres maladies; c'est bien assez pour la conseiller.

En attendant qu'on trouve les moyens d'éteindre la peste à sa source, il est prudent de chercher à l'arrêter quand elle est née; pour l'arrêter, il faut savoir comment elle se propage.

A quelques égards, la commission ne nous donne pas son travail comme elle l'a lu; elle en a fait deux éditions : dans la première, elle disait nettement ce qu'elle entend par *contagion* et par *infection*, et en conséquence de ses définitions, elle déclarait que la peste n'est pas contagieuse; dans la seconde édition, elle évite de prononcer le mot *contagion*, mais elle persiste à dire que la peste se transmet, qu'elle se gagne, qu'elle se communique des malades aux personnes bien portantes.

Et pourquoi tant de réserve dans le langage lorsqu'on en met si peu dans la pensée? Comme elle doute que la peste se transmette par contact, la commission ne veut pas dire qu'elle est contagieuse. Elle se laisse troubler par une affaire d'étymologie, et au lieu de faire une définition de chose, elle fait une définition de mots; parce que contagion vient de *tangere*, toucher, elle réserve l'épithète de contagieuses pour les seules maladies susceptibles de se communiquer par attouchement. Nous montrerons tout à l'heure que, même à le prendre ainsi, la peste est contagieuse. A présent nous disons que ces subtilités de langage sont indignes de la gravité de la matière; nous disons que, dans les doctrines de la commission, on donne une idée incomplète du phénomène et on confond des choses très-distinctes.

Je m'explique. Si un pestiféré me communique sa maladie, il est évident qu'il m'envoie quelque chose qui la contient en puissance. Ce quelque chose, c'est un germe dans toute l'acception du mot. Si je touche le malade, ce germe me frappe directement; si je ne le touche pas, l'air le reçoit et me l'apporte, mais l'air est passif et ne sert que de véhicule.

Ainsi la contagion n'emporte pas seulement l'idée de transmission, elle emporte aussi celle d'un germe, d'une semence, d'un œuf élaboré par un corps malade. Et, en effet, toute maladie est contagieuse qui crée, avant de s'éteindre, un germe en état de la reproduire.

Telle est, j'ose le dire, l'idée qu'il faut se faire de la contagion.

L'embarras où s'est trouvée la commission vient d'une confusion d'idées : elle confond la transmission de la peste avec le mode de cette transmission, l'effet avec le moyen.

Elle n'a pas assez remarqué que, de même qu'elle s'ouvre plusieurs voies, la contagion s'insinue par divers procédés. Le *cow-pox* se transmet par l'air de vache à vache, mais l'homme ne peut le recevoir que par inoculation ; la gale, la pustule maligne se gagnent par des attouchemens prolongés ; la rage s'inocule par la morsure de l'animal enragé ; la syphilis s'absorbe à la surface des membranes muqueuses ; la rougeole, la scarlatine, le typhus, se répandent dans l'air ; la petite-vérole, le modèle des maladies contagieuses, réunit tous les modes de contagion : elle se communique par inoculation, par le toucher, par les vêtements et par l'air.

Vous le voyez, le mode de contagion varie dans toutes les maladies qui viennent de passer sous vos yeux, mais elles sont toutes contagieuses aux mêmes titres : toutes, en effet, viennent d'un germe, et créent, avant de s'éteindre, un germe semblable à celui d'où elles sortent.

Réserver la qualification de contagieuses pour les seules maladies qui se gagnent par le toucher, c'est dire tout à la fois que la petite-vérole est contagieuse et qu'elle n'est pas contagieuse : contagieuse quand elle se transmet par attouchement, non contagieuse quand elle se transmet par l'air.

Si le poison pestilentiel se répand dans l'atmosphère, si je le respire avec l'air, il n'en est que plus subtil et plus dangereux ; c'est toute la différence que j'y vois.

La commission appelle cela de l'*infection ;* elle en a le droit, car chacun est maître dans ses appellations. Mais en prenant cette liberté, elle m'en donne une autre : celle de lui dire qu'alors même qu'elle parle sa langue, elle n'en met pas plus de précision dans ses idées. En effet, ce mot *infection*, elle l'entend au moins de deux manières : tantôt l'infection, fixe, bornée, circonscrite, engendre la peste, et alors l'infection, c'est l'ensemble des causes que vous savez ; tantôt l'infection, variable, mobile, naît des malades eux-mêmes et propage la peste, et alors l'infection, c'est l'air chargé de miasmes pestilentiels.

Ainsi il y a deux infections : une pour faire la peste et l'autre pour la propager.

Il y en a même trois ; car maintenant la commission veut que la peste se propage à la manière des épidémies. Et pourquoi tous ces détours ? c'est pour laisser moins à faire à la contagion. Sans doute, lorsque la peste passe de l'état sporadique à l'état épidémique, il faut trouver des causes à cet accroissement ; mais ces causes sont-elles du même ordre que celles qui engendrent la maladie, ou de celles qui la répandent ? En d'autres termes, y a-t-il création incessante ou seulement propagation ? Dans les maladies non contagieuses, la question ne serait même pas faisable. Il est évident que lorsqu'il règne une épidémie de pneumonies, par exemple, les malades ne se communiquent pas leur maladie ; mais lorsqu'il règne une épidémie de petites véroles, je ne suis pas sûr, il s'en faut de beaucoup, que le premier malade n'ait pas infecté tous les autres.

En vain la commission voudrait-elle assujettir la peste aux lois de l'épidémie : elle suit invariablement celles des contagions. Les maladies épidémiques, suspendues en quelque sorte dans l'atmosphère, frappent çà et là sur plusieurs points à la fois. A proprement parler, il n'y a pas un premier malade, il y en a plusieurs, et ces malades reçoivent leur maladie des mêmes causes d'insalubrité. Ce n'est pas de cette manière que procèdent les contagions : on signale presque toujours un premier malade d'où sont sortis tous les autres. Ainsi, dans cette épidémie de 1835 où la commission puise presque toutes ses leçons, c'est un jeune Maltais qui porte la peste d'Alexandrie au Caire. Son nom était Giglio. Giglio communique sa maladie à ses deux frères, à un jeune homme de sa nation et à ses domestiques, au nombre de trois. Parmi ces domestiques était une esclave noire, laquelle transmet sa maladie à une autre esclave de même couleur qui habitait une maison contiguë ; celle-ci la transmet à son maître, appelé Marco, et ainsi de suite. Pendant la peste de Marseille, en 1720, une femme va, contre l'arrêt du parlement, chercher un nourrisson dans la ville infectée ; trois jours après, nourrice et nourrisson n'étaient plus. Le cadavre est porté à l'église et enterré. Le lendemain, cinq personnes qui avaient assisté à la cérémonie sont prises de la peste, et on remarque que c'étaient celles qui avaient approché le corps de plus près. Enfin la contagion se répand et enlève plus de la moitié du village, 426 sur 950 habitants.

A Moscou, à Venise, partout où l'on a pu se mettre sur les traces de la contagion, on la suit pour ainsi dire pas à pas. C'est comme un incendie qui se communique de proche en proche, et qui dévore tout ce qui est à la portée des flammes. Dans les grandes villes, dans les grands centres de population, remonter à la source du mal est quelquefois difficile, mais il n'y a nul embarras dans les petites localités. Or rien, à mon sens, n'est plus propre à démontrer la contagion que la manière dont la peste s'établit et se propage.

Voulez-vous encore un autre caractère qui sépare les contagions des épidémies ? je le prends dans la peste elle-même. Quelque menaçante qu'elle soit, on lui échappe presque sûrement en s'isolant ; remarquez que je ne dis pas en fuyant. Voulez-vous éviter une épidémie, la fuite est votre seule ressource ; si vous restez dans son périmètre, vous courez toujours le même danger. Au contraire, on peut braver la contagion en restant au milieu d'elle. Comment ? je viens de le dire : en s'isolant, c'est-à-dire en rompant tout commerce avec le reste des habitants. Ainsi, à Moscou, la maison impériale des orphelins, composée de plus de 1,000 personnes, ferma ses portes, et elle n'eut pas un seul malade. A Marseille, les couvents qui se mirent en séquestre furent tous préservés. Et c'est là l'objection du professeur Deidier contre Chicoyneau. Si la peste, disait-il, n'est pas contagieuse, comment s'arrête-t-elle devant toutes les maisons qui lui ferment la porte ? Mais Chicoyneau ne répondit jamais.

Que la peste franchisse quelquefois les barrières qu'on lui oppose, cela se peut, car la contagion a des ailes, et se tient toujours prête à profiter de la moindre infraction. Mais, même dans ces cas, comparez ses désordres avec ceux qu'elle produit quand on la laisse faire. Dans l'épidémie du Caire et d'Alexandrie, M. le docteur Lachèze voulut savoir quelle était l'influence de l'épidémie et quelle était celle de la contagion. Certes, le problème était délicat. M. Lachèze trouva que des personnes isolées, la peste en fit périr une sur 400, et des personnes en libre pratique, une sur 3. Voyez quelle différence ! A la vérité, cette différence vous paraît si grande, que vous lui cherchez une explication qui la réduise. Vous prenez ailleurs les termes d'un autre parallèle ; vous vous renfermez dans l'arsenal d'Alexandrie qui ne réunit pas moins de 6,000 ouvriers : plus il y en a, plus l'isolement est difficile ; mais il n'importe. Vous arrivez, en effet, à une proportion beaucoup moindre ; mais elle est encore considérable, puisqu'elle est comme 1 est à 20. Ces chiffres montrent donc toute la puissance de l'homme pour modérer la propagation de la peste ! Il n'en faut pas davantage pour montrer qu'elle est contagieuse ; car l'homme ne peut rien contre l'influence épidémique.

La peste tient donc bien plus des maladies contagieuses que des maladies épidémiques ; mais ce n'est pas assez de dire qu'elle se transmet, il faut dire encore comment elle se transmet. Il est évident que la prophylaxie doit varier suivant le mode de transmission.

Et d'abord, la peste se transmet-elle par inoculation ? La commission n'ose se prononcer. Le doute est souvent un signe de sagesse ; mais je dirai avec Fénelon qu'on se trompe autant à douter quand il faut croire qu'à croire quand il faut douter.

De mes lectures sur la peste et sur d'autres matières, il m'est resté dans l'esprit que la peste a été quelquefois inoculée avec succès. Samoïlovitz avait même proposé d'établir l'inoculation en système dans l'empire de Russie ; mais ces faits, je n'ai pu les retrouver. Au fond, j'y ai peu de regrets : ils sont anciens, et la commission n'en veut que de nouveaux ; et parmi les nouveaux, elle n'en trouve pas qui la satisfassent. En 1801, Dussap inocula la peste à 12 personnes, qui toutes la reçurent. On ne tient aucun compte de ces expériences ; elles manquent d'authenticité. Qu'entend-on par là ? Veut-on dire que Dussap en a imposé ? Dussap est mort de la peste en 1835 : on peut impunément outrager sa mémoire ; mais s'il entrait tout à coup dans cette enceinte, oserait-on lui tenir en face le même langage ? oserait-on lui dire que ce qu'il dit qu'il a fait, il ne l'a pas fait, que ce qu'il dit qu'il a vu, il ne l'a pas vu ?

La commission récuse le témoignage de Dussap ; récusera-t-elle aussi celui de Gaëtany-Bey ? Les expériences faites en 1801 ont été renouvelées en 1835 sur les mêmes lieux ; elles ont eu pour témoins MM. Clot, Bulard, Fourcaud, Gaëtani, Hamont et d'autres. Pour éprouver si la peste est inoculable, on s'essaya d'abord sur les animaux ; les matières de l'inoculation étaient choisies par les médecins et essayées par M. Hamont. Quelques chevaux furent indisposés ; ils eurent même des ecchymoses, des pétéchies dans les yeux ; mais ils n'eurent pas la peste avec tous ses caractères. Des animaux on passe aux hommes : il y avait cinq criminels condamnés à mort ; les médecins les demandèrent à l'autorité pour en faire le sujet de leurs expériences. Trois d'entre eux furent inoculés avec du sang au pli du bras et par trois piqûres : deux eurent la peste ; le troisième résista. Je ne parle pas ici des deux autres, bien qu'ils aient eu la peste ; mais ils la reçurent d'une autre expérience.

Ces faits d'inoculation ne sont pas les seuls ; M. Rochoux vous en a cité d'autres.

Dira-t-on cependant qu'ils sont rares ? Je n'ai pas de peine à le croire. D'une part, l'expérience est trop périlleuse pour avoir été souvent tentée, et de l'autre, l'art d'inoculer les maladies n'est pas un jeu de hasard ; il a ses principes et ses règles, dont les expérimentateurs ne semblaient même pas se douter.

Ils ont inoculé le sang et le pus des bubons ; mais quand même cette inoculation n'eût rien donné, en faudrait-il conclure que la peste n'est pas inoculable ? non certainement. Cela prouverait tout au plus que le virus pestilentiel n'est ni dans le sang ni dans le pus, ou bien encore qu'il n'y était pas au moment de l'inoculation ; mais il ne s'ensuivrait pas qu'il n'est pas ailleurs, ou qu'on ne l'aurait pas trouvé si on avait mieux choisi son moment.

Qui ne sait que tous les virus ne se fabriquent pas dans le même atelier ? Tantôt la nature les dépose dans les sécrétions, comme le virus de la rage et de la morve ; tantôt elle les renferme dans des réservoirs particuliers, comme elle fait pour la petite vérole et la vaccine ; tantôt enfin les germes zootiques s'exhalent de toute la surface du corps et se répandent dans l'air. Exemples : la rougeole, la scarlatine et le typhus.

En second lieu, si on croit que, pour reproduire une maladie contagieuse, il suffit d'en prendre le virus et de l'enfoncer dans les chairs, on se trompe ; il y a quelque chose de plus essentiel : c'est de prendre le virus à point, car la vie des virus est courte, et la faculté de se transmettre varie pour ainsi dire à tous les instants, jusqu'à ce qu'enfin elle s'éloigne.

Ces notions sont vulgaires ; mais elles ont été oubliées des expérimentateurs. Ne nous étonnons donc pas si leurs essais d'inoculation pestilentielle ont si mal réussi : toutes les œuvres de hasard sont nécessairement très-rares.

Mais eussent-elles été plus fréquentes, elles n'auraient pas plus de valeur aux yeux de la commission. Elle s'est fait un système avec lequel elle a réponse à tout.

L'inoculation échoue-t-elle ? C'est que la peste n'est pas inoculable. L'inoculation donne-t-elle la peste ? L'expérience ne prouve rien ; car elle a été faite dans le foyer d'infection. Et où voulez-vous qu'on expérimente, si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie ?

A cette objection si souvent répétée, je me contenterai de répondre que lorsqu'on inoculait la petite vérole, on ne s'avisa jamais de dire que les inoculés recevaient la maladie de l'influence épidémique et non de l'opération.

Si j'insiste sur l'inoculation de la peste, c'est parce que, de tous les procédés de contagion, c'est le plus évident. Dans les autres, on n'a qu'un terme du problème; les yeux voient l'effet, l'esprit suppose la cause. Ici tout est également sensible. Comment douter qu'elle soit contagieuse, la maladie dont on peut prendre le germe au bout d'une lancette? L'inoculation établit donc la plus forte présomption en faveur des autres modes de contagion.

Si la commission était bien convaincue que la peste est inoculable, peut-être ne se demanderait-elle pas si elle se transmet par le toucher.

J'avoue d'ailleurs que, quoiqu'elle ne soit séparée de l'inoculation que par l'épaisseur de l'épidémie, la transmission par attouchement n'est pas facile à démontrer. Pour vous faire une idée de cette difficulté, proposez-vous le même problème à l'égard de la petite vérole. Nous croyons tous que toucher un varioleux c'est s'exposer à prendre sa maladie; mais si on nous demandait les fondements de cette opinion, nous serions peut-être embarrassés pour répondre.

Quand j'approche un varioleux sans le toucher, il n'y a pas de difficulté; si je prends sa maladie, c'est l'air qui me la donne; mais quand je le touche, comment saurais-je si je reçois la contagion de l'air ou du toucher.

Et cependant la commission n'hésite pas à déclarer que le toucher est sans danger. Elle tire toute ses preuves de l'épidémie de 1835 en Égypte, comme s'il n'y en avait pas d'autres. Elle dit que les médecins de l'hôpital du Caire touchaient, maniaient les pestiférés, et qu'ils bravèrent tous la contagion, hors pourtant le docteur Rigaud, qui en mourut.

Elle a oublié que la peste ne se montra pas si douce pour les élèves; elle oublie que, sur 20 élèves que l'école d'Abouzabel fournit à l'hôpital, il en mourut 19.

Elle oublie un fait, un grand fait qui balance tous les autres, c'est que ceux qui, en temps de peste, se séparent de la foule, ceux qui s'isolent, ceux enfin qui se cloîtrent, se préservent presque tous, et cela sans déserter les lieux infectés et sans cesser de respirer le même air.

Elle oublie enfin qu'à Moscou, en 1771, on observa que ceux-là prenaient la peste qui touchaient les pestiférés; tels les chirurgiens et les sous-chirurgiens qui les pansaient, les prêtres qui leur administraient les sacrements, les domestiques qui les servaient, tandis que les médecins qui les approchaient sans les toucher, les chefs militaires qui les visitaient, les riches qui se tenaient à l'écart, résistaient à la contagion. Entendez Mertens : « *Omnes illi qui abstinent à communicatione qualicumque cum ægris tam immediata quàm per varias substantias quæ seminium recondunt, à peste immunes remanent, etsi in eâdem regione, vel urbe vivant quas ista depopulatur* (p. 113). »

J'ai toute confiance dans les talents et dans la sincérité de MM. Bulard, Clot-Bey et les autres; mais pourquoi la refuserai-je à Mertens et à Samoilowitz? J'accepte donc les faits des deux parts : ils sont différents, mais ils ne sont pas contradictoires. De ce que la peste se gagne par l'air, il ne s'ensuit pas qu'elle ne se gagne pas par le toucher. J'admets donc les deux modes de contagion.

La peste est-elle transmissible par les vêtements?

Cette question me rappelle cette réponse d'un publiciste célèbre : *Je ne le sais pas; mais je l'affirme.*

Il serait en effet bien extraordinaire que les germes pestilentiels qui s'élèvent des corps malades pussent se répandre dans l'air et qu'ils ne pussent pas s'attacher à des corps aussi poreux que le sont, par exemple, le linge et les étoffes de coton et de laine!

Mais, en pareille matière, on ne peut se contenter de simples présomptions. Il faut des faits directs et positifs.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation en 1831, donne, comme un exemple de transmission de la peste par les habits, le fait suivant. En 1837, deux religieux du couvent de Saint-Jean-d'Acre périrent de la peste. Deux ans après, le nouveau président fit ouvrir une caisse oubliée dans un coin; elle contenait des vêtements de moines; le religieux qui l'ouvrit eut la peste et la transmit aux autres au nombre de huit : ils succombèrent.

Je ne sais si, avant sa conversion, M. Clot eût accepté ce fait; mais aujourd'hui il lui paraît suspect, et cela suffit pour que la commission n'en tienne compte.

Récusera-t-elle aussi le témoignage de M. Gaëtani, le collaborateur et l'émule de M. Clot?

Dans cette trop fameuse peste de 1835, il a été fait une expérience solennelle que chacun raconte un peu à sa manière. Des cinq criminels dont nous avons parlé, trois, avons-nous dit, furent inoculés et deux périrent de la peste; les deux autres revêtirent la chemise et les caleçons de quelques pestiférés en sueur; ils firent plus, ils se couchèrent dans le lit qu'ils venaient de quitter. Ils eurent la peste tous les deux; un en mourut.

Ici, on ne peut nier les faits; celui qui les raconte a été témoin oculaire, et il est là pour se défendre; mais on en décline les conséquences. Qui sait, dit-on, si les sujets de ces expériences reçurent la peste des linges qu'ils s'appliquèrent sur le corps ou du milieu dans lequel ils vivaient.

Vous le voyez, c'est toujours le même système; de deux choses l'une : ou les faits sont faux, ou c'est l'interprétation qu'on en donne.

Nous avons dit comment la peste fit son entrée d'Alexandrie au Caire par la famille Giglio.

Au service de cette famille était une esclave noire à qui son maître avait fait présent de quelques mouchoirs : elle les partagea avec une de ses voisines, esclave et noire comme elle. Fatal présent! s'écrie M. Gaëtani. En effet, les deux esclaves succombèrent; mais avant de mourir la seconde communiqua la maladie à son maître, lequel périt aussi, et la maison fut mise en quarantaine. Les survivants, craignant que les meubles et les autres effets ne fussent brûlés par ordre de l'autorité, imaginent pour les sauver des flammes de les faire passer par dessus une terrasse dans la maison contiguë où ils portèrent la contagion.

Je n'insiste pas, messieurs, sur ce mode de transmission; il est sujet aux mêmes objections que tous les autres.

Tout fait recueilli, toute expérience entreprise sur le théâtre de la maladie paraît suspect à la commission; car l'air est toujours là. Et soit que vous touchiez un pestiféré, soit que vous touchiez les choses à son usage, si vous avez la peste, on vous dira toujours que c'est l'air qui vous l'a donnée. Car, dans l'opinion de la commission, l'air est le grand réservoir et le seul véhicule des germes pestilentiels. S'il n'y avait pas d'air, passez-moi la supposition, la peste ne serait pas transmissible; avec l'air, c'est la plus subtile et la plus dangereuse des contagions. Les preuves abondent dans le rapport. Un seul malade suffit pour infecter toute une maison, au point que les personnes qui l'habitent et celles qui y mettent les pieds prennent presque infailliblement la peste; alors même que le malade n'y est plus, la maladie y est encore. Dans son premier langage, la commission appelait cela de l'infection : singulière infection qu'elle fait voyager sur les ailes du vent d'Alexandrie à Marseille!

Jusqu'ici nous sommes resté dans le foyer d'infection, il est temps d'en sortir; nous n'avons pas, pour nous y plaire, les mêmes raisons que la commission. Sur ce terrain, elle a pris, ai-je dit, une position inexpugnable, une position du haut de laquelle elle croit pouvoir repousser toutes les objections sans même daigner les examiner.

La peste se transmet-elle hors du foyer d'infection? La commission n'en doute pas. Comment se transmet-elle? comme au sein du foyer, au moyen de l'air.

Si elle peut se transmettre par le toucher, c'est l'objet d'un chapitre de sept lignes.

Celui qui traite de la transmission par les hardes et vêtements n'a que deux pages : c'est pourtant un des plus importants.

La commission conclut qu'il n'est pas au pouvoir des vêtements de se charger des miasmes pestilentiels et de les communiquer. La conclusion est un peu hardie : je ne le serai pas moins peut être dans un autre sens. Pour moi, j'avoue que quand même les faits directs me manqueraient, ce que je sais de la contagion en général me porterait à croire à la transmission de la peste par le contact médiat : et je comprends sous ce titre non-seulement les hardes, mais encore les marchandises.

Un professeur de l'école d'Alfort, M. Delafond, a fait voir que les animaux pouvaient porter les miasmes du typhus dans leur fourrure et transmettre la contagion sans la prendre. Il est à ma connaissance que des blanchisseuses ont gagné la petite vérole en blanchissant le linge qui avait servi à des varioleux, et cela dans des lieux où cette maladie était inconnue, par exemple, au Canada.

J'ai lu quelque part, dans Paulet, si je ne me trompe, qu'après l'inoculation du duc de Chartres, dans le siècle dernier, un linge qui avait servi au pansement des plaies fut enfermé dans un tiroir où il resta pendant quatre ou cinq mois. Au bout de ce temps, la fille de son valet de chambre, enfant de 7 à 8 ans, ouvre ce tiroir, manie ce linge et reçoit la petite vérole. Il n'y en avait pas d'autre exemple dans la ville.

Un fait encore plus extraordinaire est celui que raconte le célèbre Hildenbrandt. Il en est le sujet et l'histoire. Tandis qu'il donnait des soins à une scarlatine, il portait un habit noir qu'il enferma ensuite dans une malle; il y resta pendant dix-huit mois. Sur ces entrefaites, Hildenbrandt est envoyé en Podolie; à son arrivée, il reprend l'habit délaissé qui lui donne la scarlatine. Hildenbrandt ajoute qu'il la répandit dans toute une ville où elle était presque inconnue.

On dira sans doute que la peste n'est ni la petite vérole ni la scarlatine : je le savais; mais je sais aussi qu'en matière de contagion, il est permis de s'aider de l'analogie.

L'analogie prépare à l'observation directe; ainsi je ne m'étonne plus d'entendre dire à M. de Ségur qu'un portefaix de Constantinople gagna la peste pour avoir porté les bagages des passagers du quai au lazaret. Inutile d'ajouter qu'il ne mit pas les pieds dans le navire.

Le même rapporte plusieurs autres exemples de ce même mode de transmission. Je conviens d'ailleurs, avec la commission, que la peste suivit de si près le débarquement, qu'à la rigueur il se pourrait que les malades en eussent pris le germe sur les lieux infectés. D'autre part, il serait bien étrange que la peste eût éclaté précisément au moment où on venait d'ouvrir les caisses et de toucher aux effets qu'elles contenaient; mais on ne saurait reprocher à la commission d'être trop sévère.

Seulement, il ne faudrait pas que, sous couleur de sévérité, elle rejetât tout ce qui n'est pas à sa convenance. Un Grec arrive à Zante avec un ballot de bérets; il a besoin d'argent, il en emprunte et donne en nantissement une caisse de sa marchandise. Six mois après, le débiteur ne reparaissant pas, on ouvre la caisse. Toute la famille du prêteur et le prêteur lui-même sont frappés de la peste; les prêtres du pays sont appelés : ils prennent la maladie. Enfin l'autorité prévenue fait transporter les malades au lazaret, et la peste s'arrête.

Ce fait, je le prends dans le rapport de la Société académique de Marseille : il ne me répugne pas de puiser à cette source. Pourquoi irais-je chercher loin de moi ce que j'ai sous la main? Mes preuves auraient-elles plus d'autorité parce qu'elles viendraient de loin? On dit que le souvenir de la peste de 1720 est encore vivant dans les murs de Marseille; je n'ai pas de peine à le croire. Il en est de même partout où la peste a pénétré; oui, partout où elle a porté ses ravages, en Orient comme en Europe, on la considère comme le plus redoutable des fléaux, on n'a de courage contre elle qu'en Occident et là où elle n'est connue que de nom.

Comment Marseille ne serait-elle pas sur le qui vive? Depuis 1720, elle l'a reçue quatorze fois dans ses lazarets, et malgré toutes les précautions qu'on y prend, elle a sévi plusieurs fois parmi les employés. La commission ne le nie pas, elle ne discute que sur les moyens de transmission. Le dernier exemple d'importation est de 1819. Le capitaine Anderson, venant d'Alexandrie, perd trois

hommes pendant la traversée ; à son arrivée à Marseille, un malade restait à son bord ; on le transporte au lazaret, on reconnaît la peste : le garde de santé la gagne et meurt.

Quand il n'y aurait d'autres preuves de la contagion de la peste hors de sa patrie que la qualité des malades, on n'en pourrait pas douter. Ce sont toujours des employés des lazarets, des infirmiers, des chirurgiens quarantenaires.

Mais comment se fait cette transmission ? La commission répond toujours : Par l'air, rien que par l'air. Ainsi, elle réduit le plus qu'elle peut les modes de contagion, et celui qu'elle adopte, car il lui en faut un, elle le renferme dans les bornes les plus étroites.

Par exemple, elle dit que la peste n'est réellement contagieuse que quand elle règne épidémiquement ; elle ne l'est pas quand elle se tient à l'état sporadique. Voilà, certes, une singulière distinction.

Eh quoi ? un attribut aussi essentiel que la transmissibilité dépendrait du nombre des malades et non de la nature de la maladie !

Mais avant d'aller plus loin j'ai quelques questions à faire à la commission. Je lui demande en premier lieu où finit la sporadicité, où commence l'épidémicité. Combien lui faut-il de malades pour faire une épidémie.

Elle dit quelque part dans son rapport que, dans l'espace de trois ans, Alexandrie ou le Caire n'eut que 747 malades, ce qui fait 215 par an, et ce nombre ne lui paraît pas suffisant pour une épidémie.

Je la prie encore de me dire si toute maladie ne commence pas par être sporadique avant d'être épidémique, et si les premiers malades ne sont pas en général les plus maltraités.

Enfin, toutes ces distinctions fussent-elles aussi faciles qu'elles sont difficiles à établir, je dirai qu'il est au moins étrange de prêter à une maladie aussi parfaitement identique que la peste des propriétés toutes différentes suivant qu'elle attaque plus ou moins de monde.

Est-ce que la petite vérole n'est pas toujours contagieuse?

Ah ! si l'on disait que la contagion est plus active, plus puissante quand il y a beaucoup de malades que quand il y en a peu, je comprendrais ce langage ; car plus une maladie est abondante et plus sans doute les circonstances lui sont favorables; et si c'est une maladie contagieuse de sa nature, il y a nécessairement plus de germes répandus.

Si l'opinion de la commission était sans conséquence, elle ne nous arrêterait pas ; mais elle touche à la pratique, elle y touche de très-près. C'est sur ce faible fondement que la science s'appuie pour conseiller à l'administration d'admettre à libre pratique tout navire venant d'un port où la peste n'est que sporadique. Il eût été bien plus sage à elle de mettre en observation tout ce qui vient d'un pays où la peste est originaire, comme l'Égypte, soit qu'au jour du départ il y eût de ces cas de peste connus, soit qu'il n'y en eût pas ; car il pouvait y en avoir sans qu'on le sût.

Secondement, la commission, toujours flottant entre les dangers de la contagion et les intérêts du commerce, essaye de tourner la difficulté et de se tirer d'embarras en limitant la durée de l'incubation. Comme toutes les maladies contagieuses, comme toutes les semences végétales, la peste couve un certain temps avant d'éclore. C'est certainement une question délicate autant qu'importante que celle de savoir ce qu'il faut de temps au ferment pestilentiel pour se montrer au dehors.

Pour mesurer la durée d'un événement quelconque, il faut en connaître le commencement. Comment s'assurer du moment précis où se fait l'infection pestilentielle ? Tout est mystérieux dans cette opération ; le malade lui-même n'en est pas averti. A défaut de signes plus sensibles, il faut noter le jour, l'heure où les sujets s'exposent à la contagion et les suivre attentivement. S'ils ne se sentent pas pris de la peste, l'observation est perdue, c'est à recommencer ; s'ils en sont pris, on date l'empoisonnement du moment du danger.

Encore vous remarquerez qu'ils sont perdus pour la science ceux qui vivent dans l'atmosphère pestilentielle ; car comment dire, dans ce cas, le moment où la contagion les a gagnés ? Il faut s'attacher exclusivement à ceux qui traversent, pour ainsi dire, la contagion sans s'y arrêter.

La commission donne à la peste huit jours au plus d'incubation ; en sorte que, d'après elle, tout sujet qui serait entré dans un foyer pestilentiel, s'il n'a pas la peste huit jours après en être sorti, n'a plus rien à craindre.

J'avoue, messieurs, qu'il me répugne de prescrire ainsi des bornes à la nature. Et cependant j'y serais peut-être plus autorisé que bien d'autres. Car moi aussi j'ai voulu savoir combien dure l'incubation de la petite vérole, et, chose singulière, je suis arrivé presqu'au même résultat. De 13 faits étudiés dans ce dessein, il y en a :

8	où la variole	s'est	montrée	le neuvième jour;
3	—	—	—	le huitième jour ;
1	—	—	—	le septième jour ;
1	—	—	—	le dixième jour.

D'où l'on voit que c'est du huitième au neuvième jour après l'absorption que paraissait la petite vérole.

Mais nous ne voudrions pas affirmer cependant que le virus varioleux ne couve jamais au delà de ce terme, et moins encore le virus pestilentiel. On cite des faits, en petit nombre il est vrai, où ce temps a été dépassé.

S'il est une maladie bien réglée dans sa marche, c'est la vaccine. Trois jours après l'insertion du vaccin, on est à peu près sûr de voir les premiers signes de l'éruption ; et cependant je les ai attendus quelquefois jusqu'à quinze jours. Et remarquez qu'en en portant artificiellement le germe dans les chairs, je lui épargne bien du chemin et facilite singulièrement la suite de ses opérations. Les semences végétales elles-mêmes ne lèvent pas toutes à la même heure. Il en doit être de même des maladies qui naissent d'un germe, et à bien plus forte raison, car rien n'est variable comme les organisations. Quelque régulières qu'elles soient, il faut craindre de les renfermer dans des limites trop étroites. Chaque science a son génie ; celui de la physiologie est de connaître les variations de la nature vivante et d'y conformer ses lois.

Enfin la commission, dans son extrême désir de couper les ailes à la contagion, lui refuse la faculté de se répandre assez dans notre Europe pour créer une épidémie, à moins, ajoute-t-elle, qu'elle ne soit secondée par une *constitution pestilentielle*. Nul doute que la peste ne trouve plus de facilité de reproduction dans sa patrie originelle ; néanmoins il ne faudrait pas s'y fier. Rappelez-vous, messieurs, la petite vérole : elle n'est pas d'origine européenne, c'est une étrangère parmi nous ; mais il faut convenir qu'elle a bien gagné ses lettres de naturalisation.

Encore si on pouvait nous dire nettement en quoi consiste cette *constitution pestilentielle*, sans laquelle la peste ne peut vivre et se perpétuer parmi nous. Quels sont ses signes, ses caractères ? Est-il un médecin assez clairvoyant pour l'annoncer seulement huit jours à l'avance ? Non ; on dit qu'il y a constitution pestilentielle lorsque la peste règne épidémiquement, en sorte que l'épidémie s'explique par la constitution et la constitution par l'épidémie.

Dans cette théorie, la contagion c'est l'étincelle qui enflamme la poudre ; mais si, en 1720, Marseille n'eût pas reçu cette étincelle du capitaine Chataud, la peste serait-elle née dans ses murs sous la seule influence des causes locales ? La commission n'est pas éloignée de le croire.

Il n'est pas de système plus désolant. Dans l'hypothèse de la contagion, si on ne peut prévenir la peste, on a du moins l'espoir de s'en rendre maître ; mais si elle peut se produire d'elle-même, sans ferment, comment y échapper ? Ainsi la commission place Marseille entre deux feux ou plutôt entre deux pestes : l'une lui vient d'Orient ; l'autre, plus menaçante, couve dans ses murs. Je ne doute pas que Marseille ne soit sensible à tant de sollicitude ; mais elle ne craint que la peste d'Orient.

Après ces remarques sur l'ensemble du rapport, me sera-t-il permis de dire en quelques paroles l'impression que m'a faite sa lecture ! Je l'ai lu d'abord avec plaisir. En le relisant avec plus de plaisir encore, il m'a semblé que quand M. le rapporteur a pris la plume, il n'avait pas une pleine connaissance de son sujet ; il l'a acquise en écrivant. S'il l'avait eue avant d'écrire, il se serait fait un ordre, un plan ; il n'aurait pas mis sur la même ligne ses vues les plus essentielles et ce qui n'est qu'accessoire. Faute de plan, on a prodigué les divisions : les divisions sont, en effet, les apparences de l'ordre, mais elles ne sont pas l'ordre lui-même. Un ouvrage trop divisé paraît plus clair aux yeux, mais le dessein de l'auteur se perd dans le nombre même des chapitres.

Si l'œuvre que je cherche à caractériser est un peu confuse, si elle manque de cette unité qui fait le principal mérite de toutes les compositions bien construites, elle est du moins riche de détails et consciencieusement exécutée. Il est vrai que la commission avait la meilleure position pour être juste : elle n'avait pas à lutter contre les préjugés d'une première éducation. En acceptant l'honorable mission de l'Académie, elle n'avait sur l'objet de ses futures études que les opinions de son temps. Or nous vivons à une époque où les idées de contagion ont peu de faveur. Qui ne donne l'impulsion à son siècle la reçoit. La commission elle-même, malgré tout son talent, n'a pu échapper à cette influence. Dès les premières pages, on croirait qu'elle ne veut ni de la contagion ni des quarantaines. Et, en effet, tout d'abord on s'y est mépris ; les partisans de la non-contagion, heureux d'un si puissant appui, se sont emparés précipitamment du travail de la commission, et l'ont donné comme la meilleure preuve de l'excellence de leur doctrine.

A quelques égards ils y étaient autorisés, sinon par la lettre, du moins par l'esprit du rapport. Les faits contre la contagion y tiennent la plus grande place ; ils sont accueillis avec empressement et de toutes mains. Au contraire, les faits pour la contagion ne paraissent jamais assez clairs, assez authentiques ; on en repousse le plus grand nombre. Quelques-uns cependant échappent à la proscription générale ; mais on sent qu'en les acceptant, la commission fait violence à ses instincts. Toutefois la raison l'emporte sur tous les préjugés. Il est digne de remarque qu'à mesure qu'elle avance, elle se rapproche des *contagionistes* dont elle semblait si éloignée en commençant.

Cette incertitude dans la marche donne au rapport des apparences de contradiction entre les premières et les dernières parties, entre le texte et les conclusions.

Il n'y a pas trop lieu de le regretter, ce me semble ; l'effet général n'en sera ni moins sûr ni moins utile. Il est certain que la peur et l'ignorance avaient singulièrement exagéré le danger. En fait de contagion pestilentielle, on cite des exemples si merveilleux qu'on croirait entendre des contes de fées. La commission a dissipé tous ces fantômes. Cette classification de matières *susceptibles* et non *susceptibles*, si précieusement conservée dans les lazarets, il lui a suffi de la mettre en lumière pour en faire voir tout le ridicule. Il ne faut pas qu'en éclairant les gouvernements, la science jette l'alarme dans les populations. Le cœur humain n'est que trop prompt à s'effrayer ; la peur a fait peut-être plus de victimes que la contagion. A mon sens, Chicoineau avait tort de refuser à la peste la faculté de se communiquer ; mais on dit qu'à sa voix l'espérance et la santé se ranimèrent. Après tout, les médecins sont faits pour protéger, pour conserver les hommes ; ils ne sont pas faits pour publier leurs maux et encore moins pour les exagérer.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

MÉTHODE POUR DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE BROMURE CONTENUE DANS LE MÉLANGE D'IODURE DE POTASSIUM FALSIFIÉ.

On sait qu'en raison de l'élévation du prix actuel de l'iode, on a cherché,

dans ces derniers temps, à lui substituer le brome dans les combinaisons pharmaceutiques dont le premier de ces agents fait la base. Cette falsification n'aurait au fond que des conséquences peu graves, s'il faut s'en rapporter aux résultats cliniques que l'on aurait obtenus à l'aide du bromure de potassium; mais il n'en est pas moins nécessaire, tant dans l'intérêt de la sincérité du commerce pharmaceutique que de la juste appréciation des résultats cliniques, de prévenir autant que possible cette falsification, et d'être en mesure de la reconnaître. A cet effet, M. Personne, préparateur à l'école de pharmacie de Paris, a imaginé le procédé suivant, à l'aide duquel on peut non-seulement reconnaître le mélange de ces deux produits, mais encore doser ce mélange.

Quand on traite une solution d'iodure de potassium par du sulfate de cuivre, on sait qu'il se précipite immédiatement un protoïodure de cuivre, et que par conséquent la moitié de l'iode de l'iodure reste en dissolution, malgré l'excès de sulfate de cuivre ajouté.

M. Duflos a démontré qu'on pouvait précipiter tout l'iode de cette dissolution à l'état de protoïodure de cuivre, si on vient à y ajouter un excès d'acide sulfureux qui, agissant de concert avec l'iode, réduit le bioxyde de cuivre à l'état de protoxyde en passant lui-même à l'état d'acide sulfurique.

Comme cette même réaction n'a pas lieu avec les chlorures, cette méthode a été appliquée à la recherche du chlorure de potassium dans l'iodure; il restait à savoir si elle pouvait être aussi employée à la détermination du bromure dans le même sel. M. Personne s'est assuré, par des expériences précises, qu'elle est on ne peut plus exacte pour ce dernier cas.

L'opération se fait de la manière suivante: on dissout à froid l'iodure soupçonné dans une suffisante quantité d'eau distillée; on y ajoute un excès de sulfate de cuivre en dissolution, puis on sature le mélange par l'acide sulfureux. Aussitôt que ce dernier est en excès, tout l'iode est précipité à l'état de protoïodure de cuivre, tandis que le bromure reste indécomposé; on sépare par le filtre l'iodure cuivreux, que l'on peut peser après l'avoir lavé et séché. Les eaux du lavage étant réunies au liquide filtré, on y ajoute une nouvelle quantité de sulfate de cuivre et d'acide sulfureux, et on porte le mélange à l'ébullition. Alors tout le bromure est décomposé à son tour, et le brome précipité à l'état de protobromure de cuivre, qui peut être dosé comme le premier.

Si l'on veut se contenter de déterminer la présence du brome dans le mélange, il suffit, après avoir séparé l'iodure cuivreux par le filtre, de mettre le liquide dans un tube, d'y verser un peu d'éther et d'eau chlorée, puis d'agiter; par le repos l'éther vient nager à la surface en entraînant tout le brome, qui le colore en jaune rougeâtre.

Cette méthode, par sa simplicité et son exactitude, est préférable à celle qui consiste à convertir le mélange en iodure et bromure d'argent, que l'on sépare ensuite par l'ammoniaque; car cette dernière donne presque toujours des résultats inexacts.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PURIFICATION DU CARBONATE DE POTASSE DU COMMERCE.

M. Artus propose le procédé suivant pour se procurer du carbonate potassique pur au moyen de la potasse commune.

On place dans une capsule de porcelaine profonde une quantité determinée de potasse du commerce, et, après l'avoir arrosée avec la moitié de son poids d'eau distillée, on dépose la capsule à la cave, où on la laisse pendant quatre jours environ, en ayant le soin d'agiter fréquemment le contenu.

Au bout de ce temps le soluté, éclairci par le repos, doit être décanté avec précaution, puis saturé au moyen du vinaigre distillé; on le filtre ensuite et on l'abandonne au repos pendant vingt-quatre heures; après quoi on sépare du dépôt qui s'est formé le liquide surnageant, et on le fait évaporer jusqu'à siccité. L'acétate potassique, ainsi obtenu à l'état sec, est placé dans un vase évaporatoire, et, après l'avoir humecté avec le quart de son poids d'eau distillée, on agite la masse, puis on l'abandonne au repos pendant quatre jours. De cette manière, l'acétate de potasse tombe en déliquium, tandis que les sels étrangers qui en altéreraient la pureté restent sans se dissoudre. Alors on décante le soluté avec précaution, et, après l'avoir fait évaporer jusqu'à siccité, on introduit le produit de cette évaporation dans un creuset de Hesse, et on le chauffe jusqu'au rouge pour en opérer la décomposition.

Cette opération fournit un carbonate potassique charbonneux qui, après son refroidissement, doit être délayé dans deux parties d'eau chimiquement pure. Au bout de vingt-quatre heures de contact on filtre le soluté obtenu, et on le chauffe jusqu'à dessiccation complète.

SIROP D'ÉCORCE D'ORME. — MODE DE PRÉPARATION ET USAGE THÉRAPEUTIQUE.

L'emploi de la seconde écorce d'orme a été préconisé par M. Devergie dans le traitement des maladies de la peau sécrétantes et principalement dans la forme chronique de l'*eczéma impetiginodes* et l'*impetigo*, lorsque ces affections envahissent une grande surface du corps et qu'elles y sont accompagnées d'empâtement de la peau, ainsi qu'on l'observe chez les sujets scrofuleux ou à tempérament lymphatique. Quelques essais tentés par M. Crosnier ont démontré que l'écorce d'orme contient beaucoup de tannin et une portion notable de principe mucilagineux amylacé; car sa décoction agit sur les sels de fer avec une énergie presque aussi grande que celle du ratanhia et de l'écorce de chêne. Il est en outre assez mucilagineux pour constituer, même à la dose de 30 grammes par litre, une tisane peu agréable à l'œil. Ces circonstances ont déterminé M. Devergie à employer l'écorce d'orme sous forme de sirop. Voici le procédé qui a été adopté par M. Crosnier pour se débarrasser de la matière mucilagineuse. On fait macérer l'écorce, pendant vingt-quatre heures, dans quatre litres d'alcool à 21° (55°) 1 kilogr. d'écorce d'orme coupée menue. On passe avec expression; on lave, à l'aide d'un litre et demi d'eau, l'écorce déjà traitée par l'alcool, et l'on met de côté cette eau de lavage. On distille le liquide alcoolique pour extraire le plus possible d'alcool; on filtre le résidu de la distillation, après l'avoir mélangé avec l'eau de lavage mise à part; on additionne d'une quantité de sucre suffisante pour faire un sirop ainsi composé:

Sirop simple.	1,000 grammes
Écorce d'orme pyramidal	125 —

Dans beaucoup de cas, M. Devergie s'est contenté de prescrire la décoction de la plante, à laquelle il a fait ajouter du sucre, et qu'il a fait évaporer en consistance sirupeuse. Mais ainsi préparé, le sirop est brun, épais et plus susceptible de fermenter. M. Soubeiran pense qu'il y aurait avantage à préparer à l'avance l'extrait hydro-alcoolique d'écorce d'orme, à le dissoudre, à filtrer la dissolution, à l'ajouter au sirop de sucre, et à faire jeter quelques bouillons pour ramener le sirop à sa consistance première.

L'écorce d'orme a donné par l'alcool à 21° 22,5 pour 100 d'extrait; la formule devient alors celle-ci:

Extrait hydro-alcoolique d'écorce d'orme pyramidal	3 grammes
Sirop de sucre	100 —

F. S. A.

10 grammes de sirop contiennent 30 centigr. d'extrait et correspondent à 1 gramme 40 centigr. d'écorce.

On commence l'emploi du sirop par deux cuillerées à bouche, une le matin, une le soir. On augmente tous les deux jours d'une cuillerée de manière à arriver à six cuillerées par jour.

On prend le sirop pur. (JOURN. DE PHARM. ET DE CHIMIE, mai 1846.)

ASSOCIATION DU BICHLORURE DE MERCURE A LA POMMADE STIBIÉE.

L'association du bichlorure de mercure à la pommade d'Autenrieth avait déjà été proposée par Stanay, qui l'a formulée de la manière suivante:

Prenez:	Axonge purifié.	48 grammes
	Tartre stibié en poudre très-fine . .	8 —
	Bichlorure de mercure	0,30 centigr.

M. et F. S. A. une pommade homogène.

Cette association vient d'être remise en usage par M. Bertini (de Turin), qui dit en avoir obtenu de très-bons effets; il affirme qu'après la deuxième, ou au plus après la troisième friction, il a constamment vu se développer des boutons nombreux, boutons qui ont aussi l'avantage de passer plus rapidement à la suppuration que ceux qui résultent de l'action de la pommade émétisée simple. Il assure, en outre, n'avoir jamais observé que l'addition du sel mercuriel ait donné lieu au ptyalisme, pas plus qu'à la formation d'escarres sur les téguments soumis aux frictions.

GUÉRISON DE L'HYDROCÈLE SANS OPÉRATION.

Depuis trente ans, M. Horvey emploie pour le traitement de l'hydrocèle un procédé qui lui permet d'en obtenir la cure radicale sans injection. Voici comment il agit:

Il commence par évacuer le liquide en faisant la ponction avec un trocart; puis immédiatement après il applique sur tout le scrotum un large cataplasme au vinaigre, afin d'y exciter l'inflammation. Effectivement celle-ci survient au bout de quelques heures. Lorsqu'elle est parvenue à un degré suffisant, il substitue au premier cataplasme un second, fait avec de la mie de pain et du lait. En peu de temps la douleur et l'inflammation se dissipent, et la cure est complète. Il convient alors d'administrer un purgatif un peu énergique.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'OREILLE; par M.-E. HUBERT-VALLEROUX. — Un vol. in-8°. Paris, Fortin, Masson et C°. 1846.

Des diverses branches de la médecine auxquelles on est convenu de donner le nom de *spécialités*, celle qui a pour objet les maladies de l'oreille est, de l'aveu même des médecins qui y ont consacré leurs études, une des moins avancées. A quoi tient cette infériorité relative à l'égard de maladies pourtant si communes et qui entraînent si souvent une des plus graves infirmités? On en a alternativement accusé le défaut de connaissances précises en anatomie et en physiologie, la difficulté d'explorer des organes profondément situés et soustraits par des enveloppes impénétrables aux moyens immédiats d'investigation, enfin l'absence presque complète de notions de quelque importance sur l'anatomie pathologique de l'oreille. Quelques-unes de ces raisons peuvent être fondées; néanmoins de remarquables travaux ont été faits dans ces derniers temps sur l'anatomie de l'oreille; il suffit de citer les noms de M. de Blainville, de Breschet, de Dugès, de Müller, etc. La physiologie, quoique moins avancée en réalité, a reçu de ces mêmes travaux une impulsion favorable; quelques médecins allemands, Kramer, Riedel, Véring, ont plus spécialement dirigé leurs recherches vers l'anatomie pathologique; cette dernière partie de l'otologie doit aussi des recherches utiles aux communications plus récentes de M. Bonafont; enfin les travaux de MM. Deleau et Ménière, plus particulièrement dirigés vers la pratique, n'ont pas peu contribué à éclairer quelques points de l'étiologie, du diagnostic, de la pathologie et de la thérapeutique. Et cependant, malgré ces travaux qui sembleraient devoir fournir une base solide à l'otologie, la plupart des lacunes signalées au commencement de ce siècle par Itard et Saissy restent encore à combler. Il y a donc à l'imperfection de nos connaissances sur la pathologie auriculaire une autre cause que celle que nous signalions à l'instant; cette cause, nous croyons qu'elle consiste plutôt dans le morcellement des travaux, dans le défaut de lien et de solidarité entre les diverses recherches dont cette partie de la médecine a été l'objet, dans la préoccupation trop exclusive des circonstances de localisation, enfin et surtout dans l'absence d'une méthode ou d'une vue générale à l'aide de laquelle on ait relié et rattaché ces travaux épars aux principes généraux de la pathologie.

En effet, les maladies d'un organe ou d'une partie quelconque de l'économie, si circonscrites qu'on les suppose, n'échappent pas plus aux lois générales de la pathologie que ce même organe ou cette même partie du corps n'échappe aux influences synergiques qui rattachent ses fonctions à l'ensemble du système. Tout se tient en médecine pratique comme en physiologie; ce qui se passe sur un point limité de l'économie, à l'occasion d'une excitation physiologique comme ce qui arrive à la suite de l'impression d'une cause morbifique donnée, n'est, sauf les modifications qu'impriment au phénomène la texture et le mode fonctionnel spécial de l'organe affecté, que la reproduction locale du fait plus général qui se passe, dans les mêmes circonstances, sur des points plus étendus du système, ou sur le système entier. En d'autres termes, les faits spéciaux ne sont qu'une expression amoindrie et circonscrite des faits généraux de la pathologie, et les applications spéciales ne doivent être que les corollaires des principes qui dirigent le praticien dans la recherche des indications thérapeutiques. Restreindre l'étude d'une spécialité aux seules circonstances de siége, de tissu et de modifications anatomiques, c'est se priver à la fois des lumières que la connaissance de l'étiologie et de la modalité morbide peut apporter au diagnostic, et des ressources que l'art peut puiser dans cette connaissance. C'est pour avoir méconnu ces principes que la plupart des branches spéciales de la médecine, et en particulier celle dont nous nous occupons, sont restées, sous le point de vue pratique, au-dessous de ce qu'on aurait dû attendre des travaux, sérieux d'ailleurs, des patientes et laborieuses investigations dont elles ont été l'objet. Cette absence ou plutôt ce vice de méthode se fait surtout ressentir dans les classifications où l'élément anatomique joue presque toujours le principal rôle. C'était là, du reste, une des conséquences inévitables de l'influence que l'école anatomique a longtemps exercée et exerce encore sur les travaux de pathologie spéciale. Ceux-ci devaient d'autant moins s'y soustraire, qu'ils avaient plus particulièrement en vue des maladies essentiellement locales, du moins dans leurs symptômes; aussi devaient-ils naturellement refléter, en les exagérant encore, les vices de méthode qui ont été justement reprochés à cette école, vices dont le résultat le plus immédiat est de ne conclure, dans la majorité des cas, à aucune thérapeutique, ou de substituer au traitement de l'affection le traitement du symptôme.

Les conséquences de ce vice de méthode ont été parfaitement signalées par l'auteur du livre dont le titre est inscrit en tête de cet article. Frappé des inconvénients qui en résultent pour la pratique, M. Hubert-Valleroux a cherché, dans les prolégomènes de son ESSAI THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'OREILLE, à jeter les bases d'une nouvelle doctrine des cophoses, en substituant aux classifications de ses devanciers une classification mieux adaptée au véritable caractère des faits pathologiques, et plus en harmonie avec le but pratique de ses recherches. Ainsi qu'il le fait remarquer avec beaucoup de raison, ce n'est qu'exceptionnellement que la cophose dépend de la maladie d'un seul tissu ou d'une seule partie; le plus ordinairement elle tient à la lésion de plusieurs portions de l'oreille, ou même à celle de l'organe auditif tout entier. D'autres fois le point de départ des phénomènes morbides qui se passent dans l'organe de l'audition ont leur source dans des points de l'économie plus ou moins éloignés. C'est dans le larynx, dans les bronches ou même dans l'organisation tout entière, qu'il faut chercher quelquefois la cause de certains rétrécissements des trompes d'Eustache et de certaines cophoses; c'est dans les plexus nerveux des grands appareils viscéraux qu'est souvent l'origine des névroses de l'organe auditif. C'est à ces affections catarrhales partielles ou générales, si communes dans nos climats, qu'il faut rattacher le catarrhe de l'oreille moyenne, si fréquent et si grave dans ses conséquences. Telles sont les données essentiellement pratiques qui ont servi de base à la classification que propose M. Hubert-Valleroux; c'est sur la distinction des affections de l'oreille en celles qui ont plus particulièrement le caractère d'affections générales, et celles qui ne consistent qu'en une altération purement locale, distinction tirée de la nature de ces maladies et du traitement qui leur convient, que repose cette classification. L'auteur a, en conséquence, divisé son livre en deux parties : la première consacrée aux maladies de l'oreille dépendant d'affections générales, et qu'il désigne sous le nom de *lésions vitales*; la seconde comprenant les maladies qui, par leur nature, leurs symptômes et les causes qui les produisent, ont plus particulièrement le caractère d'affections locales, et sont plus spécialement curables par l'application d'agents thérapeutiques directs, tandis que les autres exigent ordinairement l'emploi de moyens thérapeutiques généraux. Ces dernières sont désignées sous le nom de *lésions anatomiques*.

Les sous-divisions sont fondées sur les mêmes considérations tirées de la nature et de la thérapeutique des maladies qui y sont décrites. La première partie contient cinq classes : dans la première, l'auteur décrit, sous le nom générique de *dermatoses* les diverses affections qui ont leur siége sur le tissu cutané de l'oreille; la seconde classe est consacrée au *catarrhe* de l'oreille moyenne; la troisième comprend les affections caractérisées principalement par la douleur, l'exaltation ou la diminution d'activité du sens auditif, sans altération appréciable des tissus de l'oreille; la quatrième, les phlogoses; la cinquième, les désorganisations. La deuxième partie contient également cinq classes comprenant les solutions de continuité, les corps étrangers introduits dans l'oreille, les rétrécissements et l'occlusion organique, l'élargissement morbide des conduits, l'absence des parties.

Cette classification, qui, pour quelques détails secondaires et de peu d'importance d'ailleurs, n'est peut-être pas entièrement irréprochable, présente cet avantage qui en fait à nos yeux tout le prix, d'être fondée sur des considérations thérapeutiques et de rattacher les maladies spéciales de l'organe auditif aux maladies générales, au lieu de les en séparer comme l'ont fait jusqu'à présent la plupart des autres classificateurs.

Nous avons insisté sur ces considérations générales, parce que la question de méthode et de classification domine, à notre avis, toutes les questions spéciales. Comme l'a dit avec un sens profond un penseur de notre époque : « Le but engendre la méthode. » Or le but ici est de faire converger le plus possible toutes les connaissances acquises vers le traitement; la méthode qui embrasse les faits pathologiques dans leur plus large expression et qui en fait saisir les rapports, les liens de solidarité et l'origine commune, est aussi celle qui assure le mieux le but de la thérapeutique.

L'importance de ces considérations et l'étendue que nous avons dû leur donner nous obligent à être bref sur ce qu'il nous resterait à dire des détails. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion de rendre compte, avec toute l'étendue que comportait l'intérêt qui s'attachait au sujet, d'un mémoire du même auteur qui constitue l'une des parties les plus importantes de son livre : nous voulons parler du catarrhe de l'oreille moyenne. Si l'on ajoute aux considérations pratiques pleines d'intérêt que renferme ce chapitre, l'exposé des méthodes d'injections aériformes auxquelles l'auteur a apporté quelques perfectionnements, la discussion du procédé de la perforation de la membrane tympanique, on aura une idée sommaire de l'ensemble de ce livre qui assure à son auteur une place honorable parmi les otologistes.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — INCUBATION.

La question de la contagion nous paraît vidée. Nous avons, dans notre dernier numéro, rassemblé les éléments principaux sur lesquels repose sa solution : nous n'y reviendrons pas. Cela serait d'ailleurs d'autant plus inutile que l'opinion contagioniste ne rencontre ou du moins n'a rencontré jusqu'ici aucun adversaire au sein de l'Académie. Les plus grandes contradictions n'ont été que jusqu'au doute, et l'on se rappelle le sens plus que réservé des conclusions qui terminaient le discours le plus anticontagioniste de toute cette discussion, le discours de M. Dubois (d'Amiens). La dernière séance a porté le dernier coup à cette opinion flottante, ou, pour mieux dire, à ce défaut d'opinion. M. le rapporteur dans une lecture substantielle, et M. Ferrus dans une spirituelle improvisation, ont maintenu la pertinence et la signification claire, précise, indéniable, des faits invoqués dans le rapport, en même temps qu'ils ont cherché à justifier le rapport de la minutie de ses distinctions, de la timidité de ses preuves et du luxe indigent de ses conclusions. Sur tous ces points, nous nous sommes exprimé assez clairement. Au lieu d'insister, nous porterons aujourd'hui notre attention spéciale sur un autre élément de la question des quarantaines, celui qui, après la contagion, doit le plus influer sur le système sanitaire : nous voulons parler de la période d'*incubation*.

Le phénomène de l'incubation, commun à toutes les maladies contagieuses, est un des plus curieux de la pathologie. Une maladie contagieuse s'engendre, nous l'avons dit, comme un produit de la génération sexuelle, *ex ovo*. Un miasme, une effluve, un germe, n'importe le nom, dégagé du corps d'un individu contaminé, est transmis, par voie d'absorption, à un individu sain dont il pénètre l'organisme. Jusque-là le mal n'est pas grand. Pour que ce germe donne naissance à un produit morbide semblable à celui d'où il sort, il faut qu'il rencontre dans l'organisme où il est déposé certaines conditions, comme, dans la génération sexuelle, d'autres conditions sont nécessaires à la fécondation. Ni les unes ni les autres ne nous sont connues dans leur essence; mais leur existence est impliquée dans la variabilité même des résultats. La variole en offre un exemple remarquable. Le virus d'une même pustule, inoculé le même jour à plusieurs individus, déterminera autant de varioles dissemblables quant à l'époque de leur explosion, quant à leur intensité, quant à leur durée, etc.; il pourra même se faire qu'il n'en détermine pas du tout. Donc il n'aura pas rencontré chez tous les inoculés des conditions identiques. L'inoculation de matières pestilentielles a donné des résultats analogues. Tous les condamnés à qui Dussap et Gaëtany-Bey ont inoculé du pus ou du sang de pestiférés n'ont pas pris la peste; tous ceux qui l'ont prise ne l'ont pas prise après le même laps de temps. Et, il importe de le remarquer, la cause cachée de ces différences ne réside pas seulement dans la différence des sexes, ni dans celle des âges, ni dans celle des tempéraments, pas plus que dans la différence des climats et des saisons; car, pratiquée sur des individus d'un même tempérament, d'un même âge, d'un même sexe, dans la même saison et le même climat, l'inoculation, on peut l'affirmer en toute certitude, produirait encore des effets dissemblables. Cette cause tient à quelque chose de plus élevé, de plus général, à cette force radicale inhérente à tout organisme, et dont les circonstances extérieures ne sont que des conditions auxiliaires ou neutralisantes. C'est elle qui rend l'individu plus ou moins apte à résister à toutes les influences morbides qui l'entourent, qui lui permet de traverser une épidémie meurtrière sans en être atteint, ou de respirer impunément l'air infect des marais.

Voici donc les deux termes de cet important problème de l'incubation : d'un côté, un agent délétère, un *ovum* pathologique; de l'autre, des conditions de développement ou de *fécondation*. Si ces conditions viennent à manquer, la fécondation ne se fera pas, la maladie contagieuse ne prendra pas naissance; si c'est le contraire qui a lieu, si le germe trouve dans l'économie de quoi se développer, l'espace de temps que le produit morbide mettra à naître, ou, en d'autres termes, la *période d'incubation* de la maladie contagieuse dépendra d'une certaine relation entre l'activité du germe et la condition organique en présence. Or, ni le germe n'étant accessible à nos moyens d'appréciation, ni la condition organique ne pouvant être déterminée dans sa nature et dans son degré de puissance, il en résulte déjà que la science ne peut sur ce point s'étayer d'aucune donnée théorique un peu précise. Le seul sentiment que puisse lui laisser la considération de ce vague et de ces ténèbres est la crainte de voir, sur cette question de la durée de l'incubation, les résultats en apparence les plus certains de l'observation démentis d'un instant à l'autre.

Voyons cependant ce que l'expérience a appris jusqu'ici de plus positif, et si l'on peut affirmer en toute sécurité de conscience, avec la commission, que la période d'incubation de la peste ne dépasse jamais huit jours.

Pour quelques personnes, cette question n'offre aucune difficulté : il ne s'agit que de colliger un certain nombre de faits, et de noter le temps écoulé entre le moment présumé de la contamination et celui de l'explosion de la maladie. La période la plus étendue devient la mesure absolue, invariable, de la plus longue durée possible de l'incubation. Certes, nous ne nions pas qu'une semblable recherche ne puisse et ne doive contribuer à circonscrire dans de certaines limites, dans des limites très-étroites, si l'on veut, le champ de l'incertitude; mais nous nions qu'elle puisse donner une certitude absolue. Qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas, dans cette application de la méthode numérique, d'établir une *moyenne* représentative de tous les faits; il s'agit de tirer un fait d'un autre qui ne le contient pas nécessairement, de soutenir qu'un fait sera toujours parce qu'il a été. La mobilité de l'organisme ne se prête pas à ces sortes de déductions, surtout en présence d'une question délicate, où une erreur de quelques jours pourrait entraîner d'effroyables conséquences. A nos yeux, c'est supprimer volontairement un côté, et un côté très-essentiel du problème, que de détacher la question particulière de l'incubation de la peste de la question générale de l'incubation des maladies contagieuses. Quand on voit certains virus bien différents, à la vérité, du miasme pestilentiel, mais partageant avec lui la faculté de reproduire une affection semblable à celle qui l'a engendré; quand on voit, disons-nous, certains virus, tels que celui de la rage, rester chez quelques individus pendant plus d'un an à l'état d'incubation, et chez d'autres, au contraire, manifester presque immédiatement leurs effets, on se sent en défiance contre la prétention de limiter aussi strictement la durée d'incubation d'un *contagium* quelconque. La défiance augmente encore quand on voit des auteurs qui ont étudié avec le plus grand soin, sous ce point de vue, les maladies contagieuses de nos climats, la variole, la rougeole, la scarlatine, leur assigner des périodes d'incubation de dix, douze, seize, dix-huit jours et plus. On a pu en cela se laisser aller à quelques exa-

---

Feuilleton.

PHYSIONOMIE DES JOURNAUX DE MÉDECINE EN ANGLETERRE.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et cher confrère,

Trouverez-vous dignes d'occuper une petite place dans votre journal, si bien rempli, les quelques remarques qui suivent?... Je n'ose le présumer, et ne voudrais du moins pas encourir le reproche de vous y avoir engagé par la moindre sollicitation. Jugez vous-même, et jugez librement du degré d'intérêt que pourra offrir à vos lecteurs une série décousue, mais sincère, d'observations prises un peu au hasard, mais toujours textuellement, dans les journaux de médecine anglais. Certes, je serai le premier à convenir qu'en général ces peintures de mœurs, ces relations d'usages étrangers, s'adressent à la curiosité plutôt qu'à un besoin réellement scientifique. Mais cependant peut-être est-il convenable de poser une exception lorsqu'il s'agit de la Grande-Bretagne; car si l'on entend sans cesse répéter que notre puissante voisine nous devance partout dans la voie du progrès, s'il est du moins constant que la mode chez nous s'attache de plus en plus aux importations britanniques, ne faut-il pas voir dans l'histoire de son présent celle de notre avenir? et n'est-il pas par conséquent d'une utilité flagrante d'apprendre dès ce moment à connaître ses coutumes d'aujourd'hui, afin de s'habituer de bonne heure à les juger avant que notre aveugle souveraine à tous, la force d'imitation, soit venue nous les imposer?

Douze à quinze journaux principaux de médecine sont en ce moment publiés dans les trois royaumes, la plupart hebdomadaires, un très-petit nombre mensuels, et quelques autres trimestriels. Cette dernière classe manque en France, et véritablement il n'y a guère à déplorer cette lacune. A part le GUY'S HOSPITAL REPORTS, recueil académique plutôt que répertoire ouvert à tout venant, l'EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL et le DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, où brillent souvent d'intéressantes communications originales, les autres journaux trimestriels ne sont que de volumineuses collections d'extraits empruntés à des ouvrages nationaux ou étrangers. Le BRITISH AND FOREIGN, le MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, présentent surtout ce mode de composition, et semblent éternellement voués au fastidieux régime d'une rédaction à coups de ciseaux. Si j'ajoute que ces extraits, où l'on reproduit parfois jusqu'à un quart ou un tiers de l'ouvrage, consistent non pas en analyses, mais en citations textuelles, que le plus souvent aucune appréciation ne les accompagne, à coup sûr vous reconnaîtrez sans peine avec moi que c'est là un genre de travail tel que l'esprit français ne saurait que difficilement s'assujettir à le faire ou à le lire.

Un grand nombre de publications hebdomadaires se disputent la préférence :

générations; mais ce n'est pas une raison pour tomber dans une autre. On ne saurait nier, par exemple, que de petits malades, sortis de l'hôpital des Enfants où régnait la variole, et arrivant dans un endroit sain, n'aient été pris de la maladie dix ou douze jours après leur départ; et cependant plus d'un médecin a soutenu que la période d'incubation de la petite vérole variait de six à huit jours. Sincèrement, tout cela n'est pas de nature à rassurer sur les contradictions du même genre élevées au sujet de la peste. Mais nous allons plus loin, et nous croyons que la science possède, à l'heure qu'il est, plus d'un fait avéré ou non contredit d'incubation de plus de huit jours. Sans parler de Diemerbroek, de Mangin et d'autres qui affirment avoir vu la peste ne se déclarer qu'après deux ou trois semaines et même un mois d'incubation, sans vouloir tirer aucun parti de faits trop anciens dont il est toujours facile de contester la valeur, des observateurs modernes n'ont-ils pas rapporté des cas d'incubation de dix et de douze jours? M. Bulard, par exemple, atteste qu'en 1837, dans la peste de Smyrne, le temps écoulé entre une première attaque et une seconde, parmi les individus d'une même famille ou d'une même maison tenue en séquestre, a été, sur 200 malades:

Chez	2	de	1 jour	Chez	38	de	5 jours
	10	de	2		42	de	6
	35	de	3		8	de	8
	54	de	4		4	de	12

M. Gosse, dans sa Relation de la peste de Grèce en 1827 et 1828, rapporte que 14 individus, après avoir cohabité avec des pestiférés et s'être ensuite isolés, furent pris à leur tour de la peste:

4 après	24 heures de séparation.		2 après	7 jours de séparation	
1	2 jours	—	1	8	—
1	3	—	1	10	—
1	4	—	1	12	—
2	6	—			

Mais voici un fait plus précis. Un bâtiment turc chargé de Hadgis arrive à Malte avec la peste. Un batelier maltais communique avec les Hadgis et aide au débarquement de leurs effets *le 17 mai*. *Le 7 juin*, c'est-à-dire au bout de vingt jours, il est pris de la peste la mieux caractérisée à laquelle il succombe le troisième jour. (Gaz. Méd., 1841.)

Contre un fait de ce genre, et les auteurs, M. Hamont en particulier, en ont cité d'autres, un esprit ingénieux trouverait facilement matière à contestation; mais une question aussi grave que celle des quarantaines ne peut être livrée à la merci des incertitudes scientifiques.

Nous l'avons déjà dit, en vue de l'application, la science doit ici se méfier de son impartialité; elle doit se méfier de ses habitudes rigoureuses, de ses répugnances sévères pour tout ce qui n'est pas clairement et expérimentalement démontré. Le doute existât-il sur la possibilité d'une incubation de plus de huit jours, ce ne serait pas encore une raison pour n'en tenir aucun compte dans la pratique. Ecarter provisoirement un fait douteux en matière purement scientifique, c'est chose juste et bonne en soi, sauf à en appeler à un examen ultérieur; en matière de quarantaine, ce serait tenter la plus téméraire et l'on pourrait dire la plus coupable des expériences. Nous le demandons à toutes les personnes dégagées de préjugés (et il y a eu des préjugés dans l'opinion anticontagioniste), quel est celui qui, en présence des incertitudes de la science, se sentirait les convictions assez fortes et la conscience assez déterminée pour encourir une semblable responsabilité? La commission elle-même ne l'a pas osé; car elle propose d'étendre les quarantaines au delà du terme assigné par elle à la durée possible de l'incubation. C'est une contradiction peut-être, mais une contradiction heureuse dont nous nous garderons bien de la blâmer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Note sur un cas de névroplastie ou de transformation ganglionnaire du système nerveux périphérique; lue dans la séance du lundi 25 mai 1846; par M. Serres.

Dans la séance du 3 avril 1843, j'ai eu l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie sur une maladie générale du système nerveux qui n'avait pas encore été signalée.

Je l'ai désignée sous le nom de *névroplastie*. Son caractère anatomique et fondamental consistant dans une transformation ganglionnaire des radiations du système nerveux de la vie de relation et de celui de la vie organique, nulle maladie, à notre connaissance, n'affecte au même degré que celle-ci l'universalité d'un système organique, puisque, sur un seul des membres, nous avions compté jusqu'à deux cents de ces ganglions nerveux insolites.

Les deux cas que nous avons observés à l'École d'anatomie des hôpitaux, et qui font l'objet de ma première communication, étaient identiques; un troisième, entièrement semblable, s'est rencontré à Brest, et a été décrit avec le plus grand soin par MM. les docteurs Maher et Payen. Je l'ai communiqué à l'Académie, dans sa séance du 24 novembre 1845.

La similitude de l'altération du système nerveux périphérique dans ces trois cas, la forme des renflements ganglionnaires, leur siége, leur structure, leur comparaison avec le ganglion cervical supérieur normal, les expériences auxquelles ils furent soumis, leur étude intime à l'aide du microscope, leur développement qu'il nous fut possible de suivre depuis leur début jusqu'à leur volume le plus considérable, tout nous confirmait dans l'idée que le tissu nerveux en était le siége, qu'il se renflait accidentellement par l'effet de cette maladie comme il le fait normalement sur certains points, soit sur les radiations du grand sympathique, soit sur les cordons nerveux de la vie de relation avant leur implantation sur la moelle épinière.

L'intégrité parfaite du tissu de la moelle épinière et de l'encéphale, intégrité qui existait dans les trois cas, permettait néanmoins d'élever des doutes sur la déduction fournie par cette étude anatomique; car, dans l'état présent de la science, comment admettre une transformation si générale et si uniforme de tout le système nerveux périphérique, sans nulle trace d'altération dans l'axe cérébro-spinal? comment concilier l'analogie, présentement reçue, des amas de matière grise de l'encéphale avec les ganglions nerveux, et expliquer l'intégrité de ces amas au milieu d'une transformation ganglionnaire qui avait frappé simultanément les deux ordres de nerfs.

Ces doutes étaient fortifiés encore par l'ignorance où l'on était sur les phénomènes qui avaient précédé et accompagné cet état pendant la vie. La

on distingue parmi elles le London medical Gazette, ancien recueil justifiant toujours sa renommée par l'excellent ton et les collaborations illustres qu'il a su conserver; puis The Lancet, le plus volumineux, sans aucun doute, de tous les journaux de médecine existant ou ayant existé. Quelques années plus tôt, le Dublin medical Press aurait également mérité dans cette liste une mention très-favorable; mais, ainsi que pour le Provincial Journal, on regrette qu'il n'ait pu résister tout à fait avantageusement aux vides multipliés qu'une concurrence active a récemment creusés parmi ses écrivains et ses lecteurs. The medical Times tend également à se placer au nombre des feuilles les plus répandues. En Irlande et en Écosse, le Dublin hospital Gazette, le London and Edinburgh, etc., tiennent en outre au courant des faits accomplis spécialement dans ces localités. En général (et c'est là, du reste, un caractère commun aussi à la France), la presse médicale se montre plus passionnée, plus polémiste dans la capitale, plus positive, plus succincte, plus féconde en recettes et en récits sommaires de guérisons dans les provinces. La différence peut-être est plus légère en Angleterre, à cause de l'importance sociale et scientifique qui fait de Dublin et d'Édimbourg deux petites capitales; mais néanmoins, pour être moins accentuée que chez nous, elle n'en est pas plus difficile à reconnaître.

Bien qu'ils soient, comme les nôtres, remplis en totalité d'articles originaux, d'extraits, lettres, critiques, nouvelles, comptes rendus de sociétés savantes, etc., les journaux anglais hebdomadaires comportent tous, sans exception, une division fondamentale en deux parties, l'une consacrée aux faits qui intéressent la science, la seconde comprenant ceux qui touchent à la profession. Il y aurait là l'occasion d'un parallèle où notre amour-propre risquerait fort de ne pas trouver son compte. Tandis qu'en France les questions de réforme, de dignité médicale, ne passionnent qu'accidentellement, tandis qu'un journal qui s'en était *officiellement* créé le promoteur et le champion a été le premier à les abandonner dès qu'elles ont passé de mode, l'Angleterre, sous ce rapport, poursuit son but avec une persévérance que la Gazette Médicale de Paris imite depuis longtemps, mais qui est encore loin d'avoir été partagée par les autres organes de la presse française, du moins avec les patientes et tenaces allures qu'elle affecte à côté de nous depuis nombre d'années. Et ne croyez pas que ces communications extra-scientifiques soient obscurément rejetées dans un coin éclipsé de la feuille. Non; à l'étendue et à la place qu'elles occupent, on juge assez de l'intérêt qu'elles excitent. Là le journal recommence pour ainsi dire, et son titre est répété en tête de cette seconde partie, laquelle s'imprime en caractères différents afin de mieux fixer l'attention du lecteur. Pour surcroît de précautions, une épigraphe très-significative annonce ordinairement le sujet. Ainsi, dans le Medical Times, on lit : « Ebeu quàm temerè in nos-met legem sancimus iniquam. » Dans le London medical Gazette, ce passage, un peu arrangé pour la circonstance, de Cicéron : « Licet omnibus, licet etiam mihi dignitatem *artis medicæ* tueri; potestas modo veniendi in publicum sit, dicendi periculum non récuso. » Ailleurs :

« . . . Licuit semperque licebit
Parcere personis, dicere de vitiis. »
(Horace.)

Ou bien : « Delenda est Carthago. »

maladie n'ayant été reconnue, dans les trois cas, qu'après la mort, les renseignements qui nous avaient été donnés sur les deux premiers étaient très-incomplets, et ceux recueillis par MM. Maher et Payen pour le troisième, quoique plus satisfaisants, ne pouvaient être admis, selon leur remarque, qu'à titre de circonstances concomitantes.

Ces renseignements, toutefois, s'accordaient sur deux points principaux. Ils s'accordaient pour établir, en premier lieu, que ces malades étaient morts des suites de la fièvre entéro-mésentérique ou typhoïde, et, en second lieu, ils semblaient établir que nul phénomène pouvant faire soupçonner la lésion du système nerveux ne s'était manifesté pendant la vie. MM. Maher et Payen terminaient même par ces mots leur intéressante observation : « Pendant le cours de cette longue maladie, il ne fut constaté aucun symptôme, expression de la souffrance du système nerveux. » La contradiction entre les lésions anatomiques et l'absence de phénomènes traduisant ces lésions ne pouvait être plus manifeste ; elle justifiait jusqu'à un certain point les doutes émis par quelques physiologistes sur la nature de ces ganglions insolites.

Néanmoins les progrès récents de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux ne permettaient guère d'accepter cette conclusion ; ceux de la médecine protestaient également. D'une part, dès l'apparition endémique de la fièvre entéro-mésentérique ou typhoïde, les souffrances du système nerveux périphérique nous avaient tellement frappés, M. Petit et moi, qu'en publiant l'ouvrage qui a donné l'éveil sur cette maladie (1), nous fûmes au moment d'adopter le mot de *fièvre lente nerveuse*, par lequel plusieurs médecins de l'Hôtel-Dieu proposaient de la désigner.

D'autre part, la lésion du ganglion du nerf tri-jumeau, que je signalais chez l'homme au moment même où M. Magendie faisait ses belles expériences sur ce nerf (2), est suivie d'accidents trop graves et trop constants pour qu'il fût possible d'admettre que des centaines de ganglions puissent se développer accidentellement dans le tissu des nerfs, sans traduire leur présence par quelque symptôme.

Ainsi que nous l'avons dit dans la première communication, il était donc prudent d'attendre, avant de se prononcer à ce sujet, que de nouveaux faits observés pendant la vie fissent connaître ce qui manque aux précédents pour les compléter.

Un cas des plus remarquables est soumis présentement à notre observation. Les phénomènes qui l'ont précédé, ceux qui l'accompagnent, décèlent un trouble si profond dans l'action du système nerveux, que je crois devoir la publier de suite, d'une part, afin de dissiper les incertitudes que les cas précédents ont pu faire naître dans l'esprit des observateurs, et pour éclairer, d'autre part, le diagnostic d'une affection si inattendue dans sa nature et si grave dans ses suites.

Voici ce cas, qui se développe en quelque sorte sous nos yeux, et que nous n'avons pas encore l'espoir d'arrêter ; car, bien que l'état général du malade paraisse s'améliorer sous l'influence de la médication à laquelle il est soumis, néanmoins chaque jour nous reconnaissons, sur le trajet des nerfs superficiels, des renflements que nous n'y avions pas rencontrés la veille.

(1) TRAITÉ DE LA FIÈVRE ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE, par MM. Petit et Serres ; Paris, 1833.

(2) ANATOMIE COMPARÉE DU CERVEAU, tome II, pages 67—87.

OBS. — Legrand (Pierre-Alphonse), âgé de 26 ans, menuisier, né à Bagneux (Seine), garçon. Entré le 14 avril 1836, salle Saint-Athanase, n° 1 (1).

Le père et la mère de ce jeune homme, encore actuellement existants, se portent bien, et lui-même a toujours joui d'une très-bonne santé jusqu'à ce jour. Il ne se rappelle avoir eu aucune maladie grave pendant son enfance et sa jeunesse. Sa constitution paraît assez robuste, bien qu'il ait, dit-il, beaucoup maigri depuis ces derniers temps. Jusqu'à l'année dernière il faisait d'assez nombreux excès de boissons. Enfin, il habitait seul une chambre assez vaste, mais mal aérée ; sa nourriture était saine et suffisante. Ce malade nie formellement avoir jamais contracté d'écoulements ni de chancres vénériens. L'examen le plus attentif des parties génitales ne laisse découvrir aucune cicatrice ; celui du corps ne permet de voir non plus aucune trace d'affection syphilitique ancienne ou récente. Cependant, en 1841, il dit avoir eu à la couronne du gland deux groupes de très-petites végétations qui furent incisées et cautérisées à la consultation de l'hospice du Midi, longtemps après leur apparition, et qui ne parurent plus depuis.

A la fin du mois de septembre 1845, il eut une fluxion de poitrine dont il fut traité à l'Hôtel-Dieu annexe, où il resta pendant deux mois, et dont il sortit parfaitement rétabli.

Précédemment, au mois d'avril de la même année, à la suite d'un travail forcé durant déjà depuis plusieurs jours (dix-huit heures par jour), sans aucun symptôme précurseur, dans l'espace d'une nuit le malade perdit la vue du côté gauche ; il s'était couché le soir très-bien portant, et le lendemain il lui était impossible de distinguer le jour de la nuit ; la vision de cet œil était entièrement abolie. Du reste, nul autre accident. Il garda pendant deux jours la sensation d'une étoile blanche et brillant devant cet œil, puis n'y ressentit plus rien, et n'y a rien ressenti depuis cette époque. Au mois de mai, quinze jours après cet accident, il alla consulter un oculiste qui lui fit suivre, pendant trois semaines environ, un traitement révulsif, sans aucun résultat. Sur cet œil avait existé anciennement une taie qui avait été guérie, il y a quinze ans environ, par M. Marjolin. La vision y était aussi complète que de l'autre côté.

Tels sont les antécédents généraux du malade ; nous les compléterons en ajoutant qu'il existe une paralysie complète du muscle releveur de la paupière gauche, correspondant à l'œil amaurotique. Arrivons maintenant à ceux qui paraissent avoir spécialement précédé le développement de la maladie dont il est actuellement affecté.

Au commencement de janvier dernier, il tomba sans connaissance dans la rue, avec tous les symptômes d'un accès d'épilepsie : voici les renseignements qu'il donne sur cette attaque. Il commença par éprouver quelques convulsions légères dans le pouce de la main droite, en même temps que des douleurs assez vives au même endroit, puis ce doigt se fléchit fortement dans la paume de la main ; les autres doigts devinrent le siége de douleurs et de convulsions analogues qui produisirent la fermeture de la main ; les douleurs se propageaient le long du bras et de l'avant-bras jusqu'au larynx, où elles produisirent un sentiment de suffocation très-énergique, au point que le malade ne pouvait se plaindre de ses douleurs ; il y eut des vertiges et des tintements d'oreilles, puis perte complète de connaissance. Tous ces symptômes se succédèrent très-rapidement, si bien qu'en moins d'une demi-minute la perte de connaissance était complète. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur la durée de cet accès. Le soir du même jour, il y eut un autre accès, mais beaucoup moins intense ; il fut caractérisé par des douleurs très-vives dans le bras et l'avant-bras, avec flexion du pouce dans la paume de la main, mais il n'y eut pas de perte de connaissance. Cet accès ne dura que quelques minutes, et le malade, qui était couché, s'endormit profondément. Le lendemain, ce jeune homme avait recouvré toute la plénitude de sa santé, seulement il conserva pendant quelques jours un peu d'engourdissement et de faiblesse dans le bras droit. Comme depuis l'époque où il avait contracté sa fluxion de poitrine, le malade avait conservé des maux de

(1) Observation recueillie par M. Dagincourt, interne de ma division.

Dans le DUBLIN MEDICAL PRESS : « Salus populi suprema lex. »

Tout ceci indique suffisamment le but et la composition de cette seconde moitié du journal : c'est une guerre de tous les instants, de tous les numéros, aux abus, à l'ignorance, aux préjugés, dans les institutions comme dans les actes individuels. Non-seulement on y rend compte des *meetings* et associations pour la réforme de la législation sur la médecine ; mais il s'y trouve aussi l'annonce des banquets par souscription organisés dans cette pensée, le récit fidèle des discours ou toasts débités au dessert. Enfin c'est là qu'on lit le catalogue des décès marquants (*obituary*), des promotions aux places données par le gouvernement dans la marine et l'armée, des biographies de célébrités nationales et étrangères, les nouvelles et jusqu'aux commérages *gossip* (cancans) de la semaine.— Il est aisé de voir par cette énumération que parfois le but a été dépassé un peu, et que l'aiguillon de la concurrence oblige souvent les rédacteurs à une exactitude plus prolixe que le goût de nos lecteurs ne pourrait sans doute s'en accommoder.

Quant à la première partie, à la section destinée au mouvement des sciences médicales proprement dites, sa physionomie se dessine en traits non moins originaux. Et d'abord, en tête de chaque numéro, vous remarquerez invariablement cinq ou six pages imprimées en petit texte : ce sont des leçons (*lectures*) empruntées ou traduites de différents cours ou d'ouvrages déjà édités. Malgré les noms célèbres dont ils sont signés, on attache peu de prix à ces morceaux ; car, en y regardant de plus près, il est facile d'y voir ordinairement, soit la transcription littérale d'un livre déjà ancien, soit la rédaction d'un élève novice, trop heureux de débuter sans péril sous le couvert d'un maître qui n'a fait que prêter son nom. Je cherchai longtemps la raison d'existence de ces articles, mon cher confrère, et malgré tous mes efforts, je désespérais de m'en rendre compte, pas davantage que de celle de certaines observations qui ornent sans faute, trois fois par semaine, les deux premières des quatre pages d'un de nos journaux de médecine les plus populaires, lorsque je crois l'avoir enfin trouvée dans cette phrase que j'emprunte à l'un de vos feuilletons : « Nous ferons observer en passant que ce serait un véritable service à rendre à de malheureux abonnés que de leur envoyer de temps en temps des articles ostensiblement destinés à n'être pas lus. » (GAZ. MÉD., 1842, p. 257.) Il appartenait au génie britannique de saisir et d'appliquer en grand cette idée de votre spirituel collaborateur ; peut-être cependant les abonnés anglais pourraient-ils justement se plaindre que ce délassement périodique leur soit octroyé avec une munificence par trop régulière. — Du reste, notre avis paraîtrait se propager même en Angleterre. Un journal récemment institué, THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE, dit, six mois après sa fondation, que s'il a eu du succès, il l'a dû sans doute à sa précaution d'éviter les controverses personnelles et l'*insertion de leçons*, selon l'usage des autres journaux.

Après les *lectures*, dont le nom littéral reçoit de si fréquents démentis, viennent les travaux originaux. Leur caractère ne saurait guère se prêter à une peinture générale ; mais ils diffèrent cependant des nôtres en ce que le plus habituellement ce sont des observations détachées, un cas insolite de guérison, une monstruosité, un fait intéressant par sa gravité, l'indication d'un remède, d'un procédé nouveau, plutôt qu'un mémoire de longue haleine, une monographie complète, une description méthodiquement fragmentée en étiologie, diagnostic, symptômes, lésions anatomiques et traitement. L'esprit positif de la nation a

tête très-fréquents et très-violents, avec congestion intense de la face et des yeux, il crut que cette syncope en était le résultat, et ne fit aucun traitement. C'est là la cause qu'il lui attribue, rien de ce qui se passa dans les jours précédents ne pouvant lui en fournir l'explication. Il se remit à travailler les jours suivants.

Vers le 25 février, le soir, en rentrant chez lui, il sentit de nouveau son pouce se fléchir, ses doigts se courber, et des douleurs se faire sentir le long du bras; un vertige s'empara de lui et le fit tomber, mais il ne perdit pas cette fois connaissance d'une manière complète, et conserva vaguement conscience des soins que lui prodiguèrent les personnes qui l'entouraient. Cet état dura à peu près dix minutes: la parole était impossible, par suite de la constriction du larynx, les yeux fermés, mais il n'y avait pas de mouvements convulsifs; puis tout rentra dans l'ordre. Pendant la durée de la nuit suivante, il y eut deux nouveaux accès, mais moins intenses, ce que le malade attribue à l'obstacle qu'il opposa à la flexion convulsive du pouce dans la main, par l'interposition d'un verre. Ce dont il se plaint le plus, en sortant de cet accès, c'est d'une soif très-vive.

A la suite de cette nouvelle crise, le bras droit resta engourdi, et il y eut des fourmillements dans les doigts du même côté; il cessa alors son travail, entra à l'hôpital de la Charité le 1er mars, et il y resta pendant neuf jours.

On le conserva pendant ce temps à l'expectation, attendant un nouvel accès qui pût faire juger de la nature de sa maladie; lui, ne sentant plus de fourmillement ni d'engourdissement dans son membre, demanda sa sortie et reprit son travail au bout de ce temps.

Mais, le 4 avril, il fut de nouveau obligé de le suspendre, par suite de faiblesse et de douleurs qu'il ressentait dans les bras. Au bras droit, la douleur était fixée vers la partie moyenne du biceps; du côté gauche, elle existait vers la partie moyenne de la face dorsale de l'avant-bras. Il attribua ces douleurs à de la fatigue, espérant les voir disparaître au bout de quelques jours de repos; mais elles persistèrent.

Le 8, il y eut deux nouveaux accès, que le malade arrêta en croisant ses mains et en empêchant la flexion de son pouce.

Enfin, le 14 avril, il entra à la Pitié où, pendant quelques jours, il fut traité pour des douleurs rhumatismales. Mais, au bout de quelque temps, on s'aperçut qu'il portait dans l'épaisseur du biceps brachial du côté droit, vers l'endroit qui était le siége des douleurs, plusieurs petites tumeurs dures et douloureuses à la pression; et qu'il y en avait également à la face externe de l'avant-bras gauche.

Au même moment, des douleurs commencèrent aussi à se faire sentir dans les jambes, si bien que le malade, qui ne pouvait déjà presque pas se servir de ses mains, fut obligé de garder le lit, étant dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher; puis, au bout de quelques jours, on y reconnut la présence de petites tumeurs analogues à celles des bras, et que nous allons essayer de décrire maintenant.

Ces tumeurs, actuellement (15 mai), sont répandues sur toute la surface du corps; mais elles sont plus nombreuses aux membres qu'au tronc, et aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Sur les membres, elles paraissent siéger tantôt immédiatement sous la peau, tantôt sous les aponévroses, tantôt dans l'épaisseur des fibres musculaires. Elles existent sans changement de couleur à la peau. Une particularité de leur disposition, c'est qu'elles ne dépassent pas le tiers inférieur de ces organes, et qu'on n'en trouve aucune sur le trajet des tendons ni des gaînes synoviales. Dans un seul endroit on en trouve deux qui paraissent adhérentes à un os, bien que cependant elles puissent en être éloignées par une pression soutenue. On n'en rencontre aucune trace au col, à la tête, aux mains ni aux pieds.

Sur le tronc, où elles existent en petit nombre, elles sont toutes sous-cutanées, tandis que sur les membres, les plus nombreuses sont situées dans l'épaisseur des masses charnues, et elles y sont d'autant plus nombreuses que ces masses sont plus développées. Ainsi, au bras, elles existent surtout dans l'épaisseur du biceps; à l'avant-bras, dans celle des muscles qui s'attachent à l'épitrochlée et à l'épicondyle; à la jambe, dans celle des jumeaux et du solaire: ce qui fait en même temps qu'elles sont en plus grand nombre dans le sens de la flexion que dans celui de l'extension, circonstance qui nous servira à expliquer tout à l'heure l'attitude du malade. Il n'en existe qu'une seule sur le trajet d'un nerf d'un certain volume, sur celui du nerf sciatique poplité externe, à la hauteur de la tête du péroné; on n'en rencontre aucune sur le trajet des gros troncs vasculoso-nerveux du bras, de la cuisse et du creux poplité.

Le volume de ces tumeurs est très-variable: les plus petites sont à peu près de la grosseur d'un pois, les plus grosses de celle d'une amande; leur forme, quelquefois sphérique, est le plus souvent ovoïde, rarement fusiforme; leur surface lisse et polie, leur consistance ferme et résistante, ne paraissent présenter aucune adhérence avec le tissu sous-jacent. Celles qui sont sous les aponévroses jouissent encore d'une certaine mobilité; mais pour communiquer quelque mouvement à celles qui existent dans l'épaisseur des fibres musculaires, il faut agiter en même temps la masse charnue, bien qu'elles ne paraissent nullement adhérentes aux fibres musculaires, mais seulement contenues dans leur écartement. Celles qui sont situées sous la peau sont très-molles, et rien de plus variable que les sensations qu'on y développe par la pression. En effet, tandis que les plus anciennes sont entièrement indolentes et peuvent être comprimées sans être le siége d'aucune douleur, il en est d'autres qui ne peuvent supporter le moindre attouchement sans que le malade n'y ressente des douleurs très-vives; il en est d'autres, enfin, mixtes en quelque sorte, qui ne développent de la douleur que sous une pression assez énergique. Un caractère particulier de cette douleur, c'est d'être entièrement bornée au lieu occupé par la tumeur, et de n'entraîner aucune irradiation dans les parties voisines. La contraction musculaire produit sur ces tumeurs le même effet que la compression avec la main, le développement de la douleur; comme elles sont plus nombreuses dans les cas de la flexion que dans celui de l'extension, les membres restent demi-fléchis; il faut encore, dans l'appréciation de ce fait, tenir compte de la diminution de longueur que ces tumeurs font subir à certains muscles, dont elles occupent l'épaisseur. Aussi, lorsque le malade est debout, ses jambes sont-elles légèrement fléchies sur ses cuisses, ses pieds sur ses jambes, et la marche est-elle très-pénible, même presque impossible; en même temps ses bras sont dans un état moyen entre la flexion et l'extension, tandis que dans le repos au lit il n'éprouve d'autres douleurs que celles résultant de la pression des tumeurs par le poids du corps. Enfin, ces tumeurs, peu appréciables à la vue lorsque les muscles sont dans le relâchement, saillissent et proéminent à l'extérieur quand ils sont contractés.

Considérées d'une manière générale, on voit que ces tumeurs se sont développées d'une manière presque symétrique des deux côtés de la ligne médiane et dans les muscles homologues: ce qui va ressortir de l'indication des organes où nous les avons rencontrées.

A l'avant-bras gauche il en existe plusieurs dans l'épaisseur du tiers supérieur des muscles qui s'insèrent à l'épicondyle, et une seule très-douloureuse, grosse comme une petite noisette, vers la partie moyenne du cubital antérieur.

A l'avant-bras droit il en existe une masse également dans l'épaisseur des muscles qui s'insèrent à l'épicondyle, et une isolée sous-cutanée à la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'articulation du coude.

Il n'en existe pas dans les muscles qui s'insèrent à l'épitrochlée.

Sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, il n'en existe qu'une seule vers sa partie moyenne, au milieu de l'espace interosseux, tandis que du côté droit il y en a deux qui, au premier aspect, paraissent adhérentes au cubitus vers le tiers moyen de cet os et sur sa face postérieure, mais qui cependant peuvent en être écartées. Ces deux tumeurs, très-douloureuses ces jours passés, le sont à peine maintenant. Il y en a une aussi sur cette face, vers la partie moyenne du radius, mais elle est sous-cutanée.

Au bras gauche, on en rencontre un paquet dans l'épaisseur du biceps, vers sa partie moyenne. A la même place, il y en a aussi plusieurs qui sont sous-cu-

---

donné ce ton, et les rédacteurs s'y conforment volontiers, en taillant aussi toutes leurs analyses ou extraits sur le même patron. Sous le titre de *Parisian, German, American, Italian intelligence*, les meilleurs journaux donnent en outre, non-seulement l'analyse des publications parues en France, en Allemagne, en Amérique, etc., mais encore un récit des divers événements le plus nouvellement survenus dans les principales villes de l'étranger, et dont des médecins, leurs correspondants spéciaux, les tiennent continuellement instruits. N'y aurait-il pas là un exemple utile à méditer pour nos grands journaux? — A propos des sujets les plus ordinaires de ces articles, remarquons encore que toutes les branches de la médecine semblent être l'objet d'un culte moins exclusif que chez nous. Dans les travaux originaux ou analysés, la zoologie, la chimie, la pharmacie, tiennent toujours une place à part et une place bien remplie: Faraday, Berzélius, Liébig, sont là des noms aussi populaires que Dupuytren, Brodie, Andral ou Scarpa.

La correspondance n'est, dans notre presse médicale, qu'un accident fortuit; en Angleterre, le feu brûle sans jamais s'éteindre, sans languir un seul instant; et, chose remarquable! ce n'est point un vain intérêt d'amour-propre, une réclamation de priorité, qui l'alimentent: presque constamment le but est sérieux, scientifique. Deux causes surtout contribuent à ce résultat: d'abord, l'immense publicité des journaux, publicité telle qu'à peine un fait, une doctrine de quelque intérêt y sont mis au jour, que l'on voit, dès le numéro suivant, des correspondants venir de toutes parts signaler des cas analogues, s'inscrire pour ou contre, apporter des données confirmatives ou contradictoires. D'autre part, un usage général permet aux signataires le voile commode de l'anonyme, nouvel encouragement pour quiconque veut en sûreté argumenter, attaquer, plaisanter, gourmander un rival ou un adversaire. Et cependant, malgré la certitude de l'impunité, la forme de ces lettres, de celles du moins qui sont admises à l'insertion, nous a paru toujours digne et modérée. Il est vrai que leurs auteurs n'ont guère à redouter d'être découverts sous les singuliers pseudonymes dont ils vont s'affubler. Alpha ou Oméga sont les signatures les plus ordinaires, et certainement les plus transparentes. Un certain *Bêta* s'est inscrit en toutes lettres dans THE LANCET du 4 octobre 1845, au bas d'un épître sur un point d'ichtyologie; mais ce choix n'est pas fréquent; sans doute plus d'un auteur craindrait de voir son vrai nom trahi par cette indication! Delta a plus de succès, et revient fréquemment, ainsi que Zêta, Punctum, Modestus, Veritas, etc. Quelques-uns s'inspirent du sujet même: nous avons eu en 1843, dans THE LANCET, le spectacle d'un combat en règle entre M. *Anti copaist*, qui ne voulait point du copahu dans la gonorrhée, et M. *Anti-blennorrhœa*, dont le nom plus rassurant pour ses malades paraissait au moins déclarer la guerre à la maladie et non au remède. D'autres, que la crainte de n'être point insérés tourmentent avant tout, s'intitulent insidieusement: Un lecteur assidu (*a constant reader*). Cette classe est nombreuse et éprouve peu de refus. Enfin, l'on a cru remarquer, dans quelques feuilles toutes récentes, plusieurs lettres relatives à une élection prochaine, et dont la signature, à la fois vœu et conclusion, portait: *Detur digniori*.

Si quelqu'un m'a suivi jusqu'ici, ç'a été sans doute avant tout pour apprécier comment John Bull traite le feuilleton médical, le feuilleton, que votre GAZETTE MÉDICALE inaugura dès sa fondation, le feuilleton que les médecins rédacteurs, dans les départements comme en Italie, commencent maintenant à s'approprier,

tanées. La partie inférieure du triceps en est aussi parsemée vers l'endroit où ce tendon s'isole des fibres charnues; il en existe une surtout très-grosse en cet endroit; enfin, il en existe quelques-unes dans le deltoïde : même répétition du côté droit, si ce n'est que peut-être elles sont un peu plus nombreuses dans le triceps de ce côté.

Au membre inférieur, mais seulement à la cuisse, elles sont plus disséminées et ne présentent pas des centres d'agglomération comme ceux que nous avons rencontrés au bras et à l'avant-bras et ceux que nous rencontrerons tout à l'heure à la jambe, et proportionnellement elles sont beaucoup moins nombreuses sur cette région. Ainsi, à la cuisse gauche il en existe quelques-unes le long du bord gauche du tendon du triceps, d'autres dans l'épaisseur du vaste interne, une sur le milieu de la longueur du droit interne : celle-ci paraît très-adhérente à l'aponévrose; elle est dure et rénitente; d'autres, enfin, le long de la face externe de la cuisse, surtout à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Sur la face postérieure il y en a une très-douloureuse, à peu près sur la direction du nerf sciatique, vers le milieu de la cuisse, mais sur un plan plus superficiel. La distribution de celle que l'on rencontre du côté droit est presque la même.

Sur la jambe gauche nous n'en trouvons qu'une seule sur le tiers moyen du jambier antérieur; elle est grosse, douloureuse, située dans l'épaisseur du muscle. Une autre, sur la face externe du membre, au niveau de la tête du péroné et de l'endroit où passe le nerf sciatique poplité externe, est plus petite qu'elles ne le sont ordinairement; elle est de la grosseur d'un pois environ, dure, indolente et très-mobile.

Mais c'est surtout à la partie postérieure qu'elles sont nombreuses vers l'endroit où le tendon d'Achille s'isole des fibres du triceps crural; nous en trouvons là une agglomération tout à fait analogue à celles que nous avons rencontrées dans les biceps du bras.

La jambe droite présente une semblable disposition, si ce n'est qu'il n'en existe pas à la partie antérieure ni au niveau de la tête du péroné, et que celles qui occupent le mollet sont peut-être plus nombreuses.

Il n'en existe que deux à la région antérieure du tronc : une sous-cutanée à 2 centimètres en dehors du sternum, dans l'intervalle qui sépare la deuxième de la troisième côte droite; la seconde, dans la partie supérieure du muscle droit de l'abdomen, à gauche, à 5 centimètres de la ligne blanche, à peu près à égale distance de la ligne médiane que la précédente. Cette dernière est assez constamment douloureuse.

Il en existe davantage sur la région postérieure du tronc. On en trouve une agglomération dans l'épaisseur du muscle grand dorsal, à la hauteur de l'angle inférieur du scapulum. Ces tumeurs sont assez sensibles à la pression, et font éprouver quelques douleurs au malade dans certains mouvements du bras.

Puis il en existe d'autres, mais sous-cutanées, dans différents espaces intercostaux. Ainsi, du côté droit, il y en a une entre la neuvième et la dixième côte, et une entre la dixième et la onzième; elles sont situées sur la même perpendiculaire, à 8 centimètres environ des apophyses épineuses.

Du côté gauche, elles sont situées à la même distance de ces apophyses pour la plupart : ainsi il y en a une dans l'espace qui sépare la septième de la huitième côte, une autre dans celui de la neuvième et de la dixième. On en trouve de plus une à 5 centimètres de la première dans le même espace intercostal. Enfin, il en existe une sous-cutanée dans la fesse de chaque côté, vers la partie moyenne du sillon qui sépare cette région de la partie supérieure de la cuisse.

Le 24 mai, pendant la nuit, le malade éprouva de nouveau des accidents analogues à ceux qu'il a déjà ressentis : convulsions légères des doigts de la main droite, avec flexion du pouce dans la paume de la main. Ces phénomènes durèrent à peine quelques minutes, puis disparurent, ne laissant à leur suite qu'un peu d'engourdissement du bras, qui le matin n'existait même plus.

Le 25, nouvelle répétition des mêmes accidents, seulement avec beaucoup moins d'intensité; il n'y eut que deux ou trois mouvements convulsifs dans les doigts.

Le 26, à six heures du soir, il y eut une nouvelle attaque, beaucoup plus forte que les deux précédentes; sa durée fut environ de dix minutes. Pendant tout ce temps le malade, bien que conservant sa connaissance, répondait difficilement à tout ce qu'on lui demandait. La bouche était fortement déviée à droite, les yeux demi-ouverts et convulsés. Le défaut de renseignements ne nous avait pas permis de noter ce fait dans les attaques précédentes. Les mouvements convulsifs des doigts de la main droite étaient fréquents et énergiques; la tendance à la flexion du pouce très-forte, cependant le malade parvint à la surmonter en croisant ses deux mains : chaque fois qu'il arrive à ce résultat il rend, comme nous l'avons déjà noté, les accès beaucoup moins longs et moins pénibles, cette espèce de crampe du pouce s'accompagnant d'une sensation des plus douloureuses. Du reste, on n'observa aucune convulsion dans les autres parties du corps.

Le malade fut environ une heure à se remettre complétement; il ressentait surtout une soif extrêmement vive, un peu d'agitation et de mal de tête. Le bras resta engourdi jusqu'au lendemain matin, où l'on ne put noter rien de particulier à la visite.

L'état général du malade est assez bon; sa figure, un peu amaigrie, présente une coloration et une animation normales. Ses fonctions s'exécutent assez bien; il y a eu un peu de dévoiement durant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, dévoiement qui a totalement cessé depuis quinze jours. Son pouls est à 75 pulsations par minute, sa respiration à 18. Son intelligence ne paraît avoir éprouvé aucune altération.

Tel est l'historique de cette affection singulière, dont le diagnostic n'eût pas été possible si l'anatomie des trois cas précédents ne nous eût dévoilé la nature probable des tumeurs insolites répandues sur la surface du tronc et des membres.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA CRÉPITATION COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD du Grand-Bourg, (Creuse), D.-M.-P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 21 et 23.)

V. — DE LA CRÉPITATION RÉSULTANT D'ÉPANCHEMENT DE GAZ OU DE LIQUIDES.

On trouve dans presque tous les auteurs qui se sont occupés des fractures et qui ont indiqué la crépitation comme moyen de les faire reconnaître, la recommandation de ne pas confondre cette crépitation avec celle qui existe lorsqu'il y a dans le tissu cellulaire un épanchement plus ou moins considérable de gaz, ce qui produit l'emphysème. Peu ont noté les épanchements liquides qui, aussi bien que ceux qui sont dus à la présence de fluides gazeux, pourraient faire méprendre le chirurgien qui n'apporterait pas dans ses moyens d'exploration toute l'attention nécessaire. Je vais successivement étudier les phénomènes qui se passent dans ces diverses circonstances.

Dans toutes les régions de l'économie animale, il peut spontanément se développer dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané d'abord, puis intermusculaire et parenchymateux ensuite, une plus ou moins grande

---

le feuilleton, puissance qui, dans la presse politique, suffit aux deux tiers de la réputation et presque à toute la fortune du journal. Nos confrères anglais font-ils, au bas du journal, de la critique ou des biographies? Sacrifient-ils au feuilleton-roman? Préfèrent-ils la *Chronique* ou les *Varia* à l'exemple de notre aimable Reveillé-Parise?....... Vous voulez le savoir? Eh bien! les journaux de médecine anglais n'ont et n'ont jamais eu de feuilleton. Le peuple célèbre par son *humour*, le peuple qui veut revendiquer les boutades excentriques de Stern, la naïve bonhomie de Goldsmith, la délicate finesse de Fielding, ce peuple n'a pas jusqu'à présent cru pouvoir plaisanter dans une science aussi sérieuse que la médecine. — Je suis, quant à moi, d'avis qu'un bon feuilleton console de bien mauvais mémoires, que, pour le public comme pour les rois, la vérité ainsi que la critique s'acceptent cent fois plus aisément de la bouche d'un bouffon que de la chaire d'un moraliste, et, en définitive, je voterais des deux mains pour le feuilleton, si mon suffrage lui pouvait servir.... Mais cependant songeons à l'exemple que nous donnent sous ce rapport nos voisins, et veillons à ne pas laisser le feuilleton dépasser les limites déjà si souvent effleurées où nos devoirs et nos intérêts doivent à l'envi le retenir.

Viennent enfin les annonces. Ici, le progrès est manifeste, et la France peut sans honte avouer l'incontestable supériorité de sa rivale. Chez nous reléguée au bas de la quatrième page, abrégée et contrôlée par tous les journaux qui ont gardé quelque souci de leur dignité, la réclame, là-bas, s'étale sans frein ni limites. On la convie, on la fête, on l'illustre, on lui ouvre des places spéciales. Vignettes, caractères monstres, texte sens dessus dessous, encadrements, certificats légalisés, elle s'épanouit dans toutes ces mille gentillesses, qui ne sont d'ailleurs que ses conditions de vie. Déjà la couverture ne lui suffisant plus, on a dû prendre sur le journal lui-même. Ainsi j'ai vu, dans THE LANCET (1) du 27 septembre 1845, les annonces envahir *quatorze pages entières!* Et ce n'est pas là une expression insolite. On comprend sans peine que les objets relatifs à la médecine ne forment qu'une faible minorité dans ce hazar ouvert à tout marchand; vous en jugerez mieux par quelques extraits :

« Fabrique de tapis. Encre et plumes. Argenterie économique. Bazar domestique (lisez de domestiques; c'est simplement un bureau de placement). Fabrique de perruques. Chandeliers, lustres, vases et couverts pour le service de la table. Faux cols de chemise (avec un magnifique dessin). Thé, chocolat et café. Eau-de-vie de France réduite de prix. Vin de Champagne mousseux, importé directement d'Épernay, etc., etc. ,etc. »

Quelques fabricants, toutefois, se mettent en frais d'invention et de ruses pour justifier la présence de leurs articles en ce lieu. Un inventeur de capsules métalliques brevetées nous assure que LE DUC DE NASSAU (*sic*) en a adopté l'usage pour cacheter les bouteilles d'*eau de Selters*, afin de prévenir toute imitation frauduleuse. Nous avons aussi remarqué des paletots *excellents pour l'exercice de la profession médicale!* Mais la plupart se soustraient à cette incommode sujétion; lisez plutôt la réclame suivante, vrai modèle du genre : « L'OBSERVATEUR FRANÇAIS, journal de politique, littérature, sciences, commerce et beaux-arts,

(1) Ce journal n'a pas moins de 50 pages à 2 colonnes, dont chacune de 84 lignes, la ligne ayant environ 50 lettres.

quantité d'air. C'est cette infiltration gazeuse qui a reçu le nom d'*emphysème* et qui a été considérée comme traumatique ou essentielle; dans ce dernier cas, son siége presque exclusif est le parenchyme pulmonaire. L'emphysème du poumon peut bien, comme celui qui dépend d'une cause vulnérante, donner lieu à quelques erreurs de diagnostic; mais ces erreurs portent surtout sur des affections thoraciques, sur des maladies internes qui n'entrent plus dans le domaine chirurgical et qui par conséquent ne doivent pas trouver place dans ce travail. Je me bornerai à indiquer les symptômes de l'emphysème traumatique, les maladies qu'il peut simuler et avec lesquelles il peut être confondu.

Le plus souvent l'emphysème reconnaît pour cause une plaie du poumon qui elle-même peut être accompagnée de plaie extérieure, comme aussi elle peut ne pas l'être et dépendre, par exemple, d'une blessure du poumon provenant d'une esquille à la suite d'une fracture de côte. Quelquefois cependant il peut y avoir emphysème sans lésion du poumon. L'histoire du malade qui fut affecté d'emphysème pendant les tentatives que faisait le célèbre Desault pour réduire une ancienne luxation du bras est trop connue pour que je veuille la rapporter ici. M. le professeur Velpeau, après une luxation du pied, a vu se développer un phénomène semblable.

A la suite d'efforts violents, de pressions considérables sur les parois thoraciques, là où une forte inspiration est nécessaire pour opposer une résistance qui puisse faire équilibre aux effets de cette pression, l'air contenu dans les grosses bronches peut les distendre au point d'opérer une déchirure dans la portion fibreuse placée entre les cerceaux cartilagineux et s'infiltrer de là dans le tissu cellulaire voisin. On ne peut expliquer que de la sorte l'emphysème quelquefois considérable qui survient instantanément au cou et au tronc chez des femmes qui sont dans le travail de l'accouchement et qui font des efforts violents pour l'expulsion du fœtus.

Obs. — Le 16 avril 1837 entra à l'hôpital des Cliniques de la Faculté et fut couché au n° 24 de la salle des hommes, un jeune maçon fort et vigoureux qui, étant monté sur un échafaudage sur lequel il y avait une assez grande quantité de moellons, tomba avec son échafaudage et les moellons et en fut recouvert. Il eut à lutter par des efforts considérables contre la masse énorme qui le chargeait; il en fut bientôt dégagé, et outre les deux jambes fracturées, on put constater à son arrivée à l'hôpital, où il fut transporté immédiatement, un emphysème qui s'étendait depuis les tempes jusqu'au niveau des fosses iliaques. Il était beaucoup plus considérable au cou et à la partie supérieure du sternum où existait une légère ecchymose. On dut croire pendant quelques instants à une fracture de cet os ou de quelque côte; mais l'emphysème s'étant bientôt dissipé, il n'est plus resté aucune tuméfaction, et malgré les recherches les plus minutieuses, on n'a pu découvrir aucune lésion pouvant rendre compte de cet épanchement de gaz.

Quelle que soit d'ailleurs la cause qui le détermine, le principal phénomène, le signe caractéristique de son existence est une crépitation particulière qu'on éprouve lorsqu'on presse doucement avec les doigts le lieu qui en est le siége. Elle est toujours facile à produire et à reconnaître quand une fois elle a été perçue; elle donne la même sensation que celle qu'on éprouve lorsqu'on froisse dans la main une feuille de papier très-mince, bien sec et bien collé, ou lorsqu'on applique les doigts sur cette écume que les enfants s'amusent à produire en soufflant au moyen d'un tube dans de l'eau qui est saturée d'une dissolution de savon.

Le moyen de la sentir le plus sûrement est une pression lente et graduée; à mesure qu'on exerce cette pression, on sent les bulles d'air renfermées dans le tissu cellulaire qui fuyait sous les doigts et qui vont occuper les cellules voisines; de sorte que la facilité qu'on éprouve à faire cheminer en quelque sorte l'épanchement et à faire naître la crépitation là où elle n'était pas d'abord, est un signe presque aussi précieux pour diagnostiquer l'emphysème que la crépitation elle-même; et si l'on réunit ces deux caractères, l'erreur alors ne sera plus possible.

La crépitation emphysémateuse peut se rencontrer dans une vaste étendue, comme aussi elle peut être limitée au niveau du point d'où souvent elle part. Dans ce dernier cas, elle peut coïncider avec une fracture et pour un chirurgien inattentif masquer cette dernière, comme aussi l'emphysème existant seul pourrait la simuler. Quelques personnes croyaient que le jeune maçon dont j'ai parlé avait une fracture du sternum à laquelle elles rapportaient l'emphysème qu'elles considéraient comme secondaire. La crépitation gazeuse était la cause de cette erreur que d'autres évitèrent par la différence de sensation perçue. Celle-ci, en effet, se produit par la pression; elle est plus douce, plus sèche, moins dure, moins rugueuse, si je puis m'exprimer ainsi, que celle produite par deux surfaces osseuses. Quand on les a perçues isolément, il est facile non-seulement de les distinguer l'une de l'autre, mais encore d'en faire la différence quand elles se trouvent réunies au même point.

Ce n'est pas seulement à la suite des conditions que je viens d'indiquer que se rencontre la crépitation emphysémateuse; d'autres causes peuvent accidentellement produire le dégagement de quelques bulles de gaz, et alors cette crépitation sera perçue avec les mêmes caractères que ceux que je lui ai déjà assignés. Si, dans ces cas, elle ne simule pas une fracture, elle peut avoir pour origine des affections bien différentes par leur nature et par leur gravité; aussi est-il d'une importance extrême pour le chirurgien d'apprécier toute la valeur de ce phénomène afin d'en tirer les inductions thérapeutiques qui sont révélées par sa présence.

Quand on presse sur une hernie, qu'elle soit ou qu'elle ne soit pas étranglée, il arrive fréquemment que le chirurgien éprouve une crépitation véritable qui ne peut être rapportée qu'à la crépitation emphysémateuse. C'est qu'en effet elle est le résultat des gaz contenus dans l'anse intestinale. Mais cette crépitation a un caractère tout particulier qui ne s'observe plus dans celle que, par exemple, produit l'emphysème : crépitation emphysémateuse qui a été prise pour point de comparaison de celle produite par du gaz ou des liquides, comme nous avons rapporté à la crépitation osseuse celle qui distingue le frottement des parties dures les unes contre les autres et qui en est le résultat.

Comme la crépitation de l'emphysème, celle qu'on fait naître dans la hernie est produite par la pression exercée par la main; mais elle est moins sèche : c'est que, dans la hernie, les gaz se mélangent souvent à des liquides, et on éprouve ce que l'on a désigné sous le nom de gargouillement. Cette crépitation est peu profonde; elle n'existe que dans un point limité. Si la pression la fait disparaître, c'est pour rentrer en quelque sorte dans la cavité abdominale; elle ne fuit plus, elle ne chemine plus sous le doigt, passant d'une aréole du tissu cellulaire dans une autre, comme elle le fait dans l'emphysème. Si, aux signes fournis par la crépitation, on ajoute les autres symptômes qui différencient ces affections, la sonoréité dans la hernie, la matité dans l'emphysème et les abcès, l'erreur sera difficile.

Si cette hernie s'étrangle et se gangrène, outre la crépitation qui se passe dans la cavité intestinale, il s'en produit une nouvelle qui est le résultat de la mortification des parties. Le sphacèle du tissu cellulaire et de la peau

---

chronique du monde fashionable (tout, hors la médecine), informe le public que les propriétaires se sont décidés à augmenter le format afin de pouvoir publier l'Histoire du consulat et de l'empire, de M. Thiers, *comme supplément au* Juif errant ! » On trouve enfin à chaque page des compagnies d'assurances sur la vie, des entreprises d'enterrements. Nous ne saurions du moins adresser à celles-ci le reproche de s'être trompées de lieu; car, pour les premières, le montant du *boni* à espérer étant proportionné au nombre des décès, le directeur aura sagement pensé que les sociétaires verraient sans doute avec plaisir les médecins être invités à s'intéresser dans cette combinaison; et quant aux entrepreneurs de pompes funèbres, à qui devaient-ils s'adresser, sinon à ceux qui peuvent leur envoyer des pratiques ?

L'annonce, d'ailleurs, est en Angleterre un champ libre où chacun a droit d'entrer l'argent à la main. Or, de l'excès même de cette licence résulte un libéralisme auquel ne s'élèvera jamais, notre menteuse pruderie, savoir les loyales allures de la concurrence. Un rival veut-il se faire connaître chez vous, se prôner en majuscules sur votre frontispice même, il le peut pourvu qu'il paye comptant. Ainsi The Lancet annonce régulièrement chaque semaine The medico-chirurgical Review. Bien plus : le London medical Gazette ayant conçu en 1845 le projet d'agrandir son format, The Lancet, journal hebdomadaire comme celui-ci, et son compétiteur assurément le plus considérable, livra, sur ses trois premiers numéros d'avril, une page entière pour annoncer en gros caractères cette prochaine amélioration ! Je ne demande pas qui, parmi nous, serait capable d'une pareille abnégation; je demande seulement qui voudra y croire sans avoir vérifié mon assertion aux sources que je cite. Mais si les concurrents s'y glissent souvent, les intéressés eux-mêmes, on le pense bien, ne se font point faute de s'y produire. Le Medical Times, par exemple, contenait le 19 avril 1845, à la tête de ses annonces et en capitales : « The medical Times n'est pas moins un répertoire modèle qu'une chronique des renseignemens les plus fugitifs, et sa collection doit par conséquent être un secours important pour rassembler les connaissances médicales, un guide dans les questions de pratique, une autorité pour les points litigieux, aussi précieux à consulter comme conseil qu'intéressant à feuilleter. » C'est là le revers de la médaille; avouons cependant que, chez nous, pour porter une empreinte peut-être un peu moins crûment burinée, ce revers ne se montre pas moins souvent qu'à Londres.

Je l'ai dit déjà, les journaux de médecine, en Angleterre, sont extrêmement répandus : indépendamment même des renseignements positifs que nous possédons sur ce fait, tout concourrait à le prouver, le prix auquel ils peuvent se maintenir, les relations dispendieuses qu'ils entretiennent, la multitude d'annonces qui les inonde, les nombreuses lettres qui leur parviennent chaque jour; et pourtant une croyance populaire générale en France est qu'ils n'ont point d'abonnés, qu'ils se vendent tous isolément numéro par numéro. Si ce système de débit était vraiment la cause de leur énorme vulgarisation, je sais bien chez nous plus d'une grosse feuille qui n'hésiterait point à congédier dès demain, pour suivre cet exemple, ce qu'il peut lui rester encore de souscripteurs. Mais c'est là un préjugé complétement erroné. Si quelques revues trimestrielles, véritables in-octavo, s'achètent en effet à part, tenez pour bien certain que les journaux hebdomadaires anglais ne méprisent pas plus que les nôtres le bénéfice assuré d'une vente régulière. Le Medical Times avertit très-formellement « qu'on

donne lieu à un dégagement de gaz qui siégent dans les interstices cellulaires, et par suite à une crépitation qui ne diffère en rien, quant à la sensation perçue, de celle produite par l'emphysème. Elle n'en diffère que parce qu'elle est limitée au point où existent les parties sphacélées, tandis que l'épanchement emphysémateux chemine dans une étendue qui est en rapport avec la quantité d'air infiltré.

L'emphysème rend la peau tendue, rénitente, souple, douce au toucher, et ne change pas sa couleur. La hernie lui conserve ces caractères; mais nous savons la distinguer de l'emphysème. Le sphacèle, outre la crépitation limitée, produit un œdème du tissu cellulaire environnant, rend la peau plus sensible, lui donne une teinte qui varie du rose à la couleur lie de vin, et ne détermine les bulles gazeuses qu'à la dernière période, alors que les tissus sont désorganisés, et la crépitation qui se produit ne dépasse jamais les limites de cette désorganisation.

On observe et on constate quelquefois une crépitation emphysémateuse dans des abcès qui ne sont pas compliqués de sphacèle: ceux qui avoisinent le rectum ou la vulve, le pourtour de la cavité buccale. C'est qu'alors le foyer communique avec ces cavités; les bulles d'air qu'elles contiennent peuvent pénétrer dans son centre, et donner lieu à la crépitation que j'indique.

Cette crépitation, limitée dans le centre du foyer purulent, a des caractères tellement tranchés, qu'elle sera toujours facile à reconnaître. Elle fera distinguer les abcès simples de ceux où il y a mortification des parties; et, lorsqu'il sera possible de la produire et d'en constater l'existence, elle indiquera la nature de l'abcès, en fera connaître la complication, sa communication avec une ouverture naturelle et sa terminaison probable, qui sera un trajet fistuleux aboutissant dans cette même ouverture.

Ainsi les abcès gangreneux, de quelque nature qu'ils soient et quels que soient les tissus où ils siégent, la pustule maligne, les anthrax, peuvent donner naissance à une crépitation qui aura des analogies, par ses caractères et son mode de production, avec celle qu'on fait naître dans l'emphysème, les hernies, les abcès stercoraux de la vulve, du périnée, etc. Mais ces analogies offrent cependant des différences assez tranchées pour faire distinguer non-seulement la nature de chacun de ces abcès lorsqu'ils sont identiques, mais encore lorsqu'ils compliquent une affection qu'ils peuvent simuler ou qui existe avec eux.

Ajoutons cependant que cette crépitation emphysémateuse, résultat d'un emphysème réel, n'indique pas toujours un état pathologique essentiel; elle peut accidentellement se produire, à la suite, par exemple, d'une opération d'hydrocèle. Elle dépend alors de l'injection de quelques bulles d'air, soit dans la tunique vaginale, soit dans le tissu cellulaire des bourses, ou être le résultat de la vaporisation ou de la fermentation du liquide injecté. Les deux dernières observations d'hydrocèle qu'a publiées la GAZETTE MÉDICALE, et qui avaient été recueillies à l'Hôtel-Dieu dans le service de mon excellent maître et ami M. le professeur Blandin, offrent deux exemples remarquables du développement de la crépitation que j'indique.

Enfin cet emphysème peut être quelquefois produit artificiellement, afin de simuler une maladie qui n'existe pas: c'est ainsi que souvent on a vu une affection de cette nature à la joue, au tronc, aux bourses, et être le résultat d'une insufflation d'air qu'on cherchait à faire prendre pour une affection survenue spontanément, afin, par exemple, de faire réformer des jeunes gens du service militaire. C'est un emphysème véritable avec tous les caractères de la crépitation que j'ai décrite, et contre lequel le chirurgien devra se tenir en garde, afin d'éviter des erreurs qui souvent ont été commises en semblables circonstances.

La crépitation n'est pas seulement déterminée par une infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire d'enveloppe ou parenchymateux: un épanchement de liquide peut produire la même sensation et donner lieu aux mêmes erreurs. Disons cependant que tous ces liquides ne la déterminent pas, et que jusque-là on n'a pu la constater qu'à la suite des épanchements de sang.

Quand cette crépitation se rencontre à la base des bosses sanguines qui sont le résultat de contusions extérieures, et ce n'est pas toujours, ordinairement on ne l'observe pas au centre même de l'épanchement où l'on peut sentir de la fluctuation; c'est dans le bourrelet dur, bosselé, formé par l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire qui limite le foyer, et qui, avant que J.-L. Petit en eût bien fait connaître tous les caractères, avait quelquefois été pris pour les bords d'un os du crâne enfoncé dans le point où la fluctuation existait. Ce rebord est œdémateux, formé, comme je l'ai déjà dit, par du sang infiltré et coagulé. Si on appuie doucement avec les doigts sur cette tuméfaction, on sentira une crépitation qui pourrait faire croire à la présence de fragments osseux, et cela avec d'autant plus de facilité qu'immédiatement à côté, là où siége l'épanchement liquide, il semble, par la facilité que l'on éprouve à déprimer la peau, qu'il y ait un enfoncement véritable. Cette crépitation se produit de la même manière que celle qui dépend de l'emphysème, et donne à peu près la même sensation; seulement le bruit paraît plus pâteux et moins sec. Si l'on continue la pression, on arrive bientôt, comme dans l'emphysème, sur la surface osseuse.

Dans l'infiltration de gaz, les téguments conservent leur élasticité; le point qui correspond au doigt qui comprime ne reste pas affaissé, il revient sur lui-même. Les bulles d'air fuient facilement dans le tissu cellulaire environnant, et à mesure qu'on en déplace d'un lieu dans un autre, la crépitation continue à être perçue. Dans les bosses sanguines, au contraire, le tissu cellulaire est infiltré de sérosité et de sang; le déplacement est lent, difficile, et le liquide déplacé ne revient pas ou ne revient que très-lentement occuper son siége primitif. Aussi le point comprimé reste-t-il enfoncé; il conserve l'impression du doigt comme dans l'œdème. Si, par le même mécanisme, on cherche à déplacer ce qui est contenu dans les aréoles du tissu cellulaire, on ne retrouve plus cette facilité de déplacement et cette crépitation brusque et sèche qui est pathognomonique de l'emphysème.

M. A. Bérard pense que la production de cette crépitation résulte de l'écrasement de la portion fibrineuse du sang, qui s'est coagulée dans le tissu cellulaire voisin. Il la compare à ce que l'on éprouve quand on écrase des grumeaux de caséum. L'explication qu'il donne et cette comparaison peuvent très-bien rendre compte et donner une idée parfaite de ce qui se passe dans les bosses sanguines. Mais une partie des phénomènes ne serait-elle pas due aussi au passage de grumeaux de sang coagulé d'aréoles plus grandes dans des aréoles plus petites du tissu cellulaire, et ce déplacement, de concert avec l'écrasement, ne contribuerait-il pas à la production de la sensation qu'on éprouve?

Quelle que soit la manière dont on s'en rende compte, toujours est-il qu'il faut être en garde contre l'erreur qu'on pourrait commettre en prenant cet épanchement de sang pour une infiltration d'air et surtout pour une crépitation osseuse, qui réclame, quand elle existe, des moyens thérapeutiques bien différents.

---

souscrit pour douze mois au journal en payant une guinée d'avance. » Ceci paraît assez clair; et cette citation n'est pas la seule qu'on pourrait invoquer s'il était besoin d'autres preuves.

Les lecteurs désirent sans doute connaître la place qu'ont, chez nos voisins, notre littérature médicale et notre pratique. Cette place est tout honorable; la *parisian intelligence* est toujours la première en ligne et la plus étendue. Tous nos livres classiques sont immédiatement analysés ou traduits selon leur importance. Les leçons des Serres, des Chomel, des Bouillaud, Lallemand, Leroy-d'Étiolles, Ricord, Baillarger, etc., tiennent partout leur rang à côté de celles des Liston, des Cooper, Merriman, Tamplin, Laycock, Corrigan, Rigby, etc. Le titre de médecin français a presque à Londres le même prestige qu'aux États-Unis le fameux nom de *doctor from Paris*. Il semble même que le moindre grade honorifique acquis parmi nous devienne, de l'autre côté de la Manche, une puissante recommandation, puisqu'on voit, par exemple, M. Robert Barnes s'intituler, dans THE LANCET, *élève à la Salpêtrière*, et M. Henri Bennett, le rédacteur en second du même journal, et connu par tant de solides travaux, mettre toujours soigneusement parmi ses titres: *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, à Paris*.

Voilà, monsieur et cher confrère, ce que m'ont paru être les journaux de médecine anglais. Dans cette très-superficielle esquisse, il manque sans doute les traits propres à caractériser le crédit, les moyens, les habitudes et tendances, en un mot la valeur réelle de la presse médicale en Angleterre. Mais je ne m'étais engagé qu'à peindre sa *physionomie;* et l'on sait assez que si la connaissance du visage peut parfois faire justement préjuger au peintre de quelques qualités plus intimes, il courrait au-devant du mécompte le plus assuré, s'il s'obstinait à y vouloir lire le portrait psychique et moral complet de la personne qui a bien voulu poser un instant devant lui.

P. D.

— On lit dans un des derniers numéros du journal anglais THE LANCET le prospectus d'une *Société d'assurances sur la vie des malades*. Cette tontine est basée sur des statistiques recueillies dans les principales villes et provinces anglaises. Lorsqu'un malade veut s'y faire inscrire, on lui prouve qu'il doit payer telle ou telle somme, parce que la statistique a établi qu'il avait encore deux, trois, cinq, dix années à vivre, suivant qu'il est affecté d'une maladie du cœur, d'une hydropisie, d'une paralysie, ou qu'il appartient à une famille de phthisiques, etc.

— Le fameux Morrison a dépensé depuis 1830 jusqu'à la fin de 1844 la somme de 108,000 livres sterling *rien qu'à payer le timbre* des AVIS qui enveloppent les boîtes contenant les pilules qui portent son nom.

— On va établir au muséum d'histoire naturelle de Paris un cabinet spécialement affecté à l'anthropologie comparée. Déjà un certain nombre de pièces anatomiques ont été rassemblées et commenceront cette collection, destinée à l'étude des différentes races humaines répandues sur la surface du globe.

Cette crépitation, due à un épanchement sanguin, existe encore ailleurs que dans les bosses sanguines dont je viens de parler. Il n'est pas rare d'en constater l'existence dans les anévrismes diffus, les varices anévrismales, les tumeurs érectiles; elle a les mêmes caractères que dans les bosses sanguines, lorsque le sang est infiltré au pourtour de la plaie artérielle ou veineuse, et se reconnaîtra au même caractère. Mais si le sang veineux se mélange au sang artériel, il se produit un frémissement tout particulier qui simule une crépitation emphysémateuse, et pourrait quelquefois induire en erreur. Toutefois elle sera facile à éviter, si l'on songe que pour produire la crépitation due à la présence de gaz ou de liquides, il faut que le chirurgien le produise lui-même en déplaçant avec le doigt ou la main les parties qui la font naître, tandis que dans les anévrismes, les varices anévrismales, les tumeurs érectiles, la pression peut bien y donner lieu; mais le plus souvent elle se produit seule, spontanément, par les seuls effets du passage subit du sang dans la tumeur, et elle est encore mieux perçue par l'audition que par le tact, ce qui n'existe pas dans les autres variétés que j'ai énumérées plus haut. Si, avec lui, il n'en existait pas d'autres bien tranchés, ce caractère seul suffirait pour faire distinguer la crépitation qui appartient à ces sortes de lésions, et à faire reconnaître ces lésions entre elles.

VI. — DE LA CRÉPITATION DUE A LA PRÉSENCE DE CORPS ÉTRANGERS.

Dans les diverses variétés de crépitations dont jusqu'ici j'ai énuméré les caractères, le phénomène lui-même, son mode de développement, la cause qui le produisait, tout appartenait à une lésion organique, variable, comme j'ai eu soin de l'indiquer, par sa marche, son siége, sa gravité. Il convenait de grouper ensemble ces divers symptômes, de rapprocher ceux qui avaient de plus intimes rapports les uns avec les autres, afin de mieux les différencier; mais je devais mentionner encore certaines lésions qui, bien qu'appartenant à un autre ordre d'état pathologique, n'en produisent pas moins une crépitation qui les fera distinguer entre elles et de lésions différentes.

Des corps étrangers arrêtés ou développés dans certaines parties de l'économie, par leur agglomération en grand nombre et le frottement qu'ils exercent les uns contre les autres, ou avec des corps extérieurs introduits jusque dans la cavité qui les renferme, donnent lieu à la même crépitation que celle qui résulte du contact de deux surfaces osseuses, et si le plus souvent le siége de la maladie exclut l'idée d'une solution de continuité des os, elle peut faire croire à une ou plusieurs des affections que j'ai signalées, et qui ont avec elle beaucoup d'analogie sous le point de vue du diagnostic. On a rapporté quelques observations d'erreur de ce genre dans un but auquel on ne saurait donner trop d'éloges, qu'un esprit sage et consciencieux devrait prendre pour modèle et se faire un religieux scrupule d'imiter, celui de faire connaître les fautes ou les erreurs qu'on a commises, afin qu'elles puissent profiter aux autres et leur apprendre à mieux faire.

Je trouve dans la thèse de M. A. Bérard l'observation d'une femme qui était couchée à la Salpêtrière dans les salles de M. le professeur Cruveilhier, qui fit appeler plusieurs de ses collègues afin de l'aider à reconnaître une maladie qui lui semblait très-difficile à déterminer. Pour symptôme le plus constant, on percevait une crépitation qu'on faisait naître dans une tumeur qui occupait la fosse iliaque droite. Chacun fit des conjectures que l'autopsie seule pouvait éclairer : elle apprit que personne n'avait deviné juste. Plus de 600 noyaux de cerises, accumulés dans l'intestin, par leur frottement réciproque produisaient une crépitation que M. Bérard compare à celle de l'emphysème.

Peu de temps après celle dont je viens de parler, une femme, dans le même hôpital, présenta une crépitation analogue, et, comme dans la première, siégeant dans la cavité abdominale. L'erreur qu'on avait commise, les mêmes phénomènes s'offrant de nouveau, la maladie occupant la même région, firent naturellement penser qu'elle devait son existence à une cause semblable; et cependant l'autopsie ne tarda pas à démontrer qu'on s'était encore trompé de diagnostic. L'ovaire du côté droit était fortement distendu et contenait une quantité considérable d'hydatides. On sait, du reste, qu'on a donné comme moyen de diagnostic de ces acéphalocistes une espèce de frémissement ou susurrus particulier que quelquefois on peut sentir en appliquant la main sur le kyste dans lequel ils sont contenus.

Si, par leurs frottements réciproques, des corps étrangers, accumulés dans le canal intestinal, peuvent produire le phénomène de la crépitation, il en sera de même des productions anormales qu'on rencontre dans d'autres cavités. J'ai vu une femme qui avait la vésicule biliaire distendue par plus de 60 calculs. Lorsqu'on pressait sur la région du foie, on obtenait une crépitation manifeste qui aurait pu faire croire à une fracture de côté, si la malade qui les portait avait été exposée à contracter une semblable solution de continuité.

Enfin je mentionnerai, sans m'attacher à en donner tous les caractères, la crépitation qu'on obtient par cathétérisme, lorsqu'il y a un ou plusieurs calculs dans la vessie. Il se passe un frottement exercé tantôt par les calculs eux-mêmes, lorsqu'ils sont multiples, tantôt par l'extrémité de la sonde, et c'est le cas le plus ordinaire. Je dirai que le frottement d'un instrument de métal contre un corps rugueux, dur, calcaire, a quelque chose de particulier qu'on ne saurait trop s'exercer à reconnaître et à bien distinguer de celui qui est produit par le même instrument lorsqu'il rencontre des colonnes charnues ou des corps fibreux développés dans l'intérieur de la vessie. Ceux qui n'ont jamais pratiqué le cathétérisme comprennent difficilement qu'une erreur semblable puisse être commise; mais le chirurgien qui a eu la sensation de l'un et de l'autre sait très-bien qu'il ne saurait mettre trop de précautions à les différencier, à tel point que tous les auteurs recommandent, pour constater la présence d'un calcul, de ne jamais s'en rapporter à la seule sensation que la sonde fait percevoir à la main, mais qu'il faut que le choc de cette même sonde contre le calcul puisse être entendu.

S'il me fallait citer toutes les erreurs qui ont été commises à ce sujet, et rapporter les observations de tailles qui ont été pratiquées par des hommes du premier mérite sur des individus qui n'avaient pas de pierre dans la vessie, je serais peut-être un peu trop long; il suffira qu'on sache bien que cette faute a été faite, qu'elle a été faite et annoncée par des chirurgiens habiles, pour que ceux qui n'ont ni autant de pratique ni autant d'expérience qu'eux se précautionnent contre de semblables erreurs, et fassent tout ce qui dépendra d'eux pour les éviter. Mais une fois commises, qu'ils imitent la loyauté de quelques-uns de leurs devanciers : qu'ils les livrent à la publicité, afin qu'elles profitent à d'autres.

De nos jours, la plupart vantent leurs succès, rougissent de leurs revers et les dérobent au grand jour par le silence ou le mensonge, comme si l'esprit humain était infaillible, comme si un homme qui mène une vie active, laborieuse, remplie de travail et de peine ne devait jamais se tromper. Une science aussi ardue, aussi souvent incertaine que la médecine, se trouve placée sur le sommet de la montagne où siégent la plupart de celles qu'il faut aller y cueillir, et l'imprudent qui, sans s'aider de l'expérience et des secours de ceux qui suivent la même route, voudrait seul en gravir le sommet, serait bientôt par un faux pas renversé le plus bas de tous. Il faut suivre la voie commune, et par sa persévérance ou son génie avancer le plus haut possible. Si sur elle il se trouve quelque sentier détourné, il conduira souvent dans le précipice et la postérité sera redevable à celui qui l'ayant choisi aura eu le courage d'y planter un jalon pour indiquer le point de départ de son égarement et prévenir de ne pas le suivre ceux qui viendront après lui.

Telles sont, je crois, les différentes sensations qui résultent du frottement de diverses parties entre elles et qui produisent le phénomène connu sous le nom de *crépitation*, signe précieux de diagnostic, peu variable dans la forme, mais qui dénote des lésions qui n'ont entre elles rien de commun, tant sous le rapport de leur siége que sous celui de leur pronostic et de leur traitement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

V. JOURNAL DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire d'une épidémie de varicelle, et considérations sur la nature de cette maladie;* par M. Delpech. 2° *De la gangrène de la bouche chez les enfants;* par M. Hervez de Chégoin. (Simple note; l'auteur pense que la gangrène de la bouche chez les enfants pourrait bien n'être qu'une forme de stomatite couenneuse, la gangrène n'étant que le résultat local et accidentel de la compression des dents sur des surfaces déjà ramollies et enflammées.) 3° *De l'emploi du sel marin dans quelques affections gastriques et intestinales;* par M. Lasègue. 4° *De l'abus des médicaments alcalins;* par M. Trousseau. (Cette courte note n'a pas trait à l'emploi inopportun des alcalins, mais à leur emploi trop prolongé dans les maladies où ils conviennent. Il faut laisser à la nature le soin d'agir quand le malade a déjà fait de rapides progrès vers la guérison.) 5° *Question de l'antagonisme;* par M. Boudin.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE VARICELLE, ET CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DE CETTE MALADIE; par M. DELPECH.

Cette épidémie s'est manifestée dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'hôpital Necker, pendant les derniers jours de l'année 1843, et elle s'est continuée pendant les premiers mois de l'année 1844. Le travail dont elle est ici l'objet offre deux parties distinctes : la première est relative à la marche et aux symptômes de l'épidémie; la seconde est consacrée à élucider, à l'aide de ces nouveaux faits, quelques points de doctrine.

Un premier caractère de l'épidémie a été l'absence habituelle de prodromes; de la fièvre ou une chaleur très-légère, rarement des nausées ou des vomissements, précédaient à peine le travail d'éruption ou se montraient avec lui; puis survenaient plusieurs accès fébriles successifs, toujours peu intenses, et suivis d'une éruption nouvelle; de telle sorte que toutes les périodes de l'éruption pouvaient être observées à la fois sur la peau. Le premier jour de l'éruption apparaissaient des points rosés, très-petits, d'une coloration peu foncée, peu ou point saillants, et disparaissant sous la pression comme les taches typhoïdes auxquelles ils ressemblent. Rarement ils ont été nombreux; cependant, dans quelques cas, ils ont été presque confluents à la face. L'existence de ces points rosés, déjà signalée par Hatté, avait été niée par plusieurs observateurs.

A peine avaient-ils paru que l'épiderme se soulevait sur plusieurs d'entre eux et qu'une bulle se formait. Ces bulles étaient parfaitement transparentes au début, arrondies, pleines d'un liquide séreux incolore, et exemptes d'aréole inflammatoire. Leur volume était très-variable; tandis que les unes n'arrivaient qu'à celui d'un grain de chènevis, les autres pouvaient acquérir jusqu'à 2 centimètres au moins de diamètre à leur base. Assez souvent, lorsqu'elles étaient volumineuses, les bulles se déchiraient au moindre frottement et laissaient échapper la sérosité qu'elles contenaient; mais, dans les cas les plus ordinaires, elles s'entouraient d'un étroit liseré rose; puis le liquide qu'elles contenaient devenait lactescent, et la bulle se desséchait sans suppuration véritable.

Dans un certain nombre de cas, les bulles prenaient un énorme volume et se rapprochaient de celles du pemphigus. Peu de temps avant que cette forme d'éruption commençât à se manifester, un enfant d'une faible complexion avait déjà présenté des bulles qui continuèrent à s'élargir, en restant translucides et exemptes d'aréoles inflammatoires, pendant trois jours. A partir de ce moment, les bulles véritablement pemphigoïdes devinrent fréquentes. Voici la description qu'en donne l'auteur :

« On voit, lorsqu'on y regarde à temps, que ces bulles sont précédées d'une plaque rosée, semblable, sauf l'étendue, aux papules que nous avons signalées pour l'éruption simple; mais l'épiderme se soulevant avec rapidité, il n'est bientôt plus temps d'en constater l'existence. Au moment où l'épiderme se décolle, la bulle présente exactement les mêmes caractères que celles qu'on soulève avec la pommade ammoniacale..... La peau conserve autour d'elle sa coloration normale. Son diamètre, toujours considérable, a varié de 4 ou 5 millimètres à 2 centimètres et demi. — Au bout de vingt-quatre heures de développement, ou la bulle s'est déchirée par les frottements et a laissé, suivant la nature des enfants, une dénudation du derme, superficielle, rosée, analogue à celle que produit l'ammoniaque; ou bien une surface grisâtre, ou bien encore elle s'est un peu étendue en largeur, est devenue moins tendue et s'est ridée..... Peu à peu le liquide perd sa transparence, et on voit s'y former des flocons blanchâtres, puis lactescents, flottants dans la cavité de la bulle; presque toujours à cet état l'épiderme a perdu sa cohésion; il se déchire sur un point et une croûte se forme sur la place qu'occupait la bulle; ou bien le derme, d'abord humide, se recouvre bientôt d'une lame épidermique nouvelle..... Ces bulles s'observent sur tous les points du corps; la face est le seul endroit où nous ne leur ayons pas vu un grand volume; les membres, le tronc, le cou en ont été tour à tour affectés; quelquefois elles s'attaquaient aux doigts, et nous avons vu le pouce d'un enfant complétement dépouillé par leurs progrès. »

Papules, bulles normales, bulles pemphigoïdes, toute cette succession de symptômes survenait et arrivait à terme dans un temps qui, dans les cas les plus simples et les plus ordinaires, variait de trois à sept jours; mais quelquefois les croûtes restaient humides, et la peau continuait à sécréter du pus. Les varicelles pemphigoïdes étaient celles qui le plus souvent déterminaient ce fâcheux accident.

L'épidémie n'a, du reste, jamais offert de gravité et n'a exigé qu'un traitement des plus simples.

Ainsi que nous l'avons dit, l'auteur a pris de cette épidémie occasion d'examiner quelques points de doctrine relatifs à la question fondamentale de l'identité ou de la différence essentielles de la varicelle et de la variole. Or, prenant en considération : 1° l'origine plus récente de la varicelle; 2° son type nettement dessiné quand la variole était vierge de toute altération; 3° son existence isolée de toute épidémie de variole; 4° l'âge des individus qu'elle attaque le plus souvent (en l'absence de vaccination, la variole s'attaque fréquemment aux adultes, tandis que la varicelle s'attaque presque exclusivement aux enfants); 5° l'indifférence avec laquelle elle frappe tous les individus qu'ils aient été ou non vaccinés, qu'ils aient eu ou non la variole, qu'ils soient dépourvus de toute influence préservatrice ou qu'ils l'aient tout récemment contractée; l'absence, dans ce dernier cas et lorsque l'inoculation avait pris tout le développement possible, de modifications dans la maladie, aussi bien que l'absence de toute immunité conférée par la varicelle contre la variole ou le vaccin (sur ces différents points, des expériences nouvelles, fort intéressantes, ont été faites dans le service de M. Trousseau); 6° la combinaison possible et le développement simultané de la varicelle et de la variole; 7° l'impossibilité (malgré des opinions contraires) de la transmission de la variole par la varicelle et réciproquement; 8° les doutes existant encore aujourd'hui sur la possibilité d'inoculer la varicelle; 9° la forme particulière de cette maladie; 10° ses transformations possibles; prenant, dis-je, en considération toutes ces circonstances, l'auteur est amené à considérer la varicelle comme une éruption de nature spécifique.

Le tableau que nous venons de rapporter est, en général, conforme à l'observation; il constate des différences réelles, tranchées, entre la variole et la varicelle. Mais jusqu'où vont ces différences? pénètrent-elles jusqu'à l'essentialité de ces maladies? Voilà ce qu'il serait peut être téméraire d'affirmer. Entre le typhus et la fièvre typhoïde, il existe aussi, au point de vue phénoménal, des différences. Qui pourrait nier cependant le lien intime, essentiel, qui les unit? Ne sont-ce pas, sauf les degrés d'intensité, les mêmes causes? n'est-ce pas le même fond de symptômes et le même fond de traitement? Eh bien, un rapport analogue existe certainement entre la variole et la varicelle, et il n'est contredit, suivant nous, par aucune des circonstances différentielles qu'elles présentent. Qu'elles ne s'attaquent pas toutes deux au même âge, qu'elles puissent exister isolément, que l'une trouve dans le vaccin un préservatif plus puissant que l'autre, etc.; ce sont des raisons suffisantes pour établir deux variétés distinctes, mais non pour nier l'essentialité commune qui les rattache à une seule et même espèce. Nous ne sommes pas bien sûr, du reste, que ces idées ne soient pas partagées par l'auteur du mémoire. Les termes dans lesquels il exprime la distinction admise par lui entre les deux éruptions ont laissé quelque indécision sur ce point dans notre esprit. Toutefois, les expressions de *différences absolues*, de *différences spécifiques*, nous font craindre de nous trouver en désaccord avec lui.

VI. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

NUMÉROS DE JANVIER, FÉVRIER ET MARS 1846.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BUBONS SCROFULEUX ET LEUR TRAITEMENT; par M. GABALDA.

Le but de l'auteur, en écrivant ce travail, n'a pas été de traiter des bubons scrofuleux, tels qu'on les connaît généralement, c'est-à-dire comme variété rare et ne se présentant que parmi les signes de la scrofule la plus intense et la mieux caractérisée. Dans ses remarques, il s'agit en réalité des bubons très-fréquents qu'on observe concurremment avec les symptômes vénériens primitifs, chancres, balanite, blennorrhagie. Seulement il croit pouvoir rattacher leur étiologie à la scrofule. Son opinion à cet égard est exprimée dès le début, de manière à ne laisser aucune espèce de doute. « Parmi le grand nombre de bubons, dit-il, qu'on observe dans nos hôpitaux *spéciaux*, les bubons scrofuleux sont de beaucoup les plus fréquents. L'opinion généralement admise sur les bubons les fait considérer sans distinction comme une affection essentiellement syphilitique. Mais j'ai acquis la conviction qu'un très-grand nombre de bubons regardés comme syphilitiques et trop souvent traités comme tels appartenaient à la scrofule. » Voici maintenant sur quels arguments il appuie sa thèse. Pour les faire connaître, nous serons obligés de suivre avec lui l'histoire tout entière des bubons.

Le caractère le plus général qui distingue les bubons scrofuleux est leur marche chronique, bien différente de la marche aiguë des bubons virulents ou inflammatoires simples. Débutant ordinairement par l'engorgement d'un ganglion inguinal, ils s'accompagnent d'une douleur sourde, peu intense, sensible seulement lors des mouvements. Au bout de huit jours, quinze jours, un mois de cet état, des douleurs plus vives se déclarent, mais c'est parce que le tissu cellulaire sous-cutané et la peau s'enflamment à leur tour; cette inflammation n'a donc pas le ganglion lui-même pour siége. Alors même la phlegmasie est encore moins aiguë que dans un phlegmon ganglionnaire pur et simple, la différence est remarquable tant par le peu d'énergie des symptômes locaux que par l'absence de toute réaction fébrile. La rougeur de la peau est moins vive; elle est diffuse, peu uniforme; l'empâtement du tissu cellulaire participe aussi de ces derniers caractères.

Le travail de suppuration se fait lentement, sans douleurs bien vives : le pus se rassemble le plus souvent en plusieurs petits foyers. Enfin, et surtout, la suppuration de la tumeur est toujours incomplète, et elle n'envahit qu'une faible partie du bubon. Même à cette période inflammatoire, le foyer n'est pas unique et bien circonscrit; il n'est point rare de voir chaque ganglion s'engorger et suppurer isolément.

Lorsqu'on ouvre un bubon scrofuleux ayant présenté ces caractères, il s'écoule d'abord une certaine quantité de pus véritablement phlegmoneux, louable; mais à ce produit morbide en succède bientôt un autre tout différent : c'est une sérosité roussâtre tenant en suspension des flocons purulents ou pseudomembraneux. Ces flocons deviennent de plus en plus rares,

et la sérosité devient de plus en plus limpide à mesure qu'on s'éloigne du moment où le bubon a été ouvert. La plaie demeure fistuleuse; les bords s'ulcèrent, deviennent fongueux et prennent une couleur blafarde. Cet état, qui a été souvent confondu avec l'ulcération chancreuse du bubon virulent, en est cependant bien facile à distinguer. Dans le bubon scrofuleux, l'ulcération s'accomplit sans aucun travail inflammatoire local, et elle participe de la lenteur et de la chronicité qui sont les deux caractères de la scrofule. La peau a, au pourtour, une coloration livide. La plaie est fongueuse et d'un gris blafard. Cette couleur ne tient pas, comme dans le chancre, à la présence d'une production pseudomembraneuse qu'on peut enlever; elle tient au tissu cellulaire lui-même qui forme le fond de la solution de continuité. Enfin, elle persiste indéfiniment avec les mêmes caractères, et le fond de l'ulcère est occupé par des ganglions hypertrophiés qui souvent viennent faire saillie au-dessus du niveau de la peau, constituant ainsi le plus grand obstacle à la cicatrisation définitive.

Une variété du bubon scrofuleux, bien intéressante à savoir distinguer à cause des erreurs qu'elle peut produire si on la méconnait, est le bubon scrofuleux succédant à un bubon virulent ou syphilitique. Cela arrive de deux manières, soit que dans un bubon syphilitique ouvert, l'ulcération virulente soit entretenue par les conditions générales de diathèse scrofuleuse prononcée où se trouve le malade, soit que l'ulcération, après avoir duré quelque temps sous la forme chancreuse, cesse de fournir un pus inoculable et passe par une nouvelle série de phénomènes qui ne diffèrent en rien de ceux dont la description vient d'être présentée ci-dessus. Dans ce dernier cas, la syphilis ne s'est pas combinée avec la scrofule; elle lui a tout simplement cédé la place.

Ce qui caractérise encore le bubon scrofuleux, c'est qu'on voit survenir pendant sa durée des affections scrofuleuses plus ou moins graves; ils se développent même fréquemment chez des individus atteints déjà de ces affections, telles que engorgements tuberculeux de l'épididyme et du testicule, engorgements des ganglions cervicaux, éruptions dartreuses, tubercules pulmonaires. D'autres malades avaient eu autrefois des symptômes pareils.

Mais la scrofule n'est pas le seul agent par lequel s'explique la formation de ces bubons; il y a aussi une cause occasionnelle bien manifeste. Cette cause consiste ordinairement en des lésions des parties génitales; mais elles ne rendent pas à elles seules compte de tout. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir constaté une irritation mécanique locale, ni même d'avoir montré le lien anatomique qui établit un rapport entre la cause irritante et les ganglions lésés. Ces circonstances ne peuvent nullement expliquer la nature de l'affection. Elles sont communes à un grand nombre de maladies. En les considérant, ainsi qu'on le fait trop souvent aujourd'hui, comme des causes suffisantes, on ne s'expliquerait pas trop pourquoi, dans un cas, elles déterminent une inflammation simple, tandis que, dans un autre, elles produisent une inflammation chronique et de mauvaise nature. En tenant compte au contraire de la prédisposition morbide, la nature de l'affection devient évidente, et les causes occasionnelles conservent en même temps toute leur valeur.

Parmi les lésions locales qui agissent comme cause occasionnelle, l'une des plus fréquentes est le chancre. Or, le bubon scrofuleux peut s'observer avec toutes les variétés du chancre, et ce n'est pas telle ou telle forme d'ulcère primitif qui le détermine, comme cela se voit pour les bubons syphilitiques. Ici, le chancre n'agit que comme un irritant simple placé dans le voisinage des ganglions, et non pas comme un agent spécifique.

Quant au traitement, outre l'usage des antiscrofuleux, M. Gabalda se borne à préconiser contre les bubons tenaces la cautérisation de la glande indurée au moyen de plusieurs applications successives de pâte de Vienne.

— Nous avons longuement reproduit les arguments de M. Gabalda; mais ce n'est point avouer pour cela qu'ils aient entraîné notre conviction pleine et entière. Nous croyons bien, il est vrai, qu'il peut exister chez des sujets porteurs de chancres, ainsi que sur tous autres individus, des bubons uniquement dus à la diathèse scrofuleuse. Nous pensons encore que les bubons qui coïncident avec un chancre ne méritent ni le nom, ni le traitement de bubons syphilitiques, toutes les fois que leur pus n'est pas inoculable. Mais quant à mettre sur le compte absolu des scrofules la grande majorité des engorgements inguinaux qu'on observe dans les hôpitaux de vénériens, quant à expliquer par la présence ou l'absence de cette diathèse pourquoi chez tels sujets ayant un chancre les ganglions lymphatiques de l'aine s'engorgent ou ne s'engorgent pas...., voilà ce qui nous semble aller bien au delà du langage que peuvent suggérer les faits observés sans esprit de système. D'après ce que nous voyons tous les jours, les causes qui décident l'apparition d'un bubon à la suite d'un chancre sont loin de se prêter à une telle simplification. Dans cette pathogénie souvent obscure, l'élément scrofuleux joue sans contredit son rôle; mais la constitution pléthorique, l'irritation causée par certains traitements locaux, les marches prolongées, la station debout, les efforts, la constipation, sont autant d'agents dont il est également juste de tenir compte. Bien certainement, dans les salles de vénériens, ce n'est pas sur les scrofuleux que sévissent exclusivement les bubons. Voici deux malades affectés de chancres, l'un sanguin, l'autre scrofuleux : maintenez le second couché en pansant son chancre avec des émollients, et laissez le premier marcher librement en cautérisant vigoureusement la surface ulcérée. Malgré cette différence, le scrofuleux doit-il, à votre sens, contracter nécessairement un bubon et le sanguin y échappera-t-il dans tous les cas?..... Personne ne voudrait le soutenir.

Une autre différence sépare les bubons purement scrofuleux des bubons non virulents suite de chancre; tandis que les premiers parcourent leurs périodes sans réaction fébrile, il est rare que ceux de la seconde espèce ne soient pas accompagnés durant leur formation par un peu de fièvre, de malaise général, d'inappétence. M. Gabalda nie l'existence de cette réaction générale; et quant aux signes d'inflammation locale, il les attribue à l'envahissement du tissu cellulaire ambiant par la phlegmasie. Malheureusement pour la vraisemblance de cette explication, il est d'observation que la fièvre et la sensibilité locale se manifestent le plus fréquemment dès les premiers jours, c'est-à-dire à l'époque où le ganglion seul est pris, et où le tissu cellulaire voisin n'a pas ordinairement encore subi l'extension du travail phlegmasique.

Enfin, si la marche de la maladie est souvent lente, si le pus se rassemble en petits foyers distincts, si la plaie d'ouverture demeure longtemps fistuleuse, ceci tient à une circonstance de siége, non de nature. C'est simplement parce que la suppuration a plus de peine à se collecter dans un ganglion lymphatique qu'au milieu du tissu cellulaire libre. On sait qu'en raison de la texture peu extensible de ces glandes, le pus y reste plus longtemps à l'état d'infiltration, et qu'en règle générale, on est toujours obligé de temporiser beaucoup plus avant d'ouvrir un abcès ganglionnaire qu'avant d'inciser un abcès phlegmoneux ordinaire.

De cette discussion, nous ne conclurons pas qu'il n'existe jamais de bubons produits de la scrofule seule; nous ne soutiendrons point non plus que le vice scrofuleux est incapable de modifier la marche ainsi que les caractères des bubons chez les vénériens. Ce serait remplacer l'opinion trop exclusive de M. Gabalda par une manière de voir non moins absolue. Or, nous n'avons point voulu ici soumettre le mécanisme de la formation des bubons à une théorie une et identique pour tous les cas; si nous avons pris la parole après l'auteur, ce n'a été, au contraire, que pour combattre ce qui nous semblait un acheminement à cette prétention.

DE LA FRACTURE ET DE LA DÉFORMATION DES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS; par M. CIVIALE.

M. Civiale commence par rassembler tous les faits connus de ce genre, parmi lesquels nous en citerons seulement un publié tout récemment, et qui a été observé par M. Taroni.

OBS. — Un malade, âgé de 26 ans, portait une pierre dans la vessie depuis plusieurs années. M. Taroni, ayant résolu de le lithotritier, se munit d'un brise-pierre n° 2, modèle Charrière, qu'il eut soin d'essayer la veille du jour de l'opération. Après l'avoir introduit, il écrasa à quatre reprises le calcul avec beaucoup de facilité et sans déployer une grande puissance. Tout allait bien, lorsque, à la cinquième tentative qui n'avait pas nécessité plus de force, un bruit un peu plus considérable se fit entendre. Il n'en conçut aucune inquiétude, et voulut terminer là la séance; mais l'instrument ne put être retiré. Après des essais réitérés, mais infructueux, on ne put faire arriver l'instrument que jusqu'en deçà du col vésical. Là, en explorant la région périnéale, on reconnut une aspérité qui fut prise pour un fragment de pierre engagé entre les branches du lithotriteur. On fit alors une petite incision; mais les parties une fois mises à découvert, on s'aperçut que ce n'était pas un fragment de calcul, mais bien une portion saillante de la paroi gauche de la fenêtre de la branche femelle qui s'était cassée et écartée de son axe dans son tiers inférieur, de manière à offrir dans le mouvement rétrograde l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon. Toutes les difficultés étant ainsi expliquées, l'opérateur fit saillir par la boutonnière périnéale l'extrémité du lithotriteur, et, à l'aide de fortes pinces, il détacha en entier la partie qui formait l'obstacle à son extraction. L'extraction s'acheva alors aisément.

En se représentant la gravité des désordres qu'a dû produire l'instrument dévié à travers le col de la vessie jusqu'à la boutonnière, on pouvait s'attendre aux plus fâcheux symptômes. En effet, un spasme violent se déclara, et après lui une chaleur intense. Les urines ne coulant pas, on plaça par prudence une sonde à demeure dans la vessie; elle donna passage à des caillots sanguins entraînant de nombreux fragments de calcul.

L'opération a été faite le 25 septembre 1845. Le 16 octobre, on donnait des nouvelles satisfaisantes de l'état de l'opéré; mais on présumait que la guérison définitive se ferait attendre longtemps.

Après avoir reproduit ce fait, salutaire avertissement dû à l'honorable confession d'un médecin dont on ne saurait trop louer la noble franchise, M. Civiale énonce d'un point de vue général les considérations et les indi-

cations pratiques auxquelles peut conduire le rapprochement des divers accidents de ce genre. Et d'abord, il convient d'établir une première distinction quant à la gravité du pronostic à porter, suivant qu'il y a fracture complète avec chute de la partie détachée dans la cavité vésicale ou fracture incomplète, la partie séparée par un de ses bouts restant par l'autre adhérente à l'instrument. Le premier cas est le moins fâcheux, parce qu'alors on peut retirer l'instrument; le malade n'a ni souffrances ni inquiétudes nouvelles; seulement, au lieu d'un calcul, sa vessie contient un calcul et un fragment d'instrument. Mais rien ne presse d'agir : l'on peut attendre un moment opportun, essayer à plusieurs reprises d'extraire le tout avec les instruments de lithotritie, et si l'on n'y peut parvenir, pratiquer la taille après y avoir préparé le malade. — Si, au contraire, il n'y a pas eu fracture complète, l'instrument déformé ne peut être retiré de la vessie, et l'on comprend alors les angoisses du patient, celles de l'opérateur, et le parti violent, les tentatives désespérées auxquelles peut l'entraîner le désir bien naturel d'en finir immédiatement à tout prix. C'est donc dans ce cas, en particulier, qu'il importe de tracer les règles à suivre.

En général, les chirurgiens auxquels ce malheur est arrivé, sans soupçonner, sans chercher à reconnaître la nature précise de la lésion, ont d'abord tenté de retirer l'instrument. De là des déchirures du canal, des contusions de ses parois. Il vaut mieux, dit M. Civiale, l'impossibilité de l'extraction étant bien constatée, recourir de suite à la taille hypogastrique; car si l'on n'a pas déjà fait des efforts immodérés de traction, cette opération n'a pas moins de chances de succès alors que dans tout autre circonstance; avant de la pratiquer, il faut seulement s'être mis en mesure d'écarter, après que la vessie aura été ouverte, les obstacles que la déformation de l'instrument pourra opposer à sa sortie. Soit qu'il s'agisse de redresser une partie déviée ou de la détacher tout à fait, ou même qu'on ait à scier l'instrument au niveau du méat urinaire, afin de le faire ensuite sortir par la plaie de l'hypogastre si sa déformation l'empêchait de traverser l'urètre, tout cela, avec un peu de sang-froid, peut s'exécuter sûrement et promptement. L'instrument, retenu dans la vessie, pourrait même servir de guide à l'opérateur pour ouvrir les parois de ce viscère.

M. Civiale insiste surtout sur l'inutilité et le danger des essais d'extraction auxquels tous les médecins, témoins de pareils accidents, se sont livrés aveuglément et sans savoir d'où venait l'obstacle. Alors même, dit-il avec raison, qu'on aurait ainsi amené l'instrument à la partie membraneuse de l'urètre, il serait impossible d'aller plus loin, car les autres parties du canal n'ont pas la même dilatabilité. — Il condamne également la boutonnière au périnée, laquelle effectivement ne suffirait pas pour permettre de remédier à la déformation de l'instrument, si celle-ci s'était faite dans la partie qui n'a pu franchir le col vésical, circonstance qu'on ignore toujours au moment où l'on opère. La taille hypogastrique, qui offre un secours plus sûrement applicable à tous les cas, doit donc, en thèse générale, être préférée.

M. Civiale recommande enfin aux chirurgiens de toujours essayer préalablement eux-mêmes sur la table les instruments dont ils se proposent de faire usage. Il y a aussi, dans la construction de l'instrument, une précaution qui sert puissamment à prévenir de pareils accidents : c'est celle qu'a prise M. Charrière de diminuer la puissance du moteur mis entre les mains du chirurgien. Les volants, la vis de rappel et autres mécanismes semblables sont éminemment répréhensibles sous ce rapport, car ils augmentent la quantité de force mise en jeu, et cela dans une proportion que le chirurgien ne peut calculer. Au contraire, avec la rondelle qui termine la vis de pression, on est en toute sûreté; car le fabricant étant toujours libre de lui donner un diamètre proportionné à la force des branches, on agit ainsi sur un bras de levier d'autant moins grand que l'instrument est moins capable de résister. La puissance, dans cette combinaison, se trouve donc exactement mesurée sur la résistance de l'appareil.

VII. ANNALES PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier et mars 1846 contiennent les mémoires suivants : 1° *De la statistique appliquée aux maladies mentales*; par M. Baillarger. (Lettre à M. Renaudin, directeur de l'asile des aliénés de Fains, sur la publication d'un annuaire historique et statistique de l'aliénation mentale.) 2° *Pathologie mentale en Italie, en Suisse, en Allemagne*; par M. Morel. 3° *Études sur les maladies incidentes des aliénés*; par M. Thore. (Article non terminé.) 4° *Considérations sur l'action thérapeutique de l'ammoniaque*; par M. Carrière. (Nous avons rendu justice à ce bon travail dans la GAZETTE MÉDICALE, au *bulletin bibliographique*.) 5° *Des hallucinations psycho-sensorielles*; par M. Baillarger. 6° *Des hallucinations*; par M. Macario. 7° *Rapports judiciaires et considérations médico-légales sur quelques cas de folie homicide*; par M. Aubanel.

DES HALLUCINATIONS PSYCHO-SENSORIELLES; par le docteur BAILLARGER.

DES HALLUCINATIONS; par le docteur MACARIO.

Dans un précédent travail, M. Baillarger avait admis deux sortes d'hallucinations : les unes, dues à la double action de l'imagination et des organes des sens, et qu'on peut appeler *psycho-sensorielles*; les autres, au contraire, tout à fait indépendantes des appareils sensoriaux et *de nature purement intellectuelle*. C'est à établir expérimentalement la réalité des fausses perceptions de la première espèce qu'il s'applique aujourd'hui. — D'un autre côté, M. Macario, qui précédemment s'était occupé des hallucinations *externes* ou *sensorielles* proprement dites, traite, dans le présent mémoire, des hallucinations *intuitives*. De telle sorte que, en rapprochant ces deux travaux, nous avons un exposé des deux faces principales de la question (1).

En premier lieu, voici comment M. Baillarger cherche à démontrer l'intervention réelle, directe, des organes sensoriaux dans le phénomène de l'hallucination. 1° Des personnes saines d'esprit et qui ont eu des hallucinations passagères ont conservé la conviction intime de la réalité des impressions sensorielles. Burdach, Müller, qui ont vu parfois des images fantastiques, assurent, le premier, que son œil a éprouvé *la même sensation* que si un objet extérieur s'était trouvé placé *devant cet œil vivant et ouvert*; le second, qu'il a eu de véritables *sensations* qu'on ne peut confondre avec de simples idées. 2° Les hallucinés, soit après la guérison, soit dans le cours de la maladie, s'expriment sur la nature de leurs fausses perceptions, de manière à ne pas laisser de doute sur l'intervention des organes des sens. « J'ai vu, disait un halluciné guéri à Esquirol, j'ai entendu aussi distinctement que je vous vois et vous entends. » — « Si mes perceptions sont fausses, disait un prêtre halluciné à M. Foville, je dois donc douter de tout ce que vous me dites; je dois douter que je vous vois, que je vous entends. » Et une foule d'autres exemples semblables. 3° Les hallucinés donnent, sur la manière dont ils sont impressionnés, des détails caractéristiques. Les unes déterminent le caractère de la voix qu'ils entendent; elle est grave ou aiguë, forte ou faible, etc. Les autres distinguent deux sortes de voix : l'une *avec bruit*, venant de l'extérieur; l'autre muette et intérieure. Il en est qui disent n'entendre que par une seule oreille. Gruithuisen a vu des cas d'hallucinations de la vue où les images couvraient les objets extérieurs, où, conformément aux lois ordinaires de l'optique, « tantôt une image fantastique très-brillante laissait à sa place une figure de même forme, mais obscure; tantôt, après avoir rêvé qu'on jetait du spath fluor violet sur des charbons ardents, on apercevait une tache jaune sur un fond bleu, etc. » Bortock a remarqué que les images suivaient la direction des yeux. Paterson rapporte l'observation d'un malade qui aperçut tout à coup sous un arbre un homme drapé dans un manteau bleu; voulant vérifier l'expérience du docteur Brewster, il pressa l'un de ses globes oculaires, d'abord sans autre effet que de rendre l'image moins distincte; mais bientôt, ayant regardé obliquement, il vit la figure *double* et de grandeur naturelle. 4° Enfin, *les actes* des hallucinés témoignent qu'ils rapportent le point de départ de l'impression aux organes sensoriaux eux-mêmes. Ainsi, ils se bouchent le nez, les oreilles, etc.

En second lieu, M. Macario décrit ainsi les hallucinations purement intuitives. « Les hallucinés, dit-il, voient sans les yeux et entendent sans les oreilles du corps. Chez eux, le *moi* est perdu; l'âme vit, mais d'une vie qui n'est pas celle de la terre; c'est comme dans la vie des rêves lorsque les sens sont engourdis et que l'esprit se lance dans un autre monde où tout est plus large, où le mouvement est plus rapide, où toutes les images nagent dans l'infini. » L'auteur raconte ensuite l'histoire d'un prêtre qui croyait voir *intellectuellement*, suivant sa propre expression, toutes les générations passées défiler devant lui, tristes et taciturnes; qui, une autre fois, croyait, toujours *intellectuellement*, être Napoléon en personne et assister à la bataille de Waterloo. Quand Van Helmont vit son âme sous forme d'une lumière ayant figure humaine, c'était encore *intellectuellement*, comme il le dit lui-même.

Tel est l'exposé des considérations présentées par MM. Baillarger et Macario. Maintenant, nous l'avouerons, il nous reste encore bien des incertitudes sur la distinction qu'ils veulent, avec plusieurs autres, établir dans la science. Sans doute, comme le dit le premier de ces auteurs, *il est des phénomènes qu'il faut se contenter de constater sans chercher à en pénétrer le mécanisme*. Mais, dans le cas présent, au moins faut-il démontrer que les hallucinations dites *sensorielles* ou *psycho-sensorielles* ont leur point de départ dans les organes des sens et que l'image, par exemple, est

(1) Le travail de M. Macario contient encore des considérations sur les hallucinations ganglionnaires, sthéniques, sur les causes, le diagnostic, le pronostic et le traitement des hallucinations en général.

transmise des nerfs optiques au cerveau; tandis que dans les hallucinations dites *intuitives*, l'impression naît et se développe dans le cerveau. Sans cette démonstration, la distinction n'est plus appuyée sur rien, et il ne reste plus que ce fait indéniable, mais assez insignifiant en soi, que certains hallucinés *rapportent* leurs impressions aux organes des sens, tandis que d'autres les rapportent à l'*intérieur*, à l'*âme*, à l'*intelligence*, etc... Démontrer que les malades ne se trompent pas dans leur appréciation et qu'en effet les fausses impressions peuvent avoir ces deux sources distinctes, voilà où il faudrait arriver. Or, parmi les faits invoqués par M. Baillarger, ceux-là seuls qui dénotent la mise en jeu des lois ordinaires de l'optique, comme la diplopie, l'obscurité partielle substituée à l'image fantastique évanouie, etc., nous paraissent de nature à appuyer sérieusement cette manière de voir. Malheureusement, ces faits n'ont pas encore acquis, faute d'une observation suffisamment répétée, un crédit inébranlable; et d'un autre côté, la signification qu'on est tenté de leur donner est contredite par un ordre de faits d'une observation plus facile et d'un sens moins contestable. M. Baillarger, qui emprunte à M. Esquirol des faits favorables à son opinion, ne peut ignorer que cet observateur a cité des cas de visions très-nettes, très-distinctes, chez des personnes aveugles et en particulier chez une femme dont les deux nerfs optiques furent trouvés atrophiés depuis leur entrecroisement jusqu'à leur attache oculaire; aussi bien que des cas d'hallucinations de l'ouïe chez des personnes absolument sourdes. Aussi Esquirol enseigne-t-il positivement que le siége des hallucinations n'est pas *dans les extrémités de l'organe sensitif*, mais bien *dans le centre de la sensibilité*. Si donc une image déterminée peut être distinctement perçue à distance par un halluciné privé d'œil (car sans nerf optique l'œil n'existe pas), il faut bien que le trouble, quel qu'il soit, ait son siége unique dans le *sensorium commune;* et ainsi entre les impressions rapportées par les malades *au dehors* et celles rapportées *au dedans*, il n'y aurait qu'une différence de degré ou de forme, et point du tout une différence de siége. Nous le répétons, c'est là une question difficile et moins avancée peut-être qu'elle ne le paraît au premier abord.

VIII. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Le numéro de janvier renferme les mémoires originaux suivants: 1° *Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds;* par le docteur Aubert-Roche. (Suite d'une série d'articles sur le même sujet, insérés dans les tomes XXXI, XXXII et XXXIII.) 2° *Sur la durée des familles nobles en France;* par M. Benoiston de Châteauneuf. (L'auteur, après avoir établi sur des recherches historiques qu'en France comme partout les familles nobles n'ont pas une longue durée (la plus grande durée est évaluée approximativement à trois cents ans), cherche à reconnaître les causes de leur rapide extinction. Ce fait, dont on a voulu alternativement trouver la raison dans le droit d'aînesse qui, en accordant à un seul enfant les titres et les biens dont il privait les autres, réduisait ainsi une nombreuse postérité à un seul rejeton, dans l'affaiblissement physique des races résultant du défaut de croisement, enfin dans le petit nombre d'enfants que produisent les classes qui vivent au sein de l'opulence et de l'oisiveté, M. Benoiston de Châteauneuf croit pouvoir l'attribuer avec plus de motifs aux deux professions qu'embrassaient à peu près exclusivement les nobles, l'état militaire et l'état ecclésiastique, l'une les obligeant au sacrifice de leur vie, l'autre les condamnant à ne pas la donner.) 3° *Sur l'emploi de la lampe de Davy;* par M. Boussingault. (Ce travail a été analysé dans notre revue médico-judiciaire et hygiénique. Voy. Gaz. Méd., n° 19, de cette année.) 4° *Sur le transport des animaux destinés à la boucherie;* par M. Guérard. 5° *Sur un nouveau système de vidange des fosses d'aisances;* par le même. (L'auteur signale les avantages pour l'hygiène publique du procédé de la compagnie Domange désigné sous le nom de *vidange atmosphérique*, sauf les réserves d'une plus ample expérience.) 6° *Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées;* par M. Tardieu. 7° *Le blé d'Égypte contenant des charançons peut-il être vendu? le pain fait avec la farine de ce blé est-il nuisible à la santé?* par M. Chevallier. (Non—pour la première question; oui—pour la seconde. Telle est la solution à laquelle M. Chevallier a été conduit à la suite d'une expertise qui a entraîné un jugement conforme.) 8° *Considérations médico-légales sur plusieurs cas de morts violentes sans traces de lésions extérieures;* par M. Bayard. 9° *Suspicion d'empoisonnement par du lait; analyse chimique et rapport;* par MM. Chevallier, Cottereau et Bayard. 10° *Suspicion d'empoisonnement par l'arsenic;* par MM. Bayard et Chevallier.

SUR LE TRANSPORT DES ANIMAUX DESTINÉS A LA BOUCHERIE; par M. GUÉRARD.

Dans un rapport fait au nom de la société instituée à Munich pour la répression des sévices contres les animaux, la commission signale les nombreux inconvénients qui résultent pour la santé publique de l'usage où l'on est dans un grand nombre de pays de transporter *liés* les veaux destinés à la boucherie. Tels sont, en particulier, les fâcheux effets produits sur des malades ou des convalescents par l'usage de pieds de veaux ecchymosés ou à l'état de sugillation par suite de la ligature des pieds, ce qui, en changeant la nature de la viande, fausse complétement le but qu'on se propose en en prescrivant l'usage. Il en est de même de la cervelle de veau lorsqu'elle provient d'animaux liés et entassés de telle sorte qu'étant généralement forcés de laisser pendre leur tête, les veines du cerveau s'engorgent et se rompent quelquefois, et donnent lieu à des infiltrations. Enfin, les veaux ainsi garrottés arrivent rarement, après un long trajet, sans être dans un état de fièvre plus ou moins prononcée, et la viande qui en provient presque constamment blafarde, flasque et facilement putrescible, constitue une alimentation difficilement digestible et souvent funeste.

Ces inconvénients bien que moins sensibles en France et particulièrement à Paris où le veau passe pour être de qualité supérieure, n'ont cependant pas échappé non plus à nos hygiénistes. M. Guérard signale les mêmes effets sur les veaux conduits de Sceaux ou de Poissy à Paris liés par les pieds et entassés dans des chariots comme une matière inerte, et il se demande si ce n'est pas à cette circonstance qu'il faut attribuer la résistance que la viande de veau oppose aux forces digestives chez un grand nombre de personnes. Cette question est digne de fixer l'attention de l'administration, et il serait à désirer qu'on astreignît les vendeurs de bestiaux à observer dans le transport des précautions et des mesures plus en harmonie avec les intérêts de la santé publique. D'après les expériences auxquelles s'est livrée la commission de Munich dont nous parlions tout à l'heure, de tous les moyens de transports essayés, celui qui consiste à laisser les veaux libres dans des voitures cloisonnées et assez spacieuses pour que ces animaux puissent se tenir debout et se coucher tout à leur aise est sans contredit le moyen qui devrait être préféré à tout autre. Il est à désirer qu'une mesure semblable soit généralement adoptée à l'avenir.

SUR LES GROSSESSES FAUSSES ET SIMULÉES; par M. TARDIEU.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire d'étudier la valeur des différents signes certains ou incertains de la grossesse et de rechercher dans quelles conditions autres que l'état de gestation peuvent se produire chez la femme la cessation des règles, le développement du ventre, le gonflement de la glande mammaire, la sécrétion du lait et les mouvements caractéristiques dont l'abdomen est le siége, et enfin d'examiner les cas où l'on a pu observer un ensemble de douleurs et d'efforts plus ou moins analogues au travail de l'enfantement.

Il résulte des faits très-curieux de fausses gestations ou de grossesses simulées que M. Tardieu a consignés dans son travail, que tous les signes de la grossesse véritable, à part le bruit du cœur du fœtus, peuvent être observés en l'absence de la grossesse, depuis le développement du ventre et des seins jusqu'aux mouvements et aux efforts de la parturition.

Quant aux signes qui caractérisent les grossesses apparentes, M. Tardieu pense qu'ils doivent tous se rattacher, comme point de départ, soit à une affection organique, soit à une affection nerveuse, le plus souvent hystérique, soit à la simulation, soit à la folie. Ces signes par eux-mêmes sont des phénomènes purement physiques et par conséquent très-réels; mais presque toujours un autre élément vient s'y ajouter pour constituer l'état de prétendue grossesse. Cet élément, suivant M. Tardieu, lorsqu'il n'y a pas simulation volontaire, n'est autre que l'illusion raisonnée, le travail de l'imagination, l'aberration de l'entendement: c'est de là que découle toute la série des actes qui aboutissent au simulacre du travail de la délivrance.

Les faits relatés dans ce travail ne sont pas seulement intéressants au point de vue de la constatation de la grossesse et des questions médico-légales qui peuvent s'y rapporter, ils offrent, en outre, de l'intérêt au point de vue physiologique et pathologique, par exemple en ce qui concerne les contractions musculaires du ventre, les convulsions partielles et surtout le caractère particulier de folie que cette étude révèle.

MORT VIOLENTE SANS TRACES DE LÉSIONS EXTÉRIEURES; par le docteur HENRI BAYARD.

L'auteur expose, dans cet article, certains cas de mort violente dans lesquels l'absence de traces de lésions extérieures n'a pas permis de préciser, pendant la vie, la nature et la gravité des blessures. Ces faits ont de l'intérêt à cause de l'appréciation souvent fort délicate dont ils peuvent être l'objet en médecine légale. La mort peut être le résultat de coups reçus sur la tête, ayant produit soit une commotion cérébrale, soit des désordres matériels considérables, des abcès, des épanchements, etc., sans qu'il y ait aucune trace de plaie, ni de contusion extérieurement. Elle peut survenir à la suite de déchirures du foie ou des intestins, produites par une chute sur

les pieds ou même par des coups portés directement sur l'abdomen, sans que les parois en aient conservé la trace. Dans tous ces cas, soit que la mort survienne promptement, soit qu'elle n'ait lieu que plusieurs semaines après le moment où des coups ont été reçus, des doutes peuvent s'élever dans l'esprit du médecin sur la relation de causes à effets qui lie des violences restées sans aucune traces avec les désordres qui ont entraîné la mort.

L'auteur rapporte un grand nombre d'exemples de ce genre.

SUSPICION D'EMPOISONNEMENT PAR DU LAIT; ANALYSE CHIMIQUE ET RAPPORT; par MM. CHEVALLIER, COTTEREAU et BAYARD.

Une domestique de La Fosse trait ses trois vaches dans une seille *dépourvue de cercles métalliques*, et passe le lait dans un *vase en grès*. Ce lait est servi le soir à souper mélangé avec de la mie de pain : huit personnes sur neuf en mangent, et le lendemain ces huit personnes éprouvent toutes successivement les symptômes suivants plus ou moins prononcés : douleurs d'entrailles aiguës, dévoiement, vomissements, pouls plein et élevé, chaleur de la peau, agitation, besoin de boire.... Chez l'une d'elles, refroidissement momentané des extrémités. Le plus malade est celui qui a pris de ce lait en plus grande quantité; le seul dans la maison qui ne soit pas malade est celui qui n'en a pas mangé.

Le lendemain, une femme des environs est appelée à La Fosse pour y faire l'ouvrage; elle trait les trois mêmes vaches *dans la même seille*, passe le lait *dans deux pots de grès*, et emporte *un* de ces deux pots chez elle. Son mari, son frère, sa petite fille et elle en mangent à souper le soir même, et le lendemain, à cinq heures du soir, cette femme et son mari éprouvent de fortes coliques suivies de dévoiement; son frère n'éprouve cette indisposition que deux jours après; la petite fille ne l'avait pas encore éprouvée le troisième jour. Quatorze jours après, toutes les personnes qui avaient été malades étaient rétablies.

Une des trois vaches de La Fosse avait, dès avant le jour de l'accident, le pis engorgé; on éprouvait à cette époque de la difficulté à la traire : elle paraissait souffrante et se plaignait. On n'a pas fait attention à la couleur, à l'odeur ni à la saveur de son lait.

Ces faits ayant provoqué une enquête judiciaire, MM. Chevallier, Cottereau et Bayard eurent à répondre aux questions suivantes :

1° Les symptômes énoncés dans les faits rapportés ci-dessus doivent-ils nécessairement s'expliquer par un empoisonnement? Pourraient-ils s'expliquer d'une autre manière, et comment?

2° En admettant le poison comme seule manière d'expliquer ces symptômes, quelle serait la nature du poison qui les a occasionnés?

3° Ce poison pourrait-il avoir fait partie intégrante d'un lait vicié, soit parce que la vache qui l'a fourni aurait été piquée ou tetée par une vipère ou autre animal, soit parce que cette vache aurait mangé quelque herbage vénéneux pour l'homme et inoffensif pour elle?

Les matières vomies, soumises aux divers réactifs, ne contenaient ni arsenic, ni cuivre, ni mercure, ni aucune autre substance métallique toxique. Traitées par l'alcool et par l'acide acétique, elles n'ont décelé non plus aucune trace de poisons végétaux. L'analyse du lait a fourni des résultats également négatifs. D'un autre côté, l'analyse des symptômes, tout en ne permettant pas de douter qu'ils fussent le résultat d'une cause unique existant dans le lait, excluait par leur nature, leur médiocre intensité, leur facile curabilité, leur ordre de succession et le laps de temps au bout duquel ils s'étaient manifestés, l'idée qu'ils pussent être produits par des substances toxiques minérales. Les experts durent se demander, en conséquence, si les propriétés vénéneuses que le lait avait acquises dans cette circonstance ne pouvaient pas provenir de certaines plantes qui se seraient trouvées accidentellement mêlées à la nourriture des vaches. L'examen des opinions et des faits consignés dans les archives de la science les ont conduits à admettre la possibilité que l'une ou plusieurs des trois vaches qui ont fourni le lait dont il s'agit dans l'espèce aient mangé quelque plante vénéneuse, et que telle soit la cause des accidents observés. Cette opinion leur a paru d'autant plus probable, que l'identité des accidents observés chez les habitants de La Fosse et de ceux qui se déclarèrent deux jours après chez la femme de service et sa famille excluait naturellement l'idée que le poison eût été mêlé après coup au lait.

En résumé, les experts conclurent :

1° Que l'analyse chimique n'avait fait reconnaître aucune substance minérale toxique dans la matière des vomissements;

2° Que le lait soumis à leurs recherches ne renfermait pas de poisons minéraux ou végétaux;

3° Que les accidents développés par l'ingestion du lait pouvaient être attribués à l'altération de ce liquide, soit par des plantes nuisibles à l'homme et dont les vaches se seraient nourries, soit par la maladie dont une des vaches était atteinte.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JUIN.

NOUVEAU MOYEN D'EXPLORATION. — STÉRÉOSCOPE.

M. CORNAY (de Rochefort) adresse une note relative à un instrument de son invention qui a pour but la découverte des corps solides engagés dans les cavités et parties molles, et auquel il donne le nom de *stéréoscope* (de στερεὸς, solide, corps dur, et de σκοπέω, j'examine). C'est un instrument sonore, très-sensible, composé d'un stylet ou d'un tube métallique de 33 cent. de longueur sur un diamètre qui varie jusqu'à 6 mm., sans ouverture au bec qui est arrondi. Le stylet et le tube sont droits ou courbes, suivant l'usage que l'on en veut faire. Le pavillon est terminé par un timbre de 4 cent. 1/2 d'ouverture et de 4 cent. de hauteur en métal de cloche.

Le bord du pavillon du timbre est gradué à l'extérieur circulairement de manière à pouvoir faire acquérir par une inclinaison à la verticale, la connaissance de l'épaisseur et de la largeur des corps explorés. Le tube est aussi gradué longitudinalement à partir des anneaux à l'effet de faire constater la longueur de ces mêmes corps.

La sonorité de l'instrument avertit de la présence et des moindres inégalités ou de l'absence des corps étrangers.

Il n'y a point de son produit par la percussion et le frottement des membranes et des parties molles. Mais aussitôt que l'instrument touche des corps plus ou moins durs, il produit des sons plus ou moins aigus.

Ainsi l'instrument est sensible lorsqu'il rencontre une épingle, du sable, les petites et les grosses concrétions urinaires, une balle de plomb, du bois, etc.

On conçoit alors tout le parti que l'on en peut tirer pour établir le diagnostic et pour la pratique des opérations.

M. VELPEAU : Déjà plusieurs chirurgiens ont pensé aux moyens de faciliter ce genre d'exploration, et je crois qu'il est bon de faire remarquer que tous sont passés à côté de la question. Lorsque, par exemple, on ne sent pas une pierre dans la vessie avec la sonde, ce n'est point parce que le bruit de frottement de l'instrument n'est pas perçu, mais c'est parce qu'il n'est pas produit, parce que l'instrument n'a pas touché la pierre. Les sondes métalliques ordinaires, lorsqu'elles sont en contact avec un calcul, produisent un bruit suffisant pour être parfaitement perçu; la difficulté ne consiste donc pas à percevoir la sensation qui résulte de ce contact, mais elle consiste à atteindre le corps étranger. Je pense, du reste, que cet instrument, comme celui qu'a imaginé dans le même but M. Moreau Saint-Hilaire, peut être utile.

FONCTIONS DES RACINES DES PLANTES.

M. BOUCHARDAT communique des recherches sur les fonctions des racines. Les plantes placées dans une dissolution contenant plusieurs substances absorbent-elles préférablement certaines substances à d'autres? Telle est la question qu'il examine dans ce travail. Cette question a été résolue affirmativement par Th. de Saussure, mais les résultats qu'il a obtenus n'ont pas semblé à l'auteur assez dégagés de toutes chances d'erreur. M. Bouchardat a institué un nouveau système d'expériences qui l'ont conduit à constater :

Qu'un végétal qui plonge librement par ses racines dans une dissolution très-étendue de plusieurs sels, sans action chimique sur ses tissus, absorbe en même proportion toutes les substances contenues dans cette dissolution.

Les différences qu'il a signalées dans son mémoire pour l'absorption de substances contenues dans une même dissolution sont trop faibles pour qu'on puisse admettre avec Th. de Saussure que les racines choisissent pour ainsi dire dans une dissolution certains sels de préférence à d'autres.

Les différences qu'on peut observer en analysant les dissolutions, résidus, dépendent de ce que certains sels sont fixés dans les plantes ou parce qu'ils concourent au développement d'organes spéciaux comme les phosphates à celui de la graine des graminées, ou parce qu'ils forment des combinaisons insolubles avec quelques principes de la plante, tandis que d'autres substances qui ne sont soumises à aucune de ces deux conditions sont excrétées librement par les racines, ainsi il lui semble que c'est l'inverse de ce qu'a conclu Th. de Saussure qui est exact.

Les racines qui plongent dans l'eau absorbent indifféremment toutes les substances dissoutes dans ce liquide, mais les excrétions au contraire peuvent présenter de grandes différences.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ANIMALES PAR LE NITRATE DE PLOMB.

M. LEMAITRE (de Rabodanges) demande qu'il soit donné lecture du contenu d'un paquet cacheté qu'il a déposé le 10 août 1845. La note contenue sous ce pli est relative à la conservation des substances animales et à l'embaumement par le nitrate de plomb. L'auteur désire que son procédé soit admis au concours Montyon pour les arts insalubres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre adressée par M. Lepage, pharmacien à Gisors, à M. Bussy, sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, combattu avec succès par la magnésie.

— M. LE PRÉSIDENT invite l'Académie à procéder à un dernier tour de scrutin pour la nomination du dernier membre correspondant étranger, devant clore la liste.

Les candidats qui ont eu le plus de voix au dernier tour de scrutin sont MM. Bartlett, Archigènes, Wleminckx et Roux.

Le nombre des votants est de 76; majorité, 39. M. Bartlett obtient 44 suffrages, M. Archigènes 13, M. Wleminckx 12. M. Bartlett ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

La parole est à M. Prus.

M. PRUS : La discussion générale devait naturellement porter sur le rapport et sur les conclusions qui le terminent. Le rapport, quoiqu'il ait été agréé dans toutes ses parties par la majorité de la commission, est et demeure l'œuvre du rapporteur, qui seul en est responsable. La commission ne répond que des conclusions et des doctrines sur lesquelles elles reposent.

Ceci posé pour rendre les positions nettes et franches, j'ajouterai que quatre points semblaient surtout devoir appeler l'attention dans la discussion générale :

1° La commission a-t-elle bien compris la mission qu'elle avait reçue de l'Académie, ou, en d'autres termes, a-t-elle posé les questions qu'elle devait s'attacher à résoudre?

2° A-t-elle pris toutes les précautions en son pouvoir pour réunir les faits qui doivent résoudre les diverses questions posées?

3° Les conclusions scientifiques auxquelles elle est arrivée sont-elles légitimement déduites des faits qui étaient en sa possession?

4° L'application qu'elle propose de faire des conclusions scientifiques est-elle en harmonie avec celles-ci?

Sur le premier point, je dirai dès aujourd'hui et je maintiendrai, lors de la discussion des conclusions médicales, qu'il n'en est pas une qui n'ait une application spéciale et importante à une question de quarantaine. Le nombre de ces conclusions ne doit pas effrayer l'Académie; très-peu d'entre elles sont ce qu'on peut appeler des conclusions-principes; toutes les autres ne sont que des conclusions-corollaires.

Sur le second point, c'est-à-dire sur les faits contenus dans le rapport, je n'ai jusqu'ici entendu articuler aucun reproche; très-peu de faits nouveaux ont été produits; je les discuterai en répondant à chacun des orateurs.

Sur le troisième point, je puis affirmer à l'Académie que je n'ai cherché à tirer des faits aucune conclusion forcée. Il est bien évident cependant que c'est sur la valeur des faits cités et sur les conséquences auxquelles ils mènent que peuvent se manifester les dissidences d'opinion.

Enfin, quant aux conclusions pratiques, elles paraîtront logiquement déduites des conclusions scientifiques, si l'on tient suffisamment compte et de la réserve si nécessaire en semblable matière, et des inconvénients graves qui résulteraient pour le présent et plus encore pour l'avenir de la moindre témérité.

Je bornerai à ce peu de mots ces quelques explications. Je vais de suite essayer de répondre aux nombreuses objections de notre savant et spirituel collègue M. Dubois (d'Amiens).

La commission, dit M. Dubois, ne devait s'occuper que d'une seule question : La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? J'avais, ajoute notre confrère, fait, lors de notre première réunion, la proposition formelle de diriger toutes nos recherches vers ce point.

La mémoire de M. Dubois l'a fort mal servi relativement à la proposition faite par lui et appuyée par M. Pariset dans la première réunion de la commission. En voici la preuve.

(Ici M. Prus lit le procès-verbal de la première séance de la commission, tenue le 12 octobre 1844.)

« Sont présents : MM. Ferrus, Pariset, Mélier, Bégin, Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Dupuy et Prus.

» On procède à l'élection d'un président et d'un secrétaire rapporteur.

» M. Ferrus est nommé président.

» M. Prus est nommé secrétaire rapporteur.

» M. PRUS, désirant que le rapport dont la rédaction lui est confiée soit l'expression fidèle des idées et des convictions de la commission, prie MM. les membres présents de vouloir bien indiquer les points principaux qui, dans leur opinion, doivent être traités dans le travail de la commission.

» M. DUBOIS (d'Amiens) pense qu'il faut commencer par présenter l'*historique* de la peste; on étudiera ensuite ses *causes*, ses *symptômes*, sa *marche*, ses *terminaisons;* on insistera sur les divers modes de propagation qui ont été observés.

» M. PARISET : M. Dubois vient de faire la proposition fondamentale. L'histoire de la peste fera naturellement saillir toutes les questions à examiner.

» M. DUPUY : Je désirerais que la commission s'occupât surtout de tarir les sources de la peste, ce que je crois possible. Quant à l'historique, il devra être divisé en trois époques : la première, époque théologique ou sacrée, dans laquelle tout est rapporté à un pouvoir surhumain; la seconde, ou époque métaphysique, dans laquelle les explications théoriques précèdent les faits; la troisième, enfin, ou époque expérimentale, dans laquelle on ne tient compte que des conséquences légitimement déduites d'observations exactes.

» M. PARISET : Je crois pouvoir faire remarquer qu'en suivant la marche tracée par M. Dupuy, on ferait l'histoire des opinions et non celle de la maladie.

» M. FERRUS ne croit pas que l'Académie attende de la commission l'histoire de la peste, travail immense, qui ne mènerait pas à la solution des questions qui occupent en ce moment tous les esprits. Il pense donc que les efforts de la commission seront plus utilement employés à étudier les causes de la peste et ses divers modes de propagation.

» M. MÉLIER partage entièrement l'avis de M. Ferrus. Il croit que la commission devrait se borner à poser *trois* ou *quatre* questions susceptibles d'*applications pratiques*.

» M. Mélier propose de décider que M. le secrétaire soumettra à la commission un programme du rapport à faire.

» Cette proposition est mise aux voix et adoptée; la séance est levée.

» Paris, le 12 octobre 1844.

» Le secrétaire de la commission, Signé, PRUS.

» Le président, Signé G. FERRUS. »

Vous voyez clairement, messieurs, que M. Dubois a fait à la commission une proposition bien différente de celle qu'il vous a signalée, et que si nous avions suivi la marche indiquée par lui et M. Pariset, nous serions à peine au second ou au troisième volume de l'histoire de la peste. L'étude des causes, des symptômes, de la marche et des terminaisons de la peste ne serait pas commencée. Le gouvernement et les chambres devraient encore attendre longtemps les bases médicales de la réforme sanitaire dont l'urgence frappe tous les esprits.

Quant à l'opinion émise récemment par M. Dubois, que la commission ne devait s'occuper que d'une question, celle de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, je ne puis la partager. Je persiste à penser que la commission devait porter son attention sur toutes les questions dont la solution est nécessaire pour un bon remaniement des ordonnances et règlements sanitaires. Je maintiens que toutes les questions posées dans le rapport sont dans ce cas.

M. Dubois prétend que, des trois premières parties du rapport, deux auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème que nous devions nous proposer.

Voici ma réponse : Vouloir apprécier le rôle que peuvent jouer les divers modes de transmissibilité de la peste sans avoir auparavant étudié tout ce qui a trait à la peste spontanée et à la peste épidémique serait, je ne crains pas de le dire, une tentative dangereuse, impossible même.

Pour qui ne connaît pas l'influence des causes locales dans les pays où la peste est endémique, pour qui ne connaît pas l'influence des causes épidémiques, lesquelles manifestent leur action non-seulement dans des pays insalubres, mais aussi dans des pays qui offrent des conditions différentes ou même opposées, il y a certitude qu'il attribuera le développement de la maladie à des contacts, à des miasmes, voire même à des germes restés ignorés pendant dix ans et plus, agents qui souvent n'auront pris aucune part dans sa production.

C'est parce qu'on a agi ainsi qu'on rencontre dans les auteurs tant d'observations sans valeur, plus propres à tromper qu'à instruire ceux qui les lisent sans une critique suffisante. Faut-il ajouter que si trois grandes causes, les conditions locales, les constitutions pestilentielles, et les miasmes échappés du corps des pestiférés, produisent la peste, celui qui n'aurait étudié qu'un de ces trois ordres de causes serait dans l'impossibilité d'arriver à des résultats utiles?

En vérité, je ne conçois pas que M. Dubois puisse reprocher à la commission de ne pas avoir adopté un plan aussi incomplet et aussi fautif.

Mais, dit M. Dubois, ce qui prouve sans réplique qu'on aurait pu se dispenser de traiter les deux premières parties, c'est qu'on n'en a tiré aucune conclusion pratique.

Est-ce sérieusement que M. Dubois avance une pareille assertion?

Comment, ce n'est tirer aucune conséquence pratique de la première partie du rapport que d'indiquer les pays où la peste naît encore spontanément, et d'où elle peut chaque jour être importée en France?

Comment, ce n'est tirer aucune conclusion pratique de la première partie du rapport que de signaler les causes productrices de la peste spontanée, et d'insister sur les moyens à l'aide desquels l'ancienne civilisation a préservé jadis l'Égypte de la peste, moyens qui peuvent encore aujourd'hui prévenir son développement, soit en Égypte, soit dans les autres contrées où la peste s'est montrée récemment d'une manière endémique?

L'étude de la peste spontanée mène, tout autorise à le croire, à la destruction du fléau. N'est-ce donc pas là, je le demande à M. Dubois, la mesure la plus radicale que l'on puisse conseiller relativement aux lazarets et aux quarantaines?

M. Dubois a-t-il eu de meilleures raisons pour vous dire que nous n'avons déduit aucun conseil pratique de nos études sur la peste endémique?

Je répondrai par la citation d'un passage du rapport :

« Nous nous appesantissons, messieurs, sur les preuves qui mettent hors de doute l'épidémicité de la peste. C'est là, en effet, le fait fondamental de son histoire, celui qui mérite le plus l'attention du médecin, celui qui seul peut lui faire comprendre un grand nombre de points qui, sans lui, restent dans une complète obscurité.

» La certitude que la peste est une maladie surtout épidémique aura encore » pour le médecin une bien autre portée. Elle lui fournira les moyens de préve- » nir quelquefois, de diminuer toujours les ravages du fléau. »

Le rapport signale ensuite les éminents services rendus en Égypte, à Constantinople, à Malte, à Rome, etc., etc., par les administrateurs et les médecins qui ont fait sortir ou transporter hors des foyers épidémiques les personnes saines et même celles qui étaient atteintes de la peste.

Il montre, par contre, comment l'isolement le plus complet, quand il est observé au milieu d'un foyer épidémique, ne préserve jamais sûrement de la peste.

Comment, ce ne sont pas là de grandes, d'utiles conclusions tirées de l'épidémicité de la peste, conclusions qui occupent une place importante dans les déductions pratiques qui terminent le rapport?

Je m'arrête; j'en ai dit assez sur l'utilité, la nécessité des deux premières parties du rapport.

Examinons maintenant, d'une manière très-sommaire, si les conclusions sont bien celles qui découlent des faits, et si ces faits eux-mêmes sont dignes de foi.

M. Dubois n'élève à cet égard aucune objection contre la partie qui traite de la peste spontanée et de ses causes; faits et conclusions, tout lui paraît pouvoir être admis.

Mais il n'en est pas de même pour la seconde partie, celle relative à la peste épidémique.

M. Dubois conteste d'abord l'action d'une constitution pestilentielle produisant la maladie indépendamment des causes locales qui engendrent la peste spontanée, indépendamment de l'influence des pestiférés.

Il conteste, en second lieu, les caractères à l'aide desquels j'ai établi l'épidémicité de la peste.

Sur le premier point, il me suffira de dire à M. Dubois qu'on a vu souvent et qu'on voit encore de nos jours une constitution pestilentielle sévir dans des localités incapables de produire la peste, et sans qu'on puisse accuser les pestiférés d'autres localités d'y avoir importé la maladie. En 1835, la peste épidémique qui a si cruellement ravagé la basse Égypte a envahi le Fagourn, point de la haute Égypte, parfaitement sain, que M. Pariset a déclaré incapable de produire la peste, et où d'ordinaire les pestiférés venus d'ailleurs meurent ou guérissent sans transmettre la maladie. MM. les professeurs d'Abouzabel ont constaté, cette même année 1835, que pendant les deux mois que la constitution pestilentielle qui régnait au Caire n'a pas envahi Abouzabel, les pestiférés qui venaient du Caire dans ce bourg ne communiquaient la peste à personne. Quand une fois la constitution pestilentielle régna sur la localité, on vit, par sa seule action, des pestes éclater çà et là.

La seconde partie de l'objection exigera une courte explication et quelques développements qui seront restreints autant qu'ils pourront l'être sans cesser d'être clairs.

Les caractères assignés dans le rapport aux maladies épidémiques en général et à la peste épidémique en particulier ont été empruntés, dit M. Dubois, aux vieux traités de pathologie. Ces vieux traités de pathologie, messieurs, sont ceux d'Hippocrate, de Sydenham, de Stoll, d'Huxam, de Pringle, de Schuurrer, etc.

Pourquoi M. Dubois qui, nous le verrons bientôt, n'est pas toujours ennemi de la vieille médecine, affecte-t-il en cette occasion un superbe dédain pour les hommes que nous venons de nommer. Il faut bien vous le dire, messieurs, c'est parce que le TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE publié par notre savant collègue a établi relativement aux épidémies une doctrine en complète opposition avec celle des grands observateurs qui avant lui avaient étudié cette matière si importante et si difficile.

J'entends ici M. Dubois me dire : si j'ai émis une nouvelle doctrine dans mon ouvrage, si je cherche à la faire prévaloir au sein de l'Académie, c'est parce que je la regarde comme seule vraie. Examinons.

Le premier caractère indiqué par la commission n'est pas contesté par M. Dubois; il reconnaît qu'une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre de personnes.

Le second caractère signalé dans le rapport est celui-ci : les maladies épidémiques ont dans leurs progrès une marche spéciale. On leur reconnaît généralement trois périodes : *période de début, période d'état, période de déclin*. Ces trois périodes ne présentent souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité.

M. Dubois est tenté de ne voir dans ce caractère qu'une *naïveté*. Le mot, messieurs, vous paraîtra un peu fort si vous vous rappelez les hommes auxquels il s'adresse ; mais passons.

Cette *naïveté* est d'une haute utilité pour le médecin ; elle lui apprend à ne pas nier l'existence de la peste au début d'une épidémie pestilentielle quoique les malades ne présentent encore ni bubons, ni charbons, ni pétéchies, l'expérience ayant prouvé que souvent alors la maladie est mortelle avant l'apparition de ces signes extérieurs. Elle lui enseigne que si, très-généralement, la maladie est moins grave et n'est transmissible d'aucune manière dans la période de déclin, il faudrait bien se garder de croire qu'il en est de même dans la période d'état; la maladie est déjà moins prompte et moins grave que dans la période de début; mais elle paraît beaucoup plus transmissible que dans la période de déclin et même que dans celle de début, remarque qui n'avait pas échappé à Larrey et à d'autres observateurs.

Ne sont-ce donc pas encore là des considérations essentiellement applicables à l'étude des questions de quarantaine?

Troisième caractère admis par le rapport. — Pendant le règne d'une épidémie les autres maladies sont moins nombreuses et reçoivent l'empreinte de l'affection dominante.

Ceci est une erreur, dit M. Dubois ; et pour prouver cette assertion plus que téméraire, contredite par tout ce que l'on sait sur les épidémies pestilentielles, il cite l'épidémie cholérique observée à Paris en 1832, et pendant la durée de laquelle les maladies intercurrentes n'auraient pas été modifiées. Que M. Dubois consulte à cet égard les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris qui sont dans cette enceinte, et je puis lui déclarer d'avance qu'aucun d'eux ne sera de son avis relativement au choléra et encore moins, s'il est possible, relativement à la peste.

Quatrième caractère invoqué par le rapport. — Quand sévit une maladie épidémique, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

« Ceci, dit M. Dubois, a été positivement nié quant à la peste. Au rapport de » Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans qu'on ait observé » cette influence générale. »

Étonné que Desgenettes se trouvât sur cette question importante en opposition avec la presque totalité des auteurs anciens ou contemporains qui se sont trouvés au milieu de constitutions pestilentielles, j'ai cherché le passage auquel M. Dubois a fait allusion. J'ai trouvé, à la page 89 de la 3e édition de l'HISTOIRE MÉDICALE DE L'ARMÉE D'ORIENT, les lignes suivantes à propos de la peste que Desgenettes avait observée à Acre :

« Les maladies ont quelquefois, mais pas toujours, participé du caractère de » l'épidémie. »

Desgenettes dit donc non pas ce que lui a prêté M. Dubois, mais ce qu'établit le rapport, savoir : que les maladies intercurrentes portent quelquefois l'empreinte de la maladie régnante. Le rapport déclare que sur ce point on s'est livré à des exagérations.

Cinquième caractère. — Les maladies épidémiques reviennent et cessent souvent dans la même saison et ont en général la même durée.

« Il y a ici une véritable méprise, dit M. Dubois : ce sont les maladies endé- » miques qui ont ce caractère et non les maladies épidémiques. »

J'en demande bien pardon à mon honorable collègue, mais je suis obligé de lui dire que c'est bien aux épidémies que j'ai voulu et que j'ai dû assigner ce caractère. Qu'il veuille bien lire avec soin les relations insérées dans les pièces à l'appui du rapport, sur les pestes observées en Perse et en Algérie, et il verra que là, comme en Égypte, la peste epidémique affecte des retours plus ou moins régulièrement périodiques. Il verra qu'en Perse, les épidémies pestilentielles sévissent presque exclusivement en été; qu'en Algérie, elles sont toujours plus rares et plus modérées dans la saison des grandes chaleurs et des froids plus intenses. Déjà il sait qu'en Égypte les pestes épidémiques graves commencent en novembre et décembre, tandis que les épidémies pestilentielles, moins redoutables, ne débutent qu'en janvier et février ; les unes et les autres finissent vers la fin de juin, sauf de très-rares exceptions.

Le caractère signalé appartient si bien à l'épidémie et non à l'endémie, que, contrairement à ce que nous venons de voir pour la première, la seconde produit des cas sporadiques dans tous les mois de l'année, comme on peut s'en assurer par la lecture des tables dressées à Alexandrie par M. le docteur Grassi, et reproduites à la fin des pièces et documents à l'appui du rapport.

Dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'avant-coureurs.

C'est là, messieurs, un fait qui a frappé les observateurs au Caire, à Alexandrie, à Damiette, à Jaffa, à Constantinople, sur les bords du Danube, en Algérie, etc., etc. Cette remarque, qui a tous les caractères de la certitude, a une haute portée dans l'étude des causes de la peste. Si elle avait toujours été bien appréciée des médecins, ils n'auraient pas aussi souvent méconnu l'imminence ou même le commencement des pestes épidémiques, lorsque la mortalité étant venue tout à coup à augmenter, ils ont été consultés sur la question de savoir si la peste était ou non à craindre. Cependant, pour M. Dubois qui veut détruire tout ce qui prouve l'épidémicité de la peste, le caractère signalé n'a aucun fondement : c'est une théorie qu'on ne peut admettre.

Que répondre à une négation aussi absolue d'un fait aussi certain ?

Vous comprendrez maintenant, messieurs, pourquoi toutes les fois que, dans le sein de la commission, M. Dubois a cherché à faire prévaloir ses idées sur les épidémies en général et sur les épidémies pestilentielles en particulier, il n'a pas obtenu un grand succès. Aussi, lorsqu'on a passé au vote sur cette question, est-il toujours resté seul de son avis. J'espère bien qu'il en sera de même du vote de l'Académie.

Abordons avec M. Dubois la troisième partie du rapport, celle qui traite de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.

La commission, dit notre collègue, n'a pas eu la franchise de son opinion, et pour prouver cette accusation qui m'étonne encore, tant je la crois peu méritée, il indique la question que le rapporteur avait, dit-il, parfaitement posée, et la réponse, ajoute-t-il, très-nette et très-précise qui y a été donnée. En vérité, il est difficile de trouver là la justification du reproche qui nous est fait.

Mais, reprend M. Dubois, la commission, qui vient de reconnaître formellement la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, a la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

L'Académie appréciera facilement le sentiment que doivent exciter de semblables expressions, quand elle aura reconnu que ce blâme ne repose sur aucune espèce de fondement, on pourrait même dire sur aucune espèce de prétexte.

La commission, bien convaincue qu'il est dans les sciences des mots dont on a fait un grand et malheureux abus ; que le mot contagion est dans ce cas; que

souvent, pris dans un sens différent, il se prête merveilleusement à ces disputes oiseuses et stériles qui peuvent plaire à certains scolastiques, mais qui embarrassent et arrêtent la science, la commission, dis-je, a pensé qu'elle devait consacrer ses efforts à étudier les divers modes de transmissibilité de la peste, en ne tenant compte que de choses réelles et prouvées, et en ne se servant que d'expressions ayant pour tout le monde un sens net et précis.

On conçoit de suite qu'en adoptant cette marche, la commission n'avait pas à dire si elle était ou si elle n'était pas contagioniste. M. Dubois, qui s'était fait plus fracastorien que Fracastor ne le serait à cette époque, s'est seul occupé de cette question, que la commission a constamment repoussée, comme ne devant, dans le sens où la comprenait M. Dubois, mener à aucun résultat utile.

Nous vous laissons, messieurs, le soin de juger le reproche adressé par M. Dubois à la commission, d'avoir eu la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

M. Dubois a cité dans cette question le nom du très-honorable M. Bégin; mais M. Bégin, M. Dubois le sait, partage toutes les convictions du rapport, et s'il eût entendu l'accusation de notre collègue dans les termes où elle a été exprimée, j'aurais craint qu'avec son esprit droit et ferme, avec sa parole si franche et si loyale, le digne inspecteur général du service de santé militaire ne se fût montré moins modéré que je ne veux l'être. Sur ce point, M. Dubois pourra bientôt avoir pleine satisfaction, car je pense que M. Bégin sera bientôt au milieu de nous.

J'ai hâte, messieurs, d'arriver à la dernière objection de M. Dubois, qui serait certainement la plus grave s'il ne suffisait du plus léger examen pour voir qu'elle ne repose sur aucune base sérieuse.

Le rapport dit qu'il est incontestable que la peste se transmet hors des foyers épidémiques. Cette conclusion importante est, comme je l'ai dit, la traduction logique d'observations authentiques et qu'on ne saurait nier. Ces observations, en ne comptant que celles qui ont une valeur réelle, sont au nombre de trente-deux. Les pestiférés ont tous été traités au lazaret de Marseille par les médecins et chirurgiens de l'établissement, lesquels, chaque jour et souvent deux fois par jour, ont délivré des certificats que j'ai lus avec attention et qui constatent les symptômes observés, la marche, la terminaison de la maladie, et quelquefois les résultats de l'ouverture des cadavres.

Sur ces 32 cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720, 31 au moins ont été contractés en dehors des foyers épidémiques, savoir : 20 à bord et 11 au lazaret de Marseille. Le cas qui, dans les 32, pourrait être regardé comme douteux, quoique je pense que la maladie a été contractée en dehors de tout foyer épidémique, est celui du nommé Jurion, mécanicien du paquebot-poste *le Léonidas*, qui, parti de Smyrne, où régnait la peste épidémique, le 30 juin 1837, est tombé malade à bord, dans le port de Marseille, le 9 juillet, après avoir couché dans la chambre du nommé Dambios, mort le 10 juillet d'une maladie plus que suspecte, dont il était atteint depuis plusieurs jours. Il est tout à fait probable que Dambios a contracté la peste sous l'influence de la constitution pestilentielle qui régnait à Smyrne, d'où il a emporté à l'état d'incubation la maladie, qui s'est déclarée quelques jours plus tard. Dambios aura ensuite transmis la peste à Jurion.

L'examen attentif des 32 faits ci-dessus ne me laisse, je le repète hautement, aucune espèce de doute sur la transmissibilité hors des foyers épidémiques. Je suis bien convaincu qu'il ne restera à cet égard aucune incertitude dans l'esprit de tous les membres de l'Académie, s'ils veulent bien prendre connaissance de toutes les pièces originales qui sont en ce moment déposées à la bibliothèque. Il serait bien à désirer que quelques-uns de nos collègues, connus par la sévérité et l'exactitude qu'ils apportent dans de semblables études, consentissent à se charger de ce travail. Que MM. Louis, Rayer, Bricheteau, par exemple, et tous ceux qui voudront se joindre à eux, examinent d'une manière approfondie les documents de Marseille, et leur opinion exprimée dans cette enceinte dissipera tous les doutes.

Recherchons, messieurs, comment M. Dubois, qui d'abord avait tiré des faits cités la même conclusion que nous, va procéder pour chercher à faire naître l'incertitude sur un point qui malheureusement n'est que trop clair.

D'abord, il regarde comme pouvant avoir été contractée dans un foyer épidémique toute peste déclarée chez un passager ou chez un matelot embarqué au port où sévissait la peste, quelle que soit l'époque où la maladie aura débuté. Ainsi, supposant, contrairement à tous les faits probants dans la question, que la période d'incubation peut se prolonger quinze, vingt, trente jours et plus, il lui suffit qu'un individu ait été, à un moment donné, sous l'influence d'un foyer épidémique pour que sa maladie doive être rapportée à cette influence, même si elle a éclaté un mois et plus après que le malade s'est éloigné de tout foyer épidémique. C'est à l'aide de cette doctrine, qui paraîtra bien extraordinaire, et dont les conséquences, appliquées aux questions de quarantaine, seraient vraiment désastreuses et nous feraient reculer de deux siècles au moins, que M. Dubois voudrait élaguer un certain nombre de faits observés au lazaret de Marseille comme n'étant pas propres à prouver la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

On ne peut admettre une semblable manière de raisonner. Dans les sciences, les faits particuliers mènent aux conclusions générales, et celles-ci, à leur tour, servent à juger les faits particuliers. Puisque des observations très-nombreuses et sévèrement interprétées prouvent que la peste n'a jamais éclaté soit à terre, soit en mer, chez les individus compromis après un éloignement de huit jours, soit du foyer épidémique, soit de malades pestiférés et des infections pestilentielles que ceux-ci peuvent produire, on est expérimentalement et scientifiquement autorisé à regarder comme dus à tout autre cause que celle résultant de la présence au milieu d'un foyer pestilentiel les cas de peste qui, sur un navire, éclatent plus de huit huit jours après le départ d'un port infecté.

Je ne puis penser qu'on ne doive pas compter au nombre des faits prouvant la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques tous ceux qui, sur un navire ayant ou ayant eu des pestiférés à bord, ont éclaté dix jours, quinze jours, un mois après le départ du pays où régnait la peste épidémique.

Je repousse donc la fin de non-recevoir présentée par M. Dubois.

Un autre procédé, que je ne puis encore approuver, est le suivant : M. Dubois confond véritablement le nombre des navires qui ont importé la peste à Marseille avec celui des cas de peste observés dans cette ville. De cette manière, et à l'aide de l'élimination indiquée plus haut, il parvient à réduire à quatre le nombre des faits qui établissent la transmission de la peste sur des individus étrangers aux équipages et aux passagers venant du Levant. Ceci est évidemment inexact : trois chirurgiens quarantainaires habitant Marseille, sept gardes de santé appartenant à la même ville, ont contracté la peste soit sur les navires en quarantaine, soit au lazaret. D'après les idées de M. Dubois lui-même, ces dix personnes, étrangères aux équipages et aux passagers venant du Levant, auraient donc contracté la peste en dehors des foyers épidémiques. Toutes ces dix personnes ont eu des bubons; plusieurs ont présenté des bubons et des pétéchies. Quatre des individus attaqués sont morts.

M. Dubois prétendrait-il qu'aucune des personnes indiquées n'a eu la peste? Je ne puis croire que son désir de se poser comme l'adversaire du rapport le pousse jusque-là.

C'est le moment de faire connaître la manière dont M. Dubois a présenté, je ne veux pas dire tronqué ou même travesti, les faits qu'il a cru devoir rapporter.

M. Adelon : Je demande la parole pour une motion d'ordre. Si M. le rapporteur prend ainsi à partie chaque argumentateur, la discussion sera sans fin. Lorsque M. Dubois (d'Amiens) a pris la parole pour attaquer le rapport, comme membre de la minorité, il a été dans son droit sans doute; j'eusse mieux aimé cependant qu'il ne le fît point. Mais M. le rapporteur, en répondant de point en point aux argumentations de M. Dubois, me paraît s'engager dans une véritable polémique personnelle qu'il eût pu éviter s'il avait eu le soin d'exposer les opinions de la minorité dans le rapport; ceci est un travail de M. Prus et non de la commission, car la commission ne s'en est point entendue. N'eût-il pas été plus naturel et plus convenable, au lieu de laisser s'établir une discussion entre deux membres qui ont déjà débattu leurs opinions dans le sein même de la commission, d'entendre d'abord les opinions des personnes qui sont restées étrangères à ses travaux? Cette discussion eût été d'ailleurs bien mieux placée, ce me semble, à l'occasion des articles des conclusions.

M. Ferrus : Le rapporteur est pleinement dans son droit en répondant à chaque argumentateur.

M. Adelon : Je propose formellement que l'ordre de la discussion soit changé et qu'on passe de suite à l'examen des chapitres.

MM. Rochoux et Girardin s'élèvent contre cette proposition.

M. Prus : Il n'y a pas, dans ma réponse à M. Dubois, un seul point qui n'ait trait directement soit aux conclusions scientifiques, soit aux conclusions pratiques du rapport.

M. le président maintient la parole à M. Prus.

M. Prus : M. Dubois, qui a besoin pour la thèse qu'il soutient de ne pas trouver que le navire du capitaine Coutel, qui a quitté Alger le 9 juin 1741, c'est-à-dire dans un moment où la peste épidémique sévissait dans cette ville, n'a pas eu à Marseille des pestiférés ayant communiqué la maladie au chirurgien de Marseille et à un garde de santé qui leur ont donné des soins au lazaret et ont été enfermés dans l'enclos Saint-Roch, a passé sous silence ce passage du certificat de M. Micheland, médecin, et de M. Fondomme, chirurgien, en date du 22 juin 1841 :

« Les cinq malades provenant de *l'Étoile du Nord*, commandée par le capitaine Coutel, et réunis dans l'enclos Saint-Roch, sont tous travaillés de la peste la mieux caractérisée par des bubons aux aines et des charbons. »

Il a également oublié cet autre passage du certificat du 3 juillet :

« Le chirurgien et le garde, renfermés dans l'enclos des malades contaminés, sont l'un et l'autre en proie à la peste la moins douteuse, avec bubons aux aines. »

Ce n'est que le 22 août que les bubons des sept pestiférés ont été guéris, c'est-à-dire chez les cinq premiers après un traitement de soixante et un jours au moins, puisque les bubons existaient dès le 22 juin, et chez les deux derniers après un traitement de cinquante jours.

Il est très-vrai, messieurs, comme l'a rappelé M. Dubois, que, malgré des affirmations aussi positives, malgré l'existence de symptômes aussi caractéristiques de la peste, j'ai émis le regret de ne pas trouver de plus grands détails dans les certificats de MM. Michelaud et Fondomme; mais j'ai ajouté, et sur ce point je maintiens pleinement ce que j'ai dit, qu'on est fondé à regarder les cas indiqués comme des cas de peste.

Le deuxième navire pestiféré dont M. Dubois a entretenu l'Académie est celui du capitaine Millich, parti d'Alexandrie avec patente brute, le 8 mars 1784, et arrivé à Pomègue le 30 avril de la même année, avec 152 passagers barbaresques venant de la Mecque et retournant au Maroc.

Ce navire, qui a perdu trois hommes de son équipage, dans sa traversée d'Alexandrie à Marseille, a donné la peste à quatre gardes de santé qui ont été placés à son bord pendant sa quarantaine à Pomègue. Ces gardes ont communiqué la peste, au lazaret, à M. Blanc, chirurgien quarantainaire, qui, tombé malade le 13 juin, n'a été guéri de la plaie résultant de l'ouverture de son bubon que le 10 juillet, et au garde de santé Isnard, qui, atteint également d'une peste bien caractérisée le 13 juin, est mort le 19 du même mois, portant à l'aine droite un bubon de la grosseur d'un œuf de poule.

Le 24 mai 1784, le navire du capitaine Millich partit de Pomègue pour Tanger.

Le jour même du départ, les passagers barbaresques jetèrent à la mer un des leurs; la même chose arriva le lendemain.

Le 11 juin, étant en vue de Tétuan, le capitaine fit encore jeter à la mer le cadavre d'un passager barbaresque.

Le 20 juin, le nommé Matthieu Millich, cousin du capitaine, malade depuis trois jours, mourut avec deux bubons.

Le 21, Paul Millich tomba malade et succomba le même jour.

Le 22, le nommé Gaspard Bozich, malade depuis deux jours, mourut.

Le 23 et le 24, mort de deux nouveaux matelots.

Le 30, le nommé Antoine Turc mourut avec deux bubons.

Enfin, le 12 juillet, le nommé Millinovier, écrivain, est mort avec deux tumeurs au col.

Je ne conçois pas, et vous ne concevrez pas plus que moi, messieurs, que M. Dubois ait pu avoir la pensée d'établir que ce navire n'offrait pas la preuve beaucoup trop positive, beaucoup trop multipliée de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

En vérité, la chose me paraît d'une telle évidence que je n'ai pas le courage d'insister. Je reprocherai seulement à M. Dubois, qui sait qu'il n'y a de discussions utiles que celles qui sont sincères, d'avoir cité le certificat concernant le nommé Olive, garde employé à bord du capitaine, et tombé malade le 17 mai 1784, en faisant remarquer que la conclusion des médecins et chirurgiens du lazaret, et consignée dans ledit certificat, est que le malade est mort d'une fièvre maligne, sans avoir mentionné les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées après la mort, lesquels m'ont porté à émettre dans le rapport un avis opposé à celui exprimé ci-dessus.

Voici les symptômes rapportés par les auteurs du certificat, MM. Montagniès et Michel Laroche, médecins, et M. Gros, chirurgien :

« D'abord, douleur légère à l'aine droite; bientôt après, céphalalgie violente » avec fièvre; ces accidents sont combattus par une saignée. La saignée est sui- » vie de grandes angoisses, d'une agitation continuelle, d'une prostration ex- » trême, avec perte de connaissance. Le pouls, touché par le chirurgien quaran- » tainaire, est petit, serré, déprimé. Le même chirurgien constate en outre » l'engorgement non douteux de deux glandes inguinales.

» Le lendemain, la tête est embarrassée et la faiblesse continue; hoquet fré- » quent; des exanthèmes existent à la partie antérieure de la poitrine et au bras » gauche. Le chirurgien quarantainaire constate toujours l'existence de deux » glandes engorgées à l'aine droite.

» Le malade meurt après quarante-huit heures de maladie, et lors de l'ouver- » ture du cadavre on constate que presque toute la surface du corps est couverte » d'exanthèmes pourprés. On trouve dans le bas-ventre un epanchement que les » médecins et chirurgiens appellent lymphatique; de plus, une portion de l'i- » léum est enflammée et même affectée d'un commencement de gangrène. »

Je le demande à M Dubois lui-même, qu'est-ce donc que cette maladie mortelle en quarante-huit heures, survenue sur un navire parti d'Alexandrie au moment où cette ville était en proie à une épidémie pestilentielle, après que quatre autres matelots avaient déjà succombé depuis le départ d'Égypte? Évidemment, messieurs, c'était la peste, la peste qui a frappé trois autres gardes de santé placés sur ce même navire pendant sa quarantaine, la peste qui a ensuite continué ses ravages pendant la traversée de Pomègue à Tanger et de Tanger à Pomègue.

M. Dubois reconnaîtra sans doute lui-même que j'ai eu de très-bonnes raisons pour regarder comme un cas de peste une maladie caractérisée de fièvre maligne par les médecins et les chirurgiens du lazaret, lesquels, je le crois encore, ont craint d'effrayer la population en déclarant toute la vérité.

Que dirai-je maintenant des doutes que M. Dubois veut élever sur la nature de la maladie du chirurgien quarantainaire Blanc, qui a contracté une peste bénigne avec bubon, en soignant au lazaret les gardes de santé qui avaient pris la maladie sur le bord du capitaine Millich?

Ce bubon, dit M. Dubois, était peut-être vénérien! Je le déclare, messieurs, en pareille matière, je me serais attendu à une discussion plus sérieuse de la part de notre spirituel confrère.

Poursuivons notre tâche, quelque pénible qu'elle soit. Je ne puis souffrir qu'on excite des doutes au sein de l'Académie sur des faits qui ne sont que trop réels et qui résolvent la question la plus importante posée dans le rapport, celle de savoir si la peste épidémique est transmissible hors des foyers épidémiques.

En 1786, le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français *la Providence*, quitta, le 14 mai, Bone où sévissait une épidémie pestilentielle d'une grande violence.

Le jour même de son arrivée à Marseille, le 23 du même mois, il avait perdu un maître d'équipage tombé malade le 18.

Le 30 mai, un autre maître d'équipage fut atteint et mourut le 4 juin, au lazaret, avec plusieurs bubons aux aines.

Le 5 juin, un novice présenta les symptômes suivants : prostration, délire, bubon à l'aine droite; le malade, dont le bubon a été ouvert le 12 juin par le chirurgien quarantainaire, est mort le 19 du même mois.

Le 7 juin, un matelot offrit un état qui ne peut guère laisser d'incertitude : » Grande faiblesse, marche chancelante, commencement de délire, vomissements » bilieux, douleurs vives sous l'aisselle gauche où le malade sent une dureté qui » d'ailleurs est peu saillante. » La mort a eu lieu, le 9 juin, après des douleurs très-aiguës partant de l'aisselle en se portant vers la tête, la poitrine et la région abdominale.

Le 20 juin, le chirurgien quarantainaire, M. Paul, qui a soigné les pestiférés renfermés dans l'enclos de Saint-Roch, a déclaré être malade. Il a perdu l'appétit; il porte une glande assez engorgée au pli de l'aine gauche; sa tête est embarrassée, car il ne se rappelle pas s'être levé le matin et s'être recouché à plusieurs reprises.

Le 22 juin, M. Paul ouvre lui-même son bubon.

Le 26 juin, les médecins et chirurgiens du lazaret reconnaissent qu'un abcès s'est formé au-dessous du bubon en suppuration et conseillent au pestiféré de l'ouvrir.

Le malade ne paraît avoir été guéri complétement qu'après quatre-vingt huit jours.

C'est ce dernier cas que M. Dubois attaque comme n'étant pas un cas de peste.

« M. Paul, dit-il, est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine Bernardy. Ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans le lazaret. » Mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a reçu les soins directs » d'aucun de ses confrères; qu'il n'a été vu et encore que quand il venait à la » grille, qu'à une distance de 12 mètres environ et sans doute à l'aide d'une lu- » nette d'approche. Que penser de l'authenticité d'un pareil fait? »

Si M. Dubois prétendait que M. Paul, qui a soigné au lazaret trois pestes mortelles, n'a contracté qu'une peste légère, je serais de son avis, et ce serait un cas de plus à ajouter à ceux qui tendent à prouver que les pestes contractées dans les lazarets d'Europe en soignant les pestiférés qui y sont apportés, sont souvent assez bénignes. Mais vouloir que la maladie du chirurgien Paul dont un grand nombre de médecins encore à Marseille m'ont dit avoir vu le bubon cicatrisé, n'ait pas été un cas de peste, cela peut convenir pour soutenir une thèse qu'on s'est donnée, mais cela ne vous paraîtra pas fondé en raison.

M. Dubois sait d'ailleurs très-bien que le nommé Malet, matelot du même vaisseau *la Providence*, qui avait quitté le bord le 2 juin pour soigner, conjointement avec M. Paul, le premier pestiféré et qui a ensuite soigné, toujours conjointement avec M. Paul, les autres pestiférés de son bâtiment, est tombé malade le 26 juin, c'est-à-dire vingt-quatre jours après son entrée au lazaret; M. Dubois sait que Malet a eu un bubon bien caractérisé à l'aine gauche, bubon qui a été ouvert par le malade le 29 juin et qui n'a été guéri que le 7 septembre.

Pourquoi, je vous le demande, messieurs, M. Dubois ne veut-il pas que le chirurgien Blanc ait eu la peste comme les trois premiers malades qui en sont morts, comme le cinquième qui en a guéri? N'est-ce pas uniquement parce que ce fait de peste dérange le système que M. Dubois veut se faire?

Je n'ai plus, messieurs, qu'un seul fait à examiner avec M. Dubois, et vous verrez qu'ici encore il ne m'est pas possible de partager l'opinion qu'il a émise.

En 1819, le capitaine Anderson, commandant le navire *la Continuation*, quitta le 20 avril Tunis, où régnait une peste épidémique qui enlevait de 80 à 100 personnes par jour.

Le 25 avril, un matelot est mort de la peste, d'après la déclaration du capitaine.

Le 28 et le 29, deux passagers, un enfant et sa mère, sont morts d'une maladie que le capitaine dit ne pas avoir été la peste.

Le 26 avril, un matelot a été atteint de la peste avec bubon, maladie pour laquelle il est entré au lazaret de Marseille le 2 mai 1819, et des suites de laquelle il n'a été complétement guéri qu'au commencement d'août.

Le 14 mai 1819, MM. Robert, Mauraire et Girard ont visité au lazaret le nommé Michel Favre, garde de santé, qui venait d'être employé sur le navire *la Continuation*.

Voci le résumé de la maladie, tel que l'ont rédigé nos confrères de Marseille :

« Michel Favre se portait bien le 13 mai à deux heures de l'après midi; à quatre heures, il fut pris d'un violent frisson. Le lendemain il entra au lazaret. » Dans la matinée il avait eu une hémorrhagie nasale, et à cinq heures du soir il » s'en déclara une nouvelle. Dès ce moment, Michel Favre se sentit trop faible » pour paraître à la grille de fer. Son visage était très-rouge; la douleur de tête » et la fièvre étaient violentes. Le 15, au matin, il se plaignit d'une douleur à la » partie latérale gauche de la poitrine et sous le creux de l'aisselle. A deux heu- » res et demie, une troisième hémorrhagie se manifesta et dura jusqu'à trois » heures et demie. La douleur de tête fut un peu diminuée, mais la faiblesse fut » grande. La diarrhée survint; le malade se plaignit d'une petite glande à l'ais- » selle gauche. Le 16, au matin, cette glande avait augmenté de volume, et fut » reconnue pour un véritable bubon. A dix heures et demie, une quatrième hé- » morrhagie nasale se déclara; elle fut très-abondante, car elle fournit huit onces » de sang. De ce moment, la faiblesse augmenta; le bubon devint moins dou- » loureux, plus petit, ce qui indiquait une mort prochaine. La nuit a été très- » agitée; un délire violent a été suivi d'un assoupissement léthargique qui n'a » cessé un instant que pour précipiter plus vite la fin du malade.

» L'inspection du cadavre, faite par M. Neel, chirurgien quarantainaire qui a » donné des soins au pestiféré pendant son séjour au lazaret, a fait découvrir » deux bubons, un à chaque aine, du volume d'un œuf de poule. Le bubon de » l'aisselle gauche, qui a été signalé, avait beaucoup grossi, et des pétéchies » étaient disséminées sur toute la surface du corps. »

La provenance du bâtiment qui venait de Tunis, où régnait avec violence une peste épidémique; le matelot atteint d'une peste mortelle cinq jours après le départ de Tunis; les deux passagers morts les 28 et 29 avril d'une maladie au moins suspecte; la peste bien caractérisée dont un second matelot a été atteint à bord le 26 juin, et dont il a été traité au lazaret de Marseille; le séjour de Michel Favre sur le bâtiment pestiféré; les symptômes de peste qu'il a présentés pendant la vie; les trois bubons, les pétéchies constatées après la mort, justifient pleinement le nom de peste assigné par moi à la maladie de Michel Favre.

Examinons maintenant sur quoi repose la version de M. Dubois, qui ne veut voir dans ce cas qu'une fièvre typhoïde.

« Le rapport qui rend compte de la maladie, dit M. Dubois, ne signale guère, » sauf les bubons dont la découverte a été faite lors de l'inspection du cadavre,

» que des symptômes typhoïdes, hémorrhagies nasales répétées, céphalalgie, » diarrhée, faiblesse extrême, délire, etc. »

Je dois faire remarquer à M. Dubois que, pendant la vie, Michel Favre a présenté sous l'aisselle gauche un bubon reconnu par le chirurgien quarantainaire qui donnait des soins au malade; ce bubon, réuni aux deux autres constatés ensuite aux aines, et qui présentaient l'un et l'autre le volume d'un œuf de poule, constituent un signe de peste difficile à nier. Quant à la céphalalgie, à la diarrhée, à la faiblesse extrême, au délire, aux hémorrhagies, ces symptômes se retrouvent et dans la fièvre typhoïde et dans la peste. Mais il ne faut pas oublier que les hémorrhagies sont assez fréquentes dans la peste pour que les médecins qui faisaient partie de la commission sanitaire qui a préparé l'ordonnance de 1822 aient cru pouvoir dire, comme on peut s'en assurer dans le volume contenant les règlements de Marseille, que ces hémorrhagies tenaient à des ruptures de vaisseaux, suite de la gangrène de leurs parois. On sait aujourd'hui que les taches noires que l'on trouve fréquemment chez les pestiférés, soit autour des ganglions lymphatiques, soit autour des vaisseaux, soit sur les parois des intestins et ailleurs, résultent d'ecchymoses dues à l'extrême fluidité du sang, fluidité qui rend aussi raison des hémorrhagies et non des gangrènes internes, lesquelles sont fort rares dans la peste.

En résumé, je persiste fermement à croire avec les médecins et chirurgiens du lazaret de Marseille que ce garde de santé est mort de la peste produite par l'infection pestilentielle à laquelle il a été soumis pendant son séjour à bord du capitaine Anderson.

L'examen détaillé dans lequel je viens d'entrer, et qui m'a paru nécessaire pour laisser dans les esprits des idées nettes et précises à la place des doutes qu'on s'est efforcé d'y faire naître, prouve de la manière la plus évidente que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques et même hors des foyers d'infection pestilentielle pouvant exister sur les navires, puisqu'on voit dans les lazarets d'Europe la peste se communiquer d'un pestiféré à un homme sain qui n'a pas été sur le navire infecté.

M. Dubois a terminé sa communication par le tableau des conditions hygiéniques très-défavorables qu'offrent les vieux quartiers de Marseille et son port vraiment infect. Je ne puis qu'appuyer de mon témoignage tout ce qu'il a dit à ce sujet. Aussi, quand M. Dubois aura formulé la conclusion additionnelle qu'il se propose de présenter à cet égard, je m'empresserai de la soumettre à la commission et de venir ensuite vous dire la décision de celle-ci.

Un mot encore sur l'insalubrité actuelle de l'Égypte et sur Méhémet-Ali.

Les causes productrices de la peste sont accumulées dans le Delta. On peut détruire les unes et diminuer assez les autres pour rendre à l'Égypte ces temps où elle était exempte de la peste. Sur tous ces points, signalés avec quelque étendue dans le rapport, M. Dubois est d'accord avec la majorité de la commission.

Mais il reproche à celle-ci, ou plutôt à son rapporteur, de ne pas avoir laissé peser sur le vice-roi l'odieux des calamités qui affligent l'Égypte.

Fallait-il déverser sur Méhémet-Ali un blâme stérile, ou bien, lui tenant compte des efforts déjà faits par lui pour faire sortir son peuple de la barbarie, devait-on chercher à lui prouver que ce serait servir les intérêts de sa puissance et de sa gloire que d'imiter le bel et grand exemple donné par les dominateurs de l'ancienne Égypte. M. Dubois est du premier avis, je suis du second.

Sans doute, Méhémet-Ali, dont l'existence n'a cessé d'être gravement menacée que depuis 1841, a commencé par faire venir d'Europe des hommes de guerre, des ingénieurs chargés de lui procurer des armes, de la poudre, des vaisseaux. Bientôt cependant il a eu recours à d'autres Européens pour fonder des manufactures. Enfin, il a appelé auprès de lui des médecins d'Europe; il a fondé une école de médecine qu'il a confiée à des hommes éclairés. C'est encore à des médecins d'Europe qu'il a remis la direction des hôpitaux fondés par ses soins. Et ici, messieurs, pourrions-nous sans ingratitude ne pas nous rappeler que c'est à cette confiance, si justement accordée par Méhémet-Ali à plusieurs de nos confrères, que nous devons la plupart des matériaux qui ont permis de se prononcer sur les conclusions du rapport? Mais, chose plus digne encore de votre attention, si nous connaissons mieux qu'il y a vingt ans les causes qui engendrent et propagent la peste en Égypte, ne le devons-nous pas à l'accueil fait par Méhémet-Ali à M. Pariset, à M. Hamont et autres médecins européens qui se sont livrés à cette étude? Ne faut-il pas rappeler aussi la création de cette intendance sanitaire et de ce lazaret institués en 1831, au grand profit de la science, et ces commissions sanitaires qui, lors de l'épidémie de 1841, ont combattu la peste par tous les moyens dont le gouvernement a pu disposer. M. F. de Lesseps vous a appris, dans sa correspondance, comment Méhémet-Ali sait triompher des résistances fanatiques des ulémas. Le pacha apprend que ceux-ci s'opposent aux quarantaines prescrites par les médecins sanitaires: à l'instant il ordonne que les ulémas qui ne donneront pas le bon exemple feront sept mois de galères, et les ulémas se mettent en quarantaine.

Ne se contentant pas de faire étudier l'Égypte et ses habitants par des Européens dont il a mis souvent les avis à profit, n'est-ce pas encore Méhémet-Ali qui a fondé et qui entretient à Paris cette école égyptienne, composée de l'élite des jeunes gens du pays, et dont les élèves reporteront nécessairement dans leur patrie les idées, les sentiments, les sciences et les arts de la civilisation moderne?

Suit-il de cet exposé, qui ne sort en rien des bornes de la vérité, que les villes et les villages de la basse Égypte ne soient dans des conditions qui en font des foyers constants de peste? Peut-on en conclure que les fellahs ne soient probablement les hommes les plus malheureux de la terre? Doit-on penser enfin que Méhémet-Ali est assez convaincu qu'il n'y a dans un pays puissance et richesse durable qu'à la condition que le peuple est sain et heureux? Nullement, messieurs.

Tout ce que j'ai dit, dans le rapport, des causes locales d'insalubrité, de la misère excessive des habitants, du mépris de la vie des hommes en Égypte, tout cela est vrai, trop vrai. Mais devais-je pour cela, et contrairement à la vérité, considérer Méhémet-Ali comme un Turc fanatique, systématiquement opposé à toute idée de progrès et d'amélioration? Je ne l'ai pas pensé.

Aussi persisterai-je à demander le maintien de ce que j'ai dit dans le rapport.

Toutefois, si je repousse l'avis donné à cet égard par M. Dubois, je suis prêt à me rallier, je puis le dire par avance, à l'amendement que semble vouloir proposer M. Hamont, et par lequel les principales puissances de l'Europe seraient invitées à se concerter et à fournir, au besoin, les moyens pour détruire les causes de la peste, et prévenir, comme en d'autres temps on a prévenu, le développement du fléau en Égypte.

Messieurs, avant de renoncer à la parole, je désire vous donner connaissance des principaux passages d'une lettre que m'a adressée récemment de Marseille un médecin qui, soit par sa position, soit par la sagacité et la finesse naturelles de son esprit, soit enfin par la variété et l'étendue de ses connaissances, peut être regardé comme la première notabilité médicale du pays. J'étais bien désireux de connaître l'impression qu'aurait faite sur lui, ainsi que sur tous les autres médecins de Marseille, la lecture du rapport que vous avez entendu avec tant de bienveillance. Voici ces passages; je les cite textuellement, non pas dans un vain intérêt d'amour-propre pour la commission, mais dans le grand intérêt du triomphe de la vérité et de la concorde des médecins.

« Je regarde le rapport comme l'expression la plus parfaite de l'état de la » science dans le moment actuel. C'est là l'opinion de l'immense majorité des » médecins de notre pays.......... »

« Les idées sont plus en voie de progrès à Marseille que vous ne le pensez. » Un journal, le COURRIER DE MARSEILLE, a *osé* écrire de bons articles dans le » sens de votre rapport, qui n'ont pas été trop mal reçus. »

Cette lettre finit ainsi :

« Que la commission poursuive son œuvre; elle aura bien mérité du pays, et sa » reconnaissance ne lui manquera pas. »

Serions-nous destinés, messieurs, à voir les membres de l'Académie s'éloigner de sa commission au moment où les médecins de Marseille s'en rapprochent autant? Je n'ai pas cette crainte. Je conçois parfaitement que des hommes consciencieux qui ont été élevés dans des doctrines que le rapport ne confirme pas toujours éprouvent des répugnances, des répulsions même; mais j'ai la confiance que la discussion attentive et sérieuse des faits nous amènera tous ou presque tous aux mêmes convictions.

Autant je désire que le rapport soit discuté à fond et librement, autant je regretterais de nous voir divisés pour des dissidences peu importantes. Cette division des médecins, qui bien souvent, surtout de notre temps, n'est pas aussi profonde qu'on le dit, est l'éternel argument des hommes qui sont à bout de bonnes raisons pour combattre des vérités qui leur déplaisent. Ne leur donnons que le moins possible cette ressource et cette consolation.

M. FERRUS : Comme membre appartenant à la majorité de la commission, j'avais éprouvé une sensation pénible en entendant la lecture du discours de M. Dubois (d'Amiens), et j'avais demandé la parole pour lui répondre. M. Prus, rapporteur de la commission, a voulu se charger de ce soin, et devait même répondre à tous les orateurs qui avaient attaqué le rapport de la commission; mais ayant été indisposé, il n'a pu se préparer à répondre qu'à M. Dubois (d'Amiens). Je chercherai à le remplacer dans une partie de la tâche qu'il s'était imposée; mais je ne profiterai pas longtemps de l'attention que l'Académie voudra bien me prêter, afin de ne pas prolonger cette discussion. Il reste d'ailleurs peu de chose à dire sur les questions générales, qui sont les seules dont je veuille m'occuper. Les doctrines émises par la commission ont été longuement et consciencieusement discutées dans son sein avant d'être consignées dans le rapport, dont vous avez doublement eu connaissance et à la rédaction duquel nous ne saurions donner que des éloges. Ces doctrines ont été attaquées de diverses manières par les orateurs opposants, et M. Prus, en répondant à M. Dubois, a répondu en même temps à la plupart des objections qui nous étaient adressées, ce qui nous fait penser que l'opinion de l'Académie doit être arrêtée maintenant. On nous a reproché l'absence de considérations générales sur la peste, de n'avoir pas donné la description des phénomènes qu'elle présente ni la définition de la contagion; on nous a accusé de n'avoir pas traité assez longuement les questions physiologiques, et de n'être pas entré assez avant dans le cœur de la question. Ces reproches, bons tout au plus si nous avions voulu faire un traité complet, s'accordent peu avec ceux qu'on nous a adressés d'autre part sur la trop grande étendue du rapport. Ces reproches mêmes ne s'accordent point entre eux, comme on le voit, et, à l'exemple de M. Rochoux, empruntant une citation à La Fontaine, nous dirons :

Est bien fou du cerveau
Qui prétend contenter tout le monde et son père.

Les orateurs ont-ils fait du moins ce qu'ils ont reproché à la commission de n'avoir point fait? Ils ont critiqué, mais ils n'ont rien proposé, ils n'ont rien mis à la place de ce qu'a dit et proposé la commission.

Point de départ de la peste. — L'Égypte, depuis des siècles, a été considérée comme le berceau de la peste; pour y détruire cette maladie, la commission a exposé quelles étaient les conditions à remplir : Il faut, a-t-elle dit, assainir le pays, donner du pain aux habitants, améliorer l'hygiène.

A cet égard Méhémet-Ali fera tout ce qu'il pourra; mais il a à lutter contre une population fanatique et superstitieuse. Les fellahs veulent vivre à leur manière; ils veulent rester tels qu'ils sont. Ils n'ont point demandé, que je sache, un gouvernement représentatif, et l'impossibilité où nous sommes même de modifier les habitudes des populations algériennes doit nous rendre circonspects en pareille matière. Si nous nous livrions aux réclamations qui

nous sont conseillées, il faudrait demander pour l'Égypte non-seulement l'abolition du despotisme et les libertés civiles, mais encore l'émancipation des préjugés et la liberté religieuse ; car de toutes les plaies de l'Égypte dont il a été fait mention, le fanatisme est la pire. Méhémet-Ali trouve de grandes difficultés ; espérons qu'Ibrahim pourra les lever un jour, et ne nous laissons pas entraîner, ainsi que MM. Dubois, Rochoux et Hamont nous le conseillent, à entreprendre une croisade contre le pacha d'Égypte.

Épidémicité. — Quant à la question d'épidémicité, il ne reste rien à dire à cet égard, à moins de changer complétement le langage médical et de renoncer à dire : il existe une maladie épidémique telle part, telle maladie a pris le caractère épidémique, ce que nous faisons journellement. Il faudrait en un mot refaire la science. Je ne prétends pas que la question ne présente des points obscurs et incertains, que tous les caractères généralement assignés aux épidémies soient constants, qu'ils se montrent toujours au même degré ; mais je soutiens qu'ils ne sont pas illusoires, comme l'a prétendu M. Dubois, et que chacun de nous, envoyé dans une localité pour décider si une maladie est épidémique ou endémique, n'éprouverait aucun embarras pour se prononcer.

Des témoins irrécusables nous ont dit que la peste était précédée de phénomènes précurseurs, de douleurs ayant pour siége les cicatrices d'anciens bubons pestilentiels. M. Gaultier de Claubry a nié l'importance de ces avertissements, et notre rapporteur n'a pas répondu à cette critique. Le colonel Charroy, qui avait été atteint de la peste en Égypte, souffrait à Paris, ainsi que nous l'a dit M. Gaultier de Claubry, des cicatrices de bubons pestilentiels, alors certainement que la peste ne régnait pas parmi nous. Mais M. Charroy, qui d'ailleurs était fort rhumatisé, souffrait en même temps des cicatrices de toutes ses anciennes blessures, et cela ne prouve pas que s'il eût habité l'Égypte les douleurs se réveillant dans les cicatrices de ses bubons ne pussent être un avertissement de quelque valeur. L'observation de M. Charroy puisqu'elle a été citée est d'ailleurs utile à examiner sous quelques autres rapports. Il fut soigné à Jaffa par un Turc qui, observant l'expression de ses yeux et se fondant sur l'absence de phénomènes nerveux, lui assura qu'il guérirait. Son traitement consista dans des boissons chaudes, des frictions huileuses. Quant au bubon, l'opérateur turc, après l'avoir circonscrit avec l'instrument tranchant, l'arracha avec ses ongles. Pendant ce dernier temps de l'opération, il plaça son instrument tranchant entre ses dents, sans que plus tard il fût atteint lui-même de la peste.

Contagion et infection. — Depuis la discussion qui s'est élevée dans le sein de l'Académie, et avant cette discussion sans doute, nous tous, messieurs, nous devons avoir une opinion faite sur la contagion.

Quand la peste règne épidémiquement, elle devient bien plus grave, bien plus pernicieuse, et peut donner naissance à des foyers d'infection.

De là sans doute une grande différence entre la peste endémique et la peste épidémique, et la commission n'a point manqué de le faire sentir ; mais elle n'a déclaré nulle part qu'elle admettait deux espèces de peste, et elle ne considère la peste sporadique et la peste épidémique que comme des maladies du même genre, sans vouloir en faire des espèces à part. On nous a reproché de ne nous être pas expliqué assez franchement sur la contagion, d'être contagioniste sans l'avouer, de n'avoir point eu le courage de notre opinion. Il n'en est rien, messieurs, nous avons dit tout ce que nous pensions, et si, pour rendre notre pensée, nous avons préféré le mot infection à celui de contagion, c'est que nous voulions parler d'un mode de transmission qui n'était pas celui généralement admis, et surtout hors du public médical. La commission a voulu prévenir toute confusion, toute équivoque sur les termes, et c'est pour cela qu'elle a évité de se servir du mot contagion dont le sens mal défini n'est pas le même pour tout le monde. La commission est contagioniste si l'on entend la contagion à la manière de Fracastor ; mais si on l'entend comme la plupart des médecins modernes et les gens du monde elle n'est plus contagioniste.

Quant aux divers modes suivant lesquels la contagion peut s'opérer autrement que par l'intermédiaire de l'air, c'est-à-dire par l'infection, les faits pour et contre ont été mûrement examinés par la commission ; elle est restée dans le doute sur plusieurs points, et relativement surtout à celui sur lequel M. Bousquet a insisté, c'est-à-dire l'inoculation, ainsi que cela est consigné dans sa onzième proposition.

M. Rochoux, contagioniste pur, et qui cependant veut l'abolition des lazarets, ne la conseille que pour disséminer les malades qui pourraient se trouver au lazaret. Nous voulons aussi l'isolement des pestiférés. Toutefois, nous pensons que, lorsque cet isolement est pratiquable dans le lazaret lui-même, dans celui de Marseille, par exemple, il est bien plus simple de traiter sur place les pestiférés que de les transporter au loin.

M. Hamont croit toutes les précautions nécessaires ; suivant lui, la peste est contagieuse, l'incubation du principe contagieux n'a point de limites ; il veut des quarantaines longues, que toutes les provenances de l'Égypte arrivent sous patente brute, et il convient cependant que ce régime n'est pas tolérable. C'est que M. Hamont veut la destruction de la peste dans ses foyers ; mais voilà justement où est toute la difficulté.

M. Dupuy, au reste, a pris constamment, dans la commission, l'initiative de cette manière de voir, et la commission a instamment demandé que cette œuvre fût entreprise.

La commission, enfin, messieurs, ne vous a rien proposé sans les plus mûres réflexions, sans appuyer ses avis sur des documents dignes de toute confiance et sur des témoignages irrécusables ; elle propose une diminution des quarantaines, mais elle demande en même temps des précautions plus efficaces que celles qui ont été prises jusqu'à présent au départ, à l'arrivée, et pendant le voyage des bâtiments. Nous demandions qu'il fût attaché à tous les consulats des médecins nommés par le gouvernement, hommes instruits et indépendants, bien plus capables de donner des instructions précises sur l'état de la santé publique que les coureurs envoyés dans les villes et les villages pour y recueillir les bruits relatifs à la peste ; mais c'est la seule chose que le gouvernement malheureusement ne paraît pas disposé à nous accorder.

M. Prus : J'ai appris tout récemment que cette disposition du rapport serait favorablement accueillie.

M. Ferrus : Je l'apprends avec une vive satisfaction. Si on accorde ce qu'elle demande, tout danger sera évité, et pourtant il sera fait droit aux réclamations des voyageurs et aux besoins du commerce. Et ne croyez pas que ce qu'elle propose soit aussi généralement repoussé qu'on l'a dit dans le pays où doivent être appliquées ces mesures : les anciens Marseillais, la plupart des agents de l'intendance sanitaire, craignent la peste outre mesure sans doute ; mais le commerce naviguant et les hommes au courant des recherches modernes sur la manière dont la peste se propage ne partagent pas les mêmes craintes ; et, par une réaction qui se montre toujours dans les cas de ce genre, ils sont peut-être enclins à solliciter des réformes trop radicales. La commission a cherché à éviter chacun de ces excès ; nous avons la ferme conviction qu'elle y est parvenue, et nous avons tout lieu de croire que les hommes les plus éclairés et les plus impartiaux de cette cité partagent nos opinions. Encore une fois, ce que demande la commission, c'est l'allégement des quarantaines, mais à la condition de toutes les garanties capables de rassurer les esprits les plus timorés.

Je termine en proposant à l'Académie la clôture de la discussion générale, d'abord parce qu'elle me semble avoir été assez prolongée, et ensuite parce que les questions de doctrine ne peuvent manquer de se reproduire dans la discussion des propositions qui terminent le rapport.

BIBLIOGRAPHIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE ; par le docteur FOUCART. — Brochure in-8°. — Bordeaux, chez Faye, 139, rue Sainte-Catherine.

« Existe-t-il une arthrite blennorrhagique ? En d'autres termes, doit-on admettre un rapport de cause à effet entre l'inflammation articulaire qui survient quelquefois chez des sujets affectés de blennorrhagie et l'écoulement blennorrhagique lui-même ? » C'est ainsi que l'auteur définit le problème dont il se propose la solution. Cette question offre plus de difficultés qu'elle ne le paraît d'abord, et réclame une étude approfondie. S'il existe une arthrite blennorrhagique proprement dite, il implique que cette espèce soit semblable, par ses symptômes et par son traitement, aux autres espèces : inflammatoire, tuberculeuse, goutteuse, etc. Elle doit au contraire s'en distinguer par un certain nombre de caractères propres qui en établissent la spécificité. Rechercher expérimentalement ces caractères, dans les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, etc., dans la symptomatologie, dans la thérapeutique ; les rapprocher successivement des caractères propres à chacune des autres espèces d'arthralgies ; montrer en quoi ils s'en distinguent, et arriver ainsi à la constitution d'une espèce bien déterminée ; tel est donc le plan que doit se proposer un auteur qui veut mettre en lumière l'existence de l'arthrite blennorrhagique. C'est là une des applications les plus simples de la médecine étiologique.

M. Foucart n'a pas absolument méconnu ces principes, mais peut-être ne les a-t-il pas appliqués avec assez de rigueur et de conséquence. Son appareil de démonstration consiste, en grande partie, à rassembler les faits connus d'arthrite survenue pendant le cours d'une blennorrhagie, en y ajoutant deux observations qui lui sont propres, puis à extraire de cet ensemble de faits une histoire de l'arthrite blennorrhagique. Par exemple, sur les dix-neuf cas jusqu'ici publiés, l'affection arthritique a eu lieu tant de fois chez la femme et tant de fois chez l'homme ; tant de fois elle a occupé le genou droit, tant de fois le genou gauche, ou l'épaule, ou le pied ; tantôt elle est très-douloureuse et tantôt elle ne l'est presque pas, etc., etc. Mais nous ferons observer que c'est là précisément accepter ce qui est en discussion. Que l'arthrite puisse survenir et survienne assez fréquemment pendant le cours d'une blennorrhagie, c'est ce qui est connu depuis longtemps, et l'auteur lui-même en a trouvé une indication précise dans la dissertation de Guillaume Musgrave, DE ARTHRITIDE SYMPTOMATICA, imprimée à Genève en 1723, à la suite des ŒUVRES DE SYDENHAM. Qu'une vingtaine d'observations de ce genre fournissent par l'analyse et la méthode numérique, un tableau symptomatologique tel que celui dont nous venons de donner un spécimen, c'est un résultat tout simple, et qui, au point de vue purement historique où l'auteur s'est tenu trop souvent, n'a aucune signification ; car, prenez vingt cas d'arthrite ordinaire, nés sous quelque influence que ce soit, et nécessairement l'affection aura occupé plus souvent telle articulation que telle autre ; elle aura été très-douloureuse chez celui-ci et peu douloureuse chez celui-là, etc. Rien de tout cela ne répond à la question en litige : Y a-t-il simple coïncidence ou rapport de causalité entre la blennorrhagie

et l'arthrite qui l'accompagne quelquefois? Pour nous expliquer en un mot, ce qui manque, suivant nous, dans le travail de M. Foucart, c'est la considération du point de vue *spécifique*. Nous craignons que la négligence de ce point de vue n'ait rétréci de beaucoup la portée des résultats auxquels il est arrivé. On en peut juger par les extraits suivants.

« L'arthrite blennorrhagique a occupé, sur 19 cas :

8 fois un seul genou.
2 fois les deux genoux simultanément.
1 fois un genou et l'articulation tibio-tarsienne.
1 fois un genou et l'articulation huméro-cubitale.
2 fois une articulation tibio-tarsienne seule.
2 fois les articulations des jambes (probablement celles des genoux et du cou-de-pied).
2 fois les articulations des membres supérieurs (épaule et coude).
1 fois il y eut rhumatisme général.

» L'arthrite blennorrhagique est accompagnée, dans la grande majorité des cas (neuf dixièmes environ), de douleurs plus ou moins vives, souvent intenses...... Dans un nombre moins considérable de cas, il y a rougeur de la peau qui recouvre la région de l'articulation malade; dans cette circonstance, le rhumatisme blennorrhagique présente *presque tous les symptômes de rhumatisme articulaire aigu normal*...... Malgré leur acuité et leur intensité plus grandes, ce sont les cas les plus favorables et ceux dans lesquels un traitement énergique enlève ordinairement en peu de temps l'affection inflammatoire...... Dans la période d'acuité, le traitement doit être essentiellement antiphlogistique et d'une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet....... Lorsqu'elle est dans la période subaiguë ou chronique, le traitement doit être révulsif d'abord, puis résolutif..... »

Or, nous le demandons, ces données de l'observation, quelque exactes qu'elles soient, suffisent-elles pour établir la spécificité de l'arthrite qu'accompagne la blennorrhagie, et le rapport étiologique de l'une à l'autre? Non, sans doute. Tant qu'on ne dira pas si et en quoi ces données diffèrent de celles qu'aurait fournies l'analyse d'un certain nombre d'arthrites survenues dans d'autres conditions, on n'aura fait que mettre en lumière la coexistence plus ou moins fréquente des deux affections, et ce n'est pas là le vrai sens, le sens philosophique de la question.

Cependant, comme nous le disions en commençant, plusieurs endroits de la brochure attestent que l'auteur a plus d'une fois obéi à la pensée que nous éprouvons le regret de ne pas voir inspirer d'un bout à l'autre et dominer ses intéressantes recherches. Ainsi, page 44 : « Lorsque l'arthrite blennorrhagique débute d'une manière lente et subaiguë et chronique, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, sans autres symptômes enfin que ceux d'un épanchement séreux articulaire et sans réaction inflammatoire, tout comme dans les cas où, présentant au début les signes d'une inflammation aiguë violente, elle n'a pu être enlevée dans les premiers jours, *cette variété de l'arthrite est beaucoup plus tenace et plus opiniâtre que l'arthrite rhumatismale simple.* » Et encore, même page : « Si l'arthrite blennorrhagique se termine assez fréquemment par résolution, elle amène aussi quelquefois, *et cela plus souvent que l'arthrite rhumatismale simple*, la terminaison par ankylose et par suppuration. » Mais ces indications clair-semées ne rachètent qu'incomplétement le défaut d'une application explicite, rigoureuse, de la spécificité du principe.

Le besoin de cette application est d'autant plus urgent, que certains caractères, admis d'abord par quelques observateurs et de nature à constituer à eux seuls l'*espèce*, se sont évanouis devant une observation plus étendue ou plus attentive. Ainsi on croyait autrefois que la suppression ou la diminution brusques de l'écoulement urétral était la condition nécessaire du développement de l'arthrite; de là l'idée toute naturelle d'une métastase, équivalant au fond à celle d'une affection spécifique. Mais depuis Hunter, on sait que très-souvent le flux blennorrhagique n'est modifié en aucune manière par le développement de l'affection arthritique, ou ne diminue qu'après l'apparition de cette dernière, phénomène plus explicable par la révulsion que par la métastase. On a cité également des cas d'arthrite guérie sans autre traitement que l'emploi du copahu et du cubèbe à l'intérieur, et un semblable résultat serait un témoignage puissant en faveur de la nature blennorrhagique de la maladie. Mais il n'est pas encore fondé sur des observations assez nombreuses, et M. Foucart lui-même, après une étude consciencieuse des faits, proclame comme la médication la *plus logique*, la *plus rationnelle* et la plus efficace, « celle qui s'attache à combattre les accidents inflammatoires du côté de l'articulation... en même temps qu'on devra diriger contre l'écoulement blennorhagique les moyens curatifs les plus convenables pour s'en rendre maître. »

L'opinion qui admet une arthrite blennorrhagique telle qu'on doit l'entendre ne repose donc jusqu'ici que sur le fait de la coexistence assez fréquente de l'affection articulaire et de l'écoulement urétral. Ce fait, nous ne le dissimulons pas, a par lui-même une grande valeur. Mais, pour en déterminer la vraie signification, il faudrait savoir au juste si la blennorrhagie joue, dans la production des arthralgies, un autre rôle que certaines autres affections inflammatoires. Il n'est pas rare, par exemple, de voir les articulations se prendre pendant le cours d'une pneumonie ou d'une affection intestinale. Or s'il arrivait que la blennorrhagie ne s'accompagnât pas d'arthralgie plus fréquemment ni autrement que ces deux maladies, il y aurait lieu simplement à la ranger parmi les états inflammatoires dont l'arthrite peut devenir une complication, sauf à déterminer la nature de leur rapport avec la lésion articulaire; mais il n'y aurait pas plus de raison pour admettre une arthrite blennorrhagique que pour admettre une arthrite pneunonique, entérique; et cette vue emprunte une importance particulière de ce fait bien constaté que l'arthrite accompagne quelquefois les écoulements urétraux causés par le cathétérisme. Que si, au contraire, l'on parvenait à établir, soit par la fréquence insolite de la complication arthralgique, soit par l'époque de la blennorrhagie à laquelle se montre la complication, une relation tout à fait spéciale entre les deux maladies, ce serait déjà une forte présomption en faveur de la spécificité de l'arthrite. Jusqu'ici aucun travail de ce genre n'a été entrepris, que nous sachions.

En résumé, le fond même de la question, malgré les nombreux et utiles travaux dont il a été l'objet, particulièrement de la part de l'auteur, ne nous paraît pas reposer encore sur des données assez larges et assez rigoureuses. Contestons-nous pour cela l'existence de l'arthrite blennorrhagique? En aucune manière. Bien plus: l'ensemble des documents recueillis, les faits publiés, ceux que nous avons observés nous-même, nous disposent fortement à l'admettre à titre d'espèce particulière. Ce que nous contestons seulement, c'est que cette opinion soit entourée, à l'heure qu'il est, de toutes les garanties d'une véritable démonstration scientifique.

Toutes les considérations sur lesquelles nous avons dû nous étendre, parce qu'elles s'attaquent au cœur du sujet, ne nous empêchent pas de reconnaître le mérite de la publication que nous avons sous les yeux. C'est, malgré sa brièveté, le tableau le plus exact et le plus complet de l'arthrite dite blennorrhagique que nous connaissions. Le soin qu'a pris l'auteur de réunir et de comparer toutes les observations publiées lui a permis d'établir l'histoire de la maladie sur des données plus étendues et plus certaines. Nous avons cité plus haut le résultat de ses recherches quant au siége de l'affection articulaire. Swediaur était tellement persuadé qu'elle s'attaquait principalement au genou, qu'il lui avait imposé le nom de *gonocèle*. Sur les 19 cas rassemblés par M. Foucart, les genoux n'ont été affectés seuls que dix fois; dans 4 autres cas, ils l'étaient concurremment avec une autre articulation soit de la jambe, soit du bras. Restaient donc 5 cas où les genoux sont restés intacts. Nous avons récemment donné nos soins à un jeune homme qui, vers le sixième jour d'une blennorrhée intense, fut pris d'arthralgie subaiguë qui, d'abord limitée à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, s'étendit successivement aux deux épaules, aux deux hanches (principalement à la gauche), au genou gauche. Dans les derniers temps, il se forma, à la partie externe de la face dorsale du pied droit, une tuméfaction diffuse, pâteuse, paraissant bornée au tissu cellulaire sous-cutané, avec coloration rosée de la peau. Cet empâtement assez douloureux ne céda qu'au bout de huit jours sous l'influence de lotions camphrées. C'est donc un fait de *rhumatisme général* à ajouter à celui de Hunter. On peut voir aussi qu'il est de nature à modifier en plusieurs points la liste rapportée plus haut des localisations de l'affection articulaire.

Swediaur avait également affirmé que l'arthrite blennorrhagique ne s'accompagnait pas de rougeur à la peau. Or l'analyse des faits montre, selon M. Foucart, que la rougeur existe dans la moitié des cas. Ce résultat, en apparence fort minime, peut être de quelque utilité dans le diagnostic en ne laissant pas le praticien s'égarer, sur la foi de la rougeur cutanée, à la recherche d'une origine autre que l'existence d'une blennorrhagie, surtout dans les cas assez fréquents où l'origine réelle est dissimulée par les malades.

Enfin, l'auteur démontre le peu de fondement de cette opinion généralement répandue que l'arthrite blennorrhagique suppure très-rarement. Les 19 observations rassemblées par lui en en offrent deux cas incontestables; c'est une proportion supérieure à celle que donne le rhumatisme articulaire aigu.

On pourrait ainsi relever, dans la brochure de M. Foucart, un grand nombre de remarques propres à compléter ou rectifier l'histoire de la maladie qui a fait le sujet de ses consciencieuses études. Nous y renvoyons le lecteur. Il y trouvera aussi quelques considérations sur une affection qui est principalement l'inverse de la précédente : nous voulons parler de la blennorrhagie rhumatismale et goutteuse.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — CONTAMINATION PAR LES EFFETS ET MARCHANDISES.

On a vu par ce qui précède ce qu'il faut penser et de la contagion de la peste et des limites assignées à la période d'incubation. La peste est transmissible, cela n'est plus contestable, ni contesté. Il est établi d'une manière tout aussi péremptoire que la peste peut, non-seulement être transmise d'un individu à un autre dans le foyer épidémique, mais que cette transmissibilité a lieu encore hors des foyers épidémiques, entre des individus qui n'ont jamais séjourné au milieu de ces foyers. Cette communication que l'on a vue possible et réelle par les individus, l'est-elle par les choses? Telle est la question que nous allons examiner. Voyons dans quels termes elle a été présentée par la commission.

Il n'est pas prouvé, dit le rapport, que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés. La même conclusion s'applique aux marchandises. M. le rapporteur a le soin d'ajouter toutefois ou plutôt de faire précéder cette conclusion de cette déclaration : que les doutes émis à cet égard par la commission ne sont point le résultat d'une conviction complétement arrêtée, et elle appelle sur ce sujet de nouvelles recherches.

M. le rapporteur a cru devoir, à l'égard de cet ordre de faits comme pour tout ce qui concerne cette importante question, se défier des analogies, et il n'a voulu envisager que les faits relatifs à la peste, demandant à ces faits seuls les déductions qu'ils renferment. Nous avons déjà dit ce que, sous une apparente sévérité, cette méthode peut avoir de défectueux et d'insuffisant. Se priver des lumières de l'analogie, en médecine, où l'on est si rarement en possession des preuves qui établissent la certitude matérielle des faits, c'est à la fois restreindre considérablement le champ de nos moyens d'appréciation et méconnaître un principe qui domine une foule de questions pathologiques; c'est supposer, par exemple, que la contagion n'est point un phénomène identique, qu'elle peut se comporter d'une manière différente dans des maladies diverses, c'est voir une différence de modalité là où il n'y a que des différences de degrés et d'intensité, c'est se mettre enfin dans la nécessité de reconstituer à l'occasion de chaque maladie des principes nosologiques établis sur une longue expérience et sur l'étude comparative des maladies. Moins scrupuleux sur ce point que ne l'a été la commission, nous croyons qu'il ne sera pas sans utilité de faire un appel à l'analogie et de chercher, avant de procéder à l'examen des faits spéciaux, ce que la science possède de concluant sur la question de la transmissibilité des virus ou *contagium* en général par les substances inertes.

« Une attention suivie constamment pendant quelques années m'a convaincu, dit Lind, que le corps d'un malade tenu soigneusement propre est moins capable de communiquer la contagion que les derniers vêtements qu'il a quittés, le linge sale et autres hardes quelconques qu'il a portées longtemps avec l'infection de la maladie. » Ce que dit Lind des maladies contagieuses en général est surabondamment démontré pour la variole, pour la rougeole, pour la scarlatine, pour la gale, pour la vaccine, et il serait superflu d'en citer ici des exemples. En est-il de même pour les maladies dont la contagionabilité est moins évidente, pour les maladies dites miasmatiques ou *à virus halitueux*? On n'en saurait douter pour la plupart d'entre elles, pour le typhus par exemple. Entre un grand nombre d'exemples qui ne peuvent paraître contestables, nous ne rapporterons que le suivant qui nous tombe sous la main.

« A la suite de l'épidémie de typhus qui régna, en 1813, à Marseille, un administrateur des hospices fut chargé avec une sœur d'effectuer l'inventaire des effets qui avaient appartenu à un certain nombre d'individus victimes de l'épidémie. Deux mois s'étaient écoulés depuis l'extinction complète de la maladie. Les hardes, renfermées depuis cette époque, exhalèrent à l'instant où elles furent déployées une odeur fétide et repoussante. L'administrateur et la sœur ayant continué malgré cela cette pénible occupation furent victimes de leur zèle et contractèrent la maladie. L'administrateur succomba, la sœur fut assez heureuse pour en guérir. — La même année, un médecin de la même ville se chargea de la désinfection d'un grand nombre d'habitations de l'un des quartiers où la maladie avait sévi avec le plus d'intensité; parmi les individus employés à ce travail, trois périrent victimes du typhus. »

Passons aux faits relatifs à la peste.

Nous ne remonterons ni à l'invasion de la peste de Marseille de 1720, dont l'origine est restée trop obscure et trop controversée pour qu'on puisse s'autoriser des faits rapportés par ses historiens, bien que ces faits présentent, sous le point de vue qui nous occupe, des particularités bien dignes d'attention; ni aux faits plus ou moins apocryphes et aux assertions quelque peu hasardées que l'on trouve dans les auteurs anciens. Il faut, dans de pareilles matières, se garder également d'une trop naïve crédulité et de ce trop rigoureux scepticisme, qui ne voudrait admettre la réalité des faits que sur leur démonstration matérielle. Nous ne parlerons par conséquent ni des cordes qui ont donné la peste à dix mille individus vingt ans après avoir servi à emporter des morts et des malades durant une épidémie pestilentielle, ni des ballots qui auraient introduit la peste à Marseille après un séjour de plusieurs années dans la mer, ni des toiles d'araignées et des cordons de sonnette qui ont conservé et transmis le germe contagieux longtemps après la disparition d'épidémies pestilentielles. Les faits que nous voulons indiquer sont des faits recueillis de nos jours, et dont l'authenticité n'est contestée par personne, mais dont les conséquences seules sont diversement interprétées.

« La peste régnant à Jérusalem, quelques-uns des religieux abyssins préposés à la garde du Saint-Sépulcre en furent atteints et succombèrent; les autres, jaloux de leur sort et empressés de les suivre dans la félicité éternelle, prirent leurs vêtements et se mirent dans leurs lits : tous moururent en quelques jours; ils étaient au nombre de dix-sept. » Nous ne reproduirons pas les faits nombreux cités par M. Bousquet, l'expérience faite à l'hôpital de l'Esbekié du Caire sur des condamnés, l'histoire du religieux qui prit la peste en ouvrant une caisse renfermant les vêtements de deux moines morts deux ans auparavant, celle de la famille Giglio, du marchand de bérets de Zante, etc. On sait comment la commission réfute ces faits, ou plutôt sur quelle considération elle se fonde pour n'en tenir aucun compte : l'influence épidémique leur ôte à ses yeux toute leur valeur; mais si l'influence épidémique peut effectivement être une cause d'équivoque, on ne récusera sans doute pas au même titre les faits du même genre qui se sont passés en dehors du foyer épidémique.

« Le 20 juin 1818, la peste se déclara à Venise dans le navire du capitaine Marowich. Ce navire n'avait plus que deux jours de séquestration à subir; un passager, nommé Michel Cotti, ayant à payer son compte de dé-

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° III.

Cacheron, 1er février 1846.

Monsieur et très-honoré confrère,

Cacheron, berceau d'Abd-el-Kader, est une fraîche oasis toute plantée de grands citronniers et d'oliviers séculaires qui verdissent sur la pente d'une montagne rocailleuse, et d'où l'on domine la vaste et belle plaine d'Egbris ou de Mascara.

Mais hâtons-nous d'entrer dans le domaine de la médecine; car ces lieux offrent des charmes qui pourraient nous entraîner dans d'intempestives descriptions.

L'acception trop restreinte qu'on donne trop souvent encore au mot marais, pathogéniquement parlant, les variétés presque infinies des foyers d'où s'échappent les miasmes qui produisent les pyrexies à quinquina, et la nécessité de bien connaître tous ces différents aspects si l'on veut être à même de remonter à l'origine de ces pyrexies, nous engagent à donner un aperçu topographique de cette plaine, qui résume un certain nombre de ces aspects. Nous pourrons nous permettre ensuite quelques excursions, dans le but de chercher à dévoiler d'autres formes de ces foyers palustres, aussi féconds en changements de physionomie que les maladies qu'ils engendrent sont riches en variations de type et de symptômes. Nous pensons que, ce faisant, nous ne tomberons point dans des détails n'offrant qu'un intérêt de localité, mais qu'on sera bien aise, au contraire, de connaître un peu mieux le sol algérien, et qu'on nous saura gré d'ajouter quelque chose à l'histoire de la constitution physique des marais, compris dans leur sens le plus large.

La plaine d'Egbris, longue de 5 à 6 myriamètres de l'est à l'ouest sur 2 ou 3 de largeur du nord au sud, est encaissée de tous côtés par des montagnes continues, et forme un bassin sans issue dans lequel tombent toutes les eaux des rampes environnantes. C'est là, comme on le voit, un lit tout creusé pour un lac; il n'est même pas impossible qu'une nappe d'eau ait recouvert, à une époque éloignée, cette vaste excavation. Deux circonstances, que nous apprécierons, s'opposent à ce qu'il en soit de même aujourd'hui.

Les cours d'eau sont, pour la plupart, des ruisseaux presque à sec pendant l'été, torrentueux par les pluies abondantes de l'hiver. Quand ils ont à franchir quelque montuosité dans la plaine, ils s'enfoncent dans un lit profond dont les rives sont taillées dans une terre végétale sans rochers; ailleurs, ils coulent à pleins bords au niveau des landes incultes ou des champs exploités. Ils forment quatre groupes distincts, que nous réunirons deux à deux pour leurs analo-

pense, fouilla dans sa malle, que le garde avait oublié de faire ouvrir. Il y prit une bourse et contracta la maladie; il mourut le 22. Son garde fut atteint le second et mourut aussi.

» Dans le courant de juillet 1832, quelques passagers, venant de Constantinople et de Scio, furent débarqués au lazaret de Syra. Le sixième jour après leur entrée au lazaret, ils ouvrirent leurs malles, et furent immédiatement infectés de peste. Huit furent atteints et six moururent.

» A cette même époque, l'autorité locale ayant décidé que tous les vêtements des passagers débarqués au lazaret seraient lavés à l'eau de mer, un prêtre de Smyrne, homme très-vigoureux, préféra faire sur lui l'essai de ses habits sacerdotaux qui se trouvaient renfermés dans une caisse. Il fut aussitôt pris de peste, et mourut le lendemain. »

Ces faits, recueillis dans les registres des ports de la Méditerranée, par M. de Ségur du Peyron, sont consignés dans le rapport. Ce sont les seuls qui s'y trouvent cités comme ayant paru à la commission réunir toutes les conditions d'authenticité désirables. Encore le rapporteur ne les mentionne-t-il que pour les réfuter ou du moins pour opposer le doute au caractère de certitude qu'ils semblent porter avec eux. Comment les réfute-t-il? Le voici : l'influence épidémique ne pouvant plus ici être invoquée, c'est l'infection miasmatique du navire, dans le premier cas, qui est chargée de cette explication ; c'est l'incubation dans le deuxième et le troisième cas. Pourquoi cette infection que le navire du capitaine Marowich portait dans ses flancs a-t-elle ménagé tous les autres passagers, et n'a-t-elle agi uniquement que sur Micheli Cotti, après que, par hasard, il eût fouillé dans sa malle? Pourquoi les passagers débarqués à Syra sont-ils restés six jours dans le lazaret sans qu'aucun cas de peste se soit manifesté parmi eux (on ne dit pas quelle a été la durée du trajet et quelle eût été par conséquent la durée de l'incubation), et puis la peste se manifeste-t-elle tout à coup sur huit d'entre eux, après qu'ils ont retiré leurs effets des caisses qui les renfermaient depuis leur départ du lieu infecté? Pourquoi le prêtre Simiriote, après un séjour au lazaret dont la durée n'est pas déterminée, ne contracte-t-il la peste qu'après s'être revêtu de ses habits sacerdotaux?

Ce ne sont là peut-être, dira-t-on, que des coïncidences; mais on conviendra que ces coïncidences sont au moins singulières. N'est-ce encore qu'une simple coïncidence que ce fait, cité par M. Hamont, d'un portefaix de Constantinople qui est pris de la peste, dans une ville où cette maladie n'existait point alors, après avoir transporté, du quai au lazaret de Koulili, les marchandises et les bagages des passagers d'un navire infecté de peste, et sans qu'il eût mis le pied à bord du navire pendant toute la durée du débarquement? Si tous ces faits, comme l'expérience des condamnés du Caire, comme le fanatique suicide des religieux de Jérusalem, comme la funeste exhibition des effets des deux moines morts de la peste, comme le triste et fatal présent échangé entre les membres de la famille Giglio, comme l'explosion pestilentielle qui survient après l'ouverture du ballot laissé en nantissement par le marchand de Zante, si tous ces faits, disons-nous, ne sont que l'effet d'une coïncidence, on conviendra qu'il devient bien difficile d'assigner aux circonstances antérieures la part qui leur revient dans la production de l'effet observé, et de saisir dans la succession des faits leurs liens de causalité. Sans doute il faut se garder de reconnaître des causes partout où l'on voit des successions; l'argument *post hoc propter hoc* nous est suspect autant qu'à quiconque. Mais quand des successions de ce genre se répètent avec une certaine constance et une certaine régularité, quand aucune raison sérieuse ne s'oppose à ce que l'on considère comme possible leur relation étiologique, quand cette possibilité est, en outre, étayée par l'analogie, nous ne comprenons pas tant d'insistance à récuser des faits qui, s'ils n'ont pas ce caractère de certitude si rare et si difficile à acquérir dans les choses de la médecine, ont du moins pour eux autant de probabilités qu'un grand nombre d'autres faits depuis longtemps passés à l'état de propositions et dont personne ne songe à nier la réalité.

En ce qui touche la théorie de l'infection miasmatique à l'aide de laquelle la commission persiste à expliquer tous ces faits, elle a été trop bien appréciée par la spirituelle et pressante argumentation de M. Bousquet pour que nous jugions nécessaire d'y revenir. Il en résulte en effet qu'attribuer à l'air seul, et à l'exclusion de tout autre corps, la propriété de conserver et de transmettre l'émanation pestilentielle, c'est conclure à la fois contre toute vraisemblance et contre les faits eux-mêmes.

Nous ne chercherons pas, pour le moment, à faire ressortir les conséquences de ce qui précède au point de vue pratique. Le fait une fois admis, ses conséquences, tout le monde le pressent, seront subordonnées à la question de la durée et de la persistance possible du miasme pestilentiel dans les corps inertes et des moyens d'assainissement. L'examen de cette question viendra naturellement lors de la discussion des articles y relatifs.

Un mot seulement sur la dernière séance. Un seul orateur a été entendu; on verra, par la lecture du compte rendu, comment M. Poiseuille cherche, à l'aide d'une nouvelle théorie de l'infection, infection partielle des navires, consécutive à la présence de sujets contaminés, à faire concorder les faits précis et circonstanciés qu'il a recueillis dans les archives de la santé de Marseille, avec l'opinion de la commission sur les limites de la période d'incubation. En dépouillant ces faits de toute interprétation, on y verra ce résultat, curieux à mettre en présence des conclusions de la commission : dans un premier cas, l'intervalle qui sépare deux attaques de peste à bord est de douze jours; dans un second cas, cet intervalle est de quarante-quatre jours; dans un troisième, de seize; dans un autre, de quatorze; enfin, dans d'autres, de onze, de vingt-quatre, de seize, etc.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MODE DE PRODUCTION DES AFFECTIONS DITES HYSTÉRIQUES ; par Ch. Schutzenberger, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22 et 23.)

Dans le précédent article, nous avons apprécié les idées émises sur l'hystérie dans les deux directions que leur développement a suivies en abandonnant l'ancienne théorie de l'influence de l'utérus. Revenons à cette dernière et voyons ce qu'elle est devenue au contact de notions anatomiques et physiologiques plus positives. La théorie ancienne, nous l'avons déjà dit et nous le répétons, avait son point de départ dans des faits. Aussi le principe de l'influence des organes de la génération fut-il toujours défendu contre les plus graves autorités; mais les idées formulées sur l'état initial de l'utérus et sur le mode de production des phénomènes nerveux durent se modifier

---

gies : celui du nord avec celui du midi, celui du levant avec celui du couchant.

Sept à huit ruisseaux descendent des montagnes septentrionales; ils coulent parallèlement entre eux et du nord au sud. Arrivés dans la plaine, ils se perdent dans la terre après un cours d'une demi-lieue à une lieue, terme moyen. A peine faut-il excepter l'Oued-Maoussa, le plus volumineux de ces ruisseaux, qui poursuit un plus long trajet avant de disparaître. Sur le versant méridional et dans ses gorges, naissent également plusieurs cours d'eau qui se dirigent au nord et vont s'engloutir dans les déclivités poreuses de l'Egbris.

A l'est, la plaine s'élève graduellement, et les eaux, sans atteindre les basses terres, forment des courants qui convergent bientôt et se résument en une petite rivière, l'Oued-Sidi-Abd-Allah, qui s'échappe vers le nord-est. Le système de l'ouest recueille non-seulement les eaux des montagnes, mais aussi plusieurs ruisseaux qui parcourent la plaine : l'Oued-Froha est leur aboutissant commun. Mais cette artère principale, au lieu de sortir de l'Egbris sans interrompre son cours, disparaît tout à coup au pied des monticules peu élevés qui limitent la plaine de ce côté, et la séparent d'une vallée dirigée du nord-est au sud-ouest.

Que devient cette masse d'eau fournie par ce vaste développement circulaire de montagnes? Une partie se perd, nous l'avons dit, et forme probablement des nappes ou des couches entre les grandes stratifications de la terre. Mais l'Oued-Froha n'est point ainsi engloutie sans ressources : de l'autre côté du monticule qui sépare la plaine de la vallée secondaire indiquée, cette rivière reparaît à Oued-Fkan. Là, de nombreuses et fortes sources sortent de terre, et forment aussitôt un cours d'eau assez considérable. Les sources d'Oued-Fkan me semblent devoir être divisées en deux groupes : les unes, qui sont tièdes, ne me paraissent pas alimentées par l'Eghris; les autres en proviennent au contraire.

L'infiltration dans la terre, la réapparition de l'Oued-Froha sous le nom de Oued-Fkan, voilà les deux causes qui empêchent la plaine de se convertir en lac.

Si les eaux se perdaient immédiatement et sans étendre leur lit, nous n'aurions point à soupçonner la plaine d'intoxiquer ses habitants par des miasmes limniques; mais il n'en est pas ainsi.

La masse de la terre, formée en partie de grès, en partie de calcaires, est perméable; mais une épaisse écorce de terre végétale, souvent argileuse, la recouvre presque partout, s'amincissant ou disparaissant d'espace en espace pour laisser à nu de petites îles de sable. Les eaux, avant de se perdre, s'étendent en nappes, détrempent les terres fortes sur lesquelles elles séjournent, et forment de véritables marais qui verdissent sous la végétation paludéenne caractéristique. Quelquefois une partie seulement de l'eau du ruisseau peut s'infiltrer dans l'espace sur lequel elle s'étend d'abord : ce qui n'est pas absorbé forme quelques filets, moins considérables dans leur ensemble que le ruisseau primitif, et va plus loin créer un autre marais dont la grandeur varie avec la perméabilité de la terre en cet endroit.

Voilà donc, disséminés sur la plaine, de nombreux marais qui, lorsque les chaleurs viendront diminuer les ruisseaux, seront en partie à sec et offriront ainsi une surface exhalant de pernicieux miasmes. Ce sont là les marais proprement dits, les foyers partout regardés comme les laboratoires des effluves qui engendrent les fièvres à quinquina. Mais la plaine presque tout entière peut, à certaine époque, devenir un vaste champ de dégagements paludéens.

sous l'influence de notions expérimentales nouvelles. En effet, dès que l'on put mieux apprécier les fonctions du système nerveux et les rapports physiologiquement établis entre les différentes parties de ce système, on dut abandonner l'opinion des anciens sur le dégagement de vapeurs malignes et leur ascension par les veines, les artères et les nerfs.

Un état morbide spécial du système nerveux utérin, la transmission de cet état par la voie des communications nerveuses, telle est l'idée introduite dans la science par l'application de la physiologie à l'interprétation des phénomènes hystériques. A côté de cette idée, nous en trouvons plusieurs autres sur la cause organique même de l'état nerveux de l'utérus. Quelques-unes de ces opinions ont déjà été mentionnés, d'autres sont le résultat de l'application des données fournies par les autopsies, ou des principes dogmatiques sortis des recherches anatomo-pathologiques.

Frédéric Hoffmann, déjà, voit dans l'hystérie une perturbation nerveuse utérine, un spasme utérin propagé aux autres parties du système nerveux. Voici comment il s'exprime :

« *Nos vero, cum antiquissimis medicis, symptomatum hystericorum primam originem ab utero, ejusque membranosâ et vasculosâ substantiâ et variis ad illum spectantibus, imprimis spermaticis, petendam esse, firmiter persuasi sumus; quarum partium spasmodicæ constrictiones posteâ in nervos vicinos ossis sacri et lumborum sese insinuant, et, ob consensum totius medullæ spinalis, nerveas membranas gradatim occupant à partibus inferioribus ad superiores sensim paulatimque se propagando.* »

Il y a, dans la théorie de Hoffmann, deux idées qu'il faut soigneusement distinguer. L'une, celle qui assimile le spasme utérin à une contraction propagée aux enveloppes de la moelle et des nerfs, est une hypothèse de physiologie pathologique évidemment fausse; l'autre, celle de la transmission de l'état local utérin à la moelle par son intermédiaire à d'autres parties du système nerveux, renferme les rudiments d'une compréhension scientifique qui se développeront bientôt sous l'influence des progrès des notions physiologiques.

Cullen a tout aussi clairement attribué à un état nerveux local qui se propage les phénomènes de l'hystérie; et s'il hésite un instant sur le point de départ, il finit cependant par se ranger du côté de l'opinion ancienne, en considération des connexions qui lient si souvent les attaques aux fonctions utérines.

« Il me paraît évident, dit Cullen, que les paroxysmes de l'hystérie commencent par une affection spasmodique et convulsive du canal alimentaire, qui de là se communique au cerveau et à une grande partie du système nerveux. Cependant les accès ont si souvent une telle connexion avec le flux menstruel et avec toutes les maladies qui dépendent de l'état des parties de la génération, que c'est avec raison que les médecins ont de tout temps considéré l'hystéricisme comme une affection de l'utérus. »

Nous croyons inutile d'accumuler les citations propres à mettre en évidence ce fait historique de l'hystérie envisagée comme une affection nerveuse utérine, propagée à d'autres parties du système nerveux. C'était la manière de voir d'Astruc, de Pinel, de Louyer-Villermay et d'une foule d'auteurs plus modernes. Mais si ce fait est incontestable, il ne l'est pas moins que, jusque dans ces derniers temps, les idées sur la nature même et les lois de transmission de la névrose utérine sont restées très-vagues, très-incomplètes et souvent fausses. C'est sous forme d'*assertion* très-laconiquement formulée que cette idée est généralement présentée. Aussi la théorie a-t-elle pu sans difficulté être renversée par une assertion contraire; non-seulement la vérité théorique n'était pas démontrée, mais elle n'était pas même appuyée sur des données physiologiques propres à rendre ce mode d'enchaînement probable.

M. Dubois (d'Amiens) a incontestablement le mérite d'avoir accompli cette dernière tâche; non-seulement il a saisi avec un esprit remarquable d'observation tous les faits connus qui militent en faveur de l'opinion ancienne, mais il s'est servi, avec un grand talent d'induction, d'un certain nombre de données physiologiques pour mettre en évidence le *mode* de production des phénomènes convulsifs hystériques.

Les idées de M. Dubois représentent incontestablement un point de vue supérieur; aussi relient-elles ce que la théorie de Lepoiz, de Willis et de Georget avait de compatible avec les vérités de la doctrine ancienne.

Les convulsions hystériques, pour M. Dubois comme pour Georget, sont produites par l'encéphale ou plutôt par la moelle allongée et spinale; mais l'état d'excitation spinale, qui constitue l'élément initial des convulsions, est lui-même produit par une excitation nerveuse locale du système nerveux utérin. C'est l'excitation nerveuse utérine qui représente par conséquent la cause organique première de tout l'enchaînement phénoménal.

« L'influx nerveux, dit M. Dubois, agent unique des mouvements, ne » part pas du cerveau, il ne lui appartient pas, il vient de la moelle allongée et de la moelle épinière; les organes de la vie animale ne peuvent le » puiser que dans ces parties. Cet influx est donc comme un premier levier » situé dans la moelle allongée et dans la moelle épinière. Il faut maintenant » une puissance pour mouvoir ce levier, et il y en a deux : l'une est la volonté ou la puissance intellectuelle; elle réside dans le cerveau, et lorsque » les besoins de la vie animale l'exigent, lorsqu'elle a senti la possibilité de » satisfaire ces besoins, elle agit sur ce premier levier, l'influx part aussitôt » et les mouvements volontaires ont lieu; l'autre est une puissance qui réside dans les centres nerveux de la vie organique, puissance que nous » appelons vitale, parce qu'elle est commune à tout ce qui a vie dans la » nature, tandis que l'autre n'appartient qu'aux classes élevées. La puissance vitale peut aussi, en quelque sorte, agir sur ce levier, et elle le fait » quelquefois sans aller *chercher l'intermédiaire du cerveau*, comme » nous allons le prouver : elle le fait d'abord dans l'état de santé, et alors » les mouvements qu'elle détermine, reconnaissables à un certain cachet de » spécialité, ne trompent personne : on les appelle mouvements *instinctifs* » ou *sympathiques*. »

Nous ne relèverons ni le langage plus figuré que physiologique qui personnifie les causes excitantes, ni les erreurs de physiologie positive faciles à découvrir. M. Dubois se trompe quand il localise exclusivement dans les centres nerveux de la vie organique la cause capable de provoquer des mouvements sympathiques. Cette puissance, qui n'est pas spéciale et qui, dans tous les cas, ne mérite pas le nom vague de vitale, appartient à tous les nerfs sensitifs ou centripètes, à ceux des membres aussi bien qu'à ceux des appareils de la vie organique. La physiologie moderne l'a surabondamment démontré. Mais qu'importe ces méprises de détail! Le fait essentiel clairement entrevu par M. Dubois, c'est la *loi* si lumineusement mise en évidence par Marshall-Hall et Müller, loi générale liée à l'organisation nerveuse en vertu de laquelle des excitations périphériques sont susceptibles de produire des mouvements involontaires instinctifs, des mouvements et des sensations *sympathiques*, ou, selon la terminologie moderne, *réflectifs*; le nom importe peu : c'est l'idée générale, c'est la loi, qui pour l'historien

---

L'Eghris n'est point parfaitement plane, mais s'élève parfois en légères montuosités au sommet desquelles blanchit le plus souvent un marabout, au milieu des verts figuiers de la Barbarie. Quelques oasis, comme Sidi-Ben-Aklef, rompent la nudité de sa surface, coupée seulement de petites touffes de palmiers nains ou d'épineux jujubiers sauvages, dans les endroits où la charrue arabe n'a pas écorché la superficie de la terre. Des pelouses couvrent d'assez larges espaces. Des haies d'aloès autour des champs, des figuiers dans les oasis, des lauriers-roses au bord des ruisseaux, complètent la végétation assez peu variée de cette grande plaine.

Pauvre en eau pendant les mois d'été, elle voit, dans la saison des pluies, ses ruisseaux se gonfler, déborder, inonder ou au moins rendre humides les terres basses comprises entre les montuosités que nous avons signalées. L'eau se déverse sur les terres labourables et les pénètre profondément; elle reste stagnante sur les terrains argileux, et demeure quelque temps aussi sur les circonscriptions plus poreuses, mais dont la perméabilité ne suffit pas pour engloutir les masses d'eau que la continuité des pluies renouvelle sans cesse; enfin, les pelouses, dont les herbes serrées enlacent leurs fortes et profondes racines, sont bien plus propres à retenir les eaux pluviales. Tout se fait marais.

Les chaleurs arrivent. Ces terrains, naguère inondés, se montrent à sec, et les fièvres paraissent à Mascara. Elles commencent à sévir à des époques un peu différentes : dans les premiers mois d'été, si la chaude température a succédé à des pluies non retardées; plus tard, presque en automne, si les pluies se sont prolongées.

Mascara serait certainement une ville des plus malsaines et des plus ravagées par les fièvres endémiques, si elle n'était située à plus de cent mètres au-dessus de la plaine, sur le versant nord du bassin. Néanmoins, malgré sa position avantageuse, la ville est soumise à de fréquentes et graves fièvres. Nous devons, sur ce point, d'exacts renseignements à MM. les officiers de santé de l'hôpital militaire, que nous remercions en outre d'avoir bien voulu compléter les documents que nous n'avions pu recueillir bien complets dans huit voyages que nous avons faits à travers la plaine.

On voit que, pour nous, non-seulement les marais proprement dits, mais aussi toute espèce de terrains, ou à peu près, alternativement mouillés et secs, sont des foyers d'impaludation. Ici, sans doute, la cause est complexe, puisque la plaine nous offre l'un et l'autre genre, et l'on peut soutenir que les marais seuls agissent. Mais nous allons explorer des localités où l'unité de causes ne permettra plus de double interprétation.

Saïda, bâtie sur les premiers gradins des plateaux intérieurs, couronne un monticule coupé à l'est par un ravin au fond duquel court un rapide ruisseau. Cette redoute domine une petite vallée, et le pays est montagneux tout alentour. Il n'y a aucun marais dans les environs. Pourtant bien peu d'hommes de la garnison et du village échappent à la fièvre dans la saison de sécheresse, ainsi que nous l'a appris M. Lamonta, chirurgien en chef, qui a assisté à la fondation de ce poste et n'en est sorti que détérioré lui-même par la permanence de l'intoxication limnique. Ces fièvres sont, il faut l'ajouter, plus tenaces que pernicieuses, si on en excepte une épidémie dont nous parlerons plus tard. En recherchant avec quelque soin, on trouve deux causes d'impaludation : la première, commune à toute l'Afrique française à peu près, consiste dans le débordement des

est l'essentiel. Eh bien! ce principe, cette loi, M. Dubois l'a partiellement reconnue et appliquée à l'interprétation des phénomènes convulsifs hystériques. Nous le répétons, c'est là le mérite de cet auteur; car, en le faisant, il a donné, autant qu'il l'a pu, une base réellement scientifique à la théorie ancienne de l'influence de l'utérus.

Si M. Dubois, comme nous le démontrerons, a formulé le vrai principe d'interprétation des phénomènes convulsifs développés dans une foule de cas d'hystérie, il nous paraît avoir méconnu celui des phénomènes spasmodiques qui ont lieu dans les viscères. Voici à cet égard la pensée de M. Dubois : « Il n'y a, dit-il, qu'une cause prochaine pour tous les phénomènes de l'hystérie : c'est cette excitation primitive que nous avons indiquée ; il n'y a aussi qu'un seul siége dans le principe, et ce siége doit être placé dans l'utérus. Mais il y a deux ordres de symptômes : ceux qui sont produits idiopathiquement et ceux qui le sont sympathiquement. On doit rapporter aux premiers *tous* les phénomènes spasmodiques qui ont lieu dans les viscères, et aux seconds les phénomènes qui se développent dans le domaine de la vie animale. »

Ceci est une erreur : les douleurs épigastriques, la sensation de boule qui roule dans l'abdomen et s'étend au pharynx, la sensation de constriction pectorale, etc., etc., tous ces phénomènes qui se passent du côté des viscères ne sauraient être idiopathiquement produits par l'excitation utérine : ils sont évidemment sympathiques au même titre que les convulsions des muscles volontaires. Nous sommes étonné que M. Dubois, après avoir si bien compris la loi de l'*irradiation* sympathique, ait cru devoir considérer comme indépendants de ce principe les phénomènes en question.

Depuis la publication du travail de M. Dubois, la théorie des sympathies nerveuses est devenue l'objet d'une étude expérimentale suivie et de découvertes importantes. C'est à la tendance d'élever la pathologie des névroses au niveau des connaissances physiologiques acquises que nous devons le traité de M. Romberg sur les affections nerveuses. Les idées du pathologiste allemand méritent une mention spéciale, car elles sont partagées par un grand nombre de médecins sortis de l'école physiologique de Müller.

Les idées de M. Romberg, émises d'une manière aphoristique, coïncident en partie avec celles de M. Dubois. Comme ce dernier, le docteur Romberg admet que le point de départ de l'hystérie existe dans l'utérus et consiste dans une excitation locale des nerfs de la génération. La théorie des attaques est une application de la loi de la réflexion nerveuse; l'hystérie est un spasme réflectif produit par l'excitation utérine. Le mécanisme de production est analogue à celui de la toux, du vomissement, et de tous les phénomènes nerveux qui rentrent dans cette catégorie.

Néanmoins Romberg insiste sur un second élément pathologique. Il admet que la *puissance réflective* de la moelle est le plus souvent *exagérée* dans l'hystérie. Cet état pathologique n'avait pas échappé tout à fait à M. Dubois, car il le mentionne parmi les causes prédisposantes, sous le nom de *susceptibilité;* mais il le perd complétement de vue dans l'appréciation des causes organiques et du mécanisme de production des phénomènes.

Il est évident aussi que l'*exagération de la puissance réflective* de Romberg représente l'état pathologique général que les auteurs des deux derniers siècles ont décrits sous le nom de *motilité* et d'*ataxie.* Seulement l'idée moderne est plus précise, car elle exprime l'exaltation d'une propriété bien spécifiée, attributs des organes centraux de l'innervation.

Romberg pas plus que M. Dubois ne fournit du reste la preuve expérimentale de la vérité des idées formulées sur le point de départ et le mode de production des phénomènes hystériques. C'est *inductivement*, par *raisonnement*, en s'appuyant sur l'ensemble, la succession la plus fréquente des phénomènes et les données physiologiques acquises qu'ils établissent la théorie de l'hystérie. Ce n'est certes pas là une base fragile. Ainsi appuyée et élevée au niveau des notions physiologiques les plus avancées l'idée ancienne de l'influence de l'utérus avait acquis un haut degré de probabilité. Mais quelque précieuses que soient les probabilités d'exécution, elles *ne suffisent pas dans les sciences expérimentales.* La vérité n'est pas universellement admise, elle ne fait *loi* que quand elle est *démontrée*, et ce qui le prouve, c'est le jugement même porté sur le travail de M. Dubois au nom de la société de médecine qui l'a couronné.

« Cependant, dit M. le rapporteur, comme nous l'avons déjà remarqué, l'auteur n'a *pas prouvé* d'une manière irréfragable que l'utérus soit le siége de l'hystérie. Quelle que soit l'assurance avec laquelle il a parlé dans certains passages, il ne paraît pas convaincu lui-même des preuves qu'il a administrées. » Après avoir cité différents passages, M. le rapporteur continue ainsi : « On voit par ces différents rapprochements que l'auteur a été loin de démontrer son opinion et qu'il s'est borné à un simple énoncé. Il faut que ce point de la question offre de grandes difficultés pour qu'un homme d'un esprit aussi sévère n'ait pas osé en aborder la discussion. »

Telle a été l'évolution de la science en ce qui touche l'idée ancienne du point de départ utérin de l'hystérie. Il faut le dire néanmoins, car c'est un fait, un grand nombre de pathologistes français, subjugués par le dogme anatomique sont restés à peu près étrangers au mouvement scientifique développé au contact de la physiologie expérimentale moderne. Il nous reste donc encore à poursuivre dans une dernière direction la marche des idées formulées sur l'hystérie : nous voulons parler de la direction suivie par l'école anatomique.

L'anatomisme en face des névroses s'était flatté d'abord d'un succès facile; ses premières tentatives sur quelques affections, considérées comme de simples perturbations nerveuses, semblaient légitimer ces espérances; mais bientôt les données firent défaut; incapable de comprendre et de rendre compte, il n'a rien trouvé de mieux, pour cacher l'impuissance de son dogme, que d'accuser d'une manière banale la faiblesse de nos moyens d'investigation. Les uns s'en sont remis tranquillement au temps pour la conquête des instruments, des procédés et des méthodes qui devaient faire découvrir les lésions trop subtiles du système nerveux. D'autres ont admis hypothétiquement des altérations de l'agent nerveux ou de l'*impondérable* qui expliquant tout n'expliqueront rien. Quelques-uns enfin ont essayé de rattacher l'hystérie à certaines lésions matérielles des organes digestifs, de l'utérus et de ses annexes, sans cependant formuler sur le mode de production des phénomènes nerveux autre chose que la vague dénomination d'*expression symptomatique* de telle ou telle affection terminée en *ite*; *gastro-entérite* d'abord, et plus tard *métrite.*

L'opinion qui fait de l'hystérie un symptôme de métrite mérite seule ici une discussion sérieuse.

L'idée d'une affection matérielle de l'utérus, comme élément initial des phénomènes hystériques, est fort ancienne.

La rétention de la liqueur spermatique et du sang, la corruption de ces fluides ont été, comme nous l'avons vu, invoquées autrefois pour rendre compte de la production des vapeurs malignes. C'était une hypothèse créée en vue d'en étayer une autre; car on n'avait démontré ni les vapeurs ni leur

---

ruisseaux sur la plaine et dans le séjour prolongé des eaux torrentielles dans les déclivités que forment les pentes en se joignant. Mais la cause la plus active, c'est la culture du millet, pour laquelle on pratique un mode d'arrosage comparable à celui qui est usité aux Indes-Orientales, à Java et à Sumatra, pour ces rizières dont la funeste influence est classifiquement reconnue.

Si pourtant on se contentait de rechercher autour de Saïda le marais-type, trompé dans son attente, on serait peut-être porté à attribuer les fièvres aux vents froids qui, s'échappant d'une coupure des montagnes, balayent si souvent la colline que surmonte la redoute. C'est d'une manière tout à fait semblable que M. Raymond Faure, aux leçons duquel nous avons puisé de si bonnes choses, nous expliquait les fièvres d'accès de Mistra, l'ancienne Sparte.

Nous sommes très-porté à nous ranger, contre M. Faure, avec l'estimable auteur de l'antagonisme et de la géographie médicale, à croire que le miasme limnique est nécessaire à la production des fièvres à quinquina. En revanche, nous ne sommes guère enclin à penser, avec ce dernier, que le miasme n'est pas produit directement par le séjour prolongé d'eaux croupissantes sur un terrain laissé ensuite à nu avec des débris organiques en décomposition (1); mais bien parce que cette stagnation donne naissance à plusieurs végétaux, qui seront, chez nous, la *flouve, la chara vulgaris, etc.*, et dans les contrées équinoxiales, des espèces non encore indiquées, voire, si l'on veut, les racines du manglier et du mancenillier mises à nu, incriminées par M. de Humboldt. Je ne sache pas qu'on laisse usurper les rizières par une végétation étrangère; certainement les champs de millet sont mondés avec un certain soin de tout parasite, et je ne crois pas que des plantes nouvelles naissent sur les gazons et dans les terrains labourés périodiquement ou accidentellement inondés. Nous avons donc des raisons pour ne pas penser comme M. Boudin, dont nous apprécions au reste le talent et les vues larges.

Il y a plus : parmi les différentes sources d'intoxication paludéenne autres que les marais-types, nous rangeons le défrichement et le remuement des terres vierges, ne faisant en cela que suivre les errements d'un collègue qui a étudié l'Afrique, le docteur Périer (JOURN. DE MÉD., 1844). — Pardon à vous tous, messieurs, de ne citer ni les pages, ni les éditions; mais je dois me serrer de tout simulacre d'érudition, moi qui, sous les ombrages de Cacherou, n'ai pour toute bibliothèque qu'un livre, un petit livre, sur le frontispice duquel on lit : *Pringle*, MALADIES DES ARMÉES.

L'influence des remuements de terres vierges me paraît rendu probable par plusieurs faits connus auxquels nous ajouterons ceux-ci.

Le poste-magasin de l'Ouisers, à mi-chemin de Mascara et de Saïda, se trouve dans une situation qui offre beaucoup d'analogies avec celle de cette dernière redoute : l'Ouisers est un fort assis sur une hauteur ; des eaux courantes et plus encaissées qu'à Saïda l'arrosent, des montagnes boisées l'entourent. Une cause d'insalubrité de moins est à signaler, c'est la culture du millet; mais il y a, en revanche une *très-petite mare*, située à une lieue environ dans les mon-

(1) M. Boudin a raison de réprouver cette croyance, mais seulement en tant que trop exclusive et trop restreinte.

cause. Sans doute quelques faits étaient invoqués pour servir de point d'appui à ces idées: c'était, pour la rétention ou la surabondance spermatique, le développement plus fréquent de l'hystérie chez les femmes non mariées, la cessation des accidents survenus quelquefois à la suite de l'union sexuelle; pour l'engorgement sanguin, on s'appuyait sur l'apparition des accidents hystériques observés parfois à la suite de suppression de la menstruation et sur la plus grande fréquence des attaques aux approches de l'époque menstruelle. Mais si ces faits donnaient une apparence de probabilité à l'idée, il faut avouer qu'ils étaient eux-mêmes contestables, et tout à fait insuffisants pour servir de démonstration scientifique.

Quand l'anatomie pathologique commença à être cultivée quelques données plus positives furent recueillies. Quelques autopsies de femmes hystériques avaient révélé des altérations incontestables dans la matrice et surtout dans les ovaires. Riolan, Binninger, Vésale, Morgagni, rapportent des faits de ce genre. Mais à côté de ces faits sont venus s'en grouper d'autres où l'autopsie a trouvé les organes intacts, exempts d'altération appréciables. Morgagni lui-même, sur quatre autopsies, n'a deux fois rien trouvé d'anormal et deux fois des lésions dans les ovaires. Les recherches plus modernes, assez rares du reste, n'ont rien changé à ce résultat contradictoire. L'appréciation de ces données, que nous considérons volontiers comme incomplètes encore, a généralement été mal faite par les adversaires de l'école anatomique aussi bien que par ses propres partisans.

La première cause d'erreur vient, sans contredit, de l'école anatomique elle-même. Il y a dans son dogme une prétention qui, avant tout, doit être réduite à sa juste valeur. Plus que qui que ce soit, nous reconnaissons tout ce que l'influence de l'anatomie pathologique a eu de favorable, tout ce qu'elle peut avoir de favorable encore sur la marche et le développement de la science; mais il ne faut pas exagérer sa portée au point de ne réserver à tout autre principe que l'altération matérielle des organes. Sans cela on risque non-seulement d'aboutir bientôt à l'impuissance, mais encore de faire méconnaître la valeur des faits anatomiques eux-mêmes.

C'est une illusion commune à beaucoup de partisans de cette école que de croire qu'ils sont arrivés au dernier terme des desiderata scientifiques, quand ils sont parvenus à établir un rapport *empirique* de coïncidence entre certains troubles fonctionnels et certaines altérations matérielles.

Quand cette coïncidence est constante, ils proclament l'élément matériel la cause organique des phénomènes, et, n'allant pas plus loin, méconnaissent le plus souvent le chaînon intermédiaire, l'effet organique qui résulte immédiatement de la lésion, et qui lui-même est souvent la cause organique des phénomènes éloignés que l'on rapporte ainsi directement, mais faussement à la lésion.

Quand cette constance du rapport empirique entre les lésions anatomiques et fonctionnelles n'existe pas, les plus sages s'abstiennent, car le dogme s'oppose à tout autre élément de compréhension; les plus hardis enfin *supposent* tout simplement, pour tous les cas, un rapport de causalité qui n'est vrai que pour quelques-uns; c'est là aussi ce que l'école anatomique a tout d'abord pris pour l'*hystérie*. « Les maladies hystériques des femmes, dit Pujol, sont une production et un effet *symptomatique* des inflammations lentes de la matrice. » A l'appui de cette assertion, Pujol invoque des preuves expérimentales dont l'insuffisance a déjà été amplement démontrée par Georget. Nous croyons inutile d'entrer de nouveau dans une réfutation plus complète. Nous ne prétendons ici que démontrer la prétention exagérée du dogme anatomique lui-même. Concédons momentanément le fait: supposez que l'existence de la métrite soit prouvée, comment rendra-t-elle compte des phénomènes hystériques? Croit-on sérieusement avoir fait de la science en déclarant les maladies hystériques des femmes un effet symptomatique de métrite? Est-ce posséder les éléments d'une compréhension scientifique quand on n'a devant soi que la *cause éloignée* des phénomènes? car évidemment la métrite ne produit pas directement les spasmes, les convulsions. Or c'est là précisément l'illusion fondamentale de l'école anatomique, qui croit comprendre les lésions fonctionnelles quand elle a découvert ou supposé leur cause organique *éloignée*.

S'imaginer que l'on comprend quelque chose aux phénomènes hystériques, parce qu'on les a rattachés à une inflammation utérine, est tout aussi scientifique que de croire que l'on comprend les convulsions quand on constate l'existence de vers dans l'intestin, ou le spasme tétanique quand on connaît la forme et l'étendue de la blessure qui l'a provoqué.

Dans toutes ces tentatives, l'école anatomique a confondu la cause organique *prochaine* avec la cause *éloignée*. Si elle avait demandé: La congestion des organes de la génération, l'inflammation de la matrice ou des ovaires peuvent-elles devenir *causes éloignées* des phénomènes nerveux hystériques? Elle eût posé la question scientifiquement, et sans doute n'eût pas provoqué la négation absolue de l'influence très-réelle que ces états pathologiques exercent incontestablement quelquefois. La prétention de ramener directement tous les phénomènes à la lésion inflammatoire a provoqué une réaction en sens inverse. La métrite, l'ovarite, ne sauraient ni représenter la cause organique prochaine ni rendre compte des phénomènes hystériques; mais c'est aller trop loin que de soutenir, comme l'a fait M. Dubois (d'Amiens), qu'elles ne soient jamais pour rien dans le développement de ces accidents nerveux. Encore une fois, il ne suffit pas plus de faire de l'hystérie un symptôme de métrite qu'il suffit pour la théorie scientifique de la toux de savoir quel peut être le résultat d'une bronchite ou d'une pneumonie. Pujol, qui s'est fait l'éditeur responsable de cette idée, a non-seulement avancé un fait faux dans sa généralité, mais il n'a pas même compris les exigences d'une théorie scientifique de l'hystérie.

CONCLUSIONS.

Nous venons d'exposer, et nous avons apprécié du point de vue expérimental, les idées formulées sur l'hystérie. De cet examen historique, nous croyons pouvoir conclure:

1° Que, sous la dénomination d'hystérie, on a compris et l'on comprend généralement encore des formes phénoménales différentes, dont le seul caractère expérimental commun est d'être l'expression de perturbations fonctionnelles variables, mais généralement brusques et intermittentes, du système nerveux;

2° Que ces perturbations à forme phénoménale différente n'ont été considérées comme une seule et même maladie que parce qu'on les supposait développées sous l'influence d'une même cause organique;

3° Que cette cause a été cherchée dans des conditions organiques très-différentes, ce qui constitue autant d'opinions, autant d'idées différentes sur l'état pathologique initial et sur le mode de production des phénomènes hystériques;

4° Que, dans cet état de la science, de deux choses l'une: ou bien une seule de ces idées est expérimentalement vraie, fondée en réalité, et les perturbations nerveuses, appelées hystériques, n'ont, dans tous les cas, qu'une

---

tagnes, au sud-ouest, *au-dessus du niveau de la redoute*. L'an passé, on entreprit d'assez importants travaux pour jeter les fondements d'un pont, et bientôt se déclarèrent de terribles fièvres. Comme il n'y avait *pas de médecin* (1), elles devenaient pernicieuses en suivant leur cours, quand elles ne l'étaient pas d'emblée. On fut obligé d'*abandonner* cette forteresse, aujourd'hui encore déserte et dévastée par les Arabes. Il faut ajouter, pour être vrai, que la rivière déborda considérablement dans le même temps, ce qui contribua, pour sa part, à la production de l'épidémie.

Lors de la fondation de Saïda, le bouleversement des terres a aussi amené une épidémie meurtrière de fièvres pernicieuses. Sur 150 hommes des compagnies de discipline qui y travaillèrent, 40 ou 60 étaient morts au bout de six mois. Ici l'influence n'est plus complexe; car, dans toute la saison, aucun accident météorologique ou hydrologique ne vint se présenter comme exception au cours ordinaire des choses.

Où trouver, dans ce cas, la végétation paludéenne? Les idées de M. Boudin sont encore bien plus infirmées ici qu'à propos du débordement des eaux sur les plaines.

Ayant parcouru la province d'Oran dans tous les sens, nous avons pu faire des remarques qui ne seront peut-être pas inutiles pour la recherche des causes, du grand nombre et du mauvais caractère des fièvres.

Une particularité géologique fort commune dans ce territoire rend compte, en partie, des funestes résultats du remuement des terres au voisinage des amas d'eau. Je ne suis certainement pas le premier à remarquer que de très-nombreux affluents se jettent dans les rivières et que, pourtant, le volume d'eau de celles-ci est loin de s'accroître en proportion des tributs qui leur arrivent de tous côtés. On dirait que les eaux, absorbées le long des rives, sont mises en réserve, à l'abri des rayons calcinants du soleil, pour la saison torride, pendant laquelle l'atmosphère ne se rafraîchit jamais. Vient-on à creuser les terres, même à une certaine distance des rivières, on met à découvert une surface humide qui va bientôt se sécher à l'air; et l'on a ainsi, moins la quantité de débris organiques, l'analogue des terrains tantôt noyés, tantôt abandonnés par les eaux. Ce n'est là qu'une simple vue, et certainement le défrichement d'un sol vierge a une action plus complexe que celle du dessèchement d'un sol humide.

Dans l'Algérie, tous les jardins, concentrés au voisinage des villes ou des habitations, au bord des ruisseaux et des fontaines, ont pour condition de fertilité et même d'existence le séjour prolongé des eaux, qu'on y fait arriver chaque jour. Ces eaux sont reçues dans les nombreux petits enfoncemens en forme de parallélogramme qui constituent tous ces jardins, et dont les bords, faits de terre relevée en petites digues, mettent obstacle à l'écoulement. Voilà donc une multitude de flaques remplies maintenant d'eau et d'humide végétation, et qui, tout à l'heure, vont se dessécher au soleil. Ce sont là autant de laboratoires d'effluves, moins funestes sans doute que ceux qui émanent des eaux

(1) Nous nous croyons tenu de déclarer ici que, dans la province d'Oran, c'est l'intendant qui s'arroge le droit de répartir les officiers de santé. Dans la province d'Alger, nos chefs ont plein pouvoir, et tout se passe pour le mieux.

seule et même cause, qu'un seul mécanisme de production, et dès lors la dénomination hystérie représente l'idée d'un état pathologique bien spécifié, rigoureusement déterminé, ou bien les causes organiques et le mécanisme de production des affections dites hystériques sont en réalité différents, et dès lors aussi représentent des états pathologiques différents, qu'il importe de distinguer les uns des autres, et de ne pas confondre en une seule et même individualité nosologique;

5° Qu'admettre, comme nous l'avons fait, que plusieurs des idées formulées sur l'hystérie paraissent fondées en réalité et expérimentalement vraies pour certains cas, c'est reconnaître implicitement l'existence d'états pathologiques différents décrits sous un même nom;

6° Que dès lors, à moins de faire profession d'un éclectisme qui dérive de l'impuissance et y aboutit, il devient urgent de chercher à spécifier plus rigoureusement ces états pathologiques différents, afin d'arriver à une détermination réellement scientifique des états organiques qui se cachent sous la dénomination d'hystérie;

7° Qu'en un mot, l'appréciation indépendante du passé nous oblige à poser, dans un but d'avenir, la question suivante, à savoir :

Quelles sont, dans la *réalité clinique*, les causes organiques *démontrables*, et quel est *scientifiquement* le mécanisme de production des perturbations fonctionnelles nerveuses englobées sous la dénomination d'hystérie? Apporter notre faible contingent à la solution de cette question, tel sera le but de la seconde partie de ce travail.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS SUR L'USAGE DU GAZ ACIDE CARBONIQUE DANS L'ÉTABLISSEMENT DES EAUX MINÉRALES DE SAINT-ALBAN (LOIRE); par M. NEPPLE, D. M., membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris.

L'inspecteur de ces eaux, le docteur Goin, est sans contredit le premier en France qui ait eu l'heureuse idée d'adjoindre à l'emploi de l'eau minérale celui du gaz acide carbonique qui s'en dégage, soit en le faisant respirer, soit en le faisant pénétrer dans une cavité quelconque sous forme de douche (1).

Mais il est bien à regretter que depuis quinze ans qu'un grand nombre de malades sont soumis chaque année, sous sa direction, à cette médication spéciale, il n'ait rien publié sur un point de thérapeutique aussi intéressant. Cependant, quoique ses nombreuses expérimentations soient restées jusqu'à ce jour stériles pour la science, elles ne seront point entièrement perdues pour cela; car, ainsi que nous en avions pris l'engagement (v. le n° 10 du JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON), nous avons étudié la matière sur les lieux, et comme suppléant de notre confrère, nous avons pu, aidé par sa longue expérience, recueillir une série de documents et de faits susceptibles de nous permettre aujourd'hui d'établir quelque chose de plus positif, tant sur le *modus agendi* du gaz que sur la nature des affections contre lesquelles son intervention doit être avantageuse.

Le gaz acide carbonique dont on use à Saint-Alban est celui qui s'exhale de la source; sa pureté absolue a été constatée par le docteur Dupasquier, professeur de chimie. Sa quantité est telle, et son dégagement si continu, qu'il peut suffire à toutes les exigences possibles de la thérapeutique la plus variée comme la plus étendue, quoiqu'il alimente, en outre, une fabrique d'eau gazeuse attenante à l'établissement, dont la production peut aller facilement à plusieurs milliers de bouteilles par jour.

Dans l'état de santé, l'aspiration du gaz par la bouche ne donne lieu qu'à des phénomènes très-simples, et en même temps très-fugitifs. Ainsi, dans la cavité buccale, il ne révèle sa présence que par une légère saveur acidule, un peu âpre; dans les voies aériennes, par un peu de chaleur et par un essoufflement qui s'accroît rapidement, à chaque inspiration, au point que le jeu respiratoire devient presque impossible au bout de quinze à vingt secondes, tant il s'est accéléré. Cependant nous avons observé que l'habitude avait une influence bien prononcée sur l'aptitude à respirer le gaz plus ou moins longtemps, et qu'en général les individus peu irritables et à respiration large pouvaient supporter son action asphyxiante beaucoup plus longtemps que ceux qui se trouvaient dans des dispositions contraires.

Lorsque je commençai à l'expérimenter sur moi-même, je me sentais étouffé après six à huit inspirations : ma tête s'échauffait, se couvrait de sueur, et une sorte d'ivresse ou plutôt de vertige s'emparait de moi au même instant; mais bientôt ces phénomènes ne se manifestèrent ni aussi promptement ni avec la même intensité, et il me fut possible de prolonger la respiration du gaz sans désemparer, pendant plusieurs minutes, avec la plus entière impunité.

L'asphyxie ne peut jamais avoir lieu lorsqu'on n'aspire le gaz que par la bouche, au moyen d'un tuyau et dans un lieu non fermé, ainsi qu'on le fait à Saint-Alban; les fosses nasales restant perméables à l'air atmosphérique ambiant, on conçoit que celui-ci, s'introduisant dans les poumons par cette voie, concuremment avec le gaz, doit neutraliser la qualité non respirable de ce dernier à un degré suffisant pour qu'on n'ait point à craindre que la respiration soit jamais complétement suspendue. D'ailleurs, lorsque l'essoufflement est arrivé à un degré trop pénible, la bouche abandonne instinctivement le tuyau conducteur du gaz, et tout rentre bientôt dans l'état normal.

Il n'en est pas de même lorsqu'on ferme les fosses nasales en même temps qu'on respire le gaz par la bouche, de telle sorte que le gaz seul et sans mélange puisse s'introduire dans les organes pulmonaires, ou encore lorsque la tête se trouve entièrement plongée dans l'atmosphère du gaz; le jeu de la respiration devient alors en quelques secondes aussi impossible que si les voies aériennes étaient hermétiquement closes.

En passant par les fosses nasales, le gaz produit instantanément, et comme par un choc électrique, une sensation toute spéciale très-pénible, sans être cependant très-douloureuse, et qui paraît provenir plutôt d'une lésion de la sensibilité olfactive que de celle du tissu muqueux. C'est assurément un des agents qui surexcitent le plus cette sensibilité, et le docteur Goin a toujours observé que les symptômes d'asphyxie survenaient beaucoup plus rapidement pendant le curage des puits de la source, lorsque les ouvriers ne se bouchaient pas le nez.

Cette sensation, tout à fait analogue à celle que déterminent les retours

(1) Dans l'établissement des eaux de Celles (Ardèche), le docteur Barrier n'a pas négligé l'usage du même gaz qui s'échappe de quelques-unes de ses sources; mais nous ne connaissons rien de précis sur la manière dont il en use, ainsi que sur les résultats qu'il en obtient.

---

croupissantes et des terrains qu'elles abandonnent. La putréfaction des animalcules rapproche, sous un certain point de vue, ces petites excavations des marais proprement dits. Mais, dans ces jardins soigneusement mondés de mauvaises herbes, je ne vois pas plus la végétation palustre caractéristique que je ne l'ai rencontrée dans les prairies des Vosges et de l'Alsace, qu'on arrose aussi chaque jour, et qui ne me paraissent pas tout à fait innocentes.

Les sources salées pullulent dans la province d'Oran. De cette ville à Mascara, nous avons compté, dans les vallées ou sur les hautes montagnes, beaucoup de ravins tapissés d'incrustations blanchâtres, déposées par les eaux salines qui coulent sur leur penchant. Le nom du Rio-Salado, entre Oran et Tlemcen, indique assez la nature de ses eaux. Les plaines du Chott sont coupées d'un grand nombre de flaques ou de vastes nappes salées. Mais le roi des lacs salés, c'est le Sobgha, presque aussi grand que la plaine d'Eghris. Il s'étend de l'est à l'ouest, depuis le camp du Figuier, à quelques lieues d'Oran, jusqu'aux puits de Mustapha qui, chose singulière, creusés au bord du lac, fournissent de bonne eau. Il jette ses funestes exhalaisons sur le Figuier, sur la petite ville de Meserghin et sur plusieurs camps aujourd'hui abandonnés. Les eaux de la pluie se réunissent dans les ravins et viennent converger dans les ruisseaux et les fontaines saumâtres, et les torrents des montagnes précipitent des masses d'eau douce dans les lacs salés. Ce mélange ne serait-il pas une des causes de la tendance pernicieuse des pyrexies? Je ne rappellerai pas, pour légitimer ce que j'avance avec réserve, l'histoire partout rapportée d'une contrée d'Italie tour à tour assainie et replongée dans le *malaria*, selon qu'on opérait la séparation des eaux douces et des eaux de mer, ou qu'on les laissait se mélanger de nouveau.

On voit notre large façon de comprendre les foyers d'impaludation. Nous n'en avons pourtant pas indiqué toutes les formes, même dans la province d'Oran. Si nous avions à explorer d'autres régions, nous ne pourrions passer sous silence les deltas des grands fleuves, les tourbières des montagnes et des plaines, l'inondation du Nil, les savanes et les forêts vierges d'Amérique, etc.; et certes nous n'oublierions pas ces inextricables enlacements que forment au loin, sur le bord d'une mer sujette au flux et au reflux, les palétuviers des côtes proverbialement malsaines de Madagascar.

Je rentre dans la ville de Mascara, honoré confrère, et je dépose la plume pour la reprendre quand nous nous mettrons en route. Z. X.

— Notre honorable confrère M. Pétrequin vient d'obtenir une médaille d'encouragement pour ses recherches sur la galvano-puncture dans les anévrismes.

« Dans sa séance extraordinaire du 25 avril, la Société de médecine de Toulouse a arrêté qu'elle décernerait à M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, une médaille qu'elle accorde chaque année aux auteurs des meilleurs mémoires qui lui ont été adressés. La commission paraît avoir eu surtout en vue la découverte récente que M. Pétrequin a faite d'une *nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture*. — La distribution solennelle des prix et médailles a eu lieu le 10 mai dernier, en séance publique de la Société. »

nauséeux des liqueurs mousseuses, mais beaucoup plus intense et infiniment plus pénible, nous avait fait espérer qu'il pourrait être utile de la provoquer dans les cas de perte de l'odorat; aussi m'empressai-je de le faire chez le premier sujet qui m'offrit cette lésion particulière. Ce sujet était une fille nommée Vernay, âgée de 35 ans, qui, à la suite d'un coryza chronique avec écoulement puriforme et fétide, avait perdu complétement la perception des odeurs. Cette affection durait depuis trois ans : l'écoulement était tantôt purement séreux lactescent, tantôt épais et puriforme, sans douleur et sans éternuement. La malade était maigre, chétive; l'inspiration du gaz par le nez ne lui faisait éprouver d'autre sensation que celle d'une faible chaleur. L'usage de ce moyen, continué pendant vingt jours, n'apporta aucun changement quelconque dans l'état du sens olfactif; mais il eut pour résultat de tarir presque entièrement la sécrétion anormale des fosses nasales, et de faire disparaître l'odeur de punais qui l'accompagnait. Cette amélioration obtenue sur la phlegmasie chronique et probablement ulcéreuse, cause première de l'abolition de l'odorat, nous fait croire au retour de ce sens, soit naturellement, soit par l'effet d'un nouveau traitement par le gaz.

Quoique respiré fréquemment, le gaz acide carbonique ne laisse après lui, dans l'état de santé, aucun effet appréciable, sinon un peu de débilité musculaire; on finit même par ne plus éprouver ce sentiment d'ivresse qui d'abord est si prononcé (1). Ce gaz ne possède donc aucune propriété délétère, ainsi que Nysten avait cherché à le démontrer en l'injectant dans les veines des animaux; et si, dans ces derniers temps, quelques expérimentateurs superficiels ont prétendu que son absorption était réellement toxique, c'est qu'ils ont assimilé au gaz acide carbonique pur les vapeurs complexes et impures du charbon en ignition et des raisins en fermentation. C'est ainsi que l'expérience de M. Collard de Martigny, citée par M. Devergie (DICT. DE MÉD. ET DE CH., article GAZ) comme une preuve concluante des qualités délétères de ce gaz acide, ne nous paraît nullement décisive, comme on va en juger :

« M. Collard (de Martigny) a placé tout son corps dans une atmosphère du gaz qui se dégageait d'une cuve en fermentation, en s'enveloppant d'un drap disposé en sac communiquant avec la cuve, et il a continué à respirer de l'air atmosphérique à l'aide d'un tuyau adapté à sa bouche, tuyau qui se rendait dans l'air extérieur de la pièce où il était situé. A peine dix minutes étaient-elles écoulées qu'il a ressenti tous les symptômes de l'asphyxie par le charbon, et l'état syncopal dans lequel il allait tomber l'a forcé de se faire retirer immédiatement du cellier où il se trouvait. » (DICT. DE MÉD. ET CH., article GAZ).

Mais ici a-t-on bien fait la part des dispositions idiosyncrasiques de l'expérimentateur? a-t-on tenu compte suffisamment de l'influence de la chaleur, des vapeurs et gaz différents qui doivent nécessairement se dégager pendant l'opération de la fermentation du raisin? Est-il bien démontré qu'une partie de cette atmosphère viciée n'a pas pu pénétrer dans les poumons, sinon par la bouche, du moins par les fosses nasales? D'ailleurs, comment croire qu'un gaz qu'on peut respirer impunément en grande quantité jouisse du pouvoir singulier de déterminer l'asphyxie en dix minutes par son seul contact avec la peau (2)? Le docteur Goin a plusieurs fois saturé d'acide carbonique des bains de vapeurs par encaissement, et jamais ces bains n'ont amené des symptômes d'asphyxie que lorsque les malades, par inadvertance ont pu respirer les vapeurs qui s'échappaient par l'ouverture supérieure de la baignoire. En voici un exemple qui nous montrera en même temps ce qu'on peut espérer de l'asthénie produite pas l'asphyxie.

OBS. (recueillie par le docteur Goin). — Un conducteur de diligence du nom de Vaillant, âgé de 35 ans, d'une forte constitution, très-adonné au vin, me fut adressé à Saint-Alban pour des douleurs lombaires d'apparence névro-rhumatismale. Les bains de vapeurs lui convenant, je le faisais plonger journellement dans un appareil propre à ce genre de médication, dans lequel aboutissait un courant de gaz acide carbonique. J'avais expressément recommandé au malade de ne pas se mettre dans le cas de respirer ce gaz, en le laissant s'évaporer de l'appareil entre le coussinet qui entoure le cou, et l'ouverture supérieure. Le moindre des dangers que l'on coure, lui disais-je, en respirant de l'acide carbonique, c'est d'être plongé dans une ivresse complète; ce terme d'ivresse fut précisément ce qui le poussa à ne tenir aucun compte de mes recommandations. Très-curieux de savoir si ce genre d'ivresse avait le même charme que celui qu'il connaissait si bien, il se débarrasse du coussinet et se trouve bientôt plongé dans une atmosphère de gaz acide carbonique; l'asphyxie ne tarda pas à se manifester, et Vaillant était ivre-mort lorsqu'il fut retiré de la boîte à fumigation. Cette asphyxie se dissipa promptement, et les douleurs ne se firent plus sentir de la journée.

Le lendemain et les jours suivants, il s'exposa encore à un commencement d'asphyxie, d'abord parce qu'il s'était bien trouvé de la première, ensuite parce que le gaz lui rappelait l'odeur du punch; mais cette fois il eut soin de se boucher le nez, ayant observé que la sensation que faisait éprouver le gaz en contact avec la pituitaire était désagréable.

Enfin, sous l'influence de cette demi-ivresse répétée, les douleurs cédèrent complétement.

Quelques autres malades qui prirent des bains de vapeurs de même genre n'éprouvèrent aucun des phénomènes de l'asphyxie, par la raison qu'ils ne cherchèrent point, comme le précédent, à respirer les vapeurs renfermées dans la boîte à fumigation.

Le gaz acide carbonique est impropre à la respiration et à l'hématose; il noircit le sang et le rend plus fluide; l'asphyxie qu'il produit est presque analogue à celle des noyés : voilà, en résumé, tout ce que l'on sait de positif touchant son action physiologico-chimique sur les grandes fonctions de l'économie animale, en y ajoutant celle toute spéciale qu'il exerce sur la sensibilité olfactive.

On ne regardera pas sans doute comme un phénomène toxique le léger sentiment d'ivresse et de vertige qui accompagne l'usage du gaz; car c'est là un simple phénomène nerveux cérébral que peuvent faire naître bien d'autres causes non délétères, et qui, dans cette circonstance, provient en partie de la gêne subite de la respiration, laquelle est nécessairement suivie d'une perturbation circulatoire, puis cérébrale, presque toute physique.

Du reste, si le gaz jouit d'une action directe sur la sensibilité cérébrale, cette action ne peut être que très-fugace, puisque les personnes qui font un usage fréquent et abondant d'eau gazeuse, qui respirent le gaz par traitement, ou par état, dans les fabriques d'eau gazeuse, ne présentent aucun phénomène cérébral particulier.

L'influence des spiritueux sur le cerveau est toute différente : nous avons même observé que leur mélange avec le gaz neutralisait singulièrement leur qualité enivrante; et que les individus qui en avaient fait abus se trouvaient assez généralement bien soit de l'usage de l'eau gazeuse soit de l'aspiration du gaz.

Examinons maintenant l'action de celui-ci sur les tissus malades. Un courant de gaz, dirigé sur une surface ulcérée, y détermine de la chaleur et de la douleur, mais à un faible degré, si l'ulcération est atonique; elle blanchit un peu immédiatement, et pour peu de temps. Le pus qu'elle sécrète devient plus concret, moins abondant, et le travail de la cicatrisation en est accéléré.

Porté sur les yeux affectés d'ophthalmie chronique, il provoque de suite de la cuisson, du larmoiement, et paraît agir à la manière des résolutifs excitants; mais il devient un stimulant très-vif toutes les fois que la phlegmasie est aiguë ou qu'elle s'accompagne d'éréthysme vasculaire. Son action est analogue dans les lésions du larynx, des bronches et autres parties, c'est-à-dire stimulante, inopportune ou avantageuse, suivant le degré d'irritation phlegmasique de ces organes.

Lorsque la lésion fondamentale est de nature spasmodique ou névralgique, le gaz paraît agir à la manière des antispasmodiques. Ainsi nous avons vu souvent les accès d'odontalgie se calmer promptement sous son influence; la migraine, la névralgie intercostale, l'asthme nerveux, les palpitations nerveuses, les spasmes hystériques, cardialgiques, etc., s'en trouvent presque toujours soulagés.

En Allemagne, le docteur Ruette, de Gœtingue, l'a appliqué avec beaucoup d'avantage dans quelques affections bien déterminées.

La GAZETTE DES HÔPITAUX s'exprime ainsi à ce sujet dans le numéro d'avril 1842 :

« L'appareil très-simple imaginé par le professeur Wochler, pour dégager et appliquer le gaz acide carbonique, a été employé avec succès par le docteur Ruette dans différents cas de laxité, de ramollissement et de dilatation passive des vaisseaux de la conjonctive, de la membrane muqueuse du canal lacrymal et des fosses nasales, et surtout contre les inflammations chroniques de la membrane qui revêt le tympan et la trompe d'Eustache, avec occlusion de ce conduit, dureté de l'ouïe et tintement d'oreille. De nombreuses observations viennent à l'appui des conclusions de l'auteur sur l'action résolutive de l'acide carbonique dans ces divers états morbides (1). »

(1) Cette sensation, jointe à une tendance à dormir, est un des premiers phénomènes qu'éprouvent presque tous les malades qui font usage des eaux en bains comme en boissons; mais elle ne se prolonge pas au delà des huit premiers jours.

(2) D'après les expériences que M. Leblanc a communiquées récemment à l'Académie des sciences, il suffirait de l'addition de 4 1/2 °/₀ du gaz provenant de la combustion du charbon à l'air atmosphérique confiné dans un espace hermétiquement fermé, pour asphyxier promptement les animaux, tandis que 30 0/0 de gaz acide carbonique pur produisent à peine le même effet en beaucoup moins de temps.

(1) Un appareil aussi borné que celui de Wochler ou autre ne peut convenir que pour des lésions locales peu étendues; ce n'est que dans un établissement comme celui de Saint-Alban qu'on peut trouver, pour tous les cas et au degré voulu, la quantité et la qualité du gaz acide carbonique.

Un des phénomènes qui accompagnent le plus ordinairement l'usage du gaz, c'est la moiteur de la peau, et même parfois une transpiration prononcée pendant la nuit, ou lorsqu'on se met au lit immédiatement après avoir respiré longtemps cet acide. Citons quelques observations.

Obs. I. — Madame de L....., âgée de 60 ans, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'à la suite d'une secousse morale, jointe à l'impression d'un froid humide, elle se trouve très-rapidement atteinte d'une congestion pulmonaire, caractérisée par l'oppression, la toux, l'expectoration sanguinolente, des palpitations et une fièvre modérée sans point de côté. Cette congestion, quoique combattue promptement par des évacuations sanguines, des révulsifs, etc., ne s'était point terminée franchement; un état d'irritation chronique gastro-pulmonaire lui avait succédé, se manifestant par les phénomènes suivants : oppression habituellement modérée, mais s'exaspérant chaque jour à des heures déterminées, et s'accompagnant alors d'une toux quinteuse, spasmodique, et se terminant, à l'instar de la coqueluche, par une expectoration filante; douleurs thoraciques non circonscrites, sans chaleurs; perte du sommeil et de l'appétit; digestions laborieuses et même douloureuses; indigestions fréquentes; amaigrissement progressif; mouvement fébrile rémittent léger.

Cet état datait déjà de deux ans et tendait à s'aggraver, lorsque la malade est envoyée à Saint-Alban pour être soumise exclusivement à la médication du gaz. Cette médication, entreprise avec une forte volonté, fut continuée pendant un mois quatre à cinq fois par jour, et de quinze à vingt minutes chaque fois. L'action immédiate du gaz fut ici ce qu'elle est le plus souvent, c'est-à-dire qu'il y eut un peu d'enivrement et d'étouffement, la sensation d'un air tiède, acidule, excitant parfois la toux et disposant à la moiteur générale.

Ce ne fut qu'au bout de dix à douze jours de l'emploi assidu de ce moyen que les malaises des voies aériennes et gastriques commencèrent à rétrograder. Lorsque les aliments, pesant sur l'estomac, réveillaient l'irritation gastrique et menaçaient d'une indigestion, la malade avait de suite recours au gaz, en guise de thé, et la digestion ne manquait jamais d'en recevoir la plus heureuse impulsion.

Ce premier traitement n'ayant pas guéri complétement madame de L...., elle en a repris un second analogue, l'année suivante, avec un tel succès, qu'elle a récupéré entièrement sa santé première.

Obs. II. — Un jeune homme, âgé de 23 ans, commis écrivain, d'une constitution délicate, sujet dès l'enfance à des coliques d'apparence nerveuse, arrive à Saint-Alban, au mois de juillet dernier, pour y prendre les eaux. Ce jeune homme, à la suite d'une pleuro-pneumonie survenue dix-huit mois auparavant, avait conservé de la dyspnée, des points douloureux à la base de la poitrine, un enrouement habituel sans toux, mais avec grande disposition à s'enrhumer au moindre refroidissement. Une fatigue quelconque augmentait constamment ces accidents, auxquels se joignaient encore des palpitations, une expectoration muqueuse, parfois sanguinolente. C'est dans ces circonstances que les coliques nerveuses dont nous venons de parler se réveillaient, ainsi que les douleurs de la base de la poitrine et des environs des omoplates. L'appétit était très-capricieux, sans apparence néanmoins de lésion de l'estomac; le jeune homme s'était livré à la masturbation.

Des eaux alcalines gazeuses, telles que celles de Saint-Alban, me parurent d'abord assez peu convenables pour combattre des phénomènes du genre de ceux que j'avais sous les yeux; le gaz acide carbonique seul me sembla présenter quelque chance de réussite. Ce malade fut en conséquence soumis immédiatement à son usage, et il s'en trouva bien au bout de quelques jours. Mais il ne voulut pas se contenter de cette médication spéciale : il but les eaux, à mon insu, plus tard, même à la quantité de 12 à 15 verres par jour, et prit une quinzaine de bains. Ces moyens réunis n'eurent heureusement que des résultats avantageux.

Le quinzième jour, il survient une éruption miliaire partielle ne recouvrant que le tronc, et plus particulièrement les parties du thorax correspondantes aux points douloureux dont nous avons parlé.

Le vingt-cinquième jour du traitement, le malade quitte Saint-Alban, n'éprouvant plus aucune espèce de malaise, ayant repris de l'embonpoint et un excellent appétit.

Le gaz avait été aspiré tous les jours avec beaucoup d'exactitude, et chaque fois le malade avait senti qu'il respirait plus à son aise, qu'il expectorait plus facilement et moins abondamment, que les douleurs s'affaiblissaient progressivement. La fraîcheur de l'eau minérale en boisson ne produisait aucune sensation pénible dans la poitrine.

Ce jeune homme, en arrivant, portait à la base du gland, depuis quatre jours seulement, des chancres superficiels, suite d'un coït impur et récent; touchés deux fois avec le nitrate d'argent, ils ont disparu promptement et complétement.

Obs. III. — Mad. Desv. est petite, maigre, d'une chétive apparence. Dans son enfance, le cuir chevelu, les paupières, les ailes du nez, l'entrée des fosses nasales, ont été couverts d'une gourme épaisse et humide, dont elle avait été débarrassée à 13 ans par l'usage des eaux de Saint-Alban prises sur les lieux. A 18 ans, les règles ayant paru pour la première fois, mais avec peine, irrégularité et peu d'abondance, une éruption eczémateuse s'est emparée des oreilles; puis il est survenu de la toux, de l'oppression des points douloureux dans différentes parties du thorax, une expectoration mucoso-puriforme, souvent striée de sang, avec fièvre rémittente légère. Vésicatoires, cautère, lait d'ânesse, lichen, dépuratifs, enfin la plupart des moyens employés en pareil cas, ont été successivement essayés pendant quatre ans, et sans aucun succès; les eaux du Mont-d'Or, prises l'année dernière, ont plutôt aggravé que soulagé cette espèce de phthisie humorale.

La malade, âgée de 24 ans, s'était rendue à Saint-Alban, contre l'avis de son médecin ordinaire, mais d'après le souvenir du bien qu'elle y avait éprouvé quelques années auparavant.

En la voyant, je pensai d'abord comme son médecin, et je cherchai à la dissuader de faire usage des eaux, leur basse température et leur qualité stimulante me paraissant évidemment contraires à son état, d'autant mieux que le pouls était fébrile, qu'il y avait des sueurs nocturnes, et que fréquemment les crachats étaient teints de sang; mais je la trouvai si obstinément résolue à suivre ses idées à cet égard, que je ne m'appliquai plus qu'à en prévenir ou à en atténuer les mauvais résultats, en lui faisant couper les eaux avec des sirops mucilagineux et en la tenant à l'usage presque exclusif du gaz.

L'inspiration de celui-ci produisit bientôt une amélioration sensible dans la toux, l'expectoration et la dyspnée; la boisson d'eau minérale, malgré sa fraîcheur, fut beaucoup mieux supportée que je ne m'y attendais. Au bout d'un mois l'estomac commençant à se fatiguer, et le mieux obtenu restant stationnaire, je renvoyai la malade, en lui conseillant de revenir après quinze jours de repos. Elle arriva dans les premiers jours du mois d'août, dans un état encore plus satisfaisant qu'à son départ; elle recommença à respirer le gaz assidûment, à prendre chaque jour un litre d'eau minérale coupée avec un tiers de lait chaud; l'appétit était bon; le mouvement fébrile n'existait plus. Elle est repartie à la fin d'août, non entièrement guérie, mais dans une voie d'amélioration qui peut faire espérer un rétablissement complet.

Cette malade était-elle réellement phthisique? Quoiqu'elle présentât la plupart des symptômes qui dérivent de la phthisie tuberculeuse, nous nous garderons bien d'affirmer que tel était son état; cependant, s'il n'existait pas des tubercules d'origine strumo-dartreuse constitutionnelle, au moins sommes-nous certain que nous avions affaire à une grave affection des poumons, à quelque chose de plus qu'une bronchite chronique. La respiration du gaz a produit évidemment de bons effets; mais nous pensons que ces effets se seraient bornés à une simple amélioration momentanée, si la boisson des eaux n'y avait pas été jointe : la qualité éminemment dépurative de ces eaux, leur admirable influence sur les fonctions digestives, en modifiant avantageusement la constitution humorale de notre malade, a dû s'attaquer à la cause même des symptômes phthisiformes. C'est probablement dans des cas analogues que les eaux de Selters, si bien représentées en France par celles de Saint-Alban, ont eu de tels succès, que d'illustres médecins, Hoffmann et Hufeland, entre autres, n'ont pas craint de les prescrire d'une manière spéciale dans la phthisie. Mais nous nous proposons de revenir sur ce sujet dans un autre mémoire consacré à apprécier les véritables qualités thérapeutiques des eaux de Saint-Alban.

Quant à nos deux premiers malades, leur affection pulmonaire nous a paru d'une nature assez obscure, quoique survenue à la suite d'une pleuro-pneumonie chez l'un, d'un engorgement sanguin chez l'autre. Son diagnostic, dans l'un et l'autre cas, n'avait rien de bien précis. Il existe, dit le docteur Payan, quelques états maladifs peu étudiés qui pourraient bien résider dans une lésion du plexus nerveux pharyngo-laryngien. Il n'est point rare, en effet, de trouver des sujets qui, tout en ayant les apparences de la santé, se plaignent d'un certain état de sécheresse de l'arrière-bouche, et même parfois de douleurs confuses et sourdes, qui les portent souvent à vouloir avaler la salive, à expectorer des mucosités imaginaires. Cet état détermine souvent aussi une petite toux sèche, fort incommode, qui, négligée, est dans le cas d'amener la phthisie. Un homme, poursuit-il, âgé de 34 ans, maigre, venait d'avoir quelques accès d'hémoptysie, et avait été saigné deux fois; très-préoccupé de son état, il maigrissait, éprouvait des douleurs vagues çà et là dans l'intérieur de la poitrine, croyant avoir un goût de sang dans la bouche, rendant encore parfois des crachats colorés, éprouvant fréquemment des mouvements tumultueux du cœur, n'ayant que peu d'appétit et une toux sèche, avec quelques picotements du côté du gosier. »

Cette exposition de symptômes se rapporte assez à celle que nous avons donnée de l'état de nos deux malades.

Le docteur Payan, croyant avoir découvert le point de départ des ces accidents dans une lésion névropathique du plexus pharyngien, essaya d'attaquer celle-ci par la cautérisation superficielle de la muqueuse pharyngée, à l'aide d'un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure affaibli, à l'exemple du docteur Fabre (de Marseille).

Cette cautérisation, qui fut répétée quelques jours après, fut bientôt suivie de la disparition des symptômes ci-dessus.

« En cautérisant le pharynx, ajoute l'auteur, j'agissais secondairement sur le plexus pharyngé, et par ce dernier, et par la transmission de l'excitation, je pouvais réagir sur le pneumo-gastrique et même sur l'appareil ganglionnaire qui, lui aussi, concourt à la formation des plexus pulmonaires et cardiaques. » (Bulletin thérapeutique, août 1842.) Lors même que les phénomènes morbides qui se passaient dans la poitrine n'auraient point eu leur point d'origine dans une lésion pharyngée, la révulsion opérée par la cautérisation était assez vive pour qu'il dût en résulter une modification quel-

conque dans leur marche (1). Nous ignorons si une médication de ce genre aurait eu le même succès chez nos deux malades, et si leur affection n'était que symptomatique d'une lésion du plexus pharyngien ; tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'ils sentaient un grand bien-être toutes les fois qu'ils respiraient le gaz, et que ce bien-être a amené la guérison, même sans l'aide de l'eau minérale, quant à Mad. de L.... Le même succès a suivi l'usage du gaz chez une religieuse, âgée de 34 ans, dont l'état avait la plus grande analogie avec celui du malade de la deuxième observation.

Obs. IV (recueillie par le docteur Goin.) — Une demoiselle âgée de 18 ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, arrive à Saint-Alban dans un état déplorable. Son habitude extérieure est celle d'une personne de 12 ans, tant le corps est grêle et ses différentes parties peu développées. Point de travail menstruel; asthénie générale des fonctions organiques et apathie morale. Chaque mois, pendant sept à huit jours, il survient de la toux avec un peu de chaleur dans la poitrine. Plusieurs membres de la famille sont morts phthisiques.

Les eaux minérales en bains et en boisson donnèrent une certaine impulsion aux fonctions organiques, et pendant trois mois il y eut amélioration dans l'état général de cette malade; mais alors, soit naturellement, soit par suite du vice de l'onanisme auquel elle se serait livrée, la poitrine devint plus particulièrement le siége de symptômes indiquant une vive irritation, tels que chaleur brûlante, toux sèche et fréquente, prenant un caractère paroxystique, le soir et le matin; dyspnée. Retour à Saint-Alban la saison suivante, mais dans un état si fâcheux que l'usage des eaux n'était plus possible. La malade ne pouvait sortir de sa chambre; l'air extérieur provoquait des crises de toux, qui anéantissaient les forces et se terminaient par des défaillances. Ce fut alors qu'en désespoir de cause nous essayâmes l'emploi du gaz en inspiration. Trois mois d'une très-belle saison furent consacrés à ce nouveau traitement, aidé de toutes les ressources de l'hygiène.

En quittant Saint-Alban, au bout de ce temps-là, la constitution de cette jeune personne s'était améliorée à mesure que la toux énervante se calmait. Cette amélioration continua à faire des progrès dans le midi de la France où elle s'était rendue pour y passer l'hiver, et où les règles parurent pour la première fois.

J'ai su depuis que la santé s'était complètement affermie.

Obs. V. (recueillie par le docteur Goin). — Une demoiselle âgée de 25 ans, d'une constitution nervoso-lymphatique, ayant éprouvé une vive et profonde affection morale, ses règles se supprimèrent, et bientôt survinrent des crises d'hystérie, accompagnées successivement et d'une manière alternative de douleurs violentes dans les lombes, l'estomac et la tête. Deux ou trois jours avant l'explosion de ces crises, la malade éprouve une inquiétude vague ; des envies impérieuses de pleurer; la poitrine devient brûlante et une toux sèche, sifflante, d'une violence extrême, vient y joindre ses secousses fatigantes pendant plusieurs heures ; les douleurs lombaires et gastro-céphaliques lui succèdent immédiatement après, et l'attaque formelle d'hystérie termine la scène. Un traitement rationnel, dirigé par le docteur Gonnet du Bois-d'Oingt, n'a point amélioré cette affection, qui menace de s'aggraver encore, surtout en ce qui concerne la poitrine. Envoyée à Saint-Alban, elle fut mise à l'usage des bains minéraux frais, des viandes noires, et l'équitation composa ses exercices journaliers. Mais loin de soulager, ce traitement fut suivi d'un surcroît d'irritation des organes respiratoires et d'un état fébrile. C'est alors que nous crûmes devoir la soumettre à l'inspiration du gaz acide carbonique.

Comme, d'après notre opinion, l'action modificatrice de la sensibilité, qui appartient à ce gaz, est d'autant plus assurée que les malades y sont soumis au moment même où éclate, ou va éclater le paroxysme nerveux, nous eûmes la précaution de mettre à la disposition de la malade un sac imperméable, rempli de gaz, pour les cas où les crises hystériques surviendraient à des heures où il serait impossible d'avoir recours à l'appareil ordinaire de l'établissement.

Un amendement ne tarda pas à s'opérer dans les accidents que fournissait la poitrine; les douleurs se réfugièrent dans les lombes, et les accidents hystériques se bornèrent à quelques secousses spasmodiques, avec légère constriction pharyngo-laryngienne. Les règles n'avaient point encore reparu; mais, peu de temps après son départ de Saint-Alban, et pendant le cours d'un voyage d'agrément, celles-ci recommencèrent à s'établir sans douleurs, ni spasme, et depuis lors la santé a toujours été en s'améliorant.

Obs. VI (recueillie par le docteur Goin). — Deveau, menuisier, âgé de 55 ans, d'un tempérament sanguin nerveux, fortement constitué, était affecté d'accès d'asthme depuis dix ans. Ces accès, survenus sans cause appréciable, s'étaient aggravés chaque année; ils avaient rendu impossible le coucher horizontal et imprimé au dos et aux épaules une voussure très-prononcée.

Depuis quelque temps, les accès se répétaient tous les soirs régulièrement et avec beaucoup d'intensité.

Le docteur Pétra de Montagny m'avait adressé ce malade pour qu'il fût soumis exclusivement à l'usage du gaz. Je lui fis en conséquence respirer cet agent gazeux chaque soir, très-peu de temps avant l'heure présumée des accès. Ceux-ci s'en trouvèrent rapidement amoindris quant à leur intensité; puis, au bout de quinze jours, ils ne reparurent plus le soir. Mais quelques étouffements dans la matinée annoncèrent leur tendance à se reproduire à une autre heure. Le malade averti, et sur ses gardes, ayant eu recours à l'inspiration du gaz, aussitôt qu'il éprouvait quelques symptômes avant-coureurs de ses attaques d'asthme, parvient enfin de cette manière à les éloigner indéfiniment.

(1) Le docteur Fabre (de Marseille) traite l'asthme nerveux avec succès au moyen de la cautérisation superficielle du plan postérieur du pharynx.

Pendant une année entière, la guérison ne s'est pas démentie; mais, après cette époque, des accès d'étouffements légers et irréguliers recommencèrent à se faire sentir. Soumis de nouveau à la même médication, Deveau a été complétement débarrassé de son affection.

Il paraît que l'asthme de ce malade était ce qu'on appelle l'asthme nerveux essentiel, sans complication d'affection catarrhale ou organique du cœur.

Mais, sous nos yeux, le gaz n'a pas produit des résultats aussi favorables dans certains catarrhes pulmonaires chroniques, avec ou sans asthme, toutes les fois qu'il y avait soit une lésion organique, soit un éréthysme prononcé de la muqueuse trachi-bronchique, maigreur et irritabilité des sujets, comme dans l'observation suivante.

Obs. VII. — M. Du... est âgé de 58 ans; il est maigre, sec, de taille moyenne, réduite encore par la voussure des épaules. Il y a dix-huit ans que, à la suite de la guérison par les bains sulfureux d'une éruption dartreuse, il fut atteint de dyspnée, de toux, qui peu à peu se compliqua d'une expectoration mucoso-puriforme, et plus tard d'accès d'asthme, survenant dans la nuit, deux ou trois fois par mois, et quelquefois plus. Les traitements les plus rationnels, les eaux d'Aix, de Bade, n'ont aucune prise favorable sur cette maladie; les eaux de Cauterez seules avaient soulagé momentanément. Les fonctions digestives s'opèrent très-bien, mais le malade est constamment tourmenté par l'orthopnée; le mouvement d'inspiration est court, sans être sifflant; il force M. D. à couper ses phrases en parlant. Chaque matin l'expectoration mucoso-puriforme est très-abondante; elle l'est beaucoup moins dans le reste du jour, mais les crachats se détachent plus difficilement et leur nature est alors glutineuse, et non puriforme. La membrane laryngo-trachéale est fort sensible; elle ne peut recevoir l'impression de certaines odeurs, comme, par exemple, celle de la houille, des fritures, sans qu'il en résulte de suite une vive irritation, avec toux et suffocation. Après avoir été soumis, pendant vingt-quatre jours, à l'action exclusive du gaz, le malade se trouve à peu près dans la même situation. A part une diminution assez notable dans la quantité des crachats du matin, il y avait plutôt aggravation qu'amélioration dans les autres phénomènes morbides énumérés plus haut; ainsi, le conduit laryngien avait pris plus de sensibilité et plus de sécheresse. Le gaz, en le traversant avivait encore celle-ci et faisait toujours naître de la chaleur, de la cuisson, un peu de toux, beaucoup d'oppression momentanée. Aussi M. D. ne pouvait pas aller au delà de trois ou quatre inspirations de suite. L'appétit avait diminué, ainsi que les forces générales, et même les accès d'asthme avaient été plus fréquents sur la fin.

N'ayant point reçu de nouvelles de ce malade depuis son départ de Saint-Alban, nous ignorons si cette légère aggravation s'est maintenue ou si elle n'a pas été suivie d'un changement en mieux, comme il arrive si souvent après une médication perturbatrice. Du reste, s'il n'a pas été aussi heureux que Deveau, c'est que son affection asthmatique était sous la dépendance d'une lésion organique, d'une phlegmasie des ramifications bronchiques avec induration et éréthysme, qui devait être réfractaire à l'action trop âpre du gaz acide carbonique, tandis que chez celui-ci l'asthme était simple.

Quatre autres malades affectés d'irritation douloureuse du larynx sans expectoration, maigres, irritables, et en proie depuis longtemps à une gastro-entérite réfractaire à un grand nombre de médications, n'ont obtenu du gaz aucun résultat satisfaisant : le passage de ce fluide élastique dans le larynx ne s'opérait jamais sans chaleur, cuisson, sécheresse et toux; mais celle-ci n'avait lieu que lorsque le gaz pénétrait trop brusquement dans les voies aériennes.

Le nommé Gataut, au contraire, n'a eu qu'à se louer de la médication gazeuse. C'était un cultivateur âgé de 58 ans, d'une constitution peu irritable, qui depuis plus de dix ans était tourmenté par la toux, l'oppression, par une expectoration abondante, mucoso-puriforme, et par une éruption eczémateuse, permanente aux jambes, mobile à la face. Il faisait usage des eaux minérales il est vrai, mais nous avons observé que chaque fois qu'il avait aspiré le gaz, il se sentait moins oppressé, que l'expectoration était plus facile et moins abondante. Ce malade a fait une seconde saison, à la fin de laquelle son catarrhe pulmonaire avait diminué de moitié, et son éruption herpétique des trois quarts.

D'après tout ce qui précède, nous pouvons conclure : 1° que le gaz acide carbonique n'est point un gaz toxique; qu'il peut être absorbé impunément en très-grande quantité, et que son emploi, tel qu'il est dirigé à Saint-Alban, ne peut jamais entraîner le moindre danger.

2° Qu'il agit sur les tissus à la manière des stimulants astringents et dessicatifs : améliorant les phlegmasies catarrhales, humides, atoniques, de mauvaise nature, de même que les affections névralgiques et spasmodiques, l'état de fatigue de certains organes; tendant au contraire à aggraver les phlegmasies qui s'accompagnent d'éréthysme, de rougeur érysipélateuse lisse et de sécheresse.

3° Que son action étant très-fugitive, il est nécessaire qu'elle soit fréquemment réitérée, si l'on veut en obtenir des effets durables, et surtout qu'elle soit associée à celle de l'eau minérale lorsque d'ailleurs rien ne s'oppose à cette combinaison.

4° Que dans les névroses et dans les affections intermittentes, le gaz ne jouit réellement d'un pouvoir curatif que lorsqu'il intervient au début des paroxysmes et pendant leur état, et ce pouvoir est d'autant plus sûr qu'on force davantage l'aspiration du gaz, c'est-à-dire que le malade est tenu plus longtemps sous le coup d'une demi-asphyxie (1).

Les expérimentations que nous n'avons pu ni entreprendre ni achever cette année, nous nous proposons de les poursuivre l'année prochaine. Si nous ne nous abusons pas, nous sommes persuadé que l'action du gaz doit produire d'excellents effets contre la *fatigue* des organes respiratoires et oculaires, et en particulier contre cet état spécial du larynx, qui détruit si fréquemment les plus belles voix, et qui ne paraît tenir qu'à la fatigue ou à la contracture de quelques-uns des muscles de la glotte. Notre intention est encore de modifier l'usage du gaz en l'associant, dans certains cas, à des vapeurs émollientes pour tempérer son action siccative, et surtout en en composant, dans des cabinets *ad hoc* et dans des proportions sévèrement graduées, une atmosphère au milieu de laquelle seront plongés les malades affectés des névroses les plus intenses; car on conçoit que lorsque la sensibilité et la contractilité musculaires sont surexcitées d'une manière extraordinaire, elles ne peuvent être calmées que sous l'influence d'une médication dépressive des plus puissantes, telle que celle qui s'attaque à l'hématosation par l'absorption du gaz acide carbonique, ou par la suspension de la respiration; ce que nous permettront de tenter les nombreuses améliorations que le docteur Goin opère maintenant dans le service médical de l'établissement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1845, et janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'action élective de la gomme-gutte dans les maladies par excitation du tube gastro-intestinal;* par M. Castiglioni. 2° *Amaurose de l'œil droit causée par une petite plaie du sourcil correspondant;* par M. Michelacci et M. Fedi. (Cette observation n'offre aucune autre circonstance intéressante que d'avoir soulevé une question médico-légale.) 3° *Du galvanisme dans l'amaurose;* par M. Finella. 4° *De l'emploi de l'ammoniaque dans la pustule maligne;* par M. Linoli. (Il donne l'ammoniaque à l'intérieur, et a, en outre, le soin de cautériser la pustule avec le fer rouge.) 5° *Sur la chorée électrique;* par M. Dubini. (Voir l'analyse de ce travail dans Gaz. Méd., 1846, p. 15.) 6° *Histoire d'une opération chirurgicale singulière;* par M. Sabadini. (Relation très-détaillée d'une resection de la plus grande partie du corps du maxillaire inférieur, faite par M. Rossi pour un cancer de cette partie. Mort le treizième jour.) 7° *Sur l'induration du tissu cellulaire des enfants;* par M. Ferrario. (L'auteur conseille de chercher à rappeler la chaleur au moyen de frictions, avec l'huile chaude et des grands bains.) 8° *Ligature de l'artère humérale pour une plaie au pli du coude;* par M. Gregorio. 9° *Sur le traitement des fièvres intermittentes employé par un grand nombre de médecins de Mantoue et du bas Véronais;* par M. Mendini. 10° *Sur une tentative d'empoisonnement par l'arsenic;* par M. Linoli. 11° *La cristallisation sur le vivant;* par MM. Torrentino et Semmola. 12° *Invagination d'une longue portion d'intestin, avec séparation et évacuation de cette même portion par l'anus, suivie de guérison;* par M. Cittadini. (La partie expulsée, longue d'environ 20 centimètres, appartenait à l'iléon.) 13° *Compte rendu des travaux de médecine lus au congrès de Naples.* (Voyez l'analyse de ces travaux dans Gaz. Méd., 1846, numéros 1 et 2.)

DE L'ACTION ÉLECTIVE DE LA GOMME-GUTTE DANS LES MALADIES PAR EXCITATION DU TUBE GASTRO-INTESTINAL; par M. Castiglioni.

L'auteur emploie avec avantage la gomme-gutte dans les inflammations, ainsi que dans les affections spasmodiques du canal intestinal. Cette pratique, que son père tenait de Rasori lui-même, a eu pendant trente années entres ses mains de tels succès qu'il n'hésite pas à écrire : « La gomme-gutte est, dans les coliques même graves, ce qu'est le quinquina dans les fièvres intermittentes pernicieuses. »

Les effets du médicament varient selon la constitution du sujet et aussi suivant la manière dont on l'administre. Ainsi, ingéré à la dose de 3 décigrammes en une seule fois, son action primitive mécanique sur la membrane muqueuse produit souvent de légères nausées, plus rarement des vomissements, quelques coliques avec un redoublement momentané des douleurs. Ces phénomènes, d'ailleurs, sont exceptionnels, et on peut les modérer en associant le purgatif à un peu de gomme arabique. Il se manifeste ensuite des inquiétudes, une sensation d'abattement, le pouls devient lent et petit, et enfin commencent les évacuations alvines. Parfois M. Castiglioni a observé, quelques heures après l'administration de la gomme-gutte, des urines abondantes, moins souvent des sueurs profuses. Bientôt on voyait les douleurs se calmer, la chaleur incommode du ventre diminuer, sa tension céder, le facies redevenir normal, un sommeil réparateur ramener le bien-être. Quand, simultanément avec l'emploi du médicament, il remarquait de violentes douleurs dans la région du colon, un sentiment de resserrement dans l'abdomen, le pouls petit et contracté, la physionomie abattue, du froid aux extrémités, il a, sans balancer, recouru à la saignée. Lorsque le malade est trop délicat pour pouvoir supporter une forte dose de gomme-gutte sans vomir, on en donne 30 à 35 centigrammes dans une émulsion, à prendre dans l'espace d'une heure et demie.

Lorsque l'état du malade nécessite plutôt l'action médicatrice générale de cette substance que ses effets purgatifs énergiques, on se trouve bien de l'ordonner à doses réfractées, suspendue dans une émulsion ou unie à la gomme arabique en poudre, afin qu'elle agisse plus doucement sur la villeuse intestinale; dans ce cas, le vomissement ne se manifeste que plus tard et lorsqu'il en a déjà ingéré une assez grande quantité. Cet accident est annoncé ou bien il est accompagné par un sentiment de faiblesse, d'affaissement du pouls et enfin de disposition à la lipotymie; mais on y remédie en discontinuant le médicament.

— M. Castiglioni a certainement fait preuve ici d'une témérité louable en ne dissimulant aucun des inconvénients que peut entraîner l'administration, même parfaitement régulière, de la gomme-gutte; mais il est bien à craindre que ce tableau nuise considérablement dans l'esprit de la plupart des médecins au remède qu'il a voulu préconiser, surtout lorsque les propriétés connues de cet agent sont aussi propres à ébranler la confiance du praticien qui, *à priori*, hésitera toujours, et non sans raison, à traiter par les drastiques une inflammation des intestins.

DU GALVANISME DANS L'AMAUROSE; par M. Finella.

Chez trois malades qu'il a soumis à ce mode de traitement avec un heureux résultat, M. Finella a remarqué que le pôle positif agit plus efficacement que le négatif; que, quelque intense que soit le courant, le contact de ce pôle sur la cornée n'y produit ni opacité ni aucune autre altération, non plus que de la céphalalgie, des étourdissements ou du vertige. Il a aussi pu constater que plus le larmoiement se manifeste prompt et facile après l'application du galvanisme, et plus on doit augurer que la rétine ressentira favorablement l'effet curatif de cette médication. Il en est de même de la perception d'étincelles par le malade; de sorte que ces deux signes réunis fournissent au médecin les données les plus certaines qu'il puisse désirer pour asseoir son pronostic sur l'issue probable de la maladie.

LIGATURE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE POUR UNE PLAIE AU PLI DU COUDE; par M. Gregorio.

Le fait suivant, exemple d'un procédé à peu près généralement abandonné aujourd'hui, sera suffisamment apprécié, d'après un court extrait, dans ce qu'il peut offrir d'intéressant relativement aux déductions à en tirer pour la pratique.

Obs. — Un paysan, âgé de 21 ans, occupé à tailler un arbre, le 31 février 1845, se donna par mégarde un coup de la pointe d'une faucille sur le pli du bras du côté gauche. Aussitôt s'élança un jet de sang qui fut arrêté momentanément par une compression peu méthodique. M. Gregorio, appelé deux heures après, reconnut à la couleur du sang, aux alternatives du jet, à l'influence exercée sur l'hémorrhagie par une compression faite, soit au-dessus, soit au-dessous de la blessure, qu'il s'agissait d'une plaie de la brachiale. Aussitôt il mit le vaisseau à découvert par une incision pratiquée au-dessus de la plaie, et ayant passé sous lui un ruban formé de cinq fils, il le lia après avoir interposé entre le fil et l'artère un petit cylindre de sparadrap. Un tourniquet qu'on avait préalablement appliqué ayant été levé, le sang ne reparut pas, et l'on transporta le malade à son lit.

Au bout de trente-huit heures, tout ayant bien marché, M. Gregorio écarta les lèvres de l'incision, puis, ayant mis à nu le petit cylindre, il coupa les fils sur lui avec un bistouri convexe et retira sans peine le tout, sans avoir donné lieu au moindre saignement.

Six jours après, on trouva, à la visite du soir, l'appareil taché de sang. On ap-

(1) L'action sédative du gaz dans ces circonstances nous paraît dépendre non d'une vertu inhérente à sa nature; mais de la débilité de l'espèce de prostration qui suit nécessairement l'embarras de la respiration, et l'imperfection de l'hématose, le sang moins oxygéné, perdant de sa puissance vitale, stimule moins le cerveau, etc. Le gaz n'est donc sédatif qu'indirectement, et seulement lorsqu'il est respiré; mais encore si les voies respiratoires sont surexcitées son action stimulante prédomine.

prit que le blessé, qui ne souffrait plus, avait ce jour-là beaucoup parlé et ri avec ses amis, et qu'il avait éternué deux fois. Le bandage fut replacé, mais pendant la nuit l'hémorrhagie se manifesta de nouveau à deux reprises et força le chirurgien d'appliquer le tourniquet. Depuis lors le sang ne reparut plus.

L'agent de compression fut laissé en place dix-sept jours entiers. Lorsqu'on l'enleva à cette époque, l'incision était presque complétement cicatrisée. Aucun nouvel accident ne survint, et le malade ne tarda pas à sortir en très-bon état.

— Malgré le succès qui a été obtenu en définitive, nous ne pensons pas que la pratique suivie par l'auteur lui suscite beaucoup d'imitateurs, du moins parmi les chirurgiens qui aiment à motiver leur adhésion sur une interprétation attentive des circonstances, et non sur la constatation simple du fait matériel. Il ne sera pas besoin, en effet, de beaucoup de paroles pour démontrer que, dans l'observation précédente, les accidents ont été dus au choix de la ligature temporaire, et la guérison, au contraire, au moyen qu'on a été contraint de lui substituer pour lutter contre les fâcheuses conséquences que ce procédé avait amenées.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1845, et de janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire d'une tumeur du cou, guérie par l'acupuncture;* par M. Costelli. 2° *Ver observé dans les chambres de l'œil, et détruit par les médicaments;* par M. Alessi. 3° *Empoisonnement par des champignons;* par MM. Canuti, Baravelli et Bertolini. 4° *Rapport topographique, statistique, clinique, de la commune d'Alphonsine, du 1er octobre 1840 au 21 juin 1845;* par M. Gamberini. 5° *Chevauchement provoqué entre les fragments d'une fracture récente du fémur droit pour remédier à la claudication, suite d'une fracture ancienne du fémur gauche;* par M. Rizzoli. 6° *Procédé employé par M. Rizzoli pour la désarticulation scapulo-humérale;* par M. Taruffi. (Modification légère apportée au procédé de M. Lisfranc, et dont nous n'avons pu saisir parfaitement toute l'importance.) 7° *Sur la question de la transmissibilité de la syphilis par l'inoculation du virus-vaccin de bras à bras;* par M. Gamberini. (L'auteur conclut, dans le sens de M. Ricord, par des raisons purement théoriques, mais très-rationnelles, que le virus vénérien résultant des accidents primitifs est seul susceptible de se transmettre accidentellement par l'inoculation de la vaccine.)

HISTOIRE D'UNE TUMEUR DU COU, GUÉRIE PAR L'ACUPUNCTURE; par M. COSTELLI.

Il s'agit très-probablement ici d'une tumeur cystique, maladie connue aussi sous le nom de bronchocèle, ou hydrocèle du cou. La simplicité du traitement qui a suffi pour en amener la cure est le principal motif qui nous a engagé à reproduire sous les yeux du lecteur les principales circonstances de cette observation.

OBS. — Une jeune personne portait depuis six mois, à la partie latérale droite de la trachée, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, une petite tumeur, développée à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un fardeau, pendant qu'elle contractait en même temps les muscles du cou d'une manière énergique et soutenue pour regarder de côté. Elle n'éprouva néanmoins sur le moment aucune sensation douloureuse; mais la tumeur, à partir de cette époque, commença à se manifester et finit bientôt par acquérir le volume d'une noix. Les frictions avec une pommade iodurée n'ayant produit aucun résultat, on se décida à employer l'acupuncture, que l'on répéta cinq fois de suite, tous les deux jours, d'abord avec deux, puis successivement avec quatre, cinq et sept aiguilles. Il se développa alors une tuméfaction inflammatoire douloureuse de la poche morbide, qui força de suspendre l'opération durant une semaine, et de se borner aux cataplasmes de farine de lin. Le gonflement ayant ainsi disparu, on recommença à pratiquer l'acupuncture avec trois, quatre, et une seule fois cinq aiguilles. Quand leur introduction ne faisait que peu souffrir, on les enfonçait en traversant la tumeur de part en part; dans le cas contraire, on se contentait de les faire pénétrer jusqu'au centre du kyste; on les laissait en place une heure et demie ou deux heures au plus. Il ne sortit jamais par la piqûre que quelques gouttes de sang.

Grâce à ce traitement, la tumeur diminua peu à peu et finit par disparaître entièrement.

— De semblables tumeurs ont ordinairement été attaquées par la ponction, l'incision, le séton, les injections iodées. Chacune de ces méthodes a eu ses succès; mais elles ont eu leurs accidents, et la GAZETTE MÉDICALE, dans l'une des années les plus récentes, contient le récit de plus d'une opération de ce genre, dont les détails, que nous nous abstiendrons de citer de nouveau ici, sont bien propres à montrer combien il serait désirable de trouver un remède plus simple, surtout pour les cas assez fréquents où la maladie ne constitue qu'une difformité légère. L'acupuncture, trop oubliée, méritait donc d'être rappelée, et l'exemple précédent suffira sans doute pour la recommander à l'attention des chirurgiens.

Si nous ne nous trompons, le principal effet curatif de cet agent consiste dans la légère inflammation que détermine son application, inflammation qui se renouvelle à chaque piqûre et qui chaque fois imprime un élan nouveau, une impulsion plus active au mouvement de résorption. Il y a là quelque chose de très-semblable à ce qui se passe après le broiement de la cataracte, opération à la suite de laquelle on voit, chaque fois qu'on la répète, la résorption de la lentille marcher plus rapidement qu'auparavant. Sous ce rapport, on pourrait avancer que la phlegmasie accidentelle qu'éprouva d'abord la malade de M. Costelli après quelques séances d'acupuncture réitérées à trop courts intervalles n'eut en réalité sur l'issue définitive du mal aucune influence défavorable, bien au contraire. — Cependant il sera plus prudent, et c'est au médecin à y veiller, de toujours chercher à maintenir l'inflammation dans de justes limites; car, indépendamment des dangers que pourrait avoir son développement exagéré, on sait que c'est une congestion sanguine *modérée* qui jouit le mieux du privilége de susciter rapidement l'absorption des fluides épanchés.

VER OBSERVÉ DANS LES CHAMBRES DE L'ŒIL, ET DÉTRUIT PAR LES MÉDICAMENTS; par M. ALESSI.

OBS. — Un magistrat, âgé de 30 ans, vint consulter M. Alessi au mois de juillet 1844. Depuis neuf mois, il avait beaucoup souffert d'une kératite unie à une vascularisation chronique de la conjonctive. Cette inflammation, qui se dissipait et reparaissait par alternatives irrégulières, avait amené à sa suite quelques nébulosités de la cornée, un état de larmoiement et de faiblesse de la vue presque continuel. Attribuée successivement par plusieurs médecins à diverses causes plus ou moins hypothétiques, elle avait été combattue sans aucun succès par les médications les plus variées.

En examinant l'œil malade, l'auteur reconnut d'abord une kératite occupant toutes les couches de la membrane, plus un léger trouble de l'humeur aqueuse. Mais en continuant cette exploration à l'aide d'un bon microscope, il vit un ver passer de la chambre postérieure dans l'antérieure. Regardé à l'œil nu, il parut avoir deux lignes et demie de long, être d'un blanc obscur dans ses deux tiers inférieurs, et fusiforme; dans son tiers supérieur, il avait une couleur laiteuse. De cette dernière partie naissaient quatre prolongements : un supérieur le plus long, l'autre inférieur le plus court, et deux latéraux. Ces caractères le rapprochent-ils suffisamment du cysticerque pour qu'on lui puisse donner ce nom? M. Alessi ne répond pas positivement à cette question. Quoi qu'il en soit, ce ver avait deux mouvements opposés; quand les appendices supérieurs se rapprochaient, les latéraux s'écartaient et réciproquement. Il demeurait deux ou trois minutes dans la chambre antérieure, puis rentrait dans la postérieure, où il se cachait derrière la moitié inférieure de l'iris pendant le même temps, et ainsi de suite. Revenu dans la chambre antérieure, il s'y tenait devant la partie externe de l'iris.

La cause principale de l'ophthalmie étant ainsi découverte, M. Alessi ne crut pas pouvoir détruire ce ver, en cherchant, selon le conseil de Gescheit, à produire dans l'œil une violente inflammation artificielle. Dans le cas présent où existait déjà un état phlegmasique, ce moyen n'aurait pas été sans danger.

Quant à l'extraction du ver par une opération, moyen employé par Sœmmering, comment aurait-on pu espérer d'y réussir ici où l'entozoaire était aussi mobile et aussi ténu. De même, les applications irritantes instillées entre les paupières, et qui ont parfois servi à expulser les filaires qui se réfugient sous la conjonctive n'avaient ici aucune chance de succès.

Après avoir mûrement réfléchi aux indications que présentait ce cas difficile, M. Alessi jugea d'abord à propos de combattre une disposition psorique et syphilitique existant dans la famille du malade; ce qu'il fit par un traitement approprié qui dura pendant quarante jours. — Il prescrivit ensuite l'application de trois vésicatoires longs de 2 pouces et large d'un : le premier sur tout le sourcil, le second sur la tempe, longeant l'orbite, le troisième adjacent au bord inférieur de la même cavité. Il les fit ensuite panser matin et soir avec une pommade où entraient par parties égales le calomel et la santonine (1). Le ver fut bientôt privé de tout mouvement, et en moins de quarante jours il était entièrement absorbé. La kératite et la conjonctivite se dissipèrent avec une égale rapidité, et depuis lors le malade a joui de l'intégrité complète des fonctions de son œil.

— Cette observation ajoute aux procédés curatifs que l'on possédait contre les helminthes oculaires un secours nouveau et vraiment précieux par sa simplicité. Mais en présence d'un de ces cas qui défient les ressources de la pratique ordinaire, M. Alessi a sagement compris qu'il devait avant tout essayer des moyens incapables de compromettre l'œil et de troubler la santé générale, et il s'est abstenu avec raison d'administrer des anthelminthiques à l'intérieur, qui eussent dû avoir une violence d'action considérable pour qu'elle fût ressentie jusque dans le globe oculaire, ainsi que d'introduire une aiguille, ou de faire passer un courant électrique (comme on l'a conseillé) à travers les chambres. Sous ce rapport, sa conduite mérite d'être proposée comme un modèle. Nous ne saurions en dire autant de

(1) Produit extrait du *semen-contra.*

sa singulière idée de poursuivre pendant quarante jours une prétendue diathèse mixte dont rien ne démontrait l'existence chez le malade, et qui, même en en admettant la réalité, n'eût point, ce semble, dû contre-indiquer l'emploi simultané du moyen local auquel il recourut plus tard avec un si rapide succès.

CHEVAUCHEMENT PROVOQUÉ ENTRE LES FRAGMENTS D'UNE FRACTURE RÉCENTE DU FÉMUR DROIT POUR REMÉDIER A LA CLAUDICATION, SUITE D'UNE FRACTURE ANCIENNE DU FÉMUR GAUCHE; par M. RIZZOLI.

Tous les livres classiques recommandent bien de laisser produire un raccourcissement à la suite de la fracture d'un fémur, lorsque le membre de l'autre côté est déjà trop court par le fait d'une difformité ancienne. Cependant ce conseil, si rationnel en apparence, n'a pas été mis souvent en pratique, soit que les occasions de l'appliquer se présentent rarement, soit peut-être parce qu'on ne serait jamais bien sûr, en faisant ainsi volontairement chevaucher les fragments, qu'ils se répondissent par une surface assez large pour donner lieu à une consolidation capable de résister ensuite au poids du corps. Le cas suivant offre l'exemple d'un succès obtenu par une conduite semblable.

OBS. — Un homme, âgé de 48 ans, entra à l'hôpital le 24 octobre 1845. La veille il s'était fait en tombant d'une échelle une fracture simple oblique du tiers supérieur du fémur droit, accompagnée de chevauchement des deux fragments. On apprit aussi de lui que onze ans auparavant, il avait été traité au même hôpital d'une fracture au tiers supérieur du fémur gauche dont il n'avait guéri qu'avec un raccourcissement de trois travers de doigt. On appliqua au fémur droit l'appareil de Desault suivant les règles usitées. M. Rizzoli, ayant repris le service de l'hôpital au bout de vingt-cinq jours, trouva la fracture exactement réduite. Mais il eut l'idée qu'en laissant le membre se raccourcir, il pourrait se mettre au niveau de celui qu'une ancienne difformité avait rendu trop bref; il relâcha donc la compression, et permit ainsi à l'action musculaire de produire peu à peu le chevauchement des fragments. Le cal encore mou céda effectivement par degrés jusqu'à ce que les deux membres fussent devenus à peu près d'égale longueur. On serra alors le bandage, et après l'avoir ainsi supporté jusqu'à parfaite consolidation, le malade put sortir marchant droit.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1845 et de janvier et février 1846 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De la miliaire pernicieuse*; par M. Penollazzi. (L'auteur s'appuie sur des travaux déjà publiés et notamment sur la relation de l'épidémie du Périgord faite par M. Parrot, pour établir l'existence d'une miliaire pernicieuse, c'est-à-dire d'une miliaire où se montrent le coma, le délire, de l'oppression, douleurs épigastriques, palpitations, etc. Dans ces cas, l'indication, et l'indication pressante est d'administrer le quinquina, même alors qu'il n'y aurait pas eu de frissons au début de la maladie.) 2° *De la fièvre gastrico-typhoïde*; par M. Facen. 3° *Désarticulation spontanée de l'avant-bras*; par M. Gobbi. (La gangrène s'étant déclarée autour d'un cancer de l'avant-bras, on opéra la séparation de ce membre d'avec le bras; le malade guérit en trente jours. C'est là un des rares exemples où l'on a vu la gangrène être assez étendue et assez profonde pour opérer la guérison radicale d'un cancer. Notons que l'observation date de 1836, et que l'individu est encore aujourd'hui bien portant.) 4° *Observations cliniques*; par M. Marzattini. 5° *Sur l'étiologie de la pellagre*; par M. Fanloni. 6° *Études sur l'artérite*; par M. Biaggi. 7° *Sur le valérianate de zinc*; par M. Galvani. (Recherches chimiques sur les phénomènes moléculaires qui se passent durant la préparation de ce sel.) 8° *Préparation du valérianate de fer*; par M. Ruspini. 9° *De la maladie du maïs appelé vert-de-gris et des fâcheux effets de cette graine altérée sur l'homme et les animaux*; par M. Balardini. 10° *Recherches cliniques sur le cardiopalme*; par M. Levi. (L'auteur cherche à établir que toutes les palpitations ne tiennent pas à une lésion organique du cœur.) 11° *Sur l'opinion qui attribue la rage canine au désir vénérien fortement excité et trompé*; par M. Brugnolo. 12° *Sur l'analogie et la différence diagnostiques entre les tumeurs fibreuses et le squirrhe glandulaire, et sur les méthodes et procédés curatifs généraux, soit internes soit externes, de ces tumeurs, et en particulier des productions organiques anormales, avec quelques règles sur l'application de la scie à chaîne de Jeffrey*; par M. Chiminelli. (Première partie.)

DE LA FIÈVRE GASTRICO-TYPHOÏDE; par M. FACEN.

La maladie à laquelle l'auteur donne ce nom est tout simplement la fièvre typhoïde, dont il trace une description assez étendue pour dissiper toute incertitude sur le point de savoir quelle est la collection de symptômes à laquelle il impose cette dénomination. Pour la traiter, il donne la préférence au calomel, qui lui a presque paru mériter le titre de spécifique dans cette affection. Il l'administre à la dose de 5 à 15 décigrammes, selon l'âge et le tempérament, uni au sucre ou à la gomme arabique, et il répète cette même dose deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

A propos de la perforation intestinale qui est parfois une suite de la fièvre typhoïde, M. Facen cite une observation dont les principales circonstances nous ont paru dignes d'être reproduites, quelque jugement que le lecteur doive porter en définitive sur la véritable nature de l'accident qui a eu lieu chez la malade à laquelle elle se rapporte.

PERFORATION INTESTINALE, SUIVIE DE GUÉRISON.

OBS. — Une jeune femme de 22 ans, bien développée et ayant joui jusque-là d'une excellente santé, tomba malade le 1[er] novembre 1846, et présenta de la soif, constipation, surdité, peau sèche, pouls à 120, tintements d'oreille, pupilles dilatées, etc., tous les signes, en un mot, d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, dont M. Facen la traita au moyen de 3 saignées, d'un éméto-cathartique et du calomel, plus la diète, l'eau fraîche et quelques topiques émollients. Il la regardait comme hors de danger, et déjà elle avait commencé à quitter le lit, lorsque le 27 novembre, au soir, le médecin fut appelé en toute hâte, et la trouva depuis deux heures couchée, abattue, oppressée, la face hippocratique, la voix éteinte, les extrémités froides, l'œil enfoncé, le pouls insensible. Elle accusait d'atroces douleurs qui, parties de la région colique droite, s'étendaient dans tout le ventre; tout contact exercé avec la main sur ce point était intolérable. Le volume du ventre augmentait de plus en plus; constipation depuis deux jours. (Clystère émollient; bains locaux froids; continuation du calomel.)

Le 28, nuit très-inquiète: les coliques persistent; ventre horriblement sensible à la moindre pression; peu d'évacuations alvines; vomissements fréquents, contenant quelques lombrics. (Une saignée; même traitement que la veille.) — Le soir, peu de selles; vomiturilions; ventre tendu et très-douloureux; le sang de la saignée est couenneux. (Nouvelle saignée.)

Le 29, un *subdelirium* continuel s'est prolongé durant toute la nuit : physionomie abattue; face ardente; pouls très-fréquent; plusieurs évacuations. (20 sangsues sur le côté droit du ventre, et calomel.)

Le 30, le ventre est un peu détendu; la malade semble revenir à elle; pouls développé; beaucoup d'évacuations alvines; urines abondantes.

Le 1[er] décembre, elle a dormi; ventre plus mou; l'œil est naturel; douleurs errant par tout l'abdomen. (Un bouillon de veau et de poulet; 5 décigrammes de calomel.)

Le 2, le ventre est devenu un peu plus tendu et douloureux; il survient le soir un léger mouvement fébrile. (Nouvelle application de sangsues et continuation du calomel.)

Les jours suivants, les symptômes allèrent en diminuant; on continua le calomel; la fièvre du soir dura jusqu'au 6. Le 8, survinrent des hémorrhoïdes, et cette crise naturelle hâta et consolida encore la guérison, qui, soutenue par quelques prises d'huile de ricin, était complète le 22 décembre.

PRÉPARATION DU VALÉRIANATE DE FER; par M. RUSPINI.

M. Ruspini avait lu que le valérianate de fer avait été obtenu par M. Guillermond en traitant l'oxyde de fer hydraté par l'acide valérianique et par la décomposition du valérianate de chaux, au moyen du chlorhydrate de sesqui-oxyde de fer; mais ces deux procédés exigeant une grande perte de temps, surtout afin de préparer les substances qui doivent y être employées, il songea à obtenir le même médicament par voie directe en faisant réagir l'acide monohydraté sur la limaille de fer. Voici la manière dont il a opéré pour arriver à ce résultat.

Mettez 4 grammes de limaille de fer dans un petit mortier en porcelaine, et versez-y de l'acide valérianique peu à peu en mêlant continuellement jusqu'à ce que les deux substances soient l'une et l'autre en poids égal; au bout d'un quart d'heure, le mélange prend la ténacité de la glu. A peine a-t-on ajouté les premières gouttes d'acide, qu'il se dégage une odeur très-prononcée d'acide acétique (1), laquelle devient de plus en plus forte à mesure qu'on élève la quantité d'acide. Au bout d'une heure (temps pendant lequel il faut toujours continuer à mêler), le produit acquiert une couleur d'un rouge obscur; on verse alors dans le mortier de l'eau distillée pour mieux faire incorporer la matière solide qui adhère au vase; on la met dans un ballon ordinaire; on la chauffe légèrement, et on finit par la filtrer aussitôt après. Le liquide, qui contient un valérianate de protoxyde de fer, passe clair, légèrement acide, d'une saveur styptique, mais point désagréable. En se refroidissant, et exposé au contact de l'air, il se couvre peu à peu d'une couche cristalline ayant une teinte rouge de carreau reflétant une couleur irisée. C'est la première portion de valérianate de peroxyde de fer qui commence à se séparer du liquide, produite par la plus grande oxydation du fer salifié. On filtre de nouveau pour la séparer; puis le liquide obtenu se recouvre d'une nouvelle couche qu'on enlève encore, et ainsi de suite. On peut, pour activer l'opération, concentrer davantage le liquide en le chauffant un peu.

(1) Cette odeur ne se manifeste point lorsqu'on fait réagir l'acide valérianique sur l'oxyde de fer hydraté, ainsi que je l'ai pu remarquer depuis : ce fait est digne d'attention. (NOTE DE L'AUTEUR.)

Le valérianate de fer obtenu par ce procédé a la couleur que nous venons d'indiquer. Il est en partie pulvérulent, en partie sous forme d'écailles brillantes; il a une saveur styptique, une odeur à peine sensible d'acide valérianique, insoluble dans l'eau. Quelques grains, traités avec une goutte d'acide sulfurique concentré, laissent exhaler une odeur forte et caractéristique d'acide valérianique.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JUIN.

FISTULES URINAIRES. — ANAPLASTIE URÉTRALE.

M. JOBERT (de Lamballe) lit l'extrait d'un mémoire intitulé : RÉFLEXIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES FISTULES URINAIRES URÉTRALES CHEZ L'HOMME.

Il résulte des faits et des considérations énoncés dans ce travail, dont nous nous bornerons à reproduire les conclusions :

1° Que les fistules urinaires qui sont récentes et déterminées par une inflammation phlegmoneuse peuvent guérir par le séjour des sondes et le développement de bourgeons charnus qui ferment l'ouverture accidentelle.

2° Que les fistules anciennes dont le trajet est organisé ne guérissent souvent qu'en apparence par l'emploi des algalies, de la cautérisation, de la compression, etc. Nous avons vu des individus revenir à l'hôpital avec la même fistule ou des dépôts urineux, après avoir été guéris. C'est ce que nous avons observé sur un Italien (à différentes reprises), qui succomba à une autre maladie. L'autopsie nous montra une ouverture fistuleuse urétrale imperceptible, qui permettait à l'urine de filtrer au travers avant que d'être déposée dans une petite poche, d'où le liquide était reversé dans le canal.

3° Qu'une fistule périnéale dont le trajet est cartilagineux et ossifié peut être guérie par la suture entortillée et le ravivement, si on a l'attention de détruire le trajet organisé avec l'instrument tranchant.

4° Que les fistules périnéales peuvent être guéries, lorsqu'il en existe plusieurs, par des incisions qui s'étendent à toute leur profondeur et par des pansements faits comme pour les fistules anales.

5° Que les sondes sont toujours indispensables, quelle que soit l'opération que l'on pratique.

6° Que les fistules sus-scrotales avec perte de substance ne guérissent que par l'autoplastie.

7° Que la boutonnière est inutile lorsqu'on pratique l'anaplastie.

8° Que la boutonnière n'empêche pas l'urine de parcourir l'urètre.

9° Que le lambeau taillé aux dépens du scrotum remplit les conditions voulues pour la réussite.

10° Que l'agglutination peut s'obtenir dans toute l'étendue du lambeau ou dans les deux tiers de sa circonférence, et alors la suppuration amène la guérison par seconde intention.

11° Que le ravivement doit se faire aux dépens des téguments et du trajet de la fistule jusqu'à l'urètre.

12° Que la suture entrecoupée est préférable à la suture entortillée.

13° Que les points de suture doivent être assez rapprochés pour empêcher l'urine de sortir, et qu'ils doivent être assez serrés pour maintenir les surfaces en contact, et pas assez pour les diviser trop promptement.

14° Qu'il est nécessaire de placer une sonde dans l'urètre pour porter l'urine au dehors et pour rapprocher les surfaces saignantes.

15° Qu'il faut couper les fils à mesure qu'ils pénètrent dans les chairs.

16° Que la suture doit comprendre le plus de tissus possible.

17° Qu'il n'existe aucune difformité après l'autoplastie sus-scrotale, et qu'aucune gêne ne se rencontre dans l'accomplissement des fonctions de ces organes.

ORIGINE DES RACINES VÉGÉTALES.

M. A. TRÉCUL lit un mémoire dans lequel il expose le résultat de ses investigations sur l'origine des racines adventives. Des recherches antérieures l'avaient déjà mis sur la voie de ce phénomène intéressant, quand il fit connaître, l'année dernière, une partie de ses observations dans un mémoire où il décrivait l'origine et le développement des racines du *nuphar lutea*. Il était arrivé à reconnaître dans ce végétal un mode de développement différent de tout ce qui a été décrit jusqu'à ce jour. D'après lui, ce ne sont pas les vaisseaux développés dans les racines qui vont se mettre en communication avec ceux de la tige, ce sont des vaisseaux partis des faisceaux de cette dernière qui vont s'introduire dans les racines. L'auteur a voulu s'assurer s'il en était de même dans quelques autres plantes. Voici les conclusions auxquelles il a été conduit par l'étude du développement des racines de l'*aspidium filix mas*, celles de l'*equisetum arvense*, du *lamium purpureum*, de la *valeriana phu*, etc. :

1° Toujours une racine adventive commence son évolution par une petite masse celluleuse développée à la partie interne de l'écorce, soit à l'extrémité d'un faisceau vasculaire ou de plusieurs convergeant vers le même point, soit à la partie latérale d'un faisceau, soit au contact de deux faisceaux voisins, ou bien à la surface d'une couche ligneuse continue, sans rayons médullaires, ou encore vis-à-vis un ou plusieurs de ces rayons;

2° Ce n'est donc point, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, principalement à l'endroit où un rayon médullaire passe dans l'écorce que se développent les racines adventives;

3° La masse utriculaire primitive se partage ordinairement en trois parties essentielles : l'une centrale, dont la nature et la composition élémentaire varient suivant les espèces; la seconde corticale; la troisième enveloppant le sommet de la racine comme un bonnet;

4° Toujours, dans les plantes que l'auteur a examinées, les vaisseaux naissent au contact du système fibro-vasculaire de la tige et s'introduisent ensuite dans la racine par leur prolongation;

5° Le système central de la racine, à la base au moins, est toujours composé d'éléments anatomiques semblables à ceux de la partie de la tige sur laquelle il est appliqué; il est vasculaire dans l'*aspidium filix mas*, médullaire dans la *valeriana phu*, ligneux dans le *pothos violacea*, le *seigle*, l'*avoine*, etc., de la nature des rayons médullaires dans le *chèvre-feuille*;

6° Il existe toujours normalement, dans certaines plantes, à des places déterminées, des bourgeons de racines, ou mieux, des racines rudimentaires latentes (ex. : le *nuphar lutea*, l'*aspidium filix mas*, les *salix viminalis*, *rubra*, *helix*, *lambortii*, etc.).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce qu'il vient de recevoir plusieurs lettres de Constantinople, dans lesquelles les médecins de cette ville se plaignent que leur opinion sur la transmissibilité de la peste ait été inexactement reproduite dans le rapport de l'Académie.

M. PRUS : J'ai les mémoires des médecins de Constantinople entre les mains, il me sera facile d'apprécier la valeur de leurs plaintes.

M. LONDE : Je ferai remarquer à ce sujet que c'est à tort que l'on considère le rapport comme étant l'œuvre de l'Académie : le rapport est l'œuvre d'une commission ou plutôt du rapporteur, tant que l'Académie ne l'a pas adopté.

— M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre de M. Cornay (de Rochefort), sur un nouveau moyen d'exploration des corps solides, auquel il donne le nom de *stéréoscope*. (Voir la même communication à l'Académie des sciences, séance du 8 juin.)

M. VELPEAU reproduit les observations qu'il a faites à cette occasion devant l'Académie des sciences.

— M. CORNAC demande que les nominations de correspondants étrangers que l'Académie vient de faire soient insérées au MONITEUR, afin qu'elles reçoivent la plus grande publicité possible. Il rappelle qu'il a déjà fait plusieurs fois cette proposition au conseil, et que jusqu'à présent il n'en a pas été tenu compte. Il insiste sur sa proposition et exprime le désir qu'à l'avenir toutes les nominations de l'Académie soient communiquées au journal officiel.

Cette proposition sera prise en considération par le bureau.

M. LE PRÉSIDENT prévient que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de médecine opératoire sur les titres des candidats à la place vacante dans son sein.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

La parole est à M. Poiseuille.

M. POISEUILLE : Je n'avais point l'intention de prier l'Académie de m'accorder la parole dans la discussion générale; mais un des membres de la commission, le premier qui a parlé dans ces débats, a fait sur le rapport une excursion plus ou moins rapide. Il a paru cependant analyser minutieusement les faits relatifs au point culminant de la question, je veux dire la transmissibilité de la peste loin des pays contaminés, soit à bord des bâtiments, soit dans les lazarets. Préoccupé de quelques faits, il les a isolés de beaucoup d'autres que nous aurons l'honneur de vous rappeler; il a négligé de remarquer la connexion qui existait entre eux : de là l'incrédulité à laquelle il est arrivé en dernier lieu, et qu'il a essayé de vous faire partager.

Je me propose donc de discuter devant vous les faits qui se rapportent aux documents du lazaret de Marseille, au point de vue que je viens d'indiquer; toutefois, chemin faisant, je m'arrêterai à quelques remarques que m'a suggérées le dépouillement de ces documents, et qui peuvent éclairer quelques-unes des nombreuses questions que soulève l'étude de la maladie qui nous occupe.

Comme il est impossible d'établir d'une manière évidente la corrélation qui peut exister entre des faits sans les mettre en présence, je me trouve dans la nécessité de reproduire en partie devant vous les faits de Marseille, qui déjà ont passé sous vos yeux. L'Académie voudra bien me pardonner quelques longueurs apparentes, en faveur de la clarté que j'ai cherché à répandre dans cette discussion.

Je terminerai par quelques propositions qui me semblent des corollaires immédiats de la conviction à laquelle conduit un examen attentif et scrupuleux des pièces que nous allons étudier. Je désire d'autant plus faire connaître dès à présent ces propositions à l'Académie, qu'elles n'ont pas été accueillies par la commission.

En 1741, le pingue *l'Étoile du Nord*, commandé par le capitaine Coutel, est arrivé le 18 juin à Marseille, venant d'Alger où régnait la peste ; il avait quitté ce port le 8 du même mois.

La déclaration du capitaine Coutel porte qu'il a à bord un mousse malade depuis quatre jours avec une glande engorgée à l'aine gauche ; deux de ses seize passagers barbaresques sont aussi malades, mais non de la peste.

Nous ne rappellerons pas ici l'exposé des faits qui regardent *l'Étoile du Nord;* nous nous contenterons de dire que les rares visites des médecins au lazaret (cinq en deux mois), la brièveté toute remarquable de leurs rapports, le défaut de filiation presque constant entre les malades reçus au lazaret et la présence de *l'Étoile du Nord* à Pomègue, nous font écarter ces pièces relatives au capitaine Coutel, comme peu propres à démontrer rigoureusement la transmission de la peste à des individus étrangers aux navires, soit dans le lazaret, soit à bord. Néanmoins nous devons faire remarquer que les faits tout tronqués de *l'Étoile du Nord* ne sont point en opposition avec ceux dont nous serons bientôt témoins.

1760. Le pingue *la Sainte-Famille*, capitaine Billon, part, chargé de marchandises, le 12 avril 1760, de Saint-Jean-d'Acre, et mouille à Pomègue le 8 mai suivant.

« La déposition du capitaine Billon porte que cinq jours avant son départ d'A» cre, il lui est mort un homme de la peste le 17 avril ; un autre matelot, attaqué » de la même maladie, meurt le 22... »

Le 10 mai, entre aux infirmeries de Marseille un matelot de *la Sainte-Famille*, malade depuis le 7 ; il offre tous les symptômes généraux de la peste, et en outre des glandes engorgées au col et au pli de l'aine gauche, il succombe le lendemain.

Le 13 mai, est reçu au lazaret un autre matelot du capitaine Billon, Ambroise Barberi, malade depuis deux jours, glande inguinale ; il meurt le 14 mai.

Le 16 mai, arrivent au lazaret les matelots Jacques Tuoel et Guillaume Giron, avec tous les symptômes généraux et locaux de la peste : bubons axillaires et inguinaux. Le premier est entièrement guéri le 22 juillet suivant ; le second succombe le 19 mai.

La Sainte-Famille continue d'envoyer successivement des pestiférés au lazaret ; les matelots Antoine Durand et Mathieu Savourain y meurent les 25 et 27 mai.

Tous ces faits démontrent que le navire du capitaine Billon était un foyer pestilentiel ; mais ici, comme dans toute autre circonstance analogue où un bâtiment quitte un pays où règne épidémiquement la peste, et sur lequel éclatent des cas de peste en mer, se présente une question qui paraît à quelques esprits très-sérieuse, et que je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie. Le navire, au moment du départ, était-il contaminé, ou bien n'est-il devenu foyer de peste que par la présence à bord de personnes qui, ayant pris la maladie à terre, la peste étant chez elles à l'état d'incubation au moment de l'embarquement, ont alors, à la suite de son développement, transformé quelques points du navire en foyer d'infection pestilentielle ?

Cette question qui, au premier abord, peut paraître de pure théorie, ne l'est nullement : elle est, au contraire, tout à fait pratique à l'endroit des quarantaines. En effet, si le bâtiment, par suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans le pays où sévit une épidémie pestilentielle, est devenu en quelques-uns de ses points, foyer d'infection ; si en outre, ainsi qu'on l'observe très-souvent (1), aucune des personnes à bord n'a la peste à l'état d'incubation ; il est alors impossible d'assigner aucune époque fixe au premier cas de peste qui y éclatera. L'explosion de ce premier cas dépendra *des faits et gestes* des personnes du navire, et rien n'est plus indéterminé ; ainsi, s'il arrive au bout de cinq jours, par exemple, il aurait pu se présenter tout aussi bien au bout de dix, douze et même trente jours, toutes choses égales d'ailleurs, si la personne qui est frappée s'était mise plus tardivement en contact avec les points contaminés du navire. Que devient alors cette innocuité qu'on invoque ? Lorsqu'il n'y a pas de cas de peste dans les huit jours, à partir du moment du départ, elle est tout à fait illusoire.

D'un autre côté, s'il est établi que tout navire partant d'un pays suspect n'est pas primitivement foyer d'infection, on pourra alors avoir une limite supérieure du temps de l'incubation, quand la maladie éclatera à bord ; et si on compte un grand nombre d'observations, on peut espérer obtenir cette limite avec toutes les variétés que comporte l'organisme.

Je crois qu'il est possible de démontrer que tout bâtiment arrivé à Marseille, et ayant présenté des cas de peste en mer, n'a jamais été primitivement foyer d'infection au moment du départ, qu'il ne l'est devenu que consécutivement, par suite de la présence de pestiférés à bord.

Pour établir cette proposition, je me suis appuyé sur les faits que contiennent les dossiers du lazaret de Marseille. Ces dossiers, comme on sait, sont au nombre de douze ; ils représentent une période de cent vingt-cinq ans. Il paraît d'ailleurs résulter de mémoires recueillis par notre laborieux rapporteur, M. Prus, que le port d'où le navire faisait voile a toujours offert la peste à l'état épidémique.

Supposons l'un de ces bâtiments foyer de peste au départ. D'abord, tous les points du navire ne sont pas contaminés ; car s'il en était ainsi, la peste pourrait se montrer à bord simultanément chez plusieurs personnes à la fois, ainsi qu'on en est témoin dans l'un des quartiers d'une ville en temps d'épidémie. Jamais pareille simultanéité ne s'est présentée dans les faits de Marseille : un cas de peste a éclaté, jamais deux à la fois ; il a été suivi d'un autre au bout d'un temps variable. Je n'entends pas soutenir qu'il serait impossible que deux cas de peste se montrassent en même temps, par exemple, chez des individus qui, en s'embarquant, auraient eu la peste à l'état d'incubation ; mais, dans l'hypothèse où tous les points du navire seraient contaminés, plusieurs cas de peste auraient pu se montrer le même jour, et cela n'a jamais eu lieu. Ainsi, si le bâtiment est foyer de peste au départ, ce n'est que dans quelques points, et alors, comme nous le disions tout à l'heure, il devient tout à fait impossible d'assigner le temps au bout duquel le premier cas de peste éclatera. Ce temps est tout à fait variable ; il dépendra des rapports tout accidentels des personnes à bord avec les points contaminés. Or les faits de Marseille paraissent établir que le premier cas de peste ne s'est jamais montré, après un certain nombre de jours, à partir du moment du départ, et que, passé ce terme, quand il n'y a pas eu d'attaque, la peste n'est plus à craindre à bord. Cette fixité, dans la limite du chiffre dont nous parlons, nous conduit donc à penser que tout bâtiment quittant un lieu où règne la peste n'est pas primitivement foyer de peste, mais qu'il peut le devenir par suite de la maladie à bord.

Si nous ne nous sommes pas égaré dans le raisonnement que nous venons de faire, raisonnement d'ailleurs confirmé par des faits, nous sommes conduit, d'un autre côté, à regarder le plus long temps que met le premier cas de peste à éclater à bord, comme le *maximum* du temps de l'incubation : ce *maximum*, je ne dirai pas, avec M. Aubert-Roche, qu'il est démontré rigoureusement être égal à *huit jours*, mais bien qu'il est impossible de prouver qu'il n'est pas de huit jours, en invoquant soit les faits de Marseille, soit ceux d'autres lazarets d'Europe.

D'après cette manière de voir, toute peste qui éclate à bord est apportée par des individus embarqués, chez qui elle était à l'état d'incubation ; le lieu où est reçu le malade peut alors devenir foyer d'infection pestilentielle : de là les cas qui se succèdent sur les bâtiments qui font l'objet des pièces de Marseille.

Mais nous venons de dire que si un point du navire est contaminé, il n'y a plus de terme fixe pour les nouveaux cas de peste qui peuvent faire explosion ; cette conséquence que nous avons établie par le raisonnement est confirmée par le dépouillement des pièces dont nous venons de parler.

Ainsi, le navire *la Sainte Famille*, dont il est ici question, offre un décès de peste le 7 avril ; une seconde attaque a lieu le 17 ; et du 17 avril jusqu'au 7 mai suivant, c'est-à-dire pendant vingt jours, le navire n'exerce aucune influence funeste sur l'équipage ; mais à partir de cette époque de nouveaux cas de peste éclatent successivement à bord, durant les douze jours qui suivent l'arrivée de *la Sainte Famille* à Pomègue. Des intervalles aussi variables et même de plus longue durée entre les attaques de peste succédant au premier cas qui éclate dans les huit premiers jours de la traversée, se présentent dans la plupart des autres navires dont nous nous occupons : on pourra en faire la remarque au fur et à mesure qu'on les passera en revue.

Néanmoins pour ne pas revenir sur ce point, nous ferons nous-même observer que :

Le capitaine Brun a 2 morts sur 4 malades, dans les dix premiers jours qui suivent son départ, le 23 avril de Tripoli ; du 9 au 12 mai ont lieu trois autres attaques de peste suivies de mort, et c'est le 24 mai, c'est-à-dire *douze jours* après la dernière, que se présente un nouveau cas.

Le capitaine Millich a 3 décès à bord depuis le 18 mars jusqu'au 9 avril ; du 9 avril au 23 mai, *pendant quarante-quatre jours*, il n'y a pas de nouveaux cas de peste ; mais les 24 et 25 mai offrent 2 décès ; une nouvelle attaque a lieu le 11 juin, *seize jours* après la dernière, et les jours suivants se montrent à de cours intervalles d'autres cas.

Le capitaine Bernardy présente une première attaque dans les quatre premiers jours de la traversée, le second cas de peste se fait attendre *quatorze jours*, et d'autres se succèdent à des intervalles de deux ou trois jours.

Le capitaine Rodriguez offre la première attaque le 2 juillet, six jours après avoir quitté Alger ; la seconde le 7 juillet, une autre le 18 juillet, *onze jours* après la dernière, et enfin une nouvelle le 11 août, *vingt-quatre jours* après.

Chez le capitaine Anderson, la première attaque a lieu cinq jours après le départ, d'autres lui succèdent à de courts intervalles, et la dernière est séparée de la précédente de *onze jours*.

Chez le capitaine Audibert, le premier cas de peste se présente le 5 juin, six jours après le départ du navire ; d'autres ont lieu les 16, 19, 21, 23 juin ; enfin la dernière le 8 juillet, c'est-à-dire *seize jours* après la précédente.

A bord du *Léonidas*, la première attaque se montre le 8 juillet, la seconde le 9 et la troisième le 20 du même mois, c'est-à-dire *onze jours* après.

L'absence d'événements ultérieurs sur les navires des capitaines Caudier, Pons et Calder, malgré les personnes du bord atteintes de la peste, nous conduit à penser que ces bâtiments n'étaient pas foyer d'infection pestilentielle.

Nous ne saurions quitter ce sujet, sans faire observer qu'en invoquant les faits précédents pour démontrer le point de doctrine que nous avons cherché à établir ; nous avons rejeté ces longues périodes d'incubation que quelques personnes se plaisent à admettre, sans recourir aux preuves qui peuvent légitimer leur existence ; nous avons pensé que dans l'appréciation de faits que nous ne pouvons voir de nos propres yeux, mais dont nous avons seulement l'histoire, il fallait suivre la règle commune, et non invoquer les cas exceptionnels lors même qu'ils seraient admissibles. Aussi, nous ne serions pas surpris de voir les personnes qui ne reconnaissent pour ainsi dire aucune limite supérieure au temps de l'incubation, considérer les attaques de peste qui se succèdent sur les navires comme indépendantes les unes des autres, et nous accuser alors d'avoir fait ce qu'on appelle *un cercle vicieux* dans la proposition que nous avons taché de formuler.

Mais re venons aux faits qui se rattachent à la présence du capitaine Billon à Pomègue.

Le sieur Germain, chirurgien quarantainaire, appartenant à l'équipage de la

(1) Dans un espace de cent vingt-cinq ans, le port de Marseille ne compte que douze bâtiments, venant du Levant et des pays barbaresques, sur lesquels la peste ait éclaté.

Sainte Famille, est entré au lazaret depuis le 10 ou 11 mai pour soigner les malades ; il offre, le 30 mai, les symptômes suivants : face très-altérée, faiblesse extrême, fièvre, glandes au pli de l'aine fort douloureuses, etc. Il meurt à cinq heures du matin le 2 juin.

La maladie du sieur Germain est-elle une peste contractée au lazaret? S'il l'avait apportée du bord, il faudrait admettre une période d'incubation d'au moins vingt jours

Un nommé Laveine, matelot de *la Sainte Famille*, est arrivé le 17 mai au lazaret pour servir le capitaine en second Billon ; il éprouve le 6 juin un malaise général ; il est malade depuis la veille ; il se plaint d'une douleur au côté gauche entre l'aisselle et la mamelle. Le matin du 7 juin, on découvre une tumeur dans le même endroit ; la peau est rouge ; on constate un charbon pestilentiel. Ce malade meurt le même jour, à quatre heures du soir, victime d'une peste aiguë au dire des médecins. S'agit-il encore ici d'une peste contractée au lazaret? S'il en était autrement, il faudrait admettre une période d'incubation d'au moins dix-neuf jours.

Le 1er juin, il est dressé un état des infirmeries dans lequel il est fait mention de malades affectés de fièvres tierces, d'ophthalmies, etc.

1768. Le pinque *l'Élisabeth*, commandé par le capitaine François Brun, a fait voile pour Livourne de Tripoli de Barbarie, le 23 avril 1768, chargé de marchandises et transportant l'ambassadeur de Tripoli et sa suite ; il a mouillé à Livourne le 3 mai, et avait perdu dans cette traversée deux de ses matelots. Du 9 au 12 du même mois succombèrent promptement deux autres matelots et un Maure de la suite de l'ambassadeur. Sur leurs cadavres, on reconnut des symptômes de peste par des glandes à l aine et sous les oreilles. Par suite de ces nouveaux accidents, *l'Élisabeth* et l'ambassadeur durent quitter Livourne le 24 mai sur l'ordre de la régence de Florence, et se diriger sur Marseille accompagnée de deux gardes de santé de Livourne. Le jour du départ de ce port, le fils de l'ambassadeur étant mort a été jeté à la mer ; et le 27 mai, la veille de son arrivée à Pomègue, le capitaine Brun avait perdu un marinier français.

Malgré les couleurs sombres de la déposition du commandant de *l'Élisabeth*, malgré la panique qui s'était emparée des esprits au lazaret de Livourne, et tous les antécédents qui tendaient à démontrer que le navire du capitaine Brun était un foyer de peste, l'enquête faite par MM. Montagnier et Fondoume, médecin et chirurgien du lazaret sur tout le personnel de *l'Élisabeth*, ne constata aucun cas de peste, mais des fièvres intermittentes, et quelques malades ayant eu des glandes engorgées. Aussi, le 31 mai suivant, le capitaine Brun se disposa-t-il à sortir de Pomègue. Certes, dans cette circonstance, on ne reprochera pas aux médecins des infirmeries de Marseille d'avoir sacrifié à la peur.

Mais poursuivons.

1784. La polaire *l'Assomption*, capitaine Mathieu Millich, a mis à la voile le 18 mars 1784, d'Alexandrie, où régnait la peste, et est arrivée à Marseille le 30 avril suivant : elle est chargée de marchandises et de 152 passagers maures, venant de la Mecque et se rendant au Maroc.

Le capitaine a perdu, dans la traversée d'Alexandrie à Marseille, trois hommes de son équipage ; il ne croit pas qu'ils soient morts de la peste.

Ce bâtiment, ayant conservé à bord, passagers, équipage et marchandises, quitte Marseille le 24 mai, après une quarantaine de vingt-cinq jours à Pomègue ; pendant ce laps de temps, des gardes de santé furent placés à bord de *l'Assomption*, pour surveiller et l'équipage et les passagers.

L'un d'eux, Henri Courbon, entre malade au lazaret le 23 mai, et meurt dans la journée du 25. La peau est d'une couleur jaune, et présente des plaques d'un rouge pourpre. Tels sont les seuls signes extérieurs qu'offre le cadavre de Courbon : l'autopsie montre les intestins météorisés, livides en beaucoup de points, une portion du colon gangrenée.

En temps d'épidémie pestilentielle, sans aucun doute, Courbon aurait été victime de la peste.

Charles Olive, autre garde de santé, de service sur le même navire, se plaint, dans la soirée du 27 mai, d'une douleur à l'aine droite ; le lendemain il est d'une faiblesse extrême, fièvre forte, intelligence obtuse, perte de connaissance, glandes inguinales droites engorgées ; le 29 mai, exanthème à la partie antérieure de la poitrine et du bras gauche, hoquet fréquent. L'autopsie est faite le 30 mai.

Pour nous, Charles Olive est mort de la peste, contractée à bord du navire sur lequel il était de service.

Les événements qui suivirent le départ du navire le 24 mai, se rendant au Maroc avec 16 hommes d'équipage et 152 passagers barbaresques, viennent nous confirmer dans cette opinion.

En effet, de retour à Pomègue le 22 juillet suivant, le capitaine déclara que, dans la traversée de Marseille à Tanger, les passagers jetèrent à la mer, à son insu, trois cadavres ; le 12 juin il lui était mort un de ses matelots, après quatre jours de maladie ; le 20 juin, Mathieu Millich, cousin du capitaine, succomba avec deux bubons, après avoir été malade trois jours ; le 21 juin meurt son neveu, Paul Millich, alité le même jour ; les 22, 23 et 24 juin succombent successivement les matelots Boyick, Luc Calize et le mousse Mathieu Panata, après quelques jours de maladie.

Enfin, forcé de quitter Tanger, le 24 juin il fait voile pour Marseille, où il mouille le 22 juillet ; le 30 juin, Antoine Ferre, matelot, était mort avec deux bubons ; et le 12 juillet, Thomas Millinowick avait succombé ayant deux tumeurs au col.

Je l'avoue, ces faits rapportés par le capitaine Millich auraient peu d'importance, s'ils n'étaient pas liés naturellement aux malades Courbon et Olive reçus au lazaret après le départ de *l'Assomption*.

Mais reprenons l'exposé des faits observés encore au lazaret après la mort des deux gardes de santé dont nous venons de parler.

Sylvestre Aymès, autre garde de santé employé sur le navire du capitaine Millich, avait joui d'une bonne santé jusqu'au 9 juin ; il éprouve le soir de ce jour un violent mal de tête, de la fièvre, et une prostration extrême, trouble dans les idées ; il meurt le 10 juin, à trois heures après midi, en proie à un délire qui ne l'a pas quitté. Le chirurgien quarantainaire, le sieur Joachim Blanc, déclare avoir constaté une glande engorgée dans le creux de l'aisselle du côté gauche.

Un nouveau garde de santé, le nommé Isnard, qui avait été aussi de service à bord de la polaire, se plaint le 13 juin de manque d'appétit, de mal de tête, de frissons, et d'une glande engorgée à l'aine droite ; le délire le quitte peu les jours suivants, et il meurt le 18 juin.

L'Assomption a fait voile de Pomègue le 24 mai, Aymès est tombé malade le 9 juin suivant, et Isnard le 13 ; s'ils n'avaient pas contracté la peste au lazaret, transformé en un lieu d'infection pestilentielle par la présence des gardes de santé Courbon et Olive, il faudrait admettre une période d'incubation de seize jours au moins chez Aymès, et de vingt jours pour Isnard.

Nous arrivons enfin au dernier malade, qui se rattache au séjour de *l'Assomption* à Marseille ; nous voulons parler du sieur Blanc, chirurgien quarantainaire, qui avait donné ses soins à tous les malades dont il vient d'être parlé, et cela depuis le 23 mai ; il tombe malade le 14 juin ; il accuse une grande prostration de forces, manque d'appétit, et une glande engorgée à l'aine droite ; le lendemain 15 juin, il a des sueurs abondantes, le bubon est très-enflammé ; le 16 juin, une tumeur charbonneuse s'est montrée à la partie postérieure et inférieure de la cuisse ; bubon et charbon suppurent pendant un certain temps après avoir été préalablement incisés ; l'escarre de la tumeur charbonneuse se détache *insensiblement*, et tombe le 28 juin. Le 23 juillet, le bubon et l'ulcère de la cuisse sont entièrement cicatrisés.

Sans doute, si la maladie du sieur Blanc était considérée isolément, indépendamment des circonstances qui l'ont précédée et accompagnée ; on pourrait se demander s'il n'aurait pas eu une syphilis qu'il aurait dissimulée sous le voile de la peste ; d'ailleurs l'existence d'une tumeur charbonneuse ne démontre pas nécessairement la présence de cette maladie ; mais, dans les circonstances où nous sommes placés, il est impossible de ne pas admettre chez le chirurgien quarantainaire les signes de la peste, maladie qu'il avait contractée au lazaret, en donnant des soins aux malades précédents, qui eux-mêmes étaient pestiférés, à moins cependant, à l'exemple de M. Dubois (d'Amiens), de considérer comme atteints de la syphilis, conjointement avec le sieur Blanc, les gardes de santé Charles Olive, Isnard, voire même Sylvestre Aymès, qui aurait présenté un bubon vénérien axillaire, ce qui n'est pas chose commune.

Les médecins et chirurgiens des infirmeries de Marseille n'ont pas, à la vérité, dit un mot de l'absence des autres symptômes de la syphilis chez le sieur Blanc ; mais s'ils n'ont pas fait mention, dans leur investigation, de cette circonstance, c'est qu'elle était inutile dans l'appréciation du diagnostic. D'ailleurs nous avons déjà vu, et nous verrons encore bientôt les médecins et chirurgiens du lazaret avoir affaire à d'autres maladies que la peste, et s'empresser de tranquilliser l'intendance de Marseille, ordinairement si timorée.

Remarquons en outre que tous les rapports des médecins du lazaret ont été rédigés quotidiennement et envoyés à l'intendance immédiatement après chaque visite, et nullement sous l'influence de la crainte de la peste, qui aurait pu exister à bord du bâtiment du capitaine Millich ; car, quoique la déclaration du capitaine, faite à son arrivée à Pomègue, le 30 avril, pût paraître suspecte, pendant les vingt-cinq jours de quarantaine que subit le navire à Pomègue, il n'y eut aucun accident qui pût faire soupçonner que ce bâtiment était un foyer d'infection pestilentielle. Tous les certificats des médecins, nous le répétons, furent faits avant le retour du capitaine Millich, c'est-à-dire avant le 22 juillet, et par conséquent il est impossible, comme le voudrait M. Dubois, de leur refuser toute confiance.

1785. *La Marianne*, capitaine Caudier, a fait voile de Porto-Farina le 15 janvier 1785, et a mouillé à Pomègue le 22 du même mois.

Dans la traversée, le capitaine a perdu François Brunet, matelot, après une maladie qui a duré vingt-quatre heures, et son écrivain, Antoine Caudier, au moment de son arrivée à Marseille. Le matelot Anselme Vernier est malade depuis le 14 janvier ; il présente un bubon inguinal et est reçu au lazaret le 23 janvier ; il est guéri le 21 avril suivant. Le même jour entre au lazaret François Niel, novice, présentant une tumeur sur le genou gauche.

Nous n'avons aucune conséquence à tirer des pièces du dossier du capitaine Cautel, relativement à l'infection ; car ni gardes de santé à bord de *la Marianne*, ni les personnes chargées de donner des soins aux malades, n'offrirent aucun accident.

Mais nous remarquerons, en passant, que François Niel présentait une tumeur phlegmoneuse sur le genou gauche ; les médecins du lazaret, malgré les soupçons qui planaient sur *la Marianne*, ne regardèrent à aucune époque ce matelot comme affecté de la maladie contagieuse, pour me servir de leur expression ; ils reconnurent que le genou droit offrait une cicatrice provenant de tumeurs du même genre, et par conséquent que sa maladie ne pouvait être confondue avec la peste.

1786. Le capitaine Bernardy, commandant le navire *la Providence*, a mis sous voile de la rade de Bone, où sévissait la peste, le 14 mai 1786, et est arrivé à Marseille le 2 juin.

Le capitaine déclare avoir perdu Louis-Auguste Michel, maître d'équipage, après cinq jours de maladie. Son nouveau maître d'équipage, Blaise, François Dales, novice, Joseph Manège, matelot, sont reçus successivement au lazaret, depuis le 2 jusqu'au 7 juin ; tous trois meurent du 4 au 19 du même mois, avec les signes de la peste, symptômes généraux et bubons inguinaux et axillaires.

Quoiqu'il existât à bord un foyer d'infection pestilentielle, aucun des gardes de santé n'en fut victime.

Cependant le chirurgien quarantainaire, le sieur Paul, étranger à l'équipage de *la Providence*, entré le 2 juin au lazaret, dans l'enclos Saint-Roch, pour y soigner les pestiférés dont il vient d'être question, accuse, le 20 juin, c'est-à-dire après dix-huit jours de rapports avec les malades, une glande engorgée au pli de l'aine droite, manque d'appétit depuis la veille; sa tête n'est pas saine; il ne se souvient pas s'être levé le matin et s'être couché à plusieurs reprises; il conserve néanmoins quelques forces : le bubon est ouvert le surlendemain 22 juin, et est entièrement cicatrisé le 23 juillet.

L'examen des vingt-cinq rapports des médecins du lazaret, relatifs à ce malade, certificats établis après chaque visite quotidienne d'abord, et ensuite faite de deux jours l'un, cet examen démontre, contrairement à l'opinion de M. Dubois (d'Amiens), que le sieur Paul a non-seulement été *observé*, mais qu'il a reçu les soins que pouvait réclamer son état. Notre honorable collègue semble trouver extraordinaire que les médecins du lazaret fassent leurs visites avec des lunettes d'approche; mais le moyen de procéder autrement, quand le médecin est à une distance de 12 mètres du malade? y verrait-il mieux sans le secours de tels instruments? Le même reproche pourrait être fait par M. Dubois aux personnes qui, ayant un foyer visuel trop rapproché du globe de l'œil, combattent cet inconvénient par l'usage de lunettes ou de lorgnons, selon leur besoin.

Sans nul doute, les médecins du lazaret, en refusant de se soumettre à cette ridicule mesure, auraient pu s'acquitter beaucoup mieux de leurs devoirs; mais nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de faire remarquer que la détermination d'un bubon, de traits décomposés, d'une démarche titubante, ne rentre pas dans l'étude des observations microscopiques.

Mais les faits cités dans le rapport de la commission démontrant en effet, comme je le pense moi-même, que la peste n'est nullement transmissible par le contact des malades à l'air libre, les médecins n'auront plus désormais à obéir à une coutume que repoussent et la raison et l'humanité.

Nous ne saurions terminer ce qui est relatif aux faits du capitaine Bernardy sans rapporter ici que le 26 juin, sept jours après la mort de Joseph Manège, le nommé Malet, de l'équipage de *la Providence*, qui avait soigné, conjointement avec le sieur Paul, les matelots morts de la peste au lazaret, fut atteint lui-même d'un bubon à l'aine gauche, et qui, plus heureux que ses camarades, fut guéri le 3 septembre suivant.

Si, comme nous croyons l'avoir démontré pour le chirurgien quarantainaire, Malet n'avait pas contracté la peste au lazaret, mais bien à bord, il faudrait admettre chez lui une période d'incubation d'au moins vingt-quatre jours.

1786. Le capitaine Pons, commandant le chebek *le Malouet*, a mouillé à Pomègue le 12 juin 1786, venant de Bone où régnait la peste. Il déclare à l'intendance de Marseille qu'il a perdu son maître d'équipage, Jean Marquis, au moment de faire voile pour Pomègue, et cela après trois jours de maladie. *Le Malouet*, d'après les circonstances que nous venons de rappeler, pouvait donc être soupçonné d'apporter la peste; cependant, le 13 juin, entre au lazaret le nommé Donat, de l'équipage du capitaine Pons. Les médecins reconnaissent qu'il a un engorgement des *glandes inguinales droites*, mais en même temps un chancre au gland, des ulcérations à la partie externe du prépuce, un phimosis accidentel, et tout le dos couvert de pustules. Je ne fais que citer les termes mêmes du rapport des médecins du lazaret, adressé le même jour 13 juin à l'intendance. Il est dit dans ce rapport que le nommé Donat n'a point la peste, mais une syphilis constitutionnelle.

M. Dubois (d'Amiens) aurait-il voulu que les mêmes médecins qui avaient examiné deux ans auparavant le sieur Blanc, chirurgien quarantainaire, et qu'il semble regarder comme syphilitique, eussent dit qu'il n'avait de chancre ni au gland ni au prépuce? Sans doute ces détails n'auraient pas nui à la certitude du diagnostic; mais si les médecins n'en ont pas parlé, je le répète, c'est qu'il n'y avait pas lieu, puisque nous venons de voir qu'ils ont tenu compte de ces symptômes quand ils se sont offerts à leur examen.

Je passe sous silence l'arrivée au lazaret, le 20 juin, de Martin, écrivain du *Malouet*, qui, quelques jours auparavant, avait reconnu à la partie externe de la cuisse droite un anthrax, lequel a été suivi de l'apparition au pli de l'aine du même côté d'un bubon, et qui a suppuré les jours suivants.

1796. Le capitaine Rodriguez, commandant *l'Eulalie*, quitte Alger le 26 juin 1796, mouille successivement à Alicante, à Carthagène, à Mahon, où il arrive le 17 juillet. Dans ce voyage de 21 jours, *l'Eulalie* perdit deux hommes. Le 2 juillet, un matelot tomba malade et mourut deux jours après; un nègre, qui avait soigné ce malade, succomba le surlendemain. Un jour après l'arrivée de *l'Eulalie* à Mahon, un malade s'alita deux jours et mourut.

Le capitaine Rodriguez, à la suite de ces événements, menacé de voir brûler son navire et tout ce qu'il contenait, fait voile pour Marseille, où il arrive le 30 juillet.

Le 11 août, est reçu au lazaret le mousse Casouilla, de *l'Eulalie*; il présente tous les symptômes généraux et locaux de la peste. On constate sa guérison le 8 septembre suivant.

Nous continuons.

1796. *La Fortune*, capitaine Calder, Américain, partie d'Alger le 13 juillet 1796, a mouillé à Marseille le 20 du même mois; elle avait à bord 137 passagers, dont 89 Anglo-Américains et 48 Napolitains, tous tirés d'esclavage. La peste était à Alger : il y mourait 30 à 40 personnes par jour.

« Le capitaine Calder dépose que le second jour de son départ d'Alger, il lui » est mort un Napolitain qui ne s'était plaint d'aucune maladie au départ. Il a, » dit-il, succombé à une fièvre ardente. Son cadavre offrait des taches livides et » noires; que le même jour 15 juillet, Samuel Begly, Anglo-Américain qui s'était » embarqué en bonne santé, se plaignit d'un grand mal de tête, et qu'il mourut » le lendemain; qu'ayant été visité après sa mort, le corps avait été trouvé » tout enflé, et qu'on avait reconnu un bouton enflammé sur la jointure du » bras, etc., etc. »

Le capitaine Calder a donc perdu, dans la traversée d'Alger à Marseille, deux individus d'une mort douteuse; il est arrivé à Pomègue redoutant de nouveaux cas de peste.

Quoi qu'il en soit, l'intendance sanitaire de Marseille, en proie à la frayeur qu'avaient fait naître dans les esprits les événements de 1784 ainsi qu'il est rappelé par les lettres du sieur Martin, capitaine du lazaret, prit, après avoir reçu les 135 passagers au lazaret, les plus grandes précautions dans les trois enclos, Saint-Roch, du Cassadou et du Puits. Néanmoins les soixante-trois rapports des médecins du lazaret ne constatent que quelques malades : l'un d'une fièvre typhoïde avec des parotides, un autre d'une gale vénérienne, un troisième d'une vérole constitutionnelle, d'autres enfin de fièvres intermittentes.

1819. Le brick *la Continuation*, capitaine Anderson, parti de Tunis le 20 avril 1819, où régnait la peste, a mouillé à Pomègue le 1er mai suivant.

Le capitaine dit qu'il lui est mort de la peste, le 28 avril, après trois jours de maladie, le matelot Hinchmann, et de la dentition, un jeune enfant d'un de ses passagers, Salvator Trivoli; que la mère de cet enfant a succombé le lendemain 30 avril à la suite d'une suffocation de lait. Le capitaine Anderson ajoute dans sa déposition que, « le 26 avril, le nommé Delarose, matelot, est tombé malade de » la peste, qu'il a un bubon à l'aine gauche, que ce bubon s'est ouvert, que le » malade a eu le délire les premiers jours, mais qu'il se trouve beaucoup mieux » aujourd'hui 1er mai. »

Le 2 mai, entre au lazaret le malade Delarose; il est examiné, et le rapport des médecins du même jour confirme la déclaration du capitaine Anderson. Ce malade guérit le 20 juin.

Le 2 mai est en outre reçu au lazaret un autre enfant de Tivoli, Sabatino Tivoli, qui a couché avec sa mère jusqu'à sa mort; il succombe le 8 mai avec des pétéchies sur la peau de l'abdomen.

La maladie de Delarose, les antécédents qu'a offerts *la Continuation* pendant la traversée de Tunis à Marseille, la peste qui exerçait de grands ravages dans cette ville lors du départ du bâtiment, tout concourt à démontrer que *la Continuation* était un foyer de peste. Si on conservait quelque doute, il serait levé par l'arrivée au lazaret, le 14 mai, du garde de santé Fabre, de service à bord du navire *la Continuation*. La veille, à quatre heures après midi, il s'était senti très indisposé, il fut pris de frissons; dans la matinée du 14 mai, il eut une hémorrhagie nasale, qui s'est reproduite le soir du même jour. Le 15, il se plaint d'une douleur au côté gauche de la poitrine et sous le creux de l'aisselle correspondante; grande prostration. Le soir du même jour, il a une glande engorgée dans le creux de l'aisselle gauche, et le lendemain 16 on reconnaît dans le creux de la même aisselle un bubon de la grosseur d'une *amande verte*, ce sont les termes mêmes du rapport des médecins, rédigé le même jour et envoyé immédiatement après à l'intendance. Le 17 mai, vers huit heures du matin, le bubon de l'aisselle a la grosseur d'un *œuf de pigeon*, Fabre a du délire; il meurt à dix heures et demie du matin. L'examen du cadavre de Fabre, une heure après la mort, fait découvrir, outre le bubon axillaire relaté dans les rapports précédents, des bubons à chaque aine, des pétéchies sur toutes les parties du corps, une tumeur charbonneuse à la poitrine près de l'aisselle gauche, et la peau d'une teinte jaune verdâtre.

Tel est le cas que M. Dubois (d'Amiens) est encore venu révoquer en doute devant vous. Il vous a dit que « les rapports qui rendent compte de la maladie de Fabre ne signalent guère, sauf les bubons, dont la découverte a été faite lors de l'inspection du cadavre, que des symptômes typhoïdes, etc. » M. Dubois a oublié le bubon axillaire, constaté pendant la vie, les 15, 16 et 17 mai au matin. Il est de mon devoir de faire remarquer qu'il a commis une erreur et que cette erreur est favorable à la thèse qu'il s'est proposé de soutenir devant vous.

1825 et 1837. Nous croyons inutile de rappeler ici les faits relatifs au capitaine Élie Audibert, commandant *l'Heureuse Sabine*, arrivé à Marseille le 30 juin 1825, ni ceux qu'offre le paquebot-poste *le Léonidas*, qui a mouillé à Pomègue le 9 juillet 1837.

La présence à Marseille de ces bâtiments, tous deux foyers de peste, n'a donné lieu à déplorer aucun accident, soit chez les gardes de santé préposés à bord, soit chez les personnes que leur devoir appelait auprès des pestiférés arrivés au lazaret.

Nous pensons pouvoir résumer ainsi qu'il suit les faits établis par les documents de Marseille.

Un bâtiment arrive d'un pays où une affection épidémique exerce des ravages : cette affection a des signes certains, non équivoques, on connaît sa marche, sa terminaison; des hommes du navire tombent malades dans la traversée; ils présentent tous des phénomènes caractéristiques de l'affection épidémique. Ne devra-t-on pas conclure que la même maladie qui régnait au port du départ a été transportée à bord?

Maintenant ce navire arrive au lieu de sa destination, lieu dans lequel, s'il existe quelquefois des épidémies, on ne rencontre pas celle du pays que le bâtiment vient de quitter; ses malades sont reçus dans des infirmeries disposées à cet effet; des individus tout à fait étrangers au navire, les uns vont à bord, d'autres sont chargés de soigner les malades, et au bout d'un temps plus ou moins court de leurs rapports, soit avec le bâtiment, soit avec les infirmeries, un certain nombre d'entre eux deviennent malades, et leur affection donne les mêmes symptômes au début, dans sa marche et sa terminaison que ceux de la maladie épidémique primitive qui a été transportée à bord : douter de la filiation de la nouvelle maladie observée avec celle qui régnait sur le bâtiment est pour nous chose impossible.

Ainsi, suivant nous, et en ce point comme en d'autres, nous avons fait partie

de la majorité de la commission. Un bâtiment qui fait voile d'un pays où règne la peste, recevant des personnes qui viennent de terre, peut devenir foyer d'infection pestilentielle par suite des attaques de peste qui peuvent éclater sur le navire, et les chambres du lazaret dans lesquelles sont reçus et soignés les pestiférés peuvent devenir aussi foyers de peste.

D'après cette manière de voir, et que nous croyons parfaitement fondée, quel moyen emploiera-t-on d'abord pour empêcher qu'il ne se forme des foyers de peste sur tout bâtiment venant de l'Orient? La difficulté ne nous paraît pas bien grande : c'est tout simplement de suivre à l'égard du navire, *au moment du départ*, les procédés qu'on s'empresse de mettre en usage à son arrivée à Marseille, quand il est constaté que la peste est à bord, c'est-à-dire la ventilation et les fumigations. Les bâtiments dont nous venons de vous entretenir étaient foyers de peste; comment ont-ils cessé de l'être? Par la ventilation. On empêcherait alors à plus forte raison qu'ils pussent le devenir par le même moyen, s'il était toutefois pratiqué convenablement, au moment où le navire quitte un port suspect. Et j'entends par pratiquer d'une manière convenable la ventilation sur un navire, non pas faire usage de ces ventilateurs qui, mobiles, sont abandonnés dans un coin du bâtiment, s'y détériorent, et ne peuvent plus fonctionner au moment opportun, ainsi que cela arrive toujours; mais aérer les navires à l'aide d'un appareil qui fait, en quelque sorte, partie intégrante du bâtiment, analogue, par exemple, à celui qu'on a présenté à l'Académie des sciences en décembre dernier, et qui offre, en outre, l'avantage de ventiler et de fumiger, au besoin, tous les points du navire.

Ainsi, je ferai à ce sujet la proposition suivante :

« Dès qu'un bâtiment, quittant un port des échelles du Levant, aura pris le » large, toutes les parties de l'intérieur du navire devront être ventilées d'une » manière convenable, et, si faire se peut, fumigées, plusieurs fois par jour, pen» dant toute la traversée. »

Je ne m'informe pas si le lieu du départ est le théâtre d'une épidémie pestilentielle, ou bien si la maladie y est à l'état sporadique. A la vérité, d'après le mémoire de M. Berbrugger, tous les bâtiments sur lesquels on a constaté la peste à Marseille venaient de pays où la peste sévissait épidémiquement; mais, dans ce cas, les dossiers du lazaret nous démontrent que, le nombre des personnes à bord étant même très-considérable, il n'y avait que quelques cas de peste qui éclataient dans la traversée, quoique la maladie fût répandue sur un grand nombre de points dans le port du départ, et qu'alors les contacts des personnes embarquées et des lieux infectés eussent pu être fréquents. Dans le cas de peste sporadique, il y aura seulement moins de chances d'avoir un homme atteint de la peste; mais si un individu qui s'embarque s'est trouvé en rapport immédiat avec des pestiférés, lors même que la peste n'a lieu que sporadiquement, je crois que les craintes sont tout à fait les mêmes que si la maladie était épidémique.

Je proposerai, en outre, que « toute maladie survenant à bord, qui pourrait paraître suspecte, ou avoir quelque analogie avec la peste, ne fût pas traitée dans une des chambres de l'intérieur du navire, mais qu'on s'empressât d'établir sur le pont une baraque convenablement ventilée, dans laquelle le malade recevrait les soins que réclamerait son état. Je crois cette disposition tout à fait importante, toujours en invoquant les faits du lazaret de Marseille. S'il était impossible de construire sur le pont une chambre de malades, on s'imposerait la nécessité de ventiler incessamment (en ayant égard toutefois aux exigences qu'impose l'état du malade) la chambre du navire où il serait reçu. »

A l'aide de ces moyens, il serait peut-être permis d'espérer que tout bâtiment ayant eu dans la traversée des malades atteints de la peste ne fût plus transformé en foyer d'infection.

Mais si la traversée a été de courte durée, le navire peut avoir, au moment de l'arrivée, des pestiférés à bord; ces malades sont reçus et soignés au lazaret; de nouvelles mesures doivent être prises pour s'opposer à ce que les chambres où ils sont traités ne présentent aussi à leur tour une atmosphère pestilentielle.

Nous pensons qu'on pourrait atteindre ce but en faisant en sorte que le malade ne séjournât que quelques heures dans la chambre où il serait soigné.

Nous serons donc conduit à vous soumettre la proposition suivante :

« 1° Dans les divers clos du lazaret, plusieurs chambres, trois ou quatre, peu » distantes les unes des autres, et n'appartenant pas au même corps de bâtiment, » d'une grandeur suffisante, pouvant être facilement aérées, contenant chacune » un lit et tout ce qui est nécessaire à un malade, seront affectées à chaque pestiféré, de telle sorte que dans l'espace de 24 heures il puisse être transporté, si » son état le permet, tour à tour de l'une dans l'autre, et ne séjourner dans une » chambre qu'il aura quittée qu'après qu'elle aura été bien fumigée et bien ven» tilée.

» 2° Une salle dans laquelle sera amené le malade, toujours dans le cas où » son état ne s'y opposerait pas, sera destinée aux visites des médecins, qui, après » avoir examiné le pestiféré, feront les prescriptions nécessaires. Dans le cas con» traire, les médecins se rendront auprès du malade, dont la chambre aura été » préalablement ventilée. »

Comme il n'y a jamais eu au lazaret plus de quatre ou cinq pestiférés à la fois, on comprendra que ces dispositions sont d'une exécution facile. Nous ferons remarquer en outre que le malade arrivant dans une chambre nouvellement aérée ne pourra que se trouver très-bien, toutes choses égales d'ailleurs, de cette nouvelle atmosphère.

Ces dispositions donneront toute sécurité, soit aux personnes qui pourront se trouver ultérieurement en rapport avec les médecins, soit aux gardes de santé les plus timorés.

Des observations faites sur une si grande échelle dans le Levant, à l'endroit des hardes qui ont servi aux pestiférés, nous démontrent qu'elles sont de toute innocuité. Quant aux marchandises, il est inutile de s'y arrêter un seul instant.

Je craindrais, en prolongeant cette lecture plus longtemps, d'abuser de vos moments; la liste des membres inscrits est loin d'être épuisée : aussi j'aurai l'honneur de prier l'Académie de me donner la parole, s'il y a lieu, au moment de la discussion des conclusions.

Il est quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

Les journaux judiciaires du mois de mai contiennent la relation des affaires suivantes :

1° *Assassinat commis à l'aide d'une arme à feu et d'un corps contondant.* (Un cadavre fut découvert dans un champ de seigle; à côté du corps on trouva un bâton ensanglanté, auquel adhéraient des cheveux semblables à ceux de la victime. La mort paraissait devoir remonter à plusieurs jours. L'autopsie fit découvrir des désordres considérables à la tête : les os du crâne brisés, les téguments déchirés, le cartilage de l'oreille noirci et comme carbonisé, la dure-mère enlevée. Toute la surface du cerveau était injectée; le cervelet, sain à gauche, était, du côté droit, converti en une bouillie noire, où se confondaient les substances corticale et médullaire. Les conclusions des médecins furent que la blessure de l'oreille était le produit d'une arme à feu de petit calibre; les fractures du crâne étaient dues à un corps contondant de gros volume. L'assassinat remontait à trois ou quatre jours. Ces conclusions furent entièrement confirmées par les dépositions, qui établirent que l'accusé s'était servi, pour consommer son crime, d'un pistolet et du bâton ensanglanté trouvé auprès de la victime. — Cour d'assises de la Somme, aud. des 26, 27, 28 et 29 avril.) 2° *Infanticide.* (Constatation de la viabilité de l'enfant mort par submersion. Rien de particulier. — Cour royale d'Alger, aud. du 24 avril.) 3° *Coups et blessures volontaires sur une enfant par sa mère.* (Rapport du médecin qui constate que l'enfant est tombée, par suite des mauvais traitements que lui faisait subir sa mère, dans un état de marasme qui n'aurait pas tardé à la conduire au tombeau, si l'on ne l'eût enlevée du domicile maternel. — Tribunal correct. de Paris, 6e chambre, aud. du 12 mai.) 4° *Coups et blessures, meurtre; allégation de la possibilité d'un suicide; insuffisance de preuves; acquittement.* 5° *Viol et assassinat sur une enfant de 11 ans.* (Rien de particulier. Constatation, par le médecin commis, des traces du double crime sur le cadavre. — Cour d'assises du Calvados, aud. des 18, 19 et 20 mai.) 6° *Meurtre; coups suivis d'immersion.* 7° *Tentative d'empoisonnement par le sulfate de cuivre ayant manqué son effet par des circonstances indépendantes de la volonté de l'accusé; verdict de culpabilité.* 8° *Empoisonnement par l'arsenic; expertise chimico-légale.*

I. MÉDECINE LÉGALE.

COUPS ET BLESSURES; MEURTRE. — ALLÉGATION DE LA POSSIBILITÉ D'UN SUICIDE; INSUFFISANCE DE PREUVES; ACQUITTEMENT.

La femme Suzanne D. comparaissait devant la cour d'assises du Finistère, accusée d'homicide volontaire sur la personne de son mari. A la suite d'une vive altercation entre les époux D., enfermés sans témoins dans leur chambre, on entendit le bruit d'un corps tombant sur le plancher. La véritable cause de la mort fut d'abord dissimulée : le père de l'accusée, sur sa sollicitation, alla déclarer aux bureaux de l'état civil que son gendre venait de succomber à une attaque d'apoplexie, et demanda l'autorisation de le faire inhumer; mais les autres membres de la famille, ayant pénétré dans la demeure du défunt, reconnurent en le découvrant une large plaie à la poitrine, et trouvèrent sur la table de la cheminée un couteau encore teint du sang de la victime. La cause de la mort étant connue, la veuve D. chercha à l'expliquer par un suicide. Un suicide était-il possible et présumable dans les circonstances actuelles? Telle était la question qu'eurent à examiner les médecins appelés à faire un rapport sur ces faits. D. n'était pas tombé dans l'endroit où il a été frappé; quand on le releva, le couteau n'était pas dans la plaie. Pour que le suicide fût admis, il fallait supposer que D. s'était enfoncé dans la région du cœur et profondément un couteau, qu'il aurait retiré ensuite lui-même de la blessure pour le déposer sur la cheminée, et puis qu'il avait fait quelques pas pour aller tomber auprès de la porte. Les médecins déclarèrent qu'un suicide, dans de pareilles circonstances, n'était pas absolument impossible; mais ils ajoutaient que cela serait exceptionnel, et que le meurtre, au contraire, s'expliquait ici de soi-même, sans qu'on fût obligé de recourir à de pareilles exceptions. Cette dernière opinion devait, d'ailleurs, paraître d'autant plus probable que rien, dans les antécédents de D., dans son caractère, ses habitudes et dans l'état de ses facultés intellectuelles, ne rendait l'idée de suicide présumable; tout, au contraire, dans les antécédents de l'accusée, tendait à faire considérer le crime comme plus probable. Cependant, vu les réserves que les médecins avaient dû apporter dans les termes de leur rapport et l'absence de preuves

directes du crime, le jury rendit un verdict négatif sur toutes les questions, et l'accusée fut acquittée. (Cour d'assises du Finistère (Quimper), aud. du 4 mai.)

MEURTRE; COUPS SUIVIS D'IMMERSION.

Le cadavre d'une jeune fille fut trouvé dans un ruisseau, couché sur le côté droit, dans un cours d'eau peu profond, la tête entièrement couverte par l'eau et enfoncée dans la vase; un peu de terre, des branches et quelques mottes enlevées auprès avaient été jetées sur le corps pour le cacher. Les deux mains, fermées et fortement crispées, serraient de l'herbe et du limon; le pavillon de l'oreille gauche était divisé, l'oreille presque détachée de la tête; des blessures graves existaient au crâne; les cheveux étaient imprégnés de sang coagulé; la joue gauche noire et meurtrie. Quelques pierres assez grosses se trouvaient auprès de la tête. La terre foulée, des branches de joncs détachées à moitié de la tige et courbées sur le talus du fossé, dans la direction du cadavre, annonçaient qu'il y avait eu lutte. Tout démontrait l'existence d'un crime.

L'autopsie démontra que les blessures, malgré leur gravité, n'avaient pas seules occasionné la mort, et n'avaient pas produit d'épanchement au cerveau, que la mort avait dû, après des convulsions violentes, des efforts désespérés, être le résultat d'une asphyxie par submersion.

Les présomptions des experts furent pleinement confirmées par les aveux de l'auteur du crime, jeune fille de 17 ans, qui, après plusieurs versions, finit par convenir qu'à la suite d'une longue lutte pendant laquelle avaient été donnés les coups dont on retrouva les traces, elle avait tenu la tête de la victime plongée sous l'eau dans la vase. (Cour d'assises du Finistère, aud. du 28 avril.)

II. TOXICOLOGIE.

TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE, AYANT MANQUÉ SON EFFET PAR DES CIRCONSTANCES INDÉPENDANTES DE LA VOLONTÉ DE L'ACCUSÉ. — VERDICT DE CULPABILITÉ.

Le crime d'empoisonnement existe toutes les fois que les substances administrées à une personne pour attenter à sa vie sont capables de causer la mort, quelles qu'aient pu être d'ailleurs les suites de cette action. (Art. 301 du C. p.)

Le sulfate de cuivre étant réputé vénéneux, quoiqu'il soit difficile de déterminer quelle est la dose qui peut donner la mort, à cause de l'action première et spéciale de ce sel, qui est de déterminer d'abord des vomissements et une superpurgation abondante, si la dose est surtout un peu élevée, le fait d'avoir, dans une intention criminelle, fait prendre à une personne un mélange dont ce sel faisait partie, bien que la mort n'en ait point été le résultat, doit-il être considéré et puni comme crime d'homicide, s'il est prouvé qu'il n'a pas dépendu de la volonté de l'accusé que la mort n'ait pas eu lieu? Telle était la question qui se trouvait soulevée devant la cour d'assises du Var, dans son audience du 25 avril, dans une affaire d'accusation de tentative d'empoisonnement par une jeune fille sur son père, question à laquelle les experts et le jury ont répondu par l'affirmative, conformément à l'esprit de l'article précité. Voici en deux mots les faits de la cause.

Le nommé Jacques M. demeurait avec sa fille Louise-Claire M., âgée de 15 ans, qui, par son indocilité et ses penchants vicieux, s'attirait fréquemment des reproches de son père. Un jour, Jacques M., rentrant de son travail, ayant demandé qu'on allât lui chercher du vin, fut surpris de voir que sa fille, contre son habitude, eût prévenu son désir et qu'elle eût mis du vin à sa disposition. Sans défiance aucune, il en but un demi-verre; mais il fut pris presque aussitôt des symptômes les plus violents d'un empoisonnement. Quelques autres personnes ayant goûté de ce vin éprouvèrent des accidents également graves. Ce vin fut soumis à des experts chimistes, qui y découvrirent du sulfate de cuivre (vitriol bleu), dans la proportion de 1 gramme 8 décigrammes par chaque verre. Les experts déclarèrent à l'audience que le vin soumis à leur examen contenait du vitriol bleu dissous en quantité plus que suffisante pour déterminer la mort, si le contact de ce liquide avec les organes digestifs était assez prolongé pour que l'absorption en eût lieu.

Ainsi, suivant les experts, le poison administré était de nature propre à donner la mort. A la vérité le vomissement, qui est un de ses effets, pouvait, ainsi que cela est arrivé, sauver la victime; mais tout dépendait de la rapidité de l'expulsion, qui pouvait être plus ou moins prompte, plus ou moins complète. Le crime d'empoisonnement avait donc été accompli.

Le jury rendit en conséquence, contre la jeune accusée, un verdict de culpabilité. (Cour d'assises du Var, aud. du 25 avril.)

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC. — EXPERTISE CHIMICO-LÉGALE.

La cour d'assises de l'Hérault a eu à juger, dans ses audiences des 22, 23, 24, 25 et 26 mai, une grave affaire d'empoisonnement dans laquelle l'expertise médico-chimique a eu une influence décisive. Nous reproduirons avec quelques détails quelques-unes des circonstances principales révélées par l'instruction, circonstances qui ne sont pas sans intérêt pour l'histoire de l'empoisonnement par l'arsenic; car les résultats de l'expertise chimique ne permettent pas de douter que tous les symptômes éprouvés par la victime pendant sa longue maladie n'aient été l'effet d'un empoisonnement par doses minimes et successives.

La dame Mathilde B., veuve M., et Antoine B. comparaissaient sous la double inculpation du crime d'adultère et d'empoisonnement sur la personne de M., mari de l'accusée.

A la suite de plusieurs scènes d'emportement et de violences suscitées par les relations adultères de la dame M. avec B., et à la même époque où ce dernier, par suite de ses désordres, venait de perdre son unique moyen d'existence, le sieur M. tomba malade; c'était en août 1844. Les symptômes de son mal étaient des frissons, des sueurs froides, de vives démangeaisons aux extrémités, enfin une maigreur extrême. Comme aucun soupçon ne s'élevait encore, et que d'ailleurs ces symptômes se présentaient avec des points d'arrêt qui simulaient l'intermittence, on les considéra comme l'effet de quelques accès de fièvre, d'autant que les fièvres intermittentes règnent endémiquement dans le pays habité par les époux M., et que la dame M. elle-même en était affectée. Cette dernière ayant profité de sa convalescence pour faire un voyage auprès de sa famille, la maladie de M., qui s'était d'abord produite sous un aspect assez grave pour qu'il eût appelé un prêtre, avait pris en peu de jours le caractère d'une convalescence. La dame M. revient au domicile conjugal, la maladie de son mari s'aggrave bientôt de nouveau et se prolonge jusqu'à l'époque des vendanges. A ce moment la dame M. quitte encore la ville pour aller surveiller les travaux de la campagne, et en son absence, dans l'espace de quinze jours, le sieur M. se rétablit encore assez bien pour aller lui-même dans ses biens. Les médecins pensaient qu'il n'avait qu'à continuer le régime prescrit pour que son rétablissement fût bientôt complet. Depuis que M. est à la campagne avec sa femme, il voit encore son mal empirer; sa convalescence, au lieu de continuer, s'arrêtait soudain par instants. A peine jouissait-il de deux ou trois jours de bien-être qu'il recommençait à ressentir le malaise et les souffrances d'autrefois et démentait ainsi toutes les prévisions des hommes de l'art. Peu à peu d'ailleurs il éprouva des symptômes nouveaux, des vomissements eurent lieu plusieurs fois, et la dame M. avait soin de jeter elle-même les déjections hors de la maison, par une fenêtre. Un jour il s'en répandit dans la chambre, elle les fit aussitôt couvrir de cendres, et plus tard elle lava le pavé avec de la potasse.

Cependant rien n'indiquait encore, dans l'état du sieur M., une terminaison prochaine. Pendant les premiers jours de décembre, il vaqua encore comme d'habitude à ses affaires; mais le 5 du même mois, après une courte promenade, il se sentit pris de froid, et fut obligé dans l'après-midi de s'aliter. Dès ce moment sa femme ne le quitta plus, et aucune autre personne qu'elle n'approcha de sa chambre. Le lendemain 6 décembre, M. succomba sans que personne eût été témoin de ses derniers moments. Les gens de la maison furent avertis par la dame M. elle-même que son mari venait de s'éteindre, disait-elle, doucement, sans convulsions. Cependant les membres inférieurs étaient contractés, le corps était déjà froid et la roideur cadavérique tellement prononcée, qu'il fut impossible, au moment de l'ensevelir, de le dépouiller entièrement de ses vêtements.

Cette mort survenue inopinément, alors que M. semblait être en convalescence, inspira déjà quelques vagues soupçons d'empoisonnement dans le pays; ces soupçons acquirent plus tard, par un ensemble de circonstances qu'il est inutile de rappeler ici, une telle consistance que les magistrats durent procéder à une enquête. L'autopsie fut ordonnée; elle présenta, dès le premier abord, cette étrange circonstance, que les extrémités du cadavre étaient dans un état complet de décomposition, tandis que les organes et les enveloppes du bas-ventre, que la putréfaction aurait dû plutôt atteindre, se trouvaient au contraire parfaitement conservées. Cet indice, joint à celui de taches jaunâtres et telles qu'aurait pu en occasionner l'action de certains produits de la putréfaction sur une substance arsenicale, permit aux médecins de considérer comme possible l'empoisonnement par une semblable substance. Ces premières présomptions furent changées en certitude par l'analyse chimique. Les opérations des experts leur firent découvrir, en effet, l'arsenic dans les intestins, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans la vessie, dans le cœur, dans les poumons, dans les muscles de l'estomac et de l'abdomen, et dans les liquides que contenaient ces derniers organes.

On a vu par les détails qui précèdent que le malade avait été pris de vomissements à plusieurs reprises et que la dame M. avait eu soin de faire disparaître les déjections, soit en les jetant par la fenêtre, soit en lavant le pavé de la chambre. Les experts durent en conséquence rechercher encore là les traces de l'arsenic. La terre placée auprès de la fenêtre et à quelque distance fut recueillie et soumise à l'analyse; on racla les diverses parties du pavé de la chambre, et ces raclures furent l'objet d'un semblable examen. Or l'arsenic fut retrouvé en quantité marquée dans la terre prise immédiatement contre le mur, au pied de la fenêtre, et on en trouva encore, mais en quantité beaucoup moindre, dans celle qu'on avait recueillie jusqu'à 2 mètres de distance. Quant au résidu des pavés, tout ce qui portait la trace des déjections fournit de l'arsenic, malgré les lavages qui avaient été faits, et il fut au contraire impossible d'en découvrir la moindre apparence dans les raclures provenant de tout ce qui n'avait pas été atteint par les déjections. Le rapport établit en conséquence d'une manière non dubitative que M

était mort empoisonné. Voici en quels termes MM. Carrière et Maudeville, médecins, et Audouard et Bernard, pharmaciens de Béziers, rendirent compte aux débats du résultat de leurs recherches :

1° De l'arsenic en quantité très-notable a été trouvé dans le foie, la rate, les reins et les matières contenues dans le tube digestif ; 2° des terres prises à la portée du jet du bras au-dessous de la fenêtre de la chambre où était décédé M. et où la femme M. jetait les déjections de son mari, ainsi que les raclures du pavé autour du lit mortuaire, ont offert des traces assez considérables d'arsenic, tandis que la terre prise au delà d'une certaine distance de la même fenêtre et les raclures du pavé extraites d'un lieu plus éloigné du lit n'en ont produit aucune trace. L'arsenic fut présenté au jury à l'état de taches et d'anneaux métalliques.

Afin d'éclairer la religion du jury sur la valeur des moyens de défense allégués par les accusés, qui, pendant l'instruction comme aux débats, prétendaient se soustraire aux conséquences de cette expertise en s'abritant derrière les faits à l'aide desquels on avait cherché à invalider le résultat des recherches chimico-légales à l'occasion d'un procès célèbre, les experts ajoutaient : 3° que les terres du cimetière où le corps de M. avait été inhumé, prises au-dessus, au-dessous et à l'entour du cercueil, n'avaient produit aucune trace d'arsenic ou autre poison ; 4° qu'il en avait été de même pour certains remèdes et liqueurs contenus dans des fioles ou autres vases existant dans le domicile des époux M.

Enfin, M. le professeur Bérard (de Montpellier), appelé à contrôler l'expertise, en confirma de tous points l'exactitude, ajoutant que d'après l'enquête solennelle à laquelle s'est livrée une commission de l'Académie des sciences, il est constant qu'il n'existe point d'arsenic normal dans le corps de l'homme, et qu'en présence des résultats obtenus par l'expertise on avait eu raison de conclure que M. était mort empoisonné.

En conséquence de ces déclarations et des charges morales acquises au débat, l'accusée M. a été déclarée coupable. Quant à B., son coaccusé, aucune preuve n'ayant établi sa participation au crime, il a été acquitté.

ABSENCE D'ARSENIC DANS LE FŒTUS PROVENANT D'UNE FEMME MORTE EMPOISONNÉE PAR L'ARSENIC.

Nous avons rapporté, dans notre dernière revue médico-judiciaire, une note du BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, dans laquelle il est dit que « des experts ont constaté que dans l'empoisonnement d'une femme enceinte, l'arsenic pénètre jusqu'au produit de la conception, et qu'un fœtus analysé par eux leur avait donné des traces de ce poison, etc. »

M. Benoist, pharmacien à Amiens, a lu devant la Société de pharmacie de cette ville une note où se trouve relaté un fait en opposition avec celui qui vient d'être rappelé.

Le 21 juin 1841, M. Benoist reçut une commission rogatoire à l'effet d'examiner les organes d'une fille enceinte de six mois, qui s'était donné la mort en avalant une dose assez considérable d'arsenic.

Les résultats de toutes les expériences auxquelles il se livra furent de la dernière évidence ; il retrouva l'arsenic non-seulement par la méthode si précise de Marsh, mais il put même recueillir ce toxique à l'état de petits grains blancs disséminés sur la surface interne de l'estomac ; ces grains, traités convenablement, fournirent de nombreux anneaux métalliques.

Le fœtus, âgé de six mois (33 cent., longs cheveux et ongles formés), fut examiné dans le but de connaître s'il avait été tué par l'absorption du toxique qui avait fait périr la mère.

Il fut donc soumis à l'appareil de Marsh, toutes les expériences ne donnèrent que des résultats négatifs. On continua pendant plus d'une heure la combustion du gaz sortant de l'appareil de Marsh, sans obtenir l'apparence même d'une tache, de quelque nature qu'elle fût.

III. HYGIÈNE PUBLIQUE.

MOYEN DE NEUTRALISER LES EXHALAISONS D'ACIDE SULFURIQUE.

Voici une méthode de neutralisation des exhalaisons d'acide carbonique, due à M. Faucille, qui pourrait être utilement appliquée à l'assainissement des égouts, des fosses d'aisances, des puits de mine, etc.

M. Faucille ayant été chargé de diriger les travaux d'exploration de la fontaine Lucas, à Vichy, eut à combattre un dégagement d'acide carbonique tellement abondant, que le puits en était devenu inabordable. On avait essayé en vain l'aérage par le feu, le refoulement au moyen de la cloche de compression, les projections d'eau douce en masse ou en pluie, l'eau de chaux, etc. M. Faucille fit établir sur les bords du puits une petite chaudière ou éolipyle, dont le tuyau descendait jusqu'au fond de l'excavation et devait y porter la vapeur d'eau engendrée dans la chaudière. Celle-ci, au sortir du tuyau, devenait, après quelques moments, opaque et comme fuligineuse ; puis elle reprenait peu à peu sa transparence. Au bout de vingt-cinq à trente minutes, le puits put être abordé sans danger ; mais l'injection dut être continuée pendant toute la durée des travaux, qui furent alors poussés aussi loin que besoin était. Dans une autre circonstance, M. Faucille absorba de la même manière des vapeurs d'acide sulfhydrique. (ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, avril 1846.)

DE LA PRÉSENCE DU PLOMB, DU CUIVRE ET DE L'ARSENIC DANS CERTAINS PAPIERS RÉPANDUS DANS LE COMMERCE. — PROCÉDÉS CHIMIQUES PROPRES A LA FAIRE RECONNAÎTRE.

L'administration ayant été instruite que l'on faisait entrer du sulfate de plomb dans la pâte de certains papiers qui se vendent dans le commerce, a fait faire des saisies de ces papiers, et elle en a demandé l'examen.

Ces essais ont été faits par MM. Payen et Chevallier, qui ont reconnu : 1° que le papier saisi renferme 4,50 p. 100 de ce sulfate, qui provient des fabriques d'indienne ; 2° que ce papier ne contenait pas 35 p. 100 de ce sel, comme cela avait été annoncé.

Voici en quels termes M. Chevallier rend compte des opérations auxquelles M. Payen et lui durent se livrer dans cet examen.

On sépara le sulfate de plomb du papier, pour en reconnaître le poids, en agissant de la manière suivante : on incinère le papier ; on traite les cendres obtenues par le carbonate de soude ; on fait bouillir pendant trois quarts d'heure pour convertir le sel de plomb en carbonate ; on recueille le produit non soluble sur un filtre ; on le lave à l'eau distillée ; on le traite par l'acide faible, et lorsque le carbonate est dissous, on fait passer dans la liqueur, qui doit être légèrement acide, un courant d'acide sulfurique qui précipite le plomb à l'état de sulfure. On recueille ce sulfure, on le lave et on le convertit, par l'acide azotique, en sulfate de plomb ; enfin on détermine le poids de ce sel.

On reconnaît qu'un papier contient du sulfate de plomb par l'acide sulfhydrique, qui fournit une tache d'autant plus sensible que le papier contient plus de ce sulfate.

On ne doit pas employer le sulfhydrate d'ammoniaque, par la raison que ce réactif tache en noir le papier qui contient des sels de fer, ou dans la fabrication duquel on a fait entrer du sulfate d'alumine qui contient des sels de fer. On voit que cette coloration induirait en erreur l'opérateur.

La présence du cuivre, de l'arsenic et du plomb dans quelques papiers tient à ce que l'on fait entrer dans la pâte des débris de papiers coloriés, des rognures qui tiennent leur couleur du cuivre et de l'arsenic, enfin des cartes dites *porcelaines*, des papiers coloriés par le minium, etc.

On reconnaît la présence du cuivre dans le papier en divisant ce papier, le mettant en contact avec de l'ammoniaque pure, qui enlève le cuivre qui est en dissolution dans l'alcali et qui est démontré par l'évaporation.

Pour rechercher l'arsenic, on traite le papier par l'acide sulfurique pour le convertir en charbon sulfurique ; on traite ce charbon par l'eau, et on traite le liquide aqueux dans un appareil de Marsh, qui d'abord fonctionnant à blanc, fournit de l'hydrogène pur.

On conçoit que les quantités de cuivre, de plomb, d'arsenic, que l'on trouve dans les papiers livrés au commerce pour envelopper diverses marchandises, sont très-minimes ; mais il est autant dans l'intérêt de l'hygiène publique que dans l'intérêt des recherches médico-légales que l'on sache que ces produits toxiques peuvent exister en proportions variables dans ces papiers.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE ; PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA ZOOLOGIE, ET SUIVI DE L'HISTOIRE DES EAUX MINÉRALES ; par S. DIEU, docteur en médecine, professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, etc.

Un TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE est une bonne nouvelle pour tous les médecins, malgré le nombre considérable d'ouvrages déjà publiés sur cette matière. Presque tous les auteurs ont perdu de vue la tâche qu'ils se sont proposé de remplir, et qui consiste à envisager les médicaments au triple point de vue de leur histoire naturelle, de la pathologie et de la thérapeutique.

L'auteur du livre que nous venons de lire nous dit dans son avant-propos que c'est dans le but de répondre à un besoin généralement senti, qu'il s'est déterminé à publier un TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE.

Nous ne pouvons que le féliciter de s'être imposé les longues et laborieuses recherches qui font de son traité un livre consciencieux, utile à plus d'un titre aux praticiens et à ceux qui cherchent un guide dans l'étude des médicaments.

Le premier volume, qui vient de paraître, comprend : 1° la zoologie ;

2° l'histoire des animaux toxiques; 3° le commencement de la matière médicale et de la thérapeutique.

ZOOLOGIE. — Cette première partie n'est point neuve : c'est un résumé concis de nos connaissances, qui suffit à celui qui n'a que peu de temps à consacrer à cette étude, et insuffisant pour ceux qui font une spécialité de cette science.

Nous ne la considérons par conséquent que comme une introduction réelle à l'étude des médicaments que le règne animal fournit. On y trouvera les classifications de ce règne et des notions générales sur chacun de ses embranchements.

Dans la seconde partie, qui traite des animaux nuisibles à l'homme, soit par le fait de propriétés toxiques, soit par leur parasitisme, l'auteur fait l'histoire de ces animaux, apprécie leur manière d'agir sur l'économie, et indique les moyens que l'on doit employer pour leur expulsion. Ce travail d'ensemble est neuf, et il a fallu une grande sagacité pour élaguer (tout en fournissant un tout bien complet) les détails inutiles, et épargner au lecteur une foule de descriptions insignifiantes.

Il n'y est pas question de l'intoxication accidentelle qui est le résultat de l'introduction d'un principe morbide, tel que le virus de la rage; les animaux sont examinés et mis en rapport avec l'homme dans leur état normal.

Au sujet des poissons qui, à certaines époques, deviennent venimeux en ce sens que l'ingestion de leur chair dans le canal alimentaire de l'homme peut produire des effets toxiques, l'auteur aurait peut-être dû motiver son opinion, qui consiste à regarder l'empoisonnement comme étant le résultat d'un état pathologique accidentel de ces animaux; car, comme il l'ajoute lui-même, le sanglier, le faucon, le héron, se nourrissent de la vipère et n'en éprouvent aucun accident, malgré l'absorption du poison dans les voies digestives. Il y a donc des animaux pour lesquels certains poisons sont inoffensifs, et, s'il en est ainsi, on peut croire que l'homme venant à se nourrir de la chair de ces animaux, pénétrée de venin, puisse être empoisonné.

L'histoire des entozoaires est traitée d'une manière complète, et est en harmonie avec nos connaissances actuelles. L'auteur résume d'abord les diverses théories auxquelles a donné lieu la présence des helminthes dans le tissu des animaux, métamorphose, naissance attribuée au développement d'un œuf, transmission par voie de génération ou enfin génération spontanée; il semble pencher pour cette dernière opinion, réfutée par Muller et soutenue par Burdach, qui pense que tous les êtres qui habitent notre planète se sont formés peu à peu sans parents, et que cette force de production ne peut avoir été transitoire et accidentelle. Il est probable que cette question mystérieuse ne sera jamais résolue; cependant elle devient dans cet article le sujet d'une discussion fort intéressante dans laquelle l'auteur apporte, à l'appui de la génération spontanée, une série de raisonnements et de faits qui sont de nature à ébranler le doute.

Les observations de MM. Cruveilhier et celles toutes récentes de MM. Gruby et Delafond, qui ont constaté la production d'animalcules pendant l'acte de la digestion des herbivores, viendront à leur tour, au sujet des acéphalocystes, corroborer l'hypothèse des générations spontanées.

Passant de là aux conséquences qui découlent de la présence des vers dans l'intestin, le docteur Dieu regarde avec raison leur présence comme étant le plus souvent postérieure à la maladie : que si parfois il y a coïncidence, on ne peut, dans aucun cas, prouver qu'ils aient été le point de départ de la lésion de l'organe, quoiqu'on ne puisse refuser d'admettre qu'ils agissent mécaniquement à la manière de corps étrangers.

Que le lecteur ne s'attende pas à trouver, dans les généralités qui sont placées avant la description des entozoaires en particulier, toute la discussion à laquelle leur origine, leur innocuité dans l'intestin peut donner lieu. L'auteur, voulant reposer l'attention, a su disséminer au milieu de descriptions nécessairement arides, quelques explications qui la jalonnent, la soutiennent et servent en même temps à fixer dans l'esprit par cet artifice mnémotechnique les détails qu'il faut retenir et sur lesquels on aurait glissé rapidement.

Chemin faisant, on trouvera cependant une très-bonne description du tœnia, suivie des indications thérapeutiques relatives à son expulsion, un exposé des accidents qui peuvent accompagner sa présence. A l'occasion de ce traitement, on sera bien aise de trouver aussi des exemples pour l'emploi de certaines substances médicinales avec l'indication des doses, de passer en revue les différentes formules qui ont tour à tour été proposées jusqu'à l'époque où la racine fraîche de grenadier fut considérée comme le moyen curatif par excellence.

Certes, il n'y a point là mérite d'invention ; mais l'auteur a su mettre en regard plusieurs opinions contradictoires, il a su resserrer dans un cadre convenable et sous forme de tableau synoptique ce qui a été fait. Le lecteur, au milieu de toutes ces méthodes de traitement, aime à connaître l'opinion de l'auteur qui, dans cette circonstance comme à l'occasion de bien d'autres substances, a su dire avec franchise, après avoir passé en revue les diverses théories : voici mon opinion personnelle, tel est le traitement que je conseille. Je n'ai point inventé ce médicament, mais je l'ai expérimenté et je n'affirme rien que je n'aie par devers moi une foule de faits qui établissent ma conviction.

MATIÈRE MÉDICALE. — C'est ici que l'auteur se montre ce qu'il est, naturaliste et médecin; la manière franche, indépendante, avec laquelle il rend compte de son opinion dans les considérations générales qui précèdent la matière médicale, nous font recommander particulièrement la lecture de ces quelques pages écrites avec réserve et bonne foi, et nous ne pouvons qu'encourager le docteur Dieu à persévérer dans cette voie, en continuant à s'affranchir du joug de toutes ces théories surannées sur la vertu des médicaments, sur la spécificité de quelques-uns d'entre eux.

L'expérimentation sur les animaux, les faits cliniques, ont à ses yeux une valeur immense et de beaucoup supérieure à ces idées de spécificité d'action des médicaments, qui n'est pour nous que l'inconnu que l'on croit saisir et qui échappe sans cesse à notre intelligence.

Constater l'effet d'une drogue, alors qu'elle tue, administrer une autre substance qui neutralise l'effet toxique de la première, revenir ainsi et peu à peu à des doses moindres, en constatant à chaque pas les symptômes qui adviennent, c'est là, nous le croyons, le vrai mécanisme de toute bonne observation.

On a écrit, nous le répétons, beaucoup de traités de matière médicale et de thérapeutique; combien y en a-t-il qui aient été conséquents au titre qu'ils portent? combien en avons-nous qui aient exposé autre chose que des opinions isolées, non éclairées par la discussion? La plupart, au contraire, ont substitué parfois l'autorité d'un nom à l'éloquence des faits.

La méthode du livre que nous analysons est la suivante : chaque médicament appartenant à chaque règne viendra successivement comparaître pour être apprécié, et l'auteur, s'affranchissant encore de ces classifications qui ont causé plus d'une erreur (médication tonique, excitante, antispasmodique), traite chaque drogue en particulier, l'expose avec sa physionomie propre, sa manière d'agir propre, sans chercher à la rapprocher d'une autre substance, parce qu'ainsi il se dégage de tout souci de faire ressortir les analogies, afin que ce médicament puisse se ranger dans la classe des excitants, des toniques, etc.

Nous disons, par exemple, qu'une substance est tonique, antispasmodique; on dirait vraiment qu'il s'agit ici d'une réaction chimique pure et simple, que les parties sur lesquelles le médicament doit réagir ont toujours la même aptitude à être modifiées; il faudrait pourtant tenir compte aussi de l'idiosyncrasie du malade, des nuances infinies des maladies, et de l'absorption complète ou incomplète du médicament; car sans cette absorption il est réduit à produire un effet purement mécanique.

Si un verre d'eau vient à produire des effets analogues à une médication tonique, si le café empêche la digestion chez l'un tandis qu'il la favorise chez un autre, il y aura cependant bien quelque chose à retrancher de la valeur de ces mots, tonicité, spasme, appliqués dans tous les cas.

Parmi les produits tirés du règne animal, nous recommanderons particulièrement la lecture de l'article sur le lait, duquel on pourra tirer une foule de conséquences dans l'application usuelle de cette substance, tant comme aliment que comme médicament. Les belles observations du docteur Donné, de Quévenne, de Turpin, etc., s'y trouvent résumées dans ce qu'elles ont de relatif à l'usage du lait, à son examen microscopique, à sa constitution chimique, aux modifications qu'il subit sous l'influence de l'alimentation, et aux moyens de reconnaître sa falsification.

La classe des antispasmodiques est rayée, par les motifs énumérés plus haut, de la classe des médicaments, attendu que le spasme n'est qu'un symptôme d'une foule de lésions pathologiques diverses.

L'œuf des oiseaux, la gélatine, l'huile de foie de morue, sont traités succinctement et convenablement ; les détails inutiles sont élagués, et il ne reste que les choses essentielles à connaître.

Nous attendons avec impatience la publication du second volume de cet ouvrage intéressant, qui marque une ère nouvelle dans l'histoire et l'appréciation des médicaments, et qui importe chez nous quelques-unes des belles théories italiennes, pour lesquelles nous affectons une indifférence injuste.

Is.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — TRANSMISSION ÉPIDÉMIQUE.

A mesure que la discussion avance et marche vers son terme, les objections s'élèvent de toutes parts de plus en plus nombreuses et pressantes contre le travail de la commission. Ses doctrines, ses conclusions scientifiques, les propositions pratiques qu'elle a formulées comme autant de déductions de ces conclusions, jusqu'aux faits mêmes sur lesquels s'appuient les unes et les autres, tout a passé au crible de la critique, tout a été soumis au contrôle de l'argumentation. La commission, en adoptant sur le mode de transmission de la peste une sorte de théorie mixte à la faveur de laquelle elle a pu croire se concilier toutes les opinions, ou se constituer du moins en état de neutralité parfaite vis-à-vis des contagionistes et de non-contagionistes, s'est trouvée, au contraire, en butte aux attaques et aux objections des adversaires des deux camps. De part et d'autre, il lui a été reproché de ne tenir compte que des faits favorables à la conception qu'elle s'est faite du mode de transmission de la peste et d'avoir négligé des éléments et des faits nombreux qui pouvaient modifier les conclusions auxquelles elle est arrivée. La commission, dont les lumières, le zèle et l'indépendance ne peuvent certainement pas être suspectés, semble en effet avoir irrésistiblement cédé à l'ascendant d'une sorte d'esprit de *libéralisme* qui l'a conduite souvent à sacrifier au système en faveur, les enseignements de l'expérience. De la nécessité où elle s'est trouvée de concilier cette secrète tendance avec les graves intérêts qu'elle avait en main, il set résulté une sorte d'embarras et d'hésitation qui plus d'une fois se sont traduits dans les propositions par des incertitudes ou des contradictions. C'est du moins ce qu'une première lecture du rapport nous avait déjà fait apercevoir et ce que l'épreuve contradictoire à laquelle il est soumis maintenant fait ressortir d'une manière de plus en plus évidente à tous les yeux.

Nous croyons, de notre côté, avoir contribué pour quelque part à mettre en relief les conséquences fautives de la voie étroite dans laquelle la commission s'est engagée; nous nous sommes surtout attachés à signaler ce qu'il nous a paru y avoir de vicieux dans ce système de raisonnement qui consiste à opposer des faits négatifs à des faits positifs, à n'admettre comme probants et valables, que des faits matériellement démontrés, quand il est si rare et si difficile en médecine de reconnaître aux faits une pareille certitude. Nous avons montré, à côté des faits auxquels on pouvait accorder ce caractère, des faits plus nombreux qui, pour n'être que probables ou possibles, n'en méritaient pas moins d'être pris en sérieuse considération; et cette manière de voir et d'interpréter les choses nous a permis d'élargir le cercle étroit dans lequel la commission avait renfermé quelques-unes de ses principales propositions. Reprenant aujourd'hui, au même point de vue l'examen du rapport, nous aborderons l'une des questions les plus importantes qu'il soulève, celle de la transmission épidémique.

La peste se transmet dans les foyers épidémiques et hors des foyers épidémiques; elle se transmet par les hommes et par les choses. Cette transmission, que nous n'avons suivie jusqu'à présent que d'individu à individu, est-elle capable de donner naissance à une épidémie de peste dans un pays placé en dehors des influences pestilentielles endémiques? L'importation du germe pestilentiel peut-elle suffire à elle seule pour produire une épidémie, ou bien lui faut-il le concours de circonstances locales, topographiques, hygiéniques ou atmosphériques, capables d'en favoriser le développement? Ces conditions se trouvant réunies sur un point donné: un navire ayant à bord quelques sujets ou même un seul sujet contaminé, peut-il faire éclater la peste?

Il suffit d'énoncer ces questions pour voir de suite où tend la solution qu'on peut leur donner, et qu'elle en est l'importance au point de vue du résultat final de cette discussion, c'est-à-dire de l'application des mesures sanitaires. Voyons comment la commission les résout.

La commission, on le sait, ne nie pas l'importation de la peste; mais quant à la question de savoir si la peste, importée d'Orient dans les ports de l'Europe, peut se transmettre à un assez grand nombre d'individus pour créer une épidémie pestilentielle, elle ne la résout pas; elle doute. Elle semble ne pas oser répondre formellement par la négative, comme les médecins d'Égypte; mais le vague dans lequel elle laisse les termes de sa conclusion laisse apercevoir assez le fond de sa pensée:

« L'Académie, dit le rapport, ne jugera sans doute pas que le moment soit arrivé de se prononcer définitivement dans ce grave débat » (il s'agit de savoir si la peste observée à telle ou telle époque était due à des causes générales épidémiques ou à une importation); et elle conclut en ces termes:

« S'il n'est pas prouvé que l'existence d'une constitution pestilentielle, dans un pays où la peste est importée, soit nécessaire pour que celle-ci se transmette et se propage, il paraît certain toutefois que cette peste importée ne pourra exercer de grands ravages, si elle ne rencontre pas dans les climat, dans l'atmosphère et les habitants, des conditions favorables à son développement. »

Pour comprendre le motif de l'extrême réserve du rapport sur ce sujet, il est nécessaire de rappeler qu'avant d'abord r cette question, la commission avait préalablement posé et résolu affirmativement les deux questions relatives à la naissance spontanée de la peste sur divers points du globe et à sa propagation à la manière des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés. Or, prêter à la peste cette double origine, c'est diminuer d'autant la part que l'on serait porté à faire au mode de propagation par voie de contagion; mais, comme nous le verrons tout à l'heure, ce n'est point l'exclure.

Le développement spontané de la peste n'est pas douteux. L'histoire nous la montre surgissant sur les points les plus divers du globe, partout où la guerre, les dissensions intestines, la disette et l'insalubrité du sol reproduisaient des conditions plus ou moins analogues à celles où se trouve maintenant l'Égypte.

La peste de l'Agenais signalée par Ambroise Paré, celle qui, au rapport de Willis, attaqua, au commencement du printemps de 1643, l'armée envoyée contre le comte d'Essex, à une époque où la peste ne régnait dans aucune autre partie du royaume, les épidémies pestilentielles de Harlem et de Derfelt dont parle Forestier, celle d'Arras en 1654, de Rochefort en 1694, alors que les provinces méridionales de la France en étaient exemptes, ne reconnaissent, de l'aveu de leurs historiens, aucune origine étrangère. En remontant plus haut dans l'histoire des épidémies pestilentielles qui se manifestèrent si souvent sur un grand nombre de points de l'Europe, n'ayant

Feuilleton.

VARIA.

— Pour nous autres, les anciens de la médecine militaire, l'heure de la retraite a sonné; nous ne sommes plus que de simples spectateurs. Le temps a coulé, les cheveux ont blanchi, l'épée est au croc, l'uniforme et les états de service reposent au fond d'un vieux bahut. Mais les souvenirs sont toujours présents, toujours vivaces; n'est-ce pas ainsi qu'on double son existence? Ce qui nous console et nous réjouit, c'est de voir que nos successeurs ont accepté notre héritage d'honneur et de sévères principes. Les officiers de santé qui partirent pour Jaffa, *certains* d'y mourir de la peste, ceux qui ont succombé durant les grandes guerres de la révolution et de l'empire, soit par les blessures, soit par les maladies, par la faim, le froid, les fatigues excessives, pendant plus de vingt ans, depuis Cadix jusqu'à Moscou, sont dignement remplacés. L'honneur de la médecine militaire est pur, intact, sans boue et sans taches. C'est surtout en Algérie, seul pays où la France voit couler le sang de ses enfants, que l'on peut remarquer cette noble persévérance dans les principes de leurs devanciers, parce que comme eux ils sont exposés à lutter contre le triste fléau de l'ennemi, du climat et des privations. Notre génération, qui fut jadis une génération de fer, trempée au feu de cent batailles, maintenant brisée par l'âge, couverte de flanelle, étalée au soleil ou tapie au coin du feu, se sent vivement ranimée en voyant les officiers de santé de l'armée actuelle porter dignement leur titre, leur nom, s'acquitter avec dévouement de leurs fonctions, sous le coup de feu de l'Arabe, sur le *champ de bataille* des épidémies:

Et dans cet air chargé d'homicides atomes,

qu'ils sachent que leurs prédécesseurs sont maintenant leurs admirateurs. Malheureusement ils n'y sont pas tous, car la perte des officiers de santé des armées a été énorme dans les guerres précédentes. Hélas! combien d'entre nous sont tombés épuisés par la misère, atteints par d'affreuses maladies! combien sont morts sans bruit, sans éclat, sans fanfares, où le devoir les retenait! Mais qui est-ce qui l'a su? qui s'en est jamais préoccupé? C'était un dévouement passif, obscur, modeste, le plus beau, le plus grand des dévouements. Eh bien! la même chose existe encore, tant la fibre de l'honneur vibre profondément dans le cœur de tout officier de santé militaire; et nous, les anciens, nous crions hosannah! nous remercions les dieux, et nous préparons une mesure d'encens pour Apollon.

Malheureusement ce corps si distingué des officiers de l'armée a aussi avec nous de tristes analogies. C'est toujours la même dépendance, le même présent, la même perspective, bien que de notables améliorations aient été faites. Quelle en est la cause? L'organisation elle-même, qui a été radicalement défectueuse, et dès son origine. Le corps des officiers de santé de l'armée n'est ni entièrement militaire, ni entièrement de l'administration; dès lors pressé, heurté,

entre eux que de rares communications, on ne tarde pas à se convaincre qu'il est sinon certain, au moins extrêmement probable que la plupart d'entre elles se sont développées spontanément et qu'elles ont constitué, à des époques plus ou moins éloignées, de véritables endémies semblables à celles qu'on n'observe plus aujourd'hui que dans le Levant. Mais si l'on remarque que depuis deux siècles ces grandes épidémies pestilentielles qui ont pendant si longtemps ravagé l'Europe ont complétement disparu du centre de notre continent, que les rares invasions qu'elle a faites depuis, soit en France, soit en Allemagne, en Italie, en Espagne, en Grèce, peuvent presque toutes être ramenées, comme point de départ, aux communications fréquentes de ces divers pays avec le Levant, et qu'elles ont toujours coïncidé avec les époques des grandes épidémies d'Égypte, n'est-il pas plus naturel de les attribuer à l'importation qu'à une éclosion spontanée? et cette hypothèse n'est-elle pas bien près d'acquérir toute la valeur d'un fait quand on a déjà été conduit à reconnaître la propriété qu'ont les hommes et les objets de transmettre le germe pestilentiel?

La transmission épidémique par voie de contagion ne saurait en effet, dans un grand nombre de cas, paraître douteuse; on la voit manifestement se produire lorsqu'une population pestiférée vient à se mêler en masse avec une population saine. C'est ce qui arriva pour l'armée russe lors de la dernière guerre avec la Turquie; c'est ce qui eut lieu encore pendant la guerre de l'indépendance en Grèce, où l'on vit l'armée égyptienne transporter avec elle la peste en Morée, cette maladie prendre surtout une intensité remarquable à la suite d'une échange de prisonniers entre le gouvernement et Ibrahim-Pacha, et bientôt envahir graduellemont et comme par rayonnement les points les plus importants de la Grèce. Les faits cités, dans le rapport, du passage des troupes allemandes à Milan en 1630, laissant dans cette ville le germe de la peste qui y fit de si grands ravages; du débarquement à Tanger de 382 pèlerins venant d'Alexandrie, et qui, entrés en libre pratique, importèrent dans le Maroc cette fameuse peste qui, en deux ans, fit périr le tiers de la population, ces faits ne sont-ils donc pas assez convaincants? Des armées, des migrations de pèlerins, contaminées par la peste, traînant avec elles un vaste foyer d'infection, et en déposant le germe au sein des populations qu'elles traversent sans qu'aucune mesure de précaution ait pu être prise pour prévenir les conséquences de contacts aussi multipliés; la peste éclatant au sein de ces populations; que faut-il de plus pour compléter la démonstration? Il n'est même pas nécessaire d'admettre, dans cette circonstance, une disposition spéciale, une constitution épidémique prédisposante, dans les pays où le mal a été importé, pour qu'il s'y développe et s'y propage. La multiplicité des germes qui se trouvent disséminés dans la population envahie est certainement plus que suffisante.

D'autres faits prouvent qu'il n'a pas toujours fallu d'aussi vastes foyers d'infection pour importer au loin et faire naître des épidémies de peste. Sur les neuf épidémies pestilentielles qui ont régné dans les États de Barbarie, et dont le relevé a été fait par M. de Ségur du Peyron, six ont été importées par la voie du commerce, soit de l'Égypte, soit de Smyrne. Vingt apparitions de peste ont eu lieu en douze ans dans les Cyclades, au rapport de M. Cigalla; toutes ces pestes sont venues sur autant de bâtiments, et ces bâtiments n'ont eu, l'un dans l'autre, qu'un assez petit nombre de malades. Voici un fait qui tendrait à prouver à la fois et la possibilité de l'importation d'une épidémie par un très-petit nombre de sujets inquinés, et la possibilité d'en arrêter les progrès par l'isolement et les autres mesures sanitaires usitées.

Un pilote arriva à Odessa (en 1837) avec un bâtiment chargé de bois, et déclara au lazaret que sa femme venait de mourir de la peste qu'elle avait contractée dans une ville infectée, et dans laquelle il avait fait son chargement. Quelques jours après, plusieurs personnes qui avaient eu quelques rapports avec le cadavre ou avec l'équipage tombèrent malades avec les symptômes évidents de la peste. Bientôt cette maladie fit des progrès rapides, et on put suivre pas à pas la contagion dans les familles qui en furent les victimes.

Les précautions les plus sévères furent prises pour étouffer le mal. La ville fut entourée par un double cordon sanitaire, et les quartiers infectés furent isolés, ainsi que chaque maison suspecte en particulier. Aussi Odessa ne compta que 125 individus atteints dont 17 seulement guérirent. (Relation du docteur d'Andrijouski.)

Qui peut dire où se serait arrêtée cette propagation si l'on n'avait pris les précautions indiquées?

Enfin, quand on lit sans préoccupation, sans idée préconçue, la relation des faits qui ont précédé la dernière invasion de la peste à Marseille, faits que l'on a tant torturés pour leur faire dire tout ce qu'on a voulu et pour les adapter aux divers systèmes que l'on avait à faire prévaloir, il est difficile de se défendre de l'idée que c'est bien réellement l'équipage du capitaine Chataud qui a introduit la peste dans cette ville.

Qu'on dise pour atténuer la gravité des conséquences qu'emporte ce fait, que Marseille renfermait à cette époque toutes les conditions d'insalubrité et de misère propres à favoriser le développement de la peste; que l'on trouve dans la disette qui désolait alors la Provence, dans la chaleur excessive, suivie de pluies torrentielles et de vents violents, qui marquèrent l'été de 1720, dans les maladies d'un caractère malin qui régnaient déjà depuis quelque temps dans cette ville, les conditions d'une constitution épidémique imminente plus ou moins analogue à la constitution pestilentielle, telle qu'un germe importé du Levant ait suffi pour faire éclater l'épidémie et pour embraser le pays tout entier; c'est ce que nous ne contesterons pas, ce que personne n'a jamais contesté. Mais ce qui restera toujours contestable, ce que nul ne serait légitimé à affirmer, c'est que sous l'influence de ces seules conditions que nous admettons comme une prédisposition, et sans le concours d'une cause déterminante, l'importation du germe pestilentiel, l'épidémie se fût manifestée; en un mot que l'épidémie de Marseille ait été une épidémie spontanée.

Nous croyons en avoir dit assez pour pouvoir admettre en fait la transmissibilité d'une épidémie pestilentielle par voie de contagion.

Quant aux conditions que M. le rapporteur considère comme nécessaires pour que l'importation du germe pestilentiel puisse produire une épidémie, nous sommes entièrement de son avis. Le germe pestilentiel, comme tous les germes morbifiques, comme tout ce qui porte ce nom dans la nature, exige pour être fécondé un milieu et des conditions favorables; mais ces conditions, quelles sont-elles? C'est ce que ni la commission, ni nous, ni personne, n'est en mesure de préciser. Toutes les causes connues d'insalubrité, sans doute, peuvent être considérées comme favorables à la fermentation du germe pestilentiel, mais au même titre qu'elles favoriseraient le développement du typhus ou de toute autre épidémie, et non d'une manière plus spéciale. Il faut donc le reconnaître, dans l'ignorance où nous sommes sur les conditions particulières capables, soit d'engendrer spontanément, soit de féconder et de développer le ferment pestilentiel, c'est le fait même de l'importation de ce ferment ou de ce germe qu'il faut prendre en pre-

---

froissé, entre ces deux puissances, il ne peut ni agir, ni se mouvoir, ni se défendre par lui-même. Le remède est connu et il a été indiqué bien des fois. Il faudrait que le corps des officiers de santé fût libre, formé, administré en quelque sorte par lui-même, comme certains corps spéciaux de l'armée; il faudrait en faire une institution grande et belle, conçue dans des vues larges et progressives, et par cela même une carrière solide, honorable, honorée. Mais, dans l'état actuel des choses, c'est une carrière où l'infériorité de la position et des avantages est hors de proportion avec la supériorité exigée de savoir et de talents; où l'on est souvent traité comme des mineurs ou des incapables; où l'on a toutes les privations, toutes les douleurs et même les dangers de la guerre, sans en avoir les avantages; où les grades sont si peu multipliés, si peu en rapport avec les études et les travaux précédents; où l'on est sans avenir de fortune, sans aucunes chances possibles de haute position sociale; où l'on n'a l'espoir d'obtenir, après trente ans de service, un morceau de pain que quand on n'a plus de dents. L'administration est habile et prévoyante; très-souvent elle veut et fait le bien; alors pourquoi cette discordance entre ce que sont les officiers de santé de l'armée et ce qu'ils devraient être? pourquoi si peu de récompenses? pourquoi des bornes si rapprochées, si décourageantes? pourquoi cette légalité réglementaire parfois si mesquine, si tracassière, qui contraste si fort avec le caractère d'hommes voués par état à la difficile et noble science de l'homme? pourquoi?... l'avenir est-il pour eux un passé qui recommence sans fin? Vous voulez des hommes instruits, actifs, intrépides, c'est juste; mais sachez les reconnaître, donnez-leur du poids, de la valeur, de la considération; ils vous la rendront au centuple en lumières, en zèle, en sacrifices; il y a ici des résultats aussi utiles, aussi importants, qu'ils sont frappants d'évidence; le droit n'est-il en définitive que l'omnipotence du plus fort?

— Après un repas copieux, pendant lequel on a bu des liqueurs stimulantes, pris des aliments échauffants, irritants, l'action du cœur devient forte, énergique, les pulsations artérielles sont fréquentes. A-t-on la fièvre dans ce cas?

Quand un homme s'est livré à un exercice violent, les mêmes phénomènes s'observent. Cet homme a-t-il la fièvre?

Dans certains cas nerveux, les palpitations du cœur sont fréquentes, vives, redoublées, mais la circulation ne participe que peu ou point à cette surexcitation du cœur. Pourquoi dans ce cas la fièvre n'existe-t-elle pas?

Il faut donc admettre, pour constituer l'état fébrile, *autre chose* que l'action augmentée du cœur et des artères. Alors, qu'est-ce que la fièvre?

— Voltaire, ce prince des moqueurs, n'épargnait pas plus les savants que les gens de lettres. L'analyse chimique va loin, dit-il, très-loin, mais elle ne vous fera jamais connaître la composition intime des corps. Mettez dans un alambic une composition de farine, d'œufs, de crème, de ris de veau, quel est le chimiste qui devinera que c'était un petit pâté?

— En 1824, le docteur L..., mon ami, mort il y a près de dix-sept ans, fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, et recommandé à un général pour être reçu immédiatement. Celui-ci, excellent homme, mais distrait et original, fit écrire au médecin de venir le trouver le lendemain, à sept heures du matin, et que la réception aurait lieu sans délai. Le docteur L... ne manqua pas d'arriver à l'heure prescrite. Le général était alors occupé à se faire la barbe; mais voyant entrer le médecin décoré, il voulut, dans son empressement, le recevoir

mière considération. Qui oserait affirmer que, dans l'état actuel, ce même germe de peste qui, renfermé aujourd'hui dans le lazaret de Marseille, vient s'y éteindre après une, deux communications au plus, et le plus souvent sans avoir donné les tristes preuves de sa fécondité, que ce germe, disons-nous, resterait toujours innocent s'il était jeté au milieu des quartiers populeux de la ville, bien que ses conditions morales et hygiéniques soient autres, sans contredit, qu'elles étaient en 1720? C'est une épreuve à laquelle les habitants de Marseille ne consentiraient pas aisément à se soumettre.

Maintenant, si nous résumons l'examen que nous avons fait dans cet article et dans les précédents, des propositions fondamentales et des principaux points de doctrine du rapport, nous dirons, avec la commission : la peste est transmissible; elle est transmissible dans les foyers et hors des foyers pestilentiels. Cette proposition, nous l'exprimons plus formellement et d'une manière plus explicite que la commission, en disant : la peste est *contagieuse*, contagieuse par les individus, et nous ajoutons : contagieuse par les choses. Moins affirmatifs et plus réservés que la commission en ce qui touche la durée de la période d'incubation, nous croyons que si, dans la grande majorité des cas, la période d'incubation ne dépasse pas la limite du sixième au huitième jour, quelques faits prouvent, qu'exceptionnellement au moins, cette limite peut-être et a été effectivement dépassée. Enfin, contrairement à l'opinion de la commission, nous disons: la contagion *peut* produire une épidémie de peste dans un pays étranger aux influences de l'endémie pestilentielle.

Telle est à nos yeux, sur ces différentes questions, l'expression des faits ; non pas des faits recueillis à telle époque, dans tels lieux, par telles personnes, mais des faits empruntés à tous les temps, à tous les lieux, à toutes les époques, à tous les observateurs, vus et suivis dans leur succession, dans leurs rapports et leurs analogies, envisagés, en un mot, dans leur plus large et leur plus complète signification. Mais ces faits sont-ils aussi absolus, aussi constants, aussi rigoureux que sembleraient l'indiquer les propositions ainsi formulées? Non, sans doute. En cherchant à induire des faits ce qu'ils nous ont paru renfermer, nous avons voulu dire ce qui a été, ce qui est et ce qui peut être, mais nous n'avons pas voulu prétendre que cela eût été, fut et dut être toujours, de la même manière, dans tous les cas et dans toutes les circonstances. En disant : La peste est contagieuse, nous ne voulons pas dire que tout contact, tout rapport avec un pestiféré, donne toujours la peste, que tout navire, débarquant dans nos ports et ayant à son bord des sujets atteints de peste, soit capable de produire une épidémie, pas plus que nous ne voudrions dire que la peste est à craindre de nos jours, à l'égal de ce qu'elle était il y a deux, trois et quatre siècles. Il y a là des questions de degré, des questions de temps, de civilisation, d'histoire, que nous avons dû reléguer sur le second plan, afin de dégager de tout ce qui pouvait les compliquer inutilement les questions de principe que nous voulions mettre en relief. C'est dans l'appréciation des conclusions pratiques, vers lesquelles elles tendent, qu'il conviendra de réduire ces propositions à leurs véritables proportions.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 18 mai 1846), par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER, docteurs en médecine.

Les recherches nouvelles dont nous ne pouvons présenter ici que le résumé, en raison de leur étendue, sont le résultat des expériences et des analyses que nous avons faites depuis deux ans dans le but de confirmer, de compléter ou d'étendre les conséquences auxquelles nous avaient conduits nos premiers travaux.

Nous diviserons cet exposé en trois parties.

Dans la première, il ne sera question que de résultats purement physiques et chimiques, relatifs à quelques propriétés du sang abandonné à lui-même ou soumis à certaines influences.

Cette étude a d'autant plus d'importance qu'elle conduit à faire disparaître quelques difficultés qui se rencontrent dans l'analyse du sang, et qu'elle explique, jusqu'à un certain point du moins, la différence des résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs qui se sont occupés de l'analyse de ce liquide.

Nous exposerons dans la seconde partie quelques résultats généraux auxquels nous avons été conduits par l'analyse du sang, quelle que soit, du reste, la maladie pour laquelle l'émission sanguine a été pratiquée.

Dans la troisième enfin, il sera question des conséquences auxquelles conduit l'étude de la composition du sérum du sang, dans un grand nombre de maladies, et sans y faire intervenir le poids des globules et de la fibrine qu'il peut contenir, et que la coagulation spontanée en a séparés.

Il sera question en même temps d'un nombre assez considérable d'analyses complètes du sang, que nous exposerons avec les détails convenables, sans en faire toutefois une section à part, et lorsque nous parlerons de la maladie à laquelle elles se rattachent. Ces analyses complètes ont surtout été faites dans des cas de maladie de Bright, d'éclampsie et de fièvre puerpérale, de maladies de la moelle, etc., etc.

Les analyses du sang ou celles du sérum seul, qui ont servi de base à notre travail, sont au nombre de près de trois cents.

Nous devons, avant d'entrer en matière, adresser des remercîments bien sincères à un savant membre de l'Institut, M. Rayer, et à M. le professeur Cruveilhier, qui, toujours animés du plus grand zèle pour la science, ont, par leur extrême obligeance, puissamment aidé à l'exécution de nos travaux en nous permettant de recueillir, comme nous l'entendions, un certain nombre de saignées qu'ils prescrivaient dans leurs salles ou à la consultation de l'hôpital de la Charité. Ajoutons toutefois que pour ce travail, de même que pour le premier, *jamais* une saignée n'a été pratiquée dans le but de favoriser nos recherches : toutes celles qui ont été prescrites étaient commandées par l'état des malades. Il a donc toujours fallu nous borner à profiter des occasions sans les faire naître.

---

chevalier sur-le-champ, quoiqu'il eût la serviette au cou et la figure barbouillée de savon. A genoux! dit-il au docteur, puis il tira son épée; mais s'apercevant qu'il avait un mouchoir sur la tête, il passa dans une pièce voisine, et revint avec un chapeau garni de plumes blanches. Après avoir fait la petite cérémonie d'usage, il fit relever le docteur, lui donna l'accolade, puis continua à se faire la barbe.

— « Une page de l'art de conserver les hommes vaut mieux que cent volumes fastueux de l'art de les exterminer. » C'est Diderot, cité par Peyrilhe dans son HISTOIRE DE LA CHIRURGIE, qui a dit ces belles paroles. Mais voyez la différence dans la position sociale de ceux qui exercent ces deux arts! Il en sera ainsi tant que la raison, la vérité, le bon sens, une expérience raisonnée, tant que les vivifiantes lumières de la philosophie n'auront pas pénétré dans la conscience humaine. Qui pourtant sait ce qui arrivera? Voyez ce qu'était la société, ce qu'était alors un grand seigneur, un militaire haut placé. Tout s'est modifié. Qui donc oserait maintenant ce qu'on osait autrefois impunément? La philosophie a donné de la pudeur au despotisme.

— Voici une preuve de ce qui vient d'être dit précédemment : « Je vous cède, *mon frère chéri*, l'homme le plus habile dans l'art de guérir (Robert Jacobi), bien qu'il me soit très-utile, mais parce qu'il vous est nécessaire. Vous pouvez en toute confiance lui abandonner votre santé. Je vous envoie avec lui des pharmaciens et des chirurgiens, expédiés de gré ou de force, quoique nous n'ayons pas nous-mêmes un nombre suffisant de gens de cette espèce. » (HISTOIRE DE RUSSIE par Karamsin, t. IV, p. 553.) Tel est le fragment d'une lettre de la reine Élisabeth à Ivan IV. Or cet Ivan avait été nommé le *Terrible*, parce que ses cruautés, ses infamies, ses débauches, ont surpassé ce qu'on sait des Tibère, des Néron, des Caligula. C'est à ce monstre couronné que la cruelle Élisabeth, la digne fille de Henri VIII, appelle son frère chéri, qu'elle envoie de malheureux médecins, pharmaciens et chirurgiens, *expédiés de gré ou de force*. Vantez-nous maintenant les mœurs du bon vieux temps.

— *Cum signa sint communia, hæc et illa significantia, oportet medicos diligenter intelligentiam excutere, ne decipiantur.* (Ballonius, DE OFFIC. MEDIC.) Il y a bien de la profondeur, bien de la sagacité pratique dans ce peu de paroles.

— Imaginez-vous une nuée de guêpes, de frelons, d'animaux rongeants, malfaisants, qui s'abattent sur le public pour le tromper, le fasciner, le sucer, le dévorer, l'empoisonner, pour exploiter sa sottise, sa faiblesse, sa crédulité; figurez-vous de l'audace et de la bassesse, de la cupidité sans vergogne, de la ruse et de l'astuce, de la honte pétrie avec de la boue, et vous aurez une faible idée de ce qu'est devenu le charlatanisme à Paris. Autrefois il était faible, rampant, il cherchait à se déguiser, à se masquer; il n'en est plus ainsi : maintenant fier, hautain, arrogant, il marche *dans sa force et dans sa liberté*. Non-seulement il brave la science, le bon sens, la vérité, mais encore l'autorité qui ne saurait l'atteindre. Il sait que tuer un malade par sa drogue n'est qu'une simple *contravention* qu'on acquitte au moyen de quelques francs, et il continue ses empoisonnements. Aussi ces industriels médicastres, à diplôme ou non, qui *entreprennent tout ce qui concerne leur état*, fourmillent-ils de toutes parts. Cet élément social délétère n'était pas venu dans la pensée des législateurs et des économistes; ils y penseront une autre fois. En attendant, le mal est immense et s'ac-

PREMIÈRE PARTIE.

RÉSULTATS PHYSIQUES ET CHIMIQUES.

Les résultats généraux que nous allons faire connaître sont la déduction rigoureuse d'expériences que nous avons exécutées avec un soin aussi minutieux et une précision aussi grande que s'il s'agissait d'analyses élémentaires.

Ces résultats peuvent être rattachés à quatre chefs, que nous examinerons successivement.

I. — AFFINITÉ POUR L'EAU DES PRINCIPES IMMÉDIATS DONT LA SUSPENSION OU LA DISSOLUTION DANS L'EAU CONSTITUE LE SANG.

Quel que soit le procédé auquel on ait recours dans l'analyse du sang, il n'en est aucun dans lequel il ne soit indispensable de dessécher à part et avec le plus grand soin une ou plusieurs des matières albumineuses de diverses espèces contenues dans ce liquide. La grande affinité de ces matières pour l'eau, d'une part, et d'une autre leur facile décomposition si on les soumet dans une étuve à l'action d'une température un peu élevée, rend cette opération fort difficile. Il est cependant de toute nécessité d'obtenir une dessiccation aussi parfaite que possible, sans quoi les inexactitudes se multiplient dans les calculs qu'on est obligé de faire, pour ramener à l'unité 1,000, les divers principes immédiats dont l'ensemble constitue le sang; c'est surtout lorsque l'opération touche à la fin que les dernières portions d'eau sont le plus difficiles à chasser, et qu'il est souvent nécessaire de laisser pendant dix, douze ou quinze heures dans l'appareil dessiccateur les matières albumineuses, pour être bien certain que, sans être décomposées, elles ne perdent plus sensiblement de leurs poids, et par conséquent qu'elles ne renferment plus d'eau.

L'observation que nous venons de faire est d'autant plus indispensable que, vers la fin de l'opération, les matières albumineuses ne semblent pas changer d'aspect, et que la décroissance de leur poids est à peine sensible d'heure en heure. Combien d'attention ne faut-il pas alors pour atteindre le terme exact et pour ne pas laisser dans les matières desséchées quelques décigrammes d'eau capables de modifier notablement les résultats du calcul! De nombreuses expériences nous ont appris que, pour dessécher 100 grammes environ, soit de sang défibriné, soit de sérum, soit de caillot, il faut: 1° quarante-huit heures au moins d'un feu continu dans l'appareil dessiccateur; 2° une température de + 80° centigr. à peu près; 3° que la matière albumineuse se détache presque spontanément de la capsule, et tombe pour ainsi dire en poussière sans avoir sensiblement changé de couleur; 4° enfin, qu'elle soit immédiatement pesée chaude à l'instant où elle sort de l'appareil.

Cette dernière précaution est aussi indispensable que les autres; ces matières organiques ont en effet une telle affinité pour l'eau que, dans l'espace de quelques minutes et en se refroidissant, elles en ont déjà absorbé une quantité sensible, qui augmente sans cesse et qui devient quelquefois assez considérable si on opère dans un endroit humide.

Cette absorption d'eau a lieu aussi bien lorsque la matière est laissée dans l'appareil dessiccateur non chauffé que lorsqu'elle est abandonnée à l'air libre. L'intervention de cette eau dans les pesées pourrait, si on n'en tenait compte, troubler d'une manière notable les résultats; on doit observer de plus qu'il est tout aussi long et tout aussi difficile d'expulser le liquide absorbé que les dernières portions d'eau qui existaient avant la dessiccation complète.

Voici quelques expériences exécutées sur 100 grammes de sérum (1) provenant de sangs différents, et qui ayant été desséchés avec les précautions les plus grandes ont été abandonnés, les uns pendant vingt-quatre heures, et les autres pendant quarante-huit, dans une chambre peu humide, assez chaude, sans courant d'air et marquant une température qui a varié de + 8° c. à + 10° c.

Produit desséché de 100 gram. de sérum pesé à chaud.	Même produit pesé 24 heures après.	Différence indiquant la quantité d'eau absorbée.
9,0	9,638	0,638
8,478	8,860	0,382
9,264	9,545	0,381
8,714	9,261	0,456
	Même produit, mais pesé 48 heures après.	
9,384	11,144	1,760
9,017	10,755	1,738
8,526	10,150	1,624
7,970	10,010	2,040
9,350	11,205	1,855

Si maintenant on voulait rapporter ces résultats à 1,000, comme on a l'habitude de le faire dans les analyses du sérum ou du sang (on peut ici le faire en avançant les virgules d'un chiffre à droite), il est facile de voir à quels résultats différents de la vérité on serait conduit, et sur quelle base erronée reposerait l'analyse.

Les mêmes déductions s'appliqueraient aux résultats suivants, que nous indiquons rapidement. Ils sont destinés à démontrer que l'affinité, pour l'eau, du sang desséché en masse est aussi caractérisée :

35,557 de matières solides du sang parfaitement desséché dans le vide ont absorbé en vingt-quatre heures 1,422 d'eau, qui, rapportés à 1,000 grammes de sang liquide, auraient conduit à des calculs erronés.

La rapidité de l'absorption de l'eau est assez grande. Voici le résultat de deux expériences que nous avons faites pour connaître quelle serait son absorption dans l'espace des dix premières minutes après la sortie de l'appareil.

1° 100 grammes de sang desséché avaient donné 19,901 de produit solide pesé à chaud; dix minutes après, le même produit encore tiède pesait 20,067.

2° 100 grammes de sang desséché avaient donné 19,814 pesé chaud, et dix minutes après, 19,864.

Voici enfin une dernière expérience indiquant les résultats de six pesées du même sang à des intervalles différents. Ils sont relatifs à du sang défibriné.

(1) Il n'y a pas eu exactement 100 grammes; mais pour faciliter la comparaison, nous avons rapporté les calculs à un même nombre.

---

croit toujours. Qu'est-ce que cela prouve? qu'il n'y a pas de corporation qui résiste à un défaut de logique dans son institution.

— PROCÈS DES DENTISTES. — S'il est un incident qui démontre, avec toute l'évidence possible, l'absurde organisation actuelle de la médecine, c'est assurément celui des dentistes. On a demandé si pour exercer cette profession, il fallait être médecin ou officier de santé, c'est-à-dire savoir ce que l'on fait. Le bon sens et les intérêts de l'humanité ont répondu que rien n'était plus simple à décider. Le tribunal de première instance, puis la cour royale, ont pensé de même; mais la cour de cassation, dans son arrêt du 15 mai dernier, a affirmé le contraire. Loin de nous la pensée de jeter le moindre blâme sur cette décision; la cour de cassation, d'après son institution, a été forcée de se renfermer dans le sens rigoureux de la loi qui nous régit : or cette loi est muette à ce sujet. Voici la question légalement posée : « Pour exercer l'art du dentiste, est-il nécessaire d'être pourvu d'un diplôme, soit de docteur en médecine ou en chirurgie, soit d'officier de santé? — Non. » Ce qui revient à dire : Pour exercer l'art du dentiste, les plus fortes garanties d'aptitude et de savoir sont inutiles; on peut être un ignorant, un mercenaire, un manœuvre, un charlatan impunément, la loi ne s'y oppose pas. Il n'est besoin de connaître, pour exercer cette profession, ni les maladies des dents, de la bouche, des gencives, ni les résultats heureux ou funestes des opérations faites sur ces organes délicats, sensibles, irritables, continuellement exposés aux causes extérieures des maladies. Vit-on jamais une loi plus sotte, plus étrange, plus malveillante, plus barbare pour ainsi dire, consacrant de pareilles inepties? MM. Marjolin, Roux, Velpeau, Orfila et celui qui écrit ces lignes, certainement les interprètes de leurs confrères, ont certifié qu'on ne peut médicamenter l'économie, opérer sur le corps humain sans le connaître, par la raison qu'on n'est ni horloger, ni cordonnier, ni cuisinier, ni maçon, si on n'en a pas fait l'apprentissage. Le tribunal de première instance et la cour royale, je le répète, ont dit oui, la cour de cassation a répondu non. Qui donc a tort? La loi, uniquement la loi qui régit la matière : loi absurde, nous le répétons, pleine d'omissions et de contradictions. De compte fait, il y a maintenant quarante-trois ans, immédiatement après sa promulgation, que nous réclamons contre ce non-sens légal, c'est-à-dire près d'un demi-siècle. Cependant qui en souffre le plus? Assurément ce ne sont pas les médecins, quelle que soit leur position : c'est la société entière, c'est le malade, c'est l'être souffrant qui attend de l'homme de l'art des lumières, de l'expérience, de la probité, et qui souvent, au lieu d'un apôtre de l'humanité, ne trouve qu'un sycophante ignorant et cupide.

R. P.

— Les journaux anglais annoncent que le docteur Marsh, si connu par ses recherches sur l'arsenic et l'appareil auquel il a donné son nom, est mort dimanche dernier à Woolwich, près de Londres. Le docteur Marsh n'était âgé que de 54 ans.

— Un établissement d'un nouveau genre se forme actuellement aux portes de Paris, à Montrouge. Les médecins qui le dirigent se proposent de soumettre certaines classes de malades à l'usage du lait de vache et du lait de chèvre, après avoir au préalable préparé ces animaux par une médication propre à donner à leur lait telles ou telles propriétés curatives, selon les différentes indications que l'on se propose de remplir.

Produit solide pesé chaud.	Id. 5 minut. après.	Id. 20 min. après.	Id. 30 min. après.	Id. une h. après.	Id. 18 heures après.
36,63	36,67	36,72	36,78	36,90	38,32

Il y avait donc eu 1,69 eau absorbée.

Nous avons employé à dessein l'expression assez vague de matières albumineuses; car il est difficile de décider d'une manière positive si c'est l'albumine ou les autres matériaux du sang qui sont aussi avides d'eau. Quelques expériences nous autorisent toutefois à penser que cette propriété appartient surtout aux sels alcalins, à la soude libre et aux matières extractives solubles dans l'eau.

II. — VAPORISATION DE L'EAU DU SANG EXPOSÉ A L'AIR LIBRE POUR LA COAGULATION SPONTANÉE.

Lorsque le sang n'est pas, à sa sortie de la veine, soustrait au contact de l'air, une quantité assez notable de l'eau qu'il contient se vaporise; les rapports entre les parties liquides et les parties solides ne sont plus les mêmes; ces dernières se concentrent, et si l'on prenait pour bases des analyses ou des calculs un sang ainsi modifié, il pourrait en résulter de graves erreurs.

La vaporisation est en rapport avec les trois conditions suivantes :

1° L'étendue de la surface du vase qui contient le liquide, et sur laquelle s'opère la déperdition aqueuse.

2° La température plus ou moins élevée de l'air ambiant. Dans les fortes chaleurs de l'été, on voit quelquefois, dans les salles d'hôpitaux, le sang contenu dans des vases un peu larges réduit par la concentration spontanée au tiers au moins de son volume.

3° La quantité de vapeur aqueuse ou d'humidité de l'air ambiant.

Voici quelques exemples choisis au hasard parmi de nombreux.

Trois expériences ont été faites dans notre laboratoire, à la température de 16 à 17 centig., dans des vases de porcelaine d'un diamètre de 6 centimètres, et par conséquent dont la surface soumise à la vaporisation était à peu près de 27 centimètres carrés; le sang a été reçu dans les vases immédiatement à la sortie de la veine, et pesé de suite, puis deux heures après, puis au bout de vingt-quatre heures.

Voici les résultats :

	Poids du sang à la sortie de la veine.	Poids du sang 2 heures après.	Poids du sang 24 heures après.	Produits de la dessication.
1°	13,242	13,070	11,510	2,45
	(185,01)	(187,4)	(212,9)	
2°	14,905	14,727	12,977	2,98
	(199,9)	(202,3)	(229,6)	
3°	22,453	22,308	20,337	4,21
	(187,5)	(188,7)	(202,4)	

Ce tableau peut donner une idée de la vaporisation dans un lieu médiocrement humide et assez chaud. Les nombres compris dans les parenthèses, au-dessous de chaque pesée, sont destinés à indiquer les résultats qu'on aurait obtenus en rapportant les chiffres à 1,000 grammes, suivant les époques où le calcul aurait été fait. Ainsi, au bout de vingt-quatre heures, les parties solides du sang qui, à la sortie de la veine, étaient représentées par 185,01, 199,9, 187,5, l'eussent été vingt-quatre heures après par 211,9, 229,6 et 202,4, ce qui eût été fort différent et bien loin de la vérité.

A une température moins élevée, la vaporisation est moins forte. Voici deux expériences faites sur du sérum exposé à l'air libre, à + 10 c., dans un vase offrant 60 centimètres à peu près de surface vaporisatrice, mais assez profond.

	Poids immédiatement pris.	Poids 24 heures après.	Poids du produit desséché.
1°	38,0	35,5	3,10
	(81,6)	(87,3)	
2°	57,75	52	4,20
	(76,8)	(80,8)	

En voici enfin deux dans lesquelles du sang a été reçu dans un vase offrant 75 centimètres carrés de surface, à l'évaporation, il est vrai, mais en même temps très-profond. De là, comme on peut le prévoir, une erreur moins grande dans l'appréciation du rapport des parties solides à 1,000 grammes.

	Poids du sang à la sortie de la veine.	Poids 24 heures après.	Poids du produit solide desséché.
1°	209,3	204,9	40,0
	(191,1)	(193)	
2°	198,3	193,1	35,5
	(179,0)	(183,1)	

Il est inutile de multiplier les preuves; nous pouvons dès à présent tirer quelques conséquences assez importantes de ces expériences; les voici :

Le sang, à la sortie de la veine, étant reçu dans un vase ouvert et exposé au libre contact de l'air, il en résulte une vaporisation de l'eau qu'il contient, et par conséquent une concentration des parties solides qui, introduite dans les résultats chiffrés de l'analyse, les rendrait tout à fait erronés.

Cette vaporisation s'effectuant d'une manière continue, et étant assez considérable, ne peut être évitée qu'en recevant le sang dans un vase plus haut que large, et que l'on maintient hermétiquement fermé jusqu'à ce que le liquide soit mis en expérience, pour être pesé, séché, analysé, etc.

Il est un autre résultat utile à signaler, et qui expliquera pour quelle raison on doit chercher de préférence à baser les calculs des expériences plutôt sur des quantités relatives que sur des poids absolus qu'il faut l'un et l'autre rapporter à 1,000. Expliquons-nous.

Lorsqu'on reçoit le sang, qui doit être analysé, pour donner le poids des globules et des parties solides du sérum, dans un vase où doit s'opérer la coagulation spontanée et la séparation du caillot et du sérum (nous supposons les causes d'erreur indiquées plus haut tout à fait évitées), il s'agit de dessécher à part le sérum et le caillot, puis d'ajouter ensuite les produits, pour déduire l'ensemble des matériaux solides du sang et le poids de l'eau.

Or, pour cette double dessiccation, il faut décanter d'une part le sérum, et de l'autre le caillot, quelquefois même une troisième décantation est nécessaire pour les placer dans l'appareil dessiccateur. Dans ces changements de vase, il reste toujours adhérente aux parois une certaine quantité de sérum qui souvent est négligée ou perdue, et d'où résulte une perturbation notable dans les résultats de l'analyse. On le comprend du reste facilement, puisqu'il faut ajouter d'une part le produit total et complet du sérum d'abord liquide, puis desséché, au produit également total et complet du caillot liquide, puis desséché, afin de tirer de ces additions, dont rien ne saurait être soustrait sans troubler les résultats, les bases de l'analyse du sang que l'on rapporte ensuite à 1,000.

Nous avons fait un assez grand nombre d'expériences qu'il serait inutile de relater ici et qui nous ont prouvé la réalité de cette cause d'erreur et son influence sur les résultats. Ces mêmes expériences nous ont également appris qu'on pouvait, sinon anéantir, au moins atténuer sensiblement cette cause d'erreur, en prenant le poids par défalcation et lavant les vases avec de l'eau distillée. Il en résulte une complication dans les procédés et les calculs qui ne permet pas encore d'écarter toute l'erreur.

C'est en raison de cela que nous avons toujours songé à n'opérer que sur des quantités relatives. Ainsi, que nous opérions sur 150, 125, 100 grammes de sang défibriné, qu'importe, puisque nous rapportons le tout à 1,000, et que les rapports entre l'eau et les parties solides ne sont pas changés; de même pour le sérum, et peu importe qu'il en reste au fond des vases, puisqu'il s'agit seulement de connaître les rapports entre l'eau et les parties solides.

III. — DENSITÉ DU SANG OU DU SÉRUM COMPARÉ A LA COMPOSITION CHIMIQUE.

La densité du sang, tel qu'il existe dans le système circulatoire, ne peut être déterminée d'une manière exacte. A peine, en effet, le sang est-il sorti des vaisseaux, que la coagulation commence et qu'il s'opère dans son volume des changements qui rendent impossible la détermination de la densité de ce liquide. S'il en est ainsi avec des flacons à densité, comme nous l'avons souvent expérimenté, à plus forte raison maintiendrons-nous cette conclusion à l'égard d'un aréomètre que l'on plongerait dans le sang à sa sortie de la veine, même en s'opposant, pendant l'opération, à l'abaissement de la température. Tout calcul qu'on voudrait baser sur de telles données ne conduirait qu'à des résultats erronés.

La densité du sang défibriné est plus facile à déterminer, et sa comparaison avec celle de l'eau distillée à la même température et sous le même volume, donne des résultats exacts, précis et comparables, sous la condition toutefois que le poids spécifique soit pris avec rigueur au moyen d'un flacon à densité et de pesées très-exactes. L'aréomètre ne conduirait à aucune conséquence rigoureuse; car il n'est destiné à indiquer que la densité des liquides tenant des matières en dissolution, et non pas des corpuscules en suspension (globules).

Dans nos premières recherches, nous avions déjà renoncé à l'emploi de l'aréomètre, et toutes les densités du sang défibriné avaient été déterminées avec le flacon à densité, en évitant toutes les causes d'erreur indiquées plus haut.

Ces déterminations ne nous avaient permis aucune conclusion positive. Il n'y avait pas en effet rapport direct et rigoureux entre le poids de l'eau d'une part, et d'une autre celui des matériaux solides (globules ou matières solides du sérum) aux densités correspondantes; mais seulement une ap-

proximation assez notable et encore en employant des flacons un peu grands et des pesées très-rigoureuses.

Nous appuyant alors sur ces résultats approximatifs et sur des rapports moyens, nous avions essayé de construire une table correspondante aux densités et indiquant pour chacune le chiffre de matériaux solides tenus en dissolution et en suspension dans l'eau. Nous fûmes cependant bientôt obligés d'y renoncer en réfléchissant que bien qu'une telle table pût donner une approximation assez grande, il était de toute impossibilité de déterminer le chiffre de la densité avec un aréomètre, et qu'il fallait toujours recourir à l'emploi des flacons à densité, des doubles pesées et à une correction pour ramener à la même température. La table que nous avions construite fut donc mise de côté, et il n'en aurait pas été question ici si le travail d'un médecin italien, M. Poli, ne nous avait paru de nature à induire les médecins en erreur par la simplicité apparente des moyens qu'il proposait pour obtenir, à l'aide d'un aréomètre et en très-peu de temps, la composition chimique, approximative il est vrai du sang. M. Poli croit pouvoir déduire cette composition à l'aide d'un aréomètre qui lui donne successivement par son immersion et le degré auquel il s'arrête la composition en eau et en matériaux solides, du sang en masse d'abord, du sérum ensuite, maintenus tous deux à la température de 35 à 40° au bain-marie. Un calcul très-simple permettant d'en déduire la composition.

Nous regardons comme tout à fait impossible qu'un tel procédé puisse offrir seulement quelques chances d'exactitude, et toute table construite en prenant cette donnée pour base n'offrirait absolument rien de rigoureux.

La détermination de la densité du sérum du sang conduit à des résultats plus nets et plus concordants, bien cependant qu'ils ne soient assez souvent encore qu'approximatifs.

En raison de l'état de dissolution des divers principes immédiats du sérum, nous avions d'abord pensé pouvoir nous servir d'un aréomètre sensible et bien construit pour déterminer sa densité : l'expérience nous a bientôt obligés d'y renoncer, et voici pourquoi. L'albumine, qui constitue la plus grande partie des matériaux solides du sérum, a un poids spécifique extrêmement faible et très-rapproché de celui de l'eau ; il en résultait qu'en employant un aréomètre très-sensible, à longue tige, et dont l'intervalle de chaque degré était divisé en dixièmes, cet instrument s'arrêtait souvent à des degrés semblables dans du sérum qui, sur 1,000 parties, contenaient en matériaux solides des quantités souvent assez différentes. Il a donc fallu en venir, comme pour le sang défibriné, à l'emploi du flacon à densité et à des pesées très-exactes rapportées à la même température ; nous avons pu ainsi obtenir la densité du sérum de près de 300 saignées. Ces données nous permettent d'établir ici quelques généralités déduites de nos expériences :

1° Dans beaucoup de circonstances, la densité exprime le rapport direct de l'eau et des matériaux solides du sérum ; il en résulte que, dans des mêmes affections ou dans des maladies diverses, une même proportion de matériaux solides en dissolution dans 1,000 g. de sérum correspond à la même densité.

2° Il n'en est pas toujours ainsi, et on voit quelquefois un même chiffre de la densité correspondre à des quantités différentes de parties solides en dissolution, et *vice versâ*.

En pareille circonstance, nous avons observé que les cas suivants se présentaient avec le plus de fréquence.

A. Lorsque les parties solides du sérum sont composées de telle manière que l'ensemble des matières extractives, des sels libres et des matières grasses en soit la 9e partie et l'albumine les 8/9, les rapports indiqués par la densité sont assez rigoureux, assez constants et comparables.

B. Lorsque l'albumine pure prédomine, ces rapports changent, et les nombres, exprimant le poids total des parties solides, correspondent à des densités plus faibles.

C. Lorsque ce sont, au contraire, les matières extractives et les sels libres qui sont en excès relatif bien entendu, et qu'au lieu d'être la 9e partie des matériaux solides, ils en deviennent la 8e, la 7e par exemple, ces rapports sont modifiés dans le sens contraire et une densité plus élevée correspond aux chiffres exprimant le poids de l'ensemble des parties solides du sérum.

D. Dans quelques cas plus rares, les matières grasses devenant en excès empêchent ce dernier effet de se produire ou tendent même à abaisser la densité.

IV. — LES FAITS GÉNÉRAUX, RELATIFS AUX VARIATIONS DE COMPOSITION QUE PEUT SUBIR LE SÉRUM DU SANG A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS LES MALADIES, NE PEUVENT ÊTRE DÉTERMINÉS QU'EN COMPARANT TOUS LES SÉRUMS ENTRE EUX, SANS FAIRE INTERVENIR LES AUTRES PRINCIPES IMMÉDIATS DU SANG.

Si on jette les yeux sur les tableaux relatifs aux altérations du sang, et publiés par les expérimentateurs qui, dans ces dernières années, se sont occupés de l'analyse de ce liquide, on ne tarde pas à être frappé d'un résultat assez singulier.

Dans ces tableaux, et nous-mêmes avons souvent ainsi procédé dans nos premières analyses, on trouve rangés sous la même étiquette, et pour donner en somme le nombre 1,000 : 1° l'eau ; 2° la fibrine ; 3° les globules ; 4° les matières solides du sérum. Eh bien ! tandis que dans les analyses ainsi groupées et comparées entre elles, les nombres représentant le poids des globules et celui de la fibrine conduisent à des résultats généraux et comparables, soit dans les mêmes maladies, soit dans des séries données d'influences du même genre, rien de semblable n'existe pour les matériaux solides du sérum. En effet, si on en excepte tout au plus la maladie de Bright, l'examen des nombres exprimant, dans ces tableaux, le poids de ces parties solides, ne conduit à aucun résultat comparable. Dans les mêmes maladies, chez les individus placés dans les mêmes conditions, on trouve les chiffres les plus dissemblables, différant même tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, chez un même individu dans deux saignées différentes.

Cette diversité apparente de composition est tellement palpable, que tous ou à peu près tous les expérimentateurs ont renoncé à tirer la moindre conclusion des résultats de l'analyse relatifs aux parties solides du sérum.

Une autre observation rend ce résultat plus évident encore, et permet en quelque sorte d'en donner l'explication.

Nous avons remarqué que dans les analyses de sérum de différentes saignées, et qui donnaient, ce qui est assez fréquent, un chiffre semblable de matériaux solides par la dessiccation, nous n'obtenions plus la même similitude lorsque nous venions à rapporter tous les résultats de l'analyse complète du sang à 1,000 grammes, et à les renfermer sous la même étiquette. Ces sérums identiques, calculés dans des saignées contenant des proportions différentes de globules, étaient représentés par des chiffres de matières solides, variables suivant que ces globules étaient en forte ou faible quantité, et par conséquent dans un rapport inverse avec ces derniers, et cependant le rapport entre l'eau et ce même chiffre de parties solides n'avait pas varié. Il n'y avait eu de changé que la quantité plus ou moins considérable de sérum qu'il fallait ajouter aux globules pour arriver au nombre total 1,000 grammes.

Un exemple est indispensable pour faire saisir ce résultat, qui est de la plus haute importance, et qui a été notre point de départ dans la direction nouvelle que nous avons suivie.

Deux individus sont saignés ; la composition du sang qui leur est tiré est telle que le résultat rapporté à 1,000 est :

Pour le premier.	850 eau et 150 parties solides.
Et pour le deuxième.	750 eau et 250 parties solides.

Ces deux sangs étant abandonnés à eux-mêmes et séparés en caillots et en sérum, on dessèche à part chacun d'eux, et on voit que, malgré la différence des poids totaux, on a pour la composition du sérum des résultats identiques. Ainsi, pour le premier, 100 parties de sérum desséché contiennent 10 parties solides, et pour le deuxième la même proportion, 100 parties sérum et 10 parties solides.

Introduisez maintenant ces sérums identiques dans les calculs de la composition du sang, voici où on arrive :

Pour le premier : 850 eau : x :: 90 : 10, ou x = 94,4, qui, retranchés de 150 pour avoir le poids des globules, donnent 55,6.

Pour le deuxième : 750 eau : x :: 90 : 10, ou x = 83,3, qui, retranchés de 250 pour avoir les parties solides, donnent 166,7 (1).

Réunissons ces deux calculs, et on a pour ces deux individus :

	Chez le premier.	Chez le deuxième.
Eau.	850	750
Globules.	55,6	166,7
Parties solides du sérum.	94,4	83,3
	1,000,0	1,000,0

Voici donc deux sangs qui ont des sérums identiques sous le rapport de la composition, et dont les chiffres de parties solides sont représentés par des nombres essentiellement différents, par cela seul qu'ils sont mélangés à des proportions variables de globules. Cependant il n'y a rien de changé au fond, et les rapports de l'eau au sérum sont toujours les mêmes dans les deux saignées. Ainsi la proportion 850 : 94,4 :: 750 : 83,3 est parfaitement exacte (2).

(1) Nous ne nous sommes pas préoccupés ici de la fibrine, que nous supposons avoir été défalquée du poids des globules par suite d'une autre expérience.

(2) Nous avons pris des chiffres arbitraires, et assez simples pour permettre de

Que conclure de ces résultats? Évidemment que si l'on veut connaître les influences générales qui semblent présider en quelque sorte à la composition du sérum et aux variations de ses parties solides; ce n'est qu'en comparant ce liquide à lui-même, et rapportant constamment les résultats à 1,000, qu'on pourra obtenir des nombres susceptibles d'être comparés les uns aux autres.

C'est précisément ce que nous avons fait, et la plus grande partie de ces recherches est consacrée à l'étude de la composition du sérum entendue dans ce sens.

Nous en conclurons également que toutes les fois que l'on fera l'analyse du sang, les résultats obtenus devront toujours être considérés sous deux points de vue, et mis en regard sur deux colonnes parallèles.

Dans la première, ainsi qu'il suit :	Dans la deuxième :
Composition du sérum sur 1,000.	Composition du sang sur 1,000.
Eau.	Eau.
Matériaux solides du sérum.	Fibrine.
	Globules.
	Parties solides du sérum

Dans la seconde seulement, les parties solides du sérum ne constitueront pas un nombre susceptible d'être comparé aux chiffres correspondants.

La seule composition du sérum comparable sera comprise dans la première.

Du reste, nous n'avons en aucune manière la prétention d'avoir les premiers signalé cette différence de résultats, et d'avoir indiqué la nécessité de procéder ainsi dans l'analyse du sang : elle avait déjà été non-seulement indiquée, mais encore exécutée par MM. Dumas et Prévost dans leur premier et très-remarquable mémoire sur l'analyse et la composition du sang, publié il y a déjà plus de vingt ans.

Nous avons dû toutefois insister avec quelques détails sur ces faits, précisément parce qu'ils semblent avoir été complétement perdus de vue, et que, depuis les deux savants expérimentateurs, il n'en a été fait nulle mention ni tenu aucun compte. C'est probablement, du reste, ce qui a fait qu'il a été complétement impossible jusqu'à présent de signaler les faits généraux relatifs aux modifications des parties solides du sérum; il serait assez facile, du reste, de reconstruire la composition du sérum telle que nous l'avons indiquée, à l'aide d'une simple proportion, pour la donnée de laquelle on n'a besoin que du chiffre de l'eau et de celui des parties solides.

(*La suite au prochain numéro.*)

suivre le calcul; quant aux expériences directes, nous les avons faites maintes et maintes fois, et elles sont consignées dans des tableaux présentés à l'Académie des sciences, et dont la publication n'aurait appris rien autre chose au lecteur.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVELLE MÉTHODE DE PULVÉRISATION DES CALCULS VÉSICAUX, AVEC DESCRIPTION DES INSTRUMENTS IMAGINÉS DANS CE BUT; par le docteur BROENNER, ancien aide-chirurgien de l'hôpital Saint-Jules de Würzbourg.

La lithotritie comprend, comme chacun sait, deux principaux ordres de moyens : la *pulvérisation par usure* et l'*écrasement* ou *broiement*.

La pulvérisation, unique moyen employé dans les premiers temps, fut abandonnée, à cause de l'imperfection des instruments, après les découvertes de Jacobson, Heurteloup et Leroy-d'Étiolles, qui introduisirent dans la pratique les différents brise-pierres devenus depuis d'un usage si général, et perfectionnés au point de ne plus permettre l'opération de la taille que dans quelques cas exceptionnels. Cependant, malgré ces brillants résultats, le broiement laissait toujours quelque chose à désirer, et il est reconnu que s'il était possible de réduire la totalité du calcul en poussière, l'opération serait définitivement débarrassée de la principale cause des accidents observés à la suite de la lithotritie.

La pulvérisation est aujourd'hui réalisée de trois façons différentes.

A. L'on cherche à fixer la pierre, et on l'attaque par le moyen d'un foret ou d'une fraise. (Méthode de Gruithuisen, 1812.)

B. Ou bien on attaque le calcul par un de ses côtés, en le tournant successivement autour de l'instrument ou l'instrument autour du calcul, de manière que tous les côtés de ce dernier se trouvent peu à peu en contact avec l'instrument. (Méthode proposée par Eldgerton, 1819.)

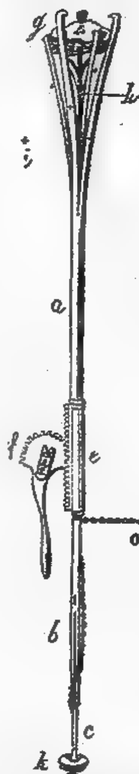
C. Ou bien on attaque simultanément la pierre par toute sa surface, de manière à l'user sans déplacement ni de la pierre ni de l'instrument, de sa périphérie au centre. (C'est la méthode que nous proposons, et dont nous avons poursuivi la réalisation avec l'instrument que nous allons décrire.)

Les essais des deux premières méthodes n'ont pas donné jusqu'à ce jour le résultat désirable (1).

Les instruments que je vais décrire consistent en un système de tubes qui s'emboîtent, qui sont entiers dans les deux tiers de leur longueur, et fendus dans l'autre tiers en trois ou plusieurs branches. Ces branches s'ouvrent par une force de ressort, et peuvent être rapprochées au moyen de tubes que l'on glisse par-dessus, ou bien les branches se ferment par une force de ressort, de manière à ne figurer qu'une sonde droite que l'on ouvre au moyen d'un mécanisme particulier; ou bien encore ces branches consistent dans une réunion des deux mécanismes précités.

Le nombre de tubes emboîtés est au moins de trois, mais peut être porté à cinq, suivant le volume ou la dureté de la pierre. Toutes les *branches* sont munies à leur face interne de dents de lime; plus le grain de la pierre est fin, plus les dents de lime doivent être petits. Le mécanisme, pour l'écartement des branches, est en forme d'éventail ou de vessie; il sert aussi de point d'appui pour la fixation du calcul, et, dans ce but, il reste en communication avec le tube fixe. Le mouvement des branches se fait suivant l'axe longitudinal de l'instrument, soit à l'aide de la main ou au moyen d'un levier, ou bien encore au moyen d'une roue. On fait jouer alternativement la moitié des tubes pendant que l'autre moitié fixe le calcul; par ce moyen ce dernier se trouve peu à peu usé de la périphérie au centre. Le mouvement latéral des tubes est obtenu à l'aide d'un anneau qui est en communication avec chacun des tubes en particulier. Voilà ce que l'on peut dire en général sur la méthode et la construction de l'instrument.

Cet instrument, que je regarde comme applicable à tous les cas s'il est modifié suivant les indications posées dans la partie générale de mon travail, consiste en trois tubes emboîtés les uns dans les autres. Les deux extérieurs sont destinés à opérer la pulvérisation de la pierre, l'intérieur à opérer la dilatation des branches des deux premiers et à fixer la pierre.



Le tube extérieur *a* est long de 40 centim. et a 7mm de diamètre. L'épaisseur de ses parois est de 1mm.

Le tube moyen *b* est long de 45 centimètres, a un diamètre de 6mm, et l'épaisseur de ses parois est également de 1mm.

Le troisième, ou tube intérieur *c*, est long de 46 centim., a un diamètre de 5mm. Son extrémité antérieure *h* est *pleine* dans l'étendue de 6 centimètres. La surface de cette extrémité pleine est creusée de trois sillons longitudinaux qui logent trois petites tiges. Elle se termine par trois pointes.

Les tiges s'articulent à charnière sur la partie pleine du tube intérieur et sont en rapport avec de petits ressorts qui parcourent l'intérieur de la partie creuse de ce tube; ces ressorts peuvent être attirés au moyen d'une vis de rappel *k* adaptée au pavillon (extrémité postérieure) du tube. Au moyen de cette traction, les petites tiges se soulèvent à angle droit sur le tube.

Les deux tubes extérieurs présentent à leur extrémité interne (vésicale) trois incisures longues de 10 centimètres, ce qui divise cette extrémité en trois branches *j*. Celles-ci sont denticulées ou taillées en lime sur leur face interne, dans une longueur de 6 centimètres. Leur extrémité est recourbée en dedans en forme de crochet. On les écarte au moyen du mécanisme ci-dessus décrit.

Le deuxième et le troisième tubes offrent chacun, sur un point de leur trajet, un bouton correspondant à une entaille pratiquée sur celui qui lui est superposé, de manière à imprimer à chaque tube la marche qu'il doit suivre.

(1) Un instrument, imaginé par M. Arthault, a été appliqué avec succès sur le cadavre. Le mécanisme de cet instrument n'est pas encore connu du public; on ne peut donc porter aucun jugement sur sa nature et son mode d'action. A en juger par sa conformation extérieure, c'est l'instrument le plus compliqué de l'arsenal chirurgical. Des témoins oculaires disent même l'avoir vu se briser pendant l'opération, laissant un fragment dans la vessie, double inconvénient qui exige encore de grands perfectionnements de l'instrument, avant qu'on le puisse adopter dans la pratique.

Ces tubes sont superposés de façon à ce que les petites tiges du tube intérieur correspondent aux branches du tube moyen et celles-ci aux interstices des branches du tube extérieur.

La partie postérieure (du côté du pavillon) du tube extérieur est recouverte d'un anneau *e* long de 8 centimètres, qui présente une entaille parcourue par le bouton du tube moyen, lequel bouton est élevé de 3 centimètres. Cet anneau est mobile circulairement, et garni dans toute sa longueur de dents d'engrenage. Au bouton du tube moyen s'adapte un levier *f* également garni de dents d'engrenage à son extrémité inférieure, et à l'aide duquel l'instrument est mis en mouvement. A l'extrémité du tube interne est soudée une chainette *o* longue de 12 à 15 centimètres, dont l'extrémité libre peut être fixée au moyen de petits crochets soit au tube moyen soit au tube externe.

L'instrument tout entier ressemble, quand il est fermé, à trois sondes emboîtées l'une dans l'autre. On pourrait, à la rigueur, lui donner une forme courbe, en arc de cercle; mais sa construction offrirait alors plus de difficulté.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

L'instrument s'introduit fermé, comme une sonde droite (on pourrait le convertir en sonde courbe au moyen d'un embout long de 2 à 3 centimètr., vissé sur l'une des branches, si l'on avait quelque difficulté à introduire l'instrument), puis on l'ouvre en tournant la vis *k* pour saisir le calcul *g*. Ceci fait, on confie l'instrument à un aide, qui le fixe; puis on défait le mécanisme en vertu duquel les branches avaient été ouvertes: celles-ci se rapprochent et fixent la pierre. On attache ensuite la chainette du tube interne au tube externe et on fait agir le levier *f*. Par là on fait agir les branches du tube moyen. Au bout d'un certain temps, qui dépend du volume et de la consistance de la pierre, on fixe la chaînette au tube moyen, et par là on fait agir les branches du tube externe sur le calcul.

Pendant que l'opérateur continue ainsi alternativement l'action des branches internes et externes, il incline le levier tantôt un peu à droite, tantôt un peu plus à gauche, pour user la pierre uniformément par toute sa surface. Dès qu'une fois l'instrument ne fait plus entendre de bruit de frottement, l'opération est terminée, c'est-à-dire que la pierre est réduite à un petit noyau cylindrique dont le volume correspond à la capacité du tube moyen. L'instrument est revenu au volume qu'il avait avant d'être ouvert. En le retirant, on enlève en même temps le dernier noyau du calcul; de cette manière, on est assuré qu'il ne reste plus que de la poussière dans la vessie.

Cette méthode opératoire est applicable dans tous les cas où l'urètre permet l'introduction d'un cathéter et où la pierre est libre dans la vessie. L'opération n'exige d'autres préparatifs qu'une injection d'eau.

Les avantages de cette méthode sont très-nombreux. Nous nous bornons à en signaler quelques-uns. *a*. Une grande sensibilité de l'urètre et de la vessie ne sont pas une contre-indication, parce que les parties de l'instrument qui sont en contact immédiat avec ces organes n'exécutent plus aucun mouvement dès qu'une fois il est introduit; *b*. la vessie ne peut pas être entamée par l'instrument parce que toutes les extrémités sont lisses et arrondies, et qu'il n'agit pas à la manière d'une pince pendant l'opération; *c*. l'opération tout entière n'exige qu'une seule introduction de l'instrument (1); on évite en conséquence tous les inconvénients qui résultent de la fréquente répétition de cette pratique; *d*. comme la pierre se trouve réduite en poudre, laquelle est facilement enlevée par des injections d'eau, l'on se prémunit contre les accidents formidables souvent observés après le broiement, par suite de l'engagement dans l'urètre de gros fragments, ou du séjour de ces fragments dans la vessie, où ils déterminent des récidives; *e*. par l'emploi de la force de ressort inhérente à l'instrument, sans coopération de l'opérateur, l'on se prémunit contre la possibilité de voir l'instrument se briser dans la vessie; *f*. finalement sa simplicité est une garantie pour la facilité de son application: elle prévient des erreurs que le défaut d'habitude rend presque inévitables dans l'emploi d'instruments trop compliqués (2).

Les premiers essais tentés avec cet instrument ont fourni des résultats qui ont satisfait tous les assistants. Les expériences déjà exécutées et celles que nous ferons par la suite, seront le sujet d'un travail que nous publierons plus tard.

(1) L'idée de M. Deleau, d'opérer dans une poche préalablement introduite dans la vessie est bonne sans doute, et si elle est réalisable sur le vivant, on la pourra combiner avec tous les instruments avec lesquels on s'expose à laisser de gros fragments dans la vessie.

(2) Nous devons exprimer ici toute notre reconnaissance à M. Lüer, fabricant d'instruments, pour l'intelligence et le zèle qu'il a déployés dans la confection de cet instrument.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

VI. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1845, et janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Cas rare de déplacement du cœur vers la région sternale inférieure droite avec une dégénération squirrheuse et cancéreuse de trois lobes pulmonaires*; par M. Crispo-Manunta. (Le cœur avait sans doute été refoulé latéralement par le développement de l'affection cancéreuse des poumons, laquelle était en effet plus prononcée à gauche qu'à droite.) 2° *Deux cas d'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, étendue au plexus solaire et au ganglion semi-lunaire, vérifiée à l'autopsie*; par M. Silvano. 3° *Cas d'idiosyncrasie rare, consistant dans une aversion irrésistible pour le pain fermenté*; par M. Mantelli. 4° *Sur le rachitisme*; par M. Sella. 5° *Lettre médicale sur les maladies nerveuses*; par M. Silvano. (Observations détachées racontées avec une louable bonne foi.) 6° *Sur l'épidémie typhoïde de la vallée d'Aoste et sur un phénomène particulier observé durant son cours*; par M. Borelli. 7° *Amygdalite grave terminée par la gangrène*; par M. Villadechia. (La gangrène survenue par excès d'inflammation, à la suite d'une amygdalite simple, donna lieu à un abcès du côté du cou qui, ouvert par le chirurgien, mit la cavité buccale en communication avec l'extérieur. Des saignées répétées avaient été faites dès le début du mal pour l'enrayer. Le malade, homme de 59 ans, succomba le vingt-unième jour.) 8° *Cas de fracture du col chirurgical de l'humérus, suivie de la nécrose d'une portion des fragments*; par M. Trucchi. (La fracture était compliquée de plaie. Malgré la nécrose et un raccourcissement de 3 lignes qui en fut l'effet, le membre supérieur recouvra l'entière liberté de ses fonctions.) 9° *Relation des travaux du congrès de Naples*; par M. Polto. 10° *Résultats obtenus dans les hôpitaux militaires par l'application, dans le traitement des bubons, de la méthode de Malapert, modifiée par M. Cravera*. (Ces résultats, observés sur plus de 60 malades, ont été défavorables; et c'est le savant M. Riberi qui s'est chargé de prononcer ici la condamnation de cette méthode qui, modifiée ou non modifiée, nous semble aussi, à nous, devoir être, dans l'intérêt des malades, abandonnée à un juste et éternel oubli.) 11° *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col chirurgical et des fractures obliques du corps de l'humérus*; par M. Pétrequin. (Reproduction d'un travail que nous nous sommes déjà empressés de faire connaître dans le temps à nos lecteurs.) 12° *Considérations sur la folie mélancolique*; par M. Porporati. 13° *Résultats des expériences faites sur l'utilité et l'économie comparative qu'il y a à employer le coton et la charpie*. (M. Riberi, qui a dirigé ses expériences, établit que la charpie coûte moins et qu'elle est préférable au coton qui doit être rejeté excepté pour le pansement des plaies atoniques.) 14° *Quel est le critérium le plus sûr pour reconnaître les fièvres provenant du miasme paludéen?* par M. Bruna. (Ce critérium, d'après l'auteur, est l'effet curatif produit par l'administration du quinquina.) 15° *Courtes réflexions et observations pratiques sur la Note sur l'influence thérapeutique du copahu et du cubèbe dans la blennorrhagie, d'après les observations recueillies dans le service de M. Diday, par M. Jacquetaut*; par M. Fenolio. (L'auteur, qui n'a pas lu jusqu'au bout la note à laquelle il veut répondre, tombe nécessairement dans des méprises dont la réfutation n'aurait pas plus d'intérêt pour les lecteurs que d'avantage pour le chirurgien ici attaqué.) 16° *Observations pratiques sur l'utilité du tannin dans les diarrhées invétérées et rebelles aux moyens ordinaires*; par M. Bertini. (Il a obtenu d'excellents effets de ce médicament, en en portant quelquefois la dose jusqu'à 2 gram. dans les vingt-quatre heures.) 17° *Histoire d'une grossesse extra-utérine*; par M. de Bonis. (Une femme vécut encore douze ans, après avoir eu les signes de la grossesse, sans accoucher. L'autopsie montra le corps d'un fœtus de sept mois à l'état adipocireux, contenu dans un sac greffé sur le péritoine. La mort, précédée des symptômes d'une fièvre hectique, avait sans doute été due à l'existence de cette poche.)

DEUX CAS D'INFLAMMATION DE L'APPAREIL GASTRO-INTESTINAL, ÉTENDUE AU PLEXUS SOLAIRE ET AU GANGLION SEMI-LUNAIRE, VÉRIFIÉE A L'AUTOPSIE; par M. SILVANO.

OBS. I. — Une femme de 60 ans, petite et mal nourrie, mais bien portante jusque-là, fut un jour prise, sans cause appréciable, de fortes douleurs d'estomac, que l'ingestion des aliments exaspérait. Les souffrances étaient portées au point de la faire se rouler par terre, jusqu'à ce que, au bout d'une heure ou deux, disparaissaient ces douleurs, ainsi que les convulsions des membres, l'anxiété et les

nausées dont elle s'accompagnait. Cette scène se reproduisit pendant quinze jours, jusqu'à ce que enfin, l'épigastralgie étant devenue continue, on appela M. Silvano. Il la trouva avec une respiration difficile et gémissante, les extrémités froides, le pouls misérable, douleurs atroces se réveillant au moindre contact sur l'épigastre et l'hypocondre droit; vomissements incessants dès qu'elle prenait quelque chose; le foie débordait les fausses côtes de quatre bons travers de doigt. (Sinapismes, légers excitants anodins.)

Mort au bout d'une heure.

AUTOPSIE 30 heures après la mort, par un temps froid.

Crosse de l'aorte incrustée de phosphate calcaire. Injection, rougeur et fausses membranes sur la tunique péritonéale de l'estomac et du foie. Ce viscère hypertrophié avait sa structure normale. Le ganglion semi-lunaire, le plexus solaire, les nerfs pneumogastriques et les intercostaux étaient d'une couleur rouge écarlate, très-finement injectés; leurs ramifications participaient, mais en moins, à cette altération; le tronc du pneumogastrique gauche était rougeâtre depuis l'arc de l'aorte jusqu'au cardia; le droit ainsi que les nerfs intercostaux avaient leur couleur naturelle. Les intestins grêles offraient la même couleur à l'extérieur; à l'intérieur, on y trouva la muqueuse molle, pultacée, rougeâtre et ramollie au point de pouvoir être raclée avec le scalpel. Les autres viscères étaient sains.

OBS. II. — Un homme âgé de 30 ans, grand et maigre, se trouvait depuis quelque temps mal portant sans pouvoir assigner à cet état de cause précise. S'étant un jour fatigué plus que de coutume dans son métier de boulanger, il fut saisi d'une douleur très-violente au bas de la région épigastrique. Quoiqu'il n'y eût ni accélération du pouls, ni soif, ni rougeur de la langue, il était survenu une telle dépression des forces que le patient pouvait à peine se soutenir. (Lavements huileux et quelques boissons mucilagineuses.)

Peu d'heures après, M. Silvano fut rappelé auprès de lui. Accusant toujours une douleur brûlante du ventre que la pression augmentait peu, il se plaignait aussi de soif ardente et désespérait de sa guérison. Une saignée du bras n'amena pas de soulagement. Comme il n'y avait pas de sangsues, on fit une saignée du pied. Mais, le pouls étant devenu fréquent et irrégulier, quelques onces de sang avaient à peine coulé de la saphène que le malheureux tomba en syncope et mourut dix-sept heures environ après le commencement de la maladie.

AUTOPSIE. — Encéphale entièrement sain, ainsi que la moelle et les viscères thoraciques. L'estomac ayant été ouvert, on trouva la muqueuse, le long de la grande courbure, dans un état à peu près analogue à celui de la peau sur laquelle aurait été appliqué un emplâtre de poix de Bourgogne, épaissie, engorgée de sang rouge, et parsemée de vésicules de la grosseur d'une chataigne ou d'une noix, pleines de sérosité rougeâtre. Le reste du tube digestif montrait aussi les traces d'une inflammation plus ou moins étendue. Les nerfs intercostaux, surtout le droit, le ganglion semi-lunaire, le plexus solaire et la tunique interne de l'aorte et de ses branches étaient très-finement injectés et offraient une belle teinte de cochenille que n'y effacèrent ni les lavages répétés ni le raclage avec le scalpel. Le sang que contenait l'aorte était en petite quantité, et présentait d'ailleurs une couleur noirâtre, à laquelle on ne pouvait par conséquent pas attribuer la production de celle dont nous venons de parler.

— Malgré les détails très-précis que contiennent les deux observations précédentes, on pourrait, ce nous semble, élever quelques doutes, non pas sur la coloration des ganglions, mais sur la signification que l'auteur lui attribue. En effet, doit-on s'étonner beaucoup que les nerfs et ganglions placés au milieu de parties enflammées aient participé à la congestion sanguine qui avait envahi leur voisinage? Dans cette altération, nous inclinerions, pour nous, plutôt à voir une extension insignifiante du *processus* phlegmasique, un effet naturel de sa progression par voie de continuité, que la cause de tous les symptômes et le motif de la terminaison aussi rapidement fatale. Quelques considérations secondaires corroborent encore nos doutes. N'y a-t-il pas eu de la part de l'auteur, dans la recherche de ces lésions cadavériques, une certaine préoccupation instinctive, un désir secret de trouver malades les tissus nerveux? Lui-même, dans son récit, nous autorise à nous poser au moins cette question, lorsqu'il dit, en décrivant les lésions constatées à l'autopsie: « La marche de l'affection m'avait fait supposer que les ganglions semi-lunaires et les nerfs pneumogastrique et intercostaux avaient participé à l'inflammation, et je découvris *avec une véritable satisfaction* que je ne m'étais pas trompé dans ma conjecture. »

CAS D'IDIOSYNCRASIE RARE, CONSISTANT DANS UNE AVERSION IRRÉSISTIBLE POUR LE PAIN FERMENTÉ; par M. MANTELLI.

Les exemples d'antipathie exclusive pour telle ou telle espèce d'aliment fourmillent dans la société, et chaque médecin en a sans doute par de vers lui le souvenir d'un certain nombre de cas. Il est rare cependant d'en trouver d'aussi prononcés que le suivant; sous ce rapport, aussi bien que sous celui du soin que le médecin prit pour se mettre en garde contre toute cause d'erreur ou tout effort de fraude, il peut être assurément regardé comme méritant de fixer un instant les regards de nos lecteurs.

OBS. — Bernardi Bernardino entra au commencement de 1845 au 14e régiment d'infanterie. Borné d'intelligence, à démarche incertaine, porteur d'un goître volumineux, cet individu avait également la mâchoire inférieure petite et pendante, les masseters peu développés, la langue grosse, courte, avec un long filet se prolongeant jusqu'à son extrémité, les dents irrégulièrement distribuées. En outre, l'arcade dentaire d'en bas avait une courbure d'un rayon tellement inférieur à celui de l'arcade d'en haut que quoique les mâchoires fussent rapprochées, on pouvait introduire dans leur intervalle un crayon ordinaire.

Ce jeune homme avait déjà demandé à être exempté du service militaire, alléguant qu'il ne pouvait manger de pain. M. Mantelli, désireux d'observer de plus près ce cas et de se prémunir contre tout artifice, fit venir chez lui le nouveau soldat, et lui promit de le guérir de sa maladie s'il voulait se soumettre à un traitement très-simple qui ne consisterait qu'à avaler quelques pilules. Ayant obtenu son consentement, il fit préparer quatre bols, avec 15 grammes en tout de pain ordinaire mêlé avec un peu de pulpe de casse pour en masquer la couleur et le goût, et enveloppés chacun d'hostie. Bernardi ayant été conduit à jeun chez le médecin, on lui présenta un de ces bols; mais il refusa de le prendre, et ni promesse ni menace ne purent l'y décider. On dut alors employer la violence. On réussit, en lui fermant les narines, à en introduire un dans l'estomac; mais au bout d'un instant il tomba en faiblesse, puis rendit le bol par le vomissement. On lui donna de la même façon les trois autres qui furent également vomis. Le jeune homme accusait en même temps une légère douleur d'estomac.

Plusieurs fois ses camarades s'amusèrent à lui mettre un peu de pain émietté dans la soupe de riz ou de pâte dont il faisait sa nourriture ordinaire; mais toujours il la rejetait immédiatement.

Son état ayant ainsi été bien constaté, ordre fut donné par le ministre de le renvoyer du corps.

M. Mantelli rapproche ce curieux exemple de celui des personnes qui bien habituées à prendre du lait ne sauraient digérer le fromage, ou de celles qui faisant usage et même abus du vin sont forcées de s'abstenir de raisins.

— Il paraît au premier abord difficile de contester la réalité d'un fait aussi bien observé. Nous eussions aimé cependant qu'on eût fait la contre-expérience, c'est-à-dire qu'on eût cherché à introduire dans l'estomac de ce malade des pilules d'une autre substance. On sait que pour beaucoup de personnes la déglutition des pilules fatigue et devient même impossible; que cette répugnance est surtout prononcée chez les enfants, avec lesquels l'imperfection intellectuelle de ce soldat lui donnait beaucoup de rapports. Si l'on eût tenu compte de cette considération, le résultat eût été plus concluant, ç'aurait été du moins le seul moyen de prouver irrésistiblement que l'intolérance manifestée par le malade tenait bien à la nature et non à la forme de la substance ingérée.

V. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1845, et janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Compte rendu des travaux scientifiques lus et discutés au congrès de Naples* (voy. GAZ. MÉD., 1846, numéros 1er et 2). 2° *Histoire d'une maladie nerveuse très-singulière, accompagnée de phénomènes d'hébétude et d'un jeune très-prolongé*; par M. Turchetti. (Une jeune fille de 13 ans, intelligente et bien portante jusque-là, mais ayant sa mère épileptique et un oncle paternel aliéné, devint, à la suite d'une forte insolation, comme maniaque, et perdit toute faculté d'éducabilité. Elle tomba ensuite dans une sorte d'idiotie, et refusa fréquemment les aliments.) 3° *Cas de chorée s'étant manifesté sous des formes diverses et bizarres chez un homme de 30 ans, et guéri par M. Mammi.* (Le malade marchait à quatre pattes, ou se tenait sur la tête, ou rampait sur le ventre; d'autres fois, il se pelotonnait comme un limaçon, ou se mettait dans la position d'un chasseur à l'affût. Une fois l'accès passé, il redevenait maître de ses mouvements; interrogé alors sur ce qu'il venait de ressentir, il répondait qu'une main de fer, qu'une puissance occulte et irrésistible, l'avait contraint d'exécuter ces divers mouvements. Il fut guéri dans l'espace d'un mois par l'usage de pilules contenant 2 décigrammes de calomel et 1 de valériane. Il n'est pas certain, d'après les données que l'observation contient à cet égard, que cet homme n'eût pas été précédemment atteint d'aliénation mentale.) 4° *Extirpation de la tumeur glandulaire squirrheuse; moyen efficace et unique pour éviter le cancer. Destruction du point squirrheux de la peau, à l'aide de la poudre arsenicale, pour prévenir sûrement les plaies cancéreuses, et guérison facile de ces mêmes plaies, lorsqu'elles sont plus développées, par le même moyen*; par M. Salsano. 5° *Mémoire critique de médecine légale sur un cas de plaie de la veine jugulaire externe gauche*; par M. Brandonisio. 6° *Sur l'étiologie et les variétés des fièvres pernicieuses*; par M. Filacchione. (Le miasme paludéen n'est pas l'unique agent producteur de ces fièvres: une cause morale déprimante, une suppression de la respiration, un écart de régime, toute cause, en un mot, capable d'agir sur le système ganglionnaire, peuvent également les déterminer.) 7° *Recherches sur la susceptibilité que les fièvres continues, de nature semblable à celle des intermittentes, ont de guérir par l'emploi des préparations de quinquina ou de toute autre méthode*; par M. Santorelli. 8° *Réflexions pathologiques sur les fièvres typhoïdes, et sur la*

prétendue méthode de les guérir au moyen du sulfate de quinine; par M. Demitry. (Le quinquina ne peut être regardé comme le spécifique de la fièvre typhoïde; il n'est utile que contre l'adynamie, à l'instar de l'arnica, de la racine de serpentaire, de la valériane, etc., ou bien encore lorsque l'état typhoïde proprement dit s'est converti en une fièvre intermittente régulière.) 9° *De la propriété tonico-fébrifuge de l'écorce et des feuilles de l'olivier;* par M. Spinelli.

MÉMOIRE CRITIQUE DE MÉDECINE LÉGALE SUR UN CAS DE PLAIE DE LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE GAUCHE; par M. BRANDONISIO.

Ce mémoire est, à proprement parler, une consultation donnée par le médecin à un homme mis en jugement comme prévenu d'avoir porté une blessure grave. Voici les faits de la cause en abrégé.

R... fut frappé, dans une rixe, par L..., avec un instrument piquant et tranchant, au milieu de la région latérale gauche du cou. La plaie intéressait les téguments, la couche la plus superficielle du muscle peaucier et la veine jugulaire externe de bas en haut, d'arrière en avant et dans une étendue de quelques lignes. Il se fit une hémorrhagie considérable par un jet parabolique, que cependant des personnes étrangères à l'art arrêtèrent au bout de quelques minutes en comprimant. Dix heures après, la plaie était réunie, ou du moins adhérait par première intention.

Voici quel fut sur ce fait le rapport des médecins experts désignés par l'autorité judiciaire :

« Nous avons examiné le sieur R...; il porte une plaie récente, puisqu'elle est ensanglantée, située à la partie latérale gauche du cou et précisément sur le trajet de la jugulaire externe, longue d'un pouce et profonde de 6 lignes; elle a été produite par un corps piquant et tranchant, vu la netteté de ses bords, et, puisque cette plaie a intéressé une veine de gros calibre et a produit instantanément une hémorrhagie considérable, nous la considérons comme mettant de sa nature la vie en danger, attendu que lorsqu'il y a angiotomie ou névrotomie, les plaies deviennent plus ou moins dangereuses. Nous réservons les observations à faire ultérieurement. »

M. Brandonisio s'élève avec force contre les conclusions de ce rapport. A qui pourra-t-on persuader qu'une veine extérieure, de petit volume, dont la compression est si facile qu'on saigne tous les jours sans accident, puisse, par une légère blessure de sa paroi superficielle, compromettre sérieusement l'existence? — Mais, disent les experts, la plaie avait 6 lignes de profondeur... Et comment donc l'ont-ils pu savoir, puisque, quand le malade leur fut présenté, l'hémorrhagie avait déjà été arrêtée? Ont-ils donc enlevé le caillot qui fermait la plaie? Mais cette manœuvre même prouverait, contre leur assertion, qu'ils n'auraient pas vu le moindre péril dans l'hémorrhagie que pouvait fournir cette blessure, puisqu'ils s'exposaient, pour le seul intérêt du diagnostic, à la reproduire ainsi eux-mêmes. Après ces considérations, il cite toutes les autorités qui ont confirmé le peu de gravité qu'a la section des vaisseaux veineux de cet ordre.

Malgré ces raisons, ajoute M. Brandonisio, deux professeurs renommés n'ont pas laissé que de partager l'opinion des experts; ils se sont surtout élevés contre l'assimilation que la défense voulait faire de la blessure avec une saignée; car, disent-ils, cette opération étant pratiquée par une main prudente, ne peut jamais donner lieu aux inconvénients qu'une blessure accidentelle entraînera nécessairement plus souvent. — Mais, réplique l'auteur, une plaie nette et petite comme celle qui a eu lieu dans ce cas pouvait-elle amener la possibilité d'accidents primitifs ou consécutifs plus qu'une saignée? Non certainement. Et, par le fait, l'instruction a établi que, dès le lendemain, le blessé avait pu reprendre ses travaux habituels de la campagne.

Le mémoire justificatif de M. Brandonisio nous paraît rempli d'excellentes considérations. Les paroles qui le terminent, entre autres, pourraient utilement être prises pour devise de la manière dont les médecins appelés à éclairer la justice doivent comprendre leurs fonctions : « Tels sont les faits, dit-il, et telles sont les raisons scientifiques par lesquelles ils s'expliquent. Tout procès peut avoir sa destinée; mais il est du devoir de la science, si elle ne parvient à sauver le droit, de sauver au moins la vérité. »

DE LA PROPRIÉTÉ TONICO-FÉBRIFUGE DE L'ÉCORCE ET DES FEUILLES DE L'OLIVIER; par M. SPINELLI.

Voici d'abord les formes diverses sous lesquelles l'auteur a administré ce fébrifuge :

1° *Extrait de l'écorce et des feuilles.* Il est extrêmement amer, et celui qui est préparé avec les feuilles dégage une odeur agréable. On le donne à la dose de 5 décigrammes à 2 grammes.

2° *Teinture d'olivier.* Celle obtenue de l'écorce est un peu échauffante, surtout quand elle est faite avec l'alcool. La teinture aqueuse est plus agréable; M. Spinelli l'a administrée, dans du café ou dans d'autres décoctions, à la dose de 10 à 20 gouttes.

3° *Décoction.* Faites bouillir 10 grammes d'écorce et 15 grammes de feuilles dans 250 grammes d'eau jusqu'à réduction de moitié. Pour rendre cette boisson moins désagréable, on l'édulcore avec le sirop de limons aiguisé d'acide chlorhydrique.

4° *Sirop.* On le prépare avec les feuilles, et on obtient ainsi un médicament à l'usage des enfants. La dose est de 15 à 30 grammes.

5° *Poudre.* La poudre d'écorce est plus efficace que l'autre. On en donne 5 décigrammes et plus; elle pèse sur l'estomac, provoque des nausées et agit peu.

6° *Pilules.* Prenez : extrait d'olivier, 24 grammes; sirop et poudre du même, quantité suffisante pour faire des pilules de 25 à 40 centigrammes. On en donne dix toutes les deux heures dans les fièvres intermittentes, et une le matin contre les faiblesses musculaires et la diarrhée.

Ces préparations sont surtout recommandées par l'auteur contre les maladies causées par atonie des premières voies et des muqueuses en général, l'embarras gastrique, la diarrhée, la dyssenterie habituelle et la lienterie. Combinées avec les martiaux, elles conviennent dans la chlorose, les flueurs blanches et les blennorrhées. Les scrofules, le rachitisme, en sont aussi favorablement influencés. On en tire d'heureux effets lorsque la constitution est épuisée par de longues maladies, par la masturbation, les excès vénériens ou alcooliques, etc., etc.

Quant à leur emploi dans les fièvres intermittentes, on peut dire que M. Spinelli en a posé l'indication avec infiniment d'adresse. Comme il s'agissait, en effet, de préconiser, sans altérer la vérité, un agent certainement inférieur en puissance aux préparations de quinquina, il a su parvenir à son but en réunissant toutes les circonstances où une médication un peu moins active peut réellement suffire ou même devenir accidentellement préférable. Ainsi, il prescrit l'usage des préparations d'olivier : 1° dans les fièvres vernales, simples, légitimes et de date récente, lorsque l'intermittence est bien régulière; 2° lorsque la faiblesse et le relâchement des premières voies ne permettent pas de donner le quinquina; 3° dans certaines fièvres intermittentes dont on ne saurait sans imprudence tenter la cure immédiate, et que les meilleurs praticiens conseillent de traiter, en quelque sorte, *en les caressant;* 4° lorsque la fièvre a occasionné des désorganisations internes, ou une affection nerveuse évidente, et qu'on peut craindre que ces complications ne s'enracinent pendant qu'on administrera le quinquina; 5° enfin, quand la fièvre se complique d'engorgement du foie et de la rate, d'obstruction des glandes du mésentère.

— Plusieurs de ces indications demanderaient à être discutées; mais il suffit, ce nous semble, d'en avoir reproduit l'exposé textuel pour que les lecteurs fassent sans peine la part de ce qu'il y a de vrai et de ce qui tient aux préoccupations de l'école italienne, encore renforcées ici par les illusions si habituelles aux inventeurs.

VI. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1845, et janvier, février et mars 1846, se composent des articles originaux suivants : 1° *Histoire d'une maladie du cœur;* par M. Cenni. 2° *Nécessité et utilité des topographies médicales;* par M. Torelli. 3° *Preuves de la structure vasculaire de l'iris controversée jusqu'ici;* par M. Gaddi. 4° *Topographie médicale de Belvéder;* par M. Torelli. 5° *Sur l'asthme thymique des enfants;* par M. Olivi. (Réponse au mémoire de M. Ferrari (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 52). M. Olivi soutient l'opinion qui rapporte à une affection nerveuse générale tous les phénomènes de cette maladie, dont la suffocation ne serait plus, par conséquent, que l'un des symptômes.) 6° *Observations positives anatomico organiques; éléments et principes rationnels sur la continuité anatomico-organique du germe préexistant avec l'organisme de l'œuf, et par là avec l'organisme maternel au moyen du cordon rudimentaire ou ombilical;* par M. Rivelli. 7° *Notice historico-chronologique sur l'hydrothérapie;* par M. Mencucci. 8° *Observation de placenta retenu dans l'utérus pendant trente-huit jours, après l'accouchement d'un fœtus à terme;* par M. Romuaddi. (L'accouchement, chez une primipare, s'était fait très-promptement, et le placenta était resté en entier dans l'utérus. On se borna, les premiers jours, à donner du seigle ergoté et à pratiquer des injections vinaigrées. Mais on ne produisit aucune contraction expultrice. Une métro-péritonite qui survint força de discontinuer ces médicaments; le trente-huitième jour le placenta commença à sortir par fragments, et enfin la guérison eut lieu.) 9° *Sur les plaies du foie et de la rate suivies d'hémorrhagies;* par M. Petruci. (Il insiste sur la nécessité de ne réunir ces plaies que par seconde intension, afin de pouvoir, selon l'indication, donner s'il le faut issue au sang épanché.) 10° *Fractures graves de plusieurs os, avec plaie et commotion du cerveau et d'autres viscères, chez un même sujet;* par M. Bellini. 11° *Du sulfate de quinine*

dans le rhumatisme; par M. Gianfelici. (Il donne avec succès ce sel à toutes les périodes du rhumatisme, soit aigu, soit chronique.) 12° *Observations et réflexions sur le chémosis;* par M. Linoli. 13° *Histoire d'une méningite;* par le même. La maladie, survenue chez un adulte, fut guérie par le tartre stibié donné pendant cinq jours à dose rasorienne.) 14° *Sur la classification des maladies;* par M. Santi. (Discours d'ouverture.) 15° *Sur la herniotomie;* par M. Santopadre. (Article de polémique.) 16° *Deux cas de céphalalgie guérie par le valérianate de zinc;* par M. Boccacini. (Faits très-ordinaires et entièrement confirmatifs de la vertu antinévralgique de cet agent.) 17° *Sur les fièvres;* par M. Brucci. 18° *Paracentèse de la vessie par le rectum, pour une rétention d'urine;* par M. Linoli. 19° *Maladie noire unie à une fièvre pernicieuse apoplectique; observation;* par M. Sorgoni. 20° *Sur le mode d'action des préparations de quinquina;* par M. Santopadre. 21° *Sur les fractures;* par M. Bellini. 22° *Réflexions critiques sur la gastrotomie;* par M. Linoli. (Article de polémique.) 23° *Traitement expéditif par révulsion ou contre-irritation locale des tumeurs en général, et spécialement des tumeurs inflammatoires;* par M. Bellini. (Dans le cas de phlegmon étendu, profond, au lieu de perdre son temps à essayer les antiphlogistiques, le chirurgien doit faire une longue et profonde incision, sans attendre que la suppuration soit établie. S'il ne juge pas l'incision nécessaire ou que le malade s'y refuse, il appliquera un morceau de potasse caustique (de 7 à 10 centigr.) sur le centre de la tumeur.)

PREUVES DE LA STRUCTURE VASCULAIRE DE L'IRIS CONTROVERSÉE JUSQU'ICI; par M. GADDI.

Dans ses premières dissections, M. Gaddi avait cru trouver des arguments démonstratifs en faveur de la structure musculaire de l'iris. Mais bientôt il s'aperçut que les radiations rayonnantes et la zone circulaire autour de la pupille, qu'il avait prises pour des fibres contractiles, appartiennent réellement à l'urée, puisqu'on les voit disparaître, quand on a enlevé cette membrane, par l'action de l'eau. La structure vasculaire de l'iris devint donc pour lui un fait incontestable; et poursuivant ses recherches, voici les conclusions générales auxquelles il est arrivé sur sa texture.

L'iris, par sa texture vasculaire, et par ses mouvements, doit être compté au nombre des tissus érectiles, différent néanmoins de ceux-ci en ce qu'il n'a pas, comme la plupart des organes formés de ce tissu, de membrane fibreuse d'enveloppe; il n'a pas non plus une couleur d'un rouge vif. Ses vaisseaux ne sont pas disposés en réseau inextricable, leurs extrémités ne s'élargissent pas en entonnoir, et ils n'ont point de lacunes; ils ne communiquent pas entre eux par des renflements; l'injection, à moins qu'elle ne soit à base d'huile, ne passe pas des artères dans les veines; l'injection est tout aussi difficile à pousser dans les veines que dans les artères. En outre, les organes composés de tissu érectile proprement dit sont sujets, dans leur évolution, à des phases liées, soit à l'âge, soit surtout aux fonctions de reproduction, tandis qu'au contraire l'iris entre en activité dès la naissance et continue ses fonctions sans interruption jusqu'à la mort. Pour toutes ces considérations, on voit que l'iris, bien que de nature vasculaire, n'en mérite pas moins de former une catégorie distincte d'avec les organes érectiles.

PARACENTÈSE DE LA VESSIE PAR LE RECTUM, POUR UNE RÉTENTION D'URINE; par M. LINOLI.

Un tableau synoptique complet des divers cas où la ponction de la vessie a été mise en pratique, avec les résultats placés en regard de chaque procédé, serait un travail de la plus haute importance; et cependant ce travail manque encore à la science. C'est pour contribuer, autant qu'il est en nous, à le faciliter à ceux qui seraient désireux de l'entreprendre, que nous rassemblons dans nos colonnes toutes les observations de ce genre venues à notre connaissance. Dans celle qui suit, le succès a été trop prompt, trop simplement obtenu, pour qu'elle ne mérite pas d'être reproduite ici dans ses circonstances principales.

OBS. — Un jeune homme de 22 ans, sanguin, adonné aux plaisirs de l'amour et de la table, eut un écoulement urétral dont il ne se délivra qu'avec beaucoup de peine. Le 28 novembre 1845, il fut pris de difficulté d'uriner, qui bientôt se changea en impossibilité complète. Un bain, des sangsues au pubis et au périnée, une saignée n'ayant amené nul soulagement, M. Linoli introduisit une sonde, mais il rencontra au col de la vessie un obstacle, qu'il jugea nécessaire de forcer. Aussitôt il s'écoula du sang et du pus; l'urine sortit en même temps, mais contenant aussi du pus concret, qui en peu d'instants oblitéra le calibre de la sonde, ainsi que celui d'une seconde, puis d'une troisième, qu'on substitua à la première. Ni les injections, ni l'aspiration avec un piston, ne purent rétablir le cours de l'urine. Cependant, par l'effet du régime et des délayants, la santé revint peu à peu, et le malade put sortir au bout de six jours.

Vingt jours s'étaient écoulés, lorsque M. Linoli, rappelé auprès de lui, le trouva en proie au même accident. Après le bain et la saignée, il tenta derechef le cathétérisme, qui lui révéla la présence du même obstacle que la première fois. La saignée fut encore renouvelée, mais sans plus de succès. La nécessité de la ponction de la vessie ayant été décidée en consultation, on la pratiqua avec un trocart par le rectum. L'urine sortit en quantité, mais mêlée de flocons de pus concret, de fibrine condensée, qui nécessita plusieurs injections pour en nettoyer la vessie.

La canule avait été laissée en place, mais pendant la nuit suivante le malade ayant éprouvé un violent besoin d'uriner, et la canule se trouvant en ce moment bouchée par un grumeau de fibrine, l'effort qu'il fit pour l'expulser fit sortir l'instrument. M. Linoli essaya alors et réussit très-aisément à introduire par l'urètre une sonde de gomme élastique, sans sentir aucune résistance au col vésical. Il la laissa à demeure. Au quatrième jour, l'urine commença à couler par cette voie. L'urine étant en même temps redevenue pure, le chirurgien enleva la sonde le huitième jour. Il n'en passait alors pas une goutte par le rectum; les choses allèrent de mieux en mieux, et le malade, qui put alors quitter son lit le quatorzième jour, ne tarda pas à guérir complétement.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 JUIN.

EMBRYOLOGIE COMPARÉE.

M. MILNE-EDWARDS fait, en son nom et au nom de MM. Flourens et Valenciennes, un rapport sur des recherches relatives à l'embryologie des mollusques gastéropodes. Nous extrairons de ce rapport quelques-uns des passages qui ont trait aux questions d'embryologie ou d'anatomie comparée le plus débattues en ce moment.

Les recherches de M. Vogt montrent que si, dans certains cas, la formation des cellules organiques s'effectue peut-être, comme le pensent MM. Schleider et Schwann, à l'aide d'une sorte d'ampoule s'élevant à la surface d'un corps nucléolaire et s'agrandissant à mesure qu'elle reçoit du dehors les matières contenues dans sa cavité, ce n'est pas de la sorte que se constituent les utricules ou cellules des vitellus; que là c'est la matière organique granuleuse qui s'agglomère d'abord, et laisse apercevoir, au centre de la sphère, ainsi constituée, une tache ou vésicule transparente; que ces masses ne sont primitivement limitées par aucune membrane, et peuvent, étant dans cet état, se multiplier par décision; enfin que ce n'est que postérieurement à leur formation que leur surface se revêt d'une pellicule disposée en manière d'utricule ou de cellule fermée, et à parois indépendantes des parties voisines.

M. Vogt a étudié aussi avec beaucoup de soin le mode de multiplication ultérieure des cellules ainsi constituées, et il n'a jamais vu d'indices de cet emboîtement de jeunes utricules dans la cavité d'une cellule génératrice, que plusieurs savants de l'Allemagne considèrent comme étant le mode ordinaire de production de ces vésicules. Enfin il paraîtrait que le noyau transparent ou la vésicule centrale qui se voit dans l'intérieur des sphères vitellines ne préexiste pas à l'agglomération de la matière granuleuse dont ces sphères résultent, mais se forme plus tard; et il résulterait de ce fait que la théorie de la formation cellulaire, qui a pour point de départ les expériences d'Acherson relatives à l'action des matières grasses sur l'albumine, ne serait pas applicable à ces phénomènes génésiques.

Quoi qu'il en soit de cette question, dont la solution présente encore de grandes difficultés, on voit que chez l'actéon le fractionnement du vitellus amène d'abord la production de deux sphères, puis de quatre, dont le mode de groupement est crucial, de sorte que dès ce moment l'organisme en voie de formation cesse d'être composé de parties paires, et présente, dans l'arrangement de ses éléments constitutifs, une disposition radiaire plutôt que binaire. Bientôt quatre nouvelles sphères, plus petites et beaucoup plus transparentes que les précédentes, se montrent sur l'une des surfaces de l'espèce de rosace dont il vient d'être question, et alternent avec les premières. Les unes et les autres se multiplient tout en diminuant de grandeur, et, par suite de ce fractionnement, l'inégalité de ce volume cesse d'être appréciable; mais elles conservent leur aspect primitif et elles restent distinctes entre elles, de sorte que la masse vitelline se trouve peu à peu changée en une multitude de petites sphères ou cellules de deux sortes, et, en suivant les transformations ultérieures de ces éléments organiques, M. Vogt a pu s'assurer que leur destination n'est pas la même. En effet, il a vu les cellules opaques servir à former le système viscéral de l'embryon, tandis que les cellules transparentes devenaient les matériaux du système tégumentaire. Les premières peuvent par conséquent être comparées jusqu'à un certain point au feuillet profond ou muqueux du blastoderme d'un mammifère ou d'un oiseau, et les seconds au feuillet séreux ou superficiel de ce même blastoderme, et on voit que, dans les œufs des mollusques étudiés par M. Vogt, ce sont par conséquent les matériaux constitutifs des parties centrales de l'organisme qui se montrent les premiers, les éléments formateurs des parties périphériques ne devenant distincts qu'en second lieu. Mais le développement ou la transformation de ces deux sortes d'éléments génésiques ne marche pas avec une égale vitesse: les sphères ou cellules périphériques se multiplient plus rapidement que les matériaux constitutifs des parties centrales de l'économie naissante, et il en résulte que bientôt la masse formée par ces derniers, au lieu de

ressembler à un disque portant sur une de ses faces, le tissu se trouve débordé par celui-ci, et en est enveloppé de toutes parts comme d'une écorce transparente.

La masse centrale ou viscérale qu'on a vue se montrer de bonne heure comme une sorte de rosace aplatie ou plutôt comme un disque quadrilobe, change en même temps de forme, se recourbe sur elle-même et ne tarde pas à ressembler à un fer à cheval dont les deux branches se rapprochent peu à peu, et finissent par se confondre vers leur extrémité. Il en résulte alors un sillon médian qui divise l'embryon en deux moitiés symétriques, et qui est légèrement élargi vers sa base. Au premier abord, on pourrait se méprendre sur la signification de ce sillon, et y voir l'analogie de cette ligne appelée primitive, qui se montre au début du travail génésique chez les animaux vertébrés, et qui marque déjà la place où doit se constituer le système rachidien. Cette erreur paraît avoir été effectivement commise par quelques embryologistes; mais M. Vogt n'y est pas tombé, et il s'est assuré que le sillon dont il est ici question correspond à l'endroit où doit s'insérer plus tard la bouche du jeune actéon.

La détermination de ce sillon a permis à M. Vogt de reconnaître le point de départ de la formation des parties tégumentaires de l'embryon. En effet, M. Vogt a vu que c'est vers la fossette buccale que la couche utriculaire superficielle tend à se rapprocher par ses bords, et que c'est dans le point diamétralement opposé de la masse vitelline que le disque tégumentaire avait pris naissance. On en peut conclure que c'est par la région abdominale du corps que le jeune mollusque commence à se constituer.

Pendant tout le jeune âge, les actéons observés par M. Vogt sont dépourvus de cœur et ne montrent aucun indice de l'existence d'une circulation régulière des fluides nouveaux. Ce fait, dont l'exactitude a été vérifiée par le rapporteur, s'accorde parfaitement avec les résultats que ce dernier avait déjà obtenus en étudiant l'embryologie d'autres mollusques. Il est donc bien évident, ajoute M. le rapporteur, qu'ici le développement des organes n'est pas réglé par le système sanguin. L'un des commissaires avait également établi que, chez les annélides, l'appareil vasculaire, loin de présider en quelque sorte à tous les développements organiques, ne se montre que postérieurement à la formation de l'ensemble de l'économie.

Lors même que l'on admettrait l'influence dominatrice du système sanguin chez les animaux vertébrés, il en résulte donc que les zoologistes ne pourront considérer cette relation comme étant une loi génésique, ni même comme une tendance commune à la majorité des animaux.

Chez plusieurs mollusques gastéropodes, le cœur se constitue et fonctionne lorsque les roues natatoires de la larve sont encore très-grandes; mais chez l'actéon l'apparition de cet organe doit être plus tardive, car chez aucun des jeunes actéons observés par M. Vogt on n'en voyait de trace. Nous ignorons donc encore à quel moment se constitue le cœur dont la présence a été constatée chez l'animal adulte par M. Souleyet.

Les recherches de M. Vogt jettent aussi de nouvelles lumières sur une autre question relative à l'histoire particulière des actéons; savoir : les fonctions des canaux ramifiés qui partent de l'estomac et qui penchent jusque dans les régions les plus éloignées du corps.

Tel est le résumé des points principaux traités dans ce rapport qui se termine par des conclusions favorables pour l'auteur du mémoire.

M. Serres demande la parole.

M. Serres : Les questions d'embryogénie sont si pleines d'intérêt que les recherches qui les concernent ajoutent toujours quelque chose à la science lors mêmes qu'elles ont été précédées par des observations analogues ou faites simultanément par un autre observateur. Loin de perdre par cette concurrence leur valeur est accrue au contraire, car elle prouve deux choses : elle prouve, d'une part, la justesse des observations; elle prouve, d'autre part, la fixité de la nature dans la manifestation de ses développements. Aussi j'adopte sans aucune restriction les conclusions du rapport que l'Académie vient d'entendre sur un mémoire de M. Vogt relatif à l'embryogénie de l'actéon vert.

Il n'en est pas de même de l'une des vues émises par l'honorable rapporteur concernant l'influence que peut exercer le système sanguin sur l'ensemble des développements embryonnaires. La question du développement de l'actéon vert, envisagée sous ce point de vue, revêt un caractère de généralité qui pourrait induire à des conséquences trompeuses si on n'en délimitait avec précision la portée.

L'actéon paraît privé de vaisseaux sanguins et de cœur, et néanmoins il est pourvu d'organes; d'où l'on conclut que le système sanguin n'entre pour rien dans leur développement. Ici l'évidence ressort tellement des faits qu'elle n'est pas même susceptible de discussion. Il est clair en effet que là où un système organique manque complétement, son influence est nulle sur le développement de ceux qui restent. C'est un animal de plus ajouté à tant d'autres animaux inférieurs privés de ce système en totalité ou en partie, et que l'on a opposés avec tant de raison à l'hypothèse de Haller sur l'action génétique du cœur et des vaisseaux sanguins.

Sous ce point de vue l'embryogénie de l'actéon vert est la répétition de l'embryogénie du poulet.

Si l'on suit l'ordre d'apparition des parties dans les premiers temps de l'incubation, on observe : 1° que les lames de la moelle épinière, ainsi que celles qui vont constituer les vésicules cérébrales, apparaissent en premier lieu; 2° on voit apparaître en second lieu les noyaux vertébraux; 3° et en troisième lieu le capuchon céphalique et les rudiments du canal intestinal. Jusqu'à la fin du premier jour et en présence d'une organisation déjà assez riche, il n'y a sur l'embryon primitif ni trace du système sanguin, ni trace du cœur.

Chez l'embryon du poulet à cette période, de même que chez celui de l'actéon vert, l'absence du système sanguin indique donc : 1° un retard de développement dans les éléments constitutifs du système sanguin; 2° elle indique de plus une indépendance génétique entre les parties déjà existantes.

Le rapport de l'embryogénie primitive des vertébrés trouve sa raison dans une des découvertes les plus importantes de l'embryogénie moderne : cette découverte est celle de la membrane blastodermique et des trois lames qui entrent dans sa composition.

Le résultat de cette découverte en embryogénie comparée a été, d'une part, de délaisser l'action génétique que l'on attribuait aux systèmes organiques, tantôt au système nerveux, tantôt au système sanguin; et, d'autre part, de transporter cette action sur les lames qui entrent dans la composition même du blastoderme, d'où le nom de *lames germinatrices* qui leur a été donné.

Voilà pour les analogies primitives.

Voici pour les différences :

Chez le poulet, la lame séreuse ou externe entre toujours la première en action : vient ensuite la lame muqueuse ou interne; puis en dernier lieu la lame vasculaire ou moyenne. Les organes qui proviennent de ces diverses lames suivent constamment le même ordre d'apparition.

Chez l'actéon vert, il paraît au contraire que la lame muqueuse ouvre les développements que suit ensuite la lame séreuse, tandis que la lame vasculaire reste en repos, soit qu'elle n'existe pas dans la composition de son blastoderme, soit qu'elle avorte dans son développement.

Ce dernier point je ne l'ai pas saisi à la lecture du rapport : j'ai entendu ce que l'on a dit de la lame séreuse et de la lame muqueuse; quant à la lame vasculaire, je n'ai pas entendu qu'il en fût question.

L'embryogénie moderne a constaté également que de la lame externe ou séreuse sortent les organes périphériques et l'axe cérébro-spinal du système nerveux; que de la lame interne ou muqueuse proviennent le canal intestinal et ses nombreuses dépendances, tandis que la lame moyenne ou vasculaire donne naissance aux vaisseaux et au cœur.

Si nous appliquons ces faits à l'embryogénie primitive du poulet jusqu'à la vingt-cinquième heure, et à l'embryogénie de l'actéon vert, nous trouvons que dans l'une et dans l'autre les lames séreuses et muqueuses du blastoderme sont entrées en action, tandis que dans l'une et dans l'autre l'action de la lame moyenne ou vasculaire est en retard; c'est là, c'est-à-dire dans la composition même du blastoderme, que réside peut-être la cause des analogies et des différences que présente l'embryogénie primitive des vertébrés et celle des invertébrés. Peut-être aussi est-ce là que l'on trouverait la cause des dissidences qui se sont élevées entre deux anatomistes distingués et au sein même de l'Académie, au sujet de l'organisation de ces mollusques inférieurs.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à l'embryogénie de l'actéon vert, on conçoit que si la lame vasculaire du blastoderme n'existe pas ou est avortée, l'avortement ou l'absence du système sanguin doit en être la conséquence.

Il n'est pas nécessaire de rapporter ici les analogies et les différences qui ont été signalées par les embryologistes de nos jours, concernant la composition du blastoderme dans les deux embranchements. Je ne rappellerai qu'un fait relatif à la disposition de la lame vasculaire.

Chez les vertébrés et particulièrement chez le poulet, la lame vasculaire est indépendante des deux autres lames. Chez les invertébrés au contraire, d'après les recherches de MM. Ratké et Valentin, la lame vasculaire est unie et quelquefois confondue avec la lame externe ou séreuse. On juge des résultats que doit produire cette différence de composition dans les développements des deux embranchements.

De ce qui précède il suit que, dans l'état présent de l'embryogénie comparée, l'action génétique ne saurait être attribuée à un système organique de l'embryon, pas plus au système sanguin qu'au système nerveux. Les progrès de l'embryogénie moderne ont montré que cette action réside dans les lames germinatrices qui entrent dans la composition du blastoderme.

Mais de ce que le système sanguin ne jouit pas d'une action génétique, du fait incontestable que son apparition est constamment tardive, tant dans l'embryogénie des vertébrés que dans celle des invertébrés, s'ensuit-il que son influence soit nulle dans la série des développements? Je ne le pense pas : les faits anciens et modernes s'élèveraient contre cette assertion. Les faits ont établi que le volume des organes est proportionnel, dans le cours de l'embryogénie, au diamètre de la lumière ou au volume des artères qui les pénètrent ou qui en proviennent. C'est cette dernière proposition que je me suis efforcé de faire ressortir dans quelques-uns de mes travaux; je n'en citerai qu'un exemple, que je choisirai encore dans le développement du poulet.

On sait qu'au moment où l'ovaire se détache du corps de Wolff, le calibre de l'artère ovarique est très-exigu; à mesure que ce calibre s'accroît, on voit l'ovaire s'accroître dans la même proportion jusqu'à la naissance du poulet. Il y a alors deux ovaires égaux en volume et deux artères ovariques d'un égal calibre; mais après la naissance, un mouvement rétrograde dont la cause nous échappe se manifeste spontanément sur l'artère et sur l'organe. On voit une des artères ovariques diminuer de volume successivement jusqu'à être réduite à zéro d'existence, et on observe que l'atrophie de l'ovaire correspondant suit la même dégradation jusqu'à la disparition complète : d'où il suit que le développement de l'organe et sa disparition sont exactement reproduits par le développement et la disparition de l'artère.

Telle est l'influence que me paraît exercer le système sanguin dans l'embryogénie comparée; quoique restreinte génétiquement, on voit qu'elle ne laisse pas encore que d'être très-importante.

Au reste, à l'occasion du rapport sur l'embryogénie de l'actéon vert, notre savant collègue M. Milne-Edwards ayant rappelé les mémoires de MM. Souleyet et Quatrefages, j'attendrai que le rapport en soit fait à l'Académie pour reprendre cette question si difficile, que je ne puis qu'effleurer dans cette improvisation.

PERMANENCE DES POISONS ET DE L'ANTIMOINE EN PARTICULIER DANS L'ÉCONOMIE.

M. MILLON communique un travail sur la permanence de l'antimoine dans les organes vivants.

En étudiant l'élimination de l'antimoine administré sous forme d'émétique, MM. Millon et Laveran ont eu l'occasion de signaler le séjour persistant du métal dans les organes et sa sortie du corps après un temps assez long. Cette première observation permettait d'attribuer à l'économie la faculté de retenir certains principes étrangers à la composition des organes au delà de toutes les limites de temps connues jusqu'ici; il devenait nécessaire de suivre et d'examiner davantage ces limites.

La médecine légale s'y trouvait vivement intéressée. La pathologie ne pouvait y rester indifférente; elle constate chaque jour le retentissement prolongé de l'intoxication; elle doit enregistrer avec une égale curiosité les faits qui établissent qu'une petite quantité d'un corps métallique s'installe au milieu de nos tissus, y demeure peut-être en permanence, et même se transmet de la mère aux petits qu'elle porte dans son sein.

Pour observer l'antimoine, dans les conditions nouvelles qu'indique l'auteur, les cas pathologiques ne suffisaient plus. L'émétique a été administré à des animaux. Six chiens ont été logés et nourris de manière à supporter une assez longue captivité. Leurs aliments quotidiens recevaient une addition de quelques grains d'émétique.

Cette première administration de l'antimoine a servi : 1° à comparer la valeur des différentes méthodes proposées pour la recherche de l'antimoine qui a pénétré dans les tissus; 2° à établir la distribution du métal dans les différents organes où il s'est introduit; 3° à constater la permanence dans des limites de temps modérément prolongées, mais suffisantes pour autoriser une nouvelle expérience, qui a dû être continuée pendant plusieurs mois.

Les animaux sacrifiés pendant la première semaine de l'administration de l'émétique retiennent l'antimoine dans le foie, le cœur, la chair musculaire, les membranes intestinales et les poumons. Le cerveau, les os et la graisse sont exempts de toute pénétration métallique. Au bout de quinze, vingt et vingt-cinq jours, la distribution du métal est la même, et sa quantité ne diminue pas sensiblement. Il faut ajouter que, dans ces premiers temps de l'inoculation antimoniale, la proportion qu'absorbe le foie est comparativement énorme; 600 grammes des différents tissus où l'antimoine se trouve fournissent à peine autant de taches métalliques que 100 grammes de foie.

M. Millon a fait une autre série d'expériences dans laquelle l'administration de l'émétique mêlé aux aliments, à la dose de 4 décigrammes par jour, a été prolongée pendant dix jours. Après ce laps de temps, les aliments stibiés furent remplacés par des aliments ordinaires.

Alors les animaux ne touchaient plus à leurs aliments, et étaient d'une maigreur extrême.

Par le retour au régime ordinaire, quatre d'entre eux se remirent à manger et reprirent peu à peu leur premier état; mais il y en eut deux qui ne purent résister aux effets de l'intoxication métallique : ils arrivèrent à un degré de consomption extrême, et finirent par succomber. Tous les organes étaient envahis par l'antimoine, et le foie avait un volume proportionnel énorme : ainsi il était le 10ᵉ ou 12ᵉ du volume du corps, au lieu d'en être du 24ᵉ au 40ᵉ, comme dans l'état normal.

Chez les quatre chiens restant, le rétablissement fut complet après une vingtaine de jours; ils engraissèrent beaucoup, et quand on les autopsia, le premier après six semaines de cessation du régime émétisé, le second au bout de trois mois et demi et le troisième après quatre mois révolus, on trouva l'antimoine en proportion notable dans le foie, mais principalement accumulé dans les os ou la graisse. Il semble que le métal s'était logé dans des organes où son séjour était compatible avec l'exercice régulier de toutes les fonctions. Il faut remarquer, d'ailleurs, que chez les deux derniers animaux sacrifiés, le foie, bien que retenant une certaine proportion d'antimoine, était revenu à son volume proportionnel normal.

Le dernier chien mis en expérience se rétablit tout à fait et fut conservé.

Enfin M. Millon soumit une chienne pleine au régime de l'émétique pendant cinq jours, quinze jours avant l'époque où elle devait mettre bas. Les petits, ainsi que la chienne, furent sacrifiés; le foie des premiers renfermait une quantité notable d'antimoine. Chez la mère, le volume était, relativement à celui du corps, : : 1 : 17; chez les petits, au nombre de cinq, il était :

: : 1 : 20
: : 1 : 24
: : 1 : 20
: : 1 : 17
: : 1 : 20

On peut donc conclure des faits qui précèdent :

1° Que, bien que l'antimoine semble s'organiser, on ne saurait affirmer qu'il se fixe à jamais dans nos tissus;

2° Que si l'antimoine pénètre simultanément tous les organes essentiels, les poumons, le cerveau, les parois intestinales, l'animal succombe à l'intoxication et semble mourir partout à la fois, en réduisant ses tissus au dernier degré de l'émaciation;

3° Que si l'antimoine est condensé dans le cerveau, la vie générale en reçoit la même atteinte; mais la mort frappe au milieu d'un cortége de symptômes nerveux qui indiquent le siége principal du poison;

4° Que si le métal arrive, au contraire, à des organes moins sensibles, ou d'une sympathie moins générale, à des tissus vivant lentement et tacitement, au tissu adipeux ou osseux, les effets du poison s'effaceront et l'on pourra croire à son élimination ou à son allure;

5° Enfin, que cette page nouvelle de l'intoxication antimoniale permet de soupçonner des conditions analogues dans les maladies saturnines.

SUR QUELQUES EFFETS DE LA COMPRESSION DU CERVEAU.

M. GODARD communique à l'Académie deux observations de tumeurs intra-crâniennes qui présentent de l'intérêt au point de vue de la physiologie du cerveau.

Dans l'une, il s'agit d'un cerveau comprimé dans une étendue considérable, et ramolli dans une épaisseur de 3 à 4 millimètres (tout le tiers postérieur de l'hémisphère droit aplati de plus d'un pouce et l'hémisphère gauche dans une étendue de plus de deux pouces de longueur et près d'un pouce de largeur; le cervelet, comprimé médiatement, semblait seul souffrir de cet état anormal). Tous ces désordres avaient lieu sans qu'il en fût résulté aucune altération dans les facultés intellectuelles, autre qu'un peu d'affaiblissement de la mémoire. D'un autre côté, il s'était manifesté dans le cours de la maladie une perturbation dans la locomotilité et particulièrement dans la régularisation et la coordination des mouvements.

Dans la seconde observation, il est question d'un sujet chez lequel un kyste s'est développé pendant son enfance dans le cerveau : il y a eu arrêt de développement dans son intelligence, mais la mémoire s'est soustraite à cette influence. Cet état s'est conservé stationnaire pendant trente ans, époque où de nouveaux accidents déterminèrent la mort.

Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ces deux intéressantes observations, dont nous n'avons pu donner ici qu'une indication très-sommaire.

EFFETS HÉMOSTATIQUES DE L'ERGOTINE.

M. BONJEAN (de Chambéry) adresse une cinquième note sur l'action de l'ergotine dans les blessures artérielles. Aucune occasion ne s'était encore présentée pour faire sur l'espèce humaine l'application de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. Il communique aujourd'hui à l'Académie les résultats qu'ont eus ces applications chez l'homme, dans un cas de blessure de l'artère palmaire et sur un cheval auquel il avait pratiqué l'incision de l'artère temporale.

Nous rapporterons seulement le premier fait.

Le 5 juin, une femme robuste âgée de 40 ans se fit une profonde blessure dans la main gauche. Une branche de l'artère palmaire avait été ouverte; pendant le trajet que cette femme dut faire pour gagner la ville, elle perdit beaucoup de sang; après avoir alternativement comprimé et laissé couler la blessure, le jet étant toujours aussi fort, j'appliquai, dit M. Bonjean, un peu de charpie imbibée d'une dissolution d'ergotine un peu concentrée, et je maintins le tampon en place par une compression légère, bien moins forte que celle que l'on avait vainement exercée jusqu'ici. Au bout de deux minutes, le sang ne coulait plus; cinq minutes plus tard, le tampon fut abandonné à lui-même, et on l'enleva douze minutes après son application. L'ouverture de la plaie était remplie par un caillot de sang assez ferme. Le sang n'a pas reparu depuis. Deux jours après la plaie était cicatrisée.

Quant à l'expérience faite sur le cheval, elle a eu le même résultat que celles qui avaient été faites précédemment sur des chiens ou des moutons. Cette dernière expérience a été entreprise dans le but de répondre aux objections qui avaient été faites à l'occasion des précédentes expériences.

TRAITEMENT DU CANCER.

M. TANCHOU adresse une lettre sur le traitement du cancer.

Parmi les médicaments que je ne cesse d'essayer contre les plaies cancéreuses, dit l'auteur, il n'en est pas de plus efficace, dont l'effet soit plus marqué et plus constamment favorable que la dissolution très-épaisse d'opium. Il a guéri par ce moyen des ulcérations superficielles évidemment cancéreuses; d'autres de la même nature, très-profondes et très-douloureuses, ont été rendues stationnaires et très-supportables.

Ce moyen tout seul ne suffit pas toujours pour atteindre le but désiré : un régime approprié, les agents médicaux indiqués dans son ouvrage, sont d'utiles auxiliaires.

Voici la formule de la dissolution que M. Tanchou oppose aux ulcérations cancéreuses :

Faire digérer pendant vingt-quatre heures, et à une chaleur modérée (24 à 25°), une dose d'opium brut en poudre ou en morceaux, dans une quantité d'eau suffisante pour faire une bouillie épaisse. Couvrir la surface malade de 2 ou 3 millimètres de cette préparation une ou deux fois par jour, et placer par-dessus un morceau de papier collé ou de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

PÉTRIFICATION DES COQUILLES DANS LA MÉDITERRANÉE.

MM. MARCEL DE SERRES et FIGUIER adressent un travail sur ce sujet.

On n'avait pas encore signalé, disent-ils, ce fait curieux, que les coquilles

abandonnées dans le sein de la Méditerranée par les animaux qui les habitaient s'y pétrifient d'une manière complète. Les auteurs du mémoire étudient ce phénomène et démontrent par l'analyse chimique et par des considérations géologiques, que les coquilles ainsi pétrifiées sont identiques avec les coquilles fossiles qui remplissent le bassin des mers géologiques. C'est un grand fait de plus à ajouter à tous ceux que les géologues ont mis en avant pour démontrer que les effets accomplis dans les premiers âges du monde et ceux que nous voyons aujourd'hui se réaliser sous nos yeux proviennent de causes semblables et qui persistent encore aujourd'hui.

Voici les conclusions principales de ce travail :

1° La fossilisation des coquilles de l'ancien monde et la pétrification des coquilles dans le bassin des mers actuelles s'effectuent suivant le même mode et constituent deux phénomènes tout à fait semblables.

2° Les coquilles pétrifiées de l'ancien monde et celles qui se rencontrent dans le même état sur les rivages de la Méditerranée sont presque identiques sous le rapport de la composition chimique.

3° La différence qui existe entre le mode de substitution des temps actuels et celui des temps géologiques consiste en ce que les pétrifications formées dans l'époque historique présentent une texture ordinairement plus cristalline.

4° Les coquilles pétrifiées dans les temps actuels n'arrivent à cette texture cristalline qu'après avoir passé par un certain nombre de degrés faciles à saisir. Elles commencent par se décolorer, ensuite les inégalités, les aspérités, les expansions de leur surface disparaissent, et elles deviennent tout à fait lisses. Enfin la pénétration des liquides calcaires amène leur transformation en une masse compacte, quelquefois entièrement cristalline.

5° Les coquilles univalves se pétrifient moins aisément que les coquilles bivalves. La structure lâche et feuilletée, comme on l'observe chez la plupart des coquilles bivalves et particulièrement chez les huîtres, semble faciliter la pénétration des liquides lapidifiques.

6° La teinte noire que les coquilles acquièrent souvent par leur séjour dans les vases marines provient de la réaction de l'hydrogène sulfuré, spontanément dégagé de ces vases, sur l'oxyde de fer qu'ils contiennent. Ce phénomène est étranger à celui de la pétrification ; il se remarque plus fréquemment chez les coquilles univalves que chez les coquilles bivalves.

7° Le phénomène de la pétrification est très-peu sensible sur les os. Par leur séjour dans la Méditerranée, ils acquièrent seulement une solidité et une densité plus grandes.

8° Les phénomènes de pétrification qui se sont réalisés dans l'ancien monde se passent encore dans les temps actuels, puisqu'il n'est pas rare de rencontrer dans le fond des mers des objets tels que des ancres, des armes, etc., enveloppés de grès coquilliers, formés de sables endurcis et de coquilles pétrifiées.

9° Les faits que nous avons constatés pour la Méditerranée se passent aussi probablement dans l'Océan, et il sera facile de les reconnaître lorsque les naturalistes porteront sur eux leur attention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

NOMINATION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire.

La section a présenté dans le comité secret de la dernière séance la liste suivante de candidature, par ordre alphabétique :

MM. Huguier, Larrey, Malgaigne, Manec, Robert et Vidal (de Cassis).

L'Académie procède au scrutin par appel nominal.

Le nombre des membres inscrits sur la feuille de présence est de 104 ; majorité, 53.

M. Malgaigne obtient. . .	37	suffrages
M. Robert.	23	—
M. Manec	19	—
M. Vidal.	15	—
M. Huguier	7	—
M. Larrey	3	—

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Votants 101, majorité 51.

M. Malgaigne obtient	54	suffrages.
M. Robert	29	—
M. Manec	15	—
MM. Vidal, Huguier et Larrey, chacun. . . .	1	—

En conséquence M. Malgaigne est proclamé membre de l'Académie ; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'Académie reprend la suite de la discussion sur la peste.

La parole est à M. Desportes.

M. Desportes : Tout le monde reconnaît la nécessité d'apporter des changements au régime des quarantaines, aux ordonnances ou lois qui les ont fondées et qui les maintiennent.

Mais quels doivent être ces changements ? Ici des intérêts de deux sortes se présentent : l'intérêt de l'humanité et l'intérêt du commerce. L'intérêt de l'humanité porte en France sur 29 à 30 millions d'âmes, l'intérêt du commerce sur 1 à 2 millions.

Dans une enceinte académique de médecine, l'intérêt de l'humanité, ne comprît-il que quelques individus, doit être pris en considération avant tout. L'intérêt du commerce, se liant à des vues économiques et politiques, est peu de notre ressort.

J'ai toujours craint que, sans en contenir la pensée nette, le rapport ne fût beaucoup trop rédigé dans les intérêts un peu étroits du commerce. Quelques paroles de M. Ferrus, dans la séance du 9, ont confirmé cette crainte. Cependant c'est à tort, car l'intérêt de la santé et de la vie de plusieurs millions de personnes est encore, sous le point de vue restreint de l'économie politique, plus important que l'intérêt commercial de 1 à 2 millions de trafiquants et d'industriels et 1 à 2 milliers de voyageurs.

Quant aux changements qui doivent être faits dans le régime des quarantaines pour satisfaire aux intérêts de la santé publique, ils sont assez divers, mais tous doivent avoir pour base avant tout ce qu'il y a de vrai, de l'aveu du monde médical, dans l'état actuel des connaissances en médecine ; puis, ce qui est regardé comme vrai, sans trop de contestation, touchant la peste, et enfin ce qui est reçu comme vrai par plusieurs gens de l'art touchant les maladies qui ont avec la peste de nombreux rapports. A l'égard de ce dernier point, le travail de la commission laisse assurément plus qu'à désirer.

Le vrai doit s'entendre ici de ce qui est considéré comme tel par la majorité des médecins, et même par la plus grande part des médecins qui professent d'ailleurs des opinions très-divergentes sur certaines questions de l'histoire de la peste.

(Ici M. Desportes, passant en revue les diverses obligations que la nature du sujet imposait à la commission, et appréciant l'esprit général du rapport et la manière dont la commission a procédé dans ses recherches, lui reproche d'avoir manqué d'indépendance, de s'être arrêtée avec prédilection sur une opinion qui appelle et exige, avant d'être adoptée, de nouvelles investigations.)

Maintenant, ajoute-t-il, quelles ont été les conséquences de cette sorte de faiblesse ? Les voici.

1° La commission aura voulu, sans aucun doute, être prudente, réservée, impartiale, académique. Mais le rapport témoigne-t-il suffisamment de son intention ? On le verra.

2° Elle est devenue, quoiqu'elle s'en défende, un partisan plus ou moins déclaré, plus ou moins intelligent, de l'opinion de la non-contagion et de l'infection, s'exprimant, comme les non-contagionistes, avec dédain sur tout médecin qui ne partage pas cette opinion, refusant toute valeur aux faits qui peuvent servir à la réfuter, ou les passant entièrement sous silence.

3° Elle tient le langage de tout avocat de parti ; elle donne avec une régularité singulière une conclusion rigoureuse à chacun de ses chapitres, oubliant sans cesse qu'il est des choses indispensables à connaître, et que tout le monde et elle ignorent encore, employant dans sa forme favorite le raisonnement des non-contagionistes, lequel peut aisément être retourné contre eux. Dans son langage enfin jamais ne se rencontre ce qui devrait y dominer, savoir, le doute de l'homme maître de soi, le doute honnête, qui sied si bien dans une science comme la médecine, et au moment où l'on va faire des données de cette science une grande et importante application.

4° Pour la commission, la peste n'est pas contagieuse par le contact de la peau, ni par l'inoculation de quelque humeur, ni par un virus ; mais elle est très-dangereuse par une infection particulière qu'elle engendre, et qui provient des corps malades de la peste. Ferme dans cette opinion, à la manière des personnes subjuguées par une opinion tranchée, votre commission n'a pas vu ce qu'il y a de bizarre dans cette assertion. Quoi, le corps des pestiférés exhalerait quelque chose qui communique la peste, et ce quelque chose ne serait pas contagieux, lorsque cependant il reproduit exactement la même maladie que celle dont il provient, la peste ! Mais quelle plus grande ressemblance qu'une telle infection avec la contagion ! A coup sûr, dans la pratique de la prophylaxie, cette infection équivaut à la contagion et exige des moyens de préservation presque en tout semblables.

5° La commission ne vous épargne pas les surprises. Selon elle, ce quelque chose, qui provient d'un corps pestiféré, bien qu'il puisse infecter directement un corps sain, ne posséderait plus aucune propriété nuisible du moment qu'il est déposé sur les vêtements de ce même corps sain, ou suspendu dans l'air, qui est nécessairement enchevêtré dans les poils et les mailles des tissus employés en vêtement... Et elle vous dit cela toujours avec son invariable unanimité et dans ses inévitables conclusions de chapitres ; elle vous le dit en se fondant, à certains égards avec raison, sur des faits communs, mais en repoussant, sans raison valable, d'autres faits (p. 753, et rapport de M. de Segur-Dupeyron, 1846), et entre autres celui de la cause apparente de la peste du village d'Itgelmés en 1841, et en oubliant encore les exemples analogues et historiques du développement d'autres maladies que la peste (typhus des prisons, dyssenterie des armées, etc.), qui ont pu être attribuées par les observateurs à des vêtements infectés.

Peut-être, au reste, que votre commission veut faire le procès à tout le passé de la science médicale, et qu'elle ne date l'ère de la vérité que depuis que les médecins d'Égypte et elle ont parlé.

6° Pourquoi votre commission a-t-elle conclu ainsi sur les vêtements ? Aurait-

elle vu là un moyen d'éviter une difficulté qui se serait présentée aussitôt qu'elle eût admis l'infection des vêtements et par les vêtements? Cette difficulté est que les vêtements et les étoffes des meubles, etc., qu'une certaine opinion regarde, dans les épidémies de peste, comme pouvant communiquer la maladie, cesseraient d'être dangereux au moment même où l'épidémie pestilentielle va finir son règne. Mais cette difficulté qui, dans l'état actuel de la science, peut jusqu'à un certain point être résolue, est cependant du nombre de celles qui ont besoin, pour être levées, d'être étudiées expérimentalement.

7° Les contagionistes, les non-contagionistes et les médecins qui n'ont été séduits ni par les premiers, ni par les seconds, tous invoquent des expériences, non-seulement au sujet des vêtements, mais encore à propos d'assez nombreuses questions.

Comment se fait-il que les médecins de l'Égypte, nos contemporains, eux dont les idées et presque les paroles sont en général adoptées par votre commission, n'aient pas encore commencé l'œuvre de ces expériences, ou, s'ils l'ont commencée, comment se fait-il qu'ils aient si infructueusement et si singulièrement mis la main à une telle œuvre, et qu'ils l'aient si vite abandonnée?

La réponse à cette question se trouve suffisamment dans ce qu'ils ont écrit sur cette matière. On y voit que leur esprit multiplie les difficultés et s'embarrasse dans les moyens d'exécution. On n'oserait pas ajouter que cette partie du livre de l'un d'eux témoigne qu'ils ne se rendent pas bien compte de ce qu'il est en leur pouvoir de faire, et qu'ils n'aient à ce sujet que des idées assez confuses.

Les médecins d'Égypte, et votre commission d'après eux, croient qu'on ne peut faire une partie des expériences que hors des pays envahis par la peste; et les premiers ont trouvé probablement dans cette nécessité moins un motif qu'une excuse pour ne rien entreprendre. Cependant, messieurs, non-seulement en Égypte, mais encore en Turquie, on connaît au moins quelque lieu qui est signalé par son entière et constante exemption de la peste. Telles sont, entre autres, la citadelle du Caire, la contrée au delà des premières cataractes, le sommet d'une grande montagne près de Constantinople, etc. Bien plus : dans presque chaque épidémie de peste, combien de lieux qui se font remarquer par leur exemption continue de la maladie ; tantôt c'est une rive de fleuve, tantôt une province, une ville, un quartier de ville, une rue, etc. En vérité, l'embarras du choix de lieux à proximité et convenables ne paraît guère réel pour les médecins d'Égypte.

8° Quant au mode adopté pour les expériences, les savants médecins dont je parle et votre commission en sont seulement encore à ce que l'on a imaginé il y a vingt à trente ans à ce sujet, comme s'il n'était pas facile de prévoir en ce temps-ci les objections sérieuses qu'elles rencontreraient et toutes les questions dont elles ne donneraient pas la solution.

Un exemple. Ils ont essayé l'inoculation du sang, et M. Clot sur lui-même. Le résultat n'a été affirmatif qu'une fois sur cinq tentatives (p. 724); et on s'est cru en droit de conclure que c'était là au moins une forte présomption en faveur de la non-contagion. Quelques réflexions feront apprécier le mérite de la conclusion et de l'expérience. D'abord on sait que le sang des individus atteints d'une maladie contagieuse par l'inoculation de l'humeur de ses pustules, telles que la variole ou la vaccine, est loin de reproduire sur un nombre déterminé de sujets la maladie un aussi grand nombre de fois que la matière de la pustule, alors le succès de l'inoculation du sang est beaucoup plus sous la dépendance de la susceptibilité des sujets à contracter la maladie ; alors encore, pour juger du degré de la propriété du sang de produire par son inoculation la maladie, il faudrait connaître préalablement sur quel nombre d'individus il y a un individu d'atteint dans chaque épidémie. Dans ce cas, en outre, il faudrait s'assurer des choses et des circonstances qui doivent influer sur l'événement de l'expérience. Il faudrait exprimer aussi comment on est disposé à juger cet événement comparativement à d'autres expériences qui auraient été tentées avec la même humeur, le sang, lorsqu'il proviendrait de malades autres que les pestiférés ; comment on penserait sur le degré d'importance qu'il serait rationnel d'accorder aux cas plus ou moins rares ou exceptionnels, lesquels peuvent ne paraître tels que parce que les expériences n'ont pas été répétées un nombre suffisant de fois, etc., etc. Sur tous les points, les expérimentateurs égyptiens se taisent.

Mais passons à une autre expérience, celle où le pus des bubons est la matière expérimentée. Votre commission et M. Clot rejettent comme douteuse la mortelle expérience de Whyte sur lui-même, et paraissent néanmoins admettre comme probante négativement une expérience semblable du médecin égyptien. L'expérience de Whyte serait douteuse selon eux, parce qu'il était dans un lieu où régnait une peste épidémique. Mais n'en était-il pas de même de M. Clot? Si lui n'a pas été malade, Whyte aurait donc pu ne pas l'être non plus. Ainsi l'un a échappé parce qu'il n'avait pas la prédisposition indispensable; l'autre a été saisi de la peste parce qu'il avait cette funeste prédisposition et parce qu'il a été soumis en sus à l'inoculation du pus, laquelle a fait apparaître la fatale prédisposition. L'expérience est donc valable en la considérant chez les deux médecins sous le point de vue de la commission.

Votre commission s'est donné la peine de transcrire littéralement le récit de l'expérience du docteur Sola sur 14 déserteurs, et ainsi elle a écrit que sur 7 de ces hommes la peste a paru. Qu'importe à votre commission? A la page suivante de son rapport, elle place cette petite conclusion : « l'inoculation du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques. »

Trois remarques doivent trouver maintenant leur place; elles jetteront à leur tour une certaine lumière sur l'esprit réel du rapport.

La première est que le médecin égyptien, le guide permanent de votre commission, ayant mis dans son livre cette phrase : lors de la peste de Marseille, Deidier fit plusieurs expériences d'inoculation sur les animaux, entre autres, sur deux chiens.... sans qu'ils contractassent la maladie, etc. Du moment que le maître l'a dit, votre commission garde le silence. Cependant, messieurs, il est vrai que les troisième, quatrième, cinquième et sixième expériences, exécutées sur plusieurs chiens avec de la bile de pestiférés ont toutes produit la peste ; et la septième raconte que la bile d'un chien mort de la peste injectée dans la veine crurale d'un autre chien, a produit également la maladie (nouvelles expériences sur la bile des pestiférés de Marseille, par M. Deidier). Ainsi voilà des expériences dans lesquelles, au jugement du médecin qui les a instituées, la peste a été inoculée. Comment se fait-il qu'elles soient exclues du rapport?

Je passe à la seconde des remarques sur lesquelles je dois successivement appeler votre attention. Il s'agit encore du docteur Whyte et de son expérience sur lui-même. Votre commission prononce à son sujet cette sentence : « Quant au fait..... il est loin d'être parfaitement authentique, et..... il manque des détails nécessaires, etc. (p. 726). » Comment, cette expérience est loin d'être authentique, lorsqu'elle est consignée dans l'Essai médical sur l'expédition de l'armée anglaise des Indes en Égypte, lorsque c'est le chef de service médical qui parle d'après le compte journalier qu'il s'est fait rendre de la maladie du docteur Whyte par l'un des médecins de l'armée, par M. Rice, qu'il a choisi précisément parce que ce médecin avait eu lui-même la peste! De quelle façon pourrait-on caractériser l'assertion de la commission?..... On n'oserait choisir.

Maintenant l'expérience manque-t-elle donc en effet des détails nécessaires? Vous allez juger, messieurs, si votre commission a lu cette expérience, ou si elle a su la lire.

Ils disent que l'inoculation a été faite par une piqûre au pli de l'aine ; non, elle a été faite en cette partie par une simple friction. Ils ajoutent que dès lors il n'y a rien de surprenant qu'en temps d'épidémie il soit survenu à cette piqûre une pustule charbonneuse. La déduction n'est-elle pas bien trouvée?... Oui, et bien trouvée encore par un autre motif; car nulle part, dans le récit de l'observation, on ne lit les mots *pustule charbonneuse*. Le médecin d'Égypte, et votre commission d'après lui, font encore la judicieuse remarque qu'un individu peut facilement contracter la peste dans l'espace de neuf jours.... Mais il ne s'agit pas de neuf jours ici. Le docteur Whyte est entré à la maison de peste, à El Hammed, le 2 janvier 1802, dans la soirée, et se frictionna aussitôt la face interne de la cuisse avec la matière d'un bubon pris sur une femme, et il sort mourant et sur sa demande de cette maison de peste, dans la matinée du septième jour depuis son inoculation, et il meurt dans l'après-midi de ce même jour, à la maison de peste de Rosette, où il avait été transporté et confié aux soins des Arabes. Vous le voyez, messieurs, les détails ne manquent pas, et dès le début du récit ils abondent.

Le médecin d'Égypte et par conséquent votre commission ne parlent pas du tout d'un autre mode d'inoculation que le docteur Whyte a en outre pratiqué sur lui-même le lendemain au matin de son entrée à l'hôpital de El Hammed. Ce médecin fit choix, pour cette seconde inoculation, de la matière d'un bubon qui se développait chez un Cypaie ou Indien. Il semble avoir eu en vue de répondre à l'objection faite contre l'inoculation du pus d'un bubon qui est parvenu à sa maturité.

A El Hammed, pays de marais, la peste affectait une marche intermittente. M. Rice, qui avait eu la peste sous cette forme, ne dut pas ainsi être étonné que la maladie de Whyte fît son invasion le quatrième jour au soir (6 janvier), par un violent accès de fièvre, qui se reproduisit le lendemain au soir. Le sixième jour, Whyte demande un purgatif, que lui accorde M. Rice, et une saignée, dont ce dernier ne jugea pas l'emploi convenable d'après l'état des symptômes. Ce même jour, délire modéré et désir d'être transporté à Rosette. Encore un détail, permettez-le moi, messieurs, puisque votre commission, dédaigneuse du dévoûment un peu aveugle peut-être, mais cependant généreux et respectable de Whyte, prétend n'en avoir pas trouvé. D'ailleurs ce détail, non-seulement elle me le pardonnera, mais elle va d'abord battre des mains en l'écoutant. Whyte, il est vrai un peu délirant, persista toujours à dire que sa maladie n'était pas la peste, et se refusa toujours en conséquence à laisser examiner l'aine et l'aisselle. Mais pour M. Rice, qui avait eu lui-même une peste grave, pour le corps médical anglais et pour leur chef, qui tous étaient alors entourés de cas de peste, la maladie de Whyte était la peste. Aussi le médecin en chef exprime-t-il quelque part (p. 87) l'espoir qu'une semblable expérience ne sera pas répétée, et il fait entendre qu'il s'y opposerait.

Eh bien! messieurs, que devrait-on penser désormais des soins et du zèle fastueux (p. 546) de votre commission pour chercher la vérité et la dire?

L'obstination de Whyte dans son opinion qu'il n'avait pas la peste et que la peste n'était pas contagieuse, avait pour cause que, venant de l'Inde et ayant sous les yeux la peste d'Égypte, son esprit fut frappé de la ressemblance de cette dernière maladie avec la maladie grave et commune du Bengale, le typhus des rives du Gange, le mal de Siam, la fièvre jaune. Veuillez, messieurs, vous rappeler qu'il n'y a qu'un moment je vous disais que votre commission avait entièrement passé sous silence ce sujet, et à tort..... oui, à tort, puisque, et peut-être le malheureux Whyte y a-t-il contribué, on a pu dresser un tableau des phénomènes qui établissent d'assez nombreuses traces de ressemblance entre la peste et la fièvre jaune (1804).

9° Les expériences instituées par l'art ont surtout pour objet, en cherchant à reproduire à volonté des faits dus à l'observation, de donner à ces faits toute leur valeur. Mais il y en a qui, dans l'état actuel de la science, ne peuvent guère être soumis à cette épreuve. La peste ne se propage pas, quel que soit le pays d'ailleurs où elle ait spontanément éclaté, seulement par infection ou par contagion; mais elle se répand principalement par voie épidémique, par l'intermédiaire de l'atmosphère, sous certaines conditions pour les lieux et pour les personnes.

Votre commission a essayé de déterminer les pays où la peste se développe spontanément. Jusqu'à quel point a-t-elle été heureuse dans ce travail? On peut hésiter. Toutefois, il est difficile de ne pas admettre la funeste prééminence de l'Égypte à cet égard, et de ne pas la voir comme la contrée du bassin méditerra-

née la plus appropriée à cette spontanéité, et toujours apte pendant au moins six mois de l'année à répandre son mal pestilentiel dans tous les pays du littoral de la Méditerranée, soit par voie épidémique, soit par infection ou par contagion. On ne pourrait pas aussi sûrement en dire autant de toute autre contrée.

Votre commission, en admettant pour la peste un moyen de transmission fréquent et assuré dans l'infection, aurait dû prévoir qu'elle se retirait probablement par cela même la possibilité de déclarer que la peste pouvait naître spontanément en Turquie et sur les bords du Danube; car elle ne pouvait plus affirmer que la peste ne fût pas importée, chaque fois qu'elle se montre en ces pays, par l'infection, même dans les temps où quelque circonstance particulière, la guerre, par exemple, paraît devoir interrompre toute relation de la Turquie et des frontières russes du Danube aux cinq embouchures avec l'Égypte et la Syrie; car on sait que, dans tous les temps, la petite navigation transporte sans interruption des personnes d'un pays à l'autre.

Cette question sera à peine résolue même par les quarantaines de l'empire turc, puisque ses quarantaines, comme les quarantaines d'autres lieux, doivent laisser parfois franchir leurs portes et leurs murailles.

Votre commission a disserté aussi, et assez longuement, sur les causes visibles, locales, qui peuvent faire naître la peste (ch. 2), en recevant encore sa pensée surtout des médecins de l'Égypte, un peu de votre excellent secrétaire perpétuel, et passant sous silence les opinions au moins de trois académiciens que vous avez eu le malheur de perdre.

Mais votre commission, si elle vous entretient beaucoup de l'insalubrité des lieux et de la misère des populations, elle ne fait aucun effort d'esprit pour indiquer comment elle comprend que la peste puisse ne pas se montrer dans toutes les contrées où se rencontrent à la fois une grande insalubrité de lieux, un delta ou les rives fangeuses d'un fleuve, et une population indigente, malpropre, ignorante, et aux corps affaiblis.

Elle vous entretient de la cause ou des causes épidémiques, endémiques et sporadiques de la peste. A l'exemple de ses maîtres, les médecins d'Égypte, qui n'ont point encore demandé à l'étude des masses d'air atmosphériques quelque trait de lumière, s'il est possible d'en obtenir, elle se tait sur une observation qui, bien étudiée, pourrait mettre un jour peut-être sur la voie du progrès. Cette observation serait que la peste, dans une même épidémie, en Égypte (1801-1802), aurait semblé revêtir un caractère différent selon la condition des lieux où elle apparaissait. Là où il existe des marais, comme à El Hammed, elle offrait le type rémittent ou intermittent; là où il y avait encombrement d'hommes dans les hôpitaux, elle se montrait, chez les hommes qui en venaient, avec un caractère typhique dominant; là où l'atmosphère se trouva froide et pluvieuse, aux mois de décembre et de janvier, la peste eut un caractère inflammatoire, et à Rahamania, il y avait eu en outre les symptômes de la pneumonie; au Caire, à Ghizé, à Boulac et vers l'isthme de Suez, la maladie revêtit la forme d'une fièvre douce continue. Enfin il y eut des cas assez nombreux qui offrirent une ressemblance frappante avec la fièvre des Indes occidentales.

Cette observation est conforme, au reste, à ce qui a été observé, jadis comme aujourd'hui, pour certaines autres maladies cruelles, pour la fièvre jaune, etc.

Quoi qu'il en soit de la généralisation du fait, quel enseignement nous donne dès à présent ce fait? C'est qu'en dernière analyse la cause première et absolue de la peste n'est pas seulement la condition mauvaise, insalubre et visible des lieux et des personnes.

Ainsi l'assainissement de l'Égypte ne peut, comme on le propose et comme on l'espère, être accompli uniquement et complétement par le changement des conditions extérieures, plus ou moins superficielles, du pays et de ses habitants. Il y a à découvrir quelque chose de plus, en quoi réside principalement la cause morbifique, et les moyens de combattre cette cause.

D'ailleurs, si une civilisation avancée et une disposition salubre des lieux peuvent prévenir ou affaiblir, dans de certaines limites, le développement spontané de diverses maladies épidémiques, il est impossible de ne pas apercevoir que l'Européen, avec les degrés différents de civilisation qu'il a atteints, et avec le degré plus ou moins parfait de salubrité qu'il a su introduire autour de lui dans les choses, ne peut néanmoins prétendre à arrêter l'invasion des puissantes et mortelles épidémies qui se sont répandues par toute la terre : par exemple, de la peste noire, du choléra asiatique, etc. La cause n'en était pas dans le tas de boue d'un delta ni dans la misère excessive des populations ; elle avait une source douée d'une plus grande et plus permanente énergie, à en juger par l'extension de ses effets. La médecine, dans l'état actuel de ses connaissances, doit encore être très-réservée, dans ses promesses aux populations et aux gouvernements, sur l'efficacité de ses moyens d'assainissement des lieux marécageux.

10° Lorsque l'impression efficace de la cause de la peste a eu lieu, que cette cause épidémique est atmosphérique, ou une infection, ou une contagion par inoculation artificielle ou accidentelle, quelle est la durée de l'incubation?

Ici l'orateur, rappelant les faits sur lesquels s'appuie la commission, en les mettant en regard des faits exceptionnels dont elle ne tient pas compte, et des causes nombreuses qui peuvent faire varier la durée de l'incubation, demande s'il y aurait de la sagesse et de la prudence à prendre un parti invariable sur la durée de l'incubation, lorsqu'on peut compter sur ce sujet presque autant d'opinions que d'observateurs ; et il se résume en ces termes :

11° Quoi qu'il en soit de sa durée, l'incubation est de deux espèces quant à sa terminaison :

1° L'une se prolonge plus ou moins de temps et s'accompagne de quelques phénomènes, faible indice d'un travail dans l'organisme, lequel finit par avorter, c'est-à-dire finit sans amener le développement de la maladie ou de la peste.

2° L'autre incubation, après une durée variable, amène l'éclosion de la peste ; mais le produit de cette incubation est susceptible de revêtir quatre formes, dont on doit tenir compte dans la question de l'établissement des quarantaines.

Cette incubation produit :

A. Tantôt et très-souvent une peste qui a la plus grande ressemblance avec le mal de Siam, la fièvre jaune, à ce point que l'on a pu dresser un tableau de leurs traits de ressemblance ;

B. Tantôt une peste très-dangereuse avec des bubons, et, à en juger au moins par les apparences, communicable à ce point que le consentement général des peuples l'a déclarée contagieuse, opinion soutenue de l'avis de la majorité des médecins ;

C. Tantôt une peste d'une intensité modérée avec des bubons, et dont le caractère, sous le rapport de la propriété transmissible, a fait naître en tout temps des doutes ou des croyances fort opposées dans l'esprit d'une foule d'hommes instruits, et de médecins surtout, entre autres de Lecomte, en 1656, qui, à Paris, niait la contagion, quoique le pape en proclamât l'existence ; puis Assalini, au commencement de ce siècle, opinion qui nuisit à son avancement, etc.;

D. Tantôt enfin une peste sans bubon d'abord, larvée, quant à ses symptômes, sous la forme d'une maladie commune et bénigue, et cependant si insidieusement et si insignement dangereuse, que la mort survient à l'improviste, inattendue. On ne reconnaît guère cette peste qu'après la mort ; elle a été mal étudiée jusqu'ici. Peut-être l'inoculation de quelque humeur du malade à des animaux pourrait devenir pour cette peste un moyen de diagnostic.

12° Si telles sont, en effet, les quatre principales formes sous lesquelles naît la peste, dès lors les quarantaines, pour accéder au sentiment le plus généralement répandu encore parmi les peuples et les médecins, et jusqu'à ce que des expériences pleinement instructives aient été exécutées et suffisamment examinées, doivent être organisées en conséquence de quelques-uns des phénomènes considérés comme inhérents aux maladies de la peste.

Les quarantaines doivent encore être organisées de manière à parer aux éventualités de l'incubation et de tout ce qui la concerne.

Les quarantaines, elles qui sont préparées dans un sentiment d'humanité, doivent, conformément au sentiment d'humanité le plus généreux et le mieux compris, être organisées dans leur intérieur, pour les soins à donner aux malades, d'après les connaissances acquises sur la peste par l'observation et par des expériences répétées et contrôlées avec sagesse. Les quarantaines doivent être une maison de plaisance réunissant toutes les commodités de la vie, tous les secours dans les cas de maladie.

Enfin les règlements des quarantaines devraient être progressifs, c'est-à-dire être rédigés en termes tels qu'ils pussent se prêter aux améliorations successives qui résulteraient de l'avancement futur de la science, et de manière ainsi que toute erreur reconnue dans quelque point de l'histoire de la peste, et dans une disposition correspondante de l'organisation des quarantaines, pût être corrigée sans avoir à craindre les lenteurs habituelles, quoique parfois avantageuses, des procédés de l'autorité administrative.

13° Mais la question de ce que doivent être les quarantaines ne peut certainement occuper que le second rang quand il s'agit des mesures de préservation contre la peste.

Une des conséquences, entre autres, de l'adoption qui a été faite par votre commission de l'opinion que la peste serait surtout transmissible par infection, est, d'une part, que votre commission a concentré son attention d'une manière très-particulière sur les moyens de prévenir cette sorte de transmissibilité, et d'autre part, qu'elle n'a pas tenu également compte de cette considération, que la propagation de la peste par toutes sortes de voies, et ainsi par l'infection même, est toujours sous la dépendance d'une certaine disposition du corps parmi les populations, et que, sans l'existence actuelle de cette disposition des corps, toute apparition de la maladie est arrêtée. Dès lors votre commission, trop constante imitatrice des médecins d'Égypte, non-seulement ne s'est ni assez ni plus qu'eux appliquée à l'étude, soit des causes qui produisent et entretiennent cette funeste disposition de l'organisme, soit des signes qui pourraient la faire reconnaître, double étude hérissée de difficultés ; mais encore, et c'était là le véritable objet de la mission de la commission, elle n'a pas assez montré ou plutôt elle a oublié tout à fait de montrer et de détailler les divers moyens hygiéniques qu'elle aurait pu croire capables de prévenir le sourd développement d'une pareille disposition du corps, et d'empêcher son existence chez les populations du midi de la France.

Cependant, messieurs, ne serait-ce donc pas là où il conviendrait de placer le premier et le principal point de la question des mesures préservatrices? Lorsque l'on aura enseigné avec prudence les moyens possibles, pratiques, d'amener le corps des habitants du midi de la France à une disposition d'être qui le mette dans la situation de résister aux influences morbifiques en général, et aux causes d'atteintes efficaces de la part de ce qui produit la peste, est-ce que l'on n'aura pas opposé à cette maladie la barrière la plus infranchissable, barrière tout autrement sûre que celle des murailles et des portes d'un lazaret? Il faut que la peste ne trouve pas de corps disposé à recevoir ses impressions morbifiques, par les effets salutaires et toujours prolongés d'une habitation et d'une nourriture salubres, d'une aisance convenable et générale, dans des lieux purgés de tout ce qui pourrait en vicier le sol et l'air. Quiconque n'a pas le corps disposé d'une certaine manière, on le sait, n'est point affecté par une cause épidémique ; il ne cède pas non plus à l'action morbigène de l'exhalation d'un corps malade, et il ne conçoit que dans un nombre de cas fort restreint, la maladie qui pourrait lui être communiquée par une inoculation accidentelle.

En conséquence, les mesures générales de préservation que votre commission aurait dû proposer en première ligne, devraient consister :

1° Pour la France, à assainir avant tout ses rivages et ses ports de la Méditerranée (l'air, les eaux et les lieux); à faire disparaître ses plages inondées, marécageuses, et à les remplacer par des terres cultivées; à expulser des ports les eaux noires et fétides, et les vases putrides qui les infectent; à curer au loin les rades; à faire observer dans les villes et les habitations particulières tous les préceptes de l'hygiène publique et privée; à diminuer considérablement, sinon à l'annuler, le nombre des indigents, en faisant pénétrer dans tous les rangs de la population méridionale cette stricte aisance sans laquelle l'homme ne peut vivre doué de toutes ses facultés naturelles de force physique et d'intelligence.

Mais cela ne suffirait pas encore; il faudrait en outre que, dans les saisons chaudes, lorsqu'une atmosphère embrasée trouble la santé de la majorité des populations méridionales, lorsqu'elle tarit les sources d'eaux salubres, dessèche la végétation, diminue la masse, la variété et les propriétés utiles des matières alimentaires, lorsque toutes choses deviennent la menace du développement imminent d'une épidémie, il faudrait, disons-nous, que des secours appropriés fussent fournis aux populations, pour soutenir et maintenir la bonne disposition de leur corps, au milieu des influences morbifiques. De même que l'on prépare pour les temps de disette la distribution à un prix modéré de matières alimentaires, de même on devrait préparer, contre l'inclémence des saisons et des chaleurs, et de ses effets, des distributions à bas prix des choses nécessaires, de l'eau, du vinaigre, etc., comme on le fait aux soldats.

Les sociétés humaines doivent être d'ailleurs une image parfaite d'une société sympathique de secours mutuels. C'est un des vœux que votre commission aurait dû former, comme étant la première des mesures sanitaires à adopter, comme étant la première et la meilleure garantie du salut de la France, contre la peste et la fièvre jaune, contre le typhus et les dyssenteries.

2° Pour les nations qui ont été et qui sont fréquemment envahies par la peste, à assainir leur territoire, à le bien cultiver et à rendre bon le mode d'existence des populations au milieu desquelles l'indigence ou même la misère hideuse domine uniformément jusqu'à ce jour.

3° Pour toutes les nations, à former une alliance par laquelle chacune d'elles s'obligerait à établir des quarantaines à l'égard du peuple qui se refuserait à détruire sur son territoire toutes les causes qui ont été signalées comme capables d'exciter le développement de la peste ou de toute épidémie meurtrière, par exemple, de la fièvre jaune, du choléra, etc.

Je crois donc, par tout ce que j'ai dit, avoir motivé la proposition que j'ai l'honneur de vous soumettre.

La voici :

L'Académie n'entend pas donner son approbation au corps du rapport, qui restera ainsi purement et simplement le travail de la commission;

Et elle considère ce travail uniquement comme un thème, et une opinion reproduite sur la peste, et qui n'a pas d'autre destination que de servir d'introduction à la discussion des questions médicales concernant certaines mesures de préservation et les quarantaines en particulier.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLE SORTE DE QUINQUINA.

Il a été fait un envoi assez considérable, du Para à Londres, d'une sorte de quinquina, qui n'a jusqu'à ce jour pas trouvé de consommateurs, bien que son aspect et sa saveur semblent indiquer une écorce de bonne qualité, riche en alcaloïde. M. le docteur Zimmer, de Francfort, n'ayant obtenu, après quelques expériences faites avec ce quinquina, que des résultats négatifs qui lui firent naître des doutes sur la présence de la quinine et de la cinchonine dans cette écorce, en envoya un échantillon à M. Winckler, avec prière de le soumettre à un examen chimique comparatif. Voici en quels termes ce chimiste rend compte de son examen :

L'aspect extérieur de cette écorce rappelle tout à fait le quinquina huanuco en très-gros cylindres; mais il s'y trouve aussi beaucoup d'écorces qu'il est à peine possible de distinguer d'un gros quinquina huamalis, et quelques écorces cylindriques ont aussi beaucoup de ressemblance avec du *china regia* tubuleux, couvert. A la vue de cette écorce en masse, c'est la couleur brun jaune foncé qui domine.

La surface interne de presque toutes les écorces est très-lisse au toucher, comme celle du *china nova surinamensis*, et se distingue par ce caractère ainsi que par sa couleur plus foncée, tirant davantage sur le brun rouge, de la surface interne du *china regia*.

La cassure de l'aubier présente des fibres courtes, d'une couleur beaucoup plus claire que celle de la surface interne; les fibres brillent à la lumière; la cassure de l'extérieur de l'écorce est inégale et paraît grumeleuse à la loupe. Il suffit même de l'œil nu pour observer de nombreuses couches transversales très-minces, de couleur foncée. La cassure longitudinale est inégale : elle présente çà et là quelques fibres et de petites parties fibreuses d'un éclat mat, comme celles du *china regia*; la cassure longitudinale de l'extérieur de l'écorce est, comme la cassure transversale inégale, grumeleuse, et on y observe également des couches de couleur foncée.

La saveur de l'écorce n'est que faiblement astringente, mais forte, d'une amertume presque désagréable, assez persistante. L'écorce se montre très-fibreuse sous les coups du pilon, et présente, sous ce rapport et sous celui des surfaces de la cassure de l'aubier, une ressemblance frappante avec le *china regia*; la poudre fine offre aussi une couleur tout aussi claire que celle de ce dernier.

L'écorce ne contient ni acide chinovique, ni quinine ni cinchonine; elle renferme du kinate de chaux et un alcali qui paraît être le même que celui du quinquina Jaen. Dans l'extraction de l'alcali, on observe tout à fait les mêmes phénomènes que dans la séparation de l'alcaloïde du *china Jaen clair*. Ce n'est aussi qu'avec une grande difficulté et une grande perte de substance que l'auteur est parvenu, dans ce cas, à obtenir une petite quantité en cristaux mal formés de la *cinchovatine*, découverte par M. Manzini dans cette écorce, et il s'est convaincu que ces deux sortes de quinquina contiennent un seul et même alcaloïde, et que la nouvelle écorce ne renferme non plus ni quinine ni cinchonine; et, en effet, une comparaison attentive du nouvel alcaloïde avec la *cinchovatine* jaunâtre, qui restait encore de précédentes recherches et qui avait été retirée du *china Jaen clair*, a donné des résultats si concordants, qu'il ne peut plus rester aucun doute à cet égard. Ces recherches ont été faites principalement avec la dissolution aqueuse des chlorhydrates. Les chlorides de mercure et de platine ont formé les mêmes précipités dans les dissolutions des deux sels, et dans la décomposition pyrochimique du précipité de platine, on a obtenu avec les deux près de 16 pour 100 de platine. Le traitement des deux alcaloïdes par l'acide sulfurique concentré a fait voir que cet acide détruit complétement ces combinaisons, tandis que, comme on le sait, il dissout sans altération la quinine et la cinchonine.

Or, l'ensemble des résultats des recherches précédentes prouve que la nouvelle écorce, bien que dépourvue de quinine et de cinchonine, provient très-vraisemblablement, comme le *china Jaen clair*, d'un *cinchona*, et doit être rangé immédiatement à côté de cette dernière écorce; aussi l'auteur propose-t-il de la désigner provisoirement par le nom de *china Jean fusca*.

Comme on ne possède jusqu'à ce jour aucune observation sur la valeur du *china Jaen clair* comme agent thérapeutique, non plus que sur celle de cette nouvelle sorte de quinquina, que l'on n'a pas non plus déterminé avec exactitude si la cinchovatine jouit de la vertu fébrifuge de la quinine et de la cinchonine, l'auteur se propose de faire des expériences sur ce sujet et d'en publier plus tard les résultats. (JOURN. DE CHIMIE MÉDICALE.)

PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DU SOUS-VALÉRIANATE DE BISMUTH.

M. Righini, auquel on doit la découverte de ce nouveau sel, décrit ainsi le procédé à l'aide duquel on peut l'obtenir :

Prenez :	Bismuth purifié par la méthode de Sérullas.	465	grammes.
	Acide azotique officinal à 36°.	1250	—
	Eau distillée.	625	—

On opère le mélange de l'acide et de l'eau, puis on le fait chauffer dans une capsule de verre, et on y ajoute par petites portions successives le bismuth, préalablement réduit en petits morceaux, jusqu'à ce que tout le métal soit dissous. On filtre alors la dissolution, et on instille dans la liqueur du valérianate de soude dissous dans l'eau distillée de valériane en quantité suffisante pour que la décomposition soit complète. On soumet le sous-valérianate formé à un lavage avec l'eau distillée à peine acidulée par l'acide valérianique, pour le priver de tout l'azotate sodique qu'il a pu retenir; on le dépose ensuite à l'étuve, et lorsqu'il est parfaitement sec, on le réduit en poudre fine pour l'usage. Ce sel doit être conservé dans un flacon bien bouché et constamment tenu à l'abri du contact de la lumière.

Suivant M. Righini, le sous-valérianate de bismuth convient particulièrement dans les gastrodynies, dans les gastralgies chroniques, dans certaines névralgies et dans les palpitations de cœur à l'état chronique.

DES VÉSICATOIRES AMMONIACAUX DITS AUX PIÈCES DE MONNAIE.

Lorsqu'on veut dénuder le derme pour y faire absorber des sels médicamenteux, il est peu sûr d'appliquer le vésicatoire par le procédé dit du marteau; car pour peu que l'instrument soit laissé quelques secondes de trop, le derme est escarrifié en partie et l'absorption désirée n'a plus lieu. La pommade de Gondret remplit mieux le but, mais elle demande l'intervention du praticien; elle est assez embarrassante à maintenir en place. Enfin, si elle est restée quelque temps sans servir, elle devient un savon à base ammoniacale et a perdu toutes ses propriétés.

On a songé, pour éviter ces imperfections, à se servir de rondelles de linge imbibées d'ammoniaque liquide; mais comme celle-ci se volatilisait à

l'air libre, son action perdait beaucoup de sa force, et le temps nécessaire pour soulever l'épiderme devenait d'un côté très-long, de l'autre extrêmement variable. Voici un nouveau procédé auquel M. Lafargue (de Saint-Emilion) reconnaît sur les précédents une grande supériorité.

Quelques gouttes d'ammoniaque liquide à 22° (telle qu'on la trouve dans les bonnes pharmacies), une pièce de monnaie correspondant à la largeur voulue pour l'exutoire, deux rondelles superposées de linge demi-usé constituent l'appareil. Placez la pièce de monnaie sur le plateau d'une assiette; posez les deux rondelles de linge sur l'aire de la pièce, qui doit légèrement dépasser leur diamètre; versez de l'ammoniaque sur les rondelles jusqu'à complète imbibition, et appliquez sur-le-champ ce disque par *sa surface linge* sur le point de la peau choisi pour le siége du vésicatoire; maintenez le tout exactement en pesant avec modération sur la pièce de monnaie avec la pulpe d'un ou de deux doigts. Au bout de *dix minutes*, la peau est devenue rouge à la circonférence du disque : c'est le signal que l'opération est terminée, et qu'il est temps d'enlever le petit appareil. Ceci exécuté, l'épiderme se présente soulevé par de légères rides, et quelquefois parsemé çà et là de phlyctènes plus ou moins développées, remplies de sérosité. Pour l'enlever, il suffit d'exercer quelques frictions avec le bout du doigt coiffé d'un linge un peu rude. Il va sans dire que la pièce de monnaie, tenue exactement appliquée, fait ici l'office de bouclier imperméable, s'oppose à l'évaporation de l'ammoniaque, et conserve ainsi à cet alcali toute sa puissance d'action. (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.)

DE L'EMPLOI DU SEL MARIN DANS QUELQUES AFFECTIONS GASTRIQUES ET INTESTINALES.

M. Lasègue emploie contre certains états gastriques la préparation suivante : dans un verre de capacité ordinaire, on fait dissoudre 2 grammes de sel marin pour 10 grammes d'eau environ. Au moment de s'en servir, on remplit le verre aux trois quarts avec de l'eau de Seltz, et on prend le tout avant que l'évaporation de l'acide carbonique ait eu le temps de s'opérer. Or voici les principaux états morbides contre lesquels ce moyen a paru efficace.

En premier lieu, un état gastrique assez commun et caractérisé par les symptômes suivants : douleurs passagères, plutôt sourdes que lancinantes, à l'épigastre; dans l'intervalle des repas, le matin en particulier, le malade ressent à cette région des tiraillements incommodes; à la suite des repas, l'incommodité disparaît, mais elle est remplacée par un sentiment de pesanteur plus fatigant que douloureux; les vêtements serrés deviennent insupportables, la face rougit, la peau est chaude; bouche plutôt brûlante que pâteuse; l'appétit persiste; mais le caractère dominant de ces affections gastralgiques, celui sur lequel repose de préférence l'indication du traitement par le sel marin, consiste dans des éructations insipides et inodores qui soulagent momentanément.

Une autre forme de maladie gastrique où la préparation salée a été également employée avec succès par M. Lasègue est celle-ci : des douleurs, des crampes d'estomac, alternent avec la diarrhée; la diarrhée suspend les douleurs, puis s'arrête au bout de quelques jours, et les douleurs reparaissent. Le malade parcourt ainsi ce cercle vicieux pendant un temps très-long. L'auteur reconnaît que ces sortes de diarrhées cèdent d'ordinaire aux purgatifs salins; mais redoutant un emploi trop prolongé ou trop fréquent de ce moyen, il préfère la préparation salée, surtout quand la maladie date déjà de quelques semaines ou de quelques mois.

Enfin, la même préparation a encore été employée avec succès dans les cas de diarrhée avec spasmes disséminés dans l'abdomen, de coliques sèches, *quand ni leur intensité, ni leurs symptômes, ni leur marche, ne diffèrent de celles des coliques ordinaires*, — et enfin dans l'anorexie qui accompagne quelquefois la phthisie.

Nous ferons remarquer que l'emploi du sel marin a déjà été étendu à d'autres états gastriques que ceux indiqués dans le mémoire, notamment à ce qu'on pourrait appeler l'inertie de l'estomac. Chez les scrofuleux, par exemple, ou seulement chez les individus lymphatiques, il constitue un des meilleurs excitants des forces digestives, et, en provoquant une assimilation plus complète, vient heureusement en aide à la médication tonique proprement dite. (JOURNAL DE MÉDECINE.)

EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE CONTRE LES APHTHES.

M. le professeur Lippich (de Padoue) emploie, dit-il, avec succès l'acide sulfurique en collutoire contre les apthhes et dans les cas de stomacace syphilitico-mercurielle, lorsque la membrane muqueuse de la bouche et les lèvres sont recouvertes d'ulcérations qui rendent la déglutition difficile.

Voici la formule à laquelle il a recours dans les cas de ce genre :

Prenez : Miel blanc . . . . 30 grammes.
Acide sulfurique dilué. . 2 —
M. et F. S. A. un liniment.

On peut, suivant la gravité des cas, élever la proportion de l'acide sulfurique étendu jusqu'à 8 grammes pour la même quantité de miel. On se sert de ce liniment en en touchant légèrement et de temps en temps les surfaces ulcérées, au moyen d'un pinceau doux.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION NERVEUSE.

Le même professeur combat la constipation lorsqu'elle résiste opiniâtrément aux moyens ordinairement employés et lorsqu'elle reconnaît pour point de départ un état spasmodique persistant, par l'usage des lavements suivants :

Prenez : Assa fœtida. . . . . . 12 grammes.
Vinaigre ordinaire . . . 30 —
Miel. . . . . 60 —
Eau d'orge . . . . 300 —
Jaune d'œuf . . . . . . q. s.
M. et F. S. A. une mixture émulsive aussi homogène que possible.

Pour deux lavements qui doivent être administrés à une heure d'intervalle l'un de l'autre.

SIROP ANTISPASMODIQUE ET POTION CALMANTE EXTEMPORANÉE.

M. Cap propose la formule suivante, à l'aide de laquelle on peut obtenir extemporanément une potion calmante :

Prenez : Eau de tilleul deux fois cohobée. . 120 grammes
Eau de fleurs d'oranger double . . 15 —
Sucre très-blanc. . . . . 270 —
Faites fondre à froid et ajoutez :
Éther sulfurique. . . . . 25 —

On place le tout dans l'appareil à sirop d'éther; on agite de temps en temps pendant plusieurs jours. On laisse reposer. Quand le sirop s'est éclairci, on le soutire par le robinet d'en bas, et on le conserve dans un flacon hermétiquement fermé.

Avec une cuillerée à café de ce sirop et deux cuillerées à bouche d'eau fraîche, on prépare une *potion calmante extemporanée* que l'on peut renouveler au fur et à mesure des besoins.

PRÉSERVATIF CONTRE LES CICATRICES DES BOUTONS VARIOLEUX.

M. Thielmann préconise le topique suivant, à l'aide duquel il dit avoir fait sécher promptement, sans qu'il en restât la moindre trace, des pustules volumineuses, confluentes et enflammées de la face et des paupières :

Prenez : Bichlorure de mercure. . . . . . 5 centigr.
Eau distillée . . . . 180 grammes
Laudanum de Sydenham. . . . . . 4 —
M. et F. D. S. A. pour un collyre qu'on applique une fois par jour au moyen de compresses.

BONS EFFETS DES GRANDES VENTOUSES DANS LES CONGESTIONS ACTIVES DU CERVEAU.

Le fait suivant dépose en faveur de l'application des grandes ventouses de M. Junod au traitement des congestions encéphaliques.

Un homme d'une quarantaine d'années, couché dans les salles de M. Legroux, à l'hôpital Beaujon, présentait de violentes et constantes douleurs de tête qui avaient résisté aux saignées et à une foule d'autres moyens. Des symptômes graves, tels qu'une énorme dilatation des pupilles, un affaiblissement du bras gauche, puis des membres inférieurs, qui rendait la marche incertaine, avaient suivi ces douleurs et donnaient des inquiétudes sur l'issue de la maladie. Dans l'idée que ces douleurs pouvaient être névralgiques, on les avait combattues par la belladone, les purgatifs ensuite, et enfin par un vésicatoire à la nuque. Ces moyens, loin d'amoindrir les douleurs, les avait exagérées; elles étaient atroces, et le malade n'avait plus un seul instant de répit. C'est dans ces circonstances que M. Legroux a eu recours à l'énergique révulsion opérée sur les deux jambes par les bottines ou ventouses monstres de Junod. Une première application amena une amélioration importante : une rémission des douleurs de quatre ou cinq heures fut obtenue. En les appliquant le lendemain, l'amélioration se renouvela. Huit

applications ont été faites, et les douleurs de tête ont complétement disparu; la faiblesse des membres n'existe plus.

(Bulletin de thérapeutique, avril 1846.)

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur les fonctions du foie et de ses annexes; par M. Blondlot, professeur à l'École préparatoire de médecine de Nancy. — Un vol. in-8° de VIII-129 pages. — 1846. Paris, chez Victor Masson, 1, place de l'École-de-Médecine, et Nancy, chez Grimblot et veuve Raybois, imprimeurs-libraires, 7, place Stanislas, et 125, rue Saint-Dizier.

Ceci est un travail de fond, une œuvre sérieuse, où, faits et induction, expériences et raisonnement, toutes les voies ouvertes à l'esprit vers la vérité ont été scrutées par l'auteur avec un zèle que les difficultés du sujet semblent n'avoir fait qu'aiguillonner. Habitués déjà (v. Gaz. Méd., 1844, p. 13) à la manière solide autant qu'ingénieuse de M. Blondlot, c'est avec une vive satisfaction que nous avons lu le nouveau produit de ses patientes recherches. Le problème qu'il s'est posé avait déjà occupé beaucoup de physiologistes : il s'agit des propriétés de la bile et de son utilité, fortement contestée aujourd'hui, dans le phénomène de la digestion. M. Blondlot apporte sur cette question des résultats neufs, originaux; et comme nous n'hésitons pas à les déclarer de la plus haute valeur, il est de notre devoir de mettre le lecteur à même de juger de tous les moyens de démonstration dont le théorème exposé dans ce travail a été entouré.

L'appareil biliaire est, par son poids, le plus considérable des viscères sécréteurs; il se développe l'un des premiers chez le fœtus; il disparaît l'un des derniers dans la série zoologique : voilà tout autant de raisons pour supposer à ses fonctions un but élevé dans les actes de nutrition. Le fait devient encore plus probable, si on examine l'analogie frappante qui règne entre les systèmes biliaire, respiratoire et urinaire. Que trouve-t-on dans le poumon? D'abord, chez les fœtus ou dans les animaux inférieurs, de simples sacs, un peu plus haut des sacs cloisonnés, puis des cellules, enfin la structure acineuse. Si les vésicules ne sont ni aussi petites ni aussi serrées que celles du foie, c'est parce qu'elles doivent livrer accès à des gaz. Mais qu'une inflammation vienne condenser ce tissu, alors la ressemblance devient identité, et le poumon *hépatisé* rappelle, sans artifice de langage, la texture même du foie, de même que le foie, s'il était possible de le développer par l'insufflation, serait un véritable poumon. Allons plus loin : l'artère pulmonaire qui charrie du sang veineux est pour le poumon ce que la veine porte est pour le foie, c'est-à-dire que de part et d'autre ces vaisseaux apportent un sang chargé de matières à éliminer. Les veines pulmonaires correspondent évidemment aux veines hépatiques; enfin, les artères bronchiques remplissent le rôle de vaisseaux nutritifs absolument comme les artères hépatiques.

Tous ces traits se retrouvent également frappants dans l'appareil urinaire. Ici encore même précocité, même mode, même antagonisme de développement. Le rein, examiné chez un jeune animal, est composé de lobules, et chaque lobule d'une multitude de petits canaux grêles, longs, partant de l'urètre, de même que les conduits excréteurs de la bile, conduits qui constituent certainement la principale masse du foie.

Il n'est pas jusqu'à l'enchaînement des diverses parties de ces systèmes, jusqu'à leur forme et à l'ordre de leur distribution, qui ne révèle cette profonde similitude, indice d'une communauté d'attributions physiologiques. Ainsi, dans chacun d'eux on trouve un organe sécréteur auquel est dévolu le principal rôle; chacun reçoit du sang artériel destiné à sa nutrition et du sang veineux destiné à sa sécrétion. Le canal qui verse le produit de la glande (trachée-artère, urètre, canal cholédoque) est en rapport vers sa terminaison avec un organe qui lui fournit des mucosités abondantes; dans les trois cas enfin, la glande principale est accompagnée d'une espèce de glande satellite (pour le foie la rate, pour les poumons le corps thyroïde, pour les reins les capsules surrénales) qui, dépourvue elle-même de conduit excréteur, ne paraît avoir à remplir que des fonctions secondaires. — De ce parallèle ingénieusement tracé, nous nous garderons bien de conclure immédiatement que le foie est un organe d'hématose; nous disons seulement, avec M. Blondlot lui-même : « Quelque peu disposé que l'on soit à saisir les rapports généraux de l'organisme, on ne saurait néanmoins récuser des analogies manifestées par des caractères aussi saillants. »

Nous entrons maintenant dans le domaine de l'expérience. *La bile est inutile dans le travail digestif*, telle est la proposition que l'auteur cherche à démontrer, et il faut bien reconnaître d'abord que ç'à été là l'opinion la plus ancienne, celle d'Aristote, d'Hippocrate, de Galien. La présence de la bile dans les excréments, le carbone et l'hydrogène que ce fluide contient en abondance, sa production persistant chez les animaux hivernants où il ne se fait aucune digestion, concouraient déjà puissamment à établir le fait; à ces considérations vinrent encore ajouter leur imposante autorité les observations nombreuses où la dégénérescence, l'absence complète du foie, l'oblitération du canal cholédoque, avaient coïncidé avec une santé parfaite. Cependant la science n'était encore rien moins que fixée sur ce point, et les physiologistes hésitaient, non sans quelque raison, à conclure de l'état pathologique à l'état sain. Ce fut donc pour décider la question qu'on imagina de lier sur des animaux le canal cholédoque, afin d'étudier les effets ultérieurs de la condition anormale créée par cette opération. Brodie, qui la pratiqua le premier, fut bientôt imité par M. Robert Mayo, par M. Magendie, MM. Leuret et Lassaigne, enfin Tiedemann et Gmelin. Malgré plusieurs contradictions entre les résultats obtenus, il demeura à peu près certain que la chylification avait lieu dans ces cas sans le secours de la bile, et que le chyle offrait les mêmes propriétés physiques et chimiques après la ligature qu'avant. M. Blondlot répéta à son tour l'expérience, et trouva en effet que du véritable chyle continuait à se former. Mais on objecta à cet argument que la bile ne trouvant pas alors son issue naturelle, n'en pouvait pas moins arriver aux organes digestifs, soit par l'absorption, soit que le canal cholédoque redevînt perméable au bout de quelque temps (comme M. Schwann l'a vu deux fois), soit que les animaux, en léchant sans cesse la sérosité jaune qui coule de la plaie abdominale, et qui a tous les caractères essentiels de la bile, en introduisissent réellement dans l'estomac une quantité suffisante. D'ailleurs si l'on admet que la bile ne sert en rien à la digestion, on ne peut y voir qu'un liquide excrémentitiel : or, comment concevoir que la vie se conciliât avec la rétention permanente dans l'économie d'un fluide qui est destiné à en être incessamment évacué?

Ces difficultés appelaient une réponse, et une réponse expérimentale. Déjà M. Swann avait essayé de la donner en établissant une fistule extérieure de la vésicule par où la bile pût s'échapper en totalité au fur et à mesure de sa secrétion. Mais, sur dix-huit chiens soumis à cet essai, en ayant vu six (les seuls qui survécurent un peu longtemps à l'opération) maigrir dès le troisième jour, et succomber avec les symptômes d'une complète inanition, il conclut que la bile n'est pas une humeur excrémentitielle, qu'elle sert à la digestion, et que l'interception de son abord dans l'intestin se traduit bien vite par un défaut de nutrition.

C'est là qu'en était la science, lorsque M. Blondlot entreprit de poursuivre sur ce point les expériences par lesquelles il avait déjà commencé à éclairer les mystères de la digestion gastrique. Arrêté dès le premier pas par le résultat auquel était arrivé Schwann, il devait chercher d'abord à en infirmer la valeur. Pour cela, il montre combien le procédé suivi par le physiologiste allemand offrait de difficultés, et donnait peu de certitude d'avoir réellement établi chez l'animal opéré l'état pathologique où l'on avait pour but de le mettre; puis, allant plus loin, il fait voir toutes les conséquences qu'une recherche aussi laborieuse de la vésicule, au milieu de manipulations longues et pénibles, doit avoir sur la santé, de telle sorte que les chiens dont la mort a été attribuée à la privation de bile ont fort bien pu, par le fait, succomber aux suites de l'opération même; d'autant plus que, chez beaucoup d'entre eux, l'ouverture fistuleuse s'étant *probablement* (1) oblitérée, il y avait rétention de la bile et non perte de ce fluide, ce qui entraîne des suites toutes différentes. Enfin, ces animaux ne cessaient de lécher et d'avaler la bile qui inondait constamment le pourtour de la fistule. Pourquoi n'aurait-elle pas, introduite ainsi, suffi aux besoins de la digestion, alors qu'on voit chez les animaux inférieurs, et même parfois anormalement chez l'homme, le canal cholédoque s'ouvrir directement dans l'estomac?

Évidemment la nature n'avait pas dit son dernier mot. Il fallait l'interroger plus délicatement, la laisser parler d'elle-même, au lieu de la torturer de questions. C'est ce que pensa M. Blondlot; c'est dans ce but qu'il se mit à la recherche d'un procédé opératoire capable d'échapper aux nombreuses objections dont celui de Schwann lui avait semblé passible. La liga-

(1) Il était de notre devoir de souligner ce mot, et nous l'avons relevé dans l'intérêt même de l'auteur; car nous ne pourrions dissimuler le côté faible de son argumentation sans devenir en même temps suspect de partialité dans les éloges que nous donnons si volontiers à son zèle judicieux.

(Note du rédacteur.)

ture du canal cholédoque ne pouvait remplir ces conditions; car, comme la secrétion biliaire se trouve suspendue consécutivement à l'oblitération de son conduit excréteur, le sang de la veine porte, ne se dépouillant plus des matériaux de la bile, stagne dans le foie et amène de proche en proche un épanchement séreux dans l'abdomen, ainsi que M. Blondlot s'en est plusieurs fois assuré directement. D'un autre côté, ce sang, lorsqu'il finit par passer en partie dans l'économie, n'y passe qu'impropre à la nutrition; en effet, chez un chien qui avait subi la ligature du canal cholédoque depuis près d'un mois, une petite incision faite aux parois abdominales donna issue à un sang couleur lie-de-vin, sans aucune plasticité et manifestement décomposé. Averti par ces observations, l'auteur se décida pour l'établissement d'une fistule permanente de la vésicule qui pût procurer, non plus la rétention de la bile, mais son évacuation continuelle à l'extérieur. Nous ne décrirons pas ici les détails de la vivisection extrêmement simple et ingénieuse qui lui servit à remplir ce dessein; disons seulement qu'après avoir fait une petite incision à l'abdomen d'un chien, il alla chercher la vésicule, en serra fortement le bas-fond avec une ligature, se servit ensuite de ce fil pour attirer doucement le réservoir cystique à l'extérieur, puis, après l'avoir bien fixé entre les lèvres de la plaie, il l'ouvrit et fit sortir la bile; il lia enfin le canal cholédoque dans deux endroits et le coupa entre les deux ligatures. Étudions maintenant les résultats physiologiques.

Le chien, d'abord triste et abattu, parut remis au bout de quelques heures; il but aussitôt, mais ne recommença à manger qu'après deux jours. La bile coulait continuellement, mais l'animal l'avalait en grande partie en se léchant; aussi nul symptôme d'ictère n'apparut; un dévoiement considérable amena beaucoup de maigreur. Le quinzième jour la plaie était cicatrisée, moins cependant l'ouverture par laquelle la bile sortait sans cesse. On mit alors à l'animal une muselière pour l'empêcher de lécher la bile. Bientôt les matières fecales se décolorèrent, devinrent fermes; la maigreur commença ensuite à diminuer. Aujourd'hui, trois mois après l'opération, l'animal a presque complétement repris son état naturel. Les forces sont entières; il est vif, alerte, toujours prêt à courir, et accompagne effectivement souvent son maître à la campagne. Sauf quelques bizarreries d'appétit qui se montrèrent les premiers jours, il mange et boit maintenant comme à l'ordinaire; les urines, quoiqu'un peu foncées, n'ont aucune teinte ictérique.

La quantité de bile qui s'écoule au dehors, est, terme moyen, de 40 à 50 grammes au plus dans les vingt-quatre heures (petite chienne, épagneule bâtardée, de 3 ou 4 ans, un peu maigre). Ce fluide est d'un jaune safrané, demi-transparent et visqueux, comme du blanc d'œuf ou de la synovie, quelquefois opaque et d'un brun-clair tirant sur le vert. Il est neutre au papier réactif, ou d'une alcalinité très-faible. La graisse, le sucre et en général toutes les substances non azotées en augmentent notablement la quantité. Le moment qui suit les repas est aussi marqué par un écoulement plus copieux; il en est de même de l'état de maladie qui rend en même temps la bile plus brune. Enfin, les efforts pour rendre les excréments, et surtout pour vomir, augmentent momentanément la secrétion (Ne serait-ce pas seulement l'*excrétion* qui se trouve alors augmentée, ainsi qu'elle le serait par le fait de tout autre effort, où les viscères abdominaux sont comprimés? C'est à M. Blondlot à éclaircir nos doutes sur ce point).

Tous les chimistes ont constaté qu'il suffit de traiter les excréments des animaux par l'alcool bouillant pour en extraire une matière verdâtre ou brunâtre, d'apparence résineuse, offrant tous les caractères du principe résinoïde de la bile. Or, dit M. Blondlot, ayant traité de même par l'alcool, avec toutes les précautions désirables et à plusieurs reprises, les excréments de ma chienne, jamais je n'ai pu en obtenir la moindre trace de matière résinoïde.

Enfin, un autre chien ayant été opéré de même et ayant offert pendant quarante jours les mêmes phénomènes que celui-ci, l'auteur le sacrifia à cette époque, et s'assura par l'autopsie que le canal cholédoque avait complétement disparu; présomption assurément très-forte pour conclure qu'il était resté également oblitéré chez le premier animal mis en expérience.

De cette expérience, M. Blondlot tire la conséquence que la bile n'a aucun usage bien important dans les actes de la digestion. Mais quel est donc le but de cette secrétion? Elle remplit deux offices; l'un éliminateur, l'autre assimilateur ou épurateur. Par le premier, est achevée l'expulsion des produits qui résultent de la combustion de la protéine par l'oxygène; et, tandis que le poumon chasse au dehors les fluides gazeux, et le rein les matières salines, le foie débarrasse l'économie des produits pyrogénés. En vertu de la seconde attribution, le foie arrête en quelque sorte au passage les substances non azotées, et ne les laisse pénétrer dans l'organisme qu'après leur avoir fait éprouver, par l'intermédiaire de l'oxygène et de l'azote que fournit le sang, une décomposition radicale grâce à laquelle elles se convertissent en produits identiques à ceux qui s'introduisent directement par la voie des chylifères, c'est-à-dire en graisse ou en différentes matières azotées dérivées de la protéine. Sur ces différents points, ainsi que pour ce qui est des usages de la rate et du pancréas, nous ne faisons qu'indiquer les conclusions de l'auteur, parce qu'il serait besoin, pour les faire juger, d'en reproduire ici la presque totalité, et aussi parce que malgré leur grande vraisemblance, M. Blondlot convient, avec une très-louable bonne foi, qu'il n'a pas la prétention d'être arrivé à cet égard à une démonstration rigoureuse.

Nous venons de soumettre au lecteur les principales preuves de toute espèce que renferme le remarquable travail de M. Blondlot. Aussi pourrions-nous sans scrupule nous dispenser d'un jugement que chacun voudra porter par lui-même, après avoir sérieusement compulsé les pièces du procès. Il faut le dire, cependant, malgré l'argumentation toute de faits de l'honorable professeur de Nancy, la conviction n'est pas descendue entière dans notre esprit, ou du moins elle n'en a pu chasser un scrupule qui nous retient encore. Comme tous ceux qui ont eu occasion d'approfondir cette question, tout en accordant très-volontiers une attribution éliminatrice à la secrétion biliaire, nous ne voyons pas qu'on en puisse bien légitimement conclure à l'inutilité absolue de ce fluide dans la digestion; et nous en sommes toujours à nous dire avec Haller: *Bilem si natura voluisset e sanguine expurgare, effudisset in vicinia intestini recti ne chylum suâ admistione temeraret.* A la vérité, M. Blondlot serait disposé à penser que la hauteur à laquelle la bile commence à couler dans la tube intestinal est en rapport avec un office de lubréfaction qu'elle remplit pour faciliter sur les parois de ce canal le glissement des matières fécales. Nous lisons aussi dans Muller que si la bile rencontre le chyme d'aussi bonne heure, c'est qu'il fallait que l'acide de cette dernière matière eût encore toute sa puissance afin de saturer complétement l'alcali qui tient les principes de la bile en dissolution, pour que ceux-ci, devenus insolubles, fussent plus directement expulsés au dehors, sans pouvoir être absorbés dans leur trajet par les vaisseaux des tuniques intestinales. Il resterait maintenant à prononcer sur la valeur de ces vues spéculatives qui, bien qu'inattaquables en elles-mêmes, nous paraissent néanmoins plus justes que suffisantes, et réduisent, ce nous semble, à une attribution bien minime l'une des lois les plus générales et les plus constantes de l'organisation animale.

Un second soupçon (je ne dirai point une objection) nous serait encore inspiré par les termes mêmes dans lesquels est conçu le procès-verbal de l'expérience que l'on donne comme décisive. On aura observé que la chienne à qui avait été établie une fistule cystique avalait en grande partie la bile en se léchant. Était-ce caprice sans motif, ou plutôt instinct providentiel, comparable peut-être à celui qui fait rechercher aux poules les substances calcaires, aux pigeons les graviers et corps durs? Et remarquez que ce désir d'avaler une substance de saveur proverbialement amère n'était pas chez l'animal un goût passager, fugitif: « je dois dire, spécifie très-formellement l'auteur, qu'il en était devenu tellement avide qu'il n'en laissait pas tomber une goutte sans la lécher aussitôt. Ce ne fut pas sans peine que je parvins par la suite à lui ôter cette mauvaise habitude (p. 56). » Nous n'avons point, quant à nous, été très-surpris de la persistance de cette *mauvaise habitude;* et l'on se demandera peut-être avec curiosité en lisant les détails de l'expérience, si l'époque à laquelle on parvint à en corriger la chienne ne fut pas précisément le moment où, la fistule extérieure commençant à se rétrécir, la bile forcée de séjourner dans son réservoir, en contact avec les vaisseaux absorbants, put passer en partie par cette voie dans la circulation générale et arriver de là aux organes digestifs!

— **FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE**, CONCERNANT LES MALADIES DE L'ENFANCE; suivis de CONSEILS SUR LES SOINS DU NOUVEAU-NÉ, L'ALLAITEMENT, LE SEVRAGE, L'HYGIÈNE, L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET MORALE DES ENFANTS, etc.; par le docteur BERTON, chirurgien-major, chevalier de la Légion d'honneur, etc., et Lebuby, pharmacien. — 1 volume petit in-8° anglais. — Chez B. Baillière, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 17.

Parmi les connaissances que l'on s'est proposé de vulgariser dans ce recueil, on y trouve les indications, prescriptions et formules nécessaires pour agir dans tel cas donné de maladie. C'est une sorte de memento, de guide et de garant. Cet ouvrage ne peut aussi que contribuer à faire comprendre toute l'importance, toute la gravité d'une bonne direction dans le traitement des maladies, à rendre plus difficile et moins durable l'intervention de l'ignorance, des préjugés ou de l'erreur, et à faciliter, dans les circonstances urgentes, l'application des premiers secours. Ce livre d'ailleurs, pour lequel la disposition alphabétique a été adoptée, rendra encore la tâche du médecin plus sûre et plus facile, en lui permettant de voir d'un coup d'œil et la nature du mal, et les meilleurs moyens connus pour y porter remède. Enfin sa forme portative et son prix peu élevé en augmentent pour ainsi dire encore l'utilité et le mérite.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

L'ÉTIOLOGIE SUIVANT LES ÉCOLES ACTUELLES.

§ II. — École de Montpellier (1).

Pendant que l'Académie se complait dans la discussion dont nous avons résumé les principaux termes, il nous est possible de reprendre nos considérations sur la médecine étiologique. Quoique déjà loin, nous pouvons renouer notre dernier article avec celui-ci par quelques mots, et continuer nos remarques comme si elles n'avaient pas éprouvé d'interruption. Il s'agit en effet de caractériser l'étiologie des écoles vitalistes, de montrer ce qu'elles sont et ce qu'elles ne sont pas, eu égard aux idées que nous voulons faire prévaloir. Or nous avons cherché d'abord a préciser les termes de la discussion. Qu'est-ce que le vitalisme ? quels en sont les principaux modes et les caractères les plus généraux ? Nous croyons avoir répondu à ces questions. Il suffira donc pour comprendre ce qui va suivre d'avoir sous les yeux les conclusions de notre précédent article (2).

L'idée principale du vitalisme, savoir : l'activité *une, spontanée* et *indépendante* du corps vivant, domine toute son étiologie pathologique. De même qu'en physiologie la préoccupation de la cause générale avait détourné de l'étude de la cause locale, de même en pathologie, pour le vitalisme, une cause morbide n'a de signification et de portée que par la manière et le degré dont elle affecte l'unité du système; et toute modification de la partie n'a de caractère qu'en vertu de sa relation avec le tout et suivant la mesure de la réaction de ce dernier. Conséquent avec lui-même, le vitalisme n'a pas à se préoccuper de l'altération chimique ou physique de l'organe ; cette altération n'a par elle-même aucun symptôme propre ou en relation avec la chimie et la physique générales. Ceci n'est pas une supposition gratuite ou un reproche immérité. Les écoles vitalistes professent cette opinion ; que dis-je? elles s'en vantent, elles en sont fières. Pour elles, la médecine est une science à part, qui ne relève que d'elle-même, qui ne doit avoir rien de commun avec les sciences physiques et chimiques, par la raison que le corps vivant est un système indépendant, dont la phénoménalité ne ressort que de lui-même. La science est ainsi adéquate aux faits qu'elle formule. La chimie et la mécanique de la lésion morbide sont donc indifférentes au vitalisme, sinon complétement supprimées par lui. La conséquence de cette suppression est évidente pour tous : c'est que la portion de la symptomatologie et de la séméiologie qui exprime la lésion mécanique ou chimique est totalement mise de côté, sinon absorbée et faussée par la considération des réactions vitales. On peut dire même que dans l'appréciation des causes morbides le vitalisme s'arrête juste à la surface du corps, ou il n'y pénètre qu'avec son prisme ; et, au lieu d'y chercher les réactions réelles des éléments morbides aux prises avec les éléments organiques, il n'y voit que l'expression d'une lutte entre le pouvoir du dedans et les influences du dehors; l'un étant incessamment occupé à fermer l'entrée aux autres, ou à les chasser de son domaine, quand elles ont trompé sa vigilance et ses efforts. De modification matérielle générale, des liquides ou des solides, en rapport avec la cause introduite, point; et par conséquent nulle relation entre l'action chimique ou physique de ces causes sur les humeurs ou les organes, et les modifications phénoménales ou matérielles qui en résultent. Jusqu'ici donc le principal caractère de l'étiologie du vitalisme est facile à saisir : c'est la préoccupation du fait général et du mode général de la causalité morbide, et la suppression du fait et du mode spécial organique, chimique, physique ou mécanique de cette même cause. On remarquera que nous ne jugeons pas encore l'importance ni le caractère des termes que l'étiologie vitaliste conserve dans sa formule. Nous ne faisons que constater provisoirement ce qu'elle fait.

Si le vitalisme néglige ou refuse d'entrer avec l'école de Paris dans le labyrinthe chimique ou physique du corps vivant, il s'attache à l'étude analytique des causes extérieures éloignées, et il tient soigneusement compte des différences expérimentales qu'elles produisent. « Ce qu'Hippocrate savait le mieux, dit M. Littré, c'étaient les effets produits sur le corps par l'alimentation, le genre de vie et d'habitude..... Il a dit que, pour embrasser la médecine dans sa véritable généralité, il faut étudier l'action de tous les aliments, de tous les genres de vie, de tout ce qui entoure l'homme (1). » Ses successeurs ont soigneusement suivi et développé le principe du chef de l'école ; c'est à eux que l'on doit les meilleures études sur les maladies constitutionnelles, cachectiques, professionnelles, miasmatiques, épidémiques, etc., très-bons produits de la pensée du père de la médecine. En même temps qu'ils ont appliqué aussi fructueusement cette pensée, il faut encore le reconnaître, ils ont fait marcher parallèlement la philosophie de leur méthode. « Cette philosophie nous apprend, dit M. Alquié, dans son HISTOIRE DE LA DOCTRINE MÉDICALE DE MONTPELLIER, à attribuer aux causes manifestes les seuls actes qu'elles sont capables de produire, de rapporter à des causes distinctes et cachées les faits dont ces premières ne peuvent rendre compte; elle nous enseigne enfin à désigner les dernières causes cachées par des expressions expérimentales puisées dans l'étude même de leurs effets (2). » Ainsi donc, la médecine vitaliste a très-bien indiqué dans l'origine la principale source des causes réelles, expérimentales, et elle n'a pas moins bien indiqué les principes logiques qui doivent présider à la détermination de leurs effets. Malheureusement le vitalisme est à la fois un système et une méthode. L'autocratie de l'un a souvent fait fléchir et dévier la logique de l'autre. Ainsi l'origine des causes réelles fournies par l'air, les eaux, les aliments, les lieux, les habitudes, et le principe de la diversité de leur action une fois reconnus, si on eût recherché expérimentalement et parallèlement les conséquences de ces deux ordres de faits, au lieu de les sacrifier à une puissance occulte, on fût arrivé en droite ligne à la vraie conception étiologique. Mais il faut encore le répéter, afin de bien montrer les différences à ceux qui persisteraient à voir des ressemblances dans des analogies grossières : l'étiologie du vitalisme, quoique partant de la vraie source des causes éloignées, et munie du flambeau qui devait éclairer sa marche logique, a pris la voie systématique. Dans cette voie, elle n'a cessé de produire çà et là des résultats en rapport avec l'excellence de sa base et de sa méthode;

(1) Voir GAZ. MÉD. des 31 janvier, 14 et 21 mars et 25 avril.
(2) *Idem*, du 25 avril.

(1) Littré, DE LA DOCTRINE MÉD. D'HIPPOCRATE, dans la traduction d'Hippocrate, t. I, p. 445.
(2) Alquié, DOCTRINE MÉDICALE DE MONTPELLIER, p. 7.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La petite guerre de la peste. — Les prévisions de Petit-Jean. — Une illustration médicale de la chambre des députés. — La sirène des bains de mer. — Le lait d'ânesse. — Rectifications et éclaircissements. — La femme dentiste. — Un plagiaire. — Nouveau miracle du magnétisme. — La société des pendus.

L'Académie continue à jouer à la petite guerre. On sait ce que c'est. L'ennemi, retranché sans retranchements sur une éminence en pente douce, et appuyé sur un petit ruisseau, menace de foudroyer sans projectiles la ville voisine. Il importe de le débusquer au plus vite. A la faveur d'un pli de terrain, on arrive jusqu'aux sentinelles perdues, qui ne sont jamais bien fines et se laissent immanquablement surprendre. L'alarme est donnée, la bataille s'engage ; des deux côtés on fait des prodiges de valeur. La cavalerie donne dans l'air de furieux coups de sabre ; l'infanterie chasse devant elle tout ce qui ne s'oppose pas à son passage; le canon, chargé à poudre, fait rage; un nuage de fumée obscurcit l'atmosphère. L'issue reste un instant douteuse : l'ennemi a d'abord soutenu le choc avec vigueur et riposté de la même manière; mais enfin, vaincu par l'irrésistible courage des nôtres, il est contraint d'évacuer sa position et de repasser son ruisseau.

Telle est l'image de la grande bataille engagée depuis près de six semaines à l'Académie royale de médecine. C'est un long-feu continu, sans morts ni mourants; une succession languissante de coups qui ne se répondent pas; une mêlée sans choc; en d'autres termes, une série de monologues où chacun délaye à son aise ses vues et ses opinions, sans discussion réelle, sans véritable débat contradictoire. L'usage veut, dans toutes les assemblées délibérantes, que la discussion des articles d'un rapport soit précédée d'une discussion générale. A la bonne heure; mais d'abord, il est de règle que les opinions contraires se produisent tour à tour, afin de se heurter autant que possible, et de s'éclairer l'une par l'autre. Ici, rien de pareil : les opinions se succèdent, sans opposition, sans contraste, comme sans lien de communauté. C'est un pêle-mêle incohérent, dont l'esprit ne saurait tirer aucune lumière, le doute aucune conviction, la conviction aucun doute. Chacun parle pour soi. Chaque mardi voit éclore un ou deux contre-rapports, dûment flanqués de conclusions sur lesquelles personne ne sera appelé à se prononcer; inutilité, hors-d'œuvre, confusion. En second lieu, il n'est pas absolument nécessaire de laisser la discussion générale tomber d'elle-même; l'Académie peut l'arrêter dès qu'elle le voudra, et le plus tôt sera le meilleur. La discussion des articles offrira du moins quelques points fixes autour desquels les opinions pourront se classer, s'aborder, s'entre-choquer, et, à la lumière qui en naîtra, se formuler en questions précises, qu'il ne s'agira plus que de trancher par un vote. Nous n'ignorons pas (nous les avons signalées des premiers) les difficultés qui pourront naître de la multiplicité des conclusions du

mais ces résultats ont été partiels, arbitraires ou même entièrement faux, suivant que l'observation a prévalu sur l'induction systématique. Or cette induction varie dans ses termes; mais qu'elle se retranche derrière les causes finales; qu'elle invoque l'intelligence des forces vitales, ou la puissance médicatrice de la nature; qu'elle allègue enfin la spontanéité et l'indépendance du corps vivant, ou bien encore l'antagonisme de son mécanisme avec le mécanisme général : c'est toujours la même chose au fond, le même préjugé, la même induction; c'est-à-dire une conclusion qui fausse ou déborde ses prémisses. Ceci nous conduit à l'examen du point grave et délicat de la question. Les prémisses de la conception étiologique du vitalisme peuvent-elles être détachées de leur conclusion, et admises, dans une limite quelconque, et pour un degré quelconque de vérité, dans la conception étiologique définitive? Cette prétention est à peine exprimée qu'elle en soulève immédiatement une autre qui lui est connexe. Si le vitalisme d'une part, et l'organicisme de l'autre, ont chacun de leur côté signalé un terme réel de la série étiologique, n'est-il pas possible, pour avoir une véritable pathogénie, de combiner ces deux doctrines, de rapprocher la conception générale de l'une de l'observation particulière de l'autre; de les souder l'une avec l'autre, sauf à compléter l'ensemble par les apports des autres écoles ou de l'avenir. Beaucoup de personnes supposent cet arrangement facile, et nous-même, nous le confessons volontiers, nous y avons cru longtemps. Mais une appréciation plus immédiate et plus approfondie des objets à mettre en rapport nous a montré leur insuffisance et leur incompatibilité. Quelques remarques le prouveront bientôt.

Tout phénomène morbide observé ne peut être considéré que comme l'effet d'une cause connue ou supposée, le symptôme d'une maladie déterminée, ou le fait coïncidant sans liaison étiologique ou symptomatique quelconque. Dans le premier cas, le phénomène n'a de caractère et de signification que par la cause dont il émane, ou dont il est supposé émaner : c'est une partie de cette cause elle-même, et l'esprit ne conçoit l'un que comme une des expressions qui traduisent l'autre. Dans le second, l'esprit, dépourvu de la lumière vivifiante de la cause, n'aperçoit qu'une fraction d'apparence extérieure dépendant d'une apparence extérieure plus étendue, mais qui n'est pas mieux comprise dans son tout que dans sa partie. L'œil n'en saisit que la forme la plus superficielle, et l'esprit n'en conçoit aucunement l'essence. C'est donc tout au plus un élément propre à faire reconnaître l'objet, et complétement inapte à le faire connaître. Dans le troisième cas, le phénomène de coïncidence ne porte avec lui d'autre lumière que celle du météore qui apparaît un instant dans l'espace; on ne sait d'où il vient et où il va : c'est l'objet d'une distraction des sens plutôt que d'une préoccupation de l'intelligence. Aussi sa notion est-elle encore plus incomplète, plus vague, plus extérieure que la notion du symptôme; et dans aucun cas elle n'arrive à être, en quoi que ce soit et à quelque degré que ce soit, telle qu'elle apparaît à la vraie lumière de l'étiologie. Ce n'est pas seulement quelque chose de moins au degré le plus affaibli, mais quelque chose d'autre. Eh bien! qu'arrive-t-il des phénomènes notés et colligés par un système? S'il est faux, c'est-à-dire si les faits procèdent d'une cause arbitraire ou incomplète, ils sont faussés par elle; ils en sont imprégnés comme d'une essence qui les domine et trahit l'impureté de leur origine. S'il est vrai que l'effet soit une partie de la cause, une lettre de son mot, chaque lettre d'une cause systématique est arrangée, placée, modelée par elle en vue de son origine et de sa signification. Détruisez cette dernière, vous n'aurez plus que des lettres mortes, ou des portions de mots qui ne seront jamais que des fragments d'un édifice impossible. Le fait dépendant du système arbitraire ou erroné n'est donc pas le fait lui-même, mais une portion de ce système façonnée, taillée, arrangée par lui, et n'ayant de valeur et de signification que pour lui. Il y a plus : c'est que le produit de l'observation systématique, comme nous l'entendons, n'a même pas souvent la valeur du symptôme ou du fait purement empirique. Dans les conditions les plus favorables, c'est ce symptôme ou ce fait avec quelque chose de plus et d'autre : le symptôme et le fait empirique sont faux par insuffisance de la conception étiologique, le fait systématique par l'arbitraire de son induction. Or, comme les uns et les autres ne peuvent être complétement séparés de l'idée qui leur donne vie et réalité, il en résulte que la dépendance du système n'est jamais assez purifiée de l'erreur dont elle émane pour entrer convenablement dans l'édifice de la vraie cause. Qu'on applique ces remarques générales au vitalisme et à l'organicisme, et l'on aura la mesure du degré de vérité des faits qu'ils ont déterminés, et de la possibilité de les utiliser dans la pathogénie réelle et définitive. Cette vérité nous paraît incontestable, et elle fera justice des prétentions d'une école qui, dépourvue de toute conception d'ensemble, croit pouvoir y suppléer par je ne sais quelle mosaïque, quelle incohérence architecturale sans idée ni but. Exprimée sans doute avec cette apparence de forme absolue, cette proposition peut donner prétexte à la défiance et à la critique. Mais nous avons, dans nos précédents articles, montré que nous savions rendre justice à tous : aux vitalistes comme aux organiciens; nous avons dit en quoi chacun a été utile à la science. Nous ferons donc toutes réserves relativement au sens trop général et trop absolu qu'on serait tenté d'attribuer à nos appréciations. Nous disons et nous répétons que c'est une déception de croire possibles la combinaison et la cimentation des fragments de vérité fournis par chaque système; ces matériaux sont des ruines d'édifices détruits : on peut les voir et les conserver avec admiration, mais on ne parviendra pas à les agencer pour la réalisation d'une idée, d'une vérité dont ils n'émanent pas, et à laquelle ils n'ont pas conduit. Si cette vérité existe, elle doit animer de sa propre vie les matériaux de son incarnation; et si elle n'existe pas, jamais les fragments d'un cadavre, quelque puissant qu'il soit, ne parviendront à lui prêter le souffle qui leur manque.

Notre conclusion est que, comme méthode, le vitalisme, au même titre que les autres systèmes, et plus qu'aucun d'eux peut-être, a contribué aux progrès de l'étiologie médicale; il a dirigé l'attention vers de nouveaux ordres de phénomènes; il a appris à les considérer dans une certaine étendue, dans une certaine relation et subordination : voilà tout. Quant au caractère réel et véritable de ces phénomènes, il l'a faussé, exagéré ou dénaturé; de même aussi l'école organique, en fixant l'observation sur les désordres matériels des maladies, en montrant leur fréquence et certaines relations entre eux et une portion de la phénoménalité morbide, a ouvert le champ à des investigations et à des idées nouvelles, bien que toutefois ces déterminations ne portassent avec elles ni le caractère du fait rigoureux, et encore moins la sévérité de l'induction légitime.

Nous continuerons prochainement à appliquer le même mode d'appréciation aux autres écoles régnantes.

---

rapport; mais, une fois entrée sur le terrain des articles, l'Académie peut échapper à ces difficultés au moyen d'amendements. Ce que nous avons regretté de ne pas voir faire à la commission, l'Académie peut le faire; elle peut ramener la question de la peste et des quarantaines à quelques propositions générales claires, bien définies, dégagées de tout accessoire inutile : *La peste est-elle ou non contagieuse? Quelle est la durée approximative de l'incubation? Les marchandises peuvent-elles conserver et transporter les miasmes*, etc.? Tenez pour certain que du jour où les orateurs, au lieu de suivre le rapport dans ses mille circuits, seront forcés de se mesurer corps à corps avec une arme donnée et sur un terrain circonscrit, du jour où la contradiction naîtra de la précision même et de la netteté des affirmations, et se fera jour, séance tenante, par la parole improvisée, la question sera bientôt vidée dans ce qu'elle a d'essentiel et d'urgent. Mais l'Académie prendra-t-elle cette voie, la plus courte et la plus sûre sans contredit? C'est justement ce que nous n'oserions affirmer. *Videbimus infrà.*

Tout ceci soit dit sans nier le moins du monde le mérite intrinsèque des discours lus jusqu'ici devant l'Académie. Nous y aurions d'autant plus mauvaise grâce, que la dernière séance a été, précisément sous ce rapport, du plus haut intérêt. Le discours de M. Londe est la plus forte attaque qui ait été dirigée jusqu'ici contre l'opinion contagioniste; et celui de M. Pariset en est, au contraire, la plus brillante apologie. *Hippocrate et Galien* dans une même séance, comme l'a dit l'honorable secrétaire perpétuel, par une allusion dont nous sommes loin de contester la justesse et l'à-propos.

— Nous étions décidé, au su de tous nos amis, à garder le plus profond silence sur la dernière nomination à l'Académie de médecine, par le même scrupule qui nous avait empêché de nous mêler en aucune façon, soit aux préliminaires de l'élection, soit à l'élection elle-même. Un tel scrupule ne pouvait être compris des délicats et des finauds de la Gazette des hôpitaux. Le feuilleton de cet intéressant journal a été à cette occasion d'une perspicacité dont nous ne saurions nous étonner, non plus que de son style, sachant de quoi il est capable. « Supposez, dit-il, que M. M.... *a échoué*, et dites si, là-bas, dans tel journal que je pourrais nommer, *on eût* trouvé des formes assez expansives, assez bruyantes de jubilation pour célébrer cet échec, pour l'interpréter à la plus grande gloire *de qui vous savez*. » Le sagace feuilleton a encore découvert ceci : « Il était évident qu'un parti puissant, non par le nombre, mais par la position, s'opposait à l'élection de M. M.... Tout ce qui pouvait se faire a été fait pour la combattre. » Enfin, « le succès de M. M.... est accepté non-seulement comme succès académique, mais encore comme une solennelle et ultime protestation en faveur de la liberté d'examen. » Nous ne sommes pas cachottier; voilà, en propres termes, ce qu'on dit de nous. Non pas que nous voulions nous en faire un mérite; nous avons toujours eu la faiblesse de croire qu'avec un critique de cet esprit, de ce style, de ce caractère, de ce cœur, de cette conscience, de *cette mémoire*, de ce passé et de ce présent, nous ne courions pas grand risque. Le mérite de notre franchise est d'autant plus petit, que pas une des allégations précédentes ne saurait se soutenir devant tout homme impartial et instruit des faits. Affirmer que nous attendions l'échec d'un candidat pour nous livrer *à des formes bruyantes de jubilation*, afin de se donner à soi-même l'occasion de nous injurier, c'est une ruse par trop vulgaire. Affirmer qu'un parti puissant

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 18 mai 1846), par MM. A. Becquerel et A. Rodier, docteurs en médecine.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

Avant de faire l'histoire du sérum du sang et d'exposer les résultats auxquels nous a conduits l'analyse de ce liquide à l'état de santé et dans les maladies, nous signalerons brièvement quelques faits généraux auxquels peut conduire l'examen du sérum ou même du sang, quelles que soient les conditions physiologiques ou pathologiques des individus desquels il provient. Ces faits peuvent être rangés en deux groupes, que nous examinerons successivement.

I. — LES DIFFÉRENTES PARTIES D'UNE MÊME SAIGNÉE NE SONT PAS TOUTES SEMBLABLES ENTRE ELLES; LES DERNIÈRES SONT MOINS RICHES QUE LES PREMIÈRES EN PARTIES SOLIDES ET PAR CONSÉQUENT PLUS AQUEUSES.

Ce résultat, déjà signalé par MM. Dumas et Prevost dans leurs belles recherches, nous avons cherché à le constater chez l'homme, à voir s'il se produisait dans les limites restreintes d'une saignée, enfin, sinon à le mesurer avec une exactitude parfaite, du moins à en donner une idée.

Considéré sous un point de vue absolu, il est probable que l'appauvrissement du sang se fait dans une progression continue qui commence en quelque sorte à la première goutte de sang qui sort de la veine pour ne cesser qu'à la dernière; on conçoit alors combien il serait difficile de la mesurer ou même d'en apprécier l'exactitude d'une manière un peu certaine.

Si le problème de la détermination de l'appauvrissement progressif du sang pendant toute la durée d'une saignée ne peut être résolu avec quelque peu de rigueur, on peut au moins en avoir une idée assez nette et une évaluation approximative en recueillant le sang à mesure qu'il sort de la veine, et sans en rien perdre, 100 grammes par 100 grammes, que l'on dessèche immédiatement avec toutes les précautions convenables.

Parmi les expériences nombreuses et multipliées que nous avons faites dans le but d'apprécier avec le plus de rigueur possible le degré d'appauvrissement du sang, en partageant les saignées en sections déterminées et toujours les mêmes, nous en choisirons six destinées seulement à donner une idée des modifications que peuvent subir les trois principaux éléments du sang.

TABLEAU.

	1re EXPÉR. (1). Sang desséché en masse.		3e EXPÉR. Sérum.		5e EXPÉR. Fibrine (2).
	Eau.	Parties solides.	Eau.	Parties solides.	Quantité de fibrine.
1° Q. 100 g.	83,29	16,71	90,58	9,42	0,867
2° Q. 100 g.	83,39	16,61	90,59	9,41	0,872
3° Q. 100 g.	83,50	16,50	90,62	9,38	0,881
4° Q. 100 g.	83,68	16,32	90,63	9,37	0,859
	2e EXPÉR.		4e EXPÉR.		6e EXPÉR.
1° Q. 100 g.	81,01	18,99	91,10	8,90	0,242
2° Q. 100 g.	81,37	18,63	91,10	8,90	0,214
3° Q. 100 g.	81,54	18,46	91,11	8,89	0,208
4° Q. 100 g.	81,80	18,20	91,14	8,86	0,217

Un coup d'œil sur ce tableau, moins encore peut-être que sur les expériences nombreuses que nous avons faites dans cette vue, nous conduit à quelques conclusions assez importantes.

Si on divise une saignée de 400 grammes en quatre parties de 100 grammes chacune, et si ce sang ainsi recueilli est desséché en masse avec le plus grand soin, chaque quart contient une proportion de parties solides plus faible que celui qui le précède, le degré d'appauvrissement n'est pas toutefois le même en passant d'un quart à l'autre. La nature, en effet, ne procède pas en se ployant en quelque sorte à nos lois mathématiques, à nos divisions artificielles; et nous avons encore besoin de répéter que l'appauvrissement est progressif, et que ces divisions décimales tranchées sont plutôt destinées à en donner une idée qu'une mesure exacte.

La diminution des parties solides a surtout lieu aux dépens des globules, et un peu, mais beaucoup moins, des matériaux solides du sérum. Les troisième et quatrième expériences montrent que le degré de diminution de ces dernières parties est très-faible.

Quant à la fibrine, ses proportions paraissent sensiblement les mêmes dans chaque quart des deux expériences relatées ici; les différences observées dans les décimales ne doivent être imputées qu'à des erreurs légères inséparables de telles opérations.

Pourquoi cet appauvrissement du sang? de quelle manière s'opère-t-il? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer, et dans l'état actuel de la science, nous admettons l'explication de MM. Dumas et Prevost (3) que nous croyons devoir reproduire textuellement en appliquant à l'homme ce qu'ils disent pour les animaux.

« Lorsqu'on saigne un petit animal, d'une quantité notable, les veines

(1) Les six expériences dont ce tableau donne le résumé ont été faites sur six sangs différents, c'est-à-dire provenant de six individus différents.

(2) La fibrine a été recueillie de la manière suivante : on reçoit 100 grammes à peu près dans un vase; on pèse ce vase avant et après, et on défibrine le sang d'après les procédés ordinaires, on dessèche, on pèse et on rapporte le tout à 100 pour faire disparaître les fractions. C'est du reste depuis longtemps que nous procédons ainsi, et dans la plupart de nos premières recherches nous avons presque toujours préféré extraire la fibrine d'une certaine quantité de sang pesée, de préférence à l'emploi des volumes comparés.

(3) ANNALES DE PHYSIOLOGIE ET DE CHIMIE, t. XXIII, p. 65.

---

s'opposait à l'élection de ce candidat, c'est une fausseté. Prétendre, d'un autre côté, que cette élection a été le prix du mérite, et, de l'autre, qu'elle a été une protestation en faveur de la liberté d'examen, c'est quelque peu difficile à concilier; car si le principe de la liberté d'examen a préoccupé l'Académie, le mérite du candidat ne l'a donc pas seul soutenu, et si son mérite a emporté les suffrages, le principe de la liberté d'examen n'y est donc pour rien. Sans compter que, dans le premier cas, l'Académie ne se serait pas montrée fort empressée de venir au secours de ce principe, puisque depuis le jour où il a été mis si fort en péril, comme chacun sait, ledit candidat a vainement frappé et soupiré assez longtemps, si nous ne nous trompons, aux portes académiques.

Au reste, nous avons peut-être tort, peut-être notre agréable critique y met-il moins d'intention que nous ne lui en supposons. Tout ce qu'il veut bien laisser tomber de sa plume est empreint d'une naïveté si primitive, greffée sur une outrecuidance si candide et si naturelle, que nous le croyons volontiers capable de prendre pour des réalités les premières billevesées venues, et les plus vulgaires remarques pour des découvertes de son esprit. Un jour, il *prédit* que certain candidat à l'Académie aura des déceptions; un autre jour, il se félicite d'avoir parlé *comme tout le monde* d'une nouvelle du monde médical, etc. Avec ces dispositions, il ferait sagement de changer le pseudonyme de Jean Raymond contre celui de Petit-Jean : c'est la même boursouflure et le même vide d'idées. Aussi a-t-il adopté un moyen assez commode d'apprendre à ses lecteurs quelque chose de neuf: c'est de leur parler de sa propre personne. Les entretenir, par exemple, de son nez, de ses lunettes, de ses yeux rouges, de ses jambes maigres, de ses habits neufs, est un moyen à peu près sûr de ne pas s'égarer. Il en use largement, presque autant que du pronom personnel *je*. Tout cela passe généralement pour la vieille défroque de l'esprit; mais on a rien de mieux à servir pour le moment à ses lecteurs, et l'on donne ce qu'on a. Grand bien leur fasse!

— En parcourant dernièrement les notices publiées par certains journaux politiques sur les futurs candidats aux élections générales, un esprit de corps bien pardonnable nous attirait particulièrement vers ceux de nos honorés confrères qui visent à passer à l'état d'*honorables*. Notre désappointement a été grand. C'est l'appréciation la plus sèche et la moins chatouilleuse qui se puisse voir. De M. Bouillaud, par exemple, illustration réelle, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil royal de l'Université, etc., on ne trouve à dire que ceci : « M. le docteur Bouillaud, qui est peut-être un habile professeur et qui est certainement un habile homme, a rendu bien des services aux électeurs d'Angoulême, dans les personnes d'élèves en médecine, leurs fils..... Il prend volontiers part aux discussions de la chambre; il a parlé sur le système pénitentiaire, sur la liberté d'enseignement, » sur ceci et sur cela. Rien de plus. La vie politique n'a pas de lauriers pour tout le monde, et bien des idoles doivent s'y trouver quelque peu dépaysées.

— Nous avons dit, dans notre dernière chronique, le nombre croissant et les charmes irrésistibles des sirènes des eaux minérales. Inutile de dire que les bains de mer en possèdent au moins autant et d'aussi engageantes. La mer est l'antique élément et le séjour naturel des sirènes. Donc, ces dames se sont mises depuis quelque temps à chanter avec plus d'entrain et de coquetterie que jamais. C'est bien le cas de dire, à parler franchement, que c'est toujours la

absorbent avec rapidité, aux dépens du reste du système, une dose de liquide proportionnelle et peut-être équivalente à celle que la masse en circulation a perdue, d'où il suit que la masse des particules paraît diminuer dans une quantité donnée de sang. »

Les résultats que nous avons consignés, et l'explication qui en a été donnée ont quelque importance. L'appauvrissement du sang n'étant qu'apparent et la conséquence très-probable de l'absorption par les veines d'une proportion d'eau destinée à remplacer le volume de sang soustrait, il en résulte nécessairement qu'on ne saurait choisir indifféremment les différentes parties d'une saignée un peu notable pour être soumise à l'analyse et représenter exactement la composition de ce liquide tel qu'il est dans l'organisme à l'instant où l'émission sanguine est pratiquée.

C'est le premier quart d'une saignée, ou, pour nous exprimer d'une manière plus positive, ce sont les 100 premiers grammes de sang tiré qui doivent être choisis pour représenter cette composition; l'appauvrissement que subit le sang pendant l'écoulement de cette quantité ou d'une qui en diffère peu est tellement faible qu'il peut être négligé sans inconvénients; c'est donc la composition de cette partie de sang qui servira de point de départ, de terme de comparaison dans tous les cas, et ce sera celle qui représentera le plus exactement possible la composition de ce liquide à l'instant de la saignée.

II. — INFLUENCE DES SAIGNÉES ANTÉRIEURES SUR LA COMPOSITION DU SÉRUM DU SANG.

Les saignées antérieures exercent une notable influence sur la composition du sérum du sang. Si on saigne plusieurs fois un individu, son sang s'appauvrit, il devient moins riche en parties solides, et surtout en globules, dont la décroissance est rapide et en rapport avec l'abondance et la répétition des émissions sanguines.

En est-il de même pour le sérum, en ne tenant compte que de ce liquide, sans faire intervenir le poids de la fibrine et celui des globules? Les expériences que nous avons faites nous permettent d'affirmer qu'il en est ainsi, et qu'à mesure qu'on pratique les saignées et qu'elles sont plus abondantes, il y a une diminution des parties solides, diminution tantôt très-forte, tantôt peu considérable, tantôt presque nulle et soumise la plupart du temps à certaines conditions que l'on peut apprécier.

La première, c'est de ne chercher à étudier cette diminution que dans des sérums de saignées faites à un faible intervalle de distance de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et pour la même affection. Si un intervalle de temps plus considérable s'était écoulé et que la nouvelle saignée fût pratiquée pour une complication, la comparaison ne serait plus possible, attendu que, dans l'espace de temps qui a séparé les deux saignées, le sérum aurait pu, soit réparer complétement ses pertes, soit être modifié dans un autre sens.

En tenant compte de ces circonstances, nous avons cherché à déterminer quel serait en moyenne l'appauvrissement du sérum du sang sous l'influence de saignées faites à de courts intervalles et pour le même état morbide.

Les moyennes ici, pas plus que dans toutes les autres altérations du sang, ne sauraient avoir une valeur absolue. Elles ne sont destinées qu'à donner une idée et à graver plus facilement dans l'esprit la valeur approximative de cet appauvrissement chez 27 individus atteints de maladies déterminées et chez lesquels deux émissions sanguines au moins ont été pratiquées. La densité du sérum du sang, comparée au poids de l'eau sous le même volume (1000), a été représentée en moyenne par 1026,9. La densité moyenne du sérum de 27 secondes saignées faites aux mêmes malades et très-peu de temps après la première a été de 1025,4. D'une saignée à l'autre, il y a donc une très-notable diminution de la densité.

Sur ces 27 malades, 7 ont été saignés trois fois. La moyenne du sérum des 7 secondes saignées avait été de 1027. La moyenne des 7 troisièmes fut de 1025,7, c'est-à-dire continuation de la décroissance de la densité.

Si maintenant nous rapportons la composition du sérum à 1,000 g., on a en moyenne les résultats suivants :

	Parties solides du sérum.	Eau.
Premières saignées chez 27 malades, poids moyen.	86,5	913,5
Deuxièmes saignées chez 27 malades, poids moyen.	81,4	918,6
Chez ces 27 malades, 7 ont été saignés trois fois.		
La moyenne des sept secondes avait été.	84,2	915,8
La moyenne des sept troisièmes fut.	82,1	917,9

Nous allons maintenant passer à l'étude de la composition du sérum du sang à l'état de santé et dans un certain nombre de maladies, en exposant, chemin faisant, les analyses complètes du sang que nous avons également faites, et en nous occupant des affections pour lesquelles elles ont été pratiquées.

TROISIÈME PARTIE.

I. — ÉTAT PHYSIOLOGIQUE.

La composition du sang à l'état normal, et la détermination des limites entre lesquelles peuvent varier les proportions des divers éléments chimiques qui constituent ce liquide sont deux choses importantes à fixer d'une manière rigoureuse. Ces proportions varient en effet sous l'influence du sexe, de l'âge, de la constitution et de bien d'autres conditions physiologiques encore ; on pourrait presque avancer qu'elles sont rarement identiques chez deux individus différents, et que pour établir d'une manière définitive la nature, les caractères et les degrés des modifications du sang dans les maladies, il faudrait comparer les résultats de l'analyse du sang malade à sa composition chimique chez le même individu lorsque ce dernier était en bonne santé.

S'il eût été possible de procéder ainsi, il est probable qu'un certain nombre de modifications du sang considérées maintenant comme pathologiques cesseraient de l'être. Il est impossible de songer actuellement à obtenir un pareil résultat.

D'après les raisons que nous avons fait connaître plus haut, et pour arriver à déterminer les modifications que pouvaient subir les matières solides du sérum et en particulier l'albumine dans les maladies, il fallait établir le point de départ, c'est-à-dire les chiffres de l'état physiologique et les limites de leurs variations. Nous y sommes arrivés par l'analyse du sérum du sang de 19 individus (11 hommes et 8 femmes), isolé du caillot, et en prenant soin d'éviter toutes les causes d'erreur que nous avons signalées. Ce sérum desséché a été épuisé à chaud par l'eau distillée d'abord, qui a enlevé les matières extractives (osmazome, extrait de viande) et les sels libres,

---

même chanson, ainsi qu'on en peut juger par les spécimens répandus à foison dans Paris. N'importe, elles s'en donnent toujours à cœur-joie, sans baisser d'une note. Voilà même qu'elles apparaissent sur certaines plages où on ne les avait jamais vues, à Honfleur, par exemple. Un spirituel critique a déjà fait ressortir l'étrangeté de ce phénomène. Des bains *de mer* à Honfleur, *sur la rive gauche de la Seine, à l'abri du soleil*, avec toutes sortes de plaisirs que les bateaux à vapeur permettent d'aller prendre *à trois ou quatre lieues*, comme qui dirait aux bains de Trouville ou du Hâvre, sont en effet des naïvetés qu'une sirène bien éduquée ne devrait pas se permettre.

Il faut avouer pourtant que les médecins auraient grand tort de se plaindre de la multiplicité des bains de mer ou des eaux minérales. C'est la ressource la plus heureuse, la plus spirituelle, la plus triomphante du praticien. Là seulement il trouve un moyen tout à la fois commode et honnête de se débarrasser d'un client maussade ou compromettant pour l'art. Bien souvent : *Allez passer une saison aux eaux*, veut dire doublement : *Allez vous promener*. Nous connaissons une dame qui a été envoyée à des bains quelconques pour une exophthalmie et un strabisme externe consécutifs à une opération de strabisme interne ; les eaux, qui finissent par ronger les roches les plus dures, devaient peu à peu détacher les adhérences vicieuses du fascia, refouler le globe oculaire dans l'orbite, etc., etc.; mais la malade, ayant entendu dire que cette action destructive des eaux était excessivement lente, préféra s'en remettre de ce soin à un bistouri bien affilé et plus heureux que le premier; moyennant quoi l'œil fut rétabli dans sa rectitude et son volume normal, sans le secours d'une autre eau que l'eau claire des fontaines, sans autre bain que celui qu'on peut prendre dans une œillère. « Pline, dit Montaigne, se moque, entre autres choses, de quoi, quand les médecins sont au bout de leur corde, ils ont inventé cette belle défaite de renvoyer les malades qu'ils ont agités et tourmentés, pour néant, de leurs drogues et régimes (et de leurs instruments), les uns au secours des vœux et miracles, les autres *aux eaux chaudes*. Ils ont une tierce sorte de défaite pour nous chasser d'auprès d'eux et se décharger des reproches que nous leur pouvons faire du peu d'amendement à nos maux qu'ils ont eu si longtemps en gouvernement qu'il ne leur reste plus aucune invention à nous amuser, c'est de nous envoyer chercher *la bonté de l'air* de quelque autre contrée. »

— De notre temps, Montaigne eût peut-être signalé une quatrième manière d'amuser les malades : c'est l'emploi du lait d'ânesse. Sans cette précieuse liqueur, la médecine serait absolument impossible dans un certain monde. On n'imagine pas les vertus occultes, mystérieuses, surnaturelles, attachées à un demi-verre de lait proprement tiré du sein de l'ânesse, coupé d'un peu d'eau de chaux et édulcoré avec le sucre candi; les quarante vertus du *catholicon* ne sont rien auprès. Au phthisique exsangue, épuisé de sueurs, de suppuration, de diarrhée, sans forces vitales, sans énergie gastrique, ramolli et comme tombé en *deliquium* des pieds à la tête, du lait d'ânesse. A l'estomac surexcité, au ventre proéminent, à la face qui se bouffit et au nez qui *trognonne*, du lait d'ânesse. Du lait d'ânesse à l'hypocondriaque, et au sanguin, et au lymphatique, à l'enfant et au vieillard, aux individus de tout âge et de tout sexe, *et quibusdam aliis*. Il y a des pays où ledit lait est l'objet d'une concurrence acharnée entre les malades et les ayant-droit naturels. En Poitou, par exemple, où l'on se livre à l'élève des mulets, ces messieurs se désaltèrent sans la moindre gêne,

et par l'alcool à 36°, qui a enlevé les matières grasses (1). Voici les résultats :

Le sérum obtenu a varié pour la quantité qui était en général modérée, ou même peu considérable relativement au volume du caillot. Sa couleur a presque toujours été foncée et tirant un peu sur la nuance jaune orangée; sa consistance en général est assez forte. Il était alcalin dans tous les cas, bien entendu; tantôt limpide; dans plusieurs cas, trouble, un peu louche et sali, tantôt par des globules, tantôt par des fragments albumineux.

La densité du sérum prise avec le plus grand soin a peu varié : chez 9 hommes qu'on peut considérer comme très-bien portants, et en la comparant au poids de l'eau sous le même volume (1000), la densité a oscillé entre 1028,5 et 1027; moyenne, 1027,7. Chez 8 femmes, les variations ont également été peu considérables; elles ont eu lieu entre 1028,6 et 1026,6; moyenne, 1027,4.

En résumé, la densité moyenne a été trouvée à peu près la même dans les deux sexes et peut être fixée à 1027,5. Les limites les plus étendues, et entre lesquelles une densité comprise doit être considérée habituellement comme normale, seraient 1026,5 et 1028,5.

Deux hommes que nous avons également considérés comme bien portants ont présenté une densité plus considérable du sérum, 1029,5 et 1029,8 ; mais l'un d'eux, le premier, toussait depuis quelque temps malgré la conservation apparente de son bon état de santé; l'autre était atteint d'une pleurodynie légère.

Dans les deux sexes, 1000 g. de sérum desséché ont donné en moyenne 909,7 d'eau et 90,3 parties solides. Les chiffres suivants représentent les limites maxima et minima des parties solides 95,5 et 85,5, et par conséquent les rapports inverses de l'eau, 804,5 et 914,5. La densité la plus faible a en général correspondu au chiffre des parties solides les plus faibles et *vice versâ*. Ce résultat toutefois n'a pas été absolument constant ; l'épuisement des parties solides du sérum par l'eau bouillante d'abord, par l'alcool bouillant ensuite, a donné en moyenne 10 à peu près, dont 8 pour les matières extractives et sels libres, et 2 pour les matières grasses en grande partie constituées par un savon animal (oléate et margarate de soude), de la cholestérine et une très-faible portion de séroline.

En résumé, concluons d'une manière générale que sur 1,000 parties de sérum, il y a en moyenne 910 eau, 90 parties solides dont 80 albumine pure, 8 matières extractives et sels libres et 2 matières grasses. Il faudrait un très-grand nombre d'observations pour déterminer d'une manière positive l'influence de l'âge, du sexe, de l'alimentation. Cette dernière conclusion nous conduit à une observation importante et à laquelle nous devons accorder quelques développements.

Dans notre premier travail, nous avons établi de la manière suivante et en moyenne le poids des principaux éléments chimiques contenus dans 1,000 grammes de sang chez l'homme : eau, 780; globules, 141 ; fibrine, 2,2 ; matériaux solides du sérum, 80, dont 8 à peu près pour les matières extractives, les sels libres et les matières grasses.

Chez la femme, la seule différence était dans le poids des globules, 127, et par conséquent dans une proportion d'eau plus considérable.

Ces résultats, nous les maintenons, et parce que de nouvelles expériences nous en ont prouvé l'exactitude, et parce que nous pouvons présenter encore en leur faveur quelques considérations destinées à démontrer le peu de fondement d'une assertion émise il y a quelque temps, et d'après laquelle on prétendait que nous n'avions trouvé le chiffre 141 en globules chez l'homme que parce que nous avions saigné des individus pléthoriques.

Il est très-rare de rencontrer des individus qui, dans un état florissant de santé, consentent à se faire saigner; nous dirons plus : il serait indigne du médecin de profiter de l'influence qu'il pourrait avoir sur les malades qui lui sont confiés, soit pour les engager à se faire tirer du sang, soit pour prescrire sans utilité une émission sanguine à ces individus paresseux ou misérables qui entrent si fréquemment dans les hôpitaux, sous prétexte de maladies qu'ils n'ont pas. Ces saignées sont du reste, comme on sait, loin d'être à l'abri de tout danger.

Comment donc faire? Il s'agit de profiter des occasions sans les faire naître, et ces occasions sont déjà elles-mêmes assez rares. Il est un certain nombre d'individus qui demandent aux médecins d'une manière expresse, et réclament même avec insistance une saignée. Ces individus sont-ils sains ou sont-ils malades? C'est la première question à résoudre.

S'ils sont sains, comment déterminer qu'il en est ainsi, et établir en quelque sorte cet état normal? Évidemment ce ne peut-être que par un interrogatoire minutieux et approfondi, par l'étude de leurs caractères physiques, par la considération de l'état des organes et des fonctions, par l'examen physiologique en un mot.

Cet individu étant reconnu sain, la saignée pratiquée et l'analyse du sang faite, demandera-t-on aux résultats de cette analyse la confirmation de cet état de santé? et parce qu'on aura trouvé le chiffre 141 de globules, par exemple, conclura-t-on que cet individu est malade et pléthorique? Non certes : cette manière de raisonner serait un peu singulière et tout à fait illogique. On conclura de l'examen physiologique consciencieux de cet individu qu'il est sain, et que les chiffres exprimant les proportions des principes du sang chez ce même individu sont l'expression de la composition normale de ce liquide chez lui. Si maintenant des chiffres semblables, ou du moins ne différant entre eux que dans des limites peu étendues, se ren-

(1) Nous avons étudié avec un grand soin la composition des matières grasses du sang extraites du sérum. Ce travail nous ayant conduits à des doutes sérieux relatifs à l'existence de la matière grasse, dite matière grasse phosphorée, bien qu'elle parût se présenter à nous toujours dans les mêmes circonstances et avec les mêmes caractères ; nous nous sommes adressés à un habile chimiste, M. Cahours, qui s'est livré à cet égard à des analyses dont voici le résumé en quelques mots.

La séroline se présente bien toujours avec les mêmes caractères, mais elle a toujours été en quantité trop faible pour qu'on ait pu songer à mieux déterminer sa nature.

La cholestérine est parfaitement semblable à celle extraite des calculs biliaires.

Le savon animal est composé d'oléate et de margarate de soude.

La matière appelée par les auteurs *matière grasse phosphorée, cérébrine*, bien que se produisant dans les mêmes circonstances et avec des caractères extérieurs souvent les mêmes, est un composé tout complexe.

Voici le résumé de la note de M. Cahours à cet égard :

Sa réaction est faiblement alcaline; elle contient : 1° du chlorure de sodium, 2° une matière grasse en partie saponifiée par la soude, 3° une matière grasse non saponifiée. Celle-ci se dissout partiellement à l'aide de l'ébullition dans une lessive de potasse et laisse une matière extractive brunâtre. Le savon de potasse décomposé par un acide laisse déposer une huile (acide oléique) et une partie solide (acide magarique).

---

au grand détriment de l'espèce humaine. Il faut se contenter de leur reste. On ne dit pas que les Poitevins s'en trouvent plus mal. — Dieu nous garde pourtant de calomnier le lait d'ânesse. Comme la langue d'Ésope, comme toute chose, il a du bon et du mauvais. Nous ne blâmons que le mauvais, tout en reconnaissant que la mode, en substituant du lait au sang de bouc ou au jus de crapaud, autrefois renommés, ne s'est pas encore montrée trop mal avisée ni de trop mauvais goût.

— Nous avons reçu, touchant les célèbres honoraires de MM. Lallemand et Williams Rogers, des documents fort précis qui modifient en quelques points toutes les versions adoptées jusqu'ici. M. Lallemand n'aurait pas eu à fixer lui-même le chiffre de ses honoraires. Ibrahim s'étant imposé de son plein gré le chiffre assez rond de 100,000 fr., envoya, dans les premiers jours de mai, son intendant à M. Lallemand, pour lui faire part de cette intention, lui remettre immédiatement 50,000 fr. et lui assurer pareille somme pour le lendemain. Le lendemain, en effet, arrivent les 50,000 fr. M. Lallemand donne un reçu du tout, sans observation positive, mais d'un air peu satisfait. C'est cet air-là qui, dépeint à Ibrahim par son intendant, détermina l'envoi spontané d'une troisième somme de 50,000 fr.; total : 150,000. On ajoute que, cette fois, un sourire de satisfaction erra sur les lèvres de l'heureux docteur, mais qu'Ibrahim, mécontent, rompit avec un parent de ce dernier, qu'il avait presque agréé déjà, aux appointements de 20,000 fr. par an, pour l'accompagner dans ses excursions et le suivre en Égypte.

Quant au *célèbre* dentiste, qu'on assure avoir été patroné par une célébrité chirurgicale, il n'aurait pas posé quatre dents à Son Altesse, comme nous l'avons dit, mais confectionné quatre pièces en hippopotame. Le 13 mai, l'intendant lui ayant porté 6,000 fr., il en aurait donné un reçu avec cette mention équivoque : *pour soins et visites*. L'intendant crut emporter un solde de compte ; mais quelle ne fut pas la surprise du pacha, quand, huit jours plus tard, on lui remit de la part de l'entreprenant dentiste une note de 9,000 fr. pour les râteliers fournis ! Pour le coup, Ibrahim se dit que donner tant d'argent pour sa bouche serait littéralement *manger* sa fortune, et répondit par un refus. Mais aussitôt menacé des tribunaux, il se décida à un sacrifice de 3,000 fr. qui mit fin à toutes ses tribulations. C'est donc en tout 9,000 fr. que lui a coûté sa mâchoire pendant son séjour à Paris.

— A ce propos, on se rappellera peut-être une question proposée à l'Académie royale de médecine belge par le ministre, et consignée dans une de nos *chroniques : « Les femmes peuvent-elles être admises à exercer l'art du dentiste? »* Or, cette question vient d'être décidée par le tribunal correctionnel de Bruxelles. La dame H... avait obtenu de la commission médicale du Hainault un diplôme pour l'exercice de l'art du dentiste. Étant venue s'établir à Bruxelles, elle présente, aux termes de la loi, son diplôme au visa de la commission médicale du Brabant, qui refusa de remplir cette formalité. La dame n'en continua pas moins l'exercice de sa profession. Des poursuites furent dirigées contre elle au chef d'exercice illégal de l'art de guérir, et le ministère public soutint que la prévenue, n'ayant pas qualité pour pratiquer dans la province de Brabant, était passible d'amende ; mais le tribunal a décidé que le visa, ayant été indûment refusé, et la prévenue s'étant conformée aux prescriptions de la loi, il n'y avait lieu à appliquer aucune peine.

contrent chez un certain nombre d'individus placés dans les mêmes conditions, on pourra déduire une moyenne plus ou moins approximative de la composition du sang à l'état normal. Quant à cette moyenne, elle ne saurait jamais avoir, pas plus que toutes les moyennes possibles, une valeur absolue; elle sera seulement acceptée comme un signe représentatif, mais seulement par approximation de la proportion de tel ou tel élément chimique.

En résumé, c'est l'état physiologique, l'intégrité des organes et des fonctions, qui doit constituer pour l'observateur l'état de santé, et non la composition du sang, qui n'est qu'un des éléments du problème. Les occasions de saigner des individus sains se présentent très-rarement; aussi la plupart des observateurs, qui ont donné comme résultats de leurs analyses des moyennes pour l'état de santé, se sont bien gardés d'exposer et surtout de publier l'histoire physiologique des individus prétendus sains, dont le sang leur avait fourni les chiffres de la prétendue composition physiologique. Ces observateurs se sont contentés de dire : Les chiffres de l'état physiologique sont tels ou tels; tant d'expériences nous ont démontré qu'il en était ainsi! On est cependant en droit d'être plus exigeant, de leur demander chez quels individus la saignée avait été pratiquée; quel était leur âge, leur constitution, l'état physique des organes, le mode suivant lequel s'accomplissait le jeu des fonctions, etc., etc.; enfin pour quelle raison tous ces individus en bonne santé sont venus se faire tirer du sang. Or, de tout ceci il n'en est dit mot nulle part, et c'est précisément l'écueil que nous avons voulu éviter, en donnant dans notre premier travail les éléments qui devaient répondre à toutes ces questions.

Un mot encore sur tous ces cas, qui ont servi, du reste, également à nous permettre de déterminer la composition absolue du sérum.

Nous avons dit qu'à la consultation publique de la Charité, comme, du reste, à celle des autres hôpitaux, venaient assez souvent, surtout à l'époque du printemps, se présenter des individus, non pas pour demander s'ils avaient besoin d'une émission sanguine, mais avec l'intention formelle de se faire pratiquer une saignée.

Interrogés sur la cause de leur désir, les uns accusent certains accidents qui s'opposent à ce qu'on les considère comme dans un état de santé, et la saignée leur est pratiquée si on la juge utile. Le sang de tels individus ne saurait être considéré comme recueilli chez des personnes saines.

D'autres répondent qu'ils ont l'habitude de se faire saigner tous les ans, et que, s'ils n'ont recours à cette opération, ils ne peuvent manquer de devenir malades. Du reste, ils se portent bien, comme le démontrent l'interrogatoire et un examen minutieux. Leur fait-on observer l'inutilité de la saignée, quelques-uns en conviennent; à d'autres le médecin finit par céder.

Or ce sont ces derniers seulement que nous avons examinés minutieusement, et de l'examen physiologique desquels ayant conclu à l'état de santé, nous avons recueilli le sang, analysé la saignée, et déduit de cette analyse les chiffres exprimant la composition normale chez les individus sains. C'est encore parmi quelques individus atteints d'une légère affection cutanée chronique (eczéma, lichen aux membres), et n'exerçant, en raison de leur peu d'importance, aucune influence sur l'état général, que nous en avons observé quelques cas qui, en raison de l'intégrité des organes, du jeu des fonctions, pouvaient être admis comme sains, et dont le sang pouvait être considéré comme normal.

Nous pourrions invoquer, en faveur des résultats de nos analyses, quelques chiffres présentés par MM. Andral et Gavarret (1). Ces chiffres, que ces auteurs regardent comme des exceptions, n'ont été considérés comme tels, à notre avis, que parce qu'ils sont partis des moyennes générales admises par eux d'après d'autres expérimentateurs, 127 globules et 3 fibrine... Ce qu'ils admettent comme exception sera pour nous la règle.

Bien que nous ne désirions pas faire considérer comme sains des individus vénériens, nous croyons, tout en les laissant en dehors des chiffres de l'état normal, devoir en dire ici quelques mots, parce qu'ils s'en rapprochent singulièrement.

Parmi les individus atteints de la syphilis, on peut, sous le rapport de la santé générale, admettre trois groupes. Chez un certain nombre d'individus bien constitués, on voit souvent, au début surtout des accidents consécutifs, si ces accidents n'ont pas une grande intensité, et dans d'autres cas encore du reste, la santé générale rester excellente; chez d'autres, forts également, sanguins, on voit quelquefois, soit à l'époque des accidents primitifs, soit lorsque les accidents consécutifs ont une grande intensité, des troubles généraux, que nous n'étudierons pas ici, se développer, et qui sont dus, soit à des accidents, soit à des complications. De tels individus sont malades. Chez d'autres enfin, atteints depuis longtemps d'accidents secondaires ou tertiaires, épuisés par une médication active, de longues souffrances, il y a une anémie véritable. Ce sont encore des individus malades.

Si maintenant on saigne les individus des deux premiers groupes avant de les soumettre à aucune autre médication, et c'est là la base de la pratique antisyphilitique d'un chirurgien distingué, qui commence par là tout traitement antivénérien, n'est-il pas évident que parmi les individus de la première catégorie, il y en aura souvent un certain nombre qui, s'ils ne sont pas dans un état complet de santé, en sont bien voisins.

Quatre saignées ont été analysées par nous; trois ont été faites à des individus du premier groupe, c'est-à-dire bien constitués et bien portants, la quatrième à un individu atteint d'une bronchite aiguë. Il n'en sera pas question ici (2).

Les trois individus sur lesquels, nous le répétons, toutes les fonctions s'exécutaient d'une manière normale, ont également donné pour résultats de l'analyse du sang des chiffres tout à fait semblables à ceux de l'état normal. Les voici :

Analyse de 1,000 grammes de sang.					Analyse de 1,000 grammes de sérum.			
	Globules.	Part. sol. du sérum.	Fibrine.	Eau.		Densité. du sérum.	Eau.	Parties solides.
1er cas.	136,9	81,2	1,9	780	1er cas.	1027,9	905,7	94,3
2e cas.	139	84,2	1,9	774,9	2e cas.	1029	902	98
3e cas.	138,5	80	2,2	779,3	3e cas.	1026,9	906,7	93,3

(1) RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS DE QUELQUES PRINCIPES DU SANG, etc., page 9.

MM. Andral et Gavarret donnent, dans une note, le résultat de quatre saignées pratiquées à trois individus : chez un, pour un zona; l'autre, pour un tic de la face, deux saignées; le troisième pour un ictère léger sans fièvre. Ces individus, de forte constitution, mais dont *toutes les fonctions étaient intactes*, ont présenté en globules les chiffres 146,4, 147,9, 144,1 et 135; et la fibrine 2,5, 2,3, 2,4 et 2,0.

(2) Voir nos premières recherches, page 116.

(La suite prochainement.)

— Le sieur Sabatier a été traduit pour la troisième fois sur les bancs de la 7e chambre, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine.

Pour couvrir l'illégalité de cet exercice et se mettre à l'abri de toutes poursuites, le sieur Sabatier se faisait assister d'un docteur-médecin qui signait les ordonnances, ou plutôt qui abandonnait au sieur Sabatier l'usage d'une griffe que ce dernier apposait sur les ordonnances que lui-même rédigeait.

Un acte d'association pour douze années avait même été signé entre l'empirique et le docteur ainsi qu'avec le pharmacien Gardet; des droits de partage et de remise avaient été stipulés entre eux.

Le tribunal, sur la plaidoirie de Me Gustave Ponvert, a relaxé le pharmacien de la poursuite; le sieur Sabatier, défendu par Me Lamy, a été condamné à un mois d'emprisonnement et 30 fr. d'amende; le docteur Dormer à 30 fr. d'amende seulement.

On ne dit pas si le sieur Sabatier appliquait un système de médecine de son invention, au camphre ou à toute autre chose; mais il était évidemment coupable au premier chef de plagiat. C'est pour cela sans doute que l'amende a été doublée, et qu'il y a eu de la prison. La justice a des balances.

— Un jeune homme de 22 ans, somnambule de naissance, est tombé, dans un de ses accès, d'un troisième étage, sans éprouver ni entorse, ni fracture. A cette occasion, un journal demande très-sérieusement si les personnes en somnambulisme (naturel) *sont insensibles à la douleur au point de pouvoir impunément se précipiter d'un troisième étage sur le pavé.* C'est une expérience à faire. Nous engageons l'auteur de cette charmante question à jeter par la fenêtre le premier somnambule qui lui tombera sous la main, si mieux il n'aime se faire magnétiser pour répéter l'expérience sur lui-même.

— Voici, enfin, une nouvelle que nous empruntons au JOURNAL DE MAINE-ET-LOIRE. Elle est trop intéressante et surtout nous craignons trop d'altérer la vérité du récit pour y rien changer, sauf quelques détails insignifiants.

Le docteur Faust Werter (de Stuttgard), ayant obtenu du tribunal de justice le cadavre d'un pendu, pour faire des études phrénologiques, le fit transporter dans son cabinet. En présence du cadavre, le docteur se prit à lui palper les bosses; la bosse de l'innocence dominait d'une manière triomphante.

Tout en raisonnant là-dessus le docteur fit une incision au cou du scélérat qui était encore tiède. Mais il fut bientôt distrait par l'arrivée d'un vieux diplomate marié depuis peu, et qui venait se faire tâter le front. Il sortit laissant le cadavre en tête à tête avec lui-même.

Pendant cet entr'acte, le pendu était revenu à lui; il regarde autour de lui, se tâte à plusieurs reprises, et enfin la bosse de l'innocence faisant son effet, il met la montre du docteur dans sa poche. Quand celui-ci vit son pendu installé dans un fauteuil et en robe de chambre, ses cheveux se seraient hérissés s'il en avait eu; mais il portait perruque. Monsieur, s'écria l'ex-pendu, en échange de vos bienfaits, je vais vous révéler des choses étranges. On a toujours parlé des plaisirs qu'éprouvait un pendu; ah! monsieur, il faudrait une autre langue que la mienne pour les raconter; imaginez-vous les ivresses du ciel et de l'enfer en même temps : tout ce que la volupté peut imaginer de plus indicible et de plus raffiné, des festins de Balthazar, etc., etc. Ah! monsieur, je voudrais bien déjeuner; j'ai eu tant de tiraillements pendant deux heures.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

PNEUMONIES MÉTASTATIQUES. — MÉTASTASE RHUMATISMALE.

Il semble qu'on ait tout dit quand on a prononcé le mot de *pneumonie*. Quand on a déterminé le degré, l'étendue, précisé les limites de l'inflammation pulmonaire, on s'inquiète peu généralement de rechercher si elle est ou non liée à quelque état général, diathésique ou accidentel de l'économie; si elle reconnaît une de ces causes communes, générales, qui provoquent, suivant les prédispositions individuelles, une congestion inflammatoire vers tel ou tel organe, ou bien si elle est le résultat de l'action d'une cause spéciale. La pneumonie est-elle donc un état morbide toujours identique et qui ne diffère chez les divers sujets que par l'étendue et l'intensité, pour qu'on s'occupe si peu d'en déterminer l'origine et la nature? Les phénomènes physiques révélés par l'auscultation et la percussion indiquent-ils tout ce qu'il est utile, nécessaire de savoir pour se guider dans le choix des moyens de traitement? Si l'on admet, avec raison, que les pneumonies puissent être modifiées, influencées ou même déterminées par certaines influences pathogéniques spéciales, et qu'elles diffèrent entre elles autrement que par les seules circonstances du degré, de l'intensité et de l'étendue des phénomènes inflammatoires, est-on autorisé à admettre l'existence d'une pneumonie rhumatismale par métastase?

Les métastases rhumatismales n'étaient point mises en question par les médecins du dernier siècle. Barthez en a fait un des pivots de son ingénieuse théorie des fluxions. Stoll et Sydenham rapportent des exemples de pneumonies ou de pleurésies rhumatismales, métastatiques. Mais la théorie des métastases à laquelle ces médecins faisaient jouer un rôle si important dans la pathogénie ne devait plus avoir la même signification pour la plupart des médecins de notre époque; elle implique deux faits dont l'école anatomique, dans sa manière de concevoir les phénomènes morbides, ne pouvait suffisamment tenir compte : la spécificité de certains états phlegmasiques ou fluxionnaires et le transport ou la migration de ces états sur des points divers et plus ou moins distants de l'économie. Aussi, ne pouvant méconnaître les faits, a-t-on cherché à les interpréter de différentes manières. A l'idée ancienne des métastases, on a substitué l'idée plus matérielle, l'hypothèse plus concrète, mais guère plus claire au fond, de la révulsion; ou bien on n'a voulu voir dans les métastases que des faits de coïncidence, de simples complications fortuites ou des successions sans relation, sans rapport de causalité. Ainsi, pour M. Chomel, le rhumatisme et l'inflammation du poumon, de la plèvre ou du péricarde qui lui succède, sont des affections *diverses* qui alternent, qui se remplacent mutuellement; il ne regarde pas ces dernières comme étant de nature rhumatismale. Pour M. Bouillaud, les faits de métastases ne seraient le plus souvent que des *coïncidences* des cas de simultanéité ou de complication; les inflammations intérieures, regardées comme le résultat d'une *métastase* ou *rétrocession* d'une affection extérieure, du rhumatisme articulaire entre autres, préexisteraient presque toujours à cette prétendue métastase, et l'affection extérieure ne disparaîtrait ou ne diminuerait qu'en vertu de la loi établie par Hippocrate : *Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* M. Andral nous paraît s'être rapproché davantage de la vérité, s'il ne l'a même pas exprimée d'une manière exacte lorsqu'il dit que « la même cause qui, dans un même jour, produira des douleurs dans dix articulations différentes qu'on verra revenir à l'état sain aussi rapidement qu'elles étaient devenues malades; cette même cause peut, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie interne, y déterminer, soit une simple modification dynamique, soit une lésion organique, laquelle ne serait dans tous les cas que consécutive à la première. » De là à la théorie des métastases, on le voit, il n'y a qu'un pas. Que l'on substitue à la conception étroite de la localisation la considération beaucoup plus large des éléments étiologiques, on franchira aisément ce pas et l'on élargira en même temps, en la généralisant, l'idée que les anciens se faisaient de la métastase. Qu'est-ce en effet que ces affections qui, se manifestant, soit simultanément, soit successivement, sur des points divers de l'économie, sous l'influence d'une même diathèse ou d'une cause unique, si ce n'est l'expression du même principe morbifique diversifiée seulement par les circonstances du siége, de la nature du tissu et de la fonction de l'organe affecté? Une maladie change-t-elle de nature pour changer de place? Lorsque la goutte quitte les articulations du pied pour se porter sur les viscères, cesse-t-elle pour cela d'être la goutte? La nature et la fonction de l'organe affecté modifient l'expression des phénomènes morbides, mais elles n'en changent pas le caractère; et lorsqu'on reconnaît à tous les systèmes l'aptitude plus ou moins manifeste à recevoir et à exprimer d'une certaine manière l'influence des agents morbifiques capables de retentir sur toute l'économie, pourquoi ferait-on une exception à l'égard des poumons? Si le caractère spécifique des causes morbides s'y traduit d'une manière moins évidente que dans les autres organes, si les symptômes offrent une certaine similitude dans tous les cas, c'est à l'importance même de ses fonctions dont le trouble domine tout l'appareil symptomatique qu'il faut l'attribuer et non à l'identité constante de ses affections.

Une question d'une pareille importance dont les conséquences pratiques sont aisées à prévoir ne saurait être traitée ici avec l'étendue qu'elle mérite; nous ne faisons que l'indiquer en passant et la signaler à l'attention des cliniciens à l'occasion de deux cas de pneumonie rhumatismale, métastatique, observés récemment à l'Hôtel-Dieu dans les salles dirigées par M. Teissier et recueillis par M. Gabalda, interne du service, à l'obligeance duquel nous en devons la communication. Nous croyons, en raison de l'intérêt qui se rattache à ce sujet, devoir reproduire ces deux observations dans tous leurs détails.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; PNEUMONIE MÉTASTATIQUE; ENDOCARDITE.

OBS. I. — Leport (Laurent-Marie), âgé de 29 ans, menuisier, entre le 3 avril 1846 à l'Hôtel-Dieu dans le service dirigé en ce moment par M. Tessier, salle Saint-Lazare, n° 42. Son père est mort fou il y a seize ans; sa mère est bien portante, et n'est point sujette aux rhumatismes. Le lieu où travaille habituellement le malade est un lieu sain ainsi que son habitation. Il assure ne s'être point refroidi; en un mot, il ne sait à quelle cause attribuer sa maladie, et c'est la première fois qu'il en est atteint.

Il a été pris, dans la nuit du dimanche (29 mars) au lundi, de douleurs vives dans la jambe droite. Ces douleurs n'ont pas été précédées de frissons; elles ont été très-vives dès le début, si bien que le malade n'a pas pu se lever; elles siégeaient dans l'articulation du genou. La nuit suivante, les douleurs ont cessé dans le genou droit, et se sont fait sentir dans le genou gauche. Le jeudi, elles ont envahi les articulations tibio-tarsiennes. Le vendredi, elles se sont manifestées dans toutes les articulations des membres supérieurs, à l'exception des doigts.

Huit jours après, le docteur établissait à Londres la fameuse *société des pendus*, où tout ce qu'il y avait d'excentrique en Angleterre s'était fait affilier. Ces hommes, usés de débauches, blasés, venaient chez le docteur chercher les émotions de la pendaison; accrochés pendant deux heures à d'élégantes patères, les pieds rasant le sol, ils venaient goûter des extases que nous ne pourrions peindre que difficilement; le docteur, la montre en main, comptait les minutes et les pulsations, et quand le sociétaire avait une assez forte dose de bonheur, il faisait couper la corde à son aide, qui n'était autre que le pendu de Stuttgard.

Il y a quinze jours, la police de Londres a fait fermer l'établissement du docteur Werter, comme immoral; il a reçu l'ordre de quitter l'Angleterre sur l'heure. Parmi ces clients les plus passionnés, se faisait remarquer lord Quakerton; chaque semaine il allait faire une séance de deux heures; quand il apprit que le docteur quittait l'Angleterre, il voulut le suivre.

Les trois voyageurs étaient descendus hier à l'hôtel***, quand, après un déjeuner copieux, lord Quakerton a voulu être pendu; mais par un caprice de grand seigneur il a voulu que le docteur fût de la partie; celui-ci, échauffé par le malvoisie, s'est fait accrocher aussi par l'ex-scélérat de Stuttgard, lui recommandant bien de couper les cordes cinq minutes avant que les deux heures ne fussent expirées. Pendant que lord Quakerton et le docteur faisaient ce charmant duo, le fidèle serviteur s'est emparé des bank-notes du lord et du docteur et s'est enfui à toutes bottes vers la Belgique sans doute, pays des contrefaçons et des notaires persécutés.

Quand le garçon de l'hôtel vint pour faire les appartements, il ne trouva que deux cadavres!

— L'affaire des dentistes vient d'être définitivement jugée. Par suite de l'arrêt rendu par la cour de cassation, l'affaire avait été renvoyée devant la cour d'Amiens. Après les plaidoiries de MM. Crémieux et Paillet pour les parties, M. l'avocat général Dupont a pris la parole. Examinant en principe et en droit la question sous toutes ses faces, l'organe du ministère public, à la suite d'un long et savant réquisitoire, a conclu dans le sens de l'arrêt de cassation du 15 mai dernier.

La cour, après un long délibéré en la chambre du conseil, jugeant conformément à ces conclusions, a décidé que le dentiste ne saurait, en aucun cas, être assimilé au médecin et au chirurgien, et que dès lors il ne saurait être tenu à prendre les grades exigés par la loi de ventôse an XI, seulement pour l'exercice de la chirurgie et de la médecine; la cour a, en conséquence, déchargé M. Rogers de la condamnation à 15 fr. d'amende contre lui prononcée, et a condamné les plaignants en tous les frais du procès.

Ainsi, désormais, c'est une question définitivement et souverainement jugée : deux arrêts de cassation, le premier de 1827, le second du 15 mai dernier, confirmé par la décision que nous rapportons, suffisent à fixer irrévocablement la jurisprudence sur ce point.

Le malade n'est entré à l'hôpital que le vendredi soir, sixième jour de sa maladie. On ne lui a fait subir chez lui d'autre traitement que des frictions calmantes, des boissons émollientes, des cataplasmes. Chaque nuit les douleurs ont présenté une exaspération notable.

Le samedi 4 avril (septième jour), le malade présente les symptômes suivants : face vultueuse; pommettes très-colorées; sueur abondante à la face et aux membres, moins prononcée sur le tronc; peau chaude; pouls à 120, fort et dur; douleurs vives des genoux, des articulations tibio-tarsiennes et de quelques orteils, ainsi que des articulations des membres supérieurs; gonflement et rougeur aux poignets, aux genoux et aux pieds, surtout au pied gauche, où ils se prolongent sur toute l'étendue du tarse; langue sèche, rouge à la pointe et sur la ligne médiane, blanche sur les côtés. (Prescription : 4 saignées de 2 palettes chacune; groseille, 3 pots; diète.) Le soir, moins de douleur dans les jambes, tout autant dans les bras; état général le même que le matin; pouls à 120.

Dimanche (5 avril). Le matin, l'état général est meilleur que la veille; il y a moins d'anxiété. Les douleurs sont un peu moins fortes, mais la différence est peu sensible. Les membres supérieurs sont toujours dans une immobilité complète. Les jambes peuvent être fléchies, non sans douleur et sans gêne, il est vrai (ce dernier mouvement s'exécutait déjà la veille, mais avec moins de facilité); pouls à 118, moins fort que la veille. Le malade est vu à neuf heures; il a commencé à six heures du matin à prendre du sulfate de quinine (1 gramme dissous dans un litre de limonade sulfurique, un demi-verre toutes les demi-heures). On prescrit un deuxième litre de limonade sulfurique avec 1 gramme 50 centigr. de sulfate de quinine, que le malade commencera à prendre quand le premier sera terminé; 2 pots de groseille.

Le soir, le malade se trouve, dit-il, *beaucoup mieux*. En effet, il remue les bras, avec un peu d'embarras encore, mais sans douleur. C'est dans les épaules que les douleurs ont conservé le plus d'intensité; cependant le malade ne souffre que lorsqu'il veut lever les bras. Il se couche à volonté sur l'un et l'autre côté, tandis que la veille il était dans le décubitus dorsal forcé. Le gonflement articulaire persiste dans les poignets. La face conserve toujours la même animation; chaleur et sueur. Le pouls est à 115, assez développé, mais sans dureté.

6 avril. Le matin, le malade est à peu près dans le même état que la veille; pouls à 112. (Gros., 2 pots; limonade sulf., 1 pot, avec 2 grammes de sulfate de quinine.)

Le soir, le bras gauche est complétement dégagé, mais les articulations du côté droit sont plus gonflées et plus douloureuses qu'elles ne l'étaient le matin; les jambes sont aussi complétement débarrassées. Pouls à 112, peu développé.

7 avril. Le matin, gêne des mouvements dans les articulations affectées, mais sans douleur en aucun point. Cependant la peau est toujours chaude, la face animée, le pouls fort et aussi fréquent que la veille; en un mot, le mouvement fébrile n'est pas réduit. (3 grammes de sulf. de quinine; le reste *ut suprà.*)

Le soir, les douleurs ont reparu dans les articulations des membres inférieurs; le mouvement fébrile a toujours la même intensité.

8. Les douleurs des jambes ont disparu, mais le mouvement fébrile persiste. (4 grammes de sulfate de quinine.)

9. Le mouvement fébrile persiste avec la même intensité; pouls à 115. Les douleurs ont reparu dans les épaules dans la matinée. La malade demande, avec beaucoup d'instances, à manger. (Gomme sucrée, 3 p.; 4 grammes de sulfate de quinine; bouillon de poulet.)

10. Le mouvement fébrile a un peu diminué; le pouls n'est plus qu'à 96. Les douleurs des épaules ont disparu. Les articulations affectées conservent encore un peu de gêne et de roideur, mais il n'y a plus de douleurs nulle part. Prescription *ut suprà.*)

Vers quatre heures du soir, sans cause appréciable, le malade a senti tout à coup un malaise général très-considérable et en même temps une dyspnée intense, avec des nausées et un redoublement fébrile très-marqué. Il est survenu en même temps une douleur très-vive à la région précordiale, se prolongeant sur le trajet du sternum jusqu'à la partie postérieure de la poitrine. Le malade a été fort agité pendant la nuit, il n'a pas dormi un seul instant.

Le 11 au matin, chaleur fébrile très-considérable; pouls à 120, dur, concentré; peau sèche, face rouge et animée; dyspnée intense, respiration courte et fréquente; matité absolue dans tout le côté gauche de la poitrine; souffle tubaire aussi intense que celui que l'on entend dans une pneumonie franche; pas de râle; égophonie. Le malade n'accuse pas de point de côté, mais une douleur à la région précordiale et sur le devant de la poitrine jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum. En avant et du côté gauche, le bruit respiratoire est rude, l'inspiration très-courte. Les bruits du cœur sont forts, très-précipités. Les mouvements respiratoires sont fréquents. Il n'y a plus de douleur ni de gêne dans les articulations. Le malade peut faire mouvoir tous ses membres sans difficulté. (G. s., 3 pots; saignée de trois palettes; 12 ventouses scarifiées sur le côté gauche; diète.)

12. La douleur précordiale, l'anxiété et la dyspnée sont diminuées notablement (ces phénomènes présentaient déjà un amendement sensible la veille au soir), mais le mouvement fébrile persiste avec la même intensité. (2 saignées de trois palettes; diète.) Une première saignée a été pratiquée le matin.

Le soir, le pouls conserve à peu près la même force et la même fréquence. (Nouvelle saignée de trois palettes.) L'état local est comme la veille, c'est-à-dire que la dyspnée est peu intense. Les articulations sont parfaitement bien. La saignée faite le matin, ainsi que celle de la veille, présentent un caillot rétracté dont les bords sont fortement relevés, et couvert d'une couenne épaisse.

Le 13, le pouls est bien moins fort que la veille; il a toujours la même fréquence (120); les autres symptômes sont comme la veille. (G. s.; une saignée; diète.)

Le soir, point de côté très-douloureux s'étendant depuis l'épaule jusqu'à la crête iliaque, à droite; dyspnée intense; le malade pousse des cris à chaque inspiration. Pouls très-petit, à 140; peau très-chaude et sèche; agitation, anxiété. En auscultant le malade, on perçoit à droite un souffle tubaire des plus prononcés, mêlé de râle crépitant; bronchophonie; matité dans tout ce côté de la poitrine. On applique immédiatement un large vésicatoire en arrière. La saignée pratiquée le matin présentait peu de sérosité; elle était prise en caillot, mais celui-ci n'était pas rétracté comme le précédent et n'offrait qu'une légère couenne.

Le 14, point de côté moins douloureux; mêmes phénomènes que la veille; pouls un peu moins fréquent (135). (Prescription : g. s., 3 pots; julep avec tartre stibié, 0,30 cent.; diète.)

Le 15, peau moins chaude; pouls peu développé, à 120. Le point de côté ne se fait plus sentir que dans les grandes inspirations; respiration courte et fréquente. Le malade est comme haletant quand il parle; souffle, matité; râle crépitant à grosses bulles humides. (G. s., 3 pots; julep avec tartre stibié, 0,20 cent.; diète.)

Le soir, la dyspnée est toujours aussi forte, quoique le point de côté n'existe plus. Le malade se plaint d'une douleur à la gorge et en même temps d'une barre qui lui traverse la base de la poitrine et qui l'empêche de respirer. Il peut à peine parler. La plus courte phrase est entrecoupée par le besoin de respirer. On entend un bruit de souffle après le premier bruit du cœur; celui-ci est sourd, tandis que le second a plus d'éclat. Pouls, 120.

Le 16 au matin, même état que la veille. Plus de souffle dans le poumon droit; râle crépitant, humide. Pouls aussi fréquent, de plus en plus petit et faible (pronostic fâcheux). (G. s., 3 pots; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit; vésicat. sur le côté droit, en avant; diète.)

Le 17, la dyspnée est moins intense, l'anxiété moindre; la chaleur fébrile est diminuée, le pouls moins fréquent (112). — Prescription *ut suprà*, moins le vésicatoire.

Le 18, le 19 et le 20, l'amélioration a continué; le bruit de souffle au premiee temps du cœur persiste, mais l'état général est satisfaisant. Il n'y a ni dyspnée ni anxiété. Dans la nuit du 19 au 20, le malade a eu un peu de délire. Le 20 au matin, M. Tessier a prescrit un julep avec musc 0,50. Dans la journée, le délire n'a pas augmenté. Il y en a eu encore un peu la nuit suivante.

Le 21, on a prescrit encore un julep avec 0,50 musc.

Il n'y a pas eu de délire dans la nuit du 21 au 22.

Les jours suivants, le mouvement fébrile a diminué de plus en plus. La respiration s'est faite sans difficulté; néanmoins le bruit de souffle persiste au premier temps du cœur. Dans le poumon gauche, il y a du râle sous-crépitant.

Le 25, le malade allant de mieux en mieux, on lui a donné du bouillon de poulet. Le 26, *idem*.

Les jours suivants, l'état général du malade a été s'améliorant de plus en plus.

Le malade a voulu sortir le 9 mai. Il conservait encore du bruit de souffle au premier temps et une fréquence remarquable du pouls; cependant depuis plusieurs jours il se promenait dans la cour, il mangeait trois portions; en un mot il se trouvait tout à fait bien.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; PNEUMONIE MÉTASTATIQUE; TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE QUININE.

Obs. II. — Meunier (Pierre), 52 ans, commissionnaire, entre, le 6 avril 1846, salle Saint-Lazare, 25.

Cet homme, fortement constitué, a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais eu de rhumatisme ni d'autre maladie, si ce n'est il y a trois ans une petite fièvre qui a été qualifiée d'inflammation d'intestin, mais qui n'a duré que cinq jours.

Le mercredi 1er avril, Meunier a eu à traîner une voiture à bras très-fortement chargée. Il s'est fatigué beaucoup, et ayant quitté sa veste parce qu'il suait abondamment, il a reçu la pluie dans cet état. Le soir, il a senti des frissons et un malaise général; cependant ayant encore un peu d'appétit, il a mangé de la soupe et il l'a bien digérée. Il s'est couché et il a bien dormi la nuit. Le jeudi il n'a pas senti de frissons, mais il a eu du malaise toute la journée et pas d'appétit. Ce jour-là n'ayant rien à faire il n'est pas allé à son travail. Le vendredi il a voulu travailler, mais bientôt il a senti une faiblesse telle qu'il ne pouvait pas se tenir sur ses jambes. En même temps il a eu des douleurs dans les jambes, sans siége bien précis; elles se faisaient sentir aussi bien dans la continuité des membres inférieurs que dans les articulations. Enfin il survint de nouveaux frissons, puis de la fièvre. Le samedi et le dimanche, le malade a été retenu au lit par la fièvre et par les douleurs dans les jambes et dans les reins qui l'empêchaient de se lever. Pendant ces deux jours, il a aussi beaucoup toussé, et il a souffert d'un point de côté à droite qui le gênait beaucoup pour respirer.

Le lundi il est entré à l'Hôtel-Dieu présentant les symptômes qui viennent d'être mentionnés : point de côté à droite, dyspnée, toux, crachats muqueux; matité dans le côté droit de la poitrine; douleur très-vive dans la région lombaire qui tient le malade dans le décubitus dorsal forcé et l'empêche de se mettre sur son séant. Douleurs dans toute la longueur des membres inférieurs. Quant aux membres supérieurs, le malade n'accuse de douleur que dans l'épaule droite.

Le lendemain mardi, 7 avril, la face est vultueuse et couverte d'une sueur peu abondante et visqueuse; langue sèche, pouls dur, fort et fréquent; point

de côté à droite ; matité dans tout le côté droit de la poitrine ; douleurs dans la région lombaire toujours aussi vives. (12 ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine, et 8 à la région lombaire.)

Le 8, la douleur de la région lombaire et le point de côté sont moins intenses, mais pendant la nuit toutes les grandes articulations des membres inférieurs et des membres supérieurs ont été prises de douleurs très-vives. Le mouvement fébrile est encore plus fort que la veille. Langue sèche, soif vive, respiration courte, fréquente et difficile. (Deux saignées de trois palettes ; mauve sucrée, trois pots ; diète.)

Le 9, le mouvement fébrile est moins marqué que la veille ; la peau est moins chaude, le pouls moins fort ; sa fréquence est à peu près la même. (Prescription *ut suprà.*)

Le 10, diminution notable de tous les symptômes. (1 gramme de sulfate de quinine dans un pot de limonade sulfurique.)

Le 11, l'état du malade continue à s'amender : les douleurs ne se font plus sentir ; le malade commence à remuer les bras et les jambes ; plus de chaleur fébrile ; pouls sans force, à 84 ; expectoration abondante de crachats muqueux. (Sulfate de quinine, 1 gramme 50.)

Le 12 et le 13, l'amélioration continue. (2 grammes de sulfate de quinine.)

Le 14, plus de douleurs. Il ne reste plus que de la gêne dans les articulations affectées. L'épanchement est moins considérable. (On supprime le sulfate de quinine. Gomm. sucr. ; diète.)

Le soir, le malade se plaint de ce que la douleur a reparu dans le bras droit. La peau est plus chaude que le matin, le pouls plus fréquent.

Le 15, la douleur du bras droit a disparu ; il n'y reste que de la gêne des mouvements, mais le mouvement fébrile persiste ; le facies est coloré ; il y a un peu de dyspnée. Dans le côté droit de la poitrine, en outre de la matité qui existait à la base, on perçoit du souffle entre l'angle des côtes et la colonne vertébrale jusqu'à l'épine de l'omoplate. Les crachats, toujours abondants, ont pris une coloration jaune foncé (un peu sucre d'orge) qu'ils n'avaient pas auparavant. (Julep avec kermès, 1 gramme ; diète.)

Le 16, même état que la veille. On constate à l'auscultation du souffle et de plus du râle crépitant. (Julep avec tartre stibié, 0,30 ; vésicatoire sur le côté droit ; diète.)

Le soir, le mouvement fébrile est diminué ; pouls à 86 ; peau moite. La dyspnée a disparu ; les crachats sont jaunes, muqueux ; ils n'ont plus la teinte rougeâtre qu'ils avaient les jours précédents. Le malade se sent mieux, dit-il, mais il est très-faible ; sa potion l'a fait vomir deux fois ; pas de diarrhée.

Le 17 et le 18, l'état général a continué à s'améliorer. Pouls à 84 ; température normale de la peau. Les douleurs n'ont pas reparu dans les articulations. Le malade se sent très-faible. Langue humide, rouge à la pointe et sur les bords, recouverte d'un enduit blanchâtre sur le reste de sa surface. Le 17, le souffle persiste dans la même étendue que la veille ; le 18, on ne l'entend plus qu'au niveau de l'origine des bronches. (Julep avec tartre stibié, 0,30 ; diète.)

Le 20, souffle obscur au niveau des grosses bronches ; gros râle humide dans le restant du poumon en arrière ; pas de fièvre. Le malade n'éprouve plus que de la faiblesse ; il est réduit à un état d'amaigrissement considérable. (Julep avec tartre stibié, 0,10 ; 2 bouillons.)

Le 21, plus de fièvre ; le souffle persiste. (Même prescription ; plus du lait.)

Le 22, même état que la veille. (Un vésicat., 2 bouill., du lait.)

Les 23, 24 et 25, état général toujours le même. Pouls encore un peu fréquent, surtout le soir ; peau un peu chaude ; persistance du souffle. Les crachats sont toujours muqueux, jaunes, mais moins abondants, moins opaques, quelques-uns sont âcres.

Les jours suivants, le malade a présenté les mêmes phénomènes : mouvement fébrile le soir, souffle et matité dans le côté droit de la poitrine, dans un espace circonscrit entre l'angle des côtes et la colonne vertébrale, depuis les grosses bronches jusqu'au tiers inférieur du poumon ; crachats abondants, muqueux et visqueux.

Le 30, on a appliqué un nouveau vésicatoire. Julep avec kermès, 0,25. Le mouvement fébrile a disparu dans les premiers jours de mai, mais le souffle a persisté. Cependant le malade a recouvré l'appétit. Il est sorti le 14 mai, se portant bien, mais présentant encore du souffle à l'auscultation, dans une étendue moins considérable que précédemment, il est vrai. Il y avait encore de la toux le matin et des crachats muqueux assez abondants.

Si l'on veut se donner la peine de résumer les circonstances principales de ces deux observations, on ne peut y méconnaître, ce nous semble, l'influence manifeste de l'affection rhumatismale initiale sur la marche, la durée et quelques-uns des caractères et des phénomènes principaux de la pneumonie. Cette filiation est surtout remarquable dans la première observation. L'invasion subite de la dyspnée et de la douleur précordiale vingt-quatre heures après la cessation des douleurs articulaires, ce début soudain, presque instantané, sans prodromes ; cette manifestation d'emblée de tout l'appareil symptomatique de la pneumonie, cessant brusquement dans le côté envahi pour se reporter avec la même rapidité dans l'autre côté ; l'intensité et la mobilité de la douleur, d'abord dans la région précordiale, puis dans le côté qu'elle envahit depuis l'épaule jusqu'au bassin ; la persistance de la fièvre après que les symptômes de la pneumonie se sont amendés ; enfin, ces alternatives que l'on remarque dans le deuxième cas, tout n'indique-t-il pas, alors même qu'on n'aurait point été témoin de la succession et de la filiation des deux maladies ou plutôt des deux phases de la même maladie, tout n'indique-t-il pas, disons-nous, dans cette irrégularité et cette mobilité des phénomènes, une influence pathogénique spéciale et mobile comme le rhumatisme lui-même ?

Quant à l'endocardite qui a terminé la scène chez le premier malade, c'est un fait qui, bien que de même nature, se rattache à une question plus spéciale sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

VII. GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros de novembre, décembre 1845, et de janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Plaie de la cornée par une esquille de bois, iritis consécutive et procidence partielle de l'iris* ; par M. Bazzoni. 2° *Note sur deux nouveaux procédés opératoires pour la ligature des artères axillaire, ischiatique et honteuse interne* ; par M. Pétrequin. (Extrait de la dernière publication, MÉLANGES DE CHIRURGIE, de notre zélé et laborieux compatriote.) 3° *Compte rendu des malades reçus en mars, avril, mai, juin, juillet, août, septembre et octobre 1845, dans la salle Saint-Jacques de l'hôpital Majeur de Milan* ; par M. Prandina. 4° *Extrait du rapport sur les maladies guéries dans l'infirmerie médicale consacrée aux femmes des hôpitaux civils de Brescia, en janvier, février, mars et avril 1845* ; par M. Mottini. 5° *Sur la pellagre* ; par M. Assandri. 6° *Observations médico-pratiques sur le traitement de la colique saturnine au moyen de l'opium* ; par M. Triberti. (L'auteur assure avoir toujours guéri par ce médicament la colique saturnine.) 7° *Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération, au moyen de la galvano-puncture* ; par M. Pétrequin. (Nous avons déjà fait connaître cette méthode d'après la communication de M. Pétrequin lui-même à l'Académie des sciences.) 8° *Fongus traumatique de la cornée (réflexions sur les corps étrangers dans l'œil), cautérisation avec le nitrate d'argent, guérison* ; par M. Scotti. 9° *Entéro-péritonite aiguë, vomissements, constipation, intumescence circonscrite du ventre, colique, froid et torpeur des extrémités, affaiblissement de la voix, sanglots, etc., réaction, continuation de l'entéro-péritonite, et gastrite avec retentissement cérébro-spinal, traitement antiphlogistique énergique, guérison en vingt-cinq jours, rétablissement complet le trentième jour* ; par M. Cabini. 10° *Proposition d'un moyen pour rendre plus utiles certaines pupilles artificielles* ; par M. Trinchinetti. 11° *Un mot sur la maladie charbonneuse communiquée des animaux à l'homme* ; par M. Bonfanti. 12° *Nouveau fébrifuge* ; par M. Foldi. 13° *Anévrisme poplité traité par les courants électriques* ; par M. Ciniselli. 14° *Sur l'inoculation de la miliaire* ; par M. Papis. (L'auteur s'est inoculé avec une aiguille, sur trois points de l'avant-bras, la sérosité contenue dans des vésicules de miliaire que portait un malade affecté de typhus abdominal grave. L'éruption ne se reproduisit pas, et les petites plaies d'inoculation guérirent comme des piqûres simples.) 15° *Cas d'absence complète du vagin et de l'utérus* ; par M. Tansini. (Une femme de 23 ans, que son mari n'avait pu déflorer, vint se faire examiner. On trouva au fond de la vulve un cul-de-sac où le bout du doigt pouvait à peine se loger ; en portant simultanément l'indicateur par le rectum et une sonde dans la vessie, on reconnut l'absence de l'utérus, qu'annonçait du reste l'absence de tout signe indiquant l'accumulation du liquide menstruel. La femme avait d'ailleurs les mamelles saillantes, le bassin (quoique un peu étroit) et les épaules de son sexe ; mais elle manquait complétement de désirs vénériens et ne s'était mariée que pour quitter sa famille qui la rendait malheureuse.) 16° *Cas de dégénérescence cancéreuse de l'estomac avec une large perforation* ; par M. Melchiori. (La perforation, large de 2 pouces et demi à 3 pouces, occupait la petite courbure et le voisinage du pylore. Comme dans beaucoup de cas semblables, elle avait été maintenue fermée, pendant la vie, par des adhérences que le grand épiploon et le lobe gauche du foie avaient contractées avec son contour.) 17° *Emploi de la naphthe chez les phthisiques* ; par M. Labus. (Premier article.) 18° *Abcès de tout l'hémisphère gauche du cerveau, mort, autopsie* ; par M. Bazzoni. (A la suite d'une contusion reçue sur le pariétal gauche, le malade, homme de 50 ans, s'était bien rétabli ; seulement, il était devenu triste, un peu inquiet et accusait de temps en temps vers la partie blessée une sensation de chaleur et de fourmillement. Il vécut ainsi neuf années, remplissant les fonctions de maître d'école, lorsque apparurent subitement et sans nouvelle cause de graves symptômes cérébraux auxquels il succomba le treizième jour. L'autopsie montra un abcès énorme de l'hémisphère gauche, enkysté ; le liquide était une sanie jaune-verdâtre contenant des flocons plus blancs, semblables à de la matière cérébrale. Les membranes

étaient injectées.) 19° *Cas d'hydrophobie;* par M. Rizzi. (La morsure avait été cautérisée une heure et demie après l'accident avec le fer rouge.) 20° *Excision d'un polype utérin volumineux.* (Le fait n'est presque qu'indiqué; la malade guérit après avoir eu une métro-péritonite grave.)

PLAIE DE LA CORNÉE PAR UNE ESQUILLE DE BOIS, IRITIS CONSÉCUTIVE ET PROCIDENCE PARTIELLE DE L'IRIS; par M. BAZZONI.

Le titre de cette observation n'indique que l'une des particularités qui nous ont semblé la rendre digne d'attention. Le lecteur fera donc bien, s'il veut en tirer tout le parti possible, d'en suivre le récit jusqu'au bout.

OBS. — Un paysan, âgé de 40 ans, étant occupé à couper du bois, s'en fit sauter un morceau dans l'œil droit; il assure qu'on le retira tout entier. Le médecin qui le vit alors constata à la cornée une petite plaie irrégulière. Les symptômes d'iritis allèrent en se développant, et la procidence s'établit. Contre cet état, on employa les saignées, les ventouses scarifiées, le calomel à l'intérieur, les frictions mercurielles et belladonées, le laudanum, etc. Enfin, ne trouvant pas d'amélioration, il vint, le 20 avril, un mois après l'accident, consulter M. Bazzoni, qui observa les phénomènes suivants :

Photophobie et larmoiement continuels. Outre l'ophthalmie externe, on distingue, au centre de la cornée, une petite tumeur opaque et pointue. Perte de la vue, sensation incessante d'une douleur semblable à celle que produirait la présence d'une aiguille implantée dans l'œil. L'iris est un peu tirée vers le côté droit; la chambre antérieure paraît très-petite; une petite portion de l'iris est engagée dans la tumeur de la cornée. Ptyalisme causé par les mercuriaux. (Large vésicatoire à la nuque, onctions sur le sourcil et le pourtour des paupières avec l'extrait de belladone.)

Le 21, l'iris est revenue dans sa position naturelle.

Le 22, diminution des symptômes. Le malade priant M. Bazzoni de le débarrasser de ce sentiment continuel de piqûre qui le fatiguait par-dessus tout, le chirurgien se décida à enlever la petite tumeur de la cornée. Mais comme il commençait à y porter l'instrument, il reconnut, à la résistance offerte et à un bruit particulier, qu'il existait au centre de la tumeur un petit corps étranger très-dur; et, après l'avoir extrait avec la pince, il le reconnut pour une parcelle de fer très-aiguë et rouillée. Le malade dit aussitôt qu'il n'éprouvait plus cette piqûre, qui ne lui avait pas laissé un seul instant de relâche depuis le jour de l'accident, et il se déclara guéri. On ne retrouva plus ombre de la tumeur. Au bout de deux jours la guérison était complète.

Probablement l'esquille de bois avait été suivie par une parcelle de fer détachée au même moment de l'instrument qui servait à couper l'arbre, et elle avait pénétré dans l'œil, où sa ténuité la retint malgré l'extraction faite instantanément du morceau de bois.

PROPOSITION D'UN MOYEN POUR RENDRE PLUS UTILES CERTAINES PUPILLES ARTIFICIELLES; par M. TRINCHINETTI.

La donnée théorique qui a conduit l'auteur à la découverte du moyen qu'il propose est aussi simple que rationnelle. Lorsqu'on a été forcé par le siége de la maladie de pratiquer la pupille artificielle vers la circonférence externe de l'iris, les rayons lumineux qui peuvent pénétrer par cette ouverture traversent la cornée dans le point où elle est le moins convexe, et la chambre antérieure là où elle est le plus étroite. D'autre part, ce faisceau lumineux traverse la lentille cristalline dans sa partie périphérique, où sa faculté réfringente est beaucoup moindre que dans le centre. De ces deux circonstances, qu'on n'a généralement pas jusqu'ici prises assez en considération, il résulte évidemment que la vue est troublée, et il en résulte aussi qu'on peut espérer d'y remédier en adaptant à l'œil opéré une lentille convexe, afin que la force de réfraction puisse compenser celle qui manque de la part de la cornée et du cristallin.

Ces idées ont déjà été soumises à la vérification de l'expérience. M. Trinchinetti ayant opéré un jeune homme par iridectodyalise, la faculté visuelle était revenue quinze jours après l'opération, de manière à ce que le malade pût distinguer presque tous les objets qu'on lui mettait sous les yeux. « Ce fut alors, dit l'auteur, que je voulus mettre en pratique le moyen susénoncé : dès que j'eus placé au devant de l'œil opéré une lentille convexe, j'eus la satisfaction de voir apparaître sur le visage de l'individu un sourire involontaire, où, avant même qu'il eût parlé, je pus reconnaître l'amélioration instantanée survenue dans sa vue. A l'entendre, à partir de ce moment, et comme si un léger nuage se fût dissipé sous ses yeux, il voyait tous les objets avec des contours plus précis, et parvint à lire les gros caractères d'un livre, ce qu'il avait auparavant essayé en vain. Cependant je ne voulus pas lui permettre de continuer dès à présent à user de ce moyen, sachant que chez les opérés de pupille artificielle la vue s'améliore progressivement pendant quelques mois par le seul effet de l'exercice; et ce ne sera que lorsque cette influence favorable aura cessé d'exercer son action naturelle que je lui laisserai reprendre l'habitude de la lentille convexe. Celle dont il se servit avec le plus de succès était un n° 4, mais j'espère que, à l'époque dont je parle, un verre de force moindre pourra lui suffire. »

NOUVEAU FÉBRIFUGE; par M. FOLDI.

Ce remède, dont la réputation populaire est très-ancienne dans certaines provinces de l'Italie, a été communiqué à l'auteur par une dame chez laquelle il demeurait. La recette en est peu compliquée. Mettez dans une bouteille de vin blanc un limon coupé par morceaux; exposez-la alors au soleil, si c'est l'été, ou, dans toute autre saison, à l'action d'une chaleur artificielle jusqu'à ce que la fermentation y soit produite. On colle ensuite le vin, en exprimant bien le résidu.

On administre ce vin à la dose d'un verre ordinaire le matin à jeun, pour les adultes, et en diminuant cette quantité pour les jeunes gens, les femmes et les enfants. Quand les malades offrent en même temps quelque signe d'embarras gastrique, on ordonne préalablement un purgatif et un régime un peu sévère pendant l'emploi du remède. Rarement l'auteur a été obligé d'en donner plus d'une bouteille pour couper les accès. Il a guéri par ce moyen beaucoup de fébricitants, quelques-uns, entre autres, chez lesquels la fièvre datait de six à huit mois, d'un an et même de deux ans. Pendant qu'on prend ce remède, il s'opère en général une transpiration abondante.

ANÉVRISME POPLITÉ TRAITÉ PAR LES COURANTS ÉLECTRIQUES; par M. CINISELLI.

Nous rencontrons avec plaisir, dans le compte rendu des travaux italiens, l'application d'une méthode toute française. C'est un beau succès, dont la principale part revient de droit à l'inventeur, M. Pétrequin, mais sur lequel M. Ciniselli peut bien aussi revendiquer quelques éloges, puisqu'il a mis en pratique ce mode de traitement dans un cas où M. Pétrequin lui-même avait d'abord en quelque façon douté de son efficacité suffisante.

OBS. — C. A., d'une constitution robuste et d'une haute stature, dit l'auteur, avait vécu exempt de maladies graves jusqu'à l'âge de 70 ans, lorsqu'en octobre 1845 il s'aperçut d'une tumeur pulsative dans le creux poplité droit. Les rapides progrès du mal rendirent bientôt la marche difficile et douloureuse, au point que, dans le mois de décembre, elle se bornait à quelques pas dans la chambre. En janvier 1846, il fut admis dans l'hôpital de Crémone. Je reconnus qu'il s'agissait d'un anévrisme poplité du volume d'un œuf d'oie; il occupait toute cette région, battait fortement en tout sens, et se flétrissait par la compression de l'artère fémorale. Le nerf poplité interne était étendu en dedans de la tumeur, entre elle et les tendons des muscles fléchisseurs. La pression qu'exerçait l'anévrisme sur la face postérieure du genou s'opposait à l'extension complète de la jambe. La capsule articulaire paraissait tuméfiée sur les côtés; les pulsations se propageaient jusqu'à elle et à la rotule. Je ne pus constater les pulsations artérielles au-dessous de la tumeur, ni à la jambe, ni au pied; mais on ne pouvait les sentir non plus sur le membre gauche, bien que l'artère poplitée y battît plus fortement que de coutume; les deux membres inférieurs étaient parsemés de varices et couverts d'un tégument aride, portant des traces d'anciens ulcères. De tout cela je jugeai qu'on s'exposerait à trop de dangers en opérant par la ligature de la crurale, et je voulus tenter la compression graduée de la tumeur en aidant son action de celle des astringents. Mais l'indocilité du malade me força à renoncer à ma tentative, à peine commencée.

Je venais de lire les recherches nouvelles de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN (tom. IV, n° 52) avait extraite de ses MÉLANGES DE CHIRURGIE, où l'on voit que l'auteur a fait l'expérience de provoquer la coagulation du sang dans certains anévrismes, à l'aide de l'électricité transmise au moyen d'aiguilles, et cela avec succès, dans un cas notamment d'anévrysme de l'artère temporale.

Bien que M. Pétrequin signale les difficultés d'application de sa méthode pour les grands anévrismes, et que, dans ce cas, j'eusse aussi une confiance restreinte en ce nouveau moyen, je voulus cependant en faire l'essai, afin d'apprécier sa juste valeur, jugeant d'ailleurs que, lors même que je ne réussirais pas, j'aurais avec ce procédé le grand avantage de ne point aggraver la position du malade. Je m'y préparai le 22 janvier, ainsi qu'il suit :

Le malade fut couché sur le flanc droit et le compresseur placé au haut de la cuisse; je fis pénétrer dans la tumeur, à 35 ou 40 millimètres, quatre aiguilles d'acier très-fines, d'une longueur de 56 millimètres. J'en disposai deux en dedans, sur une ligne verticale, à une distance de 22 millimètres, avec le soin d'éviter le tronc et les branches des deux saphènes, et je les piquai obliquement de haut en bas; je fis pénétrer les deux autres en dehors, sur une ligne parallèle à la première et à égale distance entre elles, mais un peu plus bas et dans une direction opposée, de manière que dans la tumeur elles se croisaient sans se toucher. Cela fait, je serrai le compresseur sur la crurale, mais seulement assez pour empêcher les battements artériels sans flétrir la tumeur; je crois cette précaution nécessaire pour former un caillot plus volumineux et faciliter le succès de l'opération. J'approchai alors une pile à colonnes préparée à l'instant même, composée de 21 couples de lames carrées, en cuivre et zinc, de 93 millimètres de côté; on employa pour conducteur humide la couche ordinaire d'étoffe, imbibée d'une solution saturée de sel commun. Au moyen de deux fils d'argent d'un demi-millimètre de diamètre, tenus avec les doigts nus, mais bien secs, le courant électrique fut bientôt mis en action à travers deux épingles; mais, comme il paraissait trop faible, après trois minutes on éleva à trente le nombre des couples, et l'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq

minutes. Avec chacun des pôles on touchait une seule aiguille à la fois; mais toutes les deux ou trois minutes on changeait le contact d'un ou des deux pôles, et chacune des aiguilles fut touchée successivement par les deux pôles, de manière que le courant fût dirigé en tous sens, dans le but d'obtenir dans la tumeur des filaments fibrineux qui interrompissent les mouvements de l'ondée sanguine et en favorisassent la coagulation. Chaque nouveau contact des pôles avec les épingles occasionnait d'abord de la cuisson dans la tumeur, puis des contractions dans les muscles du mollet et une sorte de secousse sous la plante des pieds. Aussi le malade fut-il très-agité, fit-il sans cesse remuer le compresseur et souvent reparaître les battements dans la tumeur, nous enlevant ainsi le peu d'espoir que nous avions dans la réussite. Pour remédier à cet accident fâcheux, je voulais prolonger l'application de l'électricité, mais l'impatience de l'opéré ne me le permit pas. On enleva donc les aiguilles, qui opposèrent quelque résistance à cause de leur oxydation, et bien que le compresseur agît encore assez fortement pour empêcher toute pulsation dans la tumeur, on enveloppa celle-ci dans une vessie remplie de glace. Le malade, d'une indocilité extraordinaire, ne voulut plus conserver le compresseur, que j'aurais désiré laisser à demeure pour mieux assurer la coagulation du sang. La glace fut continuée pendant six heures, au bout desquelles l'anévrisme offrit des pulsations comme auparavant, et je crus que l'opération n'aurait aucun effet.

Le 23 au matin, les battements se maintenaient avec la même force; je remarquai pourtant qu'en comprimant la crurale la tumeur ne se flétrissait plus comme auparavant et qu'elle diminuait peu de volume. A midi, vingt-quatre heures après la galvano-puncture, il n'y avait plus de battements; l'opéré sortit même de son lit et fit quelques pas dans la chambre, mais en ressentant encore un léger engourdissement dans la jambe.

Les jours suivants, la tumeur diminua peu à peu de volume et devint plus dense; les dépressions latérales du genou se dessinèrent, l'engourdissement disparut, l'extension de la jambe put être complète; la marche devint libre, et il ne resta qu'un léger sentiment de pesanteur au pied, qu'on pouvait attribuer au tiraillement du nerf poplité interne.

Le 29 janvier, le sieur C., très-content de sa guérison inespérée, ne put plus être retenu à l'hôpital.

L'importance de ce fait n'a pas besoin de commentaires; on doit désirer que la galvano-puncture soit expérimentée dans la cure des anévrismes avant de recourir à aucun autre moyen, car nous n'en connaissons aucun qui réunisse d'aussi grands avantages. Les observations multipliées en feront mieux encore apprécier la valeur.

Si l'on considère qu'ici la tumeur redevint plusieurs fois pulsative pendant l'opération, on a lieu d'espérer que la nouvelle méthode de M. Pétrequin pourra réussir même dans quelques cas où la position de l'anévrisme ne permet pas d'y arrêter le cours du sang. Et si la coagulation s'opère parfois spontanément dans ces foyers anévrismatiques, pourquoi ne pourrions-nous pas espérer la produire sous l'influence d'un agent qui s'est déjà montré si efficace à cet effet? Dans le cas précité, le coagulum a été commencé sans doute pendant l'application de l'électricité; mais il est évident qu'il ne s'est complété que plus tard, et cela malgré les secousses que le sang éprouvait dans le sac; il appartient à l'expérience d'établir si la coagulation peut commencer sous l'influence de l'électricité, sans que le liquide sanguin soit rendu stagnant par la compression du vaisseau affecté.

Une lettre de M. Ciniselli, adressée à la Gazetta Medica di Milano, en date du 11 mars 1846, fait connaître que le 28 février la tumeur anévrismale était réduite au volume d'un œuf de poule, qu'elle devenait de plus en plus dure, et que les inconvénients occasionnés par le tiraillement qu'elle exerçait sur le poplité interne allaient en diminuant.

A la suite d'une observation aussi bien faite pour montrer tout l'avenir de la nouvelle méthode, on lira sans doute avec intérêt les récentes modifications que M. Pétrequin a été conduit par des recherches cliniques à apporter au manuel opératoire. On avait signalé comme accident possible la gangrène de la peau par le fait de l'action galvanique. Pour conjurer jusqu'à la possibilité la plus éloignée de ce danger, M. Pétrequin a réussi à isoler avec une couche de vernis à la gomme laque la portion des aiguilles qui correspond à l'épaisseur des tissus que celles-ci ont à traverser. Pour prouver que l'isolement ainsi obtenu est parfait, il a fait l'expérience suivante, qui nous semble effectivement un *critérium* infaillible: l'action vive qui se manifeste quand on applique les pôles sur la tête ou une partie libre des aiguilles cesse d'avoir lieu dès qu'on les place sur le points recouverts de la couche de vernis, et recommence aussitôt que les deux instruments communiquent à sec.

Il faut des précautions spéciales pour réussir à opérer la coagulation sanguine dans la tumeur; ainsi, il convient d'implanter les aiguilles sur des points opposés afin qu'elles se correspondent mieux; de les placer dans une direction oblique ou perpendiculaire à celle du sang, pour opposer une barrière à son cours; de les croiser pour rendre leur influence plus active et de les multiplier dans les anévrismes volumineux, pour obtenir d'emblée un certain nombre de caillots qui offrent une charpente suffisante pour le coagulum commun; il est encore avantageux de changer plusieurs fois la direction des courants, afin de faire agir le fluide galvanique dans tous les sens, de manière à produire une multitude de filaments étendus comme la trame d'un filet au milieu de la masse sanguine, etc. Dans les cas difficiles, il faut continuer plus longtemps l'action du galvanisme pour mieux assurer la réussite, et même répéter parfois coup sur coup les séances d'électro-puncture, surtout quand les pulsations reparaissent pendant ou après l'application de cet agent, quand la tumeur ne peut être comprimée, quand le sang y paraît peu coagulable, etc.

Toutes ces règles sont le fruit de l'expérimentation clinique; nous n'avons donc pas besoin d'en recommander la méditation aux chirurgiens qui voudraient essayer par eux-mêmes une méthode aussi innocente qu'efficace. C'est par la même voie que M. Pétrequin s'est trouvé amener à proposer aussi la galvano-puncture contre les tumeurs variqueuses, les *nævi materni* et autres tumeurs érectiles, les fongus vasculaires, etc. En agrandissant le champ de la méthode, ces applications nouvelles en démontrent toute l'importance, en même temps qu'elles multiplieront pour les praticiens les occasions de constater sa valeur thérapeutique.

SUR LA PELLAGRE; par M. ASSANDRI.

Sous cette dénomination, ESSAI D'UN PLAN PROPRE A FAIRE DISPARAITRE LA PELLAGRE DE LA LOMBARDIE, l'auteur propose une série de mesures hygiéniques et administratives qui comprennent à la fois la thérapeutique et la prophylaxie de cette redoutable affection. Le sujet touche aujourd'hui la France de trop près pour que nous ne nous empressions pas de porter à la connaissance de nos lecteurs toutes celles de ces mesures qui peuvent l'intéresser. Si, sur quelques points de détails, ce projet semble toucher parfois à l'utopie, ce sont là du moins de ces utopies généreuses qui ne méritent que des encouragements.

1er ARTICLE. Que les pains faits par les paysans de la Lombardie avec le maïs soient de volume au moins de moitié inférieur à celui qu'ils leur donnent ordinairement; que les fours soient chauffés plus également et modérément; que la cuisson s'y fasse avec plus de lenteur que pour les pains de froment, afin de mieux dégager l'humidité que le maïs contient en si grande abondance.

2° Qu'on ajoute à la farine de maïs d'autres farines connues comme étant plus digestibles et renfermant plus de matières alibiles; que dans le pain de maïs on mette davantage de levain et de levain récent; que la pâte soit longuement pétrie pour qu'elle lève mieux, car de là dépend son degré de solubilité dans le suc gastrique. On pourrait aussi mêler à la pâte un peu de carbonate de magnésie avec du sel de cuisine, ce qui, d'après Davy et Vogel, contribue à faire mieux lever la pâte.

3° Il serait très-utile de torréfier le grain avant de le réduire en farine.

4° Instituer pour la visite des grains une commission sanitaire, qui veillerait à ce qu'on ne les récolte pas avant la maturité, et à ce qu'on ne les ferme pas sans qu'ils soient bien secs.

5° Défendre rigoureusement aux meuniers de changer les farines ou les grains.

6° Empêcher aux charcutiers d'acheter des mendiants toute sorte de farines dont on ignore la provenance et la qualité, et que ceux-là revendent ensuite dans les communes.

7° Surveiller très-sévèrement les marchands de grains.

8° Défendre sévèrement aux meuniers de moudre un grain dont ils auraient reconnu l'altération, quelle que soit la personne qui le leur ait apporté.

9° Recommander aux curés d'appeler souvent du haut de la chaire l'attention de leurs paroissiens sur les dangers que peut avoir l'alimentation avec le grain corrompu, ou recueilli avant sa parfaite maturité.

10° Il serait très-utile qu'on préférât généralement pour la culture le *zea mays vulgaris æstiva*, appelé aussi maïs de Bonafous. Cependant, dans les pays secs et dans ceux où la saison chaude ne dure pas plus de trois ou quatre mois, on devrait cultiver de préférence à toute autre la variété qu'on nomme *zea mays minima*, laquelle mûrit beaucoup plus promptement, dans des terrains même de qualité inférieure, et sous une température plus basse que celles requises pour les autres espèces.

11° Tâcher de persuader aux paysans combien il leur est préjudiciable de se tenir enfermés pendant tout le printemps dans leurs sales étables, et d'en avoir toutes les ouvertures hermétiquement fermées, y moisissant, pour ainsi dire, eux et leurs grains.

12° Surveiller sérieusement ceux qui, pour tirer meilleur parti de la vente, accaparent les grains et les laissent se corrompre; car, ainsi que Buchan l'a fait remarquer avec beaucoup d'autres auteurs, le grain, quoique sec, devient d'un usage dangereux quand il a été gardé trop longtemps.

13° Recommander aux meuniers de s'y prendre de manière que les pierres qui broient le grain ne marchent pas trop vite, parce qu'en divisant trop finement l'écorce, celle-ci passe avec la farine, et le pain devient alors plus humide et plus disposé à moisir.

14° Il ne suffit pas de recevoir à l'hôpital les pellagreux pendant quinze

jours chaque année, puis de les renvoyer après leur avoir fait prendre quelques bains. On devrait créer avec les fonds des hospices quelques salles particulières pour y soumettre ces malheureux à un traitement spécial et suivi.

15° Il faudrait restreindre dans de justes limites l'usage du froment pur, afin que chaque paysan pût en prendre de temps en temps pour sa nourriture, ainsi que de la viande et du vin.

16° Empêcher les mariages entre individus atteints de la pellagre.

17° Enfin établir des salles d'asile, où les enfants nés de sujets pellagreux seraient reçus par charité. Là, une alimentation plus saine, l'habitation mieux aérée, l'exercice, les soins de propreté, pourraient soustraire ces pauvres enfants à la maladie dont ils ont reçu le germe en naissant, et que la vie de famille n'aurait pas tardé à développer par l'effet des conditions antihygiéniques qu'elle présente.

VIII. GAZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de décembre 1845, et de janvier, février et mars 1846, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Considérations pratiques sur l'action de l'iodure de potassium dans la syphilis*; par M. Pelizzari. 2° *Expériences sur la digestion de la fécule*; par M. Cappezuoli. 3° *Sur les eaux thermales minérales de Montecerboli, et sur leur analyse chimique*; par M. Targioni-Tozzetti. 4° *Des meilleurs moyens pour secourir les noyés*; par M. Burci. (L'auteur s'attache surtout à indiquer les points du littoral de l'Arno où il serait le plus opportun d'établir des boîtes de secours.) 5° *Sur les herniotomies exécutées, pendant une période de dix ans à Volterre*; par M. Cinelli. (Sur cinq opérations, quatre malades ont guéri.) 6° *Diagnostic différentiel et thérapeutique des maladies de l'organe de l'audition*; par M. Bargellini. (Traité complet des maladies de l'appareil auditif, publié sous forme d'articles.) 7° *Cas de plaie d'arme à feu*; par M. Torrachi. (Le blessé, qui avait une plaie compliquée de la main, fut saisi au bout de quinze jours d'une fièvre grave qui mit sa vie en danger, et qui ne commença à diminuer que lorsqu'il eut été isolé dans une chambre bien aérée.) 8° *De la pluralité des blessures et de l'explosion d'une arme à feu qui ne contenait que la baguette*; par M. Fedi. 9° *Histoire d'une trépanation pratiquée pour une douleur fixée au vertex depuis trois années consécutives, par suite d'otite aiguë avec symptômes monomaniaques*; par M. Ribolli.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ACTION DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA SYPHILIS; par M. PELIZZARI.

L'iodure de potassium a été en France l'objet de tant de recherches et d'études cliniques, que la plupart des remarques faites sur son emploi par l'auteur italien risqueraient fort de n'avoir pas, aux yeux de nos lecteurs, le mérite de l'originalité. Nous n'en extrairons donc qu'un petit nombre.

M. Pelizzari a administré jusqu'à présent l'iodure de potassium à près de trente malades. Comme M. Ricord, M. Gauthier, etc., il a remarqué que ce remède réussit d'autant mieux qu'il s'agit de syphilis secondaire ulcéreuse ou tuberculeuse et de syphilis tertiaire, et d'autant plus vite que les malades ont déjà subi quelque traitement mercuriel. Il le croit également plus efficace chez les sujets faibles, lymphatiques. L'ayant donné même à très-haute dose et pendant deux mois à un individu robuste, sanguin et bien nourri, qui souffrait de douleurs ostéocopes au tibia et dans les articulations, il ne put obtenir qu'une amélioration légère, et la maladie disparut ensuite rapidement sous l'influence des frictions mercurielles et des bains.

L'auteur ordonne l'iodure dissous dans de l'eau distillée avec un peu de sirop. Il commence par 4 à 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures; pour lui, la dose moyenne est de 2 grammes, tandis que, terme moyen, M. Ricord la porte à 3 grammes.

Quant aux accidents, il a observé très-souvent cette excitation cérébrale légère, semblable à l'état général que produit l'ingestion des alcooliques, et qu'on appelle *ébriété iodique*. Fréquemment aussi le pouls devenait plus vibrant et plus prompt. Le ptyalisme n'a pas été vu par lui; seulement, il s'est quelquefois déclaré une sensation particulière et peu agréable de saveur métallique. Trois malades ont éprouvé un peu de prurit, et un seul une éruption papuleuse très-peu intense. Les fonctions digestives étaient généralement actives.

Du reste, pour aucun de ces accidents il n'a jamais été nécessaire d'instituer une médication à part, et la suspension de l'iodure de potassium pendant quelques jours a suffi pour les dissiper.

HISTOIRE D'UNE TRÉPANATION PRATIQUÉE POUR UNE DOULEUR FIXÉE AU VERTEX DEPUIS TROIS ANNÉES CONSÉCUTIVES, PAR SUITE D'OTITE AIGUË AVEC SYMPTÔMES MONOMANIAQUES; par M. RIBOLLI.

OBS. — Une femme, mariée à 16 ans, eut d'abord pendant sept ans un enfant chaque année; elle éprouva ensuite des émotions morales, des contrariétés extrêmement vives. Enfin, âgée de 30 ans, elle redevint enceinte une huitième fois. Trois mois après sa couche, une otite grave se déclara du côté droit avec fièvre et délire. Les premiers symptômes d'aliénation mentale se manifestèrent alors, et elle en fut traitée par les douches, les sétons, les vésicatoires, saignées, moyens internes, surprise, effroi, rigueurs, punitions. Malgré ces actives médications, sa raison ne revint pas; seulement la malade, au lieu d'être furieuse, tomba dans une apathie profonde, ne témoignant avoir aucune connaissance de ce qui frappait ses sens, sa raison, ses sentiments, ses instincts. Au milieu de cette insensibilité générale, elle se rappelait et racontait cependant fort bien ses maux et les remèdes qu'on lui avait fait subir. Elle se disait morte, enterrée, entendant et voyant tout, mais ne pouvant elle-même prendre part à rien; elle affirmait enfin avoir continuellement sur le vertex le sentiment comme d'une pierre qui la presse, d'un rocher qui la paralyse, d'un clou profondément implanté qui l'opprime, d'une enclume, etc. Toutefois ses mouvements étaient libres, sûrs, spontanés, sa nutrition parfaite, quoiqu'elle dit avoir horreur des aliments. Le sommeil était paisible, bien qu'elle n'en voulût point convenir. Les règles coulaient bien; elle mettait du soin à se dérober aux regards lorsqu'elle accomplissait les excrétions naturelles. En somme, il n'existait pas chez elle une seule faculté instinctive, morale, perceptive ou intellectuelle qui, convenablement excitée, ne répondit pas d'une manière complète et normale. Mais comme depuis trois ans qu'elle était dans cet état, au milieu de ses assertions vagues et contradictoires, elle se plaignait continuellement du poids qui pressait sur son vertex, et disait que si on l'en délivrait, elle reprendrait toute sa volonté et sa raison, M. Ribolli se mit en devoir de rechercher les altérations physiques qui pouvaient exister en ce point, c'est-à-dire :

1° Peut-être la pie-mère était-elle infiltrée de sérosité ou de lymphe plastique, comprimant les circonvolutions sincipito-cérébrales, et, par l'intermédiaire de celles-ci, le corps calleux, puis de proche en proche la protubérance cérébrale; et la moelle allongée, de manière à empêcher l'exacte combinaison physico-moléculaire des substances encéphaliques, combinaison de laquelle résulte l'harmonie des fonctions, tant centripètes que centrifuges de ces mêmes substances, desquelles dépend l'intégrité et l'exactitude des actions ou manifestations de l'organe cérébral (1).

2° L'arachnoïde pouvait s'être épaissie par des dépôts fibrineux, s'être dilatée par des varicosités, de manière à devenir, elle aussi, un agent de compression.

3° La dure-mère pouvait aussi donner lieu aux mêmes désordres.

4° Le sinus longitudinal pouvait s'être dilaté durant la phlogose aiguë de l'arachnoïde, et recevoir actuellement un plus grand afflux de sang.

5° Enfin les os du crâne pouvaient avoir anormalement végété dans un point de leur partie diploïque et de la table interne, de manière à diminuer la capacité sincipitale et à comprimer les circonvolutions susénoncées, soit par un épaississement étendu, soit par une tumeur interne circonscrite. (L'auteur dit qu'il fut confirmé dans ce dernier soupçon par l'existence chez la malade d'un cuir chevelu très-épais, d'un creux sensible, dans l'étendue de 2 pouces, le long de la suture sagittale, et d'une certaine rugosité de l'os à sa surface externe; signes à ses yeux anatomiquement certains, pour ne pas dire mathématiques, de l'épaisseur de l'os et du peu d'activité des circonvolutions sous-jacentes (2).

D'après ces réflexions, M. Ribolli conclut à la pensée de trépaner, afin d'enlever d'un côté ou des deux côtés l'os épaissi. Son avis ayant été partagé par une assemblée de médecins, *une main chirurgicale exercée*, dit-il, et *la première du pays*, se chargea de le mettre à exécution. Mais malheureusement, après avoir enlevé l'os, soit à cause de son volume, soit par le choix du trépan et la qualité de la couronne, il se déclara une hémorrhagie causée par la déchirure d'un rameau de la méningée, et cet accident fit suspendre l'opération. L'os était effectivement le siége d'un épaississement pathologique considérable. L'opération avait duré trente-neuf minutes. La malade ne jeta pas un cri, pas une plainte. Un peu de charpie et l'application de la glace suffirent pour arrêter l'hémorrhagie. La plaie fut pansée simplement, et guérit sans accidents.

L'état de la patiente ne fut que peu modifié : elle parut bien, les premières heures, plus sensible, plus éveillée, plus prompte à demander, à agir pour les choses nécessaires à ses besoins. Il lui sembla aussi que le poids dont elle se plaignait fût enlevé, que l'anxiété fût moindre, qu'elle trouvât sa situation améliorée. Vaine espérance! le poids disparu d'un côté ne tarda pas à peser de l'autre, et elle retomba dans ses angoisses habituelles.

L'auteur fait observer que la continuation de cet état pathologique n'a rien d'étonnant, puisque les membranes restées intactes empêchaient encore les circonvolutions comprimées de se développer, malgré l'ablation de l'os.

— Nous n'ajouterons que peu de mots à ce long récit; nous en avons reproduit tous les détails, parce que c'est, ce nous semble, de la connaissance exacte de pareilles tentatives que doit résulter le plus sûrement leur condamnation et leur abandon. L'opération du trépan, faite pour une douleur de tête fixe, a quelquefois réussi, comme l'ont vu Matthæus Taphurus et Ebermayer (voy. JOURN. COMPL., t. XXXV), et elle a aussi été mortelle entre les mains de Vacher (MÉM. DE L'ACAD. DE CHIR., t. 1, p. 171), de Ramsden (DICT. DE COOPER, t. I, p. 408), et d'un autre chirurgien cité

(1) Nous avons tâché de traduire ce paragraphe aussi littéralement que possible. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

(2) Même remarque que ci-dessus.

dans le JOURN. COMPLÉM. (voy. loc. cit.). Mais au moins, dans ces cas, le médecin avait, pour se guider avant l'opération et pour s'excuser après, la déclaration formelle d'un homme jouissant de toute sa raison. Ici, au contraire, c'est sur les vagues plaintes d'une maniaque, chez une femme où la myotilité et la sensibilité étaient intactes, sur des indications à peine suffisantes pour donner une probabilité, que le crâne a été ouvert!... Au reste, l'opérateur lui-même semble avoir, au moment décisif, partagé sur la nécessité de ce traitement l'avis que nous exprimons. Cette hémorrhagie, qui le força, dit-on, de s'arrêter, nous a tout l'air d'un ingénieux prétexte plutôt que d'un motif bien plausible, et il est, je crois, bien peu de lecteurs à qui l'on puisse persuader qu'un écoulement sanguin, si promptement suspendu avec un morceau de charpie, ait été dans ce cas la véritable contre-indication à poursuivre plus loin le plan opératoire qu'on avait combiné d'avance.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JUIN.

DE LA NATURE DE LA MALADIE CONNUE DES ANCIENS SOUS LE NOM DE SCELOTYRBE OU SCELETYRBEN.

M. GUYON adresse d'Alger un travail sur ce sujet. D'après les citations que l'auteur emprunte à Strabon, à Pline, à Galien, la maladie désignée par quelques auteurs anciens sous le nom de *scelotyrbe* ou *sceletyrben* serait une espèce de paralysie des jambes. Les accidents donnés par Galien comme constituant la sceletyrben, qui marchait de front avec la stomacacée, s'observent encore aujourd'hui dans nos épidémies de scorbut, soit à terre, soit à la mer. M. Guyon dit en avoir été témoin sur une grande échelle en Hollande, de 1811 à 1814. Là comme depuis en Algérie, dit-il, sous l'influence de causes favorables au développement du scorbut (prison et cachot, *silos* qui en tiennent lieu dans les camps, ces camps eux-mêmes pendant la saison des pluies), nous avons vu des hommes qui se plaignaient de ne pouvoir marcher, accusant des douleurs plus ou moins vives lorsqu'ils s'efforçaient de faire un pas; d'autres qui ne pouvaient même pas se tenir debout, ou qui ne s'y tenaient que dans une position toute *torturée*, en s'aidant, pour se soutenir, de leurs bras appuyés sur des supports voisins; d'autres encore à qui la position verticale était absolument impossible, et qui restaient couchés, les membres abdominaux dans un état de roideur, les jambes plus ou moins fléchies sur les cuisses et les pieds sur les jambes. Quelle que soit la variété de ces accidents, ils reconnaissent tous une seule et même cause, cause *lente*, *physique*, *mécanique*, à savoir, les extravasations et infiltrations sanguines qui existent alors, soit dans les interstices musculaires, soit dans les muscles eux-mêmes. Ce qui, dans les temps passés, a pu conduire à voir dans les accidents dont il s'agit une maladie à part, distincte du scorbut; ce qui, même encore aujourd'hui, fait qu'on se méprend sur ce point, c'est que fort souvent la difficulté ou l'impossibilité des mouvements ne s'accompagne d'aucun autre phénomène, sinon général, du moins local, qui puisse éclairer sur la véritable nature de la maladie.

M. Guyon conclut des recherches qu'il a faites sur ce sujet :

1° Que les accidents connus des anciens sous le nom de scelotyrbe ou sceletyrben ne sont autre chose qu'une des manifestations du scorbut.

2° Que leur véritable cause peut éclairer la nature de la maladie en général en ce sens, que désormais la difficulté des mouvements, tenant à des infiltrations musculaires, ne sera plus confondue avec celle qui se rattache à la débilité générale qui semble constituer le fond de la maladie.

ÉTIOLOGIE DE LA PHTHISIE TUBERCULEUSE.

M. WANNER, médecin à Salbin (Loir-et-Cher), adresse une note relative à la phthisie pulmonaire, qu'il désigne sous le nom de *pneumonie calculeuse*. Suivant lui, les tubercules des poumons ne seraient dus qu'à la présence des principes minéraux qui se trouvent déposés en excès dans ces organes. Préoccupé depuis longtemps de cette opinion, M. Wanner est allé habiter la Sologne, pays où il avait entendu dire qu'il n'existait pas de phthisiques; et il lui fut bientôt démontré, dit-il, que cela était extrêmement vrai. Ainsi, il n'y a ni phthisique, ni scrofuleux, ni enfants affectés du carreau, mais dans une partie seulement de cette contrée, et il attribue l'absence de ces affections au *manque de chaux*, que l'on ne rencontre dans ce pays sous aucune forme.

ACTION DE L'OXYGÈNE SUR LES ORGANES DE L'HOMME.

M. DE LAPASSE adresse une nouvelle note SUR L'ACTION DE L'OXYGÈNE SUR LES ORGANES DE L'HOMME ET LES MOYENS DE DIRIGER CONVENABLEMENT CETTE ACTION.

On sait que cette action est en général considérée comme dangereuse. Sans se préoccuper de ces craintes, M. de Lapasse a pendant trois années étudié l'action de l'oxygène sur des oiseaux, sur des mammifères et enfin sur lui-même. Ses expériences l'ont amené à poser les conclusions suivantes :

1° Un oiseau peut vivre au moins trois jours dans l'oxygène pur; mais il faut que l'expérience soit conduite avec un soin minutieux; il faut constamment conserver une pression atmosphérique d'environ 76 centimètres; il faut aussi défendre l'oiseau, au moyen d'un appareil absorbant, contre ses propres émanations; il faut enfin que le gaz ne lui arrive pas complètement sec.

2° Un oiseau et un mammifère (cobaye) peuvent vivre en parfaite santé dans une cloche d'où l'on aura par degrés chassé l'air au moyen d'un courant d'oxygène; mais il est nécessaire d'absorber, au fond de la cloche, l'acide carbonique qui se dégage en grande abondance, et il est indispensable que le courant du gaz pur soit maintenu à une certaine intensité et toujours égal, faute de quoi l'animal témoigne du malaise et ne reprend son énergie que lorsqu'on lui rend un rapide courant d'oxygène.

3° Enfin, quand j'ai expérimenté sur moi-même, l'expérience n'a jamais été parfaitement concluante, parce que, faute d'un appareil convenable, j'ai dû me borner à aspirer d'assez grandes quantités d'oxygène. Dans certains cas, ces fortes aspirations ne m'ont fait aucun mal; mais quelquefois elles m'ont produit une irritation marquée des bronches.

Je pense donc, en rapprochant mes propres observations des nombreuses expériences tentées depuis soixante ans, que l'oxygène pur ne pourrait être utile en médecine que dans certains cas de rigidité cataleptique, ainsi que dans certaines paralysies cérébrales; mais en combinant le gaz avec des vapeurs aromatiques et balsamiques, j'ai obtenu des résultats qui me paraissent susceptibles d'utiles applications en pathologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'Académie reprend la suite de la discussion sur la peste.

La parole est à M. Londe.

M. LONDE : Dans la question qui se traite si pacifiquement devant vous depuis tant de séances, vous avez dû être frappés d'une circonstance assez singulière, savoir, la presque unanimité d'opposition faite à notre rapport par ceux de nos honorables collègues qui prennent la parole. Je dis *notre rapport*, messieurs, comme membre de la commission et pour me conformer aux fictions académiques, car, en réalité, ce travail dont vous avez entendu la lecture, travail précieux comme mine à exploiter, comme source de recherches, qui néanmoins ne ressemble en rien à un rapport, mais peut en fournir, en grande partie, les éléments; ce travail, dis-je, appartient en propre à M. le rapporteur, et, pour ma part, j'ai depuis longtemps hâte de déclarer que, quoique commissaire, je suis loin d'en approuver les conclusions, et spécialement celles qui ont trait aux articles réglementaires.

Quelque estime que je porte au caractère de notre honorable collègue, au savoir et au zèle dont il a fait preuve, je crois qu'il a poussé l'Académie dans une voie fâcheuse, dont il sera difficile de la tirer. Tout dans la manière de procéder de la commission, ou, pour laisser de côté les fictions, de la part de M. le rapporteur, a été insolite, a été empreint d'une impatience inquiète et démesurée. Je ne vous répéterai pas, messieurs, que, sous le prétexte de je ne sais quel arrangement du conseil d'administration, qui n'avait rien à voir en cette affaire, vous avez entendu la lecture d'un rapport, dont nous, membres de la commission, ne connaissions alors qu'une partie, et qui devait en totalité être mis à notre disposition, le jour précisément où l'on commençait devant vous cette lecture; que ce rapport fut rendu public, porté aux journaux politiques, avant que nous l'eussions adopté; qu'aujourd'hui, enfin, il se trouve dans plusieurs ministères, comme œuvre de l'Académie, non en épreuve, mais portant le titre, le numéro d'ordre, la date, la couverture enfin de nos bulletins.

Toutes ces irrégularités, messieurs, je le répète, sont fâcheuses, parce qu'il faudra sortir de la voie où vous vous êtes engagés, parce qu'il faudra revenir sur vos pas.

Je ne puis m'empêcher de déplorer ce qui paraît à tout le monde un manque d'unité, une contradiction manifeste entre la première et la seconde partie du travail de M. le rapporteur, et ce qui me paraît à moi une condescendance pour des opinions et des institutions qui ne sont plus de notre époque, condescendance qui, pour avoir valu à M. le rapporteur, comme il vous l'a dit lui-même, les félicitations d'un personnage de Marseille, probablement de quelqu'un appartenant au lazaret, ne satisfait ici personne, pas plus M. Bousquet que M. Dubois, M. Hamont que M. Rochoux, M. Desportes que M. Castel, qui ne satisfera pas plus M. Pariset que M. Adelon, pas plus la haute administration que la science, condescendance qui fait de ce rapport une cote mal taillée, comme si dans les sciences il pouvait exister un terme moyen entre la vérité et l'erreur, condescendance enfin qui, si vous la partagiez, messieurs, déconsidérerait l'Académie; car, dans une question aussi grave, ce corps doit savoir se prononcer entre des opinions contraires, ou s'abstenir et se taire, à l'exemple de l'Académie des sciences.

J'arrive maintenant au fond de la question, et je vais examiner la manière dont, suivant moi, elle devait être traitée et résolue.

Pour la dégager de toutes les subtilités dont l'obscurcissent les mots souvent mal définis et mal compris de *contagion* et d'*infection*, je la pose dans les termes suivants :

La peste peut-elle être, oui ou non, transportée du pays où elle règne dans des pays sains, soit par des pestiférés, soit par leurs hardes?

Que ce soit ensuite par le contact cutané, ou par l'introduction de l'air vicié du pestiféré dans le poumon de l'homme sain, peu importe, puisqu'il y a toujours là une transmission contre laquelle on doit se garantir.

Eh bien! messieurs, s'il existe un seul fait bien constaté établissant que des relations entre des individus sains et des pestiférés ou des individus venant d'un pays où règne la peste aient été suivies du développement de cette maladie chez les premiers, à une époque où il n'en existe aucun cas dans la localité, et où celle-ci ne présente pas les conditions d'insalubrité au milieu desquelles apparaît la peste, si cette coexistence se présente, disons-nous, il faut maintenir les quarantaines; mais aussi, par la même raison, l'inutilité de ces mêmes quarantaines sera démontrée si ceux qui en demandent le maintien ne peuvent apporter à l'appui de leur opinion aucun fait offrant les garanties que nous demandons.

La seule question à étudier était donc celle que nous venons de poser. Ces questions de transmissibilité au sein de l'épidémie qu'a voulu traiter la commission nous paraissent tout à fait insolubles et oiseuses. Peut-on en effet conclure, de ce qu'un individu atteint de peste a été en contact avec un pestiféré dans un pays ravagé par la maladie, que cet individu l'a reçue du pestiféré? Évidemment non, messieurs, puisque des milliers d'individus, soumis à la cause épidémique, sont atteints de la peste à la même époque et dans la même localité, sans avoir subi aucun contact de malades.

A-t-on recours à la statistique, et dira-t-on avec la commission et après un de nos confrères qui a habité l'Orient, que le nombre d'individus restés en libre communication, et qui sont frappés par la peste, dépasse considérablement le nombre de ceux qui contractent la peste en se soumettant à l'isolement? Mais, messieurs, la statistique invoquée ici par votre commission n'est pas plus concluante; car il est hors de doute que, lorsque l'isolement a lieu, il n'est pas ordonné dans les localités les plus insalubres, et que, de plus, l'hygiène à laquelle on est astreint dans le cas d'isolement est souvent meilleure que celle suivie dans les circonstances ordinaires, comme on le voit d'après M. Aubert-Roche, par l'exemple des troupes qui ont été soumises à l'isolement en Égypte pendant les épidémies de peste. Pour ce qui est des gens qui s'isolent de plein gré, il n'est pas moins certain que ce sont les personnes les plus aisées, les plus soigneuses de leur santé, et entourées des meilleures conditions hygiéniques.

Ne sait-on pas d'ailleurs qu'au sein même des lieux frappés par l'épidémie, certaines localités ont constamment joui de l'heureux privilége, soit à cause de l'élévation où elles se trouvent du sol, soit par tout autre motif, d'être constamment exemptes de peste, *bien qu'elles restassent en communication avec les lieux environnants?* N'existe-t-il pas, près de Constantinople, un endroit appelé Alem-Daghe, élevé d'environ 500 mètres au-dessus du niveau de la mer, où, d'après M. le docteur Brayer, la peste n'arrive jamais? La même chose n'a-t-elle pas lieu à Malte? Et dans les pestes qui sévissent le plus cruellement sur le Caire, la citadelle de cette ville ne jouit-elle pas, suivant Desgenettes et Clot-Bey, d'une immunité constante? Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que des personnes s'isolant dans des lieux semblables à ceux que nous venons de citer fussent plus épargnées que les individus qui restent en libre communication; tout dépend des localités où a lieu l'isolement et du régime suivi. Sur 30 personnes volontairement astreintes à une quarantaine à l'hôpital de Rass-el-Tin au Caire, dont M. Aubert-Roche était médecin en chef, 14 périrent de la peste; sur 17 qui restèrent en libre communication avec les pestiférés, 2 seulement furent attaquées et elles guérirent. M. Aubert rapporte beaucoup d'autres faits semblables et notamment celui cité ci-dessus, des casernes qui furent mises en quarantaine rigoureuse (*entourées de barrières*), et dans lesquelles néanmoins le nombre des morts s'éleva à 470, sur 3,000 hommes qui composaient toute la garnison. Ces résultats favorables ou défavorables aux quarantaines s'expliquent par le plus ou moins de salubrité des lieux et le régime des individus.

Ainsi donc, alors qu'au sein d'une épidémie de peste les personnes isolées seraient frappées dans une proportion infiniment plus considérable que celles qui ont été ou se sont astreintes à l'isolement, cela ne prouverait absolument rien en faveur du caractère transmissible que M. le docteur Lachèze attribue à la peste, seulement dans le lieu où elle règne épidémiquement; on ne pourrait, en un mot, jamais savoir si les cas de peste sont dus à la cause générale ou à l'approche des pestiférés.

A quoi bon d'ailleurs cette recherche? C'est là, comme je le disais ci-dessus, soulever une question tout à fait oiseuse, et l'on ne s'est jamais avisé de s'enquérir si des ouvriers travaillant ensemble au milieu d'un marais, et y contractant une fièvre intermittente, la reçoivent l'un de l'autre, alors qu'il est bien avéré que tous peuvent la recevoir du marais. La commission pouvait donc laisser de côté cette question, qu'elle a regardée comme si importante; la seule à étudier est donc celle que nous avons posée.

Mais dans cette étude, messieurs, comment convient-il de procéder? Faut-il, comme l'a fait la commission, enregistrer tous les faits, de quelque part qu'ils viennent? N'admettra-t-on que ceux qui ne peuvent être contestés? Convient-il de discuter ou au contraire de passer sous silence les garanties et les motifs de crédibilité que présentent les auteurs?

Il y a, messieurs, dans le sujet qui nous occupe ici, plus d'un écueil à éviter. Si, pour combattre une seule observation isolée, prouvant la transmissibilité de la peste, nous opposons des milliers de faits, de notoriété publique, établissant la non-transmissibilité de cette maladie, on ne manquera pas de reproduire, à cette occasion, cet argument tant rebattu, que des milliers de faits négatifs ne prouvent rien contre un fait affirmatif. Cet argument, messieurs, est fort juste, mais il convient de ne l'employer qu'à propos, c'est-à-dire quand le fait contradictoire sera mis hors de doute; car, qui ne voit qu'avec des récits individuels jetés à travers les faits les plus évidents, les vérités scientifiques les plus solidement établies pourraient à chaque instant être remises en question par une crédulité aveugle ou par un amour-propre intéressé? Faudra-il, par exemple, déshériter l'œil de la fonction qui, à l'exclusion des autres organes, lui est départie, parce qu'un magnétiseur affirmera que sa somnambule lit par le dos? et dans ce cas, les faits journaliers qui établissent l'impossibilité de la vision, sans le secours des yeux, seront-ils infirmés vis-à-vis des personnes sensées, par le prétendu fait affirmatif du magnétiseur?

Mais, dira-t-on, les faits de transmissibilités n'ont point le merveilleux des faits magnétiques et ne sauraient leur être comparés; je l'admets; mais en seront-ils pour cela moins sujets à être altérés quand on a intérêt à le faire? Quelle confiance, par exemple, avoir dans ces faits de transmissibilité passés dans les mystérieuses enceintes des lazarets et mentionnés seulement par les employés des intendances sanitaires? Ne pourrait-on pas dire que, comme les faits de magnétisme animal, ils ne sont jamais vus que par ceux qui y croient (nous ne voulons pas dire qui sont intéressés à y croire) et ne se manifestent plus aussitôt que la peste est observée à la face du soleil, dans le calme de l'esprit, par des hommes éclairés et sans prévention?

Les registres de l'intendance de Marseille, dont M. le ministre du commerce a bien voulu faire parvenir le relevé à votre commission, établissent que, depuis 1720, sur des milliers de navires qui sont entrés dans cette ville, il ne s'en est trouvé que dix ayant la peste à bord; dans ce nombre, trois ont donné lieu à des cas successifs de peste qui se sont déclarés au lazaret parmi des personnes venant du foyer de l'épidémie; conséquemment ils ne peuvent servir à décider si la peste a été transmise d'un individu à un autre, ou si tous les individus atteints en ont pris le germe au foyer; il ne resterait donc, pour prouver la transmissibilité, que les faits fournis par les sept autres navires, et dans lesquels auraient été frappés de peste les employés du lazaret, ou toute autre personne n'ayant point été dans le foyer de l'épidémie.

Ici M. Londe se livre à l'examen et à la critique de ces faits, et il conclut qu'ils n'ont aucune valeur, aucune importance, et que c'est à tort que le rapporteur les a fait intervenir pour appuyer ses conclusions.

Mais supposons pour un instant, continue M. Londe, que les faits dont il s'agit ici ne présentent pas des circonstances propres à leur enlever toute valeur scientifique, et à inspirer un sentiment pénible pour ceux qui y ont pris part, en seront-ils moins pour cela des faits isolés, plus ou moins contestables, manquant de l'authenticité convenable, et partant insuffisants? Et n'avons-nous pas vu, dans le sein même de cette Académie et de l'Académie des sciences, des hommes très-éclairés faire aussi des récits que plus tard sont venus contredire d'autres observateurs auxquels ces sociétés savantes accordaient une juste estime? Et certes, ces récits n'étaient ni moins affirmatifs ni moins circonstanciés que ceux qui sont mentionnés dans les registres du lazaret de Marseille. Et des hommes tels que Chervin, MM. Alexandre de Humboldt, Pariset, Audouard, Moreau de Jonnès, ne le cèdent, je pense, en savoir et en perspicacité, à aucun de MM. les membres et employés des intendances. Cependant, messieurs, sur le même fait, chacun de ces savants distingués disait exactement le contraire de ce qu'avait énoncé son antagoniste. Permettez-moi de vous donner quelques preuves de ce que j'avance ici; elles vous démontreront mieux que tous les raisonnements combien peu sert, dans les questions de la nature de celle qui nous occupe, tout récit susceptible d'être contesté, et qui n'est pas en quelque sorte de notoriété publique.

M. Londe, après avoir exposé ici les récits contradictoires des auteurs, ajoute :

Si de pareils mécomptes, je vous le demande, se présentent relativement à des faits aussi récents, mentionnés par des hommes aussi distingués que ceux que j'ai cités, que sera-ce donc pour les faits que la commission a exhumés des anciens registres du lazaret? Si des hommes éclairés et recommandables, et dans un siècle comme le nôtre, ont pu voir, à travers le prisme de leurs illusions, les faits aussi singulièrement travestis, les raconter d'une manière si différente, si dissemblable, si opposée, comment croire que les lazarétistes, personnellement intéressés dans la question, et auxquels une terreur aveugle empêchait d'observer convenablement, aient mieux vu, munis de leurs lunettes d'approche, et aient été plus exacts dans leurs récits?

La conséquence de tout ce que nous venons de dire, messieurs, c'est qu'il n'est aucune conclusion générale à tirer d'observations isolées, incomplètes et par cela même très-contestables, et qu'elles ne peuvent nullement servir à la solution d'un problème aussi sérieux que celui qui nous occupe.

Ainsi, messieurs, après avoir fouillé les archives des temps passés, compulsé tous les ouvrages des contagionistes les plus ardents, fait des voyages à Marseille, où toutes les légendes relatives à la contagion doivent être religieusement conservées, fait comparaître dans son sein et médecins et consuls, la commission serait arrivée à cette grande découverte, que c'est par le poumon et non par la peau que la peste est transmissible, et elle n'a trouvé en faveur de la transmissibilité que les récits de lazaret dont nous venons de vous entretenir.

Quelle nature de faits voulez-vous donc? me demandera-t-on; sur quelles bases prétendez-vous donc asseoir votre opinion?

Messieurs, je veux des événements dont l'histoire soit parfaitement éclaircie, des faits généraux bien connus et qu'on ne puisse contester, et ces événements historiques, ces faits généraux incontestables, c'est au travail même de notre rapporteur que je les emprunterai pour la plupart. Les voici :

1° Lorsque la peste s'est manifestée en Asie, en Afrique et en Europe, l'apparition de cette maladie a toujours coïncidé avec des conditions très-appréciables d'insalubrité. Le rapport de la commission a parfaitement résumé ces conditions si admirablement tracées par MM. Pariset et Hamont.

2° Quand les causes ou la plupart des causes d'insalubrité qui coïncident avec le développement de la peste ont été combattues et détruites par une administration vigilante, la peste ne s'est pas montrée. Ainsi l'ancienne Égypte, si justement renommée pour sa police sanitaire, ne connaissait pas la peste, et pen-

dant trois mille ans, suivant Hérodote, vous dit votre commission, elle a été l'une des contrées les plus salubres du monde.

Les sages pratiques d'hygiène que nous venons de rapporter furent abandonnées lorsque l'Égypte passa sous la domination musulmane, et néanmoins leur influence bienfaisante se fit encore sentir pendant une longue suite d'années, à ce point qu'au seizième siècle on ne signale en Égypte qu'une seule épidémie de peste, et cependant, à cette même époque, les diverses contrées d'Europe, dans lesquelles il n'existe aucune hygiène, sont fréquemment ravagées par ce fléau. Ainsi, dans ce même seizième siècle (et il convient de noter ici que c'est postérieurement à l'établissement des lazarets en Europe), on compte 14 pestes en France, 12 en Allemagne, 11 en Italie, etc., etc.

Ce que nous venons de dire de l'Égypte, nous pouvons le dire également de la Syrie, de l'Asie Mineure, qui, pendant 1,309 ans, jouissent de la plus grande salubrité, grâce à la sagesse de leurs institutions hygiéniques, et ne sont envahies par la peste qu'après la conquête et l'établissement des Turcs; nous pouvons le dire de la Grèce si salubre aussi, et qui ne devient la proie de la peste que quand les Turcs y ont porté la misère et la dévastation.

Ce que les Turcs font pour tout l'Orient, d'autres barbares, les Vandales, les Goths, le font pour l'Europe. En détruisant les lois romaines, en anéantissant l'hygiène publique, ces barbares changent les mœurs, amènent la misère, accumulent toutes les causes d'insalubrité, et font de l'Europe un vaste foyer de peste qui ne disparaît qu'avec le retour de la civilisation, c'est-à-dire vers 1664; car la dernière peste, celle de 1720 (qui, pour le dire en passant, était née à Marseille, suivant Deidier, six semaines avant l'arrivée du capitaine Chataud, auquel on prétend en attribuer l'importation), car la dernière peste, disons-nous, semble apparaître après 46 ans, comme pour montrer du doigt les dernières traces de barbarie dont sont encore infectés quelques points de la France. Une partie de la Provence, la Camargue, dont les habitants parlent à peine le français, réunissent encore à cette époque, en effet, toutes les causes locales d'insalubrité que nous avons vues coïncider avec le développement de la peste : absence d'industrie, d'agriculture, mauvaise alimentation, misère, inondation par les eaux du Rhône, chaleur humide, etc.

3° Bien que la peste règne dans la Basse-Égypte avec une grande intensité, et que les communications avec cette contrée et les lieux voisins ne soient point interrompues, cette maladie n'atteint pas néanmoins la Haute-Égypte, la Nubie, l'Abyssinie; elle ne remonte pas au delà de la première cataracte.

4° La peste cesse spontanément dans la Basse-Égypte, à une époque fixe, vers le 24 juin, époque à laquelle souffle un vent sec et chaud qui dessèche les localités paludéennes, arrête la production des miasmes, et à ces changements dans les conditions du sol, joint l'avantage d'imprimer à l'organisme d'utiles modifications.

Ainsi, par le peu de lignes que nous venons de tracer, et que nous avons souvent empruntées à la commission, on voit déjà que la peste, comme les autres épidémies, se manifeste dans les lieux et aux époques où existent des causes appréciables d'insalubrité, ne se manifeste plus ou s'éteint, là où ces conditions viennent à cesser ou ne se sont pas rencontrées. Or les maladies transmissibles n'agissent pas tout à fait ainsi : elles épargnent bien exceptionnellement certains individus non prédisposés, mais elles n'épargnent pas des contrées entières. Poursuivons :

5° Chaque année, soixante-dix à quatre-vingt mille pèlerins partent de tous les points de l'empire musulman pour se rendre à la Mecque; or il n'y a pas d'année que sur un point quelconque de cet empire il n'y ait une épidémie de peste, et cependant ces nombreuses caravanes, parmi lesquelles se trouvent toujours plus ou moins d'individus porteurs d'effets ou de marchandises prétendus contaminés n'ont jamais porté la peste en Arabie, ce qui certainement n'eût pas manqué d'avoir lieu depuis longtemps, si cette maladie était de nature transmissible.

M. Aubert-Roche affirme (1) qu'en 1835 comme en 1825, alors que l'Égypte était ravagée par la peste sur un grand nombre de points, on n'en a observé aucun cas en Arabie, malgré les nombreuses relations existant entre les deux contrées. Il y a plus : les historiens arabes forts de l'expérience du passé ne croient pas à la possibilité de l'apparition de la peste dans leur patrie, qui, disent-ils, est sous la protection du divin prophète.

Le Caire, Suez, Kenech et Cosseïr sont en relation continuelle. Avec quelque violence que la peste règne dans les trois premières de ces villes, Cosseïr n'en est jamais attaqué. « Notre agent consulaire, dit M. Aubert-Roche, m'a certifié que de mémoire d'homme la peste ne s'y est pas montrée. » L'immunité dont jouit Cosseïr est due à des conditions atmosphériques et géologiques formant un contraste évident, quant à la salubrité, avec celles de Kenech, de Suez et du Caire, villes qui sont entourées d'eaux stagnantes.

Ainsi, messieurs, quelque fréquentes, quelque nombreuses que soient les communications individuelles, la peste ne se transmet pas dans les pays où manquent les conditions que nous avons vues coïncider avec l'apparition de ce fléau, dans les lieux où elle est endémique. Les quarantaines, lazarets, cordons sanitaires et tout moyen de séquestration quelconque sont donc là tout à fait superflus pour arrêter la propagation de la peste puisqu'elle s'arrête sans leur secours.

Voyons maintenant si ces mesures peuvent empêcher la peste de pénétrer dans les lieux où se rencontrent les conditions favorables au développement de cette maladie.

Ici M. Londe s'attache à démontrer, par de nombreuses citations, que l'isolement et la séquestration, dans des lieux où règne la peste, ne préservent pas de la maladie.

Mais qu'est-il besoin, dit l'auteur, de multiplier ces citations; ne suffit-il pas de faire observer que dans les trois siècles qui précèdent l'établissement des lazarets, on compte 105 épidémies de peste, et que dans les trois siècles qui suivent cet établissement, on en compte 143.

Cette logique de chiffres, messieurs, conforme à tout ce qui a été observé à toutes les époques dans les grands événements, prouve mieux que ne le feraient tous les raisonnements possibles que les lazarets sont impuissants pour arrêter la peste et ne servent absolument à rien.

Les hardes et les marchandises peuvent-elles communiquer la peste? Bien que cette question paraisse résolue par les grands faits de notoriété publique que nous avons cités, notamment les pèlerinages annuels des musulmans à la Mecque, nous allons encore emprunter quelques observations sur ce sujet à des contagionistes.

Les exemples qu'emprunte M. Londe tendent tous à prouver que les hardes et les marchandises ne peuvent transporter la peste.

Avant de passer aux conclusions générales, veuillez me permettre, messieurs, quelques observations sur ce qu'ont avancé deux de nos collègues qui m'ont précédé à cette tribune.

A ce qu'a dit M. F. Dubois (séance du 19 mai) sur la crainte de la contagion, dans laquelle est élevé tout Marseillais, il y a une distinction à faire. Si M. Dubois parle du bas peuple, cette assertion est exacte; elle cesse de l'être s'il est question des gens éclairés, des membres des intendances, de ceux du corps municipal, etc.; et il est quelque chose que ces messieurs craignent plus que la contagion : ce quelque chose, c'est la vérité. En effet, lorque Chervin demandait sans relâche et avec cette opiniâtre persévérance que nous lui avons connue, que des expériences fussent faites dans le lazaret de Marseille, dans le but de rechercher quel est le mode de propagation de la peste, MM. de l'intendance sanitaire, de la chambre du commerce, et du conseil municipal de Marseille affirmaient au gouvernement : « Que des effets pestiférés (je cite textuellement) introduits dans leur lazaret pour les expériences proposées répandraient l'inquiétude et la terreur dans la population de Marseille et mineraient en outre le commerce de cette place. » Si ces craintes sont fondées, messieurs, à quoi sert donc le lazaret? Mais rassurez-vous : M. Robert va nous apprendre qu'elles sont complétement chimériques. Voici ce que cet honorable médecin du lazaret de Marseille écrivait à l'Académie le 27 juillet 1837, à l'occasion de trois cas de peste provenant du bateau à vapeur de l'État *le Léonidas*, et qui avaient été introduits dans le lazaret : « Grâce à l'exécution stricte de nos règlements sanitaires, qui depuis 1720 ont fait le salut de notre ville, et peut-être d'une grande partie du royaume, la population marseillaise vit dans la plus grande sécurité, le commerce ne s'en occupe nullement; le monstre est renfermé dans l'enceinte du lazaret, après être devenu impuissant. »

Ce rapprochement, messieurs, ne suffit-il pas pour montrer le peu de solidité des principes qui guident MM. les membres de l'intendance sanitaire et le peu de confiance qu'ils ont eux-mêmes dans la puissance de leur prétendu palladium!

Ainsi, messieurs, vous l'avez entendu de la bouche même de M. Robert, il n'y avait nul danger de faire des expériences dans ce lazaret, puisque le monstre n'en peut sortir, et cependant MM. de l'intendance s'y sont refusés. Pourquoi? parce que ce qu'ils craignent avant tout, ce n'est pas la contagion, comme l'a dit M. Dubois, c'est qu'on ne porte le flambeau de la science dans les niaises pratiques qui ont donné si longtemps à Marseille le monopole du commerce du Levant; parce que ce qu'ils redoutent, c'est que la vérité se fasse jour au milieu de ces jongleries dignes de l'époque des plus grossières superstitions.

Un mot maintenant à M. Bousquet. Notre honorable collègue a bien vu et parfaitement signalé le désaccord qui existe entre le commencement et la fin du rapport. Suivant M. Bousquet : « dès les premières pages, on croit que M. le rapporteur ne veut ni de la contagion, ni des lazarets, ni des quarantaines, et l'on est autorisé, dit-il, à cette croyance, sinon par la lettre, au moins par l'esprit du rapport, etc. » Cette remarque est parfaitement exacte, et la discordance était, en effet, trop choquante pour échapper à la fine sagacité de notre collègue. Mais qui le croirait! ce n'est pas la fin du rapport que combat M. Bousquet, c'est le commencement; ce ne sont ni les récits de lazaret, ni les innombrables conclusions qui font l'objet de la critique; ce sont les vérités fondées sur le témoignage universel, ce sont les faits de notoriété publique. Sans doute notre collègue s'est rappelé qu'il en est de la croyance en la contagion comme de la plupart des croyances; qu'il faut beaucoup plus d'esprit pour les défendre que pour les attaquer, et il a choisi le rôle qui convenait à sa nature. Quoi qu'il en soit, voyons ses objections. « Non, je ne crois pas, dit M. Bousquet que les terres d'alluvion, ni les terres marécageuses, ni les habitations basses et mal aérées, ni l'air humide et chaud, séparés ou réunis, contiennent, engendrent la peste. » (M. Bousquet oublie la putréfaction animale et beaucoup d'autres causes.)

Messieurs, lorsque la foi parle, la raison n'a pas un seul mot à demander; mais ici il ne s'agit pas de croyances et de foi; nous pouvons donc demander pourquoi M. Bousquet se refuse à admettre des vérités mises hors de doute par notre rapporteur, si énergiquement proclamées par M. Hamont, et racontées dans un si beau langage par notre éloquent secrétaire perpétuel. M. Bousquet nous répond par la question ci-après : « Dites-moi, je vous prie (c'est M. Bousquet qui parle), comment, les causes étant permanentes, l'effet ne l'est pas? » Cette question, messieurs, donne une idée parfaite de toute l'argumentation de notre collègue; il pose comme vraie l'existence d'un fait qui n'a pas le moindre fondement, puis il en demande l'explication. Ainsi, *comment, les causes étant permanentes*, etc., *comment la peste s'arrête-t-elle devant les maisons qui lui ferment la porte?* etc., etc. Mais les causes ne sont pas permanentes et ne peuvent pas l'être, car la température, elle seule, qui contribue tant au développement des miasmes, n'est pas la même tous les ans et à toutes les époques de l'année, et c'est en conséquence de cette modification de la température que la

(1) DE LA PESTE, p. 99.

peste s'arrête d'elle-même à la Saint-Jean, qu'elle n'est pas chaque année à l'état épidémique; et quant à s'arrêter quand on lui ferme la porte, nous avons établi que cette assertion est inexacte.

Pour combattre ce fait incontestable, que la peste fuit devant la civilisation, M. Bousquet prétend que nous oublions que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe, et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique. Mais M. Bousquet oublie lui-même qu'à cette époque la civilisation de ces capitales, ainsi que l'a si parfaitement établi M. le rapporteur, était telle que la mortalité habituelle, suivant M. Villermé, était de 32 pour 100; qu'il n'existait, en un mot, aucune hygiène à l'époque de barbarie, où la peste parcourait les capitales. Pour ce qui est des sauvages de l'Amérique, comment M. Bousquet n'a-t-il pas vu que des affections qui tiennent à la concentration des miasmes ne peuvent frapper des individus vivant isolés à l'air libre, comme vivent le plus ordinairement des sauvages!

C'est en continuant cette manière d'argumenter que M. Bousquet met la question que je viens de rappeler dans la bouche de Deidier s'adressant à Chicoyneau : « Si la peste n'est pas contagieuse, comment s'arrête-t-elle devant les maisons » qui lui ferment la porte?... Mais, dit M. Bousquet, Chicoyneau ne répondit » jamais! »

Chicoyneau aurait pourtant eu une réponse bien simple à faire à M. Bousquet, je veux dire à Deidier.

Le mode d'argumentation de notre honorable collègue me rappelle tout à fait l'histoire de ce prétendu géant, haut de 70 pieds, relativement auquel tous les docteurs se questionnent et se disputent pour savoir de quelle couleur doivent être ses cheveux, de quelle grandeur est son pouce, quelles dimensions ont ses ongles, jusqu'à ce qu'un passant survienne et s'avise enfin de demander modestement : « Mais, messieurs, votre géant existe-t-il? »

C'est précisément là ce que Chicoyneau pouvait dire à Deidier. Nous avons vu, en effet, ce qu'il y de fondé dans toutes ces historiettes de peste s'arrêtant quand on lui ferme la porte.

N'abusons pas plus longtemps de votre patience, et arrivons à nos conclusions; les voici :

1° La peste n'est point transmissible de l'individu malade à l'individu sain, lorsque celui-ci est hors du foyer de l'épidémie.

2° Si la transmission n'est pas effectuée par le pestiféré lui-même, elle ne l'est pas davantage par les vêtements.

3° La peste n'est pas transportable par des marchandises qui viennent des pays où elle règne.

4° L'absence des quarantaines ne favorise en rien la transmission de cette maladie.

5° Leur rigueur n'en arrête pas la propagation.

6° Les seuls moyens préservatifs qu'on puisse employer contre la peste consistent à assainir les lieux où elle prend naissance et à soulager la misère des individus qui les habitent. Ces moyens ont toujours arrêté la peste, quelque multipliés qu'aient été les contacts.

Nous pouvons dire, quant à l'assainissement des lieux, que, bien que la civilisation actuelle paraisse pour jamais avoir mis l'Europe à l'abri d'une épidémie de peste, quelques contrées de la France cependant, quelques localités de la Provence, la Camargue, le port infect de Marseille, par exemple, sont loin de présenter des motifs complets de sécurité, et doivent encore attirer la sollicitude du gouvernement.

Ainsi, pour résumer en quelques mots ce qui a rapport à la peste, et même aux cinq maladies énoncées dans les instructions sanitaires, disons que les quarantaines ne sont d'aucune espèce d'utilité pour nous en préserver. La peste et la lèpre, qui ravagèrent l'Europe dans le moyen âge, ont cessé de se montrer, non sous l'influence des quarantaines, mais bien sous celle des progrès de la civilisation et de tant de causes qui ont modifié le sol, le climat, les conditions matérielles de la vie, et ont relégué ces maladies dans des contrées où des circonstances physiques et politiques fournissent encore un aliment toujours renaissant à leur fureur.

Les conclusions du rapport de votre commission devaient donc tendre, à mon avis, non à prêter un appui qu'on ne vous demande pas à de ridicules superstitions et à d'odieuses entraves dont le gouvernement lui-même médite la destruction, mais à exprimer nettement les progrès de la science à cet égard. Ces conclusions devaient faire ressortir l'inutilité des quarantaines et des lazarets considérés sous le point de vue scientifique et comme moyen d'empêcher la transmission de la peste, ou, si vous le voulez, des cinq maladies mentionnées dans les instructions relatives à la loi du 22 mars. Ces conclusions devaient renfermer l'expression des vœux que forme l'Académie pour l'abrogation de notre législation sanitaire, législation qui n'est en harmonie ni avec la science ni avec nos mœurs. Voilà ce qu'elles devaient contenir pour ne pas être en contradiction avec la première partie du rapport et pour exprimer ce que je crois être la vérité.

M. Pariset : Messieurs, je n'ai qu'une idée dans l'esprit, je n'ai qu'un vœu dans le cœur : c'est que jamais rien ne sorte du sein de l'Académie qui puisse compromettre son savoir, sa raison, sa dignité. La question que vous discutez est assurément la plus grande et la plus importante qui vous ait occupés jusqu'ici; elle touche aux intérêts les plus élevés, à l'état civil, à la fortune, à la santé, à la vie des citoyens; elle embrasse les faits les plus étonnants, les plus délicats, les plus variés, les plus instables, les plus bizarres, et en apparence les plus contradictoires de toute la médecine. Une question de cette nature est donc une question très-complexe, et c'est à cause de cette complexité même que, pour être résolue, si toutefois elle peut l'être, elle attend de vous l'attention la plus soutenue, l'étude la plus approfondie, l'examen le plus impartial et le plus réfléchi. C'est uniquement dans ces dispositions d'esprit que vous jugerez sainement le rapport qui vous est soumis. Préparez-vous à ce jugement comme on se prépare à une œuvre sainte, car l'Europe et la postérité vous contemplent. Heureusement ce rapport n'est encore que l'œuvre de votre commission, d'une commission dont j'avais l'honneur de faire partie. C'est un honneur que j'aurais dû décliner; car parmi les doctrines qu'elles a préférées, il en est qui ne sont pas du tout les miennes. Cependant j'ai joint ma signature à celles des autres membres; mais je n'ai signé que parce que je me suis réservé avec la minorité le droit de porter devant vous mes objections, et de relever les erreurs qui m'ont frappé. Je m'en expliquerai sans ménagement. Que pourrais-je, en effet, ménager aux dépens de la vérité? Respecter la vérité, c'est vous respecter vous-mêmes; et dans la sévérité de mes paroles, vous ne verrez, je pense, que mon zèle pour elle et pour vous.

Je commencerai par quelques réflexions sur le plan que s'est fait M. le rapporteur. En général, plus une question que l'on se propose de traiter a d'étendue, plus il importe d'en resserrer les limites, et de la réduire à ses parties essentielles. De quoi s'agissait-il? De savoir si l'on doit imposer ou n'imposer pas des quarantaines; et pour cela, il fallait déterminer s'il est dans le monde une maladie que l'on désigne sous le nom de peste; la séparer nettement d'avec les autres maladies; en marquer les causes; indiquer les lieux ou le lieu où existent ces causes; si elles y sont transitoires ou permanentes, et par suite de cette permanence, s'il est des contrées de la terre où la peste soit ce qu'on appelle endémique; si ces foyers de peste ainsi formés, la peste peut en sortir pour se répandre dans tout l'univers, comme le dit Montesquieu; par quels intermédiaires elle se propage, en combien de temps, et finalement par quelles mesures on peut s'en préserver. Ces questions une fois éclaircies et résolues, votre tâche était finie. Vous aviez posé des prémisses dont les applications pratiques ne sauraient vous appartenir. Renfermé dans ce cadre, très-vaste d'ailleurs, M. le rapporteur eût dominé son sujet; il en eût vu, touché, coordonné les matériaux; il en eût élagué les superfluités et les broussailles; il eût ainsi donné à son travail plus d'ensemble, de nerf et de solidité; il eût épargné à lui-même, à la commission, à vous, à ses auditeurs, ce luxe de hors-d'œuvre qui défigurent son ouvrage, et ne font rien du tout à l'objet principal. Or, dans les productions de l'esprit, ce qui ne sert pas nuit.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que, dès la première page, M. le rapporteur met en fait ce qu'il aurait dû mettre en question. Dire que, pour les provenances du Levant, l'Autriche et l'Angleterre ont *notablement diminué*, ou, à plus forte raison, *aboli* les quarantaines, c'est dire une chose inexacte. Il est deux sortes de quarantaines : l'une pour les personnes, l'autre pour les effets et les marchandises. Pour les effets et les marchandises, on est, en Autriche et en Angleterre, plus rigoureux qu'on ne l'est en France. A l'égard des personnes, les différences tiennent à la marche, encore mal réglée, des bâtiments à vapeur. Inadvertance, préoccupation d'esprit, passion, je n'en sais rien; mais c'est une faute qu'il fallait éviter, parce qu'elle met en garde contre tout le reste. Je ne parle pas des nouvelles données qu'on dit tenir de la science; seulement j'ai peur que ces nouvelles données ne soient comme toutes celles que l'on a tirées des ouvertures faites en Allemagne, en France, en Italie, en Espagne, je veux dire absolument stériles pour la thérapeutique, et même pour l'intime connaissance de la maladie. Que si ces nouvelles données ont rapport à ce qu'on appelle l'incubation, elles ne sont pas nouvelles du tout : on les trouve dans Rosen-Rosenstein, dans Mackensie, dans Howard, dans Martin Lange et dans beaucoup d'autres. J'ajoute que ces données-là sont très-hasardées, comme je le ferai voir plus loin.

Un second point que je prendrai la liberté de combattre, c'est la définition que M. le rapporteur a donnée de la peste. Que la peste soit, comme il le dit, *une maladie de tout l'organisme, dans laquelle le système nerveux, le système sanguin et le système lymphatique sont surtout affectés*, c'est ce que je ne contesterai pas; mais est-il une seule maladie générale où ces trois systèmes, et surtout le système nerveux, ne soient affectés? Pour que la définition fût complète, et par conséquent réelle, il faudrait marquer ce que ces altérations ont de particulier dans la peste. Or, qui le pourrait dire? et si vous le dites pour une peste, le pourrez-vous dire pour toutes les autres, et dans la même peste pour tous les cas? Une femme se lève pour danser; une femme bégaye très-légèrement pour la première fois de sa vie : elles tombent mortes l'une et l'autre, frappées comme d'un coup de foudre par la peste. Quelles sont, dans ces deux femmes, les altérations des trois systèmes? Le scalpel le plus clairvoyant n'y fait rien découvrir. Il suit de là qu'affirmer en second lieu que ce qui *caractérise le plus ordinairement* la maladie, c'est l'apparition des bubons, des charbons, des pétéchies, c'est dire à la fois trop et trop peu. Dans ces brusques morts, dont je viens de rapporter des exemples, et qu'on a vues tant de fois, ces caractères extérieurs manquent, et cependant la peste existe. Elle peut exister sans fièvre, sans bubons, sans charbons, sans pétéchies, sans exanthèmes d'aucune espèce; Timoni est formel sur ce point, et Timoni avait exercé longtemps la médecine à Constantinople; et réciproquement, des charbons, des bubons, peuvent exister sans peste, comme l'a vu de Haën. Parcourez avec cet illustre médecin les cinquante-quatre loïmographes dont il a extrait les définitions; vous verrez à quel point elles diffèrent l'une de l'autre. Il est tel et tel de ces écrivains qui n'osent définir la peste, ceux-ci l'appelant maladie incompréhensible, ceux-là maladie scélérate; quelques-uns des plus habiles, entre autres Chenot, se bornent à la décrire dans toutes ses surprenantes variétés, c'est-à-dire dans toute la suite de ses transformations, de ses déguisements, de ses tromperies, de ses embûches. Peut-être alors serez-vous tentés de conclure, comme le fait de Haën, que Chenot seul a raison, et par là vous comprendrez à quelles méprises, à quelles hontes, à quels périls, à quels malheurs sont exposés et les médecins, et les gouvernements, et les peuples, par l'incroyable instabilité des symptômes qu'offre la peste, surtout dans son début. Il n'est pas jusqu'au caractère le plus généra-

lement admis et le plus significatif, celui de la contagion, qui puisse à la rigueur entrer dans la définition de la peste; car une peste, quelle qu'elle soit, commence toujours par un homme qui la donne sans l'avoir reçue, de même qu'elle finit toujours par un homme qui la reçoit sans la donner. En un mot, dans l'origine, toute maladie transmissible est nécessairement spontanée, comme on le voit si clairement dans le typhus des hôpitaux et des prisons. Et qu'est-ce que la peste, si ce n'est un typhus spécial, plus exalté, plus mortel qu'aucun autre? Que conclure de tout cela? qu'au lieu de donner de la peste une définition si boiteuse, M. le rapporteur devait faire sentir, comme l'a fait de Haën, sinon l'impossibilité, du moins l'extrême difficulté, et j'ajoute l'extrême danger d'une telle définition, laquelle serait plus propre à masquer la maladie qu'à la manifester, surtout, je le répète, à son début, c'est-à-dire au moment même où il importerait le plus de la connaître, afin de la combattre et de l'arrêter.

Je viens maintenant aux hors-d'œuvre. Le premier est le plus singulier de tous, ce sont les recherches de M. le rapporteur sur la première origine de la peste. Quelle liaison peut avoir, je vous prie, cette première origine avec la question des quarantaines? Que la peste ait dix mille ans ou qu'elle n'ait que dix jours, qu'importe pour les mesures qu'il s'agit de conserver, de réformer ou d'abolir? Que le feu prenne à un édifice; avant de songer à l'éteindre, se sent-on en peine de savoir depuis quand il brûle? Et quand il serait vrai, comme on l'a dit, que le germe de la peste eût été créé avec le genre humain, supposition toute chimérique ce me semble, comment dans cette obscurité des temps et du langage, et faute de traditions, d'histoires, d'observations fidèles, comment suivre la marche de ce germe et en saisir la première explosion? J'ai parlé d'obscurité de langage, et ces paroles rendent ici nécessaire une explication. Quand on parle de peste, on prononce un mot pour indiquer une chose; mais entre la chose et le mot le rapport a-t-il été toujours invariable? en d'autres termes, le mot a-t-il toujours été le signe d'une seule et même chose? Non; le mot n'a pas varié, mais la chose a varié: le mot peste est une expression générale sous laquelle on a compris longtemps toutes les maladies meurtrières. Mais ces maladies ont entre elles des diversités prodigieuses, et faute de distinction et d'analyse, on les a confondues sous cette appellation uniforme et commune de peste. De leur côté, les historiens, les orateurs, les poëtes l'ont employée dans un sens métaphorique, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, et comme on peut le voir dans Paul Zacchias; et c'est à une époque assez récente que le mot peste a été attaché exclusivement à cette peste d'Orient, à ce typhus qui est aujourd'hui l'objet de vos débats. Mais bien qu'on l'ait restreint de nos jours à cette seule signification, telle est la force de l'habitude que la première confusion subsiste encore, même dans l'esprit des médecins. Aussi affectent-ils de voir des pestes partout jusque dans les temps les plus reculés de l'histoire; du moins devraient-ils donner à leurs méprises ou, si l'on veut, à leurs conjectures, quelque ombre de vraisemblance. Et, par exemple, d'après quelle autorité M. le rapporteur nous dit-il qu'en Égypte la peste s'est montrée l'an 2443 de l'ère ancienne? Où a-t-il pris cette date? dans quel écrivain, dans quelle chronologie? Est-ce dans la chronologie que suit notre Église et qu'adopte Bossuet? Mais cette chronologie est double, ou plutôt elle se divise en deux parties corrélatives, lesquelles comprennent dans leur ordre toutes les années qui ont précédé J.-C.: la première sur une échelle ascendante, qui de zéro s'élève jusqu'à 4004; ce sont les années du monde. La seconde sur une échelle descendante, qui de 4004 tombe à zéro; ce sont les années antérieures à notre ère: deux calculs qui se correspondent pour n'en former qu'un seul, et qui cependant mettent dans la nécessité de marquer quel est celui que l'on a choisi. Comptez-vous d'après la seconde échelle, votre peste de 2443 serait de 95 années antérieure au déluge, ce que l'on ne saurait admettre. Comptez-vous d'après la première, cette même peste précéderait de trois années l'expédition de Cécrops lorsqu'il conduisit d'Égypte en Grèce la colonie qui fonda le royaume d'Athènes. Mais qui nous dit qu'à cette époque une maladie régnait en Égypte et que cette maladie était une vraie peste? La preuve, où la prendre? où sont les mémoires de ce temps-là? Moïse avait alors dix ans, et dans son histoire, ou plutôt dans le Pentateuque, s'il parle de peste, c'est ou bien pour indiquer une affection tout autre que la peste d'Orient, ou bien pour en menacer les Israélites comme d'un châtiment qui punira leur infidélité. Quand il leur prescrit des mesures contre la lèpre, il ne leur en prescrit point contre la peste; et quand il leur recommande de tenir propre leur campement, il ne mêle à ses ordonnances aucune idée de peste. Cependant à leur sortie de l'Égypte, les Israélites emportaient avec eux des bubons et des ulcères. Si la peste eût dû ravager l'Égypte, c'était dans les années de famine, sous le ministère de Joseph. Le texte sacré n'en dit rien. Au reste, il faut l'avouer, de toutes les connaissances humaines, la chronologie est la plus défectueuse. Malgré l'établissement des Olympiades, elle n'a eu quelques règles que du temps d'Alexandre: et sans parler de sa discordance avec la chronologie des Chinois, des Chinois qui n'ont jamais connu la peste, il est certain, de l'aveu même de Bossuet, qu'elle donne à l'Égypte une antiquité trop étroite. Champollion m'a dit ving fois que les pyramides sont antérieures à notre ère de 5,000 années pour le moins, ce qui leur donne aujourd'hui près de 7,000 ans. D'un autre côté, comme l'Égypte possédait depuis des temps infinis des chefs-d'œuvre de peinture et surtout de sculpture, il y avait à la lettre dix mille ans, du temps de Platon, qu'elle avait fixé pour ces deux arts des règles inviolables, tant elle redoutait cette inquiétude d'esprit qui nous ôte si souvent le goût du vrai et du beau, comme le remarque Fontenelle. Enfin, si l'on rapproche l'une de l'autre les paroles d'Homère, d'Hérodote, de Platon, d'Aristote, de Théophraste, de Diodore, de Pline, de Tacite, d'Apollonius, de Suidas, touchant la formation primitive de l'Égypte, touchant son étendue, ses entreprises, ses voyages sur l'Océan atlantique, ses découvertes dans le nord de l'Europe, ses communications avec l'intérieur de l'Allemagne, de l'Angleterre et des Gaules, au delà du passé connu de l'Égypte, vous découvrez un autre passé qui se perd dans la profondeur des temps, mais dont les monuments de toute espèce, si grands et si multipliés de cette contrée singulière, bien que mutilés par les hommes et en quelque sorte vermoulus par les années, sont encore sous nos yeux un témoignage vivant et solennel. Si vous songez, en effet, au nombre et aux proportions de ces monuments gigantesques, à ces pyramides, à ces temples, à ces palais, à ces statues de 80 pieds de haut et d'une seule pierre, à ces obélisques, qui de Thèbes à Memphis, c'est-à-dire dans une longueur de cent lieues, s'élevaient sur les deux côtés du fleuve; si vous songez à ces chaussées dont le travail surpassait même celui des pyramides; si vous songez à ce labyrinthe qui égalait à lui seul tous les monuments de la Grèce; si vous songez enfin à ce qu'a fait l'Égypte pour régler la marche des eaux et s'en former des réservoirs immenses et presque comparables à une mer intérieure, n'en concluerez-vous pas que pour entreprendre et pour achever ces étonnantes constructions il a fallu, pendant une longue suite de siècles plusieurs centaines de milliers de bras à la fois; ce qui est dire qu'il a fallu successivement des populations innombrables. A la vue de tant d'augustes restes comment rejeter une supposition si naturelle? Cependant ne croyez pas qu'une telle splendeur n'ait eu qu'un moment, comme il arriva sous nos premiers rois; non: cette splendeur s'est formée, s'est accrue, je le répète, pendant des milliers d'années; et bien que suspendue soit par des troubles civils et des guerres d'usurpation, soit par des guerres étrangères et par la tyrannie des pasteurs et des Perses, sans l'être jamais par des maladies, elle reprit sous les Ptolémées un nouvel éclat. Psammeticus et surtout Amasis avaient ouvert l'Égypte aux villes anséatiques de la Grèce; les Lagides l'ouvrirent au monde entier. Sous eux, l'Égypte, par le commerce, eut les mains sur tout l'univers connu; elle pouvait compter, sous Ptolémée Philadelphe, jusqu'à vingt millions d'habitants: nombre que je croirais exagéré, si le président Goguet ne le portait à vingt-sept millions et M. de Lacépède à trente-six millions. Aujourd'hui on en compterait à peine un million et demi; toutefois Tyr, Carthage, Corinthe détruites, Alexandrie devint le rendez-vous de toutes les nations et le centre de toutes les richesses du globe. Or, j'ose le soutenir, dans ce long cours de prospérités inouïes, au milieu de ces multitudes infinies d'hommes de tous les pays rassemblés, pressés dans le cœur d'Alexandrie pour des transactions commerciales, au milieu de tant d'Égyptiens, d'Éthiopiens, d'Arabes, de Troglodytes, de Juifs, de Syriens, de Grecs, de Mèdes et de Parthes, quelle qu'ait été la nature de leur trafic ou de leurs échanges, vous ne surprenez aucun vestige de peste. Après tant de communications et pour ainsi dire après tant de mélanges entre les hommes et les choses, jamais Arabe n'en vint à soupçonner qu'en retournant dans sa patrie il emportait avec lui dans ses marchandises et surtout dans ses étoffes un poison mortel pour sa famille et ses concitoyens. Jamais on n'entendit parler de ces cruelles surprises dont fourmille l'histoire de nos derniers siècles; cependant la superbe Alexandrie comptait huit cent mille habitants. Personne n'y était oisif, comme on le voit dans la lettre de l'empereur Adrien. Malgré l'abondance des fabriques et malgré le voisinage des marais, dit Strabon, on y respirait comme à Ravenne un air excellent. Des troupes d'Ibis entretenaient la propreté des rues. Ses marchés étaient pour les négociants des lieux de délices et de sécurité; ils seraient aujourd'hui, comme ceux de Zantah, des lieux de crainte, de péril et de mort. Strabon n'y vit point de maladie. Elle était dans toute sa gloire lorsque César l'assiégea. Vaincus ou vainqueurs, les Romains n'eurent pas l'ombre de peste. Ainsi Alexandrie participait à l'antique salubrité de l'Égypte constatée par Hérodote, même dans ses parties marécageuses, que l'on voyait encore du temps de ce grand historien, et dont on voit la peinture, et sinon la salubrité, du moins l'innocuité dans l'aimable roman d'Héliodore que Racine avait appris par cœur. Ces marais, couverts de roseaux, étaient comme un labyrinthe inextricable où les malfaiteurs, les rebelles, les princes malheureux défaits par leur rivaux dans une bataille, trouvaient un refuge assuré contre le glaive des lois et le fer de leurs ennemis. Ces princes s'y conservaient avec les leurs sans maladie, au moins sans maladie connue et surtout sans peste, tant l'air, tant les eaux, tant la terre de l'ancienne Égypte était favorable aux hommes! Cependant j'entends dire que cette Égypte n'était pas absolument saine. Quel pays le sera jamais pour tous les âges, pour tous les tempéraments, pour toutes les conditions de la vie, telles que la grossesse, l'allaitement, etc. On parle de pustules, d'efflorescences à la peau, d'exanthèmes, de tumeurs, d'ulcères, d'ulcères humides et rongeants qui étaient familiers à l'enfance et qui se formaient surtout près de ces marais; de ces ulcères égyptiens, bubastiques, syriaques que mentionne Arétée, qu'Aëtius attribue à la mauvaise qualité des aliments et qu'on a voulu donner dans le dernier siècle pour des varioles. L'historien anonyme de la guerre d'Alexandrie, sous César, dit que l'eau trouble du Nil donnait beaucoup de maladies, mais elle ne donnait que celles-là; elle ne donnait pas la peste. Pline parle de la mentagre apportée de l'Égypte à Rome sous Tibère et que les médecins égyptiens savaient seuls traiter; il parle de l'éléphantiasis, c'est-à-dire de la seule endémie égyptienne qu'ait citée Lucrèce. Mais l'éléphantiasis est presque partout: elle est en France, dans le nord de l'Europe, en Amérique; elle est dans les îles de l'Archipel; je l'ai vue en Chypre: je l'ai vue dans l'intérieur du Liban, aussi bien que dans la Haute-Égypte; et relativement aux affections cutanées, j'ai vu des affections similaires paraître à l'arrivée des nouvelles eaux, et prendre sur le visage toutes les apparences, c'est-à-dire la couleur et le volume du bouton d'Alep; de même que j'ai vu en France un ulcère qui avait détruit toute la joue gauche d'un jeune enfant, et mis à nu les dents et la mâchoire. Qu'en conclure contre la salubrité de la France et de l'Égypte? et quel rapport tout cela peut-il avoir avec la peste? Enfin, on parle d'épidémies de véritable peste, de peste à bubons et à charbons, lesquelles se sont montrées en Libye, en Syrie, en Égypte, trois siècles avant notre ère. C'est Oribase qui le dit sur la foi de Rufus, c'est Rufus qui le dit sur la foi de trois médecins, Dioscoride, Posidonius et Denys-le-Court. Où vivaient ces trois hommes? on l'ignore. Dans quels temps? Posidonius était contemporain de Diosco-

ride, puisqu'ils ont vu ensemble la peste de Libye; et Dioscoride, lequel? on en connaît quatre; le plus ancien vivait trente ans avant J.-C.; le second quatre-vingt-dix ans plus tard. Ne parlons pas des autres. Et Denys? personne, si ce n'est Rufus, n'en a parlé. Je me trompe; c'est Hernuppe de Smyrne, qui en a parlé,dit-on, deux cent quatre-vingts ans avant J.-C. De ces trois chiffres, M. le rapporteur conclut que trois siècles au moins avant J.-C. la peste était en Syrie, en Égypte et en Libye. Au lieu d'*au moins* il aurait pu dire *au plus*. Mais où sont les relations originales? on les a perdues. Malgré la juste défiance que doivent inspirer les citations, je suppose que Rufus et Oribase ont cité fidèlement. Toutefois ces fragments d'antiquité médicale n'ont été découverts à Rome qu'en 1831; en 1827, il m'était permis de les ignorer, comme Freind les ignorait lui-même : je le dis parce qu'on ne l'a pas dit; je reprends. Au rapport de Denys, la peste était en Syrie, en Égypte, en Libye : où et quand? M. le rapporteur ne fixe pas les lieux, mais il fixe l'année : c'est, a-t-il dit d'abord, en 333 avant notre ère. Or, c'est précisément l'année où Alexandre gagne la bataille d'Issus; en 332, il prend Tyr, il prend l'Égypte, il fait le voyage de Jupiter Ammon; en 331, il bâtit Alexandrie. Nulle part ni lui ni les siens ne rencontrent la peste; s'il l'eût rencontrée comme la rencontrait saint Louis, comme la rencontrait Napoléon, eût-il songé à faire de l'Égypte le centre de son empire? D'un autre côté, son médecin Philippe, son précepteur Aristote n'en parlent pas; Arrien écrit son histoire : il l'écrit sur les mémoires d'Aristobule et de Ptolémée, deux officiers d'Alexandre qui ne l'ont jamais quitté. Or, dans Arrien, pas un mot de peste, et certes si la peste eût traversé l'expédition d'Alexandre, est-ce que les historiens n'en auraient pas parlé, comme ils ont parlé de la fièvre qu'il prit dans l'eau glacée du Cydnus, comme ils ont parlé de la maladie dont il mourut à Babylone? C'est apparemment pour échapper à ces difficultés que dans la 2ᵉ édition de son travail, M. le rapporteur a substitué l'année 300 avant notre ère à l'année 333, ne songeant pas que cette année 300 répond à la vingt-quatrième année du règne de Ptolémée Soter, d'un règne qui fut peut-être pour l'Égypte le plus fortuné de son histoire; ainsi, incertitude de temps, incertitude de lieux, pour la Syrie et pour l'Égypte; j'en dis autant pour la Libye : la Libye, avec laquelle les anciens Égyptiens ne communiquaient que par les marchands qu'elle leur envoyait; la Libye, si mal connue des Grecs, quoi qu'en ait dit Hippocrate; si peu connue des Romains, et seulement effleurée par les Lagides, vaste contrée peuplée à l'intérieur par des bêtes féroces, presque déserte vers le nord, faute d'eau, et habitée seulement dans sa partie occidentale par les marchands phéniciens de Carthage et d'Utique, et Carthage et Utique ont-elles eu jamais la vraie peste? Qui le sait? qui le saura jamais? Et pour m'en tenir à ces pestes de Libye qu'a mentionnées Rufus, quand je pense que ni Celse, ni Galien, l'élève de l'école d'Alexandrie, n'en ont point parlé, ni dix à douze médecins du premier ordre, entre autres Dioclès, Praxagore, Sérapion, Soranus, élève, lui aussi, de l'école d'Alexandrie; quand je pense que le traducteur ou plutôt le copiste de ce dernier écrivain, Cœlius Aurélianus, a été sur les bubons, sur les charbons, sur la peste, aussi muet que tous les autres, lui qui vivait dans le cinquième siècle de notre ère, et qui pratiquait la médecine à Sicca, dans le cœur même de la Numidie; je suis forcé d'en conclure que si, pendant sept à huit siècles, des pestes ont paru, elles ont été si rares, si transitoires et si bornées qu'elles ont tout au plus attaché l'attention de deux ou trois observateurs; qu'elles n'ont point formé de véritables épidémies; qu'elles ont pu s'associer, comme autant d'épiphénomènes, à des maladies d'une tout autre nature, comme l'a vu de Haën, comme l'a vu Hippocrate, comme on le voit peut-être encore aujourd'hui à Erzeroum et sur les bords du Danube, et qu'enfin n'ayant point laissé de traces dans le souvenir des hommes, elles étaient complétement oubliées, lorsque parut, sous Justinien, la grande peste de 542, que je rappellerai tout à l'heure, et que les médecins de Constantinople prirent pour une maladie toute nouvelle.

Ce qui me ferait craindre que, dans ses recherches, M. le rapporteur n'ait pas toujours eu l'attention nécessaire, c'est l'étrange erreur de chronologie qu'il a laissée subsister dans les deux éditions. Je veux parler de cette peste qui, *au rapport de Galien* (je copie les paroles), envahit Alexandrie l'an 263 de J.-C. Galien est né en 131 de notre ère. Se peut-il qu'il ait parlé de cette peste en 263, c'est-à-dire cent trente-deux ans après sa naissance? Copier des dates est fort commode; mais avant tout il faut vérifier. M. le rapporteur associe Eusèbe à Galien. Eusèbe est un écrivain peu sûr. Voyez ce qu'en dit M. de Sainte-Croix. J'ai voulu vérifier dans ses ouvrages je ne sais plus quelles dates; je l'ai lu trois fois, et n'ai rien trouvé de ce que je cherchais. Du reste, Eusèbe ne parlerait ici que d'un typhus qui sévissait uniquement entre les chrétiens. Ce typhus était contagieux; mais ce n'était point la peste. Il ressemblerait plutôt à cette fièvre que l'on connaît en Bavière sous le nom de *fièvre de l'Université*. Il s'ensuivrait du moins qu'on l'avait cité mal à propos.

Après les pestes de Moïse, après ces pestes si incertaines de Syrie, de Libye et d'Égypte, après la peste fort équivoque d'Athènes, après la peste des Grecs devant Troie, M. le rapporteur (et je lui rends grâce, à propos de cette peste, d'avoir cette fois ôté de sa seconde édition une erreur de géographie qu'il avait insérée dans la première), M. le rapporteur, dis-je, rappelle toutes les pestes qu'il rencontre, au nombre de quarante, dans les historiens et les loimographes, et qui, pendant les douze siècles qui ont précédé Jésus-Christ, ont désolé et la Grèce, et l'Italie, et la Sicile, et l'Afrique, et la Syrie, et, qui le dirait? la Turquie d'Asie! La première année de Jésus-Christ, à plus forte raison huit siècles auparavant, savait-on ce qui se passait en Turquie? Savait-on seulement s'il y avait une Turquie ou s'il existait parmi les Scythes de l'antiquité une horde de Turcs, eux qui n'ont paru sur la scène du monde que onze cents ans après Jésus-Christ? Quoi qu'il en soit, M. le rapporteur prend d'abord toutes ces maladies pour de véritables pestes; puis tout à coup il s'arrête pour faire remarquer qu'on a peut-être raison de soupçonner ces pestes de n'en être pas, et qu'il n'est décidément de peste bien caractérisée que celle de 542 de Jésus-Christ. C'est par là, selon moi, qu'il eût dû commencer; il eût dû laisser dans leurs ténèbres, avec leurs caractères ambigus et tronqués, toutes ces pseudo-pestes des temps primitifs dont on ne connaît pour la plupart ni l'origine, ni les lieux, ni les époques, ni la marche, ni le danger, ni la propagation, ni la durée, et déclarer que la vraie peste orientale, celle dont vous vous occupez aujourd'hui, a été ignorée de toute l'antiquité, comme le disent Joseph Franck et l'écrivain le plus moderne que l'on puisse consulter sur cette matière, le docteur Georgiade Leukias, votre correspondant; car si Ranchin, si Haller, Monro, Pringle, Gilbert Blayn, et Stoll lui-même refusent le nom de vraie peste à la plus célèbre de toutes, à celle d'Athènes, à plus forte raison la saine critique le refusera-t-elle à toutes les autres.

Mais il est temps de revenir à cette antique Égypte, dont je n'ai qu'ébauché l'image, et à laquelle M. le rapporteur a consacré son quatrième chapitre. Quoi qu'on en ait dit, cette heureuse contrée n'a jamais eu qu'un très-petit nombre de maladies, et surtout, jamais, de mémoire d'homme, elle n'a eu la peste. Elle ne l'a pas eue même dans ces temps de calamités, dans ces temps de famine et de guerre, qui semblent entrer inévitablement dans les destinées des nations. Pourquoi cela? Il y a quinze ans, j'ai longuement exposé mes idées sur ce point capital. J'y reviens aujourd'hui plus que jamais, parce que, quelques efforts que j'aie faits, il ne m'a pas été possible de m'en former d'autres, et vous me pardonnerez de les reproduire ici en peu de paroles. De tous les anciens peuples de la terre, il n'en est pas un qui, si vous le comparez à l'Égypte, se soit élevé au même degré de lumières, de sagesse et de force. Dans le magnifique éloge qu'il en a fait, Bossuet n'a dit que ce qu'avaient pensé Platon, Eudoxe, Aristote, Théophraste, Porphyre, saint Paul, saint Clément d'Alexandrie, et une infinité d'autres. Cette sagesse, l'Égypte l'avait fait pénétrer partout, depuis les lois fondamentales jusqu'aux détails les plus minutieux de la vie humaine. Elle s'attachait surtout à la conservation des hommes et à la perfection de notre espèce; elle n'avait rien à faire à son ciel, à son soleil, à son air, à ses eaux, à son sol, parce que rien n'était comparable à l'exquise bonté de ces dons naturels. Autrement l'Égypte, cette création du ciel et des hommes, n'eût jamais existé; elle ne serait encore aujourd'hui que ce que l'avait fait la nature : un golfe long, étroit et stérile. Assurée de ce côté, l'Égypte tourna ses vues sur la nourriture, les vêtements, les demeures, les travaux, l'éducation de ses habitants, et, de ce côté encore, tout fut réglé par une hygiène qui ferait honneur aux nations les plus éclairées. Un point restait, de tous peut-être le plus important : dès l'origine, à mesure que les alluvions en augmentaient le territoire, il fallut que l'Égypte en disputât la possession à d'innombrables légions d'animaux, les uns incommodes et dangereux, les autres féroces, d'une grandeur et d'une force également prodigieuses; vivants, ennemis terribles; morts, non moins funestes; car leurs débris, rapidement putréfiés par l'humidité et la chaleur, eussent mêlé à la terre, aux eaux et même à l'air, mille et mille poisons mortels. Je ne doute point, comme Volney l'a supposé, qu'à une époque d'ailleurs absolument inconnue, les Égyptiens n'aient reçu de là des épidémies cruelles, et peut-être même la peste; ou plutôt les Égyptiens primitifs ont connu la peste. Je l'accorde sans difficulté; mais voyez les suites : c'est d'elle qu'ils ont appris quel est le danger des émanations animales; c'est elle, c'est une triste expérience, qui leur a suggéré, pour se prémunir contre les restes des animaux et même contre les leurs, le procédé de l'embaumement ou de la salaison, procédé si simple, si facile, si peu dispendieux, et si nécessaire, qu'ils l'ont sanctifié par la religion, pour le rendre général, qu'ils l'ont protégé et même prescrit par les lois, pour le rendre obligatoire. Et jusqu'où n'est point allée l'inquiète prévoyance de ces lois! Les rigueurs du lévitique et des nombres vous en donneraient quelque idée. Sont-ce des fables que je raconte ici? Ce n'est point à moi à répondre, c'est à Moïse, c'est à Hérodote, ou plutôt, c'est à l'Égypte. Allez, et si vous en avez le courage et la force, parcourez du nord au midi, à droite et à gauche de la vallée, ces deux chaînes, percées dans tous les sens de trous, de puits profonds, de cavités; et ces immenses appartements creusés sous la terre; et ces grottes plus vastes que Paris, avec leurs larges salles et leurs longs couloirs, pratiquées par la nature dans le cœur des rochers; et ces rues grandes, larges, élevées, taillées au ciseau, dans le sein des montagnes, si riches en ibis, en œufs d'ibis, en tombeaux de singes artistement travaillés, et si longues, qu'avec leurs embranchements latéraux et leurs chambres, elles rempliraient tout l'intervalle entre Paris et Poissy. Comptez, s'il se peut, les millions de millions d'animaux de toute espèce et de toute taille dont ces dépôts ont été remplis ou le sont encore; comptez, depuis le crocodile de trente pieds jusqu'aux rats, jusqu'aux sauterelles; joignez-y les oiseaux et les poissons, les poissons, parmi lesquels se trouvent, à cent lieues de la mer, des ossements de squales; joignez-y enfin les cadavres de l'homme, encore si nombreux malgré les spoliations de tant de siècles; puis rassemblez dans votre pensée, et de tant de lieux divers, ces masses énormes, j'ai presque dit ces montagnes de matière animale, et demandez-vous ce que seraient devenus les Égyptiens, s'ils eussent permis que cet incroyable amas de pourriture eût fait partie de la terre qu'ils devaient cultiver? La réponse est dans vos esprits : c'est que l'Égypte, je le répète, n'eût jamais existé, comme elle menace de plus en plus de cesser d'être, et principalement, j'ose le dire, par la même raison.

Il faut donc le reconnaître, l'établissement de la salaison (je dis la salaison, je ne dis pas l'embaumement, parce que ce mot d'embaumement est un mot de faste qui a fait prendre le change sur le véritable objet d'une telle institution), l'établissement de la salaison, dis-je, était, pour la conservation et même pour la création de l'Égypte, une condition non moins essentielle que l'air, les eaux et la terre elle-même, ainsi que les productions ou les fruits qu'elle donne. J'ajoute que plus cette terre était féconde, plus cet usage était nécessaire, et plus l'Égypte l'a rendu sacré. Mais jusqu'où remonte-t-il? et qui l'a inventé? est-ce l'Égypte elle-même? « Ne cherchez l'origine de rien en Égypte, m'a dit cent fois Champollion, tout y est venu d'ailleurs. » Il est en effet probable que la colonie

qui s'est servie du Nil pour faire l'Égypte appartenait à un peuple très-habile, à un peuple déjà familiarisé avec cet usage, lequel était aussi pratiqué chez les Guanches, et que cette colonie l'a introduit avec elle dans les nouvelles terres qu'elle se proposait d'habiter. Voilà pourquoi peut-être les momies que l'on retire des granits d'Éléphantius, au pied des Cataractes, sont tout autrement préparées que celles que l'on rencontre dans les régions inférieures. Quoi qu'il en soit, supposé qu'à telle époque ou à telle autre, l'Égypte proprement dite ait inventé la salaison, j'ose soutenir que c'est uniquement à partir de cette époque que l'Égypte a pu se former et se conserver, qu'elle a pu vivre avec cette pleine santé que lui voyait Hérodote, et que si jamais elle avait eu la peste, c'est de ce moment qu'elle a cessé de l'avoir. En tout cas, je m'accorde parfaitement avec M. le rapporteur; mais comme il semble croire qu'un usage si salutaire est tombé avec les Pharaons, je ferai remarquer qu'il a subsisté sous les Lagides et même sous les Romains. Alexandrie avait sa nécropole; j'en ai vu sortir des momies faites avec autant de soin que celles de Thèbes et de Memphis. Ce qu'il a dit des Pharaons, il pouvait le dire de leurs successeurs et nous conduire à cette conclusion finale : qu'en Égypte, si la salubrité et la salaison ont commencé l'une par l'autre, elles ont également fini l'une par l'autre.

Ce qui prouverait entre ces deux choses une étroite connexion, si ce n'est même une étroite dépendance, c'est l'étrange perturbation qui se fit presque tout à coup dans les affaires humaines, et qui, dénuée d'ailleurs de la gloire des batailles, en eut toutes les infortunes et toutes les horreurs. Jamais peut-être plus effrayant exemple ne fut donné au monde du danger des innovations irréfléchies et précipitées. Une nouvelle religion, la religion chrétienne, s'introduisit en Égypte et peupla ses déserts de solitaires fervents, dont l'ardent prosélytisme proscrivait comme autant de sacriléges tous les anciens usages. L'admirable police des sépultures fut abolie. Ce qu'un faux zèle faisait faire à Constantinople, à Rome, à Milan, dans toutes les métropoles des deux empires, on le fit en Égypte; les cadavres des martyrs et des fidèles remplirent les églises, les maisons, les cimetières, les maisons, dis-je, comme on le fait encore aujourd'hui; et après un siècle ou un siècle et demi, cette nouvelle façon d'honorer les morts fit éclater la plus effroyable épidémie que l'histoire ait signalée jusqu'ici. En 1200, on voyait près de Tennis, et Tennis touchait à Péluse, un amas si prodigieux de squelettes, qu'il était évident qu'on avait déposé là plus de 20,000 cadavres. Je ne rappellerai point ce que j'en ai dit ailleurs, si ce n'est que formée d'abord à Péluse, elle se répandit vers le midi sur toute l'Égypte; puis à droite et à gauche sur Alexandrie et sur la Palestine; de là elle fut portée à Constantinople, qui tirait de l'Égypte la majeure partie de ses provisions; enfin, par les voies de la guerre et du commerce, elle se répandit comme un vaste réseau sur toute l'Europe, jusqu'à l'océan Atlantique, et la couvrit de meurtres pendant cinquante-deux années. Telle fut cette fameuse peste de 542 de Jésus-Christ, laquelle, je le répète, est la première de toutes les pestes connues, c'est-à-dire la première qui ait offert tous les caractères de cette maladie. On estime que, dans ce long règne de plus d'un demi-siècle, elle fit disparaître de la surface de la terre près de cent millions d'habitants. Voyez ce qu'en dit Gibbon. Or, quand une espèce animée reçoit de si terribles échecs, elle ne se rétablit que fort lentement, si même elle se rétablit jamais; et c'est peut-être à ces incroyables ravages, aussi bien qu'aux ordres monastiques et aux guerres des croisades, qu'il faut rapporter l'origine de cette grande dépopulation qu'a signalée Montesquieu.

Cela posé, je reviens à mes incursions sur le rapport. Nous voici dans les temps modernes. Reprenons la suite des temps, à commencer par le sixième siècle. Que nous dit M. le rapporteur, d'après M. Rossi? Que l'Égypte n'a point eu de peste dans ce siècle, ni même dans les deux siècles précédents. Dans ces deux siècles, fort bien; mais dans le sixième? C'est précisément vers le milieu de ce siècle que sort de l'Égypte l'horrible peste dont je viens de parler. Si elle en sort, c'est qu'elle y était apparemment. A la vérité, dans une courte note de sa seconde édition, M. le rapporteur relève cette singulière faute de M. Rossi; mais cette faute aurait dû lui rendre suspect ce qu'ajoute M. Rossi touchant les dix pestes dont la France, à l'entendre, fut affligée dans ce même sixième siècle. Dix épidémies de peste! qu'en sait M. Rossi? qu'en sait M. le rapporteur? Quoi! tout à coup dix pestes! spontanées! importées! Affirmer l'un, affirmer l'autre, témérité. Cependant voici une peste qui part de l'Égypte pour Constantinople, et pour tout l'Occident, jusqu'à la mer; elle traverse la France; n'est-il pas naturel que, chemin faisant, elle se jette, non pas dans dix, mais dans cent lieux différents, comme on l'a vu faire aux pestes des derniers siècles? Ce serait donc, non pas dix, mais une seule et même peste qui se divise et se sous-divise, comme le faisait celle de 1720, et qui, de même que celle de 1720, avait son point initial en Égypte. D'un autre côté, lisez Grégoire de Tours, Sanuti, Huet, Mabillon, de Guignes, et l'excellent ouvrage récemment publié par M. Fuster, vous apprendrez que, dès le cinquième siècle de Jésus-Christ jusqu'aux huitième et neuvième, la France, par un grand commerce de terre et de mer, avait, ainsi que l'Espagne, des communications fréquentes avec tout l'Orient. Par la Loire et la Seine, Nantes et Paris envoyaient des navires jusqu'au fond de la Méditerranée. Verdun s'associait à toutes ces entreprises. On rapportait de l'Orient toutes les richesses des Grandes-Indes, tous les tissus fabriqués en Syrie, en Égypte, les toiles, les tapis, les cotons, la soie, le papier; en Hongrie, en Autriche, en Espagne, en Italie, en Suisse, et surtout en France, on faisait de ce papier une consommation énorme, comme le dit le président Hénault, et comme le prouverait encore aujourd'hui cette quantité de chartes, de diplômes, de cédules en papyrus, de Dijon, de Tournus, de Corbie, de Lyon, etc., lesquelles datent du cinquième, du sixième et du septième siècles (1). Ceux d'Arles, de Montpellier, de Marseille, d'Avignon, de Lyon, allaient deux fois par an à Alexandrie, d'où ils rapportaient, avec des parfums et des épices, les mêmes objets d'échange. Toutes ces marchandises passaient du Rhône sur la Saône, et de là par la Moselle, le Rhin, le Mein, le Necker, elles pénétraient jusqu'aux extrémités de l'Allemagne. Deux grandes portes étaient donc ouvertes aux trésors et aux poisons de l'Orient; et ce grand fait historique doit rendre, à mon avis, très-circonspect sur la véritable origine et la véritable marche de ces pestes; car si la peste avait alors, comme aujourd'hui, la funeste propriété de se multiplier par la transmission, n'est-il pas visible qu'au milieu de tant de peuples surpris, ignorants et sans défense, cette propriété a pu déployer toute son énergie, et donner dans sa course la mort à tant de millions d'hommes? Voilà, ce me semble, des probabilités, ou, si l'on veut, des considérations qu'il n'eût pas fallu taire. M. Rossi, du reste, aurait pu dire de l'Europe ce qu'il a dit de la France. Toute l'Europe eut la peste, même dans ses parties septentrionales, dit Paul Diacre. Vers 580, elle était à Nantes; elle y fit mourir l'évêque Félix; et en 589, elle fut portée par un navire de Barcelone à Marseille. Les choses se passèrent à Marseille précisément comme elles s'y sont passées en 1720; mais alors, on manquait d'expérience. Enfin, relativement à cette peste de 542, ou à cette *lues inguinaria* (car c'est sous ce nom qu'elle était connue), si pendant cinquante-deux années, cette *lues* a pu couvrir notre continent de funérailles, il n'est pas vraisemblable que dans son berceau, je veux dire en Égypte, elle se soit éteinte tout à coup, et que, pendant plus ou moins d'années, elle n'y ait pas prolongé ses ravages.

(Ici l'orateur paraît fatigué; on l'invite de toutes parts à suspendre sa lecture Il est cinq heures, la séance est levée; la suite de la lecture de M. Pariset est remise à la prochaine séance.)

(1) Du temps de Pline, on voyait en Cilicie une lettre en papyrus, écrite au siége de Troie par Sarpédon, et je crois savoir qu'à son passage à Aix, Champollion rencontra un papyrus écrit par le secrétaire de Sésostris.

BIBLIOGRAPHIE.

HYGIÈNE DES FAMILLES, OU DU PERFECTIONNEMENT PHYSIQUE ET MORAL DE L'HOMME; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

S'il est une partie de la médecine parfaitement en rapport avec toutes les classes de la société, grands ou petits, riches ou pauvres, savants ou ignorants, c'est assurément l'hygiène, autrement dit, l'art de diriger sa vie pour la conserver et la prolonger. Cette branche de nos connaissances médicales a cela de particulier que ses applications les plus diverses, les plus multipliées, concourent au bien-être des hommes et à leur amélioration, étant tout à la fois *préventive* et *perfective*. C'est véritablement dans ce sens que la médecine est l'esprit de l'humanité. L'histoire, ce grand registre des passions, des turpitudes et des sottises des hommes, prouva plus d'une fois que d'affreuses calamités des peuples viennent d'ignorance ou de graves erreurs dans l'hygiène publique, et même dans les mœurs, dans les coutumes des familles, transmises ensuite d'âge en âge. Homère définit le médecin le *conservateur de ses semblables*, définition pleine de justesse parce qu'elle porte également sur les moyens de guérir et sur ceux de préserver, c'est là précisément le privilége de l'hygiène. Qu'on soit accablé par le mal, qu'on jouisse d'une parfaite santé, qu'on ait un tempérament vigoureux ou une constitution délicate, qu'on soit jeune ou brisé par l'âge, cette partie de notre art présente sans cesse des préceptes utiles, des règles importantes; c'est un appui tutélaire toujours offert aux hommes qui veulent *raisonner* leur existence, autrement dit écouter la voix de cette philosophie véritable, le bon sens éclairé par l'expérience. C'est ainsi que l'auteur de ce livre a considéré l'hygiène. « Nous l'avons présentée, dit-il, comme un système de haute position, devant circonvenir la famille entière, pénétrer les habitudes de chacun de ses membres. C'est de cette manière seulement que l'hygiène, le plus beau rejeton de l'arbre des sciences médicales, peut produire des fruits abondants. »

Aussi les anciens, ces profonds et habiles observateurs de l'homme, avaient-ils étudié cette partie de la médecine avec un soin tout particulier. Imbus de cette grande vérité que chaque instant de la vie est providentiel et qu'il exige par conséquent une surveillance attentive et éclairée, ils n'avaient rien négligé en ce qui concerne le régime, pris dans sa plus grande acception. On est étonné en lisant Plutarque, Galien et d'autres, de l'étendue, de la variété de leurs connaissances, de la finesse de leurs remarques sur cet objet, de l'excellence des préceptes et des règles qu'ils ont enseignés. A peu de chose près nos doctrines leur appartiennent, ils en ont été les inventeurs, ils en sont encore les maîtres. C'est même là ce qui donne à l'hygiène une sorte de stabilité, de certitude que n'ont point les autres parties de l'art de guérir. Ces doctrines flottantes, ces systèmes éphémères, ces théories qui brillent et passent, ne se remarquent pas dans l'hygiène. La racine du scepticisme en médecine est l'impossibilité de trouver quelque chose d'absolu, par conséquent d'avoir un point de départ pour des affirmations légitimes. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit de la partie préventive de l'art; ce qui a été vrai et bon il y a vingt siècles, l'est également de notre

temps. Il y a là un *criterium*, l'expérience, dont personne ne décline l'autorité. Lorsque Galien dit que *toute intempérie trop grande* RÉSOUT *les forces*, qui ne reconnaît dans ce principe le *ne quid nimis* de l'ancienne doctrine philosophique et les dangers des stimulations extrêmes répétées soit physiques, soit morales, signalés dans les ouvrages les plus modernes. De là vient que, pour la grande majorité des hommes, le bien-être dont ils jouissent, les maladies qui les atteignent dépendent d'eux-mêmes, que leur santé est une traduction assez fidèle de leur conduite.

Eh bien! qui le croirait? Avec des avantages aussi palpables, aussi éminents, l'hygiène est à peu près inconnue dans le public, et nous disons le public qui se pique de savoir et d'instruction; tous n'ont à cet égard que des notions vagues, incertaines, et par conséquent insuffisantes. Chacun dans sa petite sphère de lumière fait sa petite hygiène fondée sur son expérience individuelle, et on s'en tient là. Mais comme ces principes manquent de base, et qu'on ne connaît en aucune manière cet appareil physico-chimico-biotifique qu'on appelle vulgairement homme, ainsi que le disait Broussais, dans le sens matérialiste, il en résulte qu'on n'a qu'une expérience bornée, routinière, qui dévie à chaque instant, sorte de boussole *affolée* pour ainsi dire, à chaque instant, non-seulement par les influences naturelles, mais encore par les passions, les affections, les intérêts, les mouvements de la fortune publique et particulière. En définitive, il se trouve que les règles qu'on s'est faites sont exceptionnelles, que denuées de principes et de sanction, elles restent en deçà ou au delà du but, que les résultats ne répondent pas à ce qu'on attendait, enfin que les maux qu'on espérait éviter n'en sont que plus nombreux, plus cruels, plus inguérissables. Et puis on dit que notre science est mensongère, que ses promesses sont illusoires, comme si on la connaissait réellement, comme si on avait compris ses avertissements, adopté ses principes, pratiqué ses conseils.

Il est surtout dans la vie des hommes une époque où les enseignements de l'hygiène seraient extrêmement profitables, c'est pendant l'éducation; or, y a-t-il rien de plus négligé, de plus oublié dans notre système moderne d'instruction? On apprend tout aux enfants, langues mortes et vivantes, histoire, littérature, sciences physiques et mathématiques, etc.; il n'y a qu'une chose absolument passée sous silence, c'est la connaissance de ce qu'ils sont et de ce qu'ils peuvent être, c'est la science de l'être humain dans sa dualité physique et morale: science importante, d'une part, pour acquérir, d'après les aptitudes diverses, ces connaissances variées et profondes qu'exige de nos jours la pratique de la vie sociale; de l'autre, apprécier tout ce qui influe extérieurement et intérieurement sur cet organisme de l'homme, si étonnamment compliqué et en même temps si mobile, si impressionnable, si prompt à se modifier en bien ou en mal depuis l'enfance jusqu'aux derniers degrés de la vieillesse, car l'hygiène s'applique à toutes les différences qui affectent la forme humaine, dans son éclat, dans son action ou dans ses ruines. Tenons pour certain que la sagesse ne s'acquiert jamais qu'à nos dépens; alors pourquoi ne pas éclairer de bonne heure les enfants sur les choses réellement utiles et nuisibles, pourquoi un bon cours d'hygiène ne fait-il pas partie de l'éducation? Ignore-t-on d'ailleurs combien il est utile que l'homme organique prête son appui à l'homme intellectuel?

Mais puisque jusqu'à présent une si désirable amélioration n'est nulle part introduite dans les institutions publiques, ne convient-il pas de l'inculquer, de la propager dans le sein des familles, de l'y faire comprendre pour la faire fructifier? Les familles sont, en effet, les racines de la société: c'est là qu'il est nécessaire de jeter les semences d'une bonne, d'une saine et haute civilisation: que l'hygiène y contribue pour sa part. C'est donc une heureuse idée de M. le docteur Fr. Devay d'avoir conçu l'idée de son livre, afin de rendre les enseignements de cette partie de la science médicale plus réellement profitables qu'ils ne l'ont été jusqu'ici, soit pour la santé des individus, soit pour le perfectionnement des races. La tendresse des parents peut certainement beaucoup dans l'éducation; mais ne convient-il pas que cette tendresse soit éclairée, guidée, affermie? Il faut apprendre aux mères, aux chefs de famille, combien il leur importe de bien connaître les principes d'une bonne hygiène, combien elle peut être utile à l'enfant dont la raison n'est pas formée et au jeune homme trop disposé à regarder le monde comme une grande coupe de volupté où il n'y a qu'à s'abreuver sans relâche. Cette hygiène, largement comprise, est le seul moyen d'assurer la santé, à laquelle se lie intimement le bonheur, puisqu'il en est le résultat. C'est aussi la seule voie pour combattre ces funestes maladies héréditaires, et pour les combattre par un système hygiénique judicieux, complet, employé surtout avec persévérance; car, ainsi que l'observe très-bien l'auteur, « pour extirper du sein de la famille un germe invétéré d'affections constitutionnelles; pour régénérer son sang et ses humeurs; pour les retremper dans la force, ce n'est point l'œuvre d'un jour qu'il faut entreprendre, ce n'est point l'assistance d'un moment qu'il faut invoquer: il faut se placer sous la surveillance directe et constante de l'hygiène, se façonner à ses préceptes; il faut qu'elle entre d'une manière intime et non plus accessoire dans le plan général de l'éducation. » Rien de plus vrai et de plus juste: on voit ici combien la médecine et la société sont solidaires. Aujourd'hui, dit un célèbre écrivain, l'*espèce humaine prend sa robe virile*; mais qu'en peut-elle faire si les forces lui manquent, si de bonne heure elle est radicalement énervée, épuisée dans ses racines, c'est-à-dire dans les familles? La démocratie moderne, avec ses prétentions, avec les mystères de ses destinées, a surtout besoin, après les agitations publiques et le froissement des intérêts particuliers, de se réfugier dans la famille. Mais quelle triste consolation si des maladies variées, si des enfants chétifs, malingres, incapables de devenir des hommes et des citoyens, attristent cet asile sacré! Où trouver le repos et pour le présent et pour l'avenir? C'est alors que chacun sent le besoin d'un guide éclairé, c'est-à-dire d'un code de santé tracé avec soin et discernement.

Or, nous pouvons l'assurer, ce travail est fait, et il l'est comme se font les bons livres, avec science et conscience. Avant l'auteur, on s'était déjà occupé de cet objet important, et l'on compte plusieurs ouvrages ayant pour titre HYGIÈNE DOMESTIQUE; mais, conçus sur un plan défectueux, ces travaux, mal développés et plus mal exposés encore, n'ont eu ni le poids ni l'influence qu'ils devaient avoir. Ceux qui les ont publiés ayant méconnu ce principe important, fécond, que les grandes questions sociales se rattachent plus qu'on ne croit aux grandes questions physiologiques et hygiéniques, se sont perdus dans les voies de la routine et du lieu commun scientifique. Aussi leurs livres, mis de bonne heure à l'*index* par l'ennui et l'insignifiance, sont-ils tout à fait oubliés. M. Fr. Devay a suivi une tout autre marche: s'élevant à la hauteur du sujet, il en a vu l'étendue, saisi la portée et l'utilité; il a compris que si les semences du vrai et du bon sont de leur nature vivaces et productives, ce n'est que dans les familles qu'elles peuvent acquérir leur plein développement et porter d'heureux fruits, dès lors il a conçu et écrit son livre. Ce n'est pas que l'auteur ait la prétention d'établir de nouvelles doctrines, d'émettre des principes ignorés jusqu'à ce jour: ce qu'il dit est connu et bien connu; j'en excepte pourtant les principes d'hygiène qu'il a tirés des livres saints et de plusieurs pères de l'Église, chose tout à fait nouvelle et curieuse. Mais il a su présenter la doctrine hygiénique sous une forme intéressante, dans un cadre particulier et dans un but dont on ne saurait contester l'éminente utilité; et cette heureuse exposition de principes est d'autant plus importante, que l'auteur a su éviter le double écueil où échouent la plupart des médecins qui ont écrit sur des sujets analogues. Il n'effraye pas les gens du monde par un appareil scientifique trop spécial, trop didactique, par cela même ennuyeux; il ne rebute pas non plus les médecins instruits par cette science frivole, superficielle, *voces inopes rerum*, comme dit Horace, qu'affectent certains écrivains ayant la prétention d'être lus par les gens du monde.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur l'ouvrage dont il s'agit: nous aimons mieux que le lecteur juge par lui-même si nos assertions et nos éloges sont fondés ou non. Une analyse succincte et rapide ne donnerait qu'une faible idée de ce livre; une analyse profonde, étendue, ne nous est pas permise dans les limites qui nous sont assignées; seulement il nous sera permis de dire que le plan de ce livre est très-largement conçu et bien exécuté, que les bases de la doctrine sont posées avec soin. Or des principes généraux bien exposés deviennent facilement particuliers et applicables. Ce n'est pas là assurément la touche d'un esprit superficiel et inexpérimenté; elle prouve, au contraire, une grande expérience des choses de la science et des choses du monde. L'auteur n'a pas craint d'aborder certaines questions très-délicates qui tiennent autant à la conscience qu'à l'hygiène, mais il le fait en médecin versé dans les bonnes doctrines religieuses et philosophiques, qui ne s'en laisse imposer ni par les trompeuses assertions des économistes ni par les théories glacées des hommes prétendus positifs. Dans la nature, tout est disposé pour l'ordre, l'harmonie, la perpétuité; a-t-on le droit de faire le contraire dans la société? Les natures morales, saines et fortes comprendront ces principes.

Le style de l'ouvrage est ce qu'il doit être, substantiel et agréable. Ce n'est ni l'abondance stérile et fallacieuse, ni la clarté diffuse, ennemie perfide de l'écrivain vulgaire, mais cette élégante sévérité qui, sans pédantisme comme sans enluminures, fait passer le précepte, pénètre dans la conviction et donne de l'attrait au savoir. On remarque surtout dans cet ouvrage une grande variété de sujets, moyen infaillible, quand l'unité du sujet n'en est pas rompue, pour captiver l'attention du lecteur; un ancien en a fait la remarque: *Lectio certa prodest, varia delectat* (Sénèque).

R. P.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — COUP D'ŒIL SUR LA DISCUSSION GÉNÉRALE.

La discussion générale est bien près d'être terminée. Lorsque l'Académie aura entendu la seconde moitié du discours de M. Pariset et une réplique de M. Hamont, elle passera à la discussion des articles. On peut donc dès aujourd'hui commencer à apprécier les résultats obtenus jusqu'ici.

Les inconvénients d'une discussion générale ont été trop de fois signalés pour qu'il soit besoin d'y revenir. Il sera plus neuf et surtout plus utile d'en indiquer les avantages. Nous aimons la vérité sous quelque forme qu'elle se présente et dans quelque voie qu'elle se rencontre. Or, après avoir montré l'impossibilité d'une discussion réglée, précise, rigoureuse, au moyen de discours écrits, il ne nous en coûte aucunement de reconnaître à ce mode d'argumentation plus d'ampleur dans les formes, plus de fermeté dans les idées, et surtout une plus grande richesse dans les preuves et les développements. Si l'orateur qui suit ne répond pas directement à celui qui précède, si les propositions adverses ne se mesurent pas d'assez près, elles ne s'en adressent pas moins aux points élevés du débat. Chacun choisit sa thèse dans l'ensemble des faits et des doctrines; il la traite à son point de vue le plus général, et s'il n'aborde pas précisément les difficultés soulevées par tel ou tel adversaire, il s'attaque au moins à quelque côté de la question, et fournit ainsi son contingent à une solution dans un sens quelconque. La discussion générale est une espèce de préparation d'ensemble, à laquelle il ne paraît pas y avoir encore de but arrêté; mais c'est une préparation utile, analogue à celle que pratiquent tous les esprits sérieux et méthodiques avant de traiter quelque sujet que ce soit. Le travail est d'abord mal réglé, désordonné même: on y perd du temps pour le but spécial qu'on se propose; mais l'esprit y puise plus de force et de conviction, il connaît mieux la matière. D'une incohérence apparente, il sort souvent un ensemble de vues plus nettes, plus précises, et surtout mieux digérées. Il ne faut pas qu'on s'y trompe, les travaux collectifs des assemblées délibérantes sont soumis aux mêmes lois que les travaux individuels : les instincts qui les règlent sont les mêmes des deux côtés : et si l'analogie ne frappe pas immédiatement, il faut au moins s'en rapporter aux faits qui se montrent constamment les mêmes de part et d'autre, et accorder provisoirement à cette uniformité ce que la raison réfléchie n'y aperçoit pas d'abord. Nous sommes donc assez disposé à reconnaître aux discussions générales, et à celle sur la peste en particulier, un certain degré d'utilité; il ne faut pas en exagérer les avantages, mais il ne faut pas non plus en outrer les inconvénients. Ajoutons qu'en écoutant toutes ces dissertations générales, l'Académie a acquis une certaine connaissance préalable, qui la mettra à même de mieux juger les questions particulières.

Indépendamment du premier résultat que nous venons de signaler, il en est d'autres qu'il est encore plus facile de reconnaître. A mesure qu'une discussion, très-complexe et très-embarrassée dans l'origine, s'avance, elle se dégage, chemin faisant, des difficultés, des subtilités dont on avait entravé ses premiers pas. Nous avions reproché au rapport de la commission, ou plutôt de M. le rapporteur, ses longueurs, ses contradictions, sa marche douteuse et chancelante, ses conclusions incohérentes; on a vu que presque tous les orateurs, jusqu'à des membres de la commission eux-mêmes, ont partagé et développé cette manière de voir. Tout le monde a senti le besoin de se renfermer dans les faits généraux : partisans et adversaires de la contagion ont travaillé comme à leur insu à tirer les grandes difficultés, les conclusions capitales, du chaos des faits de détail où le rapport les avait plongées. Considérée sous ce second point de vue, la discussion générale n'a donc pas été non plus sans utilité. Nous ne voulons pas faire abstraction des résistances qu'elle a rencontrées dans cette voie; mais, précisément pour ne pas imiter la justice distributive et de mitoyenneté du rapport, nous devons reconnaître franchement que les argumentations les plus fermes, que les convictions les plus énergiques, que les talents les mieux éprouvés n'ont pas laissé la discussion dans les voies étroites et tortueuses où le rapport l'avait engagée. Ajoutons que, chemin faisant, plusieurs questions ont été élucidées d'une manière plus ou moins remarquable.

M. Pariset, dont la verve n'a pas été au-dessous de ses convictions, a traité deux points avec une grande force et une grande supériorité. On connaît les idées de l'honorable académicien sur l'origine de la peste, sur son mode de propagation; quel que soit leur degré de vérité, elles lui ont servi du moins à approfondir les origines historiques, et le caractère le plus général de la maladie. On verra avec quelle vigueur et quelle élévation il a relevé les nombreuses err urs du rapport. Il a signalé en outre l'exiguïté et l'arbitraire de la définition donnée de la peste. Peut-être M. Pariset aurait-il pu insister davantage encore sur le défaut essentiel de cette définition; car il ne s'agit pas ici d'une discussion de mots, mais du critérium des faits, de la pierre angulaire du système quarantainaire. L'*idée* qu'on doit se former et qu'on doit donner de la peste, c'est son essence même, sa cause, sa nature : il n'est pas indifférent qu'on emploie pour la définir telle ou telle méthode, tel ou tel système, telle ou telle caractéristique : les grands maîtres, comme M. Pariset, avaient signalé la difficulté de l'entreprise. Il lui appartenait de pénétrer plus avant : c'eût été une belle occasion d'exercer sa sagacité logique et philosophique. Nous ne dirons qu'un mot à cet égard, c'est que plus, dans les déterminations de ce genre, on veut être précis, matériel, positif, plus on devient partial, étroit, systématique, plus on tombe dans l'arbitraire. Il est de l'essence de certaines causes, et ce sont probablement les plus énergiques, de ne pas se traduire par ce qui est matériellement saisissable; elles s'adressent à ce qu'il y a de subtil, de délié dans l'organisme : vouloir les définir par leurs effets les plus sensibles, c'est méconnaître de prime abord leur caractère essentiel. A nos yeux, par exemple, le bubon de la peste est un symptôme du second ou du troisième ordre : il n'existe que dans les cas peu graves et à une période descendante de la maladie; son apparition est plutôt un signe favorable que fâcheux. Il en est de même de tout ce qui est le plus saisissable dans la symptomatologie de la peste. C'est donc à un autre ordre de faits qu'il faut s'adresser pour concevoir et donner une idée juste et étiologique de cette maladie.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, M. Bousquet a traité à fond la question de la contagion. Malgré l'argumentation vive, pressante et pleine de franchise de M. Londe, la question de fait et de principe est restée comme M. Bousquet l'avait résolue. Nous n'hésitons pas à le reconnaître cependant : la manière nette dont M. Londe a posé la question, en la circonscrivant à ses termes nécessaires et généraux, ne contribuera pas peu à fixer l'opinion de l'Académie. Il nous est impossible de nous ranger à la

---

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° IV.

1er mars 1846, aux bords de l'Oued-El-Amman (Rivière-des-Bains). A mes pieds sont des bassins alimentés par les sources chaudes. Deux ou trois Arabes s'y plongent quelques secondes et en sortent vivement pour se jeter dans les eaux froides de la rivière : bain russe improvisé sous nos yeux et en plein air.

Monsieur et très-honoré confrère,

Notre territoire algérien est décidément une terre de déceptions. Ne parlons pas politique... Peintre, nous avions rêvé des palmiers et des mosquées, et nous n'avons guère trouvé que des landes désertes et monotones; médecin, désireux d'exercer notre ministère, nous n'avons rencontré que des entraves à nos actes, de froids dédains et de tyranniques empiétements. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de nos collègues; on nous a ouvert les bras, à nous pauvre passager souffrant, avec une si franche et bonne cordialité, que nous aurions bien des noms à écrire.

Vos nombreux lecteurs se sont plus d'une fois intéressés au sort du médecin de campagne vivant isolé au sein d'une grossière population et gagnant son pain par de pénibles labeurs et des courses fatigantes. Le médecin des grandes villes ne mérite pas moins de sollicitude : le charlatanisme poursuit sa marche envahissante; la carrière est encombrée, et les hommes d'un grand renom, accablés sous une nombreuse clientèle, mais jamais lassés, ne laissent qu'une minime besogne aux jeunes confrères qui commencent inconnus et peuvent, jusqu'à la fin, rester ignorés du public, malgré leur mérite et leurs travaux.

La grande fraction de la famille médicale qui partage, en Afrique, les fatigues de nos soldats ne pourrait-elle pas espérer aussi qu'on s'intéresse au récit de ses efforts, de ses espérances et de ses déboires? Que n'ai-je la plume de l'auteur du MÉDECIN DE CAMPAGNE!

Les hommes placés à la tête de l'armée ont compris à merveille qu'il faut entourer de tout le bien-être possible le soldat dont la santé s'est détériorée en remplissant loyalement ses devoirs souvent pénibles. Le soldat valide se doit à la patrie; la patrie se doit au soldat malade. Ils ont compris aussi qu'on ne saurait pécher par trop de prévoyance en s'approvisionnant, pour les campagnes, de toute espèce de secours pour les blessés. Les officiers de santé en chef de l'armée d'Afrique, apôtres de l'humanité dans cette terre vassale du sabre, et gardiens vigilants de nos droits et de nos prérogatives, éclairent le pouvoir sur ce qui reste à en faire et lui montrent les abus à réprimer. Mais les ordres et les prescriptions, passant par une série descendante d'autocrates souvent d'autant plus absolus qu'ils sont plus petits, se modifient, s'altèrent, deviennent méconnaissables.

manière de voir de M. Londe ; mais nous rendons volontiers justice au talent et à la verve avec lesquels il l'a défendue. Nous regrettons de ne pouvoir en dire autant des efforts tentés par M. Piorry pour substituer à ce qui est clair, simple et compris de tout le monde, on sait quelle aberration de langage et d'esprit : l'honorable professeur aimerait à révolutionner l'histoire de la peste, comme il a cherché à le faire pour toute la médecine. M. Piorry ne voudrait pas du mot de *contagion* ou d'*infection* : c'est quelque autre mot qu'il faudrait. On doit lui savoir gré pourtant de la réserve qu'il a gardée à cet égard ; car tout le monde prévoyait la conclusion de ses prémisses, et il s'est abstenu. Il s'est donné en outre la mission de relever l'attaque assez brutale jetée naguères au sein du parlement contre la médecine. « Nous parlons bon sens, avait dit M. Thiers, et nous ne parlons pas médecine. » Il est assez heureux pour nous que l'illustre député n'ait pas eu à juger du degré de fondement de sa boutade, par la manière dont on y a répondu. M. Piorry, et quelques autres membres après lui, se sont efforcés d'établir une différence tranchée, absolue, entre la communicabilité par contact et par absorption pulmonaire. Cette distinction, appuyée sur de pures spéculations théoriques, ne peut avoir aucune valeur : c'est une des subtilités du rapport dont on ne saurait trop chercher à faire justice. S'il est vrai, et en cela l'opinion est assez générale, que la maladie se transmette, qu'importe que ce soit par les poumons ou par la peau. Admettez le fait dans sa généralité d'abord, vous discuterez scientifiquement ensuite sur la différence de ses applications. Nous reconnaissons volontiers que l'absorption pulmonaire est plus puissante, plus fréquente et surtout plus probable que l'absorption cutanée ; mais admettre l'une à l'exclusion de l'autre, c'est tomber dans un arbitraire et une exagération que ne justifient ni la théorie ni l'observation. Qu'on songe d'ailleurs aux conséquences de cette doctrine. Se bornera-t-on, comme M. Poiseuille le conseille, à ventiler les vaisseaux ? Admettra-t-on en toute franchise, comme le veut M. Piorry, toutes les substances alimentaires, parce que l'*absorption ne se fait point par les voies digestives?* ou bien encore, comme conséquence de la doctrine de M. Bricheteau, lèvera-t-on toute espèce d'interdit sur les marchandises, étoffes, effets à l'usage de la toilette ? La conclusion de M. Bricheteau n'est pas aussi explicite, il est vrai ; mais à quoi bon les prémisses s'il recule devant les conséquences ? C'est que, il faut bien le reconnaître, les unes ne valent pas mieux que les autres. A supposer, en effet, que le miasme pestilentiel ne puisse traverser l'épiderme, qui pourrait affirmer que le même miasme, dégagé des vêtements, de la marchandise de l'objet contaminé, ne se mêlera pas à l'air respiré, et ne prendra pas la voie pulmonaire ? La distinction posée entre les deux modes d'absorption n'est donc pas seulement arbitraire en principe, elle est encore impossible dans l'application : ce motif seul aurait dû la faire écarter du rapport.

Une défense en règle du rapport a été présentée par M. Bégin, membre de la commission ; il l'a maintenu excellent, logique, parfait de tout point. Jusqu'ici M. Bégin a été seul de cette opinion ou à peu près ; car tous les membres, sans exception aucune, ont répété ce que nous en avions dit. Si, dans une affaire aussi grave, le talent, l'autorité, la générosité, l'abnégation de soi, pouvaient tenir lieu de la vérité, nous serions tout disposé à rendre justice à M. Bégin. Son discours, vraiment remarquable, est empreint de tous ces mérites ; il n'a d'autre défaut que de vouloir masquer les défauts du rapport. Dans sa défense, que les opinions les plus opposées pourraient accepter sans trop se compromettre, il est un point cependant qui doit être relevé. M. Bégin félicite la commission *« d'avoir fait peu de théorie. »* .... Il trouve toujours « parmi les objections soulevées contre le » rapport la même lutte de l'esprit de doctrine et de théorie préconçues, » contre l'énonciation simple des faits et l'expression rigoureuse de leurs » conséquences. » Quoique les développements auxquels s'est livré l'honorable académicien montrent la véritable portée de son reproche et y répondent suffisamment, nous ne pouvons nous empêcher de lui adresser à cette occasion quelques remarques qui contribueront peut-être à dissiper une confusion et des préjugés fort répandus de nos jours.

Il faut distinguer dans la série des faits appartenant à une maladie, les faits généraux des faits particuliers, les éléments d'identité des éléments de diversité ; il faut savoir, dans le classement de ces faits, attribuer aux circonstances générales primitives, la prépondérance qu'elles ont sur les circonstances particulières et consécutives ; à d'autres points de vue, il ne faut pas diviser les différentes partie d'un même tout, méconnaître les liens qui les unissent, ou détruire ceux qui les retiennent ; il ne faut pas non plus sous prétexte de rigueur, n'admettre qu'un seul ordre de faits ou de preuves, et rejeter celles qui ne sont plus de mode, ou qui ne vont pas à tous les esprits. Enfin, il faut savoir s'élever au dernier mot, à la notion ultime d'un fait, pour l'embrasser et le comprendre dans tous ses détails. Tout cela est de la théorie, mais de la bonne théorie. Sans ces conditions indispensables, qui sont comme l'âme et les condiments de la science, on reste dans le provisoire : on accumule incessamment des matériaux informes, on perpétue le chaos, et l'on empêche ou l'on éteint la lumière. Eh bien ! c'est dans sa plus grande généralité le reproche qu'on est en droit d'adresser au rapport sur la peste. Si la commission n'avait fait que s'abstenir d'hypothèses insoutenables et de théories controuvées, elle ne mériterait que des éloges ; mais c'est parfois le contraire qu'elle a fait. Dans certains cas elle a admis légèrement ce qui n'est pas, et elle a repoussé sans motifs ce qui existe. D'autres fois elle n'a pas conclu quand elle le devait, ou bien elle a conclu quand elle ne le pouvait pas. Avec un peu plus de cette théorie dont elle s'est trop soigneusement défendue, elle aurait évité ce double écueil ; car la mauvaise conclusion dépend aussi bien d'une appréciation fausse de faits qui existent, que de l'induction logique de faits qui n'existent pas. Ces diverses articulations auraient besoin de preuves, si chaque membre, depuis le commencement de la discussion, n'avait pris soin de les fournir ; à l'occasion, d'ailleurs, nous nous ferons un devoir d'y ajouter un nouveau contingent.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES ET DE LEURS ANNEXES ; par F. BOUISSON, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il y a près de quinze ans que disséquant, dans l'amphithéâtre d'anatomie de Montpellier, le cadavre d'un sujet portant des traces évidentes de syphilis,

---

Chaque colonne ou corps d'armée a son ambulance générale. Les malades, reçus avec les mêmes formalités que pour entrer à l'hôpital, sont abrités sous de spacieuses tentes, mais on ne leur donne point de couchage ; les médicaments, les tisanes et même l'alimentation sont en satisfaisantes quantité et qualité. Les moyens de transport sont aussi le plus souvent ce qu'ils peuvent être en campagne : ce sont des voitures du train quand on voyage dans un pays coupé de routes praticables ; mais, bien plus fréquemment, on en est réduit aux *cacolets*.

Les cacolets sont des espèces de fauteuils en fer, à siége rembourré, formés de pièces mobiles et articulées qui se replient et s'appliquent le long des bâts des bêtes de somme. Un mulet porte un cacolet de chaque côté. Sur l'ordre du chirurgien, les soldats du train déplient l'appareil, à peu près comme un marchepied de voiture, et hissent le malade sur le fauteuil suspendu : une étroite planche, que supportent deux chaînes, donne un point d'appui aux pieds du soldat soutenu en outre par les bras et le dossier, et, au besoin, par une traverse qu'on fixe devant sa poitrine. Le cacolet rend de grands services quand on parcourt des régions non frayées, dans les terrains rocailleux et surtout dans les montagnes. Cependant l'équilibre n'est pas toujours facile à conserver, pour un homme malade, dans les montées ou les descentes rapides ; il est des chemins étroits, entre les rochers ou les buissons et au bord des précipices, dans lesquels passent avec peine les mulets flanqués de deux cacolets ouverts ; il faut toujours établir égalité de poids entre l'un et l'autre côté pour que la charge ne bascule pas ; enfin, l'homme est assis et non couché.

Il y a deux autres espèces de cacolets, mais beaucoup plus rarement employés, surtout la dernière espèce, dont nous n'avons même vu des échantillons qu'à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, à Paris. Les uns sont des litières fixées inamoviblement aux bâts, et qu'on étale en dépliant leur partie antérieure et leur partie postérieure comme on lève les feuillets d'un livre mis à plat. Les autres sont des brancards qu'on assemble à terre de toutes pièces, et sur lesquels on place le malade avant d'accrocher l'appareil au mulet. C'est le moyen de transport qui convient le mieux pour les hommes gravement blessés ou atteints de fractures des extrémités pelviennes. Malheureusement la manœuvre de ce cacolet est longue et exige un certain nombre d'hommes bien exercés.

Ces véhicules sont en nombre suffisant, dans une colonne, pour les circonstances ordinaires ; mais souvent aussi nous avons vu mettre à contribution les montures et les bêtes de somme du convoi arabe, et les soldats se cramponnaient de leur mieux sur le dos des chameaux ou des ânes. Les cavaliers abandonnent même quelquefois leurs chevaux aux fantassins qui ne peuvent plus marcher.

On ne serait pas obligé d'en venir là, et les malades trouveraient à peu près toujours de plus commodes moyens de transport, si une partie des mulets n'étaient distraits de ce service sacré et employés à d'autres usages. Certains chefs qui se proposent en exemple et crient bien haut qu'ils partagent les fatigues du soldat, s'octroient quinze, vingt et même trente mulets pour leur voiturer toutes les superfluités d'une vie sybaritique, au nombre desquelles on a vu figurer, qui le croirait ? une baignoire où, dit une chronique bien informée, prenait aussi place, après les labeurs du jour, un charmant petit soldat tout blond, dont l'in-

je fus frappé de voir dans l'épaisseur de quelques muscles, notamment du grand fessier et du trapèze, des tumeurs circonscrites et fortement adhérentes aux faisceaux charnus. La tumeur du grand fessier paraissait assez récente, elle avait la forme et le volume d'une noix, sa densité était médiocre, et elle était constituée par une matière grisâtre, d'apparence fibrineuse dans le sein de laquelle on trouvait encore des vestiges d'organisation musculaire. Il n'y avait point de pus dans le tissu cellulaire ambiant, ni de traces appréciables d'inflammation aiguë. La tumeur du muscle trapèze semblait plus ancienne, elle était plus petite et plus dure que la précédente. Il y avait lieu de supposer qu'après avoir passé par la période à laquelle se trouvait la tumeur du muscle grand fessier, elle avait éprouvé des transformations successives qui l'avaient amenée à l'état d'un produit accidentel subcartilagineux où étaient déposées quelques granulations de substance osseuse. Cette petite tumeur ressemblait à un ostéide placé dans l'épaisseur des fibres musculaires comme les sésamoïdes sont placés dans l'épaisseur des tendons.

J'ai eu depuis d'autres occasions d'observer, soit sur des cadavres, soit dans les musées d'anatomie pathologique, des tumeurs de même nature ayant subi diverses transformations.

On a si imparfaitement étudié jusqu'à présent les lésions organiques des muscles et surtout les rapports qu'elles peuvent avoir avec l'affection syphilitique que ces faits étaient inscrits dans mes souvenirs comme de simples détails d'anatomie pathologique, et que je n'avais nullement songé à rattacher leur origine à l'influence d'une diathèse bien déterminée. Mais depuis quelques années le hasard a présenté à mon observation divers exemples dans lesquels la relation de la syphilis avec des tumeurs musculaires ne pouvait être méconnue. Ces faits m'ont remis en mémoire les exemples antérieurs dans lesquels les rapports de la cause avec le résultat n'avaient pas été suffisamment appréciés ; ils m'ont porté à examiner avec plus d'attention les nouveaux cas qui se sont offerts, et il est devenu évident pour moi que l'action de la syphilis confirmée sur l'organisme peut se traduire par des lésions des muscles et des tendons constituant des tumeurs particulières susceptibles d'être guéries par un traitement antivénérien. Avant tout autre développement et pour poser avec netteté le sujet de ce mémoire, qu'il me soit permis de citer deux cas qui ne laissent aucun doute sur la réalité de cette affection.

TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES STERNO-MASTOÏDIENS.

Obs. I. — J.-B. Sér...l, de Montpellier, âgé de 55 ans, d'une constitution détériorée par des privations, des chagrins prolongés et par diverses maladies qui se sont succédé, s'est présenté à mon observavion le 25 juin 1845. Il m'a raconté que dans son enfance il avait été affecté d'une hématurie qui avait disparu après une durée de plusieurs mois. Dans sa jeunesse, il eut une blennorrhagie qui fut imparfaitement traitée et qui se compliqua d'abord d'épididymite, et plus tard d'une irritation très-douloureuse et prolongée du col de la vessie. Pendant plusieurs années, le malade rendait avec difficulté des matières glaireuses et présentait les divers symptômes rapportés au catarrhe vésical. Délivré de cette indisposition par divers moyens dont il n'a pu me rendre compte, Sér...l s'exposa de nouveau à contracter la syphilis et fut atteint de blennorrhagie et de chancres au gland. Un traitement abortif ayant fait disparaître promptement ces symptômes, Sér...l se crut guéri et ne subit aucun traitement général.

Plusieurs années après survinrent une éruption syphilitique sur le cuir chevelu, une ulcération considérable au voile du palais et des douleurs ostéocopes. Le malade se décida à entrer à l'hôpital général de Montpellier où il fut méthodiquement traité par la liqueur de Van Swieten, la tisane de salsepareille, les bains de sublimé, etc. Deux des symptômes indiqués cédèrent promptement, mais les ulcérations du voile du palais exigèrent beaucoup plus de temps. Sér...l quitta l'hôpital avant leur cicatrisation complète ; aussi lorsque l'influence du traitement eut cessé de se faire sentir, le travail destructeur qui s'était manifesté dans l'arrière-bouche recommença-t-il avec une intensité nouvelle ; le voile du palais fut découpé d'une manière fort inégale par l'ulcération vénérienne, la luette tomba, les amygdales participèrent à l'affection qui ne respecta pas non plus la paroi postérieure du pharynx et envahit même l'ouverture glottique. Sér...l perdit sa voix qui ne consista plus qu'en une prononciation sourde et nasonnée. Il fut obligé de recommencer un traitement général et local. Des préparations d'or furent administrées ; des gargarismes d'abord émollients, plus tard alumineux, furent employés ; quelques symptômes de phthisie laryngée s'étant manifestés, le malade fut soumis au régime lacté. Ces divers moyens amenèrent une amélioration réelle, mais temporaire.

Quelques mois après leur suspension, le malade s'aperçut du développement d'une tumeur sur la partie antérieure du cou, en même temps que des douleurs se réveillaient dans les os des membres. Ne soupçonnant pas la nature syphilitique de ces nouveaux symptômes, Sér...l ne s'en préoccupa que lorsque la tumeur du cou eut acquis un volume déjà considérable et qu'elle commença à gêner la respiration. C'est alors qu'il vint me consulter. Voici dans quel état je trouvai cette tumeur.

Sa partie la plus volumineuse correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-mastoïdiens ; elle avait dans ce point le volume d'une orange et paraissait un peu bilobée, chaque lobe correspondant lui-même à l'extrémité inférieure des muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume de chaque côté et faisait par conséquent un relief considérable. L'ensemble de la tumeur représentait une sorte de corde demi-elliptique renflée au point de jonction qui correspondait au sternum.

Cette tumeur était d'une dureté remarquable surtout au niveau de son prolongement le long du cou ; elle n'offrait au reste aucune trace de fluctuation, ni de disposition lobulée de densité inégale. Aucun battement ne s'y faisait sentir et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérence ni coloration anormale. La portion libre des sterno-mastoïdiens était seule contractile, mais une roideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements du cou, particulièrement ceux de flexion. Au reste, il y avait peu de sensibilité à la pression et la douleur spontanée qui s'y manifestait n'était ni pulsative comme dans les douleurs inflammatoires, ni lancinante comme dans le cancer. C'était une douleur sourde et contusive comme celle que la syphilis détermine dans la périostose et s'exaspérant dans la nuit et les temps humides.

Je prescrivis des frictions avec 4 grammes de pommade d'hydriodate de potasse et 50 centig. d'iodure de potassium à prendre dans 120 grammes d'infusion de saponaire. Un régime sobre et de nature végétale, de la tisane et du sirop de salsepareille furent aussi prescrits à ce malade.

Huit jours après l'emploi de ce traitement, il existait déjà une amélioration sensible. La résolution de la tumeur avait commencé à s'opérer ; l'iodure de potassium fut porté à la dose de 75 centigr. par jour. Dès le vingtième jour, la tumeur avait diminué de moitié et son décroissement suivit une proportion uniforme à mesure que l'influence spécifique et résolutive de l'iodure de potassium se prolongea. Un mois après le commencement de son administration, la portion sternale de la tumeur avait complétement disparu. Les muscles sterno-mastoïdiens avaient repris leur volume primitif, mais leur tiers inférieur était resté tellement dur qu'on aurait dit qu'un noyau osseux occupait leur centre. Je pense en effet que telle était la cause de la sensation perçue pendant l'exploration.

J'ai cru devoir continuer l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 2 gram-

---

discret pantalon rouge contenait à peine le large bassin.

Outre l'ambulance générale, les régiments sont aussi munis d'approvisionnements. Chaque bataillon a son mulet d'ambulance portant, ou plutôt devant porter un brancard et deux cantines remplies de médicaments, de linge et d'appareils. En Afrique, où des fractions de corps marchent souvent isolées et se trouvent ainsi exposées à de sérieuses attaques, l'ambulance régimentaire est d'une haute utilité. Mais les envahissements réduisent par malheur ces ressources à peu de chose ; dans un grand nombre de régiments, les colonels s'approprient une cantine de chaque mulet, et le malavisé chirurgien qui ose réclamer, au nom de l'humanité, ce que lui accorde le règlement, est refusé brutalement et tout net, et se voit ensuite l'objet de tant de malveillantes tracasseries que sa position devient intolérable.

Il n'est pas d'année où, sollicités par le conseil de santé d'Afrique, les chefs supérieurs de l'armée ne lancent des ordres sévères pour réprimer d'aussi répréhensibles abus : on les écoute quelquefois un instant, puis les exactions recommencent bientôt après.

Voici une pièce justificative.

« Camp de Aïn Kebira, le 20 janvier 1846.

» Le maréchal de France gouverneur général est informé que plusieurs chefs de corps se sont permis de distraire les mulets destinés au service spécial des cantines d'ambulance, pour des usages particuliers. Il importe de faire cesser un abus aussi préjudiciable au bien du service.

» En conséquence, il est enjoint à tous les commandants de colonne de s'assurer qu'à tous les départs d'un point de ravitaillement, chaque bataillon est pourvu de son mulet d'ambulance avec ses cantines complétement garnies de médicaments, linge à pansement, etc.

» Tout chef qui contreviendrait au présent ordre serait sévèrement ramené à l'observation du règlement, et signalé par la voie de l'ordre de l'armée, comme ne prenant pas le premier de tous les soins, celui de la santé des hommes dont le commandement lui est confié.

» Le gouverneur général de l'Algérie,
» Maréchal duc d'Isly. »

Mon très-honoré confrère, j'ai transcrit ici cette pièce pour deux motifs. Elle vous prouvera d'abord que nos plaintes sont parfaitement fondées. Ensuite, quand je vous aurai dit que certains colonels, n'accordant aucune attention à cet ordre bien explicite et dont la non-exécution pourrait devenir fort dangereuse pour eux si elle venait à être connue, ont eu l'impudence de le communiquer à leurs officiers de santé et de garder, comme auparavant, ce qu'ils ravissent aux malades, vous comprendrez quel méprisant dédain et quelles tyranniques paroles doivent accueillir les pauvres chirurgiens qui, de leur propre chef, ont l'audace de réclamer le bien de l'homme qui souffre.

Votre trop crédule et trop inexpérimenté correspondant s'était follement imaginé qu'arrivé dans son régiment il serait maître de faire ses ordonnances médicales, qu'il serait reconnu apte, et seul apte, à l'appréciation de la santé des hommes, en un mot qu'il pourrait exercer librement son ministère, en se maintenant pour les relations dans les convenances voulues par la hiérarchie militaire ; erreur, mon cher confrère. Un colonel se figure qu'il est souverain absolu

mes par jour, pendant un mois après la guérison de cette remarquable tumeur, et jusqu'à présent il ne s'est manifesté aucun signe de récidive. Le malade paraît complétement rétabli, et ne présente aucun autre symptôme de son ancienne syphilis.

— Dans le cas qui vient d'être rapporté, la nature syphilitique de la tumeur musculaire a été démontrée non-seulement par les antécédents du malade, mais par les phénomènes particuliers de la guérison. Il en est de même dans le fait ci-après, où l'on voit coexister avec une tumeur de même nature une lésion du système osseux.

TUMEUR SYPHILITIQUE DU MUSCLE VASTE EXTERNE.

Obs. II. — X...., âgé de 38 ans, domicilié à Agde, exerçant la profession de douanier, est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 6 juin 1845. Ce malade, doué d'une constitution assez vigoureuse, présente à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume du poing, sans changement de couleur à la peau et médiocrement douloureuse pendant le repos du membre. L'exploration de cette tumeur démontre qu'elle est placée au-dessous des téguments et de l'aponévrose, et cependant elle jouit d'une certaine mobilité; il est du moins évident, par l'impulsion qu'on peut lui imprimer, qu'elle n'est pas adhérente à l'os. Sa position, son degré de profondeur et l'action qu'exercent sur elle les contractions du muscle vaste externe, indiquent que cette portion du triceps crural est son véritable siége. Lorsqu'on prescrit au malade d'étendre la jambe, et par conséquent de contracter le muscle désigné, la tumeur devient dure, et une sensation douloureuse s'y manifeste. Celle-ci s'accroît aussi par la pression; elle est plus intense pendant la nuit. La forme de la tumeur est globuleuse, sa consistance assez grande; elle est dépressible par une action prolongée; on n'y distingue aucun signe de fluctuation.

Interrogé sur les antécédents, le malade déclare que son affection s'est développée graduellement, sans qu'il puisse en rapporter l'origine à aucune cause particulière. Il n'a point reçu de coups; il déclare seulement avoir subi l'influence de l'humidité pendant ses fonctions de nuit, en qualité de douanier. L'étiologie de cette affection étant obscure, je dus procéder à une interrogation détaillée et méthodique, et j'appris que le malade avait eu plusieurs fois la syphilis; que la dernière affection de ce genre datait d'une douzaine d'années, pendant que le malade était au service militaire; que les symptômes avaient consisté, cette fois, en des chancres qui avaient promptement disparu, et pour lesquels le malade n'avait subi qu'un traitement général incomplet. Éclairé par ces circonstances, j'examinai avec plus d'attention le malade, et je découvris une exostose sur le tibia. Le condyle externe du fémur gauche était aussi tuméfié; dès lors je ne doutai nullement de la nature de la maladie. Il devenait évident qu'il s'agissait d'une syphilis constitutionnelle, et que la tumeur du muscle vaste externe en était une manifestation.

50 centigrammes d'iodure de potassium, en solution dans un verre d'infusion de saponaire, furent prescrits, et tous les cinq jours la dose fut augmentée de 5 centigrammes jusqu'à celle de 2 grammes par jour. Le malade prit en même temps de la tisane et du sirop de salsepareille. Quant au traitement local, il consista en 2 frictions par jour avec de la pommade d'hydriodate de potasse, et en une douche hydrosulfureuse tous les deux jours. La tumeur ne tarda pas à s'affaisser; du quinzième au vingtième jour, elle était déjà réduite de moitié, et elle finit par disparaître complétement, à mesure que le traitement fut plus longtemps poursuivi. Le malade se voyant ainsi promptement délivré d'une tumeur qui lui avait d'abord inspiré quelque inquiétude, voulut sortir de l'hôpital avant que la durée régulière du traitement fût accomplie. Il quitta Montpellier vers le 10 juillet avec les apparences d'une guérison complète, et promettant de continuer encore pendant un mois l'usage de l'iodure de potassium.

— Ces faits pratiques, à la narration desquels je borne l'introduction de mon sujet, donnent lieu à considérer deux points principaux, savoir : l'examen de l'influence générale que la maladie vénérienne exerce sur le système musculaire, et l'étude spéciale des tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES LARYNGÉES EXTERNES (1); par M. le docteur Boinet, ancien interne des hôpitaux.

Les fistules laryngées externes n'ont été étudiées nulle part d'une manière convenable; car jamais personne jusqu'à ce jour n'a indiqué les différences capitales qui existent entre les fistules qui s'observent dans la région antérieure du cou. Les recherches bibliographiques que nous avons faites à cette occasion nous ont appris : 1° que sous le nom de fistules du larynx et de la trachée-artère, on avait confondu toutes les fistules de la région antérieure du cou; 2° qu'on n'avait jamais établi de distinction d'abord entre les fistules laryngées externes et les fistules aériennes ou fistules complètes, ensuite entre les fistules laryngées externes entre elles, distinction bien importante cependant, car il est impossible de les traiter convenablement sans la connaissance exacte de leur cause, de leur nature et de leur siége; 3° que ce que disent les auteurs sur les fistules du larynx se rapporte seulement aux fistules aériennes, ayant d'ordinaire pour causes les lésions de continuité éprouvées par les parois du larynx ou de la trachée-artère, soit par suite de plaies d'armes à feu, de blessures volontaires, ou enfin par suite d'opération de bronchotomie. Aussi les détails si incomplets qu'on trouve sur les fistules du larynx, obligent-ils de les chercher dans les articles qui traitent des plaies ou blessures du cou; 4° enfin, que ces fistules sont à peu près incurables. Cette manière de voir sur les fistules du larynx est absolument la même dans tous les traités de pathologie externe, tant anciens que modernes, dans tous les dictionnaires de médecine et recueils scientifiques; nulle part il n'est question des fistules laryngées externes étudiées, comme elles doivent l'être, sous le point de vue des causes, de leur nature, de leur siége et de leur traitement. On peut s'assurer de ce que nous venons de dire en consultant les auteurs suivants : Lassus (2), Mège (3), Paré (4), Richter (5), Bousquet (6), les mémoires de l'Académie

(1) En publiant les observations suivantes, notre but était principalement d'appeler l'attention des gens de l'art sur des guérisons obtenues par les injections iodées, dans des cas où tous les moyens employés ordinairement avaient complétement échoué. Mais en faisant quelques recherches relatives à nos observations, notre surprise a été grande de ne rien trouver sur le point de pathologie qui nous occupait; c'est cette raison qui nous a décidé à présenter des considérations plus étendues sur les fistules laryngées externes.

(2) Journal de Sedillot, tome III, page 495.

(3) Journal complémentaire, tome XIX, page 200.

(4) Liv. X, chap. XXX.

(5) Bibliothèque du Nord, tome I, page 167.

(6) Thèses de Paris, 1775.

---

en tout et pour tout, et ne conçoit pas qu'il puisse exister, dans son empire, certaines spécialités qui, pour atteindre leur plus haut degré d'utilité, doivent avoir de franches et indépendantes allures en tant que spécialités. Monsieur mon colonel est mon chirurgien en chef; c'est lui qui me contrôle et juge en dernier ressort; il biffe le nom des hommes que j'exempte comme malades, ignorant que je suis! et qui ne sont que des simulateurs, dit-il; pénétré de sa haute importance médicale, il va jusqu'à menacer d'assister, ou même jusqu'à assister dans leur visite sanitaire, ses élèves en chirurgie!

Dans les hôpitaux, les intendants nous donnent nos notes scientifiques; dans les régiments, vous voyez à quel état d'infimité nous sommes réduits. Je vous félicite, mon cher confrère, de ne point être chirurgien militaire.

Mais je veux vous égayer par quelques petites histoires bien vraies et bien drôles.

Un chef de bataillon, trouvant un jour que j'étais trop large dans mes exemptions de service, prit l'habitude de visiter d'abord les hommes, et de ne m'envoyer que ceux qu'il jugeait malades. C'était à l'ombre de beaux chênes verts que se passait la burlesque parodie; la figure du nouvel Esculape créé en un jour, sans doute d'un coup de féerique baguette, rayonnait d'une imposante majesté, tempérée par un sourire qui effleurait de temps en temps ses savantes lèvres : tel saint Louis rendait jadis la justice sous les arbres de Vincennes. Un buisson de lentisque se trouva là très à propos pour me recevoir; ce fut la première fois que j'assistai à la comédie depuis mon départ de France. Les colorations de la langue étaient pour notre adepte du plus mauvais augure; la tuméfaction du ventre allumait ses justes terreurs; la force du pouls lui présageait les plus graves dangers. Foin du reste! pathologie simplifiée!!!

Le soldat, né malin, inventa la carotte.

L'extrait de réglisse couvrit bientôt toutes les langues d'effrayantes fuliginosités; le pouls courait, courait, parce que le malin venait lui-même de courir, courir. La main du héros, prodigieuse de tact, reconnut, par de savantes palpations, des tumeurs pâteuses abdominales, en se promenant sur les pantalons bourrés de feuilles arrachées peut-être à mon buisson... Mais qui ne s'est pas trompé une fois dans sa carrière médicale? et nos plus grands percuteurs n'ont-ils pas limité un cœur absent?

On revint pourtant à votre correspondant, mon cher confrère. Les fuliginosités typhoïdes disparurent; les ventres revinrent avec rapidité à leur volume normal; l'agitation du pouls se calma... et chacun me déclara un grand médecin, moi que vous accusez d'être un grand bavard! A beau mentir qui vient de loin, me direz-vous. Je vous réponds : Le vrai n'est pas toujours vraisemblable. D'ailleurs, j'avais, dans ma verte age, un compagnon qui, au besoin, vous bourdonnerait ses impressions, s'il n'était dans ma boîte à insectes, traversé par l'aiguille. Quel beau scarabée c'était!

Le second acte fut moins risible; il frisa le drame : c'était un autre acteur, un autre commandant-médecin. La scène se passe dans un ravin : il charge, à cheval, et rosse de coups de bâton un malheureux qui tombe d'épuisement. Le len-

de chirurgie (1), Bell (2), Larrey (3), Velpeau (4), Sabatier (5), Boyer (6), Roche-Sanson et M. Lenoir (7), Begin (8), et les dictionnair s (9) et tous les journaux de médecine et de chirurgie.

Le silence que gardent la plus grande partie des auteurs, même modernes, sur les fistules du larynx en général, et sur les fistules laryngées externes en particulier, ne peut s'expliquer, d'une part, que parce qu'elles ne se montrent pas avec une grande fréquence, et de l'autre, parce qu'on croit généralement qu'elles sont à peu près incurables. Cette opinion sur l'incurabilité des fistules du larynx est, dans bien des cas, une grave erreur, admise par bien des praticiens, lesquels croient devoir abandonner ces fistules à la nature; ils pensent même que les moyens qu'on pourrait employer pour les guérir sont plus incommodes et plus graves que la légère incommodité occasionnée par la maladie. L'erreur que nous signalons vient évidemment, comme nous l'avons dit au commencement de ce mémoire, de la confusion qui règne encore aujourd'hui entre les diverses espèces de fistules laryngiennes, confusion que nous espérons faire disparaître.

Parmi tous les auteurs anciens et modernes, deux seulement ont mentionné les fistules laryngées externes, et tous deux pour conseiller de les abandonner et de ne pas chercher à les guérir; pourtant ils les ont considérées sous un point de vue bien différent. Le premier de ces auteurs est Sabatier (10). Voici comment il s'exprime : « J'ai eu plusieurs fois occasion » d'observer des fistules du larynx et de la glande thyroïde, situées à la par» tie moyenne et antérieure du cou, à quelque distance du larynx et de la » glande thyroïde, les unes à droite, les autres à gauche; elles rendaient » peu d'humeur, et se présentaient sous la forme d'un tubercule peu élevé, » percé à son sommet, au-dessus duquel se trouvait un canal long et dur, » dont je suivais la marche avec les doigts, et qui aboutissait par son autre » extrémité au lieu où les deux grands cartilages du larynx se joignent par » leurs bords voisins. Les personnes qui avaient cette incommodité n'en » souffraient point; elles se rappelaient à peine comment ces fistules avaient » commencé, et n'ont pu me dire s'il passait quelquefois de l'air avec du » pus; de sorte que je ne puis déterminer d'une manière positive quelle en » est la nature. On peut penser que je n'ai pas dû chercher à y remédier; » des médicaments intérieurs auraient été aussi inutiles que des topiques, » de quelque nature qu'ils eussent été. Des tentatives de guérison avec des » caustiques ou avec l'instrument tranchant auraient été plus fâcheuses pour » les malades que la légère incommodité dont ils étaient attaqués. Aussi » n'ai je rien conseillé que de la patience et du temps, et je n'en parle que » pour exciter l'attention sur ce genre de fistules. » Quoi qu'en dise Sabatier, qu'il ne conseillait que de la patience et du temps contre ce genre de fistules, nous sommes disposé à croire qu'il ne donne ce conseil qu'après des essais infructueux pour guérir ces fistules; car comment aurait-il pu

(1) Tome IV, page 429.
(2) TRAITÉ DES PLAIES, traduction d'Estor, page 474.
(3) CLINIQUE de Larrey, tome IV, page 290.
(4) Velpeau, GAZETTE MÉDICALE, 1833, n° 44, page 313.
(5) Sabatier, édition Sanson et Begin, tome II, page 288.
(6) Boyer, TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES.
(7) Roche-Sanson et Lenoir, tome IV, page 717.
(8) Begin, DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, tome VIII, page 178.
(9) DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, tome IX, page 162, et tome XVII, page 536.
(10) Tome cité, page 288.

savoir et annoncer que des tentatives de guérison avec des caustiques ou avec l'instrument tranchant auraient été plus fâcheuses pour les malades que la légère incommodité dont ils étaient attaqués?

Les paroles de Sabatier n'eurent point d'écho; M. Begin seulement se borna à les rappeler sans y attacher aucune importance, tant est grand le pouvoir des préjugés! C'est dans un article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (1) que ce chirurgien, en traitant des fistules aériennes, fait mention de l'observation de Sabatier; mais, sans ajouter la plus petite réflexion, ce silence de M. Begin dans ce cas n'est-il pas une preuve qu'il n'avait aucune idée de ce genre de fistules? Voici, d'ailleurs, comment il termine son article sur les fistules laryngiennes : « Sabatier » parle de fistules, petites, étroites, à trajets obliques et prolongés, se di» rigeant vers les intervalles que laissent entre eux les cartilages du larynx, » ou dans l'épaisseur de la thyroïde. Il ne put constater si ces fistules, qui » d'ailleurs ne fournissaient que fort peu de suppuration, donnaient passage » à de l'air; mais il a cru devoir les abandonner à la nature, pensant que » les moyens qu'il aurait employés pour les guérir auraient été plus incom» modes et plus graves que la légère incommodité occasionnée par la ma» ladie. » Depuis M. Begin, aucun chirurgien n'a plus parlé de ce genre de fistules, et tous les auteurs qui ont écrit depuis cette époque les ont complétement passées sous silence. L'autre auteur dont nous avons parlé, et qui a signalé les fistules laryngées externes, est M. le professeur Trousseau; il les a rappelées dans un mémoire publié en 1842 dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (2), et intitulé : DES FISTULES LARYNGÉES EXTERNES. Ce médecin les a considérées surtout sous le point de vue médical, et les fistules dont il traite dans son mémoire ne sont qu'une variété des fistules du larynx; elles n'appartiennent pas au genre de fistules dont parle Sabatier. Les observations de M. Trousseau ne sont pas de nature à engager les chirurgiens à s'occuper des fistules laryngées externes, car il blâme tout ce qu'on pourrait faire pour les guérir. Il est juste de dire que le genre de fistules dont il s'occupe réclame rarement un traitement chirurgical. Le reproche qu'on pourrait lui faire, c'est de n'avoir établi aucune différence entre les fistules laryngées externes, et de les avoir toutes engagées sous la même catégorie, sous le rapport des causes, de la nature, du siége et du traitement. Partant de cette idée que les fistules laryngées externes résultent de la laryngite chronique, de la phthisie laryngée et principalement de la nécrose du cartilage thyroïde, il conseille formellement de ne rien faire pour guérir ces fistules, parce que, dit-il, si on ferme la fistule cutanée, le pus ira se faire jour en dedans du larynx, et pourra, en soulevant et enflammant la membrane muqueuse, causer un rétrécissement mortel de la glotte, ou tout au moins un rétrécissement permanent de la membrane interne du larynx; il faudra alors recourir à la trachéotomie. Il vaut donc mieux, au lieu de risquer des accidents ordinairement mortels, vivre avec des inconvénients ordinairement légers.

Comme on le voit, M. Trousseau a trop généralisé les propositions qu'il a tirées de ses observations puisqu'il conseille pour les fistules laryngées externes en général un mode de traitement qui ne convient qu'à la variété de fistules que ce médecin a étudiée; il nous paraît donc important, pour arriver à un traitement rationnel, d'établir plusieurs ordres de fistules.

(1) DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES, tome VIII, page 178.
(2) JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, 1842, numéro de mars, page 91.

---

demain, il entrait mourant à l'hôpital; je ne sais si la terre ne le recouvre pas aujourd'hui.

Un de mes amis me faisait dernièrement part de ses profonds dégoûts et de son humiliation. Au moment de partir pour une expédition, il jugea un vieux et irréprochable soldat assez mal portant pour ne pouvoir supporter les fatigues de la route, *et il le certifia*. Or, qu'arriva-t-il? que le colonel, aidé d'un général, emprisonna le pauvre diable « pour avoir simulé une maladie » (*sic*).

Animé d'excellentes intentions, un haut personnage, auquel la chirurgie militaire doit beaucoup, avait cru trouver, il y a quelques années, un moyen de prévenir ces fièvres pernicieuses dont les nombreuses victimes l'épouvantaient. Chaque matin, la distribution des pilules *préventives* de sulfate de quinine devait se faire militairement, pour que personne ne pût se soustraire à la prescription. Les compagnies sont assemblées. Au premier coup : *Montrez pilules!* — lisez : *Montrez ule*, comme vous devez lire : *Tirez ette!* au lieu de : *Tirez baguette*, — au premier coup, le soldat saisit le bol précieux entre le pouce et l'index et le fait voir à l'assistance; au second commandement : *Introduisez ule!* le bol précieux est admis dans la cavité buccale; au troisième : *Avalez ule!* une légère élévation du larynx, suivie de sa chute, annonce à l'officier de service que le bol précieux a acquis droit de domicile dans l'œsophage, qui, vous le savez, mon cher confrère, est le chemin de l'estomac. Tableau.

L'intention était bonne; la mienne l'est aussi quoique je plaisante.

La médecine fut effrayée de la tolérance qui s'établirait dans notre économie, habituée au sulfate de quinine comme Mithridate au poison, et des perplexités dans lesquelles on serait jeté quand une fièvre pernicieuse surviendrait. L'arsenic n'avait pas encore établi son règne aux portes de Paris.

Certes, certain colonel, aujourd'hui général, n'avait pas d'aussi bonnes intentions quand, assistant à la visite de son chirurgien-major, il refusait d'envoyer à l'hôpital les hommes que celui-ci désignait, et ordonnait aux malades, avec la manière de s'en servir, un nombre par lui fixé de pilules de sulfate de quinine ou d'opium. Notre confrère, pure jalousie de métier sans doute, s'avisa de trouver le procédé peu de son goût : persécuté, traqué, tyrannisé, il fut obligé de changer de régiment. Il tomba de Carybde en Scylla. Au fait, on n'a que l'embarras du choix, mais on ne peut passer entre les deux.

Il est, mon cher confrère, des faits sur lesquels on ne sait trop à quoi s'en tenir en France; bien plus, leur existence est souvent un problème. C'est que, voyez-vous, l'Afrique a aussi ses oubliettes! Louis XI avait ses cages de fer; la Chine a la cangue; la Sicile faisait mugir des voix humaines dans son taureau rougi au feu; nos petits despotes d'Afrique ont la barre, la crapaudine, les silos. Quand des jambes et des bras entièrement sphacelés durent tomber sous son couteau, ce chirurgien s'émut; mais il s'émut souvent sans parler, *par ordre*. Aujourd'hui il parlera.

Pour mettre le coupable à la crapaudine, on le place le ventre sur la terre : un des exécuteurs étend les cuisses, fléchit les jambes, tandis qu'un autre amène les bras en arrière et croise transversalement sur le dos les avant-bras qu'il assujettit solidement ensemble comme les pieds l'ont déjà été entre eux. Une corde est passée dans ces deux liens, et d'énergiques tractions sont exercées pour rapprocher les pieds des avant-bras : les épaules se jettent en arrière,

Ayant été à même d'observer trois cas de fistules laryngées externes et n'ayant trouvé rien d'analogue dans les auteurs, nous avons pensé à les réunir, espérant arriver à quelques propositions générales sur les causes, la nature, le siége et le traitement des fistules laryngées externes et présenter ainsi une description plus complète des fistules de la région antérieure du cou, description qui fait encore défaut dans les traités de pathologie externe.

Toutes les fistules laryngiennes sont-elles de même nature? suivent-elles la même marche? reconnaissent-elles les mêmes causes? Ces causes peuvent-elles avoir de l'influence sur leur guérison? pourquoi sont-elles à peu près incurables? Doit-on toujours et dans tous les cas chercher à obtenir la guérison? On ne trouve rien, absolument rien sur tous ces points, et cependant ils sont de la plus grande importance pour le traitement. C'est faute d'avoir bien établi ces distinctions de causes, de nature de forme et de siége, que les indications du traitement n'ont pas été posées du tout ou l'ont été d'une manière peu convenable. Les observations que nous avons recueillies éclaireront particulièrement le sujet que nous traitons et pourront nous aider à répondre à toutes ces questions.

FISTULE LARYNGÉE EXTERNE, TRAITÉE PENDANT PLUSIEURS ANNÉES PAR DE NOMBREUX MOYENS, OPÉRÉE PLUSIEURS FOIS SANS SUCCÈS ET GUÉRIE PAR L'INJECTION IODÉE.

OBS. I. —Madame Ach. B., de Mamers, âgée de 28 à 30 ans, d'une bonne constitution, mais nerveuse à un haut degré, s'aperçut dans l'année 1842 ou 1843 d'une tuméfaction au cou, pour laquelle elle employa sans résultat beaucoup de traitements. Ce gonflement du cou était sans changement de couleur à la peau, et accompagné de douleur en avalant. La malade et plusieurs médecins pensèrent à un goître qu'on chercha à faire disparaître à l'aide d'un traitement, interne et externe à la fois. Au bout de huit mois de l'apparition de cette tuméfaction, il se manifesta de la rougeur à la partie antérieure et supérieure du cou, et cette affection, au dire de la malade, prit la forme d'*un gros clou*. A cette époque un médecin en proposa l'ouverture: on y sentait de la fluctuation; mais sa proposition fut rejetée par la malade et d'autres médecins. Pendant deux mois encore, on mit en usage force cataplasmes, pommades de toute espèce, puis on eut recours au bistouri. Selon le rapport de la malade, il s'écoula une grande quantité de pus et la plaie se cicatrisa assez promptement, mais pour quelques jours seulement; la tuméfaction du cou reparut, la plaie faite par le bistouri se rouvrit et elle resta fistuleuse. Nombre de fois, sous l'influence des divers moyens essayés, on crut avoir obtenu la guérison, mais la malade et les médecins furent toujours trompés dans leur espoir; cette fistule s'ouvrit et se referma constamment pendant deux ou trois ans, laissant s'écouler un liquide floconneux, mélangé de mucus et de pus. Toutes les fois que cette fistule se refermait la malade éprouvait de la difficulté à avaler, et une gêne continue dans la gorge. Ces accidents cessaient immédiatement quand la fistule était ouverte.

Dans cette occurrence, madame A. B. consulta bien des médecins, elle en vit au moins dix ou douze. A l'exception de M. le docteur Janin (du Mans) qui traita cette affection par des moyens chirurgicaux, tous les autres rejetèrent l'idée d'une opération, défiant la chirurgie de guérir dans ce cas. Considérant cette maladie comme scrofuleuse, ils proposèrent tous des remèdes internes; ils essayèrent donc une infinité de remèdes tant internes qu'externes; régime fortifiant, préparations d'iode et de fer, onguents, pommades, vésicatoires sur le cou, tout échoua. Ces médications ne modifièrent en rien la maladie du cou, et l'impossibilité de guérir fit dire à quelques médecins que cette affection pouvait bien être cancéreuse, idée qui tourmentait tellement madame A. B. qu'elle vint me consulter pour cette seule circonstance, persuadée qu'elle était que sa fistule était incurable; elle voulait seulement savoir si elle n'en pouvait pas mourir.

Après avoir suivi pendant près de deux ans les remèdes d'un grand nombre de médecins, elle s'adressa, il y a environ huit mois, à M. le docteur Janin (du Mans). Il fit une incision longitudinale au cou afin de mettre le fond de la fistule à découvert et y porta le fer rouge à trois reprises. Cette opération n'eut aucun résultat heureux; la plaie suppura, diminua peu à peu, se cicatrisa dans presque toute son étendue, mais avec une ouverture fistuleuse d'où s'écoulait comme auparavant un liquide mucoso-purulent. Deux mois plus tard, le chirurgien du Mans recourut au moyen suivant: avec dix ou douze petites broches rougies à blanc, il cautérisa le fond de la fistule, espérant probablement en attaquer tous les points et provoquer la suppuration de tout le foyer fistuleux, et avoir une inflammation adhésive. Ces cautérisations échouèrent encore. Alors il conseilla des injections avec de l'eau chlorurée à 9 degrés; on fit en vain ces injections pendant trois mois et cinq ou six fois par jour.

Avant de traiter cette dame, M. Janin pensait avoir affaire à une carie ou une nécrose des cartilages du larynx; l'impuissance des moyens qu'il avait mis en usage le firent changer son diagnostic: il annonça une fistule aérienne qu'il se proposait de traiter par l'autoplastie, lorsque madame A. B. se décida à venir à Paris, où elle se confia aux soins de M. Lisfranc. Ce chirurgien incisa aussi la paroi antérieure de la fistule et cautérisa avec la pierre infernale; ces moyens n'ayant eu aucun succès, la fistule s'étant reformée, il revint aux injections chlorurées et à l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce nouveau traitement n'amena aucun changement pendant un mois. Ce fut à cette époque, dans les derniers jours de décembre 1845, que la malade vint me consulter, mais comme je l'ai dit, pour savoir si son affection n'était point cancéreuse et si elle n'était pas atteinte d'un mal mortel. Elle quittait Paris convaincue de son incurabilité; aussi ne venait-elle pas me demander de la guérir de cette fistule.

Après m'être fait raconter les longs détails que je viens de rapporter, je l'examinai avec soin, et voici le résultat de mon examen: Madame A. B. ne sait à quoi attribuer son affection; mais elle était sujette à de fréquents maux de gorge qui revenaient très-fréquemment; ils duraient cinq ou six jours, accompagnés de fièvre, de difficulté, quelquefois d'impossibilité d'avaler et se terminaient sous l'influence d'une ou deux saignées; on la saignait si souvent qu'elle a dû subir cette opération jusqu'à neuf fois pendant une grossesse. Plusieurs fois pendant ces maux de gorge, il y a eu crachement de pus pendant un ou deux jours, et après cette évacuation purulente le mieux revenait aussitôt. Cette malade est d'une bonne constitution, elle est blonde, mais bien musclée, et ne porte aucun des signes de la constitution strumeuse; elle n'a jamais eu de ganglions engorgés au cou, même étant petite fille; elle jouit habituellement d'une bonne santé et n'est tourmentée que par ses maux de gorge; elle est souvent très-constipée et la seule affection qu'elle ait eue est une fissure à l'anus qui a été traitée par la dilatation brusque et l'usage des mèches. Réglée à 13 ans, elle a eu quatre enfants et a fait une fausse couche. Ses règles ont toujours été bien régulières et abondantes; elles durent cinq ou six jours. La poitrine est large, bien conformée; les poumons parfaitement sains; elle s'enrhume difficilement et ne tousse jamais; les fonctions digestives sont parfaites.

Le cou est long, les saillies musculaires assez prononcées, et les ganglions ne sont le siége d'aucun engorgement ni aigu ni chronique. A la partie antérieure et supérieure du cou au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, on remarque une petite ouverture fistuleuse d'où suinte un liquide mucoso-purulent, lorsqu'on comprime le cou au-dessus de l'ouverture fistuleuse. C'est surtout le matin que cet écoulement a lieu, nous dit la malade; il est moins considérable dans le courant de la journée. Les mouvements de mastication et de déglutition le font sortir; au-dessous de cette fistule sont les cicatrices, traces des incisions qui ont été faites par plusieurs chirurgiens. Un stylet introduit nous apprend que la profondeur de cette fistule est d'environ 2 à 3 centimètres; son fond paraît avoir deux enfoncements, l'un plus superficiel et qui est souscutané, l'autre plus profond, qui s'enfonce entre les muscles thyro-hyoïdiens. La direction du stylet, quand il pénètre entre ces muscles, est oblique de bas en haut et d'avant en arrière; cet examen fait avec soin ne fait découvrir ni carie

---

le pli de l'aine s'efface, les membres s'allongent, les articulations craquent, le tronc se plie comme un arc...... et un dernier nœud est fait, double et solide, pour résister aux efforts incessants du corps qui tend à reprendre sa première forme. C'est hors des murs de la ville ou au delà des postes du camp qu'on abandonne le malheureux, posé sur la face antérieure du corps, non pas à plat, car nous pourrions presque dire que, comme un cercle, il ne touche le sol que par un point. « Après deux heures de crapaudine, me disait naïvement un soldat qui avait subi ce supplice, *on a droit à l'hôpital*. Pendant le jour le soleil vous brûle et vous ne pouvez respirer parce que la poitrine est trop tendue; pendant la nuit il faut s'agiter pour éloigner les chacals et l'hyène qui rôdent autour de vous, et en s'agitant on fait entrer plus profondément les cordes dans les chairs. »

Il y a quelques jours qu'on vient d'amputer, à Oran, les deux jambes gangrenées d'un malheureux qui avait été soumis, au Sig, à un supplice moins cruel pourtant, à la barre.

Un de mes collègues se plaignait dernièrement de ce qu'on lui envoyait *beaucoup trop tard* les hommes dont les fesses, les lombes ou la plante des pieds, profondément lacérées par le bâton, tombaient en putrilage gangréneux. On ne lui a pas encore pardonné sa réclamation.

Le supplice du silos nous rappelle un peu, en hiver, celui que le moyen âge, si ingénieux et si fécond en raffinements de cruauté, appelait la *goutte d'eau*. Les silos sont des trous creusés dans la terre par les Arabes qui y conservent leurs céréales; ils sont en forme d'entonnoir renversé, leur ouverture est très-étroite, leur base est large. On y enfouit les hommes et on les laisse là, quelquefois huit ou quinze jours, baignés dans l'immonde boue que forment la terre mouillée et leurs excréments; car, pour déposer ceux-ci, ils n'ont pas même un coin reculé, comme les prisonniers des oubliettes féodales. Plus d'un malheureux y est entré, qui n'en est sorti que pour passer sur son lit de mort, pour ne pas plus dire.

Voi che entrate, lasciate ogni speranza.
(LE DANTE.)

Et que m'arriverait-il à moi-même, si vous trahissiez mon Z. X.? Dieu le sait, et je n'en veux point faire l'expérience.

Mes confrères de la campagne, croyez-moi, il vaut encore mieux faire deux ou trois lieues dans vos mauvais chemins vicinaux, au petit trot de curé, que de se contondre tous les jours les fesses sur un fringant cheval arabe. Et vous, confrères citadins, soyez persuadés que votre commode cabinet et votre bureau d'acajou valent mieux que la toile usée de ma tente et que la cantine sur laquelle j'écris ces mots. Malades, vous vous reposez; malades, on nous fait marcher, parce que nous sommes *rares* et nécessaires. Il y a quelqu'un que les Arabes nomment Alouf-ben-Alouf et que nous pourrions appeler *le père des chirurgiens militaires*, imitant les Égyptiens qui ont fait hurler l'épithète de Philopater à côté du nom d'un de leurs rois.

Nous sommes rares et nos rangs s'éclaircissent encore; on tarirait toutes ses larmes, si l'on en versait une sur chaque pierre qui porte un nom ami ou un nom révéré.

Z. X.

ou nécrose des cartilages du larynx, ou de l'os hyoïde, on ne sent ni dureté, ni rugosité, le stylet semble rencontrer partout un tissu mou, pulpeux. Ces recherches ne sont pas douloureuses. La voix n'est altérée en aucune manière et ne l'a jamais été. Cette dernière circonstance me fait rejeter l'idée d'une fistule aérienne. D'un autre côté, les injections nombreuses qui ont été faites dans cette fistule n'ont jamais déterminé d'accès de toux, ni gêne dans le larynx. Une bougie allumée placée au devant du cou m'a confirmé qu'il n'existait aucune communication entre le larynx et l'orifice fistuleux, ce qu'il était facile d'expérimenter en faisant boucher le nez et fermer la bouche de la malade.

Cet examen, les antécédents de madame A. B., sa bonne constitution, la nature du liquide qui s'écoulait de la fistule, les divers traitements suivis sans succès, l'intégrité de la voix, modifièrent singulièrement mon opinion sur la nature de l'affection pour laquelle on me consultait, et me déterminèrent à proposer une nouvelle opération, opération que la malade ne voulait pas accepter et que je n'aurais pas conseillée si j'avais cru, soit à une nécrose ou à une carie du cartilage thyroïde ou de l'os hyoïde, soit à une phthisie laryngée, et si surtout j'avais eu affaire à un sujet maladif et de mauvaise constitution. D'après toutes les circonstances que je viens de relater, il résultait pour moi que madame Ach. avait une fistule laryngée externe, reconnaissant pour cause un abcès qui s'était formé en dehors du larynx, par suite de l'engorgement inflammatoire fréquemment répété du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. Après bien des difficultés, j'amenai la malade à se soumettre à l'opération suivante. Je la pratiquai le 31 décembre 1845, aidé de M. le docteur Foucault.

La malade couchée sur le dos, comme pour l'opération de la trachéotomie, j'introduisis une sonde cannelée jusqu'au fond de la fistule, mais dans sa portion sous-cutanée, et toute la paroi antérieure de la fistule fut incisée dans toute son étendue; les bords de cette incision étant écartés à droite et à gauche, je disséquai avec précaution l'espèce de kyste, la fausse membrane qui tapissait le foyer fistuleux; je ne trouvai ni carie ni nécrose des cartilages; comme je l'ai fait remarquer, cette fistule pénétrait entre les muscles thyro-hyoïdien, et offrait à leur partie supérieure un cul-de-sac d'environ un centimètre de profondeur; je n'osai ni débrider le cul-de-sac, ni disséquer la partie de la fausse membrane qui le tapissait, dans la crainte d'arriver sur la membrane thyro-hyoïdienne et de la perforer. Par cette dissection de l'intérieur du foyer fistuleux, j'espérais enlever la cause qui s'opposait à sa guérison. Je cautérisai profondément avec la pierre infernale la partie que j'avais craint de disséquer, espérant par ce moyen mondifier dans tous ses points le fond de cette fistule et détruire l'espèce de kyste qui la tapissait. De petites boulettes de charpie furent introduites dans toute la plaie. L'écoulement du sang fut peu considérable et aucun vaisseau ne fut lié. Les suites de l'opération n'offrirent rien de remarquable; une suppuration de bonne nature s'établit promptement: chaque jour je remplissais de boulettes de charpie le fond de la plaie, placé entre les muscles thyro-hyoïdiens, cherchant par ce procédé à obtenir l'oblitération de cette fistule, de son fond vers ses bords. Tout semblait marcher à souhait, et dix jours après l'opération la plaie était superficielle, considérablement rétrécie et presque sans suppuration; j'espérais donc une guérison radicale. La malade seule ne voulait pas y croire et me rappelait sans cesse que bien des fois déjà elle avait vu cette fistule se fermer temporairement, pour s'ouvrir plus tard, puis se fermer de nouveau et se rouvrir encore, et ainsi de suite. Elle avait raison; car, quinze jours après l'opération, alors que je considérais la guérison comme certaine, la plaie ne suppurant plus depuis quatre ou cinq jours, je trouvai, en défaisant le pansement, que le plumasseau de charpie mis la veille était complétement imbibé, ainsi que les compresses qui le recouvraient. En pressant sur le cou du haut en bas, en faisant faire à la malade quelques mouvements de déglutition, je vis sourdre de la plaie un liquide séro-muqueux. Mon opération était donc inutile; seulement la portion de fistule qui était sous-cutanée était guérie; mais celle qui s'enfonçait vers l'os hyoïde, entre les muscles thyro-hyoïdiens, était aussi profonde qu'avant l'opération. Décider la malade à une nouvelle opération était impossible; d'ailleurs, que pouvais-je faire de plus que la première fois? Dans l'embarras où je me trouvais, j'eus l'idée, en désespoir de cause, de faire une injection avec la teinture d'iode. Si je ne réussissais pas, la malade ne courait au moins aucun risque. La malade étant couchée à la renverse, le cou tendu et la tête plus basse que le reste du corps, je fis coup sur coup plusieurs injections de teinture d'iode pure, introduisant à chaque injection un stylet jusqu'au fond de la fistule, soulevant la tête et malaxant le cou au niveau du foyer fistuleux, afin de faire pénétrer la teinture d'iode dans tous les points. J'appliquai ensuite au devant de la fistule, un plumasseau de charpie imbibée de teinture d'iode. Pendant vingt-quatre heures, la malade souffrit horriblement dans le cou, dans la gorge et la bouche, la déglutition devint très-difficile. Le cou, à sa partie antérieure, était le siége d'une sensibilité telle, que le lendemain de cette injection, la malade ne voulut me permettre aucun examen. Les jours suivants, cette vive douleur diminua assez promptement, et depuis cette injection aucun écoulement ne se fit par la fistule, dont l'oblitération et la guérison étaient complètes le 27 janvier 1846. Avant de me quitter, madame Ach. voulut attendre plusieurs jours, craignant que sa guérison ne fût pas solide.

Depuis plus de cinq mois que la malade est partie, j'ai reçu plusieurs fois de ses nouvelles, qui m'annoncent que la guérison ne s'est pas démentie, et que les maux de gorge ne sont pas revenus.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre; elle a fixé l'attention de tant de médecins, que nous avons cru devoir la rapporter avec détail. Nous nous sommes attaché à suivre avec soin sa marche, à rapporter tous les traitements qui ont été conseillés et mis en usage, afin de mieux faire connaître tout ce qu'elle a présenté d'embarrassant pour le diagnostic et pour le traitement. Ainsi, dans ce cas, on a vu plusieurs praticiens se tromper sur la nature de la maladie; les uns crurent à un abcès, puis à une fistule de nature scrofuleuse, se basant probablement sur la marche et l'incurabilité de cette affection. Pour les mêmes raisons, plusieurs craignirent une affection cancéreuse; enfin un praticien distingué, M. Janin (du Mans) n'ayant pu obtenir de guérison à la suite des opérations qu'il avait pratiquées, avait proposé une opération d'un autre genre, croyant avoir affaire à une fistule aérienne. Ces raisons de part et d'autre n'étaient pas sans fondement; mais ils ne devaient ni les uns ni les autres en conclure ce qu'ils en concluaient, puisqu'il y a des individus qui ont des abcès froids ou des fistules incurables sans être affectés d'une constitution strumeuse; ce n'est point la marche d'une maladie, l'incurabilité d'une fistule, qui caractérisent un tempérament scrofuleux. Toutes les circonstances que nous venons d'énumérer doivent bien, à la vérité, se rencontrer chez des individus de mauvaise constitution; mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre plus circonspect dans le jugement qu'on avait à porter.

L'idée d'une fistule produite et entretenue par un vice strumeux devait être rejetée, puisqu'il n'y avait rien, dans les antécédents de madame Ach., qui pût permettre une pareille supposition. Sa constitution était excellente, exempte de toute trace de scrofules; point de ganglions au cou, rien, en un mot, de ce qui caractérise ordinairement cette fâcheuse constitution.

Était-ce une affection cancéreuse? Le résultat a prouvé le contraire; mais l'absence de symptômes généraux, l'état de santé de la malade, sa fraîcheur, son embonpoint, la marche de la maladie, son aspect, sa position, etc., détruisent cette opinion. J'ignore sur quelles raisons se fondaient ceux qui ont porté un pareil diagnostic.

Il était aussi impossible de croire à une fistule aérienne, puisque la voix n'était nullement altérée, que les injections poussées par la fistule ne pénétraient pas dans le larynx, et n'ont jamais déterminé d'accès de suffocation. Une dernière circonstance, qui devait encore éloigner cette manière de voir, c'était l'immobilité complète de la flamme d'une bougie, placée au devant de l'ouverture fistuleuse, le nez et la bouche étant fermés avec le plus grand soin.

De quelle nature était donc cette fistule, et quelle pouvait en être la cause? Était-ce une dégénérescence tuberculeuse de quelques lobules de la glande thyroïde, un abcès froid développé au devant du larynx, une inflammation et la fonte purulente de quelques ganglions lymphatiques, une nécrose ou une carie de quelques portions du larynx ou de l'os hyoïde, toutes choses qui peuvent produire des fistules laryngées externes? Pour les raisons que nous avons déjà énumérées, la bonne santé de la malade, sa bonne constitution, ses antécédents, l'absence de ganglions au cou, nous font encore rejeter les causes que nous venons d'indiquer.

La marche de la maladie, les maux de gorge auxquels madame Ach. était si sujette, et qui ont disparu depuis la guérison de la fistule, nous portent à croire que cette fistule reconnaissait pour cause un abcès qui s'était formé en dehors du larynx, par suite de l'engorgement inflammatoire fréquemment répété du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx.

Un goître aigu ou inflammatoire, terminé par suppuration, aurait bien pu donner lieu à une pareille fistule, de même qu'une tumeur kystique ou hydrocèle du cou qu'on aurait ouvert, et dont l'ouverture serait restée fistuleuse; ces deux maladies, disons-nous, auraient bien pu être causes de la fistule de madame Ach., et c'est à ces causes que nous l'aurions attribuée, si les maux de gorge fréquents, auxquels la malade a été exposée pendant plusieurs années, n'avaient pas été suffisants pour nous apprendre et la cause et la nature de cette fistule laryngée externe.

Les autres réflexions non moins importantes que nous suggère cette observation portent sur le traitement; des conséquences pratiques du plus haut intérêt nous paraissent en découler. N'est-ce pas encore un exemple frappant de l'avantage des injections iodées dans le traitement de ces abcès chroniques, fistuleux, qui résistent à tous les moyens, même les plus rationnels? Depuis longtemps déjà nous avons employé et signalé l'avantage des injections iodées dans les cas de ce genre, et depuis cette époque plusieurs faits sont venus confirmer cette nouvelle voie, et donner de l'extension à une méthode thérapeutique déjà féconde en succès. Dans ce cas, nous avons employé la teinture d'iode pure, parce que nous agissions sur une surface peu étendue; nous avons appris d'ailleurs, par d'autres observations, qu'il n'y avait aucun danger à le faire ainsi; que l'inflammation et la douleur que provoquait l'injection n'en étaient ni plus ni moins douloureuses, et que ses résultats étaient les mêmes. Ici il nous paraissait important d'enflammer vivement tous les points du foyer fistuleux, que nous supposions revêtu d'une pseudomembrane dans une partie de son étendue; c'est dans cette intention qu'après avoir fait l'injection nous avons malaxé le cou. Nous l'avons pétri, pour ainsi dire, afin que la substance médicamenteuse pénétrât dans les plus petites anfractuosités; enfin, pour que le liquide de l'injection ne pût pas s'écouler immédiatement par l'ouverture

fistuleuse, nous avons fait placer notre malade la tête renversée et plus basse que le reste du corps. De cette manière, nous pûmes laisser dans le foyer la matière injectée aussi longtemps que nous le jugeâmes convenable.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations pratiques sur quelques-unes des maladies spéciales de la peau les plus importantes*; par M. Erichsen. 2° *Sur l'application du galvanisme dans un cas d'hémorrhagie accidentelle*; par M. Radfort. 3° *Sur la fièvre épidémique d'Écosse en 1843-44*; par M. Wardell. (Non-terminé.) 4° *De l'hygiène militaire*; par M. Roberts. 5° *Cas d'inflammation du bassin terminée par abcès*; par M. Joseph Bell. 6° *Observations sur le ver de Guinée au cap de Coast-Castle*; par M. Robinson. 7° *Cas de maladie cancéreuse avec fracture du fémur par l'effet de la contraction musculaire*; par M. Kirk. (Le sujet de l'observation était porteur d'un cancer ulcéré du sein.) 8° *Simple introduction à la chimie clinique de l'urine*; par un correspondant. (Résumé des procédés chimiques propres à déceler l'excès ou le défaut des éléments ordinaires de l'urine, ainsi que des éléments étrangers non-susceptibles d'analyse.) 9° *Cas d'asphyxie par pendaison, traitée heureusement par les affusions d'eau froide*; par M. Noyce. (L'eau, jetée sur le thorax, réveilla l'action réflexe des muscles inspirateurs.) 10° *Excision d'une portion du foie, faite sur un homme vivant*; par M. Macpherson. 11° *Sur le traitement de l'hémorrhagie utérine après la délivrance*; par M. Pretty. (Ce traitement consiste en une large pelotte destinée à être pressée, au moyen d'un tourniquet, sur la paroi abdominale correspondant au corps de l'utérus. Nous préférerions de beaucoup à cet appareil compliqué la ceinture décrite par M. Négrier, surtout si, comme le veut ce médecin, on unit alors à l'action de la compression abdominale celle du tamponnement du col.) 12° *Observations et remarques sur la pathologie de l'oxalate de chaux dans l'urine*; par M. Stallard. (Non-terminé.) 13° *Sur la dépuration du sang*; par M. Barlow. 14° *Sur les variétés dans le système musculaire du corps humain*; par M. Whinnie. (Énumération complète de toutes les anomalies observées jusqu'ici dans la disposition du système musculaire.) 15° *Observations*; par M. Th. Mayo. 16° *Considérations sur les ligatures et les anévrismes*; par M. W. King. (Premier article.) 17° *Sur les plaies et blessures du cuir chevelu et de la face*; par M. W. Brown. (Il insiste sur la nécessité de raser exactement les cheveux autour de la plaie avant de faire le pansement.) 18° *Ligature de l'artère tibiale postérieure pour une plaie*; par M. Ch. Hall. 19° *Cas d'empoisonnement par l'opium*; par M. Sharkey. 20° *Sur la paracentèse du thorax*; par M. Hughes. (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 246.) 21° *Cas de diabète sucré*; par M. John Percy. 22° *Observations de blessures causées par l'explosion de la poudre à canon*; par M. Stafford. (Deux cas de plaie grave des doigts guéries.) 23° *Considérations pratiques sur diverses formes de dyspepsie*; par M. Robert Dick. 24° *Sur le traitement de la syphilis*; par M. Bartlett. 25° *Cas de l'obstruction de l'intestin par un calcul volumineux; guérison*; par M. J. Campbell. 26° *Extirpation de l'utérus*; par M. Gregson. (Une femme avait un renversement complet de matrice, suite d'un accouchement. Émaciée et presque exsangue par le fait d'hémorrhagies continuelles, elle dut être soumise à l'ablation de l'utérus, qui fut faite en plaçant autour du museau de tanche un cordonnet de soie qu'on serrait tous les jors. Au bout de neuf jours, il se détacha une masse qu'on reconnut à l'examen être composée du corps entier et du col de l'utérus. Il n'y eut aucun accident; au bout de vingt jours, la malade put quitter le lit. Aujourd'hui, trois mois après l'opération, elle sort et vaque à ses affaires.) 27° *Sur les causes, la nature et le traitement de la fièvre épidémique qui a régné à Rotherham*; par M. Shearman. 28° *Cas de sialorrhée, suivi de l'analyse de la salive et de l'urine*; par M. Glover. 29° *Nævus extraordinaire sur le cou d'un enfant*; par M. G. Harvey. (La tache sanguine représentait sur le devant du cou la trace d'une corde. Le cordon ombilical était de la longueur normale et n'avait point porté sur le cou. S'il s'était agi, dit avec raison l'auteur, d'un accouchement clandestin, on aurait certainement prononcé que ce nouveau-né avait subi une tentative de strangulation.) 30° *Cas d'oxalurie*; par M. Shearman. (Nous analyserons ce travail avec le précédent et celui dont le titre est indiqué plus bas, quand toutes ces recherches sur un même sujet seront terminées et qu'il sera ainsi possible de les rapprocher.) 31° *Sur la formation d'un système de police médicale nationale et d'hygiène publique*; par M. W. Strange. 32° *Observations et réflexions sur le traitement des affections apoplectiques et paralytiques*; par M. Copeman. 33° *Mémoire sur un enfant nouveau-né, trouvé mort, chez lequel la preuve qu'il avait vécu fut obtenue dans l'état de putréfaction*; par M. Francis. (Nous rendrons compte de ce cas à la *Revue judiciaire*.) 34° *Anévrisme poplité guéri par la compression*; par M. Dartnell. (La compression fut exercée sur deux points de l'artère, à l'aine et au tiers inférieur de la cuisse.) 35° *Accouchement rendu laborieux par malformation du col et du vagin; incision*; par M. Millett Davis. 36° *Notes succinctes sur sept cas d'oxalate de chaux dans l'urine*; par M. Pooley.

SUR L'APPLICATION DU GALVANISME DANS UN CAS DE MÉTRORRHAGIE ACCIDENTELLE; par M. Th. Radford.

L'auteur, qui a déjà préconisé l'emploi du galvanisme comme un excellent moyen contre la plupart des hémorrhagies puerpérales, cite l'observation suivante parmi les plus décisives en faveur de l'efficacité de cet agent. Il est effectivement hors de doute que l'insuccès des remèdes jusque-là essayés chez cette femme, l'abondance de l'hémorrhagie et la rapidité de l'effet obtenu ne permettent guère de contester la part importante qui revient au galvanisme dans cette guérison. Le lecteur le jugera comme nous assurément; et comme nous, il gravera le souvenir de ce cas remarquable au nombre de ceux qu'il pourra consulter le plus utilement en semblable occurrence.

OBS.—Une femme, enceinte de huit mois, ayant éprouvé une violente frayeur, fut prise d'une métrorrhagie accompagnée de fréquence du pouls et de chaleur à la peau. M. Radfort, appelé auprès d'elle, la trouva sans douleur, et s'assura que les mouvements du fœtus persistaient encore. L'orifice utérin était fermé et rigide. Il ordonna le repos, un bandage de ventre, des aspersions d'eau vinaigrée sur l'hypogastre et la vulve. (Boissons froides et acidulées.)

Au bout de quatre heures, l'hémorrhagie ayant plutôt augmenté et étant alors très-abondante, il n'osa employer le tampon, qui n'eût fait que renfermer le sang au dedans, et il perça les membranes avec une sonde d'homme. Les eaux coulèrent, et l'on pratiqua en même temps des frictions vigoureuses sur la région utérine; mais il ne se manifesta nulle contraction. La perte continuait, et le col utérin demeurait roide et clos; ce qui empêchait d'opérer la délivrance, à moins qu'on n'y procédât de vive force, au risque presque certain d'occasionner une lésion organique. Dans ces conditions, M. Radfort se décida à appliquer le galvanisme. Il fit d'abord pénétrer le conducteur vaginal jusqu'à la lèvre antérieure du col, et plaça ensuite l'autre sur le fond de l'utérus, l'y faisant maintenir par un aide. On ferma alors le cercle, et la patiente se plaignit immédiatement de sentir comme si on la coupait. On changea plusieurs fois, pendant l'opération, les conducteurs de place pour les faire agir sur tous les points, et en les disposant de telle sorte qu'ils se correspondissent, autant que possible, dans le sens de l'axe le plus long de la matrice. Du moment où le cercle électrique devint complet, les douleurs expultrices s'éveillèrent. Leur intensité était d'autant plus grande qu'on laissait les conducteurs plus longtemps en place. On sentit plusieurs fois l'utérus subir une contraction tonique, et cet effet était plus prononcé chaque fois qu'on établissait la communication entre les deux pôles.

Le galvanisme fut appliqué de cette manière par intervalles durant une demi-heure; au bout de ce temps, on retira le conducteur vaginal, et on en plaça à l'extérieur un sur chacun des côtés de la matrice, afin de faire agir le courant dans une direction oblique et transverse. On promena ainsi les deux conducteurs de haut en bas, de manière qu'aucune portion du tissu utérin n'échappât à l'action électrique.

Depuis le moment où l'utérus commença à se contracter, la perte sanguine diminua, et bientôt elle cessa complétement. Le col se ramollit aussi peu à peu et s'entr'ouvrit graduellement, de sorte qu'au bout de six heures, il fut assez dilaté pour permettre à la tête fœtale de le traverser. L'enfant naquit vivant. Le placenta fut expulsé sans aucune autre aide. Il n'y eut pas ultérieurement d'hémorrhagie, et l'utérus se rétracta énergiquement.

DE L'INFLAMMATION PHLEGMONEUSE DU BASSIN; par M. JOSEPH BELL.

Ce travail se compose d'observations particulières résumées ensuite de manière à construire sur des données propres à l'auteur, l'histoire de l'inflammation phlegmoneuse du bassin. Nous ne nous arrêterons qu'aux points qui nous paraîtront offrir un intérêt particulier. Commençons par ce qui concerne la symptomatologie et le diagnostic.

Les phlegmons du bassin donnent lieu à deux sortes de douleurs bien distinctes. La première, d'apparence névralgique, occupe la plus grande partie de l'abdomen. Le simple toucher arrache des cris aux malades, tandis qu'une pression graduellement exercée apporte du soulagement; mais dans ce dernier cas le retrait rapide de la main produit de la douleur. Le pincement de la peau cause également des souffrances aiguës. La seconde sorte de douleur est locale et occupe la partie inférieure de l'abdomen, soit l'une des fosses iliaques, soit l'hypogastre; une forte pression l'augmente, alors même que la douleur névralgique s'étend à cette région. Cette consi-

dération a une grande importance au point de vue séméiologique; toutes les fois que l'abdomen est le siége d'une douleur générale intense, avec les caractères ci-dessus indiqués, il est essentiel de rechercher s'il n'existe pas quelque part, du côté des fosses iliaques, une douleur d'une autre nature, sourde, profonde, ne s'exaspérant que sous une pression un peu forte. Sans cette précaution, on pourrait croire à l'existence d'une simple névralgie ou d'une péritonite, quand déjà le tissu cellulaire du bassin serait le siége d'un noyau phlegmoneux. Une erreur de ce genre, on le comprend, ne serait pas sans influence fâcheuse sur le traitement.

La douleur générale de l'abdomen, remarquable par son siége superficiel, est-elle réellement de nature nerveuse, comme le professe formellement l'auteur ? Le résultat de recherches récentes sur les nerfs des membranes séreuses donne à cette opinion une vraisemblance qu'on aurait pu lui refuser autrefois. Quoi qu'il en soit, c'est un fait à remarquer que la facilité avec laquelle la cause d'irritation la plus circonscrite devient parfois, dans les membranes séreuses, le point de départ d'une douleur générale, vive, aiguë, exaspéré par le moindre contact. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans les articulations envahies par un tubercule ou quelque autre matière étrangère. Il y a là un fait général dont le péritoine présente peut-être la manifestation la plus ordinaire et la plus tranchée, mais qui paraît appartenir au système entier.

Quelques auteurs, le docteur Churchill en particulier, regardent comme constante la présence d'une tuméfaction diffuse ou d'une tumeur circonscrite à la partie inférieure de l'abdomen. M. J. Bell rapporte un cas où l'on n'a pu constater aucun gonflement, malgré un examen journalier des plus attentifs. Dans l'une de ses observations, la tumeur, située à l'hypogastre, douloureuse à la pression et qu'il était facile de prendre pour un engorgement du tissu cellulaire, était constituée par la matrice. Le professeur Simpson (d'Édimbourg) avait déjà cité un cas de ce genre. Le toucher par le vagin ou l'anus peut mettre à l'abri d'une erreur.

On sait que les malades affectés d'inflammation phlegmoneuse du bassin se plaignent souvent de difficulté à uriner. L'existence d'une inflammation au voisinage de la vessie dont les parois peuvent avoir perdu momentanément de leur contractilité, les douleurs qui suspendent également la contraction des muscles abdominaux, rendent facilement compte de cette circonstance. Mais il est des cas, et M. Bell en cite un fort remarquable, où la rétention d'urine est complète et où le cathéter introduit dans la vessie la trouve vide. Il est probable que dans ces cas le gonflement du tissu cellulaire refoule et aplatit l'extrémité inférieure des uretères, de manière à intercepter le passage de l'urine dans la vessie.

Nous noterons enfin parmi les symptômes qui méritent de fixer l'attention, l'existence de douleurs aiguës dans les hanches, les genoux, et s'étendant le long des cuisses, comme dans la sciatique. Ces douleurs sont parfois accompagnées d'engourdissement. Quand elles existent, elles jettent une vive lumière sur le diagnostic; car elles ramènent l'esprit, surtout si elles n'ont lieu que d'un côté, vers l'idée d'une lésion locale, dont les autres symptômes aident ensuite à reconnaître la nature et le siége précis. Rien de plus facile à comprendre que la liaison de la douleur avec un phlegmon du bassin; le passage des nerfs au milieu de tissus enflammés en est sans doute la cause principale. Mais il faut y joindre très-probablement leur compression par le noyau phlegmoneux. C'est du moins ce qu'on peut induire de l'existence de douleurs semblables dans des cas où, en l'absence de tout foyer phlegmasique, la compression des nerfs du bassin reste seule pour en rendre compte. On voit quelquefois la sciatique si directement liée à l'amas de matières fécales soit dans le cœcum, soit dans la partie inférieure des gros intestins, que l'usage de quelques purgatifs suffit pour la faire cesser.

Relativement à l'étiologie du phlegmon du bassin et plus particulièrement à l'influence de la parturition, l'auteur a fait le relevé suivant : sur 45 cas d'inflammation phlegmoneuse où le nombre des grossesses a été noté, 25 ont eu lieu après le premier accouchement, 5 après le second, 3 après le troisième, 3 après le quatrième, 3 après le cinquième, 4 après le sixième et 2 après le septième.

Nous ne relèverons plus, dans le reste du travail de M. Bell, qu'une circonstance, relative à la terminaison de la maladie. Il n'ose affirmer, d'après sa propre expérience, que le phlegmon iliaque se termine jamais par résolution. Ce mode de terminaison est en effet très-rare; cependant il en existe des exemples bien constatés. Dance en a rapporté un cas, Marchall deux, M. Churchill et M. Grisolles chacun deux; ce dernier qui, dans un travail *ex-professo* inséré dans les Archives de médecine (3e série, t. III, p. 137), a fait l'analyse de 73 cas, n'a trouvé que neuf fois la terminaison par résolution. C'est donc par suppuration que se termine presque toujours la maladie; et cette circonstance tient sans doute à des conditions locales parmi lesquelles il faut surtout citer la laxité du tissu cellulaire du bassin, l'indépressibilité des parois, le voisinage des matières fécales et l'impossibilité d'attaquer directement le foyer d'inflammation.

Excision d'une portion du foie, faite chez un homme vivant ; communiquée par M. Macpherson.

Monro a constaté que les lapins souffrent très-peu de l'ablation d'une portion du foie; d'un autre côté, on a souvent vu des malades vivre pendant plusieurs mois ayant perdu une notable partie de ce viscère par suite d'abcès, ou même le foie entier étant converti en un kyste. Enfin, Blanchard (Anat. prat. rationnelle, Amsterdam, 1688) et Diefenbach, dans son journal, citent chacun un exemple de perte traumatique de la substance du foie, s'étant terminée heureusement. Malgré ces précédents favorables, on ne lira sans doute pas avec moins d'intérêt l'observation suivante, qui nous a paru être le plus décisif et le plus détaillé de tous les cas semblables.

Obs. — Un Hindou, âgé de 60 à 70 ans, reçut dans l'obscurité un coup de lance qui l'atteignit à 3 pouces au-dessus et à 2 pouces à droite de l'ombilic. Examiné douze heures après le moment de l'accident, on trouva une portion du foie faisant saillie au dehors, du volume et de la forme de quatre doigts placés les uns à côté des autres. La plaie des parois abdominales qui lui avait livré passage n'avait pas plus d'un pouce de longueur. Le blessé rapporta que le foie était sorti aussitôt que la lance eut été retirée. L'hémorrhagie avait été considérable, mais le viscère paraissait intact.

M. Henderson considérant qu'il serait impossible de faire rentrer le foie sans agrandir la plaie de plusieurs pouces, préféra exciser la portion herniée plutôt que d'en confier l'élimination à l'action de la gangrène. Il commença donc, pour prévenir l'hémorrhagie, par serrer fortement une ligature autour de la base de la partie faisant hernie, puis il la coupa. Malgré cette précaution, deux jets de sang artériel s'élancèrent de la surface de l'incision; il fallut lier à part ces vaisseaux, et enfin on traversa le moignon restant avec une double ligature dont chaque chef servit ensuite à lier séparément une de ses moitiés. Tout saignement cessa dès lors; on laissa dans la plaie la partie non coupée, car on n'aurait pu la refouler dans l'abdomen sans exposer le malade au danger d'un épanchement interne de sang ou de bile. L'opéré eut pendant deux jours un peu de fièvre et de la constipation; ces symptômes cédèrent à quelques légers purgatifs. Le neuvième jour, les ligatures tombèrent, emportant encore un peu du tissu hépatique. La plaie guérit par granulation, sans qu'on ait jamais vu pendant sa durée de bile sourdre de la surface hépatique à nu. Le malade retourna chez lui au bout de trois semaines; revu environ deux mois après, il se portait parfaitement bien.

La partie du foie emportée pesait 38 grammes, après avoir perdu son sang et être restée dans l'alcool durant plusieurs semaines. On remarqua pendant l'opération que sa surface était extrêmement sensible au toucher, tandis que le blessé souffrit à peine au moment où l'on pratiqua l'excision.

Sur la dépuration du sang ; par le docteur Barlow.

La pathologie humorale est en ce moment, et depuis longtemps, en Angleterre, l'objet d'un culte particulier. Les journaux de médecine de ce pays, et l'on peut en juger par le sommaire de cette revue, sont remplis de recherches sur les altérations des divers liquides de l'économie. Peut-être ces recherches n'ont-elles pas toutes le même degré de précision, le même cachet expérimental qui caractérise parmi nous les travaux du même genre; mais cette infériorité, si elle existe, est souvent rachetée par l'originalité des vues et l'entente philosophique des questions. Sous ce dernier rapport, le mémoire de M. Barlow, quoique dépourvu de notions ou de faits précisément nouveaux, est digne de fixer l'attention.

Le but de l'auteur est de rechercher le mode suivant lequel les matières, dites d'excrétion, sont éliminées de l'économie, d'étudier, en un mot, le *mécanisme de la dépuration*. C'est une étude générale dans laquelle les faits particuliers n'interviennent qu'à titre d'éclaircissements.

« *Les animaux vivent de deux choses*, disait Arétée : *d'air et d'aliments.* » Suivant M. Barlow, le sang se débarrasse des matériaux surabondants ou nuisibles par deux moyens : par l'air et par l'eau. Telle est l'expression la plus générale de sa théorie. Voici maintenant comment il la développe.

La nourriture assimilée, celle qui est absorbée et passe dans la circulation, remplit deux buts, tous deux également essentiels au maintien de la vie. Une partie consistant en carbone et hydrogène est brûlée à l'extrémité de l'arbre circulatoire et entretient la chaleur animale; mais cette combustion ne peut avoir lieu sans le secours de l'oxygène, lequel est fourni par l'air admis dans les poumons à chaque inspiration. L'autre partie, contenant une forte proportion d'azote, est employée à réparer les pertes continuelles des tissus, en d'autres termes, à remplacer les matériaux qui se détachent à chaque instant de l'organisme. Donc l'air qui fournit l'oxygène pour la combustion, et la nourriture qui fournit la matière combustible ou le carbone, sont réellement les deux grands soutiens de la vie animale. Chacun sait que les produits de la combustion (acide carbonique et eau) sont rejetés par les poumons et que l'acide carbonique deviendrait pour l'économie un poison s'il était retenu en trop grande quantité dans la circulation. Mais pour qu'il

soit rejeté, il faut qu'arrivé dans les capillaires du poumon, il rencontre dans les cellules, soit de l'air, soit tout autre gaz; car il paraît démontré aujourd'hui que tout gaz, autre que l'air atmosphérique, introduit dans les voies respiratoires, est capable d'extraire l'acide carbonique du sang en vertu de la loi du mélange et de la diffusion des gaz; de telle sorte que, dans le cas d'obstruction des voies respiratoires, comme dans l'immersion ou l'oblitération de la trachée, la mort serait le résultat, non-seulement du défaut d'oxygène, mais encore « de la non-admission dans les cellules pulmonaires d'un fluide élastique agissant comme *dissolvant* de l'acide carbonique et propre à l'attirer hors de l'économie. »

Il suit de là que la dépuration du sang par les voies pulmonaires ne saurait avoir lieu si le sang n'était pas en contact avec l'atmosphère, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une membrane. C'est, en effet, ce qui a lieu, et ainsi se justifie cette proposition que l'air est le principal agent d'élimination des impuretés gazeuses du sang. Il est vrai que l'eau et l'acide carbonique sont, dans l'état normal, les s ules excrétions ou exhalations émanées de la membrane des cellules aériennes; mais l'auteur pense, avec le docteur Alison, que des substances volatiles absorbées dans l'estomac sont rejetées telles quelles, ou du moins sans grands changements dans leur composition, avec l'acide carbonique et l'eau, et que c'est là une voie ouverte à beaucoup de gaz dont le séjour dans le sang serait funeste à l'économie.

Deux autres voies de dépuration sont offertes par le foie et les reins. Or, en quoi consistent les liquides sécrétés par ces organes?

La bile se compose d'eau contenant certains principes solubles. Que ces principes concourent ou non à la digestion, il est certain qu'ils sont, au moins en partie, destinés à être rejetés, et qu'ils ne pourraient sans danger être retenus dans l'économie. L'urine consiste également en eau tenant également en dissolution certaines matières solides, et qu'on peut diviser en deux catégories : 1° les produits organiques inférieurs qui se forment aux extrémités de l'arbre circulatoire, ou, dans le langage de Liebig, les *produits* de la transformation des tissus (urée, urates, etc.); 2° les substances solubles faisant partie des *ingesta*, et qui n'ont pas subi de décomposition dans leur passage à travers les tissus, comme par exemple les sels neutres, certains acides inorganiques, etc. Or le foie et les reins étant destinés à n'excréter que des liquides, il s'ensuit que les éléments de la bile et de l'urine ne peuvent être séparés qu'à la condition de se présenter au foie et aux reins à l'état de dissolution, de même qu'ils ne peuvent passer qu'à cet état dans les conduits excréteurs. Donc le secours de l'eau est perpétuellement nécessaire à la séparation des matières fournies par le sang.

Le cours de l'eau chargée de cet office est tracé par l'auteur de la manière suivante. Reçue d'abord dans l'estomac, elle est absorbée en partie, avec quelques matières solubles non décomposées dans les premières voies, par les capillaires de la veine-porte, charriée avec le sang dans le tronc de cette veine et dispersée dans le foie. Une portion est retenue par cet organe et sert de dissolvant aux produits solides de la sécrétion; une autre, la plus considérable, se mêle toujours, avec les substances qu'elle tient en dissolution, au torrent de la circulation, emporte chemin faisant les produits de la transformation des tissus qu'elle dissout à leur tour, fournit aux autres organes sécréteurs, à la peau, aux reins, etc., l'eau nécessaire à la sécrétion, en dissolvant, dans chacun d'eux, les matières qu'il est plus spécialement chargé d'éliminer. De même donc que la présence de l'air atmosphérique et son libre accès dans les cellules pulmonaires sont indispensables pour l'élimination de l'acide carbonique produit par la combustion du carbone; de même le concours de l'eau et son libre passage par les voies sus-indiquées sont indispensables pour l'élimination des produits organiques inférieurs résultant de la continuelle transformation des tissus et dont le séjour dans l'organisme serait, comme celui de l'acide carbonique, une source de maladies.

L'auteur expose ensuite, à son point de vue, les conséquences générales de tout obstacle au libre passage de l'air et de l'eau dans leurs voies respectives. Les unes proviennent directement de la non-dépuration et de l'intoxication du sang; les autres sont l'effet *purement mécanique* d'une obstruction du passage de l'air ou de l'eau. Quelques faits particuliers viennent à l'appui de cette division. L'auteur cite, par exemple, des cas où une obstruction de la partie supérieure des intestins grêles avait amené une suppression à peu près complète de l'urine; tandis que, par contre, l'urine était très-abondante dans d'autres cas où l'obstruction occupait la partie inférieure du tube digestif.

Au reste, il serait peu utile de suivre l'auteur dans les quelques applications qu'il donne de sa théorie. Pour apprécier la valeur d'idées générales de cette nature, il faut les mettre en présence de l'ensemble des faits connus et presque de la pathologie tout entière. C'est une tâche considérable et qu'on ne s'attend pas sans doute à nous voir entreprendre ici. Nous signalerons seulement dans cette théorie la négligence du point de vue chimique. Dire que l'eau est l'agent d'élimination de certaines substances nuisibles, ce n'est peut-être pas énoncer une maxime aussi importante ni aussi utile (ni même aussi neuve), que l'auteur paraît le croire. Nous louerons dans ce travail une grande généralité de conception et une certaine hauteur de vues; mais la science a déjà dépassé les limites où l'auteur a cru devoir s'arrêter. On s'occupe aujourd'hui de rechercher, non plus si l'eau est le véhicule des produits excrémentitiels, mais comment et par quelles combinaisons chimiques l'eau pure remplit ce rôle. On peut espérer que l'auteur continuera dans cette direction ses remarquables études.

LIGATURE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE POUR UNE PLAIE; par M. CH. HALL.

OBS. — En avril 1841, M. Hall fut appelé en toute hâte par M. Parkinson pour voir M. N., homme âgé de plus de 60 ans, qui venait de tomber de cheval. Il arriva auprès de lui moins d'une demi-heure après l'accident, et trouva les vêtements du blessé pleins de sang; il avait le pouls fébrile, était froid et pâle. En le déshabillant, on reconnut une plaie d'un pouce de longueur, située à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe, et de laquelle s'échappait le sang. Un tourniquet, appliqué sur la fémorale, ne fit que diminuer l'hémorrhagie. Le parti d'opérer ayant été aussitôt pris, on introduisit dans la plaie un long bistouri à lame étroite, avec lequel les muscles furent soigneusement divisés au-dessus et au-dessous du siége de la lésion jusqu'au fascia profond, qu'on mit clairement à découvert et auquel on fit une petite ouverture, qu'on élargit ensuite. Il fallut enlever beaucoup de sang coagulé avant de découvrir l'artère, mais on l'aperçut enfin; on la lia au-dessus et au-dessous de la blessure, et on la coupa entre les deux ligatures. La plaie fut réunie; on appliqua un bandage depuis les orteils jusqu'en haut de la cuisse. Cette précaution soulagea beaucoup le malade et calma le spasme musculaire, qui avait été très-fatigant pendant et immédiatement après l'opération. On donna l'opium à larges doses; aucun symptôme digne d'être mentionné ne survint. Les ligatures tombèrent le douzième jour.

J'ai vu, ajoute l'auteur, mon ancien opéré il y a peu de jours encore : il était à cheval, et me dit qu'on n'aurait pu à présent distinguer le membre autrefois malade d'avec l'autre. Il vaquait librement à toutes ses occupations.

— Les remarques que nous avons faites tout récemment (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 410), à l'occasion d'un cas publié par M. Arnott, nous dispensent d'apprécier de nouveau la conduite qui a été tenue ici; car les deux observations présentent de telles analogies par les circonstances de la blessure, le mode de traitement et le résultat final, que les mêmes réflexions seraient identiquement applicables à l'une et à l'autre. Si nous avons cru devoir rapporter celle-ci avec quelques détails, ç'a été seulement afin de mieux appuyer le principe thérapeutique que nous croyons le meilleur, en multipliant les exemples de succès dus à son application.

CAS D'OBSTRUCTION DES INTESTINS PAR UN GROS CALCUL; par le docteur CAMPBELL.

OBS. — Une dame de 50 ans, d'une bonne constitution, était sujette à des dérangements gastriques pour lesquels elle usait avec succès des laxatifs. Deux pilules purgatives furent prises dans la nuit du 26 août. Le 27, la malade fut prise d'une faiblesse soudaine après une promenade. Peu de temps après, elle eut une selle féculente.

Le 28, vomissement sans douleur; pas de garde-robe. (Une dose de tartre stibié.)

Le 29, le vomissement devient stercoral; les selles sont toujours supprimées. (On donne le calomel et l'opium; un vésicatoire est appliqué sur la région du foie.)

Les jours suivants on a recours aux purgatifs de toute espèce, unis aux antispasmodiques; une saignée est pratiquée. Les vomissements se rapprochent, deviennent de plus en plus stercoraux, sans beaucoup de souffrances, sans angoisses; absence complète de garde-robes; les lavements sont rendus absolument sans matières; le ventre se distend de plus en plus. On constate la non-existence de hernies. Une sonde élastique, introduite le 2 septembre dans l'anus, jusqu'à la hauteur de 15 pouces, ne rencontre aucun obstacle; elle est réintroduite le 5 à la profondeur de 20 pouces, et cette fois, quand on la retire, on s'aperçoit qu'elle est éraillée. On la remplace par une chandelle, et l'on acquiert la conviction, dit l'auteur, qu'il existe deux rétrécissements, l'un à 4 pouces au-dessus de l'anus, l'autre à 4 pouces également du premier.

Enfin, le 6, la malade était dans l'état le plus inquiétant, quand elle rendit un lavement pris soixante-douze heures auparavant. Un autre lavement fut immédiatement donné, qui amena d'abondantes évacuations féculentes. Le 7, *la malade rend par l'anus, sans la moindre difficulté, une concrétion volumineuse.* A partir de ce moment, les garde-robes continuent, et la convalescence s'établit rapidement.

Le calcul était enveloppé d'une couche de matière fécale excessivement dure, sur laquelle se dessinaient les cellules du colon. Il semblait formé de bile concrète, avec des stries de cholestérine. Il pesait trois onces; sa forme était ovale; son plus grand diamètre de 1 pouce et un 6/10e, et son plus petit de 1 pouce.

Ainsi que le remarque l'auteur, il est probable que le calcul avait occupé longtemps, sans donner lieu à aucun symptôme appréciable, l'une des cellules du colon. La superposition successive de couches de matières fécales,

en augmentant son volume, aura facilité son déplacement, et il sera venu alors oblit rer l'S iliaque. De cette circonstance que les lavements étaient reçus et quelquefois gardés plusieurs jours par les gros intestins, on peut induire que le calcul formait soupape, se soulevant pour laisser passer le liquide et retombant de manière à l'empêcher de sortir. Peut-être aussi le double rétrécissement constaté le 5 septembre était-il le résultat d'une contraction spasmodique occasionnée par la présence du corps étranger.

Des faits analogues ont déjà été cités. Dans un cas suivi de mort, cité par Abercrombie (*maladies de l'estomac*), les intestins grêles étaient obstrués par un calcul, qui n'avait pas plus de 4 pouces dans sa plus grande *circonférence*, et 3 pouces et demi dans la plus petite. Au reste, l'obstruction intestinale peut être produite par des corps étrangers d'un volume beaucoup moindre. Chez un vieillard mort à la suite d'une suppression des garde-robes, nous avons trouvé l'iléon complétement oblitéré par une grande quantité de noyaux de cerises, cimentés par des fèces durcis.

CAS DE SIALORRHÉE, AVEC ANALYSE DE LA SALIVE ET DE L'URINE; par le docteur GLOVER.

Ce cas de sialorrhée, relatif à une femme de 35 ans, se distingue par quelques circonstances exceptionnelles. Le flux salivaire s'était formé presque subitement, depuis deux ans. Il cessait pendant le sommeil et reparaissait invariablement au réveil. En même temps, des douleurs se firent sentir par intervalles à l'épigastre, et les urines devinrent très-rares; puis survint un endolorissement le long de la colonne lombaire et dans la région lombaire *gauche*, avec engourdissement du membre inférieur *droit*. Quand le docteur Glover vit la malade, le 18 novembre 1844, la quantité de salive rendue par jour était de 12 à 14 onces, tantôt claire, tantôt chargée de flocons noirâtres; dans ce dernier cas, elle était toujours très-fétide. La quantité d'urine était généralement de 8 à 12 onces.

Le 4 décembre, l'urine du jour précédent, pesant 8 onces, et la salive des deux derniers jours, pesant 22 onces, furent examinées avec soin.

L'*urine*, qui contenait une petite quantité de sédiment rougeâtre, était acide. Sa pesanteur spécifique était de 1,035; 1,000 grains de ce fluide, bien filtrés, donnèrent les proportions suivantes :

Eau.		934,16	ci. . . . 934,16
Matières solides.	Acide urique.	0,70	65,84
	Urée.	16,20	
	Sels d'incinération.	15,70	
	Résidu.	33,24	
			1,000,00

Cette proportion de 65 parties de substances solides est-elle supérieure ou inférieure à l'état normal? C'est ce que, dans l'état actuel de la science, il serait difficile de décider. Le docteur Becquerel (SÉMÉIOTIQUE DES URINES) ne porte pas la pesanteur spécifique au-dessus de 1033,6 qu'il fait correspondre à 55,40 seulement de substances solides; tandis que le docteur Christison attribue à des urines de 1033 de densité 76,89 de ces substances. On voit donc combien ces analyses sont encore de peu de profit pour la science, combien incertaines les inductions qu'on en pourrait tirer.

La *salive*, d'une densité de 1004,2, était alcaline. 4000 grains furent évaporés jusqu'à siccité après filtration. (Les flocons rassemblés sur le filtre sont regardés comme de la ptyaline.) Voici les résultats de cette opération.

Sur 1,000 parties de salive brute :		
Flocons		40,00
Sur 1,000 parties de salive filtrée :		
Eau.		995,50
Matières solides.	Sulfocyanure et chlorure de potassium	0,14
	Graisse et matière extractive soluble dans l'alcool chaud	0,42
	Chlorures	0,25
	Matière extractive soluble dans l'eau.	1,53
	Albumine et mucus	0,40
	Carbonates et phosphates alcalins.	1,43
	Phosphates terreux.	0,13
	Perte	0,20
		1,000,00

Si l'on s'en rapporte à l'opinion généralement admise sur la composition normale de l'urine, il résulterait de l'analyse précédente que la matière extractive et les sels étaient augmentés aux dépens des principes normaux.

Depuis cette époque, le malade a offert plusieurs alternatives d'augmentation et de diminution de la sialorrhée, et constamment on a pu observer un rapport inverse entre la quantité de salive rendue et la quantité des urines. Cet état durait encore en janvier 1846.

CAS D'AMPUTATION DE LA CUISSE DANS L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE, SUIVI DE GUÉRISON; par M. WILLIAMS SANDS COX.

OBS. — Une lingère, actuellement âgée de 23 ans, vint une première fois, le 20 juillet 1842, à l'hôpital de la Reine; elle raconta alors qu'elle avait subi quatorze ans auparavant, à l'hôpital, l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure pour une malad e du genou. Le moignon n'était pas entièrement cicatrisé lorsqu'elle en sortit. Un mois après (et trois mo s après l'opération), les téguments s'ulcérèrent autour de la cicatrice, et il se développa à la partie postérieure du moignon un fongus extrêmement douloureux. Peu à peu, dans l'espace de six ans, la peau devint dure et épaisse, le fongus s'étendit à toute la cicatrice; la malade y éprouvait une sensation de piqûres d'épingles. Elle essaya beaucoup de traitements locaux et généraux, mais sans en retirer presque aucun bénéfice.

Rentrée à l'hôpital le 1er juillet 1844, le moignon présente l'état suivant : dans l'étendue de 3 pouces 1/2 sur la face antérieure, les téguments sont blancs et d'une dureté cartilagineuse; plus haut, ils présentent dans un petit espace l'aspect d'une ancienne cicatrice. Des tumeurs fongueuses, de couleur livide, font une saillie de 4 à 6 lignes çà et là sur toute la surface; ces excroissances, extrêmement tendres, saignent au moindre contact. Les téguments de la partie supérieure du moignon sont dans un état parfaitement normal, ainsi que les veines sous-cutanées et les ganglions lymphatiques de l'aine. Le moignon en général est sensible au toucher; la malade y sent parfois une véritable douleur, et, le reste du temps, des battements. Sa constitution très-bonne la dispose à l'embonpoint.

Comme des remèdes de toute sorte avaient été derechef essayés sans succès, la désarticulation coxo-fémorale parut être indiquée. On y procéda le 1er novembre 1844, en comprimant l'iliaque externe sur le pubis au moyen de l'instrument inventé par Signoroni. On tailla d'abord un lambeau antérieur par ponction en enfonçant le couteau à 1 pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et le faisant sortir 1 pouce au-dessus de la marge de l'anus. L'articulation fut ensuite ouverte, le fémur luxé, le ligament rond coupé, et l'on termina en taillant un lambeau supérieur. (L'existence d'un fongus à 3 pouces de l'anus sur le côté interne et postérieur du moignon empêcha de songer à l'amputation à lambeaux latéraux.)

Le compresseur suspendant toute hémorrhagie dans le lambeau antérieur, on s'occupa d'abord de lier trois artères à la partie postérieure; puis on étreignit à leur tour les fémorales superficielle et profonde. L'opération avait duré trente-cinq secondes. L'hémostase demanda cinq minutes; il n'y eut pas plus de 125 grammes de sang perdu. Des bandelettes et un point de suture maintinrent les deux lambeaux en contact. Le bandage contentif fut fixé à une ceinture qui entourait le tronc.

La malade supporta bien l'opération ainsi que le pansement; elle souffrit plus tard, dans le moignon et l'abdomen, de douleurs que l'auteur considère comme étant anciennes et de nature hystérique. Le lambeau postérieur portait une petite masse fongueuse qu'on détruisit complétement, au moyen du caustique, pendant la cicatrisation de la plaie. — La malade fut tenue à part dans une chambre spacieuse, et on eut soin d'y établir une chaleur toujours égale; on ne lui permit que peu de nourriture, de vin et de bière. Elle sortit de l'hôpital le 5 février 1845, le moignon étant entièrement cicatrisé. Revue le 12 août de la même année, elle continuait à se bien porter.

On constata par l'examen microscopique que la tumeur était de mauvaise nature (*malignant*).

— Les faits du genre de celui-ci ont habituellement le privilége de captiver l'attention au point que le lecteur passe ordinairement, et parfois presque à son insu, du sentiment d'étonnement à celui d'une approbation sans réserve. Il importe cependant de prendre ici en considération les motifs qui eussent pu, ce nous semble, sinon contre-indiquer toute opération, du moins éloigner de la désarticulation du membre entier. D'abord l'articulation n'était point altérée : premier motif qui eût dû engager à tenter si l'amputation dans la continuité, pratiquée très-haut, ne pouvait suffire. A la vérité, la lésion des téguments remontait dans une grande étendue; mais néanmoins « les téguments de la partie supérieure du moignon (c'est le texte lui-même qui l'exprime) étaient dans un état parfaitement normal. » Pourquoi donc ne pas essayer d'abord une opération beaucoup moins grave? Eût-on même dû pour cela conserver quelques-unes des fongosités, ce n'eût pas encore été une objection invincible; quelques applications auraient suffi pour les détruire, comme par le fait elles ont suffi entre les mains de l'auteur à enlever le fongus qui restait.

Enfin, même en approuvant entièrement le parti adopté par M. Cox, deux circonstances contribueraient encore à diminuer, à nos yeux, la valeur du succès qu'il a obtenu. Il est évident, en effet, que l'état sain des parties profondes des os et de l'articulation, que la bonne santé antérieure et actuelle de l'opérée, ont dû puissamment concourir à sa guérison. D'un autre côté, la soustraction soudaine d'une grande partie du corps étant, dans l'amputation coxo-fémorale, une des causes les plus influentes de mort, on ne saurait disconvenir que l'action de cette cause n'ait été ici singulièrement atténuée par le fait de l'amputation subie seize ans auparavant, précédent grâce auquel la malade, au lieu de sacrifier dans la dernière opération presque un

cinquième de son poids total, n'a perdu qu'un court moignon, et un moignon sans doute atrophié par un aussi long défaut d'exercice.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JUILLET.

ECTROGÉNIE. — ENCÉPHALOCÈLE CONGÉNIALE.

M. SERRES communique, au nom de M. Belhomme, un fait d'éncéphalocèle congéniale (ectrogénie adymétrique), très-curieux.

Les auteurs modernes ont porté leur attention sur les cas de difformités qui sont dus, suivant M. Geoffroy Saint-Hilaire, à une adhérence des organes primitivement formés avec les dépendances placentaires. Il en résulte que ces organes sont maintenus au dehors des cavités et que les parois de ces cavités ne peuvent les recouvrir. Le cas dont il s'agit appartient à ce genre d'ectrogénie; le cerveau et les membranes ont été, pour ainsi dire, suspendus par une adhérence à la membrane amnios, et les os n'ont pu se développer autour. Voici, du reste, les principaux détails de cette intéressante observation. Il s'agit d'un enfant né le 26 mai 1846, avec la difformité suivante: la tête représente une masse informe, le crâne n'existe pas, les os pariétaux, le coronal et une portion de l'occipital manquent, et à leur place s'élève une tumeur qui paraît renfermer le cerveau. Cette tumeur est constituée par une membrane d'un aspect fibreux; au côté gauche de cette masse s'aperçoit une seconde tumeur, qui paraît renfermer de la matière cérébrale appartenant au lobe postérieur; elle a une couleur blanche nacrée. En arrière de ces tumeurs, qui sont mobiles et compressibles, on aperçoit la nuque parfaitement formée et qui doit contenir le cervelet, la protubérance annulaire et la portion bulbeuse de la moelle allongée. En avant et au-dessous de la tumeur on voit un rudiment de la face; la mâchoire supérieure est très-imparfaitement développée; la voûte palatine est fendue, ainsi que le voile du palais; le nez est fendu, aplati, dévié à droite et plus développé de ce côté. A gauche, il n'y a qu'un rudiment de cet organe. A la place de la voûte palatine, on rencontre une portion membraneuse qui est adhérente d'une part aux os et de l'autre à la portion supérieure de la tumeur cérébrale. La bouche est complète, à l'exception de la lèvre supérieure qui manque et offre un bec-de-lièvre fort large; la langue existe dans son intégralité; la mâchoire inférieure est développée normalement et ses mouvements sont réguliers; les orbites manquent en partie, surtout à droite; les yeux existent à peine; les globes oculaires sont atrophiés; l'œil gauche est seul visible.

Le reste du corps est parfaitement conformé. Toutes les fonctions s'accomplissent d'une manière régulière. Au bout de deux jours la tumeur cérébrale s'échauffa; l'enfant commença à avoir quelques convulsions; tout annonçait un travail inflammatoire qui finit par le faire succomber le sixième jour de sa naissance.

L'autopsie présenta beaucoup de faits curieux. Les os du crâne manquaient, et cependant on a trouvé les traces de l'organisation de la peau, du tissu cellulaire des enveloppes du cerveau, le cerveau lui-même; un détritus de membrane étrangère à la tumeur est flottant et appartient à l'amnios. La première dissection laisse apercevoir un rudiment de peau qui se continue avec celle du col; mais toutes ces parties étaient imparfaites d'organisation à mesure que l'on s'approchait du lieu d'adhérence placentaire. La peau est représentée par une pellicule à peine visible; les diverses membranes situées au-dessous sont plus ou moins adhérentes et à peine vasculaires; le cerveau manque de circonvolutions; enfin cette imperfection d'organisation qui est si bien démontrée par l'examen attentif, indique un arrêt de développement qui cesse aux parties centrales. On distingue parfaitement le cervelet, la protubérance et le bulbe rachidien; l'origine des nerfs est distincte; les artères sont peu développées et comme atrophiées au sommet de la tumeur.

L'injection artérielle a prouvé évidemment, ce qui est d'ailleurs reconnu généralement, que là où il y a atrophie d'organisation il y a aussi atrophie des vaisseaux. L'artère vertébrale, les artères méningées postérieures et moyennes, sont plus développées que les artères méningées antérieures.

L'examen attentif de la base du cerveau et même de l'intérieur de toutes les cavités, donne aussi la preuve de cette multiplicité de vaisseaux qui, au contraire, sont très-rares au sommet de la tumeur, en raison de la pauvreté d'organisation des membranes qui environnent ces parties difformes.

M. Belhomme résume les réflexions que lui ont suscitées les particularités anatomiques de cette autopsie, dans les propositions suivantes:

1° L'ectrogénie provient quelquefois d'une adhérence d'une partie quelconque des organes formés dans les premiers temps de la conception, avec les dépendances placentaires.

2° Ces organes ainsi suspendus n'acquièrent pas la forme et le volume ordinaire, ce qui cause la différence.

3° Il y a une coïncidence marquée entre le défaut de développement organique et l'atrophie des vaisseaux qui se rendent à ces tumeurs ectrogéniques.

4° Ce fait ne peut que corroborer l'opinion scientifique, au point de vue anatomique, physiologique et organique.

M. ROUX donne à cette occasion quelques détails sur un fait semblable dont il a eu récemment communication. — Il offrait toutefois avec celui-ci cette différence, que l'encéphalocèle occupait seulement la portion postérieure du crâne. L'issue fut d'ailleurs la même.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE DES VÉGÉTAUX PAR LES SELS DE FER.

M. EUSÈBE GRIS met sous les yeux de l'Académie quelques résultats des expériences qu'il poursuit au Jardin des Plantes sur l'application des sels de fer à la végétation, et spécialement au traitement de la chlorose végétale. Tantôt il provoque l'absorption de ces sels par les racines, tantôt par voie épidermique. Ce sont les résultats obtenus par cette dernière méthode que l'auteur présente aujourd'hui à l'Académie, à l'effet de démontrer combien l'action des ferrugineux solubles sur la chromule est spéciale et locale en même temps. Il opère sur des plantes de familles naturelles les plus diverses, et surtout sur des chênes de l'Amérique du Nord, dont quelques-uns présentent la totalité de leurs rameaux dans un état de chlorose plus ou moins avancée. Quelques-uns de ces rameaux sont immergés un instant dans une faible dissolution de chlorure ou de sulfate de fer. Après quelques jours, les feuilles de ces rameaux reverdissent sur la totalité du limbe, ou plus souvent la révivification de la chromule s'annonce par des macules vertes plus ou moins larges, que de nouvelles immersions finissent par rendre confluentes. Le rameau expérimenté reprend peu à peu un air de vie individuelle et une vigueur de végétation qui contrastent d'une manière remarquable avec celles des rameaux voisins.

En général, l'animation de la chromule est d'autant plus prompte que la température est plus élevée, et que la feuille est plus molle et plus celluleuse.

D'après les nombreuses expériences comparatives de l'auteur, tous les sels, autres que les sels de fer, sont impuissants pour produire sur la chromule des effets analogues à ceux qu'il signale dans cette note.

M. ADOLPHE BRONGNIART se plaît à déclarer qu'il a répété les expériences de M. Gris, et qu'il a obtenu des résultats conformes à ceux qu'annonce ce botaniste.

ŒUF DOUBLE. — MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION.

M. SEGUIN adresse un œuf de poule remarquable par son volume extraordinaire, et surtout par ce fait qu'il en contient un second. L'œuf extérieur a 88 millimètres de long et 59 millimètres de grand diamètre transversal. Deux ouvertures de quelques millimètres ont été faites à la coquille extérieure, et il en est sorti distinctement deux jaunes et deux embryons. C'est alors qu'a été constatée l'existence de l'œuf intérieur actuellement encore plein; ce second œuf est pourvu de son incrustation calcaire, et ne s'éloigne pas des dimensions d'un œuf de poule ordinaire.

Il ne peut être douteux, pense M. Seguin, que l'œuf extérieur ne soit venu, après la formation complète du premier, l'envelopper avec les deux embryons qui ont été évacués.

ERGOTINE HÉMOSTATIQUE.

M. BONJEAN (de Chambéry) envoie de nouveaux détails sur le résultat de ses expériences touchant l'action hémostatique de l'ergotine.

Sur quelques observations de M. Velpeau, les communications de M. Bonjean, qui étaient destinées au concours pour le prix de physiologie expérimentale, sont renvoyées à la section de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

La parole est maintenue à M. Pariset, qui continue sa lecture, commencée dans la précédente séance, en ces termes:

Allons plus loin: après ce sixième siècle, M. le rapporteur traverse sans s'y arrêter les siècles suivants, y compris le quinzième. Pourquoi cela? C'est que, selon lui, pendant cette longue période, les choses, bien qu'éclaircies, ne l'étaient pas encore assez, et qu'elles ne l'ont été complétement qu'après l'établissement des lazarets. Étrange façon de raisonner! Vous écrivez l'histoire des pestes, et vous ne faites pas l'histoire des lazarets. Mais cette histoire est un élément essentiel de la vôtre; et si par hasard il était entré dans votre esprit, comme on l'a cru, de faire sentir l'inutilité des établissements sanitaires, vous auriez dû montrer d'abord qu'en formant les leurs, les Vénitiens et les Espagnols manquaient d'expérience et de raison; qu'ils n'entendaient rien à la peste, et qu'ils sacrifiaient gratuitement leurs intérêts à des craintes imaginaires et à la plus honteuse ignorance, et cela démontré, vous en eussiez tiré des conclusions contre les peuples assez insensés pour imiter l'exemple de Mayorque et de Venise. Mais, au contraire, cette histoire vous eût appris que la peste existait toujours; qu'en 746 et 842, aussi bien qu'en 892, 894 et 910, elle fut portée d'Égypte à Constantinople, dont elle fit presque une solitude; et si vous consultez les chroniqueurs de Venise, Gallicioli, Diédo, Sansovino, si vous consultez surtout l'excellent historien de cette nouvelle Tyr, M. Daru, vous verrez que, dans ce même temps, Venise sortant de ses lagunes, faisait avec les musulmans ses premiers essais de commerce en leur vendant des chrétiens pour esclaves, comme ceux de Verdun en avaient vendu aux Arabes d'Espagne, et que tant que ce commerce fut limité, ou qu'il fut suspendu par les rivalités des Orientaux, Venise, comme le remarque Robertson, n'eut point la peste; mais lorsqu'elle fut assez forte pour entreprendre des conquêtes, lorsqu'elle eut couvert la Méditerranée de ses vaisseaux et qu'elle fit à la fois le commerce et la guerre, elle fut envahie par une suite de pestes effroyables. En six siècles, de 901 à 1500, elle en a eu soixante-trois. Toutes venaient du Levant sans exception; elles ne se bornèrent pas toujours à Venise: elles allaient en terre ferme, à Vérone, à Ferrare,

à Bologne, à Florence, à Pise, à Gênes; à Gênes, qui l'avait de son côté de la même source, et particulièrement encore de la mer Noire. Elles allaient aussi quelquefois dans tout le Nord, d'où elles revenaient à Venise. Je le dis avec une sorte de douleur : pour un historien de la peste, ces six siècles seraient sans comparaison les plus instructifs; on y verrait figurer toutes les contrées d'Europe, depuis Cadix jusqu'à l'Islande, et depuis Constantinople jusqu'au Danemark, avec perte, ici du quart ou du tiers, là, de la moitié ou des deux tiers de la population. Quelle plume écrira jamais ce que j'appellerais à juste titre ces cruelles tragédies? Je ferai remarquer toutefois que la plus maltraitée de tant de villes, Venise fut conduite par l'excès de ses malheurs, d'abord à proscrire la vente, et bientôt à détruire, à brûler les effets des morts, deux mesures qui la délivrèrent momentanément de la peste, et que des pertes ultérieures lui firent créer, en 1448, un bureau de santé, et finalement, en 1484, un lazaret, qui a servi de modèle à l'Europe, qui, sous le gouvernement des Vénitiens, a protégé le Péloponnèse, qui a obtenu les suffrages de Montesquieu aussi bien que ceux de Voltaire, et qui, sauf les garanties que vient de donner à l'Europe la Sublime-Porte, serait encore l'unique sauvegarde de la Russie. J'ajoute que dans les premiers temps du lazaret vénitien, on y mettait en observation tout navire venant d'Alexandrie, par cela seul qu'il venait d'Alexandrie, et n'eût-il pas eu à la mer le plus léger indice de maladie. Blâmer aujourd'hui ce trait, ou, si l'on veut, cet excès de prudence, serait, ce me semble, une grande légèreté d'esprit.

J'oserai le dire encore à M. le rapporteur : ou il fallait donner l'histoire complète des pestes, ce qui est désormais impossible, ou, dans le peu qu'on en a voulu donner, il fallait du moins porter l'exactitude la plus rigoureuse. Cette exacte rigueur ne s'est pas trouvée jusqu'ici; voyons si elle sera plus loin. « *Au* » *seizième siècle*, dit le rapport, *on n'a observé qu'une seule peste en Égypte.* » Une seule? laquelle? car j'en connais plus d'une. Est-ce celle de 1565, qui fut portée d'Alexandrie à Venise, et que je vois sur le catalogue de Gallicioli? Est-ce celle de 1580, de 1581, de 1582, de 1583, qui était à Memphis et au Caire; peste que vit Prosper Alpin; peste qui enleva, dès la première année, 500,000 personnes, entre autres 80,000 jeunes filles, sans compter les serviteurs, les enfants, les chrétiens, les juifs, et ceux qui, n'étant pas pères de famille, étaient et sont peut-être encore comptés pour rien parmi les Turcs? Cette peste de 1580, dont parle de Thou, vint d'Orient en Italie, en Espagne, dans le nord de l'Europe, puis en France, à Paris, à Laon; on ne savait comment la traiter. Est-ce enfin celle de 1592, que je vois sur la liste du comte Ciantar, et qui fut portée encore d'Alexandrie à Malte? Où donc M. Rossi a-t-il pris ses chiffres? Précisément dans le même temps, le prince Radziwil, que son voyage a rendu si célèbre, visitait l'Orient; il vint en Égypte. Il y apprit que, terme moyen, l'Égypte avait la peste tous les sept ans, et que les Turcs n'en tenaient aucun compte; il apprit aussi qu'il se faisait chaque année deux voyages d'Égypte à Constantinople et de Constantinople en Égypte, et que les chrétiens et les Turcs se captureraient réciproquement à la mer : d'où l'on voit que pour se propager, la peste avait toujours cette double voie de la guerre et du commerce. Aussi fut-ce par 150 prisonniers turcs que la peste fut portée, comme je viens de le dire, à Malte, en 1592. Elle était cette même année en Candie, dans l'armée vénitienne qui combattait les Turcs. Ces données établies, est-il étonnant que, dans le cours de ce siècle, elle ait paru, je ne dis pas dans l'Asie Mineure et la Syrie, mais dans la Turquie d'Europe et dans presque toutes les parties de ce continent? M. Rossi n'en compte que 68, j'en ai compté 80; mais si elles y étaient si multipliées, c'est que l'Égypte l'avait, non pas seulement tous les sept ans, comme on le disait au prince Radziwil, mais toujours, mais en permanence constante, comme elle y est encore au moment où je parle. On n'a point de registres en Égypte; je n'en ai trouvé que dans des couvents chrétiens. Ces registres sont très-imparfaits; on y voit des lacunes considérables. Les plus anciennes dates ne remontent pas au delà de 1679. Faute de registres, et par conséquent de dates précises, on ne distingue les pestes que par des noms tirés de quelques circonstances particulières : on dit, par exemple, la peste d'Ismaïl-Bey, la peste du Corbeau, ce qui est ne rien dire. Toutefois, si ces papiers ne m'avaient pas dit que la peste était en Égypte en 1696, en 1700, en 1701, personne en Égypte ne me l'aurait pu dire. Avant que M. de Sacy eût traduit le médecin arabe Abdallatif, qui eût jamais soupçonné en Égypte l'horrible famine, ou, si l'on veut, l'horrible peste de 1200 et de 1201? et quel Égyptien parlerait aujourd'hui de la peste, du scorbut contagieux que vit Joinville dans l'armée de saint Louis? De 1500 à 1600, on a donc eu la peste en Europe; on l'a eue souvent et presque partout. On savait qu'elle venait du Levant, on le savait, on le disait; mais on s'en tenait à cette désignation vague et générale, on n'allait pas plus loin. Mais ces pestes étaient-elles autant de pestes distinctes? Non, sans doute; et voulez-vous un exemple de la singulière façon dont les pestes naissaient les unes des autres, comme on disait que naissaient l'un de l'autre les magnifiques palais d'Alexandrie? Écoutez ces paroles de Mercurialis : « Dans les années qui viennent de s'écouler (c'est-à-dire dans les années antérieures à 1576), Constantinople avait » beaucoup souffert de la peste. Le mal vint ensuite en Sicile, puis à Trente, à » Vérone, à Mantoue, et cette année 1576, à Venise, à Padoue, puis enfin à Milan. La Transylvanie et même une grande partie de l'Allemagne n'ont pas » moins souffert. » J'ajoute que Vicence l'eut à son tour; et dans cette dernière migration, Massaria, plus explicite que Mercurialis, vous montrera comment se sont faites toutes les autres. C'est un secret que mettent à découvert les six pestes que Félix Plater vit à Bâle dans ce même siècle. Je dis six et non pas sept, parce que la septième n'eut lieu que dans le siècle suivant, car le calendrier des pestes n'est pas comme le nôtre; elles enjambent souvent sur les siècles, et il en est beaucoup qui appartiennent à deux siècles à la fois. Ces six pestes de Plater ont duré seize années, et si je comptais comme on le fait souvent, j'en ferais seize pestes distinctes. Antoine Poeti, dans le même temps, en vit une à Rome qui dura quatre ans. Une autre en Italie en avait duré douze. La dernière peste de la Valachie en a duré six; et puisque je dois passer maintenant du seizième au dix-septième siècle, c'est un exemple analogue qui me servira de transition. En 1596, la peste était en Flandre (c'est Mercatus qui parle); elle fut portée de Flandre en Espagne, à Santander, par des vêtements et des marchandises. Cette même année, chose étrange! elle était à Rennes, où se trouvait la mère de Descartes. Elle était grosse; elle vint faire ses couches en Touraine, à La Haye, et là, elle mit au monde son fils, le philosophe. Je reprends. De 1596 à 1602, cette peste de Santander se répandit successivement par des fugitifs dans les provinces voisines; elle gagna Tolède, Madrid, Alcala, Séville, la Puebla, etc.; en un mot, elle pénétra dans quatorze grandes villes d'Espagne, et jusqu'à Lisbonne. Voilà donc une peste qui se multiplie par elle-même, et en produit autant qu'elle occupe de lieux différents; remontez à l'origine, vous n'en trouverez qu'une. D'autres exemples vont venir. Dans le dix-septième siècle, dit M. le rapporteur, on ne vit que deux pestes en Égypte; mais dans une lettre écrite en 1671 par M. Tiger, consul de France en Égypte, on lit ces propres paroles : « La peste est » dans presque tous les lieux de ce royaume. » Et d'une. Ensuite je lis dans les registres du couvent de la Terre-Sainte : « En 1679, la peste est en Égypte. » Et de deux. En 1686, M. Magy, autre consul, écrivait en juillet : « Voilà trois mois » et demi que la peste nous tient renfermés. » Et de trois. En 1692, M. Maillet écrit de son côté : « La peste rapporte au pacha, en trois ou quatre mois, 2 à » 300,000 écus. » Et de quatre. En 1693, l'Égypte ou plutôt la Turquie est en guerre avec les Vénitiens. Des vaisseaux français sont pris de force ou nolisés par les Turcs, pour transporter des troupes d'Alexandrie en Candie; la peste s'embarque avec eux. Et de cinq. Enfin, je lis encore dans mon couvent qu'en 1696 la peste est au Caire. Maillet en parle dans sa correspondance, et Poncet dans les LETTRES ÉDIFIANTES. Comptons : au lieu de deux pestes, en voilà six. Six! c'est bien peu pour une endémie, et le calcul qu'on a fait au prince Radziwil serait-il un calcul faux? Pour moi, je ne sais quelle voix me crie que, dans ce dix-septième siècle, la peste n'a pas plus quitté l'Égypte qu'elle ne l'a quittée dans le dix-huitième, et par là je comprends ces nuées de pestes qui, dans le cours de ce dix-septième siècle, ont inondé l'Europe, de Naples et Rome jusqu'à Londres, et de Cadix jusqu'à Stockholm. Vingt grandes capitales furent envahies, et sur le bord des mers et dans l'intérieur du continent. Pour embrasser tant de contrées et de villes dans une seule peste, ainsi ramifiée des milliers de fois, il me suffirait d'apprendre qu'une peste s'est en effet montrée avec quelque violence sur un point quelconque de la Turquie d'Europe. Or, en 1613 et en 1623, elle était furieuse à Constantinople et dans toute la Grèce, comme elle le fut plus tard dans les États barbaresques; et si celle-ci fut l'origine de la peste qui envahit la Hollande, et par la Hollande une partie de l'Angleterre, c'est à celle-là peut-être qu'il faut rapporter, comme le dit Astruc, ce grand faisceau de peste qui, parti en 1623 de la Turquie, se déploya sur la Pologne, sur l'Allemagne, sur toute l'Europe. Elle entra en France; en 1626, 1627, 1628, elle était à Toulouse et à Lyon; en 1629, à Digne et à Narbonne; en 1630, à Montpellier, où Ranchin la voyait si différente de la peste d'Athènes. Dans le même temps, elle était en Suisse et chez les Grisons; ce sont les Grisons, qui, par des condottieri, la firent passer à Milan. C'est cette peste de Milan où Sestala, que nous appelons Septal, fut si maltraité, malgré son âge, son savoir et ses services; c'est cette peste qui forme le touchant épisode du roman de mon ami Manzoni. Qui ne s'étonnerait, du reste, de voir tant de villes de France mutilées si cruellement par un trait lancé pour ainsi dire ou du Caire, ou d'Alexandrie, ou seulement de Constantinople? Mais au souvenir des catastrophes de la Provence en 1720, 1721 et 1722, on cesse de s'étonner. A l'égard des soixante-sept pestes que M. le rapporteur reconnaît en Europe dans ce dix-septième siècle, je ne contesterai qu'un point : il donne seulement trois pestes à l'Espagne. J'en connais dix-sept; et si je voulais compter celles qui, dans la même année et dans les années suivantes, sont allées d'une ville à l'autre, j'élèverais ce nombre à plus de soixante. Toutes sont exotiques ou étrangères à l'Espagne, sans exception. Il en est qui viennent de pays européens, il en est qui viennent directement du Levant; il en est enfin qui ont été portées en Amérique, jusqu'à Buénos-Ayres, et à six cents lieues plus loin, jusqu'à Lima. C'est peut-être une de ces pestes que rencontra Rower, l'élève de Sydenham, médecin-pirate et auteur de la poudre qui porte son nom. Il perdit de cette peste une partie de son équipage. C'est le docteur Alsivia, médecin de Mexico, qui a décrit cette peste de Lima. En 1625, on vit quelque chose de semblable aux îles Bermudes, voisines des États-Unis. La peste y fut portée par un ballot de coton; elle y fut cruelle; elle laissa à peine assez de vivants pour enterrer les morts. Tels sont les changements que j'engagerais M. le rapporteur à insérer dans la nomenclature de ses pestes dans le dix-septième siècle, surtout à l'égard de l'Espagne, celle de toutes les nations de la terre qui a peut-être produit le plus d'écrivains sur la peste, et qui, si je ne me trompe, a conservé sur cette maladie tous les sentiments des Orientaux. Et cependant, le dirai-je? à quoi bon cette nomenclature si sèche et si stérile? Quelles lumières peut-elle donner sur l'itinéraire, ou plutôt sur la filiation de toutes ces pestes, c'est-à-dire sur le seul point de cette grande question qu'il importerait surtout de manifester au grand jour? car c'est par là seulement que les peuples peuvent apprendre ce qu'ils ont à craindre, et les rois ce qu'ils ont à faire : les rois pour être plus vigilants; les peuples pour être plus dociles et plus amis d'eux-mêmes.

Mais c'est surtout dans le dix-huitième siècle que se montre plus sensiblement une étroite liaison entre les pestes de l'Égypte et celles de l'Europe. M. le rapporteur dit que, dans ce siècle, on l'a vue dix-neuf fois en Égypte. Ce nombre, que je suppose donné par M. Rossi, est précisément le nombre que m'a donné le relevé des couvents; M. le rapporteur semble l'adopter, et cependant il produit plus loin la liste qu'un vice-consul de Russie, M. Lavison, tient d'un cheik arabe, et qui a été prise dans les archives de la grande mosquée du Caire. Cette liste réduit à dix les pestes du dix-huitième siècle en Égypte. Quelle est celle de ces

deux listes que préfère M. le rapporteur? Toutefois, il suivrait de ce second chiffre que l'intervalle moyen d'une peste à l'autre serait exactement de dix années, au lieu que le résultat du premier serait d'un peu plus de cinq. Je remarque aussi que la liste de M. Lavison ne parle point de la peste de 1791, de cette peste d'Ismaël-Bey, qui fut si cruelle. On dit qu'elle fut importée dans des étoffes. Si le fait est vrai, cette peste ne prouverait pas l'endémicité, mais elle prouverait pour la contagion. Toutes ces données sont peu sûres. Des recherches plus étendues, faites de 1700 à 1800, m'ont donné, pour l'Égypte, quarante-deux pestes assez graves pour mériter le nom d'épidémies (je ferai voir plus loin ce qu'il faut penser de cette qualification). Par là, la durée moyenne entre deux pestes ne serait que d'un peu moins de deux ans et demi. Il est à la vérité de ces épidémies qui se sont succédé sans intervalle douze années de suite, d'autres trois, d'autres quatre, d'autres cinq. Cette somme de vingt-quatre, ou plutôt de vingt, déduite de quarante-deux, réduirait le total primitif à vingt-deux, nombre encore supérieur à dix-neuf. De tous ces chiffres, lequel préférer? J'inclinerais sans balancer pour le plus grand. Si, dans ce dix-huitième siècle, la peste semble plus fréquente en Égypte, c'est qu'elle y a été mieux observée et mieux suivie; et ce siècle est pour moi la fidèle image de tous les autres. M. le rapporteur ne compte dans ce siècle que sept pestes pour la Turquie d'Europe; j'en puis citer quinze. J'élèverais ce chiffre à dix-sept; car pendant vingt ans de séjour en Orient, Makensie n'a vu que trois années sans peste. La terrible peste de 1751 venait d'Égypte. Dès 1750, elle était au Caire. M. le rapporteur ne compte pas celles qui ont ravagé (c'est le mot) l'Asie Mineure, la Syrie, les îles de la Grèce, les États barbaresques, Tunis, Alger, etc., et de celles-là j'en ai compté trente-neuf; et celles-là, qui me font croire aux quarante-deux de l'Égypte, celles-là, il ne fallait pas les exclure; car ce sont celles-là surtout que l'œil voit naître des pestes égyptiennes, comme on voit un enfant naître du sein de sa mère. Ce que je dis de celles-là je le dis de toutes les autres. Donnons des exemples, comme j'en ai donné pour la fièvre jaune. En 1701, la peste est au Caire; elle est à Alexandrie; deux navires la portent à Tunis et à Tripoli de Barbarie. Dans la traversée, un de ces navires avait jeté à la mer 140 hommes morts de peste. En 1702, elle est à Constantinople, où l'a vue Paul Lucas. En 1705, elle est en Égypte; elle va à Constantinople; elle va à Tocat et dans les environs, témoin oculaire, Paul Lucas; elle va en Sardaigne; elle va à Tunis. Barcelone le sut et prit ses mesures; elle parut même à Malaga. L'année suivante (1706) elle va dans l'Asie Mineure, à Éreiglé, à Tarssus : encore Paul Lucas. L'année d'après, elle va à Tripoli, où elle vient souvent, dit le même voyageur. A partir de ce moment, et même de 1701 à 1716, c'est-à-dire pendant quinze années, comme on le voit dans les annales de Breslau, la peste, dit Kanole, régnait dans toute l'Europe; et dans le cœur du continent, Pologne, Allemagne, Prusse, Holstein, etc.; et dans toutes les villes du Nord, Dantzick, Hambourg, Copenhague, Stockholm, etc. La première peste, ou la peste génératrice, était partie de Constantinople, comme celle de Constantinople était partie de l'Égypte. Telle est la constante, telle est l'invariable progression. Or cette progression, si vous la faites perdre de vue, si vous augmentez les pestes dans l'Occident, en même temps que vous les diminuez dans l'Orient, vous conduisez les esprits à supposer que les pestes sont encore plus spontanées dans l'Occident qu'elles ne le sont dans l'Orient, paradoxe que démentent tous les faits historiques, et que renverserait la remarque faite récemment par un illustre orateur, savoir, que vous pourrez toujours suivre la marche des pestes d'Orient en Occident, mais que vous ne les verrez jamais prendre une marche inverse et rétrograder d'Occident en Orient. Je reprends. Nous sommes en 1716. En 1717 et surtout en 1718, la peste est au Caire, comme je l'ai dit ailleurs, si terrible qu'elle tue subitement; en cinquante jours, elle enlève deux cent mille hommes. Peu après elle est à Lataquié, elle est à Alep; en 1719, elle est en Chypre et dans toute la Syrie; en 1720, elle est à Marseille, et vous savez tous les maux qu'elle a faits pendant trois années dans toute la Provence; en 1726 et 1727, elle est au Caire et même dans la haute Égypte. Le père Sicard, missionnaire si célèbre, en meurt le 12 avril, comme le disent les LETTRES ÉDIFIANTES; l'année d'après, en 1728, elle est à Smyrne, à Payas, à Beylan, à Alep; en 1729, dans toute la Syrie; en 1730, dans l'Albanie, la Bosnie, la Dalmatie. En 1731, elle est au Caire; en 1732, à Saint-Jean-d'Acre, à Naplouse, à Rama; en 1733, à Alep. En 1736, elle est au Caire; en 1737, à Smyrne; en 1738 et 1739, dans l'Ukraine et à Odzacow, car alors les Russes et les Turcs se faisaient la guerre. Elle va jusque dans la Hongrie. En 1740, elle est en Égypte, puis à Smyrne, puis elle est portée dans la régence d'Alger par un navire français qui venait d'Alexandrie. L'année suivante (1741) elle est encore au Caire, puis à Ceuta, dans la Morée, dans la Syrie, dans l'Archipel; en 1742, dans le Maroc et la Bosnie, à Alep, où elle était déjà en 1741; elle s'y maintient quatre ans de suite. En 1743 et 1744, toujours au Caire, puis dans toute la Syrie, puis à Messine, par un navire arrivé de Patras, où la peste était venue par un autre chemin. A propos de cette peste de 1743, à Messine, et de 1744, au Caire, j'aurais à produire devant vous des singularités étonnantes. Souffrez que je les réserve pour une autre séance. Enfin, pour clore sur ces voyages, si uniformes, sur ces transmissions si parfaitement identiques, entre-croisées dans leur cours par des centaines de transmissions latérales, mais où le point initial et primitif est toujours le même, je ne citerai plus qu'un petit nombre de faits. En 1752, la peste fut portée d'Égypte à Alger par des hadjis, c'est-à-dire par des Maures qui revenaient de la Mecque. En 1759 parut au Caire la peste du corbeau, ainsi nommée, parce que la ville presque déserte semblait n'être plus habitée que par des corbeaux. Peu de temps après, éclata en Syrie une fièvre qui avait toute la malignité de la peste, et qui était en effet une peste déguisée, comme on l'avait vu à Vienne en 1712. En 1760, cette fièvre, devenue véritable peste, envahit tout Saint-Jean-d'Acre, et Alep, et Damas, où l'on eut jusqu'à quatre et cinq mille morts dans un jour. Cette même année, et l'année suivante (1761) elle fut en Chypre, légère d'abord, puis terrible; elle y enleva vingt-deux mille personnes. Larnaca, que j'ai vue, ne l'eut qu'après février; et là se passa dans la maison du consulat de France un de ces faits qu'Évagrius a signalés le premier, que l'on retrouve dans quelques observateurs, et que je dois également réserver pour un autre moment. Rappellerai-je encore qu'en 1765 un navire français part d'Alexandrie pour Larnaca. Dans la traversée, c'est-à-dire dans un trajet de cent et quelques lieues, sur treize hommes de son équipage, il en perd six par la peste; on le met en quarantaine; le garde de santé que l'on place à bord meurt de la peste. Bel exemple d'infection! oui sans doute; mais nous verrons plus tard ce qu'il faut entendre par un terme si étrange. J'insiste, vous le voyez, sur ce dix-huitième siècle. J'insiste, afin de rendre de plus en plus manifeste ce redoutable lâcis que les cruelles mains de la peste ont tissu, pour ainsi dire, entre toutes les nations de l'Europe, pour les envelopper dans les mêmes malheurs; car n'oublions jamais que si les premières années de ce siècle ont été marquées par le désastre de Marseille, ses dernières l'ont été par le désastre de Moscou, deux villes distantes de six cents lieues l'une de l'autre, sous des parallèles ou sous des climats si différents, assises, la première, sur le bord d'une mer qui la livrait à la peste, la seconde au centre d'un vaste continent qui devait la défendre; mais toutes deux surprises, l'une par les plus trompeuses apparences, l'autre par la plus frauduleuse marche d'un ennemi qui se cache, qui se glisse en rampant de village en village et de ville en ville, sur les pas de quelques soldats, de quelques voyageurs, de quelques marchands, mal négligé des deux parts, méconnu, douteux, objet de débats entre les peuples, entre les médecins, entre les magistrats, s'allumant, s'agrandissant à la faveur de ces discordes, et détruisant enfin par la mort de leurs habitants l'opulence et le bonheur de deux grandes cités. N'oublions pas surtout que, de même que tous les autres fléaux de cette nature, ceux-là s'étaient formés et nourris à la même source. C'est uniquement sur ce fait si capital, qu'au défaut de M. le rapporteur j'ai voulu attacher votre attention.

Je m'arrête, messieurs; je n'entre point dans la statistique que vous donne M. le rapporteur sur les pestes qui ont paru dans le siècle où nous sommes. Cependant j'y vois des fautes encore plus palpables que dans les précédentes : par exemple, de 1801 à 1845, il ne compte que huit pestes en Égypte; j'en puis compter vingt et une. Celle de 1801 alla jusqu'en Nubie, jusqu'à Wadi-Haldi, jusqu'au Darfour; celle de 1810 s'étendit de Bourlos à Syène et d'Alexandrie à Suez, c'est-à-dire de l'est à l'ouest et du nord au midi de toute l'Égypte. Celle de 1818 fut portée d'Alexandrie à Tanger par un navire anglais, comme celle de 1784 l'avait été d'Alexandrie à Tunis par le capitaine Gantheaume; et de même que M. le rapporteur n'a point parlé de la peste portée en Syrie du temps de l'armée française, de même il ne dit rien de la peste de l'armée égyptienne dans la Morée. Du reste, messieurs, des statistiques! à quoi bon? J'ai le malheur de ne rien comprendre à de telles superfluités, lesquelles s'effacent de la mémoire comme elles s'effacent de l'air aussitôt qu'on les a prononcées. Ce n'est pas le nombre des faits qui m'intéresse, ce n'est pas cette multitude anarchique qui m'éclaire : ce sont les rapports que les faits ont entre eux; et surtout ici, ce sont les liens de dépendance et de succession qui les enchaînent et les subordonnent. Je ne m'arrête pas non plus à ces prétendues pestes spontanées du Bas-Danube et d'Erzeroum; on m'écrit de Constantinople que ces pestes n'ont jamais existé et n'existeront jamais pour moi. Je ne puis concevoir qu'un pays élevé, montagneux, inégal, de température très-variable, quelles qu'en soient la misère et la malpropreté, puisse jamais engendrer la peste. Telle est la ville d'Erzeroum; elle appartient à l'Arménie, et jamais l'Arménie n'aura spontanément la peste. Si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. Il en est de même du Liban et de toute la Syrie : si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. La Syrie ne l'a jamais eue qu'après l'Égypte et par l'Égypte. C'est une vérité reconnue dans tout l'Orient, sur laquelle je reviendrai plus tard. Quant au Bas-Danube, qui, avec le Prouth, arrose la Valachie et la Moldavie, il suffit du voisinage des Turcs pour que ces pays aient la peste et la donnent à la Transylvanie, ainsi que Lange l'a formellement déclaré. Est-il nécessaire, messieurs, que, sur cette première partie du rapport, je vous propose une conclusion? Oserais-je la recommander à vos suffrages? J'y trouve si peu d'ordre, si peu de rapport à la question principale, tant de répétitions, de transpositions, de contradictions, tant d'opinions hasardées ou fausses, par exemple, sur l'action des marais qui n'ont jamais produit la peste, sur l'action de la civilisation qui la produirait, au contraire, puisqu'elle s'applique sans cesse à la prévenir, même dans son propre sein, tandis que les hommes incivilisés ou les sauvages ne l'ont jamais; j'y vois enfin une érudition si fautive, que pour cela seul il serait à propos, ce me semble, de renvoyer à la commission toute cette partie du rapport, afin qu'elle en reçût des modifications profondes et une rédaction plus correcte, plus digne de vous, et j'ajoute plus digne de M. le rapporteur lui-même.

Quant aux parties essentielles de la question, savoir : l'endémicité, la contagion, l'infection, l'incubation et ce qu'on appelle si étrangement le génie épidémique, c'est sur ces différents points que je prépare des remarques que j'aurai l'honneur de vous soumettre prochainement.

M. BÉGIN : Messieurs, j'ai suivi avec autant d'attention que me l'ont permis l'éloignement et des occupations multipliées, la discussion ouverte devant nous sur la peste, et la réforme de notre régime sanitaire en ce qui la concerne. Plus d'une fois je me suis transporté par la pensée dans cette enceinte, au milieu de la lutte engagée entre notre digne rapporteur et des adversaires honorables autant qu'habiles. Mon nom a quelquefois été prononcé; et si je n'étais entraîné par mes convictions à défendre le rapport diversement attaqué, cette circonstance aurait suffi pour m'engager à solliciter de vous, afin de m'expliquer, la faveur d'être écouté pendant quelques instants.

Avant d'entrer en matière, je dois dire à l'Académie qu'elle se tromperait étrangement si, de certains discours, elle inférait que la commission a été constamment partagée en deux fractions constituant une majorité et une minorité;

de telle sorte que le rapport et ses conclusions fussent l'œuvre d'un certain nombre de membres, tandis que d'autres auraient refusé d'y adhérer. Parmi les membres de la commission, il en est qui n'ont que peu ou pas assisté à ses délibérations, par suite de maladies ou d'empêchements divers; les autres, d'une assiduité remarquable dans un travail aussi prolongé, ont discuté, approfondi, autant qu'il était en eux, toutes les questions. Lorsqu'il s'est agi des votes, sans doute quelques membres se sont plus souvent que d'autres trouvés d'accord; mais tous étaient trop amis de la vérité, trop empressés à lui rendre hommage, pour ne pas se décider, en dehors de toute préoccupation étrangère, de tout système adopté à l'avance. Les questions étaient très-variées, les majorités ne le furent pas moins; il n'est aucun de nous qui n'en ait fait partie plus ou moins fréquemment: d'où il résulte que, dans son ensemble, et réserve faite des oppositions prononcées sur certaines de ses parties, le travail qui nous est soumis n'est pas l'œuvre d'une majorité, mais bien celle de la commission tout entière.

Ce fait m'a semblé important à rappeler, parce qu'il conserve au rapport un caractère de collaboration et de solidarité communes, que, d'après certains discours prononcés dans cette enceinte, on serait peut-être tenté de lui contester.

En abordant le fond du sujet, je ne me propose de combattre les objections présentées qu'en ce qu'elles ont de général, de relatif à la forme, à l'esprit, à ce que je pourrais appeler la philosophie du rapport et aux principes qu'il établit, laissant pour la discussion particulière des différents articles l'examen des arguments et des faits qui les concernent.

Votre commission, sans avoir pour but la rédaction d'un traité dogmatique sur la peste, n'a pas dû oublier cependant que, placée au point de vue de l'application pratique, il ne lui était pas permis de donner devant vous à ses propositions d'autre appui que l'appui de la science: de là la recherche et la détermination des questions scientifiques qu'elle devait aborder et résoudre pour maintenir ses conclusions; questions qui ont pu se grouper assez naturellement sous trois chefs principaux et se prêter à une classification non pas irrréprochable, mais satisfaisante, en ce qu'elle permet de saisir sans difficulté l'économie du travail.

La commission n'ignorait pas qu'autrefois les dénominations de peste ou d'affection pestilentielle étaient appliquées par le vulgaire et même par les historiens et les médecins à toutes les épidémies très-meurtrières, frappant avec rapidité, s'étendant à de grandes masses de populations et répandant au loin le deuil et la terreur. Aussi, pour éviter toute confusion, à l'origine même de son travail, a-t-elle cru devoir exprimer d'abord, avec les auteurs modernes les plus estimés, ce que l'on entend actuellement, ce que l'on doit entendre désormais par le mot peste. La définition n'a pas obtenu l'approbation d'un maître dont la parole a le privilége de captiver notre attention et nos suffrages. Selon lui, la peste, sorte de protée qui affecte les formes les plus décevantes, varie d'une épidémie à l'autre, d'une période à l'autre dans la même épidémie, d'un malade à l'autre durant la même période; elle peut exister sans fièvre, sans charbons, sans bubons, sans pétéchies, sans exanthème d'aucune espèce. A ce tableau, si habilement tracé, que répondre, sinon que, soumise à la même dissection, il n'est pas une description, pas une définition de maladie, surtout interne, qui pût résister? Prenez le caractère le plus tranché de la pneumonie, et dites si la pneumonie n'existe pas alors que tel ou tel d'entre eux manque, ou ne peut être constaté par l'observateur? Dans une épidémie, peut-être trouverez-vous des exceptions: on en a cité pour le choléra; mais est-ce à dire que la description du choléra ne soit pas exacte et suffisante pour faire reconnaître la maladie? Si, d'ailleurs, vous écartez les caractères allégués à la peste par l'observation contemporaine et votre commission, voulez-vous dire que, définitivement, on ne peut reconnaître cette maladie, qu'il faut nous en rapporter à la confusion de l'antiquité ou du moyen âge, et que c'est ainsi que vous comprenez que l'on fasse avancer la science?

Notre honorable rapporteur vous a, je crois, victorieusement démontré, dans une première réponse, qu'il n'est pas une des questions traitées par la commission qui n'ait une fonction pratique, sinon explicitement formulée dans la dernière section du rapport, du moins implicitement contenue dans les déductions logiques qui en découlent. L'histoire des épidémies pestilentielles, dans laquelle la confusion signalée précédemment jettera toujours de l'incertitude quant au nombre et aux dates, en démontrant que cette affection a paru ou cessé successivement dans diverses contrées, ne met-elle pas hors de doute que l'homme, par ses institutions, son hygiène et ses travaux, peut la combattre, la vaincre, et l'expulser du pays qu'il habite?

Dans son travail, qui ne pouvait être confié à un meilleur esprit, à un dévouement plus consciencieux, votre commission n'a fait que peu de théorie; jamais elle n'est partie des doctrines admises ou controversées, mais bien des faits dont elle s'est efforcée de constater la légitimité, d'analyser les circonstances, d'apprécier la valeur. Ce n'est qu'après avoir, pour chaque question soulevée, épuisé, par une enquête rigoureuse, tous les éléments susceptibles de former sa conviction, qu'elle a cru pouvoir inscrire celle-ci dans une conclusion finale. Je comprends donc très-bien qu'un de nos vénérables et spirituels contradicteurs ait reproché au rapport de n'avoir pas débuté par des idées générales, par des doctrines, par une bonne théorie de la contagion; mais je ne me rends pas aussi bien compte de cet autre reproche, entièrement opposé, qui nous est adressé également, d'avoir adopté des idées systématiques et d'y être restés fidèles au point de n'avoir osé en secouer le joug.

S'il fallait absolument, au sujet de la contagion, justifier le rapport, la théorie qui en a été donnée au moyen de semences, de germes ou d'œufs, qui reproduisent les maladies, lesquelles, semblables aux insectes, élaborent avant de s'éteindre ou de périr leurs agents de reproduction; cette théorie fantastique d'un de nos plus ingénieux adversaires, et qui répond assez bien au vœu de M. Castel, ne me semble pas, au point de vue pratique, donner à regretter que nous nous soyons abstenus. Comment discuter des semences, des œufs, des ferments, des levains? Où nous arrêterons-nous dans l'histoire imaginaire de leur création, de leur évolution, de leur conservation? Comment proposer à l'autorité et lui faire adopter des dispositions préservatrices fondées sur d'aussi étranges fantasmagories?

Si nous parcourons les principales objections soulevées contre le rapport, nous y retrouverons toujours la même lutte de l'esprit de doctrine et de théorie préconçues contre l'énonciation simple des faits et l'expression rigoureuse de leur conséquence.

S'agit-il de la contagion? Nos honorables contradicteurs reprochent à la majorité de la commission d'user de subterfuges, d'ambages, de faux-fuyants, de n'avoir pas le courage de son opinion; ou bien encore d'adopter et de flatter les opinions d'autrui. Nous sommes, dit-on, contagionistes, plus contagionistes que nos confrères d'Égypte, et nous n'osons l'avouer, par je ne sais quelle crainte et quels motifs.

Mais, messieurs, devons-nous donc ne pas nous connaître assez, et nous tenir mutuellement en assez haute estime pour nous épargner de semblables suppositions? Auriez-vous pu composer notre commission d'hommes capables de transiger avec leur conscience, de masquer leurs convictions, de n'oser proclamer ce qu'ils croient la vérité? Écartons donc, pour notre dignité commune, d'injurieuses interprétations, et expliquons comment la doctrine exposée dans le rapport a été motivée: cette exposition servira j'espère de réponse aux objections dont cette doctrine a été l'objet.

La doctrine de la contagion, telle que Fracastor l'a instituée, ne s'est pas établie dans la science sans de vives oppositions; le mot lui-même a reçu des acceptions plus ou moins étendues, surtout dans ces derniers temps, et dont la discussion actuelle suffirait à faire ressortir la divergence. Par contagion, les uns n'admettent que les maladies communicables au moyen de virus fixes, par voie de contact médiat et immédiat ou d'inoculation directe; tandis que d'autres considèrent comme contagieuses toutes les affections susceptibles de se transmettre par quelque moyen ou intermédiaire que ce soit. La doctrine de l'infection, si lucide en apparence, est venue jeter une incertitude nouvelle sur la contagion, en ce que tout le monde n'a pas voulu l'admettre avec les caractères qui lui ont été d'abord assignés. Enfin, dans ces dernières années, pour achever la confusion, quelques médecins ont distingué l'air infecté de l'air contagié, le premier ne contenant que des éléments toxiques, l'autre étant chargé de miasmes morbides. Nous n'avons pas à décider de quel côté, dans ce conflit de définitions, d'arguments et de subtilités, se trouvent le bon droit et la raison; nous ne voulons que constater ce fait irrécusable: c'est que les idées attachées actuellement au mot *contagion* sont diverses, et que deux médecins qui font usage de ce mot doivent, s'ils veulent s'entendre, commencer par s'interroger sur le degré d'extension que chacun d'eux lui attribue, quittes, à fin de compte, pour ne pas tomber d'accord. Or il nous a semblé qu'il valait mieux retirer de la circulation une monnaie ainsi contestée que de s'obstiner à s'en servir.

Toute maladie qui se transmet de malade à sain est, suivant quelques personnes, réputée contagieuse. S'il en est ainsi, pourquoi ne pas dire simplement qu'elle est transmissible? Que fait de plus le mot contagion avec sa définition arbitraire, son acception variable, les discussions interminables qu'il excite depuis Fracastor? Transmissible n'est-il pas aussi français que contagieux, avec l'avantage de ne rien préjuger quant au mode de transmissibilité, et de laisser pour le déterminer toute liberté à l'expérience?

La transmissibilité doit être étudiée dans les sujets malades, dans les sujets sains, et dans les circonstances accidentelles qui la modifient. S'agit-il des sujets malades, les voies d'émission sont la peau et les vêtements imprégnés de ses émanations, les produits des exhalaisons pulmonaires ou autres répandus dans l'atmosphère ou confinés dans les appartements, les sécrétions morbides des ulcères, des abcès, des surfaces muqueuses enflammées, enfin les liquides circulant ou autres, et les tissus eux-mêmes modifiés par les actes anormaux de l'organisme.

Chez les sujets sains, les voies d'admission peuvent être la peau recouverte de son épiderme, la surface cutanée dépouillée de cet enduit protecteur ou les surfaces muqueuses, les cavités absorbantes des organes respiratoires et digestifs, enfin l'introduction artificielle dans les vaisseaux ou dans la trame des tissus.

Quant aux circonstances accidentelles, elles dépendent de la maladie elle-même, de ses périodes, de son intensité, de ses caractères épidémique ou sporadique, du sujet, qui peut être plus ou moins apte ou réfractaire à recevoir la transmission, enfin des modifications atmosphériques, telles que le degré de température, d'humidité, etc.

Il serait hors de propos de creuser davantage ce problème; ce qui précède suffira, j'espère, pour faire apprécier comment nous avons compris son étude. Lorsqu'un observateur dira désormais qu'une maladie est transmissible, qu'elle l'est par telle voie, dans telle circonstance, ce langage sera clair, précis et immédiatement compris de tous: médecins, administrateurs, peuple, sauront immédiatement ce qu'ils ont à faire; la pratique découlera nécessairement de l'énonciation du phénomène, et celui-ci se prêtera comme de lui-même à la vérification, au contrôle, qui ne laisseront bientôt à l'erreur et au doute aucun refuge.

Tels ont été, messieurs, les motifs du langage adopté par la commission: c'est une discussion de mots; mais elle ne vous paraîtra pas dénuée d'intérêt, s'il est vrai que les progrès des sciences soient en grande partie subordonnés à la perfection de leur langue.

Le rapport dit que la peste est transmissible; il indique par quel intermédiaire elle l'est, et détermine en conséquence les précautions à prendre pour s'en préserver. Que si, dans la discussion, se produisent des faits nouveaux, ou si

des faits anciens sont entourés de preuves nouvelles, il sera facile de modifier, en l'étudiant, le texte du rapport et des conclusions, de manière à y comprendre les uns et les autres. Mais ces amendements, que nous attendons, n'altéreront en rien l'esprit expérimental qui a présidé à la rédaction du rapport; et préciser les modes de transmission de la maladie sera toujours un préliminaire indispensable pour établir rationnellement les précautions à prendre afin de l'éviter.

Plusieurs de nos savants adversaires se sont élevés contre l'innocuité de la peste sporadique, comparée à la transmissibilité de la peste épidémique. Ils se refusent à admettre cette distinction, parce qu'elle n'a, suivant eux, aucun fondement nosologique, ou puisé dans la nature de la maladie, qui peut présenter effectivement, dans les deux cas, les mêmes symptômes, et être également mortelle. Il n'est aucun des arguments employés devant nous qui n'ait été émis et discuté au sein de la commission. M. le rapporteur était, au début, presque seul de son avis; il a fallu pour convaincre, sinon la totalité, du moins la majorité des membres de la commission, l'autorité des faits les plus généraux, celle des auteurs les plus respectables, de Pecquet, par exemple, et enfin la pratique universelle des indigènes et des étrangers dans le Levant, lesquels s'isolent de la peste épidémique, tandis qu'ils ne prennent aucune précaution contre l'autre. Devant cette masse irrésistible d'attestations et cette expérience journalière, constante, de notoriété publique, il a fallu isoler et abandonner des préventions fondées sur la théorie, ou plutôt modifier cette théorie elle-même.

Celle-ci cependant, mieux interrogée, ne ferait pas entièrement défaut, si son secours devenait indispensable. On reconnaît que les maladies transmissibles ne le sont pas au même degré dans toutes les circonstances, dans toutes leurs périodes; on a constaté que le typhus, qui a tant d'analogie avec la peste, cesse de se transmettre, à la fin des épidémies, avant de cesser d'exister. La transmissibilité n'est donc pas un caractère tellement lié aux maladies qui en sont douées, qu'elle fasse partie de leur essence et ne s'en sépare jamais. De son affaiblissement démontré à son absence totale, il n'y a réellement que le degré, et l'on ne voit pas, théoriquement parlant, pourquoi ce qui est vrai pour le typhus, à la fin de son épidémie, serait impossible pour la peste alors que l'épidémie n'existe pas. Mais je ne veux pas insister : c'est dans les faits que nous avons puisé notre conviction, et c'est sur leur terrain que nous devons nous maintenir.

Autre critique fondée également sur des aperçus théoriques, et à laquelle le rapport ne peut opposer non plus que des faits : c'est celle qui a porté sur la durée de l'incubation de la peste.

La commission a fixé cette durée à huit jours; aussitôt on lui oppose la variabilité des actions organiques, les différences que l'âge, le sexe, l'énergie de l'absorption, la susceptibilité des sujets, doivent apporter à l'évolution morbide. Heureusement que notre savant collègue M. Gaultier de Claubry nous est venu en aide, et a cité à l'appui de son avis quelques faits curieux tirés de l'histoire du typhus, et desquels il résulta que la période d'incubation, dans cette maladie, ne se prolongeait pas au delà de cinq à sept jours. De son côté, un de nos honorables contradicteurs, M. Bousquet, a invoqué des cas d'incubation de la vaccine et de la variole dont nous pourrions nous emparer, bien qu'il en ait tiré d'autres conséquences.

Est-il donc possible de contester que toute transmission de maladie emporte une période d'incubation plus ou moins prolongée, mais qui a une limite extrême? Cette règle ne découle-t-elle pas de l'histoire de la vaccine, de la variole, de la syphilis, de la morve, de la rage, etc.? Nos adversaires insistent cependant, et prétendent que lors de l'explosion de la peste, il est impossible de déterminer l'époque à laquelle l'imprégnation a eu lieu. Cette difficulté a été soulevée dans le sein de la commission; il a fallu pour la détruire ce fait général, que jusqu'à présent lorsque des sujets sains se sont éloignés ou isolés, la peste ne s'est jamais déclarée chez eux plus de huit jours après les dernières relations compromettantes. S'il en est effectivement ainsi, n'est-on pas en droit d'établir que la période d'incubation de la peste ne dépasse pas huit jours? Nos adversaires insistent cependant encore, et rapportent des observations qui semblent expliquer l'existence d'une incubation plus prolongée. Ces observations, nous ne les avons pas ignorées; seulement elles ont été, dans nos discussions, interprétées autrement, et il sera nécessaire de les soumettre, lorsque le temps sera venu, à un examen contradictoire.

Mais, quel que puisse être le résultat, toujours et absolument il faudra qu'une limite à l'incubation de la peste soit déterminée; la science, pour l'exactitude de ses assertions; l'administration publique, pour l'application de ses moyens préservateurs, l'exigent avec une égale autorité. Qu'elle soit fixée à huit jours, à plusieurs semaines ou à plusieurs mois, il importe assez peu; mais elle ne saurait, sous aucun prétexte, être passée sous silence; car, s'il en était ainsi, l'édifice du régime sanitaire croulerait par la base.

Pourrai-je, sans encourir le reproche de répétitions trop nombreuses, aborder la discussion ouverte en ce qui concerne les hardes et vêtements considérés comme intermédiaires de la transmission de la peste. Ici encore nous n'avons interrogé que l'expérience, et c'est sa réponse qui est inscrite au rapport.

Il paraît de notoriété publique, dans le Levant, qu'après les épidémies de peste les plus meurtrières, les vêtements des victimes sont portés par les héritiers, ou vendus dans les bazars, sans qu'il soit résulté de ces pratiques le moindre inconvénient. Il paraît constaté, à Marseille, depuis 1720, que les hommes de peine employés au débarquement et à l'aération des marchandises n'ont pas fourni d'exemple de peste. Et l'on prétendrait qu'en présence de ces grands faits votre commission eût dû s'arrêter devant l'histoire d'habits de religieux donnant la peste après deux années de séjour dans une malle! Ou bien encore qu'elle admît, sans autres réserves, l'anecdote de mouchoirs répandant une épidémie meurtrière de peste. Ces histoires rappellent de trop près celles de fièvre jaune, si bien stigmatisées par Chervin, et auxquelles les plus crédules même n'ont plus accordé de créance.

Un des principes que la commission a établis et que l'on a le plus vivement attaqués est celui de la distinction des faits de transmissibilité de la peste observée en dehors et en dedans des foyers épidémiques. Et cependant l'absence de cette distinction importante est ce qui a contribué le plus puissamment à perpétuer l'ignorance, la confusion ou l'erreur en matière de propagation de la peste. Qui ne comprend, en effet, que le sujet de l'expérimentation ou de l'observation, s'il reste au sein du foyer morbide, est soumis à une double influence, celle de ce foyer et celle de l'acte dont il s'agit de déterminer les résultats; et que, dans cette complication, il devient plus difficile, si ce n'est absolument impossible, de faire la part exacte de ce qui appartient à l'une ou à l'autre? Le doute et l'hésitation deviennent le plus ordinairement alors inévitables. On accuse le rapport d'exagérer la défiance et de méconnaître, malgré les heureux résultats de l'isolement, la faible influence des foyers épidémiques pour étendre les envahissements de la maladie. Mais s'il est vrai que la peste soit endémique en Égypte, qu'elle y naisse et y prenne la forme épidémique, il est difficile de ne point attribuer à cette influence locale une puissance considérable. Comment admettre que la peste naisse d'un pays, de ses entrailles, si je puis ainsi m'exprimer, et prétendre en même temps que, sans quitter ce pays et en s'y séquestrant, il soit possible de se préserver sûrement des atteintes du mal?

Pour obtenir des faits précis, péremptoires, dégagés de toute obscurité, il faut donc observer les faits de transmission de la peste en dehors des lieux où la maladie règne épidémiquement? Cette proposition ne veut pas dire qu'il ne faille tenir aucun compte des faits recueillis dans les foyers épidémiques; mais lorsque ces faits sont peu nombreux, exceptionnels, en contradiction avec ceux constatés au dehors, ou non confirmés par eux, votre commission n'a pas hésité à ne leur accorder qu'une valeur secondaire, ou même, dans certains cas, à les rejeter.

Dans les critiques dont il a été l'objet, on a vivement reproché au rapport de votre commission, d'une part de consacrer le régime des quarantaines et de légitimer l'existence des lazarets; de l'autre, et par opposition, d'amoindrir d'une manière dangereuse les précautions reconnues nécessaires contre l'invasion de la peste.

Quelques mots d'explication sont nécessaires. Votre commission, je l'ai déjà dit, s'est fondée sur la science pour établir les propositions pratiques. Mais, en matière de régime sanitaire, la science n'est pas le seul élément à consulter. Il y a une part à faire à l'incertitude des corollaires que l'on en a déduits.

D'une autre part, il est nécessaire de tenir compte, dans l'application pratique, des croyances généralement adoptées, des préoccupations et des terreurs des populations. Enfin, si ferme qu'il se croie dans sa conviction, et alors même qu'il hasarderait sa vie pour la vérifier ou la soutenir, l'homme le plus stoïque, lorsqu'il s'agit de ses concitoyens, doit hésiter et éprouver le besoin de ne rien laisser au hasard, à l'incertitude, à l'erreur. Tels sont les motifs de la réserve que votre commission s'est imposée. Si vous allez plus loin, elle pourra y applaudir; mais elle préfère vous suivre dans cette voie plutôt que vous y entraîner. Résultant de la discussion, les réformes plus avancées que vous pourrari proposer auront plus d'autorité que si elles vous avaient été suggérées, et qu'elles pussent passer pour avoir été arrachées à votre condescendance, ou être échappées à votre attention.

Je dois le dire avec franchise, dans ma conviction profonde, il y aurait actuellement témérité à proposer, comme le conseillent quelques-uns de nos honorables collègues, la suppression immédiate des quarantaines et des lazarets. J'irai plus loin, je me plais à douter que quelqu'un osât, individuellement, assumer sur lui, devant l'autorité et devant le pays, la responsabilité des calamités qui pourraient être la conséquence d'une révolution aussi radicale. Ce que je n'oserais faire, je ne proposerai pas à la compagnie de le conseiller.

N'oublions pas, messieurs, que les réformes pour être acceptées doivent être graduées, progressives, et marcher de manière à laisser toujours derrière elles la certitude que rien n'est compromis.

C'est pour satisfaire à ce principe, pour éviter qu'on ne se méprît sur l'étendue des réformes qu'elle juge actuellement pratiquables, que votre commission a terminé son travail par un appendice pratique. Dans les conclusions scientifiques, elle a été aussi rigoureusement logique que possible; dans les applications, elle a fait la part de la prudence, de la faillibilité humaine, elle a voulu laisser à l'expérience le temps de se prononcer et de montrer la possibilité de faire davantage. Alors même que vous iriez, dès à présent, plus loin qu'elle, nous applaudirons, j'en suis certain, aux sentiments de circonspection qui l'ont animée.

Afin de rendre applicable sans danger les réformes très-modérées d'ailleurs qu'elle propose, votre commission a divisé avec le plus grand soin les précautions à prendre, selon qu'elles se rapportent au départ, au voyage, à l'arrivée dans les ports français. C'est au moment du départ plus encore qu'à celui du débarquement qu'elle a conseillé la surveillance la plus active. Les histoires des événements de peste qu'elle a analysés l'ont convaincue que la délivrance des patentes, l'observation et la constatation des faits médicaux durant les traversées, enfin l'admission plus ou moins immédiate de libre pratique à l'arrivée, sont autant d'opérations qui ne peuvent être confiées avec sécurité à des personnes fort respectables d'ailleurs mais étrangères aux connaissances médicales. Ce système est entaché d'arbitraire et de dangers. Il y a bien déjà des médecins près de nos grands consulats dans le Levant; des médecins aussi sont attachés au service de nos lazarets, à Marseille, par exemple; mais la position des uns et des autres ne paraît pas parfaitement déterminée; leur intervention ne semble pas toujours obligatoire, et couverts qu'ils sont par les autorités près desquelles ils fonctionnent, ils n'encourent aucune responsabilité directe. C'est cette intervention de la science, déjà ébauchée par la forme même des choses, que notre commission propose de constituer et de régulariser par la création de médecins sanitaires chargés d'éclairer les autorités compétentes sur les faits de médecine

soumis à leur appréciation. Ce qu'ils font aujourd'hui, en partie sans caractère légal, ou ce que d'autres agents font sans offrir de garanties scientifiques, ils le feront, eux, officiellement sous leur responsabilité.

Comment s'y prendront-ils, a-t-on demandé, pour constater l'état sanitaire du pays? le nombre et l'intensité des pestes, la santé des passagers et des équipages, les conditions hygiéniques des navires, etc.? A ces questions, il est permis de répondre en demandant comment les premières des opérations indiquées se pratiquent aujourd'hui; car il faut bien, pour déterminer les patentes à délivrer, que chaque consul connaisse au moins approximativement l'état sanitaire de la contrée qu'il habite. Quant à la constatation de l'état de santé des personnes au départ et des dispositions hygiéniques des navires, son indispensabilité ne saurait supporter le moindre doute. Il y aura peut-être au début des difficultés, comme à toutes les institutions qui commencent; mais elles ne semblent pas de nature à arrêter, en vue des avantages qui peuvent être prévus.

Entraînés par leur zèle, quelques-uns de nos collègues ont blâmé avec vivacité la réserve que la commission s'est imposée au sujet des améliorations hygiéniques à opérer en Égypte et même en France. Mais, messieurs, cette réserve était commandée par plus d'une raison. Nous savons bien, sans doute, que la basse Égypte est insalubre, que les habitants y traînent une existence misérable; mais en quoi consiste positivement le mécanisme de cette insalubrité, quels travaux seraient nécessaires pour la faire disparaître? Relativement aux habitants, quels préjugés, quelles habitudes, quelles institutions entretiennent leur état déplorable, quels moyens immédiats, praticables, peut-on opposer à leurs maux? Ces problèmes sont hérissés de difficultés. Il faudrait, pour en apprécier les éléments, des études spéciales, approfondies, que l'Académie n'a pas faites et n'a pas la mission d'entreprendre.

En se bornant à démontrer que la peste trouve dans l'insalubrité des lieux, dans les constructions défectueuses des habitants, dans l'état misérable des peuples, la cause la plus active de son développement, de ses ravages et de ses migrations lointaines, la commission a fait tout ce qu'on devait attendre d'elle. Indiquer le mal, c'est signaler l'effort à faire pour le détruire. Il n'est personne qui, après avoir lu le rapport, ne tire cette conclusion, que partout où règne la peste des améliorations de toute nature sont indispensables, et que partout l'assainissement, l'aisance et le bien-être sont les plus puissantes barrières à lui opposer. Il n'est pas besoin, selon nous, d'en dire davantage. L'Académie a pour mission d'éclairer par la science; elle remplit ce devoir en énonçant les faits qu'elle constate, mais elle doit laisser à qui de droit la responsabilité de l'application.

J'ai cru devoir parcourir les principales objections faites à un travail auquel je tiendrai toujours à honneur d'avoir participé pour ma part, si faible qu'elle puisse être. Le rapport de votre commission servira, je n'en doute pas, de point de départ à des recherches, à des expériences, à des discussions, qui graduellement amèneront les solutions des questions encore controversées; il ne statue que pour le présent et laisse libre l'avenir, car les législations sanitaires doivent de leur nature être modifiées et perfectionnées d'après les faits acquis et les leçons de l'expérience. En conséquence, je voterai pour l'adoption de ce rapport, sans me refuser à adhérer aux modifications de détail que la discussion approfondie des articles pourra faire surgir et motiver, soit dans sa partie scientifique, soit dans ses propositions d'application.

M. Piorry : Messieurs, tout en applaudissant aux recherches consciencieuses de votre commission et de votre rapporteur, tout en approuvant les pensées qui ont inspiré les discours que vous avez entendus, il est resté dans les opinions généralement exprimées et dans les conclusions du rapport quelque chose de vague et d'indéterminé. Ce vague, cette incertitude ne viennent point des faits eux-mêmes, mais des mots appelés à les exprimer. Vingt définitions ont été données de la *contagion* et de l'*infection ;* elles ont été toutes différentes; chaque auteur rattache à ces expressions un sens en rapport avec sa manière de voir : de là des discussions interminables, de là des incohérences de langage qui deviennent des erreurs dans l'application.

On doit renoncer aux mots *contagion* et *infection* et rentrer dans la série d'idées à laquelle conduit la physiologie expérimentale.

Les mots *contagion* et *infection* n'expriment aucune idée *fixe ; l'infection* se dit dans notre langue *du résultat de l'action d'un corps infect*, un corps infect en contact avec un être vivant peut l'infecter et donner lieu ainsi à la contagion, c'est-à-dire à un résultat de l'action du contact.

De son côté, la *contagion* peut infecter un autre corps et devenir une source d'infection; il est donc évident que, dans le sens grammatical, il n'y a pas de ligne de démarcation fixe entre l'infection et la contagion. Quand on voudrait les circonscrire par des définitions nouvelles données même par l'universalité des médecins (ce qui n'est guère à espérer), la société entière s'en tiendrait encore aux anciennes définitions de la contagion et de l'infection et ne comprendrait pas le langage dont on se servirait.

Au point de vue pathologique, les maladies dites contagieuses ne sont en rien distinctes des affections qui passent pour infectieuses. La gangrène d'hôpital se développe primitivement d'une manière spontanée, dans des lieux où les blessés sont encombrés, et Ollivier a démontré par des expériences faites courageusement sur lui-même que ce mal parvenu à un haut degré d'intensité se communique par le contact; les fièvres graves épidémiques deviennent contagieuses quand, dans les rassemblements d'hommes, les miasmes ont atteint un haut degré d'activité. Le cheval placé dans une écurie où vivent des animaux morveux contracte la morve et communique directement et par contact ce terrible mal à d'autres animaux.

La variole se propage par l'air qu'on respire et par l'inoculation. La sanie qui s'écoule de l'escarre putréfiée des fièvres graves (contractées dans un lieu encombré), en contact avec la peau dénudée, y cause une affection gangréneuse semblable, etc.

Il n'existe donc pas encore de limites fixes entre les affections qui se communiquent au contact et celles qui se propagent par la médiation de l'air.

Il faut, pour élucider les questions relatives à la propagation des maladies, partir des faits connus sur les absorptions. L'absorption des substances sèches et non corrosives par le derme est très-difficile ou impossible, alors que l'épiderme est conservé; de plus, les corps humides peuvent bien pénétrer à travers la couche épidermique; mais après une telle filtration, que les liquides les plus délétères connus, les agents septiques, le virus syphilitique, le pus variolique, le virus hydrophobique, le virus de la vipère, la dissolution de strychnine, l'acide cyanhydrique lui-même, etc., ne produisent pas d'accidents alors que l'enveloppe épidermique est conservée.

De tels faits entrent dans une *nécessité de l'organisation;* car elle n'aurait pas pu être conservée si les substances toxiques déposées à la surface du tégument supposé intact eussent pu *pénétrer* dans la circulation.

Le miasme de la peste ne peut faire exception à cette donnée générale. Tout porte à croire au contraire que si le principe qui produit la peste venait à être appliqué sur la peau dénudée ou sur une plaie récente, il pourrait pénétrer de cette façon dans la circulation.

Difficilement pourrait-on admettre que le miasme ou que le virus pestilentiel puisse se transmettre par le tube digestif; d'une part, la quantité d'air infect qui pourrait se mêler avec la salive et les aliments serait peu considérable, et de plus, les matières virulentes ou septiques portées dans l'estomac semblent y être décomposées, comme le prouve l'innocuité des substances putrides avalées par les ophidiens, les batraciens, les canis, les felis, et par l'homme lui-même, comme le démontrent encore les expériences de Fontana sur le venin de la vipère, etc.

Les faits, les expérimentations, semblent au contraire se réunir pour démontrer que la surface broncho-pulmonaire perméable à l'air atmosphérique, aux gaz, à la vapeur d'eau dans l'état physiologique, absorbant avec une activité extrême l'eau qui s'y trouve déposée, surface qui, évidemment, s'empare des matières odorantes répandues dans l'air, des matières putrides excrétées plus tard par l'intestin et l'anus, surface qui paraît être le moyen d'introduction dans l'économie des miasmes paludéens, septiques, etc., est aussi l'organe par lequel l'agent pestilentiel vient à modifier l'économie.

C'est donc sur de telles données, et non pas sur les idées vagues auxquelles se prêtent les mots infection et contagion, que la commission aurait pu établir avantageusement les conclusions de son rapport.

Il est un autre point, relatif à l'étude des épidémies graves et des pestes, qu'il faut encore aborder.

Si nous lisons l'histoire de la peste de Marseille, nous y voyons qu'on encombrait les pestiférés, et qu'alors la mortalité devenait énorme; nous voyons que, dans un bâtiment où gisaient un nombre considérable de ces malheureux, un événement accidentel fit tomber la toiture, de sorte que les malades furent soumis directement à l'action de l'air. Dès lors l'épidémie y perdit de sa gravité.

Alors, comme à présent, le port était infect; alors, plus qu'à présent, le peuple habitait des espaces étroits, encombrés et fétides. Il faut avoir lu l'ouvrage de M. de Custine sur la Russie moderne, et savoir ce qu'elle a gagné depuis un siècle, pour comprendre dans quel état de misère, d'entassement et de malpropreté devaient être, lors de la peste de Moscou, les malheureux serfs sur lesquels sévissait l'épidémie décrite par Samuelowitz. Ne sait-on pas que ces tristes conditions sont encore réunies sur les infortunés fellahs d'Égypte, décimés par la peste qui attaque à peine les hommes qui vivent dans des lieux bien aérés, bien exposés, et qui jouissent de l'aisance et de la fortune? Il en est de ce fléau comme de la fièvre jaune de Barcelone, où certaines circonstances locales favorisèrent l'invasion de cette terrible épidémie.

Le Rio-Candal, ruisseau fangeux dont les émanations fétides causaient l'ictère pendant que j'y séjournais, recevait les égouts de la ville, égouts sans cesse ouverts par les fissures de pierres mal jointes et qui n'avaient pas d'écoulement suffisant; le Rio-Candal, dis-je, était pour Barcelone ce que peuvent être pour l'Égypte les localités malsaines du Delta; ceux qui s'éloignaient de Barcelone et qui campaient en plein air n'étaient pas atteints du fléau. Le choléra sévissait avec furie dans les lieux encombrés et fétides. Cette épidémie, comme la variole, était ou bénigne, ou était double en quelque sorte : bénigne, alors qu'elle était simple : c'était la cholérine, qui ne faisait périr personne; grave, alors qu'elle était compliquée de l'action d'une cause septique : c'était le choléra dit asphyxique. Eh bien! il semble qu'il en est ainsi de la peste. Isolée de toute complication, se manifestant dans des lieux salubres bien aérés, c'est la peste bénigne, et dont la gravité n'est capable d'effrayer personne; mais que si son action vient à se compliquer de l'influence d'un miasme septique, d'exhalaisons insalubres, alors elle devient la terrible peste d'Orient, ce fléau dévastateur qui répand au loin l'épouvante, la désolation et la mort. Les conclusions de ce qui précède pourraient être ainsi formulées :

1° La peste ne peut guère se transmettre que par l'absorption pulmonaire des miasmes répandus dans l'air. Cette transmission a lieu dans les contrées où d'ordinaire elle sévit; elle est à craindre : 1° dans ceux où beaucoup de pestiférés sont réunis et encombrés; 2° dans les espaces où l'air se renouvelle mal, et qui ne sont pas d'une suffisante étendue pour l'habitation d'un seul ou de plusieurs malades atteints de la peste.

2° De telles circonstances de transmission n'exigent pas de quarantaine, mais des mesures hygiéniques sévères propres à éviter l'encombrement des pestiférés, et à assurer à chacun d'eux des habitations vastes et aérées.

3° Rien ne prouve que la peste se transmette par les voies digestives, et, sous ce rapport, les substances alimentaires ou les boissons provenant des lieux où

règne cette épidémie ne sont en rien dangereuses, et peuvent être admises en libre pratique.

4° Les poisons non corrosifs, les venins, les virus, les miasmes, ne pénétrant pas dans l'économie par la peau, *alors que l'épiderme est intact*, surtout lorsqu'ils sont secs, il y a tout lieu de croire qu'il en est ainsi de l'agent pestilentiel. Donc toute marchandise destinée aux habillements pourra en général être admise en libre pratique; seulement il sera utile d'établir sous ce rapport une exception pour les tissus destinés à être en contact direct avec le tégument.

5° Il est à peine dangereux pour une ville salubre de recevoir, dans un lieu espacé et bien aéré, un pestiféré actuellement convenablement soigné; il y aurait, au contraire, pour cette cité les plus grands inconvénients à recevoir plusieurs malades semblables dans un même lieu, ou d'en placer un seul dans un espace étroit où l'air ne se renouvellerait pas d'une manière convenable.

6° C'est spécialement dans des villes mal bâties, dont les habitants occupent des espaces étroits et encombrés, dans celles où règnent de grandes causes d'insalubrité, telles que de la vase et des immondices agglomérées, que l'arrivée des pestiférés est à redouter. Sous ce dernier rapport, ce qui serait bien plus utile que des quarantaines pour la ville de Marseille, ce serait de nettoyer son port, d'où s'élèvent des émanations qui, à elles seules, pourraient avoir de plus graves inconvénients peut-être que la peste non compliquée des émanations putrides.

M. Bricheteau : Messieurs, dans le petit nombre d'observations que nous nous proposons de faire sur le rapport en discussion, ou à l'occasion de ce rapport, nous examinerons d'abord s'il est bien vrai, comme le prétend la commission, que la peste ne régnait pas épidémiquement en Égypte sous les rois qui gouvernèrent cette contrée célèbre et pendant les dominations grecque et romaine. Hérodote, qu'on accuse d'avoir beaucoup trop vanté la salubrité de l'Égypte, et dont la commission invoque le témoignage, a fait cependant sur l'état sanitaire de ce pays des remarques judicieuses qui viennent à l'appui de divers passages de la Bible touchant l'antiquité de la peste. « Lorsque je fus à Memphis, dit cet historien, je m'aperçus, en conversant avec les prêtres, qu'occupés spécialement du ciel, ils ignoraient les grands changements qui avaient pu survenir dans la partie inférieure de leur pays, comprise depuis l'entrée de la plaine jusqu'à la mer. A l'époque de ce voyage, continue Hérodote, l'Égypte sortait d'une longue guerre pendant laquelle tout ce qui concerne l'économie publique avait été négligé et l'entretien des canaux abandonnés; les frontières du désert étaient infestées de brigands et l'intérieur des terres ravagé par les maladies. »

Il est écrit plusieurs fois dans la Bible, plus ancienne que l'histoire d'Hérodote, que l'empire des Pharaons avait été souvent affligé de la peste; des prophètes tels que Jérémie, Isaïe, Ézéchiel, mettent sans cesse ce terrible fléau au nombre des maux qu'ils prédisent aux Égyptiens.

Quand bien même on déclarerait Hérodote, la Bible et les prophètes incompétents dans la question historique que nous agitons, il n'en serait pas moins impossible d'admettre, comme le fait un éloquent loïmographe, que la peste apparut pour la première fois dans le monde l'an 542 de notre ère, puisque, comme le fait remarquer M. Littré, l'un des premiers chez nous Ruffus d'Éphèse en a donné, d'après Dioscoride et Posidonius, une description où se trouvent mentionnés les symptômes les plus ordinaires de cette maladie, notamment le délire, les bubons aux aines et aux aisselles, etc., et que le théâtre de l'épidémie pestilentielle était l'Égypte, la Syrie, la Libye. Or Ruffus d'Éphèse vivait sous le règne de Trajan, à la fin du premier et au commencement du deuxième siècle de notre ère. Ajoutons à l'appui de ce document historique, conservé par Oribase, les témoignages de Cicéron, de Strabon, d'Atticus, de Pline, qui s'accordent à regarder l'Égypte comme un pays fertile en peste, et qui n'hésitent pas à en accuser la nature même du climat et la constitution du pays.

La commission ne conteste pas, il est vrai, que la peste ait régné en Égypte deux cents ans avant Jésus-Christ; mais elle soutient qu'elle était seulement alors à l'état sporadique. Cette opinion ne nous paraît guère probable; car il est peu de maladies sporadiques qui ne prennent à certaines époques la forme épidémique; ajoutons que l'insalubrité d'une partie de l'Égypte, selon la remarque d'Hérodote, était très-propre à faire naître des épidémies. On sait fort bien d'ailleurs que de grandes épidémies se développent dans les pays les plus sains et les plus civilisés, témoin le choléra-morbus, qui ravagea l'Europe en 1831 et 1832.

Nous sommes bien loin de penser, sans doute, que la peste ait été, aux plus belles époques de l'histoire et de la civilisation de l'Orient, aussi fréquente, aussi désastreuse qu'elle l'a été depuis, et qu'elle l'est encore aujourd'hui, soit en Égypte, soit dans d'autres contrées soumises à la domination musulmane. Cette maladie spontanée et épidémique dans ces contrées y fait généralement d'autant plus de ravages que l'hygiène publique y est plus négligée. Rare sous le règne des Pharaons, des Ptolomées, sous la domination grecque et romaine, ses apparitions ont dû se multiplier avec l'incurie, l'ignorance et le fatalisme des Turcs. On ne peut guère supposer, de plus, qu'Alexandre eût jeté les fondements de la ville qui devait porter son nom, que plus tard Constantin eût bâti la capitale de l'empire d'Orient, dans des pays souvent ravagés par la peste; qu'enfin tant d'admirables monuments se fussent élevés en Égypte, plus de quatorze siècles avant Jésus-Christ (sous le règne de Sésostris), si la population égyptienne eût été alors misérable et décimée par les maladies.

Mais, messieurs, malgré les merveilles de la civilisation égyptienne, l'utilité manifeste des embaumements et d'autres mesures hygiéniques, il y a eu de tout temps et il y aura toujours dans la basse Égypte des causes de maladies épidémiques, à raison des débordements du Nil, de l'état dans lequel ce fleuve laisse en se retirant, le sol détrempé et couvert de débris animaux et végétaux, enfin à cause des eaux bourbeuses et louches qu'il roule dans son lit. Le célèbre voyageur Brun regardait déjà cette condition des eaux du Nil comme une des causes de la peste, et l'attribuait à ce qu'il traverse, avant d'arriver en Égypte, plusieurs marais ou étangs fangeux de l'Abyssinie et du Sennaar; pour appuyer ses assertions, Brun fait remarquer qu'on ne rencontre pas la peste dans les contrées voisines de l'Égypte traversées par le fleuve en question, ce qui est confirmé d'ailleurs par les observations d'autres voyageurs qui ont remonté le *Nil des Noirs* pour pénétrer au centre de l'Afrique.

Divisés d'opinion sous quelques points historiques, nous sommes tout à fait d'accord avec la commission sur la question pathologique. La peste est pour nous une maladie épidémique, non contagieuse, qui se propage quelquefois par infection hors des foyers épidémiques, et qui est comparable, sous plusieurs rapports, au typhus et à la fièvre jaune.

Il nous a paru établi d'une manière certaine, dans le rapport de la commission, de la page 729 à la page 743, que le contact immédiat des milliers de pestiférés a été sans danger pour ceux qui l'ont pratiqué à l'air libre ou dans des lieux bien ventilés; qu'aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades, des effets à leur usage, des marchandises, etc.

Il y a deux manières de comprendre la génération épidémique de la peste, ou plutôt, selon nous, il y a deux sortes d'infection, l'une primitive, spontanée, générale, qui a pour véhicule l'atmosphère; l'autre consécutive, locale, qui s'établit autour des pestiférés dans les lieux qu'ils habitent. L'une semble inhérente aux localités où se développe spontanément la maladie, l'autre peut la produire hors des foyers épidémiques, sur des navires, dans les camps, les prisons, etc. Nous ne croyons pas que le dernier mode d'infection puisse acquérir une grande puissance et l'exercer hors du foyer infect; ce n'est pas lui qui donne naissance aux grandes épidémies. L'*épidémicité* (qu'on nous passe l'expression) précède, engendre l'infection, mais il n'est pas probable que l'infection locale puisse produire l'épidémicité.

Quant à l'infection primitive et spontanée de l'air dans la peste, comme dans les autres grandes épidémies, les hommes les plus éminents y ont trouvé l'explication la plus naturelle de la propagation de ce fléau, bien que la chimie n'ait pu encore découvrir dans l'atmosphère ainsi infectée aucun principe délétère. Diemerbrock, Desgenettes, Larrey, Fodéré, etc., ont accordé une grande influence à l'infection de l'air, à la direction des vents, au concours des saisons, etc., dans l'étiologie de la peste. Cette maladie, dit Clot-Bey, se déclare ou cesse dans un lieu avec des conditions de saison ou de température constamment les mêmes, preuve évidente, ajoute-t-il, que l'atmosphère est le principal, sinon l'unique agent par lequel la maladie se développe.

Nous faisons très-largement la part de l'influence que l'incurie, la misère et les privations de toute espèce ont exercées de tout temps dans les productions de la peste égyptienne, et par contre nous admettons aussi celle non moins évidente de la civilisation et de l'hygiène publique dans un sens contraire; néanmoins nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui pensent qu'en civilisant ce beau pays on délivrera le monde de ce fléau. Ses apparitions, en effet, sont tellement variables qu'il est impossible d'établir un rapport rigoureux entre les épidémies pestilentielles et les divers degrés d'insalubrité du pays.

Pour nous résumer en peu de mots, messieurs, sur le point capital et pratique de ce rapport, nous dirons que les recherches et les expériences faites depuis douze années par des médecins aussi éclairés que courageux, démontrent que la peste est une maladie épidémique d'une nature particulière; que, si cette maladie se propage hors des foyers épidémiques, comme l'admet la commission et comme cela paraît probable, ce n'est ni par le simple contact des pestiférés ni par celui des effets à leur usage, des marchandises susceptibles ou soi-disant contaminées, mais bien par l'infection prolongée de l'atmosphère qui les entoure, infection qui prend sa source dans l'altération de l'air respirable, dans les miasmes qui s'exhalent des corps des malades, de leurs excrétions, etc.

Loin d'admettre que, pour prévenir la propagation d'une semblable affection, il soit indispensable de renfermer les sujets suspects et les malades dans des lazarets, nous croyons qu'il faut les disséminer dans des habitations saines, suffisamment élevées, et puis recourir aux ventilations et aux meilleurs moyens de désinfection, indépendamment des médications proprement dites qu'il faut employer concurremment.

La commission, sans s'éloigner beaucoup, théoriquement parlant, de notre manière de voir, a cru prudent néanmoins de conclure différemment. Sa position, il faut le reconnaître, n'était pas celle d'un membre isolé de l'Académie; elle avait à ménager les préventions de la population du midi de la France, encore terrifiée par la peste de 1720, et les scrupules respectables de l'autorité supérieure, qui a besoin d'être profondément convaincue avant d'anéantir de vieilles institutions, regardées à tort ou à raison comme préservatrices de la peste.

Loin donc que cette dissidence nous inspire la pensée de blâmer la commission d'avoir voulu assurer le succès et l'utilité du long et remarquable travail auquel elle s'est livrée, par des concessions qui voilent à grande peine ses tendances, nous adoptons volontiers ses conclusions, quoiqu'elles ne soient pas toujours une déduction rigoureuse des principes qu'elle avait nettement posés dans le corps de son rapport.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS SUR LA CONSTITUTION ET LES FONCTIONS DU COL DE L'UTÉRUS, DANS LE BUT D'ÉCLAIRER L'ÉTIOLOGIE DES INSERTIONS PLACENTAIRES SUR CETTE RÉGION ET DE CONDUIRE A UN CHOIX DE MOYENS PROPRES A

COMBATTRE LES HÉMORRHAGIES QUI EN SONT LES CONSÉQUENCES; par M. NÉGRIER. — Un vol. in-8°.

Il ne suffit point, pour apprécier convenablement la valeur d'un moyen thérapeutique, de l'avoir expérimenté fréquemment soi-même et d'avoir tenu note exacte des résultats. Les variations qui éclatent à chaque instant entre les conclusions des praticiens également capables, également consciencieux, montrent assez que, sans l'esprit qui la contrôle et la vivifie, la statistique, même à proportions gigantesques, ne fournira jamais qu'un des éléments du jugement. La tocologie, qui a longtemps manifesté la prétention de marcher au pas des sciences mathématiques, ne saurait échapper à cette commune nécessité d'admettre l'intervention souveraine d'une intelligente interprétation pour transformer en préceptes, dont elle a encore aujourd'hui besoin, les observations particulières qui l'encombrent et la surchargent. C'est grâce à ce système, franchement adopté, que la jeune école d'accouchements d'Allemagne et d'Alsace a pu remuer des limites que, il y a vingt ans à peine, on croyait irrévocablement fixées. Partout une étude approfondie des lois de l'organisme, du développement de l'œuf, des mystères de la fécondation, des connexions vasculaires utéro-fœtales, etc., est venue remplacer ou modifier les règles que l'on pensait définitivement assises sur la mensuration d'axes, diamètres, plans et détroits. Ce mouvement, auquel s'associent tous les travailleurs zélés, est aussi celui qui a décidé la publication de l'ouvrage que nous annonçons; mais M. Négrier, praticien aussi expérimenté qu'ingénieux penseur, ne pouvait pas plus se laisser guider par la seule induction que prendre les faits bruts pour devise unique. Après avoir entrevu une vérité, après l'avoir étayée de preuves théoriques, il a cherché à l'établir expérimentalement, et l'on va juger, à la lecture de cette analyse, s'il n'en a pas avancé la démonstration autant qu'il lui était possible de le faire, avant de la livrer au public.

La question que M. Négrier s'est proposé d'éclairer par de nouvelles recherches est le traitement des hémorrhagies tenant à l'insertion du placenta sur le col. Or, pour remonter à la cause de ces hémorrhagies, il faut connaître le mécanisme selon lequel se fait l'adhésion en ce point, et plus tard le décollement anormal du gâteau placentaire; de telle sorte que, de proche en proche, c'était l'anatomie, la physiologie et la pathologie spéciale tout entières de cette partie de l'utérus que l'auteur avait à approfondir. Il n'a point hésité devant cette tâche laborieuse, parce que chacune de ces difficultés devait ouvrir une voie de plus et prêter une nouvelle force à ses arguments. Nous le suivrons donc successivement dans les considérations instructives et fort souvent originales dont l'enchaînement l'a conduit à une opinion arrêtée sur le traitement de l'une des complications qui compromettent le plus gravement la vie des femmes en couches.

Anatomiquement d'abord, il paraît bien positif que le corps et le col de l'utérus constituent deux organes distincts. Quoique tous les deux soient de texture musculeuse, les fibres perpendiculaires manquent presque complétement aux parois du col, et les fibres circulaires, qui en forment la plus grande partie, n'ont nul rapport de continuité avec celles du corps. D'autre part, le col reçoit des artères utérines les premières et les plus volumineuses des branches qui s'en détachent, le corps n'ayant que des subdivisions secondaires plus ténues. Enfin les nerfs qui vont amincir le col proviennent du système cérébro-spinal (notamment de la deuxième paire sacrée), tandis que le corps reçoit les siens du système ganglionnaire par le plexus spermatique.

Physiologiquement, cette étude comparative des propriétés du col utérin comprend plusieurs chefs distincts. Ainsi, pour la *menstruation*, M. Négrier signale les douleurs lombaires qui surviennent parfois à cette époque comme produites par le passage difficile du sang de la cavité du corps dans celle du col. Ce serait aussi à la dilatation de ce même orifice par le sperme qu'il attribuerait le sentiment de faiblesse, les vertiges qu'éprouvent quelques femmes pendant la *fécondation*. — Plus tard, en même temps que le corps est occupé par la formation de la membrane caduque, le corps se remplit d'un bouchon de matière gélatineuse, sans locule centrale. Pendant la *gestation*, l'orifice supérieur du col commence à se dilater vers le cinquième mois : c'est la résistance de cet orifice, et non celle qu'opposent les parois du col, qui retient l'œuf dans l'utérus. Enfin M. Négrier montre clairement que, vers les approches de la parturition, par sa forme comme par sa texture, la cavité du col est de même un canal de jonction entre le corps et le vagin, participant successivement des fonctions du premier dans le cours de la grossesse, et de celles du second vers la fin de sa durée. — Dans le travail de la *parturition*, la résistance du col est peu à peu vaincue par la contraction des fibres du corps; dans le phénomène d'expulsion, le col ne joue que le rôle passif d'un conduit de passage. Aussitôt l'accouchement terminé, le *retrait* du tissu du corps s'opère sous l'influence de deux forces : l'une contraction énergique et intermittente, l'autre rétraction lente et incessante. Le col, lui, ne revient que peu à peu sur lui-même, et sous la seule influence du retrait latent. La marche de ce retrait, les phases qu'il parcourt, ses effets plus ou moins rapidement appréciables, selon telle ou telle circonstance, dans les orifices ou le milieu de la cavité du col, sont des points que l'auteur a touchés avec une patience d'investigation vraiment digne d'éloges. On remarquera surtout ses observations comparatives sur les différences du travail de retrait du col chez les primipares et chez les femmes qui ont déjà accouché une ou plusieurs fois. On se fera aisément une idée des obstacles et des ennuis de toute sorte qu'il a dû vaincre pour pouvoir établir *cliniquement* d'une manière irréfutable ces deux propositions en apparence si simples : chez les primipares, les orifices du col se resserrent avant les parois de cette cavité; chez les femmes multipares, les lèvres de l'orifice externe se resserrent plus lentement que les parois du col.

Pathologiquement, nous abordons plus directement l'objet bien déterminé de ce travail. On a attribué l'insertion anormale du placenta sur le col à ce que l'œuf, trop pesant, trop vivement poussé ou dérangé de sa marche par quelque commotion physique ou morale éprouvée par la mère, ou rencontrant peut-être un point moins adhérent de la caduque, a glissé plus bas que d'habitude. M. Négrier, après une critique suffisante et assez facile, ce nous semble, de ces prétendues explications, émet l'idée que l'insertion sur le col vient de ce que l'œuf détaché de l'ovaire n'a été fécondé qu'au moment où il était déjà parvenu jusqu'au point où on le trouve alors fixé. Cette fécondation tardive, dans un endroit aussi déclive, n'est pas, à la vérité, une circonstance ordinaire; mais ce ne serait pas là une objection, car l'insertion du placenta sur le col, que la théorie donne comme en étant la conséquence, ne constitue-t-elle pas elle-même une anomalie, une exception? Il faut admettre que la progression de l'œuf, dans ces cas rares, a été favorisée par le cours du sang menstruel ou par l'écoulement blanc qui succède si souvent aux règles. — Il y a maintenant une différence capitale entre les symptômes à attendre et le pronostic à porter, selon qu'il se présente l'un ou l'autre des dangers suivants : si l'œuf est parvenu jusqu'à l'orifice supérieur du col, l'insertion du placenta sur cet anneau sera *centrale;* si l'œuf n'était descendu qu'à la moitié de la hauteur de la cavité du corps de l'utérus, l'insertion sur le col ne sera que *partielle*, et les racines du placenta s'étendront dans l'une et dans l'autre des cavités de la matrice. Les insertions centrales sont rares; elles sont signalées par des hémorrhagies précoces et abondantes. Il n'y a que les insertions cervico-placentaires partielles qui permettent à la gestation de parvenir à son terme; ces insertions peuvent atteindre à une grande étendue.

La démonstration clinique, nous l'avons déjà annoncé, ne manque point à ces propositions. Deux séries différentes de faits lui servent comme de preuve et de contre-épreuve. Ainsi l'auteur cite d'abord treize exemples de métrorrhagie, où le placenta avait son insertion normale au fond de l'utérus : aussi presque toutes les femmes ont-elles alors échappé au danger; les moyens ordinaires ont suffi pour arrêter la perte de sang, et la mort n'est survenue quelquefois que par suite de prédisposition fâcheuse antérieure ou d'affections étrangères. Dans huit autres cas, le placenta s'insérait sur le col, et l'hémorrhagie a été, comme on devait s'y attendre, beaucoup plus grave, puisque la moitié des femmes ont succombé. Ce résultat établit donc, sous le rapport du pronostic, une différence des plus essentielles. L'on peut dire que l'hémorrhagie, dans ces circonstances, est toujours mortelle pour les sujets faibles, si l'insertion a recouvert une très-grande portion des parois du col, et sans de prompts secours donnés avec intelligence. D'un autre côté, les hémorrhagies graves qui apparaissent de bonne heure pendant la grossesse, bien qu'elles soient le résultat d'une insertion cervicale très-étendue, sont cependant moins dangereuses que celle qui proviendrait d'une insertion partielle, si elle a lieu chez une femme multipare, si le décollement a été brusque et considérable, et si l'accident est survenu au terme de la gestation. La lenteur que le tissu qui a supporté l'insertion met à se rétracter dans de telles conditions est la principale cause qui perpétue alors l'écoulement sanguin et qui hâte la terminaison fatale.

Après la connaissance des causes du danger et des motifs qui le rendent plus ou moins pressant, il faut s'occuper d'y remédier. C'est là le principal but de ce mémoire; et c'est là que l'on verra avec intérêt l'auteur recueillant dans cette intention le fruit le plus précieux de toutes les notions que nous venons d'exposer, et dont, il faut bien le dire, l'utilité risquait sans cela de ne pas ressortir bien évidente pour tous les esprits. Cette dernière partie a donc le double mérite d'établir des préceptes positifs là où les accoucheurs n'étaient que trop portés à écouter les insuffisants conseils de l'inspiration du moment, et de faire voir combien la physiologie pathologique bien cultivée peut rendre de services, toutes les fois que l'on consent à n'exagérer non plus qu'à diminuer à dessein l'importance des données qu'elle fournit. Un premier avantage de cette méthode est la division qu'on peut regarder comme suggérée par elle et que l'auteur a établie entre les hémorrhagies, selon qu'elles ont lieu : 1° pendant la gestation; 2° pendant le travail puerpéral; 3° après l'accouchement; car on va voir que cette classification, d'ailleurs ancienne, résultait directement des principes déjà émis,

et a du reste été rajeunie, pour ainsi dire, par les judicieuses distinctions dont elle permettait seule le développement pratique.

1° *Pendant la gestation.* Les métrorrhagies sont le plus ordinairement combattues par la saignée, et il est certain qu'un état prononcé de pléthore générale indique assez rationnellement la déplétion sanguine. Mais hors ce cas, quel effet favorable peut-on attendre de l'émission de quelques onces de sang par les veines du bras, lorsque la perte utérine tient au décollement du placenta greffé sur le col? N'est-il pas plus sage de conserver autant que possible à la mère le sang dont elle aura peut-être à perdre une grande quantité avant d'être délivrée. Une contre-indication formelle de la saignée dans une pareille circonstance résulte évidemment de cette manière de voir; et ce précepte devra être sans appel toutes les fois que le décollement du placenta serait assez étendu pour compromettre sérieusement la vie de l'enfant. M. Négrier a cherché à déterminer quelle est la quantité de sang que la femme peut perdre avant que l'accoucheur ait à craindre un décollement assez large pour menacer l'existence du fœtus, et il a trouvé, d'après des faits nombreux, cette proportion, fort utile à prendre en considération dans la pratique, « que la perte de 60 grammes de sang dans l'espace d'une heure représente le décollement du tiers du placenta, séparation suffisante pour déterminer prochainement l'avortement, ou au moins une suspension à peu près complète du développement ultérieur du fœtus. » Quoique ce ne soit là, bien entendu, qu'une approximation, il sera toujours plus prudent, dans un cas semblable, de s'abstenir des saignées qui ne feraient que précipiter la terminaison, et de recourir au tamponnement vaginal fait avec un linge enduit d'un corps gras. Ce corps obturant est quelquefois toléré, et alors l'hémorrhagie s'arrête et la grossesse continue; ou s'il détermine le travail, il modère au moins l'hémorrhagie pendant la durée de la parturition et jusqu'à ce que l'achèvement de celle-ci ait éloigné tout danger.

2° Une hémorrhagie peut survenir *durant le travail puerpéral* dans deux circonstances, le placenta étant inséré normalement ou bien coïncidemment avec son insertion sur le col. Le pronostic et les moyens à mettre en usage variant énormément selon l'un ou l'autre cas, ainsi qu'on le sait déjà et que l'ont prouvé d'ailleurs les faits cliniques contenus dans ce mémoire. L'accoucheur devra toujours commencer par s'assurer si le placenta est greffé ou non sur les parois du col. Cette notion est d'une telle importance qu'il ne faut point reculer, pour l'acquérir, devant la crainte d'augmenter momentanément, par le toucher, l'écoulement sanguin. Si cependant l'orifice clos et inextensible ne permettait pas l'exploration, on emploierait le tampon, afin d'arrêter ou de diminuer au moins l'hémorrhagie; son action rendra aussi, au bout de quelques heures, le col plus dilatable, et le même examen pourra alors être réitéré fructueusement. Or si l'on trouve le col libre, l'hémorrhagie provenant en conséquence du fond de l'utérus, le cas est moins grave. Mais comme il peut cependant le devenir, ainsi qu'on l'a vu d'après quelques observations que nous avons rappelées, il faut perforer les membranes quand la marche du travail peut faire espérer ensuite une prompte délivrance et que l'orifice est suffisamment souple. En supposant que la perte continue ensuite, on appliquerait le tampon, qui serait laissé à demeure, et l'on pourrait aussi tenter d'activer le travail en administrant le seigle ergoté. Mais ce médicament ne conviendrait plus si la femme avait déjà perdu beaucoup de sang, et M. Négrier a même vu plus d'une fois que son action est complétement nulle quand la faiblesse a été portée jusqu'à la lypothymie. On recourrait alors à la version ou au forceps, si la tête déjà engagée jusqu'au couronnement se présentait par les ovales postérieur ou supérieur, cette dernière position pouvant être rapidement transformée en position de l'ovale sous-occipito-bregmatique, par une simple pression du levier. — La conduite à tenir change totalement s'il existe une insertion cervicale du placenta, et l'on en a vu la raison dans la première partie de ce travail. La perforation de l'œuf, par exemple, ne serait plus ici qu'un moyen inutile, puisque, à cause de la rétractilité si inégale du col et du corps, la déplétion de l'utérus ainsi obtenue n'amènerait point la contraction de la portion de son tissu aux dépens de laquelle se fait l'hémorrhagie. Si le lambeau décollé est large, tous les efforts de l'art doivent tendre à évacuer l'utérus par les procédés les plus rapides. La version est le meilleur. La présence du placenta au devant de l'orifice ne devrait pas arrêter l'accoucheur; seulement sa main introduite ira décoller le gâteau en choisissant de préférence, pour cette manœuvre, celui des côtés du placenta où son épaisseur allant en décroissant lui annoncera qu'il s'étend le moins loin dans la matrice. Mais si le placenta recouvrait très-largement toute la portion inférieure du col, si surtout il était très-adhérent, il vaudrait mieux le percer à son centre pour aller chercher les pieds, parce que de cette manière il y aurait moins de vaisseaux déchirés. On sait que, dans ces derniers temps (Voy. Gaz. Méd., 1846, p. 370), l'extraction du placenta a été conseillée par M. Simpson pour arrêter l'hémorrhagie produite par une insertion anormale. M. Négrier rejette cette pratique, et nous partageons à peu près, comme on a déjà pu s'en convaincre (V. Gaz. Méd., *loc. cit.*), son avis sur ce point, bien qu'il eût pu, ce nous semble, motiver un peu plus longuement son blâme et qu'il eût été mieux peut-être d'employer, à l'égard de la statistique apportée par le savant médecin d'Édimbourg à l'appui de sa proposition, une autre forme de critique que d'*émettre un doute sur l'identité de ces faits!*

3° Quand il y a perte de sang *après l'accouchement*, le premier soin doit être d'extraire promptement le placenta, et de solliciter ensuite avec la main une contraction active de l'utérus. Si la matrice menace de rester dans l'inertie, on peut de l'autre main *l'empoigner* au travers des parois abdominales, la frictionner, l'agacer quelques minutes, afin d'y rappeler la contraction tonique. Dans le cas où, l'inertie persistant, la perte continuerait, on aurait recours avec beaucoup d'avantage à la compression permanente du corps ou de l'utérus concurremment avec le tamponnement vaginal. On l'établit au moyen d'une compresse en pyramide imprégnée d'alcool, que l'on maintient sur l'abdomen par une ceinture serrée avec force. Le tampon est soutenu par une garniture s'attachant en avant et en arrière à la ceinture. Celle-ci doit être placée sur le bassin et non sur les flancs. En même temps, le bassin est tenu relevé par un coussin placé sous le sacrum dans le but d'augmenter la tension des muscles psoas, pour les rendre capables de soutenir le corps de l'utérus sur les côtés et de maintenir la compresse extérieure. M. Négrier a employé plusieurs fois avec succès ce bandage. Son effet, d'ailleurs, n'est pas plus difficile à comprendre que son but. L'autorité de tous les accoucheurs s'accorde à présenter le tamponnement du vagin comme un moyen plus dangereux qu'utile dans les pertes de sang qui succèdent à l'accouchement, parce que la matrice offrant alors une vaste cavité, l'obturation de son orifice ne sert qu'à provoquer au dedans d'elle l'épanchement du sang. Or, en raison de la capacité qu'elle est susceptible d'acquérir à ce moment, on voit que la quantité de sang qui peut s'y loger est assez considérable pour tuer la femme. Mais rien de ceci n'est à redouter si, en même temps qu'on ferme l'ouverture, on efface la cavité en rapprochant ses parois. Et c'est à quoi la compression permanente du corps utérin associée au tamponnement réussit merveilleusement, surtout si l'on peut abaisser suffisamment l'utérus pour le fixer au centre du petit bassin dans une situation où il prête un point d'appui solide aux moyens de compression qu'on fait agir sur lui.

Plusieurs auteurs spéciaux ont cependant proscrit le tamponnement dans le cas de perte; mais ç'a été vraisemblablement parce qu'ils n'ont pas suffisamment tenu compte du point de départ de l'hémorrhagie. En effet, si l'insertion du placenta existe sur une grande étendue de la surface interne du col, qui ne voit que le tampon parfaitement obturant, compressif même de cette surface, est le moyen par excellence, même l'unique, si surtout il est aidé, dans les cas d'inertie profonde, de la compression du corps utérin? Il est évident, et M. Négrier le fait justement ressortir, qu'un moyen de pression mécanique est alors seul capable d'arrêter le sang, puisqu'il est indispensable de clore des vaisseaux qui ne peuvent pas être assez tôt froncés par la contraction tonique du tissu du col, la seule qui soit dans ses attributions.

On doit pressentir qu'avec des idées aussi arrêtées sur l'influence que les circonstances matérielles de siége et d'étendue exercent pour produire et entretenir l'hémorrhagie, l'auteur ne doive pas se montrer très-favorable aux médicaments internes, à l'opium, aux agents de révulsion cutanée, etc. Il en est de même de la compression de l'aorte, ressource extrême, préconisée toutefois par des praticiens de grande expérience. M. Négrier, qui l'a essayée plusieurs fois inutilement la condamne; mais sans nous inscrire en aucune façon contre les considérants très-judicieux de cette sentence, nous conservons l'espoir de voir l'écrivain lui-même en adoucir un jour les termes lorsque se sera dissipée l'impression que paraissent avoir produite sur son esprit quelques cas de terminaison fatale survenue malgré ce moyen, et dont les circonstances, un peu trop fortement dramatisées peut-être dans son récit, témoignent du sentiment essentiellement louable, mais au moins aussi instructif que raisonné qui lui a dicté cet arrêt.

Nous avons déjà signalé le soin avec lequel M. Négrier a su étayer toutes ses proportions sur des preuves de toute espèce. Nous lui adresserons encore une autre félicitation où il ne verra, nous l'espérons bien, aucune intention épigrammatique cachée, c'est de n'avoir pas attendu pour publier ses idées que leur démonstration clinique eût atteint un nombre plus considérable de faits. En suivant cette marche, il s'attirera sans doute quelques objections qu'un an ou deux de temporisation lui eussent sûrement épargnées; mais ces doctrines livrées à la vérification soit des adversaires soit des indifférents n'en feront que plus rapidement leur chemin; et sans compter le bénéfice qu'en aura retiré l'humanité, la vérité, seul but des efforts de notre infatigable et scrupuleux confrère trouvera assurément mieux son compte dans cet empressement désintéressé que dans ce patient travail de polissage, où se devine l'amour-propre inquiet d'un auteur plus soigneux de ses intérêts que de ceux de la science.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

DES CHANGEMENTS DU CLIMAT DE LA FRANCE.

Les questions de météorologie ne sont nullement étrangères à la médecine : c'est une vérité proclamée bien haut de toute antiquité, et reconnue de plus en plus sans contradiction par les médecins de tous les siècles et de tous les lieux. En effet, les influences météorologiques nous circonviennent et nous pénètrent par mille côtés divers, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. L'hygiène et la médecine pratique y puisent ainsi l'entente d'une foule de causes seules capables d'expliquer l'origine d'un grand nombre d'effets morbides, les modifications non moins remarquables d'un grand nombre de phénomènes de notre manière d'être accoutumée. Cet ordre de causes opère, on le sait, sous deux rapports également remplis d'intérêt : d'abord par une action directe : savoir, par les impressions des qualités atmosphérique en elles-mêmes, ensuite par une action détournée, quoique aussi réelle : savoir, par les effets engendrés à la faveur des qualités de l'air sur les productions naturelles qui constituent les matériaux essentiels de l'hygiène et les fondements du régime. Ces principes posés, qui pourrait mettre en doute l'importance médicale des études dont l'objet spécial tend à suivre les changements, les variations, les oscillations des effets de l'air ? A tous ces titres, nous devons prendre en très-sérieuse considération l'ouvrage publié récemment par M. Fuster, ouvrage destiné, comme on sait, à constater les changements que notre climat a éprouvés (1).

Des raisons d'un autre genre nous portent encore à nous en occuper. Cet ouvrage est en ce moment l'objet d'une discussion très-attachante devant l'Académie des sciences, entre M. Fuster et M. Dureau de la Malle : discussion à laquelle M. Arago s'est déjà mêlé, et qui doit avoir pour effet de faire jaillir d'une controverse sérieuse de nouvelles lumières sur ce sujet. Nous nous proposons, dans cet article, de reproduire en résumé les bases principales de l'ouvrage de M. Fuster, en menant de front avec cette exposition sommaire les débats contradictoires qu'il a déjà soulevés.

Celui qui voudrait aujourd'hui retracer le caractère d'un climat quelconque, ne pourrait se dispenser de rassembler les résultats des observations exécutées si laborieusement au moyen des instruments météorologiques. Mais ce procédé n'est plus possible dès qu'on remonte un peu dans l'histoire ; car les instruments météorologiques sont d'une date très-récente, puisqu'ils n'existaient pas avant le dix-septième siècle, et même si l'on tient à des observations exactes, on en chercherait vainement avant le milieu du siècle précédent. Il y a plus : c'est qu'aujourd'hui même les météorologistes conviennent, M. Arago entre autres, qu'il est de toute impossibilité de se procurer avec les instruments en usage des observations irréprochables, l'indication de ces instruments les mieux exécutés variant entre eux de diverses manières, quoiqu'ils soient exactement pareils et placés bien précisément l'un à côté de l'autre. C'est donc à d'autres éléments que les observations de ce genre qu'il faut demander les indications des phénomènes météorologiques antérieurs à l'invention des instruments. M. Fuster, qui ne se propose rien moins dans son ouvrage que de rechercher les caractères du climat de la France depuis les premiers temps historiques, c'est-à-dire depuis dix-neuf siècles, avait besoin à plus forte raison de se mettre en quête d'autres documents.

Voici donc les principes de ses déterminations : 1° l'opinion des historiens, naturalistes, géographes, philosophes, poëtes, qui ont eu occasion de parler de notre climat ; 2° les phénomènes naturels énoncés par ces écrivains, comme l'abondance des neiges et des glaces, la congélation habituelle des grands fleuves, etc. ; 3° l'absence de certains animaux, la présence d'autres espèces ; 4° les époques ou la multiplicité des floraisons et des fructifications des arbres, surtout le mouvement de la culture des vignes ; 5° les habitudes passées dans les mœurs et en rapport avec le climat, comme celle des armées de la Gaule de n'ouvrir la campagne qu'au commencement du mois de juillet et de la fermer à l'équinoxe de septembre, certaines pratiques de la religion chrétienne dans le moyen âge ; 6° l'analogie de divers climats bien connus, par exemple celui des plaines inférieures du Danube du temps d'Ovide, et celui des États-Unis à notre époque ; 7° les diverses oscillations des glaciers de nos montagnes d'après les travaux récents ; 8° la proportion des intempéries de la France dans les divers siècles ; 9° les effets si bien déterminés de nos jours des grands phénomènes météorologiques ; 10° enfin, l'état du sol de notre pays aux divers âges, ainsi que celui des pays en correspondance météorologique avec le nôtre, notamment l'étendue des forêts et des cultures. Tel est l'ensemble des considérations, auxquelles on peut ajouter l'autorité des traditions populaires et l'opinion unanime des savants avant une vingtaine d'années, d'où M. Fuster a déduit son histoire des changements de notre climat.

Maintenant disons quelques mots des caractères de ces changements. La Gaule de César, cinquante ans avant notre ère, avait un froid si grand en hiver, que les rivières gelaient à porter des chariots chargés, que les neiges encombraient les plaines. Avec ce froid violent régnaient, dans les autres saisons, des tempêtes terribles et des pluies diluviales. Sous ces influences, ni la vigne ni les arbres fruitiers ne croissaient dans la Gaule. Il n'y avait de ces produits que dans la province romaine, constituant la Narbonaise, qu'il ne faut pas confondre avec la Gaule de ce temps.

Ce rude état météorologique s'amenda depuis Auguste ; mais cet amendement se fit par degrés et de proche en proche en allant du sud au nord. L'ascension de la vigne et du figuier témoignent de ces progrès dans les trois ou quatre premiers siècles de l'ère chrétienne, indépendamment des relations fournies là-dessus par les écrivains contemporains. Jusque-là pourtant il n'y eut que la Gaule du Midi et du Centre qui furent échauffées d'une manière notable ; le Nord et l'Est conservèrent encore à peu près leur primitive rigueur. M. Fuster suit l'échauffement du climat à travers les siècles suivants, en montrant que non-seulement la Gaule entière finit par avoir sa part de l'amélioration météorologique progressive ; mais l'amélioration déjà existante s'accrut également dans cet intervalle, au point que dès le sixième siècle, par exemple, la totalité de la Gaule devenue la France offrait désormais un climat beaucoup plus chaud, beaucoup plus égal, mais beaucoup plus humide que le climat de nos jours. Cette marche ascendante ne fit que s'accroître dans les trois ou quatre autres siècles, ce qui permit à la culture de la vigne, par exemple, de s'étendre non pas seulement dans la Normandie, dans la Picardie et la Bretagne, mais de se propager encore à travers les contrées les plus reculées du Nord, comme la Flandre, le Hainaut et le Brabant.

Ce n'est pas tout. Les vignobles signalés sous ces régions extrêmes, d'après les actes authentiques fournis par les transactions commerciales ou au-

(1) DES CHANGEMENTS DANS LE CLIMAT DE LA FRANCE ; HISTOIRE DE SES RÉVOLUTIONS MÉTÉOROLOGIQUES. — Un vol. in-8° de plus de 500 pages. Paris, chez Capelle, rue des Grès-Sorbonne, 10. Prix : 8 fr.

Feuilleton.

SUR LA PUBLICITÉ MÉDICALE EXTRA-SCIENTIFIQUE.

L'espèce humaine a été pire qu'elle n'est aujourd'hui ; la gent médicale, en particulier, prise collectivement, a tenu quelquefois plus lâches les liens de la moralité. Nous croyons sincèrement que les progrès de l'éducation publique, la fusion des droits, le nivellement enfin de la société civile, en redressant et éclairant les esprits, a redressé et éclairé les consciences et, en relevant la dignité humaine, relevé dans les masses ce respect de soi-même qui est la meilleure garantie de la probité. Nous croyons encore, et surtout, que le corps médical n'est pas resté étranger à ce mouvement salutaire. L'organisation disciplinaire d'autrefois impose à beaucoup de personnes comme un témoignage de la vertu et de la rigide probité de nos devanciers ; mais c'est prendre l'effet pour la cause ; cette organisation ne prouve rien, de soi, que la nécessité où l'on s'est trouvé de l'établir. La plus belle police du monde, et la plus morale, n'en dépose pas moins de l'existence des malfaiteurs, et la meilleure preuve que l'on pourrait donner de l'excellence d'une société serait précisément l'absence de toute police. Mais cela ne s'est pas vu depuis l'âge d'or.

Nous prenons donc la liberté de dire que nous ne valons pas moins que nos pères. Cependant, à aucune époque peut-être, plus de récriminations ne se sont élevées contre le débordement des mœurs médicales ; jamais les mots de *charlatanisme*, *corruption*, et autres de la même famille, n'ont été plus à la mode. Ce contraste s'explique facilement. De nos jours, la recherche extra-scientifique de la célébrité a lieu publiquement ; ses moyens sont connus et se dénoncent d'eux-mêmes : c'est l'affiche, c'est l'annonce, c'est la réclame. Au lieu de se produire dans l'ombre, dans le secret de la pratique privée, le charlatanisme marche tête découverte, dans les chemins les plus larges et les plus fréquentés. Le client ne se pêche plus par tête, comme à l'hameçon, mais par masses et à grands coups de filet. L'un n'est pas plus moral que l'autre ; mais la seconde manière, parce qu'elle est plus patente, parce qu'elle frappe davantage les esprits, blesse plus vivement le sentiment public. La divulgation des faits médicaux par la voie de la presse non-scientifique, voilà le grand grief de l'époque. Ce grief est-il fondé? Oui, dans l'état actuel des choses. Mais en quoi et jusqu'à quel point est-il fondé ? N'y a-t-il aucune distinction à établir quant au but, au sens, au mode de la divulgation ? Est-ce l'usage même qui est condamnable, ou seulement l'abus? Et si l'usage est licite, à quelles conditions doit-il être assujetti? dans quelles limites restreint? dans quel sens compris et pratiqué? En présence du fait, et d'un fait aussi général, il ne suffit plus, ce nous semble, de s'en tenir à de vagues formules de blâme ou à d'impuissantes déclamations. Pour tout homme habitué à compter avec l'opinion et l'instinct des masses, il y a là matière à examen.

tres conservées dans les archives des provinces ecclésiastiques et dans celles des monastères, ces vignobles, disons-nous, avaient des raisins mûrs le 6 août, étaient vendangés au milieu du mois de septembre, rendaient des récoltes très-abondantes et produisaient des vins fort bons. Tous ces faits sont établis sur des pièces officielles ou sur des coutumes consacrées, et portent par conséquent un cachet frappant de vérité.

On vient de voir notre climat s'améliorer en passant graduellement et du midi au nord par des conditions météorologiques de plus en plus heureuses; on va le voir dégénérer aussi par degrés, mais du nord au midi, en contractant de plus en plus des qualités météorologiques pernicieuses.

La détérioration date du dixième siècle. Dès lors la température s'abaissa et les vicissitudes s'accrurent. Les produits agricoles ressentirent cette influence. Ainsi les vignobles du Nord disparurent ou dégénérèrent par degrés. La constitution atmosphérique s'altérant de plus en plus durant les autres siècles, la vigne ne cessa de se replier vers le Midi, disparaissant successivement, sauf quelques crus sous des expositions particulières, de la Flandre, du Brabant et du Hainaut, de la Bretagne, de la Normandie et de la Picardie, et ne produisant, dans les localités où elle se maintenait encore, que des vins en petite quantité, faibles et mauvais.

Les régions méridionales retinrent beaucoup plus longtemps leurs premiers avantages. Par exemple, on pouvait toujours cultiver les orangers en plein air avec de très-grands avantages dans le Languedoc, le Roussillon et la Provence; les dattes mûrissaient aussi parfaitement dans cette dernière région, à côté de la canne à sucre, tandis qu'une dégradation fatale avait discrédité les vignes de la Normandie et détruit celles des régions plus septentrionales.

Enfin, notre situation météorologique ne cessant pas de décroître, les vignes finirent par disparaître de presque tous les points de la Normandie et de la Bretagne, pendant que les orangers cessèrent d'être cultivables en plein air dans le Languedoc, le Roussillon et la Provence, que les dattiers ne mûrirent plus dans cette dernière, et qu'on fut contraint d'y abandonner également la culture de la canne à sucre. Telle est la période qui continue encore jusqu'à ce que les circonstances rétablissent les anciennes conditions topographiques, c'est-à-dire la juste pondération entre les forêts et les cultures, auxquelles paraît dévolu le rôle de causes.

Nous n'avons fait qu'effleurer les principales questions discutées et approfondies dans l'ouvrage de M. Fuster; mais nous en avons assez dit pour montrer combien elles sont importantes et dignes d'intérêt. Ainsi en ont jugé les savants, puisqu'ils ont fait à cet ouvrage l'honneur de l'attaquer. C'est par la discussion dont il est l'objet en ce moment à l'Académie des sciences que nous allons terminer.

M. Dureau de la Malle, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, a pris sur lui l'attaque de l'ouvrage de M. Fuster devant l'Académie des sciences. Cette attaque a été soutenue par l'auteur, que M. Arago a appuyé de l'autorité de ses connaissances spéciales et de la puissance de sa parole. Il y a eu jusqu'à présent deux attaques et deux ripostes, et la bataille continue. Voici les principales objections avec les réponses correspondantes.

M. Dureau de la Malle a nié les rigueurs du climat de la Gaule primitive alléguées par M. Fuster, prétendant que les expressions de César et de Diodore de Sicile, qui l'établissent, ne doivent être prises que par comparaison avec le climat de l'Italie et de la Grèce. M. Fuster a répondu en montrant, d'une part, que César et Diodore avaient d'autres termes de comparaison que les climats de la Grèce et de l'Italie, puisque le premier traversait chaque année les Alpes au commencement et à la fin de l'hiver, et qu'il avait fait deux excursions sur la rive droite du Rhin, tandis que Diodore n'avait composé son histoire, à laquelle il avait consacré trente ans de sa vie, qu'après avoir voyagé en Europe, en Asie et en Afrique. D'ailleurs César et Diodore ne sont pas les seuls à reconnaître la rigueur du climat de la Gaule de leur temps; tous les écrivains antérieurs ou postérieurs se sont rangés à la même opinion. Enfin, les anciens, dont M. Fuster invoque le témoignage, ne se sont pas bornés à émettre à cet égard des opinions: ils y ont joint l'expression des phénomènes naturels observés dans ces régions. Diodore, par exemple, dit, entre autres choses, qu'en hiver le froid de la Gaule est si grand, qu'il y tombe de la neige au lieu de pluie; que les fleuves navigables y gèlent avec tant de force, que des armées entières les traversent de pied ferme avec leurs bagages et leurs chariots chargés; que la rigueur du climat ne permet à la Gaule ni oliviers ni vignes.

M. Fuster avait ajouté dans son livre que les étés de la Gaule devaient être très-chauds, quoique fort courts. M. Dureau de la Malle ne trouvait pas cette déduction très-logique; mais M. Arago lui a prouvé que tel était pourtant le caractère de ce qu'on appelle *climat excessif*, comme devait être la Gaule ancienne. En effet, un des traits saillants de ces sortes de climats, c'est d'avoir simultanément et des hivers très-froids et des étés très-chauds.

M. Dureau de la Malle s'est élevé ensuite contre ce que dit M. Fuster des tempêtes violentes et des grands vents de l'ancienne Gaule. Ce savant prétendait qu'il ne s'agissait, dès cette époque, que des mêmes vents qui bouleversent encore le bassin du Rhône. M. Fuster a repoussé cette objection, en établissant que la Gaule ancienne n'embrassait pas le bassin du Rhône qui faisait partie de la province romaine, dite Gaule narbonaise, d'où il suit que les vents et tempêtes terribles accusés en Gaule dans ces anciens temps ne pouvaient être ceux qu'on observe de toute antiquité, soit dans le bas Languedoc, soit dans le bassin du Rhône.

En preuve de l'adoucissement consécutif du climat de la Gaule devenue la France, M. Fuster avait allégué, entre autres faits, la propagation si remarquable de la vigne dans les régions septentrionales, en Normandie, en Bretagne, en Picardie, en Flandre, dans le Brabant et le Hainaut. M. Dureau de la Malle repousse cet argument, et il ne voit dans cette prodigieuse extension que le besoin qu'avait le christianisme d'une certaine quantité de vin pour la célébration des offices divins. Mais M. Dureau de la Malle a oublié qu'il ne s'agit pas pour ces vignes d'une culture locale et partielle, qu'elles étaient au contraire cultivées en grand, de manière à produire des vendanges abondantes non-seulement pour la consommation journalière, mais encore pour le commerce; que la plupart des mêmes vignobles disparurent ensuite, quoique le christianisme conservât les mêmes besoins; que les produits de ces vignes constituaient en grande partie les revenus des seigneurs féodaux; à quoi il faut ajouter, comme nous l'avons déjà dit, que leurs vendanges se faisaient au mois de septembre, qu'elles rendaient de riches récoltes, et qu'elles fournissaient des vins très-bons.

Enfin M. Dureau de la Malle avait reconnu que s'il était vrai, comme M. Fuster l'assurait, qu'on eût cultivé en pleine terre, dans nos régions méridionales, les orangers, les dattiers et la canne à sucre de manière à obtenir de bons fruits de leur culture, on ne pourrait plus contester les différences du climat établies dans l'ouvrage en discussion. M. Fuster, pour constater ce fait, a repris la série des témoignages authentiques dont il est la conséquence, témoignages empruntés à Charles Étienne, La Bruyère, Champier,

---

Nous présenterons sur ce sujet quelques considérations générales, avec toute la sincérité et toute l'indépendance dont nous sommes capables.

La justice est une; elle a ses principes immuables et éternels. Mais autour de ces points fixes, hors du cercle rigoureux du juste et de l'injuste, et dans le domaine indéterminé des convenances, flottent et se succèdent tour à tour les formes changeantes des mœurs et de la coutume. Cette mobilité, il importe de le savoir, n'est pas un pur effet du caprice des hommes, un reflet de la mobilité de notre nature: elle est le plus souvent, sinon toujours, la conséquence légitime, nécessaire, de la variabilité des conditions sociales, de la nature des intérêts, du degré d'éducation des peuples, de la forme du gouvernement, etc. Prendre, au milieu d'une époque, un fait de l'ordre moral et le juger abstractivement des mœurs régnantes ou sous le jour des mœurs d'une autre époque, serait s'exposer à l'appréciation la plus fausse et la plus inique. S'il est vrai, comme l'a dit un philosophe, que *ce qui est hors les gonds de la coutume n'est pas toujours hors les gonds de la raison*, il ne l'est pas moins que des coutumes, en apparence vicieuses, ont souvent leur origine dans des nécessités de la vie sociale, en elles-mêmes parfaitement respectables, parfaitement avouables, aussi avouables que la nécessité de respirer ou de manger. Et, sans aller plus loin, le besoin d'alimentation a engendré, dans l'espèce humaine, de ces coutumes-là, qui ont excité, comme on sait, la colère éloquente d'un philosophe du dernier siècle. On en rencontre aussi à chaque pas dans l'organisation civile, judiciaire, religieuse des peuples; on en rencontre dans tous les temps et dans tous les lieux, quand on les cherche avec les yeux de la bonne foi et sans le prisme du préjugé.

Pour nous en tenir au sujet qui nous occupe, on s'explique assez bien de cette manière le développement excessif de la publicité. D'un côté, l'accroissement continu des grands centres de population, le mouvement rapide de l'activité humaine, la complication et le froissement perpétuel des intérêts, en rendant la concurrence de plus en plus ardente et préjudiciable, ont fait naître à peu près dans toutes les classes de la société l'idée de conjurer ce danger par un appel direct à l'attention publique. D'un autre côté, le développement énorme de la presse offrait un moyen aussi commode qu'efficace. Voilà pourquoi il a été généralement accepté et exploité, on sait avec quelle ardeur. Comme nous venons de le dire, presque toutes les classes l'ont mis à profit. Sans citer l'exemple trop connu des commerçants et industriels de nos jours, l'avocat se fait-il aucun scrupule de préparer d'avance dans un journal une place à sa plaidoirie, n'ayant garde d'oublier l'*émotion chaleureuse*, la *vigueur de logique*, la *hauteur de vues*, l'*attention captivée*, etc.? Là aussi, le savant, le membre de l'Institut, annonce au public son cours à la Sorbonne ou au collége de France; ses ouvrages y reçoivent un tribut d'éloges fort tentant pour l'acheteur. Si par hasard il dirige une institution, comme une *école de commerce*, il la recommande bel et bien à la confiance des familles, et pactise sans cérémonie avec la quatrième page des journaux. Il n'est pas jusqu'au prédicateur en renom qui n'implore les bonnes grâces de la presse, même de la moins dévote, pour l'annonce d'un sermon. Ce dernier trait montre de reste à quelle profondeur l'usage de la publicité est entrée dans les mœurs contemporaines. Et tout cela se fait tranquillement, naturellement, sans révolter l'instinct moral de la population!

Maintenant la question est de savoir si le bénéfice d'un semblable état de

André Baccio, Olivier de Serres, Belleforêt, Honoré Bouche, Gauffredi, le géographe Davity, Louis Godefroy, Bruzen de la Martinière, Expilly, et qui résolvent tous la question dans ce sens.

La discussion dont il s'agit n'a donc pas encore ébranlé les principes de l'ouvrage de M. Fuster. Le fera-t-elle plus tard? Nous ne pouvons le dire; mais en attendant force est bien d'admettre, d'après ces principes, que le climat de la France, et sans doute il en est de même de tous les autres, a subi et subit effectivement dans le cours des siècles des modifications profondes et radicales.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES ET DE LEURS ANNEXES; par F. BOUISSON, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

I. — ACTION DE LA SYPHILIS SUR LE SYSTÈME MUSCULAIRE.

Lorsque la syphilis est devenue constitutionnelle, elle exerce, comme on le sait, une influence sur toute l'économie, qui se spécialise ensuite dans certains tissus avec une fréquence variable. Les systèmes cutané, muqueux, lymphatique et osseux reçoivent les atteintes les plus ordinaires. S'il n'y a pas immunité pour le système nerveux, du moins faut-il reconnaître que les névroses syphilitiques essentielles sont rares. Quant aux lésions qui se manifestent sur le système musculaire et ses dépendances, elles sont moins rares, et cependant elles ont passé inaperçues pour un grand nombre de pathologistes, ou n'ont donné lieu qu'à des descriptions bien incomplètes. Les anciens syphiliographes avaient signalé quelques lésions de ce genre; mais on reconnaîtra, dans les paroles d'Astruc, qui a résumé la plupart de leurs observations, combien leurs idées étaient mal élaborées à ce sujet. « Si la » substance des muscles est infiltrée du virus, dit Astruc (1), et qu'elle » s'arrête dans ses vaisseaux, elle y causera des ganglions ou petites tu- » meurs dures qui, en retardant le cours du sang, donneront lieu à une » douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec gonflement manifeste et » inflammatoire. Si cette substance continue de se séparer comme à l'ordi- » naire, mais qu'elle soit fort âcre, elle produira, par ses irritations et ses » picotements, une douleur rhumatismale pongitive, mais sans inflamma- » tion. Ces sortes de douleurs varient par leur nombre et leur siége, elles » sont vagues ou fixes, et toutes ces variations dépendent de la conforma- » tion ou de la nature des parties, du concours des accidents extérieurs et » du caractère du virus. »

On retrouve dans ce langage suranné une indication vague des tumeurs et des douleurs musculaires d'origine syphilitique. Ces dernières sont plus clairement désignées dans d'autres auteurs sous le nom de *rhumatisme syphilitique*. Petit-Radel (2) a connu non-seulement l'existence de cette affection, mais l'un des effets consécutifs qu'elle exerce sur les muscles : je veux parler de leur contracture. Voici comment il s'exprime à propos du rhumatisme syphilitique : « Les douleurs qu'il cause sont assez violentes, » dit-il, quand elles sévissent longtemps sur les extrémités, pour produire » dans les muscles une *rétraction* bien rebelle aux moyens de gué- » rison. »

M. Lagneau (1) paraît avoir également constaté des faits analogues, puisqu'il signale, parmi les accidents consécutifs et peu communs de la syphilis constitutionnelle, des phlegmasies chroniques des muscles des membres qui déterminent des flexions permanentes, désignées sous le nom de *contractures syphilitiques*.

M. P. Boyer (2), de son côté, dit avoir observé deux cas de contractures syphilitiques, dans le muscle biceps brachial, chez des malades qui présentaient simultanément des syphilides ulcéreuses ou des affections vénériennes du système osseux; mais ces diverses observations, d'ailleurs peu détaillées, étaient oubliées ou méconnues, lorsque M. Ricord, ayant eu l'occasion de constater à sa clinique plusieurs cas de contractures musculaires syphilitiques, appela utilement l'attention sur ce point, et fit publier des faits détaillés desquels il résulte que cette maladie ne se montre que dans l'infection constitutionnelle et dans la période tertiaire, et qu'elle affecte de préférence les muscles de l'avant-bras. J'emprunte à la GAZETTE DES HÔPITAUX (3) le sommaire de ces faits.

Il s'agit, en premier lieu, d'un malade qui, trois ans avant son entrée à l'hôpital des vénériens, avait contracté des chancres dont la base s'indura, et pour lesquels il subit un traitement mercuriel. Les muscles de l'avant-bras droit perdirent de leur élasticité, et furent pris de douleurs nocturnes en tout comparables aux douleurs ostéocopes. La rétraction devint de plus en plus manifeste, et il fut bientôt impossible d'étendre l'avant-bras, qui demeura coudé à angle droit sur le bras. Les muscles, ainsi rétractés, n'étaient point douloureux à la pression, et le malade pouvait essayer d'exécuter les mouvements bornés qui étaient permis à son membre sans éprouver de douleurs notables. Les tissus de la région affectée offraient une dureté et une roideur très-remarquables, mais ils ne paraissaient pas altérés. Ajoutons que, chez ce malade, il s'était en outre développé une hyperostose du tibia gauche.

M. Ricord eut recours à l'iodure de potassium administré d'abord à 3 grammes par jour dans la tisane de saponaire. Cette dose du médicament fut augmentée tous les deux jours jusqu'à 6 grammes par jour. Dès le quatrième jour de ce traitement les douleurs n'existaient plus, et le sommeil, fréquemment interrompu depuis six mois, devint calme et régulier. Le dixième jour, on constata moins de tension dans les muscles; dès lors la rétraction perdit de son intensité. Les mouvements de l'avant-bras devinrent de plus en plus faciles, et le vingtième jour, les muscles avaient repris leur état normal.

Deux autres faits de même nature ont été observés, à peu près à la même époque, à l'hôpital des vénériens de Paris : des chancres indurés avaient marqué le début de la syphilis. Chez un de ces malades, une éruption secondaire avait été attaquée avec un succès apparent par des préparations mercurielles; mais un an après, des tubercules profonds se manifestèrent

(1) TRAITÉ DES MALAD. VÉNÉR., trad. du latin, t. IV, p. 46, 1774.
(2) COURS DE MALADIES SYPHILITIQUES, t. II, p. 78, 1812.

(1) TRAITÉ PRATIQUE DES MALAD. SYPH., t. I, p. 445, 6e éd.
(2) TRAITÉ PRATIQUE DE LA SYPHILIS, p. 167.
(3) P. 98 de l'année 1842.

choses ne peut jamais, et sous aucune condition, profiter au médecin. Disons-le hardiment, dans ces termes, ce serait une sévérité injustifiable, une véritable proscription. Comme le commerçant, comme l'avocat, comme le chimiste ou l'astronome, le médecin subit les nécessités de la vie; et le *pabulum vitæ* ne lui est pas plus inutile apparemment qu'aux autres. Comme eux et plus que certains d'entre eux, il soutient de rudes combats contre la concurrence; comme à eux, il lui importe de tirer honneur et profit de ses veilles, et que sa part active et honnête dans le progrès scientifique le serve le plus promptement possible auprès de ce public qui peut seul lui offrir la juste rémunération de ses travaux, et doit d'ailleurs en profiter à son tour. Voilà la vérité; si tout le monde ne la dit pas, tout le monde l'avoue au fond du cœur. Le plus riche jargon de la phraséologie sentimentale vient échouer devant ce simple exposé de la situation. Au lieu donc de se voiler la face et de se compasser dans une pruderie muette et stérile, le devoir des esprits sensés est bien plutôt d'aviser aux moyens de donner honorablement satisfaction à ces besoins, à ces droits du corps médical.

Cependant, nous nous empressons de le reconnaître, le médecin est appelé à remplir dans la société un rôle spécial, dont la délicatesse peut et doit exiger de sa part une grande réserve dans l'exercice du droit commun de publicité. A cet égard, on peut considérer le médecin sous deux points de vue principaux : premièrement, comme dépositaire de la santé publique; secondement, comme exerçant un ministère, pour ainsi dire, occulte et sans contrôle.

Dépositaire du plus précieux des biens, son premier devoir est de ne l'exposer à aucun risque, partant de ne rien annoncer qui ne soit strictement vrai, rien promettre qu'il ne soit en mesure de tenir complétement. L'exigence de cette condition témoigne assez des rigueurs que nous voudrions imposer à la divulgation extra-scientifique des faits médicaux, aussi bien que de notre répugnance pour la majeure partie de la publicité actuelle. La vérité n'en est jamais, on le sait, la qualité dominante, et bien souvent le mensonge le plus effronté s'y étale sans vergogne. On ne saurait sur ce point déployer trop de sévérité envers le médecin. Le commerçant qui trompe sur la qualité de sa marchandise s'appelle un fripon; quel nom donner au médecin qui *trompe sur la santé*, qui, par l'appât d'annonces mensongères, amène jusqu'à lui un client dupé?

Chargé d'un ministère occulte, entouré d'une confiance aveugle, le médecin ne peut jamais prendre le public pour juge de son mérite. Dès lors aucun fait scientifique ne devrait être divulgué qu'après avoir emprunté à la compétence des corps savants un cachet de bon aloi. Si l'on rapproche cette condition de la précédente, on verra que, dans ces limites, la divulgation des faits scientifiques n'aurait rien que de conforme à la raison et à la morale. Annoncer des faits vrais dans leurs circonstances extérieures, garantis vrais dans leur caractère scientifique par l'Institut ou l'Académie de médecine, pourrait sans doute devenir, pour l'auteur, une source de profits, mais ne serait, en cela même, qu'une application des plus simples notions de justice et d'égalité. *A chacun selon ses œuvres*, disent les moralistes depuis Jésus-Christ. Pourquoi cette maxime ne serait-elle pas applicable au médecin? Par quelle étrange contradiction, ce qui est pour la masse des ouvriers une récompense équitable paraîtrait-il, pour quelques-uns, un intolérable privilége? Qu'on y réfléchisse froidement, sans passion, sans préjugés, et surtout en dehors de cette susceptibilité étroite et pointilleuse qui est à la vraie vertu ce qu'est le bigotisme à la religion; on sera bientôt

du côté de la gorge, et les muscles de l'avant-bras furent pris de contracture. L'iodure de potassium, d'une efficacité déjà éprouvée, fut mis en usage, et on lui associa des pilules de proto-iodure de mercure et de ciguë, pour combattre quelques symptômes de la période secondaire. Cinq semaines amenèrent la guérison.

J'ai reproduit ces observations parce qu'elles démontrent d'une manière irrécusable l'un des effets de la syphilis sur le système musculaire. Nul doute que des faits du même genre ne soient plus communs qu'on ne le supposerait d'après le silence des observateurs. L'art a fait un grand pas lorsqu'on a démontré que les contractures musculaires tenaient aussi bien à des centres nerveux qu'à de simples affections rhumatismales passées à l'état chronique; il reste à prouver que l'influence de la syphilis doit occuper une place dans cette analyse étiologique. Mais il suffit quelquefois de provoquer des recherches sur un point pour qu'on voie tout aussitôt paraître de nouvelles observations qui en confirment l'exactitude, ou qui étendent le cercle de leurs applications. A ce sujet, je rappellerai un cas de strabisme divergent de l'œil droit que j'ai eu l'occasion d'observer sur une femme âgée d'environ 35 ans, laquelle avait eu et portait encore des traces de syphilis. Dans la supposition que la contracture du muscle droit externe de l'œil tenait à une cause syphilitique, et pour remédier aux autres symptômes qui coexistaient, un traitement mercuriel fut prescrit. Pendant son administration, le strabisme et les autres symptômes disparurent.

D'après les divers faits que j'ai signalés, l'influence de la syphilis sur le système musculaire s'exprime de trois manières principales :

A. *Par la douleur.* C'est l'effet le plus commun. On l'observe particulièrement dans les syphilis invétérées et chez les malades qui ont été exposés à l'impression du froid ou de l'humidité. Mais cette cause adjuvante n'est pas nécessaire. Ce symptôme a été décrit sous le nom de rhumatisme syphilitique. Il a son siége dans le trajet des muscles, des tendons, des aponévroses d'insertion ou d'enveloppe. Les douleurs musculaires syphilitiques ont plusieurs caractères analogues aux douleurs dites ostéocopes, mais elles sont moins profondes et elles sont rendues plus vives par la contraction musculaire. Elles diffèrent des douleurs rhumatismales ordinaires par le rapport qu'elles affectent avec des symptômes franchement syphilitiques, et elles cèdent au traitement spécifique.

B. *Par la contracture des muscles.* Cette affection est tantôt le résultat du rhumatisme syphilitique, dont elle n'est qu'un degré plus avancé; d'autres fois elle se manifeste d'une manière lente, et parvient graduellement à un état plus ou moins avancé. D'après les observations de MM. Ph. Boyer et Ricord, ce serait aux membres supérieurs, et spécialement aux muscles fléchisseurs de l'avant-bras, que cette affection se manifesterait de préférence. Mais tous les muscles peuvent y participer. J'ai rappelé succinctement un fait de rétraction syphilitique de l'un des muscles oculo-moteurs, et s'il fallait établir un siége d'élection pour ce genre de phénomènes morbides, ce serait aux sphincters que je le placerais. On sait combien sont fréquentes les rétractions permanentes du constricteur de l'anus chez les sujets qui présentent des syphilides autour de cette ouverture et qu'on dit atteints de fissures. On observe aussi assez fréquemment la rétraction active et douloureuse du constricteur du vagin, chez les femmes qui portent des ulcérations au voisinage de son orifice vulvaire. Or si, dans certains cas, ces spasmes permanents sont provoqués par la présence de l'ulcération, indépendamment de toute influence spécifique, on n'enfreint pas les lois d'une sage analogie, en faisant rentrer, dans d'autres cas, la contracture des muscles sphincters parmi les symptômes de la syphilis confirmée, et en la considérant comme une véritable contracture vénérienne.

C. *Par des tumeurs développées dans le système musculaire et ses dépendances.* Cette affection, encore plus remarquable que les précédentes, est celle qui doit spécialement fixer notre attention. Je l'examinerai en conséquence sous les aspects principaux qui peuvent constituer un sujet d'étude.

II. — Tumeurs syphilitiques dans les muscles et leurs dépendances.

Les tumeurs qui se développent dans l'épaisseur des muscles, et dont on possède une connaissance exacte, sont encore fort peu nombreuses. Le cœur est le seul organe musculaire dans lequel on ait signalé des productions morbides variées; mais ces lésions n'intéressent qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, et souvent elles ne sont reconnues qu'au moment de l'autopsie. Quant aux muscles de la vie animale, ils ont à peine été compris dans les investigations qui pouvaient éclairer ce sujet, et si l'on excepte quelques tumeurs inflammatoires, quelques hypertrophies limitées, divers kystes contenant des liquides ou des entozoaires de différentes espèces, c'est à peine si l'on a recueilli quelques cas de tumeurs résultant d'une lésion spéciale du tissu musculaire, et dans lesquels la symptomatologie et la thérapeutique aient été l'objet d'une attention fructueuse.

M. Warren (1), le premier, paraît avoir reconnu cette lacune. Il a consigné, dans son ouvrage sur les tumeurs, plusieurs observations importantes destinées à démontrer que la substance propre des muscles peut être le siége de tumeurs d'une nature grave, et que celles-ci sont quelquefois accessibles aux moyens chirurgicaux. Parmi ces tumeurs musculaires, M. Warren signale spécialement des dégénérescences squirrheuses, mélaniques, libres ou enkystées et le fongus hématode. Mais il n'est nullement question, dans le chapitre consacré à ce sujet (Muscular tumours, p. 64), des tumeurs occasionnées par la syphilis; d'ailleurs il prend soin de déclarer lui-même que les affections qu'il signale sont fort rares.

Les tumeurs qui se développent dans les muscles et leurs dépendances, sous l'influence de la syphilis, peuvent être rapprochées de celles qu'on désigne sous le nom de *tumeurs gommeuses.* Comme ces dernières, elles appartiennent à la période tertiaire de la syphilis, et succèdent à une inflammation chronique dont les produits sont modifiés par la spécificité de la cause pathologique. Pour établir avec plus d'évidence la relation qui vient d'être signalée, nous examinerons d'abord les tumeurs syphilitiques dans les éléments fibreux annexés aux muscles, et en second lieu, dans leur partie charnue proprement dite.

A. — Tumeurs syphilitiques des tendons et des aponévroses.

L'affinité de texture qui existe entre le périoste, siége ordinaire des tumeurs gommeuses, et le tissu fibreux des tendons et des aponévroses, explique pourquoi on observe plus souvent cette affection dans leur tissu que dans la partie charnue des muscles. C'est un fait reconnu que les tendons, malgré leur organisation peu vasculaire, participent aux effets de la syphilis invétérée, et sont particulièrement susceptibles de devenir le siége d'épaississements partiels ou de petites tumeurs appelées *nodus*, tantôt dures et pleines, tantôt fluctuantes. Les aponévroses ont, sous ce rapport, une sus-

(1) Surgical observations on tumours, Boston, 1837.

---

de notre avis.

Par la même raison qui nous fait rejeter de la presse politique tout fait de science dépourvu de contrôle, nous blâmons le simple éloge accolé à l'annonce d'un fait, d'un acte, d'une publication. Parlez-vous au public? Encore une fois, il n'est pas et ne peut pas être juge. Parlez-vous à vos confrères? Ils jugeront bien sans vous et plus impartialement que vous. Et puis, on s'adresse aux médecins dans les journaux de médecine et non dans les journaux politiques. C'est en vertu de ce principe que nous regrettions, il n'y a pas longtemps, de voir, à cette dernière place, l'annonce singulièrement élogieuse d'un Traité de médecine opératoire, par un professeur de Faculté. Un éloge de cette nature, ayant le public pour confident, ne peut avoir qu'un résultat (nous n'osons dire un but) facile à deviner, et peu compatible par son origine avec la dignité et la moralité de la profession.

Les motifs que nous donnons des restrictions à imposer au médecin dans l'exercice du droit commun de publicité pourraient trouver leur confirmation dans certains traits des mœurs médicales contemporaines. Il serait facile de s'assurer que l'usage de ce droit s'étend ou se resserre à mesure qu'on descend ou qu'on monte dans la hiérarchie médicale, et qu'ainsi il est généralement et instinctivement réglé, non par la position plus ou moins considérable des individus, mais par le caractère même de la profession. Ainsi, dans la médecine humaine, le plus humble praticien se hasarde à peine à mettre sur la porte de son appartement une plaque sans nom avec cette modeste indication : médecin. Le dentiste, qui déjà ne touche plus l'espèce humaine que par un bout, le dentiste, fût-il docteur et membre de l'Académie royale de médecine, ne craint pas de placer *dans la rue*, au-dessus de la porte cochère, une *enseigne* portant en grosses lettres ses nom et qualités; et personne ne s'en préoccupe. Pour les sages-femmes, qui ne touchent l'humanité que par l'autre bout, c'est bien pis; tout le monde connaît le tableau classique. Mais allez chez les médecins dont l'espèce humaine ne relève plus du tout; allez chez les vétérinaires, nous parlons des plus renommés et des plus justement honorés, vous passerez, s'il vous plaît, par une maréchalerie dûment étiquetée du nom du propriétaire et ornée de fers-à-cheval dorés. Il en est même une à l'entrée de laquelle vous pourriez lire cet avis d'un louable simplicité : « *On traite les chiens gratis.* » Tant il est vrai que les idées sur la dignité professionnelle se modifient avec l'importance des fonctions.

Nous ne nous dissimulons pas, en terminant ces considérations générales, que le charlatanisme ne puisse, dans sa perfidie ingénieuse, glisser à travers les principes les mieux définis, et les violer en faisant semblant de les appliquer. Le charlatanisme, par sa nature fugace et indécise, ne pourra jamais être nettement circonscrit et séparé de l'honnêteté : le bien et le mal se fondent par des nuances insensibles. C'est un malheur sans remède; mais, on le remarquera, un malheur qui existe par lui-même, que nos doctrines ne peuvent ni créer, ni aggraver qu'elles tendent même à mitiger autant que possible. Au reste, les actes déshonnêtes se trahiraient même sous le manteau de la moralité. Les plus habiles réclames, par cela seul qu'elles auraient ce but, porteraient encore avec elles le caractère de l'intention qui les aurait dictées. Un médecin présente aux corps savants un mémoire sur une maladie populaire; le lendemain il annonce dans les journaux politiques que le docteur *** *a eu l'honneur de présenter à ma-*

ceptibilité pathologique moins prononcée; mais diverses observations, et en particulier celles de Hunter, ne laissent aucun doute sur la part qu'elles prennent à ce genre d'affections. Toutefois, bien que la possibilité de l'altération du tissu fibreux des tendons et des aponévroses soit un fait acquis à la science, on ne saurait se dissimuler que l'énoncé des observations qui s'y rapportent est partout laconique, insuffisant, et qu'il se borne à l'indication de l'existence de la maladie, sans plus amples développements. Il est même probable que, dans plusieurs cas où des tumeurs formées dans ces tissus sous l'influence de la syphilis se sont présentées à divers observateurs, la nature de leur cause n'a pas été soupçonnée. L'étude des affections syphilitiques des annexes fibreuses des muscles a donc besoin d'être complétée. Les détails qui suivent concernent plus spécialement les tumeurs des tendons.

Ces tumeurs sont tantôt solides et paraissent consister en une hypertrophie circonscrite du tissu fibreux des tendons, avec épanchement d'une matière séreuse et plastique dans leur intervalle. Elles sont le siége d'une douleur plus ou moins vive qui s'accroît pendant l'exercice du muscle auquel correspond le tendon affecté; et si on examine celui-ci sur le cadavre, on reconnaît qu'il a conservé sa couleur naturelle ou qu'il présente tout au plus les traces d'une légère injection; mais qu'il est gonflé soit par l'épaississement de ses fibres, soit par l'adjonction d'une matière albumineuse à demi-solidifiée. C'est dans cet état que j'ai observé le tendon du jambier antérieur sur un sujet qui présentait en même temps des périostoses au tibia correspondant. Si l'affection devient ancienne et qu'elle ne se termine pas par suppuration, l'ossification s'en empare et tantôt gagne toute la longueur du tendon, comme je l'ai vu pour le muscle petit psoas; d'autres fois elle se limite à la partie malade, en formant une sorte d'os sésamoïde accidentel.

Les tumeurs syphilitiques des tendons siégent tantôt à leur surface et tantôt à leur centre. Le premier siége est le plus ordinaire. Le gonflement est alors plus sensible, il fait une saillie plus abrupte sur le trajet du tendon, et s'il se termine par suppuration, la continuité de la corde fibreuse est respectée. Mais l'affection peut résider exclusivement dans la partie centrale du tissu scléreux, et dans ce cas les produits de nouvelle formation écartent les fibres propres du tendon, en donnant à la tumeur une forme ovoïde ou en fuseau. J'ai vu et dessiné au musée d'anatomie pathologique de Strasbourg une tumeur ainsi disposée qui a son siége dans l'épaisseur d'un tendon appartenant à l'un des muscles fléchisseurs des doigts. La fluctuation est sensible à travers l'enveloppe fibreuse et la tumeur présente à peu près la forme et la grosseur d'une amande.

M. Lisfranc (1) a décrit, dans ces derniers temps, sous le nom de *nodosités blanches des tendons*, une affection qu'il déclare fort rare et inconnue des auteurs classiques. En analysant avec attention le fait principal d'après lequel le chirurgien de la Pitié établit l'existence de ce genre de tumeurs, il y a lieu de croire que cette affection n'est qu'un cas particulier des nodus syphilitiques des tendons. Il s'agit en effet d'une tumeur volumineuse développée dans l'épaisseur du tendon d'Achille, chez une danseuse de l'Opéra. Tous les moyens locaux mis en usage contre cette tumeur avaient échoué, mais l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, aidée de la compression et de quelques antiphlogistiques, produisit une guérison complète. Il est regrettable que M. Lisfranc n'ait donné aucuns détails sur les antécédents de la malade qui a fourni le sujet de son observation; mais il est difficile de ne pas assimiler cette tumeur à celles que produit la syphilis, lorsqu'on voit qu'il y a non-seulement analogie de siége et de symptômes, mais analogie d'action thérapeutique. L'iodure de potassium, dont l'efficacité est bien démontrée dans les accidents de la syphilis confirmée assura d'une manière prédominante, sinon exclusive, la guérison de la malade de M. Lisfranc.

(1) Gaz. des hôp., 1842.

On a voulu récemment, et à propos des observations de ce chirurgien, assimiler les nodus des tendons aux ganglions qui se forment autour de ces organes, et qui résultent d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, placées sur leur trajet. M. Marchal (de Calvi) (1) a mis en doute ces prétendues nodosités, qu'il pense n'être autre chose que des ganglions ou peut-être des névromes sous-cutanés. Il se plaint tout au moins du défaut de vérifications tirées de l'anatomie pathologique; mais cette science n'est pas restée muette sous ce rapport, et, au besoin, la pièce du musée de Strasbourg signalée plus haut répondrait parfaitement aux difficultés soulevées par M. Marchal. S'il est douteux que les nodosités blanches des tendons, telles que les a signalées M. Lisfranc, aient une existence indépendante de la syphilis, du moins cette existence est-elle parfaitement constatée, et il est bien démontré que cette affection diffère essentiellement des ganglions ou des névromes. Pour achever de dissiper toute incertitude à cet égard, il me paraît utile de faire connaître un fait que j'ai récemment observé et qui me paraît démonstratif.

TUMEUR SYPHILITIQUE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE CHAQUE TENDON D'ACHILLE; TRAITEMENT MERCURIEL; GUÉRISON.

Obs. III. — Le nommé Antoine B...t, âgé de 22 ans, tonnelier, en résidence à Cette (Hérault) est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, le 25 février 1846. Il occupe le n° 15 de la salle des blessés civils. Ce malade est d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il rapporte que, né de parens sains, il n'a jamais présenté lui-même de symptômes de scrofules, qu'il n'a point eu de rhumatismes, ni d'affections d'une autre nature. Il y a deux ans et demi, il contracta une blennorrhagie, suivie bientôt après de deux bubons, un de chaque côté. Pour obtenir la guérison, B...t s'adressa à un charlatan, qui lui fit prendre des poudres et un liquide, dont il n'a pu me faire connaître la nature. Son traitement se prolongea pendant plusieurs mois, après lesquels les symptômes disparurent d'une manière graduelle. Pendant sa durée, le malade n'avait cessé de se livrer aux travaux habituels de sa profession, qui l'obligeaient à se tenir debout pendant toute la journée. Quelque temps après la disparition des dernières apparences de la maladie, une douleur commença à se faire sentir vers la partie la plus élevée de chaque talon; elle s'accompagna d'une tuméfaction qui, d'abord médiocre, ne tarda pas à acquérir le volume d'une noix. La douleur et la tuméfaction étaient plus prononcées du côté droit. Un corps glandulaire, ayant le volume d'une noisette, se manifesta du même côté, à quelques centimètres plus haut, vers le bord interne du tibia. Cette petite tumeur, d'abord mobile et roulante, devint le noyau d'un engorgement qui s'accrut et fut le prélude d'un érysipèle, qui se termina bientôt après par la résolution de l'engorgement du membre, excepté au niveau de l'attache du tendon d'Achille au calcanéum. Du côté gauche, la tuméfaction du point correspondant s'était faite graduellement, sans accident particulier. Cet état persista pendant près d'un an, sans que le malade s'en préoccupât beaucoup; il n'éprouvait qu'un peu de gêne dans la marche; il lui semblait même qu'un commencement de diminution s'était effectué. Mais, dès le mois de jan-

(1) Annales de la chirurgie française et étrangère, t. VI, 1842.

---

sieurs les membres de l'Institut et de l'Académie royale de médecine son mémoire sur un *nouveau moyen* de..., etc. Tout est vrai dans cette annonce: le mémoire existe; il a été réellement présenté aux Académies des sciences et de médecine. Qui ne voit cependant qu'il y a ici un piége tendu à la crédulité publique, et que l'intention de l'auteur est de donner à la simple *présentation* d'un travail une importance qu'elle n'a pas et à peu près équivalente à l'approbation? Or, c'est ce caractère *intentionnel*, manifesté par mille circonstances variables et impossibles à prévoir, qui fournira le plus souvent, à défaut de régles plus précises, un moyen d'apprécier le but et la portée de l'annonce.

Dans un second article, nous éclaircirons et préciserons davantage, à l'aide de quelques applications particulières, le sens des principes que nous n'avons envisagés ici que dans leur généralité.

A. D.

— Nous rappelons que c'est à Marseille, le 1er septembre prochain, que doit s'ouvrir la 14e session du congrès scientifique de France.

Le comité d'organisation vient de publier le programme des prochains travaux: nous l'insérerons dans le prochain numéro de la Gazette Médicale.

La durée de la session sera de dix jours; les travaux seront répartis en six sections, dont l'une comprend les sciences médicales.

— La Société des sciences médicales de la Moselle met au concours pour 1846 les sujets de prix suivants:

1° Faire l'examen des habitations d'un quartier quelconque de la ville de Metz, considérées comme causes de certaines maladies qui se développent dans la classe indigente.

2° Faire la statistique médicale de la ville de Metz, ou d'un des cantons du département de la Moselle.

3° Décrire anatomiquement les corps connus sous le nom de *follicules de Peyer et de Brunner*; démontrer s'ils sont pourvus ou non d'un canal excréteur, et faire connaître le rôle qu'ils jouent dans le cours de la fièvre typhoïde.

4° De la courbure accidentelle des os, produite par les coups, les chutes, la pression momentanée ou accidentelle; en décrire les symptômes en général, et insister spécialement sur les signes qui la rapprochent ou l'éloignent des fractures.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires seront admis, francs de port, à Metz, au secrétariat de la Société avant le 1er janvier 1847.

— La question des quarantaines doit être discutée solennellement au congrès scientifique de Gênes; elle a été admise, après un long examen, par la commission d'organisation, au nombre des sujets les plus importants.

---

vier 1846, les douleurs se reveillèrent avec plus de vivacité vers l'extrémité inférieure de chaque tendon; la marche devint plus pénible, et le malade se rendit à Montpellier pour demander des conseils. Je l'engageai à entrer à l'hôpital Saint-Éloi, où je faisais le service de la clinique.

Au moment de son entrée, B...t était dans l'état suivant : une tumeur du volume d'une noix existe de chaque côté, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum; sa portion la plus large est à la partie déclive; elle diminue de volume en haut et se réduit peu à peu aux dimensions du tendon lui-même. Ce dernier paraît plus affecté dans ses couches postérieures et latérales que vers la face antérieure. La tumeur est très-dure vers sa base; on dirait que dans ce point chaque calcanéum est le siége d'une exostose. La densité est moindre vers la partie supérieure, du côté droit surtout, où la tumeur semble ramollie et présente une fluctuation obscure, comme si du liquide était infiltré dans un tissu celluloso-fibreux. La douleur est modérée lorsque le malade n'exécute aucun mouvement, mais elle s'accroît quelquefois spontanément pendant la nuit, et il souffre assez vivement si on comprime la partie malade, ou s'il veut marcher. Sous l'influence de la contraction des fléchisseurs de la jambe, une sensation douloureuse se propage le long du tendon jusque dans la région du mollet. Du reste, les deux tumeurs sont sans changement de couleur à la peau, et elles ne donnent point lieu à des symptômes généraux. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité.

Ne pouvant rattacher l'existence de ces tumeurs qu'à une origine syphilitique, et éclairé par des faits antérieurs de même nature, je prescrivis un traitement général destiné à combattre l'affection dont ces tumeurs étaient une manifestation. Dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, l'usage des pilules de Sédillot fut commencé; de la tisane de salsepareille édulcorée avec le sirop de la même substance fut également prescrite. En outre, le malade fit chaque jour une friction mercurielle sur l'insertion du tendon d'Achille. Pendant la durée de ce traitement, une amélioration très-sensible se manifesta, particulièrement du côté gauche. Vers le milieu du mois de mars, M. Serre, qui avait pris le service de la clinique, fit continuer le traitement antisyphilitique général; mais voyant que la tumeur du talon droit cédait plus lentement à son influence, il prescrivit un vésicatoire sur le siége de la tumeur, et le fit entretenir pendant quinze jours environ. Après la cicatrisation de sa surface, les frictions mercurielles furent reprises et continuées jusqu'au commencement d'avril. Le 7 de ce mois, B...t a quitté l'hôpital, complétement guéri de la tumeur du tendon d'Achille du côté gauche; celle du côté droit avait diminué des deux tiers. Il n'existait plus de douleur dans la région affectée, et la marche s'effectuait sans la moindre difficulté.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES LARYNGÉES EXTERNES; par M. le docteur Boinet, ancien interne des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les causes des fistules laryngées externes sont aussi nombreuses que variées, et il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire celles qui sont les plus fréquentes. Déjà nous avons indiqué, en cherchant à établir le diagnostic et la nature de la fistule dans l'observation qui précède, que ces fistules pouvaient reconnaître pour causes une dégénérescence tuberculeuse d'une portion de la glande thyrhoïde, un abcès froid développé au devant du larynx, l'inflammation et la fonte purulente de quelques ganglions lymphatiques du cou, la carie et la nécrose des cartilages du larynx ou de l'os hyoïde, l'ouverture restée fistuleuse d'une tumeur kystique du cou, ou d'un goître aigu terminé par suppuration, etc.; mais de toutes ces causes quelle est la plus fréquente? Les recherches que nous avons faites n'ont pu nous l'apprendre; nous ne pouvons non plus nous appuyer sur nos observations, elles sont trop peu nombreuses. Dans les trois cas de fistules laryngées externes que nous avons observés, deux fois la cause a été un engorgement inflammatoire fréquemment répété du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx; dirons-nous pour cela que cette cause est la plus commune? nous ne le pouvons pas malgré toute la probabilité qui nous paraît être en faveur de cette opinion; il est donc convenable, maintenant que l'attention des gens de l'art est fixée sur ce point, d'attendre de nouvelles observations pour établir la fréquence des causes. Nous nous contenterons pour le moment de faire connaître les faits que nous avons recueillis.

L'observation suivante est encore un exemple de l'inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, terminée par un abcès développé très-lentement.

TUMEUR AU COU OUVERTE AVEC LE BISTOURI.—FISTULE LARYNGÉE EXTERNE TRAITÉE SANS SUCCÈS PENDANT PLUSIEURS MOIS. — GUÉRISON PAR L'INJECTION DE TEINTURE D'IODE PURE.

Obs. II. — En 1842, un négociant de Paris âgé de 39 ans, dont je soignais la dame, me consulta pour une petite grosseur qu'il avait au cou depuis bien longtemps. Cette grosseur n'était ni douloureuse ni gênante; aussi s'en préoccupait-il fort peu, et la consultation qu'il me demandait était plutôt pour savoir ce qu'était cette tumeur que dans l'intention de la traiter. Cette tumeur était superficielle, sous-aponévrotique, sans changement de couleur à la peau, située au devant du larynx, au niveau du cartilage thyroïde dont elle suivait tous les mouvements. Son volume était celui d'un marron allongé; on y sentait une fluctuation obscure. M. G... croyait qu'elle avait un peu grossi depuis quatre ou cinq mois. Mon diagnostic fut une tumeur kystique du cou. Je conseillai des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium, faute d'une opération à laquelle le malade ne voulut pas se soumettre, à cause de ses occupations. Pendant trois mois cette tumeur changea peu de volume; seulement la fluctuation devint très-évidente, et la peau qui la recouvrait semblait amincie, et avait une teinte légèrement violacée; d'ailleurs elle ne causait ni plus de douleur ni plus de gêne qu'auparavant. A cette époque, M. G..., qui a une assez mauvaise constitution et une pauvre santé, fut forcé de s'aliter pour un crachement de sang, accident qu'il a déjà éprouvé plusieurs fois. Il est sujet à des maux de gorge, à de l'enrouement, aux rhumes, et est atteint d'un asthme que la moindre fatigue et le plus petit changement de temps ramènent constamment. Obligé de rester chez lui, il me proposa de le débarrasser de sa grosseur.

Je fis une ponction à la partie inférieure de cette petite tumeur, et un liquide jaunâtre, séro-purulent, s'écoula facilement. La nature de ce liquide m'engagea à inciser toute la paroi antérieure de ce kyste, dans le but de mettre le fond à découvert et de faire un pansement à plat. Au bout de cinq ou six jours, le fond de cette plaie avait un bon aspect et se rapprochait des bords, qui eux-mêmes avaient diminué d'étendue; la cicatrisation marcha rapidement, et au bout de dix jours, le malade était guéri. Il n'y avait aucun suintement. Je touchai légèrement plusieurs fois avec la pierre infernale pour hâter la cicatrisation. Il y avait à peine cinq ou six jours que cette guérison était achevée, que le malade me dit ressentir de la douleur au cou et de la difficulté à avaler. En effet, la peau se souleva peu à peu, devint rouge, et une nouvelle tumeur, du volume de la première, se reproduisit : c'était un abcès dont l'ouverture donna issue à de la sérosité plutôt qu'à du pus. Un stylet introduit m'apprit qu'il existait un trajet fistuleux de plusieurs centimètres de profondeur (5 ou 6). Je fendis de nouveau cette fistule jusqu'à son fond, et cautérisai toute son étendue avec la pierre infernale. Même résultat que la première fois : guérison prompte qui dure douze jours, puis formation d'un nouvel abcès et d'une nouvelle fistule.

La mauvaise constitution de M. G..., ses maux de gorge et son enrouement habituels, l'état particulier des poumons, me firent craindre que cette fistule ne fût complète et ne communiquât dans l'intérieur du larynx, ayant pour cause ou la fonte d'un tubercule ou la nécrose des cartilages du larynx. Ne voyant rien cependant qui pût me confirmer dans cette idée que l'état général du malade, et n'ayant pu constater la communication que je craignais, je fis une injection avec de la teinture d'iode pure. Le malade n'en éprouva ni suffocation ni accès de toux, mais une douleur tellement vive pendant plusieurs heures, qu'il avait un profond regret de s'être soumis à cette injection. Le cou se gonfla, la difficulté d'avaler eut lieu pendant une journée, puis peu à peu tous ces symptômes d'irritation se calmèrent, et huit jours après M. G... était complétement guéri. Cette fois, la guérison s'est maintenue malgré le mauvais état de la santé, qui vient de forcer ce malade à quitter les affaires et à aller habiter la campagne. L'affection des poumons fait des progrès.

Chez le sujet de l'observation suivante, la fistule reconnaissait pour cause la fonte d'un ganglion du cou.

FISTULE LARYNGÉE EXTERNE, SUITE DE LA FONTE D'UN GANGLION; EMPLOI INUTILE DE PLUSIEURS MOYENS; INJECTION IODÉE; GUÉRISON.

Obs. III. — M. Sol..., artiste musicien, vint me consulter pour une affection vénérienne ancienne, dans le courant de 1844. Il avait des ulcérations dans la gorge et des syphilides en plusieurs endroits du corps. Agé de 25 ans, né en Espagne (Figuère), d'une constitution lymphatique assez prononcée, ce malade porte autour du cou de nombreux ganglions, plusieurs situés sous les angles de la mâchoire, sont de la grosseur du pouce. Dans sa jeunesse, M. S... a été fréquemment atteint de maux de gorge et d'enrouement, qui se guérissaient en dix ou douze jours. Il a passé vingt-huit mois en Afrique, comme musicien militaire; il était mal nourri, a eu beaucoup à souffrir du climat et n'est rentré en France qu'à cause de sa mauvaise santé.

Pendant que je le traitais, un des ganglions situé aux environs de la glande sous-maxillaire, vint à se ramollir, et une petite tumeur, d'abord peu apparente, apparut au milieu du cou, au devant et un peu au-dessous du cartilage cricoïde, dans le triangle formé par les attaches des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens. Cette petite tumeur devint fluctuante et acquit le volume d'une noix, elle en avait la forme allongée. Point de changement de couleur à la peau, point de douleur à la pression. Deux mois de frictions avec une pommade à l'iodure de fer n'ayant amené aucun changement dans cette tumeur, j'y pratiquai une ouverture qui donna issue à un pus clair, séreux et semblable à celui des abcès froids. Un stylet pénétra jusqu'à 6 ou 7 centimètres de profondeur, en se dirigeant à gauche jusqu'au niveau du maxillaire inférieur; de petites mèches introduites dans ce trajet fistuleux pendant cinq ou six jours, amenèrent une inflammation et un gonflement, dont j'espérais profiter pour obtenir l'oblitération de cette fistule. Dans l'intention de rapprocher les parois de la fistule, je fis une compression légère sur le cou. Le pus cessa de couler et la cicatrisation était parfaite six jours après; mais quinze jours plus tard, il y avait une nouvelle fistule; le liquide qu'elle fournissait était clair, séreux, semblable à de l'eau. Cette fois j'incisai la paroi antérieure de cette fistule dans les trois quarts de son étendue et cautérisai

le fond avec la pierre infernale; de la charpie fut enfoncée jusqu'au fond de la fistule pendant plusieurs jours, et la cicatrisation marcha avec une rapidité extrême. Cette fois encore j'eus l'espoir d'une guérison radicale, mais qui, comme la première, ne fut que de courte durée. Un mois après, la fistule s'était reformée d'elle-même. Ennuyé de tous ces traitements, M. S... ne voulut rien faire pour le moment et se contentait de soins de propreté. D'ailleurs, il était parfaitement guéri de son affection vénérienne; et ses ganglions cervicaux avaient complétement disparu. Je l'avais soumis pendant plusieurs mois à l'iodure de potassium et à un excellent régime tonique. Dans le mois de juin 1845, M. S... vint me revoir pour sa fistule, qui l'importunait beaucoup. Avec de la teinture d'iode pure, je fis une injection dont le résultat fut une guérison prompte et radicale en moins de douze jours. Je vois fréquemment ce monsieur, et sa santé est excellente sous tous les rapports; depuis deux ans elle s'est considérablement améliorée, et sa fistule n'est pas revenue. Il n'a plus de maux de gorge ni d'enrouement.

Comme nous l'avons déjà fait observer, et comme ces opérations le prouvent, toutes les fistules de la région antérieure du cou, ne communiquent pas avec le larynx ou la trachée-artère, et ne donnent pas passage à l'air; sous ce rapport, il est donc utile d'établir une distinction entre les fistules complètes ayant deux ouvertures, l'une dans le larynx et l'autre à la peau, entre les fistules incomplètes internes, qui n'ont qu'une ouverture dans le larynx, et enfin entre les fistules incomplètes externes, lesquelles s'ouvrant seulement au dehors se terminent dans le tissu cellulaire et n'ont aucune communication avec le larynx.

Chacune de ces variétés de fistules reconnait des causes nombreuses et variées. Les fistules complètes sont assez ordinairement le résultat des plaies de la région antérieure du cou; on les rencontre encore à la suite de la phthisie laryngée, et dans ce dernier cas elles ont été incomplètes internes, avant que de devenir complètes. La carie et la nécrose des cartilages du larynx, peuvent encore les produire, et alors il arrive assez souvent qu'elles sont incomplètes externes avant de devenir complètes.

Les fistules laryngées externes, celles qui nous occupent principalement ont pour cause des abcès froids développés au devant du larynx, des inflammations du tissu cellulaire du cou ou de la glande thyroïde, une dégénérescence tuberculeuse de quelques lobules de cette glande, l'inflammation et la fonte purulente de quelques ganglions lymphatiques, la nécrose ou la carie de quelque portion du larynx ou de l'os hyoïde, les tumeurs kystiques du cou, soit qu'elles se développent dans le tissu même de la glande thyroïde, ou dans le tissu cellulaire du cou, etc. Le siége de ces fistules est d'ordinaire à la partie antérieure du cou, au devant du larynx; mais on peut les rencontrer dans tous les points du cou, où peuvent se développer les tumeurs et les abcès dont nous venons de parler.

Les seuls caractères communs aux fistules du cou, c'est de présenter une ouverture anormale, petite, arrondie, déprimée, et quelquefois garnie à son pourtour de chairs molles et rougeâtres, et fournissant une quantité variable de matière purulente, peu épaisse; le long du trajet fistuleux on sent presque toujours une espèce de corde dure, formée par des callosités qui s'étendent plus ou moins loin vers le fond de la fistule.

Les caractères particuliers à chaque genre sont les suivants:

Les fistules complètes sont faciles à reconnaître: d'abord elles sont toujours le résultat d'une plaie au cou ou d'une opération, et cette circonstance rend leur diagnostic facile; ensuite elles donnent rarement lieu à un écoulement de matière purulente. Chez les individus qui en sont affectés, la voix est altérée, et si l'on pratique une injection, le liquide qui pénètre dans le larynx produit des accès de suffocation. L'application d'une bougie au devant de l'ouverture fistuleuse est encore un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas négliger; car l'air qui s'échappe du larynx par la fistule fait vaciller la flamme de la bougie. Si la fistule complète est le résultat d'une laryngite chronique ou d'une nécrose des cartilages du larynx, la constitution du malade, ses antécédents, la marche de la maladie, sont suffisants dans ces cas pour reconnaître la véritable nature du mal et diriger le praticien dans le traitement qui pourra convenir; et cependant, avant de se prononcer, on doit prendre toutes les précautions pour éviter l'erreur, ainsi que nous le prouve notre seconde observation.

Les fistules borgnes ou incomplètes internes sont, de toutes, les plus difficiles à reconnaître; comme elles n'ont aucune importance au point de vue chirurgical, nous les passerons sous silence; cependant les phénomènes suivants devront conduire le praticien à diagnostiquer leur existence. Quand, après avoir éprouvé des maux de gorge, des laryngites répétées, de l'altération dans la voix, une tuméfaction au cou à la partie supérieure du larynx, de la gêne dans la déglutition, les malades ont vu ces symptômes disparaître à la suite de crachements de pus, puis revenir ensuite pour disparaître encore sous l'influence des mêmes phénomènes, et surtout si ces malades sont atteints de scrofules ou de tubercules, on a de fortes présomptions pour croire à l'existence d'une fistule incomplète interne.

Les fistules incomplètes externes ou laryngées externes ne consistent, ainsi que nous l'avons dit, qu'en des orifices d'abcès fistuleux ou ganglionnaires, de tumeurs enkystées, etc., dont le fond ne s'est pas recollé, et qui par suite ne se cicatrisent pas; mais leur étroitesse, la matière séro-purulente qu'elles rendent opiniâtrément, malgré tout ce que l'on peut faire pour la tarir, les duretés calleuses dont elles sont parfois entourées, ne laissent aucun doute sur leur existence et souvent sur leur nature, et démontrent qu'elles sont entretenues par les parois organisées d'un kyste ou par une pseudo-membrane qui s'est formée au fond du foyer fistuleux; d'autre part, une exploration attentive avec le stylet, l'absence de l'altération de la voix, l'impossibilité de faire pénétrer du liquide dans le larynx, en poussant une injection par l'ouverture fistuleuse, l'immobilité de la flamme d'une bougie placée au devant du cou, etc., la bonne constitution du malade, les commémoratifs enfin, empêchent de les confondre avec les fistules aériennes.

En général, les fistules du larynx sont rarement une maladie grave qui compromette la santé des individus; les fistules aériennes, suite de plaies, les fistules laryngées externes, n'ont aucune gravité. Il n'en est plus de même de celles qui reconnaissent pour cause une phthisie laryngée, une nécrose, une carie des cartilages du larynx, chez des individus tuberculeux ou scrofuleux. Les fistules de cette espèce ne sont pas, à la vérité, fâcheuses par elles-mêmes, mais à cause de la maladie mortelle dont elles ne sont que le symptôme.

Il existe donc une différence importante entre les fistules aériennes traumatiques, les fistules laryngées externes et les fistules produites par des nécroses ou des caries et la phthisie laryngée. Cette distinction est capitale pour le traitement; car il est hors de doute maintenant que s'il est des fistules du larynx qu'on doive abandonner et dont la guérison est fâcheuse, il est démontré aussi qu'il en est d'autres pour lesquelles on doit tout tenter pour obtenir leur guérison. En effet, il faut donc distinguer entre les fistules du larynx celles qui sont aériennes de celles qui ne sont que laryngées externes, puis distinguer parmi les fistules aériennes celles qui proviennent d'une cause traumatique de celles qui sont engendrées par une prédisposition tuberculeuse, et qui existent avec une carie ou une nécrose des cartilages du larynx. Ces distinctions sont capitales, étiologiques; elles tiennent à la nature même de l'affection, et décident du choix de la méthode à employer, c'est-à-dire de son efficacité. Ainsi, aux fistules aériennes traumatiques et autres causes analogues, opposons les opérations comme les avivements, les réunions immédiates, le procédé autoplastique de M. Velpeau, etc. S'il s'agit au contraire d'une fistule aérienne pathologique, suivons les conseils de M. Trousseau: respectons cette affection, elle est incurable; et pourtant, si nous avions la certitude qu'elle ne communique pas avec l'intérieur du larynx, nous ferions une injection iodée malgré la nécrose ou la carie des cartilages, persuadé que nous sommes que cette injection serait encore très-avantageuse en modifiant la nature du mal, et qu'elle pourrait encore amener la guérison. Mais si, comme cela arrive dans le plus grand nombre des cas, la fistule est laryngée externe, sans complication de nécrose, et quels que soient sa nature, son siége et sa cause, recourons immédiatement à la méthode de l'injection avec la teinture pure d'iode. On voit que, dans cette énumération des cas et des méthodes, nous avons trouvé l'indication pour tous les cas: c'est qu'en effet cette classification est juste; c'est que la raison, la science, l'expérience et le simple bon sens commandent qu'il en soit ainsi.

Les faits que nous rapportons viendront, nous en avons l'espoir, modifier l'opinion qu'on a sur les fistules du larynx en général, et prouveront qu'on peut guérir avec la plus grande facilité, avec certitude, des fistules regardées comme incurables, parce qu'elles résistaient à tous les moyens proposés; la difficulté ou mieux l'impossibilité qu'on éprouvait à les guérir était probablement la raison qui faisait qu'il y avait du danger à le faire. Le moyen que nous proposons, l'injection iodée, nous a si bien réussi dans des cas où tous les autres avaient échoué, ce moyen est si simple, si facile, si innocent, que nous ne doutons pas qu'il ne soit désormais préféré à tout autre. Dans les cas où nous l'avons mis en usage, jamais nous n'avons eu à signaler le plus petit accident. Son seul inconvénient est de produire parfois une douleur assez vive; mais cet inconvénient est-il comparable aux angoisses d'une opération sanglante, à des cautérisations avec le fer rouge, etc., surtout quand cette opération, ces cautérisations ne guérissent pas, et font souffrir le malade en pure perte?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite.)

II. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Quelques considérations sur la maladie des*

pommes de terre; par M. Knox. 2° *Cas de rétroflexion de l'utérus*; par M. Rigby. 3° *Diathèse hémorrhagique; hémorrhagie durant dix jours à la suite de l'extraction d'une dent molaire*; par M. Clay. 4° *Cas d'hépatite suivie d'un abcès contenant des hydatides*; par M. Falloord. 5° *Sur la cause prochaine des tubercules et le traitement de la phthisie pulmonaire*; par M. Tosswill. 6° *Des accidents produits par les dissolutions antimoniales et de leur fréquence*; par M. Annan. 7° *Considérations sur la nature et les propriétés du fiel de bœuf comme agent thérapeutique*; par M. Clay. (Quelques faits ajoutés à ceux contenus dans le mémoire inséré par l'auteur dans les numéros du trimestre précédent, et dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte; voir page 410.) 8° *Essai sur l'absorption purulente*; par M. Rayner. (L'auteur passe en revue les diverses manières dont peuvent se produire les phénomènes généraux connus sous le nom d'infection purulente.) 9° *Cas heureux d'ovariotomie*; par M. Clay. (L'opération, faite pour un kyste de l'ovaire datant de cinq ou six ans, fut très-simple; les suites n'en furent pas moins heureuses, puisque la malade était presque guérie au bout de quinze jours.) 10° *Sur l'action chimique et thérapeutique de l'ammoniaque dans la pneumonie*; par M. Yates. 11° *Diagnostic de la grossesse*; par M. Close. (L'auteur fait remarquer qu'une main exercée peut souvent distinguer les mouvements du fœtus de très-bonne heure.) 12° *Observations de médecine*; par M. Fletcher. 13° *Ablation d'une tumeur volumineuse de la paroi antérieure du vagin; guérison*; par M. M'Clintock. 14° *Observation de strongle géant*; par M. Stiff. (C'est le fait communiqué à l'Académie de médecine le 27 janvier dernier, par M. Ségalas, de la part de M. Arlaud, chirurgien de marine.—Voir la GAZ. MÉD.) 15° *De la surdi-mutité*; par M. Curtis. 16° *Sur la fréquence du cancer à différents âges, et sur la proportion diverse des autres maladies aux mêmes âges*; par M. Ch. King. (L'âge où les maladies cancéreuses sont le plus fréquentes est, pour les femmes, de 40 à 44 ans, et pour les hommes à 65 ans et au-dessus.) 17° *Cas d'intussusception d'une espèce rare*; par M. Harrison.

DIATHÈSE HÉMORRHAGIQUE; HÉMORRHAGIE DURANT DIX JOURS A LA SUITE DE L'EXTRACTION D'UNE DENT MOLAIRE; par M. CLAY.

Outre un exemple nouveau de cette anomalie diathésique toujours intéressante en elle-même, l'observation suivante contient aussi l'indication d'un plan de traitement capable de remédier aux hémorrhagies qui en sont l'effet. Elle offre donc et à la curiosité et aux méditations des lecteurs un égal et puissant attrait.

OBS. — Un enfant, âgé de 14 ans, s'étant fait arracher, par une personne étrangère à l'art, la troisième dent molaire droite de la mâchoire supérieure, il s'ensuivit une hémorrhagie qu'on ne put arrêter. M. Clay appelé observa qu'il existait en même temps une déchirure étendue des parties molles voisines ainsi qu'une fracture de l'alvéole. Il apprit alors que la disposition aux hémorrhagies existait chez plusieurs personnes de sa famille, mais seulement (pour les ascendants) du côté maternel. Un oncle de l'enfant saigna pendant quelques jours après l'extraction d'une dent. Un autre oncle, eut par suite d'une plaie de tête, une hémorrhagie qui ne céda qu'au bout de plusieurs jours d'un traitement très-énergique. Un troisième perdit également du sang durant onze jours après s'être fait arracher une dent. Un frère du malade ne put arrêter le sang provenant aussi d'une avulsion dentaire que sept ou huit jours après l'opération. Un second frère s'étant coupé un doigt, le sang coula deux ou trois jours, et une dent qu'il se fit enlever amena un saignement de trois ou quatre jours de durée. Enfin, le malade lui-même avait déjà précédemment éprouvé trois fois le même accident, deux fois pour une dent arrachée et une fois pour s'être coupé le pouce. Mais ce qu'il y a de plus inconcevable, c'est que, malgré le nombre de ces exemples, les personnes de la famille ne s'étaient pas douté jusque-là qu'une semblable disposition existât parmi eux.

Pour en revenir au fait actuel, M. Clay ayant reconnu l'étendue de la lésion, plaça dans l'alvéole un tampon imbibé de teinture de muriate de fer; il le soutint par une petite pièce de liége et maintint les mâchoires exactement rapprochées. Au bout de trois ou quatre heures, le sang avait reparu. On replaça le bandage compressif, en prenant soin de le faire porter sur toutes les parties d'où provenait l'effusion sanguine et en ajoutant quelques gouttes d'acide chlorhydrique au mélange dont on l'imbiba. Le résultat n'ayant pas été plus satisfaisant, on essaya le matico d'abord en en appliquant la poudre, puis la feuille même de la plante. Tout ceci demeura infructueux. Le seigle ergoté donné à l'intérieur ne réussit pas mieux. Il en fut de même du styptique dit de *Ruspini*. On imagina alors de faire suivre à l'enfant un régime alimentaire très-substantiel, en lui appliquant en même temps de la glace autour du cou et de la gorge, et le faisant gargariser avec de l'eau glacée. Le sang continuant de couler sans interruption depuis six jours malgré ces divers traitements, on dut recourir au fer rouge; mais quoiqu'on l'appliquât exactement et à plusieurs reprises sur tous les points d'où semblait provenir le saignement et que l'enfant rendit par son courage l'opération très-facile, l'hémorrhagie ne fut pas même diminuée.

Un nouveau mode de traitement ayant été décidé en consultation, on administra 25 centigr. d'acétate de plomb toutes les trois heures, et l'on appliqua sur les parties blessées des linges trempés dans une solution du même sel, et maintenus avec une force de pression aussi constante que possible. Après vingt-quatre heures de ce traitement, il n'y avait encore aucune amélioration; on le continua néanmoins, et le lendemain matin on vit avec un vif plaisir que l'hémorrhagie avait cessé. C'était alors le dixième jour, et le malade avait déjà pris près de 4 grammes d'acétate de plomb. Comme il commençait à se plaindre de douleurs dans l'estomac et dans la tête et qu'il y avait aussi constipation, on crut devoir suspendre ce remède, et on le remplaça par le sulfate de soude qui, comme on le sait, jouit aussi dans ce cas de propriétés anti-hémorrhagiques prononcées. Le sang cessa de couler dès le dixième jour et ne reparut plus.

D'après le succès de ce mode de traitement, M. Clay pense qu'il doit être de règle dans des cas pareils de donner d'abord l'acétate de plomb, puis au bout de quelques jours le sulfate de soude. La combinaison de ces deux substances a cela d'avantageux que tout en agissant l'une et l'autre contre l'hémorrhagie, la seconde remédie aussi aux fâcheux effets que l'administration prolongée du sel de plomb pourrait exercer sur le canal digestif.

— Ces vues nous paraissent extrêmement rationnelles, et c'est là, ce nous semble, savoir judicieusement employer les richesses de la matière médicale. Mais le succès obtenu dans le cas précédent est-il réellement une preuve en faveur de cette médication? On sera peut-être porté à en douter, et à faire, dans l'honneur de la guérison, une très-large part à la nature, si l'on considère 1° que le remède fut donné d'abord vingt-quatre heures de suite sans le moindre amendement; 2° que l'hémorrhagie durait déjà depuis neuf jours, et que les hémorrhagies survenues dans les mêmes circonstances chez ce malade et chez ses parents s'étaient toujours arrêtées vers les troisième, septième, huitième et onzième jours.

CAS D'HÉPATITE SUIVI D'UN ABCÈS CONTENANT DES HYDATIDES; par le docteur FALLOORD.

OBS. — Il s'agit d'une dame de 38 ans, de constitution détériorée, pâle, livide, bien réglée, cependant se plaignant depuis longtemps de douleurs lancinantes et augmentant à la pression, dans l'espace situé entre l'épigastre et l'hypocondre droit. Ces douleurs s'irradiaient vers l'épaule droite. Vomissements; soif habituelle; langue rouge; pouls à 100 pulsations. La partie douloureuse était évidemment tendue; le foie était développé, son lobe gauche paraissait induré et inégal; teinte jaune générale et très-prononcée, survenue la veille de la visite du docteur Falloord (le 19 septembre 1845), à la suite de l'application d'un sinapisme (on ne dit pas à quel endroit, probablement sur la région du foie). La malade dit avoir eu déjà les mêmes symptômes, mais moins violents, et n'avoir jamais été entièrement guérie.

Des ventouses sur la région hypocondriaque droite, des applications de térébenthine, le calomel seul ou uni à la morphine et l'ipécacuanha, les gouttes hydrocyaniques, produisirent de l'amélioration.

Le 27 septembre, les symptômes aigus ayant disparu, on eut recours à de petites doses d'hydriodate de potasse, de térébenthine et d'huile. Des garde-robes de couleur noire eurent lieu, dans lesquelles on remarqua, pour la première fois, des hydatides, les unes rompues, les autres paraissant vivantes, au nombre de sept ou huit dans chaque selle. Un grand soulagement s'ensuivit. La malade resta dans cet état jusqu'au 3 octobre. A cette époque, elle eut une forte attaque de douleurs, occasionnée par la méprise d'un pharmacien, qui lui administra de l'acide oxalique pour de l'acide tartrique. Emploi de la craie à l'intérieur. Selles fétides, avec des hydatides mortes.

Vers le 8, la fièvre s'alluma, les douleurs revinrent très-intenses, le pouls s'éleva à 120. Une tumeur élastique au toucher se forma à l'épigastre.

Malgré l'emploi des calmants, d'un vésicatoire *loco dolenti* et de plusieurs autres moyens, l'anasarque survint, et la malade expira le 18 novembre, après les plus vives souffrances.

M. Falloord ne put faire l'autopsie convenablement; il lui fut seulement permis d'inciser la tumeur. Mais ayant porté la main à l'entour et profondément, il trouva des adhérences générales, le lobe gauche du foie hypertrophié et touchant les côtes gauches. La ponction de la tumeur laissa voir le foie converti en un sac contenant trois pintes de pus avec des centaines d'hydatides de toute grosseur. Quoique flottant dans un liquide purulent, elles avaient conservé leur transparence. Quelques-unes offraient des plaques cartilagineuses et des parois très-épaisses; d'autres étaient distendues à la manière d'une orange; quelques-unes adhéraient aux parois de l'abcès. Avant d'ouvrir la tumeur, M. Falloord avait remarqué un canal rempli de pus, se dirigeant en bas vers le duodénum. La présence d'amis de la famille l'empêcha de pousser plus loin ses investigations.

Il est fâcheux qu'on n'ait pu savoir où se jetait ce canal plein de pus qui se dirigeait du foyer de l'abcès vers le duodénum; il est probable qu'il allait s'ouvrir dans le duodénum lui-même ou dans une portion voisine du tube intestinal. La présence d'hydatides dans les selles, le 27 septembre, prouve qu'il existait dès cette époque une communication entre la poche hydatique et les intestins; communication qui, du reste, paraissait devoir être longtemps compatible avec une santé passable, puisque postérieurement la maladie est regardée comme passée à l'état chronique. Le développement d'accidents ultérieurs a été manifestement l'effet de l'empoisonnement par l'acide oxalique. On peut conjecturer par l'ensemble des symptômes, et plus particulièrement par le changement survenu dans l'aspect des selles, que

la suppuration du kyste ne remonte qu'à cette époque. La phlegmasie développée sur la muqueuse intestinale par le poison se sera propagée, par le conduit de communication, à la poche hydatique elle-même.

Cette observation est d'ailleurs remarquable par l'énorme étendue de l'abcès, par la transparence des hydatides au milieu d'un liquide purulent, par l'épaisseur et l'aspect cartilagineux des parois de quelques-unes d'entre elles, et par plusieurs autres circonstances pour lesquelles nous renvoyons à l'observation elle-même.

SUR L'ACTION CHIMIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'AMMONIAQUE DANS LA PNEUMONIE; par le docteur WALTER YATES.

Les auteurs anglais sont en veine d'expliquer l'action thérapeutique de l'ammoniaque. Dans un récent travail, le docteur Grantham attribuait l'efficacité de cet agent thérapeutique contre l'état comateux qui accompagne la fièvre typhoïde à ce que l'ammoniaque absorbée par les voies intestinales formait, avec l'oxygène et le carbone en excès dans l'organisme, un carbonate d'ammoniaque qui était ensuite éliminé par les urines (voy. GAZETTE MÉDICALE, 1846, p. 872). Aujourd'hui le docteur Yates cherche à donner l'explication chimique de l'efficacité du même médicament dans certains cas de pneumonie. A la suite d'une longue observation de pneumonie aiguë contre laquelle la faiblesse du sujet ne permit pas les évacuations sanguines et qui fut traitée avec avantage par l'emploi de l'ammoniaque, voici la théorie qu'il croit pouvoir présenter : l'inflammation d'un organe ou d'un tissu quelconque est due à la *suroxydation* du sang qui y est contenu ; ou, en d'autres termes, l'inflammation est la conséquence de certains changements survenus dans le sang. Ces changements consistent dans un état fibrineux plus prononcé et partant une organisation plus avancée. Considérant l'ammoniaque comme représentée par NH^3, sous forme gazeuse, on peut penser que son hydrogène se combine avec une partie du sang suroxygéné pour former de l'eau et, suivant l'expression de l'auteur, *hydrater* le sang; tandis que l'azote se combine avec le surplus de l'oxygène en excès et forme de l'acide nitrique. Le produit complexe de cette combinaison serait donc en définitive de l'acide nitrique étendu ou *nitrate d'eau* qui agirait comme *tonique*, après que l'ammoniaque en nature, à son entrée dans la circulation, aurait déjà *stimulé* l'organisme.

Nous n'avons pas besoin de dire combien cette théorie est encore loin d'offrir le caractère de démonstration qui peut seul lui donner entrée dans la science, ou même un certain degré de probabilité. Si l'ammoniaque agissait de cette manière contre la pneumonie, elle deviendrait le remède à toute inflammation quel que fût son siége, puisqu'elle irait attaquer et détruire à sa source le principe de toute phlegmasie, la suroxydation du sang. Or rien jusqu'ici n'autorise à le penser. En outre, l'ammoniaque devrait convenir également, sauf le degré d'efficacité, dans les inflammations les plus aiguës et les plus franches, celles dans lesquelles l'oxygène du sang est le plus en excès, et la pratique ne vient pas encore à l'appui de cette idée. L'utilité de l'ammoniaque dans certaines affections adynamiques, phlegmasiques ou autres est incontestable; la stimulation qu'elle exerce sur l'organisme, en soutenant les forces, aide à la résolution; mais le même effet peut être obtenu par bien d'autres stimulants diffusibles, le camphre, le musc, etc., et rien n'indique que l'ammoniaque ait sur ces substances l'avantage d'acquérir, par la décomposition, des propriétés toniques, et surtout de les acquérir en introduisant de l'acide nitrique dans le torrent de la circulation.

CAS D'INTUSSUSCEPTION D'UNE ESPÈCE RARE; par M. HARRISON.

Deux circonstances rendent ce fait digne d'être mentionné : d'abord le temps extrêmement long pendant lequel le patient a pu vivre avec une pareille maladie; puis, et surtout, l'espèce particulière d'intussusception dont l'autopsie a révélé la présence, espèce dont peu d'exemples ont été publiés jusqu'ici.

OBS. — Le 10 juin 1844, James Cleary, manouvrier, alla consulter M. Gayson. Six semaines auparavant, étant occupé à garder les moutons, il avait été pris de spasmes violents dans le ventre, et principalement vers la région du colon. Il se remit, mais un nouvel accès le força de quitter son travail. Trois semaines après il eut une entérite, avec vomissements bilieux, douleurs d'entrailles, spasmes dans les lombes, suppression d'urine. Il continua ainsi à souffrir plusieurs jours, les vomissements revenant fréquemment, mais étant séparés par des intervalles d'un bien-être presque complet.

Sur ces entrefaites, il se déclara une douleur violente, mais avec tranchées et ténesmes, au lieu de vomissements. Depuis le commencement de la maladie, la constipation alternait avec une diarrhée claire et fétide. Le pouls ne s'était pas élevé au-dessus de 72. Quoiqu'on eût employé les saignées, les sangsues, les ventouses, les purgations, lavements, opiats, applications chaudes et froides, térébenthine, injections de tabac, le calomel donné jusqu'à salivation, il n'en résulta que peu de soulagement, et, la santé et les forces déclinant rapidement, on le fit entrer à l'hôpital.

M. Harrison, après un examen attentif, découvrit, entre l'épigastre et l'ombilic, une tumeur du volume d'une orange, mobile et douloureuse à la pression. Le malade était émacié. Il disait qu'il était parfois exempt de toute douleur, que la moindre évacuation alvine, liquide ou gazeuse, le soulageait beaucoup, qu'il avait des ténesmes fréquents, que, jusqu'à ce qu'il eût évacué, il souffrait vers l'ombilic ainsi que dans tout le ventre, ce qui amenait parfois le vomissement. Il eût mangé s'il n'eût pas su par expérience que les douleurs devenaient ensuite plus vives. — M. Harrison, sans préciser le diagnostic, pensa que la tumeur siégeait, soit dans l'épiploon, soit dans les parois du colon. Le seul remède qui lui fit du bien était les lavements apéritifs; mais ils n'entraînaient qu'une sorte de bouillie claire et peu abondante, où l'on ne put jamais reconnaître de véritable matière stercorale. Au bout d'un mois de séjour, le malade voulut retourner chez lui.

Le même état continua. Il alla en s'affaiblissant et mourut trois mois environ après le commencement de la maladie.

AUTOPSIE FAITE QUARANTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT. — Estomac et intestins énormément distendus, surtout par des matières liquides et gazeuses; foie dur, ridé; rate molle et volumineuse; reins très-petits, vessie contractée. Nulle trace de péritonite. Une tumeur, située un peu au-dessous de l'estomac, enveloppait le colon. En l'incisant, on découvrit qu'elle était produite par l'intussusception d'une partie considérable du colon, le colon descendant s'étant introduit dans le colon transverse, ce qui est le contraire des cas ordinaires d'invagination où l'on voit communément la partie supérieure être contenue dans la partie inférieure. Dans toute l'étendue de la tumeur, qui n'avait pas moins de 4 pouces de long, l'intestin était dur, épaissi, de couleur très-sombre, mais non gangrené. Le colon descendant faisait dans le transverse une procidence d'un pouce et demi, et était entouré d'un sillon étroit et profond placé entre lui et l'intestin où il s'était engagé. Presque au centre de cette partie procidée, on voyait un petit orifice irrégulier. En y faisant pénétrer avec beaucoup de soin une bougie flexible, on la conduisit jusque dans le colon descendant, mais à travers un canal dont l'étroitesse, la longueur et les tortuosités rendaient parfaitement compte des obstacles qui, pendant la vie, avaient entravé le cours des matières fécales. La surface faisant procidence était très-malade et présentait une ulcération inégale, superficielle. Somme toute, on ne voyait point là de tendance à la mortification, comme on l'observe dans beaucoup de cas semblables où des portions plus ou moins longues du tube digestif sont éliminées par l'anus. Il n'y avait tout au plus que disposition à l'ulcération dans un point circonscrit; et encore sa marche était si lente que certainement les forces se seraient épuisées et la vie éteinte avant que ce travail ulcératif eût pu amener la séparation de la partie invaginée.

III. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'hydropisie avec urine albumineuse qui accompagne la scarlatine; congestion passive des reins; hémorrhagie, anémie; traitement par l'acétate de plomb et par les préparations chalybées*; par M. O'Ferrall. 2° *Leçons sur l'urine;* par M. John Aldridge. 3° *Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'orbite;* par M. O'Ferrall. 4° *Remarques cliniques sur un cas de pleurésie latente;* par M. Evans. 5° *Cas de vertige;* par le même. 6° *De l'extravasation de l'urine;* par M. Hamilton. (Il est question ici des dépôts urineux du périnée. L'auteur veut qu'on les ouvre dès que la fluctuation s'y fait sentir; quant à la sonde, il conseille de ne la placer qu'au bout de quelques jours.) 7° *Observation d'une forme de gastrite particulière tenant à l'ingestion de pommes de terre malades; diarrhée, bouffissure de la face, érysipèle, douleurs des articulations et des muscles;* par M. O'Brien. 8° *Cas de tétanos idiopathique;* par M. Swayne. 9° *Paralysie, lumbago et sciatique ; guérison par l'application du fer chauffé au moyen de la lampe à esprit-de-vin; supériorité de ce mode de traitement sur les vésicatoires et le cautère actuel ;* par M. Corrigan. 10° *Remarques cliniques sur un cas d'emphysème vésiculaire;* par M. Evans. 11° *Sur le catharre pituitaire et la phthisie commençante;* par le même. 12° *Fièvre typhoïde, macules et pétéchies ; administration du vin, injections éthérées, vésicatoires volants ;* par M. Corrigan.

SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS DE L'ORBITE; par M. O'FERRAL.

Ce travail est un mélange d'observations cliniques et de remarques générales sur les tumeurs de l'orbite. Sans nous astreindre à en donner une analyse complète, non plus qu'à suivre pas à pas l'ordre tracé par l'auteur, nous extrairons seulement les propositions qui, au point de vue pratique, nous ont paru susceptibles d'apporter quelques lumières nouvelles sur le diagnostic et le traitement de ces affections.

L'histoire des tumeurs de l'orbite offre, pour le praticien, plusieurs points dignes de l'attention la plus sérieuse. En effet, avant de pouvoir prendre à leur égard une résolution qui soit réellement profitable au patient, il a à déterminer exactement : 1° la situation exacte de la tumeur dans l'orbite; 2° sa nature et sa consistance; 3° ses rapports originels ou acquis. — Ainsi, la tumeur peut occuper une place dans le tissu cellulaire extérieur à l'appareil fibreux et musculaire du globe de l'œil (elle se laissera alors atteindre

par une incision faite à la partie supérieure de la paupière); ou bien être située immédiatement entre ces tissus fibro-musculaires et l'œil (cas où l'on y arrivera à travers la conjonctive et sans inciser la peau). Elle peut consister dans le développement d'une partie naturelle, ou dans une production anormale, étrangère à la région; être solide, purulente ou enkystée; innocente dans sa composition, ou de tissus hétérogènes et de mauvaise nature; être formée par le périoste et par conséquent adhérente à l'os, ou mobile dans le tissu cellulaire, etc.

Le meilleur moyen de juger des rapports de la tumeur est de rechercher si elle est mobile. Mais rien n'est plus trompeur que le volume et la profondeur apparente de ces productions morbides. Leur plus grand développement se fait en général derrière le point duquel elles émergent; il faut donc, dans les opérations de ce genre, s'attendre à voir les difficultés de l'extirpation augmenter à mesure qu'on a mis la tumeur plus entièrement à découvert. Si l'on n'y était préparé, on serait souvent tenté, en voyant la tumeur se prolonger autant en arrière, d'en laisser une partie en place, ce qui serait un germe assuré de reproduction.

Nous avons dit qu'il importe de savoir si la tumeur occupe le tissu cellulaire abondant qui est entre les parois orbitaires et les tissus fibro-musculaires du globe oculaire, ou si elle est entre ces tissus eux-mêmes et le globe. Pour s'aider dans ce diagnostic, on consultera avec fruit l'état de la paupière supérieure. On sait qu'un pli transversal la divise en deux portions distinctes: l'une supérieure orbitaire, l'autre inférieure oculaire. Or, comme les progrès du mal l'ont presque toujours allongée, on devra examiner si le développement porte sur la partie supérieure ou sur l'inférieure. Dans le premier cas, on peut être certain que la tumeur est au milieu du tissu cellulaire; dans le second, qu'elle touche plus directement le globe de l'œil. D'importantes conséquences en résultent quant au traitement. M. O'Ferral avait un malade sur lequel la portion orbitaire de la paupière avait subi une ampliation de trois fois sa hauteur naturelle, tandis que la portion oculaire conservait sa dimension normale. Une incision transversale faite au-dessous du sourcil suffit pour mettre la tumeur à découvert, tandis que, dans le cas opposé, on devrait ordinairement, pour tomber directement sur la tumeur, aller à sa recherche à travers la conjonctive.

On rencontre parfois des abcès du tissu cellulaire de l'orbite. Une tuméfaction ferme, immobile, de date récente, accompagnée de fièvre, porte à soupçonner le caractère de la maladie. Lorsque la fluctuation vient s'ajouter à une saillie de plus en plus prononcée vers l'extérieur, l'ensemble de ces signes ne laisse guère de doutes. Mais la fluctuation peut manquer: chez une malade où tous les signes rationnels annonçaient l'existence du pus, M. O'Ferral ne put en constater la présence d'une manière positive qu'en faisant avec une aiguille une ponction exploratrice (1).

La saillie de l'œil ou exophthalmie est une conséquence assez ordinaire de la présence de ces tumeurs. M. Ferrall a cependant constaté chez une femme que le globe, quoique très-manifestement abaissé, et occupant un niveau de 3 lignes inférieur à celui de l'autre œil, ne faisait pas de proéminence à l'extérieur. La suite de l'observation lui ayant montré qu'il s'agissait d'un abcès du tissu cellulaire, il pense que le défaut de saillie tenait à ce que le pus étant limité en arrière par l'inflammation adhésive, avait continué à occuper la partie supérieure du globe sans pouvoir passer derrière lui.

REMARQUES CLINIQUES SUR LA PLEURÉSIE LATENTE; par le docteur EVANS.

L'observation qui a été le sujet de ces remarques de la part de M. Evans, dans une leçon clinique à *Jervis-Street hospital*, n'offre pas par elle-même un cas de pleurésie latente; car la percussion et l'auscultation ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un énorme épanchement rapidement formé dans la plèvre gauche, et même d'une pneumonie commençante du même côté. Mais il manquait, en effet, plusieurs des signes fonctionnels ordinaires de la pleurésie aiguë. Ainsi le côté malade n'était pas douloureux; le pouls n'était ni fréquent, ni dur, ni plein. La dyspnée était peu prononcée. M. Evans suppose qu'on ait été privé, dans un cas semblable, des renseignements fournis par la percussion et l'auscultation, et il montre dans quelle obscurité aurait pu se trouver le diagnostic. Le sujet dont il s'agit avait 14 ans; à cet âge, une telle forme de pleuro-pneumonie est assez rare, mais avec quelle fréquence ne se présente-t-elle pas dans le bas âge et chez les vieillards! Les causes de ces particularités, les difficultés qui en résultent pour le diagnostic, ont été en France l'objet de recherches nombreuses et approfondies, dans lesquelles M. Evans trouverait à étayer et à étendre singulièrement ses remarques sur les affections latentes du thorax.

(1) Dans ces cas embarrassants, un excellent signe nous a servi à obtenir la certitude qu'il y a inflammation du tissu cellulaire de l'orbite. C'est la fixité du globe oculaire, l'impossibilité où il est de partager les mouvements synergiques qu'on fait exécuter à l'autre œil en commandant au malade de regarder en différents sens, enfin la douleur vive que ces essais réveillent. Il est bien entendu que ce signe caractérise le phlegmon plutôt que l'abcès, et qu'on le chercherait quelquefois vainement à l'époque où le pus déjà formé a amené une détente dans les phénomènes inflammatoires. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

REMARQUES CLINIQUES SUR UN CAS DE VERTIGO; par M. EVANS.

OBS. — Un homme de 45 ans, de forme athlétique, d'un tempérament bilieux, cuisinier à bord d'un navire dans les parages indiens, eut beaucoup à souffrir tout à la fois de la chaleur, de l'humidité et du défaut de vivres. Il était à terre depuis environ six semaines, offrant les apparences d'une bonne santé, quand il entra à l'hôpital de Demarara pour une chute. Le 26 décembre, étant assis près du feu, il fut pris subitement d'un violent vertige. La démarche devint chancelante. Crampes dans les muscles des membres inférieurs. Le 2 janvier, M. Evans constate les symptômes suivants:

Face pâle, jaunâtre; sourcils contractés; les deux yeux convergents; joue gauche un peu saillante; commissure labiale de ce côté un peu déviée; langue chargée d'une croûte blanchâtre, et conservant sa rectitude. Pouls à 90, petit, dépressible. Selles régulières; urines libres et de couleur naturelle. Quand le malade se tient debout ou regarde en haut, il lui semble que quelque chose remue dans la partie supérieure de sa tête et les vertiges augmentent. Pas de céphalalgie. Sa vue est courte, mais il n'accuse pas de bluettes ou de symptômes analogues. Par intervalles, douleurs dans le dos; la pression le long de la colonne inférieure n'y découvre pas de sensibilité anormale; faiblesse dans les membres. Il est obligé, en marchant, de se soutenir avec un bâton, moins à cause de la faiblesse que dans la crainte de tomber par suite des vertiges. Pas de faiblesse dans les membres supérieurs; nulle part de fourmillements; appétit très-bon; pas de sensibilité à l'épigastre; état satisfaisant de la santé générale.

Les purgatifs, et en particulier le calomel, ainsi que les antimoniaux firent à peu près disparaître les symptômes en douze ou treize jours. Dès le 10 janvier la marche était presque assurée. L'observation ne contient pas de renseignements postérieurs à cette époque.

Il serait bien difficile de déterminer, soit la partie du système nerveux dont l'altération a produit l'ensemble de symptômes qu'on vient de voir, soit la nature de cette altération. Ici, tout est mystère et ténèbres. On trouvera cependant beaucoup d'analogie entre ces symptômes, surtout en ce qui concerne la locomotion, et ceux qu'on détermine à volonté chez les animaux, soit en leur enlevant le cervelet, soit en exposant à l'air libre la partie supérieure de la moelle par la déchirure de ses enveloppes. Mais ce rapprochement, fût-il exact, n'apprend encore rien ni sur l'étiologie même éloignée, ni sur les conditions organiques de cette singulière perturbation des fonctions nerveuses.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUILLET.

MODE D'ACTION DE LA MÉDICATION REFRIGÉRANTE.

M. ANDRAL présente, au nom de M. ROBERT-LATOUR, un mémoire intitulé: MODE D'ACTION DE LA MÉDICATION RÉFRIGÉRANTE APPLIQUÉE SUR TOUTE LA SURFACE DU CORPS, ET DES CONDITIONS QUI EN RENDENT L'EMPLOI INOFFENSIF.

M. Andral résume les points principaux du travail de M. Robert-Latour dans les termes suivants:

Tous les phénomènes produits par l'application du froid sur le corps vivant peuvent s'expliquer d'une manière toute physique, par la condensation qu'il produit dans les tissus et par le retard qu'il apporte à la progression du sang dans les petits vaisseaux.

L'augmentation de la chaleur qu'on éprouve dans une partie soumise à l'action du froid et qui rougit n'est pas réelle. L'auteur plongea son pied, dont la température était à 26°, dans de l'eau à 9°. Au bout de quinze minutes, la température du pied était descendue à 13°; ce pied avait alors fortement rougi. Retiré de l'eau et couvert, il fit monter, au bout de dix minutes, le thermomètre à 19° seulement, et cependant il était le siége d'un sentiment vif de brûlure dont l'autre pied, marquant 25°, était complétement exempt.

L'action du froid est d'autant plus facilement et d'autant plus longtemps supportée, qu'au moment de son application la température normale du corps est plus élevée.

Un homme, dont la température prise sous l'aisselle était de 35° seulement, ne put supporter qu'une minute l'immersion dans de l'eau à 13°; un autre, chez lequel le thermomètre s'élevait sous l'aisselle à 39°, put rester plongé dans la même eau pendant cinq minutes et au delà.

Soit qu'on élève la température par l'exercice, ou en entourant le corps de tissus mauvais conducteurs du calorique, comme une couverture de laine, on ne produit jamais une élévation de température plus considérable que 2°; alors la sueur s'établit, et cela a lieu quelle qu'ait été la température au point de départ. Ainsi, chez celui qui n'a en température que 35°, elle s'élève à 37°, et pas au delà; chez celui qui a 39° de température, elle s'élève à 41°.

Une fois qu'on a obtenu cette élévation de deux degrés de température, on peut impunément soumettre le corps à l'action de l'eau froide, à la condition qu'on fera cesser l'action du froid dès que la température de l'homme qu'on y soumet sera revenue à ce qu'elle était au moment où on l'a élevée artificiellement.

DÉVELOPPEMENT DES TISSUS DES BATRACIENS.

M. Milne-Edwards présente au nom de M. Kolleker un mémoire sur le développement des tissus des batraciens. Ce travail, dont M. Milne-Edwards rend un compte verbal, porte principalement sur le mode de formation des vaisseaux sanguins, des lymphatiques et des nerfs chez les batraciens. L'auteur conclut de ses observations que les capillaires sanguins se constituent par le développement de cellules étoilées dont les branches se rencontrent et s'anastomosent, et dont la cavité, d'abord de dimensions très-variables, se régularise peu à peu. Le cœur et les gros vaisseaux se constitueraient au contraire à l'aide d'une masse de cellules qui se creuseraient au centre. Quant aux lymphatiques, M. Kolleker résume de la manière suivante les résultats de ses recherches :

1° Les dernières ramifications des lymphatiques ont la même structure que les capillaires sanguins, excepté que leur membrane est plus délicate et pourvue de nombreux prolongements.

2° Les capillaires lymphatiques sont moins nombreux que les capillaires sanguins ; ils se ramifient en forme d'arbre en ne formant presque point d'anastomoses, et se terminent avec des ramicules libres et clos.

3° Ils n'existe point d'anastomoses entre les capillaires sanguins et lymphatiques dans l'état normal, mais celles-ci se forment très-facilement lorsque le sang extravase des vaisseaux.

4° Le mouvement de la lymphe est beaucoup plus lent que celui du sang et ne dépend point d'un mouvement péristaltique des vaisseaux lymphatiques ni de contractions partielles.

5° La contractilité des vaisseaux lymphatiques est semblable à celle des capillaires sanguins, mais moins énergique.

6° La lymphe est inorganisée (sans globules) dans le commencement des lymphatiques.

7° Les capillaires lymphatiques se développent presque en même temps que les vaisseaux sanguins par la jonction de cellules étoilées ; leur membrane égale une membrane cellulaire, et possède la faculté de former des prolongements. Leurs noyaux sont des noyaux des cellules étoilées.

DIGESTION DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

MM. Bouchardat et Sandras adressent un mémoire sur la digestion des boissons alcooliques et leur rôle dans la nutrition, dont voici le résumé.

Pour les boissons alcooliques, le premier temps de la digestion proprement dite, qui consiste dans une dissolution, manque, comme il manque aussi dans la digestion des corps gras. Les boissons alcooliques ne subissent, dans l'appareil digestif, d'autres altérations que d'être étendues par le suc et le mucus gastrique, la salive et les autres liquides qui peuvent être versés dans l'appareil digestif.

L'absorption des boissons alcooliques s'effectue, comme M. Magendie l'avait déjà constaté, par les orifices des veines. C'est particulièrement dans l'estomac que cette absorption a lieu ; quand les boissons alcooliques sont données, soit en grand excès, soit mélangées avec du sucre, cette absorption peut se continuer dans tout le reste des intestins.

Les vaisseaux chylifères ne contribuent nullement à l'absorption des boissons alcooliques ; après leur ingestion, le chyle peut être très-abondamment recueilli si ces boissons ont été données avec des aliments gras. Dans ce cas le chyle ne renferme aucune trace appréciable d'alcool.

Les boissons alcooliques étant introduites dans le torrent circulatoire, l'alcool n'est éliminé par aucun des appareils sécréteurs ; une petite proportion est seulement évaporée par les poumons, et peut être recueillie avec les gaz et les vapeurs qui s'exhalent continuellement par cet organe.

Si l'alcool est introduit dans l'appareil circulatoire en quantité trop élevée, le sang artériel conserve la coloration propre du sang veineux ; l'alcool peut déterminer tous les accidents de l'asphyxie.

L'alcool, sous l'influence de l'oxygène incessamment introduit dans l'économie par la respiration, peut être immédiatement converti en eau et en acide carbonique ; mais dans plusieurs de leurs observations, les auteurs ont obtenu un produit intermédiaire de sa combustion, l'acide *acétique*.

L'alcool et les produits qui en dérivent disparaissent rapidement de l'économie. Lorsqu'il est introduit simultanément avec du glucose et de la dextrine, sa destruction est plus rapide que celle de ces derniers corps.

COMPOSITION DE L'AIR DANS DES LIEUX CONFINÉS.

M. Lassaigne adresse un travail intitulé : Recherches sur la composition que présente l'air recueilli à différentes hauteurs dans une salle close où ont respiré un grand nombre de personnes ; suivies de considérations sur la théorie qui a été admise de certains appareils de ventilation.

M. Lassaigne combat dans ce mémoire l'opinion généralement admise, et passée en principe, que l'air vicié par la respiration, occupant les régions inférieures de l'enceinte, est sans cesse renouvelé par un moyen d'appel qui l'entraîne continuellement au dehors. Cette assertion lui paraît opposée à cette loi de la physique sur les mélanges des fluides élastiques entre eux et avec les vapeurs, savoir : « que les divers fluides élastiques simples ou composés qui sont sans action chimique entre eux, se répandent uniformément dans toute l'étendue d'un espace limité, et indépendamment de leur densité respective. » Dans le but de contrôler cette assertion par l'expérience, M. Lassaigne a entrepris une série de recherches qui l'ont conduit à poser les conclusions suivantes :

1° Dans les lieux où l'air est confiné et a servi pendant un certain temps à la respiration sans être renouvelé, la proportion d'acide carbonique exhalé ne se trouve pas exclusivement dans les régions inférieures, ainsi que l'ont admis certains auteurs.

2° Conformément aux lois de la physique, et ainsi que l'expérience le sanctionne, l'acide carbonique se trouve à peu près également répandu dans toute la masse de l'air limité qui a servi à la respiration d'un certain nombre de personnes.

3° Les légères différences remarquées à cet égard tendraient plutôt à faire admettre que la quantité d'acide carbonique est un peu plus élevée dans les régions supérieures d'un volume d'air limité, ainsi que le résultat de nos expériences l'établit, si ces différences ne rentraient pas dans les erreurs possibles sur la détermination du volume des éléments gazeux de l'air atmosphérique.

4° Les notions fournies par les expériences relatées dans ce mémoire indiquent qu'il importe de renouveler toute la masse d'air dans les lieux où se trouvent de grandes réunions d'hommes, afin de chasser la portion d'air vicié produite dans l'acte de la respiration et répandue dans tout l'espace.

5° Le malaise qu'on ressent en respirant l'air plus ou moins chaud qui occupe, dans certaines salles mal ventilées, les régions supérieures, est plutôt dû à la raréfaction de l'air qu'à sa composition, cette dernière étant à peu près la même que celle de l'air des régions inférieures. Dans une telle condition, les mouvements respiratoires, devenant plus rapides et plus amples, produisent des phénomènes physiologiques différents de ceux qui s'accomplissent dans l'air à la température ordinaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Académie que, par suite du décès de trois de ses membres, MM. Demangeon, Bouillon-Lagrange et Clarion, une place est actuellement vacante. Il sera procédé dans la prochaine séance à la nomination d'une commission de onze membres, pour déterminer à quelle section devra appartenir la nomination.

M. Rochoux demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Vu la longueur et l'importance de la discussion sur la peste, il propose que l'Académie y consacre à l'avenir une séance extraordinaire toutes les semaines.

M. le Président : Cette proposition a déjà été faite et examinée en conseil d'administration. Le conseil a reconnu que cette mesure aurait des inconvénients et a jugé à propos de n'y pas donner suite.

La proposition de M. Rochoux n'étant pas appuyée, l'Académie passe à l'ordre du jour.

La parole est à M. Pariset pour la lecture de la seconde partie de son discours.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

M. Pariset : Les remarques que j'ai promis de vous exposer dans cette séance porteront sur l'endémicité de la peste, sur la contagion de cette maladie, sur ce qu'on appelle infection, sur la durée de l'incubation, et sur ce génie épidémique dont on fait tant de bruit. Je serai court, ou je tâcherai de l'être, sur chacun de ces articles, parce qu'il est plus que temps de mettre un terme à la discussion qui vous occupe.

Toute endémie suppose dans la contrée qu'elle affecte des causes qui l'ont fait naître et qui l'entretiennent. Chaque endémie a ses causes propres : la peste a les siennes, et si nous parvenons à déterminer quelles sont ces causes, nous n'aurons plus qu'à chercher s'il est dans le monde une contrée où ces causes sont permanentes, et où, après avoir produit de premières pestes, elles en ont produit de subséquentes et en produisent encore de nos jours. Après quoi, nous chercherons s'il est quelque moyen praticable de faire disparaître ces causes, et d'en éteindre pour jamais l'activité.

Posons d'abord quelques vues théoriques. Toute maladie aiguë se compose, selon moi, de deux éléments : l'un que j'appelle état maladif, l'autre que j'appelle acte maladif.

Le premier consiste dans les altérations que subit l'intime composition de nos parties ; le second, dans les efforts que déploie le principe dont nous sommes animés, pour éliminer ce qui le gêne, et ramener l'économie à son état primitif de santé. Supposons qu'il n'existe aucune peste. Comment se forme l'état maladif de la première ? Rappelez dans vos esprits ce que vous apprend sur ce point l'expérience universelle. Jamais, avec un air pur, avec une eau pure, avec une terre salubre, avec des aliments sains et pris dans une juste mesure, vous ne produirez dans l'économie de l'homme et des animaux ces étranges mutations qui donnent la mort, ou provoquent un acte maladif, ou une réaction quelle qu'elle soit. L'excès de la nourriture ou la disette, l'excès de travail ou de repos, les inégalités de la température, donneront des maladies, mais jamais vous ne verrez sortir de là ni peste, ni rien de semblable à la peste.

Pour produire l'état maladif de la peste, ou les états similaires, il faut que l'air, l'eau, la nourriture, fassent pénétrer dans notre intérieur quelques éléments étrangers, et ces éléments sont les effluves, les émanations, les miasmes qui s'échappent des cadavres putréfiés, des animaux et surtout des cadavres de

l'homme. Ce n'est pas moi qui vous parle, ce sont les écrivains les plus respectables : Ambroise Paré, Joubert, Diemerbroeck, Sennert, Lancisi, Ramazzini, Zacchias, Pringle, Huxham, Haller, Sauvages ; ce sont les observateurs les plus dignes de foi : Haguenot, Maret, Navier ; ce sont les magistrats les plus éclairés de deux grands parlements ; ce sont les dangereuses fièvres, ce sont les accidents affreux que l'on a vus à Paris, à Versailles, à Dunkerque, à Dijon, à Saulieu, à Riom, à Ambert, à Montpellier, à Marseille, dans la capitale même du monde chrétien : à Rome ; ce sont des historiens, des physiciens, des philosophes, ou plutôt c'est le cri de tous les siècles, depuis Moïse jusqu'à nous. A la vérité, dans les lieux que je viens de citer, et dans tous les lieux de l'Europe où existent des causes analogues, ces causes ne sont nulle part assez énergiques pour produire de véritables pestes, si ce n'est très-rarement, dans des cas tout sporadiques et sans qu'on ait quelque raison de s'en douter, comme l'a dit de Haën, parce qu'en effet on n'y voit rien de contagieux ; mais si dans notre Europe ces causes sont balancées par d'autres causes, ne fût-ce que par les variations quelquefois si brusques de la chaleur et du froid, de la sécheresse et de l'humidité, par la pente des terres, par une propreté plus générale, par une nourriture meilleure et plus abondante, et surtout par la qualité des terres où se décomposent les cadavres, si de façon ou d'autre ces causes ne s'élèvent pas jusqu'à donner la peste, elles donnent du moins ce qui la prépare ; elles en donnent les préliminaires, et presque les équivalents, c'est-à-dire les suffocations, les syncopes, les morts subites, les ophthalmies, les céphalalgies, les vomissements, les soifs dévorantes, les diarrhées, les dyssenteries, les adynamies profondes, les flux sanguin et biliforme, les vergetures, les tumeurs, et ces fièvres pétéchiales, malignes, nerveuses, si voisines de la peste ; et ces exanthèmes universels, que voyait Diemerbroeck et que j'ai vus moi-même en Syrie, ainsi de suite ; car dans la contrée où la peste est endémique, ce sont ces mêmes accidents, ce sont surtout les fièvres de mauvaise nature, les pétéchies et les tumeurs, qui se présentent de partout, soit pour annoncer une peste prochaine, soit pour en tenir lieu, soit enfin pour s'associer, et s'associer très-diversement, aux symptômes qui caractérisent cette maladie, tellement, que de cette suite ou de cet ensemble d'actions se forme une peste continue, qui, prenant telle forme ou telle autre, se perpétue et ne s'arrête jamais.

J'ai parlé tout à l'heure de la qualité des terres où sont déposés les cadavres, parce qu'en effet deux terres différentes étant données, les cadavres ne s'y décomposent pas de la même manière, et par conséquent ne donnent pas des émanations identiques. Il est des îles, dit Ortelius, où les cadavres sont à l'abri de la corruption. Vicq d'Azyr a vu à Toulouse deux églises où les cadavres se conservent en se desséchant. J'ai visité le caveau de l'église des Cordeliers. On y respirait librement ; l'odorat n'y était point offensé ; des centaines de corps s'y étaient momifiés. Les liquides en avaient été vaporisés par la chaleur et absorbés par les murailles. De quelle nature sont ces pierres ? Dans la Troade, dans la Lycie et dans d'autres contrées de l'Orient, au rapport de Pline, il est des terrains où les cadavres sont promptement consumés. Je tiens d'un très-habile chimiste, M. Danger, qu'ensevelis dans des terrains argileux ou calcaires, les cadavres n'entraînent presque aucun inconvénient. Enfin, messieurs, de même que parmi les êtres vivants le corps diffère du corps, selon la parole d'Hippocrate, de même aussi le cadavre diffère du cadavre. Rappelez-vous ce que dit Ammien Marcellin sur la décomposition si différente des cadavres des Romains et des cadavres des Perses après la bataille d'Amide. N'est-ce point parce qu'ils avaient appartenu ceux-ci et ceux-là à des hommes différemment composés ? Mais en quoi consiste cette différence ? c'est ce qu'on ne sait pas, c'est ce qu'on ne saura peut-être jamais. Lorsqu'en 1783 on fit à Dunkerque l'exhumation des cadavres de l'église de Saint-Éloy, quels contrastes étonnants ! Trois hommes momifiés étaient là depuis cent cinquante-sept ans. Le papier doré, le laurier qui leur servait de couronne étaient parfaitement conservés. Rien ne pouvait expliquer cette momification. A côté d'eux se trouvait le corps d'un homme mort de fièvre putride et enterré depuis douze ans. Il était aussi entier et aussi infect que le premier jour. Des cadavres d'hommes morts de variole ont donné des varioles mortelles. Étrange fait qui sous les yeux de M. Chaussier s'est renouvelé à Paris dans l'église des Cordeliers. Une femme morte de variole et inhumée depuis cent ans a donné la variole à deux enfants qui s'étaient approchés de son cercueil. Quelle singulière persistance dans ce principe de maladie ! Est-il nécessaire de reproduire ici ce qu'on a pu voir de nos jours lorsqu'on a déplacé le charnier des Innocents contre lequel tant de plaintes s'étaient élevées depuis Fernel et Baillou ? Maintenant, messieurs, combinez dans vos esprits les variétés dans la composition des cadavres avec les variétés dans la qualité des terres, sans parler de tant d'autres variétés, dans la température, dans l'humidité, dans la pression, et voyez quelle inépuisable source de produits divers, les uns indifférents, les autres horriblement dangereux ! Quel champ immense s'ouvre ici aux recherches de la chimie ! Nous verrons dans un moment à quoi ces considérations peuvent nous conduire.

Si donc, par une probabilité presque aussi forte qu'une vérité démontrée, il est reconnu que les émanations ou les miasmes des cadavres, et surtout des cadavres humains, sont les causes génératrices de la peste, ou du moins de cet état intérieur, de cette sorte d'empoisonnement qui, par la réaction vitale, va tout à l'heure en provoquer les symptômes, il ne reste plus qu'à déterminer s'il est sur la terre un point qui réunisse ces causes avec assez de persistance et d'énergie non-seulement pour produire la peste, mais encore pour la produire d'une manière soutenue et en quelque façon perpétuelle ; en d'autres termes, s'il est un point sur la terre où la peste soit endémique, ou comme attachée au sol et à la population. Pour nous guider dans cette recherche, nous prendrons les hommes les plus éclairés : tous vous montrent du doigt l'Orient comme le berceau de la peste. Toutefois, dans l'Orient, à quelle région nous arrêter ? A la Syrie ? Mais la Syrie est une des contrées les plus saines de la terre ; seulement, vers le nord, elle a Scanderoun que l'on dit flanquée de marais. Or, dans le cours du dix-huitième siècle, c'est uniquement en 1761, lorsque la peste était dans tout l'empire ottoman, que Scanderoun l'eut pour la première fois, encore lui fut-elle apportée : ce qui détruit la folle supposition que les marais concourent à la génération de la peste. Jamais la peste en Syrie ne commence par l'intérieur du Liban, de cette longue chaîne dont les pieds sont presque partout lavés par la mer. La peste commence toujours par quelques villes maritimes ou voisines de la Méditerranée : Byass, Antioche, Tripoli, Beyrout, Seyde, Tyr, Saint-Jean-d'Acre. Ces ports sont ouverts à toutes les nations ; jamais navire venu de l'Occident ne leur a donné la peste : c'est au contraire la Syrie qui la leur donne. Mais elle ne la donne que parce qu'elle l'a reçue ; et, sauf les cas fort rares où, par un long détour, elle l'a reçue de Constantinople, c'est toujours de l'Égypte qu'elle la reçoit : fait capital constaté par les archives de tous les consulats européens, et par les registres de tous les couvents de la terre sainte. J'ai vu la Syrie en 1829 ; la peste y était depuis 1827. Deïr-el-Kamar, la capitale, située sur un plateau très-élevé dans le cœur même du Liban, Deïr-el-Kamar l'avait eue des villages du Béqua ; ces villages l'avaient reçue de Damas ; Damas l'avait reçue d'Alep, Alep d'Antioche, Antioche de Tarsons, dans l'Asie Mineure ; Tarsons de Constantinople, qui l'avait depuis 1823, et Constantinople de l'Égypte, d'Alexandrie, que la peste n'a pas quittée de 1813 à 1825. J'aime à revenir sur ces généalogies, parce qu'à mon avis, pour la connaissance de la peste, rien n'est plus significatif. Je reviens à Deïr-el-Kamar. Cette ville, en 1827, perdit 700 des siens, partie pendant les vives chaleurs de l'été, partie sous les neiges de l'hiver ; et puisque les récits sont pardonnables à mon âge, vous me pardonnerez celui que je vais vous faire. Un père de famille, un vieillard de 77 ans, Abou-Habbout, avait huit enfants, cinq garçons et trois filles. Un des jours de la fin d'octobre 1827, vers quatre, cinq, six heures du soir, les voilà tous les huit malades de la peste : six étaient morts avant minuit ; les deux autres moururent vers le matin. Le jour venu, le malheureux père, malade lui-même, met sur des ânes les cadavres de ses enfants et les conduit au lieu de la sépulture ; il les conduit à pied, gémissant, récitant les litanies de la Vierge, et s'écriant de temps en temps : « Hélas ! hélas ! pourquoi eux et pas moi ! » Il arrive ; il creuse les fosses ; il enterre ses huit enfants, et vers dix heures, il tombe sur le bord de la fosse et rend le dernier soupir. Toute une famille de neuf personnes détruite en dix-huit heures ! La peste à Deïr-el-Kamar, la peste qui dépeuple des villages tout entiers sous les glaces du Liban, la peste à Balbeck ! elle y était en 1815 et 1816 ; à Balbeck, où les eaux sont si vives, l'air si pur, la végétation si riche, la population si peu nombreuse, au milieu de tant de ruines magnifiques ! N'est-il pas clair que la peste n'est là que parce qu'elle y a été portée, que parce qu'elle est transmissible, que parce qu'elle est contagieuse ? Concluons que la Syrie n'a jamais produit et ne produira jamais la peste, et que cette affreuse maladie n'y saurait être endémique.

Ce que je viens de dire de la Syrie je le dirai hardiment et de l'île de Chypre, et de l'île de Rhodes, et de l'île de Candie, et de toutes les îles de la Grèce, et de toute l'Asie Mineure, d'Adana et de Tarsons à Smyrne ; je le dirai même de la capitale de l'empire, de Constantinople ; je le dirai, non d'après la peinture que me faisaient de l'état général de cette grande ville des personnes distinguées, qui l'avaient longtemps habitée, et que je prenais soin de consulter avec détail, soit au Caire, soit à Alexandrie ; mais je le dirai sur la foi de Timoni, de Mackensie, du médecin juif dont Howard a publié les témoignages : hommes habiles, qui pendant de longues années ont observé sur les lieux, et qui, voyant toujours la peste importée, soit à Smyrne, soit à Constantinople, la voyaient décliner et s'éteindre, avec le temps, et ne reprendre vigueur que par des importations nouvelles. Je le dis enfin sur la foi des événements qui se sont passés et se passent encore sous nos yeux. Pendant la guerre, ou, si l'on veut, pendant la rupture de la France avec la Porte, Constantinople a été huit années sans peste, et voilà bientôt huit années que des mesures sagement conduites l'en ont délivrée, et probablement l'en délivreront toujours. De si longs intervalles, je ne dirai pas d'intermittence, mais de suppression, peuvent-ils se concilier avec la permanence, ou, ce qui est la même chose, avec l'endémicité d'une maladie ? Cependant qu'a-t-on fait dans les deux Turquies ? On a isolé les malades, ce qui revient à dire que l'on a empêché les rapprochements et les contacts, voilà tout : on n'a changé ni l'air, ni les eaux, ni les lieux, ni le sol. D'autres soins seront pris, sans doute, car tout n'est pas fait pour un entier assainissement. Mais enfin le soin qu'on a pris a suffi pour trancher le mal, et ce soin n'eût été qu'un faible palliatif si le mal avait eu son principe ou dans l'air, ou dans les eaux, ou dans les aliments, ou dans les habitations, ou dans le sol même, ou, à plus forte raison, dans toutes ces choses à la fois. Concluons encore que la peste n'est endémique dans aucune partie des deux Turquies, d'Asie et d'Europe ; que la capitale la reçoit et la rend quelquefois sans jamais la produire, et que, si la première de toutes les pestes connues lui est venue d'une source étrangère, c'est aussi de la même source que, pendant treize siècles entiers, elle a reçu toutes les autres.

Enfin cette endémicité que nous cherchons, la trouverons-nous dans les États barbaresques ? Non, messieurs : de même que les deux Turquies, de même que la Syrie, ces États reçoivent la peste, et après l'avoir reçue, ils la répandent autour d'eux ; ils la donnent même à l'Occident. Ils l'ont donnée plus d'une fois à l'Espagne et à la Hollande, et par la Hollande à l'Angleterre et au nord de l'Europe ; mais ils ne la produisent pas. Si l'Algérie, qui faisait partie de ces États, avait la funeste propriété de la produire, est-ce que depuis une possession de seize années, cette triste révélation ne se serait pas faite, et faite plus d'une fois à la France ? Les marais que renferme l'Algérie ont-ils fait naître la peste, ni même ombre de peste ? Ici, d'ailleurs, nous ne sommes plus dans l'Orient proprement dit. Retournons en Orient ; et comme une permanence constante est le caractère propre de l'endémicité, est-il finalement une contrée où se trouve cette permanence qui ne se dément jamais ? Oui, messieurs, cette contrée existe, et

c'est précisément celle que nous avons déjà nommée en ne la nommant pas : oui, cette contrée est l'Égypte. Oui, l'Égypte est un foyer permanent de peste, et j'ajoute, comme je l'ai dit ailleurs : c'est le seul foyer de peste qui soit au monde. « Vous cherchez la peste, me disait dans la haute Égypte un ministre du vice-roi ; retournez au Caire, car elle y est toujours. » Ce que ce ministre me disait du Caire, je le dirai de Damiette, de Rosette, d'Alexandrie, des petites villes, des moindres bourgs et des moindres villages de l'Égypte inférieure. Dans le cours d'une année, il n'est pas de mois, il n'est pas de semaine, pas de jour, pas d'heure, où vous ne rencontriez ici, là, partout, soit des cas véritables de peste, soit quelques-uns de ces accidents qui ont avec elle une étroite affinité : tels que de vifs élancements dans l'aine ou les aisselles, des taches, des vergetures, des pétéchies, des charbons, des fièvres de mauvais caractère et promptement mortelles, et finalement de ces abcès, de ces tumeurs qui prennent leur siége sur tous les points de la périphérie, au col, au dos, au bras, à l'épigastre, ou bien enfin dans le pli des aines ou des aisselles. Et sans parler de ces brusques morts que l'un de nous voyait à Alexandrie, quelle rapidité dans le mal ! A six heures, un homme est en pleine santé ; à sept, il a la fièvre et le délire ; à huit, bubon et mort. Et le contraire. La peste, ou plutôt l'acte maladif qui la manifeste, semble se décomposer en efforts successifs, mais imparfaits. Un bubon se forme tous les six mois ; il suppure, et santé plus vive qu'à l'ordinaire ; puis le bubon revient, ainsi de suite. Un soldat a la peste en Morée, il a fièvre et bubon ; la fièvre s'arrête, le bubon rentre, et la peste avorte : puis santé chancelante. Le malade revient en Égypte ; il est pris de fièvre. Le bubon reparaît ; il mûrit ; on l'ouvre : guérison. Le premier de ces deux cas n'est-il pas une peste intermittente, le second une peste chronique, et de part et d'autre, ne sont-ce pas là deux longues incubations ? Mais quoi ! une peste n'a été mortelle qu'après cent jours, et pendant ces cent jours le malade eût pu donner sa maladie. Au reste, que fais-je ? où vais-je m'engager ? Pourrais-je vous raconter et pourriez-vous entendre tous les accidents de vraie peste et les innombrables accidents pestilentiels si singuliers et si bizarres, qui, dans les derniers mois de 1829 et dans les premiers mois de 1830, au Caire, à Boulac, et lorsque j'entrepris avec M. Hamont la visite du Delta, à Mit-Gamar, à Mansourah, à Damiette, venaient pour ainsi dire de toutes parts au-devant de nous, et que nous rapportaient à l'envi et les médecins du Caire, MM. Dussap, Chédufau, Dibadji, Castagnone, le vénérable père Raphaël Cubie et M. Clot lui-même, puis tous les médecins militaires, MM. Ardouin, Arcssy, Velani, Cavalier, et jusqu'aux drogmans des différents consulats, lesquels s'empressaient de nous instruire chaque matin des malheurs de la veille, malheurs marqués de moment en moment par des bubons, par des pétéchies, par des charbons par des fièvres dangereuses, et par tout ce formidable appareil qui n'appartient qu'à la peste ? Cependant on ne voyait là que des préludes ; on s'attendait à la voir éclater en épidémie, parce que l'inondation avait été excessive, qu'elle avait profondément remué les cimetières et découvert les cadavres. Mais un vent froid du midi souffla avec violence, dessécha les terres de très-bonne heure et prévint le mal. Cependant, à mesure que nous avancions, à chaque village, à Bishley, à Tounamel et à Carbi, à Térani-el-Bar, à Siroui, quels tristes souvenirs nous étaient rappelés par les cheiks sur les pestes antérieures, d'un an, de deux, de trois, de quatre, de cinq ans ; sur les déplorables souffrances des fellahs, nus, affamés, réduits à se nourrir d'herbe, fuyant devant nous comme on fuit devant un ennemi furieux, dormant dans la boue, traînant avec eux des bubons aux aines ou aux aisselles, et mourant, comme à Zelfé, en une ou deux nuits ; d'autres périssant plus vite encore, couverts de pétéchies ; d'autres avec des gonflements qui ne permettaient plus de les reconnaître ! Et remarquez que tout cela se passait en quelque sorte sous nos yeux, en 1830, dans des villages de l'intérieur des terres qui n'avaient avec le dehors aucune communication : ce qui autorisait tant de malheureux à croire et à dire que la peste leur venait de la terre, ou qu'un être supérieur, que Dieu la leur envoyait, ainsi que l'entendait crier, en 1812 et 1813, le capitaine Moustapha dans les dix-neuf villages du Ménoufyels qui avaient la peste. Or, ces paroles de désespoir, les fellahs les diraient-ils si le mal leur venait de l'extérieur ? Ici, messieurs, je cesserai de vous entretenir de mes observations personnelles pour vous rappeler celles que firent les illustres médecins de la grande expédition : Desgenettes, Larrey, Savarési, Pugnet, Louis Franck, Sotira, Boussenard, tous déclarent qu'à chaque pas nos soldats rencontraient la peste, qu'on la voyait à la fois dans cent lieux différents, lesquels ne communiquaient entre eux par aucun intermédiaire, et surtout ne communiquaient point avec Constantinople ; car alors la guerre avait rompu tous nos liens avec la Porte, et la Porte n'avait pas la peste. Quelle conclusion tirez-vous, messieurs, de ces observations, si ce n'est la conclusion qu'en ont unanimement tirée les observateurs eux-mêmes : savoir, que la peste ne quitte jamais l'Égypte, et qu'elle y est conséquemment stationnaire ou endémique : vérité que rendra plus sensible encore le petit nombre d'observations que je produirai tout à l'heure ?

Ainsi, messieurs, l'Égypte que nous connaissons, l'Égypte moderne, est le domaine de la peste, et, pour emprunter les paroles du docteur Leukias, elle en est la source prototype, la source procatartique, ou primitive, comme l'avait dit Montesquieu : elle est devenue pour l'homme un séjour de ruine et de mort, comme le prouverait le dépérissement, tantôt ralenti, tantôt précipité, de sa population ; elle qui était autrefois pour l'homme un lieu de délices, de conservation et de santé. D'où vient cette énorme différence ? les éléments naturels se sont-ils détériorés ? le soleil et l'air ne sont-ils plus les mêmes ? l'eau du Nil a-t-elle perdu ses qualités originelles ? On parle d'anciens canaux qu'on a laissé combler ; mais ils n'ont pu se combler qu'en se remplissant de terre et de sable, et jamais le sable de l'Égypte, jamais la terre d'alluvion dont elle est formée, ne produiront une ombre même de maladie. On parle de flaques d'eaux stagnantes et de marais. Messieurs, j'ai bien vu l'Égypte : les flaques d'eau que le Nil, dans sa retraite, laisse après lui dans quelques bas-fonds, ces flaques d'eau sont en très-petit nombre. Elles ont peu de profondeur et d'étendue. L'eau s'y altère, il est vrai, par la décomposition des végétaux et des insectes, par le mélange des fumiers, des égouts, des excréments, et surtout par la décomposition de quelques grands animaux, qui se traînent jusque-là pour étancher leur soif, et s'y laissent tomber morts de faiblesse ou de maladie. C'est malheureusement de ces eaux que s'abreuvent les fellahs du voisinage, et trop éloignés du Nil. Qu'un tel breuvage les empoisonne plus ou moins lentement, et finisse par provoquer l'acte maladif, c'est-à-dire la fièvre, le bubon, les charbons, les pétéchies, c'est ce que je ne contesterai pas ; mais ces causes locales n'ôtent rien à l'activité des causes qui produisent la peste dans les grandes villes du Caire, de Damiette, d'Alexandrie ; car c'est là surtout que se forment les grandes épidémies pestilentielles. Quant aux marais, où sont-ils ? Veut-on parler de ce grand réservoir d'eau vive du Fayoum, voisin du Birket-el-Quérum, ou du lac Mœris d'aujourd'hui ? Veut-on parler des lacs qui bordent la côte septentrionale dans une longueur de soixante lieues ? Mais on ne voit jamais la peste partir ni du lac Mœris, ni du lac Mœriotis, ni du lac de Bourlos, ni du lac Menzaleh. J'ai visité ce dernier lac, et j'y ai vu presque au centre les îles Matarich, lesquelles ont été trente-deux ans sans peste ; et, pour le dire en passant, j'y ai vu des varioloïdes sans variole et sans vaccine antécédente. A l'égard de la peste, ce n'est ni de ces lacs, ni de leurs bords fangeux que naît cette dangereuse maladie. Jetez du reste les yeux sur le globe, et dans les deux hémisphères, au sud et au nord de l'équateur ; de zéro à 31 ou 32 degrés de latitude, considérez les contrées qui correspondent à l'Égypte, vous trouverez de grands fleuves, des terres d'alluvion, encore diffluentes et mal formées ; vous trouverez des marais où, sous les feux du soleil, pourrissent des végétaux, des insectes, et de petits animaux, car, pour mourir, les grands animaux se cachent on ne sait où ; vous verrez s'échapper de ces marais des effluves qui font pénétrer dans l'économie de l'homme les principes des fièvres intermittentes, des fièvres pernicieuses, et les principes de beaucoup d'autres maladies non moins redoutables, peut-être la fièvre jaune, peut-être le choléra ; mais au nombre de ces maladies, vous ne trouverez jamais la peste d'Orient, je ferais mieux de dire la peste de l'Égypte. Pour engendrer la peste, il faut donc que l'Égypte ait quelque maléfice particulier ? Oui, sans doute. Je reconnais le premier tous les maux que peut faire aux hommes un gouvernement sans tendresse, sans pitié, sans souci de l'avenir, sans intelligence de ses véritables intérêts, un gouvernement aveugle, que ne peuvent éclairer ni la science, ni ses propres malheurs, et qui se traîne de ruine en ruine, infatué de cette pensée que, dans ses préceptes d'hygiène et de conservation, l'Europe se nourrit et veut repaître les autres de chimères et de puérilités ; je reconnais le premier que la misère, la nudité, la malpropreté, le supplice de la faim, dépravent profondément les organisations, et les ouvrent à toutes les maladies imaginables ; mais je soutiens que ces maladies, bien que rapprochées de la peste par les affinités les plus étroites, ne sont pourtant pas la peste, et que, pour franchir le léger intervalle qui les sépare, le secret maléfice dont je parle est absolument nécessaire ; et ce maléfice, quel est-il ? Je le dis pour la centième fois, et je le répéterai jusqu'à satiété, ce maléfice est l'empoisonnement par les émanations des cadavres, soit des cadavres des animaux, soit surtout des cadavres humains, ainsi que le déclare si formellement Joubert, ainsi que l'établit Ambroise Paré lui-même, par un fait décisif, je veux dire par l'histoire de la peste de 1562. En 1562, en effet, du puits du château de Pènes, rempli de cadavres jusqu'à 100 brasses de profondeur, sortit, comme du puits de l'Apocalypse, une vapeur qui se répandit à dix lieues à la ronde, dans tout l'Agénois, et y fit paraître plusieurs cas de véritable peste. Si, témoins de cet événement, vous eussiez raisonné comme Ambroise Paré, vous raisonneriez *à fortiori* de la même manière pour l'Égypte, avec cette différence que, dans cette peste d'Agen, l'effet fut transitoire et borné, parce que la cause l'était elle-même, au lieu qu'en Égypte la cause étant permanente, l'effet est permanent comme elle. La cause est permanente, ai-je dit, et c'est surtout par là que l'Égypte de nos jours diffère si prodigieusement de l'Égypte d'autrefois. L'ancienne Égypte poussait au dernier excès l'horreur de toute pourriture animale. Elle en préservait avec toute la rigueur d'un scrupule religieux toute terre qui pouvait recevoir une plante, un arbre, une habitation, et toute cette matière putrescible, dont j'essayais l'autre jour de faire comprendre l'immense quantité, toute cette matière préparée, desséchée, enveloppée de bitume ou simplement de linge à profusion, et j'ajoute recueillie dans des tombes de pierre, ou dans des cercueils de sycomore, ou entassée dans des millions de millions de vases en terre cuite, toute cette matière était finalement ensevelie dans des cavités profondes, ouvrages de la nature ou de l'art, plus grands, plus multipliés, plus durables même que les palais et les temples. Le sol, l'eau, l'air, étaient préservés ! au lieu que cette même pourriture, je la vois aujourd'hui mêlée sans préparation et comme incorporée toute crue avec la terre ; de telle sorte que l'Égypte d'aujourd'hui ne serait qu'un vaste cimetière, et qu'à cause de l'égalité et de la porosité du sol, à cause de la chaleur et de l'humidité dont il est pénétré dans toutes ses parties, surtout pendant la tiédeur des hivers, ce cimetière serait une véritable distillerie de cadavres. Est-ce que j'exagère ? Ah ! j'ai encore en ce moment sous les yeux toutes les abominations qui nous saisissaient d'étonnement, M. Hamont et moi, à mesure que nous avançions dans le Delta. J'en ai parlé avec étendue et j'ose dire avec une extrême fidélité dans le mémoire que j'ai publié sur les causes de la peste, mémoire que vous avez entendu dans une de vos séances, et que je viens de relire avec la défiance que vous me connaissez pour tout ce que je pense et tout ce que j'écris ; et dont j'aurai néanmoins la hardiesse de dire aujourd'ui qu'il n'est pas une seule expression que j'en voulusse retrancher ; ni peut être une seule que je voulusse rendre plus vive et plus énergique, tant l'image de l'horrible état où je voyais la basse Égypte, il y a seize années, se retrace avec force dans mon esprit. Ces tableaux affligeants vous ont été présentés plus d'une fois, et je vous fatiguerais sans fruit, si je reproduisais en ce moment ce qu'on peut voir, dans ce petit ouvrage sur l'in-

croyable insalubrité du Caire; de cette grande ville que traverse un canal d'eau croupie, et dont la moitié est assise sur des sépultures en général très-superficielles : sur les trente-cinq cimetières qui lui appartiennent et dont vingt-cinq en occupent ou en occupaient l'intérieur, si voisins des maisons habitées que les morts semblent faire partie des vivants; sur ces quartiers sombres, humides, irréguliers, mal construits, à rues étranglées, où l'on compte par centaines des maisons toutes remplies de cadavres; conditions malheureuses qui suffiraient toutes seules pour menacer la vie des hommes, et l'abréger par les plus dangereuses maladies, comme le prouve l'étonnante mortalité des enfants; conditions du reste que l'on rencontre partout, je le répète, dans les villes petites ou grandes de la basse Égypte, mais plus spécialement dans les villages où elles se montrent sans masque et sous l'aspect le plus hideux, le plus effrayant et le plus digne de pitié. Ce qui met le comble à tant de maux, c'est lorsqu'à de fortes pluies succèdent rapidement de fortes chaleurs. L'évaporation devient alors si abondante et si pernicieuse que ces villages, bâtis de charognes et de boue, sont comme plongés dans une fournaise de mort; c'est alors aussi que la peste éclate et achève de les dépeupler. « Vous parlerez du Delta, me disait un voyageur qui connais- » sait le Delta jusque dans ses moindres détails, vous en parlerez, vous en ferez » une peinture affreuse, mais vous resterez toujours au-dessous de la vérité, et » plus vous en approcherez, moins on vous croira. » Un autre qui avait parcouru les quatre parties du monde me disait de son côté. « J'ai vu des peuples bien » pauvres, bien dénués, bien malheureux; mais leur misère n'approche pas de » celle de l'Égypte. » Ce qui m'étonnera toujours c'est qu'un état si déplorable ait échappé à tant de voyageurs; j'y comprends Volney lui-même, et que pas un n'ait soupçonné la funeste influence que peut avoir sur notre organisation ce prodigieux amas de causes délétères. Mais quoi! la vivacité de la lumière, la sérénité du ciel, la douceur et la pureté de l'air, et la riante physionomie de cette Égypte qu'arrosent de si belles eaux, et qui fait sortir de son sein une végétation si riche et si variée, tout ce magnifique spectacle a toujours fasciné les yeux et trompé sur le fond des choses; car, en bien comme en mal, l'Égypte réunit les extrêmes et cache celui-ci par celui-là. Si Howard avait visité l'Égypte il en eût bientôt découvert toutes les infortunes, et voulez-vous quelques exemples de celles dont je parlais tout à l'heure? En voici deux entre mille; je les cite de préférence parce qu'ils sont authentiques l'un et l'autre, et que pour la question qui vous occupe, ils conduisent à des conclusions péremptoires. Le premier que j'ai rapporté ailleurs est celui-ci. « Dans l'hiver de 1823 à 1824, le pacha faisait » bâtir une fabrique de coton à Kélioub, petite ville à quatre lieues nord du » Caire. On jeta les fondements de cette fabrique à travers des tombes anciennes » et nouvelles. Un jour, vers midi, un tailleur de pierres se plaint du mal de » tête; on le renvoie chez lui; à quatre heures il était mort; il ne fut point visi- » té; mais huit personnes qui composaient sa famille moururent le même jour » dans la soirée; elles avaient des bubons et des charbons. » Second exemple d'une famille de neuf personnes, comme celle de Deïr-el-Kasnar, et comme elle enlevée par la peste, mais en beaucoup moins d'heures. Je reprends : « Kélioub » fut bientôt infectée; sur cinq mille habitants, elle en perdit deux milles. Le » mal fut porté au vieux Caire, à Gizeh, à Boulac, et finalement au Caire, où il » emporta soixante mille personnes. Vous remarquerez que cette année-là il y » avait une grande inondation et de grandes pluies; que la peste n'existait point » dans les environs, et que Kélioub n'avait rien reçu de l'extérieur, ni du Caire, » ni d'Alexandrie, ni à plus forte raison de Constantinople. » Ce fait, pris dans toute sa simplicité et dépouillé de ses accessoires qui, du reste loin de l'affaiblir, le fortifieraient au contraire, mais qui seraient ici superflus, ce fait, dis-je, prouve invinciblement trois choses : la première, qu'en Égypte la peste est spontanée; la seconde, qu'elle est donnée sur place par les cadavres; la troisième, qu'elle est contagieuse; contagieuse, car non-seulement elle tue le tailleur de pierres et par lui toute sa famille, en si peu d'heures; non-seulement elle attaque ultérieurement dans la fabrique, un, deux, trois ouvriers par jour et les fait promptement mourir; par exemple, les limeurs qui tombaient tout d'un coup, se couvraient de charbons et cessaient de vivre en une ou deux nuits; puis un Européen qui arrive de la basse Égypte à Kélioub plein de santé, entre chez lui, est pris de peste sur-le-champ, a des charbons au dos et sur les flancs, et va mourir à Mehalleh-el-Kébir; puis un autre Européen qui expire en trois heures, noir comme du charbon; non-seulement cette peste affecte ainsi une suite de sujets dans le même lieu, mais encore, à travers trois ou quatre intermédiaires, elle se répand jusque dans la capitale, et y produit une mortalité que je croyais exagérée, mais qui m'a été confirmée en 1830 par le ministre de la guerre. Au reste, moins ce grand fait prouverait pour la contagion, plus il prouverait pour la spontanéité, et par suite pour l'endémicité, de sorte qu'on n'affaiblirait la troisième conséquence que pour fortifier les deux autres.

Le second fait est tout récent. Toutes les maisons des Coptes ont des sépultures domestiques. Dernièrement un Copte fait rebâtir sa maison; on arrive aux sépultures et des ouvriers, au nombre de quatre, prennent la peste. D'où suivent les deux premières conséquences établies par le fait précédent, savoir, je le répète, qu'en Égypte la peste est spontanée, et qu'elle est donnée par les cadavres. Celle-ci a-t-elle été contagieuse? Je l'ignore, et je m'en tiens à ce que je viens de rapporter; mais comme c'est la multiplication ou la répétition soutenue des cas spontanés qui fait reconnaître l'endémicité, si ce fait n'établit pas la contagion, il concourt du moins à établir l'endémicité, cette endémicité, que nous cherchions, et que nous ne chercherons plus, car c'est un point sur lequel je pense que vos esprits sont irrévocablement fixés.

Maintenant, lorsque le cadavre fait ainsi naître la peste, que se passe-t-il entre le mort et le vivant? En quoi consiste le dangereux principe que le second reçoit du premier? Mystère que, malgré ses admirables progrès, la chimie n'a pas encore pénétrés. Toutefois souffrez ici quelques remarques, que je dois à l'obligeance de M. Danger. Cet ingénieux expérimentateur s'est essayé sur les décompositions des matières animales, et particulièrement sur les terres des cimetières. Si je l'ai bien entendu, voici ce que lui ont appris ses études. Les produits immédiats de la décomposition putride ne sont pas, comme on se l'est figuré, des corps élémentaires, tels que l'hydrogène, le carbone, l'azote, etc. Ce sont, au contraire, des vapeurs dont les mollécules, organisées, condensables, susceptibles de se dessécher et de se conserver indéfiniment sous cet état, le sont aussi de se désorganiser complétement par une certaine combinaison de chaleur et d'humidité. Entraînées par les gaz, par les vapeurs d'eau, les courants d'air et de poussière, dispersées, sans être détruites par l'eau pure, comme le pensait Desgenettes, expulsées par l'acide sulfurique, elles ne sont neutralisées que par les bases alcalines puissantes, la chaux, la potasse, la soude, l'ammoniaque, les cendres des végétaux. Elles sont condensées, au contraire, et non décomposées par les corps poreux, au nombre desquels on doit ranger le sable fin. Du reste, tant qu'elles conservent l'organisation qui leur est propre, elles peuvent servir de ferment, et par conséquent agir sur les êtres vivants pour les désorganiser, par la raison que trouvant en eux le degré de chaleur et d'humidité qui doit les détruire, elles ne se détruisent en effet, elles ne subissent leurs métamorphoses qu'en les faisant partager à l'être qui les a reçues, et dont la vie se trouve ainsi compromise et quelquefois anéantie. On comprend par là comment, au milieu de tant d'agents contraires, la peste n'est pas, pour l'Égypte, aussi funeste qu'elle pourrait l'être. L'air y est toujours en mouvement; des torrents de poussière la balayent pour ainsi dire dans toutes les saisons. Les germes de peste ainsi dispersés par les vents sont moins rapprochés et moins actifs. En second lieu, l'eau du Nil est très-alcaline. Répandue sur les terres, elle atteint les cadavres, elle en retient, elle en neutralise momentanément les miasmes; mais la source n'en est pas épuisée. Dans la douce et humide chaleur de l'hiver, la décomposition putride se ranime. Les subtils ferments qu'elle produit se condensent dans le sol sablonneux qui forme l'Égypte et où reposent les cadavres. Pour peu que l'élévation de la température les fasse vaporiser, l'homme les reçoit par les vaisseaux absorbants superficiels, ou par ceux des poumons, c'est-à-dire par l'acte respiratoire. Par l'une et par l'autre voie, il s'en sature à ce point que ce que j'appelle l'état maladif s'achève, et que tout à l'heure la peste, ou plutôt l'acte qui la manifeste, éclatera avec plus ou moins de violence. D'un autre côté, comme les plantes, selon la remarque de Montesquieu, s'approprient ainsi que l'air les particules de la terre qui les nourrit, il est permis de supposer que les plantes textiles de l'Égypte, le lin, le chanvre, le coton, attirent dans leur intérieur ces molécules si ténues échappées des cadavres, et les conservent dans leur tissu, comme le fait la soie, comme le font surtout la laine, les poils, les plumes des animaux. Ces matières textiles une fois travaillées, devenues marchandises et pressées sur elles-mêmes, soit dans des magasins, soit dans des vaisseaux de transport, les miasmes qu'elles recèlent peuvent, par le repos, par l'exclusion de l'air et par une certaine chaleur, réagir les uns sur les autres et se prêter à des combinaisons nouvelles et toujours plus dangereuses, comme il arrive parmi nous au linge de l'homme le mieux portant, lorsqu'après l'avoir porté pendant quelques jours, cet homme s'avise de le ployer en plusieurs doubles, et de le tenir quelque temps exactement clos dans une étroite armoire, comme je l'ai observé moi-même, soit sur des cahiers d'hôpital que l'on avait tenus quelques mois en repos dans le coin obscur d'une pharmacie, soit sur les papiers que la commission française avait rapportés de Barcelone, et qu'il fallut brûler aux portes de France, dans le lazaret momentané de Bellegarde. Outre ces exemples, outre une foule d'autres exemples analogues, ce qui autoriserait de telles spéculations, ce sont certains récits que l'on rencontre dans Mead, et personne n'accusera Mead de crédulité; ce sont les récits que M. Drovetti faisait devant moi sur les promptes morts qui frappaient à la première ouverture des magasins de coton que l'on avait tenus longtemps fermés; ce sont les récits que l'on faisait à Lancisi sur les maladies qu'avaient à subir les ouvriers de Constantinople qui maniaient le chanvre et le lin récemment arrivés d'Alexandrie, maladies promptement mortelles, ou qui ne tardaient à revêtir tous les caractères de la peste. Que si ces récits ont été trop souvent contredits pour n'être pas suspects, voici un fait que je tiens d'un témoin oculaire, homme éclairé, sincère, et dont le témoignage est pour moi celui de la vérité même. Il est en Égypte une ville dont on ne s'occupe presque pas en Europe, et qui, de toutes les stations maritimes, est peut-être la plus dangereuse : c'est Damiette. Or il est de toute certitude que du chanvre porté de Damiette à Salonique a introduit plus d'une fois, dans cette dernière ville, des pestes furieuses, entre autres celle de 1816, qui fit périr toute la maison du shérif de la Mecque, et le shérif lui-même. On sait que, fait prisonnier par Méhémet-Ali, il avait été relégué à Salonique par la sublime Porte. Lorsque la peste est en Égypte, le cabotage de Damiette est plus redouté même par les Turcs que les navires expédiés d'Alexandrie.

Au reste, pour clore cette digression sur les miasmes, il faut convenir que la nature de ces êtres singuliers nous est encore trop peu connue. Assurément ce sont là des poisons animaux, parmi lesquels, s'il en est de très-doux, il en est aussi de la plus dangereuse espèce, et d'autant plus actifs qu'ils sont plus divisés. Il est probable qu'ils n'ont pas tous la même composition, et que si l'analyse y découvre les mêmes éléments, ces éléments n'ont pas, dans tous, le même arrangement ni les mêmes proportions. Mais s'ils n'ont pas la même composition, ils n'ont pas les mêmes propriétés; et différant entre eux comme diffèrent l'un de l'autre les miasmes du typhus, de la fièvre jaune, de la variole, ainsi de suite, il est tel d'entre eux qui allumera la fièvre, tel autre élèvera le bubon, celui-ci produira les charbons, celui-là les pétéchies, etc.; de telle sorte que la simultanéité de tous les symptômes sera l'œuvre nécessaire de leur concours. C'est ainsi que l'on pourrait comprendre, au moins en partie, les différences que l'on remarque de telle peste à telle autre, et dans la même peste, de tel cas à tel autre. Ici, je vous dis à ma manière ce que dit à la sienne Minderérus, comme on peut le voir dans Sorbait. Enfin, c'est en combinant toutes ces variétés avec les variétés pro-

digieuses de notre organisation, que l'on pourrait se rendre compte de toutes ces incon tances dont on est si vivement frappé dans l'étude de la peste. Malheureusement, de part et d'autre les deux termes principaux de la question nous sont également inconnus. Nous ne suppléons à notre ignorance que par des conjectures, et presque jamais des *peut-être* ne sont des vérités. Or ici, les *peut-être* seront encore longtemps, si ce n'est toujours, l'unique aliment de notre esprit.

Je viens, messieurs, de parcourir un long espace, et je pense avoir solidement établi cette suite de propositions, que la peste n'est endémique ni dans la Syrie, ni dans les deux Turquies, ni dans les îles qui les environnent, ni à Erzeroum, ni dans le bas Danube, ni dans les États barbaresques, et qu'au contraire elle est endémique en Égypte. Je pense avoir fixé nettement les conditions de cette endémicité : conditions qui ne se trouvent nulle part dans le monde, ni au même degré ni avec la même permanence, parce que ces conditions sont pour ainsi dire l'Égypte elle-même, terre égale, unie, légère, poreuse, chaude, humide et saturée de matières animales, et spécialement de cadavres humains; car en général les cadavres des autres grands animaux, tels que les bœufs, se décomposent à l'air libre, et cette décomposition, bien qu'insalubre, n'a pas à beaucoup près les mêmes dangers : on a vu pourquoi. Si, dans tout cela, je ne me suis pas mépris, il s'ensuit que tout ce que le rapport de votre commission renferme de contraire est ruiné de fond en comble, ou demanderait au moins de grandes restrictions. Il suivrait encore de là que, pour abolir avec sécurité nos quarantaines, pour délivrer l'Europe des périls qui menacent la vie des hommes et des gênes que souffre le commerce, dernière considération d'un moindre prix, à mon avis, que toutes les autres, il faudrait s'attacher à détruire la peste en Égypte. Mais cette destruction est-elle possible? Oui, sans doute. Faites revivre l'ancienne sagesse; toutefois ne remuez pas les terres : la peste en sort, vous l'avez vu. Laissez au temps, laissez à l'air le soin de dissiper, d'épuiser, d'éteindre le poison dont elles sont pénétrées. Ayez d'abord un état civil qui constate les décès; puis changez les lieux de sépultures. Ne souffrez plus de sépultures domestiques; portez-les toutes dans le sable du désert, loin de toute demeure humaine; et puisque les matières alcalines ont l'heureuse propriété de neutraliser les miasmes ou les molécules délétères, sachez mettre à profit les dons que vous a faits la nature; car on dirait que, pour la conservation de l'Égypte, la Providence a mis dans ses mains ces puissants auxiliaires, et les a mis à profusion. L'eau de son fleuve est alcaline; qu'elle multiplie ses canaux d'irrigation, afin que ses cultures soient toujours arrosées d'une eau si bienfaisante : double source de fécondité et de salubrité. Elle a du natrum en surabondance; qu'elle en enveloppe ses cadavres, comme le faisait l'ancienne Égypte; qu'elle en recouvre la surface de ses cimetières actuels; qu'elle le répande par couches légères sur les points suspects de son territoire; enfin qu'elle change l'intérieur de ses villes et de ses villages; qu'elle en élargisse les rues; qu'elle en nettoie les maisons; qu'elle les rende saines et commodes; qu'elle purifie ses égouts; qu'elle imite, en un mot, le bel exemple que lui a donné l'armée française il y a près d'un demi-siècle. Peines, travaux, dépenses, eh! qu'importe? puisqu'il s'agit de la conservation des hommes! Voyez ce qu'a fait la Hollande pour la sûreté des siens. Singulière économie! vous ménagez la peste qui vous détruit, vous détruisez les hommes qui vous servent. Mais, comme je l'ai dit si souvent au vice-roi, à Méhémet-Ali, les hommes sont la première de toutes les richesses, celle qui suppose, mais aussi qui produit toutes les autres. Vous aspirez à la civilisation; mais il n'est point de civilisation sans travail, et le travail n'a pas pour objet la félicité d'un seul, mais la félicité générale : hors de là point de civilisation. Je puis me tromper sur l'efficacité des moyens que je propose, et le problème à résoudre en demanderait sans doute beaucoup d'autres; toutefois j'ose penser que le plus noble soin qui puisse occuper les puissances de l'Europe serait de s'unir pour en provoquer la solution, et pour y contribuer, soit par des conseils, soit même par des secours effectifs; car enfin une telle entreprise intéresserait tous les peuples. La religion, la philosophie, l'intérêt même, ont appris à tous les peuples qu'ils sont frères, et que le meilleur emploi qu'ils puissent faire de leurs forces serait de les tourner, non à leur ruine par la guerre, mais à leur conservation réciproque par le travail et les arts de la paix. Si jamais un projet de cette nature s'exécute, que de bénédictions pour les auteurs d'un si grand bienfait! et pour l'Europe, et pour l'Égypte, et pour le monde, quelle ère d'opulence et de sécurité! L'Égypte serait encore la contrée la plus délicieuse de la terre, comme le pensait Louis Franck; elle reprendrait cette antique splendeur que Bossuet a célébrée. Et quel heureux séjour pour les sciences! Jamais service plus signalé n'aurait été rendu au genre humain. Je le déclare avec la conviction la plus profonde, pour trancher sans retour la question des quarantaines, pour en affranchir à jamais l'Orient et l'Occident, il n'est que ce moyen, et peut-être ne serait-il pas indigne de l'Académie d'appeler sur ce point toute la sollicitude du gouvernement. Vaincre la peste serait la plus grande et la plus pure de toutes les gloires.

Je passe maintenant à la question de la contagion.

Un foyer de peste une fois formé, la peste peut-elle en sortir pour se répandre au dehors? J'avoue qu'après tant et de si éclatants exemples, après les effroyables désastres qu'ont essuyés tant de nations diverses, et lorsque de toutes les contrées de l'Europe, Russie, Pologne, Allemagne, Suède, Danemark, Angleterre, France, Italie, Espagne, depuis Gibraltar jusqu'à Smyrne, Constantinople, Alep et Damas, des cris de contagion se sont élevés pendant tant de siècles et s'élèvent encore de nos jours, je ne puis concevoir qu'on ait l'insigne courage de mettre en doute la fatale propriété qu'ont certaines maladies de se transmettre et de se multiplier, en se communiquant de l'homme qui l'a à celui qui ne l'a pas, du peuple qui l'a à celui qui ne l'a pas. Quoi qu'en aient dit une poignée d'hommes qui ont voulu se singulariser par des paradoxes, ou céder, comme Stoll, à des complaisances ou à je ne sais quels intérêts, la peste, ainsi que la variole, fait partie de ces redoutables maladies. La peste est communicable, transmissible, contagieuse : trois expressions identiques, ce me semble, pour qui dédaigne les vaines arguties et les vaines disputes de mots. Elle se communique par tous les intermédiaires imaginables : tout ce qui sort d'un pestiféré, même l'air qu'il expire, à plus forte raison le sang d'une hémorrhagie, le sang des règles, l'ichor, le pus, les sueurs, les selles, les urines, les mucosités, les crachats, toutes ces matières donnent la peste, dit M. le docteur Leukias, en cela d'accord avec Lobb, qui considère chaque pestiféré comme un foyer d'émanations pestilentielles. Vous comprenez que, parmi ces moyens de transmission, je range le contact immédiat, dont certains hommes ne veulent pas. Et pour ne pas parler de ma propre expérience, qui m'autoriserait à proférer ces paroles, j'ai pour moi l'expérience de Diemerbroeck, de Lange, de Samoïlowitz, de Mertens, etc., et surtout celle de Klint. Voyez un des recueils de Baldinger : Klint vous y dira qu'il a traité dix mille pestiférés, et qu'il n'a jamais vu la peste passer d'un homme à un autre, si ce n'est par le contact immédiat. Supposez maintenant que, pour un autre observateur, le contact n'ait pas toujours eu de si fâcheux résultats; placés comme vous l'êtes entre deux autorités en apparence contraires, de quel droit rejetterez-vous l'une pour adopter l'autre? Et supposé qu'il y ait vérité des deux parts, est-il donc si difficile de concilier ces contraires que j'ai dit tout à l'heure n'être qu'apparents? Dans les régions chaudes, les émanations des pestiférés, raréfiées par la température ou déplacées par des courants d'air, sont moins denses et par conséquent moins actives; le toucher immédiat n'en ferait recevoir qu'une petite quantité. Dans les régions froides, ces émanations seront plus denses et le contact n'en sera que plus dangereux, et l'inverse. Dans le Midi, les émanations épanouies par la chaleur, et accumulées dans une chambre étroite et close, pénétreront plus profondément, sinon par le toucher, du moins par les poumons d'un homme sain; au lieu que dans le Nord ces émanations, retenues à petite distance autour du malade, permettront à l'homme sain de respirer impunément l'air dont le malade est environné. Je suppose que cet air n'est point raréfié lui-même par une chaleur artificielle; j'ajoute que l'état des vaisseaux absorbants n'est pas le même chez tous les hommes. Il est des peaux, il est des poumons, comme le dit Sanctorius, d'un tissu plus ou moins serré, d'un tissu plus ou moins perméable. Je n'insiste pas sur ces variétés, qui font si prodigieusement varier nos aptitudes; toutefois voulez-vous quelques exemples de l'extrême danger des contacts? A Salonique, dans la peste de 1816, une pauvre telsingnène (c'est-à-dire une pauvre bohémienne pestiférée) était gisante en pleine rue. Des janissaires se jouaient de ses souffrances; cependant, touché de pitié, l'un d'eux la prend sous les aisselles, la soulève et l'appuie contre un mur. Le soir, ce janissaire était mort. Mais, dira peut-être un esprit pointilleux, le janissaire n'a point touché la malade; il n'en a touché que les vêtements. Fort bien; mais d'où venait à ces vêtements le poison qu'ils recélaient? Ce poison était-il autre chose que les émanations de la malade, émanations plus concentrées dans les vêtements et par conséquent plus dangereuses? Autre exemple : à Constantinople, en 1812, les chefs de la monnaie, riches Arméniens catholiques, se tenaient renfermés. Des khavas, ou si vous voulez des gendarmes du grand vizir, forcent la porte de leur maison; l'approche de ces hommes donne la peste au portier et à l'un de ses enfants. En sortant de la maison, un de ces khavas chancelle et tombe mort sur le trottoir. Que les faits de cette nature sont loin de nos habitudes, et que nous avons peine à les croire! mais qu'ils sont fréquents dans tout l'Orient, et qu'ils y impriment de terreur! Au reste, messieurs, dans ces médecins de l'Égypte qui s'attachent à persuader que la peste n'est pas contagieuse, que de contradictions, ou plutôt quel non-sens! « Ne vous tenez pas trop longtemps dans la chambre d'un pestiféré, vous disent-ils. — Et pourquoi cela, je vous prie? — Parce que vous pourriez contracter la peste. — Et comment contracte-t-on une maladie qui ne se contracte pas? — Vous la contracteriez par infection; l'air est infecté. — Infecté! et par quoi l'est-il? par le plancher, les meubles, les murailles? — Non, il l'est par les émanations du malade. — Ce sont donc ces émanations qui me donneront la peste?—Oui, sans doute.—Eh! que m'importe de recevoir ces émanations à distance ou de les recevoir à la sortie du pestiféré? — Mais à cette sortie elles n'ont rien de dangereux.—Elles sont donc à zéro. » Mais comment des zéros, en se multipliant à l'infini, prendront-ils une valeur quelconque? Voilà à quoi se réduit cette fameuse théorie de l'infection. Le rapport appelle cela une découverte et un bienfait; ce n'est malheureusement ni l'un ni l'autre : ce sont de pures paroles, *verba et voces*. Le fond reste le même : un malade, des émanations et un homme sain qui, en les respirant, devient malade comme le premier. Qu'y a-t-il de nouveau dans tout cela pour constituer une découverte? et s'il y a là quelque chose de vrai, en quoi ce vrai diffère-t-il de tout ce que l'on connaît depuis trois siècles? D'un autre côté, si j'en crois ce que j'entends dire, voilà les médecins de l'Égypte qui se mettent à l'œuvre, et commencent à faire ce qu'on a fait avec tant de bonheur à Constantinople : ils séparent, ils isolent les malades, et par conséquent ils empêchent les rapprochements, les communications, les contacts. Mais à quoi bon, je vous prie, puisqu'un homme affecté d'une maladie qui ne se transmet pas n'a pas plus d'action sur un malade voisin que sur l'homme sain dont il reçoit la visite? N'est-il pas plus naturel, comme le veut Lobb, de voir dans un seul pestiféré un foyer d'une action faible et limitée, mais réelle? au lieu que, par l'accession de vingt, cinquante, cent autres malades, cette action s'accroît, non dans des proportions arithmétiques ou géométriques, mais dans des proportions infiniment supérieures et encore inconnues. Que se passe-t-il là? N'y a-t-il pas là une ultraphysique, une ultrachimie, une ultramédecine bien digne d'être étudiée, si jamais elle peut l'être? Mais l'excessive division de ces matières y mettra sans doute un obstacle éternel. Enfin, messieurs, vous le savez : le fait le plus simple relatif à la peste peut conduire à plusieurs conséquences; et de tous ceux que j'ai rappelés dans la séance précédente, peut-être n'en est-il pas un seul qui n'ait rendu palpable la transmission de la contagion de cette cruelle maladie. Mais il est d'autres considérations qui rendront encore cette vérité plus sensible.

A l'égard de ceux qui sont épargnés dans les grandes pestes, et dont l'immunité donne des arguments contre la contagion, j'ai deux remarques à faire : la première, que ces arguments n'ont qu'une valeur précaire; car il est tel homme qui, après avoir impunément passé dix, douze, quinze grandes pestes, succombe à la seizième, soit que les aptitudes qui le préservaient n'existent plus, soit que les miasmes aient plus d'énergie, soit par ces deux raisons à la fois : témoin ce généreux missionnaire qui, après dix-neuf pestes, n'a vu la vingtième que pour en mourir. La seconde remarque, c'est que dans les grandes épidémies personne ne peut se vanter d'y échapper. Le miasme peut être reçu; il peut rester silencieux dans l'économie, se dissiper par les sueurs et les selles : deux genres de crise, dont j'ai beaucoup d'exemples; il peut se décomposer en partie par toutes les voies excrétionnelles, et mêler enfin ses restes à des maladies subséquentes d'une tout autre nature, et leur imprimer quelque chose de pestilentiel, comme l'a vu et comme le dit si nettement Sydenham, comme l'a vu sans doute de Haën, comme l'insinue Waldschmidt, et comme il peut arriver dans les villes du bas Danube et dans celle d'Erzeroum. Est-il nécessaire pour appuyer ces vues de rappeler ce qu'on observe dans la rage, la syphilis, la fièvre jaune, le choléra, le bouton d'Alep? Et ne seraient-ce pas les hommes ainsi disposés qui donneraient la peste, sans l'avoir eux-mêmes, ou du moins sans l'avoir en apparence? Enfin Chenot pense que le miasme reçu dans notre intérieur peut s'y décomposer et s'assimiler à nos organes sans produire aucun trouble; mais on peut le reprendre encore et mourir.

Je poursuis. Après le contact avec les malades, je pourrais même dire bien au-dessus de ce contact, les intermédiaires de transmission les plus dangereux sont les effets usuels que le pestiféré laisse après lui, et qui, non lavés, non ventilés, sont immédiatement repliés sur eux-mêmes et renfermés dans une malle, dans une caisse, dans une boîte. Là s'opèrent entre les miasmes les plus mortelles combinaisons : malheur à qui fera l'ouverture de cette malle, de cette caisse, de cette boîte! C'est la boîte de Pandore, le plus souvent sans l'espérance. Sur ce que je dis à cet égard, on a des témoignages multipliés et authentiques. Mais que me servirait de faire paraître au milieu de vous vingt observateurs éclairés et fidèles, entre autres quelques-uns même du dernier siècle, Erndtel, Stocker, Chenot, Russell, Lange, Desgenettes, eux dont M. le rapporteur a rejeté si cavalièrement l'expérience, comme si la rejeter était l'anéantir? Que me servirait de leur faire déclarer devant vous que la peste se communique par les effets des pestiférés, que des pestes éteintes depuis six mois, depuis un an, depuis trente-trois ans, se sont rallumées par des linges infectés, par les vêtements d'une famille serrés dans un coffre et tirés imprudemment de leur cachette? Cette expérience faite ou plutôt recueillie dans des localités et à des époques si diverses, cette expérience si multiple et pourtant si univoque est sacrifiée à quoi? A une expérience d'un jour et d'un lieu, et encore démentie par une expérience toute voisine! Cependant, quoi de plus positif que Russell? Selon lui, la peste d'Alep n'a souvent d'autre origine que des vêtements achetés en Égypte, portés à Byass, vendus aux montagnards du voisinage, lesquels ne les prennent que dans le temps de la moisson, lorsqu'ils viennent la faire dans les environs d'Alep. Mercurialis lui-même, si faussement cité par M. le rapporteur, Mercurialis ne veut pas que les villes soient ouvertes aux choses, non plus qu'aux personnes qui viennent de lieux infectés. A l'entendre, les pauvres guéris qui rentrent dans la ville avec leurs haillons, y font rentrer, avec ces haillons de nouveaux germes de peste. C'est ce que Boccace avait vu; mais n'est-ce pas ce qu'on voit dans le typhus et la variole, ce qu'on a vu dans le choléra de l'île de France et de la ville de Charmes, ce qu'on a vu si souvent dans la fièvre jaune d'Espagne? Que de fois les dépouilles des Turcs ont été fatales à leurs vainqueurs, Allemands et Russes! Et pourra-t-on jamais oublier tout ce qu'ont coûté à l'Europe et les chances de la guerre et la piraterie, et la contrebande et le brocantage des juifs? Vieilleries que tout cela, s'écrie-t-on, comme s'il y avait prescription pour la vérité, comme si ce qui est vrai aujourd'hui, ne le sera pas dans mille ans, et toujours! Est-ce que les cent quarante-cinq années qui viennent de se passer ont effacé de la mémoire des hommes les récits de Lemoine et Bailly, de Blanquet, de Rochevalier, de Courzier sur les pestes d'Alais, de Conéjac, de la Canourgue et de Marvejols? « Depuis deux années que je suis attaché dans le Gévaudan au service des » pestiférés, dit Blanquet, je n'ai vu personne contracter la peste qu'après » avoir communiqué avec ceux qui l'avaient, ou s'être servis des habillements » et des hardes de ceux qui avaient péri. » Le vénérable don Raphaël Cubié me disait au Caire qu'à Damas, sa ville natale, en temps de peste, une femme perdit son mari le jour de Pâques; pour prendre des vêtements de deuil, elle quitte ceux qu'elle avait, les ploie et les met dans un tiroir. Le jour de Pâques suivant, elle quitte ses vêtements de deuil et reprend ceux qu'elle avait l'année précédente à pareil jour : oui; mais en les prenant, elle prend la peste et meurt. Quelque chose de semblable est arrivé, il y a seize à dix-sept ans, dans un couvent de Saint-Jean-d'Acre que j'ai habité; rien de mieux avéré qu'un pareil fait. L'historien des croisades, M. Michaud, l'a constaté sur les lieux, et me l'a confirmé depuis de vive voix. Au Caire, et sur les raisons les plus frivoles, on le travestit en fable; on travestit presque en fable, à Paris, un fait analogue arrivé à Beyrout, et consigné dans le rapport d'un consul de France. Quoi donc! au Caire, à Paris, sait-on mieux ce qui se passe à Saint-Jean-d'Acre et à Beyrout, que des témoins oculaires et officiels qui sont à Beyrout et à Saint-Jean-d'Acre? Vous-mêmes n'avez-vous pas dit que la première étincelle de la peste de 1835 sortit d'une caisse transportée de Jérusalem en Égypte, et ouverte dans un couvent d'Alexandrie? Ce fait avoué, pourquoi se montrer si difficiles sur celui de Saint-Jean-d'Acre? Mais ce qu'on a dit, on le perd de vue, et ce dont on ne peut refuser les conséquences, on le nie, ne voyant pas qu'on autorise à rétorquer. Dans deux ou trois de vos séances, Desgenettes a raconté qu'un mouchoir de cou laissé par un pestiféré avait donné une peste mortelle à dix soldats qui l'avaient pris l'un après l'autre. Ce fait, qui rappelle la pelisse de Fracastor et le doliman de Constantinople, n'a pas été admis par votre commission. Pourquoi? parce qu'il manque, a-t-on dit, d'authenticité; mais quelle authenticité vous faut-il, si la parole de Desgenettes n'en a pas? Tout dans cette question repose sur des témoignages, et si vous demandez une garantie pour un premier témoignage, il vous faudra une garantie pour cette première garantie, ainsi de suite, à l'infini. Il est des choses qui ne se prouvent jamais, et qu'il faut recevoir sur la foi publique et même sur la foi d'un seul témoin, quand ce témoin ne peut être suspect. Et, par exemple, quand Orrans me dit qu'un soldat russe ayant vendu à un juif une fourrure qu'il avait prise sur un Turc, ce juif y prit la peste et mourut avec ses deux enfants, aurai-je l'insolence de dire à Orrans qu'il en a menti? Quand il me dit qu'en recevant d'un bohémien une petite pièce de monnaie turque, un enfant ressentit dans la paume de la main une sorte de brûlure et eût une peste mortelle, dirai-je à Orrans que ce qu'il a vu il ne l'a pas vu? Enfin, quand il me dit, qu'en 1770, à Jahi, deux soldats commis à la garde d'un magasin de vêtements de pestiférés, ayant eu l'imprudence de dormir sur ces vêtements, furent trouvés morts au bout de quelques heures, dirai-je que c'est là un fait controuvé? Autre exemple : Pugnet me rapporte ce qui suit : je copie ses paroles. « A Caïpha, huit Français » se sont successivement communiqué le germe de cette maladie (la peste) en » se transmettant une pelisse; à Gaza, cinq sur six, en se disputant un habit de » drap, la dépouille d'un de leurs compatriotes; à Jaffa, quatre en mettant » aussitôt à leur usage des mouchoirs de col qu'un pharmacien de troisième » classe avait apportés d'Italie. Ces quatre héritiers furent en même temps atteints de bubons à l'entour du col et périrent du troisième au sixième jour. » Quand Pugnet me raconte ces faits, je le crois sans hésiter, et pour m'assurer sa parole, je ne veux que sa parole. Savari lui-même n'a pas un autre langage. N'ai-je pas entendu l'autre jour affirmer devant vous qu'à Constantinople les effets des morts colportés dans la ville par des fellahs ou des crieurs ne communiquent jamais la peste? Sachez, messieurs, que, non-seulement la vente de ces effets sert à la propagation du mal, comme Savari le dit pour l'Égypte, mais qu'encore on a vu plus d'une fois ces fellahs eux-mêmes tomber dans la rue sans pouvoir se relever; ils étaient morts ou mourants. Dans la peste d'Amsterdam que décrit Barbette, un fardeau est mis sur le dos d'un emballeur; sa femme en porte une partie : tous deux contractent des bubons. Il y a plus : en 1815, à Corfou, pendant la peste, et dans un village où cette maladie avait régné plusieurs mois, on avait de bonne heure fermé l'église. Lorsqu'on l'ouvrit pour la purifier, le prêtre qui secouait le drap de l'autel afin de le nettoyer, ce prêtre est pris tout à coup de mal de tête et de vertige; il chancelle, il tombe, et au bout de trois heures il meurt avec bubons aux aisselles et pétéchies sur tout le corps. Ce fait me rendrait aujourd'hui probable un autre fait qu'on me racontait en Égypte et que je n'osais croire. Des draps d'Angleterre retenus quelque temps à Alexandrie au moment d'une grande peste, puis expédiés plus tard pour une ville de Syrie, firent éclater la peste dans cette dernière ville. Quelle ténuité dans les miasmes! quelle tenacité dans leur adhérence aux étoffes! et cependant quelle puissance! L'autre jour M. Bousquet vous en citait un exemple : en voici un second. En 1760, la peste est à Alep; un homme part d'Alep pour se rendre en Chypre, à Larnaca; il est reçu dans la maison de M. Calimeri, belle et vaste maison qui est aujourd'hui celle du consulat de France et que j'ai habitée. Cet homme avait toutes les apparences de la santé; il venait de faire 75 lieues, 25 par terre et 50 par mer. Grands motifs de sécurité. Cependant, comme il venait d'une ville empestée, on le prie de se tenir quelque temps en observation dans une chambre isolée que j'ai vue; il y consent. Au bout de huit jours M. Calimeri, pleinement rassuré, entre dans la chambre de son nouvel hôte et communique librement avec lui. Le lendemain M. Calimeri est pris d'une peste mortelle; son fils a la peste et guérit. Toute la maison eut la peste, c'est-à-dire onze personnes dont quelques-unes se sauvèrent. Tous ces détails je les tiens du petit-fils de M. Calimeri, il me les donnait comme une tradition de famille conservée dans toute son intégrité. Cette tradition serait, ce me semble, une belle preuve que la peste se communique hors des foyers pestilentiels; car on raisonne pour la peste comme on a raisonné si longtemps et si follement pour la morve. Du reste, par l'expérience que nous avons faite à Tripoli, j'ai dans l'esprit qu'en mettant l'homme d'Alep dans un bain légèrement chloruré, et en y plongeant ses effets, on eût prévenu ce cruel accident. Est-ce que des événements de cette nature n'autorisent pas suffisamment les exigences qu'on impose aux voyageurs, de ventiler leurs effets? Et pour leur épargner l'ennui de quelques jours d'attente, faudrait-il abandonner de si utiles précautions. Qu'est-ce que ce peu de gêne, mis dans la balance avec la vie ou même avec la santé d'un seul homme?

Ces considérations me conduisent naturellement à la propagation de la peste par les marchandises. De tous les moyens de transmission, celui-là serait le plus contesté. Je ne veux point rappeler ce qui s'est passé aux Bermudes, ni à Rome du temps de Gastaldi, ni en Angleterre, du temps que l'Angleterre recevait ses cotons par la Hollande, ni dans plusieurs lieux d'Espagne, particulièrement à San-Lucar de Barrameda, ni à Patras, ni à Messine, ni à Malte, ni en dernier lieu à Salonique et dans les îles Ioniennes, j'insisterai seulement sur ce qui suit. Je crois savoir que, de 1721 à 1830 inclusivement, c'est-à-dire en cent dix années, trente-quatre navires sont arrivés à Marseille, ayant la peste à bord, ayant eu des morts à la mer, ayant déposé des malades au lazaret, et qu'enfin plusieurs portefaix employés à ce qu'on appelle la purge des marchandises, en ont reçu la peste et y ont succombé. Toulon, Gibraltar, les îles Baléares, la Corse, la Sicile, Malte, ont été menacées; et finalement, en 1812 et 1813, les ports de l'Adriatique ont essuyé des accidents; le cabotage et les pèlerins partis de Rosette, de Damiette et d'Alexandrie, ont porté la peste dans l'une des Cyclades, à la Canie, et dans huit ou dix autres lieux des deux Turquies d'Asie et d'Europe. Mais par

quels moyens? Pour toute réponse, je ne ferai qu'une remarque. Il est de notoriété historique que les principales villes du nord de l'Europe, Moscou, Dantzik, Hambourg, Copenhague, Stockholm, ont eu la peste. La peste y a régné avec la violence et l'étendue qui n'appartiennent qu'aux épidémies. Cela établi, de deux choses l'une, ou il faudrait supposer que ces grandes villes ont été momentanément des foyers de peste, ce qui serait absurde, ou il faut reconnaître que la peste y a été portée; or elle n'a pu y être portée que par des hommes, ou par des effets, ou par des marchandises, ou tout à la fois par ces trois intermédiaires de transmission; car comment séparer les hommes d'avec les choses? et parmi les choses, comment ne pas comprendre les effets et les marchandises? Et dire que dans tout cela il ne s'est jamais opéré d'attouchement ou de contact, n'est-ce pas une puérilité?

Aux hommes qui ont rassemblé des faits en faveur de ces vérités, le rapport fait un singulier reproche: on les blâme d'avoir recueilli ces faits « *sous un » point de vue exclusif*, et sous l'empire *d'une opinion régnante.* » D'une opinion régnante! et qui vous l'a dit? et d'où venait cette opinion, d'elle-même ou des faits? Ne sont-ce pas là les faits qui l'ont suggérée; à qui? aux plus sages observateurs: à un Diemerbroëck, à un Mercurialis, et à des centaines d'autres. Si Stoll avait de si forts arguments contre la contagion, que ne les a-t-il produits? et pourquoi fait-il soutenir, en 1783, une thèse où il est ultra-contagioniste? Il avait donc deux opinions! Quelle était l'opinion régnante? De façon ou d'autre, il a menti à lui-même, comme le lui a reproché Howard. Mais vous, n'écrivez-vous pas sous l'empire d'une opinion qui veut régner à son tour et nous ramener à ces temps de malheur où, faute de l'opinion que vous combattiez, la peste avait pris de si grands et de si dangereux développements? car, loin d'être nouvelle, votre opinion est plus ancienne que la nôtre. Ces hommes, dites-vous, ont recueilli les faits sous un point de vue exclusif! Et, au nom du ciel, sous quel point de vue voudriez-vous qu'ils les eussent recueillis et présentés? Chargés d'étudier toutes les chances de péril, il les ont vues et les ont déclarées. En cela ils ont rempli un devoir sacré. Qu'eussiez-vous fait à leur place? A quoi peuvent servir tous vos faits négatifs? Toute respectable qu'elle est, votre expérience ne saurait infirmer la leur. Supposez que vous êtes législateurs, et qu'ayant à répondre du salut de vos concitoyens, vous consultiez ces deux ordres de témoignages: l'un que la peste se communique par les hommes, les effets et les marchandises; l'autre qu'elle ne se communique pas du tout: auquel de ces deux partis prêterez-vous l'oreille? D'après le second, vous n'avez rien à faire; d'après le premier, vous avez des mesures à prendre; c'est donc celui-là que vous écouterez, parce que celui-là seul est utile aux hommes. Ou, si vous l'aimez mieux, supposez que vous êtes armateurs, et que, prêts à risquer vos navires sur une mer nouvelle, vous consultiez deux pilotes qui ont la réputation de la bien connaître; l'un vous dira: allez hardiment, cette mer est partout sûre et praticable; prenez garde, vous dira l'autre, à telle ou telle latitude, cette mer a de terribles écueils. Auquel de ces deux hommes livrerez-vous vos navires et votre fortune? Croyez-moi, le bon sens des peuples est plus fort que vos subtilités et vos négations. N'avez-vous pas contre vous l'expérience que vient de faire la Turquie, et que s'essaye à faire à son tour l'Égypte elle-même? Cependant, que fait la Turquie, je le répète? Elle applique à ses peuples la leçon qu'ont donnée, sans y songer, les grandes villes où régnait la peste et où l'isolement avait préservé les couvents, les colléges, et, sauf quelques exceptions, les citadins eux-mêmes qui se tenaient exactement clos dans leurs demeures. A Constantinople, le palais de France a un corps de garde occupé par les janissaires, mais séparé du palais par un double grillage. La peste moissonne les janissaires, et à deux pas le palais est sain et sauf. On disait ici l'autre jour que l'isolement ne réussissait qu'aux riches, qui ont de tout en abondance, et qui, dans leurs vastes maisons, ont principalement de grands courants d'air, circonstance qui prouverait, pour le dire en passant, que l'air par lui-même n'est point altéré; mais on oublie que l'isolement préserve également les prisons et même encore les préserve plus parfaitement; or les prisons ne sont nulle part des lieux d'opulence, ni même de véritable bien-être.

Je m'arrêterai ici, messieurs, et je prends la liberté de conseiller à M. le rapporteur de transposer les deux conclusions qui terminent le troisième chapitre de sa troisième partie, et de dire que des faits très-nombreux prouvent que les effets des pestiférés sont très-souvent fort dangereux, et que, pour donner quelque valeur aux faits contraires, il faut attendre qu'une expérience ultérieure ne les ait jamais démentis.

J'ai déjà parlé de l'infection: je n'en dirai plus qu'un mot. Cette expression n'a de sens que pour marquer la fâcheuse impression que fait sur nos organes un objet extérieur, animé ou inanimé, vivant ou mort, d'où s'échappent des émanations désagréables, repoussantes et même dangereuses; un marais, un cloaque, des rues pleines d'ordures, l'haleine d'un ivrogne, d'un malade, d'un scorbutique, par exemple; le pus d'un ulcère, surtout d'un ulcère cancéreux, un cadavre, une charogne, ainsi de suite. Dans tout cela, il n'est pas question de maladies transmissibles; mais elle en peut naître, et une fois formée, telle que la peste, le mot infection ne doit plus s'entendre que des émanations du pestiféré, quelles qu'elles soient, et sous ce rapport ces deux mots infection et contagion sont synonymes; tellement que de l'un et de l'autre on peut affirmer ou nier les mêmes choses, à moins que, par un raffinement de langage, on ne veuille dire que l'infection est la matière ou l'instrument de la contagion: finesse oiseuse et propre seulement à jeter de la confusion et de l'obscurité dans les idées.

A l'égard de l'incubation, j'ose dire qu'il n'est pas possible de lui assigner d'exactes limites. Il est des incubations de quelques minutes, de quelques heures; d'un, deux, trois jours, jusqu'à sept et huit; c'est là le maximum pour quelques médecins; d'autres vont jusqu'à treize et quinze; mais il est des incubations de vingt, de trente jours et même de dix semaines: Diemerbroeck en donne un exemple, et je ne sache pas qu'on ait le droit de l'en dédire, comme l'a fait le docteur Leukias. Il est enfin des pestes intermittentes; il en est de chroniques. Si celles-là sont contagieuses, ce n'est heureusement qu'à un très-faible degré; de même que ces pseudo-pestes qui se mêlent à d'autres maladies, et qui sont le résultat de ces restes de miasmes décomposés à notre intérieur et assimilés à notre économie, comme l'insinue Chenot et comme semblent le penser Œlhaëf et Sydenham. Du reste, à l'égard de cet homme d'Alep qui donnait la peste sans l'avoir, dans quelle catégorie mettre cette sorte d'auréole pestilentielle qui marchait avec lui sans l'atteindre, ou, si l'on veut, cette longue incubation qui le rendait si dangereux et qui durait depuis quinze et même vingt jours ou vingt-cinq jours? Les chiffres que je viens de donner conviennent peu, je l'avoue, à l'administration: mais c'est à elle et non point à nous qu'il appartient de choisir, car à la rigueur les intérêts qu'elle doit concilier ne sont pas les nôtres.

L'incubation ferait penser à l'inoculation. Il n'est que trop vrai que des hommes se sont inoculé la peste ou l'ont inoculée à d'autres, et presque toujours avec succès: je veux dire avec des résultats très-souvent mortels. Le rapport a défiguré, on ne sait pourquoi, celle que s'est faite le docteur anglais Whyte. C'est un tort que M. Desportes a eu raison de relever, et qui ferait croire aux étrangers qu'on est chez nous très-peu soucieux de la vérité. La commission n'a pas admis non plus la singulière et très-reprochable expérience que fit, en 1801, à Ralsmanich, un médecin français chargé du service des pestiférés. Le fait, a-t-elle dit, n'est pas authentique: qu'y manquait-il? Le lieu, l'époque, l'action avec tous ses détails et tous ses résultats, tout y était, tout, écrit sous la dictée de l'expérimentateur, et comme si la commission l'eût entendu de la propre bouche du coupable. Étrange préférence! Le fait est vrai, on le rejette; et on admet un autre fait tout fictif et désavoué par son auteur lui-même! toutefois vous ne rejèterez pas les faits suivants. Une mère pestiférée allaite un enfant; elle meurt, l'enfant n'a rien. Et l'inverse, une nourrice donne le sein à un enfant pestiféré; l'enfant meurt, la nourrice n'a rien. Dans ces deux cas, point d'inoculation. Oui; mais une femme saine met au monde un enfant qui a la peste. Une mère pestiférée allaite son enfant pestiféré comme elle: l'enfant meurt; la mère fait sucer son lait successivement par quatre petites chiennes, et les quatre petites chiennes meurent l'une après l'autre; enfin, la femme meurt elle-même. Voilà des contraires, comment les concilier? Je ne sais; mais je sais que ces contraires, quelquefois si bizarres, sont tellement multipliés dans la peste qu'ils en formeraient un caractère, et qu'au milieu de ces *oui* et de ces *non*, il n'est pas possible d'asseoir une seule proposition absolue, si ce n'est celle que j'établis en ce moment. Voilà ce qu'il ne faudrai jamais perdre de vue, et voilà ce que reconnaissait Mackensie, en composant son ouvrage. « Je n'ai point vu, dit-il, » ce qu'ont vu les plus grands loimologistes, Diemerbroeck, Sydenham, Hodges » et les autres; mais mon expérience ne m'autorise pas à rejeter la leur, parce » que la peste diffère d'elle-même d'un lieu à l'autre, d'une année à l'autre, et » qui plus est dans le même lieu et dans la même année. » Différences que l'on n'expliquera jamais, que l'on ne devinera jamais, et qui feront toujours que dans le grand congrès des écrivains sur la peste, les observateurs d'une seule peste n'auront jamais qu'une seule voix, savoir la leur. Si les idées sur la peste sont si variables, c'est que la peste l'est elle-même. Si elle était constante et fixe, les sentiments le seraient aussi; et depuis longtemps on ne disputerait plus, ou même on n'aurait jamais disputé. Je termine par une réflexion: je ne puis concevoir qu'on ait jamais pu s'aviser d'inoculer la peste. On a plusieurs fois la peste, des huit, dix et douze fois, tandis qu'on n'avait qu'une fois la peste d'Athènes, ce qui établit, ce me semble, une différence fondamentale entre cette peste et la peste d'Orient. Est-il nécessaire d'ajouter que l'inoculation n'est admissible que pour les maladies qu'on n'a très-généralement qu'une seule fois. Que penser de ce médecin juif de Smyrne qui fit l'inoculation de la peste à ses sept enfants et en perdit six, et de ce pauvre chirurgien russe qui, prisonnier de guerre à Constantinople en temps de peste, inocula la peste à deux cents de ses compatriotes et à lui-même? Ils moururent tous sans exception.

Enfin, j'en viens à ces mots qui résonnent si souvent dans le rapport: *épidémies, constitution épidémique, génie épidémique.* Je l'avoue à ma honte, il est telle et telle de ces expressions qui n'ont pour moi aucun sens, du moins relativement à la peste. Si par le mot épidémie, on entend toute maladie qui affecte à la fois un grand nombre d'hommes, assurément il est des pestes qui sont épidémiques. Mais par constitution épidémique qu'entend-on par là? Dans la langue médicale, le mot constitution a plusieurs sens; tantôt il signifie un état général propre à tout l'ensemble de nos organes, d'où viennent ces mots: constitution forte ou faible, ou sanguine ou lymphatique ou nerveuse; tantôt on l'entend des états de l'atmosphère, états qui, résultant des combinaisons que peuvent former entre eux le froid ou le chaud, le sec ou l'humide, forment en effet les quatre constitutions établies par Hippocrate et adoptées par les médecins, et qui, par leur longue action sur notre économie, lui impriment des modifications profondes, ou, si vous l'aimez mieux, lui font contracter à l'intérieur des altérations telles qu'il en naîtra des maladies et même de véritables épidémies de fièvres inflammatoires, de fièvres bilieuses, de fièvres catharrales et de fièvres putrides. Supposez que mille autres causes tirées des aliments, de la boisson, du travail, etc., viennent se mêler à celles-là pour en compliquer ou en dénaturer les effets. Vous verrez sortir de là toutes les maladies imaginables, où vous retrouverez peut-être encore le caractère des constitutions, mais vous n'y verrez rien qui ressemble à une constitution pestilentielle: j'entends bien qu'en Égypte où la peste est endémique une certaine condition de l'air, la tiède humidité du printemps ou même de l'hiver, par exemple, favorise le développement de la peste en multipliant les cas sporadiques; mais si cette constitution favorise la peste, elle ne la produit pas. Le mal préexiste, et vient d'ailleurs. Disséminez ces cas sporadiques, la constitution est détruite et il n'y aura pas d'épidé-

mie; cependant l'état de l'air n'a pas changé. En un mot, dans la peste, ce n'est pas la constitution qui fait l'épidémie, c'est l'épidémie qui fait la constitution; et qui est-ce qui fait l'épidémie? c'est l'accumulation des cas sporadiques et spontanés, lesquels sont, je le répète, de véritables empoisonnements; l'air n'y est pour rien. La chaleur et l'humidité ne sont que des causes accélératrices; elles ne font que hâter l'action de l'élément pernicieux qui a pénétré dans l'économie; en un mot, par cela seul qu'une maladie est *endémique*, elle est indépendante de toute constitution; dans ce sens qu'elle préexiste, et qu'une certaine constitution de l'atmosphère peut tout au plus encore une fois en ralentir ou en précipiter le développement. Pour justifier ce que j'avance, je ne prendrai qu'un exemple, celui de Moscou. Ici, quoi qu'en ait dit M. le rapporteur, nous sommes dans le cœur de l'hiver, de novembre en avril. Y a-t-il là ombre de constitution pestilentielle? y a-t-il quelques-uns de ces signes précurseurs ou concomitants des épidémies que la sagacité de M. le rapporteur a détaillés dans le premier chapitre de sa deuxième partie? rien de tout cela. A la fin de novembre, le mal s'insinue furtivement; fait-il d'abord de grands ravages? Non; il arrive avec un ou deux hommes; ils meurent; leur mal va de A à B, de B à C, de C à D, ainsi de suite jusqu'aux dernières lettres de l'alphabet. Il grandit enfin tellement que réduit d'abord à quelques cas sporadiques, il devient épidémique et si largement épidémique qu'il enlève des milliers de victimes à la fois. Comment cela? par la communication et, comme le dit Mertens, par le contact avec les malades, avec les cadavres, avec les vêtements; ces vêtements qu'on finit par enterrer, mais que la cupidité déterrait. En un mot, là comme partout, c'est la contagion qui a tout fait, et là comme partout elle n'a rien laissé à faire à la constitution; si ce n'est peut-être que, sans produire le mal, le froid ou la chaleur en ont ralenti, en ont précipité la course. La peste, cette peste qui a ravagé Constantinople sous les glaces et le Liban sous la neige des hivers, la peste n'a donc point de constitution qui lui soit propre. N'est-il pas étrange d'entendre dire de deux villages de l'Égypte, tout voisins l'un de l'autre. « La constitution pestilentielle » est dans celui-ci; elle n'est pas dans celui-là. » Étrange constitution qui n'a que quelques toises d'étendue? Si la constitution pestilentielle existe, il est visible qu'elle a été faite par les malades et non par l'air. Il en serait à cet égard de la peste comme de la syphilis. La syphilis est quelquefois épidémique. Dans une seule année, une armée espagnole a perdu jusqu'à cinq mille membres virils, tant les cas sporadiques y étaient nombreux, et cela sans constitution. La parité me semble exacte. Enfin, la chaleur arrête le typhus, le froid arrête la fièvre jaune, mais rien n'arrête la peste, si ce n'est l'isolement; et cette maladie sans lois, comme le dit Ramazzini, n'a peut-être que celle-là; aussi est-ce par l'isolement que les orphelins de Moscou ont été préservés, bien que leur grande demeure ait été bâtie sur d'anciens marécages.

Je n'irai pas plus loin, messieurs. J'ai touché, ce me semble, tous les points essentiels de la question; je m'en suis expliqué avec toute la netteté, j'ose dire, avec toute la sincérité dont je suis capable. Il n'est pas nécessaire de récapituler ce que j'ai dit, et d'en former une série de propositions que je pourrais comparer une à une à la série des conclusions par lesquelles M. le rapporteur a terminé son travail. Cette comparaison ferait voir quelles sont celles où j'ai le bonheur trop rare de m'accorder avec lui; quelles sont celles où nous différons plus ou moins sensiblement; quelles sont celles où nous sommes en opposition manifeste, et finalement quelles sont celles que je pourrais considérer comme erronées ou comme renfermant des suppositions, des contradictions et des trivialités peu dignes d'une Académie. Telle serait toute la suite des conclusions depuis la septième jusqu'à la dix-neuvième inclusivement; puis viennent les conclusions où figure l'action toute chimérique, selon moi, de l'infection et de l'influence ou du génie épidémique. Enfin, je ne puis me défendre de voir une sorte de nonsens ou de trivialité dans la vingt-huitième, et une véritable contradiction entre la vingt-sixième et la trentième. Que dit la vingt-sixième? « *Que les malades » atteints de peste sporadique ne peuvent déterminer des foyers d'infection » (assez actifs pour transmettre la maladie).* » Et que dit la trentième? « *Que dans les pays sains, et l'influence des causes générales étant nulle, » l'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent fournir reste seule, et » que, dans ce dernier cas, l'isolement met à l'abri de tout danger.* » Mais si ces foyers sont trop faibles pour transmettre la maladie, de quel danger peut donc préserver l'isolement? et si l'isolement est nécessaire ou même utile, n'est-ce pas parce que la maladie se transmet? D'un autre côté, après avoir établi, conclusions douzième, treizième et quatorzième, qu'on n'a pas de preuve que la peste se communique ou par le contact, ou par les effets, ou par les marchandises, on écrit hardiment pour seizième conclusion : « *Qu'il est incontestable » que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.* » Mais si elle ne se transmet ni par les hommes, ni par les effets, ni par les marchandises, par quoi donc peut-elle se transmettre? Elle se transmet par infection. Mais d'où vient, encore une fois, cette infection? N'a-t-elle pas été formée par les émanations des malades, et n'est-ce pas se jouer de soi-même et des autres que de se payer et de les payer de ces non-sens, je dirais presque de ce jargon incompréhensible? Mais que serait-ce s'il fallait relever une à une toutes les fautes dont fourmille ce rapport!

Vous pensez bien, messieurs, que, pour moi, je n'aurai qu'une conclusion définitive à vous soumettre : c'est que, pris dans son état actuel, le rapport de votre commission n'est pas digne de vos suffrages, et qu'il ne pourra l'être que lorsque votre commission lui aura fait subir tous les changements nécessaires.

LETTRE DE CLOT-BEY SUR LA PESTE.

M. LONDE donne lecture de la lettre suivante, qu'il vient de recevoir du docteur Clot-Bey :

« Vous avez été un des premiers à écrire sur la peste, et à signaler les abus qui existent dans le régime quarantainaire. Je ne doute pas que vous n'ayez contribué puissamment, comme membre de la commission formée dans le sein de l'Académie royale de médecine, à faire prévaloir les saines doctrines qui se trouvent dans le rapport qu'elle a fait à la Société, mais dans lequel se trouvent cependant des théories médicales que probablement vous ne partagez pas, et dont je vais vous signaler les principales.

» 1° La commission paraît avoir accepté sans restriction l'hypothèse de l'un de ses membres sur l'origine de la peste, en la considérant comme une maladie qui ne daterait que du sixième siècle, et qui serait résultée de l'abandon des lois hygiéniques, et surtout de l'usage des embaumements. Je soutiens, au contraire, qu'on ne peut pas assigner à la peste une date précise, pas plus qu'à l'origine de la fièvre jaune, du choléra et de toute autre affection épidémique.

» 2° L'adoption de cette première idée a conduit la commission à considérer la peste comme une infection analogue au typhus; mais elle oublie que le typhus ne prend jamais le caractère épidémique d'une manière générale; qu'il est toujours borné à une localité; que les causes qui le produisent sont toujours appréciables; qu'il se déclare dans tous les pays; qu'on pourrait le produire artificiellement et à volonté, tandis que, pour la peste, il faut des conditions de climat, de saison et de circonstances météorologiques; qu'il se forme des constitutions pestilentielles qui envahissent plusieurs provinces, plusieurs contrées. Si on réunissait tous les éléments possibles d'infection, on ne produirait jamais la peste; et, de nos jours, nous voyons la peste cesser lorsque les cimetières regorgent des victimes de l'épidémie, et que les marchés sont encombrés des dépouilles des morts.

» 3° La commission est conduite par analogie, et comme conséquence de ces deux premiers principes, à admettre la contagion de la peste par infection; mais cette opinion a contre elle tous les contagionistes qui n'ont jamais admis que la contagion virulente, et la législation sanitaire qui est basée sur ce même principe. Il n'existe pas un seul fait bien avéré qui prouve que la peste ait été communiquée aux personnes qui ont soigné les pestiférés dans les lazarets, bien que l'on cite cinq ou six cas, dans une période de cent vingt-huit ans, qui n'ont probablement pas plus de réalité que celui du *Luxor*, auquel l'intendance de Marseille a donné tant d'importance.

» Les recherches faites par M. Ségur du Peyron, inspecteur des établissements quarantainaires de France, prouvent que les marchandises n'ont jamais porté la peste dans les lazarets, et cela se trouve confirmé par ce que nous avons observé depuis 1835, où plus d'un million et demi de balles de coton a été recueilli, emballé, embarqué et transporté en Europe pendant que la peste régnait en Égypte, sans que cela ait pu donner la maladie à un des portefaix, véritables essayeurs de peste, obligés qu'ils sont d'enfoncer leurs bras dans le lainage, éminemment contumace.

» 4° Encore comme conséquence de ces opinions, la commission croit qu'il est possible de détruire la peste en Orient, en y introduisant les lois hygiéniques de l'Europe. Cela n'est pas plus possible pour la peste que pour le choléra et la fièvre jaune, parce qu'on ne pourra jamais changer ni le climat, ni la constitution physique des contrées où ces maladies sont endémiques; la peste régnait en Orient à l'époque où ces pays étaient très-avancés en civilisation, et malgré l'application des principes d'hygiène les plus rigoureux, voire même les embaumements, des épidémies pestilentielles les ravageaient. Nous ne nions pas toutefois que le développement de la culture, des habitations plus saines, en un mot un bien-être plus généralement répandu, ne puissent atténuer les effets de ces épidémies.

» On s'abuse étrangement si l'on pense que parce que la peste n'a pas paru depuis trois ans, on le doit à quelques améliorations qui ont été opérées en Turquie et en Égypte dans le régime sanitaire; il suffit, pour prouver le contraire, de dire qu'avant la réforme et l'établissement des quarantaines, on a eu des périodes de dix années pendant lesquelles la peste n'a pas sévi.

» 5° Les conséquences pratiques que la commission a formulées se trouvent en désaccord complet avec les théories admises dans la première partie de son travail, et l'on pourrait croire que c'est par des considérations étrangères à la science que, reculant devant les réformes radicales des quarantaines, elle est restée en arrière, même de ce qui se pratique déjà en Autriche et en Angleterre.

» Je joins à ces observations quelques notes relatives à la contagion et à la non-contagion. J'espère, monsieur et très-illustre confrère, que ces renseignements, quelque incomplets qu'ils soient, pourront vous intéresser en raison de leur opportunité.

» Agréez, etc. CLOT-BEY. »

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE; traduction par M. LITTRÉ.

(Premier article.)

Il y a des époques plus favorables les unes que les autres à la reproduction des œuvres qui ont fait loi dans la science, et dont les idées sont méconnues, bien qu'elles méritent toujours le respect et la confiance des contemporains : ce sont ces époques de lassitude, où l'illusion a fait place à ce qu'on avait cru longtemps la réalité, ce sont ces tristes périodes de déception qui se reproduisent trop souvent dans l'histoire du travail hu-

main, et qui se distinguent par la chute éclatante d'un système auquel l'opinion s'était rattachée de la manière la plus absolue. Ces moments de découragement, ces époques critiques, comme une école moderne les appelle, se continuent plus ou moins longtemps, jusqu'à ce qu'enfin le sentiment du progrès se réveille dans les âmes, et qu'on se détermine à chercher à remplacer les opinions dont on doute, ou auxquelles on ne croit plus. Mais les hommes qui trouvent des idées neuves et font des théories plus ou moins durables paraissent rarement au milieu de ce mouvement qui nous pousse vers des destinées inconnues. Donc, pour remédier à ce dénûment qui se fait toujours sentir en de pareilles circonstances, on s'empresse de demander au passé et même aux temps les plus antiques ce que le présent ne peut plus donner. Si quelques sciences peuvent supporter ces interrègnes, la médecine, qui est éminemment pratique, ne saurait faire comme elles. Fût-ce une hypothèse ou même une idée fausse, il faut, pour qu'elle ose agir, pour qu'elle ne craigne pas de se déterminer, il faut, dis-je, qu'elle s'inspire d'une pensée quelconque; elle ne peut pas se passer de guide dans le difficile chemin qu'elle poursuit.

Cette situation caractéristique est bien certainement la condition de notre siècle, au point de vue médical. On sait tout l'enthousiasme qui accueillit au commencement du siècle le système de Broussais. L'opinion donna à des vérités de détail la valeur élevée et partant fausse d'une vérité d'ensemble; et avec une formule très-bornée, celle de l'irritation, on crut pouvoir résoudre tous les problèmes de la pathologie. Tant que l'engouement dura, les mécomptes parurent d'admirables victoires, et lorsqu'il devint impossible de fermer entièrement les yeux, les adeptes trouvaient toujours le moyen de justifier la doctrine. On croyait aveuglément à la sublimité du maître comme à l'infaillibilité de sa théorie; et on y croyait d'autant mieux que cette médecine nouvelle était une médecine facile sous le double point de vue des inductions théoriques et des applications de l'art. C'était la simplicité dans toute sa hardiesse, mais non pas dans toute son élévation. Enfin le jour de la vérité arriva; et la grandeur et la décadence de l'irritation se suivirent de si près, qu'au bout de peu d'années la confiance la plus absolue eut fait place à un sentiment tout contraire. A cette époque de désenchantement, le public médical éprouva le besoin de chercher à remplacer les principes qui venaient de tomber pièce à pièce, par quelque chose qui présentât moins de chances d'instabilité. Ce mouvement, qui dure encore, devait diriger l'opinion dans une foule de voies différentes. L'avenir et le passé étaient en présence: pour les uns, il fallait remonter aux anciennes sources et renouer le fil rompu de la tradition; pour les autres, il fallait demander la base d'une nouvelle systématisation, aux faits mis en lumière par les sciences physiques, et aux inductions que les travaux contemporains avaient su en tirer. Mais, si les premiers faisaient trop bon marché des progrès qui ont eu lieu depuis peu d'années dans quelques-unes des branches des connaissances humaines, les seconds étaient trop exclusifs pour ne pas tomber dans une profonde erreur. N'est-ce pas, en effet, un rêve qui n'a pas même le mérite de l'originalité, de croire qu'en considérant l'estomac comme une cornue vivante, et l'organisation comme un vaste appareil d'élaboration chimique, on pourrait parvenir à s'expliquer tout ce qu'il y a d'obscur dans les mystérieux phénomènes de la santé et de la maladie? N'est-ce pas une aberration bien grande que d'oser espérer de trouver un jour, à l'aide des ressources du laboratoire, cette autre pierre philosophale au moyen de laquelle il serait permis de pénétrer dans les obscurs replis du corps vivant? On se surprend à regretter que de tels paradoxes ne puissent pas devenir des vérités incontestables, comme on regrette aussi que l'alchimie du seizième siècle ne soit pas parvenue à faire de l'or. Toutefois ces paradoxes ne peuvent produire un grand mal; car il n'y a que les chimistes qui leur conservent toute l'ardeur de leur confiance: les médecins n'y croient pas.

Au milieu de cette agitation qui exigerait plus d'un volume pour en faire le fidèle tableau, on peut remarquer cependant un retour général vers les vérités qui ont dominé pendant tant de siècles l'ancienne médecine. On dirait que les esprits cherchent une doctrine, une foi médicale dans ces écoles séculaires. Est-ce un tort? est-ce une aberration nouvelle? Qu'on compare, pour en juger, les principes de ces écoles aux opinions des écoles antagonistes. Or, sans être injuste pour les travaux contemporains qui ont élucidé un grand nombre de questions de détail et pénétré plus avant dans le côté matériel de l'organisme, où sont les points de vue élevés, les idées larges et fécondes qui conduisent à comprendre l'homme comme une belle unité où tout agit dans un admirable concert, soit pour produire les merveilleux phénomènes de la vie, soit pour rétablir l'équilibre troublé des fonctions? Où sont-ils, si ce n'est dans cette philosophie qui enseigne à placer les phénomènes dans l'ordre logique de leur véritable filiation, et non pas à les rattacher à une cause hypothétique qui n'a d'autre valeur que celle que lui donne un engouement passager? Une telle doctrine, qui devait se réhabiliter d'elle-même au déclin du système de Broussais, devait, par la même raison, être fort peu goûtée à l'époque où celui-ci brillait de son plus vif éclat. Mais quand l'expérience, ce qui ne tarda pas longtemps, eut détruit cet échafaudage, la pensée des médecins les plus instruits se reporta vers cette croyance des anciens temps. On crut encore une fois, ce qui arrive d'ailleurs en toute chose, que le passé est plein de bons exemples et d'excellents enseignements. Dès ce moment, et nous le voyons chaque jour depuis peu d'années, les noms des vieux maîtres de la science sont dans toutes les bouches. Ils reparaissent avec leurs aphorismes courts et tout imprégnés d'une grande science d'observation; et on les respecte même jusque dans les ingénieuses erreurs où ils sont tombés au milieu de leurs longues dissertations sur le dogmatisme hippocratique.

Or, comme la vérité est là, incomplète sans doute, car la médecine a encore beaucoup de lois à trouver, beaucoup d'énigmes à dévoiler, avant de dire son dernier mot, si jamais il lui est donné d'y parvenir; il faut que chacun favorise cette tendance pour la part d'action qui lui est dévolue. M. Littré a parfaitement compris ce besoin de l'époque, et il a répondu à cet appel de la science par un travail de la plus grande difficulté, mais aussi de l'utilité la plus incontestable. Il est remonté à la source première de la doctrine, pour la soumettre, si je puis m'exprimer ainsi, à une épuration nouvelle et la dégager le plus possible de toutes les nébulosités qu'on ne peut s'empêcher d'y voir. Tel a été le but de M. Littré en reprenant la magnifique collection d'Hippocrate, sur laquelle se sont exercés tant de commentateurs depuis l'école d'Alexandrie, et qui, depuis les temps reculés, a inspiré tous les théoriciens, comme tous les observateurs dont les travaux honorent la médecine. Pour remplir une pareille tâche, il fallait des conditions, ou plutôt des qualités qu'on ne trouve pas malheureusement chez tous les commentateurs; il fallait allier les profondes connaissances du philologue à l'infatigable patience de l'érudit. Les quinzième et seizième siècles offrent plus que le nôtre, qui se distingue, au contraire, par l'impatience de la production, des modèles de critique qui étonnent par l'abondance des recherches et le soin minutieux du travail; mais à cette époque peut-être, on était trop esclave de la lettre pour permettre à l'esprit de rapprocher les rapports et d'en tirer des conséquences. Ce défaut est remplacé de notre temps par un excès contraire: on se hâte de formuler des interprétations, en faisant trop bon marché de ce qui doit les justifier. M. Littré a su éviter cet excès. L'interprétation a chez lui une part très-grande, l'érudition philologique est traitée avec cette richesse de détails et de témoignages qui ne se retrouvent guère que dans les œuvres élaborées sous la paisible protection des couvents. Il s'est montré à la fois érudit comme un bénédictin et critique à vues souvent nettes et larges comme une intelligence élevée de notre dix-neuvième siècle.

Il y a à considérer d'abord, dans cet immense travail de traduction et d'appréciation, la manière dont l'auteur a reproduit le texte; il y a à juger le point de vue philologique. Un jugement a été déjà rendu solennellement, non par un critique isolé qui n'aurait eu par devers lui, que l'autorité de sa valeur personnelle, mais par un corps qui est dans notre pays l'expression la plus élevée de la connaissance des temps antiques. L'Académie des inscriptions et belles-lettres a admis M. Littré dans son sein; il n'y a donc qu'à donner des éloges à la science et à la conscience de l'érudit. Mais ce travail d'histoire et de grammaire n'est pas tout: comme je le disais tout à l'heure, la lettre ne contient pas toujours exactement, quelque précision qu'on mette à la rendre, la formule exacte de l'interprétation. La langue française, qui est la plus nette sous le rapport de la logique simplicité de la phrase et de la signification rigoureuse du mot, n'est pas elle-même à l'abri de ces obstacles que la grammaire oppose à l'expression complète de la pensée. A plus forte raison, cela se trouve-t-il dans la langue grecque, autrement charpentée que la nôtre, et qui joint à cela le double inconvénient de ne pas s'être continuée jusqu'à nous par la tradition, et de manquer d'unité, parce qu'elle avait admis littérairement des dialectes. Le travail consciencieux et profond de l'érudit a diminué sans doute les chances d'erreur dans lesquelles peut tomber le médecin; mais on comprend qu'il n'a pu entièrement les faire disparaître. M. Littré l'a si bien compris d'ailleurs, avec cette clairvoyance qui le caractérise, qu'il n'avance rien sans explication, et que jamais son opinion n'est isolée de ce qu'il croit être ou de ce qui est réellement une preuve. Cette manière de procéder a donné à son travail une physionomie toute nouvelle, ou du moins qui n'a presque rien de commun avec les travaux des traducteurs ses devanciers. Il a encadré le texte d'Hippocrate dans des introductions ou des arguments qui, en présentant l'analyse et en essayant de faire connaître la portée de chacune des œuvres de la collection, donne à tous ces écrits un caractère d'ensemble qui est fort propre à relever encore dans l'opinion, la valeur traditionnelle du médecin de Cos. Mais ceci n'est pas le seul résultat que présentent ces arguments préliminaires; dans le tableau qui passe sous les yeux du lecteur, celui-ci peut à la fois se faire une idée du siècle dans lequel vivait Hippocrate, de l'expression scientifique de son époque, des doctrines de ce grand homme, des croyances médicales de notre temps, et du rôle que joue au milieu de ces rapprochements, qui se

présentent à chaque page entre ce passé si loin de nous et ce présent qui nous pénètre, l'opinion personnelle du savant commentateur.

Dans l'introduction qui sert de prologue à la collection tout entière, et qui occupe presque tout le premier volume, M. Littré devait entrer immédiatement dans le domaine de la critique historique. Quand Hippocrate a-t-il existé, et quels sont les ouvrages de la collection dont il est réellement l'auteur? Ces questions du plus grand intérêt, car on est allé jusqu'à supposer qu'Hippocrate était une sorte de personnage mythique, méritaient d'être abordées de nouveau; le travail de M. Littré paraît les avoir complétement résolues. L'époque où Hippocrate a vécu, comme le départ de ses œuvres, entre celles qui portent le cachet de son génie et les traités qui lui ont été attribués par les contemporains, ou, dans la suite des siècles, par l'ignorance des commentateurs, tout cela est établi avec la plus grande netteté. La nécessité de la discussion critique, au lieu de nuire à l'intérêt des développements historiques, qui sont la conséquence nécessaire de ce genre de recherches, ne fait au contraire que le servir. Cette méthode, qui consiste à ne négliger aucun témoignage, à chercher des preuves dans les œuvres des poètes, comme dans les écrits des philosophes et des médecins, agrandit singulièrement la scène. C'est ainsi qu'on fait pénétrer le lecteur dans les entrailles d'une époque, et qu'on lui donne les moyens de juger.

Dans cette partie du travail, on voit l'homme tel qu'il était apprécié par son siècle, et le siècle tel qu'il était sous le rapport du mouvement des idées; le médecin portait un nom qui avait acquis une grande célébrité auprès des philosophes comme auprès de tous les hommes instruits de la Grèce. Platon dans ses dialogues, Aristophane dans ses comédies, parlent d'Hippocrate. Le premier ne s'adressait, il est vrai, qu'à l'élite des citoyens de la ville de Minerve et des habitants de l'Attique; l'auteur comique cherchait au contraire les applaudissements de la foule et ne devait citer dans ses œuvres que des noms connus du public. Ainsi la renommée du médecin de Cos avait pénétré toutes les classes, elle était devenue populaire. Hippocrate ne quittait pas cependant ou quittait peu l'île de Cos célèbre par son temple d'Esculape. Descendant du dieu, il devait rester attaché à ses autels. Comme la science appartenait aux sanctuaires, c'était dans leur sein que se faisait l'enseignement. A une époque où la critique ne pouvait jouir encore de la liberté de ses investigations, la tradition devait avoir quelque chose de solennel et de sacré et imposer en même temps le respect et la foi aux adeptes. Cependant cette tradition de l'art d'Esculape avait franchi le cercle étroit de la famille: les asclépiades enseignaient la science dont ils étaient en quelque sorte les divins représentants, et il sortait du collége de Cos ou des autres colléges qui s'étaient répandus sur le sol de la Grèce et des îles de l'archipel, des médecins qui allaient porter au loin les bienfaits de l'art d'Esculape. A cette époque commençait l'âge brillant de la philosophie grecque. Socrate enseignait les idées que Platon devait bientôt si majestueusement agrandir; cette activité de la pensée qui s'appliquait à la philosophie s'appliquait aussi à la médecine, car de nombreux ouvrages, malheureusement perdus, étaient écrits sur différents points de la science. Tout se préparait donc pour la venue d'un organisateur qui en faisant connaître les bases de la tradition ancienne devait élever là-dessus, le durable monument de son expérience personnelle et de son admirable génie. Voilà une cause, une cause toute-puissante sans doute; mais il y en avait une autre qui appelait plus directement encore les travaux de doctrine et de pratique de cet homme si grand parmi les plus célèbres des Grecs. C'était l'existence à l'état d'école d'une doctrine contraire et d'une pratique vicieuse que condamnait Hippocrate avec les asclépiades de Cos.

Cette école était celle de Gnide dont les principes étaient écrits dans un livre que nous connaissons seulement par la polémique d'Hippocrate et les commentaires de Galien, c'est-à-dire les sentences gnidiennes. Pour donner une idée juste de l'état de la question, il faut rappeler d'abord que la médecine faisait partie de la philosophie, c'était une des branches de l'arbre de la science de l'antiquité. Plus tard, soit que l'initiative vînt des philosophes, ce qui est peu probable, soit qu'elle vînt d'Hippocrate, ce qui semble plus naturel, la médecine se fit indépendante; mais son association avec la philosophie lui avait été funeste. Celle-ci se passait facilement du point d'appui de l'observation, de l'étude analytique de la réalité; l'idée se livrait à un travail d'une poésie plus ou moins élevée qui finissait par la création d'une hypothèse; et cette hypothèse était le principe à laquelle on rattachait par une explication plus ou moins subtile les phénomènes de l'ordre métaphysique et ceux du monde réel. La médecine suivit malheureusement cet exemple, et les asclépiades de Cos ne purent pas même s'en écarter entièrement. Or les Gnidiens furent ceux qui sacrifièrent le plus à l'hypothèse; et ce fut à tel point qu'ils perdirent de vue pour ainsi dire, l'objet essentiel de la médecine qui consiste à prévoir la péripétie et le dénouement d'une maladie afin de se donner le temps de surmonter par les remèdes, les difficultés qui s'opposent à la guérison. Ce but final de l'art était en effet tellement mis en oubli par cette école, que guérir semblait la chose dont elle s'occupait le moins. L'étude du détail tenait lieu de tout; et on marchait dans cette direction sans songer à s'en écarter, parce qu'on était convaincu qu'il valait mieux, pour les progrès de la science, trouver un nouvel élément de classification qu'une bonne indication nosologique. Constater des différences entre deux faits presque identiques, découvrir des nuances où les esprits les meilleurs avaient cru ne pas devoir les chercher, voilà ce qui leur paraissait bon et utile au-dessus des autres moyens d'investigation qui conduisent droit à la connaissance des vrais caractères de la maladie et au traitement raisonné du malade. Avec des opinions si erronées et en suivant une voie aussi mauvaise, on devait nécessairement arriver à ce résultat, c'est-à-dire à encombrer la science de menus détails dont quelques-uns pouvaient avoir une médiocre portée, mais dont la plupart devaient être dépourvus de signification. Hippocrate comprit qu'il fallait sauver cet art auquel les croyances donnaient encore une origine divine, qu'il fallait le défendre contre cette souillure dont l'erreur, et l'erreur la plus complète, le couvrait chaque jour. Ce fut alors qu'en dirigeant contre les Gnidiens une polémique rigoureuse, il fonda sur l'observation et sur des notions d'ensemble la doctrine médicale qui devait servir de guide à la postérité.

Les livres où Hippocrate combat les principes erronés de l'école antagoniste, sont le livre de l'*ancienne médecine* et celui sur le *régime des maladies aiguës*. Ceux-là forment, suivant l'opinion de M. Littré, la série des œuvres qu'on doit considérer comme originales, avec le premier et le troisième livre des *épidémies*, le *pronostic*, les *aphorismes*, le *Traité de l'air, des eaux et des lieux*, *des articulations*, *des fractures*, *des instruments de réduction*, *des plaies de tête*, et enfin le *serment et la loi*. A voir, en effet, tous ces titres, on reconnaît que toutes les questions ont été touchées au moins sous le point de vue général. Dans le traité de l'*ancienne médecine*, c'est de l'histoire critique où l'auteur fait place nette des erreurs pour leur substituer de lumineuses vérités. Dans les *épidémies*, le *régime des maladies aiguës*, le *pronostic*, les *aphorismes*, la pathologie est étudiée sous tous les aspects, ou plutôt suivant les règles si logiques de la méthode hippocratique; car, d'une part, le médecin de Cos caractérise à grands traits les maladies qui frappent les individus isolés et les populations, et jette les bases de leur thérapeutique; et de l'autre, en même temps qu'il fait connaître les vérités essentielles de l'art, il donne les lois de cette science si difficile de la prévision, qui distingue l'habile médecin et d'où dépend presque toujours le sort du malade; le traité de l'*air*, *des eaux et des lieux* est une œuvre où les influences des agents qui s'exercent sur l'homme sont étudiées de la manière la plus large et interprétées souvent de la manière la plus exacte; enfin, après la chirurgie, qui n'occupe pas une médiocre place, puisqu'elle comprend à elle seule quatre traités, viennent le *serment et la loi*, où sont écrites les règles de l'éducation et de la moralité des hommes qui sont appelés à pratiquer la médecine. Évidemment tout cela, excepté la chirurgie qui échappe encore à toute doctrine philosophique, paraît résulter d'un plan préconçu dont toutes les parties se rattachaient dans l'esprit de l'écrivain. Si toutefois, l'espèce d'unité que présentent ces divers écrits ne peut avoir que la valeur d'une présomption au point de vue de la communauté de leur origine, les bonnes raisons, les raisons concluantes, ne manquent pas. La critique ancienne, les documents de toute nature, fournis par l'histoire, et enfin la physionomie générale du style, présentent d'excellents arguments, qu'avec son érudition et sa connaissance de la langue, il a été permis à M. Littré de recueillir et de juger. Mais, il y a de plus d'autres témoignages qui frappent tous les esprits, même lorsqu'ils n'ont pas le bonheur de pouvoir lire Hippocrate dans sa langue originale: ce sont les qualités que la traduction même ne peut affaiblir. Elles consistent dans cette précision de la phrase, dans cette incisive netteté de la pensée et dans cette couleur d'observation profonde et réfléchie qui s'étend sur les détails nosologiques comme sur les considérations doctrinales. Dans ces livres, les idées de l'ordre philosophique ne laissent pas perdre de vue la réalité du détail, et le détail dans sa minutie ne manque jamais de s'élever au niveau de ces grandes considérations qu'Hippocrate a l'art de trouver sous sa plume, à l'occasion du fait le plus vulgaire. Une telle logique, qui ne faiblit nulle part, soit dans la critique, soit dans l'enseignement, donne à la doctrine, une force de cohésion dans l'ensemble et un caractère médical dans l'application que je demande au lecteur la permission d'étudier dans un second article, en faisant connaître en même temps les opinions de M. Littré sur ce sujet capital.

Ed. C.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE THÉOLOGIQUE.

Il y a plusieurs mois, un journal de la Bretagne racontait qu'une femme enceinte d'environ six mois étant venue à mourir, le curé du lieu envoya prier un médecin d'ouvrir immédiatement cette femme pour retirer l'enfant de son corps, afin qu'il pût être baptisé s'il vivait encore. Sur le refus du médecin, qui fit répondre que la loi et la morale lui interdisaient une telle tentative, le curé envoya chercher un maréchal ferrant, qui pratiqua une incision, au moyen de laquelle on retira un fœtus mort. Ces faits furent présentés par le journal de la localité, et par la plupart des journaux de la capitale, sous un jour odieux et signalés comme une action criminelle et déplorable.

L'ecclésiastique, qui avait pris sur lui la responsabilité de ces actes, crut devoir, en rectifiant les inexactitudes que renfermait l'article du journal, expliquer au long les motifs de sa conduite.

Les doctrines de l'Église imposent au prêtre le devoir d'administrer le baptême à tout enfant offrant le plus léger signe de vie. D'après le rite romain, il y a obligation *religieuse*, après la mort de la mère, de recourir à l'incision césarienne à toutes les époques de la grossesse, pour que l'administration de ce sacrement soit rendue possible. Il existe à cet égard des prescriptions formelles, des traités spéciaux qui règlent la matière et qui tracent aux ecclésiastiques leur ligne de conduite. Voici ce qu'on lit sur ce sujet dans le TRAITÉ D'EMBRYOLOGIE SACRÉE de M. Bouvier, évêque du Mans, ouvrage qui fait autorité en théologie :

« Y a-t-il obligation de faire l'opération césarienne sur une femme morte ? 1° Il n'est pas possible de contester cette obligation, dès qu'il est certain que le plus souvent on réussit à donner le baptême à l'enfant.

» 2° C'est aux sages-femmes, aux chirurgiens, et généralement à tous ceux qui président aux accouchements, que MM. les curés et les confesseurs doivent montrer la nécessité et l'obligation grave de faire l'opération césarienne sur le cadavre d'une femme morte, et cela le plus tôt possible. Il ne faudrait cependant pas l'omettre, parce qu'elle aurait été différée longtemps et sans nulles précautions.

» Qui doit faire l'opération sur une femme morte ?

» Il faut tâcher que ce soit un homme de l'art et ne rien négliger pour l'obtenir. A son défaut, ce doit être une sage-femme, ou bien une autre femme, ou un homme marié, ou enfin dans la nécessité une personne quelconque, *mais jamais un prêtre*, à moins qu'il ne soit absolument impossible de faire autrement... »

Suivent les prescriptions relatives à l'opération et au procédé à employer pour accomplir le baptême, etc.

Or, dans la circonstance actuelle, le curé a d'abord envoyé prier le médecin de faire l'ouverture de la femme pour que l'enfant pût être baptisé s'il vivait encore ; ce ne fut qu'après un refus formel et réitéré du médecin, que, vu l'urgence, il invita un de ses *fabriciens*, maréchal ferrant, quelque peu familiarisé avec les opérations, à pratiquer l'opération césarienne, après lui avoir fait comprendre l'impérieuse nécessité de cette opération et lui avoir donné lecture des passages du traité de M. Bouvier qui traçaient la marche à suivre dans ce cas. En agissant ainsi il avait donc cru remplir les devoirs de son ministère, il s'était conformé de tous points aux instructions théologiques ; il n'avait point dépassé les limites des devoirs et des obligations que ces instructions lui imposent.

Mais au point de vue civil et médical, en est-il de même ? les choses se sont-elles passées, dans cette circonstance, d'une manière régulière et conforme aux règles de l'art et aux lois de la prudence ?

Il est très-regrettable d'avoir à signaler des conflits entre des intérêts aussi graves et aussi respectables que ceux qui se trouvent ici mis présence. Mais les conséquences fâcheuses qui en peuvent résulter font un devoir de les révéler afin d'en prévenir autant que possible la reproduction. Si un excès de zèle religieux peut conduire à des actes d'imprudence et de témérité regrettables, il n'est pas moins fâcheux de voir le refus d'un concours légitimement réclamé mettre obstacle à l'accomplissement d'un devoir et à la pratique d'un dogme justement respecté. Il faut donc quand des difficultés de ce genre se trouvent soulevées, quand des conflits surgissent entre des attributions connexes ou limitrophes, s'efforcer, tout en assignant à ces attributions leurs limites respectives, d'aplanir autant que possible les difficultés par la conciliation et par le concours des droits en présence ; car chacun doit désirer que la loi religieuse, la loi civile et la science se prêtent un mutuel appui et concourent d'un commun accord dans les choses qui sont d'un intérêt commun.

L'acte que nous venons de rappeler a déjà été interprété et apprécié de manières fort diverses ; nous avons dit sous quel jour il avait été présenté par les organes de la publicité. En faisant abstraction du caractère évidemment partial et hostile dont est empreinte la relation des journaux, l'opinion qui y est exprimée mérite au fond d'être prise en considération, bien qu'elle soit plutôt l'expression d'un sentiment répulsif inspiré par ce qu'il y a d'insolite dans ces faits, que le résultat d'une appréciation scientifique et réfléchie des motifs invoqués. Examinons maintenant comment cette question a été envisagée par les hommes compétents qui s'en sont occupés.

Dans un article inséré dans la REVUE DE L'ARMORIQUE ET DE L'OUEST, M. de Kergaradec, considérant la question sous le triple point de vue de la loi, de la science et de la théologie, pose, sous le rapport médical et théologique, les conclusions suivantes :

1° *Au point de vue médical.* Toute femme enceinte de cinq mois au plus, qui meurt avant d'accoucher, doit être soumise à la section césarienne, si l'accouchement ne peut être effectué par les voies ordinaires ; 2° les soins de l'art doivent être administrés au moment même de la mort de la mère, ou du moins le plus tôt possible ; 3° un espace de vingt-quatre heures, de deux jours et même de trois jours, écoulé depuis la mort, et la circonstance de l'inhumation de la femme, ne dispensent pas le médecin de l'accomplissement de ce devoir.

2° *Au point de vue théologique.* L'auteur, se conformant strictement aux doctrines de l'Église, établit, d'après les autorités ecclésiastiques : 1° que le baptême doit être administré à tout enfant offrant le plus léger signe de vie ; 2° qu'après la mort de la mère, il y a obligation *religieuse* de recourir à l'incision césarienne à toutes les époques de la grossesse, et qu'à défaut d'un homme de l'art, tout individu de l'un ou de l'autre sexe *peut*, et même *doit* pratiquer cette opération nécessaire à l'extraction de l'enfant, et sans laquelle celui-ci ne pourrait pas recevoir le sacrement prescrit par l'Église.

Il semble qu'en principe il ne doive y avoir aucun désaccord entre les

---

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° V.

Plaine d'Éghris, bivouac de Aïn-Tiraïfine, juin 1846.

Monsieur et très-honoré confrère,

Qui reconnaîtrait par ce jour ardent les humides fondrières que nous parcourions en janvier, assaillis par la grêle pendant le jour, tremblants de froid la nuit ? Le sable blanc nous renvoie les rayons du soleil, et nos yeux éblouis n'aperçoivent plus la route à travers les oscillations de l'air qui s'est échauffé sur la terre brûlante. La plaine d'Éghris n'est guère plus riche en arbres que les batraciens en plumes, pour me servir d'une comparaison familière au grand chirurgien qui détonne chaque matin à la Pitié. Nulle part de l'ombrage !.... Nous nous prenons à envier le sort de l'escargot :

« La terre lui fournit un aliment facile, »

et, comme nous, porteur de son ambulante demeure, il est cent cent fois plus heureux, en ce qu'il trouve toujours, pour reposer son insouciante smala, le frais abri d'une touffe d'absinthe ou de serpolet. Aussi je m'écriais déjà :

« O fortunatos nimiùm sua si bona nôrint, »

quand je vis d'affreux soldats s'approcher des jujubiers sauvages aux branches desquels le pacifique animal se suspend en longs chapelets blancs, mettre le feu au buisson, et, quand le petit incendie se fut éteint, extraire le cénobite mollusque de sa cellule pour l'avaler ainsi cuit et accommodé avec une simplicité vraiment primitive. *In extremis extrema remedia*, tout est bon quand on a faim.

Mon cher confrère, l'inspection de ce simple fait nous a mis sur la voie d'une découverte capitale. Pourquoi les maladies chroniques de poitrine, notamment la phthisie, sont-elles rares en Afrique ? L'un vous dira que c'est à cause de la température élevée et uniforme : l'autre qu'on doit en savoir gré au miasme paludéen, qui rend notre économie inapte à engendrer la diathèse tuberculeuse. Mais ce n'est pas cela. Vous savez que les limaçons et les escargots sont ou ont été vantés dans ces maladies, et nous nous souvenons, pour notre part, avoir vu un poitrinaire se promener chaque matin dans les jardins humides pour faire sa chasse. Il saisissait les plus jaunes et les plus onctueux limaçons avec une petite fourchette à huîtres. Vingt ou trente pièces de gibier composaient son premier

prescriptions religieuses et les prescriptions médicales. Il est depuis longtemps admis et passé en précepte, dans l'art des accouchements, que lorsqu'une femme meurt dans le travail, avant d'avoir mis son enfant au jour, l'accoucheur qui l'assiste doit, après avoir acquis la certitude que la mort de la femme est réelle, et après avoir essayé de la délivrer par les voies naturelles, pratiquer l'opération césarienne ou toute autre propre à amener l'enfant à la vie; on sait en outre que cette obligation ne se borne pas aux cas où la femme meurt en état de travail, mais qu'elle s'étend à tous les cas compris dans cette période de la grossesse pendant laquelle le fœtus est considéré comme viable. Cette prescription très-ancienne est rappelée dans plusieurs lois romaines; des règlements plus ou moins précis existent à cet égard dans presque tous les pays. L'Église, de son côté, en fait une loi, ainsi qu'il vient d'être dit, afin d'assurer au moins à l'enfant le bénéfice spirituel du baptême. Toutes les fois donc qu'une femme vient à mourir dans les conditions indiquées, l'opération césarienne se trouve commandée à la fois au point de vue de l'humanité comme au point de vue spirituel, et par la loi civile et par la loi religieuse. Mais jusqu'à quelle époque de la grossesse est-il convenable ou nécessaire, dans un but ou dans l'autre, de pratiquer cette opération? Combien de temps, après la mort réelle ou présumée, doit-elle être faite? Peut-elle et doit-elle être faite indistinctement dans tous les cas et à toutes les époques de la grossesse? Par qui peut-elle et doit-elle être faite? Ici cesse la concordance entre les prescriptions médicales et les prescriptions théologiques; ici commencent les dissidences et les difficultés.

La prescription de l'opération césarienne, pour le médecin, est subordonnée à trois conditions essentielles, rigoureuses à ses yeux, savoir : 1° que la femme soit morte; 2° que l'enfant soit vivant; 3° qu'il soit viable. La véritable limite de la viabilité pour le physiologiste étant fixée au commencement du septième mois, ce n'est que depuis cette époque seulement que l'opération césarienne peut avoir pour la vie de l'enfant quelques chances d'utilité; aussi les accoucheurs sont-ils généralement d'accord pour ne la conseiller et la prescrire qu'en deçà de cette limite.

Si l'on ajoute à ces restrictions l'absolue nécessité admise par tous les accoucheurs modernes, de ne se déterminer à cette opération qu'après avoir acquis la certitude, d'une part, que la mère est réellement morte, d'autre part, que l'enfant est encore vivant, on concevra combien se trouve naturellement restreint le nombre des cas où l'opération césarienne est indiquée et obligatoire.

Aux yeux de l'Église il en est tout autrement. L'Église n'envisage point seulement la viabilité de l'enfant, mais sa vie actuelle. Le baptême est obligatoire à tous les âges de la vie fœtale : c'est l'opinion de tous les casuistes; la nécessité de l'opération césarienne ou de tout autre procédé, au moyen duquel on puisse administrer à l'enfant ce premier sacrement, existe par conséquent à toutes les époques de la grossesse. Qui ne voit dès lors combien, si l'on se conforme à la lettre des prescriptions théologiques, les chances d'erreur et de danger se trouvent augmentées. Le médecin devra-t-il condescendre à la demande du prêtre, et procéder, dans tous les cas de grossesse présumée, à l'ouverture du corps de la mère immédiatement après son dernier soupir? Il en est beaucoup à qui leur conscience dictera en pareil cas une prudente hésitation; et lorsque l'homme de l'art aura jugé prudent de s'abstenir ou au moins de temporiser jusqu'à ce qu'il ait acquis la preuve matérielle de la mort de la mère, au risque de compromettre le salut spirituel de l'enfant, pense-t-on qu'il soit sans inconvénient de laisser l'appréciation de l'opportunité d'une semblable opération au jugement de personnes étrangères à toute connaissance physiologique, et d'en abandonner l'exécution en des mains inhabiles? Ces difficultés, les graves inconvénients qu'elles peuvent entraîner, ont été sentis et appréciés et par les hommes de l'art et par quelques représentants du clergé lui-même. Aussi a-t-on cherché à y obvier en proposant divers procédés à l'aide desquels on pût administrer le baptême à un enfant vivant, mais non viable, sans être obligé de l'extraire du sein maternel : tel est le procédé d'injection vagino-utérine que quelques théologiens ont déjà cherché à faire prévaloir. Cette question a été récemment l'objet d'une longue discussion devant l'Académie de médecine de Belgique, à l'occasion d'une proposition de ce genre qui lui fut soumise par M. le docteur Thirion. Ce procédé consiste à introduire dans la cavité de la matrice, par l'ouverture de son col, une sonde creuse, ouverte à ses deux extrémités, afin d'injecter par cette sonde de l'eau sur la partie de l'enfant qu'elle rencontrera. Nous n'examinerons pas ici la valeur pratique de ce procédé ni les diverses questions subsidiaires qu'il peut soulever; qu'il nous suffise seulement de constater que la validité du baptême ainsi administré, sous condition, a été admise et formellement reconnue par des théologiens éminents et qui font autorité. Cette déclaration est importante; car du moment où l'Église aurait adopté unanimement ce principe, le nombre des cas où l'opération césarienne devra être pratiquée immédiatement après la mort, en vue du baptême, se trouverait ainsi réduit aux mêmes conditions qui constituent l'obligation de la pratiquer au point de vue civil.

Ceci nous conduit à examiner la dernière question, savoir, si l'opération césarienne, lorsqu'elle est jugée utile, peut et doit être pratiquée par toute autre main que celle d'un homme de l'art. Nous ne saurions partager entièrement à cet égard l'opinion de l'honorable M. de Kergaradec, lorsque, se plaçant au point de vue théologique, il dit qu'à défaut d'un homme de l'art, tout individu de l'un ou de l'autre sexe peut, et même *doit* pratiquer cette opération. Il suffit, pour faire sentir tout ce qu'une semblable tolérance pourrait avoir de grave dans ses conséquences, de rappeler combien l'état de gestation expose plus que tout autre à des accidents capables de simuler la mort. La distinction de ces cas est souvent fort difficile, même pour le médecin, qui peut se trouver placé dans la pénible alternative, ou d'avoir à craindre de pratiquer l'opération césarienne sur une femme qui n'est point encore morte, ou de laisser périr l'enfant en temporisant et de ne pratiquer l'opération que lorsqu'elle sera devenue inutile. Or que fera une personne étrangère à l'art, dans ces cas qui exigent de la part du médecin une grande sagacité et une grande prudence? Il est évident que mettre une personne inexpérimentée en présence de semblables difficultés, c'est compromettre à la fois et la sûreté des mères et celle des enfants, et le but même des personnes que leur zèle religieux porterait à prendre une semblable détermination; car, qu'est-ce qui garantit, en supposant que la mort de la mère soit réelle et constatée, contre les dangers auxquels l'inexpérience de l'opérateur exposera la vie de l'enfant lui-même?

Pour nous résumer, nous croyons, et en cela nous n'avons nullement l'intention de faire prévaloir aucune prérogative, ni de soulever une question de délimitation de fonctions et d'attributions, nous croyons que l'opération césarienne est une opération trop grave et trop délicate, alors même qu'elle est faite sur une femme morte, pour qu'elle doive être abandonnée à des mains inhabiles, et qu'elle ne doit être exécutée dans tous les cas que par un homme de l'art. L'opération césarienne doit en un mot, désormais, soit

---

déjeuner. Il était devenu tellement gourmet qu'il distinguait au goût le limaçon nourri de choux de celui qui avait hanté les plates-bandes de cerfeuil ou de persil. Les individus qui laissaient après eux un petit sillage argenté faisaient surtout son caprice. Or, je vous le demande, mon cher confrère, comment voulez-vous que le poumon du soldat ose se tuberculiser, quand son prévoyant propriétaire fait sa pâture quotidienne de l'animal antiphthisique? Eh! pourquoi avoir cherché si loin la solution du problème en inventant l'antagonisme?

A défaut de l'enveloppe enviée, on se cache sous les vastes replis d'un bournous blanc, qui repousse les rayons solaires, et l'on voyage ainsi, assez semblable à un Émiruscule en campagne. Nombreuse est en effet la maison d'un chirurgien de régiment en route. Il chemine sur un élégant cheval de selle, suivi de son *ordonnance* à pied, s'il est dans l'infanterie, et, s'il appartient à la cavalerie, d'un domestique qui se tient respectueusement à quelques pas derrière lui sur un cheval de rechange. Le soldat chargé du sac qui contient les objets nécessaires à un premier pansement ne nous perd pas de vue, prêt à déployer, au premier signe, le petit magasin assez complet qu'il porte sur son dos. Ce sac est d'une grande utilité quand le temps presse : il faut en effet bien moins de temps pour en extraire les pièces dont on a besoin que pour faire arrêter le mulet d'ambulance, le décharger et rétablir ensuite son faix. Ce mulet d'ambulance se tient à portée, conduit par un guide spécial. Enfin, une autre bête de somme suit non loin de là, chargée de la tente, de la garde-robe et des approvisionnements de bouche, sous la direction de votre maître queux, dont l'habileté doit consister surtout à vous faire quelque chose avec presque rien.

Par opposition au chirurgien des corps de troupe, voyageant avec sa maison complète, voyez celui de nos confrères qui est attaché à l'ambulance de la colonne : il marche isolé, car le règlement lui refuse un *ordonnance* pour l'aider dans ses actes les plus nécessaires et dans ses corvées les plus pénibles. Le professeur Sédillot a trop bien dépeint sa détresse, dans sa CAMPAGNE DE CONSTANTINE DE 1837, pour que nous ne le laissions parler.

« Le chirurgien doit se tirer d'affaires seul et sans secours. Il faut que tout son bagage tienne dans son porte-manteau, sous lequel il a mis une double poche remplie d'une petite provision d'avoine, lorsqu'il s'en est procuré. Il place sous sa selle la couverture dont il s'enveloppera pendant la nuit, et a de plus, au-dessus de ses fontes, un manteau pour se préserver de la pluie ou du froid. Arrivé au bivouac, il doit fixer en terre le pieu de bois auquel il attache son cheval, qu'il desselle et mène boire, en laissant son équipement sous la garde de quelques voisins officieux. Il est indispensable qu'il sache quand on abat la viande et où on la distribue; car personne ne pensera à lui; et s'il fait nuit, qu'il pleuve, ou qu'il soit harassé de fatigue, peu importe, il faut marcher. » M. Sédillot nous représente ensuite le chirurgien d'ambulance courant de tente en tente, quelquefois à une lieue de distance, pour faire signer ses bons par qui de droit, donnant l'orge à son cheval, l'étrillant, faisant son feu, préparant lui-même son repas..... cela devant tout le camp! C'est à bon droit que le narrateur s'écrie : « Qu'on calcule combien un chirurgien aura d'instants dans la journée à consacrer aux blessés et aux malades! Il n'en resterait certainement aucun, s'il n'avait le courage et l'abnégation de se sacrifier et de se soumettre silencieusement à toutes les misères de sa position. Mais le moment vient où l'instinct de la conservation reprend ses droits, et ce serait trop demander à l'humanité que

qu'il s'agisse de décider de son opportunité et de ses indications, soit qu'il s'agisse de son exécution, être et rester exclusivement dans le domaine de la pratique médicale. L'adoption du procédé vagino-utérin pour les cas de non-viabilité de l'enfant ou de toute autre contre-indication de l'opération césarienne rendrait à l'avenir l'observation de cette règle absolue facile et sans danger. Quant aux cas où les médecins seraient régulièrement invités à procéder à l'une ou à l'autre de ces opérations, c'est à eux à sentir, de leur côté, les devoirs et les obligations que leur impose leur ministère, et à prêter leur concours, autant que ne s'y opposent point les droits de l'humanité dont ils sont les gardiens naturels, à l'accomplissement des devoirs religieux, comme ils le font tous les jours pour les besoins de l'administration et de la justice. Ils semblent y être d'autant plus intéressés d'ailleurs que, dans la plupart des cas, en facilitant l'accomplissement d'un devoir religieux, ils satisferont aux obligations mêmes de leur profession.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES ET DE LEURS ANNEXES; par F. BOUISSON, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir les numéros 28 et 29.)

B. — TUMEURS SYPHILITIQUES DE LA PARTIE CHARNUE DES MUSCLES.

Les tumeurs que nous venons de signaler comme existant dans les tendons peuvent aussi se développer dans la partie charnue des muscles. C'est ce qui résulte des observations placées en tête de ce travail, et ce qui deviendra plus évident par les détails ultérieurs dans lesquels nous allons entrer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est difficile de déterminer si cette altération a son point de départ primitif dans les fibres musculaires ou dans le tissu cellulaire qui leur est interposé. L'analogie porterait à croire que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues ou qui leur forme une gaine est le premier envahi. Mais lorsque la lésion est avancée, qu'elle a revêtu l'un de ses modes de terminaison, soit par suppuration, soit par induration, tous les éléments anatomiques paraissent affectés, et, suivant le degré plus ou moins avancé du travail morbide, les fibres musculaires semblent plongées dans une matière de nouvelle formation, ou bien elles sont ramollies et détruites, ou bien encore elles sont transformées en tissu induré, subcartilagineux et même osseux. Tels sont du moins les états divers dans lesquels j'ai observé les tumeurs syphilitiques des muscles.

A un *premier degré*, le muscle est le siége d'un gonflement local et circonscrit, ayant une consistance plus grande que celle de l'œdème. Une section faite dans la partie malade permet de reconnaître quelques faisceaux musculaires décolorés au milieu d'un épanchement plastique de couleur grisâtre. La tumeur syphilitique que j'ai rencontrée dans le muscle grand fessier était à ce premier degré de formation. Cet état paraît être l'indice d'une phlegmasie lente qui préside à la sécrétion pathologique dont le produit subira des transformations ultérieures.

A un *deuxième degré*, en effet, la matière épanchée se ramollit. Si l'inflammation se prolonge avec son caractère primitif de chronicité, les élaborations graduelles du produit épanché le transforment en un liquide visqueux, filant, semblable à un solutum de gomme. Si, au contraire, une phlegmasie intercurrente aiguë se manifeste, ou si la tumeur a fait éprouver dès le début une douleur constante avec augmentation de température locale, du véritable pus se forme au centre du muscle, les fibres ramollies se détruisent, et il se fait des délabrements plus ou moins considérables. Je soupçonne que plusieurs abcès intrapelviens, des psoïtis ou des inflammations destructives du muscle iliaque interne ne sont que des phlegmasies syphilitiques des muscles de la région lombo-pelvienne. J'ai plusieurs fois observé des complications de ce genre chez des sujets atteints de syphilis, et récemment j'ai appelé l'attention des élèves qui suivent ma clinique sur un fait de cette nature. Il s'agissait d'un soldat qui portait à l'aine un bubon constitutionnel consécutif à un chancre induré. Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade fut pris d'inflammation chronique des muscles psoas et iliaque du côté gauche. Une tumeur considérable formée dans le bassin vint faire saillie au niveau du ligament de Fallope. Il fallut donner issue, à l'aide du bistouri, à une énorme collection. Le malade, soumis à un traitement antivénérien, se rétablit complétement.

A un *troisième degré*, les tumeurs syphilitiques non suppurées s'indurent. Elles passent, comme les périostoses, par des phases successives d'organisation qui les conduisent de l'état simplement scléreux, à l'état subcartilagineux, cartilagineux et osseux. Cette transformation ultime est celle qui, par ses caractères et sa persistance, a le plus frappé les anatomo-pathologistes. J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple fort remarquable au musée de la Faculté de médecine de Strasbourg : c'est celui d'une masse osseuse d'un volume très-considérable, développée dans l'épaisseur du muscle carré de la cuisse. Les ossifications des muscles et de leurs tendons ont été plusieurs fois remarquées chez des sujets qui, sous l'influence de la syphilis, avaient eu des exostoses sur divers points du corps. On trouve, dans la belle collection de notre collègue M. le professeur Dubrueil, le squelette d'un Arabe qui avait eu la syphilis, et chez lequel, outre de nombreuses exostoses, il y a eu ossification d'un grand nombre de muscles à leur point d'insertion. Les productions osseuses de ce squelette sont styliformes, laminées ou de toute autre configuration, suivant la disposition des muscles qui ont participé à l'altération.

SIÉGE. — Le lieu dans lequel se manifestent les tumeurs musculaires syphilitiques est très-variable et, selon toute probabilité, aucun muscle n'est à l'abri de ce genre d'affection, pas plus qu'aucun os n'est à l'abri d'exostoses. Jusqu'à ce jour j'ai observé des tumeurs syphilitiques dans le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste externe et quelques autres muscles du membre inférieur. J'ai vu également une tumeur de même nature dans l'épaisseur du muscle grand pectoral, chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages costaux. Enfin j'ai observé dans des muscles de régions très-diverses, des traces d'ossification qu'il était rationnel d'attribuer à l'influence de la syphilis.

Mais certains organes d'une structure essentiellement musculaire, ou dans lesquels les muscles prédominent, tels que la langue et les lèvres, m'ont paru être plus spécialement le siége de ce genre de tumeurs. Il est aussi d'autres organes dans lesquels les gonflements syphilitiques atteignent les faisceaux musculaires et paralysent leur action en même temps qu'ils préparent leur destruction ultérieure. Il est du moins remarquable que le

---

d'exiger qu'en face des besoins les plus pressants, elle offrît toujours la même résignation et la même force. »

Par surcroît de malheur, arrivé au camp, on est exposé à se voir enlever, la nuit, ses effets placés à l'entrée de sa tente et son cheval attaché en plein air. Les Arabes maraudeurs, aussi adroits que les étrangleurs de Java, se glissent comme des serpents entre les pierres et les broussailles, pénètrent au milieu du camp, et vous enlèvent votre butin avec une adresse et une audace incroyables. Le docteur F..., chirurgien-major d'un régiment, se réveilla dernièrement en sursaut au bruit du galop de son cheval monté par son ravisseur qui essayait déjà sa capture, mais hors de portée. L'Arabe, pour passer devant la sentinelle, avait coupé un buisson et l'avait poussé lentement devant lui, en s'abritant derrière son feuillage. Il fallut peut-être la moitié de la nuit pour mener ce stratagème à bonne fin. Notre confrère fut obligé de dénouer les cordons de sa bourse...; et Dieu sait si la saignée est un bon moyen pour redonner la santé aux bourses de chirurgiens militaires, toutes affectées d'une maladie chronique dans l'étiologie de laquelle nous n'entrerons pas, mais qui accole l'un à l'autre leurs flancs émaciés par le marasme.

Nous nous rappelons avoir lu avec plaisir les attachantes pages où un médecin de campagne donne des conseils à ses confrères pour l'achat du cheval qui doit les porter par monts et par vaux chez leurs rustiques clients. Ce choix est bien plus important encore en Afrique : sa vie ou sa liberté peuvent en dépendre.

La race arabe ou plutôt barde est illustre entre toutes. Preste, agile, souple, sobre et soumis, le cheval barde gravit les rochers d'un pied sûr, et descend sans broncher les pentes les plus roides. Sur nos belles routes de France, il dormirait en marchant ; mais lorsque le terrain devient difficile, il s'éveille, il s'irrite, ses naseaux sont béants, ses oreilles se dressent, son œil est au guet. Quand il suit les étroits chemins suspendus sur les précipices, on dirait qu'il se tord pour accommoder ses flexuosités aux détours du ravin. Ne vous évertuez pas, dans les marches de nuit, à dilater démesurément votre pupille pour que les sombres objets puissent peindre sur votre rétine leur confuse image ; abandonnez les rênes et vous arriverez au but. Là où le fantassin tombe et roule sur les pierres et le long des pentes, le cavalier passe sans coup férir.

Ici, où tous les chevaux à peu près sont bons, il faut posséder un sujet excellent si l'on veut être ce qu'on appelle bien monté. Moquez-vous tant qu'il vous plaira du peu valeureux guerrier qui chante :

> Si j'ai remporté la victoire,
> C'est que j'avais un bon cheval....

Moquez-vous à l'aise. Pour nous, que l'expérience a instruit, nous n'en mettrons pas moins le plus grand soin à déjouer les ruses inouïes des maquignons juifs ou arabes. Si notre infortuné confrère Cabasse avait eu sous sa selle un de ces fins étalons dont les secs et nerveux jarrets comportent un long et rapide galop, il ne serait pas réduit aujourd'hui à manger les grains de blé ou d'orge que lui jette la main parcimonieuse de l'émir.

C'était à l'affaire qui eut lieu l'an passé, non loin de Aïn-Temouchen, triste mais aussi unique affaire où l'on vit deux cents hommes déposer les armes sans se défendre. Cabasse, chirurgien sous-aide de le petite troupe, ne partageant

voile du palais, organe musculo-membraneux, est un des siéges d'élection de la syphilis. Le larynx lui-même si souvent attaqué dans ses éléments muqueux et cartilagineux peut l'être dans les muscles qui meuvent ses diverses pièces. Enfin, s'il est vrai que le tissu de l'utérus participe des caractères du tissu musculaire, ne serait-il pas convenable de comprendre dans le genre de tumeurs qui nous occupent certains engorgements de son col qui succèdent à l'action de la maladie vénérienne? Il me paraît utile d'entrer dans quelques détails sur les tumeurs syphilitiques considérées dans les principaux organes que je viens de désigner.

La *langue*, véritable muscle composé, est peut-être de toutes les parties douées de cette organisation celle qui est le plus sujette à cette espèce d'affection. Soit que la masse de l'organe se tuméfie uniformément, soit qu'une partie de son tissu soit seule attaquée, toujours est-il qu'on observe assez fréquemment des tumeurs linguales syphilitiques chez les sujets victimes d'une fâcheuse incurie ou chez lesquels un traitement mal administré a laissé la maladie vénérienne arriver à une période avancée. Ces lésions du tissu propre de la langue ont été certainement observées par tous les praticiens qui ont eu à traiter des syphilis invétérées; mais il est remarquable qu'on n'a nullement pris en considération le siége anatomique de ces tumeurs dont l'origine réelle est dans le tissu musculaire dense de l'organe, et qu'on n'a vu en elles qu'un des effets que la syphilis exerce collectivement sur les parties qui avoisinent l'isthme du gosier. Toutefois, pour peu qu'on examine avec attention l'aspect général, le mode de déformation de la langue, la dureté que son tissu acquiert dans les points affectés, la profondeur et la sensibilité insolite de la tumeur qui s'y manifeste, la gêne que cause sa présence et les difficultés qui en résultent pour l'exercice de la parole ou des autres fonctions auxquelles la langue participe, on ne tarde pas à se convaincre que ce genre d'altération diffère beaucoup des engorgements superficiels subjacents à des ulcérations, ou des excroissances dont la muqueuse linguale peut être le siége.

Lorsque les tumeurs syphilitiques de la langue se produisent, elles occupent tantôt la base, tantôt l'un des bords ou la pointe de cet organe. Je les ai plus fréquemment observées dans la base. D'autres fois la masse entière de l'organe est envahie. Cet état de choses était très-prononcé sur une femme que j'ai traitée l'année dernière à la clinique de l'hôpital de Saint-Éloi, et qui avait eu plusieurs affections vénériennes. Il n'existait chez elle ni ulcérations ni traces d'inflammation qui pussent faire croire à un gonflement phlegmasique ordinaire; il ne s'agissait pas non plus d'une hypertrophie simple, car la dureté de l'organe était notablement augmentée. La parole était devenue difficile, et avait pris ce caractère particulier que présentent les sujets affectés de grenouillette. Cette maladie s'amenda sous l'influence de l'iodure de potassium administré à l'extérieur, et des frictions avec la pommade d'iodure de mercure dans la région sous-maxillaire.

Les tumeurs syphilitiques de la partie musculaire de la langue seront facilement distinguées des excroissances superficielles qui ont leur point de départ dans le tissu muqueux ou sous-muqueux. Ces dernières ne gênent pas les mouvements de l'organe, à moins qu'elles ne soient considérables; elles sont découpées irrégulièrement à leur sommet. Enfin, elles ont pour siége d'élection la portion de la langue qui correspond à l'isthme du gosier. On distinguera avec non moins de facilité les tumeurs vénériennes des muscles de la langue du gonflement qui appartient à la glossite ordinaire ou mercurielle. Dans ces deux cas, les signes locaux et généraux de l'inflammation sont suffisamment caractérisés, et lorsque la glossite est produite par l'usage du mercure, il existe en outre une salivation abondante, des ulcérations à fond grisâtre et une fétidité de l'haleine qui ne laissent pas de longues incertitudes sur la nature de la maladie. Enfin, le cancer de la langue se distingue des tumeurs syphilitiques du même organe par les douleurs lancinantes qui lui sont propres, par sa forme primitive qui est le plus souvent celle d'une tumeur verruqueuse dure et circonscrite, et par l'absence des signes concomitants de la syphilis. Dans les tumeurs linguales qui tiennent par leur nature à cette dernière affection, on trouve le plus souvent des traces qui servent à la faire reconnaître. Parmi les divers exemples de tumeurs syphilitiques de la langue que j'ai eu occasion d'observer, je me bornerai à signaler les deux suivants.

TUMEUR SYPHILITIQUE DE LA RÉGION MÉDIANE DE LA LANGUE; MURIATE D'OR; AMÉLIORATION.

OBS. IV. — Joseph B...., de Saint-Pons, âgé de 42 ans, fut reçu à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 1er juillet 1845. Ce malade, qui avait contracté plusieurs affections vénériennes pendant sa jeunesse, portait une tumeur du volume d'une grosse noisette, exactement sur la partie moyenne de la langue, dans l'épaisseur de laquelle elle était située. Sur un autre point du même organe existait une ulcération perforante dans laquelle un stylet pénétrait à la profondeur d'un centimètre. Le médecin qui avait donné les premiers soins à ce malade le considérait comme affecté de cancer. Mais les antécédents ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une affection vénérienne, et des traces de syphilis pouvaient être reconnues sur d'autres points du corps; car la région du nez et celle du front étaient le siége d'ulcérations syphilitiques, et quelques taches cuivrées existaient en outre sur le tronc et les membres. La tumeur médio-linguale était exempte de douleurs lancinantes; sa dureté était assez considérable: elle ne donnait lieu à aucun signe évident de fluctuation. D'après les récits du malade, elle avait déjà résisté à l'emploi de diverses préparations mercurielles.

Cette circonstance me décida à prescrire les préparations d'or en frictions sur la langue elle-même. Le muriate d'or en poudre fut administré d'abord à la dose d'un seizième de grain par jour, et plus tard à celle d'un douzième, puis d'un huitième. Le sirop et la tisane de salsepareille furent prescrits en même temps. Ce traitement durait depuis un mois et demi, et sous son influence la tumeur avait diminué de près des deux tiers, lorsqu'on fut obligé de renvoyer brusquement le malade, pour des raisons particulières. Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Dans le cas suivant, une tumeur syphilitique de la langue, plus étendue et plus ancienne que celle que je viens de décrire, céda d'une manière complète à l'usage du muriate d'or et de pilules résolutives.

TUMEUR SYPHILITIQUE DE LA BASE ET DU BORD DROIT DE LA LANGUE; MURIATE D'OR; GUÉRISON.

OBS. V. — François R.....n, du département de l'Aveyron, est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 24 décembre 1845. Cet homme, âgé de 45 ans environ, exerçant la profession de tisserand, a éprouvé plusieurs maladies vénériennes consistant en écoulements urétraux, chancres et bubons. Malgré les soins qu'il a reçus à l'occasion de chacune de ces atteintes de syphilis, celle-ci est devenue constitutionnelle, et dès l'âge de 35 ans, des ulcérations ont détruit le voile du palais. La voûte palatine s'est perforée; les os du nez atteints par la nécrose ont disparu par fragments, et le reste s'est affaissé. A l'époque où ce travail morbide opérait de si graves destructions, sous l'influence de la diathèse syphilitique, R.....n a subi divers traitements qui ont successivement consisté dans l'emploi des pilules de Sédillot, de la liqueur de Van-Svieten, et de l'iodure de potassium, dont l'usage particulier a été longtemps prolongé, à une dose élevée. Divers gar-

---

point les sentiments qui avaient amené la reddition, pique vivement son cheval, force les groupes d'Arabes et se dirige au galop, à travers les brusques accidents de terrain, sur Aïn-Temouchen, le poste le plus rapproché. On le suit de près. En vue de la redoute, à quelques centaines de pas, son cheval s'abat, et Cabasse est saisi et emmené. Il fut l'ange consolateur des prisonniers: il pansa leurs blessures, il soutint leur moral jusqu'au jour où ils tombèrent massacrés par leurs féroces gardiens. Cabasse, qui rendait des services aux Arabes, ne subit point le sort de ses compagnons de captivité.

En route, l'officier chasse sur les flancs de la colonne, caracole, fait la *fantasia*, comme on dit; mais le chirurgien, fidèle à son poste, suit au pas le dernier rang de son bataillon. Il visite en chemin les hommes qui se plaignent et distribue à ceux qu'il juge réellement malades des permissions de mettre leur sac sur les cacolets ou d'y monter eux-mêmes. Mais la plupart des soldats souffrants veulent néanmoins essayer de suivre à pied; ils perdent peu à peu leur rang dans la colonne et finissent par être rencontrés par le chirurgien d'arrière-garde auquel revient toute la fatigue de la journée. A lui les cas les plus graves, à lui les marches de nuit, quand la tête de la colonne se repose déjà au camp. Il va, il vient, il pousse en avant, regagne l'arrière, s'écarte sur les côtés; il descend, remonte à cheval, redescend encore pour visiter les blessés ou pour faire ramasser les hommes malades ou fatigués qui se couchent sur la route ou à l'ombre des buissons. Les jours de combat ou d'escarmouche, l'arrière-garde est le poste le plus recherché... c'est là qu'est le danger! Tantôt le chirurgien est obligé de rester en arrière pour remédier aux plus graves blessures et se trouve ainsi fortement exposé aux balles et aux coups de main que peut tenter l'ennemi pour l'enlever; d'autres fois, c'est sur la ligne des tirailleurs qu'on réclame sa présence, ou ce sont les hommes durement ballottés sur les cacolets avec leur membres fracturés, qui l'appellent et l'implorent. Il se multiplie, il est présent partout, donne une consolation à celui qui va mourir, exhorte au courage et à la patience les malheureux auxquels il ne peut enlever de suite un membre qui doit tomber le soir sous le couteau de ses collègues de l'ambulance.

Les services que le chirurgien rend à l'arrière-garde sont parfaitement compris et appréciés par tout le monde. Quand Paré arriva dans Metz assiégée, les défenseurs, accourus au-devant de lui, s'écriaient: Qu'avons nous à craindre désormais? notre Paré est avec nous! Sur une plus petite échelle, la même scène se renouvelle souvent en Afrique. Le soldat puise de la confiance dans la présence de son chirurgien; il vole avec plus d'ardeur au combat quand il sait qu'une main exercée pansera ses blessures.

Dans les moments difficiles, le chirurgien non-seulement exerce son ministère, mais il peut souvent user, à l'avantage de tous, de l'ascendant moral et intellectuel qu'il a acquis sur le soldat et même sur l'officier, par son dévouement, sa conduite, son caractère et son instruction. Qui n'a retenu le fait de notre excellent et regrettable ami Arcelin? La colonne était vivement inquiétée; l'arrière-garde surtout, comme cela arrive presque toujours, était l'aboutissant des efforts de l'ennemi. Un convoi assez considérable de malades et de blessés cheminait péniblement entre le corps de la colonne et les troupes qui fermaient la marche. Celles-ci, pressées de tous côtés, se replient sur le centre, abandonnant le convoi au yatagan arabe. Arcelin parcourt les rangs, harangue, presse, implore, menace, supplie... et persuade enfin; car déjà l'on retourne sur ses pas, on en-

garismes avaient été conseillés; on avait aussi mis en usage la cautérisation de l'isthme du gosier avec l'alun, le nitrate d'argent, etc. Ces moyens ayant produit une amélioration réelle quoique lente, le malade se croyait guéri, lorsque, quelques années après, des squammes syphilitiques se manifestèrent sur le cuir chevelu. A peu près à la même époque, la langue se tuméfia, la parole jusqu'alors obscure et nasonnée à cause des premiers ravages de la syphilis, devint plus pénible; la déglutition ne se fit plus qu'avec douleur, et le malade se décida à venir chercher à Montpellier un soulagement à une maladie aussi rebelle.

Il y avait déjà plus de six mois que la langue s'était tuméfiée, lorsque R.....n entra à l'hôpital Saint-Éloi. Le gonflement occupait alors la base de l'organe et son bord droit. Sur ce dernier point et vers la face supérieure existaient trois ulcérations d'aspect syphilitique; la moyenne, d'une forme oblongue, avait des bords coupés à pic et devenait quelquefois saignante. L'exploration de la partie tuméfiée, à l'aide du doigt, indiquait une dureté assez prononcée, et lorsqu'on exerçait sur la langue une pression perpendiculaire en même temps que les doigts de l'autre main étaient placés au-dessous et en arrière du menton, dans la région sus-hyoïdienne, il était facile de reconnaître que toute l'épaisseur de la langue était gonflée vers sa base. A mesure qu'on cherchait à apprécier les limites de la tuméfaction vers la partie antérieure, on voyait celle-ci se borner à la moitié droite de l'organe, et se limiter de plus en plus au bord correspondant en s'approchant de la pointe. Dans ce dernier sens, la moitié droite de la langue avait une épaisseur trois fois plus considérable que du côté sain.

Le malade ayant été plusieurs fois soumis à l'usage des préparations mercurielles, et ayant récemment pris de fortes doses d'iodure de potassium qui l'avaient fatigué en déterminant une sensation douloureuse dans la région précordiale, je pensai que le muriate d'or lui convenait mieux que tout autre antisyphilitique. Comme des ulcérations existaient sur la langue, le médicament n'aurait pu être facilement pris en friction; je le prescrivis en liqueur, d'après la formule généralement adoptée dans les hôpitaux de Montpellier, et qui consiste à faire dissoudre 5 centigrammes de muriate d'or dans 180 grammes d'eau distillée. Une cuillerée de liqueur aurifère, et plus tard deux cuillerées, furent administrées. Le malade prit en même temps de la tisane et du sirop de salsepareille, et fut soumis à un régime sévère. A dater du second mois seulement, les effets du traitement furent sensibles; la langue commença à diminuer de volume, et quinze jours après, la tuméfaction était moindre de moitié. Il y eut encore un temps d'arrêt pendant lequel je n'observai d'autre effet que la cicatrisation de l'une des ulcérations de la langue. J'ajoutai alors à l'emploi de la liqueur aurifère celui de pilules dont j'avais souvent éprouvé l'action résolutive. Le malade prit chaque jour deux pilules contenant chacune : calomel, 3 centigrammes; extrait de jusquiame, 3 centigrammes; extrait de saponaire, 5 centigrammes; savon médicinal, 1 décigramme. Ces pilules, commencées le 30 janvier 1846, furent continuées jusqu'au 25 février, et pendant cet intervalle, le malade fut purgé plusieurs fois. Ces divers moyens produisirent l'effet qu'on en attendait : l'amélioration se fit évidemment reconnaître, la tumeur linguale disparut; les ulcérations se cicatrisèrent, et le malade sortit de l'hôpital le 6 mars, dans un état parfait de guérison.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE SES PRINCIPES CONSTITUANTS; par le docteur GERMAIN SÉE, de Ribeauvillé (Haut-Rhin), ancien interne des hôpitaux.

L'ergot de seigle est, parmi les substances médicamenteuses connues dans la science, une de celles qui ont suscité le plus de controverses, soit qu'on n'ait envisagé que sa composition chimique et sa nature intime, soit qu'on l'ait étudié au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique. Pendant que quelques médecins, exagérant ses effets, le regardaient dans certains cas comme un remède spécifique, d'autres lui contestaient une à une toutes ses propriétés médicales, et l'assimilaient à une matière complétement inerte. Les uns et les autres appuyaient leurs assertions sur des expériences et des observations plus ou moins rigoureuses.

Aussi, sans prétendre juger, au milieu de cette diversité d'opinions, toutes les questions qui sont en litige, me contenterai-je de relater les faits que j'ai été à même d'observer, et qui se rapportent presque tous à l'action de l'ergotine ou extrait aqueux de seigle ergoté.

Employé d'abord par M. Piedagnel, dans le but d'en vérifier les propriétés hémostatiques, ce médicament a produit sur la circulation des effets tellement constants, qu'on a été amené expérimentalement à en étendre l'emploi aux diverses affections organiques qui peuvent atteindre le cœur; ce sont les résultats de ces observations nouvelles que je vais consigner ici, en ayant soin d'en élaguer toute explication théorique. Cela fait, je les mettrai en parallèle avec les effets thérapeutiques et physiologiques du seigle ergoté lui-même, mais en n'acceptant comme démontrés que ceux qui sont appuyés sur des observations ou des analyses exactes.

Enfin, à l'aide de ces diverses données, je chercherai si le seigle ergoté et ses principes constituants ont quelques analogues parmi les médicaments connus. Tel est le but que je me propose; mais comme nos recherches portent principalement sur un composé chimique peu connu jusqu'ici, il est indispensable de parler préalablement de ses propriétés chimiques et de ses qualités physiques, qui, comme nous le verrons, ne laissent pas que d'influencer son action sur l'économie.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET HISTOIRE NATURELLE DE L'ERGOT DE SEIGLE.

L'ergot de seigle est une production accidentelle vénéneuse, qui se développe sur l'épi de seigle pendant les années humides et chaudes, et dans les terrains humides, argileux et sablonneux.

Le seigle ainsi altéré prend le nom de seigle ergoté ou seigle cornu, blé farouche, hâve ou avorté, chambucle (*secale luxurians, turgidum*). C'est sous cette forme qu'il a souvent été employé à la fabrication du pain, tandis qu'en médecine on ne s'est jamais servi que de l'ergot proprement dit, qu'on a encore désigné sous les noms de *clavus secalinus, mater secalis, sclerotium clavus, spermœdiæ sphacelia ergotum.*

Cette production, lorsqu'elle est arrivée à sa maturité, est allongée, presque cylindrique, amincie à ses deux bouts, souvent recourbée en manière d'arc, ce qui l'a fait comparer à l'ergot des gallinacées; sa longueur est de 3 à 4 centimètres. A l'extérieur il présente souvent des gerçures plus ou moins profondes ou des stries longitudinales, et une coloration d'un brun violet, plus rarement grisâtre, plus rarement encore d'un bleu violet pâle. Son odeur, qui n'est guère appréciable que quand il est réuni en certaine quantité, est nauséabonde et se rapproche de celle des substances moisies; sa saveur est légèrement âcre. Si on le casse, il présente une cassure nette, d'un blanc grisâtre ou violacé au centre, plus foncé à la circonférence. Ses propriétés hygrométriques sont très-marquées. Examiné au microscope, il présente, d'après Vauquelin (1), dans la substance intérieure, des grains

(1) Vauquelin, ANNALES DE CHIMIE, t. III.

---

toure les cacolets, les malades sont sauvés! Arcelin paye de sa personne; il charge au premier rang avec la cavalerie; les Arabes fuient... Un cri d'admiration unanime et spontané s'échappe de toutes les poitrines, et Arcelin est porté en triomphe jusqu'à la tente du commandant de la colonne. Quelques années plus tard, notre brave et digne ami fut tué au massacre de Biscara. Que la terre inconnue qui le recouvre lui soit légère!

L'an passé, dans les défilés de Tifour, notre arrière-garde était serrée de bien près par les Flittas. Au milieu des balles, des cris des Arabes, du tumulte des chevaux et des hommes, on remarquait un groupe impassible. Le neveu d'une célébrité de l'empire, le colonel Berthier, venait de tomber mortellement blessé; à genoux auprès du corps encore animé, un jeune chirurgien, calme et qui semblait étranger à la scène qui l'entourait, posait tranquillement le premier appareil; mais l'ennemi se rapproche et se rue déjà pour saisir son sanglant trophée. Le chirurgien met la main à l'épée pour un instant; un sous-officier accourt à son aide, l'ennemi s'éloigne, et Bécœur (je l'ai nommé, dût sa modestie en souffrir) continue avec le même sang-froid le pansement commencé.

A l'époque où je vous écris, mon cher confrère, la chaleur, quoique considérable, n'est pas encore à son maximum. Les pluies n'ont pas été abondantes cet hiver, mais elles se sont prolongées jusqu'à la fin de mai. Au commencement de juin, nous avons vu souvent d'épais brouillards s'amonceler sur les hauts sommets, et descendre sur la plaine en pluie fine et serrée, et d'autres fois se maintenir dans les régions élevées, et, orages avortés, laisser tomber quelques grosses gouttes dans la lourde atmosphère. Le temps est chaud et humide : l'état sanitaire commence à devenir inquiétant. Bientôt vont venir ces jours torrides qui énervent l'esprit et paralysent les mouvements; mais nous ignorons encore ce terrible sirocco qui flétrit les herbes sur son passage, et vous lance des bouffées semblables à celles qui s'échappent de la gueule d'un four. C'est par ce vent du désert qu'on a vu des hommes tomber sidérés au bord du chemin, et d'autres, réduits au désespoir, se brûler la cervelle. Nous vous conterons un jour ces terribles incidents, et nous tâcherons d'en tirer quelque profit au point de vue médical.

L'alimentation du soldat, dont je vous ai fait un si triste tableau dans ma seconde lettre, s'améliore un peu depuis qu'il a appris à connaître les ressources du sol africain. Les productions du pays peuvent utilement rompre la fatigante uniformité de leur régime, et même un peu suppléer à son exiguïté. La petite tortue de terre abonde; la tortue d'eau fourmille dans les fontaines de Aïn-Tirnifine, mais la chair de cette dernière est désagréable au goût. Au printemps, les asperges sauvages élancent à profusion leurs longues pousses vertes et tendres. Semblables, pour la forme, à celles de France, elles sont plus amères et les surpassent quant à leur propriété diurétique. L'arbousier donne, en automne, un fruit qu'on recherche beaucoup à cause de sa fraîcheur. Lorsque les arbouses rougissent sous les feuilles le long de la route, on ne peut retenir le soldat; il se débande pour faire sa moisson. Le figuier est assez commun. Le chêne vert à feuilles non dentées, le seul qui donne de bons fruits, ne se rencontre guère qu'aux environs de Daïa. Les grandes feuilles du cactus gigantesque, qu'on appelle figuier de Barbarie, se hérissent d'ovoïdes épineux contenant une pulpe savoureuse farcie de petits pepins. Les soldats estiment la figue de Barbarie comme un excellent antidyssentérique; ils accordent les mêmes vertus aux fruits

brillants et analogues à ceux de l'amidon, et la couche corticale violacée paraît ponctuée de blanc. Si on le pulvérise grossièrement, il est d'un gris bleuâtre; réduit en poudre plus fine, il présente une couleur bleuâtre. Si on y verse de l'eau bouillante, il en résulte une solution violacée à la surface de laquelle on voit bientôt se former une petite pellicule grisâtre. Quand on le cuit dans l'eau, le liquide est d'autant plus foncé qu'il est plus concentré.

Quand on le mêle au seigle et qu'on le pose dans l'eau, il surnage presque tout entier, tandis que le seigle naturel se précipite en grande partie au fond du vase; et cette différence a été mise quelquefois à profit pour savoir si les graines étaient propres ou nuisibles à l'alimentation. Enfin la pâte qui résulte du mélange de l'ergot et du seigle présente, dit-on, une grande ténacité, sans ductilité, et le pain, une fois cuit, offre une teinte bleuâtre qu'on ne retrouve pas dans l'état normal. Telles sont les qualités physiques de l'ergot.

On a dit que quand il était pâle et d'un bleu violet à l'extérieur, blanc à l'intérieur, et en même temps farineux, inodore, insipide, il ne possédait aucune des propriétés vénéneuses qui appartiennent à l'ergot ordinaire; mais ces assertions, qui ont été émises par Wildenow (1), Fontana (2), Schneider (3), Helker (4), n'ont pas été assez bien vérifiées pour qu'on puisse, d'après ces caractères seuls, distinguer les deux espèces d'ergot.

On a dit encore que l'ergot le plus vénéneux et le plus efficace en médecine était celui qui n'était arrivé qu'à la moitié de la maturité et de son volume; il serait alors d'un noir huileux à l'extérieur, et très-blanc à l'intérieur au lieu d'être violet, et sa courbure, ses stries, son odeur et sa saveur étaient également moins marquées qu'à l'état de maturité parfaite.

C'est sous cette forme que le docteur Busch l'administre ordinairement, en ayant soin en outre de le renouveler à chaque moisson et de le conserver dans des vases bien clos. Le professeur Kluge (de Berlin) a en effet expérimenté comparativement, à l'hospice de la Charité, l'ergot recueilli avant la moisson et l'ergot récolté plus tard, et il s'est assuré, par des expériences nombreuses, que ce dernier avait bien moins d'action que l'ergot frais employé avant sa maturité. Selon ce médecin, ces différences sont au point d'être souvent seules la cause des mécomptes qu'on éprouve dans l'emploi de ce médicament. Aussi, d'après cela, n'est-il pas inutile, quand on veut étudier l'ergot de seigle, de prendre en considération ses qualités physiques et ses apparences extérieures.

Il n'est pas tout à fait indifférent non plus de négliger son mode de développement et sa texture, dont je vais dire quelques mots qui serviront de complément à ses propriétés chimiques. L'ergot se développe, comme nous l'avons dit, pendant les années pluvieuses et chaudes (Kirscheisen) (5), dans les terrains argileux, sablonneux et privés d'engrais, humides ou arrosés trop fréquemment, enfin dans les terrains situés en pente, et surtout dans les parties déclives du sol (Bigelaw (6), Tessier) (7). Quant aux causes réelles qui président à son développement, elles sont à peu près inconnues, de même que sa nature intime; aussi ne répéterai-je point avec Tillet (1), Read (2), Lentin (3), Field (4), qu'il est dû à la piqûre ou à la présence d'un insecte ou d'une sorte de papillon, car cette opinion est depuis longtemps controuvée.

(1) Wildenow, ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE DE SCHULTES, p. 480; 1818.
(2) Fontana, TRAITÉ DE L'ERGOT, par Courhaut; Châlons, 1827.
(3) Schneider, DES POISONS, p. 384; Tubingue, 1821.
(4) Helker, MÉDECINE PRATIQUE, 1re partie, p. 427, etc.; 1819.
(5) Kirscheisen, REMARQUES SUR LE SEIGLE ERGOTÉ ET SUR SON DÉVELOPPEMENT; Altenberg, 1800.
(6) Bigelaw, GAZETTE DE SALZBOURG; 1818.
(7) TESSIER, MÉMOIRE SUR LES OBSERVATIONS FAITES EN SOLOGNE; 1777.

Je dirai seulement qu'aujourd'hui les uns le considèrent comme résultant d'une altération de la séve par les influences atmosphériques et géologiques déjà indiquées (Virey (5), Thaer, Wildenow (*loc. cit.*), Sprangel, Lorinser, Eschembach, Nebel, Tissot, Hanow, Wolf, Schmieder, cités par Ritter) (6).

D'autres attribuent sa formation à un arrêt de développement ou à un vice de conformation (Aymon (7), Schrank (8), Courhaut (*loc. cit.*), Desgranges) (9). D'autres enfin le considèrent comme un champignon parasite qui se développe à la place du germe sous l'influence de l'humidité, et qui est désigné par Munkhausen (10) sous le nom de *clavaria*, et par de Candolle (11) sous le nom de *scloraotium clavus*.

Cette opinion était adoptée par un grand nombre d'auteurs, lorsque les observations du Père Cott et du docteur Saillant, les remarques de Tessier (*loc. cit.*) et de M. Simonnet (12), enfin les recherches plus précises de M. Léveillé (13) vinrent à la modifier en partie, et à démontrer que l'ergot était bien constitué en partie par un petit tubercule d'abord mou, presque liquide et visqueux, puis entièrement spongieux, qui apparaît dès les premiers temps de la floraison dans les balles du seigle, et qui doit être considéré comme une sorte de champignon parasite. Mais la partie la plus importante de l'ergot n'est autre chose que l'ovule du seigle, considérablement développé, et modifié dans sa couleur ainsi que dans sa nature intime.

C'est là l'opinion la plus généralement adoptée aujourd'hui, bien que, dans ces derniers temps, M. Debourge (RECUEILS DE LA SOC. MÉD. D'INDRE-ET-LOIRE) l'ait niée, et que M. Fée (de Strasbourg) (JOURNAL DE PHARMACIE) ait signalé un autre produit composé de fécule. Mais la chimie n'est pas parvenue à en démontrer la présence; toutes les analyses tendent, au contraire, à y faire admettre l'existence d'un champignon. Voyons par conséquent ces analyses.

(1) Tillet, DISSERTATION SUR LA CAUSE QUI CORROMPT LES GRAINS DE BLÉ; Paris, 1755.
(2) Read, TRAITÉ DU SEIGLE ERGOTÉ; Strasbourg, 1777.
(3) Lentin, REMARQUES SUR QUELQUES MALADIES, in NOUVEAU MAGASIN HANOVRIEN; 1804.
(4) Field, AMERICAN JOURNAL OF SCIENCES; 1826.
(5) Virey, ANNALES DE CHIMIE.
(6) Ritter, ANNALES DE MÉDECINE; Heidelberg, 1841.
(7) Aimon, SUR LES MALADIES DES BLÉS, t. III et IV. (Mémoire présenté à l'Académie de Paris.)
(8) Schrank, REM. POUR SERVIR AUX PROGRÈS DE L'HIST. NAT.; Landshut, 1809.
(9) Desgranges, divers mém. indiqués plus loin.
(10) Munckhausen, in ENCYCLOPÉDIE DE KURNIZ.
(11) De Candolle, ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIOLOGIE, t. III.
(12) Simonnet, ANNALES DE PHARMACIE; 1842.
(13) Léveillé, ANNALES DE LA SOCIÉTÉ LINNÉENNE, t. V; 1827.

(La suite au prochain numéro.)

---

du palmier nain. Nous avons parlé de l'expéditive manière de préparer les escargots; on ne saurait s'imaginer combien on en mange. Les poissons pullulent dans les rivières, et se laissent prendre avec la plus grande facilité. On se tromperait fort si l'on s'imaginait que, dans la province d'Oran, on rencontre partout des orangers comme des églantiers dans nos haies de France. Le citronnier est moins rare. L'olivier est le plus souvent à l'état sauvage. Les champignons sont une bonne ressource dans les mois d'automne. Nous n'avons jamais voulu goûter que le *boletus edulis*, tandis que les soldats mangeaient à peu près tout sans choix. Ils les assaisonnaient avec force sel, en y ajoutant du vinaigre quand ils en trouvaient. Nous n'avons jamais vu d'accident. Ce fait nous rappelle qu'en Italie, dit-on, on consomme impunément toute sorte de champignons, en les assaisonnant avec du vinaigre. Mais, s'écrient les chimistes, le vinaigre, qu'on a préconisé comme antidote, est précisément un dissolvant de l'alcaloïde qui constitue le principe toxique! Je n'y puis que faire. Les champignons vénéneux seraient-ils par hasard moins délétères dans les pays chauds que dans nos contrées? *A priori*, c'est bien peu probable; car les végétaux qui contiennent chez nous quelque élément nuisible, comme la ciguë, acquièrent de hautes propriétés toxiques dans les régions équatoriales. Je ne puis croire que les nombreuses tribus de champignons qui s'abreuvent à l'humide et chaude atmosphère qui croupit, qu'on me passe le mot, sous le toit impénétrable du mancenillier, des strychnos et des upas soient composées d'espèces toutes inoffensives. Z. X.

— A l'occasion du deux centième anniversaire de la naissance du Leibnitz, le roi de Saxe a créé à Leipsick une Académie royale des sciences.

Voici les principales dispositions des statuts de la nouvelle Académie:

Elle sera divisée en deux classes, dont la première s'occupera des sciences mathématiques et physiques, et la seconde d'histoire et de philologie. Chaque classe aura vingt-cinq membres nationaux qui pourront demeurer, soit dans le royaume de Saxe, soit dans les pays saxons de la ligne ernestine. Chaque classe nommera un certain nombre de membres associés étrangers et de membres correspondants. La première fois, tous les membres indigènes seront nommés par le roi; mais les vacances qui arriveront seront remplies par chaque classe de l'Académie, par la voie de l'élection. L'Académie tiendra tous les ans deux séances publiques, dont l'une à l'anniversaire de la naissance du roi, l'autre à celui de la naissance de Leibnitz. Si ces deux jours se trouvent trop rapprochés, la seconde séance publique aura lieu à l'anniversaire de la mort de Leibnitz, c'est-à-dire le 14 novembre de chaque année.

— Hier, M. Winter, commissaire de police à La Chapelle-Saint-Denis, a saisi chez des bouchers une grande quantité de viande corrompue destinée à un odieux trafic. Cette viande devait être vendue à des traiteurs de bas étage qui nourrissent des ouvriers, ou à des bouchers regratiers qui fournissent la troupe campée hors de Paris.

M. Winter a expédié environ mille kilogrammes de cette viande corrompue au Jardin du Roi, pour servir de pâture aux animaux féroces, et un rapport contre les deux bouchers a été adressé par lui au parquet.

— MM. les médecins habitant le 1er arrondissement sont *tous* invités à se réunir samedi 25, à sept heures et demie du soir, dans le salon du manége de la rue Duphot, 10. *Qui aures habet audiendi audiat.* (Saint Mathieu, cap. 14, v. 7.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite et fin.)

IV. THE LANCET.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur la fièvre jaune qui eut lieu à bord du bâtiment* le Volage; par M. Birthwhistle. 2° *Sur le traitement de l'insertion du placenta sur le col*; par M. Tweed. (Dans un cas où le tamponnement avait déjà réussi à diminuer une métrorrhagie survenue au septième mois, le tampon et le placenta furent expulsés en même temps. A partir de ce moment, l'hémorrhagie s'arrêta tout à fait. L'accouchement se termina sans accidents une heure et demie après la sortie du placenta.) 3° *Sur le passage d'une aiguille à travers les tissus du corps*; par M. Boult. (Une aiguille entrée par l'épaule, pendant l'enfance, sortit, vers l'âge de 40 ans, en trois morceaux, l'un par la vessie et l'urètre, les deux autres par la matrice.) 4° *Faits et arguments à l'appui du système de traitement de non-contention des aliénés*; par M. W. Smith. 5° *Du traitement des maladies chroniques de la peau*; par M. Th. Hunt. 6° *Cas d'hydropisie ovarique heureusement traitée par la compression, les mercuriaux et les diurétiques*; par M. B. Brown. (La relation de cette guérison, obtenue chez une femme de 27 ans, est continuée jusqu'à l'époque de l'entier rétablissement de sa santé.) 7° *Sur l'influence thérapeutique de l'air chaud humide dans le traitement de l'inflammation des voies respiratoires*; par M. Golding Bird. 8° *Sur la fièvre puerpérale*; par M. Waddy. 9° *Observation de tétanos traumatique guéri*; par M. Sandwith. (Le tétanos se développa le vingt-cinquième jour d'une plaie contuse de la face, d'ailleurs déjà guérie à cette époque, à la suite d'un refroidissement. Il fut traité par des saignées répétées, plus les médicaments, si usités en Angleterre, et parmi lesquels le mercure, l'émétique, la morphine, le séné et autres purgatifs ne manquent jamais de figurer). 10° *Sur la composition de nouvelles gouttes noires*; par M. Bower. 11° *Remarques sur les fractures du fémur et sur l'appareil employé pour leur traitement*; par M. Maclise. 12° *Sur le rhumatisme gonorrhéique*; par M. Kinnier. 13° *Observations de maladies du cœur et d'anévrismes*; par M. Fenwick. (Sept observations particulières d'affections diverses du cœur, de ses membranes et de l'aorte.) 14° *Cas d'urine* chyleuse; par M. Bonyun. 15° *Trois cas d'accouchement difficile*; par M. Hougton. (Cas où la séparation du placenta et son extraction d'après le procédé de M. Simpson ont paru avoir exercé une heureuse influence pour arrêter la métrorrhagie.) 16° *Cas d'hydropisie ovarique traitée avec succès par la méthode de M. B. Brown.* 17° *Cas d'épilepsie consécutif à une commotion du cerveau*; par M. W. Anderson. 18° *Cas d'altération du cerveau à la suite de la ligature de la carotide*; par M. John Vincent. 19° *Cas d'anévrisme de l'artère carotide*; par M. White. 20° *Sur l'antéversion de l'utérus*; par M. Edwards. (Lorsque le déplacement a résisté à l'emploi des purgatifs et des émissions sanguines, l'auteur ne conseille pas d'appliquer de pessaire; il pense que les bains de siége froids, les injections astringentes et l'usage interne des agents toniques pris dans le régime minéral peuvent remplacer ce moyen de contention. — Il oublie la ceinture hypogastrique, qui a de si utiles effets dans ces cas lorsqu'elle est bien confectionnée et que les malades s'astreignent à la porter avec continuité.) 21° *Sur la non-dualité de l'âme*; par M. Cattel. 22° *Sur l'action réflexe*; par M. Anderson. 23° *Cas de rupture de l'utérus*; par M. C. Tyte. (Ce cas paraît prouver qu'une violente contraction utérine peut causer la rupture sans que l'organe fût préalablement malade; car l'accident survint ici chez une femme enceinte de son troisième enfant, bien portante, au milieu d'un travail régulier, quoique un peu lent, sans qu'on eût donné de seigle ergoté. En outre, l'autopsie ne montra aucune affection antérieure de la matrice. La rupture, transversale, longue de plus de 4 pouces, occupait la paroi antérieure du col, vers l'insertion du vagin.) 24° *Sur quelques effets électriques développés principalement dans la batterie galvanique*; par M. Hill. 25° *Cas de tétanos guéri*; par M. Preshan. 26° *Cas de melæna, suivi de remarques*; par M. Crisp. 27° *Sur l'expulsion de l'œuf entier*; par M. Mackness. (Nouvel exemple de ce phénomène dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà rapporté dernièrement un cas.) 28° *Sur la cure radicale des hernies par l'invagination, avec l'indication de moyens propres à simplifier et à améliorer ce procédé opératoire*; par M. Christophers. (L'auteur pense qu'on peut maintenir la peau invaginée dans le canal herniaire sans le secours des aiguilles, et il propose les moyens d'apporter cette amélioration au procédé de M. Gerdy : le procédé lui-même étant aujourd'hui tombé en désuétude, nous croyons inutile d'enregistrer ses variantes.) 29° *Sur les tumeurs sarcomateuses (hypertrophie) qui affectent les organes de la génération chez l'homme et quelquefois chez la femme*; par M. Brett. (Relation de cas et d'opérations faites pour cette maladie.) 30° *Cas de convulsions puerpérales traitées avec succès par la saignée et l'opium*; par M. Bore. 31° *Cas d'hydropisie ovarique suivie de guérison*; par M. Eager. (Exemple de guérison spontanée : un effort de vomissement rompit la poche; le liquide s'épancha dans le péritoine, où il produisit une inflammation et disparut finalement par absorption.) 32° *Sur la scarlatine épidémique*; par M. Kelso. 33° *Cas de carcinome des membranes du cerveau ayant produit le ramollissement et l'absorption de la substance cérébrale de l'hémisphère gauche*; par M. Herapath. 34° *Cas d'empoisonnement par des moules*; par M. White Cooper. 35° *Cas de tétanos et de paralysie*; par M. Bascome. 36° *Sur la nomenclature de l'anatomie*; par M. Maclise. 37° *Sur les maladies de la valvule mitrale du cœur*; par M. Furnivall. 38° *Cas grave de chorée*; par M. Bryant. 39° *Sur l'emploi des bains de vapeur avec l'abstinence de boissons dans le traitement des hydropisies*; par M. Cattel. 40° *Des procédés hémostatiques temporaires de la nature*; par M. Hallet. (L'auteur expose la série des phénomènes en vertu desquels l'hémorrhagie résultant de la division d'un vaisseau finit par s'arrêter spontanément.) 41° *Sur les fractures de la base du crâne*; par M. Wolff. (Il cite un cas duquel il conclut qu'il n'existe aucun signe capable de mettre hors de doute l'existence d'une fracture de la base du crâne, et que le pronostic de ces fractures n'est pas essentiellement et toujours mortel.) 42° *Sur la cause immédiate du bégayement et sur les moyens de le guérir*; par M. Butterfield. (Il attribue l'imperfection de la prononciation chez les bègues à une situation défectueuse prise par les lèvres et la langue, et à de mauvaises habitudes des nerfs et des muscles qui servent à cette fonction; voilà toute l'explication.) 43° *Sur l'utilité de la connaissance des tempéraments pour le diagnostic et le traitement des maladies*; par M. Robinson. 44° *Des effets des préparations d'antimoine sur le corps humain*; par M. Butler Lane. 45° *Cas de chirurgie*; par M. Bunce. (L'un de ces cas est celui d'un enfant de 12 ans qui fut trépané pour une plaie de tête avec fracture du pariétal, laquelle s'accompagnait de coma et d'hémiplégie. L'opération servit à relever une esquille osseuse enfoncée. Cependant, deux jours après, il n'y avait pas encore la moindre amélioration dans les symptômes. On appliqua alors de la glace sur la tête, et on donna des purgatifs. Grâce à cette médication, la paralysie disparut peu à peu et le rétablissement fut enfin complet.)

DE LA FIÈVRE JAUNE A BORD DU VOLAGE; par le docteur RICHARD BIRTWHISTLE.

DE LA VALEUR DU QUININE CONTRE LA FIÈVRE RÉMITTENTE D'AFRIQUE; par le docteur THOMAS R. H. THOMSON.

M. Birtwhistle, dans une courte note, dit avoir employé avec beaucoup d'avantage la médication quinique contre la fièvre jaune. A cette occasion, M. Thomson rappelle, aussi très-brièvement, les succès qu'il a obtenus du même moyen contre la fièvre rémittente. A Fernando-Po, en 1841, tous les Européens étaient pris de cette forme de fièvre, sans périodicité réelle; dans tous les cas, elle céda au sulfate de quinine à la dose de 8 à 10 grains. En 1844, au Rio de la Plata, la même médication réussit à merveille contre des cas de fièvre typhoïde peu intense, accompagnée cependant de dépression considérable des forces et de fréquence du pouls. Enfin, en 1842, sur les côtes occidentales d'Afrique, même succès contre les fièvres rémittentes. L'auteur se soumit lui-même à l'usage *préventif* d'une ou deux *doses* (8 à 10 grains par dose) de sulfate de quinine; et bien qu'il ait été constamment mêlé aux malades et exposé aux causes locales de la maladie, il est resté sain et sauf. Mais ayant été rappelé en Angleterre, en août 1842, et ayant graduellement cessé l'emploi du médicament, il fut pris à son arrivée d'une fièvre tierce qui dura quelque temps et revint l'année suivante à la même époque.

Bien que les faits consignés dans ce travail n'offrent rien de nouveau, ils ont cependant le mérite particulier de témoigner des avantages de la médication quinique contre différentes formes de fièvre *non périodique*, dans des conditions et sous des latitudes très-différentes.

REMARQUES SUR LES FRACTURES DU FÉMUR ET SUR L'APPAREIL EMPLOYÉ POUR LEUR TRAITEMENT; par M. MACLISE.

L'auteur compare entre elles les deux méthodes généralement employées dans le traitement des fractures de la cuisse, et, leur trouvant à chacune un bon côté en même temps qu'un point défectueux ou insuffisant, il propose de les combiner entre elles. Soit, par exemple, dit-il, une fracture du tiers supérieur du fémur, où le fragment supérieur est dirigé en avant, tandis que l'inférieur faisant un angle avec lui à son extrémité portée en arrière : si l'on pratique l'extension au moyen de l'attelle de Desault, on pourra bien remédier au chevauchement; mais, quelque loin qu'on la porte, il sera im-

possible d'obtenir par son secours que les deux fragments soient ramenés dans le même axe, à la même direction l'un que l'autre. Place-t-on au contraire le membre sur le plan incliné, dans la demi-flexion? Alors, j'en conviens, ce dernier déplacement sera avantageusement combattu; mais rien n'étant fait pour rendre au membre sa longueur normale, les fragments continueront, nonobstant, à chevaucher.

La conclusion de cette argumentation, c'est qu'il convient, dans les fractures du fémur, de coucher le membre sur un plan incliné, mais d'exercer aussi en même temps sur le fragment inférieur une traction continue. L'auteur conseille, dans ce but, d'ajouter au plan incliné l'attelle de Desault, et de pratiquer l'extension et la contre-extension en prenant un point d'appui sur le membre sain.

— Quelque faibles concessions que M. Maclise demande ici en faveur de la demi-flexion appliquée au traitement des fractures du fémur, nous ne pouvons les accorder. Ce n'est pas seulement comme impuissante à maintenir la réduction que cette méthode est maintenant abandonnée dans la chirurgie française, c'est surtout parce qu'elle provoque directement et par elle-même un déplacement incessant du fragment inférieur; et depuis que M. Bonnet a, par ses expériences si décisives (voy. GAZ. MÉD., p. 516), appelé l'attention sur ce point, la méthode déjà négligée, vu son insuffisance, s'est vue à peu près généralement proscrite pour ses dangers.

SUR LE RHUMATISME GONORRHÉIQUE; par M. KINNIER.

Voici quelques règles de thérapeutique que nous reproduisons d'autant plus volontiers, que la maladie dont il s'agit est loin d'être complétement connue, et que son traitement présente encore autant d'incertitudes et d'opinions contradictoires dans la théorie que de difficultés et de lenteurs en pratique.

Dans la grande majorité des cas de gonorrhée rhumatismale, le traitement doit être semblable à celui de rhumatisme simple. L'écoulement urétral n'a qu'une importance secondaire, et s'il ne cède pas aux remèdes internes que l'on prescrit, on en vient aisément à bout au moyen d'injections avec le nitrate d'argent à petites doses ou avec l'acétate de zinc. Malgré l'autorité imposante de sir Astley Cooper, M. Kinnier ne recommande pas ici le baume de copahu, car il a vu, au contraire, plusieurs fois le rhumatisme pouvoir être justement attribué à l'administration de ce médicament. L'urticaire est aussi l'un des fréquents effets de ce remède, complication qui est la source de tant de méprises dans l'exercice de la médecine civile. « Il y a quelques mois, dit M. Kinnier, je fus consulté par un jeune homme pour une gonorrhée tenace; je lui prescrivis une mixture contenant un peu de copahu, et je m'attendais à le revoir quelques jours après. Mais il ne revint qu'au bout d'un mois, et me dit, pour s'excuser de ce retard, qu'il avait été retenu au lit depuis qu'il avait pris quelques doses de la mixture. Il s'était déclaré une urticaire (roséole de copahu), et le médecin de la famille, homme de beaucoup de savoir, ayant pris cette éruption pour une rougeole, avait fait séquestrer le jeune homme de la maison paternelle, dans la crainte que l'affection s'étendît par contagion aux enfants qui habitaient avec lui. »

Nous n'indiquerons pas le traitement que l'auteur applique au rhumatisme gonorrhéique: ce sont les agents ordinairement préconisés contre le rhumatisme, le nitre, les sels de morphine, l'émétique, l'ipécacuanha, le calomel, les saignées, etc. On le guérit en général assez facilement. Un seul cas devient embarrassant, et résiste quelquefois très-longtemps aux efforts de la médecine: c'est lorsque l'affection rhumatismale s'est fixée, après la cessation de l'état fébrile dans le carpe, aux malléoles ou sur quelque autre région articulaire (1). Un temps considérable s'écoule souvent avant que la partie ait recouvré toute l'intégrité de ses fonctions. Chez un jeune homme où les applications répétées de sangsues, jointes à beaucoup d'autres moyens, n'avaient pu déraciner le mal, M. Kinnier essaya de donner à l'intérieur le bichlorure de mercure dans une décoction de salsepareille, et de faire frictionner la jointure affectée avec une pommade contenant du tartre émétique. Le malade guérit. Il a employé avec succès depuis lors le même traitement dans trois cas semblables. Chez deux autres sujets, l'existence de la diathèse scrofuleuse lui faisant redouter les effets du mercure, il substitua au sublimé l'iodure de potassium, et la guérison, bien que plus lente, n'en fut pas moins complète.

(1) Nous avons pu faire nous-même une remarque entièrement identique à celle du chirurgien anglais. Rien de plus ennuyeux, dans la pratique, que ce rhumatisme gonorrhéique, logé dans les petites articulations de la main ou du pied, n'abandonnant l'une que pour envahir l'autre, et résistant d'autant plus avantageusement à la médecine, que la thérapeutique générale a déjà, à cette époque, épuisé ses ressources les plus actives.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

OBSERVATIONS D'ALTÉRATION DU CERVEAU A LA SUITE DE LA LIGATURE DE LA CAROTIDE; par M. JOHN VINCENT.

Indépendamment de l'intérêt direct qui se rattache aux deux observations suivantes, elles méritent encore d'être reproduites à cause de la discussion à laquelle elles ont donné lieu au sein de la Société royale médico-chirurgicale de Londres, discussion dont nous ferons ensuite connaître les points les plus instructifs.

OBS. I. — Un homme âgé de 48 ans entra, en juillet 1829, à l'hôpital Saint-Barthélemy pour un anévrisme situé au-dessous de l'oreille droite, et qui, ayant commencé huit mois auparavant, atteignait à cette époque le volume d'une petite orange. M. Vincent lia la carotide primitive le 18 juillet. Une heure et demie après l'opération, on remarqua que le patient éprouvait des convulsions légères du côté droit. Il tomba ensuite dans un état de stupeur. (Saignée de 30 onces). Il redevint alors plus sensible; mais il ressentait des tiraillements du côté droit. On fit encore une saignée ce jour-là, ainsi que les deux jours suivants, de manière qu'il perdit en tout 48 onces de sang. Le côté droit devint paralysé; il rendait les fèces et les urines involontairement et avalait avec difficulté. Il mourut le 24 juillet.

A l'autopsie, il sembla que les veines cérébrales étaient moins remplies du côté droit que du côté gauche. Du côté droit, la substance du cerveau était entièrement molle et semblable à de la crême. Point d'extravasation sanguine nulle part, mais un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire dans les ventricules.

OBS. II. — William B., âgé de 28 ans, étant tombé pendant qu'il fumait, sa pipe pénétra dans la langue au devant de l'amygdale droite. La plaie saigna un peu, puis l'hémorrhagie s'arrêta. Le malade se plaignait d'une douleur qui augmentait quand il voulait ouvrir la bouche ou avaler. Un stylet, introduit par la plaie, n'y put découvrir aucun corps étranger. Pendant cinq jours la tuméfaction des parties voisines augmenta; la déglutition et bientôt la respiration devinrent très-gênées. Le septième jour (16 avril 1845) une hémorrhagie se déclara, et ne put être arrêtée par la compression qu'après avoir fait perdre 24 onces de sang. M. Vincent appelé, et craignant le retour de l'hémorrhagie, se décida à lier la carotide: ce qui fut rendu très-difficile par l'état inflammatoire des parties au milieu desquelles il fallut agir. Le malade était très-agité durant l'opération; mais on remarqua qu'il faisait de violents efforts avec les membres du côté droit et ne remuait jamais ceux du côté gauche. Le pouls tomba de 132 à 96. Pendant la nuit qui suivit l'opération, les membres du côté gauche furent fréquemment agités de convulsions. Les tiraillements du côté droit et la paralysie du gauche persistèrent deux jours. Le troisième (18 avril), tandis que le malade toussait, il sortit environ une once de sang artériel par le nez, la bouche et la plaie de l'opération au cou; il avait conservé le sentiment. Le 21, une hémorrhagie de 2 à 3 onces, survenue pendant un accès de toux par le nez et la bouche, termina son existence.

AUTOPSIE. A la bifurcation de la carotide droite, on trouva un caillot gros et ferme au milieu duquel était le bout de la pipe, qui avait perforé le vaisseau justement au point de sa division en carotides externe et interne. Les circonvolutions cérébrales du côté droit étaient aplaties et ramollies. En disséquant le cerveau, on y trouva des cavités irrégulières, remplies d'un liquide de couleur cendrée avec de petites particules verdâtres; l'une d'elles occupait le corps strié.

L'accident dont cette seconde observation offre un exemple ne paraît point être rare en Angleterre. Dans la même séance, M. Blizard Curling a raconté l'histoire d'un marin dont la pipe se cassa de même entre ses dents. M. Hamilton fit l'extraction d'un morceau qui était resté dans la plaie, mais un flot de sang abondant jaillit aussitôt et amena la mort. On constata sur le cadavre que la pipe avait traversé la langue, l'amygdale gauche, puis la veine jugulaire et l'artère carotide, où elle avait fait l'office d'un tampon jusqu'au moment de son extraction. — M. Arnott a aussi observé deux cas de ce genre. Un homme s'étant laissé tomber pendant qu'il fumait, on le conduisit à l'hôpital où un morceau de pipe long de 3 pouces fut retiré de dessous la langue où il avait pénétré. Une tuméfaction inflammatoire considérable envahit ces parties et devint mortelle en empêchant la respiration. A l'autopsie, on trouva un autre fragment qui avait ulcéré l'artère linguale. — Enfin, chez un troisième malade auquel arriva semblable accident, un morceau de pipe avait traversé le voile du palais. Au moment où on le retira, il s'échappa environ une pinte de sang, qu'on arrêta en plaçant le pouce sur le trajet de la carotide. On dut lier cette artère; mais l'hémorrhagie reparut. Le malade succomba plus tard à une autre cause. L'autopsie, vu l'état avancé de décomposition, ne fournit aucune lumière.

L'enseignement principal à tirer de ces faits est, ce nous semble, que, dans un cas pareil, si l'on découvrait un fragment du corps étranger engagé en quelque point des parois de la cavité buccale, il conviendrait de le laisser provisoirement en place, de résister à la tentation qu'on éprouve instinctivement alors de faire l'extraction, et enfin de ne la pratiquer que lorsqu'on serait en mesure de lier immédiatement la carotide au cas où une hémorrhagie artérielle abondante suivrait le déplacement du corps étranger.

Sous un point de vue tout différent, des aperçus non moins intéressants ont été soulevés dans la discussion de la Société médico-chirurgicale. On sait que les accidents de paralysie observés parfois après la ligature de la

carotide ont été attribués par les uns au défaut d'abord du sang artériel dans l'hémisphère du côté de la ligature, et par les autres, au contraire, à ce que la circulation faisant effort pour se rétablir par les petits vaisseaux de ce même hémisphère, il en résulte des déchirures et des épanchements sanguins, d'où la paralysie. Chacune de ces deux opinions a trouvé des défenseurs; ainsi M. Copland a ouvertement formulé la première. M. Snow, soutenant la même doctrine mais précisant mieux les termes du problème, a montré que les tiraillements convulsifs qu'on voit survenir dans les membres du côté de la ligature sont l'effet de la congestion qui s'opère dans les vaisseaux de l'hémisphère sain pour remplacer le sang que la carotide liée ne peut plus envoyer en quantité suffisante; que, au contraire, la paralysie se manifeste dans les membres du côté opposé à la ligature, parce que l'hémisphère qui gouverne leur motilité et leur sensibilité a été privé de sang. Enfin, M. Arnott, ajoutant le poids de son autorité à l'appui de cette explication a dit que l'altération du cerveau qu'on observe dans ces cas ne provient pas d'une action congestive, mais est la conséquence d'un défaut d'abord du sang, et doit être regardée comme l'analogue de la mortification et des autres changements qui surviennent parfois dans les membres dont on a lié l'artère principale.

La conséquence pratique que suggère cette manière de voir est que les accidents dont il s'agit ne doivent pas être traités par les émissions sanguines abondantes. En vain les partisans de l'autre hypothèse ont-ils voulu défendre les saignées, en vain M. Burrows a-t-il cité plusieurs cas de ligature de la carotide où de larges saignées pratiquées avant et après l'opération n'ont point fait que celle-ci fût suivie de paralysie. On lui a justement répondu d'abord que ces accidents de paralysie, quoique peu rares, ne s'observent cependant pas dans la majorité des cas; puis (et c'est M. Bransby Cooper qui a présenté cette remarque), que des saignées abondantes, une hémorrhagie excessive *avant* la ligature, ne doivent pas avoir sur la marche de la paralysie la même influence que si elles ont lieu *après* que celle-ci s'est déclarée. Or c'est effectivement *avant* la ligature qu'avait été perdu le sang chez la plupart des malades dont M. Burrows croit pouvoir présenter la guérison comme preuve de l'innocuité des émissions sanguines relativement à la paralysie.

— Il résultera certainement de cette discussion quelques changements dans les idées qui ont cours parmi nous au sujet des causes de la paralysie à la suite de la ligature de la carotide. M. P. H. Bérard qui a si lumineusement traité cette question (voy. DICT. DE MÉDECIN. en 25 vol., t. VI, p. 430) dit que l'hémiplégie est vraisemblablement liée dans ces cas à une hémorrhagie cérébrale. Mais sans parler de l'avis contraire presque unanime chez les chirurgiens anglais, de fortes objections s'élèvent contre cette interprétation. D'abord, M. Bérard ne trouve pas à citer un seul fait où l'on ait constaté *la réalité* de cette hémorrhagie cérébrale *qu'il suppose;* et nous voyons, au contraire, dans les deux observations de M. Vincent, l'exemple anatomiquement vérifié de ce défaut de sang, de cette anémie qui nous paraît à nous la cause la plus probable. Voyez comme tout s'enchaîne et s'éclaire dans cette hypothèse; le sang ne circule plus dans l'hémisphère du côté de la ligature, aussi les membres du côté opposé deviennent paralysés, et ils le deviennent immédiatement *dès l'instant même* de l'opération. Quant à l'hémisphère sain, c'est dans ses vaisseaux que se passe principalement le travail consécutif à toute oblitération artérielle, celui en vertu duquel les capillaires dilatés vont, par une voie indirecte, rendre au côté, momentanément exsangue, son fluide nourricier. Ce travail ne s'opère que peu à peu et il détermine une chaleur, une congestion locales faciles à expliquer; aussi peut-on remarquer que les tiraillements que notre théorie rapporte à ce travail ont lieu dans les membres du côté même de la ligature et qu'ils se manifestent secondairement plus tard que la paralysie.

Ces considérations nous conduisent à une dernière objection, la plus forte, ce nous semble, qu'on puisse apporter contre l'explication que défend M. Bérard. Suivant ce physiologiste, l'hémorrhagie cérébrale, de laquelle il fait dépendre la paralysie, est produite par un travail de circulation supplémentaire, qui s'établit dans le cerveau même entre les artères carotide interne et vertébrale du côté lié. Mais un travail tout semblable ne s'effectue-t-il pas en même temps entre les carotide et vertébrale du côté sain d'une part et celles du côté lié de l'autre? Et ce travail ne devrait-il pas avoir les mêmes conséquences dangereuses pour la circulation de l'hémisphère cérébral du côté opposé à la ligature? Certes, aucune raison physiologique ne pourrait empêcher de l'admettre; et ce ne serait pas du moins M. Bérard qui émettrait un doute sur la réalité de la congestion momentanée de l'hémisphère sain, lui qui, dans le même article, a pris la peine de citer une autopsie où M. Mott constata le développement anormal qu'avaient pris, après une ligature de la carotide droite, la carotide gauche et les communications anastomotiques qui unissent sur la ligne médiane les vaisseaux encéphaliques de l'un et de l'autre côté! Or, s'il en est ainsi, si l'hémisphère sain subit le même travail morbide, comment se fait-il que jamais il n'en résulte le même effet, et que dans tous les cas la paralysie, suite d'une ligature de la carotide, ait été constatée occuper le côté opposé à la ligature? — L'objection se convertit en un argument d'égale valeur en faveur de notre théorie, lorsqu'on songe avec quelle facilité ce siége constant de l'hémiplégie se comprend, si l'on consent à s'en rendre compte par le défaut d'afflux du sang artériel dans l'hémisphère cérébral qui correspond au vaisseau oblitéré.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT.

Ce cas, tiré de la pratique de l'hôpital de Londres, est rapporté dans les termes suivants:

OBS. — Un enfant, âgé d'environ 14 ans, ayant été renversé du haut d'une porte sur laquelle il se tenait, tomba sur les mains. A son entrée dans l'hôpital l'avant-bras était dans la demi-flexion et la demi-pronation; il était également impossible au malade de l'étendre ou de le fléchir complétement, ainsi que d'exagérer la pronation ou de la rendre moins prononcée qu'elle n'était: la région supérieure de l'avant-bras était aplatie et comme tordue. On sentait une dépression au lieu qu'occupe ordinairement la tête du radius, et on reconnaissait au toucher la présence de cette éminence osseuse au devant du pli du bras et contre la cavité coronoïde de l'humérus. En essayant de fléchir par force l'avant-bras, on éprouvait un obstacle très-caractéristique, résultant du choc de la tête du radius contre l'humérus, entre les condyles de cet os. Peu de tuméfaction et de douleur.

Pour réduire cette luxation, on fit la contre-extension en saisissant la partie inférieure du bras; on étendit alors graduellement l'avant-bras en tirant sur la main solidement saisie et en cherchant en même temps à produire la supination. L'opérateur pressant simultanément du pouce sur la tête du radius, obtint ainsi la réduction en quelques secondes. Le petit malade put dès lors exécuter lui-même la flexion et l'extension; et jaloux de montrer sa guérison, il fit à plusieurs reprises ces divers mouvements, sans que pour cela la luxation reparût.

On maintint l'articulation demi-fléchie au moyen d'une attelle coudée sur le plat, et on y entretint des applications spiritueuses. Il ne se manifesta que très-peu d'inflammation; au bout d'un mois, on renvoya le patient, son bras ayant recouvré sa force et sa configuration normales.

Deux circonstances nous ont engagés à reproduire ce fait, tout simple qu'il paraisse: d'abord sa simplicité même et la facilité de la réduction, qui contraste d'une manière frappante avec la généralité des autres observations de ce genre, où l'on voit les tentatives les plus rationnelles échouer, ainsi qu'A. Cooper l'a constaté trois fois lui-même, ou la rentrée de la tête osseuse n'être obtenue qu'à grande peine, comme, par exemple, dans les deux cas de M. Danyau (V. GAZ. MÉD., 1841, p. 504). L'autre circonstance, qui sort aussi de la ligne ordinaire, est que, malgré les mouvements imprudents auxquels l'enfant se hâta de se livrer, le déplacement n'ait eu aucune tendance à se reproduire. Les observations de récidive ne sont point rares dans l'histoire de cette luxation.

V. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Note sur une tentative de suicide, dans laquelle une portion considérable du cartilage thyroïde fut emportée;* par M. Kirby. (Le blessé guérit assez promptement; il conserva la faculté de parler et même de moduler les sons, mais sa voix demeura un peu rauque.) 2° *Polype utérin saignant enlevé avec des pinces; guérison;* par M. Colvan. (Le polype ayant été saisi avec de petites tenettes à lithotomie, on tordit peu à peu son pédicule, et on put ainsi le détacher sans avoir occasionné d'hémorrhagie.) 3° *Sur l'inflammation de l'œil qui accompagne la fièvre;* par M. Jacob. (L'espèce de fièvre dont M. Jacob étudie ici l'une des suites est une affection particulière endémique à Dublin et à Glasgow.) 4° *Sur l'érysipèle;* par M. Kirby et M. Sunter. 5° *Cas de grossesse survenue chez une femme qui nourrissait et qui avait ses règles;* par M. Dure. (Elle porta son enfant jusqu'à près de sept mois sans pouvoir croire qu'elle fût enceinte, la sécrétion laiteuse et la fluxion menstruelle continuant régulièrement. A cette époque, elle avorta.) 6° *Anévrisme du commencement de la fémorale, ligature de l'iliaque externe; guérison;* par M. Kidd. (La tumeur, très-volumineuse, avait 7 pouces de bas en haut et 11 transversalement (mesure anglaise). 7° *Sur l'inflammation de l'œil;* par M. Jacob. (Dissertation faite d'un point de vue théorique sur la part que les différents tissus de l'œil prennent à l'inflammation.) 8° *Observations de médecine pratique;* par M. Kirby. 9° *Remarques sur l'homœopathie;* par M. Bellingham. 10° *Considérations sur l'emploi médicinal du chlorhydrate de baryte dans le traitement des maladies scrofuleuses;* par M. Valsh. 11° *Cas de purpura;* par M. Henderson. 12° *Plaie étendue des parois abdominales, avec hernie des intestins; guérison;* par M. Richard Long. (Un traitement antiphlogistique énergique dissipa les symptômes de péritonite qui avaient commencé à se manifester après la réduction des viscères.) 13° *Remarques sur l'application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les maladies fonctionnelles de l'utérus;* par M. R. Mitchell. 14° *Sur le choléra asiatique;* par M. Tufnell. 15° *Cas de scarlatine compliquée;* par M. Kennedy.

REMARQUES SUR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL A L'ÉPINE DORSALE DANS LES MALADIES FONCTIONNELLES DE L'UTÉRUS; par M. MITCHELL.

Ce n'est pas un spécifique indistinctement applicable contre tous les écoulements blancs que propose M. Mitchell. Il prévient au contraire ceux qui voudraient employer ce traitement qu'il est seulement dirigé contre la leucorrhée utérine; aussi, avant de le commencer, il a toujours attaché un grand prix à bien reconnaître si le muco-pus provient d'entre les lèvres du museau de tanche. Dans les leucorrhées vaginales, ce moyen resterait sans effet.

Le nom seul du fer rouge empêchera sans doute beaucoup de praticiens même d'examiner la valeur de cette proposition. Aussi faut-il avertir tout d'abord que la chaleur du cautère n'est portée par M. Mitchell que jusqu'au rouge bleu (rouge obscur); car il s'agit bien plutôt d'opérer une contre-irritation que la destruction des parties. Voici comment il procède : après avoir chauffé le bouton du cautère à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos, en l'y laissant d'autant plus longtemps en contact que le fer est moins chaud. Le plus souvent il touche les téguments dans douze places distinctes, quatre de chaque côté et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

Ce mode de traitement a déjà été mis en pratique plus de soixante-dix fois à l'hôpital par l'auteur dans des cas de leucorrhée utérine et d'hystérie et de dysménorrhée suite de cette affection. Chez plusieurs de ces malades il existait des douleurs de reins telles qu'elles ne pouvaient marcher. Toutes étaient malades depuis longtemps, et avaient essayé en vain une foule de remèdes, injections et médicaments toniques ou astringents, électro-magnétisme, vésicatoires, etc. Chez presque toutes, il est parvenu à calmer la douleur et à tarir la perte. Une seule application a quelquefois suffi pour cela; jamais il n'a été obligé d'y revenir plus de deux fois.

L'élément morbide qui cède le plus promptement à cet agent est la douleur. Lorsque le toucher détermine une vive souffrance au moment où le doigt presse sur le museau de tanche, c'est alors que le succès de la médication est le plus assuré. D'un autre côté, quand il existait des ulcérations du col, il a quelquefois fallu compléter le traitement en les touchant avec le nitrate d'argent; mais déjà toute sensibilité, toute douleur de reins avait disparu par l'application seule du cautère actuel. La théorie semble effectivement indiquer que le bénéfice obtenu dans ces cas provient de ce que les nerfs qui président aux fonctions de l'utérus sont dans un rapport étroit avec ceux sur lesquels l'application de calorique agit directement, et qu'on ne peut toucher aux uns sans influencer les autres en vertu de cette connexion. Telle est du moins l'explication que donne l'auteur.

SUR L'EMPLOI DE L'HYDROCHLORATE DE BARYTE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES; par le docteur J. WALSH.

L'emploi du muriate de baryte contre les maladies scrofuleuses remonte déjà loin; c'est en 1784 que le docteur Adair Crawfort, ayant remarqué le goût amer de cette substance, sa très-grande solubilité et l'agréable sensation de chaleur qu'elle produit dans l'estomac quand on ne la donne qu'à petites doses, fut conduit à lui attribuer des propriétés antiscrofuleuses. Il publia en 1787 les résultats de ses expériences. Cinq années plus tard, ce médicament ayant produit, entre les mains d'Hufeland, des résultats encore plus avantageux, son usage se répandit bientôt en Europe et particulièrement en France où il fut introduit par le docteur Fournier. Crawfort et Hufeland ont conseillé d'allier l'hydrochlorate de baryte à l'hydrochlorate de fer, et le dernier le combinait souvent, dans certaines maladies de la peau, à la ciguë et au vin émétique. Mais tous deux, imités en cela par les thérapeutistes postérieurs, employaient le médicament en solution. Or, M. Walsh recommande au contraire de l'employer sous forme de pilules. Son but est, dit-il, « d'empêcher une trop prompte décomposition du médicament dans l'estomac et en même temps de prévenir une absorption trop rapide. » Il commence par de très-petites doses, *un douzième* de grain, trois fois par jour, augmentant ensuite « la fréquence des doses plus que la quantité de chacune d'elles. » Il recommande enfin de l'administrer autant que possible après le repas, de manière à protéger l'estomac contre une action trop prompte et trop énergique. Avec ces précautions, l'emploi du muriate de baryte lui a paru toujours sans inconvénient. Voici, en outre, les avantages qu'il en a retirés dans sept cas dont il rapporte avec soin toutes les particularités. Dans le premier, une diarrhée colliquative a été supprimée, les sueurs se sont arrêtées et l'appétit s'est rétabli. Dans le second, même résultat à peu près. Dans le troisième, des suppurations abondantes diminuent et deviennent de meilleure nature; les sueurs se suppriment. Dans les autres cas relatifs à des ophthalmies, la photophobie est promptement calmée, et l'inflammation, même aiguë, ne tarde pas à diminuer.

— Nous sommes d'accord avec l'auteur en ceci que l'hydrochlorate de baryte offre une grande ressource contre les maladies scrofuleuses. Nous regardons encore comme d'une bonne pratique de l'employer à petites doses fréquemment répétées; mais nous ne nous rendons pas bien compte des motifs qui ont déterminé l'auteur à choisir comme mode d'administration la forme pilulaire. Il se propose, dit-il, de prévenir une trop rapide absorption du médicament ainsi que sa trop prompte décomposition dans l'estomac. Mais d'abord, le moyen de favoriser cette décomposition *dans l'estomac* est précisément, ce nous semble, de l'y laisser séjourner longtemps; en second lieu, l'absorption du médicament, son passage dans les vaisseaux, et, par suite, sa diffusion dans toute l'économie, n'est-elle pas la condition essentielle de son efficacité contre une affection qui affecte précisément l'organisme tout entier? Et dès lors, à quoi bon retarder autant que possible l'absorption? A notre avis, il serait plus sage de la hâter. C'est, du reste, ce que fait l'auteur, sans paraître s'en apercevoir, en fractionnant comme il le fait le médicament. On sait qu'il est possible de doubler, de décupler l'action d'une dose donnée d'une substance, en l'administrant à de très-petites doses, quand cette substance doit agir après absorption. 1 grain de calomel donné en 8 prises, d'heure en heure, produit une salivation qu'on n'obtiendrait pas de 10, 12, 15 grains et plus du même médicament administré en une fois; c'est qu'alors, au lieu de descendre en grande partie dans les gros intestins sans avoir subi de décomposition, le calomel passe entièrement à l'état de deutochlorure avant d'avoir traversé les intestins grêles, et se mêle, sous cette forme soluble, aux liquides de l'économie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

La séance du 20 juillet de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets entièrement étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Après la correspondance, l'Académie procède au scrutin pour la nomination de la commission de onze membres chargés de déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine nomination.

Les membres qui, ayant obtenu la majorité des suffrages, composent la commission sont MM. Castel, Honoré, Bégin, Jolly, Gimelle, Louis, Moreau, Adelon, Bouley jeune, Orfila et Bérard aîné.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

Sur l'observation de quelques membres, M. le président met la clôture de la discussion générale aux voix. La clôture est adoptée à l'unanimité.

La parole est à M. Prus pour résumer la discussion.

M. Prus : Plus je réfléchis au plan qu'il convenait de suivre dans l'exposition des faits propres à jeter la lumière sur les questions de quarantaine, plus je pense que l'ordre adopté dans le rapport était celui qu'il fallait choisir. Avant de rechercher quels pouvaient être les divers modes de transmissibilité de la peste, il convenait d'apprécier, autant que l'état de la science permet de le faire, l'influence des causes productrices de la peste spontanée, sporadique ou épidémique. Déterminer, d'une part, l'action des causes locales; d'une autre part, l'action de la constitution pestilentielle qui, paraissant toujours née dans des endroits insalubres, s'est souvent montrée dans des contrées fort saines, c'était le seul moyen de restreindre l'action des agents de transmissibilité, quels qu'ils fussent, à ce qu'elle a de réel et de positif. Rapporter à chacun de ces trois ordres de causes les effets qui lui appartiennent, telle est la pensée qui domine et explique tout le rapport, pensée qui, je le crois, n'avait pas encore reçu l'heureuse application dont elle est susceptible.

En poursuivant avec persévérance la réalisation de cette idée, en n'admettant, pour les solutions à chercher, que les faits les plus dignes de confiance, soit par leur authenticité, soit par leur nombre, soit par les détails avec lesquels ils ont été rapportés, enfin, en ne tirant de ces faits que des conséquences rigoureuses, on devait arriver à des conclusions utiles et bien motivées. Mais, en même temps, il fallait s'attendre à froisser des convictions établies sur des études faites dans une autre direction, avec des éléments moins nombreux et souvent fautifs; il fallait s'attendre à rencontrer les esprits disposés à n'admettre certaines conclusions, nouvelles à quelques égards, qu'après une discussion sérieuse et approfondie des faits sur lesquels elles reposent.

Ces prévisions se sont réalisées.

La plupart des médecins croyaient trouver, dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, un plaidoyer pour ou contre la contagion. Contagionistes et non-contagionistes ont été également déçus dans leurs espérances. De là, chez quelques personnes dont les doctrines étaient fortement enracinées, une réaction défavorable contre certaines parties du rapport.

MM. Pariset, Bousquet, Castel, Hamont et Desportes, veillant avec une sollicitude inquiète au maintien intégral du domaine et même des usurpations de la contagion, ont repoussé tout ce qui ne concordait pas avec leur système.

D'un autre côté, M. Dubois (d'Amiens) a mis en doute et M. Londe a nié la valeur et la portée des faits établissant la transmission de la peste en dehors des foyers épidémiques.

Les sept adversaires que nous avons rencontrés dans la discussion générale sont donc en complète opposition entre eux. D'un côté est le camp des contagionistes; de l'autre est celui des non-contagionistes. C'est toujours la vieille querelle; c'est toujours la science marchant avec une aveugle opiniâtreté dans deux ornières, dont ni l'une ni l'autre ne peut mener à la vérité.

C'est parce qu'ils ne se sont pas renfermés dans une manière de raisonner aussi étroite que MM. Ferrus, Bégin, Poiseuille, Rochoux, Piorry, Bricheteau et Gaultier de Claubry ont cru pouvoir donner leur approbation aux doctrines exprimées dans le rapport. Ils ont compris que dans l'étude de la peste, comme dans toutes les études scientifiques, il n'y avait pas de progrès possible si on ne se dépouillait pas de ses préjugés, si on hésitait à admettre franchement, et dans toutes leurs conséquences, les vérités qui découlent naturellement des faits.

Je n'ai pas parlé de la réserve faite par l'honorable M. Gaultier de Claubry relativement à la non-transmissibilité de la peste sporadique, parce que, connaissant son amour sincère de la vérité, j'ai l'espérance de lui faire partager l'opinion de la majorité de la commission.

Dans tous les cas, cette dissidence entre les membres qui ont exprimé publiquement leur approbation des doctrines du rapport, ce que n'ont pas cru devoir faire un très-grand nombre des membres de cette assemblée, malgré des convictions tout aussi arrêtées; cette dissidence, dis-je, paraîtra bien légère si on la compare à celles qui divisent nos adversaires, contagionistes ou non-contagionistes.

Pénétrons dans le camp des premiers. Que voyons-nous? Tandis que M. Pariset attribue exclusivement l'origine de la peste à un *ferment* introduit ou développé spontanément chez le malade; tandis que MM. Hamont et Desportes accusent principalement les causes locales d'insalubrité, M. Bousquet ne croit pas que la peste puisse naître sans un germe préexistant. Quelle confusion! quelle anarchie!

Dans le camp opposé ne règne pas un meilleur accord : l'un doute, l'autre affirme. M. Londe nie la transmissibilité de la peste de la manière la plus absolue; M. Dubois flotte au milieu de ses incertitudes.

Que serait-ce maintenant si nous voulions mesurer la distance qui sépare l'opinion de M. Bousquet de celle de M. Londe? Ce que l'un affirme, l'autre le nie. Hommes et choses peuvent à chaque instant transmettre la peste, selon M. Bousquet. Jamais, dit M. Londe, ni les hommes ni les choses ne donneront la peste à personne. Vous le voyez, messieurs, c'est l'extrême droite et l'extrême gauche. Au lieu de perdre nos efforts à les concilier, consolons-nous en pensant que M. Londe a montré qu'il défendrait énergiquement les deux premières parties du rapport contre les attaques de M. Bousquet, et même de M. Dubois, tandis que, très-certainement, M. Bousquet et ses co-opinants ne défendront pas avec moins de chaleur et avec moins de succès la transmission de la peste contre les doutes de M. Dubois, contre les négations de M. Londe.

Messieurs, dans une première réponse, je me suis attaché à réfuter les objections présentées contre le rapport par l'honorable M. Dubois (d'Amiens); j'ai insisté particulièrement sur ce fait, que les cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720 n'établissent que trop bien la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. Depuis, un membre de la commission, M. Poiseuille, qui a fait une étude attentive, minutieuse, de toutes les pièces qu'a bien voulu nous transmettre M. le ministre du commerce, a corroboré tout ce que j'avais dit sur ce point, tout en traitant d'autres questions très-intéressantes au point de vue des quarantaines.

Malgré les défiances témoignées récemment par M. Londe contre les certificats délivrés par ceux qu'il appelle les *lazarétistes*, je ne crois pas devoir revenir en ce moment sur cette question; je prierai seulement M. Londe de vouloir bien lire et méditer toutes les pièces de Marseille. Il verra clairement que les certificats délivrés chaque jour, et souvent deux fois par jour, par plusieurs des médecins et chirurgiens du lazaret, méritent beaucoup plus de considération qu'il ne leur en accorde. Il sait sans doute qu'en ce moment les médecins et chirurgiens de l'intendance sont : M. Robert, le savant et respectable correspondant de l'Académie; M. Ducros, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille et professeur de clinique médicale à l'école secondaire; M. Martin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale; enfin M. Roux (de Brignolles), secrétaire général de la Société royale de médecine, l'un des hommes les plus consciencieux et des plus indépendants que l'on puisse citer. Ce sont les certificats délivrés par des confrères aussi instruits qu'honorables que notre confrère voudrait frapper de nullité en faveur d'une doctrine qui pourrait avoir le mérite d'être simple, si elle n'était évidemment en contradiction avec des faits dignes de confiance. L'Académie sera tout à la fois plus prudente et plus juste.

Je veux aujourd'hui faire droit aux objections de ceux qui professent la doctrine opposée à celle de M. Londe.

MM. Castel et Bousquet, qui n'étaient pas habitués à accorder aux causes productrices de la peste spontanée toute l'influence qui leur appartient, accusent le rapport d'avoir trop diminué le rôle des agents de transmissibilité de la peste. M. Bousquet va plus loin; il croit avoir découvert que lorsque le rapporteur a écrit les deux premières parties de son travail, il ne savait pas jusqu'à quel point il serait amené, par les faits contenus dans la troisième partie, à reconnaître la puissance des agents de transmission. Notre collègue est, à cet égard, dans une complète erreur. Au moment où le rapporteur de la commission a pris la plume, il avait apprécié toute la portée des faits de Marseille et des faits analogues; mais il savait aussi que les croyants à la contagion, négligeant entièrement ou presque entièrement l'étude de tout ce qui n'est pas agent de transmission, avaient besoin qu'on développât devant eux, avec les détails nécessaires, les preuves de la spontanéité de l'épidémicité de la peste.

Ces développements, que les uns ont trouvé trop longs, ne paraissent pas avoir été suffisants pour quelques autres.

C'est ainsi que M. Bousquet, fidèle à la doctrine qui n'admet pas que la peste puisse naître sans un germe préexistant, prétend que la commission n'a émis que des conjectures sur les causes qui engendrent la peste spontanée. Rien, continue-t-il, n'est moins prouvé que ces causes.

Si M. Bousquet ne veut pas reconnaître l'influence des causes locales qui rendent la peste endémique dans la basse Égypte, qu'il nous dise donc pourquoi dans les temps, dans les lieux, dans les saisons où les causes signalées dans le rapport n'ont pas existé, la peste ne s'est pas montrée dans ce pays?

Qu'il nous dise pourquoi la peste est pour ainsi dire journalière à Damiette, où les causes indiquées sont réunies, tandis qu'elle ne naît jamais au Fagoum, qui se trouve dans des conditions opposées?

Qu'il nous dise pourquoi, selon les remarques de Gaëtani-Bey, Bassora et Bagdad sont devenues aujourd'hui des foyers producteurs de pestes, tandis que ces villes, malgré des communications fréquentes avec des pays pestiférés, étaient exemptes du fléau quand les canaux étaient bien entretenus, quand une administration prévoyante prenait les précautions hygiéniques convenables?

Il est vraiment digne de remarque que les médecins qui ont le mieux étudié sur les lieux la peste et les causes qui la produisent, n'hésitent pas à regarder ces causes, non-seulement comme pouvant être déterminées, mais même comme pouvant être détruites, au moins en grande partie; tandis que d'autres médecins, qui n'ont vu ni la peste, ni les lieux qui l'engendrent, nient ce que les autres affirment. C'est ainsi que M. Bousquet se trouve ici en contradiction flagrante avec Pugnet, avec MM. Pariset, Hamont, Desportes, Aubert-Roche, et avec presque tous les médecins européens habitant l'Égypte. Je me rappellerai toujours la réponse que me fit Gaëtani-Bey, lorsque je lui demandai ce que serait la peste en Égypte si les conditions d'insalubrité signalées dans le rapport n'existaient plus : « C'est, me dit-il avec cet air fin et pénétrant qui le distingue, comme si vous me demandiez s'il y a des effets sans cause. »

Cette étude des causes productrices de la peste mérite, plus que toute autre, l'attention des médecins, puisqu'elle tend à faire connaître les moyens de prévenir le développement de la maladie. Je demanderai donc à l'Académie la permission de m'y arrêter encore quelques instants pour ajouter de nouveaux faits à ceux consignés dans le rapport.

La première cause que nous vous avons indiquée est l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux.......

Ici M. Prus passe rapidement en revue plusieurs faits de contagion, examine l'opinion des auteurs anciens et de quelques modernes; puis, prenant l'une après l'autre les assertions émises par les adversaires du rapport, il examine d'abord celles de M. Bousquet.

Les partisans de la contagion qui ne veulent pas que certaines conditions locales et atmosphériques puissent produire la peste sporadique voudraient bien ne pas admettre l'action des foyers épidémiques. En cela, ils sont conséquents avec eux-mêmes; car, dans l'un et l'autre cas, il faut renoncer à la nécessité du germe préexistant.

M. Bousquet, qui a lu les faits nombreux consignés dans le rapport, lesquels prouvent incontestablement que la quarantaine la plus sévère, la plus irréprochable, n'empêche pas de contracter la maladie quand on est placé dans le foyer épidémique, ne peut plus employer cet argument si longtemps victorieux, savoir : « que la meilleure preuve que la peste se gagne exclusivement par le contact, c'est que l'isolement met à l'abri de tout danger. » C'est encore une arme brisée entre les mains des contagionistes purs. De là un grand embarras. Aussi M. Bousquet se contente-t-il de parler de la presque immunité des personnes isolées. Mais, il faut bien l'avouer, messieurs, ce *presque* ne peut servir qu'à couvrir la retraite devenue nécessaire. Ne suffit-il pas, en effet, d'un seul cas de peste bien constaté chez une personne parfaitement isolée pour qu'il soit certain que la peste peut être due à une autre cause que la contagion? Reconnaître que la peste atteint quelquefois les personnes les mieux isolées quand elles restent au milieu des foyers épidémiques, c'est déclarer que les causes générales épidémiques produisent la peste indépendamment de toute contagion.

En vain M. Bousquet prétendrait-il que la manière dont la peste naît et se propage la rapproche des contagions et l'éloigne des épidémies.

Dans les maladies contagieuses, ajoute notre confrère, il y a toujours un premier cas qu'il est ordinairement facile de saisir et qui est la cause de ceux qui le suivent. Dans les épidémies, au contraire, il n'y a pas un premier malade; il y en a plusieurs. Les maladies épidémiques, suspendues en quelque sorte dans l'atmosphère, frappent çà et là sur plusieurs points à la fois.

J'accepte l'objection posée dans ces termes. Écoutons Pugnet nous racontant le début de la peste de Damiette en l'an IX :

« A quelques accidents assez légers et en petit nombre, que nous ne pouvons décrire parce qu'alors nous habitions la haute Égypte, avait succédé un calme parfait et soutenu. Le long espace de temps qui s'était écoulé depuis l'orage ne permettait plus d'appréhender son retour. On goûtait généralement les douceurs d'une sécurité à laquelle invitaient chaque jour davantage et l'inaltérable pureté du ciel et les progrès marqués de la chaleur. Vaine confiance! Le 15 et le 16 germinal, l'atmosphère s'obscurcit et se charge; des nuages amoncelés sur nos têtes versent des torrents de pluie pendant les 17, 18 et 19, et le 21 la contagion éclate. Ce fut un coup de foudre qui atteignit à la fois onze personnes dans l'enceinte de la ville; elles seules furent frappées. Aucun autre malade ne s'offrit à nous jusqu'aux 26 et 27 du même mois, où de nouvelles pluies déterminèrent de nouveaux accidents. Ceux-ci eurent des suites non équivoques. Soit qu'ils eussent une plus grande force de reproduction, soit qu'ils trouvassent des sujets plus susceptibles de se prêter à leur action, ils se propagèrent sensiblement, et

c'est à leur époque que parut véritablement commencer le règne de la maladie. » (Pugnet, p. 152.)

En présence de pareils faits, il me paraît impossible de constater que la peste ne naisse souvent à la manière des épidémies.

Mais M. Bousquet insiste. La commission, dit-il, ne réussira pas à assujetir la peste aux lois des épidémies; elle suit invariablement celle des contagions.

Cette proposition ainsi formulée me paraît de tous points inadmissible.

Comment! la peste ne s'est pas montrée généralement avec les caractères des maladies épidémiques!

M. Bousquet voudrait-il nier que quand la peste a sévi avec quelque violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle ait offert dans sa marche ces trois périodes, si remarquables et si importantes à connaître, que j'ai signalées avec soin dans le rapport?

M. Bousquet voudrait-il nier contre l'évidence qu'en temps d'épidémie pestilentielle l'influence épidémique se manifeste non-seulement sur les maladies intercurrentes, mais encore sur les personnes en santé?

Voudrait-il nier qu'en Égypte, à Constantinople, à Smyrne, la peste cesse très-généralement à des époques fixes, qu'on peut déterminer d'avance, par suite d'un changement dans la direction des vents ou dans la température.

Personne ne peut révoquer en doute ces vérités désormais incontestables. Mais alors, qu'il me soit permis de demander si ce sont là les indices, les signes les caractères d'une maladie exclusivement contagieuse? Avons-nous jamais vu rien de semblable pour la syphilis, la gale, la rage, la morve? Non, certainement...

M. Bousquet ne sait pas si un seul cas de variole ne peut pas donner naissance à une épidémie. Mais ce que M. Bousquet sait comme nous, c'est que quand il n'existe pas dans l'atmosphère et dans les populations certaines conditions inconnues mais nécessaires, un premier cas de petite vérole n'est souvent pas suivi d'un second. C'est ce qu'on voit journellement dans les hôpitaux de Paris, quoique le varioleux soit placé au milieu des autres malades...

Quand on compare les maladies contagieuses à la peste, il faut donc distinguer avec soin les maladies exclusivement contagieuses, comme la syphilis, des maladies épidémiques et contagieuses, comme la variole, la rougeole et la scarlatine.

La peste naît et se propage à la manière de ces dernières; elle n'a de commun avec les premières que la faculté de transmission, faculté qui, dans la peste, est très-variable et paraît même souvent manquer complétement.

Voilà ce qu'enseigne une étude impartiale des faits. Aussi pensons-nous que le moment est arrivé où les médecins ne pouvant plus méconnaître ce point fondamental, savoir : que la peste peut être également due soit à des causes locales, soit à une constitution pestilentielle, soit aux pestiférés eux-mêmes, ne devront plus s'appliquer qu'à faire la part de ces trois ordres de causes.

Passons à une autre objection.

MM. Castel et Bousquet pensent que le premier devoir de la commission était de donner une bonne théorie de la contagion en général et de celle de la peste en particulier. La commission, ajoutent-ils, n'aurait plus eu qu'à faire l'application de la doctrine adoptée.

Examinons un instant, messieurs, quels auraient dû être les résultats de cette tentative.

Et d'abord, comment fallait-il entendre le mot contagion?

Dans son acception la plus large, répond-on; c'est-à-dire qu'il fallait confondre sous la même dénomination la transmission par le contact des pestiférés, des hardes, des marchandises, et la transmission par l'air chargé de miasmes pestilentiels. Pour moi, qui pense que les sciences vivent de distinctions et non de confusions, je ne vois pas, je l'avoue, l'avantage de suivre ici les errements de Fracastor. Mais ne nous arrêtons pas à cet inconvénient, quelque grave qu'il soit; allons au fond des choses, et voyons si la voie qu'on nous indique est la plus rationnelle et la plus utile.

La contagion, dit M. Castel, résulte d'un *ferment septique* issu d'un corps malade.

Cette doctrine n'est pas celle de M. Bousquet. Toute maladie est contagieuse, dit-il, qui crée avant de s'éteindre un *germe* en état de la reproduire.

Il est bien évident, messieurs, qu'un ferment septique et un germe sont choses très-différentes. Si donc M. Castel a trouvé la vérité, M. Bousquet est dans l'erreur et réciproquement...

Je m'arrête, messieurs, en concluant avec M. Bégin que c'est là une médecine hypothétique, fantasmagorique, indigne de notre époque. J'ajouterai que de pareilles conceptions sont souvent aussi nuisibles qu'elles sont futiles.

L'esprit humain, prompt à réaliser ce qui d'abord n'a été et n'a pu être qu'une simple hypothèse imaginée pour faciliter l'intelligence d'un phénomène, ne craint pas de prêter à ces êtres imaginaires des propriétés des plus singulières : c'est ainsi qu'on a dit que le germe de la peste peut rester adhérent à des substances animales, végétales et même minérales pour éclore après plusieurs mois, plusieurs années, plusieurs dizaines d'années. Et qu'on ne croie pas que nous soyons bien éloignés des temps où on acceptait de pareils préjugés. En 1828, lorsque les médecins de l'armée russe virent éclater la peste à Bucharest, la plupart d'entre eux ne trouvant aucun moyen de prouver l'importation de la maladie, déclarèrent que la peste qu'ils avaient sous les yeux était due à des germes pestilentiels conservés dans la capitale de la Valachie depuis 1813, c'est-à-dire quinze ans après que ces derniers cas de peste avaient été observés dans cette ville.

En 1842, la même explication a été donnée par le conseil supérieur de Constantinople pour les treize pestes qui se sont montrées dans la Turquie d'Europe et d'Asie depuis 1838 : pestes dont il n'a pu établir l'importation soit de l'Égypte, soit de la Syrie, soit même de la Turquie d'Asie.

C'est parce qu'on a cru rendre compte de l'origine d'un très-grand nombre de pestes à l'aide d'une explication aussi dérisoire, qu'on a trop longtemps négligé l'étude et l'appréciation des causes qui engendrent la peste spontanée. Dans les sciences, une fausse explication est moins dangereuse en ce qu'elle répand l'erreur, qu'en ce qu'elle empêche de chercher la vérité.

(La suite et fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

DESCRIPTION THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'OPHTHALMIE PURULENTE; par M. PIERRE FLORIO, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg. — Un vol. in-8°, avec planches.

Dans cet ouvrage, où se révèle surtout un zèle sincère pour la vérité, M. Florio s'est proposé de présenter à tous les praticiens le résultat d'observations faites sur des cas d'ophthalmie purulente chez les militaires, sous divers climats, dans différentes saisons et pendant une longue succession d'années. Son but plus spécial a été d'offrir un guide assuré aux médecins des armées, à ceux-là même qui par leur position sont plus que d'autres à même de rencontrer sur une vaste échelle cette maladie redoutable. Sa propre pratique ayant surtout dirigé ses recherches vers cette classe de malades, nous n'avons point été étonné, et nous ne le critiquerons par conséquent pas pour avoir proposé de donner à l'affection qui fait l'objet de son livre le nom d'*ophthalmie purulente des casernes.*

L'auteur développe d'abord, et cela avec beaucoup de netteté, les différentes opinions émises sur la nature de la maladie, puis les divers modes thérapeutiques successivement employés contre elle à toutes les époques. Ces théories et ces médications sont ensuite l'objet d'une discussion critique qui les oppose entre elles, les éclairant et les appréciant les unes par les autres. Puis enfin, il les met en regard des résultats de son expérience, expérience fondée sur le traitement de près de dix mille malades, pour une période de trois années seulement. Après avoir exposé la synonymie, l'historique, la marche, les symptômes, etc., de l'affection, avoir fait en un mot tout ce qu'il faut pour se former sur sa nature une opinion solidement assise et rationnellement justifiable, il se range, quant à l'étiologie, de l'avis des médecins français qui, pour la plupart, n'admettent point qu'elle ait pu être importée en Europe par l'armée d'Égypte.

La question souverainement importante en cette matière est celle qui touche à la possibilité, à la réalité de la contagion. Elle a reçu, dans le quatrième chapitre, tous les développements qu'elle méritait. L'opinion de M. Florio est que, dans les circonstances données et à un certain degré de la maladie, le muco-pus sécrété par la muqueuse conjonctivale enflammée acquiert des propriétés corrosives, et que transporté alors sur un œil sain, il peut, dans ces conditions, y déterminer la même lésion. Les faits de contagion s'expliqueraient ainsi par l'absence des circonstances qu'on déclare nécessaires pour qu'elle ait lieu. Cependant, s'il est vrai en effet que Mackensie, à son retour d'Égypte, n'a pu s'inoculer d'ophthalmie avec le pus pris sur la conjonctive malade de soldats qui l'avaient contractée en Égypte même, on trouve dans les annales de la science une foule de faits contraires à celui-ci. Les expériences de M. Chassaignac tendent à démontrer la possibilité de la communication du mal aux animaux eux-mêmes; celles de plusieurs médecins français, de M. Ducourtenay entre autres, qui sont devenus victimes de leur dévouement à la science, ne doivent pas être non plus mises en oubli. Mais souvenons-nous seulement, au milieu de ces données diverses, que M. Florio, après avoir observé et médité la question au milieu d'une quantité immense de faits, affirme que l'ophthalmie purulente est *conditionnellement contagieuse (contagiosa ex præmissis conditionibus ætiologicis).*

Le traitement, ainsi qu'on devait s'y attendre de la part d'un esprit aussi louablement positif que M. Florio, occupe dans cette monographie une large place. Un chapitre est consacré à l'exposé des moyens prophylactiques, des mesures de police médicale; vient ensuite la thérapeutique proprement dite, et enfin le livre se termine par un formulaire spécial et par des planches coloriées qui représentent les diverses phases, ainsi que les aspects les plus variables de l'altération oculaire et palpébrale.

Nous ne reproduisons plus qu'un passage, et nous le copions sans commentaire, parce que, à elle seule, cette citation remplacera avantageusement tout éloge. M. Florio énonce dans un tableau le résultat des moyens de traitements par lui mis en usage durant les années 1835, 1836 et 1837. Or ces résultats sont les suivants :

Malades guéris.	9,644
Malades ayant perdu un seul œil.	12
Malades ayant perdu les deux yeux . . .	9

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PESTE. — QUARANTAINES. — DISCUSSION DES ARTICLES.

L'Académie a abordé, dans la dernière séance, la discussion des articles; elle a quitté le terrain des généralités pour entrer dans la voie des faits pratiques, pour reprendre en quelque sorte en sous-œuvre l'examen de la question sous le point de vue de ses applications et de son utilité immédiate.

Un mot avant de suivre la discussion dans la phase nouvelle où elle vient de s'engager, sur l'ensemble des propositions qui vont être soumises à la délibération de l'Académie. Ce que nous en avons dit déjà dans l'un de nos précédents articles nous permettra d'être brefs.

Il ne faut pas oublier quel est le but, quel est l'objet essentiel du rapport. C'est de fournir à l'administration les éléments nécessaires pour la révision de la législation sanitaire relative à la peste. Or ce but et cet objet semblent avoir été méconnus dans le travail de la commission. Qu'elle ait cru devoir examiner la question de la peste sous toutes ses faces, en rechercher l'origine, en tracer l'histoire, en suivre les phases diverses dans le temps et dans l'espace; qu'elle ait résumé chacune des divisions, chacun des chapitres de son travail dans une proposition substantielle qui pût devenir le texte d'une discussion spéciale, rien de mieux. C'est là une œuvre essentiellement scientifique et qui ne pouvait nulle autre part mieux trouver sa place que devant une Académie de médecine. Mais que ces propositions, avec leur expression plus ou moins indécise, avec leur sens souvent ambigu, leur forme dubitative, soient présentées à l'administration comme le texte qui devra servir à la rédaction des nouveaux règlements sanitaires, c'est évidemment, nous le répétons, méconnaître l'objet essentiel et fondamental du rapport. L'administration n'a que faire des opinions ou des doutes de l'Académie sur l'origine de la peste, et sur tous les faits passés de son histoire; elle a besoin de connaître ce qui est ou ce qui n'est pas actuellement. Un petit nombre de propositions nettes, concises sur les points essentiels, culminants de la question, tels que le fait de la transmissibilité de la peste, son mode de propagation, la durée de la période d'incubation, les pays d'où l'importation est à craindre, les moyens de préservation, voilà ce qu'elle demande. Le rapport devait donc faire deux parts distinctes : l'une destinée à la discussion des questions scientifiques certaines ou litigieuses, devant servir de motifs aux déductions pratiques; l'autre composée de ces déductions et renfermant seulement l'expression des faits acquis et mis hors de doute, pour servir de guide à l'administration. Ce que la commission n'a point fait, l'Académie devra donc le faire, et c'est là une source d'inconvénients dont le moindre sera d'engager l'Académie, à l'occasion de chacune des nombreuses propositions du rapport, dans une nouvelle discussion où, quelque réserve qu'on y apporte, on évitera difficilement les redites de la discussion générale, et d'où il ne pourra jamais sortir d'ailleurs un ensemble de proportions suffisamment liées et unitaires. Ces inconvénients, que nous signalions déjà au début de cette discussion, se manifestent en effet dès le premier article, dont la rédaction manque à la fois, ainsi qu'on va le voir, et de l'exactitude et de l'utilité que nous désirerions trouver dans toutes les conclusions.

Cela dit, entrons en matière.

Voici en quels termes est rédigée la première proposition de la commission :

« On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe. »

Il suffit d'énoncer cette proposition pour en saisir de suite la portée. Si la peste a pu naître spontanément, à différentes époques, sur des points du globe n'ayant eu entre eux que peu ou point de communications directes, il faut renoncer à l'idée de l'unité d'origine de la peste et de la spécificité de sa cause, et ne voir désormais dans cette maladie que le résultat possible d'un ensemble de causes pouvant se trouver naturellement et accidentellement réunies sur des points différents, telles que celles que le rapport signale dans sa seconde proposition : habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux; maisons basses, mal aérées et encombrées; air chaud et humide, etc. D'un autre côté, en proclamant ce fait, on atténue considérablement l'importance d'un autre fait sur lequel repose tout le système sanitaire de la peste, celui de l'importation. On voit donc, dès la première conclusion du rapport, percer cette pensée qui ne cesse de préoccuper la commission, et qui ressort en quelque sorte de chacun de ses chapitres, que l'importation de la peste est loin d'avoir l'importance qu'on lui a généralement donnée jusqu'à présent. Mais cette proposition est-elle fondée ? et fût-elle l'expression de la vérité, aurait-elle réellement la portée qu'on semblerait devoir lui accorder en la voyant inscrite en tête des conclusions du rapport ? Nous demandons la permission de rappeler ici quelques-unes des objections principales qui ont été faites, dans la discussion générale, contre cette première partie du travail de M. le rapporteur.

« Au seizième siècle, est-il dit dans le rapport, on n'a observé qu'une seule peste en Égypte; il n'en est indiqué aucune ni en Turquie d'Asie ni en Syrie, et cependant on compte dans ce même seizième siècle 14 pestes en France, 12 en Allemagne, 11 en Italie, 9 en Dalmatie, 6 en Turquie d'Europe, 5 en Angleterre, 5 en Espagne, etc., etc. » Il n'y a eu qu'une seule peste en Égypte au seizième siècle! a dit M. Pariset; mais laquelle? Et au lieu d'une, il en compte 6; et ces 6 pestes, dont il trouve les témoignages dans les registres des couvents chrétiens, seuls lieux où il en soit tenu compte, sont, suivant lui, loin de représenter exactement le chiffre réel des pestes qui ont régné à cette époque en Égypte, car il retrouve encore, pour cette même époque, le témoignage du prince voyageur Radziwil, qui lui apprend que la peste se manifestait alors comme toujours tous les sept ans; ou plutôt, ajoute-t-il, la peste n'a pas plus quitté l'Égypte, dans le cours de ce seizième siècle, que dans le dix-septième et le dix-huitième. Or, dans ces trois derniers siècles comme dans les siècles précédents, la peste avait toujours, pour se propager d'orient en occident, la double voie de la guerre et du commerce. Ce que M. le rapporteur dit dans le paragraphe suivant des nombreuses invasions de pestes qui auraient eu lieu en Europe pendant le dix-septième siècle, tandis que 2 pestes seulement auraient existé en Égypte dans le même espace de temps, n'aurait pas dès lors plus de fondement que l'assertion précédente. Nous ne citons que cet exemple, entre tant d'autres, des inexactitudes sur lesquelles repose cette proposition. On conviendra donc du moins que si pour chacune des nombreuses pestes qui ont fait invasion en Europe depuis le seizième siècle, où l'on a pu avoir pour la première fois quelques notions précises, jusqu'au dix-neuvième, il n'est pas toujours possible de suivre rigoureusement et de démontrer leur filiation avec les pestes d'Égypte ou de Turquie, et d'en indiquer les voies de com-

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La médecine électorale. — Un candidat repoussé avec perte. — Question de principe. — Deux savants élevés à la pairie. — Mort de Thibert. — Un problème de médecine légale. — La médecine camphrée à la cour royale. — Le purgatif du père Repiquet. — Suspension d'armes.

— A l'heure où nous écrivons, la médecine est en proie à une agitation inaccoutumée, *insolitis motibus*, absolument comme les Alpes à la mort de César. Trousse et lancette, stéthoscope et plessimètre, lithotriteur et sonde à petites courbures, elle a jeté tout cela par-dessus les moulins; tâter le pouls, l'ennuie; inspecter la langue, lui paraît ridicule, et elle ne trouve pas le moindre charme à la suppuration la plus louable, aux plaques de Peyer les plus gaufrées et aux plus capricieuses arborisations de la muqueuse intestinale. Foin de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la gastrite, de la duodénite, de la jéjunite, de l'iléite, de la colite et de la rectite, aussi bien que de l'angiairosténosie, de la septicohémie et de la pyoïdangiairrhée; mais en revanche parlez-nous charte, droits du citoyen, intérieur et extérieur, incompatibilité, réforme électorale, réforme postale, conversion des rentes, Syrie, Maroc, Taïti, Beschir, Abderhaman, Pomaré, Pritchard! Voilà, pour le moment, l'objet des plus chères préoccupations des médecins. Ils ne guérissent plus, ô Apollon! ô dieu vainqueur de Python! ils pérorent. Ne les cherchez ni à l'Académie, ni à la Faculté de médecine, ni même à leur domicile *de midi à deux heures;* celui-ci est sur les *hustings*, se livrant aux *speechs* les plus fougueux; celui-là met au service d'un comité radical la lucidité de ses somnambules. D'autres cheminent sur les grandes routes, qui vers Lille, qui vers Lyon, qui vers Angoulême, où il s'agit de démontrer clair comme le jour aux électeurs qu'on est indépendant, point sensible aux places et aux honneurs et toujours disposé, suivant la tradition antique, à refuser les présents d'Artaxerxès. Ceux à qui la fortune ennemie a refusé les conditions d'éligibilité, les humbles censitaires à 200 fr., se bornent à tapager dans les clubs. Il y a des médecins patriotes furieux contre la loi des patentes, cette loi cruelle qui, en diminuant leur part d'impôts, les a rayés des listes électorales; et leur douleur ne s'apaisera guère que le jour où leur viendra la missive verte du percepteur, au coût de 25 centimes.

Pour nous, parfaitement désintéressé dans tout ce mouvement et qui, semblable à l'homme de Lucrèce, aimons à regarder du rivage la mer agitée, nous applaudissons de tout cœur aux efforts tentés pour accroître l'importance sociale des médecins; nous y applaudissons d'abord parce que la participation d'une fraction du corps médical à de hautes fonctions publiques serait un hommage rendu à ses lumières, à sa sagesse, à son esprit d'indépendance et de progrès, et relèverait d'autant la considération du corps entier; nous y applaudissons encore parce que la profession médicale, si insuffisamment protégée par la législation actuelle, ne pourrait que profiter à avoir au sein des chambres des mandataires instruits de ses besoins, plus disposés, plus aptes que d'autres

munication, il est beaucoup moins démontré encore que ces pestes se soient développées spontanément.

M. Adelon n'a pas été moins explicite que M. Pariset sur cette première proposition du rapport qui devait faire et a fait l'objet unique de son argumentation. Se plaçant au point de vue du véritable but pratique du rapport, la législation sanitaire, l'honorable préopinant demande d'abord quelle pouvait être l'utilité de l'étude que M. le rapporteur a faite de la peste spontanée et de quelle importance pouvait être la solution de cette question pour la révision de la législation sanitaire. Cette importance est nulle puisque, actuellement du moins, il est certain que la peste ne naît spontanément en aucun point de la France. La question ainsi posée, ne portant que sur les temps passés, est donc étrangère au but spécial du rapport. Mais est-il vrai qu'à d'autres époques la peste soit née spontanément en France, qu'elle ait trouvé sur notre sol ainsi que sur divers autres points de l'Europe les conditions locales capables de la faire éclater spontanément? Si la solution de cette question n'a point une utilité immédiate, au moins lui peut-on reconnaître de l'intérêt au point de vue de l'histoire scientifique de la peste et de sa prophylaxie. Mais quelles sont les preuves directes qu'en donne le rapporteur? Avant d'établir si le développement de ces pestes était dû à l'action de causes locales inhérentes au pays, a-t-il cherché à démontrer qu'elles n'étaient ni importées, ni dues à une impulsion épidémique indépendante de ces conditions locales. Tout est contradiction à cet égard dans les loimographes, et du moment où ces preuves ne pouvaient être produites, sur quel fondement repose l'admission de la spontanéité de la peste en Europe? La conclusion n'est donc pas justifiée par les faits; tout au plus le rapporteur était-il fondé à admettre l'origine spontanée de la peste en Europe comme un fait possible, probable même; mais rien n'en établit la certitude. Telle est en substance l'argumentation de M. Adelon, argumentation qui paraîtra difficile à réfuter.

Ainsi se trouverait réduite à néant, et par les documents historiques contradictoires opposés par M. Pariset aux documents dont s'est servi la commission, et par l'absence de preuves signalée par M. Adelon, et par son inutilité même au point de vue pratique, cette proposition du premier chapitre du rapport, « qu'à certaines époques la peste s'est montrée fréquente et terrible sur un grand nombre de points du globe, de l'Europe surtout, tandis qu'elle n'existait pas ou était très-rare en Égypte, » ainsi que la conclusion qui termine et résume ce chapitre. On verra plus tard ce qu'il faudra penser, comme conséquence, des causes auxquelles le rapport attribue le développement spontané de la peste en Europe.

On devine quelle a été la conclusion de M. Adelon : c'est le renvoi à la commission du premier chapitre du rapport et de la première conclusion.

Nous ne terminerons pas sans exprimer le vœu, avant que l'Académie s'engage plus avant dans une discussion qui, par le nombre des articles en délibération, menace de devenir interminable, qu'il soit fait une proposition formelle tendant à réduire les propositions qui doivent être soumises à l'administration au petit nombre de celles qu'il est strictement et immédiatement utile que l'administration connaisse, et qui devraient être formulées d'une manière catégorique, nette et précise; sauf à reléguer dans le corps du rapport, comme renseignements scientifiques, tous les points obscurs, douteux ou controversables qui ne pourraient que jeter des doutes ou de l'indécision dans les esprits.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES ET DE LEURS ANNEXES; par F. Bouisson, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 28, 29 et 30.)

Parmi les organes à texture musculaire, les *lèvres* partagent avec la langue la disposition pathologique qui permet un développement plus facile des tumeurs syphilitiques. Ici, à la vérité, des éléments nombreux se trouvent : un tissu cutanéo-muqueux, un riche lacis vasculaire, des glandes muqueuses, du tissu cellulaire sont associés au tissu musculaire de ces organes, et ce n'est pas exclusivement au dernier élément anatomique qu'on peut attribuer le siége des tumeurs syphilitiques. Mais si l'on réfléchit que l'élément musculaire est celui qui domine, que les tumeurs de ce genre débutent le plus souvent par le centre de la lèvre et qu'enfin toute l'épaisseur de celle-ci est plus tard envahie, on conviendra que malgré la variété des éléments anatomiques, l'analogie avec les cas précédents s'établit sans effort et qu'il s'agit encore, dans ce cas, d'une affection des tissus fibreux et musculaire dont l'organe se compose.

Il est à peine utile de prévenir qu'il ne s'agit pas, en ce moment, de l'engorgement du tissu des lèvres subjacent à un chancre primitif de leur membrane muqueuse, mais d'une tuméfaction indépendante de toute cause locale et se manifestant comme symptôme de la syphilis constitutionnelle. Cette affection, qui se rencontre assez fréquemment dans les hôpitaux, mérite d'être d'autant mieux reconnue dans sa cause qu'elle peut être confondue avec le cancer labial et que le chirurgien est exposé, dans ce cas, à pratiquer une opération qu'un traitement bien dirigé aurait rendu inutile. Les antécédents du malade, quelques phénomènes concomitants, la nature des douleurs, le degré de consistance de la tumeur, aideront à établir le diagnostic. Dans les tumeurs syphilitiques des lèvres, le siége de la maladie est plutôt à la partie centrale que vers le bord libre de ces organes, tandis que dans les cancers le tissu anormal se développe le plus souvent sur le rebord labial, où il se montre tout d'abord sous la forme d'un bouton verruqueux et suscite des douleurs lancinantes. Enfin, si la tumeur vient à s'ulcérer, quelle que soit sa nature, les caractères propres aux ulcères vénériens ou cancéreux se manifestent et contribuent à éclairer le chirurgien. Dans les cas douteux, on pourra commencer un traitement antisyphilitique à titre d'épreuve diagnostique et le poursuivre ou le suspendre, suivant la manière dont l'affection sera modifiée. J'ai rencontré plusieurs fois des cas de ce genre, j'ai vu surtout à la clinique de M. Lallemand divers faits qui prouvent à la fois combien il est facile d'être induit en erreur au sujet des tumeurs des lèvres, et j'ai appris combien un diagnostic bien posé peut suggérer un traitement rationnel et efficace.

Le *voile du palais*, qui est si fréquemment détruit par des ulcérations vénériennes dans la syphilis secondaire, se trouve, à divers égards, dans les mêmes conditions que les lèvres et peut être le siége de tumeurs vénériennes développées dans son tissu central qui est fibro-musculaire. Ce n'est pas toujours en effet par des ulcérations de la muqueuse qui gagnent

---

à comprendre et à soulager des maux qu'ils auraient vus de plus près. Il est donc du devoir de la presse médicale d'encourager, de soutenir, sous les diverses formes et dans les limites où elle peut légalement s'exercer, l'intervention des médecins dans les élections; mais nous dirons sur ce point toute notre pensée; les mêmes raisons qui justifient et commandent l'usage du droit, en rendent l'abus extrêmement dangereux, et la dignité du corps médical souffrirait d'une intervention intempestive ou peu mesurée juste en proportion de ce qu'elle peut gagner à une intervention légitime, sage, opportune, efficace. A cet égard, nous ne pouvons nous empêcher de regretter l'excès de zèle qui a poussé certaine candidature médicale sur la plate-forme du premier arrondissement. Amis du médecin plus encore que de l'homme, nous sommes touché avant tout du rôle malheureux où le corps médical s'est trouvé imprudemment engagé dans l'un de ses membres les plus haut placés. Il est inutile, ce nous semble, et il serait d'ailleurs fort embarrassant d'expliquer en quoi cette démonstration improvisée péchait contre la dignité et l'intérêt bien entendu du corps médical. Il est certaines convenances d'à-propos, de temps, de personnes, de formes, etc., hors desquelles les prétentions même les plus respectables cessent d'être prises au sérieux. Or, en ce genre, un homme d'esprit l'a dit, *il n'y a que le succès qui réussit.* Une prétention non-seulement déçue, mais avec laquelle on ne veut pas même compter, ne peut avoir qu'un résultat certain, celui de compromettre la dignité du caractère et d'entamer cruellement l'amour-propre. Au reste, le candidat aura senti lui-même le désagrément d'être obligé d'apprendre tout de sa personne à une assemblée qui n'en voulait rien savoir: tout, son nom, sa profession, sa naissance, ses services, ses succès oratoires, ses connaissances scientifiques, ses talents artistiques et littéraires, ses titres et distinctions honorifiques, son amour pour le drapeau tricolore et son courage civique. Certes, rien de tout cela n'est à dédaigner; des succès au concours sont chose digne d'estime, la médaille de juillet a son prix, et l'on ne saurait trop louer le mépris de la fièvre intermittente et de la dyssenterie. D'où vient pourtant que les électeurs se sont montrés si peu touchés de tant de mérites? C'est qu'apparemment tout cela n'est pas de rigueur pour un futur député qui aura plus à parler politique qu'à parler médecine, plus à déposer son vote qu'à exhiber ses médailles, plus à se garer des intrigues qu'à braver la fièvre. Quand nous formons le vœu que le médecin soit souvent appelé à participer à la vie parlementaire, nous n'entendons pas qu'il s'y présente en toque et robe doctorales; supprimer le citoyen pour ne laisser paraître que l'homme de l'art, c'est réduire singulièrement son propre rôle, c'est nier, pour ainsi dire, son aptitude à l'accomplissement du mandat qu'on sollicite.

— Ceci nous conduit à dire quelques mots d'un acte d'intervention électorale émané de la Société médicale du 1er arrondissement, à l'instigation de M. Leroy-d'Étiolles, son président. Notre honorable et intrépide confrère, dont la science et la pratique n'absorbent pas toute l'activité, a réuni la Société en séance extraordinaire, et lui a soumis les deux questions suivantes : 1° *Est-il convenable et opportun que le corps médical* impose, *par l'entremise des médecins électeurs censitaires, des conditions aux candidats à la députation? Quelles seront ces conditions?* — 2° *Est-il convenable et opportun que les médecins électeurs censitaires se regardent comme les mandataires du corps médical,* et se tiennent pour obligés *de se conformer au vœu de la majorité?* Le principe de ces deux questions a été admis par la Société. Les conditions qu'elle juge

successivement en profondeur que se produit la destruction de cet organe. Rigoureusement on pourrait considérer comme une lésion du tissu sous-muqueux les tubercules syphilitiques qui se manifestent à la période secondaire de la maladie et qui en s'ulcérant détruisent plus tard la membrane du voile du palais. Mais indépendamment de cette lésion qui est la plus commune, j'ai observé, chez plusieurs malades atteints de syphilis invétérée, des indurations tantôt circonscrites, tantôt diffuses du voile du palais, sans ulcération de sa membrane de revêtement. C'étaient de véritables tumeurs syphilitiques analogues à celles qui ont été signalées pour la langue et les lèvres et développées dans l'épaisseur des muscles staphylins et de leur gangue fibro-celluleuse. Cette disposition était très-prononcée sur un malade d'Avignon qui vint me consulter, l'année dernière, pour une syphilis tertiaire. Il avait des exostoses aux jambes, une carie des os du nez et le voile du palais était le siége d'une tumeur dure, de la grosseur d'une amande, sans ulcération de la muqueuse. Il y eut une amélioration temporaire sous l'influence de l'iodure de potassium, mais des symptômes de phthisie se déclarèrent plus tard et ne purent être enrayés par aucun moyen.

Enfin, les *muscles du larynx* peuvent eux-mêmes être envahis par l'affection syphilitique. Sans doute les ravages de cette affection s'expriment plutôt par la carie ou la nécrose des cartilages, par les ulcérations de la muqueuse, que par la lésion des muscles, et il ne faudrait pas conclure de l'aphonie, qui est un symptôme presque constant de la phthisie laryngée, que les muscles de l'appareil vocal sont le siége de la maladie. Mais l'impuissance musculaire dénote une participation à l'altération générale des éléments du larynx, et je ne doute point que des investigations ultérieures n'aient quelque chose à nous apprendre sur ce point encore inexploré d'anatomie pathologique. J'ai le souvenir d'avoir rencontré pendant mes dissections une tumeur qui envahissait tout le muscle thyro-arythénoïdien chez un sujet qui présentait les traces d'une phthisie laryngée, et en consultant l'important ouvrage que MM. Trousseau et Belloc ont publié sur cette maladie, j'ai trouvé sur la planche IX une figure qui rappelle exactement une tumeur syphilitique du muscle thyro-arythénoïdien, bien que les narrateurs de l'observation ne l'aient pas décrite sous ce titre.

D'après les faits et les observations qui précèdent, non-seulement l'existence des tumeurs musculaires syphilitiques peut être considérée comme démontrée, mais on peut se former une idée générale du caractère et du siége de cette affection; il ne nous reste qu'à présenter quelques détails complémentaires sur ses causes, ses symptômes, sa marche et son traitement.

Causes. — La syphilis, si variée dans les influences ultimes qu'elle exerce sur l'organisme, prend le masque d'une foule de maladies locales lorsqu'elle est passée à l'état de diathèse; c'est au praticien à la reconnaître, et à lui assigner le rôle étiologique qui lui convient. Or c'est un fait établi de la manière la moins équivoque que les tissus osseux et fibreux sont principalement affectés dans sa période tertiaire. Pour nous borner aux variétés du dernier tissu, il nous suffira de rappeler que le périoste, les revêtements fibreux de divers organes, les tendons, les aponévroses, sont le siége de lésions particulières que la syphilis provoque par sa seule influence, et sans qu'aucune cause locale ou externe appréciable intervienne pour expliquer leur formation. Les tumeurs syphilitiques des muscles sont dans la même catégorie; elles se développent dans l'épaisseur des faisceaux charnus, sans devoir leur origine à une cause provocatrice particulière; du moins rien d'évident n'a pu être remarqué dans les faits que j'ai observés, si l'on excepte toutefois les organes musculaires de la cavité buccale, où les fréquentes atteintes de la syphilis semblent indiquer une disposition spéciale à recevoir cette influence morbide.

Symptômes. — Lorsque les tumeurs se sont formées dans l'épaisseur des muscles, on les reconnaît à leur siége anatomique et à la gêne qu'elles apportent dans l'exercice des fonctions musculaires. Toute contraction est suivie de douleur, ou celle-ci s'exaspère si elle existait préalablement. Dans certains cas, le muscle affecté se rétracte comme nous l'avons vu pour les muscles psoas et iliaque; mais cette rétraction n'est pas un phénomène nécessaire, et elle peut elle-même se produire par l'action de la syphilis, sans tumeur préalable. Une remarque faite par M. Warren, au sujet des tumeurs musculaires en général, et applicable aux tumeurs syphilitiques, consiste dans leur mobilité ou leur fixité, suivant l'état de relâchement ou de repos du muscle affecté. Si le muscle est en repos, la tumeur peut être explorée avec une entière facilité; on lui imprime des mouvements en sens divers qui servent à la distinguer des tumeurs adhérentes, et l'on apprécie en même temps la plupart de ses autres caractères physiques. Si le muscle entre en contraction, la tumeur acquiert aussitôt une fixité proportionnée à la durée de la contraction, et cette expérience influe aussi sur son degré de résistance et sur sa sensibilité. La consistance des tumeurs musculaires est variable suivant leur ancienneté et le genre de terminaison qu'elles paraissent devoir affecter. D'une dureté assez médiocre dès leur première période, elles deviennent fluctuantes si la matière qui les forme se convertit en pus ou en liquide gommeux; elles deviennent enfin d'une consistance très-grande si, leur résolution n'ayant pu s'effectuer, elles subissent les divers degrés d'induration qui sont la conséquence d'un grand nombre d'inflammations chroniques. Leur forme est ordinairement globuleuse; leur volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange. Au reste, elles sont sans changement de couleur à la peau, sans adhérence avec cette membrane, et ne font éprouver aucune sensation de chaleur insolite, à moins que des accidents phlegmasiques ne s'y manifestent. Des ganglions lymphatiques sont quelquefois engorgés dans leur voisinage, comme je l'ai vu pour des tumeurs des lèvres. Les variations de température et l'état hygrométrique de l'atmosphère réveillent quelquefois leur sensibilité, qui s'accroît aussi pendant la nuit. Enfin, on achève de se faire une idée suffisante de leur nature en prenant en considération d'autres phénomènes pathologiques qui ordinairement se produisent en même temps que ces tumeurs. Le malade qui les présente est presque toujours affecté d'exostoses ou de tumeurs gommeuses du périoste, ou bien il offre des ulcères à l'isthme du gosier. Il est atteint de carie vénérienne; il présente enfin quelques signes récents ou anciens de syphilis. Ces explorations actuelles ou commémoratives sont de la plus haute importance, et donnent de la sécurité au diagnostic.

Marche. — La marche des tumeurs musculaires syphilitiques est toujours lente, et parfois les malades n'y apportent de l'attention que lorsque déjà leur volume est considérable, les premières douleurs qui accompagnent leur formation ayant été prises pour des douleurs rhumatismales. Tous les détails relatifs à leur marche, à leur développement, se rapprochent de ceux des périostites vénériennes, et leur pronostic se confond avec celui de la syphilis constitutionnelle.

Traitement. — Quant à leur traitement, c'est celui qui convient à la période tertiaire de cette dernière affection. Si les mercuriaux n'ont pas été

---

convenable d'imposer aux candidats sont : 1° l'adjonction des capacités, ou, en d'autres termes, la fusion des deux listes du jury ; 2° la présentation prochaine d'une loi sur l'organisation de la médecine, dont les dispositions principales devront comprendre l'abolition de la classification des médecins en deux ordres, et assurer la position de la médecine militaire. Deux commissions, choisies parmi les médecins électeurs, ont été immédiatement nommées et chargées de faire connaître aux candidats des deux opinions la résolution de l'assemblée. L'élection faite, ces deux commissions se réuniront *pour agir en commun sur le député*, et veiller à la réalisation des vœux du corps médical.

Assurément, on ne peut refuser au plan conçu par M. Leroy-d'Étiolles une grande portée. Il n'est pas douteux que si de semblables mesures étaient prises sur tous les points de la France, les médecins n'eussent plus de chances de voir enfin se dessiner, se concréter pour ainsi dire en réalité solide, visible et tangible, cette vaporeuse et fantastique loi d'organisation. Les médecins censitaires sont encore trop nombreux pour que leur détermination ne pèse pas d'un poids considérable dans la balance, et un candidat accepterait d'eux sans grande difficulté un mandat plus ou moins impératif sur des questions dont quelques-unes, comme l'abolition des officiers de santé, peuvent cadrer avec toutes les couleurs politiques, et dont la plus scabreuse, celle de l'adjonction des capacités, commence à prendre faveur (ainsi qu'on a pu le voir dans les dernières assemblées préparatoires), et serait d'ailleurs plus facilement admise pour les médecins que pour beaucoup d'autres membres du corps social. Mais laissant de côté les mandats impératifs d'électeur à député pour ne regarder qu'à nos propres affaires, nous nous demandons si cette action forcée des médecins les uns sur les autres, si cette soumission *obligée* des électeurs censitaires à la volonté de ceux qui ne le sont pas est aussi *convenable* que l'a pensé la Société du 1er arrondissement. Or voilà justement le malheur des choses humaines : la conception du bien est facile, la réalisation difficile. Cela est vrai toujours ; cela est vrai surtout quand il s'agit d'administrer, de concilier les intérêts du grand nombre, plus vrai encore quand ces intérêts touchent à la liberté individuelle. Ici de quoi s'agit-il ? De faire que des citoyens, médecins ou non, n'importe, investis par la loi du droit de nommer les représentants du pays, abdiquent ce droit ; libres de voter suivant leur conscience, ne le soient plus; partisans d'une opinion, en soutiennent une autre. A ce compte, les médecins censitaires non-seulement cesseraient d'être privilégiés, mais deviendraient moins libres que ne le serait le premier médecin venu après l'adjonction des capacités. Dans le système proposé, le censitaire est un instrument, une machine, ou, pour vrai dire, une boule que la majorité jette elle-même dans l'urne. Si, au contraire, la fusion des deux listes du jury était opérée, tous les médecins jouiraient d'une liberté égale, d'une égale indépendance. A chaque tête son vote, son vote consciencieux, volontaire, réfléchi : *oui* ou *non*, *pour* ou *contre*, *blanc* ou *noir*, suivant son opinion et à ses risques et périls ; car nous ne supposons pas que, le cas échéant, on espère également astreindre la minorité *à se conformer au vœu de la majorité* dans le but d'obtenir une unanimité factice et trompeuse, comme on veut y obliger aujourd'hui les électeurs censitaires. Ce serait aussi contraire à la nature de l'esprit humain qu'à celle des institutions. La minorité subit la loi de la majorité ; elle ne se conforme pas à ses vœux ; elle s'avoue vaincue, non ralliée, et garde, dans sa défaite, la plénitude de ses convictions et de sa liberté.

employés, on peut les mettre en usage avec confiance, surtout dans le cas où la constitution des sujets n'est pas trop détériorée. Les pilules de Sédillot, le deutochlorure de mercure en liqueur ou en pilules, associé à l'extrait de gayac ou à l'opium, conviendront particulièrement; il en sera de même du proto-iodure de mercure. Mais si le malade a déjà fait un usage infructueux de ces médicaments, si le mercure, sous quelque forme que ce soit, a été administré d'une manière insuffisante ou irrégulière, ou si des accidents ont succédé à son emploi, il sera infiniment préférable d'avoir recours aux préparations d'or ou à l'iodure de potassium. Il est encore utile de redire que les préparations aurifères sont des médicaments d'une grande efficacité dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, surtout lorsque le mercure a échoué. Dans ce cas, le muriate d'or administré en frictions sur la langue ou en liqueur, triomphe avec promptitude de symptômes vénériens rebelles. Quant à l'iodure de potassium, bien que les faveurs d'une sorte de mode aient exagéré ses vertus thérapeutiques, c'est un médicament fort avantageux dans la syphilis tertiaire, et loin de le trouver infidèle dans le traitement spécial des tumeurs musculaires syphilitiques, j'ai pu reconnaître qu'il a déterminé la résolution de plusieurs d'entre elles avec une promptitude évidente.

Il est inutile d'insister sur la nécessité d'adjoindre les boissons dites sudorifiques à l'emploi du médicament principal. En outre, il y aura lieu parfois d'avoir recours à divers médicaments qui ont pour effet d'activer les fonctions du système absorbant. Les pilules dans lesquelles on fait entrer le calomel, la ciguë, l'extrait de saponaire, le savon médicinal ou d'autres substances que l'on considère comme douées de propriét s résolutives, offrent d'utiles ressources. L'une des observations que j'ai citées est un témoignage du parti qu'on peut en tirer. Enfin, quelques moyens locaux appropriés à l'état particulier de la tumeur, à son siége, à sa profondeur, à la période à laquelle elle est parvenue, occuperont une place convenable dans le traitement. L'ouverture de la tumeur si elle est fluctuante, les frictions avec des pommades iodurées, l'application du vésicatoire, de l'emplâtre de Vigo, ou l'emploi de douches hydrosulfureuses, tels sont les principaux moyens dont le praticien devra discerner la convenance. Je m'abstiens de parler des précautions communes et des règles qui appartiennent au traitement général de la maladie, ce serait entrer dans des détails qui ne peuvent convenir pour l'affection qui vient de nous occuper, et pour la connaissance desquels je dois renvoyer aux ouvrages qui traitent de la syphilis.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE SES PRINCIPES CONSTITUANTS; par le docteur GERMAIN SÉE, de Ribeauvillé (Haut-Rhin), ancien interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DE L'ERGOT DE SEIGLE.

La première analyse rationnelle qui ait été publiée est celle de Vauquelin (*loc. cit.*); il y démontre : 1° une matière colorante d'un jaune fauve qui a une saveur analogue à celle de l'huile de poisson, et qui se dissout dans l'alcool; 2° une matière colorante violette, insoluble dans l'alcool et analogue à l'orseille; 3° une matière huileuse blanche assez abondante d'une saveur douce; 4° une matière végéto-animale, très-abondante, très-putrescible; 5° un acide libre, et un peu d'ammoniaque. Viggers (1), qui analysa l'ergot après Vauquelin, y trouva d'abord les mêmes matières colorantes, la même huile, la même matière fongueuse et osmazôme végétale que Vauquelin; mais il y découvrit de plus :

1° ERGOTINE. — Une poudre particulière d'un rouge brun, d'une odeur séreuse, d'une saveur amère et âcre, neutre dans ses réactions, insoluble dans l'eau et l'éther, soluble dans l'alcool; ce serait là, selon Viggers, le vrai principe actif de l'ergot. Il y a trouvé en outre : 2° une matière grasse particulière; 3° de la cérine; 4° du sucre de champignon; 5° enfin, une grande quantité de phosphate acide de potasse.

L'existence de l'ergotine fut niée par Chevalier, et le docteur Samuel Wright lui refusa toute sa propriété active, prétendant que toute l'activité du seigle résidait dans l'huile blanche dont nous avons parlé; mais avant de vérifier cette opinion, voyons les autres analyses qui ont été publiées.

Robert crut y trouver de la morphine, de la narcotine et de l'acide phosphorique.

Maas y annonça, outre les principes indiqués par Vauquelin, l'existence du gluten, de l'albumine, de la gomme et d'un sel particulier.

Batley (2) parle d'un principe volatile, etc.

Enfin Hooker (3) décrit une huile rougeâtre, très-active, qui serait seule la cause des variations qu'on observe dans les diverses espèces d'ergots du commerce.

Tel était l'état de la science lorsque la Société de pharmacie de Paris, dans le but d'éclairer les divers points en litige, mit la question du seigle ergoté au concours et fixa de nouveau l'attention des chimistes, parmi lesquels il faut citer en premier lieu M. Bonjean (4), pharmacien de Chambéry. Ce chimiste confirma d'abord les travaux de Vauquelin et de Viggers; puis, après avoir cherché inutilement le principe actif du seigle, dans l'analyse directe, il tenta, dans une série d'expériences, de déterminer la valeur, non plus des produits élémentaires, mais des principes que l'ergot cède à l'eau, à l'alcool, à l'éther; il arriva ainsi à reconnaître que le principe actif de l'ergot résidait dans l'extrait aqueux; il prépara d'abord cet extrait en faisant agir l'eau froide, par la méthode de déplacement, sur l'ergot brut ou préalablement macéré dans l'éther. Plus tard, il dit qu'il y avait avantage à modifier ce procédé, et voici comment il s'y prit : après avoir épuisé l'ergot par l'eau, il chauffe la solution aqueuse au bain-marie; si le liquide reste sans se coaguler, on l'amène directement à un état demi-solide; si le liquide se coagule, on sépare le coagulum par le filtre, on concentre au bain-marie la liqueur filtrée, jusqu'à consistance de sirop clair; puis, dans les deux cas, on ajoute un grand excès d'alcool, qui précipite la matière gommeuse; on abandonne ce mélange jusqu'à ce que toute la gomme se soit précipitée, et que la liqueur ait repris sa transparence et sa limpidité; on décante ensuite la liqueur, pour la réduire au bain-marie en consistance d'extrait mou. On

(1) Viggers, ANNALES DE PHARMACIE; 1832.
(2) Batley, BEHRENDS REPERTORIUM, t. I, p. 26.
(3) Hooker, in ANNALES DE SCHMIDT, t. VIII, p. 8.
(4) Bonjean, JOURNAL DE PHARM., t. I et IV; 1842-1843.

M. Leroy ne s'est pas fait illusion sur le sens de son projet : ce qu'il désire, c'est, dit-il dans une circulaire, « non pas un engagement sur telle ou telle question demandée par l'entremise des médecins électeurs aux candidats de toutes les opinions; *c'est une participation* (de tous les médecins) *au choix même des députés;* c'est l'exercice d'un droit reconquis partiellement sur la législation actuelle qui tient l'intelligence en état de suspicion. » Soit; mais aux dépens de qui s'exercerait aujourd'hui, dans le système de M. Leroy, ce droit confisqué des médecins non censitaires? Aux dépens des médecins censitaires! c'est-à-dire d'une grande et respectable portion du corps médical.

Donc, à notre avis, en matière d'élection, le médecin doit s'effacer devant le citoyen et jouir d'une entière liberté. Mais nous allons plus loin, et nous disons que la corporation médicale elle-même doit s'effacer en grande partie. Les élections sont avant tout une œuvre politique. Or, comme corporation, les médecins, non plus que les avocats ou les notaires, ne peuvent s'occuper de politique. Les intérêts mêmes de leur profession, c'est uniquement comme citoyens, par le jeu régulier des institutions et sous l'œil du gouvernement, qu'ils peuvent s'attacher à les faire prévaloir. D'autre part, quoi qu'il en coûte de le reconnaître, l'importance politique des élections domine de très-haut l'intérêt de la profession médicale. Il y aurait quelque étroitesse de vue et quelque égoïsme à subordonner toutes les affaires d'un pays à la satisfaction de besoins en quelque sorte personnels, et à imposer, par exemple, à un médecin censitaire, sur la promesse d'appuyer nous ne savons quel problématique projet d'organisation médicale, un député manifestement en dissidence avec lui sur les grands principes de politique générale.

Pour nous résumer en quelques mots : aux médecins comme citoyens, liberté absolue de leur vote; aux médecins comme corps, abstinence de toute démonstration politique. Tels sont les principes que nous croyons conformes tout à la fois aux convenances, à l'équité et à la loi. C'est uniquement à la condition de bannir la politique de leurs colonnes que les journaux scientifiques doivent le privilége d'être exemptés du cautionnement; c'est à la condition de fermer leurs portes à la politique que les sociétés savantes doivent de se réunir paisiblement pour débattre en commun des questions moins brûlantes, pour régler des intérêts moins jaloux. Et à ce propos, nous le disons bien bas, le jour où la société médicale du 1er arrondissement dissertait sur l'adjonction des capacités, elle était en pleine contravention, et ce n'eût pas été merveille si, à cette intervention électorale, il se fût mêlé tout à coup une autre intervention, fort inattendue sans doute, celle du commissaire de police.

— Pour faire passer les tracasseries dont nous venons de nous rendre coupables, hâtons-nous de témoigner de nos sympathies pour le principe de la participation régulière des savants à l'exercice des grands pouvoirs publics, en fêtant une nouvelle et heureuse application de ce principe. Nous voulons parler de l'élévation de deux membres de l'Institut, MM. Flourens et Poinsot, à la dignité de pairs de France. M. Flourens est, ce nous semble, le premier médecin appelé à la chambre haute. On se rappelle les bruits qui avaient couru, il y a quelques années, sur les conditions auxquelles une semblable dignité aurait été offerte au vénérable Double, et sur le noble refus qui s'en serait suivi. Le choix de M. Flourens se justifie de lui-même; tout le monde applaudira, nous plus que personne. Constatons seulement que la position particulière de l'honorable secrétaire per-

obtient ainsi un extrait mou, rouge-brun, très-homogène, d'une odeur agréable de viande rôtie, due à l'osmazôme, enfin d'une saveur un peu piquante et amère, analogue à celle du blé gâté. Une livre de poudre de seigle fournit 60 à 75 grammes d'extrait. C'est avec cet extrait, désigné encore sous le nom d'ergotine, que M. Bonjean a fait ses expériences; c'est cette même préparation que nous avons administrée à nos malades.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES DIVERS PRINCIPES CONSTITUANTS DE L'ERGOT DE SEIGLE.

HISTORIQUE. — Mais, avant d'exposer nos propres résultats, examinons d'abord ce que la physiologie a enseigné sur ces diverses préparations. On a expérimenté d'abord :

1° La résine que l'ergot cède à l'éther, et on l'a trouvée entièrement inerte, même à des doses très-considérables.

On a expérimenté ensuite :

2° L'huile d'ergot. Samuel Wright et Hoolker lui attribuent des propriétés vénéneuses très-marquées; mais M. Bonjean n'a pas reconnu de différence entre elle et le seigle proprement dit, pourvu qu'on ait eu soin de la préparer au moyen de l'éther. M. Legrip (mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 4 juillet 1844) va plus loin, et il refuse à cette substance toute propriété toxique.

3° L'ergotine de Wiggers a attiré également l'attention des expérimentateurs. Wiggers l'administra à un coq à la dose de 0,45, qui suffit pour déterminer des accidents mortels; mais, entre les mains de M. Bonjean, cette substance ne produisit, même à la dose de 1,25, aucun phénomène notable sur les animaux; et après l'avoir essayée sur lui-même, il n'éprouva aucun symptôme, si ce n'est un peu d'âcreté à la gorge. Mais, dans ces derniers temps, M. Parola (ANNALI UNIVERSI DI MEDICINA, 1844) a fait des expériences qui démontrent que cette substance produit un ralentissement notable du pouls. Un étudiant en pharmacie, qui était affecté d'une hypertrophie du ventricule gauche, prit 10 grains d'ergotine de Wiggers; le pouls, qui était à 67, dur et plein, devint plus mou et tomba à 61. Après une deuxième dose, il y eut diminution notable des battements du cœur avec prostration assez marquée. Après la troisième dose, qui cependant ne fut que de 3 grains, les effets furent bien plus remarquables encore : le pouls tomba à 46. Le sujet se trouvait faible, comme si on lui eût tiré du sang; la face devint pâle et abattue, et, pendant plusieurs jours, les pulsations habituelles cessèrent. Nous verrons plus tard l'importance de ce fait, qui a été nié par M. Bonjean; ses expériences l'amenèrent même à conclure que l'activité du seigle ne résidait dans aucun de ses principes élémentaires, et il fut ainsi amené à essayer l'extrait aqueux que nous avons décrit plus haut.

4° Ergotine de Bonjean. Or toutes les expériences qu'il tenta sur les animaux lui démontrèrent que c'était dans cet extrait que résidait la vertu hémostatique du seigle, et ses effets furent tellement constants qu'il engagea plusieurs praticiens de Chambéry et d'Aix, entre autres MM. Chevallan, Carrat, Bariou, Blanc et Revet, à l'employer chez l'homme. Les résultats ne furent pas moins concluants que les premiers, surtout dans les hémorrhagies utérines, et M. Bonjean les consigna dans un mémoire adressé à M. Cap. La Société de pharmacie chercha de son côté à en faire vérifier l'exactitude, et MM. Nonat, Guérard et Depaul furent chargés de répéter ces expériences. Ces médecins conclurent que, dans plusieurs cas, les accidents hémorrhagiques avaient été calmés ou suspendus après l'emploi de l'ergotine, mais qu'il devait rester du doute sur son innocuité.

Plus tard, M. Bonjean, confirmant ses premiers essais, l'employa dans diverses espèces d'hémorrhagies, savoir : dans les épistaxis, hémoptysies, hématémèses, hématuries. Il prétendit réussir dans tous ces cas.

Il la donna encore, avec un succès inespéré, dans un cas de spermatorrhée, et à un malade affecté de vomissements opiniâtres qui avaient résisté à toutes les autres médications.

« Enfin l'ergotine, dit-il, peut être donnée dans tous les cas où le seigle est jugé convenable, excepté quand on veut agir sur les centres nerveux. »

C'est tout ce que l'on savait de l'ergotine, lorsque M. Arnal (1) vint à l'employer dans les affections chroniques de l'utérus.

Il administra le médicament, pendant des mois entiers, à trente-six femmes, à la dose de 0,60 et même de 1 gramme tous les jours; c'est-à-dire une dose qui représentait 8 grammes de seigle, et il guérit ainsi trente-six femmes. Les effets qu'il produisit sur les divers organes furent variés. A la dose de 0,30 ou 0,40, quelques femmes ont ressenti des douleurs abdominales et lombaires, analogues à celles qui précèdent les règles. Ces douleurs, que M. Arnal regardait comme un signe favorable, se développaient brusquement comme des éclairs, puis cessaient tout à coup pour reparaître au bout d'un temps variable, quelquefois avec une telle intensité, qu'on était forcé de joindre au seigle diverses substances calmantes; mais cet effet ne se montra que chez quelques-unes d'entre elles, il n'augmentait nullement avec la dose, se déclarait à des époques très-variables, tantôt à une heure, tantôt à une autre, et cessait même des journées entières, bien qu'il n'y eût aucune interruption dans la médication, et que les malades prissent le remède tous les jours indistinctement à des intervalles très-réguliers.

Du côté des autres organes, du côté du système nerveux, par exemple, jamais il n'y eut de phénomène direct, jamais d'agitation, de spasme, de mouvements convulsifs, d'insomnie, ni de somnolence.

Une seule malade a éprouvé des fourmillements dans les mains et dans les pieds, et six autres, sur trente-six, ont ressenti une douleur profonde et opiniâtre à la partie postérieure de la tête et du cou.

Le pouls a été compté à diverses époques de la journée, soit par M. Arnal, soit par les malades; jamais on ne constata de différences, excepté chez deux malades, qui présentaient des battements de cœur plus forts qu'avant le traitement; mais à ce sujet M. Arnal dit : « Nous n'oserions assurer que cette différence, si elle n'était pas une illusion, dépendait de l'absorption du médicament ou de quelque influence extérieure ou intérieure; » le sang est toujours resté le même. Les organes digestifs n'ont point non plus éprouvé de dérangement appréciable, l'appétit s'est conservé, les digestions ont continué de se faire comme par le passé, les selles n'ont pas été augmentées, le ventre est resté insensible, et les urines n'ont subi aucune modification.

Il y a plus : chez quelques malades il existait depuis longtemps des affections variées qui se modifièrent très-heureusement pendant l'usage du

(1) Arnal, DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT AQUEUX DE SEIGLE DANS QUELQUES CAS D'AFFECTIONS CHRONIQUES DE L'UTÉRUS, in GAZ. DES HÔPIT., juin 1843.

---

pétuel rentre précisément dans les conditions qu'on suppose imposées aux médecins par les distributeurs de la pairie. M. Flourens ne pratique pas.

— Une triste mort, une mort prématurée, vrai naufrage près du port, vient d'affliger le corps médical. Le docteur Thibert a succombé, à l'âge de 36 ans. Santé, jeunesse, fortune, il avait tout consacré à la réalisation d'une seule pensée, la création de ces belles pièces d'anatomie plastique qui font aujourd'hui la richesse de nos musées. Une société où figuraient les noms les plus honorables de la science avait été formée pour l'exploitation de ses procédés. La fortune, la popularité, souriaient de loin; ce n'était qu'un mirage; la mort, hélas! s'est chargée de le dissiper.

— Un maître maçon de Clichy creusait, il y a quelques jours, un puits dans un terrain nouvellement enclos. Arrivé à 1 mètre de profondeur, il fut surpris de rencontrer un squelette humain; il n'y avait trace de linceul ni de bière. L'homme de l'art déclara : 1° que le squelette était celui d'une femme; 2° que cette femme avait dû périr de mort violente; 3° que l'inhumation remontait à sept ou huit ans; 4° qu'au moment de sa mort, la victime se trouvait dans un état de grossesse avancée. La justice, qui avait fait toutes ces questions, a ordonné une nouvelle expertise. Le résultat en sera-t-il aussi affirmatif? Ce serait un beau triomphe pour la médecine légale. En attendant, que de difficultés à prévoir! Combien doit varier l'activité du travail putride suivant la nature du sol, l'âge, la constitution du sujet, le genre de mort, etc.! Et, quant au fœtus, ce qui en reste permettra-t-il d'en déterminer l'âge par le degré de formation des pièces du squelette? Le fœtus, avec sa molle organisation, ses chairs aqueuses, ses os vasculaires et gorgés de sucs, le fœtus, baigné dans les eaux de l'amnios, ne se sera-t-il pas putréfié plus vite et plus complétement que la mère? On pourrait, à la rigueur, prévoir le cas où un fœtus très-jeune serait entièrement détruit par la putréfaction au milieu des ossements encore conservés de la mère, et où toute trace de grossesse finirait par disparaître. Nous tâcherons de connaître les suites de l'expertise.

— On apprendra avec douleur les infortunes croissantes de la médecine camphrée. La cour royale n'a pas été plus tendre pour le consolateur des affligés, à 20 francs par tête, que ne l'avait été la police correctionnelle. Une supplique démesurément longue, et encore plus démesurément chicanière, accompagnée de *mea culpâ* multipliés, n'a pu désarmer le tribunal, qui a prononcé purement et simplement la confirmation du jugement de première instance.

— Il ne faut pas que la jalousie nous empêche de rendre justice à qui de droit. Tudieu! le maître purgatif que le purgatif du père Repiquet! Trente-six fois le premier jour, dix-sept fois le second jour, pour une seule dose. M. le juge de paix de Villejuif n'a pu siéger ces deux jours-là, dans le sens propre du mot. Il n'a pu siéger non plus les jours suivants par la raison qu'il est mort; mais le père Repiquet estime que c'est faute d'une seconde dose. Malheureusement tel n'est pas l'avis du médecin appelé à visiter le cadavre, et qui déclare que l'effet du remède a été incendiaire; et le père Repiquet, tisserand-herboriste, *reçu par les quatre Facultés*, a été condamné, vu l'état de récidive, à un mois de prison et 30 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, et à 500 francs d'amende pour vente de préparations pharmaceutiques. Voilà de la vigueur. Avis à la médecine camphrée, qui n'en a eu jusqu'ici que pour 15 fr.

— Nous nous proposions de répondre à quelques douceurs tombées à notre

seigle. L'une de ces malades était tourmentée par une gastralgie opiniâtre; une autre était tourmentée par des borborygmes; une troisième par une tympanite très-considérable et douloureuse qui se modifia; enfin une quatrième par une incontinence d'urine idiopathique, suite de grossesse. Toutes ces maladies disparurent ou s'amendèrent sous l'influence de l'ergotine.

Ainsi donc, d'après ce qui précède, l'ergotine serait utile :

1° Dans les hémorrhagies;
2° Dans les engorgements du col;
3° Dans certaines gastralgies et entéralgies;
4° Dans certaines incontinences d'urine.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE;

Publié par les docteurs Roser et Wunderlich.

Le premier cahier trimestriel de 1846 contient : 1° *La thérapeutique rationnelle;* par le professeur Wunderlich. (Généralités sur la thérapeutique, qui, d'après l'auteur, doit se baser autant que possible sur les lois de la physiologie et la thérapeutique.) 2° *Essai d'une échelle de nutrition basée sur la proportion d'azote contenue dans les éléments de nature animale et végétale;* par les docteurs Schlossberger et Kemp. 3° *De la clinique chirurgicale et ophthalmologique d'Erlangen;* par le professeur Heyfelder. (Suite.) 4° *Sur la dynamie de la saignée;* par le docteur Zimmermann. (Deuxième article.) 5° *Sur un* speculum oris; par le docteur Roser. (Nouvelle recommandation de l'emploi de cet instrument chez les enfants.) 6° *Neuf lettres sur le congrès médical de Paris;* par le docteur Szokalski.

ESSAI D'UNE ÉCHELLE DE NUTRITION BASÉE SUR LA PROPORTION D'AZOTE CONTENUE DANS LES ALIMENTS DE NATURE ANIMALE ET VÉGÉTALE; par les docteurs Schlossberger et Kemp.

La distinction des aliments en plastiques ou azotés et en respiratoires ou non azotés est un des grands progrès de la physiologie moderne. Toutes les autres tentatives qui, jusque dans ces derniers temps, avaient été faites pour classer les substances nutritives selon leurs qualités plus ou moins alibiles ont échoué et n'ont pas encore pu servir de règle à la diététique.

Prout avait bien pensé qu'une substance était d'autant plus propre à l'entretien de la vie qu'elle contenait plus de carbone; mais l'expérience a démontré depuis que, quoique nos aliments doivent toujours renfermer du carbone, il est indispensable qu'ils contiennent de l'azote; car l'organisme ne peut convertir en matières azotées celles qui ne le sont pas, quoiqu'il se trouve en contact permanent avec l'azote de l'air atmosphérique et des vapeurs ammoniacales.

Cependant l'échelle de Prout peut encore offrir des avantages en ce qu'elle nous fait connaître la richesse des aliments respiratoires, qui entretiennent d'autant mieux l'hématose pulmonaire et la caloricité qu'ils renferment plus d'hydrogène et de carbone, comme les huiles, les graisses, les fécules, les sucres et les spiritueux.

Mais les matières nutritives proprement dites, celles qui servent au renouvellement du sang et des tissus, ne sont pas les plus riches en carbone; il n'y a que celles qui concourent à la formation des tissus cellulaire et graisseux qui doivent être fortement chargées de carbone; mais celles destinées à la recomposition des matières dites protéiques devront, au contraire, renfermer beaucoup d'azote.

En général, les substances qui contiennent beaucoup de protéine sont aussi fortement chargées de phosphates, et l'évaluation des proportions de ces sels dans un aliment pourrait aussi fournir un jour un moyen d'apprécier les qualités nutritives de certains aliments, de ceux qui sont gélatineux, par exemple.

Pour ce qui regarde la polémique sur la valeur alimentaire de la gélatine pure, il est démontré aujourd'hui que ce principe immédiat, pas plus qu'aucun autre, donné exclusivement, n'est capable d'entretenir la vie. Et si les animaux périssent bientôt lorsqu'ils ne sont nourris qu'uniquement avec de la gélatine, ils ne supportent pas mieux le régime d'aucun autre aliment simple, quelque nourrissant qu'il soit, tels que fibrine, albumine, sucre, graisse, etc.

Les corps protéiniques (albumine, fibrine, caséine) et les gélatineux (gélatine, chondrine) présentent la plus grande analogie dans leur composition élémentaire; ce sont aussi ceux qui nourrissent le plus s'ils sont convenablement mélangés, c'est-à-dire que de bons bouillons et de bons consommés sont aussi les meilleurs aliments, tant pour les bien portants que pour les convalescents et les malades.

Dans une échelle où l'on cherche à ranger les aliments selon leur richesse, il ne peut être question en même temps de leur digestibilité; car il peut se faire que des aliments pauvres en substances nutritives soient, au contraire beaucoup plus faciles à digérer que d'autres plus riches.

Tous les aliments, tels que la nature nous les fournit, sont des mélanges assez constamment les mêmes; mais l'art culinaire en modifie singulièrement les qualités nutritives. Aussi un traité bromatologique sur toutes les espèces de mets deviendrait-il un travail extrêmement compliqué.

Jusqu'à présent on n'a encore bien étudié la propriété alibile, c'est-à-dire la richesse en azote, que dans quelques produits végétaux, dans ceux qui servent à la nourriture de nos animaux herbivores et granivores domestiques.

On a trouvé dans 100 parties bien séchées de

Riz	1,39	Pain blanc	2,27
Pommes de terre	1,5	Pain noir	2,63
Navets	1,7	Pain artificiellement panifié de Glascow	2,17
Carottes	2,4	Farine d'Essex	2,17
Seigle	1,7	Farine du Canada	2,21
Maïs	2,0	(Thompson, dans London philosoph. Magazin, 1843, p. 323.)	
Orge	2,0		
Blé	2,2		
Avoine	2,2		
Pois	3,8	Agarics délicieux	4,6
Lentilles	4,4	Rousselot	4,2
Fèves	5,1	Chanterelle	3,2
Haricots	4,5	(Schlossberger et Doepping, dans Annales de Liebig, octobre 1844.)	
(Boussingault, Économie rurale, v. II, p. 483, Paris, 1844.)			

adresse de la bouche de Petit-Jean, dit Jean Raymond. Nous apprenons qu'il est malade. L'intérêt que nous portons à sa santé est trop vif pour que nous nous permettions de l'exposer, par un bavardage intempestif, au plus léger accès de fièvre. Le calme et le silence sont des conditions favorables à l'heureuse solution des maladies; c'est élémentaire en thérapeutique. Nous préférons donc retarder encore l'administration du léger stimulant que nous tenions en réserve et qui ne pourra, après la chute des accidents aigus, qu'activer heureusement la convalescence. Nous prions Dieu que ce soit le plutôt possible, et qu'il délivre, du même coup, notre cher confrère de la démangeaison causée par les plaques de scarlatine, et nous-même de la démangeaison qui nous tient à la langue.

— On lit dans l'Indépendant, journal du Midi :

« Une certaine agitation se faisait remarquer, il y a quatre ou cinq jours, à la Faculté de médecine de Montpellier. Les élèves, plus nombreux que d'habitude, se pressaient dans la salle d'examen, et il était facile de voir, à leur animation, à leurs paroles chaleureuses et indignées, qu'ils étaient vivement impressionnés par un fait extraordinaire. Voici les explications que nous avons demandées et qui nous ont été fournies par plusieurs d'entre eux. Le fait que nous avons à signaler est de la plus haute gravité. Nous le rapportons parce qu'il est généralement accrédité, et qu'il est nécessaire, ce nous semble, de provoquer, à cet égard, des explications.

» Un officier de santé, aspirant au doctorat, s'est présenté chez M. Duportal, qui devait être l'un de ses examinateurs, et lui a dit qu'il désirait être reçu avec la note *bien*. M. Duportal a dit que cette note lui serait donnée s'il répondait de manière à la mériter; l'élève a insisté alors, disant qu'il était nécessaire qu'il eût la note *bien*, et comme M. Duportal repoussait une telle prétention, son visiteur lui a exhibé une lettre dans laquelle on disait que cet élève devait être reçu avec la note *bien*, pour se le rendre favorable, lui ou ses parents, dans les prochaines élections. De qui était cette lettre? Nous n'en savons rien, et il court à ce propos différents bruits. Quoi qu'il en soit, M. Duportal, blessé d'une pareille atteinte à la dignité du professeur, a congédié l'élève et a déclaré qu'il ne siégerait pas à son examen. En effet, bien que M. Duportal fût porté sur la liste des examinateurs, il n'a pas paru à l'examen, et a été remplacé. L'élève a été reçu avec la note *assez bien*, que, du reste, il a méritée par ses réponses, à ce qu'on nous assure. L'insulte faite à M. Duportal était connue; deux élèves qui devaient aussi l'avoir pour examinateur étaient allés lui rendre visite; et M. Duportal, leur racontant ce qui se passait, leur avait dit qu'il ne pourrait pas les examiner. Ces élèves ont rapporté le fait à leurs condisciples. Aussi les étudiants étaient venus en foule à cet examen, et ont protesté par des exclamations non équivoques contre cette énormité. »

— Le docteur Robert Graham, professeur de botanique à l'Université d'Édimbourg, est mort à Coldach, dans le comté de Perth. On doit à ce célèbre professeurs les magnifiques jardins botaniques de la ville.

A ces tableaux MM. Schlossberger et Kempt viennent maintenant ajouter les résultats de nouvelles recherches chimiques sur les aliments tirés tant du règne végétal que du règne animal. Pour évaluer la quantité d'azote contenue dans une matière organique, ils ont suivi la méthode de Will et Warrentrapp et pesé l'ammoniure de platine obtenu par la combustion de 100 parties de matières complétement desséchées. C'est ainsi que 0,438 grammes de lait de femme leur ont donné 0,110 de platine ammoniacal = 1,59 °/. d'azote. Le lait de vache, beaucoup plus riche en azote, 0,404 grammes, obtenus par la dessiccation au bain marie, ont donné par la combustion 0,241 de platine ammoniacal = 3,78 °/. d'azote.

Prenant ensuite le lait de femme pour un équivalent moyen à peu près, et en le marquant 100, MM. Schlossberger et Kempt donnent l'échelle suivante :

ALIMENTS VÉGÉTAUX.

Riz	81	Pain artificiellement panifié de Glascow	134
Pommes de terre	84	Fèves	320
Navets	106	Pois	233
Maïs	100—125	Lentilles	276
Avoine	138	Haricots	283
Orge	125	Agaric délicieux	289
Blé	119—144	Agaric rousselot	264
Pain blanc	142	Agaric chanterelle	201
Pain noir	166		

ALIMENTS TIRÉS DU RÈGNE ANIMAL.

Lait de femme	100	Chair de pigeon crue	756
— de vache	237	— d'agneau crue	833
Fromage	231—447	— de mouton crue	773
Jaune d'œuf	305	— — bouillie	952
Foie de crabe	471	— de veau crue	873
Huitre	305	— — bouillie	911
Moule crue	328	— de bœuf crue	880
— bouillie	660	— — bouillie	942
Anguille crue	434	Poumon de bœuf	931
— bouillie	428	Fibre nettoyée d'anguille	908
Saumon cru	776	— de saumon	982
— bouilli	610	— de hareng	114
Foie de bœuf	570	— de turbot	988
— de pigeon	742	— d'aigre-fin	988
Jambon cru	539	— de raie	957
— bouilli	807	— de pigeon	775(!)
Bouillon	764	— d'agneau	916
Blanc d'œuf	845	— de mouton	928
Chair de crabe	859	— de bœuf	935
— de raie	859	— de porc	893
— de hareng crue	910		
— — bouillie	808	Protéine pure	1006
Laitance (testicule) de hareng	924	Albumine	996
		Fibrine	999
Chair d'aigre-fin crue	920	Caséine	1003
— — bouillie	816	Gélatine	1128
— de turbot crue	898	Chondrine	910
— — bouillie	954		

VI. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE;

Publié par Busch, de Ritgen et de Siebold.

Le troisième cahier du dix-huitième volume et le dix-neuvième volume contiennent : 1° *Critique des différentes méthodes d'accouchement prématuré artificiel, surtout de celles proposées dans les dix dernières années;* par le docteur Hoffmann. (Excellente monographie qui répond parfaitement à son titre, et où le lecteur trouvera une appréciation des différentes manières de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, ainsi que l'indication des sources où l'auteur lui-même a puisé.) 2° *Accouchement clandestin, avec lésion grave à la tête de l'enfant;* par le docteur de Siebold. (Rapport médico-légal sur un accouchement d'une femme non mariée dont l'enfant présentait au côté de la tête une large ecchymose avec fracture du crâne. Le cordon ombilical était rompu, non coupé et non lié. L'enfant paraît être mort d'hémorrhagie. La mère, couchée sur le seuil de la porte, a prétendu avoir perdu connaissance et être tombée sur l'enfant.) 3° *Deux cas d'oblitération de l'œsophage, avec communication de la partie inférieure de ce conduit avec la trachée-artère;* par le docteur Lévy. 4° *Compte rendu de la clinique d'accouchement de Gœttingue, pendant les années* 1841, 1842, 1843 et 1844; par le docteur de Siebold. 5° *Justification des droits de l'art ancien et moderne;* par le docteur Stein. (Critique très-acerbe de l'ouvrage de M. Trefurt, à Gœttingue, sur la version après application infructueuse du forceps.) 6° *Accouchement prématuré artificiel;* par le docteur Hoffmann. (Observation d'une femme ayant le bassin trop étroit d'un demi-pouce, qui fut accouchée une première fois à l'aide du forceps d'un enfant mort. Au terme d'une seconde grossesse, on appliqua inutilement le forceps au-dessus du détroit supérieur. Les accoucheurs désespérés de ne pouvoir pas amener la tête et trouvant la femme trop épuisée pour la soumettre à l'opération césarienne, firent la perforation du crâne de l'enfant, quoiqu'on entendît encore les battements de son cœur. Dans une troisième grossesse, on eut recours à l'accouchement prématuré artificiel, sans détermination exacte de l'époque de la conception; au lieu de faire l'opération au commencement du neuvième mois lunaire, comme on se l'était proposé, elle a été faite au huitième. L'enfant est mort douze heures après la naissance.) 7° *Observation d'accouchement d'une femme avec un bassin oblique ovalaire et ankylose de la symphyse sacro-iliaque gauche;* par le professeur Danyau, à Paris; communiquée par le professeur Martin, à Iéna. (V. Gaz. Méd., p. 394, 1845.) 8° *Sur la rétroversion de l'utérus ;* par le docteur Hoffmann. (Une femme de 52 ans eut une perte de sang; le toucher fit reconnaître un renversement de la matrice douloureuse au toucher; on fit de vains efforts pour exercer la réduction; après deux mois de souffrance, elle succomba à une péritonite; l'autopsie confirma le diagnostic.) 9° *Sur l'organisation de la femme;* par le professeur Osiander. (Comparaison minutieuse entre les parties du corps de l'homme et celles de la femme.) 10° *Quatre observations d'hydropisie de l'ovaire ;* par le docteur Schreiber. 11° *Compte rendu de la clinique d'accouchement de Halle, pendant* 1844; par le docteur Hohl. (Énumération du petit nombre de cas d'accouchement, suivie d'une appréciation de l'emploi du seigle ergoté; de la version sur un seul ou les deux pieds; et des tumeurs sanguines sur les os pariétaux dans les cas d'accouchements par la face, qui sont dues, d'après l'auteur, à une pression de l'utérus ou du bassin.) 12° *Sur la puberté des femmes hindoues;* par le docteur Robertson. (Article extrait de l'anglais et déjà rapporté par la Gazette Médicale.) 13° *Description d'un bassin vicié dans les diamètres transverses ;* par le docteur Kirchhoffer. (Ce mémoire, trop long pour être reproduit dans tous ses détails, traite d'un bassin qui a appartenu à une femme rachitique dans son enfance, et qui est morte à l'âge de 21 ans, à la suite d'une opération césarienne. Le sacrum manquait d'oreillons, proéminait en avant et était plus bas qu'à l'état normal ; il était synordosé avec les deux os des îles, dont les deux épines postérieures et supérieures se sont trouvées très-rapprochées. Le diamètre transverse du détroit supérieur n'avait que trois pouces et demi, et celui du détroit inférieur était réduit à un pouce.) 14° *Rapport médico-légal sur une naissance clandestine, avec fracture des os du crâne de l'enfant ;* par le docteur de Siebold. (Les lésions du crâne sont dues, au dire de l'accusée, à des coups qu'elle aurait donnés à l'enfant avec ses pieds chaussés de sabots, dans un état de perte de connaissance, version contredite par le médecin expert.) 15° *Sur le décollement du placenta implanté sur l'orifice, avant la sortie de l'enfant, pour arrêter les hémorrhagies utérines ;* par le docteur Osiander. (Extrait de journaux anglais. V. Gaz. Méd., p. 370, 1846.) 16° *Trois cas d'opération césarienne;* par le docteur Kunsemüller. 17° *Épilepsie chez une femme enceinte ;* par le docteur Polack. (Une femme de 41 ans, accouchée heureusement sept fois, était sujette, depuis plusieurs années, à des accès d'épilepsie; arrivée au terme de sa huitième grossesse, elle eut une forte attaque : on la délivra par la version pendant les convulsions. Elle mourut au bout de quatre heures; l'enfant, très-chétif, n'a vécu qu'un jour.) 18° *Sur l'innocuité de l'emploi de l'électro-galvanisme pour la mère et l'enfant;* par le docteur Schreiber. (Nous attendons des faits bien plus convaincants de succès pour oser recourir au moyen préconisé par l'auteur.)

DEUX CAS D'OBLITÉRATION DE L'ŒSOPHAGE, AVEC COMMUNICATION DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE CE CONDUIT AVEC LA TRACHÉE-ARTÈRE ; par le professeur Lévy (de Copenhague).

Obs. I. — Un nouveau-né en apparence bien conformé ne pouvait pas téter et rendait tout ce qu'on essayait de lui faire avaler. Le lendemain de la naissance, on introduisit, dans l'œsophage, une sonde qui s'arrêta à la profondeur d'environ 4 pouces. Une injection de lait par la sonde fut immédiatement rendue par la bouche et le nez, et provoqua des symptômes de suffocation. On diagnostiqua une occlusion de l'œsophage et on injecta du bouillon dans le rectum. Au moment de la naissance, l'enfant avait pesé six livres et demie ; le 2 juillet, à neuf heures et demie du soir, quarante-six heures après la naissance, il n'avait plus que cinq livres et demie ; le 3, à neuf heures et demie du matin, cinq livres trois huitièmes; à neuf heures et demie du soir, cinq livres un quart; le 4, à neuf heures et demie du matin, cinq livres un huitième; à neuf heures et demie du soir, cinq livres. L'enfant succomba à dix heures et demie.

Il avait perdu dans quatre jours une livre et demie de son poids, dans les deux derniers jours un 8e de livre par chaque intervalle de deux heures. L'urine et les excréments avaient un aspect naturel; ils étaient rares et dépassaient à peine le poids du bouillon injecté.

A l'autopsie on trouva que l'extrémité supérieure de l'œsophage se terminait à un cul-de-sac où s'arrêtait la sonde introduite par la bouche. Cette impasse avait un pouce un quart de long et une largeur double d'un œsophage ordinaire; la structure des fibres musculaires ne présentait rien d'anormal, sinon qu'elles convergeaient à leurs bouts tronqués.

L'extrémité inférieure de l'œsophage s'abouchait à la trachée-artère, en sorte qu'une sonde engagée par une incision de l'estomac dans l'orifice cardiaque passait facilement à travers la trachée-artère et le larynx, jusque dans la cavité buccale. La communication entre la trachée-artère et la portion cardiaque de l'œsophage se trouvait à une ligne au-dessus de la bifurcation de la trachée; elle présentait une ouverture ovale longue de trois lignes et d'une ligne de large; la paroi postérieure du conduit aérien et la muqueuse respiratoire étaient continues avec celle du conduit digestif.

Obs. II. — Chez un fœtus né avant terme, mort immédiatement après sa naissance, M. Lévy trouva, outre plusieurs vices de conformation des organes de la région pelvienne un œsophage terminé en cul-de-sac par la partie supérieure et communiquant avec la bronche droite par la partie inférieure.

La communication du canal alimentaire avec le conduit aérien différait du cas précédent en ce qu'on trouva encore des demi-cerceaux cartilagineux dans une certaine étendue de l'œsophage.

Outre le cas de Martin, reproduit dans l'Anatomie pathologique de M. Andral, M. Lévy n'en a pas trouvé d'autres exemples que ceux que nous venons de rapporter ; ils militent en faveur de l'opinion de ceux qui regardent les monstruosités comme des arrêts de développement.

Compte rendu de la clinique d'accouchement de Goettingue, pendant les années 1841, 1842, 1843 et 1844; par le docteur de Siebold.

Pendant ces quatre années, il y a eu 461 accouchements, parmi lesquels se sont trouvés 6 fois des jumeaux; donc 467 naissances: 240 garçons et 227 filles; 229 accouchements eurent lieu de six h. du matin à six h. du soir, le plus souvent dans la matinée, et 232 de six heures du soir à six heures du matin, le plus grand nombre après minuit. La plus longue durée de travail a été de quatre-vingt-quatre heures, la plus courte de trois quarts d'heure.

Sur les 467 naissances, on compta :

Accouchements naturels	422
— par version	4
— par extraction des pieds	3
— par application des forceps	36
— par perforation	1
— par opération césarienne	1
	467

Toutes les femmes accouchées par le forceps survécurent, deux enfants seulement furent amenés morts. Il est remarquable que le plus souvent l'accoucheur se plaça à côté de la femme, sans la déranger de sa position ordinaire dans le lit, tant pour appliquer l'instrument que pour faire l'extraction.

Les 4 enfants extraits par la version ont succombé.

Des 3 extractions par les pieds qui s'étaient présentés, un enfant survécut, un autre succomba, et le troisième était déjà dans un état de décomposition.

L'accouchement prématuré artificiel fut provoqué sur une femme qui, antérieurement, avait été délivrée de deux enfants morts, un par perforation du crâne; l'enfant n'a vécu que quelques heures.

La perforation fut faite sur un enfant évidemment mort pour cause d'étroitesse du bassin.

L'opération césarienne a été indiquée pour une ostéomalacie chez une femme multipare, quoique la mort de l'enfant fût déjà constatée; la mère succomba le cinquième jour.

Le placenta a été extrait de l'utérus 11 fois pour cause d'hémorrhagie, et toujours avec succès; 4 fois il a fallu le décoller, et une fois les adhérences étaient produites par des concrétions calcaires.

22 enfants sont mort-nés, et 21 ont succombé dans les premiers jours après la naissance.

10 femmes sont mortes: 6 de péritonite, 2 de fièvre nerveuse, une de *delirium tremens* et une des suites de l'opération césarienne.

Sur les 467 enfants, 453 présentèrent la tête en naissant, 311 fois le pariétal droit et 123 fois le pariétal gauche. Dans 434 cas, la petite fontanelle a toujours été en avant, et si au commencement du travail elle s'est trouvée en arrière, elle a fini par se porter en avant au moment où la tête a franchi le détroit inférieur.

Dans huit autres cas seulement, la fontanelle est restée en arrière et la rotation ne s'est pas faite; du reste, quelle que fût la position de la tête, M. de Siebold a toujours trouvé la suture sagittale parallèle au diamètre oblique du bassin et les fontanelles placées sur le côté même au moment de franchir la vulve. La position de la face n'a été observée qu'une fois et l'accouchement s'est terminé naturellement. Sur 1,400 accouchements auxquels M. de Siebold a assisté depuis 1833 cette position ne s'est présentée que trois fois à la clinique.

Dans six positions du coccyx, quatre fois l'accouchement s'est terminé sans le secours de l'art et heureusement pour la mère et l'enfant; une fois il a fallu faire des tractions sur la tête et l'enfant a succombé, et une autre fois on a été obligé de dégager les épaules, et l'enfant a vécu.

Dans cinq positions des pieds, il a fallu avoir recours trois fois à l'extraction des enfants dont un est né vivant, un autre a succombé pendant le travail et le troisième était déjà dans un état de putréfaction.

Dans les deux cas abandonnés à la nature un enfant était vivant et l'autre en état de putréfaction.

Quatre observations d'hydropisie de l'ovaire; par le docteur Schreiber.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter le résumé fait par l'auteur lui-même de ses observations :

Les quatre malades étaient âgées de 41, 67, 36 et 58 ans.

La *menstruation* est restée régulière chez la femme de 36 ans; elle a continué encore au commencement de la maladie chez celle de 41 ans, et la suppression parait avoir hâté l'hydropisie de l'ovaire qui s'observe ordinairement à un âge où la menstruation a déjà cessé.

La femme de 41 ans avait accouché huit fois; celle de 67, cinq fois; celle de 36, quatre fois; celle de 58, deux fois.

Le *siége* de la maladie était deux fois à droite, une fois à gauche, et une fois aux deux côtés.

Développement et durée. La femme de 36 ans avait eu à 12 ans un abcès dans la région ovarique droite, ce qui ne l'a pas empêchée de se marier malgré l'avis du médecin, de devenir mère à 30 ans après plusieurs années de mariage. Après une première couche laborieuse, le ventre se tuméfia surtout du côté droit, et après un écoulement d'une quantité considérable de sérosité et de pus par le rectum et le vagin, la femme finit par se remettre, accoucha facilement deux fois et avorta dans la quatrième grossesse.

Chez la femme de 67 ans, la maladie se déclara à l'âge de 42 ans avec des symptômes hystériques; la mort est survenue après deux ans.

La femme de 41 ans eut pendant une grossesse de fortes coliques; quinze ans avant le diagnostic positif de l'hydropisie à laquelle la malade a succombé au bout de deux ans. Celle de 58 ans a eu des crampes d'estomac, des douleurs dans le ventre et une fois une inflammation abdominale; la malade est morte à la fin du dix-huitième mois.

Symptômes principaux. Tuméfaction indolente, circonscrite dans l'hypogastre, difficulté d'uriner et constipation opiniâtre dans trois cas; une fois vomissements de matière fécale. Les trois femmes qui ont succombé avec des symptômes de péritonite ont vaqué à leurs occupations pendant toute leur maladie et n'ont été forcées de garder le lit que peu de temps avant leur mort.

La *ponction* faite à temps soulage, mais vers la fin de la maladie elle semble hâter la mort. Elle a été répétée toutes les cinq à huit semaines, et a fourni chaque fois, mesure moyenne, 15 chopines.

Trois cas d'opération césarienne; par le docteur Kunsemuller.

Obs. I. — Une femme de 41 ans et demi avait déjà accouché heureusement de six enfants; au terme de la septième grossesse, on fut obligé de pratiquer l'opération césarienne. L'enfant fut retiré mort et la mère succomba le lendemain.

Obs. II. — Une femme de 43 ans a accouché heureusement dix fois. Son bassin déformé par ostéomalacie exigea l'opération césarienne à la fin de la onzième grossesse. L'enfant était mort et la femme succomba le sixième jour.

Obs. III. — Une femme de 38 ans a eu heureusement cinq enfants. Elle a eu beaucoup à souffrir de misère et de maladie. Son bassin se déforma. A la sixième couche, on trouva le diamètre antéro-postérieur diminué; pourtant on parvint à extraire un enfant avec le forceps. A la fin de la septième grossesse, l'ostéomalacie avait fait beaucoup de progrès; on fut obligé d'avoir recours à l'opération césarienne. La mère et l'enfant ont été sauvés.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUILLET.

GASTROTOMIE FISTULEUSE.

M. Sédillot adresse la première partie d'un mémoire sur la gastrotomie fistuleuse. L'auteur donne le nom de gastrotomie fistuleuse à une opération consis-

tant à établir aux parois de l'estomac une ouverture permanente, dans le but de fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement complet de l'œsophage condamne à mourir d'inanition.

Dans cette première partie de son travail, M. Sédillot donne un aperçu sommaire des considérations sur lesquelles il fonde l'indication et les probabilités de succès de l'opération qu'il propose. Ces considérations sont puisées dans les faits de guérison de plaies de l'estomac et d'existence de fistules gastriques permanentes, compatibles avec la vie, dans la possibilité de produire directement une fistule permanente de l'estomac, et dans les expériences faites sur les animaux.

Parmi les diverses questions qui se présentaient à élucider, l'auteur a examiné les suivantes : 1° Les aliments introduits dans l'estomac par la fistule y seront-ils suffisamment contenus? 2° Seront-ils digérés? 3° Quelles modifications pourraient apporter dans la composition du chyle, et par suite dans la nutrition, l'absence de la mastication, de la salivation et de l'action des mucosités pharyngo-œsophagiennes et la présence de la fistule? 4° Par quels moyens pourrait-on annihiler en tout ou en partie les inconvénients, s'il en existe?

Voici quelques-unes des considérations qu'il émet sur chacune de ces questions :

1° Les observations de fistules gastriques démontrent que les malades parvenaient aisément à fermer l'orifice de leur fistule par des tentes, des bandages ou des corps métalliques d'une forme et d'un volume appropriés. La plupart jouissaient de toutes les apparences de la santé, et les aliments et les boissons ne s'échappaient pas involontairement de leur plaie. S'il en est ainsi de fistules accidentelles d'une étendue primitivement considérable, dans beaucoup de cas l'occlusion par un obturateur serait plus facile encore chez nos opérés.

2° Une fistule étant formée et pouvant être à volonté ouverte ou fermée, il est clair que des aliments réduits en pâte molle, ou semi-liquide, y seraient injectés de dehors en dedans, et qu'ils rempliraient ainsi l'estomac. Mais ce viscère les réduirait-il en chyme? Aucun doute ne saurait exister à cet égard, témoin l'exemple journalier des malades que l'on nourrit au moyen d'une sonde œsophagienne.

3° S'il est acquis que la nutrition puisse s'entretenir avec le secours d'une sonde œsophagienne, ou ventriculaire, quels seront les résultats du défaut de la mastication et de l'insalivation des aliments? La mastication est une trituration mécanique facile à reproduire artificiellement. L'insalivation resterait donc seule en cause.

En résumé, l'auteur cherche à prouver, par des considérations empruntées à la pathologie et à la physiologie humaines que la gastrotomie fistuleuse est une opération parfaitement fondée en théorie et en fait.

M. Serres rappelle, à l'occasion de cette communication, qu'ayant été depuis longtemps vivement préoccupé de l'horrible situation dans laquelle se trouvent les personnes en proie à une affection organique de l'estomac ou de l'œsophage qui s'oppose à l'introduction des aliments, il avait eu l'idée d'une opération analogue à celle que propose l'auteur de ce mémoire, mais que l'occasion d'en faire l'essai ne s'étant pas présentée, il n'y avait pas donné suite. Il se félicite aujourd'hui que M. Sédillot ait conçu la réalisation d'un semblable projet.

L'objet de cette communication ayant quelque analogie avec celle qu'a faite, il y a quelque temps, M. Maisonneuve sur une méthode nouvelle d'invagination pour remédier aux étranglements intestinaux, M. Serres propose de renvoyer le mémoire de M. Sédillot à la même commission.

M. Flourens fait observer que l'auteur étant membre correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu de renvoyer son travail à une commission; mais un extrait de son mémoire sera inséré dans les comptes rendus, où la commission en pourra prendre connaissance.

ALTÉRATION DES GLOBULES DU SANG DANS LES MALADIES.

MM. Albert Dujardin et Didiot, chirurgiens militaires au Val-de-Grâce, adressent à l'Académie les résultats de quelques recherches entreprises par eux sur le degré comparatif de vitalité des globules sanguins de l'homme dans divers états de maladie.

Les expériences que M. Dumas a fait connaître, il y a deux mois, avaient été faites sur le sang de l'homme sain; M. Dumas avait vu les globules, en présence du sulfate de soude et d'un air incessamment renouvelé, résister à l'altération.

Les auteurs, après avoir trouvé les mêmes phénomènes sur l'homme sain, ont cherché à faire quelques pas dans cette voie par l'étude du sang dans les maladies.

Le sang des saignées, recueilli au sortir de la veine, mêlé à une égale quantité de solution concentrée de sulfate de soude et battu pendant quelques minutes, était passé au travers d'un linge pour le débarrasser de la fibrine. Ils ajoutaient encore 2 parties de solution, soit 3 de solution pour 1 de sérum chargé de globules; puis le mélange était versé promptement sur des filtres de papier déjà mouillés de solution. Voici les résultats observés dans quelques cas de maladies spécifiées.

A. Fièvres typhoïdes. — Chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, les auteurs ont observé dans les globules une diffluence et un défaut de résistance si constamment en rapport avec la gravité de l'affection, qu'il devenait possible de les prévoir d'après l'exploration médicale des malades.

B. Maladies diverses. — Dans l'érysipèle spontané, les globules ont passé abondamment comme dans les affections typhoïdes graves.

Les globules ne résistent pas non plus dans quelques maladies où l'hématose devait être incomplète, comme la phthisie, quelques affections organiques du cœur, la pneumonie disséminée de forme typhoïde.

Mais dans les pleurésies, les pneumonies franches, l'hémoptysie simple, la dyssenterie aiguë, le rhumatisme aigu et tous les cas de rougeole, les globules sanguins sont toujours restés intacts sur les filtres, séparés du sérum qui filtrait limpide.

Tels sont les résultats avec le sulfate de soude.

Quant à ce qui est de l'action dissolvante et vraiment délétère du sel marin ou du sel ammoniac sur les globules sanguins qu'ils semblent asphyxier, elle nous a paru, disent les auteurs, toujours trop rapide pour être soumise à des observations comparatives.

Nous avons pu remarquer, ajoutent-ils, dans ces expériences que le battage n'aérait pas avec la même facilité des sangs d'origine différente; plus rapidement si les globules étaient bien vivants comme le prouvait leur résistance à la filtration, avec lenteur et difficulté quand ils étaient diffluents.

Puis les globules, laissés sur le filtre quand on cessait de projeter de l'air dans le liquide ne semblaient aussi s'altérer qu'après un laps de temps en rapport direct avec la force de résistance qu'ils avaient présentée à la filtration.

ACTION COMPARÉE DES BOISSONS ALCOOLIQUES SUR LES ANIMAUX.

M. Bouchardat adresse la fin de son travail sur les alcooliques. Cette partie est relative aux observations hygiéniques sur les boissons alcooliques et les principaux vins, suivie de considérations sur le commerce de vins dans la ville de Paris. Voici les principaux résultats des expériences de l'auteur :

A. De l'action comparée des alcooliques sur les divers animaux. — Lorsque l'alcool est introduit dans le torrent circulatoire, c'est sur lui que se porte principalement l'action comburante de l'oxygène, et les globules étant privés de l'influence de ce principe vivificateur, ne prennent plus leur couleur vermeille, ils sont asphyxiés, et si la quantité d'alcool est élevée, l'animal meurt, comme si on l'avait plongé dans l'air privé d'oxygène. Les carnivores, comme le chien, dont l'estomac est volumineux comparativement au reste de l'appareil digestif, sont très-sensibles à l'action de l'alcool et peuvent être tués par une dose modérée, car elle est rapidement absorbée sans dépasser le duodénum. Les rongeurs herbivores, comme les lapins, sont également tués par une petite quantité d'alcool, car l'absorption dans l'estomac est très-rapide; on ne trouve pas d'alcool dans les intestins. Les oiseaux granivores, tels que les poules, peuvent supporter des doses comparativement plus élevées d'alcool; la cavité intérieure de leur estomac est limitée, cet organe est muni de muscles vigoureux; l'alcool étant ingéré n'y séjourne pas; on en trouve dans tous les intestins; il est alors transporté au foie par la veine-porte et ne parvient ainsi que plus lentement dans le grand appareil de la circulation. Les poissons peuvent vivre à la température de + 5 dans l'eau contenant un demi-centième d'alcool.

B. Influence des alcooliques sur la sécrétion urinaire. — Les expériences de M. Bouchardat le conduisent à admettre que, sous l'influence des alcooliques en proportion élevée, la quantité d'urine rendue en 24 heures diminue; il en est de même de la quantité absolue d'urée; l'acide urique, au contraire, est excrété en quantité plus élevée.

TRAITEMENT DES DÉRANGEMENTS DE L'EXCRÉTION URINAIRE CAUSÉS PAR L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

M. Aug. Mercier envoie un mémoire intitulé : Sur le traitement des dérangements de l'excrétion urinaire causés par l'hypertrophie de la prostate. Le travail de M. Mercier peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le traitement médical des engorgements prostatiques lui semble inutile, ou pour le moins très-incertain.

2° Le traitement de la rétention d'urine par les excitants de la contractilité musculaire a quelquefois réussi, mais d'une manière toute différente de ce qu'on pensait, et non sans de graves dangers pour les malades.

3° La ligature et l'arrachement des tumeurs prostatiques sont très-rarement applicables, et la dernière doit être très-dangereuse.

4° Lorsqu'on a affaire à une tumeur saillante, ou pédiculée, de la portion sus-montanale, on pourrait en opérer l'excision; mais il serait rationnel et prudent de tenter auparavant la dépression.

5° Lorsqu'il s'agit de valvules, ou de tumeurs peu saillantes, à large base, l'incision donne de grandes chances de succès. La dépression pourrait encore être essayée, mais ses résultats sont moins certains et surtout moins durables.

6° Lorsque du sommet des lobes latéraux des tumeurs s'élèvent dans la vessie, on n'a presque pas d'autre ressource que l'excision, à moins qu'on ne veuille essayer le procédé de Physick, ou plutôt quelque autre mode de dilatation plus énergique, car celui de Physick me paraît peu puissant. Heureusement que ces cas sont assez rares.

7° Lorsque c'est une tuméfaction centrale de l'un des lobes latéraux qui met obstacle au cours de l'urine en déviant le canal, on n'a d'autre ressource pour pour redresser quelque peu celui-ci que de mettre à demeure des sondes volumineuses dans leur tiers terminal. Heureusement encore que cette sorte d'hypertrophie amène rarement une rétention complète et continue.

8° Dans tous les cas, lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne veut pas tenter la cure radicale, il faut habituer le malade à se sonder lui-même, ou quelqu'un de ses proches à le sonder à l'aide d'une sonde élastique à courbure fixe. Ce moyen prévient presque tous les accidents qui résultent de la rétention d'urine, et quelquefois il permet, en prévenant la distension de la vessie, de rendre à cet organe sa contractilité, surtout si l'on joint à cela quelques moyens que l'auteur se propose d'exposer dans un autre travail.

9° Le cathétérisme dans les cas d'hypertrophie prostatique exige beaucoup d'étude et de prudence, parce qu'on est alors très-exposé à faire des fausses routes, et que ces fausses routes, quoique peu dangereuses en elles-mêmes, deviennent extrêmement graves, en ce sens que les instruments s'y engagent pres-

que nécessairement, et qu'elles rendent par conséquent impraticable le traitement palliatif indiqué dans la précédente proposition.

10° Quant aux formes d'hypertrophie qui donnent lieu à l'incontinence d'urine, le chirurgien est à peu près impuissant contre elles; on ne peut que chercher à accroître, s'il est possible, l'énergie du col. Heureusement l'incontinence, qu'il faut bien se garder de confondre avec le regorgement, ne compromet pas la vie des malades et que ce n'est qu'une infirmité qu'on peut rendre tolérable à l'aide de quelques moyens mécaniques, que ce n'est pas ici le lieu d'indiquer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

PESTE. — QUARANTAINES.

(Suite du résumé de la discussion générale, lu par M. PRUS, rapporteur.)

Après avoir parlé d'une manière générale de la contagion de la peste, suivons nos adversaires dans les reproches qu'ils nous adressent relativement à ce que dit le rapport des divers modes de transmission.

On se plaint que le rapport n'ait pas regardé les inoculations qui auraient été faites en 1801 à Rahmanié comme suffisamment authentiques. Sur ce point, votre commission a été unanime, et il me sera, je crois, facile, de prouver qu'elle a eu raison de ne pas regarder comme dignes d'entrer dans la science des faits qui n'étaient qu'énoncés, et qui, aujourd'hui même, sont rapportés d'une manière différente par trois membres de cette Académie. Suivant M. Pariset, quatorze individus auraient été inoculés par Dussap; suivant M. Bousquet, le nombre des inoculés se réduirait à douze. D'après MM. Pariset et Bousquet, tous les inoculés auraient eu la peste; d'après M. Hamont, parmi les enfants inoculés, enfants dont il ne détermine pas le nombre, les uns auraient eu la peste, les autres n'auraient éprouvé aucun accident.

Le défaut complet de détails sur chaque individu inoculé, même dans la narration de M. Pariset, le désaccord qui existe entre les résultats annoncés de mémoire par Dussap, vingt-cinq ans au moins après les inoculations pratiquées, et ceux fournis par les inoculations faites depuis cette époque et d'une manière beaucoup plus authentique, enfin la différence si grande qui se fait remarquer entre la version de M. Pariset et celle de M. Hamont, qui tous deux ont connu Dussap, sont autant de circonstances qui expliqueront à l'Académie la réserve dans laquelle la commission a cru prudent de se renfermer.

Je n'accepte pas non plus le reproche qui m'a été fait, en termes assez vifs, relativement à ce que dit le rapport de l'inoculation que s'est pratiquée le médecin anglais Withe, mort le neuvième jour après l'inoculation, et sous les yeux du docteur Rice. J'ai signalé très-exactement le seul renseignement que j'avais pu me procurer; n'est-ce pas tout ce que l'Académie peut exiger d'un rapporteur? Toutefois je remercie sincèrement M. Desportes des nouveaux détails qu'il nous a donnés, et qui certainement ajoutent à son importance. Nous aurons à examiner plus tard s'ils doivent modifier le jugement porté par la commission sur cette inoculation.

Des faits nouveaux d'inoculation, produits par M. Hamont, me paraissent devoir appeler toute l'attention de l'Académie: je veux parler des six inoculations pratiquées par M. Ceruti, pharmacien, dans la citadelle du Caire, c'est-à-dire dans un lieu qui, à cause de son élévation au-dessus de la ville, passe pour avoir toujours été à l'abri de l'influence des constitutions pestilentielles. Je prie donc instamment notre collègue de vouloir bien nous fournir à cet égard tous les renseignements qu'il possède ou qu'il pourra se procurer.

C'est ici le moment de parler d'une objection de M. Bousquet, qui a accusé la manière dont raisonne le rapport.

L'inoculation échoue-t-elle, c'est que la peste n'est pas inoculable; réussit-elle, l'expérience ne prouve rien, car elle a été faite dans un foyer épidémique ou dans un foyer d'infection pestilentielle.

Qu'il me soit permis de répliquer en peu de mots.

D'abord, il est plus que probable que, quand on a inoculé plusieurs personnes dans une ville frappée d'une grande épidémie de petite vérole, on a pu rapporter à l'inoculation des varioles dues à l'influence épidémique. Cette remarque est si naturelle, qu'il me paraît bien douteux qu'elle n'ait pas été faite. On n'eût pas manqué d'en tenir compte ainsi que de l'infection miasmatique, si, dans la localité où s'étaient trouvés les inoculés, l'épidémie, d'une part, et les miasmes échappés du corps des malades, de l'autre, avaient enlevé dix-neuf personnes sur vingt, comme la chose est arrivé en 1835 aux élèves venus d'Abouzabel à l'hôpital de l'Esbequié, au Caire. Or c'est dans ce même hôpital, et après avoir passé plusieurs jours à soigner les pestiférés, que les prisonniers extraits de la citadelle du Caire, et auxquels M. Bousquet fait allusion, ont été inoculés. Quelles conséquences peut-on raisonnablement tirer d'expériences faites dans de semblables conjonctures? Les prisonniers inoculés par le sang, par la sérosité des charbons ou par le pus des bubons, ceux qui ont couché dans des lits récemment abandonnés par des pestiférés, ont été frappés dans une proportion moindre que les élèves venus d'Abouzabel qui avaient été soumis aux mêmes causes de peste, moins l'inoculation.

Mais, reprend M. Bousquet, où voulez-vous qu'on expérimente, si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie?

Je répondrai avec Chervin: Pour que les expériences soient valables, il faut de toute nécessité qu'elles soient faites loin des pays où la peste est endémique, loin des foyers épidémiques et des foyers d'infection pestilentielle.

Maintenant comment se transmet la peste?

Aucun des cinq partisans de l'ancienne doctrine de la contagion n'a nié que la peste se transmît par l'air chargé de miasmes pestilentiels. Tous, au contraire, ont prétendu que ce mode de transmission n'était pas le seul.

La peste se communique-t-elle par le toucher?

J'avoue, dit M. Bousquet, que la transmission par attouchement n'est pas facile à prouver. Quand j'approche un varioleux sans le toucher, il n'y a pas de difficulté; si je prends sa maladie, c'est l'air qui me la donne. Mais quand je touche, comment saurai-je si je reçois la contagion de l'air ou du toucher?

Pour sortir d'embarras, M. Bousquet adopte et l'avis de ceux qui veulent que la peste se transmette par l'air, et l'opinion de Mertens, qui dit très-nettement et itérativement que, sans le contact, il n'y a pas de danger. M. Bousquet aurait tort de craindre, malgré les affirmations réitérées de Mertens, d'être en contradiction avec lui en admettant la puissance de l'air comme véhicule de la peste; car, à la page 63 de son ouvrage, Mertens fait remarquer que « l'air libre ne devient jamais contagieux, sinon dans le voisinage des places où plusieurs cadavres d'hommes morts de la peste restent sans sépulture et pourrissent. » Il ajoute que « l'air renfermé et chargé de quantité d'exhalaisons épaisses qui sortent du corps de malades entassés dans une même chambre, peut infecter les gens sains qui y entrent. » Il termine en disant que « ces mêmes exhalaisons perdent leurs qualités nuisibles dès que, par une communication libre avec l'atmosphère, elles y sont dispersées et divisées. »

Mertens admettait donc la transmission de la peste par l'air chargé de miasmes pestilentiels, quoiqu'il proclamât que, sans contact, il n'y a pas de danger.

Revenant à la question posée par M. Bousquet, nous dirons que, comme il ne cite aucun fait propre à prouver la transmission de la peste par le seul contact des malades, nous ne pensons pas que l'Académie modifie, sur une simple assertion, la conclusion proposée à cet égard par sa commission, conclusion qui ne nie pas, comme le suppose M. Bousquet, la transmissibilité de la peste par le toucher, mais qui dit seulement, ce qui est bien différent, que les faits probants manquent pour établir la transmissibilité par cette cause agissant seule.

La peste est-elle transmissible par les vêtements?

Je ne le sais pas, dit M. Bousquet, mais je l'affirme, tant la chose me paraît probable. Vous le voyez, messieurs, l'idée de M. Bousquet devance toujours l'examen des faits. La manière d'agir de notre collègue me rappelle ce que me confiait un jour un magistrat dans un moment d'abandon: Nous faisons, me disait-il, des arrêts avec les lois, mais ce ne sont pas les lois qui font nos arrêts. M. Bousquet fait des théories avec les faits, mais ce ne sont pas les faits qui font ses théories.

Pour moi, qui ne procède pas de la même façon, j'ai constaté qu'après de grandes épidémies de peste à Alexandrie, au Caire, à Constantinople et ailleurs, les hardes et vêtements qui venaient de servir aux pestiférés ont pu être mis en usage sans aucune purification préalable, et sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient.

J'ai été vivement frappé de cette circonstance, vraiment remarquable, que, quand le règne de l'épidémie pestilentielle vient à cesser a Alexandrie, au Caire, à Smyrne, à Constantinople, ce qui a lieu presque toujours à des époques fixes et que l'on peut déterminer d'avance, les hardes et vêtements les plus infectés ne donnent la peste à personne.

Examinant ensuite ce qui se passe en dehors des foyers épidémiques, j'ai dit que si les hardes et vêtements transmettaient la peste aussi facilement qu'on l'a cru longtemps, on devrait trouver des cas nombreux, authentiques, évidents, dans lesquels la transmission de la maladie se serait opérée par cette voie. Cependant, depuis 1720, aucune transmission n'a eu lieu dans les lazarets d'Europe par des hardes ou vêtements même chez les portefaix chargés d'ouvrir les malles, de manier et aérer les effets qu'elles contiennent. Les quatre ou cinq cas de transmission par les hardes que l'on peut citer auraient eu lieu à bord. Ils sont d'ailleurs, comme le dit le rapport, loin de réunir les conditions qu'exige la science pour qu'on puisse en déduire des conséquences de quelque importance.

Toutefois la question a paru tellement grave à votre commission que les doutes qu'elle a pu conserver sur la valeur de quelques faits peu certains, peu concluants, l'ont portée à proposer des expériences destinées à lever tous les scrupules, à dissiper toutes les craintes. Mais, dit M. Castel, la commission a-t-elle bien réfléchi aux dangers que pourraient entraîner de semblables expériences. Je ne crains pas de répondre affirmativement et d'ajouter que c'est parce qu'à ses yeux ces expériences, si utiles pour les réformes à opérer et pour la sécurité publique, peuvent ne pas être sans quelque péril, qu'elle a désiré qu'elles fussent faites par des médecins. Les expérimentateurs, j'en suis certain, ne manqueront pas au jour où il leur sera fait appel.

Cette proposition de la commission prouve, d'une part, qu'elle ne repousse pas d'une manière absolue, comme on le lui a reproché mal à propos, la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques par des hardes et des vêtements; et, d'une autre part, que, pour ne pas exposer les populations à un danger même douteux, elle veut que des expériences bien faites et suffisamment variées et répétées aient résolu la question avant de conseiller au gouvernement l'abandon des mesures prescrites contre les hardes et les vêtements pouvant être soupçonnés de contenir le principe pestilentiel.

Pouvait-on raisonnablement pousser plus loin la circonspection?

Avant de terminer ce qui a trait à la transmission de la peste, je dois m'occuper d'une question neuve et délicate pour la solution de laquelle les faits manquaient complétement avant 1835.

Est-il vrai que la peste sporadique ne soit susceptible de se transmettre d'aucune manière?

J'ai dit dans le rapport, et d'après M. Aubert-Roche, que sur 649 cas de peste

sporadique observés à Alexandrie par des médecins contagionistes et non-contagionistes, depuis le 1er juillet 1835 jusqu'à la fin de 1838, aucun n'avait transmis la maladie. M. Aubert a rapporté avec détail dans son ouvrage un grand nombre d'observations particulières faisant partie des 649 cas ci-dessus et qui sont bien propres à porter la conviction dans les esprits. Depuis 1838, les médecins qui résident en Égypte, et qui ont observé chaque année un assez grand nombre de pestes sporadiques, ont partagé de plus en plus cette doctrine au point qu'on ne trouve plus de contradicteurs dans cette contrée.

Pour avoir la contre-épreuve et à la demande de l'honorable M. Adelon, j'ai recherché si les dix bâtiments qui ont importé la peste à Marseille depuis 1720 étaient tous partis de lieux où régnait la peste épidémique. Le fait me paraît démontré. Il est donc prouvé que depuis 1720 aucun bâtiment parti d'un pays où n'existait que la peste sporadique n'a apporté la peste à Marseille. L'Académie comprendra facilement toute la portée de ce résultat aussi important qu'imprévu.

Certes, les faits que nous devons à M. Aubert-Roche et ceux analogues qui les ont suivis méritent toute l'attention des médecins. S'ils étaient confirmés par une expérience ultérieure, ils amèneraient nécessairement une diminution bien notable dans les mesures quarantainaires. La commission demande donc avec instance à tous les médecins qui sont à même d'observer des pestes sporadiques de s'assurer, par tous les moyens possibles, de leur transmissibilité et de leur non-transmissibilité.

Provisoirement, la commission s'abstient de baser aucune prescription sanitaire sur cette donnée encore trop nouvelle de la science. Si, d'un côté, elle autorise le médecin sanitaire français placé au port du départ à délivrer patente nette aux navires quittant un pays où il n'existe que quelques cas de peste sporadique; de l'autre, elle demande, même pour les cas de patente nette, une quarantaine de dix jours à bord et sous les yeux d'un médecin sanitaire, quarantaine qui, à la rigueur, serait suffisante pour le cas de patente brute.

Cependant des reproches ont été adressés à la commission qui, sur ce point comme sur tous les autres, croit avoir agi avec toute la prudence, toute la réserve possible.

M. Castel nous dit que c'est un immense préjugé d'admettre que la peste sporadique n'est pas contagieuse, comme si, ajoute-t-il, il existait une ligne de démarcation entre le ferment qui produit la maladie et celui qui la rend contagieuse. Il reconnaît toutefois un peu plus loin que la peste sporadique est beaucoup moins sujette aux chances de transmission.

M. Hamont, en contradiction sur ce point avec son ami Gaëtani-Bey et avec tous les autres médecins qui ont observé la peste sporadique en Égypte, nie la non-transmissibilité de la peste sporadique, sans citer aucun fait à l'appui de son opinion.

M. Gaultier de Claubry dit que la peste sporadique et la peste épidémique étant de même nature, présentant ordinairement les mêmes symptômes, ayant souvent la même gravité, doivent être transmissibles l'une et l'autre. Cependant, je lis dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE du 15 juin, p. 967, bulletin qui contient l'opinion de notre confrère : « Quand la peste existe à l'état sporadique, les » foyers restreints d'infection miasmatique qui se produisent autour de chaque » malade n'exercent qu'une influence infectieuse peu considérable, très-limitée » dans son action. La transmissibilité de la maladie aux assistants est peu probable; elle peut même être révoquée en doute. »

M. Bousquet conteste également la non-transmissibilité de la peste, attendu, dit-il, qu'un attribut aussi essentiel que la transmissibilité dépend de la nature de la maladie et non du nombre des malades.

Je ne crains pas de le déclarer, messieurs, je ne vois dans toutes ces objections que des considérations *à priori*, que des conceptions théoriques qui ne peuvent, en aucune manière, infirmer des faits nombreux et authentiques qui se sont passés sous les yeux de médecins contagionistes et non-contagionistes. Une vérité nouvelle qui se présente à l'Académie avec de pareilles garanties doit certainement être accueillie par elle, sauf vérification ultérieure. Nous ne devons pas, d'ailleurs, perdre de vue, messieurs, les heureuses et importantes applications dont cette nouvelle donnée de la science serait susceptible.

Faut-il conclure de là que la peste épidémique et la peste sporadique sont deux maladies différentes? Nullement. La dyssenterie sporadique et la dyssenterie épidémique ne sont pas regardées comme deux maladies différentes, quoique la première ne soit pas transmissible, quoique la seconde l'est souvent à un haut degré.

Mais, nous dit-on, où finit la peste sporadique et où commence la peste épidémique? Quel est le nombre des malades nécessaires pour faire une épidémie? En faisant cette objection, on oublie qu'elle s'applique à toutes les maladies qui, ordinairement sporadiques, passent accidentellement à l'état épidémique; on oublie qu'à chaque instant les médecins sont dans l'obligation de se prononcer sur des cas analogues. Quel est le nombre des pulsations artérielles nécessaires pour constituer le pouls fébrile? Personne ne le sait, et cependant les médecins n'hésitent guère pour dire que tel ou tel malade a ou n'a pas la fièvre.

En fait, les médecins reconnaissent fort bien et assez facilement quand la peste n'est que sporadique ou quand elle est épidémique.

Messieurs, dans ma réponse à M. Dubois, j'ai cherché à montrer l'utilité, la nécessité des deux premières parties du rapport dont les conclusions n'ont pas été très-sérieusement combattues. Dès lors aussi, j'ai maintenu avec fermeté la conclusion la plus importante de la troisième partie, je veux dire celle relative à la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. Aujourd'hui, parcourant les divers modes de transmissibilité, je crois avoir fait droit à toutes les objections qui m'ont été faites. Il me resterait à répondre aux remarques critiques faites sur la quatrième partie, sur celle qui traite de la durée de l'incubation. Mais, je ne crois pas devoir le faire en ce moment, d'abord parce que l'Académie n'a certainement pas perdu la mémoire de ce qu'ont dit à ce sujet MM. Ferrus, Poiseuille et Bégin, et ensuite parce qu'attendu la gravité de la question et les détails qu'entraînerait une discussion à cet égard, je préfère renvoyer à l'époque où la conclusion du chapitre devra être votée, l'examen des faits qui ont été ou qui seront produits pour prouver que la peste a éclaté plus de huit jours après un isolement régulier et complet.

La discussion générale devant être entièrement close à la fin de cette lecture, et aucune occasion ne devant plus m'être offerte de répondre à un certain nombre de points qui n'ont pas été traités dans ce que j'ai eu l'honneur de vous dire jusqu'ici, je vous demande, messieurs, la permission de répondre brièvement aux différents orateurs qui ont pris la parole. Je tiens à prouver à tous que leurs discours ont été médités par moi avec la ferme intention de corriger l'erreur et d'arriver à la vérité. Le mémoire par lequel M. Pariset a cru devoir combattre toutes les conclusions adoptées par la commission exigera des explications un peu étendues.

M. Dubois (d'Amiens) a le premier dirigé contre le rapport des attaques que j'ai cherché à repousser. C'est M. Rochoux qui a pris ensuite la parole. Je l'ai entendu avec une véritable satisfaction donner son approbation à l'exposition des faits nombreux consignés dans le rapport et aux interprétations qu'ils m'ont suggérées. C'est implicitement reconnaître la vérité des conséquences qui en ont été déduites.

Après de savantes études sur la contagion et l'infection, qui pour M. Rochoux est la viciation de l'air par un principe toxique non virulent, l'auteur arrive à ces deux propositions qui résument toute sa pensée sur la peste :

« Née de l'infection, et sans aucun germe préexistant, la peste se montre » contagieuse à la manière des autres typhus, devient comme eux susceptibles » d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et diverses circonstances à elle étrangères, et comme eux perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des maladies et l'emploi d'une » hygiène éclairée.

» Le délétère auquel la peste doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux, ce qui rend le contact des pestiférés » à peu près sans danger alors que la respiration des miasmes sortant de leur » corps exerce la plus fâcheuse influence. »

Vous le voyez, messieurs, M. Rochoux partage les doctrines auxquelles les faits ont conduit votre commission. Toutefois, nous verrons un peu plus tard qu'il n'en a pas tiré les mêmes conséquences que nous relativement aux quarantaines.

A M. Rochoux a succédé M. Castel, qui a commencé par un reproche qui paraîtra à beaucoup de personnes un éloge. Il a blâmé le rapporteur d'avoir établi exclusivement les conclusions de son travail sur des faits qui, au dire de M. Castel, ont été analysés avec sincérité et classés avec méthode.

M. Castel m'a fait beaucoup d'autres reproches auxquels j'ai déjà eu occasion de répondre. Au lieu d'y revenir, je préfère appeler l'attention de l'Académie sur un passage du discours de M. Castel qui exprime avec netteté une vérité importante et trop souvent méconnue :

« Les préjugés accrédités sur la peste viennent principalement de ce qu'on l'a » considérée comme une entité morbide, sans rapport avec aucune autre, et que » ses causes, ses phénomènes et surtout son caractère éminemment contagieux » devaient faire classer à part.

» On lui a assigné une origine distincte, et cependant ses causes sont » ou pareilles ou semblables à celles qui donnent naissance à d'autres maladies.

» On veut lui attribuer une nature propre, et cependant, par ses symptômes, par les périodes qu'elle parcourt, par son jugement, par les lésions cadavériques, elle se rapproche de beaucoup d'affections fébriles, notamment du typhus. Sydenham, Lieutaud et d'autres l'ont assimilée à une » fièvre maligne. »

Les conclusions médicales du discours de M. Hamont qui me paraissent surtout devoir exciter l'intérêt de l'Académie sont les suivantes :

« Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les » émanations des localités où naît la peste et par les émanations des malades. »

Voici ma réponse :

Dans les localités présentant les causes d'insalubrité signalées dans le rapport, mais aussi dans des localités trop salubres pour engendrer la peste, on a remarqué que cette maladie revêtait quelquefois le caractère épidémique, on a remarqué alors qu'une influence générale épidémique agissait, soit sur les maladies intercurrentes, soit sur les personnes saines. Quand l'atmosphère possède ces propriétés, je dis qu'il y a constitution pestilentielle. Si on la constate dans une localité salubre, il faut dire qu'elle y a été apportée par une espèce de migration, ou bien reconnaître qu'elle a pu s'y former par des causes inconnues. Cette dernière hypothèse me paraît peu probable. L'histoire de la peste semble prouver, au contraire, que les constitutions pestilentielles commencent toujours dans des contrées réunissant les causes d'insalubrité sur lesquelles j'ai si souvent insisté.

« Il n'est pas démontré, dit M. Hamont, que la peste ne soit pas contagieuse. »

Non, cela n'est pas démontré, même en ne donnant au mot contagieux que la signification de transmissible par le contact. Mais la proposition contraire n'est pas démontrée non plus, et c'est là tout ce que dit le rapport.

M. Hamont croit savoir que la peste épidémique règne en Égypte plus souvent que tous les dix ans.

En Égypte, le gouvernement du pays ne conserve aucune mention écrite des événements qui peuvent survenir. Il n'y a donc aucune liste officielle des pestes épidémiques. Chacun est autorisé à faire la sienne plus ou moins exacte. Ces

listes varient ensuite suivant qu'on tient compte et des épidémies graves et des épidémies légères, ou seulement des épidémies graves. Enfin, il arrive souvent qu'une peste épidémique se montre plusieurs années de suite à la même époque. Dans ces cas, admettra-t-on qu'il y a eu plusieurs pestes ou une seule?

Avec de pareils éléments, le calcul a dû nécessairement donner des résultats différents.

Le retour périodique de grandes pestes tous les dix ans *environ* est assez bien établi.

Si nous prenons pour exemple la première moitié de ce siècle, nous voyons que la peste a régné épidémiquement en Égypte en 1801, en 1815, en 1825, en 1835.

La période de dix ans est aussi celle que M. Pariset a constatée au Caire, comme j'ai pu l'apprendre dans le journal de son voyage, journal que j'ai entre les mains.

Relativement à l'incubation, M. Hamont prétend qu'on ne peut regarder comme probantes les recherches faites au lazaret d'Alexandrie par M. Grassi, attendu qu'il ne s'agit là que de pestes venues de Constantinople, pestes qui, de l'aveu du rapport, sont moins redoutables que celles d'Égypte.

Il y a ici une erreur véritable. Les compromis admis dans le lazaret d'Alexandrie sont, pour la plus grande partie, les membres restants d'une famille de la ville ayant perdu un pestiféré. L'objection de l'honorable membre porte donc à faux.

M. Gaultier de Claubry ne s'éloigne des doctrines du rapport que sur un seul point. Nous en avons parlé en traitant de la non-transmissibilité de la peste sporadique, non-transmissibilité qui, après la destruction de la peste dans les lieux qui l'engendrent, est la question dont la solution complète serait reçue avec le plus de reconnaissance par la médecine et aussi par l'administration.

M. Bousquet a fait, avec beaucoup d'esprit et d'art, un plaidoyer fort habile en faveur de la contagion en général, et de celle de la peste en particulier. Je crois avoir répondu à ses principaux arguments, qui, sans doute, seront repris et combattus de nouveau lors du vote sur les conclusions de la troisième partie du rapport.

Les considérations présentées par M. Desportes rentrent dans celles qui se trouvent dans les discours de MM. Bousquet et Pariset. Je ne pourrais donc m'y arrêter sans me répéter.

Je ne dirai rien des discours de MM. Ferrus, Bégin, Piorry, Poiseuille et Bricheteau, parce qu'ils ne font que confirmer les doctrines du rapport.

Il me reste, messieurs, à répondre au dernier orateur entendu dans la discussion générale. Personne plus que moi ne sent la difficulté et j'ajouterai la singulière délicatesse de ma tâche. Il faut que vous sachiez, messieurs, qu'élève à Bicêtre, il y a déjà quelques dizaines d'années, j'apprenais le matin à reconnaître au lit des malades la justesse des aphorismes et des pronostics d'Hippocrate, tandis que, le soir, un professeur habile, qui voulait bien admettre quelques-uns d'entre nous au sein de sa famille, nous ouvrait les sources de la littérature ancienne, nous faisant remarquer, tantôt les beautés à la fois si simples et si grandes d'Homère, tantôt, et plus souvent, le style si concis et si énergique de Tacite, cet historien honnête homme. Vous l'avez deviné, messieurs, le maître qui utilisait les premières heures de notre journée et qui savait si bien en charmer les dernières, n'était autre que l'élégant traducteur d'Hippocrate, que l'éloquent panégyriste des membres les plus illustres de cette Académie. Ce sont là, messieurs, des souvenirs qui me sont chers, des souvenirs que je ne dois, que je ne veux surtout jamais oublier. Mais, d'un autre côté, une voix me crie que je dois me rappeler aussi les obligations que votre commission m'a imposées en me confiant le dangereux honneur de faire le rapport discuté, rapport qui m'a attiré des reproches sévères et qui me seraient quelque peu amers si je croyais les avoir mérités. Dans ma défense, je respecterai un maître que je suis depuis longtemps habitué à aimer et à honorer; et cependant, toutes les fois que mon opinion ne sera pas conforme à la sienne, je le dirai avec franchise. *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

M. Pariset présidait la commission qui a été chargée en 1827, par le gouvernement français, d'aller en Égypte rechercher les causes de la peste et apprécier l'action des chlorures sur le principe pestilentiel.

Avant, pendant et après son voyage, M. Pariset a émis cette idée: que la cause exclusive de la peste résidait dans les miasmes qui s'exhalent des cadavres d'animaux et surtout des cadavres humains.

Pour lui, la peste ne naît spontanément qu'en Égypte, et, encore, depuis la cessation des embaumements.

Pour M. Pariset, enfin, la peste est transmissible par le contact médiat et immédiat des pestiférés, par toutes les émanations, solides ou gazeuses, qui s'échappent du corps de ceux-ci.

Ces trois opinions, que les grandes expériences de Constantinople en 1835, d'Égypte en 1835 et 1841, d'Adana en Syrie en 1837, n'ont en rien modifiées, qui sont restées entières et immobiles devant de nombreuses et importantes publications faites pour les ébranler, ces opinions, dis-je, si souvent imprimées, si souvent répétées, et tout récemment dans cette enceinte, ne peuvent manquer de vous faire prévoir les nombreux points du rapport que devait combattre l'argumentation de notre savant secrétaire perpétuel.

Mon premier soin doit être de dégager les pensées principales de M. Pariset, et de ces formes séduisantes qui pourraient en exagérer la valeur, et de ce luxe d'érudition qui pourrait les obscurcir. Vues dans leur simplicité, dans leur réalité, elles seront, je crois, un peu moins redoutables pour le rapporteur de votre commission.

Un premier reproche est celui d'avoir trop étendu le plan du rapport. A ce reproche une double réponse : la première, c'est que ce plan ne renferme que les questions dont la solution est indispensable pour une bonne réforme de notre système sanitaire; la seconde, c'est que M. Pariset oublie tout à fait qu'il a fortement appuyé la proposition de M. Dubois de faire l'histoire complète de peste.

Un second reproche ne nous paraît pas plus fondé : le voici :

« Dire que, pour les provenances du Levant, les Anglais et les Autrichiens ont » sinon aboli, du moins notablement diminué leurs quarantaines, c'est avancer » une chose inexacte. »

Cette objection est fondée sur ce qu'en Angleterre et en Autriche on aurait diminué, il est vrai, les quarantaines pour les personnes, mais en conservant pour les choses un temps d'épreuve au moins égal à celui recommandé par nos règlements.

Je répliquerai d'abord que j'ai parlé des quarantaines en général, en ayant particulièrement en vue celles des personnes; ensuite, que M. Pariset n'ignore pas plus que moi que le conseil privé, en Angleterre, et les principales autorités sanitaires, en Autriche, modifient journellement et arbitrairement l'application des règlements existants sur le papier. Enfin, toute l'Europe sait que les voyageurs venant d'Alexandrie ou de Constantinople, et munis de leurs malles, arrivent plus vite à Paris en passant par Londres ou Trieste qu'en prenant la voie de Marseille.

Pourquoi avoir défini la peste dans le rapport? Il fallait dire, avec de Haën, qu'elle est indéfinissable.

J'ai pensé, messieurs, je pense encore, et M. Pariset partage cet avis en termes formels, qu'il fallait séparer la peste de toute autre maladie. Mais cette séparation ne peut se faire que par une définition. Je crois celle que j'ai donnée d'accord avec les symptômes pendant la vie, d'accord avec les lésions après la mort; je suis prêt à la soutenir. Valait-il mieux dire, avec M. Pariset, que la peste est un typhus spécial, un *typhus exalté*, plus mortel qu'aucun autre? L'Académie décidera.

Passant à ce qu'il appelle les hors-d'œuvre du rapport, mon honorable contradicteur signale les courtes recherches que contient le rapport sur la première origine de la peste. Quelle liaison, dit-il, peut avoir cette première origine avec la question de quarantaine?

M. Pariset n'a-t-il donc pas remarqué que la question à résoudre était celle-ci : Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu naître la peste spontanément? Évidemment, pour y répondre, il fallait suivre la peste en Égypte à toutes les époques où elle s'y est montrée; faut-il ajouter que la question posée est certainement en tête de celles dont la solution intéresse le système quarantainaire?

Pour que la théorie de notre ingénieux secrétaire perpétuel, sur l'origine de la peste, ne rencontre pas de faits qui la contrarient, la peste ne doit pas se montrer en Égypte avant la cessation des embaumements, c'est-à-dire avant l'année 356 de notre ère, et même un peu plus tard, afin de laisser aux effets de cette suppression le temps de se produire. Aussi, pour M. Pariset, la première peste à bubons ne remonte pas au delà de 542.

Malheur aux historiens, malheur aux médecins qui osent interroger sur ce point les temps antérieurs à 542!

J'ai dit : La plus ancienne mention que nous trouvions de la peste est celle que nous a laissée Moïse, et qui porterait à penser que la peste existait en Égypte dès l'année 2443 de l'ère ancienne, si les symptômes indiqués par l'auteur juif démontraient mieux qu'il s'agit de la peste telle que nous l'avons définie.

Cette dernière partie de la phrase aurait dû me mettre à l'abri du danger. Vaine espérance! Où M. le rapporteur a-t-il pris cette date de 2443? s'écrie M. Pariset, dans quel écrivain?

J'ai pris cette date de 2443 à la page 209 du volume intitulé : DELLA PESTE, publié en 1840, à Venise, par le docteur Frari, qui suit dans tout son ouvrage un système de chronologie qu'il croit préférable à tout autre. Cette autorité, je ne puis en douter, paraîtra très-compétente à M. Pariset. Je n'ai pas besoin de dire que Moïse a fait cette mention de la peste au chap. IX, vers. 9 et 10, du livre de l'EXODE. La citation que j'ai faite est donc de tous points irréprochable.

Si la susceptibilité de M. Pariset est aussi facile à exciter, si un fait que j'ai reconnu n'être rien moins que concluant provoque une sortie aussi vive que celle qu'a amenée la citation ci-dessus, que sera-ce s'il vient à être articulé que la peste véritable, la peste à bubons et à charbons, a existé trois siècles au moins avant Jésus-Christ, c'est-à-dire plus de 656 ans avant la cessation des embaumements?

Comment prévenir un pareil échec pour une théorie qu'on voudrait bien voir aussi solide qu'elle est brillante?

D'abord, il faut rendre la chose improbable, et pour cela rien de mieux que de vanter la salubrité de l'ancienne Égypte. Aussi, voyez comme M. Pariset s'appuie sur le témoignage d'Hérodote, accusé cependant d'avoir été crédule, et qui, par exemple, a beaucoup parlé de l'existence en Égypte de médecins spéciaux pour toutes les parties principales du corps, ce qui est démontré aujourd'hui être au moins une erreur. En vain le témoignage d'Hérodote sera-t-il fortement contredit par Cicéron (1), par Athenée (2), par Pline (3) et même par Strabon. Les trois premiers, M. Pariset les passera sous silence; quant au quatrième, il sera dit qu'il n'a pas vu la peste à Alexandrie. C'est possible. Mais on ne peut nier qu'il a vu la peste ou des maladies pestilentielles en Égypte, comme le prouve le texte suivant : « *At que hinc propter siccitatem pestes incidere et lacus cœnosos fieri, locustarum que existere copiam.* » (GEORG., lib. XVIJ, p. 571, edit. de Ca-

(1) Cicero, DE NATURA DEORUM, lib. 1, cap. XXXVJ.
(2) Athenée, liv. 2, chap. 4.
(3) Pline, HISTOR. NAT., lib. 31, cap. 4, parag. 92.

saubon.) Vous remarquerez, messieurs, ces mots *propter siccitatem;* ils semblent indiquer que Strabon connaissait les effets pernicieux du dessèchement des terrains qu'abandonne le Nil.

Quoi qu'il en soit, fort de l'affirmation d'Hérodote, M. Pariset trace un long et magnifique tableau de l'ancienne Égypte, de ses innombrables habitants, de ses travaux immenses, de ses monuments gigantesques, de ses arts si perfectionnés.

Mais toutes ces belles et pompeuses paroles ne peuvent détourner l'attention de ce texte de Rufus, de ce texte malencontreux qu'Angelo Maï aurait bien fait de laisser enfoui dans la poussière du vatican pour la satifaction et la tranquillité de M. Pariset.

Enfin, il est impossible que M. Pariset ne reconnaisse pas, avec tout le monde, que ce texte parle de la vraie peste.

Mais combien d'efforts pour jeter quelque doute sur son authenticité!

« C'est Oribase qui le dit sur la foi de Rufus; c'est Rufus qui le dit sur la foi de trois médecins, Dioscoride, Posidonius et Denys-le-Court. »

Pourquoi ces formes dubitatives employées par M. Pariset? Il sait qu'Oribase, auteur exact, copie textuellement les auteurs qu'il cite.

Il n'ignore pas que Rufus était un médecin très-instruit et très-estimé.

Enfin, la description si exacte donnée par Dioscoride, Posidonius et Denys, prouve que ces trois médecins avaient bien connu la peste. En désignant le dernier par le nom de Denys le Tortu, j'ai traduit κυρτός par le mot *tortu*. J'ignore tout à fait pourquoi M. Pariset a traduit κυρτός par le mot *court :* c'est évidemment un *lapsus calami.*

Denys le Tortu, cité dans la VIE DES HOMMES CÉLÈBRES écrite par Hermippe, qui vivait vers la 125ᵉ olympiade, c'est-à-dire 280 à 277 ans avant Jésus-Christ, était ou antérieur à Hermippe ou son contemporain. On comprend dès lors pourquoi j'ai été autorisé à dire que la peste observée par Denys le Tortu remontait à trois siècles environ avant Jésus-Christ. J'ajoute que, comme les médecins cités parlent de la peste comme d'une maladie connue, nous devons penser qu'il faut dire avec le rapport que la peste existait 300 ans au moins avant notre ère, et non 300 ans au plus, comme le proposerait M. Pariset.

Notre érudit collègue, toujours poussé par le même besoin de défendre sa thèse, avance qu'aucun auteur ne vient soutenir les affirmations si positives de Rufus, et pour prouver son assertion, il cite des auteurs dont on n'a plus les ouvrages, tels que Dioclès, Praxagore, Sérapion, Soranus, ou bien des gens qui n'ont jamais écrit, comme Philippe, médecin d'Alexandrie, ou des savants qui n'avaient aucune raison de parler de la peste, comme Aristote.

Mais que dire quand M. Pariset soutient que Galien n'a pas parlé de la peste à bubons?

Qu'il veuille bien relire le commentaire du médecin de Pergame sur le passage du 55ᵉ aphorisme de la 4ᵉ section, et sur le texte relatif à la peste dans le 2ᵉ livre des ÉPIDÉMIES, il verra que Galien parle des fièvres épidémiques avec bubons comme d'une maladie ancienne et connue.

« Les bubons qui surviennent dans les fièvres, dit-il, sont plus mauvais que » ceux à la suite desquels la fièvre se manifeste; car ils annoncent une phleg- » masie intense des viscères et une corruption profonde des humeurs : c'est ainsi » que, dans *les constitutions pestilentielles, on voit les bubons apparaître au* » *milieu des fièvres de mauvais caractère.* » (Comment. III, in EPID. II, p. 411, édit Kuehn.)

N'êtes-vous pas frappés, messieurs, de ce que dit ici Galien? Comment ne pas reconnaître la peste dans cette fièvre grave caractérisée par des bubons, et qui s'accompagnait d'une phlegmasie intense des viscères et d'une corruption profonde des humeurs?

Aussi longtemps qu'on n'avait pas trouvé antérieurement à Galien une preuve positive de l'existence de la peste à bubons et à charbons, on pouvait considérer ces passages comme ne fournissant que des renseignements équivoques. Le texte si clair et si net de Rufus leur donne aujourd'hui une bien plus grande importance.

Je ne veux pas insister davantage sur une démonstration qui est complète, ce que reconnaît implicitement M. Pariset lui-même, lorsqu'il fait remarquer qu'il ne peut être coupable de ne pas avoir connu en 1827 une découverte faite à Rome en 1831.

J'ai hâte d'arriver à des questions qui aient plus directement trait aux conclusions du rapport.

Parcourons donc rapidement ce que M. Pariset dit de l'endémie de la peste, de sa contagion, de l'infection, de la constitution pestilentielle, enfin de la durée de l'incubation de la maladie.

Endémie. Voici à cet égard la doctrine de M. Pariset (je cite textuellement) : « Pour produire la peste, il faut les miasmes qui s'échappent des cadavres putréfiés, et surtout des cadavres des hommes; ces miasmes n'ont toute leur » puissance, toute leur force qu'en Égypte. Dans notre Europe, ces miasmes » sont plus faibles et ne donnent que les préliminaires, que les équivalents de la » peste, c'est-à-dire les suffocations, les syncopes, les morts subites, les ophthalmies, les céphalalgies, les vomissements, les soifs dévorantes, les diarrhées, » les dyssenteries, les adynamies profondes, les flux sanguin et biliforme, les » vergetures, les tumeurs et ces fièvres pétéchiales, malignes, nerveuses, si voi- » sines de la peste, et ces exanthèmes universels que voyait Diemerbroeck et que » j'ai vus moi-même en Syrie. »

Je ne discuterai pas, messieurs, cette théorie; je n'examinerai pas la réalité de ce qu'on appelle si singulièrement les équivalents de la peste. Je ne prétends qu'une chose : c'est que cette théorie n'autorise pas M. Pariset à nier, comme il le fait, la spontanéité de la peste dans la Syrie, dans les deux Turquies ni même dans les États barbaresques.

La Syrie, dit M. Pariset, est une des contrées les plus saines de la terre; seulement elle a vers le nord Scanderoun qu'on dit flanqué de marais. — La Syrie n'a jamais produit, ne produira jamais la peste.

Sur le premier point, Volney qui, parti de France en 1782, a passé d'abord sept mois au Caire, ensuite huit mois chez les Druses pour apprendre la langue arabe, qui enfin a parcouru en tous sens la Syrie pendant une année entière, ne partage pas l'avis de M. Pariset.

« On peut, dit-il, considérer la Syrie comme un pays composé de trois longues » bandes de terrains de qualités diverses : l'une, régnant le long de la Méditer- » ranée, est une vallée chaude, humide, d'une salubrité équivoque, mais d'une » grande fertilité; l'autre, frontière de celle-ci, est un sol montueux et rude, » mais jouissent d'une température plus mâle et plus salubre; enfin la troisième, » formant le revers des montagnes à l'orient, réunit la sécheresse de celle-ci à » la chaleur de celle-là (1). »

Sur les montagnes et dans toute la pleine élevée qui règne à leur orient, l'air est léger, pur et sec; sur la côte, au contraire, et surtout depuis Scanderoun jusqu'à Jaffa, il est humide et pesant; il est généralement malsain; il fomente les fièvres intermittentes et putrides et les fluxions des yeux dont, dit Volney, j'ai parlé à l'occasion du Delta (2).

Les lacs sont assez nombreux en Syrie. On remarque celui d'Antioche, celui d'Alep, de Damas, de Houlé, de Tabarié et celui qu'on a décoré du nom de mer Morte (3).

L'insalubrité de l'air de Scanderoun est portée à un point extraordinaire. On peut assurer qu'elle moissonne chaque année le tiers des équipages qui y estivent. La plaine au milieu de laquelle se trouve Scanderoun est une terre d'alluvion.

L'épidémie règne surtout depuis mai jusqu'à la fin de septembre; c'est une fièvre intermittente du plus fâcheux caractère. Maltebrun dit que pendant six mois les habitants sont obligés de se retirer dans l'intérieur du pays.

Les villes de Tripoli, d'Acre et de Larnaca en Chypre sont également sujettes, quoiqu'à un moindre degré, à des épidémies de fièvres intermittentes; partout ce sont des marais voisins, des eaux croupissantes et par conséquent des vapeurs méphytiques auxquelles on doit en rapporter la cause.

On n'a aucun soin de la propreté et de la salubrité des villes; elles ne sont en Syrie, comme en Égypte, ni pavées ni balayées. Les rues sont étroites, tortueuses, encombrées de décombres. Les chiens et les chacals cachés dans les jardins et les tombeaux sont chargés de manger les charognes.

En Syrie, tout le monde use et abuse de fruits non mûrs, de légumes crus, de miel, de fromages, d'olives, d'huile forte, de lait aigre et de pain mal fermenté.

Les maladies les plus communes en Syrie, comme en Égypte, sont les dyssenteries et les fièvres intermittentes de mauvais caractère.

Telle est, messieurs, la description que nous a laissée Volney, description qui nous montre que, sous un bien grand nombre de rapports, la Syrie rappelle l'Égypte.

Je pourrais citer un grand nombre d'auteurs qui viendraient confirmer ce que Volney a si bien vu. Je me contenterai d'emprunter à M. Larrey les lignes suivantes :

« Les torrents des montagnes et les pluies abondantes inondent la plaine d'Acre pendant l'hiver; elles y croupissent longtemps et forment des lacs qui ne tarissent jamais. Les fortes chaleurs de l'été mettent les eaux de la plaine en évaporation; il en résulte des brouillards épais et que rend très-malsain la décomposition qui se fait dans ces eaux de substances animales et végétales. L'homme respire difficilement au milieu de cet air; et sans doute que ces brouillards infects, plus abondants lorsque les vents du sud-est règnent, n'ont pas peu contribué au développement des maladies contagieuses. » (Larrey, MÉM. ET CAMP., t. I, p. 298, éd. 1812.)

L'histoire médicale de la Syrie vient à l'appui des remarques de Larrey.

En 1785, dit Volney, une épidémie a désolé Tripoli; c'était une fièvre violente accompagnée de taches livides et bleuâtres, ce qui l'a fait soupçonner d'être un peu mêlée de peste.

M. Pariset a vu lui-même en Syrie, en 1829, ce qu'il appelle des exanthèmes universels.

En 1761, la peste fut à Scanderoun; mais, dit M. Pariset, elle lui fut apportée. Cette dernière assertion pourrait être contestée, en ce sens au moins, que la peste est très-souvent née spontanément en Syrie.

Russel, cité par M. Pariset, dit que la peste règne tous les dix ans à Alep. M. le docteur Lachèze qui a vérifié le fait sur les lieux, dit la même chose que Russel.

Mais, dit-on, ce dernier a soin de déclarer que des vêtements sont tous les ans apportés d'Égypte à Alep. Si des vêtements sont apportés tous les ans d'Égypte où la peste, selon M. Pariset, serait continue, pourquoi ces vêtements ne donneraient-ils la peste à Alep que tous les dix ans? M. Larrey (t. I, p. 330) a appris à Jaffa des habitans du pays que la peste régnait chaque année dans leur ville, et cela depuis trente ans.

Notre illustre et si regrettable collègue dit encore : « La peste a fait de grands ravages parmi les habitants de Gaza, Jaffa, Saint-Jean d'Acre; elle n'a pas épargné les Arabes du désert voisins de la mer; elle ne s'est fait sentir qu'à peine dans les villages des montagnes de Naplouse et de Canaan; mais elle a régné dans des lieux bas, marécageux et dans ceux qui bordent la mer. »

« Je considère la peste, dit M. Larrey, comme endémique, non-seulement sur

(1) Volney, VOYAGES EN ÉGYPTE ET EN SYRIE, t. II, p. 214.
(2) Volney, ouv. cit., t. I, p. 293.
(3) Volney, ouv. cit., t. I, p. 293.

» la côte de Syrie, mais même dans les villes d'Alexandrie, de Rosette, de Damiette et dans le reste de basse Égypte. En effet, continue-t-il, elle me paraît » dépendre de causes propres à chacun de ces pays. » Il signale ensuite toutes ces causes qui ne sont autres que celles qui figurent dans le rapport. (Larrey, t. I, p. 328.)

Vous me pardonnerez, messieurs, d'avoir insisté sur les preuves de l'insalubrité de la partie basse de la Syrie et sur celles de l'endémicité de la peste dans cette contrée. C'est un point qui n'avait pas été suffisamment traité dans le rapport et qui cependant est d'une bien haute importance pour déterminer les précautions que la France doit prendre contre les provenances de Syrie.

Je ne dirai que très-peu de mots de l'endémicité et de la spontanéité de la peste dans les deux Turquies, sur les bords du bas Danube et dans les misérables villages qui environnent Erzeroum. Renvoyant à ce qu'a établi le rapport à cet égard, me réservant de prouver, s'il en est besoin, lors de la discussion des articles, la vérité de ce que j'ai avancé, je veux seulement faire remarquer à l'Académie que la réclamation dont M. Pariset a fait beaucoup de bruit, et qui aurait été élevée par les médecins de l'intendance de Constantinople, qui prétendent que la peste ne naît pas spontanément sur les bords du Danube, perdra toute sa valeur par une explication bien simple. Ces messieurs ne nient aucunement ce qu'ils ont écrit dans le mémoire qui vous a été adressé par eux, savoir, que de 1838, époque de l'établissement régulier de l'intendance sanitaire, jusqu'en 1842, il a existé dans les deux Turquies treize pestes dont on n'a pu établir l'importation, soit d'Égypte, soit de Syrie; mais ils attribuent ces pestes à des germes qu'ils supposent être restés dans les lieux attaqués depuis un temps qu'ils ne déterminent pas. Ces pestes, suivant votre commission, doivent être rapportées, non pas à des germes imaginaires, mais à des causes locales d'insalubrité et à la misère extrême des habitants. Vous aurez bientôt, messieurs, l'occasion de vous prononcer dans ce débat, qui ne me paraît pas sérieux.

Je ne parlerais pas du tout de l'endémicité, trop bien prouvée, de la peste en Égypte, si M. Pariset n'avait cité, à ce sujet, deux faits qu'il regarde comme constituant, l'un ce qu'il appelle une peste intermittente et l'autre une peste chronique, faits dont il cherche à tirer plus tard des inductions pour la durée de l'incubation.

Le premier cas est ainsi rapporté : « Un bubon se forme tous les six mois; il » suppure, et santé plus vive qu'à l'ordinaire; puis le bubon revient, et ainsi de » suite. »

J'avoue, messieurs, que ma foi pathologique ne va pas jusqu'à me faire voir dans cette observation une peste intermittente *avec des intervalles de santé de six mois.*

Je ne puis davantage donner le nom de peste chronique à l'observation suivante : « Un soldat a la peste en Morée; il a fièvre et bubon. La fièvre s'arrête, » le bubon rentre et la peste avorte; puis santé chancelante. Le malade revient » en Égypte; il est pris de fièvre; le bubon reparaît; il mûrit; on l'ouvre; guérison. »

Et c'est à l'aide de pareilles observations qu'on voudrait établir que l'incubation de la peste peut se prolonger pendant six mois et plus!

Un mot, un seul mot sur la spontanéité de la peste dans les États barbaresques. Tout médecin qui lira avec attention le mémoire si curieux de M. Berbrugger sur les pestes de l'Algérie, pensera avec lui que si la plupart des pestes observées dans ce pays y ont été importées, il en est cependant un certain nombre qui y sont nées (1).

Je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit, au commencement de cette réponse, relativement aux divers modes de transmissibilité de la peste; je prierai seulement M. Pariset de vouloir bien se joindre à M. Bousquet pour formuler un amendement dans le sens de la transmission par le seul contact d'un pestiféré ou par des vêtements infectés. Nos savants collègues produiront tous les faits qui leur paraîtront le plus propres à décider le jugement de l'Académie. S'il m'était permis de leur donner un petit conseil, je leur dirais qu'ils feront bien de ne plus parler ni de la pelisse de Fracastor, ni du doliman de Constantinople, ni du mouchoir de Puguet, ni de la cravate de Desgenettes, ni de la pièce de monnaie turque qui a brûlé la main d'un enfant et lui a donné une peste mortelle. Le moindre inconvénient de ces faits est qu'ils se seraient passés au milieu d'un foyer épidémique, ce qui déjà leur ôterait toute valeur. Je craindrais aussi que l'histoire du germe pestilentiel renfermé dans une boîte et qui n'est éclos qu'après trente-trois ans, et celle de la femme qui, exhumée *après cent ans*, a donné la petite vérole à deux enfants qui n'ont pas touché le cercueil, mais qui en ont approché, produisissent un effet autre que celui qu'on en attendrait.

Quant aux marchandises, M. Pariset veut bien ne pas parler des pestes qui auraient été autrefois importées par elles en Angleterre, en Espagne, etc; il insiste seulement sur un grand fait qui doit porter la conviction dans tous les esprits. Voici comment il s'exprime : « Je crois savoir que de 1721 à 1830 inclu» sivement, c'est-à-dire en cent dix années, trente-quatre navires sont arrivés à » Marseille ayant la peste à bord, ayant eu des morts à la mer, ayant déposé des » malades au lazaret, et qu'enfin plusieurs des portefaix employés à ce qu'on » appelle la purge des marchandises *ont reçu la peste et y ont succombé.* »

Ici, messieurs, le silence ne m'est plus possible. Je vous ai dit et je maintiens que, d'après les pièces remises par M. le ministre du commerce à votre commission, dix bâtiments et non trente-quatre sont arrivés depuis 1720 avec la peste à bord au port de Marseille. Je suis ensuite obligé de déclarer hautement qu'en avançant que des portefaix de Marseille, employés depuis 1721 à la purge des marchandises, ont contracté des pestes mortelles, M. Pariset est en contradiction manifeste avec le résultat de l'enquête officielle faite par M. de Ségur-Dupeyron, avec ce que vous a écrit tout récemment votre respectable correspondant M. Robert.

M. Pariset, ne voyant dans l'*infection* qu'un mode de contagion, dit que ces deux mots sont synonymes. Je ne puis partager cette opinion, convaincu que je suis qu'il importe de distinguer la transmission par le contact direct des pestiférés de la transmission par l'air chargé de miasmes pestilentiels. N'oublions pas que c'est en jetant l'obscurité et la confusion dans les mots qu'on peut continuer à disserter sans fin sur des points qui n'admettraient pas une longue controverse si les mêmes mots avaient le même sens pour tout le monde.

M. Pariset me demande ce que c'est qu'une constitution pestilentielle.

Hippocrate et Galien le lui ont appris depuis longtemps : c'est un état atmosphérique déterminant la peste.

L'*incubation* de la peste varie, pour M. Pariset, entre quelques minutes et plusieurs mois; il ne paraît pas, d'ailleurs, avoir une opinion assez arrêtée à ce sujet pour donner un conseil à l'administration.

J'arrive enfin aux conclusions médicales du rapport que M. Pariset voudrait voir supprimer ou changer.

M. Pariset, n'admettant pas l'existence d'une constitution pestilentielle indépendante des pestiférés, rejette les conclusions qui consacrent et développent cette vérité.

Il rejette ensuite toutes les conclusions proposées par la commission relativement à la transmission de la maladie; M. Pariset n'excepte même pas celle qui établit la transmissibilité par l'air chargé de miasmes pestilentiels, quoiqu'il ait déclaré admettre ce mode de transmission comme tous les autres. La discussion à laquelle je me suis livré fera comprendre pourquoi les conclusions de la commission doivent être maintenues.

La vingt-huitième conclusion est un non-sens, dit M. Pariset.

Je n'accepte nullement le reproche pour la commission. Dire, avec M. le docteur Lachèze, que la préexistence d'une constitution pestilentielle est nécessaire pour que la peste importée dans tel ou tel lieu puisse se transmettre et se propager, c'est, à mon sens, aller un peu au delà des faits; je pense cependant que certaines conditions des choses et des hommes sont indispensables pour qu'une peste importée puisse être transmise, et la preuve, c'est qu'il est des lieux où la peste ne se transmet pas. C'est cette donnée d'expériences que la commission a consignée dans sa vingt-huitième conclusion. Certes, ce n'est pas un non-sens.

Il y a, dit mon honorable adversaire, contradiction entre la vingt-sixième et la trentième conclusion. Cette contradiction n'existe pas, messieurs, et je puis facilement vous en convaincre.

Que dit la vingt-sixième conclusion?

« Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir former » des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie. »

La seconde partie de la trentième conclusion porte :

« En dehors des foyers épidémiques ordinairement circonscrits, et dans les » pays habituellement sains, l'influence des causes générales étant nulle, l'in» fluence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule. L'isole» ment, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout » danger. »

Le raisonnement que M. Pariset oppose à la commission est celui-ci :

Puisque les cas isolés de peste ne transmettent pas la maladie par l'air chargé des miasmes qu'exhale le pestiféré, puisque, dans la trentième conclusion, vous supposez qu'il n'y aura, dans la circonstance que vous indiquez, d'autre action possible que celle d'un cas isolé de peste, il est évident que l'éloignement où l'on se tiendra du pestiféré ne peut préserver d'un danger que vous déclarez vous-même ne pas exister.

L'erreur de M. Pariset vient de ce qu'il a confondu les cas sporadiques avec les cas isolés de peste épidémique, confusion qu'il ne sera plus permis de faire désormais qu'on saura que la peste sporadique et la peste épidémique n'entraînent pas le même danger de transmission.

Voici la dernière objection de M. Pariset. Elle a trait encore à une contradiction qu'il croit apercevoir entre les douzième, treizième, quatorzième conclusions médicales, et la seizième. Il la présente dans le syllogisme suivant :

La peste, selon le rapport, ne se transmet ni par le contact, ni par les effets, ni par les marchandises. Or, si elle ne se transmet ni par les hommes ni par les choses, comment donc se transmet-elle? Évidemment par rien.

L'argument pêche par un défaut qui saute aux yeux. J'ai dit qu'aucun fait concluant ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades; mais je n'ai dit nulle part, comme le suppose la seconde partie du syllogisme, que la peste ne se communiquait pas par les hommes, ou, ce qui revient au même, par les émanations qui s'échappent des pestiférés.

La conséquence déduite par M. Pariset est donc tout à fait inadmissible.

J'ai parcouru, messieurs, la série des reproches que M. Pariset a faits au rapport. Qu'il me soit permis, en finissant, d'exprimer un regret bien sincère, celui que des opinions arrêtées d'avance et qu'il n'a pas cru pouvoir faire partager à la commission l'aient empêché de prendre une part aussi active que je l'aurais désiré aux travaux de celle-ci. Le rapport y eût beaucoup gagné. Mais je suis heureux de le proclamer à cette tribune, quel que soit le vote de l'Académie sur les conclusions controversées, à M. Pariset appartiendra la gloire d'avoir le premier attiré l'attention de l'Europe sur le tableau hideux mais vrai de l'Égypte moderne, d'avoir signalé, en termes éloquents, les causes de la peste; enfin, d'avoir hâté le moment où toutes les grandes puissances comprendront que le plus sacré de leurs devoirs est de ne rien négliger pour détruire la peste en Égypte.

Vous aurez remarqué, messieurs, qu'en vous entretenant des objections et des réflexions présentées par les différents orateurs sur les conclusions médicales, je ne vous ai pas parlé des modifications qu'ils proposaient d'apporter aux con-

(1) Voir pièces et documents à l'appui du rapport, n° vj.

clusions pratiques du rapport. Cependant c'est là, en définitive, le point important pour l'administration. C'est aussi celui qui fera le mieux apprécier l'état des esprits dans la grande question qui nous occupe.

La proposition radicale est celle faite, il est vrai, par des motifs différents, par MM. Rochoux et Londe. Ils proposent la suppression des lazarets, des quarantaines, des purges, en un mot, de toutes les précautions sanitaires.

Déjà M. Bégin s'est demandé si, dans le cas où nos deux honorables collègues auraient le pouvoir d'opérer immédiatement la destruction réclamée par eux, ils convertiraient leurs paroles en faits. La connaissance que nous avons de la prudence et surtout de l'humanité de MM. Rochoux et Londe nous donne le droit de conserver des doutes.

M. Gaultier de Claubry, se fondant sur ce que la période d'incubation de la peste ne paraît pas dépasser huit jours, demande que toutes les quarantaines pour les provenances du Levant soient fixées à dix jours, à partir du départ. Cette proposition, déjà faite dans la commission par M. Mélier, devra être discutée avec soin lors du vote des conclusions d'application.

M. Hamont voudrait que l'Académie décidât :

1° Que les provenances de l'Égypte seront toujours soumises à la patente brute ;

2° Q'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, sera imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant du Levant ;

3° Enfin, que la durée de la quarantaine sera fixée par l'administration toutes les fois qu'une maladie suspecte, ou la peste, se sera déclarée à bord.

Pour la première proposition, on peut objecter que si, comme le certifie l'intendance d'Alexandrie, comme l'affirme M. de Ségur dans son rapport fait au ministre du commerce en 1846, il n'y a eu de peste d'aucune espèce en Égypte depuis dix-huit mois, on ne voit pas pourquoi on ne délivrerait pas de patente nette à Alexandrie.

Sur la seconde proposition, qui consiste à imposer quinze jours de quarantaine, voyage compris, à tous les bâtiments venant du Levant, je ferai remarquer à M. Hamont qu'il nous a dit que chez Pietro di Papa Giovanni l'incubation de la peste a été de dix-sept jours ; comment donc peut-il réduire les quarantaines à quinze?

Quant à la troisième proposition de M. Hamont, c'est la reproduction d'une des conclusions du rapport.

Plusieurs membres ont paru désirer que des conclusions nouvelles fussent ajoutées aux conclusions pratiques du rapport.

M. Dubois (d'Amiens) et après lui M. Desportes ont demandé que le gouvernement fût invité à ordonner l'assainissement du port de Marseille. M. Dubois a promis de rédiger un amendement à cet égard. Si cet amendement est adopté, comme je l'espère, si l'État, propriétaire du port de Marseille, consent à faire la dépense nécessaire, il devra y mettre une condition, c'est que la ville de Marseille assainira ses vieux quartiers, dont j'ai pu apprécier la puanteur et l'insalubrité.

M. Desportes a formulé des propositions d'assainissement beaucoup plus vastes. Il pense que votre commission aurait dû proposer, en première ligne, les mesures suivantes :

1° Pour la France, assainir avant tout ses rivages et ses ports de la Méditerranée (l'air, les eaux et les lieux) ; faire disparaître ses plages inondées, marécageuses, et les remplacer par des terres cultivées ; expulser des ports les eaux noires et fétides et les vases putrides qui les infectent ; curer au loin les rades ; faire observer dans les villes et les habitations particulières tous les préceptes de l'hygiène publique et privée ; diminuer considérablement, sinon annuler, le nombre des indigents, en faisant pénétrer dans tous les rangs de la population méridionale cette stricte aisance sans laquelle l'homme ne peut vivre doué de toutes ses facultés naturelles de force physique et morale.

2° Pour les nations qui ont été et qui sont fréquemment envahies par la peste, assainir leur territoire, le bien cultiver, rendre bon le mode d'existence des populations au milieu desquelles l'indigence ou même la misère hideuse domine uniformément jusqu'à ce jour.

3° Pour toutes les nations, former une alliance par laquelle chacune d'elles s'obligerait à établir des quarantaines à l'égard du peuple qui se refuserait à détruire sur son territoire toutes les causes qui ont été signalées comme capables d'exciter le développement de la peste ou de toute épidémie meurtrière, par exemple de la fièvre jaune, du choléra, etc.

Enfin, M. Hamont a proposé d'appeler d'une manière formelle l'attention du gouvernement français et des autres gouvernements de l'Europe sur la possibilité et la nécessité de détruire la peste en Égypte.

Vous aurez à décider, messieurs, si cette proposition, déjà faite dans le cours du rapport, n'aura pas beaucoup plus de chances de succès étant présentée séparément et dans les conclusions d'application. Il ne peut y avoir de doute entre nous que sur le choix du meilleur mode de manifestation de nos vœux. Nous voulons tous que l'Égypte soit arrachée à d'affreuses calamités, nous voulons tous que l'Europe soit délivrée de la crainte de l'importation de la peste, nous voulons tous enfin qu'elle soit déchargée des entraves et des frais qui nuisent aux relations internationales.

Tel est, messieurs, l'ensemble des propositions pratiques qui vous ont été soumises. Il ne vous échappera pas que parmi elles, il n'en est qu'une seule qui soit en contradiction avec les propositions de la commission : c'est celle de la destruction complète des garanties sanitaires. Je suis fondé à croire qu'elle ne trouvera pas beaucoup d'appui dans cette enceinte.

Je ne saurais, en finissant, prier assez instamment ceux de nos collègues qui désireraient présenter des amendements nouveaux de vouloir bien les déposer sur le bureau, en les accompagnant de tous les faits, de toutes les considérations propres à les faire accueillir par l'Académie. Je m'empresserai alors de réunir la commission, sachant qu'elle veut, non pas le maintien des conclusions qu'elle a adoptées, mais le triomphe de la vérité, quelle qu'elle soit.

SÉANCE DU 28 JUILLET.

— M. Bousquet est appelé à la tribune pour lire le rapport officiel sur les vaccinations de 1844.

CHOLÉRA.

M. Bally lit un rapport sur un mémoire de M. Martinenque, chirurgien de la marine, relatif à l'épidémie cholérique de Toulon de 1835. L'auteur traite spécialement des causes générales probables de l'épidémie et indique les moyens prophylactiques et les mesures d'assainissement qu'il juge utiles d'appliquer spécialement à la ville de Toulon pour la préserver du retour de semblables épidémies. M. le rapporteur signale à cette occasion plusieurs cas de choléra sporadique observés récemment dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, dans les services de M. Honoré et de M. Andral. Ces cas ne lui ont pas paru différer notablement dans leurs symptômes du choléra épidémique.

Conclusions : dépôt du mémoire aux archives, lettre de remerciments et insertion du nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondants.

MM. Honoré, Gimelle et Nacquart rapportent chacun un exemple d'affection cholérique qu'ils ont eu l'occasion d'observer depuis peu de temps.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste. L'Académie passe à la discussion des articles.

M. le secrétaire annuel donne lecture de l'article 1er, ainsi conçu : « On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, d'Asie et d'Europe. »

La parole est à M. Adelon sur cet article.

M. Adelon : Dès la première page du rapport, la commission déclare avoir voulu limiter son travail sur la peste, à l'examen des questions dont la solution est nécessaire pour la révision de notre législation sanitaire.

A ce titre, elle aurait dû intituler son rapport, non comme elle l'a fait : De la peste et des quarantaines ; mais : De la peste considérée au point de vue de la législation sanitaire. Les quarantaines sont bien une des principales mesures du régime sanitaire ; mais elles ne sont pas l'unique.

Il faut distinguer entre la législation sanitaire et l'hygiène publique : la première n'est qu'une fraction de la seconde.

L'hygiène publique, en conseillant l'assainissement des lieux, l'emploi de tout ce qui détruit ou au moins atténue les diverses causes de maladies, en proscrivant tout ce qui affaiblit les populations, et en ordonnant au contraire tout ce qui les fortifie, l'hygiène publique tend à maintenir en un pays la santé de tous ses habitants, et à y prévenir autant que possible le développement de toutes les maladies qui peuvent y éclater spontanément.

La législation sanitaire tend seulement à prévenir l'importation en un pays des maladies qui peuvent y être apportées du dehors.

De là résulte que, puisque la commission, dans son travail sur la peste, se proposait surtout le remaniement des ordonnances et règlements sanitaires, c'était principalement de l'importation de la peste qu'elle avait à s'occuper. D'ailleurs, la France n'a point à craindre aujourd'hui, vu ses progrès en hygiène publique et en civilisation, que la peste éclate spontanément en quelques-unes de ses provinces ; elle n'a réellement à redouter que l'importation de la peste.

Ainsi, dire si l'importation de la peste en France est un fait, non-seulement possible, mais réel, et ayant eu lieu plus ou moins souvent ; dire comment se fait cette importation, si c'est par les hommes ou par les choses, ou par ces deux voies en même temps ; désigner les pays étrangers desquels elle peut nous venir ; indiquer les moyens par lesquels on peut l'empêcher ; rechercher enfin les mesures par lesquelles on peut en prévenir, en borner les suites, telles sont, selon moi, sinon les seules, au moins les principales questions qu'avait à aborder la commission, et l'ordre dans lequel elle devait en faire l'étude.

Dans la discussion générale, plusieurs de nos collègues ont reproché à la commission d'avoir compris dans son travail plusieurs questions dont l'étude n'était pas absolument nécessaire pour le but qu'elle s'était proposé. Ces reproches portent surtout sur les deux premières parties du rapport, celles qui traitent de la peste spontanée et de la peste épidémique. Bien que je reconnaisse l'utilité dont peut être, particulièrement pour l'étiologie de la peste, l'étude de ces deux points de l'histoire de cette maladie, je regrette qu'à leur occasion la commission ait abordé des questions hérissées de difficultés tellement insurmontables, qu'on peut dire ces questions insolubles, et que par ce seul motif elle eût dû les négliger. Celle dont il va être question aujourd'hui nous en fournira un exemple.

J'aurais bien quelque chose à dire sur ces documents nombreux, ouvrages imprimés, mémoires manuscrits, correspondances administratives, communications verbales, dans lesquels, selon le rapport, la commission a puisé les bases de ses opinions. Ainsi, j'exprimerais le regret que ces riches matériaux n'aient pas été pour elle l'objet d'études spéciales, faites de concert, par tous ses membres et en séance. Mais j'ai hâte d'arriver à la question particulière dont il s'agit aujourd'hui.

Je ne me permettrai que deux courtes remarques sur l'Introduction qui est en tête du rapport.

La première consistera à revendiquer pour les médecins, chirurgiens et phar-

maciens de l'armée d'Égypte en 1796, une bonne partie des éloges que M. le rapporteur a donnés à si justes titres aux médecins qui ont traité la peste en Égypte en 1835. Sans doute ces derniers ont plus fait pour la science: ils étaient en des conditions meilleures pour observer; ils n'étaient pas entravés par les malheurs, les devoirs et les nécessités de la guerre; d'ailleurs, un intervalle de près de quarante ans, intervalle pendant lequel avaient eu lieu les débats sur la fièvre jaune, les luttes de Lassis et de Chervin, avaient préparé les esprits. Mais le service médical de notre grande expédition d'Égypte déploya, dans ses soins près des pestiférés, le même courage; les pestiférés furent soignés comme tous autres malades, et beaucoup de nos confrères y perdirent la vie. Dès le commencement de l'épidémie à Damiette succombèrent cinq officiers de santé des hôpitaux de la marine, et le chirurgien de première classe Masclet. Plus tard périrent, à Gaza, les docteurs Auriol, Bruault, Devewre, Saint-Ours, et, dit Desgenettes, presque tous les officiers de santé de l'hôpital de cette ville. Plus tard encore succomba le docteur Ceresole. Sans doute, sur l'ordre du général en chef, s'appliquaient les mesures sanitaires; mais, dans cette application, les médecins eurent toujours soin qu'aucune entrave ne fût apportée à l'accomplissement de leur ministère. Aussi, sur un chiffre de 1,689 individus que l'armée perdit par la peste, le service médical compta à lui seul 82 victimes: 5 médecins, 49 chirurgiens et 28 pharmaciens.

Ma seconde remarque portera sur la définition qui, à la page 555 du rapport, est donnée de la peste. Je comprends que la commission devait dire quelle était la maladie à laquelle elle donnait le nom de peste, et à laquelle elle entendait appliquer tout ce qu'elle allait établir ultérieurement. Mais sans vouloir, sur ce point tout à fait médical de l'étude de la peste, plus de détails que n'en comporte un travail destiné à l'administration et au gouvernement, je ne puis accepter, au nom de l'Académie, le laconisme de ce premier chapitre du rapport, réduit à quatre lignes. Il me semble qu'il était, sinon nécessaire, au moins convenable, et en même temps possible, de rappeler en peu de mots, en deux ou trois pages, ce qui est généralement admis par la pluralité des médecins sur la nature de la peste, la famille de maladies à laquelle elle appartient, son siége anatomique, ses principaux symptômes, sa marche généralement rapide, son issue si souvent fatale. Si les conclusions de la commission sont légitimes, elle aurait trouvé dans les deux ou trois pages consacrées à cet objet, à en poser les premiers fondements. Il ne m'appartient pas de proposer un modèle de ce que devrait être, selon moi, cette partie du rapport; je me borne à dire qu'elle ne peut rester ce qu'elle est: il faut ou la retrancher, si on ne veut pas plus de détails, ou la renvoyer à la commission, pour que celle-ci avise à présenter un chapitre, court sans doute, mais plus digne du reste du rapport, et surtout d'un travail portant le nom de l'Académie.

J'arrive maintenant à l'objet de la discussion du jour, la première partie du rapport.

Cette première partie, qui traite de la peste spontanée, ainsi que la seconde, qui traite de la peste épidémique, n'ont certainement pas pour la révision de la législation sanitaire la même importance que la troisième et la quatrième partie du rapport. C'est en celles-ci que sont examinées toutes les questions qui se rattachent à la question de l'importation de la peste et aux mesures sanitaires par lesquelles on cherche à prévenir cette importation et à en empêcher les suites. Qui ne sait que c'est par l'hygiène publique et non par la législation sanitaire qu'on peut combattre la peste spontanée? et qui ne comprend d'après l'observation de ce qui s'est passé en Europe lors de l'invasion du choléra que très-souvent toutes les mesures prophylactiques conseillées, tant par l'hygiène publique que par la législation sanitaire, seraient impuissantes contre une peste éclatant par influence épidémique? Néanmoins ces deux points de l'histoire de la peste y occupent trop de place pour n'avoir pas dû fixer l'attention de la commission, et celle-ci a dû les comprendre en son travail, surtout au point de vue théorique de l'étiologie de la maladie.

Qu'entend-on par peste spontanée? On appelle ainsi celle qui, ne tenant ni à une influence épidémique ni à une importation, éclate en un pays par des conditions locales inhérentes à ce pays et sans l'intervention d'aucun principe apporté du dehors.

Puisque la législation sanitaire ne s'applique qu'aux maladies importées, il semblerait que la commission n'aurait pas eu à s'occuper de la peste spontanée. Au rapport ne sont pas exposés les motifs qui ont engagé la commission à aborder ce premier sujet d'études; mais M. le rapporteur a réparé cette omission: 1° dans la réponse qu'il a faite le 9 juin dernier à notre confrère M. P. Dubois; 2° dans la dernière séance, lors de son résumé sur la discussion générale. Il ne sera pas inutile pour la clarté de la discussion de rappeler ce qu'il a dit.

La commission ayant surtout en vue « un bon remaniement des ordonnances et règlements sanitaires » devait examiner toutes les questions dont la solution était nécessaire pour ce remaniement; et certainement étaient de ce nombre les questions: 1° de la peste spontanée, sujet de la première partie du rapport; 2° de la peste épidémique, sujet de la seconde partie du rapport. Sans l'étude préalable de ces deux questions, il était impossible d'apprécier exactement les divers modes de transmissibilité de la peste, point capital pour l'étude de l'importation de la peste.

Trois grandes causes, a ajouté M. le rapporteur, produisent la peste: 1° les conditions locales qui éclatent positivement en certains pays; 2° les influences épidémiques, ce que le rapporteur appelle les constitutions pestilentielles, qui la font naître ou peuvent la faire naître en tous pays, même dans les pays les plus salubres; 3° enfin, les miasmes échappés du corps des pestiférés, auxquels est due la transmission de la peste d'une personne qui a cette maladie à celle qui ne l'a pas. Or qui n'aurait pas étudié avec soin chacun de ces trois ordres de causes de la peste courrait le risque de ne pas bien faire la part des unes et des autres, et d'attribuer à l'une d'elles des pestes qui dépendraient d'une autre.

Enfin, dit encore M. le rapporteur, indiquer les pays où la peste aujourd'hui naît spontanément, c'est servir immédiatement la législation sanitaire, en indiquant les lieux d'où chaque jour la peste peut être importée en France: et indiquer, si on le peut, les conditions locales auxquelles un pays doit de donner spontanément naissance à la peste, c'est éclairer l'étiologie de cette maladie, et mettre sur la voie des moyens propres à éteindre une des sources de ce fléau.

Tels sont les motifs qu'a présentés M. le rapporteur pour justifier la commission d'avoir traité de la peste spontanée, et je suis loin d'en contester la valeur. Cependant, tout en approuvant l'étude qu'a faite de la peste spontanée la commission, qu'il me soit permis de dire que cette étude n'est que d'une importance assez secondaire pour le but que se proposait la commission, la révision de la législation sanitaire. Si la peste eût été endémique en quelques points de la France, si la peste naissait spontanément en quelques-unes de ses villes, de ses provinces, certainement l'étude de la peste spontanée eût été de première nécessité dans un travail destiné à défendre la France de ce fléau; mais heureusement cela n'est pas; et dès lors je ne reconnais plus à l'étude de la peste spontanée que deux buts: l'un qui intéresse spécialement la législation sanitaire, savoir: la désignation des lieux dans lesquels la peste naît spontanément, desquels conséquemment peut nous venir la peste, et desquels nous devons être en défiance; l'autre, qui a plus rapport à l'hygiène publique qu'à la législation sanitaire proprement dite, qui est de nous éclairer sur l'étiologie et la prophylaxie de la peste.

Voyons toutefois ce qu'est dit de la peste spontanée dans la première partie du rapport.

Bien que cette première partie se compose de sept chapitres et se résume en sept conclusions, on peut réduire à trois les points qui y sont traités: 1° recherche des lieux où s'est montrée autrefois et où se montre encore aujourd'hui la peste spontanée (1er, 3e, 5e et 6e chap., 1re, 3e, 5e et 6e conclus.); 2° recherche des causes locales auxquelles peut être attribué le développement spontané de la peste en ces lieux (2e et 4e chap., 2e et 4e conclus.); 3° enfin, indication des moyens propres à détruire ces causes, ou, en d'autres termes, prophylaxie de la peste spontanée (7e et dernier chap. et conclusion de cette première partie du rapport).

C'est au premier de ces objets d'étude que se rapporte la première conclusion, celle qui est en ce moment en discussion. Cette conclusion est une réponse à la question que voici:

« Quel est le pays, ou quels sont les pays où on a vu la peste naître spontanément?

A cette question, la commission répond: « On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore en un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique. »

Qu'il me soit permis de faire plusieurs remarques et sur la question que s'était posée la commission, et sur la réponse qu'elle y a faite, en considérant l'une et l'autre au point de vue de la législation sanitaire.

D'abord, ce qui importe à celle-ci, c'est moins la désignation des lieux où la peste naît spontanément, que la désignation des lieux où, par une cause quelconque, ou développement spontané, ou influence épidémique, ou importation, existe soit toujours, soit fréquemment, enfin actuellement la peste, et desquels par conséquent on peut craindre qu'elle soit importée en France. Savoir que la peste qui règne actuellement en un pays y a éclaté spontanément par causes locales inhérentes à ce pays, est sans doute une notion utile; mais souvent cette notion sera incertaine, controversée, sujette à de nombreux débats; et ce qui est vraiment la notion capitale pour la législation sanitaire, c'est de savoir que la peste existe actuellement dans un pays et y existe, ou toujours ou temporairement et plus ou moins fréquemment.

Une seconde remarque que je ferai, c'est que sur ce premier point la désignation des lieux où existe la peste, l'intervention de notre science, de la médecine, n'est pas aussi nécessaire que sur plusieurs autres. La peste n'est pas de ces fléaux dont l'existence ou continuelle ou temporaire, mais fréquente en un pays, reste longtemps ignorée; les malheurs qui la suivent bientôt la proclament, et en font un événement qui retentit au loin. D'ailleurs la loi qui régit actuellement ce point important de l'hygiène publique ordonne au gouvernement d'avoir sans cesse les yeux ouverts sur l'état sanitaire des pays avec lesquels la France a des relations de commerce, afin qu'il soit averti dès qu'une maladie pestilentielle éclate et existe en un pays, et qu'il puisse imposer aux provenances de ce pays les restrictions du régime sanitaire.

Et il est si vrai qu'en ceci il y a, préalablement à toutes recherches officielles de la médecine, une désignation faite par la voix publique, que dès longtemps, sur la seule notoriété publique, les ordonnances sanitaires avaient proclamé ce qu'établit la première partie de la conclusion de votre commission. Depuis de longs temps, la peste était dite provenir d'Égypte, de Syrie, des côtes de l'empire ottoman, des côtes de la Barbarie, en un mot, de ce qu'on appelle le Levant. Or c'est ce que répètent ces premiers mots de la conclusion qui nous occupe; par ces mots: « On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, » la commission présente comme choses non douteuses et depuis longtemps reconnues que la peste existe toujours ou souvent en ces pays, et peut nous en être apportée. Je ne vois d'important et de nouveau dans sa conclusion que deux points sur lesquels nous nous expliquerons ci-après; ces deux points sont les suivants: 1° la commission tranche sur l'origine de la peste qui règne en ces pays et déclare qu'elle y est née spontanément, bien qu'elle puisse y avoir une origine endémique, bien qu'elle puisse avoir été importée d'un de ces pays dans l'autre; 2° par la dernière phrase de la conclusion, la commission exprime que ce n'est pas seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie qu'on a vu naître spontanément la peste, mais qu'on l'a vue naître éga-

lement spontanément en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique. Que l'Académie me permette de lui faire observer que c'est surtout par cette seconde partie de la conclusion que cette conclusion a de l'importance.

Enfin, je ferai remarquer en dernier lieu combien était large et complexe la question que s'était posée la commission : « 1° Quel est le pays ou quels sont les » pays?... » Voilà un texte qui interroge sur la question de savoir s'il n'y a qu'un seul foyer primitif de peste spontanée, ou s'il y en a plusieurs, ou même si la peste peut naître spontanément partout. 2° « Quel est le pays ou quels sont les » pays où on a vu?... » Ces mots de la question, « où on a vu, » montrent qu'elle ne s'applique pas seulement à ce qui est aujourd'hui, mais porte sur l'universalité des temps ; il ne s'agit pas seulement de dire quels sont les lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément, il s'agit surtout de dire les pays où elle a pu se montrer ainsi autrefois, dans la suite des temps.

Je ne conteste pas qu'il ne fût d'une grande utilité pour l'histoire de la peste en général, et même pour la législation sanitaire, d'avoir la solution définitive de chacun des éléments de la question complexe dont je viens de vous rappeler les termes. La peste est-elle exclusivement originaire du Levant? et dans le Levant, est-ce l'Égypte qui en est l'unique foyer primitif, comme tant de personnes l'ont pensé, et comme l'a soutenu devant vous, il y a quelques jours, notre honorable secrétaire perpétuel? ou bien la peste est-elle une maladie de tous les pays, et qui éclatera partout où seront réunies les conditions locales ou les influences épidémiques qui lui donnent naissance? Quelque ardues que soient ces questions de l'origine, de la patrie et du berceau de la peste, qui pourrait mettre en doute la grande utilité dont serait leur solution, si cette solution pouvait être obtenue, surtout en ce qui toucherait à l'étiologie et à la prophylaxie de la peste?

Mais cette solution, messieurs, la commission l'a-t-elle donnée? Si elle a donné une solution, cette solution l'a-t-elle justifiée? Était-il possible qu'elle donnât, sur ces questions si délicates et dont les éléments remontent aux temps passés, une solution rigoureuse? Sa réponse sur ces questions pourrait-elle être autre chose au plus qu'une probabilité? Enfin était-il nécessaire, pour la révision de la législation sanitaire, qu'elle donnât cette solution? Voilà autant de points que je vais brièvement examiner.

La commission a donné pour solution la conclusion qui est en ce moment en discussion. Dans cette conclusion, elle exprime : 1° qu'il y a plusieurs pays où la peste s'est montrée spontanément; 2° que l'Égypte n'est pas, dans le Levant, le foyer unique de la peste, mais que la Syrie, la Turquie, partagent avec elle, dans cette partie du monde, le funeste privilége d'engendrer la peste ; 3° enfin, que ce n'est pas seulement en ces contrées du Levant que peut naître spontanément la peste, mais qu'on l'a vue naître de même en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique. Encore une fois, que l'Académie me permette de lui faire remarquer l'importance de cette dernière partie de la conclusion; elle donne à entendre que, dans la pensée de la commission : 1° la peste est une maladie de tous les pays, qui éclatera partout où seront réunies les conditions locales particulières qui lui donnent naissance; 2° qu'en tous pays peuvent ou ont pu se trouver ces conditions locales productrices de la peste.

Telle est la solution donnée par la commission; mais l'a-t-elle justifiée? Il lui fallait pour cela montrer des faits de peste spontanée non-seulement en Égypte, en Syrie, en Turquie, mais aussi en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique. Il lui fallait non-seulement montrer que des pestes, à des époques diverses, avaient existé en ces pays si nombreux et si divers, mais encore prouver que ces pestes n'y avaient pas éclaté par une influence épidémique, n'y avaient pas été importées, mais y avaient éclaté spontanément par des conditions locales inhérentes à ces pays.

Or, je n'hésite pas à le déclarer, selon moi, la commission n'a pas fait cette preuve, cette justification; j'ajouterai qu'il lui était impossible de la faire, et qu'elle a tenté là une recherche de laquelle nul aujourd'hui ne pourrait tirer un résultat certain ; et je renouvelle ici le regret que j'ai exprimé tout d'abord de voir la commission s'engager en des difficultés insolubles qui ne pouvaient aboutir à rien, et à l'occasion desquelles elle risquait de se compromettre et de compromettre avec elle l'Académie.

Lisez en effet, messieurs, le premier chapitre du rapport, celui qui est destiné à expliquer et justifier la conclusion dont il s'agit ici. Qu'y trouvez-vous? M. le rapporteur recherche dans les siècles reculés celui auquel se rapportent les premiers documents historiques recueillis sur la peste; il remonte jusqu'au temps de Moïse, jusqu'à près de 1,500 ans avant l'ère chrétienne. Il redescend ensuite la série des temps jusqu'à nos jours, notant la succession des épidémies de peste qui, dans le cours de plus de trente siècles, ont affligé les diverses parties de l'ancien continent. Enfin il présente comme ayant été des pestes spontanées toutes, ou du moins le plus grand nombre des épidémies de peste dont il vient de faire mention.

Or, qu'il me soit permis de le dire, d'une part, la justification de la conclusion n'est pas faite, je ne vois au rapport que des assertions dénuées de toutes preuves; d'autre part, la question ainsi posée non-seulement est étrangère au but pratique de la législation sanitaire, puisqu'elle ne porte que sur les temps passés, mais elle est insoluble. Cette question, par son immensité, eût à elle seule exigé des volumes; car il ne suffisait pas d'écrire des dates, il fallait les justifier. Cette question engageait la commission, et engagerait aujourd'hui après elle l'Académie, en des recherches d'histoire politique et commerciale et d'histoire médicale que je crois difficile et même impossible de conduire à bonne fin. Comment s'assurer que les diverses maladies qualifiées pestes par les historiens existaient réellement? En admettant que ces maladies fussent des pestes, comment distinguer si ces pestes étaient ou importées, ou survenues épidémiquement, ou avaient éclaté spontanément? Qu'on n'oublie pas que pour que la conclusion de la commission soit légitime, il faut que toutes les pestes sur lesquelles on l'établit soient spontanées.

M. le rapporteur a pressenti la force de la première objection : pour y faire droit, il a consenti à ce qu'on ne tînt aucun compte des pestes antérieures au sixième siècle de notre ère, et même de toutes celles antérieures au seizième siècle et à l'établissement des lazarets.

Alors, lui dirai-je, pourquoi avoir fait mention de ces pestes? Et puis reste entière la seconde objection, celle de savoir si les pestes qu'on dit avoir désolé divers pays aux dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième siècles avaient été importées en ces pays ou y avaient éclaté spontanément. Si je consulte les historiens de ces temps passés, tout est litige et contradiction sur cette importante question; si je consulte les écrivains de nos jours, j'y trouve le même désaccord. Par exemple, tandis que la commission avec son rapporteur incline, comme on le voit, vers l'opinion qui qualifie de spontanées, sinon toutes, au moins le plus grand nombre des épidémies de peste qui ont désolé le monde, je vois un honorable administrateur, M. Ségur-Duperron, qui depuis dix ans a visité trois fois, par ordre de notre gouvernement, tous les ports de la Méditerranée pour y étudier la peste, conclure de ces études que toutes ou presque toutes étaient des pestes importées d'Égypte. M. Ségur-Duperron, dira-t-on, n'est pas compétent dans la question, parce qu'il n'est pas médecin. Je répondrai que la question, bien que médicale, exige l'appréciation d'un grand nombre d'éléments qui ne sont pas médicaux, par exemple, l'appréciation des relations commerciales des peuples; j'ajouterai que M. Ségur-Duperron a développé les motifs de son opinion, et que la commission n'a pas donné les siens. Sans contredit, la solution de la question dont il s'agit ici réclamait de longues et difficiles études; ces études ont-elles été faites? Je ne le mets pas en doute pour notre savant rapporteur; mais ce qui est certain, c'est que je n'ai pas vu la commission en faire un objet spécial de ses travaux en séance; ce qui l'est également, c'est que je ne vois au rapport nulle justification de ce qui y est exprimé; je n'y trouve sur ce point que des assertions, des chiffres pris dans la table de M. le docteur Rossi.

Je me trompe; dans ce que je viens de dire, je suis trop absolu. M. le rapporteur, pour admettre comme spontanées, sinon toutes, au moins un grand nombre des épidémies de peste qui, dans la suite des siècles, ont désolé diverses contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique, a fait valoir un unique argument : c'est qu'aux époques de ces diverses épidémies, il n'y avait aucune peste en Égypte.

Voici ce que je répondrai à cet argument :

1° Bien que l'Égypte soit considérée par beaucoup de médecins et de voyageurs comme le foyer primitif de la peste, il est beaucoup de personnes aussi qui citent comme en étant également l'origine la Syrie, la Turquie, la Barbarie, en un mot le Levant; conséquemment, pour être assuré que les pestes observées en telles contrées de l'Europe, en telles années, y avaient éclaté spontanément, il ne suffirait pas qu'il n'y eût alors aucune peste en Égypte, il faudrait encore qu'il n'y en eût pas alors en aucune autre partie du Levant.

2° C'est sur la table de M. Rossi que M. le rapporteur appuie son argument; or a-t-il vérifié chacune des assertions de cette table? et M. Rossi ne peut-il pas y avoir fait des erreurs, des omissions, bien excusables sans doute, et certainement bien probables lorsqu'il s'agit de remonter à des temps si éloignés? Déjà vous avez entendu notre honorable secrétaire perpétuel en relever plusieurs. Je ne le suivrai pas dans cette difficile carrière, je m'en reconnais complétement incapable; je me bornerai à quelques remarques propres à ébranler la foi à accorder aux tables de M. Rossi.

Par exemple, pourquoi la peste qui, sur la table de M. Rossi, est notée comme ayant éclaté en Égypte dix-neuf fois dans le dix-huitième siècle, et huit fois dans les quarante-cinq années du dix-neuvième, n'y a-t-elle été que trois fois dans les deux cents années qui ont précédé? D'une part, vingt-sept épidémies de peste en cent quarante-cinq ans, et d'autre part, trois épidémies seulement en deux cents ans; quelle énorme différence! L'Égypte était-elle, au seizième et au dix-septième siècles, en des conditions de salubrité supérieures à celles qui y existent aujourd'hui? Était-elle moins sous la domination des Turcs?

D'autre part, j'ai comparé la table de M. Rossi avec ce qu'a dit sur le même sujet, M. Aubert-Roche, dans le mémoire que ce médecin vous a présenté sur la prophylaxie de la peste; et j'ai trouvé entre ces deux auteurs des différences telles, que je suis resté de plus en plus convaincu de la difficulté et même de l'impossibilité de résoudre la question par des recherches d'érudition. Ainsi, d'après la table de M. Rossi, il n'y aurait eu en Égypte, du septième au quinzième siècle, que cinq épidémies de peste; et M. Aubert dit au contraire que, de 635 à 1440 (c'est bien du septième au quinzième siècles), de nombreuses pestes se sont succédé en Égypte : vingt-quatre selon certains auteurs, trente-quatre selon d'autres. A la table de M. Rossi, la Syrie est marquée comme ayant éprouvé quatre épidémies de peste depuis le neuvième siècle avant Jésus-Christ jusqu'au deuxième de notre ère; et M. Aubert dit que, depuis 1040 ans avant Jésus-Christ jusqu'à 269 ans de notre ère, il n'y a pas eu de peste en Syrie. Opposez ce que dit la table de M. Rossi touchant les pestes d'Italie, de France, d'Angleterre, d'Allemagne, à ce que dit M. Aubert, et vous trouverez des désaccords qui ne sont pas moins grands. Pour me borner à ce qui est de la France, selon M. Rossi ce pays a eu, du septième au treizième siècle de l'ère nouvelle inclusivement, neuf pestes; et M. Aubert dit que, pour cet intervalle de temps, il n'existe aucuns documents certains. M. Rossi indique, pour le quatorzième siècle, cinq pestes; et M. Aubert en compte neuf; ainsi de suite pour les autres siècles.

Ai-je besoin de dire que je n'accuse ni l'un ni l'autre de ces deux honorables médecins? que j'ai encore moins la prétention de prononcer entre l'un et l'autre? Je veux seulement prouver que cette matière est litigieuse, controversable; qu'il est impossible d'arriver par elle à des résultats certains, et que puisqu'il n'était pas nécessaire de l'aborder, puisque M. le rapporteur manquait du temps et de l'espace suffisants pour la traiter, il eût mieux fait de ne pas s'y engager et d'y

engager avec lui l'Académie. Quant à moi je déclare, qu'étant sur tout ceci hors d'état d'approuver comme de contredire, j'aime mieux m'abstenir que d'accepter ou repousser sans connaissance de cause; et je crois que beaucoup de mes confrères de l'Académie seront dans la même impuissance.

Je me résume.

Bien que je reconnaisse de quelle importance aurait été pour l'étiologie et la prophylaxie de la peste la solution de la question au point de vue large de la commission, je ne trouve pas assez justifiée la conclusion qu'elle vous propose pour l'accepter telle que la commission l'a exprimée, c'est-à-dire comme une vérité absolue. Tout au plus n'accepterais-je cette conclusion que si le fait qu'elle exprime vous était présenté comme une possibilité.

Mais, considérant que la question telle qu'elle est posée est véritablement insoluble; considérant qu'elle est plus une question d'hygiène publique que de législation sanitaire proprement dite, je propose de la réduire au seul point véritablement utile pour celle-ci, à la désignation des lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément et est endémique. Ainsi réduite, elle présentera encore d'assez grandes difficultés. Je vois d'autant moins d'inconvénients à procéder ainsi que le rapport à la fin du chapitre n'admet pour aujourd'hui que trois foyers principaux de peste, l'Égypte, la Syrie et Constantinople; et même qu'à la ligne qui précède immédiatement la conclusion, je lis cette phrase : « Au moment où nous parlons, c'est donc presque exclusivement de l'Égypte que nous avons à craindre l'importation de la peste. » Avec la conclusion actuelle, que la peste a éclaté spontanément non-seulement en Égypte, Syrie et Turquie, mais encore en un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique, la logique conduirait à soumettre aux mesures sanitaires les provenances de tous les pays et à étendre ces mesures à presque tout le monde entier.

Si l'Académie trouve fondées ces objections, je demande que ce premier chapitre du rapport et la conclusion qui s'y rattache soient renvoyés à la commission pour qu'elle y fasse d'après ces principes les modifications nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE; traduction par M. LITTRÉ.

(Deuxième article.)

Hippocrate a commencé par poser un principe qui donne tout d'abord une idée de ceux dont l'ensemble forme la doctrine, à savoir qu'on doit fuir l'hypothèse, et rechercher, admettre seulement la réalité. Comme le fait très-bien observer M. Littré, ceci est en même temps une critique du passé, du présent, et par précaution de l'avenir; le grand observateur, tout en parlant pour son siècle, parle aussi pour les autres. Ce principe établit donc l'étude des phénomènes, abstraction faite de toute idée préconçue qui puisse en troubler la signification. Pour la poursuivre avec fruit, il faut s'interdire toute recherche qui se proposerait de pénétrer la nature de l'homme; c'est en procédant ainsi qu'on évite de s'engager dans cette voie de l'hypothèse qui conduit finalement à l'erreur. Il convient d'étudier l'homme autrement. Placé comme il est au milieu d'agents de toute sorte qui excitent en lui des actions et des réactions, il y reçoit les influences qui entretiennent la santé et produisent les maladies : ce sont les phénomènes que ces influences produisent et qui frappent nos sens qu'il faut étudier dans leur physionomie, dans leur marche et dans leur ensemble. Ainsi, dans Hippocrate, la médecine commence par l'observation directe : elle ne suppose aucune théorie antécédente; elle n'allume d'avance dans la pensée aucune des lumières qui doivent frayer au milieu des ténèbres de l'organisme une route à l'œil de l'observateur. La théorie s'imprimerait pour ainsi dire dans le phénomène, et effacerait sur lui la profonde empreinte de la vérité. La manière de comprendre le corps ou l'organisme se résume en ces deux termes. Un corps vivant a un caractère essentiel qui exprime ce qu'il est, c'est-à-dire un corps possédant la vie; mais la cause de la vie est inconnue, la vie même l'est également dans ses conditions intimes : reste donc la substance, qui est le siége des phénomènes morbides ou physiologiques qu'on peut parfaitement constater, puisqu'on les voit, puisqu'on les suit dans leurs phases successives. Un exemple donné par Hippocrate et rapporté par M. Littré fera mieux comprendre la séparation et l'indépendance qu'il faut établir, en matière de pratique médicale, entre la substance, et la condition ou la cause inconnue qui l'anime. On aurait beau chercher à s'expliquer les ressorts de la vie, et mettre à nu, si l'on pouvait y parvenir, l'organisation intime du cerveau, qu'on ne parviendrait pas assurément à prévoir que le vin peut déranger les fonctions de la masse encéphalique. Ce phénomène ne s'apprend, ne se sait que lorsqu'on l'a vu. On pourrait, comme on le pense bien, multiplier les faits, accumuler les exemples.

Comme un des caractères, ou plutôt comme le caractère le plus saillant de la doctrine hippocratique, c'est l'affinité étroite de toutes les données qu'elle comprend, on va voir combien les conséquences découlent logiquement des prémisses. Cela vient d'être dit : le corps est une substance, mais c'est une substance qui se continue dans la vie ou s'altère dans la maladie sous l'influence des agents qui l'entourent. Le phénomène de la santé est un fait d'équilibre, de pondération; mais loin de là, quand l'équilibre se rompt ou se modifie plus ou moins profondément, il y a désordre dans les fonctions et dans les manifestations générales de cette substance animée que nous appelons du nom caractéristique d'organisme. Sans doute, et surtout au point de vue des connaissances que le progrès des sciences nous a données, le désordre peut avoir un siége particulier, un point de départ réel; ce qui n'empêche pas cependant que le corps tout entier ne soit mis en cause. Il n'y a qu'à prendre pour exemple, ce mouvement plus ou moins impétueux du sang qui se manifeste dès les premiers symptômes d'un dérangement, et fait participer spontanément la substance entière à l'altération peu grave peut-être qui a frappé une fonction. Hippocrate nommait les organes sans les connaître dans leur structure (les temps de l'école anatomique d'Alexandrie n'étaient pas encore venus); il aurait pu, malgré cette lacune dans la science de l'époque, faire du détail à l'imitation d'une école sa contemporaine; mais ses principes lui traçaient une autre voie. En voyant cet ensemble de mouvements qui se produisaient dans le corps lorsque l'équilibre était rompu, il crut avec raison qu'il ne fallait pas circonscrire l'observation dans des phénomènes secondaires. Embrasser la physionomie générale de la maladie, tout ce qu'elle produisait de signes, de symptômes importants au dehors, pour établir sur cette base une classification et une thérapeutique, voilà, au point de vue des idées d'Hippocrate, quel était le devoir du médecin. Il y a loin de ce point de vue si élevé, si philosophique, à cette méthode étroite qui va circonscrivant de plus en plus le siége et le symptôme, et qui oublie dans sa logique cette substance vivante dont les désordres n'ont souvent qu'un rapport très-éloigné avec l'altération et les désordres locaux.

Mais en quoi consistait cette étude de l'ensemble des phénomènes, d'après la manière hippocratique? Quels résultats produisait-elle au point de vue de la description, moyen quelquefois si fécond et le plus souvent si stérile? Hippocrate a fait de la description historique des maladies une vraie science. La science ne consiste pas seulement à enregistrer des faits; il faut que des observations on puisse tirer des règles, et que ces règles deviennent des formules. Avec ces éléments, ou plutôt ces jalons dont un esprit intelligent sait se servir, on voit loin dans le champ plus ou moins étendu des analogies; il est permis de prévoir. Voilà précisément ce qui ressort de la méthode hippocratique. L'observation avait constaté au sein de cette école que, durant le cours de certaines maladies, il y avait des jours où le désordre prenait un caractère particulier sur lequel on pouvait juger les conditions de l'événement final; et quand rien ne troublait la marche naturelle de l'affection, ces jours affectaient une régularité qui se démentait rarement dans les cas analogues. Les crises et les jours critiques furent admis; et si la thérapeutique en tint compte pour favoriser par son concours ou modifier par son intervention les conditions bonnes ou mauvaises de la marche de la maladie, le pronostic, cette science qui appartient entièrement à l'école de Cos, y trouva un de ses meilleurs éléments. Ainsi, pour donner un exemple, cette coction dont on a tant parlé depuis Hippocrate, et dont il parle lui-même si souvent dans quelques-unes de ses œuvres, reposait sur des phénomènes de la vérité la plus évidente : le changement de forme des crachats dans la bronchite, de l'humeur pituitaire dans le coryza, de coloration et de densité de l'urine pendant le cours de certaines affections; et ces phénomènes annonçaient l'invasion d'une nouvelle phase de l'état morbide qui pouvait donner non-seulement la notion du passé, mais encore faire préjuger la prochaine solution du désordre. Ces idées ont vieilli, et ont fort peu de valeur aux yeux des contemporains; cependant, pour le médecin qui ne s'isole pas entièrement dans la symptomatologie de la lésion locale, qui détourne quelquefois son attention de ce point circonscrit où les organiciens placent le mal, pour embrasser l'ensemble des phénomènes que présente l'organisme tout entier, il y a des crises dont il favorise ou dont il détermine le développement; il y a dans la coction, locution vicieuse qui cache une vérité pratique, des indications qui trompent rarement ceux qui savent les voir et ont appris à les interpréter. Pourquoi donc M. Littré a-t-il plus combattu que défendu ces idées d'Hippocrate, qui n'en sont pas moins vraies quoiqu'on les exprime autrement (quand on les exprime) qu'on ne le faisait il y a vingt siècles? Souvent les mots nouveaux ne sont que des déguisements dont on affuble les idées anciennes; et puis, dans la succession rapide des théories qui vivent et passent, il y a quelque chose qui vit toujours dans une science où la pratique n'exclut pas la spéculation : ce sont les faits authentiques, les phénomènes exactement analysés.

Qu'on me permette de m'arrêter un instant, à cette admirable conséquence de la doctrine, au prognostic ou à la prognose comme la nommait Hippocrate, et qui élevait si haut parmi toutes les autres, cette partie si importante de la médecine. Ce grand médecin avait trouvé ou dans ses propres idées ou à l'aide des traditions qu'il avait reçues de son école, la pensée de la succession, de l'enchainement dans ce désordre plus ou moins

long et plus ou moins complexe qui constitue la maladie. On ne se compromet pas en déclarant qu'il y a là une création du génie. Ce beau résultat est sans doute un fruit de l'observation, mais l'observation ne rend pas toujours des oracles, elle reste muette pour ceux qui ignorent l'art difficile d'observer. Ainsi la prognose donnait une forme, un développement à ce qui n'en avait pas, et substituait à une suite d'inconnues, une succession de formules qui étaient liées entre elles de manière à ce que l'une ou plutôt le groupe de faits qu'elle représentait devait nécessairement précéder l'autre ou lui succéder. Ceci est tout simplement une science et une science des mieux faites. Il ne faut pas cependant se laisser entraîner à l'exagération. L'école de Cos outrepassa les bornes du vrai et même du possible, en faisant jouer aux nombres un rôle trop exclusif dans la doctrine des crises. Mais l'exagération n'exclut pas le vrai, et le vrai était dans cette pensée du médecin de Cos. Ce qu'il y a d'admirable, c'est qu'une belle tentative avait été faite pour donner à la prognose le caractère élevé d'une science, et que son auteur y était parvenu. Par la prognose, en effet, le médecin hippocratique pouvait se figurer idéalement la série de phénomènes, de péripéties, enfin les termes essentiels qui constituent une maladie; il pouvait par la connaissance de la phase à laquelle chacun de ces événements appartenait, apprécier la phase du moment, dire la période qui s'était écoulée et prévoir jusqu'à un certain point le caractère des derniers phénomènes. Comme la science qui mérite le mieux ce nom, elle présentait une genèse et une genèse bien faite à beaucoup d'égards. Je demande maintenant si, au point de vue de nos idées localisatrices et de nos habitudes anatomiques, nous sommes plus avancés!

Reste la thérapeutique qui est en rapport parfait avec la doctrine. La preuve, c'est qu'elle brille surtout quand les questions, au lieu de conserver les proportions réduites du détail, s'élèvent jusqu'aux grandes généralités. Ainsi cette pratique d'Hippocrate se fait remarquer principalement dans les *livres sur les épidémies* où la conduite du médecin s'inspire des vastes aperçus du philosophe. Ce cachet se retrouve encore dans le traité du *régime des maladies aiguës*, qui est surtout remarquable par un côté de l'ancienne médecine qu'il fait admirablement valoir et que la médecine moderne a laissé dans l'oubli le plus complet; je veux parler de cette pratique qui ne se donne pas seulement au malade, mais qui s'étend ou plutôt qui commence à l'homme sain : on me permettra d'en dire quelques mots. Par les modificateurs qui s'exercent constamment sur lui, l'homme acquiert de la force ou contracte de la faiblesse, suivant les conditions où il se trouve lui-même, et suivant les conditions aussi où se trouvent ces agents. Ceci n'est que de l'hygiène sans doute, et nous en connaissons les règles mieux que les anciens, grâce aux progrès des sciences physiques, mais nous ne les appliquons pas. Autrefois on faisait des athlètes en demandant à la science de l'époque les moyens de pousser jusqu'à leurs dernières limites le développement des forces musculaires et de l'énergie brutale du corps. On allait plus loin, ou plutôt on faisait mieux. La gymnastique était devenue pour tout le monde une des branches essentielles de l'éducation; l'idée de l'harmonie puisée dans la doctrine de Pythagore avait conduit là. Pour obtenir l'équilibre, en effet, il ne fallait pas se borner à l'éducation intellectuelle, l'éducation physique devait aussi trouver sa part dans cette évolution systématique des conditions générales de l'organisation. Or, en suivant cette direction, c'est-à-dire en faisant de la médecine sur l'homme sain, la science de ce temps-là apprenait à connaître, nécessairement avec plus de précision que nous, le caractère et la mesure des influences; et c'était, ce me semble, un très-grand pas de fait pour le traitement des maladies. Cette étude donnait les moyens d'action qui n'attaquaient pas sans doute l'affection dans ses conditions les plus spéciales, dans le siége circonscrit qu'elle s'était choisi au sein des organes, mais dans les effets généraux qu'elle avait, par une irradiation plus ou moins énergique, déterminés dans le corps vivant. Bien que la gymnastique fût dans les mœurs du temps et dans les traditions de l'école, on doit reporter à Hippocrate l'honneur d'avoir tracé de main de maître jusqu'à quel point la connaissance des agents qui font l'homme sain, peut être utile entre les mains du médecin exercé, pour réparer les forces et combattre la maladie. Cet enseignement, dans les détails duquel il serait trop long d'entrer, appartient donc sous le point de vue doctrinal, à la série des idées qui exprime toute la pensée médicale de l'illustre asclépiade de Cos.

Certainement, rien ne paraît mieux lié que cet ensemble. Depuis la doctrine jusqu'aux applications, il y a une relation étroite qui témoigne de l'esprit droit et sûr d'Hippocrate. Il fait d'abord la guerre aux hypothèses, à toutes les illusions que la philosophie, dans ses spéculations, avait fait partager à la médecine. Pour une science où la pensée doit trouver simultanément, pour ainsi dire, la confirmation dans la pratique, il faut un fondement réel, il faut la base solide des faits. Tel est le point de départ de la méthode. Ne serait-ce pas aussi l'idée qui a inspiré le système? M. Littré a raison peut-être de ne pas partager cette opinion. Cependant il est rare qu'il ne règne pas une assez étroite analogie entre le système et la méthode, et que le premier ne soit le dernier terme de l'évolution ou le couronnement de la seconde. Je n'insiste pas sur la défense de la logique d'Hippocrate au point de vue philosophique; je ne dois pas la négliger au point de vue médical. Les crises et les jours critiques ont tour à tour groupé des détracteurs et des croyants; mais la médecine moderne a semblé résoudre la question en refusant de les admettre. C'est sans doute ce qui fait dire à M. Littré que si la méthode est restée, le système n'a pas survécu. On va voir cependant qu'Hippocrate n'a pas perdu de vue l'observation, et l'observation dépouillée de préjugés, si on se reporte aux connaissances incomplètes du temps, surtout sous le rapport anatomique. Et d'abord, en faisant de la pratique réfléchie, on reconnaît que les jours critiques ne sont pas une de ces chimères qu'il faut complétement reléguer dans la nombreuse catégorie des songes creux. Mais il y a plus. Sans revenir sur cette coction dont il a déjà été parlé précédemment, on sait qu'Hippocrate considérait la santé comme le résultat du juste mélange des humeurs, et la maladie comme la rupture de cet équilibre, c'est-à-dire comme l'effet de l'inégalité dans les proportions du mélange. Je ne veux pas faire de commentaires sur un système qui pouvait naître jusqu'à un certain point de l'observation des phénomènes généraux, et qui par conséquent se rattachait plus ou moins directement à la méthode. Toutefois, qu'on veuille bien se rappeler à cette occasion les travaux analytiques qui viennent d'être faits sur l'humeur la plus répandue dans l'économie, je veux dire sur le sang. On a trouvé que les proportions des matériaux qui composent ce fluide varient suivant les maladies. On a constaté que celle-ci se distingue par l'accroissement du nombre des globules, et celle-là par leur diminution; enfin, on a pu remarquer que les globules diminuaient ou augmentaient en quantité à mesure que la maladie par excès ou la maladie par défaut marchaient vers une solution heureuse. N'y a-t-il pas là une rupture d'équilibre qui se manifeste par la maladie? Et cet équilibre n'est-il pas une condition essentielle de la santé, puisque le retour de l'une se mesure presque exactement sur le rétablissement de l'autre? Ceci n'est guère éloigné, je le crois du moins, de la crase d'Hippocrate, et on peut ce me semble affirmer, sans trop de témérité, que le système ancien se retrouve un peu au fond des croyances actuelles, malgré l'opinion contraire de l'école, qui est aussi celle de M. Littré. Quand on réfléchit sérieusement d'ailleurs au sort qu'éprouvent les idées dans la succession des siècles, on voit bientôt que si elles changent, c'est moins dans le fond que dans la forme : on n'invente le plus souvent que le connu!

Peut-être faut-il attribuer à cette opinion de M. Littré, que le système d'Hippocrate n'a pas laissé de traces dans la science, ce qu'il dit et ce qu'il pense de l'ancien vitalisme. Le vitalisme est chose sérieuse par elle-même, car il ne résume pas seulement toute la science hippocratique dans l'idée qu'il exprime, mais il est encore représenté par une école dont les principes méritent au moins l'attention. Cependant M. Littré parle très-brièvement de ce vitalisme dont on s'est tant occupé depuis deux mille ans; et lorsqu'il en parle, il le fait de manière à laisser flotter une grande incertitude sur la signification qu'on doit lui attribuer. « La connaissance de ces effets, dit-il (les effets des agents sur l'organisme), constitue la connaissance du corps humain. C'est là ce que j'appellerai le vitalisme d'Hippocrate, ajoute-t-il en continuant, vitalisme qui, prenant la vie comme une chose positive et l'être vivant comme une substance, en recherche les rapports d'action et de réaction avec les divers objets de la nature. » Certainement tout cela appartient au vitalisme, mais peut-on dire que ce soit le vitalisme lui-même? La définition de M. Littré fait plutôt connaître la méthode que l'idée systématique qui l'a inspirée ou plutôt qui en a été la conséquence. Ce mot affirme une pensée qui domine tout le reste et à laquelle il faut tout rapporter. Comment comprendrions-nous les mots de matérialisme ou de spiritualisme, s'ils n'exprimaient, dans une seule idée générale, tous les détails et tous les corollaires d'un système philosophique? Celui de vitalisme doit donc être compris à ce point de vue pour qu'il soit possible de s'expliquer le pourquoi et le comment de l'influence qu'il a eue sur les travaux de la postérité médicale. M. Littré se fût plutôt rapproché de la vérité, ou plutôt l'eût exprimée complétement, s'il eût vu dans le vitalisme l'expression abstraite du caractère réel de la substance. Aux yeux d'Hippocrate, le corps tout entier est animé par une puissance qui règne paisiblement pendant la santé, mais qui se manifeste avec plus ou moins de violence en contribuant aux phénomènes de la maladie. C'est la force conservatrice, la condition inconnue de l'action (*impetum faciens*, Enormon); c'est le principe vital enfin, comme on l'a nommé dans les écoles postérieures. Est-il possible de définir autrement le vitalisme hippocratique, dont on retrouve du reste les traces dans ces propriétés vitales qui ont été admises par les physiologistes contemporains?

A ce propos, je me permettrai une observation : il est rarement possible de se dégager du milieu dans lequel on se trouve, et où on a toujours vécu, ou, en d'autres termes, de faire la juste part de vérité entre les idées qu'on a et celles qu'on apprécie, surtout quand ces dernières sont trop éloignées des autres. La physique nous apprend déjà que la lumière dévie de son axe

normal en passant d'un milieu dans un milieu différent, et que pour se garder de l'erreur il faut tenir compte de l'illusion. L'école de Paris, que ses défenseurs ou ses disciples me permettent de le dire, est un milieu qui ne présente guère d'analogie avec celui de l'école hippocratique; et il est assez probable que la lumière qui émane de celle-ci éprouve de nombreuses déviations, et se présente sous des conditions défavorables quand elle parvient à celle-là. L'école de Paris est la représentation, à certains égards, de cette école de Gnide, la rivale et la contemporaine de l'école de Cos, contre laquelle d'ailleurs elle lutta avec si peu de succès. Si ce rapprochement ne manque pas d'exactitude, les conditions de milieu, entre l'école moderne et l'école hippocratique, ne sont pas même différentes, elles sont opposées. Or, malgré tout le soin que prend M. Littré de s'isoler de tout ce qui pourrait nuire à la fidélité de sa leçon et à l'impartialité de ses commentaires, il ne peut se séparer entièrement des croyances médicales qui sont les siennes. C'est un critérium de jugement auquel, malgré sa volonté peut-être, il est invinciblement forcé de faire hommage, avant d'écrire son opinion. Qu'on ne suppose pas cependant que je considère le traducteur d'Hippocrate comme un de ces disciples enthousiastes du détail minutieux et de la lésion anatomique, qui ne voient et n'admettent rien au delà de cela. M. Littré brille au contraire par des convictions tempérées; mais ce n'en sont pas moins des convictions. Ainsi, sans rappeler même sommairement ce qui précède, il dit par exemple que l'école de Cos n'a observé que la superficie du corps vivant, et qu'il appartient à l'école moderne de pénétrer plus avant dans les profondeurs de l'organisme. Heureusement ceci ne semble vrai qu'en apparence. Est-ce de la profondeur que de chercher dans les tissus les lésions anatomiques, et de se borner à ce genre d'investigation? Est-ce un travail superficiel celui qui consiste à grouper les signes généraux et particuliers, afin de parvenir par induction à la connaissance de la maladie? L'un, et c'est celui-ci, exige de la portée dans l'esprit; et l'autre genre de travail n'en demande que dans la vue. En s'abandonnant au courant de ces idées, M. Littré a fini par frapper, dans certains endroits, d'une sorte d'exclusion cette école qui a rendu de si grands services à la science; on dirait presque qu'il ne la considère plus, dans des moments de préoccupation sans doute, que comme un précieux document d'histoire, et non pas comme une force toujours active que le temps n'a pas encore épuisée. « Il faut, dit-il en effet, pardonner aux hippocratistes leur admiration pour la grande école qui a donné une base à la science, et pour le grand homme qui en a été l'interprète. » Il n'y a que les erreurs ou les fautes qu'on pardonne; et les hippocratistes ne méritent certainement pas la moindre absolution, pour la justice qu'ils rendent à une école et à un homme dont les services ne se bornent pas à l'établissement systématique de l'observation comme base de la médecine. On comprend l'enthousiasme quand on réfléchit à cette série de principes qui forment en quelque sorte les points culminants de sa doctrine, et que rejette violemment l'école matérialiste de Paris.

M. Littré qui, dans son bel ouvrage, montre souvent un jugement si sûr, et s'y distingue tant de fois par des appréciations si lumineuses et si profondes, M. Littré sait bien qu'il y a des vérités qui ne passent pas, comme ces vérités d'occasion qui ne sont vraies que suivant le temps et suivant les circonstances. Hippocrate a dit : Étudiez l'homme dans les phénomènes qu'il présente sous l'influence des choses au milieu desquelles il vit. Il a dit de plus : Élevez-vous par l'induction jusqu'à la hauteur des considérations générales; car c'est de ce point de vue qu'on peut embrasser les vrais rapports des signes et des symptômes et qu'il est permis de bien juger. De telles prémisses n'excluent pas ces recherches minutieuses qui s'ouvrent une voie dans les tissus. L'anatomie, l'étude de la lésion qui en est la conséquence, sont certainement des données d'une grande utilité, qu'Hippocrate n'aurait pas négligées, si l'état des connaissances l'eût permis. Donc ce qu'il y a à blâmer dans la doctrine moderne, c'est précisément de procéder comme on accuse la doctrine hippocratique de le faire, c'est d'agir par exclusion. Elle délaisse, en effet, les points de vue généraux, les appréciations d'ensemble, pour se diriger ou plutôt pour descendre de plus en plus dans ce détail, où le regard est si borné qu'on oublie les intérêts de l'organisme pour ne voir que la modification subie par la molécule. Cependant ces deux moyens d'investigation sont nécessaires l'un à l'autre comme le sont l'analyse et la synthèse qui servent, la première à faire connaître les détails, la seconde à les élever par une construction d'ensemble, de manière à obtenir l'expression la plus exacte de leur signification. Il faut d'avance être, à mon avis, singulièrement préoccupé pour ne pas voir que ce conseil d'étudier les propriétés phénoménales du corps vivant dans la santé comme dans la maladie ouvre la meilleure voie ou plutôt la seule qui permette de parvenir à une investigation qui ne soit pas illusoire. C'est le moyen dont se sert la physique, cette science si honorée dans ce temps-ci. Étudie-t-on la nature de la molécule du corps inerte pour connaître le composé qu'elle forme? Non, on étudie les propriétés de ce corps dans la masse du corps lui-même; et lorsqu'on les possède bien, on est assuré d'avoir acquis tout ce qu'il importait de savoir, au moins sous le rapport de l'utilité pratique. On opposera qu'il n'y a pas parité dans les termes de la comparaison, parce que se fixer sur la lésion, c'est étudier une propriété de l'organisme. Mais s'abstraire sur cette propriété de détail, et négliger les phénomènes qui l'accompagnent ou qui la suivent, c'est procéder comme le physicien qui se consacrerait exclusivement à pénétrer la nature intime de la molécule; c'est se tromper même plus que lui, car ce dernier s'apercevrait bientôt qu'il fait fausse route, tandis que le partisan sans mesure de la lésion anatomique se priverait des moyens les plus indispensables pour dissiper son erreur. On ne peut, en effet, bien juger qu'en embrassant les rapports des choses entre elles, et on ne se place dans cette condition qu'en s'élevant au-dessus des petits faits. Où conduirait, par exemple, l'étude de la lésion toute seule avec le cortége des phénomènes locaux qu'elle amène, si on ne la complétait pas par celle des phénomènes généraux qui se passent dans l'organisme? elle conduirait à ces inductions absurdes qui poussent à ne se préoccuper que du mal circonscrit dans la place étroite d'une portion d'organe, et à négliger le malade dont le rétablissement n'est pas toujours en rapport avec l'amélioration de la lésion. Ce procédé, trop incomplet pour ne pas être radicalement vicieux, jette souvent le praticien dans de grands embarras ou des surprises terribles. Perdu qu'il est dans le chemin au fond duquel il s'est fourvoyé, il voit si peu devant lui, qu'il assiste à la mort du malade au moment où il croyait fermement toucher à la guérison. Voilà tout simplement ce qu'Hippocrate ne voulait pas: il enseignait que la puissance du médecin augmentait en raison de l'étendue et de la profondeur de ses observations vis-à-vis des phénomènes complexes de la maladie, et il posait cette condition de voir de haut pour tout embrasser, comme l'un des fondements les plus importants de l'art. Il n'y a rien là de transitoire; cette base convient au passé de même qu'elle peut servir au présent ainsi qu'à l'avenir. Pourquoi donc s'obstine-t-on à ne pas l'accepter dans toute son ampleur, dans toute la hardiesse de sa conception? N'est-ce pas se condamner volontairement à se faire les architectes d'un édifice sans grandeur et sans solidité?

Ce qui précède dit assez quel est le caractère général de la traduction nouvelle d'Hippocrate. Appartenant à une école si différente de l'école grecque, M. Littré a dû juger certaines idées à travers un prisme qui a dû en altérer le dessin : la différence des milieux imprime toujours une certaine déviation à la lumière. Aussi, malgré l'impartialité dont M. Littré fait preuve dans toutes les parties de son œuvre, malgré cette érudition si consciencieuse qui s'est exercée sur tous les détails, l'école de Paris semble avoir une influence trop grande sur les appréciations auxquelles s'est livré le commentateur. Si cet esprit si sévère avait pu s'isoler davantage des souvenirs de l'éducation et oublier plus qu'il n'a réussi à le faire, ses croyances médicales et philosophiques, il eût, je n'en doute pas, éclairé d'une vive lumière des points de doctrine qu'il a laissés dans le vague ou dans l'obscurité, il fût parvenu peut-être à faire connaître le philosophe dans le médecin avec le même bonheur qu'il a mis quelquefois à montrer le médecin dans le philosophe. Mais l'impérieuse tendance était là, cette tendance qui est intervenue dans le jugement et l'a fait dévier de ce droit chemin qu'il fallait invariablement suivre pour bien comprendre et nettement exprimer toute la puissance et toute l'élévation des idées de l'école hippocratique. C'est sans doute un inconvénient; mais était-il possible de l'éviter? Chaque homme, quelque supérieur qu'il soit, a des rapports plus ou moins étroits avec son siècle. Il a beau paraître le dominer par sa supériorité, ce sont plutôt les idées de son temps et les préjugés de ses opinions qui le dominent. Voilà pourquoi les œuvres de science ou d'art portent la trace plus ou moins profonde de l'époque qui les a vues naître; à un certain point de vue, on doit même les considérer comme des monuments de chronologie. M. Littré, qui ne pouvait se soustraire à cette loi, semble avoir courbé la tête devant elle plus encore que la plupart de ses devanciers. Le caractère scientifique du temps ou plutôt du moment est tout entier, en effet, dans la physionomie générale de son œuvre. Ainsi, dans ses commentaires, dans ses études toujours si pleines d'intérêt, l'esprit de l'école de Paris domine, mais mêlé à ce sentiment d'incertitude qui prouve que ses disciples attendent et désirent un avenir meilleur. Les idées matérialistes y jouent toujours le principal rôle, mais elles s'abdiquent quelquefois devant les obstacles qu'elles trouvent en présence de certaines solutions. L'œuvre de M. Littré, qui est évidemment une des œuvres les plus remarquables qui aient paru depuis quelques années, ne donne pas seulement l'expression scientifique de l'époque, elle contient aussi un précieux enseignement, celui qu'un lecteur judicieux peut toujours retirer de la comparaison d'un présent qui commence à se montrer stérile aux yeux de tout le monde et d'un passé qui n'a pas encore perdu son antique fécondité.

D[r] Ed. C.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

GÉNIE ET PERPÉTUITÉ DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER.

La contradiction est chose utile à la manifestation et au progrès de la vérité : c'est lui donner occasion de prendre des formes nouvelles, de se dégager plus vive et plus saillante aux yeux de ceux qui ne l'avaient pas remarquée d'abord. Nous ne pouvons donc que remercier le chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier d'avoir, à notre intention, délaissé le scalpel pour la plume, et de s'être donné la tâche de combattre la plupart de nos assertions sur l'école dont il s'est dès longtemps constitué le représentant. Notre satisfaction eût encore été plus complète si, doutant moins de lui-même et de la force de ses coups, il nous eût pris face à face, et ne se fût pas abrité derrière je ne sais quel buisson où il n'est pas ordinaire de rencontrer la franchise et la vaillance. Mais n'importe d'où elles partent, nous n'avons aucune raison d'esquiver les objections, voire même les attaques, quand elles se montrent avec le caractère scientifique. Nous nous permettrons cependant, à ce premier égard, une remarque préliminaire sur la forme et le ton de l'écrit de M. Alquié. En prenant le rôle de défenseur de l'école de Montpellier, il eût bien fait de s'attacher à perpétuer dans ses critiques l'urbanité et la distinction dont ses maîtres lui ont légué la tradition, et dont au besoin il trouverait autour de lui des modèles vivants.

La critique que M. Alquié vient de diriger contre les articles de la GAZETTE MÉDICALE peut se résumer dans les cinq propositions qui suivent :

1° A aucune époque l'école de Montpellier n'a présenté une parfaite homogénéité de vues.

2° Cette école est aujourd'hui aussi caractérisée et aussi homogène qu'elle l'a jamais été.

3° Le naturisme d'Hippocrate n'exclut pas l'animisme.

4° L'unité et la spontanéité sont des attributs exclusifs de la vie.

5° L'école de Montpellier tient compte du fait organique, chimique ou mécanique de la causalité morbide.

Ces cinq propositions forment à peu près le contre-pied de nos articles. Nous pourrions, pour toute réponse, maintenir ces derniers ; car nous avons eu le regret de ne rencontrer dans le manifeste de M. Alquié aucune raison nouvelle, aucun développement qui exige de notre part une reprise des questions résolues. Nous ne nous en tiendrons cependant pas à cette assertion ; mais nous dirons, par anticipation, que l'auteur, au lieu d'accepter la lutte sur le terrain que nous lui offrions, au lieu d'examiner les faits, les remarques, qui se présentaient avec quelque caractère de force et de nouveauté, a passé ces remarques et ces faits sous silence, et s'est tenu dans les vieux retranchements du vitalisme. En cela il n'a fait preuve ni de sagacité parfaite ni de conviction bien solide : nous l'engageons donc à ne pas confondre avec les *assertions* d'Empédocle, d'Épicure, de Lucain, de Spinosa, de Hobbes, de Burdach, etc., les raisons de *fait* et d'*expérience* que nous avons opposées à la *nature médicatrice* et à toutes les manifestations spécifiquement actives de la cause vitale. C'est une méthode ancienne et commode de supprimer les objections embarrassantes, sous prétexte qu'elles ressemblent de près ou de loin à d'autres objections déjà discutées : il eût été plus digne, de la part de notre savant antagoniste, de ne pas recourir à cette méthode. Mais abordons les propositions contradictoires de M. Alquié.

I. *A aucune époque l'école de Montpellier n'a présenté une parfaite homogénéité de vues.* — Pour le démontrer, M. Alquié rappelle les oppositions de Chirac, les velléités de mécanicisme de Sauvages, les tendances anatomiques de Bordeu, les subtilités physiologiques de Fouquet, les exagérations de Grimaud, les excentricités chimiques de Baumes, les vacillations de Bérard, l'indépendance de Delpech, etc. A tous ces exemples il eût été facile d'en ajouter beaucoup d'autres ; mais notre adversaire n'eût pas répondu mieux pour cela à la proposition qu'il avait en vue de combattre. De quoi s'agit-il et qu'avons-nous dit ? Que du temps des médecins dont M. Alquié s'est plu à catégoriser les dissidences, l'école de Montpellier était fortement caractérisée ; qu'elle offrait une grande homogénéité de vues, et puisait sa force et sa célébrité dans les doctrines vitalistes. Cela veut dire apparemment que la couleur de l'école était le vitalisme, que tous les professeurs ayant nom étaient vitalistes, que la *cause* du caractère et du lustre de Montpellier était le vitalisme. Qu'importent les dissidences individuelles, et en quoi troublent-elles l'harmonie et l'homogénéité du fait fondamental ? Qu'on nous permette une comparaison vulgaire : voici une pépinière exclusivement composée d'une même essence d'arbres ; les différences d'espèces, de variété, de taille, de volume empêchent-elles l'homogénéité du tout ? La question n'a donc pas été parfaitement comprise par notre contradicteur. L'idéal de la doctrine vitaliste n'a jamais existé nulle part, pas plus à Montpellier qu'ailleurs ; on ne le trouverait même pas dans Hippocrate. C'est une conception dont la réalisation objective est inséparable des variations propres à toute existence individuelle.

II. *L'école de Montpellier est encore aussi caractérisée, aussi homogène qu'elle l'a jamais été.*—Cette étrange proposition n'a pu être soutenue qu'à l'aide de méprises et d'exagérations dont il nous serait pénible de détruire le prestige, si nous étions obligé de rester dans les régions personnelles où notre adversaire s'est placé. Pour prouver en effet que l'école de Montpellier, en tant qu'école vitaliste, n'a plus aujourd'hui l'éclat ni le caractère qu'elle avait au temps de Sauvages, de Grimaud ou de Barthez, il n'est pas nécessaire de discuter les noms propres que M. Alquié a rangés en bataille contre nos assertions. Ce sont tous gens de mérite qu'il a cités : et nous nous plaisons à le reconnaître. Aussi ne s'agit-il pas des personnes, il ne s'agit que du fait. Or est-il vrai, oui ou non, que l'École de Montpellier ne soit plus aujourd'hui ce qu'elle était autrefois ? On remarquera qu'il n'est plus question comme précédemment de dissidences accessoires entre des esprits distingués d'accord sur le fond : par exemple, de Barthez trouvant Dumas trop anatomiste, ou de Bérard reprochant à Barthez d'être trop peu vitaliste ; mais nous entendons parler d'oppositions absolues telles que l'organicisme, l'universalisme, l'empirisme, voire même l'homœopathie. C'est qu'en effet aujourd'hui les doctrines individuelles de chaque professeur à Montpellier ne constituent plus la variété dans l'espèce, mais l'espèce dans la variété. Ce qu'il y a de plus fâcheux pour cette école, et ce qui prouve plus que tous nos raisonnements que le vitalisme y a fait son temps, c'est que les dissidences entre vitalistes n'existent plus. On n'y trouve que quelques adeptes conservant religieusement les dogmes ou les *canons* de la doctrine ; et comment les conservent-ils, sinon comme des croyances traditionnelles de secte ou de famille. Les véritables hommes de science s'occupent aujourd'hui, à Montpellier comme à Paris, de recherches positives de chimie organique, d'anatomie et de physiologie, de chirurgie pratique ; et, nous sommes heureux de le reconnaître, la partie vraiment progressive de cette école, peu rassurée sur la valeur de ses vieux blasons,

---

Feuilleton.

SUR LA PUBLICITÉ MÉDICALE EXTRA-SCIENTIFIQUE.

(Deuxième article.)

Comme artisan laborieux du progrès, le médecin doit pouvoir réclamer sans honte le prix de son travail ; comme membre de la communauté sociale, il doit pouvoir rechercher les moyens d'en supporter les charges et de s'y assurer un rang honorable. La publicité étant devenue, par le cours naturel des choses, un de ces moyens-là, et n'offrant d'ailleurs, en soi, rien d'incompatible avec la morale la plus sévère et les convenances les plus exigeantes, la publicité honnête, modeste, décente, doit être permise au médecin. Mais le médecin remplit dans la société un rôle délicat ; il tient dans ses mains l'intérêt le plus cher de ses semblables, la santé ; il ne doit donc rien se permettre qui soit de nature à compromettre un bien si précieux. Cet intérêt lui est confié aveuglément, sans garantie directe, presque sans responsabilité ; de là l'obligation de ne provoquer cette confiance par l'exhibition de titres scientifiques, que sous le couvert d'une autorité compétente ; et cette autorité ne peut être ni le médecin en cause, ni le public non médical. Enfin, le médecin initié aux secrets les plus intimes des familles exerce une sorte de sacerdoce ; il doit donc s'interdire soigneusement tout ce qui pourrait affaiblir l'autorité ou abaisser la dignité de son caractère. Ainsi donc, sincérité dans les intentions, vérité dans les faits, convenance et dignité dans la forme, telles doivent être, suivant nous, les conditions générales de la publicité médicale extra-scientifique.

Nous ne voulons pas nous en tenir à l'exposé de ces principes. Leur caractère de généralité pourrait offrir un manteau commode à des intentions timides, ou à des vues mal définies ; nous en ferons un autre usage ; nous en poursuivrons résolument l'application dans les cas particuliers, et nous essayerons d'établir où, quand et comment, la publicité extra-scientifique peut être appelée au secours de l'intérêt médical.

A cet égard, une distinction capitale doit d'abord être établie entre les différents ordres de faits que le médecin peut avoir intérêt à divulguer. Les uns comportent un élément purement commercial ou industriel ; tels sont, par exemple, la publication d'un livre ou d'un journal, l'existence d'une maison de santé, d'un établissement d'eaux minérales, etc. D'autres appartiennent plus spécialement au domaine scientifique ; ainsi, une opération nouvelle, l'invention d'un instrument, la découverte d'un agent thérapeutique. D'autres enfin, tenant, pour ainsi dire, le milieu entre les deux ordres de faits précédents, ne se rattachent que de loin, soit à l'intérêt pécuniaire, soit à l'intérêt scientifique, et concernent plus explicitement la personne même du médecin : nous rangeons dans cette catégorie l'ouverture de cours publics, l'obtention de places ou titres scientifiques, comme de médecin des hôpitaux, de membre de l'Académie, de chevalier de la Légion d'honneur, etc. Or il est manifeste que ces trois ordres de faits ne sauraient être soumis au même régime de publicité extra-scientifique ;

cherche dans des voies plus sûres et plus modernes les distinctions qui commencent à échapper à sa noblesse épuisée. M. Alquié et quelques fervents adeptes peuvent encore se faire illusion ; mais nous le lui disons avec une ferme conviction : le vitalisme est mort à Montpellier comme ailleurs; au lieu de s'obstiner à vouloir ressusciter son cadavre, il serait plus sage et surtout plus utile d'employer à la fécondation de vues nouvelles, les excellentes méthodes philosophiques qui seront toujours un des apanages de cette école.

III. *Le naturisme d'Hippocrate n'exclut pas l'animisme.*—Ceci n'est pas plus contestable que contesté, et nous n'avons pas très-bien compris la longue et un peu trop savante dissertation à l'aide de laquelle M. Alquié a espéré jeter de l'obscurité sur la distinction, fort claire à notre sens, que nous avions établie entre les quatre écoles principales du vitalisme. Il est indifférent qu'Hippocrate ait admis une âme psychologique, indépendamment de son φύσις; toujours est-il que le naturisme d'Hippocrate est une chose aussi consacrée par les textes authentiques du père de la médecine que par les traditions. Ce que nous avons voulu établir, c'est la différence réelle qui existe, au point de vue du caractère étiologique, entre le *naturisme* de l'école de Cos et l'*animisme* de Stahl, l'*archéisme* de Van Helmont et le *dynamisme* de Barthez. Tout en reconnaissant à chacune de ces écoles un caractère de communauté qui les fait se résoudre dans une même doctrine, nous avons trouvé dans chacune d'elles des différences d'un ordre assez élevé, et nous les avons indiquées. Nous répéterons donc, et sur ce point nous sommes d'accord avec M. Alquié, quoique par des motifs différents, que Barthez n'a fait que reproduire le naturisme de Cos, tout en feignant de rester dans la formule abstraite de la force vitale, qu'Hippocrate avait admise comme substance. Si M. Alquié a prétendu autre chose, il le dira ; nous verrons à compléter nos explications sur ce point.

IV. *L'unité et la spontanéité sont des attributs exclusifs de la vie.*—Ici seulement aurait pu commencer la discussion sérieuse. Nous avons dit, et peut-être prouvé, que ce que les vitalistes regardent comme des caractères distinctifs et exclusifs de la vie : unité, spontanéité, force médicatrice, ne sont que des expressions particulières du système général des causes de la nature. Au lieu d'examiner cette proposition fondamentale dans toute la franchise des deux écoles antagonistes, M. Alquié s'est plu à faire, à l'endroit des dogmes et des *croyances* vitalistes, une espèce de formule mixte à son usage, au moyen de laquelle il s'est parfaitement arrangé de l'intervention des forces physiques, chimiques et mécaniques de la nature inerte ; il les admet dans toute la plénitude de leurs droits, mais il les subordonne à l'activité supérieure de la force vitale. Cette espèce de capitulation ou compromis entre le vitalisme et l'iatro-chimisme n'est pas nouvelle : nous l'avions déjà signalée, et nous n'y avions pas trouvé une preuve de force et de conviction de la part de ceux qui l'avaient inventée. Entre les mains de M. Alquié, cette arme n'est pas plus puissante. On comprend que nous ne voulions pas rentrer dans la discussion de la question capitale dont il s'agit : nous nous contenterons de signaler de nouveau à une attention plus soutenue de M. Alquié les principales considérations à l'aide desquelles nous avons cru donner une base plus solide à la doctrine qui considère les corps vivants comme régis par les lois générales de la nature. L'école vitaliste professe que « l'observation de *tous* les phénomènes du corps vivant les » montre différents de ceux qui appartiennent aux autres créations de la » nature : et l'on est obligé d'en conclure qu'ils dépendent de *lois différentes.* ». (Alquié, PRÉCIS DE LA DOCTRINE MÉDICALE DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER.) Or nous avons cité, dans nos précédents articles, une série de faits et d'expériences qui prouvent que le corps vivant est soumis aux lois générales de la nature ; de plus, nous avons démontré que toutes les causes, quelles qu'elles soient : physiques, chimiques ou mécaniques, possèdent, comme les causes dites vitales, une activité propre, relative à la sphère et à la durée de leur puissance ; que c'est faute d'avoir constaté cette propriété générale de la dynamique des causes qu'on en avait fait un des attributs spéciaux de la cause vitale. M. Alquié a répondu à la première de ces deux propositions par des plaisanteries qui ne font honneur ni à son bon goût ni à sa perspicacité ; et soit qu'il n'ait pas compris la seconde, ou qu'il n'ait pas cru devoir y répondre, il l'a passée complétement sous silence. On comprend que nous n'insistions pas davantage sur l'une ou sur l'autre de ces deux propositions : nous les maintenons telles que nous les avons présentées dans nos précédents articles.

V. *L'école de Montpellier tient compte du fait organique, chimique ou mécanique de la causalité morbide.* — Ceci est le contre-pied littéral de notre proposition. Aussi, à la fin de sa dissertation déjà longue, M. Alquié s'est borné à rappeler une opinion fort sage de Chaptal, lequel conseille, pour faire de bonnes applications de la chimie à la médecine, d'avoir des vues saines, et de subordonner les résultats du laboratoire aux observations physiologiques. Nous sommes parfaitement de cet avis ; pas plus que Chaptal nous ne trouvons excellents et rationnels tous les essais de chimie organique dont on encombre la science. Mais là n'était pas la question. Nous avons suffisamment établi, dans nos précédents articles, que le vitalisme ne tient pas compte et ne peut pas tenir compte du fait organique, physique, chimique ou mécanique ; cette doctrine ne voyant, dans les diverses manifestations du corps vivant à l'état de santé comme à l'état de maladie, que des modes différents ou altérés de la vitalité, n'a que faire de la raison mécanique, de la cause prochaine de ces manifestations. Elle les confisque au profit de son idée générale : c'est par cette idée qu'elle les éclaire et s'en rend compte. Tout témoignage différent fourni par ce qui n'est pas la force vitale se multipliant, se divisant à l'infini, n'a qu'un caractère fautif et illusoire. Cela est écrit partout : c'est le *Credo* du vitalisme. Si nous nous abstenons d'en fournir de nouvelles preuves, c'est que nous les croyons superflues ; on lira d'ailleurs dans notre prochain numéro un article sur un ouvrage de M. Alquié qui lui donnera, nous l'espérons, satisfaction complète sur ce point.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE ; mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 18 mai 1846), par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER, docteurs en médecine.

(Suite.—Voir les numéros 26 et 27.)

II. — ÉTAT PLÉTHORIQUE.

La pléthore, dans les deux sexes, se traduit par un certain nombre de

---

que chacun d'eux, au contraire, comporte des restrictions ou des licences particulières, et que l'exercice du droit devra être soumis à des règles d'autant plus sévères que la science, dans la personne d'un de ses représentants, sera plus directement mise en jeu.

Nous nous proposons aujourd'hui de rechercher quelles doivent être les règles spéciales de la publicité extra-scientifique pour la première catégorie de faits, celle qui comporte surtout un intérêt pécuniaire. Les deux autres feront l'objet d'un prochain et dernier article.

Tout acte, toute entreprise impliquant un intérêt commercial ou industriel, non-seulement autorise, mais appelle, mais exige la publicité. Le principe de la publicité se déduit de l'entreprise elle-même, comme le moyen se déduit du but, la conséquence de ses prémisses. Le journalisme médical, s'il offre un champ étendu et pour le moins suffisant à la lutte des idées scientifiques, est évidemment insuffisant à protéger les intérêts matériels du médecin, lesquels, à tout prendre, sont dignes d'une sérieuse considération. Or, mettre un livre en circulation, c'est reconnaître l'intention de le vendre, et de le vendre au plus grand nombre d'exemplaires possible ; fonder un journal, c'est se créer l'obligation d'appeler des quatre points cardinaux la foule des abonnés ; instituer un établissement sanitaire, c'est s'engager à mettre en œuvre les moyens de lui attirer la vogue et la prospérité. Il y aurait donc faux point d'honneur, inconséquence, à priver ces entreprises de l'appui nécessaire de la publicité. Il faut ou les condamner en principe, ou accepter le moyen de les faire réussir. Ces entreprises sont-elles illicites, contraires aux convenances et à l'honneur ? Personne ne songe à le soutenir. Donc le soin de leurs intérêts, la préoccupation de leur succès, n'ont rien en soi que de parfaitement respectable. D'un autre côté, la publicité extra-scientifique, considérée uniquement comme propre à faciliter la réussite d'une entreprise honnête et ostensiblement commerciale ou industrielle, est-elle incompatible avec la rigidité des mœurs et la sévérité des principes ? Seul entre tous les membres de la famille sociale, le médecin lui communique-t-il, en la pliant à son usage, nous ne savons quelle odeur d'indélicatesse ou d'improbité ? Non, cent fois non ! Et les vrais, les sincères amis du corps médical ne doivent pas permettre un pareil langage. La médecine n'est plus enfermée dans les temples, elle ne vit plus des offrandes déposées sur l'autel : elle est devenue une profession, elle vit prosaïquement du produit de son travail, elle dispute son pain de chaque jour à la concurrence, à la jalousie des intérêts, à l'ingratitude. A la vérité, nous le disions tout à l'heure, elle garde au sein même de cette société affairée et mercantile un caractère sacré qui, semblable à l'eau d'Aréthuse, ne se perd jamais complétement dans le flot des intérêts matériels. Ce caractère lui impose, jusque dans l'exercice du droit le moins contestable, des obligations particulières, dont nous ferons surtout ressortir la sévérité dans le prochain article en traitant de la divulgation des faits de l'ordre scientifique ; mais il ne peut avoir pour conséquence de supprimer le droit lui-même. Il le peut moins encore dans les circonstances où le médecin s'efface autant que possible derrière le citoyen, et devenu, dans les limites universellement reconnues de la convenance, commerçant ou industriel, réclame les franchises du commerce et de l'industrie.

Quelles sont donc les formes de publicité compatibles tout à la fois avec la dignité du médecin et l'intérêt du commerçant ? Ici se peut tracer assez nettement la ligne qui sépare le bien du mal, le *quod decet* du *quod non.* De quoi

signes auxquels il est difficile de se tromper. Si on prend pour bases du diagnostic ces troubles de l'organisme, et il est impossible de faire autrement, qu'une saignée soit prescrite et le sang analysé; la conséquence sera forcée. Il faudra admettre que les proportions des éléments chimiques contenus dans ce liquide doivent représenter la composition du sang chez les pléthoriques, soit que l'on considère cette composition comme cause, comme effet ou comme coïncidence.

Dans nos premières recherches, et en partant toujours du même point de vue, c'est-à-dire l'observation clinique comme base du diagnostic, nous avons conclu que la composition du sang ne différait pas sensiblement dans la pléthore de ce qu'elle était dans l'état de santé, et que l'examen des symptômes conduisait plutôt à admettre, bien qu'avec restrictions, l'opinion ancienne, d'après laquelle il y a dans la pléthore augmentation de la masse du sang.

Nos dernières analyses relatives à la pléthore ont porté à peu près exclusivement sur le sérum considéré à part; ce liquide et qui a été examiné chez sept individus, six hommes et une femme.

Ces sept individus étaient pléthoriques à un degré bien caractérisé, forts, robustes, d'une bonne constitution, et ne présentaient aucune complication. Ils ont été saignés à la consultation de l'hôpital de la Charité, et avaient tous la veille mangé avec plus ou moins d'appétit, de sorte qu'on n'avait pas eu à s'occuper de l'influence possible de la diète. L'analyse du sérum provenant des saignées qui leur furent pratiquées a montré que ce liquide présentait des caractères identiques à ceux qu'il offre dans l'état de santé.

Sa densité moyenne a été 1028,4, et les oscillations au-dessus et au-dessous de ce chiffre ont été peu étendues; sa quantité faible à côté du volume du caillot, sa coloration foncée, sa transparence faible et sa consistance assez forte.

L'analyse de 1,000 grammes de sérum a donné en moyenne 91,7 de parties solides et 908,3 d'eau, chiffres un peu plus forts que dans l'état de santé. L'examen particulier de chaque analyse démontre que les chiffres sont compris dans les limites de l'état physiologique dont ils occupent le haut de l'échelle : ce sont, en un mot, des sérums riches en parties solides, et en particulier en albumine pure; car les proportions de matières extractives, sels libres et matières grasses sont tout à fait celles de l'état de santé.

III. — FIÈVRES CONTINUES; PYREXIES SIMPLES.

La fièvre continue simple, éphémère prolongée, de beaucoup d'auteurs, et qui consiste dans un mouvement fébrile plus ou moins caractérisé, avec courbature, céphalalgie, etc., mais sans détermination locale, est quelquefois accompagnée de symptômes assez graves pour faire redouter le développement d'une maladie et pour nécessiter l'emploi d'une saignée, qui presque toujours soulage les malades. En réunissant les analyses du sérum que nous avons faites dans nos premières recherches et dans ces dernières, nous avons examiné ce liquide chez sept individus (cinq hommes et deux femmes), tous d'une bonne constitution et présentant les symptômes d'une fièvre continue simple qui, à cet instant, ou dans la suite, n'ont pas eu de caractère plus tranché. Dans ces cas divers, la composition du sérum, sans être tout à fait analogue à celle de l'état normal, ne s'en est pas sensiblement éloignée. Chez trois malades (deux hommes et une femme) le sérum présentait tous les caractères et la composition qu'il a chez les individus sains. Chez ces trois malades la fièvre était peu intense, datait de peu de jours, et, jusqu'à l'entrée à l'hôpital, n'avait pas obligé les malades d'être à la diète.

Chez les quatre autres, placés sous ce dernier rapport dans des conditions opposées, il n'en était plus ainsi : la densité était diminuée; la moyenne occupait les limites inférieures de l'état physiologique (1026,3), la coloration était peu foncée. En mettant de côté les 3 premiers cas, l'analyse des 4 autres a conduit aux résultats suivants : 1,000 grammes de sérum, soumis à l'analyse, ont donné une proportion d'eau plus considérable que dans l'état de santé, et une quantité de matières solides du sérum moins considérable, exprimée par les nombres 81,7, 86,4, 86,8 et 88,6, moyenne, 85,8, chiffres occupant, comme celui de la densité, les limites tout à fait inférieures de l'état physiologique. Du reste, l'analyse plus complète a montré que la diminution avait surtout porté sur l'albumine proprement dite, l'albumine pure. En effet, l'analyse plus complète du sérum avait donné chez trois malades 73,2, 76,1 et 78,3 d'albumine pure (moyenne, 76,7), et 8,5, 10,3, 8,5 de sels libres, matières extractives et matières grasses, qui nous ont présenté 6,7 matières extractives et sels libres et 2,4 matières grasses.

Si on tient compte de la bonne constitution de ces quatre malades, de l'existence de la fièvre, qui, en raison de la température élevée du corps, semblerait tendre à diminuer la proportion d'eau du sang plutôt qu'à l'augmenter, et enfin à l'influence plus prononcée de la maladie sur l'organisme à mesure qu'elle se prolonge et que les malades sont depuis un temps plus long à la diète, on conclura que, dans la fièvre continue simple, l'abaissement du chiffre de l'albumine, lorsqu'on vient à le constater, est surtout la conséquence de la diète.

IV. ROUGEOLE.

Depuis nos premières recherches, il nous a été donné d'analyser le sang de deux saignées pratiquées à un homme âgé de 26 ans, fort, robuste et atteint d'une rougeole compliquée de symptômes typhoïdes, d'une fièvre intense et de diarrhée. En voici le résultat :

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	Première saignée faite pendant les prodromes.	Deuxième saignée faite pendant l'éruption.
Eau	782,3	796
Globules	146,1	126,6
Sérum desséc.	68,8	73,6
Fibrine	2,8	3,8
Densité du sér.	1026,3	1026,7

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	919,1			915,4	
Sérum desséché.	80,9	Alb. pure. 70,8 Extrait. 8,97 Mat. grass. 1,13 (1)	Sér. dess.	84,6	Alb. pure. 73,4 Mat. extr. 9,88 Mat. grass. 1,22

Un nègre, âgé de 18 ans, ne comprenant pas un mot de français, et entré à l'hôpital de la Charité, présenta des symptômes généraux tels qu'il fut

(1) L'analyse complète des matières grasses a été faite et n'a rien présenté de remarquable que nous devions relater ici.

---

s'agit-il? De divulguer *un fait*, la publication d'un livre, la fondation d'un établissement. Ce mot seul trace la ligne de conduite. La divulgation doit être simplement *historique*, c'est-à-dire exposer, sans plus, les circonstances matérielles du fait. Prenons pour exemple une maison de santé. On pourra porter à la connaissance du public son existence, sa destination particulière, les moyens en rapport avec cette destination, la disposition des lieux, les conditions d'admission, etc. Mais on s'interdira scrupuleusement toute considération sur la valeur personnelle du médecin dirigeant, sur ses idées scientifiques, en un mot, toute indication de nature à porter devant le public, par une voie détournée, une question de science et un éloge de soi-même. Non pas que nous croyions qu'une maison de santé ne puisse être conçue, instituée, dirigée d'après un ensemble de principes scientifiques propres au médecin fondateur, et représenter dans sa constitution tout un système théorique et pratique; c'est même de cette manière que nous concevrions certains établissements de ce genre. Mais permettre d'initier le public à ce caractère, et, si on peut le dire, à cette signification spéciale de l'établissement qu'on signale à son attention, serait, encore une fois, porter atteinte à l'une des conditions les plus rigoureuses de la publicité médicale, l'abstinence de tout jugement dans sa propre cause, et ouvrir ainsi la porte aux abus les plus condamnables.

S'agit-il d'un livre, d'un recueil périodique, il doit être permis de divulguer par la presse extra-scientifique le titre de la publication, le lieu et les conditions de la vente ou de la souscription; il ne sera pas interdit non plus d'exprimer l'idée fondamentale du livre, d'en indiquer sommairement le contenu, de dresser une sorte de table des matières, et, pour ce qui concerne la publication périodique, de dire la pensée qui l'inspire, les moyens dont elle dispose, les avantages que la science en pourra tirer, etc. Mais quant à un jugement quelconque sur la valeur de l'œuvre, quelque général, quelque vague qu'il soit, la publicité médicale extra-scientifique doit se l'interdire absolument.

Pour éclaircir notre pensée par un exemple frappant, nous avons relevé dans les journaux politiques deux annonces d'ouvrages scientifiques, admirablement propres à mettre en relief le contraste de la publicité convenable et de celle qui l'est moins. Voici d'abord l'annonce telle que nous l'entendons; bien qu'elle ne soit pas précisément médicale, nous l'avons choisie comme remplissant plus rigoureusement qu'aucune de celles qui sont tombées sous nos yeux les conditions indiquées plus haut.

« M. D..., membre de l'Institut royal, académie des sciences, etc., vient de » faire paraître, à la librairie de Béchet jeune, le tome huitième et dernier de » son TRAITÉ DE CHIMIE APPLIQUÉE AUX ARTS. Ce volume, qui traite de la teinture, » se vend séparément; il contient, entre autres articles, les principaux chapitres » suivants : matières colorantes, indigo, isatine, teinture, préparation des laines, » teinture des laines, de l'impression sur étoffes, couleurs d'application, petit » teint, que l'on peut employer en troisième main; couleurs d'application dites » vapeur ou troisième main, impression des laines, couleur de chaîne coton, im» pression sur soie, introduction à la statique des êtres organisés, de la fabri» cation des engrais, des amendements, des stimulants, etc., etc. »

L'annonce suivante est au contraire un exemple de publicité peu mesurée :

« Le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. X... a été accueilli *avec une fa*» *veur peu commune*. C'est qu'en effet ce livre répond à un besoin général de

difficile de se prononcer entre une fièvre continuelle simple, une bronchite, une fièvre typhoïde légère ou une rougeole. Le sang d'une saignée qui lui fut faite, et qui le soulagea peu, donna à l'analyse les résultats suivants :

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SANG.

Eau	800
Globules	115
Sérum desséché	82,8
Fibrine	2,2

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

	Densité du sérum.
Eau	905,8
Sérum desséché	94,2

La marche ultérieure de la maladie et la manière dont elle se termina heureusement ne permirent pas de porter un diagnostic plus positif.

V. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

La science est encore loin d'être fixée d'une manière positive à l'égard des altérations du sang, dans cette maladie, et surtout relativement à celles du sérum. Les analyses qui, jusqu'alors, ont été faites de ce dernier liquide n'ayant conduit à aucune conclusion générale, c'est principalement aux modifications du sérum seulement que nous avons borné nos nouvelles recherches dans cette maladie, recherches que nous avons dû ajouter aux anciennes pour les compléter.

L'exposé suivant est le résumé de l'analyse du sérum de 25 saignées faites à dix-sept individus (quatorze hommes et trois femmes), dont deux étaient atteints d'une fièvre typhoïde légère, douze de la même maladie, mais plus intense, et trois enfin dans un état très-grave. De ces dix-sept malades, onze furent saignés une seule fois, quatre deux fois et deux trois fois ; il y a donc 17 premières saignées, 6 secondes et 2 troisièmes. L'analyse des 17 premières saignées a donné pour résultats généraux une diminution notable de la densité (moyenne, 1,026). Chez les malades atteints plus légèrement ou encore peu éloignés du début, la diminution était faible et occupait les limites inférieures de l'état physiologique. Chez les onze autres, placés dans des conditions opposées, la diminution fut beaucoup plus considérable, et la densité fut représentée par les chiffres 1,025, 1,024 et 1,023.

Les qualités physiques du sérum ont été notées avec soin seize fois sur dix-sept. En voici le résumé : sept fois il fut abondant relativement au volume des caillots, et sur ces sept cas, quatre fois il fut limpide et transparent, deux fois un peu trouble, une fois mélangé de globules qu'on dut laisser déposer avant de soumettre le liquide à l'analyse. Sur les neuf autres cas, deux fois il ne présenta rien de particulier, trois fois il fut en quantité peu considérable, limpide et de couleur foncée, quatre fois enfin également peu abondant et louche.

La couleur du sérum, dans ces cas divers, a varié ; en général, elle était assez foncée, et plusieurs fois ce liquide était visqueux et très-épais.

Ce résumé démontre qu'il n'est point exact de prétendre que, dans la fièvre typhoïde, on trouve toujours le sérum peu abondant, et troublé par les globules que la diffluence d'un large caillot laisse échapper.

1,000 grammes de sérum desséché ont donné en moyenne un chiffre peu considérable : 85,5 de parties solides et 914,5 d'eau. Cette diminution ne fut pas aussi considérable dans tous les cas ; car la proportion des parties solides du sérum, faible dans douze cas, fut moins considérable dans deux autres, à peu près normale dans deux encore, et un peu augmentée dans un dernier. La cause de cette augmentation n'a pu être déterminée. L'abaissement du chiffre exprimant les parties solides du sérum est dû surtout à l'albumine proprement dite ; car les matières extractives, les sels libres et les matières grasses sont dans des proportions tout à fait normales.

Six secondes saignées ont été pratiquées à des malades atteints de fièvre typhoïde. L'analyse de leur sérum conduit aux résultats suivants : diminution très-notable de la densité du sérum des six secondes saignées comparées aux six premières correspondantes ; moyenne, 1024,8 au lieu de 1026. Les résultats ont été semblables dans les six cas ; la coloration du sérum a été en général moins foncée que celui des premières saignées : trois fois il fut limpide, trois fois trouble.

L'analyse de ces 6 sérums a donné pour résultat une diminution très-sensible de la proportion des parties solides; comparée à celle des premières saignées correspondantes, moyenne 81,1 sur 1000 au lieu de 87,2 moyenne des premières ; le chiffre de l'eau était par conséquent plus élevé. C'est sur l'albumine proprement dite que la diminution a surtout porté ; car le poids des matières extractives des sels libres et des matières grasses n'avait que peu varié ou même était plus considérable, tandis que l'ensemble des parties solides était, comme nous venons de le voir, fortement diminué.

Deux malades (un homme et une femme), avons-nous dit, ont été saignés trois fois. Dans ces deux cas, le sérum a continué à se modifier dans le même sens. Ainsi il était abondant relativement au caillot, limpide, d'une densité plus faible qu'aux secondes saignées correspondantes ; l'eau était plus abondante, et le chiffre des parties solides plus faible encore.

Ces analyses du sang dans la fièvre typhoïde, analyses dont nous n'avons pu présenter que le résumé, en raison de l'étendue des tableaux qu'il eût fallu imprimer, conduisent à quelques conclusions que voici :

Dans la fièvre typhoïde, lors des premières saignées, lorsque la maladie a peu d'intensité, et surtout lorsqu'on est peu éloigné du début, le sérum se présente, sous le rapport de ses propriétés physiques et de sa composition, dans des conditions qui s'écartent peu de l'état physiologique ; il est plus commun cependant de trouver ce liquide modifié sous l'influence de la diète ou sous celle de la maladie elle-même, sa densité diminuée, l'eau plus abondante, la proportion des parties du sérum moins forte, et surtout celle de l'albumine proprement dite.

Lorsqu'une seconde saignée est pratiquée, on voit constamment sous l'influence de la première émission sanguine, des progrès de la maladie, de la diète, ou peut-être des trois causes réunies, le sérum devenir plus abondant, plus aqueux ; sa densité moins considérable ; la proportion des parties solides qu'il contient diminuer encore, surtout si on compare leurs chiffres à ceux des premières saignées correspondantes, et la diminution porter encore à peu près exclusivement sur l'albumine proprement dite.

Ces modifications du sérum ont lieu dans le même sens lorsqu'une troisième saignée est pratiquée.

VI. — PHLEGMASIES.

Les travaux les plus modernes ont fait connaître, dans le groupe naturel des maladies auquel on donne le nom de phlegmasies, une altéra ion parti-

---

» l'époque et à la confiance non moins générale dans l'auteur, *que la voix publique désignait depuis longtemps comme le plus capable* de satisfaire complètement à ce besoin. Déjà, dans les imparfaites ébauches qu'on avait successivement mises au jour et qui marquaient mal le vide de cette partie de la » science, la doctrine de M. X..., *ses procédés, ses découvertes, venaient frapper l'œil à chaque instant et remplir la plupart des pages*. Un ensemble complet, un traité émanant tout entier de la plume *du maître*, était donc *un événement des plus heureux*, et l'on ne peut pas s'étonner qu'un ouvrage si exactement théorique et éminemment pratique tout à la fois soit déjà traduit en allemand, en anglais et en espagnol. Les riches matériaux de l'auteur étant réunis depuis longtemps, la publication marche rapidement, et la septième » livraison de l'ouvrage (qui en aura quinze) est déjà en vente. »

Nous n'ignorons pas que, dans les cas de ce genre, la responsabilité de la faute est ordinairement renvoyée au libraire. De fait, une fois possesseur de l'œuvre et chargé de la faire prospérer à ses risques et périls sans autre condition que celle de remplir ses engagements commerciaux, le libraire, qui n'a d'autre caractère que celui de vendeur, d'autre intention avouée que celle de bénéficier, d'autre devoir que celui de la loyauté dans les transactions, fait la chose du monde la plus simple et la moins répréhensible en parant le plus possible sa marchandise. Mais cette manière d'échapper à la responsabilité d'un acte contraire, nous le croyons, à la dignité du savant, ne sera jamais à l'usage des consciences scrupuleuses et l'on ne saurait l'absoudre sans lâcher la bride à de mauvaises tendances. Le médecin soucieux de sa bonne renommée, saura toujours stipuler auprès de l'éditeur ou du vendeur de ses œuvres telle condition propre à distraire les intérêts de sa réputation de ceux de l'industrie, et ne livrera jamais son nom avec son livre à la spéculation d'un libraire.

Nous venons de parler à la fois des livres et des journaux. Disons cependant qu'au point de vue de la publicité élogieuse, il serait juste d'établir quelque différence entre les uns et les autres. Un livre est une œuvre individuelle ; en faire l'éloge dans une annonce extra-scientifique, c'est porter devant le public non médical l'éloge d'un médecin, l'éloge de son savoir, de son habileté, c'est amorcer la clientèle. Un journal est une œuvre collective dont le gérant, quoique représentant responsable, n'est pas l'auteur. Cette œuvre est vouée d'ordinaire à la fécondation d'une pensée, à la satisfaction d'un besoin. La publicité qui vanterait l'ardeur, le talent déployés dans cette tâche par le journal, et le succès de ses efforts, si elle le faisait en bons termes, avec modestie et retenue, ne dépasserait pas les bornes de la convenance. En faisant l'éloge de *la rédaction*, elle ne ferait l'éloge de personne, et cette louange même, ne portant pas sur un point de théorie ou de pratique déterminé, ne pourrait être considéré comme un appel au public non médical.

Livres, journaux, maisons de santé, de convalescence, établissements d'eaux minérales, etc., tout cela peut donc et doit donc être porté à la connaissance du public. On vient de voir dans quelles conditions et dans quelles formes ; mais ce n'est pas tout : il reste encore à examiner quel devra être, toujours dans le cercle extra-scientifique, *le mode de publicité*. Il s'en présente trois principaux : la réclame dans le corps du journal, l'annonce à la quatrième page, et l'affiche. Le sentiment public a établi entre ces trois modes de publicité, quant à leurs degrés de convenance, une sorte de gradation dont la raison, d'ailleurs, rend assez bien

culière du sang qui se reproduit d'une manière constante et est dans un rapport direct d'intensité avec la maladie elle-même. Toutes les fois en effet qu'une phlegmasie est assez caractérisée et assez forte pour qu'un mouvement fébrile en soit la conséquence, il y augmentation du chiffre de la fibrine, et cette augmentation, conséquence de la phlegmasie, se développe, reste stationnaire, et diminue avec elle sans toutefois la précéder.

Ce résultat important, déjà connu et signalé depuis longtemps par des médecins distingués qui avaient étudié avec soin la production qui constitue la couenne (1), a surtout été généralisé et établi en principe par les analyses de MM. Andral et Gavarret.

L'augmentation du chiffre de la fibrine entraîne à peu près constamment comme conséquence la formation de la couenne, dite couenne inflammatoire.

Quelle est la cause du dépôt de la fibrine ainsi augmentée de quantité, à la partie supérieure du caillot? Quel en est le mécanisme? Quelles sont les circonstances qui le font naître et varier? Ce sont des questions importantes à résoudre et à préciser, attendu que dans la pratique civile ou des hôpitaux la chimie ne peut intervenir et que la formation de la couenne a de l'importance pour guider le médecin dans le diagnostic et le pronostic des maladies.

Les explications proposées pour rendre compte de la formation de la couenne peuvent être réduites à deux principales.

Dans l'une, la formation de ce dépôt est expliquée par l'augmentation de la proportion de fibrine, augmentation soit absolue, soit relative aux globules. On admet de plus que la fibrine de nouvelle formation se coagulant avec plus de lenteur que celle qui y existe naturellement, il arrive que la fibrine normale se coagule d'abord, entraînant dans ses mailles la totalité des globules (ce qui constitue la partie rouge du caillot couenneux), et que la fibrine de nouvelle formation se dépose un peu plus tard seule à la partie supérieure (partie blanche du caillot couenneux).

Dans la seconde théorie, on commence par admettre que dans les phlegmasies les globules se précipitent plus rapidement au-dessous du niveau supérieur du sérum que dans toutes les autres maladies ou dans l'état sain. Cela étant, on comprend qu'elles puissent entraîner avec eux une partie de la fibrine qui se coagule et forme ainsi la partie rouge du caillot couenneux, et que le reste de la fibrine continuant de se coaguler, mais sans entraîner de globules, puisqu'ils sont précipités, soit pure ou d'un blanc jaunâtre et constitue, par sa rétraction progressive, la couenne.

On peut adresser à ces deux explications ou à ces deux théories des objections qui ne sont pas sans valeur. Ainsi aux partisans de la première, on peut demander comment il se fait que dans la plupart de cas de chlorose ou d'anémie là où il n'y a pas de fibrine de nouvelle formation, on trouve une couenne quelquefois aussi épaisse que dans les phlegmasies.

A ceux qui admettent la seconde explication, on peut dire : si les globules se précipitent plus rapidement dans les phlegmasies, il faut nécessairement admettre qu'il en est de même dans la chlorose et les autres cas où on voit la couenne se former.

Les analyses dont nous présentons le résumé dans ce travail, portant sur le sérum et relatives aux phlegmasies, nous permettront peut-être de fournir quelques nouveaux éléments à l'étude de la formation de la couenne.

(1) M. Piorry, M. Magendie, etc.

Sans entrer ici dans une statistique longue et fastidieuse, nous exposerons en quelques lignes les conclusions auxquelles nous avons été conduit.

38 malades atteints de phlegmasies bien caractérisées, plus ou moins intenses, et chez lesquels l'analyse du sang a démontré plus tard l'augmentation du poids de la fibrine ont été saignés : 27 une fois, 9 deux fois et 2 trois fois ; ce qui fait en somme 38 premières saignées, 11 secondes et 2 troisièmes ou 51.

Ces 38 cas ont été ainsi répartis : 7 bronchites aiguës, 11 pleuro-pneumonies, 6 pleurésies, 9 rhumatismes aigus, 2 érysipèles de la face, 2 péritonites et une angine tonsillaire. Il y eut 24 hommes et 14 femmes.

Premières saignées. La densité du sérum a été trouvée en général abaissée, mais cependant un peu plus irrégulièrement que dans la fièvre typhoïde, par exemple. On peut dire toutefois qu'elle s'abaisse légèrement dans des cas peu graves et dans lesquels la saignée est pratiquée à une époque peu éloignée du début, tandis que lorsque la maladie est grave, et les individus déjà notablement débilités, la densité diminue fortement ; elle a varié entre 1023 et 1030 ; sa moyenne 1026,5 n'a pas une grande valeur comme moyenne, en raison des oscillations que nous venons de signaler.

Le sérum, assez abondant, est presque toujours nettement isolé du caillot, limpide et d'une nuance tantôt claire tantôt foncée.

L'analyse de 1,000 parties de ce liquide a donné des résultats qui présentent des variations analogues à celles de la densité, et qui ôtent peut-être un peu de valeur à la moyenne 88,4 qui occupe les limites inférieures de l'échelle physiologique. Signalons toutefois, dans l'analyse du sérum des phlegmasies, une proportion plus forte que dans l'état normal des matières grasses des matières extractives et des sels libres et d'où résulte, en définitive, l'abaissement plus sensible du chiffre de l'albumine proprement dite.

Secondes saignées. La densité du sérum, comparée à celle des premières saignées correspondantes, est représentée par un chiffre beaucoup plus faible (1026 au lieu de 1027,5) ; il était plus abondant, plus clair et plus limpide. L'analyse, rapportée à 1000, a donné pour résultat une moyenne de 81,7 de partie solide au lieu de 86,6 obtenue dans les 11 premières correspondantes. Les matières extractives, etc., ont été aussi abondantes que dans les premières.

Les deux malades saignés une troisième fois ont présenté, sous le rapport de la composition du sérum, la continuation de l'abaissement du chiffre des parties solides.

Quelques détails sont maintenant indispensables pour rendre compte de la composition du sérum dans les diverses phlegmasies en particulier.

Bronchites aigues.— Chez 7 individus (4 hommes et 3 femmes) atteints de cette maladie et d'une manière peu grave en général, la densité du sérum ne s'est que peu abaissée. Il y eut une légère diminution de ses parties solides, diminution qui porta surtout sur l'albumine, tandis que les matières extractives, matières grasses, etc., avaient plutôt augmenté.

Pleuro-pneumonie. — Chez onze malades l'analyse du sérum des premières saignées a donné pour résultat une diminution de la densité plus notable que dans la bronchite ; ce liquide était en même temps moins abondant, plus foncé, quelquefois peu limpide et d'une consistance assez épaisse. Ces dernières qualités ne seraient-elles pas les conséquences de l'augmentation de quantité des matières extractives et des matières grasses ? L'analyse de 1,000 grammes de ce liquide a montré que les parties solides étaient notablement diminuées de quantité, et que les chiffres qui les représen-

compte. La réclame est mieux supportée, de meilleur goût, pour ainsi dire, que l'annonce, parce que, intercalée au milieu de nouvelles émanées directement de la rédaction, elle peut passer pour avoir la même origine, et ainsi n'a pas la même apparence de mercantilisme que l'annonce ostensiblement achetée à prix d'argent. C'est là, sans doute, le plus souvent une fiction, et presque toujours la réclame a coûté plus cher que l'annonce ; mais cette fiction même est un voile dont s'enveloppe la conscience et qui témoigne d'une certaine pudeur ; c'en est assez pour expliquer l'espèce de distinction attachée à ce mode de publicité. L'affiche, au contraire, qui ne s'adresse plus seulement à une certaine classe de citoyens plus ou moins lettrés, mais à la multitude, mais au passant de la rue, l'affiche, qui attire moins l'attention par l'intérêt du sujet que le regard par la couleur du papier et la grandeur des lettres, est le moyen de divulgation le plus cru et le moins relevé. Si l'on nous passe cette comparaison quelque peu hasardée, il y a entre l'annonce et l'affiche une différence analogue à celle qui sépare la courtisane de boudoir, précieuse et quasi-pudique, de la courtisane hardie et provoquante des rues. Or on comprend à quelles convenances, à quelles nuances délicates de sentiment doit être subordonné le choix de tel ou tel de ces modes de publicité.

Dans le cas qui nous occupe, et en thèse générale, ouvrages, journaux, maisons de santé, par cela seul qu'ils comportent un intérêt commercial ou industriel, doivent pouvoir arriver à la connaissance du public par toutes les voies ouvertes au commerce et à l'industrie : la réclame, l'annonce et l'affiche. Mais le dernier moyen exigera dans son emploi plus de mesure que les deux autres, et d'autant plus que, dans l'objet de la divulgation, l'élément scientifique sera moins facilement et moins nettement dégagé de l'élément industriel. Au reste, chacun de ces modes de publicité est susceptible, dans l'application, de mille variations de formes diversement compatibles avec les convenances, diversement senties par la conscience publique. Pour citer un exemple, une annonce en lettres démesurées, tourmentées, enjolivées, une annonce ornée de dessins, conçue en un mot de manière à frapper vivement les yeux, révèle ou moins de tact dans le sentiment, ou moins de droiture dans les intentions, que l'annonce pure et simple, dégagée de tout artifice. La même remarque peut s'appliquer à l'affiche. Et que l'on ne croie pas que nous tombions ici dans la subtilité. Nous exprimons des nuances réelles, si bien appréciées du public éclairé, qu'elles occupent depuis longtemps, et aujourd'hui plus que jamais, l'attention des esprits les plus sérieux. L'Angleterre, avec le bon sens qui la distingue, a compris avant nous que l'annonce, pour entrer plus avant dans les mœurs, pour être plus généralement acceptée, n'avait besoin que d'être moralisée. Également éloignés de la pruderie qui repousse tout usage de la publicité et du dévergondage qui en abuse, ses journaux les plus accrédités mettent l'annonce au service des intérêts les plus respectables, mais en la soumettant à une règle fixe, simple quant au fond, sévère dans la forme, et qui ne laisse place à aucun artifice. C'est ce qu'on peut voir particulièrement dans le Times, où viennent s'aligner, sans aucune distinction de forme, des centaines d'annonces par numéro. Cette méthode commence à prendre faveur en France, où elle a été importée par le journal la Presse, qui a récemment publié, sur ce sujet, des articles pleins de raison et de sens pratique.

A. D.

taient s'éloignaient peu d'une moyenne 82,8, quantité bien inférieure à celle de l'état normal; l'eau était abondante par conséquent. Le chiffre des matières extractives et grasses est supérieur à celui de l'état physiologique.

Plusieurs de ces pleuro-pneumonies graves ont été saignées une seconde fois. Les résultats de l'analyse ont démontré un appauvrissement des parties solides plus considérable que dans les premières, une densité plus faible, une quantité d'eau plus considérable et un chiffre de parties solides assez bas (moyenne, 79). Deux malades, saignés une troisieme fois, ont continué de présenter la même décroissance des parties solides du sérum, mais moins forte peut-être qu'en passant des premières aux secondes.

Pleurésie aigue. — Six individus, atteints de cette maladie, ont été saignés; deux d'entre eux, affectés d'une pleurésie avec épanchement, plutôt sub-aiguë qu'aiguë, remontant à trois ou quatre semaines, ont présenté un résultat singulier et opposé à ceux que nous avions obtenus dans toutes les autres phlegmasies. Le sérum fut trouvé d'une forte densité, plus élevé même que dans l'état normal. Le chiffre exprimant le poids des parties solides du sérum était également plus élevé.

Le sérum du sang des quatre autres malades a présenté des conditions analogues à ceux que ce liquide offre ordinairement dans les phlegmasies, c'est-à-dire diminution de la densité, abaissement des chiffres des parties solides du sérum, portant surtout sur le poids de l'albumine pure. L'analyse a donné pour résultat une augmentation notable de la quantité des matières extractives, matières grasses, etc., dont la proportion a augmenté d'un tiers à peu près de leur poids primitif. Chez un de ces malades, qui fut saigné une seconde fois, le sérum présenta une diminution plus notable que dans la première correspondante des parties solides du sérum et un abaissement du chiffre de la densité.

Rhumatismes aigus. — Les résultats obtenus par l'analyse du sérum du sang de neuf malades, dont six ont été saignés une fois et trois deux fois, ont présenté des résultats analogues à ceux que nous avons donnés au sujet de la bronchite aiguë; ce sont les suivants : abaissement du chiffre de la densité du sérum; diminution plus considérable du chiffre des parties solides tenues par ce liquide en dissolution; poids plus considérable de matières extractives, matières grasses, etc. Le sérum enfin fut constamment abondant et limpide. Chez les trois malades qui furent saignés une seconde fois, les modifications du sérum ont continué à se faire dans le même sens.

L'examen du sérum d'un malade atteint d'engine tonsillaire, et de deux autres (un homme et une femme) atteints de péritonite circonscrite, conduit à trouver des modifications semblables à celles que nous avons signalées pour les phlegmasies; de même pour deux cas d'érysipèles de la face dans lesquels l'analyse complète du sang a été faite. Nous rapportons également deux analyses que nous avons faites, l'une sur le sang d'une femme atteinte d'un rhumatisme chronique devenu momentanément subaigu, et l'autre sur celui d'un nègre atteint de pleurodynie.

	Analyse du sang rapportée à 1000 gr. (1).				Analyse du sérum rapportée à 1000 gr.	
	Globules.	Fibrine.	Parties solides du sérum.	Eau.	Eau.	Parties solides.
Homme saigné pendant les prodromes d'un érysipèle de la face; fièvre. .	127,9	5,4	70,4	796,3	82,6	917,4
Fille de 18 ans, atteinte d'érysipèle de la face. .	103,5	5,5	85,3	805,7	95,7	904,3
Femme de 37 ans, rhumatisme subaigu et léger de l'épaule droite. . . .	124,6	4,6	82,6	788,2	94,8	905,2
Homme nègre de 37 ans, atteint de pleurodynie.	113,6	3,5	91,5	791,5	103,5	896,5

Telles sont les analyses nouvelles que nous avons faites, et en particulier celles relatives au sérum; nous allons maintenant essayer de les résumer.

Dans les phlegmasies considérées d'une manière générale, on peut admettre, qu'à côté de l'augmentation de la fibrine, fait connu et généralement admis maintenant, vient se placer un autre fait, sinon général, du moins très-fréquent. C'est la tendance de l'albumine proprement dite, tenue en dissolution dans le sérum (2), à diminuer de proportion, et à entraîner comme conséquence l'abaissement de la densité de ce liquide. Ajoutons aussi, comme moins constante, mais cependant bien fréquente aussi, l'élévation du chiffre des matières extractives solubles dans l'eau et des matières grasses.

(1) Nous jugeons inutile ici de donner le poids des matières grasses; elles n'auraient rien appris de particulier.

(2) Nous parlons toujours, bien entendu, de l'analyse de sérum seul, et rapportée à 1000.

Dans les phlegmasies légères, dans celles dont le début est encore rapproché, ou bien chez les malades qui ont pris de la nourriture jusqu'à une époque voisine du début, les variations que nous venons de signaler sont moins sensibles, le sérum des saignées faites en pareil cas est peu modifié, et sa composition peut être représentée par les chiffres que nous avons placés sur les limites inférieures de l'état physiologique.

Dans les phlegmasies graves et qui ont déjà fortement éprouvé le malade, et lorsqu'il est en même temps à la diète, les propriétés du sérum sont tout autres que dans les cas précédents; il devient plus abondant, plus aqueux, sa densité diminue d'une manière notable. La proportion des parties solides qu'il contient diminue; cette diminution est due surtout à l'albumine, tandis que le poids des matières extractives et des matières grasses reste à l'état normal ou augmente. Ajoutons encore, dans quelques cas, la viscosité et la teinte foncée du sérum.

Ces résultats ne sont pas absolus, c'est-à-dire qu'il y a des exceptions. Nous l'avons vu pour deux cas de pleurésie. Nous aurons tout à l'heure l'occasion d'en citer d'autres dans des cas de rhumatismes chroniques. Observons toutefois que, dans ces cas exceptionnels, les individus n'étaient pas très-malades, prenaient de la nourriture et se rapprochaient tous sensiblement de l'état physiologique.

Chez les individus atteints de phlegmasies et saignés plusieurs fois, tous ces caractères deviennent de plus en plus sensibles à mesure que les émissions sanguines sont plus répétées.

Quelle est la cause de ces modifications du sérum? Sont-elles dues à la diète? Sont-elles la conséquence de la maladie et de la perturbation qu'elle a apportée dans l'organisme? doit-on les attribuer à l'élévation notable de la température de tout l'organisme, élévation d'où résulte la concentration de la plupart des sécrétions, et en particulier des urines, dont la quantité d'eau, diminuant considérablement et par conséquent restant dans l'organisme, pourrait peut-être étendre les parties solides du sérum? Sont-elles dues à la transformation d'une partie de l'albumine en fibrine? Toutes ces explications pourraient être invoquées, discutées et soutenues; mais aucune, dans l'état actuel de la science, ne saurait être démontrée d'une manière incontestable.

Les nouvelles analyses que nous avons faites, rapprochées des premières, pourront peut-être, avons-nous dit en abordant les phlegmasies, fournir quelques matériaux à l'histoire de la formation de la couenne. C'est une question que nous pouvons maintenant aborder. Résumons d'abord quelques faits.

Nous avons surabondamment démontré la diminution de la densité du sérum dans les phlegmasies. L'abaissement du chiffre des globules, qu'on l'attribue à la diète, à la maladie, cela importe peu, est un fait qu'on ne saurait guère mettre en doute; enfin, il y a toujours, comme on sait, augmentation de la fibrine.

Ces trois faits étant incontestables, pourrait-on admettre l'explication suivante?

Dans les phlegmasies, l'abaissement des globules se fait plus rapidement au-dessous du niveau du sérum, à raison de la modification que ce liquide a subi, ils entraînent avec eux une certaine quantité de fibrine qui s'abaisse également en vertu de la même cause. Ces derniers étant en quelque sorte saturés, si on peut employer cette expression, éprouvent alors, en raison de la rétraction progressive de la fibrine, qu'ils ont avec eux tous les phénomènes de la coagulation, tandis que, au-dessus, le reste de la fibrine, cette portion qui ne s'est pas abaissée en même temps que les globules, se précipite et se coagule seule, formant d'abord une couche tremblotante, gélatiniforme, verdâtre, qui, se condensant peu à peu, finit par constituer la couenne, dont l'épaisseur et la densité varient en raison de la quantité de fibrine et de sa force de rétraction. Une telle explication ne rendrait-elle pas compte également de la difficulté que la couenne éprouve à se former lorsque le sang, sortant goutte à goutte de la veine, se coagule à mesure.

Ce ne sont ici que des vues que nous émettons; signalons toutefois un dernier fait expérimental.

Dans nos expériences, le sang a toujours été reçu et abandonné à la coagulation dans des bocaux plus hauts que larges. Il en est résulté assez souvent que la couenne ne s'est pas formée, malgré l'existence d'une forte proportion de fibrine, une diminution notable de la densité du sérum et un écoulement convenable de sang. On pouvait observer toutefois que la partie supérieure du caillot était alors plus dense et parsemée de stries blanchâtres indiquant dans cette partie une proportion plus considérable de fibrine qu'à la partie inférieure. Ce résultat s'explique assez bien par la forme du vase; les globules se sont bien abaissés, mais ils n'ont pu le faire assez rapidement, de telle sorte qu'à la partie supérieure, lorsque la fibrine s'est coagulée, elle a compris dans ses mailles une certaine quantité de globules.

VII. — Tubercules pulmonaires.

Considérés sous le point de vue des altérations du sang, les malades at-

teints de phthisie pulmonaire se présentent avec des caractères différents, et qui dépendent du développement de ce produit organique. Dans la première période, la lésion peut n'être que locale et la constitution n'avoir subi aucune atteinte; dans d'autres cas, et plutôt peut-être chez les femmes que chez les hommes, il y a un état anémique qui tantôt précède les tubercules, et tantôt se développe en même temps qu'eux. Lorsque des hémoptysies se montrent à cette époque, l'anémie peut même être très-prononcée.

Dans la seconde période, lorsque les tubercules se ramollissent, ou lorsque autour d'eux le parenchyme du poumon, les bronches ou les plèvres s'enflamment, la fièvre vient se joindre aux états précédents et coïncide avec l'anémie qui peut exister déjà, ou bien qui ne s'est développée que dans cette période.

Dans la troisième enfin, lorsque des excavations tuberculeuses existent, que la fièvre hectique, la diarrhée, viennent à se manifester, la constitution est de plus en plus ébranlée, et l'anémie, si elle n'a point encore paru, se développe la plupart du temps.

Dans ces cas divers, les analyses du sang n'ont point fait découvrir dans ce liquide la cause première des tubercules; elles ont conduit seulement à reconnaître qu'à chacun des états généraux ou des périodes diverses dont nous venons de parler correspondent certaines modifications du sang. Ces modifications, du reste, se réduisent à deux principales qui peuvent se combiner et se montrer à des degrés divers : ce sont la diminution des globules lorsqu'il y a anémie, et l'élévation du chiffre de la fibrine lorsqu'une inflammation quelconque vient compliquer la maladie primitive. A ces deux altérations du sang, bien positives et bien réelles, vient-il s'en joindre d'autres? existe-t-il quelque changement dans la proportion des divers éléments du sérum? C'est ce que nous avons essayé de déterminer, et voici le résumé de nos recherches à cet égard.

Le sérum a été étudié chez 16 phthisiques (11 hommes et 5 femmes); 11 de ces malades ont été saignés une fois, 2 deux fois, et 3 trois fois; ce qui fait 24 saignées, dont 16 premières, 5 secondes et 3 troisièmes, toutes prescrites dans le but de combattre, soit des hémoptysies, soit un mouvement fébrile violent, soit quelque inflammation intercurrente.

Premières saignées. — Dans 7 cas sur 16, le sérum fut modifié de la manière suivante : densité diminuée et s'étant maintenue dans des chiffres oscillant entre 1026 et 1023. Ce dernier chiffre a été obtenu sur le sérum d'un individu dont les urines ne contenaient aucune trace d'albumine.

L'analyse de 1000 grammes de sérum chez 7 malades a montré que les parties solides étaient dans une faible proportion : elles ont varié de 87 à 81 (moyenne 84). Les caractères physiques n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé.

Ces 7 malades étaient 4 hommes atteints de tubercules pulmonaires à la troisième période, déjà épuisés et en proie à la fièvre hectique; 2 hommes atteints d'hémoptysie : l'un présentait des tubercules au premier degré, l'autre au deuxième; enfin, une femme également atteinte de tubercules au premier degré et hémoptoïque.

Restent 9 autres phthisiques (5 hommes et 4 femmes) présentant des tubercules à divers degrés de développement, et dont l'histoire ne présenterait ici aucun intérêt. Voici quels ont été les résultats et l'examen du sérum.

La densité a varié, tout en s'éloignant peu des chiffres physiologiques, et les chiffres qui la représentent occupent les limites inférieures de ces derniers.

L'analyse de 1000 grammes de sérum a conduit exactement aux mêmes conséquences (chiffres analogues à ceux des degrés inférieurs de l'état physiologique), Signalons toutefois une proportion élevée de matières extractives (moyenne 10,7), ce qui indique en définitive une diminution du poids de l'albumine proprement dite, caractères physiques du sérum variables.

Secondes saignées. — Les secondes saignées, mises en regard des résultats fournis par les premières correspondantes, fournissent des résultats analogues à ceux que nous avons indiqués lorsque nous avons montré d'une manière générale l'influence des premières saignées.

Ainsi, diminution de la densité (moyenne 1026,7 au lieu de 1028,3), résultat analogue pour l'analyse de 1000 grammes de sérum (moyenne 86,8, parties solides, au lieu de 90,1), sérum presque toujours abondant et limpide.

Troisièmes saignées. — Le sérum a continué de s'appauvrir et à devenir plus aqueux; il serait peu intéressant pour le lecteur de rapporter tous ces chiffres.

En résumé, on peut admettre que, dans la phthisie pulmonaire, l'état général des malades, les complications, les modifications survenues dans la constitution sont principalement les circonstances qui modifient et régissent en quelque sorte la composition du sang sous le rapport du sérum. Tout en nous gardant d'établir ce fait comme général et absolu, en raison de la variabilité de quelques-uns des résultats, nous croyons qu'on peut admettre que, lorsqu'il existe quelque complication, qu'un état anémique se développe ou qu'il survient des hémoptysies abondantes, les parties solides du sérum tendent à diminuer de quantité; l'eau augmente et la densité diminue. On trouve une élévation assez grande des chiffres des matières extractives des matières grasses et sels libres, et un chiffre très-peu élevé de l'albumine. En définitive, c'est avec les modifications du sang survenues sous l'influence des phlegmasies, que la composition de ce liquide dans la phthisie pulmonaire offre le plus d'analogie.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE SES PRINCIPES CONSTITUANTS; par le docteur GERMAIN SÉE, de Ribeauvillé (Haut-Rhin), ancien interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir les numéros 30 et 31.)

ANALYSES DES OBSERVATIONS. — HÉMORRHAGIES.

ANTÉCÉDENTS ET ÉTAT ACTUEL. — Voici maintenant ce que nous avons été à même d'observer chez quinze malades qui ont été soumis à l'emploi de l'ergotine préparée par M. Soubeiran, d'après le deuxième procédé de M. Bonjean : quatre de ces malades présentaient des affections du cœur, dont je parlerai dans un chapitre à part.

Les autres malades avaient des hémorrhagies qui présentaient des conditions diverses. Dans trois cas, il s'agissait de métrorrhagies, dont l'une prenait sa source dans un utérus affecté de tumeur fibreuse avec déformation et induration du col; la deuxième consistait en une simple ménorrhagie; la troisième était survenue, après un avortement, au bout de trois mois de grossesse. Chez la première malade, une hémorrhagie s'était déjà manifestée six mois auparavant; elle dura huit jours et cessa spontanément. Depuis ce temps, les règles ont toujours été abondantes et irrégulières dans leur apparition. L'hémorrhagie actuelle date de cinq jours; elle est allée progressivement en augmentant, et la malade dit avoir perdu deux litres de sang avant d'entrer à l'hôpital; depuis trois heures qu'on est à même de l'observer, elle a perdu à peu près 90 ou 100 grammes de sang mêlé de caillots.

Chez la malade atteinte de ménorrhagie, les règles avancèrent de cinq jours lors de la dernière époque menstruelle; l'écoulement continua, comme à l'ordinaire, pendant deux jours, puis reparut huit jours après d'une manière passagère, et revint encore au bout de vingt et un jours; enfin, vingt-quatre heures avant son entrée, il recommença avec une telle force que la malade ne pouvait marcher sans tacher le sol. Elle prit un bain de siége froid, qui ne fit qu'augmenter le mal, et tenta encore quelques autres moyens, mais inutilement; depuis sept heures qu'elle est à l'hôpital, elle a perdu, goutte à goutte, environ 60 grammes de sang rouge liquide.

La troisième malade avait une hémorrhagie qui ne datait que de vingt-quatre heures, mais qui fut assez abondante pour imprégner les linges et les matelas de son lit.

Parmi les autres hémorrhagies, il y avait six hémoptysies, dont trois étaient dues à des lésions organiques du poumon, à des tubercules caractérisés par du souffle et de la bronchophonie dans un cas, par l'expiration rude et la résonnance de la voix dans l'autre cas.

Une autre hémoptysie s'était montrée chez un individu qui présentait à la fois les symptômes des tubercules au sommet des poumons et une hypertrophie légère du cœur.

Dans le cinquième cas, on ne put constater qu'une simple hypertrophie du cœur; et dans le sixième il s'agissait d'une chlorotique qui, depuis six mois, avait cessé d'être réglée.

Parmi les malades atteints d'hémoptysie, il y avait cinq femmes et trois hommes, tous trois dans l'âge adulte, mais d'une constitution très-différente; car l'un était fortement musclé et présentait au plus haut degré les apparences du tempérament sanguin, bien qu'il fût atteint de tubercules; l'autre, au contraire, était très-amaigri, mais de bonne complexion; c'étaient les deux malades atteints de tubercules et d'hypertrophie; le troisième portait sur son visage les traces d'une altération profonde de la santé.

Trois de ces malades crachaient ou vomissaient le sang depuis plusieurs mois et même deux ans avec des rémissions plus ou moins marquées; les autres n'avaient pas eu d'hémorrhagie antérieure à celle qui les amena à l'hôpital.

Chez tous, l'hémorrhagie actuelle durait depuis trente-six heures au moins, et chez quelques-uns depuis trois et même cinq jours.

Presque tous affirment avoir rendu jusqu'à cinq cuillerées, une demi-cuvette ou même une cuvette de sang; mais pendant qu'on les observa (c'est-à-dire dans l'espace de quatre à huit heures), la plupart n'expectorèrent que 15 à 60 grammes (environ une à quatre cuillerées) de sang pur ou mêlé à diverses substances; le plus ordinairement c'était un liquide noirâtre épais, composé de sang liquide, de caillots et de crachats spumeux qui étaient eux-mêmes striés de sang; une fois, la matière expectorée était tout entière sous forme de caillots; une autre fois, au contraire, c'était un sang rouge, liquide; enfin, un des malades ne présentait que des crachats striés.

Outre les hémoptysies et les métrorrhagies, nous avons encore à compter un cas d'hématurie, dont la source probable était dans le rein, et un cas d'hémorrhagie intestinale chez un homme atteint d'une fièvre typhoïde qui datait de sept jours; il y a eu chez lui quatre selles presque complétement formées de sang et qui pesaient chacune de 1 à 3 livres.

Telles furent les hémorrhagies auxquelles on opposa l'emploi de l'ergotine.

Dose et mode d'administration. — Pour tous les cas précités, on a donné le médicament dans 4 onces de julep gommeux à prendre de deux en deux heures par cuillerée à bouche; dans ce julep, on incorporait ordinairement 1 gramme d'ergotine, de sorte que chaque cuillerée en contenait environ 12 à 15 centigr.; en général, on commençait par 1 gramme; cependant, chez trois malades, on débuta par 1 gramme et demi, 2 grammes et demi, et enfin chez le malade atteint d'hémorrhagie intestinale on administra de suite 6 grammes.

La première potion ne fut jamais suivie d'accidents sérieux, de sorte qu'on a toujours pu continuer le médicament pendant le deuxième jour; en général, alors, on maintenait la même prescription pendant un, deux et même six jours; quelquefois cependant on augmentait progressivement, de sorte que quelques malades prirent dans l'espace de cinq à six jours jusqu'à 14 grammes d'ergotine. Mais on conçoit facilement que les doses ont dû varier selon l'intensité de l'hémorrhagie, et pour n'en citer qu'un exemple, une hémoptysie guérit au moyen d'un gramme d'ergotine, c'est-à-dire d'une dose insignifiante, tandis que l'hémorrhagie intestinale réclama 24 grammes; chez tous ces malades le traitement fut simple et dégagé de tout moyen adjuvant.

Effets de l'ergotine sur l'hémorrhagie utérine.

Si nous examinons les effets du médicament sur l'écoulement sanguin, en suivant l'ordre indiqué plus haut, nous verrons que chez la malade atteinte de ménorrhagie, il n'y eut de modification évidente qu'au bout de quatorze heures et quand la malade eut pris 1 gramme de médicament; à ce moment il n'y avait plus que trois ou quatre taches dans le linge.

Après trente-huit heures, l'écoulement reparut, parce que la malade remuait sans cesse et se levait de son lit, de sorte qu'il fallut continuer et augmenter la dose, et ce ne fut qu'à l'aide de 8 grammes et au bout de trois jours de temps que l'écoulement fut arrêté définitivement, mais on continua encore pendant deux jours.

Ainsi donc, diminution de l'écoulement au bout de quatorze heures, et cessation au bout de trois jours et demi.

Dans la métrorrhagie avec altération organique, il suffit de deux cuillerées de la potion et de deux heures un quart de temps pour suspendre l'hémorrhagie. Il est vrai que, quatorze heures après, on vit reparaître quelques gouttes, et trente-huit heures après, en examinant l'utérus au spéculum, l'instrument fut sali par le sang; mais à partir de ce moment il n'y eut plus de traces de liquide dans le vagin.

A la suite de la métrorrhagie par avortement, il suffit de quatre heures de temps et de 4 à 6 grains pour que l'écoulement, lequel était assez considérable, ne fournît plus que quelques gouttes séro-sanguinolentes pendant deux jours; ainsi, diminution au bout de quatre heures, cessation au bout de deux jours.

Dans presque tous les cas d'hémoptysie, la quantité de matière expectorée était diminuée après la première ou deuxième cuillerée de la potion, c'est-à-dire après quatre ou cinq heures de traitement. Il n'y eut que trois malades chez lesquels l'hémorrhagie ne fut modifiée qu'au bout de huit et de vingt heures; mais chez eux la modification, au lieu de consister dans une simple diminution, se traduisit par une cessation complète de l'écoulement, tandis que chez ceux qui avaient été impressionnés de suite par le médicament l'hémorrhagie, bien que diminuée, continua sous forme de crachats rougeâtres ou striés de sang et avec peu de modification, trente-sept, quarante-huit, cinquante et une heures et une fois même pendant cinq jours.

Au bout de ce temps, le crachement de sang avait cessé chez tous, mais la guérison ne se maintint entière que chez deux malades; chez tous les autres, le sang reparut au bout de trente-quatre, trente-six heures, quatre jours; seulement la récidive n'a jamais consisté que dans quelques stries sanguinolentes, mêlées aux crachats ou dans quelques crachats teints de rouge.

Si maintenant nous recherchons la cause de cette diversité d'action, nous ne la trouverons ni dans la constitution, ni dans les lésions que présentaient les malades, et moins encore dans les influences extérieures.

Le médicament agit plus ou moins rapidement, plus ou moins efficacement et d'une manière plus ou moins durable sans qu'on en ait pu deviner la cause; la seule chose que nous ayons cru remarquer, c'est que les récidives se sont principalement montrées chez ceux qui ont été impressionnés par le médicament dès le commencement, et nous verrons plus tard cette proposition confirmée par ce qui a lieu dans les voies circulatoires.

L'hématurie ne fut presque pas modifiée par le seigle; l'urine qui s'écoulait avant le traitement sous forme d'eau rouge ne présenta plus, après l'emploi du médicament, qu'une couleur presque transparente; le dépôt rougeâtre et fibrineux qu'elle offrait lorsque le malade entra à l'hôpital persista sans modification aucune.

Quant à l'hémorrhagie intestinale, elle subit, au contraire, une diminution notable, car deux heures après la première cuillerée qui contenait environ 0,60 d'ergotine, le malade eut une selle plus liquide et le sang ne présentait plus de caillots.

Au bout de trente-six heures, il y eut encore deux selles sanguinolentes; mais trente-neuf heures après, les matières étaient devenues naturelles.

Résumé. — Nous voyons d'après cela que l'hémorrhagie a été modifiée immédiatement après la première ou la seconde dose chez la plupart des malades, qu'on ait eu affaire à des hémoptysies, à des métrorrhagies ou à d'autres hémorrhagies. Trois malades atteints d'hémoptysie firent seuls exception à cette règle, car le médicament n'agit qu'après la première potion; mais dès que cette action se manifesta l'hémorrhagie, qui avait été assez abondante, fut arrêtée complétement pour ne plus revenir pendant tout le temps qu'on continua le médicament.

Au contraire, quand l'hémorrhagie ne faisait que se modifier (ce que l'on ne pouvait attribuer ni à la constitution des malades ni à leurs maladies), l'écoulement diminuait de moitié ordinairement, et quand il ne s'agissait plus que d'une petite quantité de sang, la modification porta plutôt sur les qualités du liquide que sur son abondance; il semblait que le médicament perdait son action sur ces hémorrhagies légères que les anciens appelaient *stillicidia;* car leur cessation complète fut très-tardive, principalement dans les hémoptysies; il y en eut, en effet, qui ne s'arrêtèrent qu'au bout de trois et même cinq jours et à l'aide de 7 à 8 grammes d'extrait; et un exemple plus frappant encore sous ce rapport fut une hématurie légère qui persista indéfiniment malgré les doses progressives qu'on lui opposa, tandis que les autres hémorrhagies se tarirent dans un laps de temps de vingt-huit à quarante heures et à l'aide de 2 à 4 grammes. Quand une fois l'hémorrhagie était terminée, que l'on suspendît ou non la médication, il est arrivé, dans quelques cas, que l'écoulement s'est reproduit au bout d'un à quatre jours. Ce furent principalement les hémoptysies qui récidivèrent, mais la récidive n'a jamais consisté que dans une très-petite quantité de sang à la fois, et nous avons cru observer qu'elle était moins marquée chez les malades chez lesquels la fluxion sanguine s'est éteinte peu à peu, plus marquée au contraire dans les hémorrhagies qui ne se sont modifiées que tardivement, mais qui ont cessé dès la première modification.

D'après cela, on serait porté à croire que la durée de l'action du médicament est en raison inverse de sa puissance; c'est ce que, du reste, nous reverrons jusqu'à un certain point dans les phénomènes qui se rapportent aux organes de la circulation.

Effets de l'ergotine sur la circulation.

Examinons donc les effets du médicament sur les vaisseaux et sur l'organe central de la circulation. Pour cela nous passerons successivement en revue le nombre, le rhythme, la force, la résistance et l'égalité des pulsations des artères et du cœur, d'abord dans les métrorrhagies, puis dans les autres hémorrhagies.

Fréquence du pouls. — Au moment où l'on commençait le traitement, le pouls, après avoir été compté à plusieurs reprises, présentait, chez la première malade atteinte de métrorrhagie, 122 pulsations par minute; chez celle qui avait une affection organique de l'utérus, le chiffre variait entre 96 et 108; enfin, chez la malade atteinte de métrorrhagie par avortement, on en comptait 88.

Premier gramme. — Or, dès la deuxième cuillerée de la potion, la première malade présentait une diminution de 32 pulsations; chez les deux autres, on compta également 8 à 12 battements de moins qu'avant l'ingestion du médicament. Cet état s'est maintenu pendant tout le temps que les malades espaçaient régulièrement leurs doses; mais à peine avaient-elles fini depuis quatre à cinq heures, que le pouls reprenait de sa fréquence, et

chez la première malade, par exemple, il y eut ainsi une augmentation de 16 pulsations sur le nombre de la veille.

Deuxième gramme. — Dès que l'on commença le deuxième gramme, cette irrégularité dans la marche des phénomènes disparut, et l'on obtint une diminution non plus de 32 et de 8, mais de 44 pulsations chez la première malade, de 28 chez la seconde, et de 8 chez la troisième. Ces chiffres se maintinrent pendant tout le temps que l'on n'augmenta pas la dose; mais quand on l'éleva subitement de manière à la porter jusqu'à 3 grammes chez l'une et 5 grammes chez l'autre, on détermina un ralentissement de 64 et de 24 pulsations. Ce furent là les points extrêmes auxquels on arriva; pendant tout le reste du traitement, le pouls oscilla de manière à présenter tantôt 54, tantôt seulement 40 battements de moins qu'au commencement; et quand on cherchait les causes de ses variations, on trouvait toujours que le ralentissement était d'autant plus sensible que la malade était restée plus longtemps sans médicament. Pour s'assurer du fait, on laissa la malade, quand une fois elle fut hors de danger, sans rien lui prescrire, et on vit qu'il y avait 16 à 20 pulsations de plus que quand elle était encore sous l'influence médicatrice de l'ergot.

Une deuxième épreuve donna le même résultat; on eut soin de compter le pouls toutes les heures. Quatre heures après la fin de la potion il se releva de 4 à 8 pulsations, et au bout de quatorze heures, l'action du médicament était en grande partie perdue; mais une dernière dose le ramena à peu près à l'état dans lequel l'avaient placé les dernières doses du médicament, de sorte que l'on put conclure que ces effets physiologiques n'avaient qu'une durée très-limitée.

Chez les malades affectés d'hémoptysie, le pouls battait au commencement du traitement 64, 82, 92, 100 fois par minute, et chez la malade chlorotique, il y avait de 96 à 108 pulsations irrégulières.

Or, chez tous indistinctement, il y eut, au bout de trois à douze heures, une diminution manifeste de 10, 20 et même 30 pulsations. Plus tard ce chiffre ne subit que des variations légères, d'autant moins marquées que les premiers effets avaient été plus tardifs, et au lieu d'un ralentissement qui n'était d'abord que de 6 à 12 pulsations, on eut à noter une diminution de 12 à 20.

Quand on supprima la prescription, le pouls remonta chez tous d'une manière très-marquée; au bout de six à dix heures cet effet existait déjà, et, dans presque tous les cas, la circulation redevint à peu de chose près ce qu'elle était à son point de départ.

Dans le cas d'hématurie on nota également un ralentissement de 8 à 14 pulsations; mais chez le malade atteint de fièvre typhoïde et d'hémorrhagie intestinale, il n'en fut pas de même; on comptait 84 en commençant. Ce chiffre s'est maintenu pendant quarante heures; mais au bout de ce temps, la maladie reprenant le dessus, il remonta à 96. Quand on supprima le médicament, l'augmentation fut bien plus manifeste encore, car il alla jusqu'à 130.

Résumé. — Ainsi donc, chez tous les malades, excepté dans un cas d'hémorrhagie intestinale, le pouls subit, dès les premières doses du médicament (c'est-à-dire après l'emploi d'environ 0,15 à 0,40 d'ergotine), un ralentissement immédiat qui variait entre 6 et 36 pulsations, mais qui paraissait bien plus manifeste quand les malades présentaient beaucoup de fréquence dans la circulation, sans qu'on pût cependant rattacher cette circonstance à aucune cause rationnelle. Ce premier effet ne se modifia guère pendant les doses suivantes, à moins toutefois qu'on ne mît un intervalle de plus de quatre heures entre une dose et l'autre; dans ces cas-là le pouls remontait de quelques pulsations, mais sans jamais atteindre le chiffre qu'il présentait avant le commencement de la médication.

Quand on continuait ou que l'on augmentait progressivement, ou, mieux encore, quand on doublait ou triplait la dose, le ralentissement devenait bien plus manifeste qu'il ne l'était d'abord. Arrivé à un certain degré, il s'arrêtait constamment, et le chiffre 64 fut sa limite extrême; mais cet effet, que l'on pourrait appeler *consécutif*, était toujours moins marqué quand le changement, de même que dans les hémorrhagies, avait été complet dès le commencement.

Rhythme du pouls. — Voyons maintenant les autres caractères du pouls.

Chez tous les malades, excepté deux, les pulsations étaient entièrement régulières, c'est-à-dire également distribuées et égales en durée; mais chez une malade atteinte de métrorrhagie avec lésion organique de l'utérus, 2 ou 3 pulsations lentes étaient ordinairement suivies de 7 ou 8 pulsations rapides et précipitées; il en fut à peu près de même chez une femme chlorotique atteinte d'hémoptysie; or, dans l'un et l'autre cas, le pouls, en même temps qu'il s'est ralenti, s'est complétement régularisé au bout de dix heures chez celle-ci, et de trente heures chez la première.

Cet effet singulier ne s'est montré, comme on le voit, qu'après le ralentissement; mais s'il mit plus de temps à se manifester, il fut aussi beaucoup moins fugace; car il s'est maintenu non-seulement pendant le traitement et quel que fût l'intervalle d'une dose à l'autre, mais encore après la suppression du médicament.

Chez les autres malades, le rhythme ne subit aucune modification, excepté chez deux d'entre eux qui présentèrent un phénomène inverse de celui que nous avons noté plus haut, je veux dire une perturbation du rhythme naturel. Il s'agit d'une ménorrhagie et d'une hémoptysie qui toutes deux s'accompagnaient d'abord d'une régularité complète de la circulation; dans l'un et l'autre cas on vit, au bout de dix-huit à vingt heures, et après 1 gramme d'ergotine, se manifester une irrégularité telle, que le pouls battait tantôt 14 et tantôt 20 fois pendant un quart de minute, et cela durant tout le temps du traitement; on serait donc tenté de croire que le médicament a la double propriété d'intervertir le rhythme régulier, et de régulariser le pouls anormal; mais remarquons que le premier de ces phénomènes ne s'est montré que deux fois sur neuf, tandis que le deuxième s'est montré constamment; remarquons en outre que l'interversion qui a paru pendant le traitement n'a jamais été très-marquée, et enfin qu'elle ne s'est produite que chez des malades nerveuses, indociles, dont l'une était constamment à se tourmenter sur l'issue de son état, dont l'autre s'agitait sans cesse dans son lit et se levait pour marcher; toutes ces raisons tendent à faire croire que la perversion du rhythme naturel n'a pas sa cause dans la médication, tandis que pour la régularisation du pouls, si on en juge par la constance et l'intensité du phénomène, tout porte à penser que la source en était dans la puissance médicatrice. On pourrait seulement objecter à cette dernière conclusion que si en effet l'ergotine jouit de la puissance de régulariser le pouls, celle-ci n'est pas assez forte pour empêcher les circonstances accidentelles de déranger le cours naturel des choses pendant la durée du traitement.

Force et résistance du pouls. — Voyons maintenant si la force, l'étendue et la résistance du pouls ont subi les mêmes influences que son rhythme et sa fréquence; mais disons d'abord que dans la moitié des cas environ le pouls parut, à des degrés variables, plus fort, plus large, plus résistant que dans l'état normal; que dans un cas, au contraire, il présentait tous ses caractères naturels, et qu'enfin dans les autres cas il était faible, sans résistance et plus petit qu'à l'ordinaire. Or, chez tous les malades de la première catégorie, la force se perdit presque immédiatement et toujours avant la fin de la première potion; les battements artériels devinrent constamment faibles, petits, mous et même dépressibles, de forts et développés qu'ils étaient primitivement.

Cet effet a suivi, en général, la même marche que le ralentissement: ainsi il est allé en augmentant sous l'influence des sept à dix premières doses, puis il s'est maintenu dans le premier état pendant tout le temps du traitement, avec de très-légères différences qui coïncidaient en général avec une suspension trop prolongée du médicament.

Chez le malade qui avait le pouls normal, aucune modification ne s'est manifestée; enfin, chez ceux qui avaient le pouls petit et faible au commencement du traitement, la résistance et la force allèrent encore en diminuant. Mais cet effet, comparé à ce qui eut lieu dans les cas de la première catégorie, fut beaucoup moins évident, même d'une manière relative.

Quant à l'égalité des pulsations, nous les avons toujours trouvées dans l'état normal, excepté une fois. Elles restèrent mêmes égales chez les malades qui présentèrent des intermittences pendant le traitement, ce qui prouve encore que la perturbation produite par le médicament n'était pas profonde. Ce fut chez un des malades qui présentaient des intermittences *primitives* que l'on remarqua en même temps de l'inégalité dans les pulsations, mais le médicament en égalisa la force en même temps qu'il en régularisa le rhythme.

Résumé relatif au pouls. — Nous dirons donc, pour résumer ce qui est relatif au pouls, que l'extrait aqueux de seigle ergoté a produit constamment :

1° Un ralentissement considérable, mais passager, de la circulation;
2° Une régularisation durable et manifeste du pouls;
3° La perte complète de sa force et de sa résistance.

EFFETS DE L'ERGOTINE SUR LE CŒUR.

Si maintenant nous examinons l'état du cœur avant et après le traitement, nous verrons qu'il est presque toujours en rapport avec celui du pouls.

Le cœur était normal chez la plupart des malades, soit qu'on l'examinât par la palpation, par l'inspection, soit qu'on le limitât par la percussion, soit enfin qu'on auscultât ses bruits avec ou sans stéthoscope. Cependant deux d'entre eux présentaient une matité anormale avec des battements forts, éclatants et perceptibles dans presque toute la poitrine; ils présentaient, en un mot, tous les signes d'une hypertrophie. Or, chez ceux-ci, de même que chez les malades qui avaient le cœur sain, les battements devinrent faibles, sourds, difficiles à percevoir, et ce résultat remarquable ne

manqua que dans les cas où les bruits paraissaient dépendre du sang ou de l'innervation. En effet, dans un cas de chlorose avec souffle au premier temps et souffle dans les carotides, le bruit anormal ne subit aucune modification, bien que la force des battements diminuât d'une manière évidente. Chez un autre malade, qui n'avait qu'une légère exagération dans la matité précordiale, mais des battements parfois énormes, l'intensité de l'impulsion ne fut guère modifiée non plus, bien que le pouls tombât d'une manière notable; ainsi donc, excepté les cas où l'altération du timbre naturel dépend de l'influence nerveuse ou d'une altération du sang, le seigle agit sur le cœur comme sur le pouls, c'est-à-dire en ralentissant, en régularisant ses pulsations et en diminuant leur force.

Cela posé, voyons s'il n'existe pas entre les modifications de la circulation et les diverses phases de l'hémorrhagie quelque rapport de cause à effet; pour cela nous rechercherons si c'est à la diminution de l'écoulement sanguin qu'est due la chute du pouls, comme le veut M. Trousseau, ou si, au contraire, c'est le ralentissement et la faiblesse de la circulation qui tarissent la source du sang.

Pour que l'une ou l'autre de ces propositions soit vraie, il faut qu'il y ait une coïncidence exacte entre les deux effets en question. Or, très-souvent le pouls s'est ralenti sans que l'hémorrhagie ait discontinué; d'un autre côté, les époques qui ont le plus marqué dans l'évolution des hémorrhagies n'ont jamais coïncidé exactement avec les changements survenus dans la circulation, car je lis dans une observation de métrorrhagie que l'hémorrhagie diminua au bout de quatorze heures et se suspendit au bout de quatre-vingt-quatre heures, tandis que les principales modifications du pouls s'étaient montrées au bout de deux heures, de huit heures et de quatre jours, c'est-à-dire toujours à une époque distincte des modifications de l'hémorrhagie; je vois de même pour les hémoptysies que, quand le sang s'arrêta d'emblée, le pouls ne changea pas plus que quand il n'y eut qu'une simple diminution dans l'écoulement. Ainsi donc la cessation du flux sanguin n'est pas plus sous l'influence de la chute du pouls que celle-ci n'est causée par la première.

Centres nerveux. — Après les fonctions circulatoires, celles qui ont été le plus notablement impressionnées par le médicament sont les fonctions cérébrales; mais, entre leurs divers phénomènes, les différences étaient très-marquées; car, tandis que les troubles circulatoires étaient constants et sous le coup direct de la médication, le contraire avait lieu pour les phénomènes nerveux; en effet, trois malades, examinés scrupuleusement sous ce point de vue, ne présentèrent aucune espèce de phénomène anormal, bien qu'ils eussent pris 1 gramme d'ergotine et plus pendant deux à quatre jours consécutivement.

Chez deux autres on n'eut à noter que des symptômes insignifiants. Enfin, dans les cas où les troubles cérébraux se manifestèrent, ils furent toujours irréguliers; les engourdissements, les douleurs dans les membres; les crampes avec ou sans contractures, tels furent les phénomènes les plus fréquents; ils se montrèrent chez quatre femmes et chez un homme, tous très-irritables et très-nerveux. Tantôt c'était une simple faiblesse dans les membres pendant la station, et une sorte d'indécision dans les mouvements; tantôt ils se déclaraient pendant la nuit par des fourmillements et des sensations de torpeur, ou bien par de véritables douleurs dans les jambes, plus rarement dans les membres supérieurs ou dans les quatre membres à la fois; en général vives, mais passagères, elles laissaient entre elles de longs intervalles de repos, augmentaient par les mouvements d'extension et disparaissaient au moment du réveil, pour ne plus revenir qu'au bout d'un temps assez long après la cessation du médicament.

Insomnie, vertiges, céphalalgie. — Ces douleurs s'accompagnèrent deux fois de secousses involontaires, de contractures passagères et d'une insomnie incomplète.

Chez ceux qui avaient eu des lassitudes pendant la station, on nota un autre phénomène : c'étaient des étourdissements et des vertiges passagers.

Quatre fois il se manifesta une céphalalgie sus-orbitaire, qui se dissipa en même temps que les autres troubles nerveux; mais il faut remarquer que deux de ces malades y étaient déjà sujets auparavant.

Dilatation des pupilles. — Quant à la sensibilité, elle ne fut nullement troublée dans les sens; cependant un malade, qui n'avait pris que 1 gramme d'ergotine, éprouva une légère dilatation des pupilles, mais avec conservation de la mobilité et de la vision; je ne parle pas d'un autre malade qui présentait le même phénomène, parce qu'il existait déjà avant le traitement.

Ainsi donc, si on vient à classer les divers phénomènes par ordre de fréquence, l'on trouve :

1° Des sensations anormales dans les membres; 2° une céphalalgie légère; et 3° la dilatation des pupilles.

Ces troubles se sont présentés tantôt après des métrorrhagies, tantôt après des hémoptysies, mais constamment chez des individus affaiblis, impressionnables, qui étaient déjà sujets à des accidents de ce genre; il semblerait donc que la production de ces divers symptômes nécessitât une disposition particulière de la part des individus, sans quoi l'on ne comprendrait pas l'immunité dont jouirent certains malades, surtout les hommes forts et vigoureux, même après des doses très-considérables et longtemps continuées. Ce qui est certain, c'est que ces phénomènes ont été complétement indépendants de la circulation; car ils ont manqué dans un grand nombre de cas, et quand ils se sont déclarés, c'était toujours à une époque différente des troubles circulatoires.

Organes génitaux. — Nous venons de passer en revue les fonctions qui ont éprouvé les modifications les plus importantes. Cependant les autres organes, et particulièrement les organes génitaux, avaient fixé notre attention à plus d'un titre; nous avons pu examiner les effets médicamentaux dans les circonstances les plus diverses, chez des femmes qui n'étaient point réglées ou qui n'avaient point eu d'enfants, chez des femmes qui venaient d'avorter ou qui avaient eu plusieurs couches régulières plus ou moins longtemps auparavant, chez une femme enfin qui était affectée de lésion organique de l'utérus et qui souffrait dans les reins; je dois noter encore ici les flueurs blanches qui existaient chez deux de ces malades. Or, dans aucun de tous ces cas, il ne se manifesta ni symptôme, ni signe anormal. Les douleurs de reins se dissipèrent au bout de vingt-quatre heures chez la malade dont je viens de parler; chez les autres, il n'y eut pas plus de douleurs spontanées que de sensibilité à la pression, pas plus de modifications dans le col que dans l'écoulement blanc et dans la menstruation.

Chez un homme, il existait une blennorrhagie qui resta également dans le même état.

Ainsi donc, point de phénomène actif du côté des organes génitaux, par conséquent point d'influence de la part de ces organes sur l'hémorrhagie et sur le pouls.

Organes digestifs, urinaires et sécrétoires. — Du côté du tube digestif, on n'a guère noté non plus qu'une constipation opiniâtre chez tous les malades indistinctement.

Un des malades avait des coliques étendues à une grande partie de l'abdomen, le seigle ergoté ne les modifia en aucune façon. Chez les autres, le ventre ne présentait ni douleurs, ni sensibilité à la pression. L'estomac supporta le remède sans qu'il se manifestât ni nausées, ni vomissements, ni troubles dans la digestion; l'appétit se conserva, la soif fut modérée, et la langue resta naturelle chez ceux qui ne présentaient pas quelque complication antérieure; chez ceux-là, rien ne fut changé dans leur état.

Ainsi donc, la constipation fut le seul phénomène remarquable parmi les symptômes du tube digestif. L'appareil urinaire éprouva moins de modifications encore. Nous examinâmes plusieurs fois la quantité d'urine secrétée pour savoir s'il n'y avait pas entre la sécrétion urinaire et la sédation produite par le seigle, quelque rapport de coïncidence comme cela a lieu pour un grand nombre de médicaments sédatifs qui sont en même temps diurétiques; dans ce but, nous avons comparé la quantité d'urine avec celle des boissons ingérées; nous avons ensuite cherché à évaluer la quantité de liquide évacué. Or jamais nous n'avons pu constater la moindre modification dans ce sens; il en fut de même pour ses propriétés physiques et chimiques.

Ce que je viens de dire pour l'urine, je puis le répéter pour la transpiration cutanée ainsi que pour les sécrétions des muqueuses. Nous avons déjà noté son inefficacité contre les flux muqueux des organes génitaux; or les sécrétions catarrhales qui existaient chez plusieurs malades avant le traitement n'ont subi aucun changement; ainsi donc, point de modification dans les sécrétions ni dans les excrétions.

Quant au sang lui-même, nous n'avons pas eu l'occasion de l'examiner. Enfin, pour ce qui est de la respiration, bien qu'il existe une connexion intime entre les fonctions de l'hématose et la circulation qui fut modifiée d'une manière si constante, nous n'avons jamais remarqué de différence ni pour le nombre des inspirations, ni pour la toux, ni pour l'oppression qui existaient chez quelques individus. Je terminerai par une remarque semblable sur la température du corps qui ne s'est jamais abaissée qu'accidentellement et indépendamment de la médication.

Résumé général. — Si maintenant nous résumons tous ces symptômes, nous trouvons :

1° Une modification constante et presque immédiate, mais passagère, très-rarement une guérison définitive de l'hémorrhagie;

2° Une absence complète de toute influence active sur les divers appareils organiques, excepté sur le système circulatoire et nerveux, et encore celui-ci ne s'est-il modifié que d'une manière passagère et accidentelle.

3° La circulation seule a éprouvé des changements profonds et constants non-seulement dans l'état de santé, mais même dans les cas d'hyper-

trophie, de sorte que l'expérience conduisit naturellement à prescrire ce médicament comme succédané de la digitale dans les affections du cœur; c'est ce que fit M. Piedagnel dans quatre cas qui se sont présentés dans son service.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN;

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers de novembre (nous étant parvenu plus tard), janvier, février et mars, contiennent les notices et articles originaux suivants : 1° *De l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie;* par le docteur Alexander, d'Altona. (Réfutation de l'opinion de M. Boudin. Sur 2000 individus, l'auteur a observé, de 1826 à 1837, 1841 fièvres intermittentes et 106 phthisies suivies de mort. L'un dans l'autre il a vu tous les ans deux individus affectés en même temps de phthisie et de fièvre intermittente. La proportion de la mortalité de la phthisie à la mortalité générale était de plus d'un cinquième.) 2° *Sur l'électro-magnétisme;* par le docteur Proesch. (Énumération de 53 cas de maladies différentes où cet agent a été employé: 11 fois il a été suivi de guérison, 12 fois d'une amélioration notable, et 29 fois il a échoué.) 3° *Sur l'action thérapeutique du magnétisme minéral;* par le docteur Mickwitz. (Deux observations de guérison de névralgies, dont l'une, compliquée de suppression des menstrues, avait duré plus de huit ans; à joindre à celles rapportées du même auteur par la GAZETTE MÉDICALE.) 4° *Considérations anatomiques et chirurgicales sur les membres abdominaux et pectoraux;* par le docteur Ross. (Troisième article. Rien de saillant.) 5° *De l'ophthalmie égyptienne observée dans la garnison autrichienne, à Mayence;* par le docteur Müller. 6° *Remarques sur l'action de quelques médicaments sur le cerveau;* par le docteur Weber. 7° *Variétés;* par le professeur Osiander. (Rien de saillant.) 8° *De l'urine rouge et noire dans l'hydropisie suite de scarlatine;* par le docteur Panck. (L'auteur regarde l'apparition de cette urine comme un pronostic favorable.)

DE L'OPHTHALMIE ÉGYPTIENNE OBSERVÉE DANS LA GARNISON AUTRICHIENNE A MAYENCE; par le docteur MULLER, de Mayence.

En automne 1845, il fut établi, à une demi-lieue de la ville, un camp dans lequel les troupes furent relevées tous les huit jours; les exercices pendant le jour avaient lieu sur un terrain très-sablonneux. Les soldats passaient la nuit dans des petites tentes contenant chacune huit hommes; ils étaient couchés sur un peu de paille étendue sur le sol, avec leurs manteaux et des couvertures. La chaleur par l'encombrement était si forte que le soldat était obligé quelquefois de se déshabiller. Sauf quelques diarrhées rhumatismales, l'état général du camp, qui a duré pendant quelques semaines, était très-satisfaisant. Le régime du soldat était le même qu'en temps ordinaire; pourtant il est possible qu'on ait consommé une plus grande quantité d'eau-de-vie, dont les excès étaient sévèrement punis.

En 1818, une épidémie d'ophthalmie égyptienne très-grave s'était déclarée dans la garnison prussienne, à Mayence, et depuis cette époque on observa des cas isolés de cette maladie, mais jamais parmi les soldats autrichiens.

Des ophthalmies regardées d'abord comme rhumatismales, mais bientôt comme des formes légères de l'ophthalmie égyptienne, s'étant déclarées dans le camp, on le leva aussitôt.

Le 20 septembre 1845, cinq semaines après que le camp avait été établi, on nota des symptômes de l'ophthalmie égyptienne. Les premiers malades n'avaient qu'une légère inflammation de la conjonctive; mais à l'angle externe de la paupière inférieure, jusque vers son milieu, il existait des phlyctènes avec des sommets arrondis, comme les hydroas dans le typhus; il n'y avait ni photophobie ni véritable inflammation, ni fièvre, ni aucun autre désordre fonctionnel; dans quelques cas seulement, les malades se plaignirent d'un sentiment d'irritation et de vues de couleur autour de la flamme.

Dans le premier jour le nombre des malades s'éleva à 100, et on en compta déjà, au bout de la première semaine, plus de 1000, le quart de la garnison autrichienne. On eut immédiatement recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent, regardée comme une panacée dans la garnison prussienne.

Le 28, le huitième jour de l'épidémie, M. le docteur Esihler, médecin en chef, fit voir à l'auteur une centaine d'hommes, dont dix récemment malades, et dont les autres avaient déjà été cautérisés. Les symptômes observés parmi les dix furent les suivants : regard libre; globe de l'œil clair, pas plus humide qu'à l'état normal; paupières ni boursouflées ni rouges, sans larmoiement ni augmentation de mucosité; en abaissant la paupière inférieure, on voyait dans l'angle externe, sur la commissure des paupières et la conjonctive oculaire, plusieurs phlyctènes dont celle placée ordinairement en haut, isolée, la première à paraître, était la plus développée; peu à peu des vésicules s'étendaient vers le milieu de la paupière, et en couvraient presque toute la face interne; d'autres fois il restait une plus grande surface libre, et il n'existait qu'un chapelet de vésicules sur un pli saillant de la conjonctive.

Les phlyctènes les plus récentes étaient petites, diaphanes, hémisphériques, de la dimension d'un grain de millet et encore moins. La conjonctive était, dans le principe, sillonnée par quelques vaisseaux fins; mais déjà, le deuxième et le troisième jour, elle était d'une couleur plus vive, quelquefois bleuâtre et couverte de papules nombreuses. Les plis de la caroncule lacrymale et de la conjonctive sont toujours restés à l'état normal; la conjonctive oculaire toujours claire, parfois seulement on y voyait arriver les extrémités des vaisseaux, depuis la conjonctive palpébrale, mais jamais elles ne s'étendaient jusqu'à la cornée, qui était toujours bien transparente. La paupière supérieure, la glande lacrymale, les canaux lacrymaux, les glandes Meibomius, n'ont point été atteints de la maladie, sauf quelquefois une légère augmentation de la sécrétion, au reste normale.

Dans les yeux déjà cautérisés, les paupières étaient plus ou moins tuméfiées, la sécrétion muqueuse augmentée, et la conjonctive couverte d'escarres blanchâtres, à la chute desquelles on vit des petites papilles pointues qui peu à peu recouvrirent toute la paupière et donnèrent à la conjonctive un aspect de velours sillonné par des vaisseaux plus ou moins volumineux. La conjonctive oculaire, principalement la sclérotique, parut alors irritée par suite de la cautérisation; celle-ci fut quelquefois répétée pour réprimer les granulations trop fortes.

Dans le lazaret prussien se trouvèrent 35 soldats, sur 1,350 hommes dont se composait le camp, affectés de l'ophthalmie égyptienne: celle-ci différa notablement de celle observée sur les Autrichiens. Les paupières étaient gonflées, la conjonctive de la paupière inférieure et du globe fortement injectée, boursouflée, couverte de granulations, plissée et mobile. A l'angle externe de l'œil, on trouva plusieurs mailles, de véritables sacs; le pli semi-lunaire ainsi que la caroncule lacrymale étaient très-rouges et boursouflés, la sécrétion des larmes légèrement augmentée, et leur écoulement nullement entravé, les glandes de Meibomius fournissant beaucoup de pus. Dans le principe de la maladie, les soldats éprouvèrent un sentiment de prurit dans l'œil, des éblouissements et un peu de photophobie; tel était l'état au deuxième jour. Après deux à trois jours d'emploi de fomentations avec une solution de nitrate d'argent et de friction d'onguent mercuriel dans la région sus-orbitaire, il y avait une forte diminution dans la sécrétion muqueuse, dans la granulation de la conjonctive et dans le gonflement des paupières. Le cinquième ou sixième jour du traitement, la granulation avait presque complétement disparu; cependant la conjonctive prenait un aspect velouté, mais d'une teinte plus rouge, bleuâtre, s'étendant aussi au globe de l'œil.

Ce traitement, employé pendant dix à douze jours, a complétement réussi sans aucun dérangement pour la fonction.

Dans les cas plus graves avec granulations plus fortes; on a eu recours avec un succès tout aussi complet à la cautérisation avec le nitrate d'argent concret. Les émissions sanguines ne furent pas employées; dans les cas les plus désespérés, M. Bock, le médecin de la garnison prussienne, donna le tartre stibié (6 grains dans 6 onces d'eau); il fit instiller toutes les deux heures dans l'œil une solution concentrée de nitrate d'argent et enleva avec soin les amas de mucus. Si le boursouflement était très-considérable, il enlevait avec les ciseaux la conjonctive tuméfiée et la cautérisait fortement avec le nitrate d'argent.

Les causes auxquelles on a attribué cette épidémie sont les refroidissements pendant la nuit sur le sol nu et dans des tentes étroites, la poussière, la lumière vive du soleil, réfléchie par une plaine immense, sablonneuse, peut-être aussi l'abus de l'eau-de-vie.

L'éruption, la phlyctène étaient le symptôme caractéristique de cette épidémie; tous les autres symptômes tels que l'inflammation, les écoulements n'étaient que consécutifs.

L'auteur regarde l'ophthalmie observée dans la garnison autrichienne comme une forme plus bénigne, une modification de celle qui sévit sur la garnison prussienne.

La contagion n'était pas étrangère à la propagation de la maladie.

IV. MEDICINISCHE ANNALEN;

Publié par les professeurs PUCHELT, CHELIUS et NAEGELE.

Le quatrième cahier du XI° volume contient : 1° *Considérations sur la fièvre typhoïde de notre époque ;* par le professeur Puchelt. (Comparaison entre le typhus et la fièvre typhoïde, qui sont, d'après l'auteur, deux maladies distinctes, malgré leurs nombreuses analogies, et doivent être regardées comme des affections générales, quels que soient les désordres locaux trouvés à l'autopsie.) 2° *Résultat de l'auscultation dans un cas d'accouchement de trois jumeaux ;* par le professeur Naegelé fils. 3° *Description d'une épidémie de miliaire qui a régné en 1838 à Herrlheim (en Bavière)*; par le docteur Stahl. (Cette épidémie, qui a régné du 3 février au 27 mars, a atteint vingt-deux malades, dont sept sont morts; elle est très-bien décrite, mais n'a offert rien de nouveau.) 4° *Sur les maladies qui ont régné à Fulda en 1846*; par le docteur Schneider. 5° *Cas d'empoisonnement par l'acide nitrique qui a déterminé le sphacèle d'une grande partie des membranes de l'estomac rendues par le vomissement ;* par le professeur Puchelt. 6° *Observations ;* par le docteur Volz. (Rien d'inconnu.)

RÉSULTAT DE L'AUSCULTATION DANS UN CAS D'ACCOUCHEMENT DE TROIS JUMEAUX ; par M. le professeur NAEGELÉ fils.

OBS. — La femme qui fait le sujet de cet article est âgée de 32 ans, primipare. Lorsqu'elle fut arrivée au terme de sa grossesse et au moment du travail, elle fut auscultée, et on trouva distinctement, dans la région hypogastrique gauche, un battement double de cœur de fœtus et un bruit de souffle simple de cordon, et dans la région hypogastrique droite, également d'autres battements doubles. Deux observateurs appliquèrent le stéthoscope, l'un à droite, l'autre à gauche de la femme, et trouvèrent les battements du cœur du fœtus et du cordon ombilical plus fréquents à droite qu'à gauche, 38 sur 36 par quart de minute. Plus tard, lorsque le fœtus droit fit plus de mouvements, on compta 40 pulsations pour le cœur et 36 pour le cordon ; ainsi une différence de 16 pulsations par minute. Après l'accouchement d'un premier enfant par le forceps, on ausculta de nouveau, et on entendit encore distinctement les pulsations de deux cœurs de fœtus, dont les unes dans l'hypocondre gauche et les autres dans la région ombilicale droite. La tête du fœtus, qui se présentait à l'orifice, était placée dans la seconde position ; donc le bruit du cœur entendu à droite appartenait à ce fœtus amené également par le forceps. Après la sortie de celui-ci, on ressentit encore les pulsations d'un seul cœur qui appartenait au troisième fœtus qui restait, et qui vint ensuite au monde sans le secours de l'art. Tout le travail de l'accouchement avait duré cinquante-sept heures.

Le diagnostic porté par le fils du célèbre accoucheur de Heidelberg, sur la présence de plus d'un fœtus dans l'utérus, était fondé sur l'audition nette et distincte de deux battements doubles. Ce n'est qu'après la naissance d'un premier fœtus, lorsqu'on entendit encore deux battements doubles distincts, qu'on s'assura d'une grossesse de trois jumeaux. Les bruits du cœur du troisième fœtus n'ont pas été entendus dès le commencement du travail, probablement parce qu'il était placé en arrière vers le rachis de la femme. Quant au bruit de souffle utérin, il n'a été ni plus fort ni plus étendu que dans une grossesse ordinaire ; il ne pouvait pas faire soupçonner l'existence de trois placentas.

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE NITRIQUE QUI A DÉTERMINÉ LE SPHACÈLE D'UNE GRANDE PARTIE DES MEMBRANES DE L'ESTOMAC, RENDUES PAR LE VOMISSEMENT; par le professeur PUCHELT père.

OBS. — Cosper R., serrurier, âgé de 52 ans, adonné à l'ivrognerie et vivant dans la misère, avala, le 19 mai 1845, à trois heures de l'après-dînée, après avoir mangé un peu de fromage, 2 onces d'acide nitrique. Aussitôt il fut pris de violentes douleurs dans la cavité buccale, au gosier et à l'œsophage ; il eut des vomissements par lesquels il a peut-être rendu la plus grande partie de l'acide nitrique. Ce n'est que le 21 mai (trente-six heures après l'empoisonnement) que M. Puchelt le vit pour la première fois à l'hôpital ; jusqu'alors il n'avait reçu qu'une émulsion huileuse. La muqueuse buccale et pharyngienne était couverte de lambeaux de membranes blanches déjà en partie détachées ; le voile du palais et les amygdales étaient tuméfiés, douloureux et injectés ; autour de la bouche il existait quelques taches jaunes de l'épiderme produites par le caustique ; le malade ne pouvait avaler que des liquides ; la respiration était gênée ; l'épigastre n'était pas très-douloureux ; les muscles de la paroi antérieure du ventre étaient si fortement contractés que celle-ci s'approchait de la colonne vertébrale ; pouls petit, tranquille ; facultés intellectuelles intactes ; urine et selles normales ; en général, l'état n'était pas très-alarmant. (Sangsues à l'épigastre, émulsion huileuse, eau sucrée pour boisson et gargarismes d'eau tiède.) Les symptômes restèrent à peu près les mêmes pendant quelques jours ; les douleurs de l'épigastre devinrent de temps en temps un peu plus fortes. (Plusieurs applications de sangsues, fomentations de camomille, moyens adoucissants.) Le huitième jour, la bouche et le cou étaient si libres que le malade éprouva de l'appétit et supporta même quelques aliments ; pourtant les forces diminuèrent, le facies du malade devint mauvais, et le 3 juin il eut plusieurs vomissements ; le 4, il sentit un peu de sang avec les selles. Dans la nuit du 5 au 6, douleurs à l'épigastre très-fortes, anxiétés, défaillances, nausées et enfin violents vomissements contenant du sang noir, fluide et une membrane large d'un pied de diamètre, pourrie, noire, comme brûlée à quelques endroits, et ayant plusieurs trous plus ou moins grands répandant une odeur de gangrène. La membrane renfermait des vaisseaux avec leurs ramifications d'un calibre assez notable ; sa structure était fibreuse, l'épithélium très-rare. Le malade eut après le vomissement une selle de beaucoup de sang noir, putride ; il devint très-faible, misérable et parla souvent de la mort ; pouls petit, fréquent ; douleurs à l'épigastre plus fortes s'augmentant par la pression ; insomnie. (Émulsion opiacée suivie de peu de soulagement ; bouillon, lait.) Le 8, au matin, nouveaux vomissements et selles de sang noir, fétide ; tout le corps répandait une odeur insupportable ; extrémités froides ; pouls petit, très-fréquent, vide ; yeux ternes ; de temps en temps délire ; encore plusieurs vomissements de sang. Mort le 10, vingt-trois jours après l'empoisonnement, soixante-seize heures après le vomissement des membranes de l'estomac.

AUTOPSIE. Dure-mère et sinus à l'état normal ; arachnoïde blanchâtre, opaque, contenant peu de liquide ; cerveau normal ; ventricules contenant beaucoup de sérosité ; poumons emphysémateux dans quelques endroits, principalement le gauche ; quelques tubercules aux sommets du poumon ; adhérences à gauche ; cœur normal, couvert de graisse ; ventricule gauche et aorte contenant du sang. Bas-ventre : le lobe gauche du foie s'avançait tellement, qu'il couvrait l'œsophage et le colon transverse auquel il adhérait. Péritoine normal sans épanchement. Après avoir détaché le lobe gauche d'avec le colon, auquel il adhérait, on pénétra dans une cavité qui remplaçait l'estomac ; elle s'étendait depuis l'œsophage jusqu'au duodénum, dans les ouvertures desquels on pouvait faire pénétrer le doigt. Les parois de cette cavité étaient formées en avant par la face concave du foie, le colon transverse, et en bas les restes des membranes de l'estomac ; en arrière, les membranes de l'estomac gangréneuses et en état de putréfaction ; à gauche, la rate et encore un reste des membranes de l'estomac. Il y avait donc absence de la paroi antérieure de l'estomac, de la petite courbure et de la portion supérieure de la paroi supérieure. Les matières contenues dans l'estomac étaient retenues par les organes ; le foie et le colon transverse étaient réunis par une forte exsudation jusqu'au pylore, qui remplaçait ainsi la paroi antérieure de l'estomac ; la surface concave du foie était couverte par une masse pultacée, sale, fétide, d'un vert noirâtre ; une masse pareille se trouvait dans la cavité de l'estomac. La séreuse du foie était intacte ; sous lui on ne trouva pas de vestiges de membranes de l'estomac. Au reste, le foie lui-même était sain, ni riche ni pauvre en sang ; vésicule biliaire normale ; dans la proximité du pylore, les restes des parois de l'estomac étaient criblés de trous, par lesquels on arrivait avec une sonde jusqu'aux parois du colon transverse. Ce qui restait du fond de l'estomac était si mou qu'il se déchira à la moindre traction, et adhérait à la rate et au diaphragme. Séreuse de la rate saine, plus épaisse qu'à l'ordinaire ; duodénum et autres intestins à l'état normal, contenant, principalement le colon transverse, beaucoup de caillots de sang ; l'œsophage était complétement privé de la membrane muqueuse ; la fibre musculaire à nu était en partie rouge, en partie noire ; on n'y découvrit ni rétrécissements ni perforations. Les papilles de la langue, fortement saillantes, étaient couvertes d'une exsudation. Vessie et reins normaux ; ces derniers couverts de beaucoup de graisse.

On trouve dans les annales de la science quelques observations où des membranes ont été rejetées par des empoisonnements par les acides ; mais dans aucun des cas l'on n'a constaté, comme dans le nôtre, que les membranes voisines étaient les véritables tuniques de toute l'épaisseur des parois de l'estomac. D'une part, MM. Tiedemann et Hence se sont assurés de la structure des membranes voisines, et d'autre part, l'autopsie a vérifié l'absence de ces tuniques répétées. Quant à l'absence d'épanchement des fluides dans la cavité péritonéale, on la conçoit par l'inflammation adhésive qui s'est établie dans la proximité des tissus détruits par la gangrène. Ce fait remarquable peut être invoqué en faveur de l'opinion de Magendie, qui soutient que le vomissement est déterminé par les contractions du diaphragme et les muscles du bas-ventre plutôt que par les contractions de l'estomac ; ici, dans notre cas, non-seulement on ne peut pas admettre que l'estomac ait rendu ce qu'il contenait, mais encore moins pourrait-il rejeter sa propre substance.

VI. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Numéros de janvier, février et mars 1846.

EFFET REMARQUABLE DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME ; par le docteur HELLER, à Stuttgart.

OBS. I. — Un charpentier, âgé de 55 ans, tomba, le 24 octobre 1844, du haut d'une chaumière sur le dos, principalement sur les vertèbres cervicales ; pas de plaie extérieure, mais aucun mouvement n'était possible, quoique les facultés intellectuelles fussent intactes. Le pied droit, complétement paralysé, se tuméfia le deuxième jour au point d'augmenter du double du volume jusqu'aux hanches ; le pied gauche était mobile, il y avait paralysie de la vessie, qui exigea deux fois par jour le cathétérisme ; le rectum ne paraissait pas complétement paralysé, vu que les selles étaient quelquefois spontanées, d'autres fois on les provoquait par des drastiques. Il y avait de remarquable une contraction de tous les doigts des deux mains, qui ne pouvait pas être vaincue, tandis que les mouvements des deux bras étaient complétement libres. Il existait un sentiment douloureux, permanent, à la nuque. Le malade était forcé de garder la position dans laquelle on l'avait couché.

Cet état resta le même pendant quinze jours, malgré l'emploi du calomel, de

l'arnica, du nitre, etc. M. Heller eut recours à l'électro-magnétisme, en commençant par les mains, la nuque, la vessie, la région sacrée et le pied droit. Il plaça un cathéter dans la vessie et le mit en rapport avec un des conducteurs, et fit communiquer l'autre conducteur avec la région sacrée et pubienne. Les premières expériences ne durèrent que deux à trois minutes, plus tard de cinq à six, et furent répétées tous les deux jours.

Déjà, après la première application de l'appareil, le 6 novembre au matin, le malade rendit spontanément quelques gouttes d'urine, et après chaque expérience la vessie montra plus de contractilité, au point que, le 13 novembre, après la septième application, le jet de l'urine était revenu à l'état normal, et le 16 novembre on pouvait se passer complétement du cathéter. L'appareil électro-magnétique fut en même temps appliqué sur les pieds et les mains, l'usage des membres se rétablit peu à peu, les contractures des doigts persistèrent plus longtemps, la douleur de la nuque disparut aussi. Le pouls, qui était descendu à 30 et 36 pulsations, s'était déjà accéléré dès la première séance et était normal après la sixième.

Au bout de la dix-septième application, le malade pouvait être regardé comme guéri, en ce que, le 29 janvier 1845, il pouvait exécuter de légers travaux dans la chambre, et au printemps il retourna à son chantier.

Obs. II. — Un homme de 22 ans, de constitution faible, scrofuleuse, entra dans l'établissement orthopédique de M. Heller, le 16 juin 1844, pour une fausse articulation avec excroissance calleuse d'une fracture oblique du tiers supérieur de la cuisse gauche, faite le 3 octobre 1843. Il avait été traité d'après les règles de l'art.

L'appareil fut levé à peu près dans la septième semaine; mais le malade ne put se servir complétement de son membre et remarqua déjà, en janvier 1844, une flexibilité à l'endroit de la fracture et une tendance de l'os à se courber en dehors; en même temps il se forma, autour des fragments, une excroissance calleuse qui n'était pas très-dure. La courbure de l'os devint peu à peu tellement forte qu'elle forma un angle aigu, et le malade n'était pas en état de s'appuyer sur ce membre et ne pouvait pas marcher sans béquilles. A son entrée dans l'établissement orthopédique, il était très-amaigri et portait l'empreinte d'une cachexie scrofuleuse; on lui donna de l'iode, de l'huile de foie de morue et une bonne nourriture; au moyen d'une extension graduée, on parvint à redresser le membre dans l'espace d'un mois.

Pour obtenir la résolution calleuse, qui avait la dimension de deux poings d'homme, on eut recours à l'électro-magnétisme : on plaça tous les deux jours l'un des conducteurs sur la tumeur, et l'autre dans la main du malade ou sur la plante des pieds. Déjà, à la fin de la douzième application, la résorption de la tumeur était complète et les fragments ont commencé à se consolider. Par précaution, on fit sur la cuisse des fomentations avec la teinture d'iode et des lotions avec des spiritueux, et on ordonna des douches froides.

Le 12 septembre, le malade quitta l'établissement dans un état de santé florissante.

Nous avons donné, avec quelques détails, ces deux observations, pour que le lecteur puisse juger par lui-même de la valeur du moyen indiqué par M. Heller. Dans le premier cas, l'électro-magnétisme a été employé à peine quelques jours après la chute, et la guérison ne se fit pas attendre; mais quel est le praticien qui n'ait pas vu disparaître des paralysies à la suite d'une chute, avec tous les traitements possibles et même sans traitement? Quant à la seconde observation, ne devons-nous pas plutôt attribuer la guérison au traitement orthopédique et antiscrofuleux qu'à l'électro-magnétisme?

POUR SERVIR A LA STATISTIQUE DE LA PNEUMONIE ET DE LA PLEURÉSIE; par le docteur Hauff, à Kirchheim.

Sur 7800 malades, M. Hauff a traité 585 pneumonies et pleurésies : 274 chez les hommes et 311 chez les femmes; ainsi, contre l'opinion généralement admise, il y avait plus de femmes que d'hommes affectés de ces maladies; pourtant la proportion inverse a eu lieu pendant deux ans, tandis que, pendant deux autres années, la proportion des hommes à celle des femmes était de 1 à 1,15, et même de 1 à 1,85. La mortalité, à la suite de ces deux maladies, paraît plus forte chez les hommes que chez les femmes, car, sur les 274 hommes malades, il y avait 35 morts, et sur les 311 femmes 36, ce que l'auteur attribue à la circonstance que les hommes recourent plus tard que les femmes aux soins du médecin, et que beaucoup d'entre eux sont adonnés aux boissons spiritueuses. La mortalité de la pneumonie et de la pleurésie était de 1 sur 8,23.

VII. NEUE MEDICINISCHE CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Numéros de janvier, février et mars 1846.

SUR L'EXALTATION IDIOPATHIQUE DE L'OUIE; par le docteur Schmalz, à Dresde.

Cette affection, qui consiste dans une sensibilité de l'ouïe tellement exagérée que le moindre bruit est entendu comme s'il était fort et que les sons aigus produisent des sensations très-désagréables, paraît être très-rare. Sur plus de 3,000 malades, l'auteur ne l'a rencontré qu'une fois, et Itard n'en rapporte que deux exemples. Les cas où cette affection est peu prononcée sont plus fréquents et se rencontrent surtout au début des surdités. L'hypercousie symptomatique accompagne souvent les maladies inflammatoires de l'oreille et des parties voisines, les congestions du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs; souvent il existe en même temps une sensibilité des yeux.

Les exemples d'hypercousie véritable, idiopathique, qui ont duré dix et vingt ans sans être suivis de surdité ou de tintements d'oreilles, sont les suivants :

Obs. I. — S...z, maître de chant, âgé de 58 ans, est affecté depuis dix ans d'hypercousie; avant cette époque, son ouïe était si bonne que dans sa jeunesse il reconnaissait les plus petites fautes commises dans un morceau de musique ou de chant.

En 1824, il fut opéré avec succès d'un polype de la narine droite. De 1828 à 1834, il fut affecté d'amblyopie rhumatismale. En 1834, il éprouva pendant peu de temps de la dureté dans l'ouïe, un sentiment d'obstruction aux deux oreilles qui persistait des heures entières, et dont il se soulageait en tirant sur l'oreille externe. Les symptômes disparurent par l'extraction du cérumen endurci et par l'emploi des bains de mer.

En 1835, il ressentit pour la première fois de l'exaltation de l'audition à droite; il était alors occupé toute la journée à donner à Londres des leçons de chant qu'il accompagnait de la guitare. Le moindre bruit étranger, ainsi qu'un coup de marteau, les cris d'animaux, etc., lui occasionnait une sensation désagréable et un sentiment d'obstruction dans les oreilles; ce qui lui arriva également plus tard à la moindre note fausse donnée par un de ses élèves. Cette indisposition lui fit abandonner ses leçons à Londres, il retourna à Vienne où il alla demeurer dans un quartier tranquille et ne donna que peu de leçons. L'exaltation de l'audition diminua un peu, pourtant le roulement des voitures sur le pavé, les notes fausses, l'accord des instruments pour un concert, les voix aiguës des femmes, le son du flageolet, l'incommodèrent beaucoup; par contre, il acccordait très-bien sa propre guitare et supportait sans peine des voix très-fortes et le bruit du canon. Il y a maintenant dix ans que cette indisposition dure, l'ouïe est encore très-fine, et une musique ou un chant bien exécuté parvient à le faire pleurer de plaisir. Il n'a jamais eu de tintements d'oreilles, et il n'est pas influencé par les variations de l'air. Il entend à la distance de 2 mètres et demi une montre que la plupart des individus n'entendent qu'à un demi-mètre. On peut également lui parler à voix très-basse. Sauf un peu de sécheresse, le cérumen et une irritation de la gorge causée par la fatigue des leçons, on n'a noté rien d'anormal.

L'air pénètre très-bien dans l'oreille moyenne par les trompes d'Eustache.

Le malade est sujet aux congestions de tête surtout pendant la chaleur, aux constipations, et aux affections hémorroïdaires. La lumière vive d'une lampe couverte par un globe en verre le fatigue. Son état s'améliora encore au bout de quelques mois par des soins bien entendus; il évita l'air froid et humide, mit de la charpie huilée dans les oreilles pour amoindrir l'impression des bruits trop aigus et eut soin de tenir le ventre libre, demeura à la campagne pendant la saison chaude et prit des bains de drêche.

Obs. II. — M. de K..., âgé de 56 ans, eut, il y a vingt-deux ans, une fièvre nerveuse, et depuis il lui est resté un bourdonnement dans les oreilles qui existait principalement lorsque le malade était couché et qui l'empêchait quelquefois de s'endormir pendant des heures entières. Ce bourdonnement est accompagné ordinairement de la vue de mouches volantes, est surtout provoqué par les grandes fatigues et n'arrive jamais dans la matinée. L'ouïe est si fine que le mouvement de la montre et un parler à voix très-basse sont entendus à 1 mètre de distance. Le malade est disposé aux congestions de sang et aux constipations; au reste, tous ses organes sont bien conformés.

L'auteur pense que, dans ce dernier cas, il y avait une inflammation chronique de la muqueuse de l'oreille moyenne avec dilatation des vaisseaux tortueux du rocher, ainsi que l'a observé Toybée dix fois dans 120 cas. (Transact. med. chir. of Lond., 1843, 7e vol.; Archiv. génér. de méd., mars 1844.)

SUR LE STAPHYLHÉMATOME OU TUMEUR SANGUINE DE LA LUETTE; par le docteur Aloyse Martin, de Munich.

Suivant l'auteur, cette affection consiste en un gonflement particulier de la luette, résultant d'une poche sanguine, développée sur un point de la surface de cet appendice ou l'enveloppant tout entier. La poche ou vésicule a son siége dans la muqueuse; elle est recouverte et contenue par l'épithélium, très-ténu et luisant. Sa cause première paraît être une congestion due à une irritation extérieure, et sa cause immédiate la rupture des vaisseaux capillaires de la muqueuse très-lâche en cet endroit. Dans le principe, l'altération, ainsi que l'auteur l'a plusieurs fois constaté, consiste en un conglomérat de plusieurs vésicules sous-épithéliales remplies de sang, et dont les cloisons se rompent à mesure que l'épanchement augmente. Alors la tumeur présente une surface unie et offre le volume d'un haricot jusqu'à celui d'une noisette. Elle est luisante, d'un violet foncé. Son contenu est du sang plus ou moins coagulé, à peine contenu par l'épithélium de la muqueuse.

Entraînée par son poids, la tumeur descend et vient se loger au devant des orifices de l'œsophage et des voies respiratoires qu'elle oblitère plus ou

moins. La douleur est insignifiante ; mais il y a toujours sensation de pesanteur et de chute de la luette, une assez grande difficulté de déglutition et même de mastication, dyspnée et extinction de voix. Cet ensemble de symptômes rapidement développés effraye beaucoup les personnes, d'ailleurs bien portantes, qui les offrent et qui les désignent sous le nom de chute de la luette. Une simple incision de l'épitélium avec des ciseaux produit, par l'écoulement plus ou moins complet du sang épanché, un soulagement immédiat. Il arrive souvent aussi que la tumeur crève spontanément dans les efforts de déglutition. Après l'ouverture, soit artificielle ou spontanée de la tumeur, on aperçoit des lambeaux d'épithélium recouverts plus ou moins de traces de caillots sanguins, et la luette dénudée partiellement offre ainsi une ulcération superficielle, laquelle se cicatrise en peu de jours. Quant à l'étiologie de ces tumeurs, M. Martin a constamment noté une cause physique ou mécanique. Tantôt la déglutition de corps durs, avec aspérités, tels que pommes de terre fortement rissolées, esquilles d'os, arêtes de poissons ; d'autres fois des aliments pris trop chauds, etc.; ces causes lui paraissent suffisantes pour expliquer l'extravasation.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 AOUT.

DIGESTION ET ASSIMILATION DES MATIÈRES ALBUMINOÏDES.

M. Mialhe donne lecture d'un nouveau mémoire sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes.

Dans un précédent travail, l'auteur a cherché à établir le véritable rôle de la digestion des matières alimentaires amyloïdes. Dans ce nouveau travail, il se propose d'étudier le rôle chimico-physiologique du suc gastrique dans la digestion et l'assimilation des matières alimentaires albuminoïdes. L'examen de l'état actuel de la science sur ce point démontre, dit M. Mialhe, qu'il est indispensable de chercher la solution des propositions suivantes :

Première question : Quelle est la composition du suc gastrique?

Deuxième question : Existe-t-il un ou plusieurs ferments? — Ces ferments (la pepsine, la chymosine, la gasterase et la diastase) présentent-ils des différences entre eux?

Troisième question : Quel est le rôle des acides?

Quatrième question : Quel est le rôle des ferments?

Voici sur ces différents points, les résultats des recherches de M. Mialhe :

Le suc gastrique se composant de deux agents principaux, acide et ferment, l'acide n'est propre qu'à gonfler, hydrater, préparer les matières.

Le ferment est unique : la pepsine, la chymosine, la gesterase ne sont qu'un seul et même principe auquel il convient de conserver le nom de pepsine.

C'est ce ferment, la pepsine, qui opère uniquement la transformation des matières albumineuses, tandis que la diastase fournie par les glandes salivaires, et complétement distincte de la pepsine, opère uniquement la transformation des matières amyloïdes.

La chymification si bien étudiée et appréciée à sa véritable valeur par les anciens, méconnue et niée par quelques physiologistes modernes se trouve par les travaux et expériences contenues dans ce mémoire rétablie dans son rôle de phénomène indispensable de la digestion préparatoire.

Le produit ultime de la transformation des matières albuminoïdes est un corps que je nomme albuminose, corps qui a été entrevu par quelques auteurs.

Cet albuminose est, comme le glucose, seul propre à l'assimilation et à la nutrition.

Sous l'influence de deux ferments, diastase et pepsine, les animaux peuvent digérer simultanément les aliments féculents et les aliments albumineux et dans la double digestion de ces deux groupes d'éléments nutritifs d'une composition chimique si complétement différente, il est évident que les phénomènes chimico-physiologiques se réduisent à trois temps principaux :

Premier temps : Désagrégation et hydratation.

Deuxième temps : Production d'une matière transitoire, chyme pour les aliments albumineux, dextrine pour les aliments amylacés.

Troisième temps : Transformation de cette matière en deux substances éminemment solubles, transmissibles à travers toute l'économie, propres à l'assimilation et à la nutrition, dont l'une, produit final des matières amyloïdes doit recevoir, ainsi que je l'ai proposé, le nom d'albuminose.

La digestion n'est donc pas la simple dissolution des aliments.

Or, apres avoir constaté que la transformation des féculents et des albumineux s'opère par deux ferments spéciaux, la diastase et la pepsine, il est permis de conclure, comme l'auteur l'a déjà énoncé dans ses précédents travaux, que la nature, si admirable dans la simplicité et l'uniformité de ses moyens, procède à l'assimilation des matières grasses constituant le troisième groupe alimentaire, par une réaction chimique semblable, par un ferment spécial, de telle sorte qu'une même loi préside à l'acte en apparence si compliqué de la nutrition..... C'est ce que M. Mialhe se propose de démontrer dans un prochain mémoire.

GUÉRISON DE LA PHTHISIE PAR DES VAPEURS D'EAU CHARGÉES DE SEL MARIN ET DE SEL AMMONIAC.

M. Becker (de Moscou) écrit une lettre conçue dans les termes suivants :

« On a constaté dernièrement à Moscou que deux ouvriers atteints d'une phthisie pulmonaire assez avancée avaient été guéris après un séjour de quelques mois dans une usine de produits chimiques, où ils furent employés. Pendant ce temps ils furent presque continuellement exposés à l'action de vapeurs d'eau chargées de sel marin et de sel ammoniac.

» Une guérison de ce genre avait déjà été annoncée, mais n'avait pas été constatée avec assez de soin pour être l'objet d'une communication à l'Académie. Quoique l'air saturé d'humidité soit en général favorable aux phthisiques, n'est-il pas probable que les sels dont étaient chargées les vapeurs respirées par ces ouvriers ont été la cause de ces guérisons, et pourraient être employés sous cette forme comme remède contre la phthisie. C'est cette idée que j'ai voulu soumettre à l'appréciation de l'Académie. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal, après quelques rectifications réclamées par M. Adelon et quelques explications échangées entre MM. Prus, Adelon et le secrétaire, est mis aux voix et adopté.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Rochoux demande la parole à l'occasion du procès-verbal. C'est par suite d'un malentendu, dit-il, qu'on lui a refusé la parole dans la dernière séance. La lecture qu'il demandait à faire était le développement d'un amendement qu'il a déposé depuis sur le bureau. On a eu tort de lui objecter que cet amendement n'avait trait qu'à la seizième conclusion ; il se rapporte aussi bien à la première qu'à la seizième, puisqu'il demande la suppression de toutes les conclusions scientifiques. Il n'y aurait pas plus de raison par conséquent pour qu'il parlât plutôt à l'occasion de la seizième conclusion ou de toute autre, qu'à l'occasion de la première. Son amendement étant d'ailleurs à coup sûr le plus radical de tous ceux qui peuvent être présentés, il pense donc qu'on ne peut lui refuser immédiatement la parole.

On demande la lecture de l'amendement.

M. le secrétaire annuel lit l'amendement qui est conçu en ces termes :

« Subjuguée par l'évidence des faits, l'Académie de médecine ne peut s'empêcher de demander l'abandon à peu près complet de l'ancien système sanitaire, et son remplacement par un ensemble de mesures préservatrices dont elle s'empressera de poser les bases, si le gouvernement veut bien la charger de ce soin. »

Après quelques marques d'opposition, la parole est accordée à M. Rochoux.

M. Rochoux : Messieurs, les généralités offrent assurément le moyen le plus lucide de traiter toutes les questions, sans en excepter celles dont la solution exige la connaissance approfondie d'un grand nombre de faits particuliers. C'est à l'aide d'idées générales que j'ai pu, dans une première lecture, établir une théorie complète et nettement arrêtée de la contagion et de l'infection, juger le rapport en lui-même et citer, soit pour les combattre, soit pour les appuyer, les vingt-quatre endroits les plus importants de cet important travail, pénétrant à moi seul dans plus de détails que tous ceux de nos collègues qui, jusqu'à présent, ont pris part à la discussion ; je me garderai donc bien de recourir à une autre manière de faire dans le peu que j'ai à dire, pour en terminer une bonne fois avec les nombreuses conclusions ou propositions qui résument l'œuvre de vos commissaires.

On ne saurait trop le répéter, la question principale, la seule à peu près que vous ayez à résoudre, est une question d'étiologie qui, en médecine comme en toutes choses, occupe le premier rang. Dans cette persuasion, j'ai dû m'attacher à mettre dans tout son jour l'analogie qui existe entre les causes de la peste et celles des autres typhus. Je ne pouvais pas non plus omettre de parler de l'incubation qui rentre dans l'étiologie, étant tout simplement le temps qu'une cause morbifère emploie à produire son effet ; cependant, par rapport à la peste, la détermination de ce temps est d'une importance telle qu'il n'est pas mal d'en dire encore quelques mots.

Le 20 novembre 1812, une femme d'une trentaine d'années mourut du typhus, à la maison de santé, dans une chambre particulière, six jours après son entrée. Du 20 au 24, le médecin, M. Delaroche, son interne (c'était moi), l'infirmière qui avait soigné le malade, et un garçon de service qui avait enseveli le corps, tombâmes malades, et 2 sur 4 étaient morts du 10 au 13 décembre. L'année suivante, un convalescent bien rétabli et l'infirmière d'une salle où un malade atteint de typhus venait, dans un accès de délire, de se pendre à la traverse de son lit, furent pris de la même maladie, le troisième et le cinquième jour, après avoir décroché, fort à propos, le pauvre fébricitant. Un de mes amis, le docteur Paulin, m'a dit s'être trouvé en proie au typhus, en 1814, cinq ou six jours après avoir tenu dans ses bras un soldat affecté de cette maladie. Mon ancien collègue et ami, le docteur Bourgeoise, a gagné, dans des circonstances analogues, le même mal au bout d'un temps aussi court ; enfin j'ai connu un jeune Bavarois, alors élève en médecine, qui m'a dit s'être senti frappé du typhus, à Leipsick, en 1813, six ou huit jours après avoir fait assez longtemps queue à attendre du pain, au milieu de citoyens et de soldats dont un, celui derrière lequel il se trouvait immédiatement, tremblait la fièvre. Ainsi voilà neuf cas de typhus à incubation connue à ajouter aux six, dont vous a entretenu M. Gaultier de Claubry. Ils me fourniront l'occasion de demander au zélé défenseur de l'identité du typhus et de la dothinentérie, si dans la dernière maladie il a fait beaucoup de remarques analogues. Ce supplément ajouté par induction à l'étiologie de la peste, j'en viens aux conclusions du rapport sans beaucoup me mettre en peine de savoir

si l'on peut, suivant l'idée phénoménale de M. le rapporteur, les classer en conclusions principes et en conclusions corollaires (1).

Le travail couronné par ces merveilleuses conclusions se compose de deux parties ne portant aucun titre, l'une censée scientifique, l'autre pratique ou d'application.

Deux motifs faciles à déduire me portent à demander la suppression de cette partie du rapport : 1° Elle est toute réglementaire, et nous ne sommes appelés ni à légiférer ni à réglementer; ce rôle appartient à l'autorité; 2° l'institution des médecins sanitaires dont M. Bégin a fait un si brillant tableau décentralise la police prophilactique, qui avait au moins l'avantage de la centralisation. En y regardant de près, on voit que le nouveau système est tout bonnement la monnaie de l'ancien ; et ce n'était vraiment pas la peine de tant travailler pour en venir là. Ça vaut encore moins que les médecins voyageurs dont l'institution se fera, j'espère, encore longtemps attendre. Ainsi, à mon sens, il y a, pour supprimer la seconde partie du rapport, deux raisons, dont une seule est plus que suffisante. Quant à la première, elle me semble devoir être intégralement conservée, car le mérite très-réel du fond compense amplement la faiblesse de la forme, comme j'espère bien en fournir la preuve, sans perdre mon sujet de vue.

Le système sanitaire, encore actuellement en vigueur, devient parfaitement rationnel, logiquement inattaquable, dès l'instant où ses erronées sont admises comme vraies; c'est à un enchaînement méthodique de l'ensemble et des détails, bien capable de donner au faux l'apparence du vrai, qu'il faut attribuer sa longue existence maintenant prête à finir. Or si l'erreur présentée avec art peut exercer une semblable fascination, que ne ferait pas la vérité revêtue de formes propres à la rendre palpable et évidente pour tout le monde? Mais pour obtenir ce résultat il faut le lien coordinateur d'une doctrine qu'on cherche inutilement dans le rapport, et dont je me serais abstenu de signaler un fois de plus l'absence si les efforts de M. Bégin pour justifier la commission à cet égard n'exigeaient quelques mots de réplique.

Si notre savant collègue a défendu, avec tout plein de raison contre M. Pariset, la définition de la peste adoptée par la commission. Il m'a fourni par sa réponse un argument dont j'ai hâte de faire mon profit. Puisque vous avez pu, lui dirai-je, donner une définition de la peste, vous pouviez également, et vous deviez à plus forte raison, en donner une de la contagion, terme dont le sens, eu égard à la discussion actuelle, a sans doute plus besoin d'être rigoureusement déterminé que celui de peste. Au lieu de cela, mettre au rebut le mot contagion, sous prétexte du mauvais emploi qu'on en a fait, est tout simplement proscrire l'usage, pour empêcher l'abus, et condamner du même coup tous les mots du vocabulaire médical; car quel est celui dont on n'a pas abusé? A ce compte, que ferait-on, par exemple, du mot fièvre? il ne serait pas bon à jeter aux chiens.

Les mots sont fort innocents des sottises auxquelles ils ont servi de passeports. Ils n'y perdent rien, et peuvent malgré cela fort bien servir, pourvu que, conformément aux principes aujourd'hui si négligés des vieilles logiques, on les définisse exactement. La commission devait donc conserver comme fondamental le mot contagion, après en avoir rigoureusement fixé le sens. La tâche, au surplus, n'était pas difficile, puisqu'il n'y a jamais eu dans la science que deux définitions de la contagion, au lieu des vingt annoncées par M. Piorry, qui me jettera dans un grand étonnement, si jamais il me fait connaître les dix-huit autres, dont je suis encore à soupçonner l'existence. Toujours est-il que faute d'une bonne définition de la contagion et de l'infection, le rapport manque du lien scientifique, qui seul pouvait lui donner de l'ensemble, de l'unité, en un mot en faire un irréprochable, comme je serais heureux de le proclamer.

Cette remarque m'amène à M. Bricheteau, qui, lui aussi, a reculé devant une définition de la contagion et de l'infection. Pourquoi alors ne pas faire tout simplement comme Fracastor et dire avec lui : « La contagion est une sorte d'*infection* passant de l'un à l'autre? » Dans ce cas, il est vrai, notre collègue se fût exposé aux embarras du dilemme suivant; ou bien les mots contagion et infection sont synonymes, et alors l'un d'eux doit être supprimé comme inutile; ou bien ils ont un sens différent, et alors l'un ne peut pas indifféremment être mis à la place de l'autre. En attendant la solution de cette difficulté, je continue ma petite polémique sur le rapport.

Il manque à la vérité de méthode; mais ce défaut est celui de tous les écrits de notre époque. Qu'on me cite un seul ouvrage, publié depuis quatorze ans, où brillent les qualités dont on reproche avec tant d'amertume au travail de la commission d'être dépourvu, et je joindrai ma voix à celles des plus âpres censeurs. Jusque-là je ne me montrerai autrement sévère envers un rapport précieux par l'ensemble des faits judicieusement et impartialement racontés et discutés qu'il renferme.

D'ailleurs, en ma qualité d'épicurien, la logique un peu brutale des faits m'arrange assez; on ne m'entendrait donc jamais si, dans la discussion, quelqu'un me disait encore : *Un fait est bien têtu*, répondre à l'exemple de Royer-Collard: *Monsieur, un fait est un sot.* A vrai dire, l'apophtegme du père de la doctrine n'a guère chance de faire fortune dans cette enceinte, où, à l'exception de M. Dubois (d'Amiens), qui s'est bien gardé de les traiter avec dédain, personne n'a combattu les faits contenus dans le rapport. Eh bien! en supposant les critiques de notre savant collègue fondées, ce dont je doute fort, loin d'affaiblir le travail de la commission, elles en fortifieraient, au contraire, les tendances. Je dirai donc à ceux qui, pour montrer la dévorante contagion de la peste, citent à profusion ces histoires comparables aux contes d'ogres ou de vampires, dont le plus simple bon sens fait si aisément litière : Arguez de faux les faits mentionnés au rapport, ou adoptez-en franchement les conséquences. Tel sera le fond de ma réponse aux discours de MM. Bousquet et Pariset, me contentant d'y joindre les réflexions suivantes.

M. Hamont reconnaît maintenant que le retour de la peste n'est pas, comme il l'avait cru, soumis à la période décennale. Puisque notre savant associé est en train de changer, il ne ferait pas mal d'abandonner sa manière favorite d'argumenter, laquelle consiste, une question étant donnée, à prédire ce qui doit arriver, et à se faire de ce futur contingent une arme comme d'un fait accompli; car il suffit, pour se mettre à deux de jeu et se trouver de part et d'autre absolument comme si l'on n'avait rien dit, de répondre à une pareille prédiction par une autre en sens opposé : par exemple, lorsqu'il croit combattre l'efficacité de la dispersion des malades en disant : « Mais les malades renfermés dans leurs » chambres, quelque disséminés qu'ils soient, vont faire naître des foyers d'in» fection qui seront funestes à ceux qui les soigneront, » il suffit de lui répondre : Les malades, en pareille circonstance, ne donneront naissance à aucun foyer.

Mais je puis invoquer mieux qu'une prédiction à l'appui de ma manière de voir, et si on l'exige, la défendre par des milliers de faits notoirement avérés. C'est également un *à posteriori* que j'opposerai aux prétendus bienfaits dont nous sommes redevables aux lazarets, rappelant que, suivant Rossi, la peste s'est montrée avec plus de fréquence depuis qu'avant l'établissement du système quarantainaire, qui évidemment a fait beaucoup de mal sans aucun bien. Par la même occasion, je rappellerai à notre illustre secrétaire perpétuel qu'en reconnaissant enfin que, depuis vingt-deux ans, les Anglais se montrent très-*coulants* en matière sanitaire par rapport aux hommes, il porte un coup terrible à son système chéri; car ce ne sont pas les marchandises qui, comme il le suppose, sont le plus à craindre, mais bien les personnes. L'histoire du lazaret de Marseille le prouve irrécusablement, puisque tous les cas de contagion observés dans son intérieur sont tous dus à des malades et aucun à des marchandises.

Vous le voyez, messieurs, tout condamne notre ancien système, et rien ne vient à son appui, si ce n'est peut-être M. Londe. En pareil état de choses, je vous propose de remplacer les trente conclusions de la partie scientifique, par la suivante, ou au moins de la leur adjoindre comme trente et unième. « Subjuguée par l'évidence des faits, l'Académie de médecine ne peut s'empêcher de demander l'abandon à peu près complet de l'ancien système sanitaire, et son remplacement par un ensemble de mesures préservatrices dont elle s'empressera de poser les bases, si le gouvernement veut bien la charger de ce soin. » Quant à la seconde partie du rapport, elle est, je le répète, entièrement à supprimer.

J'ai dit, et la discussion pourrait durer six mois que je n'aurais pas un mot à ajouter, si ce n'est de rappeler à M. Prus que le premier paragraphe de ma petite dissertation ne contient qu'une seule conclusion, au lieu des deux dont il lui a plu de le gratifier.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'amendement de M. Rochoux. Il est rejeté.

La parole est à M. PRUS.

M. PRUS : Dans ma réponse à M. Adelon, je suivrai l'ordre adopté par notre honorable collègue pour l'exposition des différentes remarques qu'il vous a présentées, et à l'occasion de la conclusion que nous discutons, et sur ou contre cette conclusion.

M. Adelon s'est attaché d'abord à établir que la législation sanitaire n'est qu'une partie de l'hygiène publique. Sur ce point, il ne peut s'élever aucun doute; mais il a ajouté que la commission ne devait s'arrêter, en traitant les questions adoptées par elle, qu'à ce qui avait un rapport direct avec les lois et règlements sanitaires. Ici, je l'avoue, mon opinion diffère de celle de notre collègue. Si, en théorie, on peut séparer ce qui appartient à la législation sanitaire de ce qui appartient à l'hygiène publique, il n'en est plus de même dans des études pratiques qui touchent nécessairement à l'une et à l'autre. La réflexion ne peut laisser subsister dans les esprits une incertitude à cet égard.

Après cette considération générale, l'honorable M. Adelon a appelé l'attention de l'Académie sur deux remarques que lui a suggérées l'introduction du rapport.

La première consiste à revendiquer pour les médecins, chirurgiens et pharmaciens de l'expédition d'Égypte en 1796, une bonne partie des éloges que j'ai donnés aux médecins qui ont traité la peste en Égypte, lors de l'épidémie de 1835.

Messieurs, c'est avec un soin scrupuleux que, dans la rédaction du rapport, je me suis appliqué à rendre pleine et entière justice aux travaux et à la conduite des médecins qui y sont cités. Je crois avoir, en toute occasion, fait ressortir ce que l'humanité et la science ont dû aux Desgenettes, aux Larrey, aux Pugnet et à leurs dignes compagnons. Aussi quand, d'accord avec la correspondance officielle du consul général de France à Alexandrie, j'ai exprimé, dans cette enceinte, les sentiments que m'ont inspirés les généreux efforts des médecins de l'épidémie de 1835, je n'ai fait qu'acquitter, au nom de la science, une dette qui aurait pu, qui aurait dû peut-être être payée plus tôt. M. Adelon n'aurait probablement pas manifesté le regret qui m'occupe si son attention se fût arrêtée sur un mot contenu dans le rapport et qui contient, en faveur des médecins de l'armée d'Égypte toutes les réserves désirables. J'ai dit, en effet, en parlant de la belle con-

(1) « Le nombre de ces conclusions ne doit pas effrayer l'Académie; très-peu » d'entre elles sont des conclusions-principes; toutes les autres ne sont que » des conclusions corollaires. » (BULL. ACAD., t. XI, p. 104.)

Des conclusions-principes! voilà certes une ineffable licence de langage. Jusqu'à présent, principe, pour tout le monde, entraînait l'idée de commencement; conclusion, l'idée de fin; conclusion-principe offre donc l'amalgame de deux idées incompatibles, inconciliables; il me semble encore entendre M. Seutin, cherchant à échapper au reproche d'avoir donné le nom d'inamovible à un bandage qu'il renouvelle tous les quatre ou cinq jours, s'écrier en pleine académie : « Mon bandage est amovo-inamovible. » Conclusion-principe ne le cède en rien à l'ingénieuse justification imaginée par l'illustre chirurgien belge.

duite tenue au Caire par M. Aubert-Roche, qu'il avait donné *alors* le premier l'exemple d'un noble dévouement à la science et à l'humanité. La contexture de la phrase indique donc nettement que cet exemple avait été donné antérieurement par d'autres médecins. L'Académie comprendra le motif qui ne m'a pas permis de laisser sans réponse le reproche dicté, je le sais, à notre confrère, par son amour sincère de la vérité et de la justice.

La seconde remarque de M. Adelon porte sur la définition que j'ai donnée de la peste, définition qu'il désire voir ou retranchée ou accompagnée de développements qui la justifient.

Quelques explications suffiront, je pense, pour empêcher l'Académie d'accepter ni l'une ni l'autre de ces alternatives proposées.

Sans accorder à la définition contenue dans le rapport une valeur exagérée, je crois cependant qu'elle a le double mérite de n'exprimer que des choses vraies et de séparer nettement la peste de toute autre maladie.

La peste, ai-je dit, est une maladie de tout l'organisme dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus ordinairement à l'extérieur par des bubons, des charbons et des pétéchies.

Cette définition est-elle en harmonie avec les symptômes observés pendant la vie, avec les lésions constatées après la mort? Je ne crains pas de répondre affirmativement.

Et d'abord, personne, je pense, ne sera tenté de nier que la peste soit une affection générale de l'économie.

Le sentiment d'ivresse qu'éprouve le malade, son anxiété, la prostration extrême et souvent si prompte dans laquelle il tombe, le délire, enfin, tels sont les principaux symptômes qui décèlent une atteinte grave portée au système nerveux.

Les troubles divers de la circulation, et particulièrement l'accélération toujours croissante du pouls, l'altération du sang se manifestant, soit par des hémorrhagies difficiles à arrêter, soit par des ecchymoses, des pétéchies et des charbons, ne peuvent laisser de doute sur le grand rôle que le système sanguin joue dans la peste.

Est-il besoin d'ajouter que les bubons étant le symptôme le plus caractéristique de la peste, c'est une preuve que le système lymphatique est intéressé?

Les ouvertures cadavériques confirment, de tous points, ce que nous venons de dire des lésions des systèmes sanguin et lymphatique.

Les cavités droites du cœur, distendues par une grande quantité de sang noir, fluide ou en caillots, présentent à peu près constamment un volume considérable; les cavités gauches sont généralement vides.

L'arbre veineux offre très-fréquemment un état de congestion remarquable et analogue à celui que l'on rencontre chez les asphyxiés. Du sang noir et liquide est épanché dans un grand nombre de points du système cellulaire, surtout autour des ganglions lymphatiques et des gros vaisseaux; du sang est également épanché dans les cavités séreuses. Les artères sont ordinairement vides.

L'altération du système ganglionnaire lymphatique paraît constante chez les individus qui succombent à la peste, même chez ceux qui meurent avant que les caractères extérieurs de la maladie se soient manifestés. MM. Gaëtani et Perron ont constaté que, dans ce cas, on trouve toujours quelques ganglions lymphatiques injectés et augmentés de volume.

Ce que je viens de dire justifiera, je pense, aux yeux de l'Académie, la partie qui m'appartient dans la définition proposée, c'est-à-dire que la peste est une maladie de tout l'organisme dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés.

Je croirais très-mal employer votre temps, messieurs, si je cherchais à vous prouver que la peste se caractérise le plus ordinairement, à l'extérieur, par des bubons, des charbons et des pétéchies. Cette vérité ne me semble pas pouvoir rencontrer de contradicteurs.

Faut-il prouver que la définition donnée dans le rapport distingue suffisamment la peste de toute autre maladie? La chose ne me paraît pas utile. Elle entraînerait d'ailleurs d'assez longs développements.

Je bornerai ici ces explications, qui ne pourraient être rendues plus complètes qu'en détournant inutilement l'Académie du véritable but du rapport; j'ose espérer que, telles qu'elles sont, elles vous permettront de laisser subsister la définition que j'ai donnée de la peste dans les termes où elle a été formulée.

J'ai hâte d'arriver à la conclusion en discussion, laquelle a été votée par votre commission dans les termes suivants :

« On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Égypte, en Syrie et » en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, » d'Asie et d'Europe. »

M. Adelon se demande ce qu'on entend par peste spontanée, et il répond : C'est celle qui, ne tenant ni à une influence épidémique ni à une importation, éclate en un pays par des conditions locales inhérentes à ce pays, et sans l'intervention d'aucun principe apporté du dehors.

Pour la commission, la peste spontanée est celle qui naît sous l'influence de causes locales, ou d'une constitution pestilentielle, mais sans l'intervention d'hommes ou de choses pestiférés. C'est dans ce sens que les mots de peste spontanée ont toujours été pris, soit dans le rapport, soit dans les discussions qui ont eu lieu au sein de la commission, et ici.

J'ignore tout à fait pourquoi l'honorable M. Adelon vient refuser le nom de peste spontanée à celle née sous une influence épidémique et sans aucune communication suspecte.

Quoi qu'il en soit, après avoir indiqué le sens qu'il attache aux mots peste spontanée, M. Adelon fait deux observations critiques qui portent, et sur l'utilité de la désignation des lieux où la peste naît spontanément, et sur la nécessité de faire apprécier par des médecins l'existence ou la non-existence de la peste dans tel ou tel pays.

Je cite textuellement la première observation :

« Ce qui importe à la France, c'est moins la désignation des lieux où la peste » naît spontanément que la désignation des lieux où, par une cause quelconque, » ou développement spontané, ou influence épidémique, ou importation, existe, » soit toujours, soit fréquemment, enfin, actuellement, la peste, et desquels on » peut craindre qu'elle soit importée en France. »

Je pense, messieurs, que M. Adelon commet une erreur dangereuse lorsqu'il déclare qu'il n'est pas d'un haut intérêt pour la France de savoir quels sont les pays où la peste naît spontanément et ceux où elle n'existe qu'après y avoir été importée. Un exemple pris dans une question à l'ordre du jour fera comprendre pourquoi je m'éloigne autant de l'opinion émise par notre honorable collègue.

MM. Pariset et de Ségur ont dit et écrit que la Syrie n'engendre pas la peste spontanée; ils pensent, en conséquence, qu'on pourra supprimer toutes les précautions sanitaires contre les provenances de la Syrie toutes les fois qu'on aura la certitude que, la peste n'y existant pas depuis un certain temps, aucun cas nouveau, aucun objet contaminé, n'y auront été importés. Votre commission, messieurs, a donné un conseil opposé, attendu que des faits nombreux et même des faits assez récents prouvent que la peste spontanée, sporadique ou épidémique, peut à chaque instant éclater en Syrie; attendu que des passagers ou des marins partis de Syrie, même avec patente nette, peuvent emporter, à l'état d'incubation, une peste spontanée contractée peu de temps avant le départ. Cet exemple ne nous fournit-il pas la preuve la plus évidente et du grand intérêt qu'a la France à connaître les pays où naît la peste spontanée, et des inconvénients graves qui résulteraient de l'omission de cette étude?

La deuxième observation ne me paraît pas plus fondée que celle que je viens d'examiner. Elle est ainsi conçue :

« Pour la désignation des lieux où existe la peste, l'intervention de la médecine n'est pas aussi nécessaire que sur plusieurs points. »

Mais M. Adelon n'ignore pas que nos consuls dans le Levant ont laissé passer inaperçus les cas de peste sporadique jusqu'au moment de l'établissement des lazarets à Alexandrie, à Constantinople et dans les autres échelles. Les recherches de médecins zélés et instruits, habitant les lieux, sont indispensables si l'on veut éviter de courir les chances d'une semblable ignorance, chances qui paraîtront redoutables à tous ceux qui pensent encore que la peste sporadique peut se transmettre.

Jusqu'ici, messieurs, je n'ai fait que répondre aux points préliminaires traités par M. Adelon. Ce n'est qu'en ce moment que je puis aborder la question en litige, celle de la légitimité de la conclusion qui termine le chapitre premier du rapport.

Cette conclusion peut se diviser en deux parties.

La première établit qu'on a vu la peste naître spontanément en Égypte, en Syrie et en Turquie.

La seconde partie va plus loin : elle dit qu'on a vu la peste naître spontanément dans un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique.

La première partie étant révoquée en doute par MM. Pariset et de Ségur, la seconde ne paraissant pas suffisamment prouvée à M. Adelon, il est indispensable que nous passions en revue les faits et les considérations sur lesquels l'une et l'autre s'appuient.

La peste naît spontanément en Égypte. Sur ce point tout le monde aujourd'hui est d'accord, quoique le temps ne soit pas encore bien éloigné où Volney, Sonnini, Olivier, pensaient, d'après Prosper Alpin, que la peste qu'on pouvait observer en Égypte y avait toujours été importée. Le tableau de la mortalité d'Alexandrie depuis le premier janvier 1835 jusqu'au premier janvier 1845, avec indication distincte des décès dus à la peste ou de ceux occasionés par les maladies ordinaires, tableau imprimé à la fin des documents et pièces à l'appui du rapport, évitera à l'avenir toute discussion relativement à l'endémicité de la peste en Égypte.

La peste naît-elle spontanément en Syrie? J'ai déjà dit comment par des enquêtes faites sur les lieux ou par des observations directes, MM. Russel, Larrey, Lachèze, Lasperanza, étaient arrivés à une solution affirmative. En 1822, M. de Lesseps, consul de France à Alep, a vu la peste naître spontanément dans cette ville, sans aucune importation, et cela peu de temps après le tremblement de terre qui a renversé une grande partie des maisons. En 1837, M. Grasset, médecin principal attaché au ministère de la guerre en Égypte, a vu la peste éclater en Syrie et *sévir presque instantanément dans toute la province*. (Documents et pièces à l'appui, p. 504.) Enfin, beaucoup plus récemment, en 1840, M. Delaporte, chirurgien distingué de la marine, chargé par M. le ministre du commerce d'étudier la peste en Égypte, en Syrie et en Turquie, a pu, en quelque sorte, surprendre en Syrie des cas de peste sporadique qui passaient inaperçus de l'autorité. Deux soldats de la garnison de Jérusalem succombèrent à la peste à peu de jours de distance, sans qu'aucun rapport en fît mention. L'autorité de Jaffa n'en eut connaissance plus tard que parce que d'autres cas de peste se montrèrent à Nazareth. De pareils faits doivent se renouveler souvent dans un pays régi par des musulmans qui ne croient pas à la transmissibilité de la peste. Enfin, la peste épidémique, que M. Pariset et les autres membres de la commission ont observée en Syrie pendant le cours de l'année 1829, avait commencé à Tripoli en 1827, sans qu'on ait pu en établir l'importation.

Constantinople a vu naître la peste spontanée comme la Syrie, comme l'Égypte. M. le docteur Brayer a fort bien établi que la peste a été endémique dans cette ville pendant sept des neuf années qu'il y a passées. Pendant cinq ans, il n'a observé que des pestes sporadiques; pendant deux années seulement, en 1819 et 1822, il a vu la maladie revêtir le caractère épidémique. Dans les deux

autres années, enfin, il n'a eu connaissance d'aucun cas de peste dans Constantinople.

M. le docteur Cholet, qui était à Constantinople lorsque la peste épidémique de 1834 y régnait, a reconnu que la maladie était née spontanément à San-Dimitri, près d'un ruisseau infect.

Louis Franck a vu arriver à Alexandrie des navires venant de Constantinople avec la peste à bord et dans un temps où l'Égypte était exempte du fléau.

De 1834 à 1839, dix navires arrivèrent à Alexandrie avec la peste à bord. Huit de ces navires venaient de Constantinople, au rapport de M. Grassi.

Messieurs, en présence d'observations aussi positives, aussi concordantes, il paraît difficile de nier l'origine spontanée de la peste en Égypte, en Syrie, à Constantinople. La première partie de la conclusion admise par votre commission est donc pleinement justifiée.

Ce résultat n'est pas nouveau, nous le savons; Clot-Bey, qui a étudié d'une manière spéciale cette question si importante de l'origine de la peste, exprime ainsi sa conviction :

La maladie est endémique sur toute la côte orientale et méridionale de la Méditerranée; mais cette endémicité n'existe pas partout au même degré: les principaux centres de développement sont l'Égypte, la Syrie et Constantinople. L'affection devient moins fréquente à mesure qu'on s'approche de la Grèce et de l'Adriatique d'une part, de l'autre de la Barbarie et du détroit de Gibraltar.

Louis Franck n'est pas moins formel. « Omnes notitiæ, inquit, quas indè à » quindecim annis de diversis hisce opinionibus obtinere potui, persuadent » mihi hunc morbum non in unà solummodo regione, sed mox in hàc, mox in » illà oriri, cùm eædem causæ et eædem ferè circumstantiæ locum habent, est, » hanc ob rationem, defendi non posse, Ægyptum primariam fontem pestis sem» per esse. In maximâ parte imperii ottomani observavi causas quæ ad gene» randam pestem sufficiunt. In provinciis ubi extrema miseria dominabatur, » ubi nulli magistratus adsunt qui saluti publicæ invigilent, ubi medici periti » (si Constantinopolin et Smyrnam excipias) non reperiuntur qui pro suâ cogni» tione, experientiâ et philanthropiâ, primordia morbi suspecti supprimere alla» borent, quid mirùm ibidem sæpius pestem observari! »

Cette citation, empruntée à un homme qui, comme il le dit lui-même, avait consacré quinze ans de voyages et de recherches sur les lieux pour découvrir la vérité relativement à l'origine et aux causes de la peste, nous prouve que les faits étaient il y a quarante ans ce qu'ils ont été de nos jours, et que si, trop généralement, on n'en a pas tiré alors les conséquences qui en découlaient naturellement, c'est qu'on était arrêté par des préventions.

Passons, messieurs, à la seconde partie de la conclusion sur laquelle vous allez avoir à vous prononcer.

Elle ne repose, dit M. Adelon, que sur des assertions sans preuves. Bien plus, la question, comme elle est posée, lui paraît insoluble.

Est-il donc vrai, messieurs, que, dans une question dont votre commission a reconnu toute la difficulté, mais en même temps toute l'importance, elle ait procédé avec légèreté et sans preuves valables? Vous allez en juger.

Il s'agit de savoir si on a vu la peste naître spontanément dans un grand nombre de contrées autres que l'Égypte, la Syrie et Constantinople.

Avant d'interroger à cet égard les époques antérieures en ce qui concerne l'Europe, la Turquie exceptée, continuons à étudier ce qui s'est passé de nos jours, ou du moins assez récemment, dans les provinces de la Turquie d'Europe et d'Asie, en Perse et en Barbarie.

J'ai déjà eu occasion de vous dire, messieurs, que lorsque l'armée russe arriva à Bucharest en 1828, elle fut atteinte d'une fièvre grave avec bubons, charbons et pétéchies. Vérification faite, il fut reconnu qu'on ne pouvait accuser aucune importation du dehors. La maladie était donc née spontanément à Bucharest. Telle est l'idée à laquelle se sont arrêtés les médecins russes qui ont traité cette épidémie.

Cette opinion est celle de M. Witt, médecin en chef, de M. Schlegel, médecin principal, de M. Seidlitz, maintenant professeur de l'Université de Pétersbourg, qui tous ont observé la maladie sur les lieux.

Notre honorable et savant collègue, M. Jourdan, a bien voulu lire avec attention le mémoire allemand publié par M. le professeur Seidlitz. Il ne conserve aucun doute sur l'origine spontanée de la maladie décrite par l'auteur, et qui était très-certainement la peste.

M. Adelon ne trouvera-t-il déjà pas, dans des faits ainsi constatés, plus qu'une assertion dénuée de toute preuve, surtout s'il se rappelle que dès 1755 les médecins de la Valachie disaient à Chénot, comme ils l'ont dit depuis aux médecins russes, que des fièvres graves avec bubons, charbons et pétéchies, se montrent presque tous les ans sur les bords du bas Danube, surtout en automne?

Faut-il encore répéter que l'intendance sanitaire de Constantinople a positivement constaté que depuis son installation régulière, c'est-à-dire depuis 1838, la peste s'est montrée sept fois dans la Turquie d'Europe, sur les bords du Danube, et sans qu'elle ait établi, en aucune manière, que ces pestes eussent été importées d'Égypte, de Syrie ou de Constantinople?

Si nous passons dans la Turquie d'Asie, nous allons voir les mêmes faits se renouveler avec les mêmes circonstances.

Citons quelques observations empruntées au mémoire que vous ont adressé les médecins membres de l'intendance de Constantinople.

« Le 12 mars 1840, le médecin de la quarantaine de Samson, M. Sassi, sur des » soupçons de peste, se rendit à un village éloigné de dix-huit heures de cette » ville. A son arrivée, cinq individus étaient déjà morts avec des bubons; quatre » autres étaient malades, et offraient tous les symptômes de la peste. Trois d'en» tre eux ne tardèrent pas à succomber. Cependant des mesures d'isolement et » de désinfection furent mises en vigueur, et le mal en resta là sans autre suite » fâcheuse. »

Je dois vous faire remarquer, messieurs, que les médecins sanitaires employés par l'intendance de Constantinople ont pour première recommandation de déterminer comment la maladie a été importée. Il est bien digne d'attention que M. Sassi n'ait rien constaté à cet égard. Ces neuf cas doivent donc être rapportés à une peste spontanée née dans la localité.

Voici un second fait qui vient fortement à l'appui de l'interprétation que nous sommes fondé à donner du précédent.

« En juin 1840, M. Bervali, médecin de la quarantaine d'Aïdin, est averti que, » dans le village turc nommé Girly-Bey, district de Hasily, existait une maladie » suspecte.

» Rendu sur les lieux le 7 juin, il apprend qu'une vieille femme et trois enfants » de 8 à 10 ans étaient morts de peste dans l'espace de dix jours, et qu'un de ces » derniers avait présenté un charbon au cou. A cette époque, deux autres en» fants frères étaient en convalescence de la même maladie, et l'un d'eux avait » encore les traces d'un charbon au cou; une femme malade portait aussi un » charbon à la cuisse.

» *Depuis trois ans, la peste régnait sporadiquement dans ce village*, mais » personne ne semblait s'en soucier. »

Ne voyez-vous pas clairement, messieurs, que les choses se sont passées dans le village de Girly-Bey comme elles se passent en Égypte et en Syrie? La peste y est née, à plusieurs reprises, pendant trois ans, sans revêtir le caractère épidémique. Il est bien à regretter que M. Bervali ne nous ait rien appris des conditions locales dans lesquelles était le village si souvent frappé de peste.

« Vers la même époque, M. Bervali annonçait à l'intendance que la peste ré» gnait dans les environs de Sparta, ville éloignée de quelques heures d'Aïdin. » Son rapport était fondé; car le 14 juillet 1840, le médecin de Sparta, M. As» petti, informé que la peste existait à Enis, village à dix-huit heures de Sparta, » se rendit le 21 juillet sur les lieux, où il résulta des perquisitions qu'il y fit que » six individus y étaient morts de peste, et qu'il y existait encore quatre ma» lades. Ils furent visités par ce médecin, et leur état ne laissa aucun doute sur » la nature de la maladie. Ils en avaient, en effet, les symptômes pathognomoni» ques. »

Messieurs, une circonstance ne peut manquer de vous frapper : c'est que ces pestes sporadiques se sont montrées dans l'intérieur des terres, sur des points divers qui ne paraissent avoir eu entre eux aucune communication suspecte, et sans que rien puisse donner l'idée d'une importation quelconque.

Terminons par un dernier fait également digne de votre attention.

« Le 3 décembre 1841, M. Gassier, médecin de la quarantaine de Trébisonde, » prévenait l'intendance générale que, le 27 novembre, ayant été informé par le » gouverneur de la ville que des cas de peste avaient éclaté dans l'arrondisse» ment de Surméné, à huit heures de Trébisonde, il s'était immédiatement » porté sur les lieux. Là, il avait appris par le percepteur des impôts (le moubas» sil) que le village en suspicion se trouvait dans l'intérieur, à huit lieues au sud » de Surméné. Arrivé à Asha, nom de ce village, il sut que, dans le courant des » mois d'août et de septembre et dans les commencements d'octobre 1841, cinq » cents individus y étaient morts, les uns de maladies diverses, les autres de » variole, et quelques-uns enfin avec les caractères distinctifs de la peste, » comme bubons, charbons, etc. » Depuis le mois d'octobre, aucun nouveau cas ne se manifesta.

Il semble vraiment, quand on lit cette narration, qu'il s'agit non pas d'un village situé dans l'intérieur des terres, à seize lieues de Trébisonde, mais d'un village du Delta. La peste y naît spontanément, s'y montre à l'état sporadique comme toutes les autres maladies du pays (1).

Ces faits, messieurs, nous donnent la clef des résultats obtenus par l'honorable M. Lachèze, lorsque, accompagnant l'ambassade de M. le comte de Sercey en Perse, il fit, tant en Perse que dans la Turquie d'Asie, une véritable enquête sur la manière dont naît et se comporte la peste dans ces contrées, où aucune entrave ne lui avait encore été opposée.

Le mémoire de M. le docteur Lachèze étant imprimé en entier dans les pièces et documents à l'appui du rapport (p. 289), je me contenterai de dire qu'il prouve que la peste naît spontanément dans la Turquie d'Asie et aussi dans la partie septentrionale de la Perse. Tantôt elle apparaît tout à coup sur plusieurs points, à la manière des maladies épidémiques : c'est ainsi qu'en 1821, à Erzeroum, elle se trouva dès son début répandue dans toute la ville. Elle se montrerait plus rarement sous la forme sporadique, à moins que des cas isolés n'appelant pas l'attention, on n'en tienne que peu ou point compte.

Une autre contrée soumise à la loi de Mahomet, je veux parler de la Barbarie, doit aussi être étudiée par nous.

Les renseignements intéressants fournis à ce sujet par M. Berbrugger doivent avoir pour nous d'autant plus de prix qu'il est bien évident qu'en les recueillant sur les manuscrits arabes ou dans les archives de la compagnie d'Afrique, il ne pensait pas aux conséquences qu'on pourrait en tirer.

En parlant de la peste qui sévit à Tunis en 1784, M. Berbrugger s'exprime ainsi :

« Je n'ai pu m'assurer si cette peste a été importée à Tunis, ou si elle fut un » développement naturel du levain contagieux qui, dit-on, existe dans cette ville » à un état plus ou moins latent. Quoi qu'il en soit, le 25 juin 1784, plusieurs cas » furent signalés. La maladie n'était pas cependant tellement caractérisée qu'il » fût impossible de conserver aucun doute. Beaucoup de personnes préten-

(1) Ces observations sont extraites textuellement du mémoire envoyé à l'Académie par MM. les docteurs Pezzoni, Laval et Marc Marchand, médecins et membres de l'intendance générale de Constantinople; elles se trouvent pages 67, 68, 69 et 70 dudit mémoire.

» daient que ce n'était qu'une fièvre maligne ; et le peu de progrès du mal à son
» début ayant corroboré cette opinion, les consuls qui avaient fermé leurs mai-
» sons pour se retirer à la campagne les rouvrirent, ainsi que le Fondouq...
» Mais l'incertitude des Tunisiens ne tarda pas à être dissipée : la peste, car
» c'était bien elle qui les frappait, après avoir sévi sourdement sur quelques vic-
» times, puis suspendu ses attaques, grâce à l'influence habituelle des grandes
» chaleurs, reparut à l'automne et commença à exercer de notables ravages dans
» Tunis et aux environs. »

Que trouve-t-on, messieurs, dans cet exposé de M. Berbrugger? Il n'existe aucune donnée portant à penser que la maladie avait été importée. Celle-ci éclate dans un pays où existe continuellement un levain contagieux, ce qui veut dire pour nous que la peste y est endémique. Elle avait été précédée d'une maladie qu'on caractérise de fièvre maligne. Quelques individus sont frappés de peste le 25 juin, et malgré de libres communications avec le reste de la population, ces cas restent isolés. Les attaques nouvelles sont suspendues, dit l'auteur, pendant les grandes chaleurs. Enfin, une épidémie pestilentielle se caractérise à l'automne et fait de très-nombreuses victimes.

N'est-ce pas ainsi que se manifeste spontanément une épidémie pestilentielle dans les pays producteurs de la peste, en Égypte, par exemple?

Le passage suivant vient singulièrement appuyer les conclusions que je suis porté à tirer de ce qui précède.

« Au commencement de juin 1786, dit M. Berbrugger, Salah-Bey s'éloigna de
» Constantine ; ce n'est pas que la peste se fût positivement déclarée dans cette
» ville, mais il y mourait plus de monde qu'à l'ordinaire, sans qu'on pût se
» rendre bien compte de la maladie à laquelle on succombait. Or l'expérience
» avait appris aux indigènes que c'était un indice à peu près certain de l'ap-
» proche de la peste. »

En 1793, la peste atteignit des portefaix d'Alger, lesquels étaient natifs de Biskara. On assure, dit M. Berbrugger, que les individus de cette contrée sont toujours les premiers atteints, et on explique ce fait en disant que, comme la maladie vient toujours par mer, et que les Biskeris travaillent à la marine, ils sont les premiers en contact avec le germe de la contagion. Cette explication, continue le savant bibliothécaire, n'est pas très-satisfaisante... Il en est probablement de ce fléau comme du choléra et autres maladies épidémiques qui atteignent de préférence certaines classes d'individus qu'elles frappent plus vite et plus fortement, parce qu'elles trouvent en eux des prédispositions organiques dont l'expérience force d'admettre la réalité, bien que la science ne les explique pas encore.

Cette réflexion, messieurs, vous révèle la conviction de M. Berbrugger sur la spontanéité et sur l'épidimicité de la peste en Algérie, au moins à certaines époques.

Mais poursuivons.

« Pendant l'hiver de 1816 à 1817, dit M. Berbrugger, il avait régné à Alger
» une maladie épidémique très-grave, que les agents consulaires avaient quali-
» fiée de fièvre maligne sur les patentes de santé. On a déjà remarqué que
» c'est un symptôme qui précède généralement l'invasion du fléau quand celui-ci
» reparait après un long intervalle. Pour les indigènes il avait un autre avant-
» coureur non moins certain, c'était l'apparition des sauterelles sahariennes,
» qui cette année avaient traversé le Tel par bandes innombrables, et y avaient
» exercé de grands ravages. »

La peste éclata, en effet, dans le royaume d'Alger en 1817. Elle présenta même ce caractère fort remarquable, ajoute notre auteur, *qu'elle se manifesta presque simultanément à Bone, à Alger et à Oran.*

Je livre à vos méditations, messieurs, les faits que je viens de vous soumettre. Ils vous porteront, sans doute, à penser, avec M. Berbrugger, que si les pestes observées en Algérie y ont été souvent importées, il en est un certain nombre qui paraissent y être nées spontanément.

Cette opinion est fortifiée par les recherches de M. de Ségur, qui, malgré tout le soin possible, n'a pu découvrir les preuves de l'importation des pestes qui ont sévi en 1701 à Tripoli, en 1752 et 1797 à Alger, ce qui est d'autant plus digne d'attention que nos agents consulaires dans ces résidences exerçaient une grande surveillance à cet égard.

Je crois avoir établi, messieurs, qu'on a vu la peste sporadique ou épidémique naître spontanément en Égypte, en Syrie et à Constantinople, ce que ne contestait que faiblement M. Adelon. Je crois, de plus, avoir établi, non pas sur des assertions dénuées de preuves, comme on me l'a reproché, mais bien sur des faits méritant toute la confiance de l'Académie, qu'on a vu également la peste, sporadique ou épidémique, naître spontanément dans les provinces danubiennes, dans plusieurs points de la Turquie d'Asie, dans un grand nombre de villes et villages de la Perse septentrionale, enfin très-probablement dans plusieurs villes de la Barbarie.

La seconde partie de la conclusion en discussion pourrait donc déjà paraître justifiée.

Cependant, comme l'Académie ne voudrait pas voter une conclusion qui ne se présenterait pas avec toutes les preuves qu'elle peut réunir en sa faveur, je vais poursuivre ce que je crois pouvoir appeler ma démonstration, tant à l'aide des tables dressées par les loïmographes que par la citation d'un certain nombre de faits particuliers propres à décider les convictions.

Je consens à passer sous silence les pestes qui, au neuvième, au septième, au sixième et au cinquième siècle avant Jésus-Christ, se sont montrées en Grèce alors que la maladie ne régnait ni en Égypte, ni en Syrie, ni à Constantinople, quoique personne ne soit en droit d'affirmer que, pour quelques-unes au moins, il ne s'agissait pas de la vraie peste ; je consens à négliger les 22 pestes qui, du huitième au quatrième siècle avant Jésus-Christ, ont désolé l'Italie, quoique Papon, auteur aussi consciencieux qu'érudit, y ait trouvé la preuve que la peste n'appartient pas exclusivement à un climat, mais qu'au contraire elle naît partout où elle rencontre les causes qui peuvent la produire. Mais je ne puis passer condamnation pour ce que j'ai dit des dix pestes qui, d'après M. Rossi, ont ravagé la France pendant le sixième siècle de notre ère, et que rien ne prouve y avoir été importées. L'argument que j'en ai tiré reste tout entier. Je montrerai, en effet, par des exemples incontestables, qu'à cette époque la vraie peste s'est montrée spontanément sur plusieurs points de la France, et une fois au moins avant la fameuse peste de 542, regardée par plusieurs auteurs comme la première en Orient.

Si je puis établir par des faits que, dès le sixième siècle, la vraie peste sévissait en France sans y avoir été importée, il me sera plus facile encore de prouver que, dans les seizième et dix-septième siècles, on a pu l'y observer dans des circonstances qui détruisent l'idée de l'importation pour un certain nombre d'entre elles. Les pays voisins ont été dans le même cas; aussi, quand j'ai dit, d'après M. Rossi et surtout d'après M. Littré, que, pendant ces siècles malheureux, la peste naissait spontanément en France et dans d'autres contrées de l'Europe, je n'ai avancé qu'une chose vraie. Je crois devoir rappeler les chiffres de M. Rossi.

Au seizième siècle, on n'a observé qu'une seule peste en Égypte. Il n'en est indiqué aucune ni en Turquie d'Asie ni en Syrie; et cependant on compte dans ce même seizième siècle 14 pestes en France, 12 en Allemagne, 11 en Italie, 9 en Dalmatie, 6 en Turquie d'Europe, 5 en Angleterre, 5 en Espagne, 2 en Portugal, 2 en Belgique et une en Suisse.

Dans le dix-septième, on signale 2 pestes seulement en Égypte; on n'en signale aucune ni en Turquie d'Asie ni en Syrie, et cependant nous en comptons 19 en Allemagne, 11 en Italie, 11 en France, 6 en Angleterre, 5 en Russie, 4 en Turquie d'Europe, 3 en Espagne, 2 en Hollande, 2 en Suisse, 2 en Danemark, une en Suède et une en Pologne.

Ces chiffres, en supposant même quelques erreurs de détail, si difficiles à éviter dans des recherches de ce genre, n'en restent pas moins vrais dans leur ensemble, n'en sont pas moins susceptibles de fournir des rapprochements décisifs pour la question qui nous occupe. Je croyais, je l'avoue, qu'ils étaient de nature à porter la conviction dans tous les esprits; mais on les qualifie d'assertions sans preuves. Il faut donc que j'établisse que la conséquence que j'en ai tirée, et qui a été approuvée par la majorité de la commission, repose sur des bases solides.

Vous le savez, messieurs, le beau pays que nous appelons la France n'a pas toujours été ce que nous le voyons aujourd'hui. Autant et plus que beaucoup d'autres, il a eu de longues époques de calamités et de misères. Parcourez les historiens, et vous verrez que parmi ces époques doivent figurer en première ligne le sixième, le seizième et le dix-septième siècle.

Le sixième siècle fut rempli par une succession non interrompue de guerres civiles ou de guerres étrangères. Le partage des successions de Clovis et de Clotaire fut la source des plus grands malheurs.

« Dans ce siècle, dit Millot, l'histoire de France est un mélange confus de
» noms barbares, d'actions cruelles, de crimes, de trahisons, d'intérêts obscurs
» et compliqués, d'invasions et de guerres dont le détail fatigue l'esprit. »

Une grande partie de la première moitié du seizième siècle fut remplie par les suites calamiteuses qu'entraînèrent les guerres de François Ier. La seconde moitié fut tout entière employée à des guerres de religion qui, trop souvent encore, firent sentir leur fâcheuse influence dans le dix-septième siècle.

On conçoit facilement combien l'hygiène était alors négligée.

« Qu'on jette les yeux, dit M. Pariset (journal de son voyage en Orient), sur
» l'état où était la France il y a quelques siècles. Les principales villes d'alors
» étaient closes de murs; elles étaient sans pavé, comme Alexandrie, comme le
» Caire, comme toutes les villes de l'Égypte. Les eaux sans écoulement y crou-
» pissaient par le repos, comme elles croupissent dans le Calidj. On mettait des
» cadavres dans les églises et des cimetières tout à l'entour. Les rues étaient,
» comme au Caire, jonchées de charognes dont personne ne songeait à se déli-
» vrer. On peut invoquer sur ces points différents, entre autres autorités, celle
» du commissaire Lamarre et du chancelier Ronchin. Aussi, dans ces villes mal-
» heureuses, voyait-on, pendant les chaleurs, éclater des fièvres pestilentielles...
» On a calculé que le Caire avait la peste tous les deux ans; et tous les six ans,
» au moyen âge, la France avait des épidémies désastreuses.
» L'état que nous venons de décrire a été longtemps celui de toute l'Europe. »

Je n'ai rien à ajouter à ce tableau tracé par notre honorable secrétaire perpétuel, si ce n'est que Lamarre dit positivement, dans son remarquable ouvrage (TRAITÉ DE LA POLICE, Paris, 1705), que, « dans le seizième siècle, il ne se passait
» pas dix ans sans que Paris fût affligé de la peste. »

Messieurs, ces considérations sur l'état politique et hygiénique de la France et de l'Europe ne peuvent que nous faciliter l'intelligence des faits que je dois maintenant vous rapporter.

En 503, une peste épidémique ravagea Marseille. La maladie était caractérisée par des bubons inguinaux. Papon qui, en sa qualité d'historiographe de la Provence, était, plus que personne, à même d'avoir des renseignements certains, ne conserve aucun doute ni sur la nature de la maladie, ni sur sa spontanéité. D'où aurait-elle été importée, puisqu'à cette époque, rien, absolument rien, n'annonce que la peste existât en Égypte, en Syrie, à Constantinople, ni même sur les côtes de la Syrie?

Voici un passage de Grégoire de Tours qui nous montre la peste à Arles et dans une partie des provinces méridionales, en 549.

« Cùm autem lues illa quam inguinariam vocant per diversas regiones desæ-
» viret et maximè tunc areletensem provinciam depopularet, ad civitatem arver-
» nam, sancti Galli intercedente oratione, non attigit. » (Grégoire de Tours, EX VITA S. GALLI, p. 410.)

Sans doute, il serait difficile de dire si cette peste, qui régnait à Arles et dans les environs, mais qui ne s'est pas étendue jusqu'à Clermont avait ou non été importée. Nous ne pouvons que faire remarquer que Grégoire de Tours ne parle pas d'importation, ce qu'il ne manque pas de faire quand celle-ci est établie ou même probable.

Il n'est pas fait mention non plus d'aucune importation relativement à la peste qui, en 570, sévit en Bourgogne. La maladie se manifestait par une douleur cuisante aux aines et aux aisselles; les malades périssaient le deuxième ou le troisième jour. Cette peste est mentionnée (Troisième partie, p. 837) dans un ouvrage intitulé MÉMORIAL DE CHRONOLOGIE, lequel a été publié en 1830, sans nom d'auteur, par M. Buttelle, administrateur des hôpitaux de Paris, qui m'a déclaré lui-même avoir puisé tous les matériaux relatifs à la peste dans les très-volumineuses archives de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Grégoire de Tours parle d'une peste qui, en 571, fit des ravages terribles dans l'Auvergne. Les malades avaient des tumeurs aux aines et aux aisselles et périssaient en deux ou trois jours. La meilleure preuve que, pour l'auteur, il ne s'agissait pas d'une maladie importée, c'est qu'il indique les *prodiges* observés dans la contrée avant l'invasion de l'épidémie :

« Ante cladem arvernam magna regionem illam prodigia terruerant. »

Le même Grégoire de Tours nous apprend qu'au mois de janvier 581 des pluies torrentielles et des orages effrayèrent les populations. La saison était si chaude que les arbres étaient en fleurs. Une maladie très-meurtrière, caractérisée par des pustules et des vésicules, fit mourir un grand nombre de personnes. Enfin, Grégoire de Tours ajoute : « Audivimus eo anno in narbonnensem urbem inguinarium morbum graviter descevire, ita ut nullum esset spatium, cum homo correptus fuisset ab eo. » L'évêque de Narbonne, appelé Félix, succomba à l'épidémie.

Ne devons-nous pas remarquer, messieurs, que non-seulement l'auteur ne parle d'aucune importation, mais encore que le soin qu'il prend de nous faire connaître les conditions qui ont dû contribuer au développement de la maladie indique que pour lui il s'est agi d'une peste spontanée.

En 588 la peste éclate à Marseille; elle cesse pour reparaître bientôt. Mais ici Grégoire de Tours se hâte de faire observer que ce retour de la maladie doit être attribué à un navire parti de la côte d'Espagne.

En 590, des orages suivis de grandes pluies amenèrent le débordement du Rhône à Avignon. C'est à cette cause que Grégoire rapporte la peste qui ravagea cette ville. « Urbem graviter lues inguinaria devastavit. »

En 591, famine et peste à Marseille.

Aimoin (DE GESTIS FRANCORUM, lib. III, p. 109) parle d'une peste qui, en 597, sévit à Marseille et dans les autres villes de la Provence.

« His diebus apud Massiliam et reliquas provinciæ civitates, nascentibus in » hominum inguinibus seu delicatioribus locis quibusdam glandulis in modum » nucis, maxima generata est mortalitas. »

Aimoin ne parle pas d'importation, et nous allons voir que pour lui la peste pouvait naître spontanément en Europe.

Il rapporte, en effet, qu'en l'année 589, sous le règne d'Anthur, roi des Lombards, il y eut sur les confins des états de Venise et dans d'autres états de l'Italie un déluge comme on n'en avait pas vu depuis celui de Noé. Le Tibre déborda et atteignit le sommet des murailles.

« Subsecuta est statim, ait Dymonius, hanc inundationem gravissima pestilen» tia quam inguinarium vocant quæ primum papam pelagium percutit et sine » mora extinxit. Deindè, pastore interempto, se in populos extendit. »

Grégoire de Tours confirme en tous points la narration d'Aimoin. Seulement il ajoute que l'inondation du Tibre avait détruit à Rome tous les approvisionnements.

Me sera-t-il permis, à l'occasion de cette dernière peste, de rappeler que Rome, étant entourée de marais très-étendus et très-pernicieux, a pu se trouver, quand l'air était chaud et humide, quand la population était plongée dans la misère, quand l'hygiène publique y était négligée, dans des conditions très-favorables au développement de la peste spontanée?

Si maintenant, messieurs, nous résumons ce que je viens de dire des pestes du sixième siècle, il me paraîtra bien difficile de contester que quelques-unes d'entre elles, si ce n'est toutes, sont nées spontanément et sans aucune importation. Je citerai particulièrement les pestes de 503, 549, 571, 581, 590, 597 en France et celle de 589 à Rome.

Passons maintenant aux pestes qui ont sévi en Europe dans les seizième et dix-septième siècles, en ne nous arrêtant qu'à celles qui présentent un véritable intérêt pour l'opinion controversée.

Avant de franchir cet espace de dix siècles, je veux cependant arrêter un instant votre attention sur la peste de 1348, sur la peste noire. Aucun auteur ne prétend qu'elle soit née en Égypte, en Syrie ou à Constantinople. L'historien Villani dit qu'elle a commencé à Casan. Quant au caractère de la maladie, il ne peut être révoqué en doute. La description de Gui de Chauliac, qui a observé l'épidémie à Avignon, où il périt, dit-on, 120,000 personnes, ne peut laisser aucune incertitude.

Un grand fait vous frappe tout d'abord quand on étudie la peste en Europe au seizième et au dix-septième siècle, c'est qu'on la voit apparaître tantôt sur un point, tantôt sur un autre, à des intervalles extrêmement rapprochés. On peut dire qu'elle y était endémique.

Si nous nous rappelons qu'aux mêmes époques la peste épidémique s'est montrée très-rarement en Égypte, en Syrie et en Turquie d'Asie, il faudra bien reconnaître que toutes les pestes observées alors n'avaient pas pris naissance dans l'Orient. « On se convaincrait bien davantage de cette vérité, dit Papon, si l'on recueillait le témoignage de tous les auteurs qui parlent de ces pestes. »

Voici comment Forestus (Forestus, édit. de Rouen, 1653, t. I, p. 228) indique l'origine de la peste qui a sévi à Harlem en 1573 :

« Anno 1573, cùm per totam hyemem, deindè usque in mensem julium, Harle» mum strictissimè obsidione premeretur, partim à militibus hispanis qui hanc » urbem frustrà oppugnabant, partimque à nostris, ut urbem ab obsidione libe» rarent, plurimi utrinque cæsi, maximè vero ex nostris decimo julii die, in quâ » pugnâ plusquàm ducenti cives delphenses desiderabantur, cum infiniti alii » trucidati quorum cadavera insepulta jacebant per cumpos undique dispersa, » undè, infecto aere, pestis Harlemum grassari cœpit. »

La putréfaction des cadavres n'est pas la seule cause à laquelle Forestus attribue la peste de Harlem; il croit aussi devoir tenir grand compte de la disette, qui était portée à un tel point que les habitants de la ville vivaient avec des feuilles de mûrier, avec des feuilles de vigne ou de groseillier, enfin avec du gazon assaisonné avec de la graisse destinée à faire des chandelles.

Forestus, dans cette description, ne paraît même pas supposer qu'on puisse penser à une importation.

C'est encore à une mauvaise nourriture, et notamment à des grains avariés, que le même auteur rapporte la *peste de Derfelt*, qui régna vers la même époque.

En 1576, la peste dépeupla Vérone, Milan, Trente, enleva 40,000 hommes à Venise, et dans le nombre le Titien. Le collége de médecine de Padoue, que l'on consulta sur cette maladie, l'attribua aux eaux bourbeuses et stagnantes des lagunes. (MEM. CHR., Paris, 1830, 3e partie, p. 855.)

Cette décision du collége de médecine de Padoue nous prouve deux choses : la première, que cette corporation ne crut pas à une importation; la seconde, que l'insalubrité des lieux lui parut rendre suffisamment raison de la naissance spontanée de la maladie.

Thomas Willis a décrit une épidémie de peste qui attaqua, au printemps de 1643, l'armée envoyée contre le comte d'Essex révolté contre sa souveraine. D'abord renfermée dans l'enceinte du camp, où elle sévissait surtout contre les fantassins entassés dans d'étroites baraques qu'infectaient les immondices amoncelées par leur négligence, la maladie envahit, vers le solstice d'été, le pays environnant dans un rayon de dix milles. Willis fait remarquer qu'à cette époque la peste ne régnait dans aucune partie du royaume.

Se demandant ensuite comment la maladie a été produite, il fait la réponse suivante :

« Quod vero ad causam naturalem spectat, variæ feruntur sententiæ. Pestilen» tiam recens exortam volunt nonnulli tantùm à cœlo et siderum influentiis de» rivari; contrà alii solummodo ab internâ humorum corporis nostri putredine » suscitari statuunt. Hujus affectûs causam isti nihil procul atque hi debito » propius diducere nituntur. Nos mediâ incedamus viâ et quod ratio suadet et » quod authores quam plurimi asserunt, primum et præcipuum hujus veneni » seminarium in aere collocamus. » (Thomas Willis, OPER. OMN., Amst., p. 102.)

Boyer, médecin de la marine à Toulon en 1720, assure, dans des lettres sur la peste, qu'elle fit beaucoup de ravages à Arras en 1654, quoiqu'à cette époque on ne la vît dans aucune de nos provinces maritimes, ce qui prouve, dit l'auteur, qu'elle ne vient pas toujours du Levant. (Papon, t. II, p. 290.)

J'ai déjà eu l'honneur de vous dire, messieurs, que la peste a régné sporadiquement à Londres dans les années qui ont précédé la grande épidémie de 1665. Cela résulte des registres tenus dans les différentes paroisses de Londres. L'incendie qui détruisit une partie de la ville en 1666 a mis fin à l'épidémie, et, de plus, il paraît avoir assez profondément modifié l'état des localités pour que la peste sporadique ne s'y soit plus montrée.

Dois-je enfin vous rappeler, messieurs, la peste observée en 1740 à Rochefort par Chirac, peste qu'il est impossible d'attribuer à aucune importation, et qui a trouvé sa cause dans l'insalubrité des lieux et la misère des habitants?

Je m'arrête, négligeant volontairement un certain nombre de pestes qui ne pourraient que confirmer les conséquences qu'on doit tirer de ce qui précède, telles que la peste de l'Agennais observée par Ambroise Paré, celle vue par Dower à Guayaquil, celle observée en 1761 par Donald Monro et Lovet, médecins de l'armée anglaise (GAZETTE MÉDICALE, 25 janvier 1845), etc.

Je terminerai par une courte remarque : je ne conçois pas pourquoi les médecins qui, comme M. Adelon, admettent que la peste peut naître dans des contrées aussi étendues et aussi éloignées les unes des autres que l'Égypte, la Syrie, la Turquie, la Barbarie, éprouveraient de la répugnance à reconnaître qu'elle peut éclater spontanément dans d'autres pays qui présenteraient habituellement ou accidentellement les conditions qui favorisent son développement.

Je persiste, messieurs, à maintenir la conclusion adoptée par votre commission, et que l'Académie, je crois, peut voter en toute sûreté de conscience.

Cette conclusion est ainsi conçue :

On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

M. ADELON : Bien que la conclusion sur laquelle nous discutons n'ait pas l'importance des autres conclusions, qu'elle n'ait qu'une importance secondaire, elle en a assez cependant, surtout si l'Académie devait l'adopter avec la forme absolue sous laquelle elle est présentée dans le rapport, pour que je croie nécessaire d'insister sur les motifs qui m'ont engagé à la combattre. Cette conclusion ne tend à rien de moins, en effet, qu'à détruire cette opinion, accréditée jusqu'à présent, que la peste vient de l'Égypte comme la fièvre jaune vient de l'Inde.

Après quelques mots sur la rectification présentée par M. Prus relativement aux médecins d'Égypte et sur le paragraphe consacré à la définition de la peste, qu'il persiste à considérer comme tout à fait insuffisant et peu digne d'un sem-

lable travail, M. Adelon aborde de nouveau la question de la peste spontanée. Il reproche au rapporteur d'avoir confondu la peste spontanée, telle qu'on doit l'entendre, c'est-à-dire prenant naissance sous l'influence de causes locales, inhérentes au pays, avec la peste épidémique. Si vous confondez, dit-il, ces deux modes d'origine de la peste, je ne comprends plus la seconde partie du rapport.

Revenant ensuite sur le peu d'importance de la conclusion au point de vue de la législation sanitaire tant que la preuve des faits avancés dans le rapport n'est point faite, M. Adelon reproche, à cette occasion, à M. le rapporteur, d'avoir fait usage de documents qui manquent eux-mêmes de certitude et d'authenticité. Pourquoi, par exemple, le mémoire des médecins de Constantinople, concernant la peste des bords du Danube, n'a-t-il pas été mis sous les yeux de la commission et imprimé dans le recueil des documents? Or il existe une polémique entre des médecins qui nient que cette maladie soit la peste et d'autres qui veulent que ce soit la peste. De quel côté est la vérité? C'est ce qu'il ne nous est pas possible d'établir.

En résumé, dit en terminant M. Adelon, je ne veux pas de cette conclusion en termes aussi absolus; je ne nie pas que le fait énoncé dans cette proposition ne soit vrai, mais je maintiens qu'il n'est point démontré, que la preuve n'en est pas faite. J'ajoute qu'il est de peu d'utilité pour la législation sanitaire de savoir ce qui était ou ce qui n'était pas il y a mille ans. En un mot, attendu qu'il n'y a en faveur de cette opinion que des présomptions, des probabilités seulement, mais point de certitude, et que cette certitude d'ailleurs, fût-elle acquise, ne serait que d'une utilité très-secondaire dans la question, je propose de restreindre la proposition à la désignation des lieux où actuellement la peste naît spontanément. Ce que vient de répondre M. le rapporteur à ma précédente argumentation ne change rien à mes convictions.

— M. Girouard, médecin à Bordeaux, a la parole pour une présentation. Ce médecin fait une communication relative à l'enlèvement des tumeurs du sein au moyen des caustiques, et présente quelques pièces conservées qu'il a extirpées par ce procédé.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

CELSE. — Traité de la médecine en huit livres; traduction nouvelle, avec le texte en regard; par M. le docteur Charles Des Étangs. — Un vol. grand in-8°. Paris, chez Dubochet, Lechevalier et Ce, rue Richelieu, 60.

Il n'est pas aussi facile qu'on le pense de bien traduire. Sans doute, s'il ne s'agissait que d'une version littérale ou grammaticale, la connaissance de la langue y pourrait suffire, comme elle suffit sur les bancs des colléges aux élèves de nos classes d'humanités qui traduisent tous les jours Virgile, Horace, Tite-Live. Mais les difficultés grandissent, se multiplient et s'élèvent véritablement à la hauteur des tâches les plus laborieuses quand il s'agit bien moins pour le traducteur des mots que du sens, de la lettre que de l'esprit des ouvrages. C'est précisément le cas de toutes les traductions de travaux scientifiques dans lesquelles il importe aussi peu de suivre servilement la construction des mots, qu'il importe beaucoup de rendre avec vérité la pensée du livre. Maintenant on comprend comment il est si rare de rencontrer des traductions irréprochables, et combien de qualités sont exigées pour arriver à produire une semblable traduction.

La première de ces qualités, la qualité indispensable, c'est de se pénétrer si intimement des idées et des doctrines de l'auteur, qu'on vive en quelque sorte de la même vie intellectuelle; une autre qualité non moins essentielle, c'est de s'initier, par une notion circonstanciée du milieu où l'auteur a vécu et travaillé, à la nature des influences diverses qui ont pu et dû agir efficacement sur ses pensées. Ainsi procèdent les grands traducteurs des ouvrages de l'antiquité; ainsi doivent procéder tous les traducteurs qui aspirent véritablement à nous transmettre les principes de nos devanciers. Quant à ceux qui, trop confiants dans leurs études philologiques, osent aborder la traduction des anciens, grecs ou latins, sans l'avoir vivifiée préalablement par de longues et profondes méditations sur le génie de leurs modèles, ils ne sauraient jamais produire, à travers de vaines discussions de mots, que des versions hérissées d'erreurs ou de contre-sens, qu'un travestissement plus ou moins chargé des pensées et des doctrines originales.

M. Des Étangs a su heureusement échapper à ces conséquences. Praticien distingué, il a saisi les traits caractéristiques de la pathologie de Celse; versé dans la connaissance de la médecine grecque et latine, il a compris la portée des dogmes formulés par son modèle. Au courant de tous les artifices de la langue latine, et non moins habile à manier la nôtre, il a pu rendre avec la même vivacité et la même élégance les tours et les difficultés du texte. Que manque-t-il donc à la nouvelle traduction de Celse? On a pressenti la réponse: elle est de bien loin la plus parfaite de toutes. Mais l'auteur ne s'est pas borné à traduire Celse; il a joint à sa traduction une introduction et des notes. Disons quelques mots des unes et des autres; nous justifierons mieux par là le tribut d'éloges que nous avons cru devoir lui payer.

La traduction de M. Des Étangs n'est pas seulement un beau monument, elle est encore la satisfaction d'un besoin réel de notre littérature. En effet, si nous recherchons avec M. Des Étangs quelles sont jusqu'à celle-ci les traductions connues du médecin latin, nous n'en rencontrons, à dire vrai, qu'une seule, celle de Henri Ninnin, publiée en 1754. Maintenant quelle est la valeur de cette traduction? D'abord Ninnin n'a pas joint le texte latin à sa traduction. Suivant ce qu'il nous apprend, il l'aurait faite d'après Van der Linden et Ameloveen, tout en s'aidant beaucoup du manuscrit de la bibliothèque royale et des observations de Morgagni; mais, selon la remarque de M. Des Étangs, le texte suivi par Ninnin est inférieur à celui de Targa; en sorte que l'exactitude de la version française se ressent nécessairement en beaucoup d'endroits de l'imperfection de l'original. Indépendamment des erreurs à mettre sur le compte des défauts de ce texte, il y en a un certain nombre d'autres qui appartiennent réellement au traducteur. Enfin le style de la traduction de Ninnin ne s'éloigne pas moins du beau langage littéraire que du vrai langage scientifique: contraste déplorable avec la précision et l'éloquence proverbiale de l'auteur latin.

Il y a bien encore deux autres traductions de Celse publiées successivement en 1821 et en 1824. M. Des Étangs ne manque pas de les mentionner, en remarquant avec raison qu'elles ne sont l'une et l'autre que la reproduction plus ou moins modifiée de celle de Ninnin.

M. Des Étangs aborde ensuite, dans son introduction, quelques points fort intéressants touchant la biographie et les doctrines de Celse. Plusieurs écrivains ont fait de cet auteur un sectateur du méthodisme, et pourtant il est certain qu'il s'est prononcé, au contraire, en termes très-explicites contre ce système. « Il a fallu, dit à cet égard M. Des Étangs, pour interpréter » les doctrines médicales de l'auteur dans le sens du méthodisme, faire » subir au texte une violence inouïe, ou plutôt fermer volontairement les » yeux à tous les passages qui résistent à cette exploration. Après avoir lu » la profession de foi qui se trouve en tête du traité de médecine, on a » peine à s'expliquer l'erreur où sont tombés la plupart des historiens en » rangeant Celse parmi les méthodistes, puisqu'il semble avoir réservé pour » eux toute la sévérité de ses jugements. »

Une question biographique non moins intéressante est celle de savoir si Celse était effectivement médecin praticien. M. Des Étangs ne laisse pas là-dessus le moindre sujet de contestation, établissant, par des preuves positives, que Celse était et ne pouvait être qu'un médecin praticien. Celse, en effet, intervient personnellement dans une foule d'endroits rappelés par M. Des Étangs; il discute en praticien consommé les difficultés qui se présentent, il les tranche même souvent avec le coup d'œil et la résolution de l'homme de l'art.

M. Des Étangs disculpe Celse avec autant de bonheur du reproche de scepticisme que quelques passages de ses écrits ont pu lui attirer. « Le » scepticisme de Celse, dit M. Des Étangs, n'est pas ce scepticisme aveugle » des gens du monde, esprits forts que la maladie rend si faibles, mais bien » le doute philosophique d'un homme éclairé, qui a le droit de douter parce » qu'il sait beaucoup, et qui n'en poursuit pas avec moins d'ardeur la re» cherche de la vérité. »

Appréciant ensuite comme écrivain l'auteur qu'il traduit, M. Des Étangs ne s'associe pas aux exagérations de quelques admirateurs passionnés et suspects par cela même; il n'en fait pas moins ressortir les qualités qui distinguent son style en résumant son éloge sous ce rapport par ces trois mots: concision, clarté, élégance. Toutefois M. Des Étangs fait remarquer avec beaucoup de raison que ces qualités littéraires ne lui sont véritablement applicables qu'autant que les sujets qu'il traite n'excèdent pas le pouvoir de la langue latine; car partout où se fait sentir la nécessité d'un langage technique, l'habileté de l'auteur, quelque grande qu'elle puisse être, ne saurait lutter contre l'insuffisance absolue du latin: de là vient qu'il est souvent difficile à comprendre et plus difficile encore à traduire.

L'obscurité inhérente aux vieux textes ou langues mortes a obligé M. Des Étangs à des recherches savantes que décèlent les notes qu'il a ajoutées à sa traduction. Des planches explicatives, représentant les instruments dont l'image facilite l'intelligence du texte, complètent le mérite de son œuvre. Du court aperçu que nous avons fait de la traduction que nous annonçons, il résulte qu'elle surpasse de beaucoup toutes celles qui l'ont précédée, et qu'on peut même la regarder, nous n'hésitons pas à l'affirmer, comme la plus exacte et la plus complète qu'il soit possible d'essayer.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

LA CHOLÉRINE ET LE CHOLÉRA SPORADIQUE.

Chaque année, l'époque des chaleurs ramène ordinairement une disposition aux flux abdominaux. On a coutume d'attribuer cette disposition à l'usage immodéré des fruits, et surtout à l'usage des fruits de mauvaise qualité. On a souvent remarqué, en effet, que les étés où les flux diarrhéiques sont les plus fréquents sont ceux qui succèdent à des printemps froids et humides; on en a conclu que les fruits et les végétaux, dépourvus de soleil et de chaleur, restent aqueux et insipides, et favorisent ainsi les relâchements du ventre. Sans nier la valeur de cette étiologie traditionnelle, il est impossible cependant de l'admettre au delà de certaines limites. On sait, en effet, que l'économie elle-même ne reste pas étrangère aux modifications atmosphériques qui altèrent la nature et la constitution des fruits. Les pluies du printemps et du commencement de l'été, en même temps qu'elles impreignent la nature végétale d'une surabondance de principes aqueux, ne laissent pas que d'exercer une influence profonde sur les organismes, dont elles affaiblissent les ressorts et la faculté de résistance. Ainsi envisagée, l'influence des fruits est vraie jusqu'à un certain point. Mais il ne faut pas méconnaître une influence beaucoup plus puissante et d'un ordre plus élevé, celle des modifications de l'organisme. Cette considération est d'autant plus importante à rappeler qu'elle trouve aujourd'hui sa pleine confirmation, et qu'elle ouvre une voie facile aux explications dont on a besoin pour se rendre compte de ce qui se passe en ce moment.

Commençons par les faits.

Il règne depuis quelque temps à Paris et dans plusieurs départements une disposition générale aux flux du ventre, qu'on peut rapporter à deux formes principales.

Dans la première, que nous appellerons la forme *bénigne*, les sujets sont pris, à la suite d'une digestion incomplète, d'un abus de glaces, de boissons froides, ou même sans cause appréciable, de diarrhée sans douleurs de ventre, sans coliques notables. Les selles se répètent jusqu'à vingt-cinq ou trente fois dans les vingt-quatre heures. Les sujets en sont plutôt incommodés et affaiblis que véritablement malades. Il en est qui n'y font pas attention, et qui prennent ces débordements pour des crises naturelles et salutaires. Ceux-là continuent à manger et à vaquer à leurs occupations. D'autres, moins robustes, sont pris de lassitude, de malaise général, de borborygmes constants; ils perdent complétement l'appétit, et se trouvent comme frappés d'une incapacité radicale; mais les uns et les autres sont presque toujours sans fièvre. Dans la plupart des cas, cette indisposition dure sept à huit jours, se résout d'elle-même ou sous l'influence d'un régime diététique convenable. Dans d'autres cas assez rares, la maladie prend un caractère plus grave, et réalise ce que nous croyons pouvoir appeler la forme *aiguë*.

Dans cette forme, les selles augmentent de fréquence : dans deux cas à notre connaissance, elles se sont répétées jusqu'à soixante fois environ dans les vingt quatre-heures. Il s'y joint des vomissements et même des crampes, puis vient la fièvre de réaction, et enfin la guérison : ce sont là les traits de ce que l'on est convenu d'appeler le *choléra sporadique*. Nous n'avons pu jusqu'ici observer qu'un trop petit nombre de faits pour que nous soyons fixé sur la relation de la seconde forme avec la première. Dans trois cas, les malades avaient été pris de diarrhée plusieurs jours auparavant; nous sommes porté à croire qu'il en est souvent ainsi, sinon toujours. Quoi qu'il en soit, il n'est venu à notre connaissance qu'aucun malade ait succombé.

Le traitement qui a le mieux réussi contre la première forme est la diète absolue pendant vingt-quatre heures, quelques bouillons au plus; le lendemain deux à trois verres d'eau de Sedlitz ou de Pullna. On pourrait croire qu'une affection aussi bénigne, et qui peut cesser d'elle-même ou au moins par le repos et la diète, ne réclame aucune espèce de médication active : ce serait une erreur. Quand deux méthodes guérissent, il faut encore chercher celle qui guérit le plus vite et le mieux; or on a constaté d'abord que, dans un assez grand nombre de cas, ce mode de traitement, diète et eau de Sedlitz, a constamment et immédiatement réussi; on a vu ensuite la maladie se prolonger malgré la diète et le repos; enfin il n'est pas impossible d'admettre (et nous sommes très-porté à le croire, malgré le petit nombre de faits sur lesquels repose notre croyance) que la forme aiguë soit la suite de la forme bénigne négligée, laquelle aurait cédé aux moyens indiqués plus haut. Quant au traitement de la forme aiguë ou cholérique, il est presque superflu de le rappeler : la diète absolue d'abord, les boissons gazeuses acidulées, la glace; et, si les accidents persistent, quelques préparations opiacées.

La première question à examiner est de savoir si cette affection diarrhéique est la même que celle qu'on observe ordinairement à pareille époque, ou si elle tient à des circonstances insolites.

Et d'abord, on ne peut pas le méconnaître, le printemps et le commencement de l'été n'ont exercé aucune influence fâcheuse sur le système végétal ni sur l'économie. Jamais saison n'a été plus régulière et plus remarquablement belle. En attendant que nous fixions à l'aide de nos relevés météorologiques, les proportions diverses dans lesquelles se sont tenus les différents éléments de l'atmosphère, on n'a pas besoin de chiffres pour établir qu'il a fait constamment et régulièrement beau, et que la température s'est maintenue à un degré uniformément élevé. D'autre part, la saison des fruits est encore trop peu avancée pour avoir exercé sa fâcheuse influence, et à aucune époque ils ne se sont montrés plus rares et de meilleure qualité. Il faut donc chercher ailleurs que dans cette influence traditionnelle et banale la raison de ce qui s'observe en ce moment. Faisons remarquer, en outre, que les diarrhées produites par l'usage des fruits, ou du moins celle qu'on a coutume de rapporter à cette cause, tiennent beaucoup plus de la dyssenterie que de la forme cholérique. La supersécrétion s'accompagne dans le premier cas de coliques : elle est caractérisée par des matières glaireuses et souvent sanguinolentes; presque toujours dans le second, elle est exempte de douleurs et se montre sous la forme de matières séreuses très-liquides. Il y a lieu de croire même que ces deux sécrétions, différentes par les caractères physiques et symptomatologiques, le sont encore par le siége, qu'elles sont fournies par deux portions différentes du tube intestinal. Quoi qu'il en soit, il est permis de conclure de ce premier aperçu que l'affection régnante tient bien plus des affections cholériformes que des affections dyssentériques.

Une affection cholériforme s'explique assez bien par les circonstances atmosphériques dans lesquelles nous vivons depuis plusieurs mois. Une chaleur accablante, une absence presque totale de pluie, une tension électrique presque constante, tels sont les caractères les plus saillants de la saison ré-

---

Feuilleton.

LA MÉDECINE ARABE AU NEUVIÈME SIÈCLE (1).

M. Reinaud, membre de l'Institut, Académie des inscriptions et belles-lettres, vient de publier la traduction d'un ouvrage arabe renfermant des documents historiques qui intéressent au plus haut point l'art de guérir. La relation dont ce savant célèbre vient de nous donner une version française, accompagnée du texte qu'il a lui-même corrigé et annoté, est le journal d'un marchand arabe nommé Soleyman, qui vivait dans le neuvième siècle de notre ère, et faisait habituellement pour son négoce le voyage de Bagdad à l'Inde et à la Chine. Les lacunes de son récit sont remplies par des passages empruntés à diverses relations et principalement à celle d'Abou-Zeyd, son contemporain, lequel parle en outre des voyages qui se pratiquaient alors dans l'Arabie méridionale, sur les côtes de la mer Rouge et sur celles du Zanguebar. Toutefois le principal objet de Soleyman est de faire connaître les divers itinéraires des marchands qui partaient de Bagdad, de Bassora et de Syraf pour se rendre dans les ports du Malabar, à Ceylan, à Java et jusqu'à l'empire du Milieu, ainsi nommé parce que, d'après le préjugé chinois, qui n'a pas encore été tout à fait déraciné, la Chine occupait le centre du monde; c'est la route que Soleyman lui-même avait suivie. Il ne faut pas croire que cet honnête musulman, trop préoccupé de ses affaires d'intérêt, apprécie les lieux qu'il explore au point de vue exclusif de l'achat et de la vente, comme ferait de nos jours un commis voyageur. Un marchand en pays étranger se donnait autrefois toute l'importance d'un savant en mission; comme c'était par lui seul que ses compatriotes pouvaient savoir quelque chose des contrées lointaines, il ne négligeait rien pour se mettre en état de faire, à son retour, une histoire instructive et intéressante. L'antiquité dut ses premières notions de géographie aux hommes de cette profession; mais elle leur dut aussi les horribles inventions qui l'ont si longtemps émue; car les marchands, après avoir amplement satisfait à ce que la science attendait d'eux, rentraient volontiers dans leur véritable caractère, c'est-à-dire qu'ils ne se faisaient aucun scrupule de supposer des monstres, des chimères, des géants anthropophages; enfin tout ce qui pouvait servir à exagérer les dangers de leurs pérégrinations, effrayait la concurrence et élevait naturellement le prix de leurs denrées exotiques. Les êtres les plus terribles qui peuplent la mythologie, et, de temps en temps, l'histoire des Grecs et des Romains, n'ont pas une autre origine.

Dans le neuvième siècle où vivait Soleyman, et même un peu plus tard, les communications entre l'Orient et l'Occident n'ayant guère de voies régulières

(1) RELATION DES VOYAGES DANS L'INDE ET A LA CHINE, traduite de l'arabe avec des corrections et additions; par M. Reinaud, membre de l'Institut. — Imprimerie royale, Paris, 1845; deux vol. in-12.

gnante. Or qui n'y voit le transport, dans notre climat tempéré, des conditions propres aux pays chauds. L'économie, éprouvée dès longtems par cette perversion saisonnière, contracte aisément les aptitudes et les maladies qui sont le fruit des températures constamment élevées. Parmi ces dernières, il faut compter le choléra sporadique. On sait que cette maladie est assez commune en été dans le midi de la France et en Italie. Il n'est donc pas extraordinaire que sous l'influence d'une saison qui a réalisé temporairement pour nous les climats les plus ardents, nos organismes échauffés et épuisés contractent les maladies propres à ces climats.

Mais où s'arrêtera ce développement de la constitution morbide qui commence à se caractériser; car on sait que le corps est apte à conserver, longtemps après la cessation des influences atmosphériques, les aptitudes morbides contractées sous leur empire : c'est même là un des faits les plus importants et les mieux établis de l'histoire des constitutions médicales. Il est difficile de répondre à cette question, et nous la posons plutôt pour éveiller l'attention des médecins sur les difficultés qu'elle soulève, que pour la résoudre nous-mêmes. Or ces difficultés sont nombreuses et très-délicates. En effet, la nature des maladies engendrées par une constitution atmosphérique, comme celle où nous sommes plongés depuis trois mois, est susceptible de se modifier en raison de la persistance de cette constitution et en raison du caractère de celle qui lui succédera. Si la température continue, ou à peu près, au degré où nous la subissons, il y a lieu de craindre que l'affection régnante ne se généralise de plus en plus et ne revête même un caractère épidémique beaucoup plus grave. Ce qui se passe en ce moment à Londres est propre à le faire craindre. Il est certain, d'après les relevés officiels, que la mortalité y est beaucoup plus grande qu'aux mêmes époques de l'année, et que cet excès de mortalité est généralement attribué aux affections cholériformes ou choléra sporadique. Une persistance des mêmes causes parmi nous ne rendrait-elle pas très-probables de semblables effets? La cessation brusque des conditions régnantes engendrerait au contraire d'autres conséquences; car, nous le répétons, l'organisme ne change pas comme le baromètre. Sans vouloir improviser des explications à des faits qui n'existent pas encore ou qui n'existeront peut-être jamais, on ne peut cependant pas se refuser d'admettre la possibilité et même la probabilité d'un nouvel ordre de maladies lié au changement brusque des conditions atmosphériques actuelles. La santé publique se trouve donc ainsi entre deux écueils : elle a tout à craindre de la persistance de la chaleur, et elle n'aurait pas moins de risques à courir d'une perturbation brusque et profonde de la température.

Quoi qu'il en soit des considérations auxquelles nous venons de nous livrer, nous engageons nos confrères à porter leur attention sur ces trois points, à savoir :

1° Si les flux abdominaux qui règnent actuellement n'offrent pas des caractères, une forme, des symptômes et un siége très-différents de ceux qu'on remarque dans les flux dyssentériques qu'on observe ordinairement à la fin de l'été.

2° Si la forme aiguë de cette affection, celle qui se montre avec les apparences du choléra sporadique n'est pas généralement précédée des symptômes de la forme bénigne.

3° Si la diète rigoureuse, suivie d'une purgation saline, n'est pas un traitement souverain, infaillible contre cette affection.

Il est inutile d'insister pour le moment sur l'importance qu'il y aurait à mettre hors de doute la vérité des trois propositions qui précèdent.

ANATOMIE.

RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE SUR LA TUNIQUE INTERNE DE L'UTÉRUS ET DE LA MEMBRANE CADUQUE ; par le docteur DESCHAMPS (de Melun).

MEMBRANE INTERNE DE LA MATRICE DE LA FEMME.

L'existence d'une couche interne de l'utérus, distincte du tissu propre et de la séreuse péritonéale, ne fut pas même soupçonnée par les anatomistes anciens. Fidèle interprète de ces temps reculés, Mauriceau s'exprime en ces termes : « Les membranes (de l'utérus) sont deux qui composent la principale partie de son corps; l'extérieur desquelles est la commune qui naît du péritoine; elle est très-mince et fort polie par dehors et inégale par dedans, pour mieux adhérer à l'autre, qu'on appelle la membrane propre de la matrice, qui est comme charnue. » Bichat, dont le génie devança souvent les faits de structure intime des organes, a dit : « On se convainc de son existence (de la membrane interne) par la plus simple dissection; en outre, la macération, la putréfaction la détachent par lambeaux. » Et il ajoute quant à la nature du tissu nouveau qu'il examine : « La muqueuse utérine est très-mince; l'aspect fongueux qui distingue plusieurs autres membranes de son espèce lui est tout à fait étranger. »

Mais l'adhérence de la tunique interne de l'utérus au tissu contractile sous-jacent est tellement intime que Ribes, célèbre anatomiste, ne pouvant soulever un lambeau membraneux d'une certaine étendue, refusa d'admettre une couche utérine différente du tissu propre. Morgagni avait été conduit à la même conséquence en ne trouvant pas de membrane interne de l'utérus après l'accouchement. « Dans l'état de vacuité, la cavité de l'utérus, d'après M. Velpeau, n'a ordinairement pas de membrane muqueuse séparable. La raréfaction que la grossesse amène dans les éléments de l'organe gestateur fait qu'à dater du troisième mois il est très-facile d'en constater l'existence. Chaussier l'avait déjà dit. » Pour ce dernier auteur, la couche interne de l'utérus et la caduque sont une seule et même chose, un même tissu organique. Croyant porter une atteinte puissante au système muqueux créé par Bichat, il faisait remarquer la différence de l'aspect velouté de la muqueuse vaginale comparé à la surface lisse et unie de la couche interne de l'utérus qu'il considérait comme étant une séreuse. « Conçoit-on, disait encore Chaussier, qu'une muqueuse puisse s'exfolier dix, douze fois et plus, et se régénérer de toutes pièces ? Quelle muqueuse de l'économie présente un semblable phénomène? » On aurait pu lui demander : quelle séreuse subit de semblables modifications? La gloire de Bichat commençait à porter ombrage. A notre époque, M. Bischoff a au moins le mérite d'émettre une opinion très-nette et très-franche : « Si l'on exige, dit-il, qu'on puisse à l'aide du scalpel ou de la macération, ou même seulement avec le secours de l'œil, distinguer et séparer de la substance utérine une couche interne spéciale et membraniforme, comme chez la plupart des mammifères, nous sommes obligé de dire que la matrice de la femme manque de membrane muqueuse. »

Détacher la membrane interne de la matrice, ce n'est évidemment vaincre

---

que celles du commerce qui se faisait par la mer Rouge et surtout par le golfe Persique, les récits des marchands voyageurs eurent encore scientifiquement et historiquement une assez grande importance. Il n'y avait rien de mieux à faire que de recueillir et de consulter des documents d'autant plus précieux que la plupart du temps ils étaient uniques. La relation que Soleyman a laissée abonde d'ailleurs en détails curieux sur les productions des divers pays qu'il a visités, sur les industries sur les mœurs des habitants, leurs lois, leurs gouvernements, etc. Mais c'est au point de vue géographique surtout qu'elle dut avoir anciennement une très-grande valeur; car aujourd'hui même, si, en raison des altérations et des changements intervenus dans les noms de beaucoup de lieux, les indications qu'elle contient ont souvent besoin d'être éclaircies, on ne trouve pas du moins de notables inexactitudes à y relever.

On peut bien se douter que tant de notions diverses jetées dans un petit cadre, en même temps qu'elles enrichissent le récit de Soleyman, y répandent quelque peu de désordre et de confusion; il n'en pouvait être autrement. M. Reinaud reprend ces faits à part, les commente et les dispose dans un meilleur ordre; c'est l'objet d'un discours préliminaire qu'il a placé en tête de sa traduction, et qui est un morceau remarquable d'analyse, d'érudition et de haute critique. Indépendamment de cette introduction, si nécessaire au texte qu'elle complète sous le rapport historique, M. Reinaud l'a encore éclairé par des notes et des remarques nombreuses; mais nous laisserons aux historiens et aux orientalistes le soin d'apprécier cette dernière partie de son travail, et nous nous hâtons d'arriver à ce qui, dans l'œuvre principale, intéresse spécialement l'histoire naturelle et la médecine.

En parlant de la coutume suivie par quelques peuples de modifier, par des moyens mécaniques, la tête des nouveau-nés, l'auteur arabe s'exprime ainsi : « Ce qui fait que les hommes, chez les Chinois, se laissent pousser les cheveux sur la tête, c'est que, lorsqu'un enfant vient au monde, on se dispense de lui arrondir la tête et de la redresser comme cela se pratique chez les Arabes. Les Chinois disent que cela contribue à faire perdre au cerveau son état naturel et altère le *sens commun*. La tête d'un Chinois présente un aspect difforme; les cheveux qui la couvrent cachent ce défaut. » Nous ne savons pas ce qu'entend Abou-Zeyd par *aspect difforme;* la tête des Chinois n'est pas plus difforme que celle des Arabes, d'autant plus que, de l'aveu de l'auteur lui-même, les Chinois ne *pétrissent* pas le crâne des nouveau-nés. Si l'on examine les dessins des crânes chinois donnés par les naturalistes et surtout par Prichard (1), on n'observe d'autres différences que la forme pyramidale du crâne fortement accusée, la rondeur de sa base, la grandeur du diamètre transversal comparativement au diamètre longitudinal, et enfin la largeur des os zygomatiques ainsi que l'arrondissement de leur contour; mais le profil de ces crânes diffère très-peu du type européen. Nous dirons même plus : dans quelques contrées de la Chine, chez les Coréens, par exemple, la racine nasale est élevée, le dos du nez se prolonge en ligne droite, l'obliquité des orbites et des paupières disparaît; la figure des Coréens se rapproche ainsi du type des peuples d'origine caucasienne, et la conformation de leurs yeux ressemble davantage à celle des Européens et des Arabes. On

(1) HISTOIRE NATURELLE DE L'HOMME.

que la difficulté de l'adhérence, sans vaincre la difficulté plus grande de la détermination de la nature intime et spéciale de cette membrane.

Malgré des travaux modernes très-importants, on demeure encore indécis sur la nature *séreuse* ou *muqueuse* de la couche interne de l'utérus, parce que, d'une part, l'on n'a jamais séparé, isolé de l'épithélium, le corps muqueux et le derme, éléments constituants de toute membrane muqueuse, dans l'état actuel de la science; parce que, d'autre part, la membrane utérine interne a paru quelquefois jouir de propriétés inhérentes au système séreux. Ce point de fine anatomie est l'origine de deux opinions opposées et contradictoires que nous allons analyser.

Les uns prétendent que le péritoine se recourbe en dedans du pavillon frangé pour tapisser les trompes de Fallope et la cavité du corps de la matrice. Ils invoquent en faveur de cette hypothèse des raisons anatomiques, physiologiques et médicales.

En soumettant à la macération et mieux encore à l'ébullition la matrice et le vagin réunis, la séparation de la muqueuse se fait très-bien depuis la vulve jusqu'au col de l'utérus; mais là une barrière infranchissable pour ces anatomistes s'élève et fixe les limites de la muqueuse vaginale et de la séreuse intérieure de la matrice. Les surfaces utérines des trompes de Fallope et de l'utérus leur paraissent en outre dépourvues de villosités, de follicules mucipares et par conséquent de mucus, principes élémentaires inhérents à toute membrane muqueuse, tandis qu'elles seraient *lubréfiées* par de la *sérosité* très-facile à reconnaître.

Ils on vu la sérosité épanchée devenir floconneuse dans les phlegmasies et s'organiser en fausse membrane qui oblitérait la cavité de la matrice : Morgagni a même trouvé cette oblitération envahissant les trompes de Fallope; adossement des parois utérines qui devrait nécessairement trouver, si le mucus existait, un obstacle insurmontable. Ne sait-on pas, en effet, que, dans les anus artificiels, le bout inférieur de l'intestin se rétrécit énormément sans jamais s'oblitérer, en raison même de la sécrétion permanente du mucus? Ne sait-on pas que les trajets fistuleux sont intarissables, tant que le tissu muqueux accidentel sécrète le fluide visqueux isolant? Pour obtenir la destruction du mucus et du tissu de nouvelle formation, chacun sait qu'il faut avoir recours au feu et aux caustiques (1).

Dans l'ordre physiologique, ils ajoutent que toute membrane muqueuse est susceptible d'acquérir une grande distension sans se rompre et que sa surface libre est hérissée de plis et de rides. Or la séreuse interne de la matrice est tout à fait lisse et unie. Elle diffère évidemment par son aspect physique de la muqueuse plissée et ridée de l'estomac, des intestins et de la vessie. Dans les efforts de l'accouchement, il n'est pas rare que le col utérin pourvu d'une muqueuse se fendille, se gerce, se déchire : chacun sait, en effet, qu'il est très-fréquent de rencontrer des cicatrices, traces indélébiles de déchirures antérieures au col utérin des femmes multipares; tandis que, malgré l'ampliation énorme de la matrice, jamais on ne remarque de ruptures, de déchirures à la membrane qui tapisse la cavité du corps de cet organe.

Bichat, le premier parmi les autres anatomistes, pose en fait qu'il y a continuité directe de la muqueuse du vagin avec la membrane interne qui tapisse la cavité utérine jusqu'au pavillon frangé des trompes. Cette dernière opinion a prévalu, et l'on s'accorde assez à placer les limites de la séreuse péritonéale et de la muqueuse des organes génitaux au limbe du pavillon frangé des trompes de Fallope. L'analogie ferait seule admettre une membrane muqueuse dans l'utérus, « quand même, dit M. J. Cloquet, on ne serait pas parvenu à en enlever des lambeaux sur des femmes mortes enceintes ou peu de temps après l'accouchement. » L'analogie se fonde ou s'établit sur des preuves opposées et contraires aux preuves invoquées par les partisans de l'opinion qui font de nature séreuse, la couche interne de la matrice. Examinons ces nouveaux arguments. Toute membrane séreuse tiraillée, distendue au delà de sa laxité de tissu, ne revient jamais complétement sur elle-même; elle est fendillée, amincie, éraillée, ou bien elle se plisse et se ride : effet qui n'a jamais lieu à la surface interne de l'utérus. Si, après l'accouchement, il ne survient aucune ride, aucun pli à l'intérieur de l'utérus, c'est que la muqueuse tombe en même temps que la caduque avec laquelle elle forme un tout cohérent et continue; c'est que, disent les plus hardis, la muqueuse, c'est la caduque elle-même. De plus, la matrice est sujette à une hémorrhagie périodique, parce que toutes les membranes muqueuses ont pour caractère physiologique d'être le siége d'écoulements sanguins spontanés, sans lésions ni déchirures du tissu muqueux. Il est juste de rechercher l'identité de nature des tissus organiques dans l'identité des fonctions; mais, à mon avis, on outrepasse les bornes de la vérité par cette dernière comparaison. L'hémorrhagie par exhalation est un phénomène commun aux deux tissus séreux ou muqueux, ainsi que le prouvent les épanchements sanguins dans la cavité de l'arachnoïde.

Ce sont les conséquences logiquement déduites des principes qui conduisent rapidement à la vérité. Ainsi l'observation exacte du flux sécrétoire catarrhal, des végétations, des excroissances fongueuses de la nature de celles qui affectent les muqueuses en général, des polypes vésiculeux, muqueux et fibreux, nous a conduit naturellement en pathologie, en vertu du principe qui pose l'identité d'altération entraînant l'identité de nature, à conclure que la membrane interne de l'utérus, siége de toutes ces maladies propres au système muqueux, était elle-même de nature muqueuse. L'analogie était fondée.

Mais il fallait, pour dissiper tous les doutes, apporter la preuve directe en anatomie. Certes, on ne détruit pas l'incertitude sur la nature de la couche interne de l'utérus en disant avec un célèbre anatomiste « : La membrane muqueuse forme un tégument interne à *toutes* les *cavités ouvertes au dehors.* » Cette loi de l'organisation, exacte pour notre espèce, consacre une grave erreur quand on l'applique aux vertébrés en général. En effet, de chaque côté de l'anus des raies, des crocodiles, des squales, il y a des ouvertures qui pénètrent dans la cavité du péritoine, de sorte que la *séreuse* se continue directement avec *la peau.* Il n'y aurait donc rien de contraire aux lois générales de la nature dans la continuité d'une séreuse utérine avec la muqueuse vaginale, et même par extension, d'une séreuse vaginale avec la peau. Il n'en est point ainsi.

La structure intime de la couche interne de l'utérus, structure qui seule peut résoudre cette importante question de nature intime de tissu, a particulièrement occupé les naturalistes modernes. Bichat ne trouvait des folli-

(1) Fondé sur le fait du mucus qui entrave les réunions des surfaces muqueuses et sur cet autre fait touchant l'adhésion rapide des séreuses enflammées, M. Jobert, loin de mettre en contact les plans séreux et muqueux dans les plaies transversales de l'intestin, réunit les extrémités divisées de la séreuse par un adossement immédiat et ne tarde pas à obtenir une inflammation adhésive et une cicatrice solide.

---

voit donc que l'assertion d'Abou-Zeyd, sur la difformité de la tête des Chinois, est absolument gratuite, à moins que cet auteur ne parle de quelques peuplades particulières, ou que le croisement des races chinoises n'ait fait subir une modification notable à la conformation de leur crâne, ce qui est peu probable.

Quant à l'habitude de modifier la tête chez les nouveau-nés, elle existe encore aujourd'hui chez quelques tribus de notre colonie africaine, et l'on sait que cette coutume a toujours existé chez différents peuples. Hippocrate rapporte que les peuples voisins de la mer Noire, ayant adopté l'usage de comprimer le crâne de leurs enfants, cette continuelle habitude était passée en nature, et que de son temps les habitants de ces contrées étaient macrocéphales, ou naissant avec des têtes fort allongées; enfin, d'après la relation de quelques naturalistes, cette coutume aurait existé chez les Turcs, chez les Omagas et chez les Caraïbes; elle se pratique encore aujourd'hui aux îles de Nicobar et chez quelques races de l'océan Pacifique, surtout chez les Noôtka-Columbiens et dans toute l'étendue de la côte comprise entre la rivière du Saumon et la rivière Umqua.

Dans nos possessions du nord d'Afrique, c'est la mère de l'enfant qui est habituellement chargée de cette manœuvre; elle se pratique dans les premières années de la vie, et pour que le nouveau-né ne souffre pas, on l'exerce graduellement comme une espèce de massage, c'est-à-dire en frottant avec la paume de la main, et de bas en haut, les parties latérales de la tête. Les Arabes, et surtout les familles nobles, attachent une grande importance à cette opération, d'abord par coquetterie, ensuite parce qu'on est jaloux de conserver sur la tête de l'enfant le type primitif, afin qu'on ne puisse pas le confondre avec la race berbère ou kabile, méprisée généralement par les Arabes; on sait en effet que, chez les Berbères, le crâne est globuleux et conique en arrière, tandis que, chez les Arabes, on remarque une élévation de la voûte du crâne et un aplatissement latéral, particulièrement entre le pariétal et le trou auditif. Cette conformation du crâne chez les Arabes, considérée par quelques observateurs comme un caractère distinctif de la race, est due probablement au massage qu'on fait subir à la tête des nouveau-nés. Nous avons réfuté dans un autre écrit (1) l'opinion de Larrey et de quelques naturalistes qui attribuent l'élévation de la voûte du crâne chez les Arabes à la compression exercée par les coiffures qu'ils serrent autour de leur tête avec une corde de poil de chameau, dont les tours sont multipliés au-dessus des oreilles. La conformation dont nous venons de parler est assez marquée chez les enfants, et cependant ils vont nu-tête, ou ils sont coiffés d'un petit bonnet grec sans aucune espèce de ligature; et d'ailleurs une ligature circulaire, s'appliquant régulièrement autour de la tête, ne peut pas pousser la voûte du crâne en haut, donner la forme ovale au diamètre antéro-postérieur et aplatir les parties latérales. Enfin, est-il probable qu'une ligature, quelque serrée qu'elle soit, puisse, chez les adultes, comprimer et modifier la disposition normale d'une boîte osseuse?

Dans quelques départements du centre et du midi de la France, l'usage du serre-tête chez les enfants occasionne, il est vrai, un allongement en arrière de la voûte du crâne; mais M. Foville, dans son travail sur les déformations de la tête, a fait observer que les lacets du serre-tête avaient également pour résultat

(1) VOYAGE MÉDICAL DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE.

cules muqueux que vers le col utérin. L'œil armé d'un instrument d'optique amplificateur, il découvrit à la surface interne de la matrice une infinité de *pores* qu'il considéra comme les orifices des vaisseaux, dont il créa plusieurs ordres en rapport avec ses idées physiologiques. Nous verrons toute l'importance de ces *pores* qui sont les orifices libres des utricules ou follicules muqueux. Le texte de Baudeloque est précis, très-important à ce sujet; le voici : « Cette cavité (du corps de l'utérus) est tapissée d'une membrane très-mince qui est aussi adhérente au tissu de la matrice que le péritoine même qui recouvre ce viscère extérieurement. Ce n'est pas cette membrane qui s'exfolie à la suite de l'accouchement, et qu'on doit appeler *decidua...* » Il ajoute : « Cette membrane présente tant de porosités qu'elle en paraît comme réticulaire. Les plus considérables de ces ouvertures conduisent à des cavités tortueuses appelées *sinus utérins*, et les autres à des follicules ou glandes qui fournissent l'humeur muqueuse et glaireuse dont la surface interne de la matrice est continuellement enduite. » C'est la même membrane qui, selon lui, se continue dans la cavité du col, où elle offre des rides auxquelles participent les fibres utérines. Le célèbre accoucheur avait une idée et une connaissance parfaites des follicules mucipares, qui ne sont autre chose que les utricules des auteurs allemands. Ce n'est donc pas E. Weber qui a fait le premier pas dans l'étude anatomique de la membrane interne de la matrice par sa découverte des utricules : glandes utriculaires ou follicules qu'il trouva primitivement chez les mammifères, où personne ne conteste l'existence d'une membrane muqueuse utérine. Les follicules muqueux sont constitués par des canalicules tortueux dont le fond se termine en cul-de-sac, et le sommet s'ouvre à la surface libre de la muqueuse par un orifice libre ou pore. Ils ont pour usage de sécréter le mucus et non pas de la sérosité, encore moins d'être nécessaires au flux sanguin périodique et à la nourriture du fœtus : c'était le rôle que l'on attribuait autrefois à la *membrane interne veloutée* ou *glanduleuse*. Deidier, professeur de Montpellier, regardait comme pure hypothèse l'existence des glandes muqueuses, et s'appuyant sur un fait exact, mais d'une autre espèce anatomique, il proposa d'appeler la tunique interne « *membrane vasculeuse*, puisqu'on n'y découvre qu'un nombre infini de petits vaisseaux très-sensibles dans la matrice d'une femme morte après l'accouchement ou quelques jours après ses couches. »

Cependant les follicules de l'utérus sécrètent le mucus, humeur souvent très-abondante et qui n'a pas encore été analysée. Le mucus, raclé à la surface de la matrice, m'a paru se gonfler dans l'eau, insoluble dans l'alcool, et offrir les caractères physiques du mucus en général.

M. Krause s'est occupé avec le plus grand soin des organes sécréteurs du mucus et de l'aspect physique que présente la surface interne de l'utérus. Il a décrit : 1° des *villosités plates* semblables à celles de l'intestin grêle, forme villeuse reconnue exacte par M. Bischoff; 2° des *glandes* ou *cryptes muqueux*, éloignés les uns des autres et avec des orifices internes; 3° des *cils vibratiles*. Les glandes mucipares et les cils vibratiles ont également été signalés dans la muqueuse utérine par M. Pappenheim. Il y a plusieurs sortes de follicules muqueux ou de glandes mucipares, selon M. Berres. Une de ces glandes, qu'il compare par hyperbole à la prostate, siége au col utérin, et se compose de cette agrégation de follicules muqueux désignés sous le nom d'*œufs de Naboth*. M. Cruveilhier a récemment constaté aussi l'existence des follicules ou cryptes muqueux dont il a exprimé le mucus par une pression graduée. En examinant à la loupe la surface interne de l'utérus, il a distinctement vu une disposition papillaire, et de plus, il a suivi la muqueuse du vagin dans la cavité du col, puis dans celle du corps de l'utérus : « Seulement, dit-il, en pénétrant dans la cavité utérine, elle s'y dépouille de son épithélium. » Béclard était arrivé aux mêmes résultats relativement à la continuité de la membrane interne du vagin et de l'utérus. Il dit : « En faisant usage de la dissection, de la décoction et de la putréfaction pour séparer l'épithélium, on le trouve très-distinct dans le vagin, et cessant tout à coup sur les lèvres de l'orifice de l'utérus. » Cette ligne de démarcation tranchée au niveau du col de l'utérus fut prise pour une interruption de la membrane muqueuse elle-même. Si nous admettons avec ces auteurs que la différence d'aspect physique du vagin et de l'utérus, à leur intérieur, résulte d'un point d'arrêt ou de la cessation brusque de l'épithélium vaginal au niveau du col, que penser de l'opinion de M. Courty, exprimée en termes fort clairs : « Sa surface (celle de l'utérus) est recouverte d'un épithélium mince, facile à disséquer, » si ce n'est qu'en enlevant une seule membrane très-mince, il ait pris la muqueuse extrêmement ténue de l'utérus pour l'épithélium.

Cependant il est vrai de dire qu'il existe un épithélium à la surface interne de l'utérus; mais il importe d'en préciser les caractères anatomiques. La méthode allemande, qui consiste à racler la surface d'une membrane muqueuse et à porter ce détritus organique sous le champ du microscope pour saisir l'épithélium au milieu de ces débris me paraît essentiellement fautive. Le microscope n'est appelé, en histologie, à rendre service à la science que pour voir et approfondir la structure intime d'un tissu simple; mais cet instrument d'optique est impuissant à dévoiler la nature des tissus composés. Or, lorsqu'on racle la surface des muqueuses, il est certain que l'on enlève à la fois et l'épithélium, et le corps muqueux, et même le derme, c'est-à-dire des éléments divers appartenant à une même membrane. J'exposerai plus au long, dans un travail ultérieur sur l'organisation des tissus, combien est erronée la méthode d'investigation histologique des Allemands.

Quoi qu'il en soit, M. Henle, par le procédé vicieux du raclage, assure avoir trouvé un épithélium vibratile « sur la membrane muqueuse des organes génitaux de la femme depuis le milieu du col utérin jusqu'à la face externe de la portion frangée des trompes, en traversant la cavité de ces dernières et tout l'intérieur de la matrice. » Il ajoute que « l'épithélium vibratile des organes génitaux femelles manque chez les enfants et les jeunes animaux; » et cette autre considération physiologique, bien autrement importante si elle était vrai, que « l'épithélium vibratile paraît se renouveler à chaque époque menstruelle, c'est-à-dire de mois en mois et après l'accouchement. » Les micrographes, et surtout les physiologistes, sont loin d'être d'accord sur toutes ces questions. Si M. Bischoff admet des cylindres d'épithélium, il refuse de reconnaître l'existence de cils vibratiles et même de glandes utriculaires. C'est à l'époque des règles, juste au moment de la prétendue desquammation épithéliale, que M. Courty assure avoir soulevé l'épithélium. Ce dernier anatomiste va trop loin quand il nie l'existence d'une membrane muqueuse dans les trompes de Fallope. S'il en était ainsi, on conçoit que la théorie allemande, qui fait cheminer l'œuf de l'ovaire à l'utérus au moyen de cils vibratiles de l'épithélium de la muqueuse, se trouverait sapée dans ses fondements.

Malgré tant de recherches actives et importantes, je crois pouvoir soutenir que l'organisation intime membraneuse de la couche interne de l'utérus reste indéterminée. Vous soulevez une membrane à l'intérieur de la matrice, sans préciser les éléments divers qui entrent dans la composition de cette

---

de laisser les traces d'une ligne circulaire autour de la boîte osseuse. Cette remarque, au lieu de détruire ce que nous venons de dire sur le peu d'influence de la coiffure arabe dans l'aplatissement latéral, ne fait que la confirmer; car il s'agit ici d'une ligature appliquée chez les enfants et non chez les adultes, ligature dont les résultats ne sont pas, comme chez les Arabes, l'élévation ovale de la voûte du crâne et l'aplatissement latéral, mais, au contraire, l'allongement circulaire en arrière et en haut, sans aplatissement des pariétaux.

Examinons maintenant si les manœuvres qu'on fait subir à la tête des enfants, chez les différents peuples, impriment des modifications sensibles au cerveau lui-même, et altèrent, comme disent les Chinois, le *sens commun*. Pour ce qui regarde les Arabes, ces manœuvres n'exercent et ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur l'organe cérébral; car, ainsi que nous l'avons dit, elles ne consistent que dans une pression légère et graduelle faite sur les parties latérales du crâne; mais en est-il de même dans les pays où l'on emploie différentes machines pour allonger ou arrondir la tête des nouveau-nés, et où l'on force ainsi la masse cérébrale à se porter de préférence en haut et en arrière ? Une opinion ancienne a considéré cet usage comme devant produire des lésions notables dans le cerveau et un dérangement dans les facultés intellectuelles; mais des observations plus récentes et un examen attentif des mœurs et des habitudes des peuples chez lesquels la compression du crâne est très-commune ont prouvé l'innocuité de cette pratique. Toutefois, M. le docteur Scouler (1), après avoir donné la description des appareils qui servent à aplatir le crâne chez les Nootka-Columbiens, tout en admettant en principe que cet usage n'a point d'influence sur l'intelligence des individus, assure que ces peuples sont particulièrement sujets à l'apoplexie. Chez les Aymaras, nations alpestres de l'Amérique du Sud, l'aplatissement de la tête d'avant en arrière et de bas en haut va jusqu'à la difformité. Et cependant M. d'Orbigny, qui a eu l'occasion d'examiner le crâne de quelques chefs, s'exprime ainsi : « Nous voyons dans l'aplatissement du coronal, dans la saillie qu'il forme sur les pariétaux, à la partie supérieure, qu'évidemment il y a eu pression d'avant en arrière, ce qui a forcé la masse du cerveau de se porter en arrière, en déterminant une espèce de chevauchement du coronal sur les pariétaux. » M. d'Orbigny est tenté de croire qu'il n'y avait que déplacement des parties constitutives du cerveau, sans lésion de ces dernières. Or comme il est probable que, par la nature de leurs occupations, ces chefs avaient des facultés intellectuelles plus étendues que leurs sujets, on pourrait tirer de ces faits un argument en faveur de l'innocuité de l'aplatissement du crâne; car les têtes les plus déprimées que M. d'Orbigny a rencontrées chez les Aymaras se trouvaient toujours dans les tombeaux dont la construction et l'apparence annonçaient qu'ils appartenaient à des chefs.

Parmi les Indiens Joawés que quelques spéculateurs ont montrés à Paris dans ces derniers temps, on remarquait qu'un jeune Chenouk avait le crâne tellement difforme qu'on l'aurait pris pour un idiot; le front avait complétement disparu par un aplatissement d'avant en arrière et de bas en haut. M. Dumoutier, après avoir présenté à la Société ethnologique le moule de la tête de ce Joawé, a prouvé que non-seulement les facultés de cet individu n'étaient nullement affaiblies,

(1) Journal de la Société royale géographique de Londres.

membrane. Depuis longtemps, de même que la plupart des anatomistes, j'ai suivi la continuité de la muqueuse vaginale jusque dans la cavité utérine et dans celle des trompes de Fallope. Les élèves sages-femmes qui ont suivi mes cours à la Maternité de Paris, les médecins qui venaient à mon laboratoire d'anatomie se rappelleront des préparations sur des utérus qui avaient pour objet de démontrer la membrane muqueuse, ou, pour dire juste, la membrane interne de l'utérus disséquée de dehors en dedans ou directement soulevée.

Quelle était la nature du tissu membraneux rendu libre de toute adhérence? Était-ce l'épithélium? ou bien le corps muqueux? ou bien le derme muqueux? Envisagée sous ce nouveau point de vue, la question d'anatomie générale est toute nouvelle et mérite un sérieux examen. Jamais la simple vue, jamais la vue aidée du microscope, en découvrant des papilles, des pores, des follicules, ne convaincront sur l'essence intime d'une muqueuse. Les anatomistes sévères craindront toujours que l'imagination aille au-devant des faits par des idées préconçues. Il n'en sera plus de même en fournissant les trois tissus élémentaires : épithélium, corps muqueux et derme, qui font la base de toute membrane muqueuse.

Il importe de combiner les ressources de l'anatomie avec la connaissance des phénomènes physiologiques pour pénétrer la structure intime de l'utérus, et particulièrement l'organisation de sa tunique interne. Les macérations alcoolique, aqueuse et acétique, graduées avec art, combinées avec le flot du liquide d'immersion, c'est-à-dire en ajoutant souvent le vase qui renferme la préparation anatomique, serviront à remplir la première indication. La seconde repose sur l'étude des époques préfixes auxquelles s'opère une sorte de dissociation, ou mieux, d'évolution, dans les tissus de l'organe gestateur. Exposons les résultats de cette double méthode d'investigation.

A l'état de vacuité de la matrice, on soulève une membrane interne, soit en agissant directement sur cette surface (ou bien en suivant la continuité du tissu muqueux vaginal vers la muqueuse utérine), soit en disséquant les tissus de dehors en dedans. Cette membrane ainsi préparée paraît blanche, très-fine et comme épithéliale, très-friable; elle se continue directement avec la muqueuse de la cavité du col utérin qui fait suite à la muqueuse vaginale, et avec la muqueuse des trompes utérines. Une coupe verticale ne permet pas de voir la séparation de la membrane interne de la matrice du tissu utérin, tant cette membrane est délicate et fine. Mais à l'époque des règles, il se fait une légère élévation du tissu muqueux, et on le distingue bien en plaçant une tranche verticale utérine entre deux lames de verre. Vue à la loupe, la face interne de la cavité utérine présente les éléments organiques des membranes muqueuses. Nous y trouvons un aspect velouté résultant de très-fines villosités, un nombre infini de petites éminences papillaires, des petits trous, *pores* ou orifices des follicules muqueux. Si l'on comprime la muqueuse encore adhérente au tissu propre, il s'échappe un fluide visqueux, du mucus, par les orifices utriculaires. Les fines injections pénètrent les capillaires sanguins de la couche interne de l'utérus, déjà si bien étudiés après l'accouchement par Deidier. La muqueuse, heureusement injectée, prend une coloration rose ou rouge qui rappelle la teinte rougeâtre et en quelque sorte l'aspect fongueux de la face interne de l'utérus à l'époque de la menstruation. Bichat, un des premiers, avait bien observé que les vierges et les vieilles femmes ont la membrane interne de la matrice blanche, et qu'elle devient rosée au moment du flux périodique.

Que l'écoulement sanguin périodique soit un épiphénomène de la maturité de l'œuf à l'ovaire, que la maturité de l'œuf et la menstruation relèvent toutes deux d'une cause supérieure et inconnue, de même que nous voyons l'effet sympathique du développement des mamelles et de l'utérus au temps de la gestation, toujours est-il certain que cette issue du sang de la matrice à époque déterminée et préfixe ne saurait reconnaître, comme on l'a dit, un état de mue de la couche épithéliale. C'est le propre des tissus épidermiques d'être continuellement caduques sans époque marquée à l'avance. L'épithélium utérin devait suivre la loi commune.

En effet, j'ai choisi à dessein le temps de la périodicité pour analyser la muqueuse utérine. Je l'ai décomposée en deux feuillets : l'un interne, pellucide, blanchâtre, répondant à la surface libre, habituellement lubréfié par le mucus, qui le rend uni, lisse et gluant : c'est l'épithélium; l'autre feuillet ayant une texture spongieuse, cellulo-aréolaire, très-friable, m'a paru l'état rudimentaire du corps muqueux. Il me fut toujours impossible de soulever le derme à cette époque, dans les occasions rares qui se sont présentées à mes recherches.

La grossesse, d'après les auteurs, dissocie naturellement les tissus élémentaires de la membrane muqueuse utérine; ce qui a fait dire, avec plus d'esprit que de justesse, à M. Broc, que c'est parce qu'elle disparaît qu'elle existe : la muqueuse ne disparaît jamais; c'est seulement parce qu'elle change qu'elle existe. Pour tenir un langage conforme à nos recherches, nous dirons : *l'hypertrophie* du *corps muqueux* facilite la séparation de l'*épithélium* et du *derme*, tissus placés au-dessus et au-dessous du tissu fondamental des muqueuses augmenté accidentellement de volume. J'ai constaté ce point important de structure sur plusieurs utérus remplis du produit de la conception, et qui avaient été livrés à mes recherches par MM. Gérardin, Dubois et Moreau, médecins qui aiment à favoriser les travaux de leurs élèves. Dans une de mes préparations sur un utérus développé par un produit de six mois, la cavité de la caduque étant entière, j'ai très-nettement pu soulever l'épithélium, le corps muqueux et le derme, tissus distincts ayant chacun leurs caractères génériques, et que je ferai connaître plus exactement dans la deuxième partie de ce mémoire. Cette recherche me fut d'autant plus facile que déjà, pendant une épidémie de fièvres puerpérales très-meurtrière, je m'étais exercé à séparer les trois tissus élémentaires sur des lambeaux encore adhérents à la surface interne de l'utérus.

Après l'accouchement, cette surface intérieure de la matrice n'est plus lisse et polie : elle devient, comme chacun sait, rugueuse, inégale, filamenteuse. Si l'on place l'utérus sous l'eau, on voit alors, mais seulement alors, flotter les villosités sanguines dont on a nié l'existence sans avoir égard à cette circonstance, villosités entrevues par Deidier et perméables aux injections. Que s'est-il passé à cette époque? Après des investigations très-variées pour les procédés anatomiques, et fort nombreuses, puisqu'elles ont été faites sur la face interne de plus de deux cents utérus après l'accouchement, n'ayant plus retrouvé l'*épithélium* et le *corps muqueux*, mais seulement le *derme* à mailles fibreuses plus ou moins larges, selon l'état de contraction de la matrice, je me suis cru en droit de conclure que la membrane caduque était constituée par l'épithélium et le corps muqueux hypertrophié.

L'épithélium et le corps muqueux sont en effet les éléments caduques de toute membrane muqueuse. Ils s'exfolient dans une foule de circonstances : en pathologie, ils constituent les pseudo-membranes du système muqueux; en physiologie, ils composent les deux éléments de la membrane caduque. Le derme muqueux, organe générateur des tissus élémentaires caduques des membranes muqueuses, ne s'exfolie jamais. D'où il suit qu'une mem-

---

mais qu'il était au contraire le plus intelligent et le plus instruit de la troupe.

S'il est donc à peu près constaté que la compression du crâne n'exerce pas une influence fâcheuse sur les individus qui l'ont subie, ne pourrait-on pas supposer que, par son déplacement, la masse cérébrale acquiert un plus grand développement dans une région plutôt que dans une autre, et que les fonctions d'une partie du cerveau se développent aux dépens d'une autre? Cette question ne peut pas être résolue *à priori*; et avant de se prononcer, il faudrait un grand nombre de recherches sur les mœurs, les penchants, les caractères physiques et moraux des différents peuples qui compriment la tête des nouveau-nés. Les études que nous avons faites sur la tête des Arabes nous ont amené à émettre la proposition suivante, que nous reproduisons ici comme une simple conjecture. Les phrénologistes, avons-nous dit, trouveraient peut-être, dans le caractère distinctif de la race arabe un sujet d'observations qui ne serait pas sans intérêt pour les études psycologiques.

Revenons aux Chinois et aux relations historiques d'Abou-Zeyd : « Les Chinois, dit l'auteur, outre les diverses pratiques que nous avons décrites, ont celle d'uriner debout; tel est l'usage du peuple chez les indigènes; quant aux gouverneurs, aux généraux et aux personnes notables, ils se servent de tubes de bois verni de la longueur d'une coudée; ces tubes sont percés des deux côtés, et le côté supérieur est assez large pour pouvoir y introduire le bout de la verge; on se met donc sur ses pieds quand on veut uriner, on tourne le tube loin de soi et on y décharge l'urine. Les Chinois prétendent que cette manière d'uriner est plus salutaire au corps, et que toutes les maladies auxquelles est sujette la vessie, notamment la pierre, viennent uniquement de ce qu'on s'accroupit pour uriner; ils prétendent que la vessie ne se décharge complétement qu'autant qu'on fait l'excrétion debout. » Est-ce bien l'habitude d'uriner debout qui préserve les Chinois de la pierre et de la gravelle? Les musulmans suivent une habitude différente; car ils s'accroupissent, à l'exemple de Mahomet (1), et cependant ces maladies sont également rares parmi les Arabes. Ajoutons à cela qu'en Europe, où les hommes urinent le plus souvent debout et les femmes s'accroupissent pour exercer cette fonction, la pierre et la gravelle sont moins fréquentes chez les unes que chez les autres; on sait en effet que sur cent personnes affectées de calculs urinaires, on compte à peine quatre femmes. Ne doit-on pas plutôt attribuer la rareté de la pierre et de la gravelle chez les Chinois et chez les musulmans, à leur vie sobre, à la nature des aliments et des boissons dont ils font usage? Cela nous paraît d'autant plus probable que quelques voyageurs, Lecomte surtout, ont attribué la rareté de ces maladies chez les Chinois à l'usage fréquent du thé. Ne sait-on pas d'ailleurs qu'en Hollande et dans quelques autres contrées d'Europe où l'on fait fréquemment usage de thé, les calculs urinaires sont devenus excessivement rares?

La relation du voyageur arabe ne laisse rien à désirer sur tout ce qui a rapport à la zoologie, à la minéralogie et à d'autres branches d'histoire naturelle; l'auteur passe successivement en revue les mammifères, les poissons, les cétacés, les mollusques, les végétaux et les différentes productions des contrées qu'il a parcourues. Cette partie du travail du voyageur arabe a été enrichie de

(1) L'usage des musulmans est suivi par les idolâtres des Indes.

brane muqueuse ne disparait jamais en totalité, comme on l'écrit tous les jours, faute de précision anatomique.

THÉRAPEUTIQUE TOXICOLOGIQUE.

EXPÉRIENCES SUR UN NOUVEL ANTIDOTE DE L'ACIDE PRUSSIQUE PROPOSÉ PAR LE DOCTEUR SMITH ; par A. LAROCQUE, préparateur de chimie à l'école de pharmacie.

A l'invitation de M. Caventou, professeur de toxicologie à l'école de pharmacie, j'ai réfuté quelques expériences relatives à l'antidote de l'acide prussique proposé par le docteur Smith. Comme dans quelques cas, très-limités à la vérité, cet antidote peut rendre d'utiles services, je m'empresse d'en faire connaître les résultats à la société.

Le docteur Smith ayant fait avaler à un chien 30 gouttes d'acide prussique anhydre, lui administra, une minute après, son antidote. Chose remarquable, après ce laps de temps, l'animal fut rappelé à la vie.

Cet antidote est formé d'un mélange de proto et de sesqui-oxyde de fer et de carbonate de potasse ou de soude : on prend, par exemple, 7 parties de protosulfate de fer dont on transforme 4 parties en persulfate; on mélange les deux et on précipite par un excès de carbonate de soude; on conserve dans des flacons bouchés. Ce réactif peut se conserver pendant quelque temps.

Cette réaction est basée sur la propriété que possède l'acide prussique de se combiner avec les oxydes de fer lorsqu'ils sont en présence d'un carbonate alcalin, et de former du bleu de Prusse, corps insoluble et sans action sur l'économie animale.

Les expériences nombreuses que j'ai faites me font penser que le docteur Smith a expérimenté avec un acide impur ou décomposé, si l'on s'en rapporte aux nombreuses expériences faites depuis longtemps par beaucoup de chimistes, et aux faits nouveaux que j'ai observés sur un grand nombre de chiens.

ACIDE PRUSSIQUE MÉDICINAL. — La première expérience a été faite avec de l'acide prussique médicinal préparé depuis quatre mois d'après le procédé de Gea-Pessina; quoique conservé depuis ce temps, il possédait toutes les propriétés qui appartiennent à cet acide; car, versé dans une dissolution de nitrate d'argent, il y faisait naître un précipité blanc de cyanure d'argent soluble dans l'acide nitrique bouillant. Avec le fer additionné de potasse et repris par l'acide chlorhydrique étendu d'eau, il donnait un précipité de bleu de Prusse. Après ces essais, j'ai regardé cet acide comme pur. J'en ai pesé 1 gramme que j'ai fait avaler à un jeune chien de petite taille attaché sur une table, et, à l'aide de nos mains, nous lui ouvrions les mâchoires; puis quand il fut sous l'influence du poison, ce qui eut lieu quinze ou vingt secondes après, nous lui administrâmes l'antidote à la dose de 35 à 40 grammes, à l'état de bouillie. Chose remarquable, aussitôt après l'ingestion de l'antidote, l'animal respira plus librement. Nous coupâmes les cordes qui l'attachaient, et quelques minutes après il se promenait comme s'il n'eût rien éprouvé. Ce début était encourageant; je voulus alors expérimenter sur l'acide anhydre, ainsi que l'avait fait le docteur Smith.

Pour faire ces sortes de recherches, je préférai l'acide anhydre d'après le procédé de M. Gay-Lussac, et je me plaçai autant que possible dans les mêmes conditions que le docteur Smith.

On se rappelle que les expériences de ce toxicologue ont été faites sur des chiens à la dose de 30 gouttes d'acide anhydre, et qu'une minute après, il leur donnait l'antidote et rappelait ces animaux à la vie; j'ai donc dû prendre le moyen suivi par le docteur Smith et expérimenter sur l'acide anhydre, d'abord à la dose de 15 gouttes, pensant que cette dose était beaucoup plus que suffisante pour tuer subitement un animal : c'est, en effet, ce qui eut lieu. Je n'eus pas même le temps d'administrer l'antidote que l'animal avait cessé de vivre; néanmoins je lui ouvris la gueule, et je lui introduisis l'antidote jusque dans l'estomac. Je fis respirer le chlore étendu; toutes les tentatives faites pour le rappeler à la vie furent inutiles. Cette expérience, répétée sur deux autres chiens, donna les mêmes résultats; cependant ces expériences ne me parurent pas assez concluantes pour formuler une opinion contraire à celle du toxicologiste anglais. En effet, en examinant attentivement l'intérieur de la gueule de ces trois animaux, on voyait des morsures ou écorchures à la langue, aux gencives et même jusqu'aux lèvres. Il devenait alors évident que l'absorption s'était faite très-rapidement et avait dû les foudroyer : c'est précisément ce qui avait eu lieu, puisqu'ils étaient tombés comme s'ils eussent été frappés de la foudre.

Ces érosions dans la gueule avaient été occasionnées par un bâillon dont je m'étais servi pour maintenir les mâchoires ouvertes et faciliter l'introduction et de l'acide et de l'antidote. Les expériences que je répétai furent faites sans me servir de bâillon, et les chiens furent tués dans l'espace de quelques secondes.

D'autres expériences, faites sur d'autres chiens avec de l'acide prussique étendu de son volume d'eau, ont donné des résultats aussi tranchés : après quelques secondes de l'ingestion du poison, ils avaient cessé de vivre.

D'après ce qui précède, j'avais donc raison de dire qu'il fallait que le docteur Smith eût employé ou un acide altéré ou préparé sans précaution; car il est bien démontré, d'après les faits que je viens de relater, que l'acide anhydre foudroie et ne permet pas l'administration de l'antidote, tant la mort est prompte, instantanée. Toutefois, si l'antidote proposé par le chimiste anglais est sans effet lorsqu'on emploie l'acide anhydre ou étendu de peu d'eau distillée, il peut cependant rendre d'utiles services lorsque l'acide cyanhydrique est étendu de six ou sept fois son volume d'eau, et que l'antidote est administré dès que l'on s'aperçoit des premiers symptômes (quinze, vingt ou trente secondes au plus) après l'ingestion de l'acide prussique dans l'estomac; après une minute, il est ordinairement trop tard. Si, lorsque l'animal éprouve les premiers symptômes, c'est-à-dire qu'il hurle, se débat avec violence, on lui fait avaler le mélange antidotique, on s'aperçoit que le patient, après quelques minutes de l'ingestion de l'antidote, éprouve un bien-être extraordinaire, et se promène comme s'il n'eût point été indisposé et n'eût point touché la mort de si près. Mais si l'on attend qu'il soit arrivé dans la seconde période, celle de la stupéfaction, pour lui administrer l'antidote, il est rare de le rappeler à la vie. Toutes les expériences faites dans cette dernière condition n'ont donné aucun résultat satisfaisant, puisque je n'ai pu sauver aucun animal : c'est, du reste, ce que j'espère prouver par les expériences suivantes.

Un jeune chien de 12 à 15 mois environ, de moyenne taille, ayant avalé 1 gramme d'acide cyanhydrique médicinal, fut laissé sous l'influence du

---

notes par le docteur Roullin; les observations et la critique judicieuse du savant sous-bibliothécaire de l'Institut, n'ont fait qu'ajouter au mérite du livre d'Abou-Zeyd et des commentaires de M. Reinaud. Quelques passages du récit de l'auteur arabe sur l'histoire de l'aloès, du musc, etc., méritent d'être cités. « La mer du pays des Zendjs renferme l'île de Socothora où pousse l'aloès socothorien; la situation de cette île est près du pays des Zendjs et de celui des Arabes; lorsque Alexandre fit la conquête de la Perse, il était en correspondance avec son maître Aristote et lui rendait compte des pays qu'il parcourait successivement. Aristote engagea Alexandre à soumettre une île nommée Socothora qui produit le *sabr*, nom d'une drogue de premier ordre, sans laquelle un médicament ne pourrait pas être complet. Aristote conseilla de faire évacuer l'île par les indigènes et d'y établir des Grecs qui seraient chargés de la garder et qui enverraient la drogue en Syrie, dans la Grèce et en Égypte. » M. Reinaud ajoute : « L'aloès *socotrin*, dont on a fait le mot *chicotin*, se tire de l'aloès à feuilles d'ananas. C'est le meilleur de tous : il est d'une couleur jaunâtre en dehors, rougeâtre en dedans, transparent, friable, résineux, amer au goût, d'une odeur forte et peu désagréable; il devient jaunâtre quand on le pulvérise. Pour retirer ce suc, on arrache les feuilles de l'aloès au mois de juillet, on le presse et on fait couler le suc dans un récipient où on le fait dessécher et épaissir au soleil. Ensuite on l'expose à l'action du feu, puis au mois d'août on le dépose dans des outres de cuir; c'est dans cet état qu'il arrive en Europe. » On voit que dans ces passages il n'est question que du vrai aloès, le *succotrin;* car les deux autres espèces indiquées dans les livres de matière médicale, l'aloès *hépatique* et l'aloès *caballin*, ne sont que de l'aloès primitif falsifié par le commerce, et dont on se sert pour le traitement des animaux domestiques. Abou-Zeyd parle d'une autre espèce d'aloès indien, inconnu en Europe et surnommé *al-camrouni*, du nom de Camroun donné au pays actuel d'Assem; cet aloès, qui était très-cher, même dans le pays, était employé par les indigènes à faire des fumigations dans le temple du soleil à Moultan.

En parlant des ruminants, Abou-Zeyd s'exprime ainsi sur le chevrotain porte-musc : « Le pays où vit la chèvre qui fournit le musc de Chine et le Tibet ne forment qu'une seule et même contrée. La supériorité du musc du Tibet sur celui de Chine tient à deux causes : la première est que la chèvre qui produit le musc trouve, sur les frontières du Tibet, des plantes odorantes, des épis à parfum, tandis que les provinces qui dépendent de la Chine n'offrent que des plantes vulgaires. La seconde cause consiste en ce que les habitants du Tibet laissent les vessies dans leur état naturel, au lieu que les Chinois altèrent les vessies qui se trouvent à leur portée. Ajoutez à cela que le musc chinois nous vient par la mer et que dans le trajet il contracte une certaine humidité. » M. Roullin est porté à croire que l'épi à parfum, dont se nourrissent les chèvres porte-musc du Tibet, pourrait bien être un aromate anciennement très-fameux, la *spica nardi*, le nard des anciens, qui est très-différent du nard des botanistes modernes, et qui se trouve en effet dans le Boutan et sur les frontières du Tibet : c'est une espèce de valériane dont la tige est à sa base entourée de fibres qui offrent l'apparence d'un épi.

Les Indiens, dit l'auteur arabe, « n'approchent pas de leurs femmes au moment de leurs règles; ils les font même sortir de la maison de peur de contracter quelque impureté. Quant aux Chinois, ils ont commerce avec leurs femmes

toxique jusqu'à ce qu'il fût arrivé à la période de stupéfaction; alors je lui fis avaler une assez grande quantité de l'antidote à différentes reprises; au bout de quinze à vingt minutes, ce chien avait cessé de vivre. Je fis encore cette expérience sur deux autres chiens plus âgés; les résultats furent les mêmes; ces deux animaux ne purent être rappelés à la vie.

J'ai dit que l'acide cyanhydrique médicinal administré aux animaux pouvait les tuer, mais que si on administre l'antidote ferrosoferrique à temps on pouvait les sauver. J'ai varié cette expérience dix ou douze fois peut-être, et à deux et même trois reprises sur chaque chien. C'est qu'alors je neutralisais le poison avant qu'il fût absorbé en assez grande quantité pour tuer, cet antidote n'agissant en effet que sur l'acide prussique non absorbé et existant encore dans l'estomac. Mais sur le poison absorbé, rien là ne peut le neutraliser et arrêter sa marche mortelle, attendu que l'absorption de l'antidote se faisant trop lentement ne peut arrêter l'effet du poison qui est passé dans la circulation. Préoccupé par cette idée, M. le professeur Caventou me conseilla de faire des incisions sur la peau de l'animal empoisonné et de le plonger dans un bain contenant la dissolution antidotique; et dans le cas où ce traitement ne réussirait pas, de tenter la ressource *extrême* des injections dans les veines avec ce même antidote. Les résultats obtenus par l'un et l'autre de ces moyens vont être décrits maintenant.

Un chien de moyenne taille et déjà âgé a avalé 1 gramme d'acide prussique médicinal, et après être arrivé à la période de stupéfaction, on lui fit avaler, non sans peine, l'antidote, afin de neutraliser l'excédant d'acide contenu dans l'estomac; puis après cette opération, on lui fit des incisions sur la peau à différents endroits, et on le plongea dans un bain d'eau froide, dans lequel on avait délayé 1000 grammes du liquide antidotique, et afin de rendre l'effet plus sûr encore, on lui fit tomber un courant d'eau sur la tête. Tous ces moyens réunis n'empêchèrent pas ce chien de mourir après quinze à vingt minutes.

Cette expérience fut répétée sur un autre chien beaucoup plus jeune; elle donna des résultats analogues.

Il me restait à examiner les injections dans les veines.

Il ne faut pas se le dissimuler, c'est une opération fort dangereuse qu'une injection dans les veines! une bulle d'air suffisant pour donner la mort; il faut donc n'avoir recours à ce moyen extrême que dans un cas désespéré et lorsque tous les autres moyens sont épuisés. Aussi est-ce dans ce cas seulement que nous proposons de le tenter.

Pour faire ces sortes d'expériences il faut une grande habitude des recherches physiologiques; aussi ai-je eu recours, pour les faire, à mon ami M. le docteur Morel Lavallée, bien connu par d'importants travaux de chirurgie.

Après nous être procuré une seringue à injections en cuivre, munie d'un ajutage avec robinet, on fit une incision à la jugulaire, puis on introduisit l'ajutage dans la veine; on lia avec soin au-dessus et au-dessous de l'incision, et on laissa sortir le sang par l'ouverture de l'ajutage; on remplit alors la petite seringue avec le mélange d'oxyde de fer, puis on plaça la seringue de manière à faire sortir l'air ou les gaz qui pouvaient s'y trouver; on chassa même, pour plus de précaution, une petite portion du liquide; on fit alors l'injection; l'animal avait avalé 1 gramme d'acide prussique médicinal; il mourut trente ou trente-cinq minutes après avoir eu l'injection dans les veines.

Une deuxième expérience fut faite sur un autre chien assez fort, avec la même dose d'acide prussique. On fit l'injection comme précédemment; après deux ou trois minutes l'animal mourut.

Une troisième expérience fut faite sur un jeune chien de très-petite taille. On lui fit avaler 1 gramme d'acide prussique médicinal, et dès qu'il éprouva les premiers symptômes de l'empoisonnement, je lui introduisis l'antidote dans l'estomac; puis, pour neutraliser l'acide absorbé, on lui fit l'injection dans les veines. L'animal parut souffrir pendant quelque temps; il hurlait, puis tout à coup il cessa de crier (1).

Cette dernière expérience est très-intéressante et prouve que du moins, dans des cas désespérés, lorsque l'on n'a plus rien à attendre de l'individu que la mort, on peut tenter l'injection dans la jugulaire, puisque le fait que je viens de signaler nous démontre qu'en prenant les précautions convenables on peut ne pas tuer un individu. C'est une expérience, toutefois, que l'on ne doit faire que dans un cas désespéré et comme dernière planche de salut, et alors qu'on n'a plus rien à attendre que la mort. Il vaut mieux tenter une expérience qui peut rappeler à la vie que d'abandonner un patient à une mort certaine.

Dans cet antidote, il y manque une propriété capitale : c'est de ne pouvoir le rendre soluble tout en le laissant à l'état d'oxyde. J'ai tenté à différentes reprises l'action des matières organiques sur ce mélange; mais je n'ai pu en aucune manière le rendre soluble; il me paraît démontré que le protoxyde de fer ne peut se dissoudre dans les alcalis sous l'influence des matières organiques; il diffère en cela du peroxide, qui, comme on le sait, se dissout très-facilement, etc. Ce manque de solubilité sous l'influence des alcalis est fâcheux, parce qu'un liquide se combine toujours beaucoup mieux et va plus facilement dans tous les replis de l'estomac qu'un corps solide. Malgré cet inconvénient, cet antidote n'en est pas moins bon dans quelques cas.

D'autres expériences non moins intéressantes ont encore été faites sur d'autres chiens; mais cette fois elles avaient pour but de réunir les moyens proposés les plus éprouvés, le chlore, par exemple, et le mélange du docteur Smith. Les expériences que j'ai faites sont les suivantes :

Un jeune chien, de petite taille, a avalé vingt gouttes d'acide prussique médicinal, et aussitôt après l'apparition des premiers symptômes, je lui ai administré l'antidote. Soit que la quantité d'acide absorbée fût trop considérable, soit que ce chien fût plus impressionnable que ceux qui m'ont servi dans les précédentes expériences, toujours est-il qu'il ne donnait presque plus signe de vie, c'est alors que je lui ai fait respirer le chlore étendu d'eau. Je lui en ai fait des applications autour des narines, sur les joues et sur le terrain environnant; après quelques instants il a respiré avec peine; puis peu à peu les aspirations de rares qu'elles étaient sont devenues plus fréquentes, et environ une heure après il était non pas rétabli d'une manière complète, mais enfin il pouvait marcher et aller d'un endroit à l'autre; d'abord il n'était pas fort solide sur ses pattes, puis la force lui est revenue, et le lendemain il paraissait bien portant, seulement il éprouvait de la répugnance pour les aliments qu'on lui présentait. Ce ne fut que le troisième jour qu'il se décida à manger.

(1) On le laissa libre; il paraissait fuir la lumière. Après quelques jours de souffrances il redevint bien portant; je le gardai pendant quinze jours encore, et je lui donnai la liberté.

---

pendant l'écoulement menstruel. » C'était autrefois une opinion dominante, même parmi les nations civilisées, que l'haleine d'une femme, pendant ses règles, laissait une tache sur l'ivoire, qu'un peu de sang menstruel brûlait la plante sur laquelle elle tombait et la rendait stérile, que si une femme grosse touchait de ce sang elle se blessait, que si un chien en goûtait il tombait dans l'épilepsie ou devenait enragé, etc., etc. Ces préjugés, qui existent encore chez quelques peuples sauvages, expliquent suffisamment pourquoi les Indiens font sortir leurs femmes du toit conjugal pendant l'époque menstruelle. Ajoutons que l'islamisme n'a pas peu contribué à perpétuer cet usage; le prophète législateur ordonne formellement la séparation pendant les évacuations menstruelles. « Séparez-vous de vos épouses, dit-il (Koran, sourate II, verset 222), pendant le temps des règles, et n'en approchez que lorsqu'elles seront purifiées. »

Chez les Indiens, comme chez les musulmans, l'usage du cure-dents n'est pas seulement un moyen de propreté, c'est encore un devoir religieux; aussi le voyageur arabe a remarqué qu'un Indien ne saurait manger avant de s'être nettoyé les dents; les Chinois ne suivent point cet usage. M. Reinaud s'étonne avec raison qu'Abou-Zeyd revienne plusieurs fois sur l'usage du cure-dents chez les Indiens sans dire un mot d'une autre coutume qui existait depuis longtemps dans les Indes, c'est l'emploi du bétel mêlé à quelque substance échauffante et propre à contre-balancer l'action énervante du climat. Les Indiens ont coutume de mâcher la feuille du bétel mêlée avec de la chaux et humectée avec la noix d'arec; cet usage s'était introduit à la Mekke et dans d'autres villes du Hedjaz et du Yémen. Un écrivain arabe, Massoudi, rapporte que cette composition servait à guérir les tumeurs; elle avait en outre la propriété de resserrer les gencives, de purifier l'haleine, de ramener l'appétit et de donner aux dents la couleur de la grenade.

Nous regrettons que l'auteur arabe, dont nous venons d'analyser rapidement le livre, n'ait pas fait mention des pratiques les plus usuelles de la médecine chez les Chinois, et surtout de l'application du cautère actuel et de l'exploration du pouls, considéré comme signe diagnostic différentiel, ce qui constitue la partie la plus importante et la moins superstitieuse de la médecine chez ces peuples.

S. Furnari, D. M.

— Nécrologie. — Le corps chirurgical de l'armée d'Afrique vient de faire une nouvelle perte. M. Viton, chirurgien-major au 2e régiment de spahis, après neuf années de séjour, de travaux et de dévouement, vient d'être enlevé par une de ces cruelles maladies si fréquentes en Algérie.

— Il s'est fait tout récemment, dans les environs d'Arles, une expérience de chimie végétale du plus grand intérêt.

La culture du riz a été essayée sur les terrains salés des embouchures du Rhône et y a parfaitement réussi. Cette culture, éminemment productive, a de plus l'avantage de dessaler entièrement le sol, qui est un sol d'alluvion de première qualité, et de le rendre propre à toutes les natures de production.

Cette année, 300 hectares vont être convertis en rizières, et nul doute que cet exemple ne soit promptement suivi.

Une deuxième expérience fut faite dans les mêmes circonstances; l'animal fut rappelé à la vie.

Une troisième expérience eut encore lieu sur un autre chien; elle lui fut fatale: il me fut impossible de le sauver.

J'ai fait bon nombre d'autres expériences sur les chiens qui m'avaient déjà servi et sur d'autres que je m'étais procurés, avec l'acide médicinal que j'étendais encore d'une assez grande quantité d'eau; ainsi il m'est arrivé de leur faire prendre depuis quinze jusqu'à trente gouttes d'acide médicinal, étendu de 6, 8, 10, 12 et 15 grammes d'eau et de sauver constamment ces animaux lorsque l'antidote n'était pas administré trop tard.

De ces deux dernières expériences, on peut voir que dans des cas désespérés, là où la mort était sûre, le chlore est venu rendre un service certain en rappelant l'animal à la vie, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu si l'on n'eût pas employé cet agent. Cette expérience vient à l'appui de toutes celles qui ont été faites depuis longues années par MM. Siméon, Orfila, etc. Une chose très-remarquable et qui m'a frappé, ainsi que toutes les personnes qui étaient présentes, lorsque je faisais ces expériences, c'est l'avidité avec laquelle ces animaux recherchent ou l'odeur du chlore ou à prendre l'antidote du docteur Smith. C'est un fait que j'ai eu occasion de constater à différentes fois.

Dans la dernière expérience faite sur les animaux avec de l'acide médicinal étendu d'eau, on peut croire avec raison que peu d'animaux mourront si l'antidote est donné assez promptement pour détruire l'effet du toxique non absorbé: cela se comprend sans qu'il soit besoin de s'y appesantir; c'est le cas, du reste, qui se présentera le plus fréquemment; en effet, ce n'est jamais avec de l'acide anhydre que les empoisonnements ont lieu, puisque cet acide ne se trouve que dans les laboratoires, et encore rarement, seulement pour les expériences que l'on fait pendant la leçon, cet acide ne se conservant jamais plus d'un jour ou deux ou à des exceptions très-rares. Il n'en est pas ainsi de l'acide médicinal étendu encore d'eau, soit dans une potion ou dans un autre véhicule approprié; il se trouve là dans un état de dilution très-grand, et comme l'absorption se fait en moins grande quantité on pourra avoir le temps de sauver une personne qui aurait avalé une certaine dose de ce poison. Mais pour obvier plus sûrement à la marche de l'empoisonnement, il faudrait avoir de l'antidote fait toujours à l'avance; il en serait de celui-ci comme de l'hydrate de peroxyde de fer qu'un pharmacien doit toujours avoir dans sa pharmacie pour combattre les empoisonnements par l'acide arsénieux. L'antidote du docteur Smith peut se conserver plusieurs mois en prenant les précautions que je vais indiquer. Au mélange de ces deux sulfates de fer, on ajoute une dissolution de sucre; on précipite ensuite par du carbonate de soude, et l'on conserve dans des vases bien fermés, et autant que possible bien pleins.

La formule suivante donne de bons résultats :

Sucre	60	grammes.
Sulfate ferreux	50	—
Sulfate ferrique	90	—
Eau	250	—
Carbonate de soude cristallisée.	560	—

On conserve dans des vases fermés.

J'ai voulu m'assurer si, dans tous les chiens que j'ai tués et qui avaient avalé l'antidote, je retrouverais dans leurs organes le bleu de Prusse formé: pour cela j'en ai fait l'autopsie. L'estomac était rempli par l'antidote. Je prenais tout le contenu de cet organe, et je traitais par l'acide chlorhydrique étendu d'eau; je dissolvais ainsi l'excédant d'oxyde; je retrouvais non dissous le bleu de Prusse qui n'était pas attaqué; j'ai pu retrouver ce cyanure dans les intestins après trente-six et quarante-huit heures. Plus généralement je fais l'autopsie quinze ou vingt minutes après la mort.

CONCLUSIONS.

De toutes ces expériences, il résulte pour nous:

1° Que l'antidote du docteur Smith ne peut servir quand on a administré à un animal l'acide prussique anhydre, la mort étant trop rapide (1);

2° Que même avec l'acide anhydre étendu de son volume d'eau, il n'y a pas possibilité non plus de se servir de l'antidote cité précédemment, la mort étant encore trop prompte;

3° Que l'on peut avoir de bons résultats de cet antidote quand il est administré dès que les premiers symptômes commencent à se développer, et que l'on a affaire à de l'acide médicinal à la dose d'un gramme à un gramme 5;

4° Que lorsque l'acide médicinal est délayé dans une assez grande quantité d'eau, on a, dans la majorité des cas, des chances de rappeler l'animal à la vie;

5° Que le chlore, employé concurremment avec l'antidote du docteur Smith, peut rendre d'importants services, ainsi qu'il a été démontré par les expériences que nous avons citées et conformes à toutes celles faites jusqu'alors;

6° Que dans des cas désespérés, là seulement où l'on n'a plus qu'à attendre la mort, on peut, comme dit l'avoir conseillé M. le professeur Caventou, tenter l'injection dans les veines en prenant toutefois les précautions indiquées.

Telles sont les conclusions que j'ai cru devoir tirer de mes recherches; elles sont le résumé fidèle des expériences que j'ai faites.

(1) Il est parfaitement démontré pour moi que le docteur Smith a opéré avec un acide impur et altéré.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

COMPTE RENDU DU SERVICE CHIRURGICAL DE M. LE PROFESSEUR BLANDIN A L'HÔTEL-DIEU.

Quoique nous eussions désiré faire une revue générale du service, il serait impossible de rendre compte de tous les cas; nous indiquerons seulement les plus dignes d'intérêt. Tous les faits qui se rapportent à une même maladie seront groupés ensemble; lorsqu'il se présentera quelque observation plus instructive, elle sera décrite avec soin. Enfin, nous ferons suivre chaque exemple des réflexions pratiques qu'il aura inspirées au chirurgien. De cette manière, service, opération et clinique, tout sera mis sous les yeux du lecteur.

OPHTHALMIES.

Les ophthalmies purulentes ont été nombreuses cette année: les unes ont paru spontanément (nous en avons eu quatre exemples dans la salle Saint-Jean); les autres sont survenues à la suite de blennorrhagies. Nous en avons eu 4 ou 5 chez les hommes et 7 chez les femmes. Toutes ont été combattues par un traitement énergique et efficace : la cautérisation directe de la conjonctive avec le crayon de nitrate d'argent. On les cautérisait d'abord tous les jours, puis tous les trois ou quatre jours, suivant le besoin; ajoutons à cela des lotions fréquentes avec un collyre au nitrate d'argent, et plus tard un séton ou des vésicatoires au cou.

KYSTES.

Parmi les kystes de toute espèce qui ont été enlevés, 2 seulement méritent d'être mentionnés ici. Placés au niveau du sourcil, l'un chez un enfant de 4 ans, l'autre chez une femme d'environ 25 ans, ils contenaient tous deux, outre un liquide citrin, des poils analogues à ceux du sourcil, qui tapissaient leur surface interne.

NÉVROME DE LA JAMBE.

OBS. — Une femme de 45 ans, couchée dans la salle Saint-Paul, portait un peu au-dessus et en dedans du genou une tumeur de la grosseur d'une noisette, très-douloureuse au toucher, et qui datait de l'enfance. On enleva cette tumeur, qui fut disséquée avec soin, mais on ne put y reconnaître qu'une substance fibreuse; pas d'apparence de nerf ni dans son intérieur ni sur son trajet.

Son extirpation ne donna lieu à aucun accident; mais la cicatrisation s'en fit attendre plus de deux mois. La plaie résista à tous les traitements : réunion par les bandelettes, pansement simple, pansement avec l'onguent napolitain, et elle avait pris quelque ressemblance avec un ulcère variqueux, saignant facilement, et sans même que la malade bougeât de son lit. A force de rechercher les causes de ce retard dans la guérison, M. Blandin crut devoir l'attribuer à la grossesse avancée de la malade. La tumeur siégeant sur le membre inférieur, la compression des veines par l'utérus développé pouvait être le véritable obstacle à la réunion de la plaie. En effet, la malade ayant accouché, presque aussitôt la plaie s'est cicatrisée.

FRACTURES DE LA CLAVICULE.

Deux difficultés se présentent dans le traitement des fractures de la clavicule : la première de maintenir les fragments immobiles; la seconde, qui en est une conséquence, d'obtenir un cal régulier. L'appareil de Desault ne remplit pas entièrement ces conditions; M. Blandin les a obtenues en rendant cet appareil inamovible au moyen de la dextrine.

Six malades ont été traités de cette manière; un seul n'a pas offert un succès complet. Cet homme, affecté d'une plaie de tête, resta en délire pendant près de trois semaines; trois appareils, dont deux dextrinés, furent appliqués successivement, mais toujours détruits ou dérangés par le malade, et les fragments se consolidèrent en formant une saillie.

Chez les cinq autres, le résultat fut excellent ; et lorsqu'on retira l'appareil, il eût été difficile de dire de quel côté se trouvait la fracture. Aucun angle, aucune saillie visible n'en indiquait la place ; à peine un toucher attentif pouvait-il la faire reconnaître.

Au premier abord, on pourrait croire qu'un semblable bandage, une immobilité absolue, sont très-pénibles pour le malade : il n'en est rien. Les fragments étant maintenus en place, il souffre beaucoup moins : on n'a pas besoin de renouveler ou resserrer l'appareil tous les cinq jours; enfin certaines précautions empêchent que le malade ne soit écorché dans les points où la bande se replie brusquement. On garnit à cet effet de compresses les aisselles du malade et les lieux où la bande desséchée pourrait entamer la peau.

Chez les personnes du monde, M. Blandin a la précaution de faire appliquer sur le corps un gilet de flanelle un peu serré sur lequel il roule le bandage. La peau est ainsi entièrement protégée, et les femmes les plus délicates supportent cet appareil sans inconvénient.

HYDROCÈLES.

On a pu lire, dans un précédent article, les résultats comparés des injections vineuses et iodées, d'après les expériences qui avaient été faites dans le service. Deux nouveaux malades ont été traités par l'injection vineuse; mais comme ils sont encore en traitement dans le service, nous ne pourrons indiquer que plus tard la date de leur guérison.

Mais quoique l'hydrocèle soit ordinairement la plus simple des maladies, elle présente de temps en temps des complications inattendues, et le traitement doit alors varier suivant les circonstances. En voici un exemple :

Obs. — Hüe (Victor), compassier, âgé de 18 ans, entra dans la salle Saint-Jean le 3 avril 1846, pour se faire traiter d'un hydrocèle du côté gauche, de date ancienne, et dont le malade ne put indiquer la cause. La tumeur offrait tous les caractères de l'hydrocèle simple; elle était molle, fluctuante, sa transparence était complète, et l'on découvrait parfaitement par ce moyen le testicule, placé en arrière du liquide.

Il fut opéré le 5 avril. Tout était prêt pour l'injection vineuse; on fit la ponction avec le trois-quarts, mais il sortit à peine quelques gouttes d'un liquide transparent, citrin, semblable au liquide ordinaire de l'hydrocèle et sans flocons albumineux. Croyant néanmoins que la canule était bouchée, on y introduisit un stylet; en le retirant, il s'écoula quelques gouttes de liquide, mais la tumeur garda son volume. Rien cependant n'empêchait le trois-quarts de parcourir la tunique vaginale dans toute son étendue; on essaya d'aspirer la sérosité en adaptant a la canule l'extrémité de la seringue à injection, mais rien ne put déterminer l'écoulement du liquide; seulement, chaque fois qu'on introduisait le stylet, il s'écoulait une ou deux gouttes.

Comment expliquer un pareil phénomène? La transparence de la tumeur éloigne l'idée de fausses membranes; l'absence d'une goutte même de sang, la liberté de la canule, empêchent de croire qu'on ait blessé le testicule. Une seule supposition est possible : c'est qu'un débris pseudomembraneux se soit appliqué sur l'ouverture, de telle façon que, soulevée un instant par le stylet, elle laissait passer quelques gouttes de liquide, puis retombait aussitôt.

Quoi qu'il en soit, on renonça au vin chaud, et l'on injecta à la place environ 30 grammes d'alcool pur. On le fit dans la pensée que l'injection serait suffisamment affaiblie par le liquide qui restait, et cependant assez forte pour enflammer la poche.

Le malade souffrit pendant le séjour de l'alcool, qui ne fut guère que d'une minute. Pendant la journée la tumeur se gonfla, devint dure et douloureuse, le malade eut un peu de fièvre. Les cataplasmes émollients calmèrent cette inflammation.

Au bout de trois jours on appliqua des compresses imbibées d'eau blanche.

Le 17, la tumeur avait diminué de moitié.

Le 19, on remplaça l'eau blanche par une solution de sel ammoniac.

Le 23, il ne restait plus qu'un peu de gonflement du testicule; il disparut par des frictions d'onguent napolitain, et le malade sortit deux ou trois jours après, entièrement guéri.

FISSURES A L'ANUS.

Quatre fissures à l'anus ont été guéries par la section du sphincter. Cette méthode, inventée par Boyer, pouvait encore donner lieu à quelques accidents lorsqu'on faisait aux téguments une incision profonde. La section sous-cutanée éloigne toute espèce de danger; cette modification a rendu l'opération très-simple; une seule piqûre à la peau paraît à l'extérieur, et au bout de huit ou dix jours les malades sortent complétement rétablis. Deux fois cependant l'on a dû recommencer l'opération, qui n'a réussi qu'à la seconde tentative. Est-ce à dire pour cela que la section du sphincter soit insuffisante dans certains cas? Point du tout. Mais il est une difficulté à surmonter dans cette opération, en apparence si facile ; et faute de l'avoir vaincue, on n'aurait que des résultats imparfaits ; la voici :

M. Blandin ayant opéré sur le cadavre, dans les pavillons de la Faculté, disséqua attentivement les parties : il reconnut qu'un faisceau du muscle, accolé à la muqueuse, échappait presque toujours au bistouri, et qu'il fallait glisser avec soin l'instrument le long de la muqueuse, pour le couper entièrement. Faute de cette précaution, la cause persistant, la fistule doit persister aussi. Si tout est coupé, on le reconnaît à ce que le doigt n'est plus serré, lorsqu'on cherche à l'introduire dans l'anus. On sent les bords sectionnés du muscle, et l'espace que ses fibres ont laissé en revenant sur elles-mêmes. Alors le malade n'éprouve plus de douleurs et ne tarde pas à se rétablir.

ECTROPION SUITE DE BRULURE ; BLÉPHAROPLASTIE.

Obs. I. — La nommée Gaëtier (Eugénie), âgée de 4 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 30 mars 1846, et fut placée salle Saint-Paul, n° 26. A l'âge d'un an, cette enfant tomba dans le feu et se brûla une partie du visage, du côté droit.

Lorsque nous la vîmes, nous constatâmes l'état suivant :

La commissure labiale était un peu déformée par la cicatrice, et la lèvre inférieure légèrement renversée sur le menton.

L'aile du nez présentait aussi une déformation et une destruction partielle.

Enfin, la paupière inférieure du même côté était distincte, à l'exception du bord libre, qui est fortement abaissé, adhérent à la joue et voisin de l'aile du nez. Le repli conjonctival inférieur n'existait plus, et l'œil restait habituellement exposé au contact de l'air, dans sa moitié inférieure, même quand l'enfant s'efforçait de fermer les paupières.

La cornée présentait déjà deux petites ulcérations.

On pratiqua la blépharoplastie le 1er avril.

Le bord libre de la paupière inférieure fut séparé des téguments de la joue au moyen de deux incisions : l'une horizontale, parallèle à ce bord ; l'autre verticale, très-courte, à l'extrémité interne de la première ; puis le chirurgien tailla dans la région temporale un lambeau ayant la forme d'un rectangle allongé verticalement. M. Blandin préfère un lambeau carré par le bout, au lambeau pointu, que l'on taille ordinairement. En effet, presque toujours la pointe se gangrène alors, et la nature semble prévenir le chirurgien en rétablissant la forme quadrilatère.

Le lambeau, disséqué et renversé de haut en bas, fut placé sans effort sur la surface saignante sous-palpébrale, de telle façon que son bord supérieur horizontal correspondît au bord interne de la plaie, et sa base contournée sur elle-même à la région molaire.

Ces rapports furent maintenus à l'aide de quelques points de suture séparés.

Durant les premiers jours on appliqua de la glace sur la tête.

La plaie de la région temporale, pansée à plat, guérit en peu de temps. Le lambeau s'agglutina par première intension, et le 3 mai, c'est-à-dire trente-deux jours après l'opération, la petite malade quitta l'hôpital.

Nous l'avons revue depuis, et nous avons pu constater qu'aussitôt que l'œil put être recouvert par la nouvelle paupière, l'inflammation disparut et les ulcérations se cicatrisèrent, ne laissant à leur place que deux petites taches, qui attestent leur existence antécédente.

La difformité causée par le renversement de la paupière était considérablement diminuée.

Une légère compression, exercée sur le lambeau pendant les premières semaines, avait empêché la rétraction du tissu de cicatrice situé au-dessous, et la saillie trop grande de la nouvelle paupière.

Obs. II. — Dans le courant du mois de juin, une seconde opération de blépharoplastie a été pratiquée sur une enfant de 5 ans (salle Saint-Paul, n° 26), pour un ectropion reconnaissant la même cause. Elle n'a pas aussi bien réussi ; M. Blandin avait reconnu d'avance les difficultés et le peu d'espoir que l'on avait de remédier au mal. En effet, le lambeau dut être taillé à moitié sur le tissu de cicatrice qui recouvrait la tempe et la joue. Or toute la portion formée par ce tissu se gangrena, et le lambeau fut réduit à la moitié de sa longueur.

Tout en prévoyant ce résultat, le chirurgien avait voulu tenter l'opération comme seul moyen de sauver l'œil ; car parmi les autoplasties, celle de la paupière est une des plus importantes ; sans elle l'organe de la vue, privé de protection, ne tarde pas à s'enflammer et à se perforer.

Nous terminerons en indiquant un exemple remarquable de ce genre cité par M. Blandin à sa clinique.

Obs. III. — Un jeune officier vint le consulter pour un double ectropion ; il était tombé la figure dans le feu, et la cicatrice de cette brûlure avait causé la rétraction des paupières. Les deux yeux étaient exposés aux injures de l'air, et tous deux enflammés. M. Blandin lui annonça qu'il pourrait lui sauver l'œil gauche, car la tempe du même côté étant saine, on pourrait y tailler un lambeau ; mais que l'œil droit serait perdu, car l'autre partie de la figure, couverte de tissu cicatriciel, rendait l'opération impossible. En effet le jeune homme, opéré d'un côté, ne tarda pas à voir cet œil guérir ; l'autre cornée, au contraire, se ramollit et se perfora.

TUMEURS CANCÉREUSES.

Une tumeur cancéreuse siégeant à la lèvre inférieure, chez une femme couchée dans la salle Saint-Paul, fut enlevée par une incision en V. La réunion se fit par première intension ; la guérison fut achevée en cinq jours.

Sur un malade de la salle Saint-Jean (n° 32), on fut obligé d'emporter presque la moitié de la joue, et de réunir les lambeaux avec six épingles. Le succès fut cependant le même ; la commissure des lèvres seule suppura quelque temps, et le quatorzième jour le malade sortit.

Quatre cancers du sein ont été opérés ; les malades ont guéri, et l'affec-

tion, jusqu'à présent, ne s'est point reproduite. Une de ces tumeurs contenait quatre ou cinq kystes pleins d'un liquide brunâtre, et dans lequel faisaient saillie des bourgeons cancéreux; c'étaient probablement les restes d'hémorrhagies interstiicielles qui avaient eu lieu à diverses époques.

Une tumeur cancéreuse de la fesse a été enlevée pour la troisième fois, dont deux fois par M. Blandin, une fois par M. Monod. Avant la cicatrisation, on fit plusieurs applications de pâte de Vienne. La malade est partie portant une cicatrice souple et de bon aspect.

Une femme sexagénaire avait une dégénérescence cancéreuse de la peau du pli de l'aine. Les parties dégénérées furent excisées; mais bientôt la plaie présenta de la gangrène humide, une rougeur érysipélateuse se manifesta tout autour et la malade mourut.

TUMEUR SQUIRRHEUSE DU VOILE PALATIN; ABLATION PAR LA LIGATURE.

Nous donnons ici l'observation complète de ce cas dont on peut tirer des déductions intéressantes.

OBS. — Le nommé Chevrot, chapelier, âgé de 30 ans, entra dans la salle Saint-Jean, le 12 mai 1846, pour une tumeur du voile du palais qui occupait toute la moitié gauche de cet organe. Elle était de la grosseur d'une noix et fut reconnue de nature squirrheuse. On décida de l'enlever, et le 14 on posa trois ligatures autour de la tumeur. Voici comment:

Deux fils, l'un blanc, l'autre rouge, passés dans le chas d'une aiguille à manche, traversèrent la partie supérieure droite du voile palatin. Un aide les dégagea de l'aiguille lorsqu'ils eurent passé, en sorte qu'une de leurs extrémités pendait en avant, l'autre en arrière. Le fil blanc fut destiné à faire une ligature perpendiculaire, pour séparer la portion droite du voile palatin, de la gauche, occupée par la tumeur. Le fil rouge devait former une ligature horizontale, mais nous le suivrons plus tard.

A gauche, deux fils rouge et blanc furent également passés. Le blanc était tendu entre la tumeur et le pilier gauche du voile du palais; quant au rouge, on saisit son bout postérieur qu'on noua au bout correspondant du fil du côté droit; puis, tirant le premier, on fit passer ainsi l'un des fils rouges par les deux ouvertures pratiquées au voile du palais, et il se trouva tendu horizontalement derrière ce voile, ses deux bouts pendant en avant.

Les trois ligatures entouraient ainsi les trois côtés adhérents de la tumeur; on les serra au moyen de serre-nœuds, dont la constriction fut augmentée chaque jour. La tumeur ne tarda pas à se flétrir. Huit jours après, le 22 avril, elle tomba sans avoir donné lieu à aucune hémorrhagie.

A cette volumineuse tumeur succéda une fente bien moins grande du voile palatin, fente triangulaire dont le sommet était en haut, qui se rétrécit encore par suite d'une cicatrisation rapide, de telle façon que la portion la plus large ou la base n'avait guère qu'un centimètre d'étendue.

Quinze jours après, le malade sortait parfaitement guéri, et, chose remarquable, prononçant parfaitement les mots les plus difficiles.

Ce fait est important, parce qu'il tendrait à prouver que, chez les personnes affectées de division congénitale du voile du palais, l'articulation vicieuse des mots est bien plutôt l'effet de l'habitude que le résultat d'une conformation anormale.

ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR POUR UNE TUMEUR CANCÉREUSE.

OBS. — Ducroc, marchand de vin, âgé de 58 ans, entra le 22 juillet dans la salle Saint-Jean. Il était affecté d'une tumeur cancéreuse, qui faisait saillie dans la fosse nasale droite, sous forme de polype, et remplissait en même temps tout le sinus. Les parois de l'os maxillaire supérieur étaient minces et ramollies; les dents du même côté ébranlées, vacillantes.

Le 25, on fit l'opération.

Il serait trop long de décrire ici tout le manuel opératoire; mais nous devons dire qu'une seule incision a été faite aux téguments de la joue; elle partait du milieu de la lèvre supérieure du côté droit, et se rendait jusqu'auprès de l'oreille obliquement de bas en haut, et d'avant en arrière. Ce n'est point sans intention que M. Blandin a opéré ainsi:

1° Une seule incision est plus facile à cicatriser; elle offre moins de difformité que l'incision en T ou la tripe section ⌴ que l'on est obligé de faire dans les autres procédés.

2° L'ncision doit partir plutôt d'un point quelconque de la lèvre que de la partie moyenne, parce que celle-ci est trop difficile à rétablir par la suture.

3° L'incision doit être oblique de bas en haut et d'avant en arrière, parce qu'ainsi l'on est sûr d'éviter le canal parotidien et les suites d'une fistule salivaire.

L'os a été entièrement détaché au moyen d'une scie à molettes, de la gouge et du maillet. Les insertions du voile palatin ont été respectées; le fond de la plaie cautérisé avec le fer rouge, et les deux lambeaux de la joue réunis au moyen de dix épingles et d'une suture. La réussite a été entière. C'est à peine si le malade a eu de la fièvre pendant les premiers jours; le cinquième, on a retiré les épingles, et la réunion par première intention était effectuée.

Enfin, le dixième jour, le malade qui s'ennuyait de la solitude de l'hôpital a voulu à toute force se faire transporter et soigner dans sa famille; on l'a laissé partir, non point entièrement guéri, cela serait impossible, mais dans l'état le plus satisfaisant.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'état actuel de la législation à l'égard du secret en médecine*; par M. G. Dupont. 2° *Constitution médicale du mois de juillet 1844 au mois de juin 1845*; par M. Burguet. 3° *Remarques sur le diagnostic de la chlorose; états morbides simulant cette affection*; par M. Gintrac. 4° *Revue du service de l'hospice de la Maternité*; par M. Barnetche. 5° *Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique*; par M. Foucart. (Travail déjà analysé dans la GAZ. MÉD., 1846, p. 479.)

REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DE LA CHLOROSE; par M. GINTRAC.

Le but de l'auteur est d'établir l'existence d'un état particulier de l'organisme, caractérisé principalement par la faiblesse, la pâleur de la peau et les palpitations, mais différant essentiellement de la vraie chlorose et directement lié à une irritation habituelle du tube digestif.

La chlorose a pour symptômes caractéristiques la pâleur jaune verdâtre des téguments, surtout des joues, des lèvres, de la langue; une faiblesse, une lassitude générale; des palpitations par le moindre exercice; un bruit de souffle dans la région précordiale et sur le trajet des carotides.

Dans les cas signalés par M. Gintrac, il existe aussi une pâleur générale de la peau; mais cette pâleur est différente: le blanc de la peau est plus mat. Il existe également de la faiblesse et des palpitations, mais à un moindre degré. Les bruits de souffle ne sont pas constants. Si l'on palpe l'épigastre ou les autres régions de l'abdomen, on y découvre une vive sensibilité; quelquefois la plus légère pression cause des douleurs très-intenses. Les fonctions digestives sont profondément altérées; il y a inappétence ou dépravation du goût, nausées, éructations, constipation ou diarrhée, parfois quelques phénomènes hystériques. La langue peut être pâle; mais d'autres fois elle offre une rougeur partielle, soit de la pointe, soit du milieu. Presque toujours il y a aménorrhée.

L'auteur regarde ces symptômes du côté des voies digestives comme l'indice, non d'une phlegmasie pure, mais « d'une association de l'irritation inflammatoire avec l'irritation ou hypersthénie nerveuse. » Cet état est aggravé par l'emploi des préparations martiales et généralement des moyens antichlorotiques; il cède au contraire à l'usage des moyens antiphlogistiques et calmants, tels que les tisanes adoucissantes, le lait, l'infusion légère de tête de pavot, les demi-bains, les lavements émollients ou laxatifs, les ventouses sur la région abdominale, etc. Quand les symptômes d'irritation des voies digestives ont cessé, on peut recourir avec précaution aux toniques et même aux ferrugineux; mais très-souvent les symptômes généraux disparaissent d'eux-mêmes.

La pensée fondamentale de ce travail repose sur une observation exacte. Le genre d'affection sur laquelle l'auteur appelle l'attention se rencontre assez fréquemment dans la pratique, et il est très-vrai que l'emploi des ferrugineux irrite le tube digestif, produit des coliques et de la diarrhée, sans bénéfice aucun pour l'état général. Lors même qu'on est parvenu à calmer l'irritation intestinale, les ferrugineux, de quelque manière qu'on les administre, sont loin de ramener les forces et les couleurs, comme on le voit dans la véritable chlorose; souvent ils n'ont, sous ce rapport, aucune efficacité. Il semble donc qu'il y ait, en effet, une différence radicale, essentielle, entre cet état de l'organisme et l'état chlorotique. Cependant la question ne peut être complétement vidée que par une analyse comparative du sang dans l'un et l'autre cas. Cette recherche est d'autant plus nécessaire que certaines chloroses parfaitement caractérisées, et ne pouvant faire l'objet du moindre doute, s'accompagnent précisément de cette irritation intestinale qui rend tout à fait impossible la médication martiale.

II. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Observations de maladie de Bright, recueillies dans le service du professeur Rech*; par M. Cabanes. 2° *Quelques mots sur l'inflammation oblitérante, ou mieux sur l'oblitération spontanée des cavités et des conduits naturels ou accidentels dans les maladies chirurgicales*; par M. Estor. 3° *Compte rendu des observations recueillies à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi, service de MM. les professeurs Broussonnet et Caizergues*; par M. Bordes-Pagès.

4° *Introduction à l'étude de la clinique chirurgicale;* par M. Bouisson. (Discours d'ouverture sur lequel nous trouverons avec plaisir l'occasion prochaine d'appeler l'attention de nos lecteurs plus instamment que nous ne pourrions le faire ici.) 5° *Opération de chéiloplastie, ou restauration de la lèvre supérieure pour un cas de cancer, pratiquée selon la méthode française ou de déplacement;* par M. Cade. 6° *Ténia expulsé par l'écorce de la racine de grenadier sauvage;* par M. Cabaret. (La fougère mâle et l'huile de ricin avaient été inutilement employées. L'écorce *sèche* de racine de grenadier n'avait amené que des coliques et plusieurs selles. Une décoction de 48 grammes d'écorce *fraîche* dans 1 kilogramme d'eau, jusqu'à réduction à moitié, fut alors donnée en trois verres administrés à trois quarts d'heure d'intervalle. Le ténia fut rendu après la troisième dose. Quelques autres faits déjà publiés établissent la prééminence de l'écorce fraîche de racine de grenadier sur l'écorce sèche.) 7° *Considérations pratiques sur la réunion et la cicatrisation des plaies;* par M. Mattei.

OBSERVATIONS DE MALADIE DE BRIGHT; par L. CABANES.

L'auteur ne rapporte que deux observations à l'aide desquelles il nous paraît trancher un peu hardiment les grandes questions de pathogénie que soulève l'étude de la maladie de Bright. Deux circonstances méritent surtout d'être remarquées dans ces observations. La première est l'absence de granulations dans les reins de l'un des malades. C'est un fait qui avait été déjà signalé et qui dépose contre la dénomination d'affection *granuleuse* des reins appliquée par quelques auteurs à la maladie de Bright. La seconde circonstance, si elle était exacte, serait l'absence de l'albumine dans les urines de l'autre malade; mais elle est loin d'être démontrée. « Traitées par les acides nitrique et chlorhydrique et par l'alcool, les urines, dit l'auteur, ne fournissent absolument aucun dépôt. » L'observation n'entre dans aucun autre détail. Ainsi la chaleur, le meilleur moyen sans contredit de déceler l'albumine, n'a pas été employée. Dans maintes circonstances, on a vu la chaleur coaguler des urines que n'avaient pas troublées les acides. L'acide chlorhydrique et l'alcool ne sont pas de bons réactifs; et quant à l'acide nitrique, on sait que son emploi exige quelques précautions. Si l'acide est versé en excès, il redissout rapidement le précipité et l'albumine n'est pas mise à nu (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 39). C'est une erreur qui a été commise plusieurs fois et dans lesquelles il n'est pas sûr que M. Cabanes ne soit pas tombé.

QUELQUES MOTS SUR L'INFLAMMATION OBLITÉRANTE, OU MIEUX SUR L'OBLITÉRATION SPONTANÉE DES CAVITÉS ET DES CONDUITS NATURELS OU ACCIDENTELS DANS LES MALADIES RÉPUTÉES CHIRURGICALES; par M. ESTOR.

D'après les recherches des histologistes modernes, les différentes parties de notre corps présentent une structure spongieuse ou aréolaire; elles sont en général composées de cellules, élément générateur de tous nos organes, et dans la cavité desquelles sont continuellement versés ou exhalés des liquides, des gaz ou des vapeurs, tandis que sur leurs parois se distribue une grande quantité de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il résulte de cette structure qu'un instrument vulnérant ne saurait pénétrer à une certaine profondeur dans le tissu de nos organes sans ouvrir une foule de cavités et de conduits dont l'état normal est d'être clos, et sans donner lieu en conséquence à l'écoulement des liquides naturels, à la pénétration de l'air, à l'imbibition et à l'absorption de matières étrangères souvent nuisibles : de là l'utilité, la nécessité d'un épanchement de lymphe plastique qui s'organise, oblitère les vaisseaux, rende le tissu cellulaire imperméable et forme enfin une sorte de tégument accidentel propre à protéger les organes dénudés. C'est par un mécanisme absolument analogue que la nature isole quelquefois un corps étranger, circonscrit une tumeur, s'oppose au développement de l'inflammation, de l'ulcération et de la gangrène. Cette faculté oblitérante se montre encore mieux dans les lésions qui intéressent les veines et surtout les artères, dont l'ouverture traumatique restée béante, pourrait donner lieu à des hémorrhagies funestes. Ainsi la tendance à l'oblitération, qui peut être congénitale ou accidentelle, qui, d'ailleurs, est la source, le principe des coarctations ou rétrécissements morbides, est aussi, dans une foule de cas, un acte médicateur des plus salutaires.

Le mécanisme en vertu duquel cette occlusion des cavités naturelles s'établit n'est pas toujours identique, et ne saurait être attribué dans tous les cas à ce que l'on a appelé *inflammation oblitérante*. En effet, tantôt ce travail organique est simplement produit par une rétraction longitudinale et une constriction circulaire brusques, comme on le voit dans les petites artères divisées; tantôt il s'opère avec plus de lenteur sous l'influence d'une espèce d'atrophie, telle qu'on la remarque dans les vaisseaux ombilicaux après la naissance, dans l'artère principale d'un membre après l'amputation, dans un sac herniaire quand on peut y éviter toute nouvelle irruption des viscères, en un mot dans les cavités et les conduits qui ne reçoivent plus les solides et les liquides qu'ils avaient coutume d'admettre. Dans d'autres cas, ces liquides ou ces solides forment eux-mêmes une espèce de bouchon naturel : voyez le caillot sanguin dans les plaies des veines et des artères, l'épiploon s'appliquant comme un lambeau autoplastique sur certaines plaies ou ulcérations de l'estomac et des intestins. Cependant l'inflammation peut, elle aussi, oblitérer les cavités et les conduits du corps vivant; pour cela, elle en épaissit les parois, y détermine l'adhésion, ou bien donne lieu à un épanchement de lymphe coagulable.

Il est facile de suivre les applications que l'auteur fait de ces vues aux phénomènes de la pathologie générale. Dans les plaies avec perte de substance, ou plutôt dans celles qui n'ont pu se réunir par première intention, les cellules et les petits vaisseaux demeurent plus longtemps ouverts et perméables; il s'en écoule une plus grande quantité de sang et d'autres liquides naturels. Ceux-ci, altérés ou non par le contact de l'air atmosphérique, pénètrent le solide vivant et y provoquent une inflammation plus ou moins considérable. Cette inflammation ne cesse qu'après que la nature a organisé un tégument accidentel qui lui permet de travailler en repos et à l'abri du contact de l'air à la consolidation des parties divisées. C'est la membrane pyogénique qui doit servir de base à la cicatrice, mais qui, en attendant, s'oppose au passage de l'air, forme les cellules du tissu cellulaire, et les rend tout à fait imperméables aux liquides ambiants.

Il y a donc une immense différence entre les plaies qui s'organisent immédiatement et celles qui ne s'organisent que d'une manière médiate. Dans les premières, l'oblitération des cavités et des conduits ouverts s'opérant promptement, il s'en écoule peu de liquides naturels, et il ne s'y fait aucune infiltration dangereuse; de là l'innocuité des plaies qui se réunissent par adhésion et surtout celle des plaies sous-cutanées. Au contraire, dans les plaies qui restent exposées au contact de l'air, il se fait des écoulements ou des suintements considérables; puis, les tissus étant dépouillés de leur enveloppe externe éprouvent une sorte d'imbibition qui, favorisant beaucoup l'absorption, expose à l'introduction des liquides naturellement délétères ou secondairement altérés qui peuvent se trouver à leur surface.

Dans l'ulcération simple, la nature arrête de même les progrès de la destruction des parties en oblitérant au fur et à mesure les cellules et les petits vaisseaux sous-jacents. Mais il n'en est plus de même dans l'ulcération maligne, que l'on connaît aussi sous les noms de *rongeante* ou *phagédénique*. Dans celle-ci, le fond de la solution de continuité est grisâtre et recouvert de matières putrides ou pultacées; les tissus sont détruits avec une telle rapidité que la nature n'a pas le temps d'organiser son travail oblitérateur, et qu'il en résulte des hémorrhagies considérables, comme on le voit surtout dans le cancer et la pourriture d'hôpital. Toutefois, il est vrai de dire que les ulcères, en général, sont recouverts d'une membrane propre, décrite pour la première fois par Breschet et M. Villermé; qu'ils reposent d'ailleurs sur une base dure et formée d'un tissu cellulaire oblitéré et conséquemment imperméable. C'est sans doute pour cela que les vieux ulcères, qu'on trouve en si grand nombre dans les hôpitaux, exposent beaucoup moins à l'infection purulente que les plaies proprement dites.

Étudiant enfin la question au point de vue des applications qui peuvent en être déduites pour la pratique, M. Estor conclut qu'il est souvent avantageux d'imiter la nature et de substituer à l'instrument tranchant des moyens qui n'opèrent qu'indirectement la diérèse, qui ne font de solution de continuité qu'après avoir oblitéré les cellules et les vaisseaux ouverts. Telles sont notamment la compression, la ligature et la cautérisation. Ainsi l'entérotomie faite avec la pince de Dupuytren prévient l'extension de l'inflammation aux tissus adjacents; ainsi le traitement des varices par la pâte de Vienne met à l'abri des accidents d'infection purulente, si à craindre dans les autres méthodes, etc., etc.

III. LA CLINIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les articles qui suivent : 1° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Bouisson.* (Pertes séminales, éléphantiasis des Grecs, psoriasis, amputation de jambe, opération de taille.) 2° *Cas de lithotritie; cassure de l'instrument dans la vessie.* (Extrait du JOURN. DE MÉD. ET DE CHIR. DE TOULOUSE.) 3° *Gangrène du scrotum à la suite de l'injection iodée.* 4° *Note sur une fièvre anomale qui règne aux environs de Montilla, en Andalousie.* (Caractérisée par une ataxie extrême.) 5° *Cas d'avortement à huit mois.* (Extrait de BOLETIN DE MEDICINA, de Madrid.) 6° *Note sur le rapport du cervelet avec les fonctions génitales;* par M. Saurel. 7° *De la clinique et des constitutions médicales;* par M. H. R. 8° *Considérations cliniques sur la cataracte;* par M. Barthes. 9° *Tétanos traumatique guéri par l'opium;* par M. Compigny. (Le tétanos se développa alors que la plaie était presque totalement cicatrisée : le médicament employé (5 décigrammes à 1 gramme d'opium dans un quart de lavement) ne commença à amener quel-

que amendement dans les symptômes qu'après avoir été administré pendant sept jours.) 10° *L'enfant peut-il respirer dans le sein de sa mère?* par M. Tourtois. 11° *Clinique médicale.* (Service de MM. les professeurs Broussonnet et Caizergues.) 12° *Note sur les hydatides;* par M. Gervais. (Notions n'ayant d'intérêt qu'au point de vue zoologique.)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA CATARACTE; par M. BARTHES.

Les recherches de M. Barthes, qui se font surtout remarquer par une bonne méthode d'exposition, ne présentent guère de neuf que ce qui a rapport au diagnostic de l'amaurose d'avec la cataracte, ainsi qu'aux règles à suivre dans le cas où cette complication existe.

La dilatation et l'immobilité de la pupille caractérisent ordinairement l'amaurose; mais ces signes ne sont pas tellement liés à la paralysie de la rétine qu'ils ne puissent ou manquer, quoique celle-ci ait lieu au plus haut degré, ou se manifester très-accentués sans que l'amaurose existe. Mais il est des phénomènes très-importants qui se présentent chez les amaurotiques et qu'on n'observe point chez les cataractés. Nous voulons parler de ceux fournis par l'habitude extérieure des malades : ainsi, à distance, on peut habituellement différencier l'amaurose de la cataracte.

L'amaurotique relève la tête, cherche la lumière; le cataracté, au contraire, marche la tête basse, préfère le demi-jour; chez lui l'instinct remplace le raisonnement; la pupille, en se dilatant largement, permet à quelques rayons lumineux d'aller frapper la rétine en passant autour du cristallin opaque : l'inverse a lieu chez l'amaurotique.

L'aspect du globe oculaire est caractéristique : l'œil de l'amaurotique est terne, morne, sans expression; l'on observe souvent un tremblotement de l'iris; cette membrane semble inerte, nageant au milieu de l'humeur aqueuse. Ce phénomène dénote une grande faiblesse dans les fonctions de la rétine.

Suffit-il de soupçonner la coexistence d'une amaurose pour renoncer à l'opération de la cataracte? Nous ne le pensons pas : tant que l'opacité du cristallin ou de la capsule existe, l'amaurose n'est jamais que problématique. La certitude existerait qu'on devrait encore opérer.

Nous tenons, dit M. Barthes, de M. le professeur Serre le fait suivant : Un malade était atteint de cataracte de l'œil gauche et d'amaurose de l'œil droit; l'œil gauche fut opéré. L'impression brusque de la lumière par le fait de l'abaissement du cristallin s'étant répétée sympathiquement sur la rétine droite, l'excitation produite avait suffi pour en réveiller la sensibilité. L'action de la lumière pourra donc être avantageuse si l'œil opéré de la cataracte est en même temps amaurotique. L'irritation produite par l'opération peut elle-même être utile dans ce cas. Un individu fut opéré par M. Serre de la cataracte, quoiqu'il fût atteint d'amaurose du côté opposé. Vers le cinquième jour, une ophthalmie purulente se déclara à l'œil attaqué par l'instrument, et alors que le malade était menacé d'une cécité complète, la vision se rétablit du côté amaurotique. L'irritation sympathique développée sur la rétine affaiblie de l'œil amaurotique avait suffi pour réveiller la sensibilité éteinte.

En réfléchissant à ces faits, on se sent certainement très-porté à conseiller l'opération en semblable occurrence. Le malade n'a rien à y perdre; il a, au contraire, tout à gagner. L'amélioration ne fût-elle que momentanée, disparût-elle avec l'excitation produite soit par la lumière, soit par l'opération, que le malade aurait encore retiré du bénéfice de l'opération. Mettons les choses au pis, et supposons qu'il n'y ait pas même eu une amélioration momentanée; le malade n'y voyait pas, il n'y verra pas, et voilà tout!

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les articles suivants : 1° *Du traitement dynamique des phlegmasies articulaires chroniques;* par M. Biéchy. 2° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg.* 3° *Note sur le mécanisme des sécrétions;* par M. Lereboullet. 4° *Des caractères du cancer;* par M. Sédillot. (Non terminé.) 5° *Cas de tétanos traumatique guéri par l'opium;* par M. de Compigny. (Cette observation, outre le fait assez commun de la guérison par l'opium, présente encore ceci de remarquable que l'invasion du tétanos a eu lieu quand déjà la plaie (par arme à feu) était presque entièrement cicatrisée.) 6° *L'enfant peut-il respirer dans le sein de sa mère?* par M. Tourtois. 7° *Compte rendu de la Clinique médicale de MM. Broussonnet et Caizergue;* par M. Bordes-Pagès. (Fièvres rémittentes et fièvres graves.) 8° *Histoire et nature spécifique de la varicelle.* (Extrait du JOURNAL DE MÉDECINE. — Voy., dans la GAZ. MÉD., la dernière revue des journaux français.) 9° *Saignement par l'oreille sans fracture.* 10° *Heureuse application de la méthode de M. Pétrequin ou de la galvanopuncture dans un cas d'anévrisme poplité.* 11° *Applications diverses de la galvano-puncture;* par M. Pétrequin. 12° *Notes sur les hydatides;* par M. Gervais.

DU TRAITEMENT DYNAMIQUE DES PHLEGMASIES ARTICULAIRES CHRONIQUES; par M. BIÉCHY.

Le but de ce travail est de préconiser pour ces affections un agent particulier, la pommade au nitrate d'argent employée en frictions sur la partie malade. Après avoir cité quatre cas de guérison due à son usage, M. Biéchy cherche à rendre compte du procédé suivant lequel ce médicament procure la disparition de la phlogose articulaire. Il rappelle d'abord que le nitrate d'argent appliqué sur les téguments exerce une double action, l'une dynamique et antiphlogistique, résultant de l'absorption, de l'assimilation locale du principe médicamenteux; l'autre, physico-chimique, s'exerce lorsque le sel argentifère produit sur la peau une irritation, une phlegmasie. Or, selon M. Biéchy, c'est au premier de ces deux effets que revient l'honneur des succès obtenus. Il est bien vrai qu'il s'opère constamment une certaine phlogose cutanée sous l'influence de ces frictions; mais on peut l'éviter, du moins en très-grande partie, si l'on a soin de n'incorporer le sel d'argent dans l'axonge qu'après l'avoir préalablement dissous dans l'eau distillée. Et il est même remarquable que les résultats fournis par l'emploi de la pommade argentique sont d'autant plus favorables, plus prompts, plus sûrs que l'effet irritatif local est moins prononcé. Ce qui prouve que c'est plutôt à l'absorption de l'agent médicamenteux qu'à son action locale *phlogosante* qu'il faut attribuer la cure.

D'après son expérience, l'auteur pense donc qu'il faut proscrire dans ces cas la pommade plus irritante faite en incorporant directement le nitrate d'argent à l'axonge. Il préfère la formule suivante :

Nitrate d'argent	4 grammes
Eau distillée	q. s. pour dissoudre complétement le sel.
Axonge.	32 grammes.

Mêlez.

Les frictions se font deux fois par jour, chaque fois avec 4 ou 5 grammes. Le troisième ou quatrième jour, la peau prend l'aspect luisant d'un cuir noir et verni. Les frictions n'entraînent aucune douleur, aucun indice d'irritation tégumentaire, si ce n'est exceptionnellement quelques vésicules. Lorsqu'on est arrivé à obtenir ce degré de coloration de la peau, il est inutile d'insister sur les frictions, car la couche formée par la pommade et l'épiderme desséché empêche l'absorption. Au bout de quelques jours, l'épiderme ne tarde pas à se détacher par feuillets, et les téguments reprennent leur aspect normal. Sous l'influence de cette médication, les altérations articulaires profondes sont modifiées; vous voyez successivement la chaleur et la douleur s'éteindre, l'épanchement se résoudre et le gonflement se dissiper.

— L'explication donnée par l'auteur peut être la vraie; mais à coup sûr elle aurait besoin d'autres preuves que celles dont il l'étaye; et malgré ces considérations le nitrate d'argent risque de ne passer que difficilement pour un médicament doué de la vertu antiphlogistique directe. M. Biéchy dit que « la pommade argentique agit ici de la même manière que l'onguent mercuriel contre la péritonite, la méningite et d'autres phlogoses graves. » Mais l'action générale du mercure sur l'organisme se révèle dans ces cas par des effets directs, par des symptômes particuliers parmi lesquels le principal et le plus significatif est la prompte diminution du mouvement fébrile qui coïncide avec ces inflammations. Le nitrate d'argent opère-t-il quelque influence de ce genre? Nous ne le croyons guère; mais du reste pour nous fixer sur ce point, il faudrait de toute nécessité d'autres observations que celles de M. Biéchy; car dans celles qu'il rapporte aujourd'hui le mot de fièvre n'est pas même prononcé.

D'un autre côté, il est un indice certain auquel on peut reconnaître qu'un médicament possède quelque action sur l'ensemble de l'économie, c'est lorsqu'on voit son emploi être suivi de symptômes généraux dénotant une intoxication, tels, par exemple, que le ralentissement du pouls après l'ingestion de l'émétique à haute dose, le ptyalisme dans l'emploi du mercure. Or le nitrate d'argent est-il dans ce cas? Pour notre part, nous l'avons plusieurs fois donné à l'intérieur, d'après les conseils de M. Spadafora (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 744) contre la blennorrhée; nous l'avons aussi essayé maintes fois sous forme de pommade en frictions sur des dartres rebelles et notamment, pour le prurigo des enfants, sur la surface entière du corps, et jamais nul phénomène particulier ne nous a donné lieu de soupçonner que l'économie eût alors ressenti de sa présence la moindre impression. Il ne resterait donc pour appuyer la thèse de M. Biéchy que les effets curatifs, très-contestables, que les auteurs attribuent à l'usage interne de ce sel dans le traitement de l'épilepsie.

DES CARACTÈRES DU CANCER; par M. SÉDILLOT.

Dans une série d'articles, M. Sédillot continue à étudier les caractères des pseudo-cancers, cancers épidermiques. En analysant exactement les

symptômes, les caractères qu'on envisage comme appartenant en propre aux véritables cancers, l'auteur parvient à montrer que plusieurs de ces signes n'ont rien de pathognomonique. Ainsi, dit-il, les pathologistes qui regardent la récidive comme la pierre de touche des véritables cancers sont dans l'erreur, comme, du reste, pouvaient le faire supposer *à priori* une foule d'affections sujettes à reparaître et que personne cependant n'a pour cela confondues avec le cancer. Les caries scrofuleuses se reproduisent d'une articulation sur une autre, après des amputations intempestivement entreprises; des tumeurs épidermiques, graisseuses, etc., reparaissent après l'extirpation. Il ne faudrait donc pas accorder au fait de la récidive une importance que dénie l'histoire de la pathologie.

Il ne faudrait pas néanmoins s'imaginer que l'inspection microscopique, à laquelle M. Sédillot donne une si grande valeur comme moyen diagnostique, permette de différencier toujours sûrement les faux cancers des vrais. M. Sédillot en convient très-explicitement lui-même, lorsque, à la suite d'une observation où il est resté dans le doute sur la nature réelle de l'affection, il ajoute :

« Nous avons eu le mal sous les yeux pendant la vie des malades; nous avons pu, après la mort, examiner avec soin les tissus altérés, et nous ne possédons pas cependant d'éléments suffisants pour décider si cette lésion était ou non cancéreuse. Notre science se vante avec raison de la certitude comparative de ses connaissances; mais que de questions encore à résoudre, et combien il importe d'en poursuivre l'étude et de dissiper l'obscurité et les erreurs dont nous les voyons si souvent entourées ! »

— Nous partageons de tout cœur les désirs qu'exprime ici M. Sédillot; mais la science est-elle sur la bonne voie pour mener à bien cette importante recherche? Nous pourrions presque en douter, si nous considérons la manière vacillante, hasardée, contradictoire, dont marchent trop souvent les explorations dans cette partie de la chirurgie. Le microscope est un précieux moyen, sans contredit; mais puisqu'il ne peut toujours décider de la nature du mal, puisqu'il déclare parfois innocentes des tumeurs dont l'ensemble de leurs autres caractères accuse à haute voix les qualités malignes, ne serait-il pas mieux d'attendre, pour lui donner les droits d'un arbitre suprême, que son langage eût pris plus de précision et d'uniformité, au lieu d'élever prématurément ses insuffisantes données au rang d'un critérium infaillible. Nous ne supposons rien, nous n'imaginons rien dans les observations que nous adressons ici aux micrographes. Il suffit, pour justifier ces remarques, de lire la classification suivante que nous empruntons au travail de M. Sédillot. Nous la citons sans aucune nouvelle critique.

« Nous avons trouvé, dit M. Sédillot, des exemples de vrais ou de pseudo-cancers extrêmement curieux, en ce que les caractères pathologiques ont paru, jusqu'à la dernière évidence, ceux du cancer, tandis que l'inspection microscopique a été beaucoup moins explicite et eût plutôt fait admettre l'existence de tumeurs fibrineuses ou fibreuses. Les conditions opposées ont été également rencontrées. Il y aurait donc à admettre :

» 1° Des tumeurs évidemment et pathologiquement cancéreuses, et reconnues telles à l'inspection microscopique;

» 2° Des tumeurs d'apparence cancéreuse, mais que le microscope démontre appartenir à d'autres genres;

» 3° Des tumeurs sur la nature desquelles on est en droit de concevoir des doutes que le microscope lève, en les prouvant cancéreuses;

» 4° Des tumeurs dont le microscope n'indique pas la nature cancéreuse, quoique leurs caractères pathologiques semblent nettement les rattacher à cet ordre d'altération;

» 5° Des tumeurs dont la nature reste incertaine en dépit de nos connaissances pathologiques et microscopiques. »

L'ENFANT PEUT-IL RESPIRER DANS LE SEIN DE SA MÈRE? par M. TOURTOIS.

L'auteur raconte dans les termes suivants le fait qui l'a décidé à donner une solution affirmative à la question précédente.

OBS. — Je fus appelé, dit M. Tourtois, dans la nuit du 5 au 6 novembre 1845, pour accoucher la femme M..., âgée de 32 ans, déjà mère de plusieurs enfants. J'appris en arrivant que la rupture de la poche des eaux avait eu lieu depuis une demi-heure environ. Les douleurs commençaient à être assez fortes. Je pratiquai le toucher et reconnus de suite une présentation de la face en troisième position. La tête se trouvant descendue dans l'excavation du bassin, et jugeant la version d'une extrême difficulté, je cherchai, mais en vain, à lui donner une meilleure direction. Ayant introduit deux doigts dans la bouche de l'enfant, je fus tout étonné de me les sentir sucer avec force. Émerveillé, pour ainsi dire, de ce phénomène, j'en fis part aux assistants, qui n'en furent pas moins surpris que moi. Pendant une demi-heure je portai plusieurs fois les doigts dans la bouche de cet enfant, qui respirait sans être né, et toujours il les suçait avec la même énergie.

L'accouchement se termina à six heures du matin par les seules forces de la nature. L'enfant, petite fille du poids de 6 livres, pleine de vie, suçait avec avidité le sein de sa mère une heure après sa naissance.

L'auteur n'aura-t-il point confondu dans ce cas la *pression* exercée par les lèvres avec la succion véritable? Le premier phénomène serait on ne peut plus naturel, tandis que le second, s'il a eu lieu véritablement, se rapprocherait de ces faits de respiration intra-utérine de la possibilité de laquelle les exemples plus ou moins contestables de vagissement utérin, rapportés par divers accoucheurs, sont jusqu'ici la seule preuve. Remarquons encore qu'ici les membranes étaient déjà ouvertes et la tête descendue dans l'excavation, ce qui rendrait le phénomène moins inexplicable. Remarquons enfin, au point de vue médico-légal, que l'enfant, dans ce cas, n'aurait en suçant exécuté qu'un acte *d'inspiration*, mais n'aurait point *respiré*, puisqu'il ne se serait point introduit d'air dans sa poitrine. Le fait, fût-il bien constaté, ne prouverait donc nullement la possibilité de la respiration avant la naissance et n'altérerait en rien la justesse de cette conclusion, qui affirme que la vie a eu lieu toutes les fois qu'on trouve les traces du passage de l'air dans les poumons.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 AOUT.

NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR CERTAINS ANÉVRISMES SANS OPÉRATION, A L'AIDE DE LA GALVANO-PUNCTURE.

M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, envoie à l'Académie un troisième mémoire sur ce sujet. On se rappelle que, dans deux mémoires précédents, l'auteur a rapporté des exemples de guérison extemporanée d'anévrismes à l'aide de la galvano-puncture, dont il a exposé les règles, les principes et les avantages. Dans ce nouveau mémoire M. Pétrequin, après avoir constaté les progrès qu'a faits cette méthode et les suffrages qu'elle a reçus, s'y occupe spécialement de deux points, savoir : l'analyse de l'action même de la pile, et le mode de décomposition du sang.

Voici en quels termes M. Pétrequin rapporte le résultat des expériences et des recherches qu'il a faites sur ces deux points :

« La possibilité de ce dernier phénomène (la décomposition du sang) ayant été mise en doute, je tenais à la démontrer par des faits irrécusables pour les plus incrédules. J'avais d'abord expérimenté sur du sang humain au moment où l'on venait de le retirer de la veine : on voyait le liquide se coaguler sur le trajet des épingles à acupuncture, et ce résultat ne pouvait que donner beaucoup d'espoir; car c'était un expériment sur l'homme et non sur les animaux, où ce fluide a souvent des propriétés et une plasticité si différentes.

» Mais le sang est très-opaque et ne laisse pas toujours voir nettement les détails intimes de l'opération ; j'ai donc cru devoir supplémentairement choisir un autre liquide qui permît de mieux saisir l'ensemble du phénomène, et j'ai jeté les yeux sur le lait, qui, sous ce rapport, a le plus d'analogie avec le sang. J'ai fait arriver les deux pôles dans une petite coupelle qui était à demi pleine de lait, et je les ai croisés; j'ai pu suivre et faire voir tout le mécanisme de la coagulation. A chaque contact, une multitude de petits globules se précipitent instantanément sur le trajet des aiguilles, se multiplient sous l'influence du galvanisme, et se réunissent par une masse de grumeaux qui servent de charpente à des coagulations nouvelles. L'expérience est des plus probantes.

» Quant à l'action de la pile, elle est des plus complexes ; lorsqu'on en analyse attentivement les effets, on peut, ce semble, les rapporter à trois chefs principaux : 1° action électrique sur les nerfs ; 2° action calorifique ; 3° action décomposante sur les fluides. Or cette distinction, que personne à ma connaissance n'a jusqu'ici songé à établir, est des plus importantes; on conçoit, en effet, que les deux premières puissances sont ici plus qu'inutiles; elles sont même dangereuses, car l'une ébranle le système cérébro-rachidien, énerve le patient, et lui fait subir en pure perte de douloureuses secousses électriques. L'autre produit l'ustion des tissus vivants, cautérise tout ce qu'elle touche, et amènerait des escarres et même la gangrène, si elle portait avec force sur une certaine étendue de surface. Il faudrait donc chercher à annihiler ces deux puissances. J'espère en avoir trouvé à peu près complétement les moyens. Quant à la troisième, il importe d'augmenter son action en même temps qu'on diminue au contraire celle des deux autres. Je ferai bientôt connaître les précautions à l'aide desquelles on peut résoudre cet important problème d'une manière satisfaisante, d'autant mieux qu'en les négligeant, on pourrait avoir les accidents que j'ai signalés. »

M. Pétrequin termine son mémoire par la relation d'un nouveau cas d'anévrisme volumineux du pli du coude, consécutif à une saignée, guéri par la galvano-puncture en une seule séance.

CONSERVATION DES MATIÈRES ANIMALES.

M. ÉDOUARD ROBIN adresse une nouvelle note sur la conservation des matières animales. Dans une note précédente, M. Robin a avancé que l'intervention de l'oxygène libre et humide étant essentielle pour que la putréfaction puisse avoir lieu dans les substances animales et végétales, les agents capables d'absorber à la température ordinaire l'oxygène humide sont nécessairement antiputrides.

D'après cette théorie, l'acide sulfhydrique en solution aqueuse, corps qui, dès la température ordinaire, absorbe avec tant de facilité l'oxygène humide et donne naissance seulement à de l'eau et à un dépôt de soufre, devait être mis au nombre des bons antiputrides. Néanmoins, comme les auteurs le rangent parmi les putréfiants, M. Robin s'était abstenu de le citer. Il a expérimenté depuis avec l'acide sulfhydrique en solution aqueuse; il a trouvé que, conformément à la théorie, cette solution, loin d'être putréfiante, s'oppose énergiquement à la putréfaction des matières animales.

Le 31 juillet, deux bandes de chair musculaire d'un poids égal et provenant d'un même morceau de bœuf ont été introduites, l'une dans un flacon d'acide sulfhydrique en solution aqueuse, l'autre dans un autre flacon d'égale capacité et rempli d'eau ordinaire aérée. Les deux flacons, fermés exactement avec des bouchons à l'émeri, puis mastiqués, ont été mis dans un même lieu. Le 2 août au matin, il a examiné l'état des matières : la chair qui plongeait dans l'eau aérée était déjà devenue plus légère que ce liquide; elle répandait une odeur infecte. La chair plongeant dans la solution aqueuse d'acide sulfhydrique n'avait éprouvé aucune sorte d'altération putride. A l'instant où elle avait été introduite dans la liqueur, elle avait pris une couleur de bœuf cuit, elle l'a conservée. Après l'avoir retirée de la solution, M. Robin l'a lavée à l'eau ordinaire; elle a perdu presque toute odeur d'acide sulfhydrique et n'a répandu aucune odeur étrangère.

Le sulfhydrate d'ammoniaque en dissolution aqueuse très-étendue s'oppose aussi à la fermentation putride; seulement, il peut détériorer les matières animales.

— M. Valenciennes lit de nouvelles recherches sur la famille des *clupées*.

— M. Guérin-Méneville lit des observations sur les mœurs et l'anatomie des scolytes des ormes, et plus spécialement du *scolytus destructor*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Aubert-Roche, qui demande à être autorisé à exposer devant l'Académie quelques nouveaux documents relatifs à la question de l'incubation de la peste.

M. Prus appuie la demande de M. Aubert-Roche.

M. le président consulte l'Académie, qui décide que M. Aubert-Roche sera entendu.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. Gendrin relative à l'hystérie (M. Gendrin annonce qu'il communiquera incessamment sur ce sujet un mémoire étendu dont il expose les principales conclusions); 2° une lettre de M. le docteur Junod ainsi conçue :

« Dans ce moment où les fièvres typhoïdes sont fréquentes, je crois de mon devoir d'appeler l'attention de l'Académie sur un moyen de dérivation presque instantané, qui seul a souvent réussi dans le traitement de cette maladie, pourvu qu'il fût employé dès le début.

» Dans les cas graves, le praticien trouve dans les congestions locales l'indication d'avoir recours à des dérivatifs internes et externes, et même aux émissions sanguines; toutefois, il est retenu par les accidents qui peuvent résulter d'une médication aussi active. Il est un moyen que nous employons avec plus de succès, c'est l'hémospasie, application d'une grande ventouse sur une extrémité, dont l'Académie des sciences a reconnu elle-même l'utilité. Jamais ce procédé n'est suivi d'accidents dans la maladie dont il s'agit; il offre au contraire des avantages incontestables : le premier d'opérer une révulsion puissante, active, prolongée, supérieure à tous les autres moyens employés à cet effet pour combattre les congestions locales, et de faire tomber cet érétisme particulier de la peau, qui se manifeste par une chaleur âcre.

Le second, de ne pas établir la dérivation sur des organes importants, tel que le tube digestif, et surtout de ne pas augmenter la prostration du malade.

» Nous appelons donc sur ce point l'attention des praticiens qui cherchent à remplir les indications qui se présentent dans cette dangereuse maladie.

» Agréez, etc. »

ÉPIDÉMIES.

M. Dubois (d'Amiens) est appelé à la tribune pour un rapport officiel au nom de la commission des épidémies. Ce rapport est relatif à une lettre adressée à M. le ministre de l'intérieur par M. C....., médecin à Orléans. Ce médecin propose dans cette lettre un plan d'organisation d'un service relatif aux épidémies et à la topographie médicale. Mais M. C..... ignore sans doute que ce service existe, et qu'il fonctionne depuis longtemps avec beaucoup plus d'ordre et de méthode qu'il n'en indique dans son projet. M. le rapporteur propose en conséquence de répondre à M. le ministre que la lettre en question est sans objet, et qu'elle ne mérite aucune attention.

Ces conclusions sont adoptées.

VACANCE.

M. Joly fait, au nom de la commission des onze membres, le rapport relatif au choix de la section à laquelle devra appartenir la prochaine nomination. La commission avait à opter entre trois sections qui sont relativement les moins nombreuses : la section d'anatomie et de physiologie, la section de physique et de chimie et la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale. Ayant pris en considération, d'une part, qu'une nomination prochaine devait avoir lieu dans la section d'anatomie et de physiologie, par suite de la perte récente de deux membres appartenant à cette section; d'autre part, que la section de physique et de chimie peut, au besoin, se recruter parmi les membres de la section de pharmacie, qui est une des plus complètes; enfin que la section de thérapeutique est des trois celle qui compte le plus petit nombre de membres valides et habituellement présents aux séances, la commission a décidé unanimement qu'elle proposerait à l'Académie de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. Cornac : Je suis surpris que la commission ait pris cette décision à l'unanimité. La section de thérapeutique n'est en quelque sorte qu'une succursale de la section de pathologie médicale qui compte vingt-trois membres, c'est-à-dire dix de plus qu'elle doit en avoir (son chiffre devant être réduit à treize); elle compte d'ailleurs elle-même treize membres et elle n'en doit avoir que dix, tandis que telles autres sections n'ont que le chiffre voulu : celle de physique et de chimie médicale, par exemple, qui n'a que dix membres. Je crois donc que le choix de la commission n'est pas justifié par les besoins réels de l'Académie, et je propose formellement, quoique je n'aie nullement l'espoir d'entraîner la décision de l'Académie, que la vacance soit déclarée dans la section de physique.

M. Joly : Le nombre des membres de la section de thérapeutique est effectivement de treize; mais par suite de l'état valétudinaire de quelques membres et de l'absence habituelle de quelques autres, le nombre des membres de cette section qui prennent une part active aux travaux de l'Académie se trouve réellement réduit à sept.

M. Honoré parle dans le même sens que le rapporteur, et appuie la conclusion.

M. Boullay ne partage pas l'avis de la commission. Ce qu'on a dit de la section de pharmacie, par rapport à celle de physique et de chimie, peut s'appliquer *à fortiori* à la section de pathologie par rapport à celle de thérapeutique, qui n'en est en réalité qu'un annexe. Il reproche en outre au rapporteur l'espèce d'analyse qu'il fait du personnel de l'Académie.

M. Orfila : Messieurs, comme président de la commission, je ne puis qu'appuyer la proposition qui vient de vous être faite en son nom. Il est évident qu'on ne pouvait pas songer à la section d'anatomie et de physiologie dans laquelle une vacance existe déjà par le fait et devra très-incessamment être proclamée; il restait la section de physique et chimie médicale; mais nous avons reconnu que la section de pharmacie renfermait des hommes très-compétents dans ces matières, et qui pouvaient compléter aisément la section de chimie. Quant à la section de thérapeutique, on n'a pas fait attention qu'elle se compose de deux parties, la thérapeutique proprement dite, par laquelle elle est effectivement connexe, comme on l'a dit, avec la pathologie, et l'histoire naturelle médicale qui en est tout à fait distincte; or c'est justement celle-ci qui n'y est pas suffisamment représentée. (De toutes parts : Aux voix ! aux voix !)

La proposition de la commission est mise aux voix et adoptée.

La parole est à M. Aubert-Roche.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Aubert-Roche monte à la tribune.

Il fait observer que la base d'une réforme sanitaire se trouve tout entière dans la vingt-neuvième conclusion du rapport, qui peut, en substance, se résumer en ces termes : « En dehors des foyers de peste, la période d'incubation est de huit » jours au plus après l'isolement. » Déjà, en 1841, M. Aubert-Roche avait établi, par des faits nombreux, dans un mémoire lu devant l'Académie, et sur lequel elle s'est prononcée en 1843, une conclusion à peu près analogue, à savoir : « Que » la période d'incubation ou de manifestation de la peste à bord des navires n'a » jamais passé huit jours à dater du départ. » Ces deux conclusions ayant pour base les faits, se corroborent et se soutiennent l'une et l'autre. On a, dans la discussion générale, beaucoup insisté sur les analogies qui existent entre la peste et le typhus, la fièvre jaune, etc. Il n'y a qu'une réponse à faire à ces objections, c'est que ces maladies ne sont pas la peste, et diffèrent entre elles autant par leurs symptômes et leur aspect que par le principe qui les produit. Les observations de M. Grassi, directeur de la santé d'Alexandrie et contagioniste, observations rapportées par la commission, prouvent que sur 5,240 personnes admises au lazaret d'Alexandrie, 43 seulement ont eu la peste sept jours après avoir quitté les pestiférés et les foyers d'infection. Les faits observés à bord des navires qui se rendent du Levant dans les lazarets de France, d'Italie, d'Autriche ou d'Angleterre, depuis 1720, constatent une période d'incubation de huit jours au plus après le départ. Mais, a-t-on dit, les sujets qui ont présenté la peste six ou sept jours après l'isolement pouvaient l'avoir contractée trois ou quatre jours avant l'isolement, ce qui remettrait la durée possible de l'incubation à onze ou douze jours. Cette objection est plus spécieuse que juste; peu importe que la maladie ait été contractée quatre ou cinq jours avant l'isolement ou le départ, s'il est prouvé par des faits qu'elle se manifeste toujours dans les huit jours qui suivent l'un ou l'autre.

L'analyse des cas opposés depuis 1841 à la période de huit jours démontre que toujours des erreurs ont été commises, qui transformaient et dénaturaient les faits au profit de l'opinion des contagionistes à longue période d'incubation. Les faits sont au nombre de seize. Les trois premiers ont été transmis par le ministre du commerce; le premier a trait à un bâtiment autrichien qui aurait eu 2 cas de peste à bord après l'arrivée dans le port; le deuxième, à un bâtiment turc qui aurait eu 6 cas de peste à bord après l'arrivée, plus un septième sur un portefaix maltais après dix jours et demi; le troisième, à un bâtiment turc qui aurait eu 1 cas de peste après quarante-sept jours de départ, seize jours d'arrivée. Les documents transmis à M. Aubert-Roche par le gouvernement général de Malte ont démontré que le premier fait est apocryphe, que dans le deuxième il y avait eu des morts en route, et que le portefaix avait été atteint six jours après avoir quitté le

bord ; que dans le troisième il y avait des malades pendant la traversée, et après l'arrivée, que les chiffres de seize et dix-sept jours étaient de pure invention, et que la patente du bâtiment était fausse. Dans le quatrième, donné comme exemple d'incubation de onze jours (navire *le Léonidas*, 1838), le premier malade fut atteint huit jours après le départ, le second l'était au moment du départ. Le cinquième fait, communiqué par M. Pariset, a été inventé de toutes pièces, et l'honorable secrétaire perpétuel a été trompé, comme il résulte des documents officiels de l'administration des postes.

Passant en revue de la même manière et en détail les faits dus à M. Ségur-Duperron, M. Aubert démontre qu'ils sont loin d'être entourés des garanties d'authenticité nécessaires, que la plupart sont douteux, que quelques-uns sont altérés par les capitaines de navires ; il fait remarquer que M. Hamont lui-même, qui pendant longtemps a vécu en Égypte, n'a pu constater un fait d'incubation de plus de huit jours, lorsqu'il habitait les foyers d'infection.

En résumé, sur seize faits :

Dans cinq, les chiffres étaient énormes (les deux bâtiments turcs, *Bola*, *Léonidas*, *les Cinq-Sœurs*) ;

Dans quatre, d'autres maladies ont été transformées en peste (*Jason*, *Argentine*, *Notre-Dame-de-Lorette*, *Lycurgue*) ;

Dans trois, on a oublié de rapporter ou de prendre en considération des circonstances qui en changent la portée (*Heureuse-Sabine*, *Millide*, *Tigelmis*) ;

Dans un, l'endémicité bien constatée a été oubliée (*Koulili*) ;

Enfin, deux ont été fabriqués de toutes pièces (le bâtiment autrichien et le suédois).

Nous avons constaté des erreurs flagrantes, ajoute M. Aubert, nous avons donc le droit d'exiger les pièces les plus authentiques. Ce n'est plus à nous à démontrer le peu de valeur des faits qu'on nous oppose, mais à nos adversaires à en prouver la vérité. De tout ceci résulte que la limite de huit jours pour la période d'incubation reste intacte et demeure acquise à la science ; sur cette période, on peut donc baser sans crainte toute la réforme des quarantaines.

M. Hamont a la parole pour la suite de la discussion sur le premier article du rapport.

La commission, dit M. Hamont, a avancé que la peste a existé et pris naissance spontanément en Afrique, en Asie et en Europe. Les conséquences de ce fait sont importantes et justifient la discussion sérieuse dont cette première proposition est l'objet.

Pourquoi la peste n'aurait-elle pas existé spontanément dans les lieux indiqués ? Quand on a vu la peste d'Égypte on est aisément convaincu que la peste n'est point due à une influence épidémique, mais à des causes locales. Or ces causes locales, qui produisent la peste en Égypte, ont évidemment existé en Asie et en Europe. Si la maladie ne s'était montrée qu'en France, on pourrait peut-être conserver quelques doutes à l'égard de son origine et croire qu'elle n'y est venue que par voie de communication ; mais elle s'est montrée aussi dans la Pologne, en Autriche, en Russie, en Angleterre, en un mot sur tous les points de l'Europe et partout où se rencontraient les mêmes conditions d'insalubrité ; on est donc forcé d'admettre comme un fait le développement spontané de la peste en Europe à une certaine époque.

Il y a dans ce fait un enseignement profond. Toutes les causes que M. le rapporteur a énumérées comme étant aptes à produire la peste se trouvent réunies en Égypte ; il en résulte donc bien évidemment ceci : c'est que la peste n'est pas due, comme on l'a dit, à une constitution épidémique spéciale. La peste est toujours endémique en Égypte ; si elle était le résultat d'une constitution pestilentielle, on devrait voir tous les sujets en être atteints indistinctement, dans quelques conditions qu'ils se trouvassent placés, soit habitant les villes ou les campagnes, réunis ou isolés. Or on voit justement le contraire.

D'un autre côté, partout où l'hygiène publique et l'assainissement ont fait des progrès, on a vu cesser graduellement et disparaître la peste ; or l'hygiène aurait-elle pu avoir une pareille influence sur une constitution épidémique pestilentielle ?

Une autre preuve qui me semble militer encore contre l'idée d'une constitution pestilentielle, c'est l'effet heureux de l'isolement. Il en est, en un mot, de la peste comme de la lèpre, qui a disparu partout où l'hygiène a détruit les causes d'insalubrité.

Il est un point sur lequel, ajoute M. Hamont, on n'a peut-être pas assez insisté dans cette question : c'est celui qui est relatif à l'importation. On a cité la Syrie, Smyrne, Constantinople, comme autant de points où la peste a éclaté spontanément. Je ne nie pas que la peste n'ait pu éclater spontanément en Syrie, par exemple ; mais il est un fait constant, c'est que depuis l'établissement des lazarets dans ce pays, les ravages de la peste y sont notablement réduits. M. Hamont rapporte à ce sujet le texte d'une lette de M. Lesperanza, médecin de l'un des lazarets de Syrie, qui tend à confirmer l'exactitude de son observation.

On a insisté dans la dernière séance sur la nécessité de s'astreindre, dans les conclusions du rapport, à ce qui concerne la législation sanitaire. C'est, suivant moi, méconnaître entièrement le rôle qui revient à l'Académie. Son rôle serait nul évidemment s'il se bornait à cela, puisque l'administration est déjà fixée sur la durée à donner aux quarantaines et sur les modifications à introduire dans la législation sanitaire actuelle. Le point de vue sous lequel il importe surtout que l'Académie envisage cette question est celui de l'hygiène publique. Tout le monde est d'accord sur l'importance de cette partie de la question.

Je me résume en proposant d'ajouter à la conclusion de la commission ces mots : « La peste disparait au fur et à mesure de l'assainissement des pays où elle régnait et de l'établissement des lazarets. »

M. Desportes : La première conclusion sur laquelle la discussion me semble devoir continuer est toutefois celle qui, de ma part, dans l'examen général que j'ai fait du rapport, a été le sujet d'objections moins décidées. (23 juin ; Bull. de l'Acad. roy. de méd., 15 juillet.)

Toute la différence sur cette conclusion entre ma pensée et celle de la commission, a consisté dans la distance qui séparait le doute qui me préoccupait de l'assertion affirmative que pose résolument la commission.

J'ai dit alors, quant aux provinces du Danube, que j'hésiterais, sur les seuls documents, au nombre de trois, à prendre un parti. Ces documents me paraissaient insuffisants. De plus j'avais par devers moi un renseignement dont je devais remettre à faire usage, ce me semblait, dans la discussion encore aujourd'hui pendante.

Mais mardi dernier, M. le rapporteur, au nom de la majorité qu'il représente, a déroulé devant vous un nombre notable de citations, avec l'intention de vous les faire recevoir comme preuve à l'appui de la première conclusion, et à savoir que la peste a pu naître jadis presque partout en Europe, et en France surtout, par l'influence de causes locales et épidémiques. La question étant amenée à cet état, je crois devoir y suivre M. le rapporteur.

Il a, en cette circonstance, cessé de témoigner de son primitif dédain pour le passé de la science, et je ne puis que l'en féliciter. Mais je ne m'attendais pas à ce qui lui est arrivé... ; je ne pouvais pas m'attendre à ce que de la foule de citations qu'il est venu accumuler sur un point de la discussion de sa première conclusion il en ferait sortir une preuve, loin de s'apercevoir que, sinon tous les faits, au moins la plupart qu'il vous a rappelés, tendaient naturellement à produire un effet contraire. En l'écoutant, je m'imaginais qu'il allait finir, en employant une certaine transition, par convenir que la première conclusion de son rapport était peut-être trop affirmative, et qu'elle pourrait être modifiée par une expression de doute.

Mais une expression de doute, on la chercherait en vain dans tout le volumineux rapport. On y fait toujours parler la science médicale avec une certitude surprenante, avec cette sorte de certitude de divers auteurs, qui a dû justement effrayer et exciter de longs étonnements chez les générations successives de médecins qui ont su, par des études assidues, reconnaître les obstacles à vaincre pour arriver à la certitude possible en médecine.

Au reste, il me faut l'avouer, toutes ces longues citations sur la peste en Europe et en France, loin de rencontrer dans cette enceinte, mardi dernier, quelque discrédit, ont été accueillies avec faveur par plusieurs académiciens, qui ont même fait entendre ces paroles : « Mais personne ici, monsieur le rapporteur, ne vous conteste cela. »

A ces mots, j'ai demandé à parler ; je leur en fais mes profondes excuses ; mais moi je conteste cela, et je le conteste avec fermeté, m'exposant ainsi fort volontairement et de nouveau aux signes, plus dédaigneux que négatifs, que peuvent exciter mes opinions scientifiques. J'avoue néanmoins que ce n'est pas sans regret que je prends seul cette position ; je n'aime pas à être trop affirmatif.

Non ce n'était pas la peste d'Orient, la peste vraie, la peste qui vous occupe depuis quelque temps, que la plupart de ces maladies, qui, sous le nom de peste cependant, ont affligé notre France, et sur lesquelles M. le rapporteur vous a fait de très-nombreuses citations.

Il peut insister autant qu'il le voudra sur ce que l'on a désigné ces maladies de la France et de l'Europe par le nom de peste, sur ce qu'on a employé pour elles le mot *lues*, et sur ce qu'on les a signalées comme ayant donné lieu à des bubons à l'aine et à l'aisselle ; non la plupart de ces maladies n'étaient pas la peste vraie, ou d'Orient. C'étaient purement et simplement là des fièvres putrides et malignes, le typhus *gravior*, produits sous l'influence de causes morbifiques très-intenses.

Vous ne craignez pas certainement, messieurs, que j'aille entreprendre de soutenir ma thèse par de longs développements. Je n'ai besoin que de marquer quelques points saillants, en laissant à vos souvenirs scientifiques à ajouter la preuve.

Je ne puis m'imposer d'assez étroites limites, puisque je ne veux après tout que faire naître le doute en vos esprits.

Ce serait prétendre sur un bien faible motif, comme le fait cependant M. le rapporteur, que les maladies qu'il a citées étaient toutes la peste vraie, parce qu'on les a décrites sous le nom de peste, de *lues*. Il fallait, avant de se prononcer ainsi, examiner si alors ces mots *peste* et *lues*, ainsi appliqués, n'avaient pas éprouvé dans leur signification quelque modification, et si les auteurs qui s'en servaient les avaient employés dans leur acception première, ou dans une acception simplement comparative. Ne sait-on pas que les mots *lues*, *peste*, *pestilence*, *contagion* ont été appliqués à plusieurs maladies qui n'avaient avec la peste vraie, ou d'Orient, d'autre rapport qu'un grand danger ?

Il en a été de même du mot *bubon* ; s'il indique dans la peste d'Orient une certaine tumeur inflammatoire à l'aine ou à l'aisselle, il a exprimé depuis aussi la présence d'un simple abcès, ou d'un abcès comparable en quelque chose au bubon de la peste ; il y a eu le bubon syphilitique, le bubon scrofuleux et le bubon ou abcès dans les fièvres putrides et malignes ; jusqu'à des abcès de nulle importance ont été désignés par le terme corrompu, vieux et populaire, de *bobo* pour *bubon*.

Les mots *lues* et *bubon* ont changé d'acception dans le cours des temps par les mêmes causes qui décident du sort de tous les autres mots d'une langue. D'une part les théories, les opinions et les besoins du moment ont porté les médecins à ces changements ; il y a eu un temps où ils n'ont plus soigné de fièvre putride et maligne, mais une sorte de peste, puis la peste même, comme depuis quelques années le typhus *mitior* et *gravior*. D'autre part, les populations se sont prêtées à ces nouveautés : tout malade a eu la peste, puis le typhus ; et tout malade est guéri ou mort de la peste ou du typhus.

Mais je ne veux pas arrêter plus longtemps votre attention sur des mots (*pestis, lues, bubon*) dont l'usage fait par les auteurs ne saurait seul servir de justification à une opinion sur ce qu'étaient certaines maladies.

Or les maladies sur lesquelles M. le rapporteur vous a présenté de très-nombreuses citations, et qu'il admet, sur les seuls mots employés par les auteurs, comme pestes, ces maladies, considérées en elles-mêmes, offrent des différences avec la peste vraie.

Elles n'ont pas, comme cette dernière, affecté de revenir presque périodiquement au bout d'un nombre à peu près constant d'années. On ne leur donnait plus le nom de fièvres putrides et malignes; on consentait encore à les appeler peste d'Europe ou d'Occident, mais elles étaient, ainsi qu'elles le sont encore aujourd'hui, des affections morbides d'une gravité extrême, mais à leur manière. Leur développement, un peu lent, était souvent signalé par des abcès qui, selon leur siége, leur forme et leur étendue, retenaient leur nom générique, ou prenaient celui de parotide, ou de bubon, ou d'érysipèle phlegmoneux. Que ceux d'entre vous, messieurs, qui ont étudié vers le commencement de ce siècle veuillent bien se le rappeler, ils ont vu, comme nous, plusieurs exemples de ces maladies; nos maîtres nous les montraient comme des analogues de la peste d'Orient lorsqu'il y avait un abcès ou bubon à l'aine ou à l'aisselle; car à cette époque la guerre d'Égypte et ses incidents étaient des actualités encore pleines d'émotions.

Au reste, les fièvres putrides et malignes présentaient moins souvent que la peste vraie, dans leur cours, des abcès, lesquels, plus rararement situés aux aines et aux aisselles, se formaient le plus ordinairement au col, ou surtout dans l'épaisseur de l'une ou des deux glandes parotides.

La mortalité de ces fièvres était en général moins inégalement répartie sur les trois stades de l'épidémie qu'on ne l'a remarqué communément dans les épidémies de peste vraie, dont le dernier stade n'offre pas quelquefois un seul cas de mort.

Peut-être, messieurs, et je l'espère un peu, ai-je, d'après ce que je viens de vous dire, fait pénétrer déjà dans vos esprits quelque doute sur la réalité de ces pestes de France et d'Europe, que M. le rapporteur vous expose comme en tout semblables à la peste d'Orient.

Mais ce doute auquel je désire vous amener, ce doute qui ne manque guère de s'emparer de tout homme lorsqu'il étudie les choses du passé, ce doute va, ce me semble, prendre tout à coup ici une intensité et une étendue persuasives. Daignez maintenant, messieurs, lire en quelque sorte avec moi divers passages d'un mémoire où l'on montre et les prétendues pestes de la majorité de la commission et la vraie peste d'Orient, frappant toutes les deux ensemble de souffrances et de mort une armée qui avait envahi les deux provinces du Danube, la Valachie et la Moldavie, et la ville de Iassi.

Comment ce mémoire, allez-vous me demander, n'a-t-il pas été employé par la majorité de la commission, elle qui vous a fait assurer par M. le rapporteur qu'elle avait tout lu, tout médité, tout pesé, tout éclairci et tout réédifié? La commission se chargera du soin de vous répondre... qu'elle ne l'en a pas jugé digne.

Certes l'existence simultanée des deux maladies était une occasion, après étude, de décider sinon toute la question, au moins une partie.

Je dois aller tout de suite au-devant d'une objection qui a déjà été à l'usage de la commission, et avec un grand tort pour elle peut-être. Voici la formule de son objection : « Le fait n'est pas authentique....., il manque des détails nécessaires. »

Le fait pourrait-il ne pas être authentique lorsqu'il s'est passé sous les yeux de tout le corps médical de l'armée et lorsqu'il a ouvertement exercé la sagacité de tous ces hommes et de leur chef, le baron d'Ash, tous mus en cette occasion par la nécessité, par le danger et par le sentiment d'un devoir à remplir?

Il est authentique, car il reparaît, et il ne pouvait pas être compris dans le discours de réception du baron d'Ash à l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg, puisque dans ce discours se trouve développée cette idée, entre autres, que les sciences en général, et la médecine en particulier, ont retiré de nombreux avantages de la guerre.

Maintenant les détails font-ils défaut? Veuillez me suivre, pour ainsi dire, du doigt dans ce que je vais lire ou commenter; et la question tombera d'elle-même. Toutefois ces détails laissent à désirer, et je persiste à ne vous demander que du doute sur le sujet.

L'armée offrit successivement, et en trop grand nombre, des malades dont l'affection morbide de chacun avait avec celle de tous les autres des points nombreux de ressemblance, et aussi des différences notables, lesquelles il fallait bien déterminer, peser et apprécier, car l'insuccès déplorable des traitements ne pouvait-il pas dépendre de cela? Il y eut donc à résoudre une question de diagnostic.

Le baron d'Ash, en sa qualité de chef du corps médical, et ayant ainsi toutes les prétentions inherentes au commandement, prétention à une perspicacité supérieure et prétention à la science la plus grande, n'en pouvait seul cependant venir à bout. Alors les subordonnés sont un peu déliés de leur réserve silencieuse, et ils osent exprimer leurs opinions. Parmi elles il en est une qui finit par prédominer; elle était due à un chirurgien vétéran expérimenté, dont le nom toutefois n'est pas prononcé, mais à la vérité suffisamment désigné par la charge de chirurgien-major de la maison ou couvent des filles nobles.

Ce chirurgien devait son expérience en cette circonstance à ce qu'il avait précédemment suivi des armées dans le même pays et dans des temps où de toute évidence il n'y avait pas là de peste d'Orient. Il connaissait bien les maladies endémiques de ces lieux.

Or, chez une partie des malades de l'armée, en 1772, il découvrait une affection morbide qu'il avait jadis traitée; et puis chez une autre portion des malades il voyait incontestablement la peste d'Orient.

Les deux maladies se distinguaient l'une de l'autre plutôt par des nuances de symptômes que par des signes tranchés.

La peste ainsi se décelait principalement par le siége habituel de ses bubons, et cela a été souvent le meilleur signe distinctif d'avec les cas où l'on avait affaire à la fièvre endémique, fièvre putride et maligne, accompagnée aussi de bubons ou d'abcès, et parvenue à son plus haut et plus funeste degré, comme elle se présente dans les climats chauds.

Lorsque les bubons manquaient, le médecin ne pouvait plus se décider que par la violence des symptômes et la rapidité de la marche de la maladie. Ainsi, on voyait un homme dans la soirée plein de santé, et le lendemain il ne pouvait plus répondre aux questions nécessitées par son état, tant étaient grands le désordre nerveux et la débilité. Des hommes tombaient sous l'atteinte de la peste comme frappés par la balle d'un mousquet, et se relevaient en vingt-quatre heures par l'effet d'un fort vomitif... Rien de pareil n'avait lieu dans la fièvre putride et maligne; elle aussi produisait des bubons, des abcès, et souvent n'en produisait pas, et toujours en moins grand nombre; tout en elle enfin marchait avec plus de lenteur.

Messieurs, la maladie fut observée avec attention : on nota que la peste s'accompagnait d'une douleur de tête profonde et semblable à celle que détermine la vapeur du charbon; que des bubons pestilentiels se montraient aux mains, aux pieds et le long de l'épine dorsale, et qu'alors le danger était le plus grand possible.

Quoi qu'il en soit, messieurs, d'après ce qui a été rapporté, n'est-on pas conduit tout naturellement à douter, et à ne plus vouloir confondre la plupart des pestes locales d'Europe, de France et des provinces valaques et moldaves, avec la peste d'Orient, quand on vient de les voir en présence l'une de l'autre, ayant chacune leur aspect, leur marche, leurs symptômes en propre? On ne peut pas rationnellement les confondre en une seule maladie, ainsi que vous le commandent impérativement M. le rapporteur et la silencieuse majorité de la commission.

Diront-ils que c'étaient deux pestes, quand la peste locale ne se transmet pas et quand l'autre fut unanimement attribuée à une transmission par les hommes (étrangers) et les choses, transmission que votre commission accorde sous le nom d'infection pour la vraie peste en général?

Reviendront-ils encore sur les bubons pour en faire l'attribut spécial de la peste, sur les bubons qui ne sont que des abcès avec une dénomination particulière, sur les bubons dont la fréquence ou l'absence dépend de la disposition de l'individu et du caractère propre à telle ou telle épidémie, etc.? etc. Cela n'est guère probable pour eux, qui n'ont pas mission de créer une nosographie et de trouver des signes tranchés, valables ou non, pour chaque maladie.

Mais alors que fera-t-on de la définition de la peste sur laquelle M. le rapporteur étend ses deux mains pour s'en réserver la propriété, tout comme un propriétaire craint pour son champ, quelque stérile qu'il soit? On passe et l'on oublie, après avoir dit : Une bonne définition ne peut sortir que d'un diagnostic approfondi de la peste.

Il est une remarque par laquelle je dois clore indispensablement ma discussion. Si, loin de douter sur sa première conclusion, M. le rapporteur persistait à vous faire déclarer que l'on a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe, vous auriez alors à le prier d'en tirer sur-le-champ la conséquence nécessaire, qui sera de demander le régime de la patente brute ou nette pour toutes les personnes qui, dans ces nombreuses contrées et en France, voudront se déplacer d'un lieu où autrefois régna la peste, et où n'existent pas encore aujourd'hui les conditions d'un bon état hygiénique. On doit se reposer de tout sur l'immobilité de la majorité de la commission.

Mais aussi, d'après toutes les considérations que j'ai rassemblées ici, et qui sont loin d'être, faute de temps, telles que j'aurais pu les exposer, mais qui sont suffisantes néanmoins pour vous faire douter, je me joins à la proposition de M. Adelon, de renvoyer à la commission toute la portion de son travail qui a trait à la première conclusion de son rapport.

Si cette proposition motivée et prudente n'était pas cependant adoptée, ce qu'à Dieu ne plaise, je me réserve de vous proposer secondairement un autre amendement. Mais la proposition de M. Adelon est tout à fait préférable.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE D'APRÈS LA DOCTRINE DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER, PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1845; par M. AL. ALQUIÉ (1), avec trois portraits lithographiés par l'auteur. Montpellier, 1845. Un vol. in-8°. Chez l'auteur.

Le livre de M. Alquié nous offre un intérêt plus qu'ordinaire. Ni le nom

(1) Quoique cet article ne fasse aucune exception, pour la verve et le talent, à tous ceux du même auteur, nous croyons cependant devoir déclarer, dans l'intérêt des doctrines de la GAZETTE MÉDICALE, que c'est moins le collaborateur du journal que le jeune chirurgien de l'école de Paris qui a pris fait et cause pour ses maîtres en relevant le gant jeté par le représentant d'une école rivale. Cependant, si notre extrême amour de la vérité nous fait prendre quelques réserves à l'égard des conclusions doctrinales, nous acceptons sans restriction aucune les faits cités par notre spirituel et savant collaborateur.

(NOTE DU RÉDACT. EN CHEF.)

de l'auteur, bien que fort avantageusement connu en littérature médicale, ni l'attrait, quelque vif que nous l'ayons trouvé, des développements de détail, n'eussent peut-être suffi pour le distinguer à nos yeux des publications plus ou moins analogues auxquelles chaque jour nous donnons un souvenir souvent effacé dès le lendemain. Son brevet de vitalité n'est point contestable ; il se lit au titre même de l'ouvrage dans ces quatre mots : « *D'après la doctrine de l'école de Montpellier*, » dont le reste du volume n'est que le commentaire et la démonstration. Existerait-il donc une chirurgie spéciale propre à Montpellier ? Cette secte dissidente posséderait-elle des caractères, des dogmes tranchés ? Prétendrait-elle à une supériorité théorique ou pratique quelconque sur les écoles qu'il lui plaît d'appeler ses rivales ?... Voilà des questions auxquelles hier encore nous étions loin de songer. Néanmoins puisqu'on les pose, puisque certaines tendances, dissimulées jusqu'ici, se présentent sous la forme avouée d'une provocation ouverte, nous demandons au moins à user du bénéfice de la position qu'on nous fait, à ne pas subir silencieusement l'accusation dirigée contre nos intentions et nos actes. La science peut y gagner quelques éclaircissements ; il ne dépendra pas de nous que les noms nécessairement mêlés au débat en reçoivent la moindre atteinte.

Le premier soin du professeur appelé à traiter d'un objet qu'il suppose nouveau pour ses élèves, c'est de le définir. M. Alquié devait donc d'abord caractériser ce qu'il entend par *chirurgie selon la doctrine de Montpellier*. Cela lui était tellement facile qu'il regrettera sans doute aujourd'hui d'avoir pensé un moment n'y pouvoir réussir que par la voie des contrastes. Au lieu de dire clairement ce qu'est l'école de Montpellier, à chaque instant il préfère dire ce qu'elle n'est pas ; et comme l'école de Paris se trouve ainsi seule à faire les honneurs de la définition, il n'est pas malaisé de prévoir les désagréments auxquels l'expose ce rôle de repoussoir. « Les théories mesquines de l'école de Richerand, la Gnide moderne, une pratique faible et rampante, un système qui déclare toutes les maladies organiques ou locales, une méthode de diagnostic faible et rampante, aussi mesquine que bizarre, etc., » voilà les plus saillants des traits que l'auteur a choisis pour nous peindre ressemblants. Nous passerons sur les expressions : M. Alquié écrivait un discours d'ouverture ; il était tout naturel qu'il demeurât maître et juge du degré de réserve que pouvait commander la circonstance. Attachons-nous seulement au fond. Il est évident que si une pareille peinture convient à Paris et ne convient point à Montpellier, cette unique différence va établir un argument sans réplique à l'appui des prétentions de l'orateur. Fort heureusement une définition, même aussi énergiquement dessinée que celle-ci, ne peut passer pour une démonstration ; quelque aisé que cela nous fût, nous ne perdrons donc point notre temps à contester la ressemblance, pas même à opposer portrait à portrait.

Puisqu'il est donc bien entendu que nous ne voyons, que nous ne voulons voir dans les sorties de notre honorable antagoniste qu'un moyen de mieux poser la question, nous continuerons à citer ses paroles sans craindre que sa bienveillance ait à s'alarmer du sens dans lequel nous les pourrions prendre. « A Montpellier, dit-il, le médecin opérant est moins *coupeur* qu'en d'autres lieux... Ailleurs on ne voit que des moyens opératoires parmi les ressources chirurgicales... les théories y sont toutes phénoménales et matérialistes... on n'y veut rien voir au delà du monde matériel et palpable... on s'astreint à admettre dans les maladies chirurgicales seulement ce qu'on voit, qu'on touche et qu'on entend... Les hommes y sont habitués à ne rechercher que des maladies locales et matérielles... ils y sont constamment absorbés par l'exercice presque exclusif des sens et par leurs données immédiates... Là, accordant la plus grande importance à tout ce qui ressort des sens, on apprécie l'habileté de l'opérateur une montre à la main, etc. » Nous citons, ce semble, assez largement pour exclure tout soupçon d'infidélité ou d'erreur. Ces extraits suffisent donc à faire connaître les reproches qu'on nous adresse ; mais ou l'amour-propre mis en jeu nous abuse singulièrement, ou ils suffisent également à les réfuter. Devant quels spectateurs espère-t-on donc affubler impunément d'un pareil manteau une école quelconque ? Et ce serait la Faculté qui a compté parmi ses représentants les Sabatier, les Dupuytren, les Boyer, les Sanson, la source d'où sortent les trois quarts des praticiens qui honorent la France par leurs talents et leurs services, la chaire sur laquelle chaque étudiant peut lire : *Je le pansay, Dieu le garit*, où régneraient d'aussi abrutissants principes dont le plus spécieux n'est qu'un monstrueux contre-sens ! Pour l'honneur de notre adversaire, nous refusons positivement de croire qu'il ait pu s'égarer jusque-là. Il est des méprises dans lesquelles on ne tombe point, à quelque degré que la distance puisse altérer la vue, et les passions le jugement.

Ces paroles subsistent toutefois ; la citation en est textuelle. Si nous ne pouvons consentir à nous en chagriner, il serait intéressant au moins de s'expliquer leur origine ; car toute erreur défendue par un homme d'esprit doit contenir un germe de vérité. Si nous ne nous trompons, M. Alquié, un peu trop éloigné de l'école qu'il voulait attaquer pour l'apprécier exactement, a cru pouvoir suppléer à l'inspection directe en examinant un plan de Paris sous le verre grossissant. De là cette exagération des proportions que sa plume, involontairement sans doute, n'a pu ensuite s'empêcher de reproduire. Mais en dégageant le fond même des amplifications de la forme, en rabattant sur cette estimation tout ce qui sciemment y a été surfait, ne reste-t-il pas quelque grief fondé en équité contre les doctrines qui y sont incriminées ? N'existe-t-il point réellement, non pas comme on l'écrit, un abîme, mais une différence entre les dogmes et la pratique de Montpellier et les dogmes et la pratique de Paris ? Circonscrite en ces termes, la question peut s'agiter avec fruit.

L'école de Montpellier s'est fait en médecine une réputation si belle et si méritée par ses dogmes, que tout naturellement elle devait concevoir le désir de posséder, en chirurgie aussi, une doctrine qu'elle pût revendiquer comme science. Le vitalisme avait inspiré les traités généraux qui lui servent en quelque sorte d'évangile et de code ; c'était donc au vitalisme encore qu'elle dut songer à s'adresser pour répandre sur ses productions en pathologie externe l'éclat et l'apparence d'originalité que projette toujours une grande vue d'ensemble, en d'autres termes un système. Rien de mieux jusque-là, si l'on s'était toujours tenu dans de justes bornes ; la science ne pouvait que gagner à voir les mêmes objets être examinés sous deux faces différentes à Paris et à Montpellier. Les tendances nécessairement trop exclusives de toute école qui a un point de départ et un but particuliers se trouvaient ainsi fort heureusement contre-balancées, et nul, à coup sûr, n'eût songé à se plaindre, si les deux camps rivaux se fussent contentés de travailler l'un sans l'autre, sans travailler l'un contre l'autre. Jusqu'à présent, il nous faut le déclarer, nous pensions qu'il en avait été ainsi ; les ouvrages si justement estimés du professeur Lallemand sur les rétrécissements urétraux, de M. Serre sur les autoplasties faciales, de M. Bouisson sur la lésion de l'artère fessière, de Delpech lui-même sur les maladies *réputées* chirurgicales, nous paraissaient avoir remarquablement contribué au perfectionnement de ce diagnostic *local*, de cette thérapeutique dirigée contre *une lésion d'organe*, qu'on a l'air de proscrire si fort aujourd'hui. D'autre part, on trouvait dans les travaux de nos grands chirurgiens assez de pages empreintes de la philosophie la plus orthodoxe, la plus élevée, pour qu'il y eût lieu, à notre avis, d'y regarder à deux fois avant d'accuser l'école parisienne tout entière du grief malsonnant de matérialisme en théorie comme en pratique ! Et cependant, malgré ces preuves irrécusables, ce semble, de bon accord, la divergence serait profonde entre les deux enseignements ! M. Alquié l'assure. Il fait plus : il exige hautement, au nom et presque pour l'honneur de Montpellier, que cette dissidence soit formellement reconnue et publiquement proclamée. Nous ne demandons pas mieux, quant à nous, s'il en est réellement ainsi, que de faire examiner à fond le terrain scientique pour que, à dire d'expert, on puisse évaluer et rapporter à leur véritable maître les fruits contestés qu'il a produits depuis quelques années sous l'empire d'une culture que, de bonne foi, nous croyions, nous, faire en commun. Mais avant de procéder à ce partage, il est une petite réserve qu'il nous paraît utile et légitime d'exprimer préalablement.

Au milieu du dix-neuvième siècle, après tous les progrès accomplis dans les sciences de déduction et dans celles d'observation, certaines aberrations seraient tellement inconcevables, tellement monstrueuses, que, sans trop de vanité, on peut à bon titre s'étonner de se les entendre encore reprocher. L'école de Paris abandonne volontiers à Montpellier le titre de *vitaliste*, et souvent elle s'est laissé elle-même sans réclamation nommer *anatomo-pathologique*. Mais ces appellations, pour des esprits d'une certaine culture philosophique, sont justement ce que deviennent, entre gens bien élevés, certaines expressions de forme blessante, mais consacrées par l'usage pour l'argumentation. Personne ne s'en choque, et elles passent sans tirer à conséquence, parce que chacun, d'un accord tacite, sait à quoi s'en tenir et de combien il faut rabattre sur leur portée apparente. C'est ainsi qu'en fait de systèmes généraux de médecine, les *vitalistes* attachent plus d'importance au principe immatériel de la vie, sans pour cela perdre de vue ce qui appartient à l'organisation locale et à la fonction considérée isolément. De même ceux qui se laissent aujourd'hui appeler *anatomistes* donnent sans doute plus d'attention à ce dernier ordre de phénomènes ; mais ils ne cessent pas néanmoins de les rapporter en principe à leur cause première, dont seulement en général on sait qu'ils reconnaissent plutôt qu'ils n'étudient l'influence. Mais, je le demande instamment, est-il, dans toute l'école anatomique, un seul homme qui ait jamais nié l'existence d'un monde psychique et impalpable ? A qui donc pourrait convenir l'apostrophe suivante de notre adversaire :

« Aveuglée par cette théorie étroite qui ne veut rien voir au delà du monde matériel et palpable, la secte sans cesse antagoniste de l'école de Cos se persuade que l'on peut se livrer à une science quelconque sans recourir à des principes cachés et nullement sensibles. » (M. Alquié, p. 13.)

Nous déclinons formellement cette situation où l'on voudrait nous traquer. L'école de Paris, il est vrai, a plus d'une fois simplifié l'explication de cer-

tains phénomènes en découvrant dans une sphère appréciable leur cause qu'on croyait jadis perdue dans la région des puissances occultes; mais elle a toujours posé très-expressément des bornes à ses recherches dans cette voie : et si elle ne peut aller jusqu'à admettre avec M. Alquié que « le calorique, l'électricité, la lumière et le magnétisme ne sont autre chose que des *causes abstraites ou métaphysiques* » (voy. ouvrage cité, même page), elle se plaît en revanche à déclarer bien haut que ces fluides impondérables n'ont pas plus leur origine *réelle* dans le corps qui les dégage qu'un mouvement du bras ou de la jambe n'a la sienne dans un point quelconque de la masse encéphalique.

La discussion étant ramenée maintenant à des bases sérieuses telles que nous les pouvons accepter, il nous reste à établir contre les assertions de notre critique deux points principaux, et nous demandons la permission de les formuler catégoriquement : 1° L'école chirurgicale de Paris ne néglige, ni dans son enseignement, ni dans sa pratique, la considération de l'état général des forces vitales, qu'on lui reproche de ne pas faire entrer suffisamment en ligne de compte dans le diagnostic et dans la thérapeutique. 2° La préoccupation des pensées de cet ordre, un peu trop prononcée à l'école de Montpellier, fait qu'on y envisage parfois la partie locale et matérielle des phénomènes pathologiques sous un jour qui tend à fausser leur interprétation et à altérer la valeur des indications curatives auxquelles ils pourraient fournir.

1° L'inculpation à laquelle nous tenons à répondre en premier lieu se trouve assez nettement exposée dans les lignes suivantes de M. Alquié :

« Ce n'est point dans l'école de Montpellier que se forma la scandaleuse séparation de la médecine d'avec la chirurgie. L'idée de cette disjonction irrationnelle ne pouvait naître au sein d'une école où l'homme est regardé comme un être organique dans lequel tout conspire, tout agit vers le même but; mais bien parmi les disciples de la Gnide moderne, dont l'esprit absorbé dans l'étude isolée de chaque partie du corps sain ou malade oublie sans cesse le lien supérieur qui tient tous les actes de l'économie enchaînés sous les mêmes lois générales..... Si vous considérez en effet les maladies chirurgicales comme purement locales et organiques, si vous croyez le cancer, la cataracte, le pied-bot, des altérations limitées à la partie lésée, pourquoi n'y verriez-vous pas des maladies presque étrangères aux lois élevées de la médecine, presque indifférentes aux affections internes si attentivement interrogées dans la pathologie médicale? La philosophie de l'école de Montpellier ne saurait tolérer une manière de voir aussi erronée....., etc. » (P. 9.) Voici l'acte d'accusation; après ce que nous avons dit plus haut, il serait sans intérêt de s'y arrêter davantage. Passons donc aux preuves.

« En attirant toujours l'attention sur les puissances internes de l'économie, continue M. Alquié, l'antique vitalisme dirige l'esprit vers les véritables sources d'un grand nombre de lésions réputées chirurgicales.... S'agit-il d'une carie, la doctrine de Cos n'en trouve point la source dans les modifications palpables des éléments terreux ou organiques de l'os atteint, comme le veulent les chimistes et les mécaniciens, mais bien dans un vice des forces vitales, etc..... Notre doctrine reconnaît dans la cataracte, non l'effet des rayons solaires, d'une intempérie ou d'un exercice abusif de la vision, mais bien le résultat ordinaire de l'influence dynamique, de l'âge avancé, de l'hérédité ou des affections pathologiques diverses. Le disciple de Cos examine-t-il la fluxion ou l'inflammation qui précèdent ou accompagnent la formation du squirrhe, il ne peut y trouver la cause du cancer, comme l'avance Broussais; mais remontant aux véritables sources des phénomènes, il découvre l'origine de cette cruelle maladie dans une lésion générale et particulière de l'organisme vivant. » (P. 15 et 16.)

Nous reviendrons bientôt sur ces singuliers reproches et nous n'aurons pas de peine à faire voir que, loin de nous porter la moindre atteinte, ils contiennent l'aveu le moins contestable de l'infériorité pratique de la doctrine qu'on vient nous vanter. Mais il ne s'agit, pour le moment, que de savoir jusqu'à quel point Paris peut les mériter. La réponse, franchement, ne laisse pas que d'être embarrassante, non pas, il est vrai, à trouver, mais à présenter de façon à ne choquer aucun amour-propre. Soyons francs, néanmoins, et parlons sans plus d'ambages qu'on n'en met avec nous. A qui croit-on persuader que nos médecins regardent le *cancer*, le *pied-bot*, comme des maladies *limitées à la partie lésée?* Est-ce en arguant du perfectionnement qu'ils ont su donner au diagnostic et à la thérapeutique locale de ces affections, qu'on espérerait surprendre contre eux une sentence de matérialisme? De même, les altérations du tissu osseux dans la carie ont été étudiées parmi nous avec un succès remarquable dans ces dernières années; et c'est sans doute pour cela que M. Alquié conclut que nous voyons *la source de cette maladie dans les modifications palpables des éléments terreux ou organiques de l'os atteint.* Mais les écrits et la pratique de nos illustrations chirurgicales déposent trop hautement contre la légitimité de pareilles déductions pour qu'on puisse jamais se flatter de les faire accepter comme l'expression de la vérité. L'investigation des désordres locaux, il faut bien l'avouer, est poussée, dans quelques-unes de nos chaires, avec une sorte de fanatisme, et nous n'avons pu retenir un sourire en lisant dans l'ouvrage de M. Alquié le tableau diagnostique des arthropathies, tel qu'il est journellement exposé dans un certain enseignement clinique officiel de la capitale. Mais il nous répugnerait de rendre tous les professeurs solidaires des écarts de leur collègue; et ce portrait, frappant de ressemblance tant qu'il se borne à reproduire une physionomie individuelle, n'aurait plus que le genre de mérite d'une caricature, si l'on en voulait faire la personnification de toute l'école.

C'est principalement le diagnostic que M. Alquié reproche aux médecins parisiens d'établir d'une manière incomplète. « Lisez, dit-il, dans les livres enfantés par le solidisme, les tableaux nosographiques, et vous y verrez les maladies considérées comme locales et constamment les mêmes. » Il est vrai que, pour sa première preuve, il a vraiment du malheur. Voulant justifier l'opinion qu'exprime cette proposition, il cite le passage suivant de M. Chomel : « Les *principaux* éléments dont se compose le diagnostic sont *d'abord* la détermination du siége de la maladie..... » (Chomel, PATH. GÉN., p. 479.) Or il est très-positif que, dans ce membre de phrase, M. Chomel ne parle que du siége; le voilà donc matérialiste au premier chef, et nous serions nous-mêmes tout disposés à le condamner comme tel, s'il ne se trouvait justement dans le texte cité deux petits mots, *principaux* et *d'abord*, qui expliquent assez la pensée de l'auteur, et que nous avons cru, pour cette raison, devoir souligner, afin de les recommander à l'attention de M. Alquié, lorsqu'il examinera de nouveau la question dans une situation d'esprit qui lui permette de mieux écouter les moyens de la défense. Mais passons sur cette *error loci*. Faute d'une autorité, l'observation ne manquera pas si elle est fondée. La grande différence entre Montpellier et Paris, c'est que le premier ne regarde le diagnostic comme terminé que quand, à la connaissance des altérations de l'organe, on a joint celle de l'état de l'économie tout entière, tandis que celui-ci ne s'enquiert guère que du siége topographique de l'affection et se déclare satisfait dès qu'il a pu nommer la région et le viscère malades. C'est ainsi du moins que M. Alquié fait leur part aux deux écoles rivales; et il n'est guère possible, en voyant l'insistance qu'il met à développer cette opinion, de douter qu'elle soit chez lui le résultat d'une conviction consciencieuse et inébranlable. A chaque page, il revient sur cette différence fondamentale, signale son point de départ dans la philosophie si diverse des deux sectes, montre à quels dangers peut conduire, dans la pratique, ce diagnostic incomplet, ce diagnostic local. Enfin, revenant au chapitre des témoignages, il fait appel à celui de nos professeurs qui s'est fait le plus récemment, en matière de diagnostic chirurgical, le renom mérité d'une autorité classique, M. A. Bérard : « Constamment absorbés, dit-il, par l'exercice presque exclusif des sens et par leurs données immédiates, les partisans de l'organicisme et du physiologisme voient dans ces sens et dans les moyens mécaniques les *sources* du diagnostic. (A. Bérard, DU DIAGNOSTIC CHIRURGICAL, etc., thèse, Paris, 1836.) » (Alquié, p. 22.) Puisque M. Alquié cite des noms et des textes, nous nous estimons heureux de pouvoir lui fournir l'occasion de compléter ses connaissances sur le sujet, en mettant sous ses yeux quelques phrases de l'auteur dont il critique les idées. Comme terme de comparaison, nous plaçons en regard un aperçu de la doctrine de Montpellier, emprunté littéralement à l'ouvrage même de M. Alquié.

« Pour l'école de Montpellier, le diagnostic des maladies chirurgicales est bien plus complexe, bien plus difficile que pour les systèmes médicaux; et le plus souvent elle ne trouve que la moitié de cette notion dans les tableaux nosographiques établis par ces théories. Ne bornant pas son examen dans un cas de fistule à l'anus, je suppose, à la détermination de ce conduit anormal, mais se demandant toujours la cause dynamique qui l'a produit fréquemment, notre école recherche si elle est de nature scrofuleuse, syphilitique ou autre, et si l'affection morbide n'a pas en même temps engendré des désordres dans d'autres points de l'économie. — Ailleurs, ces idées n'étant pas comprises des médecins, parce qu'elles sont en opposition nécessaire avec leur philosophie toute phénoménale et matérialiste, elles sont fréquemment niées, reprises et laissées dans le doute.

» Aussi, comparez le résultat des dogmes de diagnostic de l'une et de l'autre école; rappelez-vous combien de malades succombent après les opérations entreprises pour des tumeurs blanches et des suites de la phthisie

« En supposant que le chirurgien ait pu nettement reconnaître les limites du mal, les rapports des parties altérées avec les parties saines, qu'il ait en un mot accompli sa tâche en ce qui touche le diagnostic local, il ne devra toutefois se décider à entreprendre une grave opération qu'après avoir porté une inspection attentive sur l'état des principaux viscères, qu'après avoir, en un mot, diagnostiqué leur état normal ou pathologique. C'est une faute impardonnable d'amputer un membre chez un phthisique, de faire l'extirpation d'un sarcocèle chez un sujet qui porte déjà des tumeurs encéphaloïdes dans la région lombaire, de pratiquer une grande opération chez un malade dont le sang est contaminé par le pus exhalé dans une veine enflammée. Cette faute, on s'expose à la commettre si l'on se borne à un diagnostic local. »

(M. A. Bérard, THÈSE SUR LE DIAGNOSTIC DANS LES MAL. CHIRURG. Paris, 1836, p. 12.)

pulmonaire jusqu'alors tolérée ; rappelez-vous la cause de la mort de certains individus opérés pour un ostéosarcome, un sarcocèle, et vous comprendrez la justesse et l'excellence pratique de notre doctrine. »

(M. Alquié, p. 28.)

La question s'éclaircit, ce nous semble, et nous devons au moins savoir gré à M. Alquié de l'avoir bien voulu poser en termes catégoriques. Une accusation de tendance rend l'office du défenseur aussi embarrassant que celui du demandeur ; mais dès que l'on consent à énoncer des noms, des textes, des faits, la vérité ne saurait tarder à surgir. Ainsi M. Alquié cite M. Chomel : nous avons laissé parler M. Chomel, et il s'est vu à l'instant innocenter. M. Alquié prend ensuite à partie M. A. Bérard : nous avons donné la parole à M. A. Bérard, et l'on a vu chaque phrase, chaque ligne, chaque expression, démentir les intentions qu'on voulait prêter à ce professeur. M. Alquié soutient qu'à Paris on néglige de rechercher l'existence de la phthisie avant d'amputer, celle de certaines complications internes avant d'opérer le sarcocèle ; et justement voici que l'auteur inculpé par lui fait de cette recherche un principe formel pour le diagnostic, et choisit précisément, pour montrer les cas où elle doit impérieusement être faite, les deux exemples où on reprochait à son école de l'omettre. Nous pouvons donc nous arrêter là, quant à ce premier point ; et c'est ce que nous ferons après avoir cependant reproduit encore un passage justificatif. Entre vingt auteurs auxquels nous aurions pu l'emprunter presque au hasard, nous préférons celui-ci pour la triple raison de la réputation populaire dont il jouit à si juste titre, de la date toute récente de sa publication, et enfin du sujet même de l'ouvrage, où une tendance plus exclusive vers le côté mécanique de la chirurgie eût été, jusqu'à un certain point, excusée par le titre :

« Nous avons déjà émis en principe que nul n'est bon chirurgien s'il ne possède des connaissances médicales profondes ; il n'est pas en effet de maladie du domaine de la chirurgie qui ne puisse être compliquée de quelque affection morbide du ressort de la médecine proprement dite ; ainsi une plaie même légère, un phlegmon, un érysipèle, existent souvent avec des états bilieux ou muqueux ; que penserait-on d'un chirurgien qui ne saurait pas reconnaître ces états et les traiter ? Les maladies chirurgicales qui exigent les secours de la médecine opératoire sont fréquemment accompagnées d'engorgements, de tubercules ou de phlegmasies chroniques siégeant sur des organes importants à la vie, l'opérateur doit mettre en usage tous les moyens d'investigation pour en établir le diagnostic ; comment y parviendra-t-il s'il n'est pas médecin ? C'est depuis que l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie a été sanctionnée par tous les bons esprits qu'on a mieux su différer ou rejeter la pratique de certaines opérations, et qu'on a cessé de compromettre les intérêts de l'art et de l'humanité. » (Lisfranc, PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, 1845, t. I, p. 17.)

2° Notre tâche, jusqu'ici, n'a rien eu de difficile. Armés pour repousser une provocation, nous nous sentions soutenus par cette sympathie bienveillante que les juges du camp ne refusent jamais à celui qui combat pour son seuil et ses foyers. Serait-ce à nous une présomption trop téméraire d'espérer que ce sentiment nous accompagnera encore dans la seconde partie de la lutte ? Nous pourrions l'invoquer à plus d'un titre ; mais ce qui nous paraît du moins équitable, c'est qu'on n'aille pas le reporter maintenant sur notre adversaire, sous prétexte qu'il devient à son tour l'attaqué. L'agression n'est point de notre fait ; c'est nous qui les premiers avons été mis en demeure de répondre ; et si, après avoir paré les coups de l'ennemi, nous le poursuivons jusqu'à l'entrée de son camp, ce n'est là qu'un excès de prudence, que le complément d'une défense légitime.

L'école chirurgicale de Montpellier, avons-nous dit, se préoccupe trop de l'esprit, trop peu de la matière. Elle donne en pathologie tant d'importance à ce qui tient au principe vital qu'elle en méconnaît parfois ce qui est causé par la lésion de l'organe. Mais puisque nous avons dû répéter notre accusation, profitons de la circonstance pour déclarer très-explicitement qu'à nos yeux ce défaut n'est en général de la part de l'école ni un péché par action, ni un péché capital, ni un péché d'habitude. Il y a bien plutôt là une propension instinctive, une habitude théorique qu'il faut chercher pour la découvrir, qu'un délit matériel dont l'évidence frappe les regards et se traduise en résultats pratiques. C'est de ce côté que la doctrine incline ; mais elle n'incline point encore assez pour menacer de tomber. Ces réserves, nous les exprimons de notre plein gré et sans y être provoqués, parce qu'elles sont l'expression de notre conviction sincère : que notre adversaire n'y voie donc ni un sacrifice dicté par la politesse ni une concession faite pour regagner ensuite le bénéfice d'une indépendance plus entière ; aucun de ces deux mobiles ne saurait altérer notre langage, car nous avons toujours pensé qu'aux hommes qu'on estime on doit la vérité sans compliment, comme on la doit sans réserve.

Ou nous nous méprenons beaucoup sur la disposition d'esprit de nos juges, ou le côté faible de la chirurgie de Montpellier leur est déjà apparu dans les citations qui précèdent. Qu'un phénomène morbide s'offre à expliquer, une indication curative à déterminer, vous demandez une solution... le plus souvent c'est un mot qui se présente. Cette déception, remarquons-le bien, n'incrimine en rien le savoir ni le zèle de ceux dont les écrits nous la font trop fréquemment éprouver. Il ne faut s'en prendre qu'à la nature même des problèmes qu'ils se donnent de préférence la mission de vouloir résoudre. Ne s'attaquant en général qu'aux agents primordiaux, qu'aux sources immatérielles des choses de la nature, doit-on s'étonner que cette étude plus difficile que les nôtres leur ait livré un nombre moins considérable de solutions claires et précises ? On le sait, et ce n'est pas seulement de nos jours que les causes *premières* ont été nommées causes *occultes*. Tel qui craint de ramper terre à terre risque souvent de se perdre dans les nuages. Ce ne serait donc ni l'ardeur ni l'aptitude qu'on apporte à Montpellier aux investigations scientifiques que nous critiquerions, mais seulement la direction d'esprit dans laquelle elles s'y font. Les résultats d'ailleurs parlent trop haut pour pouvoir être contestés. Si, à Paris, l'on se demande la cause de la cataracte, de la carie, du cancer, de telle ou telle maladie organique ou vitale, sans doute la réponse ne sera ni toujours, ni pour tout complétement satisfaisante, mais au moins en jaillira-t-il quelque lumière. Posez maintenant les mêmes questions à Montpellier et permettez à M. Alquié de parler au nom de l'école : la cataracte... « est le résultat ordinaire de l'influence dynamique de l'âge avancé, de l'hérédité ou des affections pathologiques diverses (p. 16). » La carie!... « sa source est dans un vice des forces vitales qui constitue la nature et le véritable principe du mal (p. 15). » Le cancer!... « l'origine de cette cruelle maladie est dans une lésion générale et particulière de l'organisme vivant (p. 16). » Les maladies organiques ou vitales... « ont leur origine dans un mode vicieux du dynamisme humain (p. 15). » Eh bien! qu'en dites-vous ? Ne trouvez-vous pas ces explications assez claires et instructives ?

Toutefois ce vague des théories pathogéniques n'est pas le pire effet de l'esprit qui semble dominer à Montpellier. Il n'est pas moins certain, et l'on pourrait presque l'affirmer *à priori* que cette influence paralyse tout aussi radicalement l'essor des déductions dont le but est la thérapeutique. Le médecin sans cesse mis en présence d'un principe immatériel n'est que trop disposé à se laisser persuader qu'il n'a sur lui aucune influence. Au contraire, l'étude des lésions locales *rapetisse* peut-être *l'intelligence* et *suffoque le génie*, comme le dit notre critique ; mais du moins les problèmes n'apparaissent plus alors à une hauteur qui décourage ; on s'occupe plus volontiers de rechercher le mot de l'énigme quand il n'a pas d'avance été déclaré insaisissable, et entre-temps des notions fort précieuses pour la pratique s'acquièrent par cette voie. C'est ainsi que l'examen plus scrupuleux des caractères du rachitisme a conduit M. J. Guérin à formuler enfin contre cette affection un traitement efficace ; c'est ainsi que, par l'analyse chimique, M. Magendie a tant avancé la cure de la gravelle ; c'est ainsi que le strabisme, mieux connu dans ses symptômes et dans sa cause, a pu être guéri radicalement, qu'un coup d'œil attentif jeté sur le squelette de la face a créé l'amputation du maxillaire supérieur, que l'examen d'un exigu morceau de membrane, *l'éperon*, a fait imaginer par Dupuytren dans son entérotome le remède d'une des plus dégoûtantes infirmités, que M. P. Bérard, en décrivant quelques minces plans aponévrotiques du cou, a mis les opérateurs en garde contre les accidents mortels d'introduction de l'air dans les veines de cette région, etc., etc.

La raison de cette espèce d'infériorité que l'on reproche à l'école de Montpellier se trouve donc dans la propension même dont elle se fait gloire. Habituée à regarder de haut, elle ne voit les objets que dans leur ensemble ; aussi abonde-t-elle en vastes et splendides théories sur les sources de la vie, la nature du principe vital, les fluxions, la fièvre, les diathèses. Mais placez-la en face d'un phénomène local, d'une pulsation anormale, d'une tumeur, d'un déplacement, et demandez-lui-en l'explication (j'entends de ces explications qui, non contentes de dire pourquoi le fait existe, donnent de sa production une idée assez exacte pour qu'on puisse, certaines conditions étant données, prédire presque à coup sûr qu'il se renouvellera), et vous verrez ou plutôt vous avez déjà vu quelle sera sa réponse. Il n'y a là, du reste, rien d'humiliant pour la Faculté du Midi ; les écoles n'échappent pas plus que les hommes à cette loi suprême qui a voulu la variété dans la répartition des goûts et des capacités. Le savant accoutumé à méditer sur les systèmes philosophiques ne doit pas plus s'étonner de son inhabileté dans l'application pratique qu'un homme du monde en trouvant ses mains impropres aux rudes travaux du cultivateur ou de l'artisan. Moins que toute autre, sans doute, Montpellier aurait droit de se plaindre de son partage ; et nous connaissons bon nombre de médecins, voire même de professeurs, qui voudraient, et pour beaucoup, encourir les mêmes reproches que nous nous permettons d'adresser ici à notre sœur aînée. Mais le fabuliste l'a dit en vain :

. . . . Personne en la vie
N'est satisfait de son état.

Et nous sommes tellement certains de voir l'école de Cos réclamer contre cette distribution des rôles, quelque magnifique compensation qui lui y soit offerte, que nous ne saurions dès à présent insister pour tâcher de lui prouver amicalement combien le lot qui lui est échu convient à sa taille et à ses habitudes. Quelques exemples serviront merveilleusement à cet effet.

On avoue bien à Montpellier que dans la production des plaies, des fractures, l'influence vitale a moins de part que dans celle de toute autre maladie; mais on voit ce que la concession leur a coûté, et il n'est pas d'efforts qu'ils ne fassent pour rattacher, comme ils le disent, *à ces lois élevées de l'étiologie* la classe des lésions mécaniques. Remarquez que l'âge, la constitution, le tempérament, l'état sain ou maladif de l'individu, aident plus ou moins à l'action de la cause vulnérante : c'est ce qu'ils ne manquent pas de faire. Malheureusement ces notions sont de science vulgaire dans l'une et dans l'autre école; et, à moins d'aller un peu plus loin, celle de Montpellier restait donc exposée au danger de penser et d'agir ici absolument comme celle de Paris. M. Alquié ne l'a pas voulu; il lui pesait sans doute de subir, même accidentellement, avec la secte matérialiste une communauté imprévue de croyance. Si ç'a été là son mobile, s'il a cherché une occasion de planter à part son drapeau, personne assurément, après avoir lu les lignes suivantes, ne lui disputera qu'il n'ait parfaitement réussi : « Ne voyons-nous pas tous les jours, dit-il, le même coup, la même chute amener, chez des sujets semblables en apparence, des blessures différentes et par leurs caractères locaux et par leurs conséquences immédiates ou éloignées? — Pourquoi une même chute, une même contraction musculaire, produit-elle des fractures chez certains sujets adultes et vigoureux et nullement chez certains autres? Vous n'en pouvez accuser ici l'âge avancé ni une modification appréciable de tissu, car il s'agit de personnes jeunes et robustes. Il vous faut nécessairement admettre une résistance vitale différente chez ces divers individus. » (P. 17.) Ainsi deux hommes *semblables* par l'*âge*, la *constitution* et la *composition appréciable du tissu osseux*, reçoivent un coup *de même force* sur la jambe; chez l'un le membre est cassé, chez l'autre il demeure intact! Qu'en dira-t-on à Paris? Sans doute que, malgré l'apparente identité des conditions, le coup avait été plus *violent* chez le premier ou que ses os étaient plus fragiles. Point du tout! prononcera le docteur de Montpellier : c'est que chez l'un la *résistance vitale* a faibli, tandis que chez l'autre elle était assez puissante pour avoir pu inspirer au tibia la faculté de maintenir sa continuité... Nous n'ajouterons pas un mot, car nous n'avons vraiment rien à réfuter, et le lecteur doit être laissé libre de choisir entre les deux versions.

Nous emprunterons le second exemple à un autre auteur que M. Alquié. En 1842, l'un des plus brillants chirurgiens de Montpellier, aujourd'hui professeur agrégé de cette Faculté, M. Chrestien, vint disputer publiquement à Paris la chaire de Sanson. Plus d'une fois, dans le cours de ses épreuves, il s'attacha à reproduire les doctrines de l'*alma mater* qu'il venait de quitter. Pour bien faire juger ces doctrines, nous avons donc cru ne pouvoir mieux faire que de les recueillir de la bouche même de celui qui s'était rendu dans la capitale en quelque sorte exprès pour les y importer. Or voici comment la GAZETTE MÉDICALE rendit les paroles du candidat : « A propos d'un malade atteint d'ophthalmie, M. Chrestien a commencé par déclarer la guerre à ce travers de notre époque (ce sont ses expressions) qui s'attache, en ophthalmologie, aux plus minutieux détails, et change la médecine en une sorte de topographie de l'organe malade; ce qui conduit à ne voir la maladie que là où elle montre ses effets, et à ne lui opposer que des moyens topiques. Ces reproches sont en partie fondés; malheureusement M. Chrestien a compromis le succès de la réforme qu'il proposait sous ce rapport, en montrant par son propre exemple combien les effets en seraient pernicieux. Dédaignant les indications minutieuses de l'ophthalmologie moderne, nous l'avons entendu dire qu'il ne s'agissait pas de savoir si l'on avait affaire à une ophthalmie granuleuse, à une conjonctivite ou à une kératite, et que l'état général devait seul fixer l'attention du chirurgien, puisque seul il entretient l'affection. » (GAZ. MÉD., 1842, p. 268.) Disons tout d'abord que M. Chrestien, journaliste lui-même, ne s'est jamais, à notre connaissance, plaint de l'infidélité des comptes rendus de la GAZETTE MÉDICALE... bien au contraire. Maintenant, pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur des idées qui précèdent, il suffit, ce nous semble, d'une seule réflexion : en proscrivant le diagnostic local, vous proscrivez le traitement local. Or, sans parler de sa suprématie très-contestable, je l'accorde, de ses exagérations, de ses ridicules même, oseriez-vous, votre main de praticien sur la conscience, affirmer qu'il est toujours inutile? Au malade affecté d'une kératite ulcéreuse, envahissante, oseriez-vous conseiller de se borner aux saignées, aux purgatifs, etc., et de repousser tout moyen topique?... Le lecteur ne laissera pas notre question sans réponse, et sa réponse nous suffit.

Il manquerait quelque chose au portrait de l'école de Montpellier, si l'on y oubliait l'homme dont le nom résume presque à lui seul le lustre et la renommée. Écoutons donc Barthez; mais écoutons-le raconté par M. Lordat, car c'est là joindre au plaisir de méditer un profond penseur le charme d'une lecture attachante par sa clarté. Dans un chapitre de ses NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE LA SCIENCE DE L'HOMME, Barthez traite la question suivante : « Comment peut-on concevoir le rétablissement du pouls, dans la portion inférieure de l'artère, quelque temps après l'opération de l'anévrisme, dans le cas où le sang transmis par les collatérales était en trop petite quantité pour qu'il fût permis d'attribuer les battements à l'impulsion que le sang recevait du cœur? » Or voici, d'après M. Lordat, comment il résout le problème : « Barthez analyse un fait de cette espèce rapporté par Morgagni d'après Valsalva et Molinelli, et il conclut que la cause de l'unité vitale, éprouvant une révolution soudaine par la ligature de l'artère du bras, a cessé d'abord d'opérer les pulsations de la radiale, mais qu'elle s'est bientôt *accoutumée* (*sic*) à une lésion aussi grave de ce tronc, de manière que la sympathie avec le système artériel, renouvelée par le moyen des petites branches du même tronc, a suffi ensuite à la radiale pour reproduire les pulsations. » (Lordat, EXPOSÉ DE LA DOCTRINE MÉDICALE DE P.-J. BARTHEZ, p. 209.) A l'époque où Barthez publiait ces lignes, les observations de Haller et de Murray avaient déjà montré, dans le travail graduel de dilatation des collatérales, la vraie cause et de l'interruption momentanée des battements artériels et de leur réapparition ultérieure. Scarpa fécondait par de minutieuses dissections, par de patientes expériences cadavériques, ces premières données; et Barthez réimprima son explication! et, douze ans après, M. Lordat la reproduit encore! — Mais ce n'est pas l'inanité d'une pareille hypothèse qui doit le plus alarmer la critique; ses dangers surpasseraient bientôt sa fragilité même si, par impossible, elle venait un jour à s'accréditer parmi les praticiens. Un chirurgien qui va lier la fémorale pour un anévrisme poplité a soin d'établir préalablement une compression temporaire sur l'artère au niveau de la tumeur ou au-dessus, afin de dilater d'avance les collatérales auxquelles sera confié le retour du sang dans la partie inférieure du membre; il s'applique à choisir le lieu de la ligature de manière à laisser au-dessus du fil les branches les plus importantes. Au moment de l'opération, son bistouri tombe-t-il sur un point d'où naît une branche, il lie le tronc au-dessous et non au-dessus d'elle. Après l'opération, le sang paraît-il tarder à prendre son cours, il favorise le rapide développement de la circulation collatérale par des applications topiques de nature et de température appropriées..... Vaines précautions! s'écrie Barthez; si les battements sont suspendus, c'est par l'effet de la révolution qu'a éprouvée la cause de l'unité vitale. Laissez-lui seulement le temps de se remettre, de *s'accoutumer*; laissez le bout inférieur du vaisseau reprendre ses sympathies avec le système artériel, et les pulsations ne tarderont pas à reparaître..... à moins que, dans l'intervalle, la gangrène n'ait frappé le membre.

Mais ces aberrations, s'écriera sans doute le lecteur, appartiennent à quelques hommes, non à l'école; la sagacité, le positivisme d'esprit s'honorent et se considèrent à Montpellier comme à Paris; et parmi les progrès récemment accomplis dans l'étude locale des altérations de tissu, on en trouverait plus d'un que pourrait revendiquer cette Faculté où vous nous peignez la prédominance de l'esprit d'hypothèses!..... En ceci, le lecteur nous l'accordera, il ne ferait que répéter notre propre jugement. Nous avons, à deux reprises, exprimé nous-mêmes ces réserves de la façon la plus catégorique; nous avons compté les écrivains positifs, les productions solides qui distinguent l'école de Montpellier; et s'il faut déclarer une troisième fois que nos remarques s'adressent non aux hommes, mais à quelques hommes, non aux principes, mais à quelques principes, nous demanderons en grâce qu'on veuille bien prendre acte que jamais profession de foi ne nous aura coûté moins d'efforts ni laissé moins d'arrière-pensées.

Un mot encore avant de terminer. M. Alquié est connu par de nombreuses et intéressantes publications; professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, ex-chef de clinique chirurgicale, lauréat de la Faculté de Montpellier, il a dû au concours la plupart de ces places; enfin le travail que nous venons de faire connaître forme le discours d'ouverture du cours de pathologie chirurgicale qu'il a professé en 1845 dans cette même Faculté. A ces titres divers, nous nous sommes crus en droit de donner à ses paroles plus d'importance qu'à une opinion personnelle, de considérer dans son manifeste plutôt le lieu d'où il est daté que la signature qu'il porte. Nous serions-nous trompés? M. Alquié sera-t-il désavoué par ses collègues?... Quoi qu'il advienne, nous maintenons tout ce qui précède; en aucun cas nous n'aurions à en excuser la forme plus qu'à en rétracter le fond, car si l'écrit auquel nous répondons n'était pas un défi que l'honneur de notre école nous commandait de relever, c'était du moins une occasion dont nous n'étions point libres de ne pas chercher à faire profiter la science.

P. DIDAY.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

LE CHOLÉRA A PARIS ET A LONDRES.

La constitution médicale régnante, signalée dans notre dernier numéro, a pris, depuis lors, une physionomie qui met de plus en plus en évidence les traits que nous lui avons assignés, et, en même temps, un caractère de gravité qui vient à l'appui de nos craintes et de nos prévisions. Nous avions cru voir dans la fréquence, l'intensité et, plus encore, la symptomatologie spéciale des flux abdominaux, le signe d'une influence morbide différente de celle qui, chaque année, à pareille époque, amène les flux de ventre. L'élévation extrême et continue de la température, la sécheresse, la tension électrique de l'atmosphère, nous avaient paru jouer dans la production des maladies un rôle plus grand que l'usage immodéré des fruits, et ces maladies nous apparaissaient plutôt sous la forme cholérique que sous la forme dyssentérique. De plus, nous signalions, dans les affections régnantes, l'existence de deux formes principales : la forme *bénigne* (cholérine) et la forme *grave* ou *aiguë* (choléra sporadique), et nous manifestions la crainte de voir la maladie acquérir encore un nouveau degré d'intensité et se rapprocher davantage, par ses symptômes et sa gravité, du choléra épidémique.

Or, qu'est-il arrivé ?

Disons d'abord qu'au moment où nous écrivions, des faits qui n'étaient pas venus à notre connaissance avaient déjà réalisé nos appréhensions. Dès le mois de juillet, M. Louis recevait dans ses salles, à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte de vomissements, de diarrhée (la nature des selles n'a pas été constatée), de vives douleurs abdominales, de crampes, de refroidissement des extrémités, de cyanose, de petitesse du pouls, de diminution notable dans la quantité des urines. La guérison eut lieu en quelques jours. Vers cette époque, et postérieurement, plusieurs cas semblables ont été observés en ville ; quelques-uns même offraient tous les caractères du choléra asiatique le plus intense et ont amené la mort en peu d'heures.

Mais depuis la semaine dernière, la forme cholérique des affections régnantes s'est de plus en plus prononcée, et non-seulement elle n'a plus laissé de doute sur sa prédominance à titre de *constitution*, mais encore elle a pris plus d'intensité. A l'heure qu'il est, indépendamment des flux séreux qui continuent à se montrer, la pratique civile et les hôpitaux offrent des cas parfaitement tranchés de choléra, dont quelques-uns sont tout à fait identiques avec ceux de l'épidémie de 1832. A l'Hôtel-Dieu, le service de M. Louis en offre un exemple, caractérisé par les *crampes*, la *suppression des urines*, la petitesse et la dépressibilité du pouls, le *froid des extrémités*, un peu de *cyanose*, la diarrhée. Les garde-robes s'étant supprimées après l'entrée du sujet à l'hôpital n'ont pu être examinées. Mais un cas plus tranché encore et plus grave s'est présenté dans le service de M. Caillard. Il y avait également crampes, suppression des urines, refroidissement des extrémités, et, de plus, cyanose, couleur plombée des ongles, évacuations abondantes de liquide semblable à l'eau de riz. Le sujet a succombé rapidement, et l'autopsie a montré les intestins remplis du même liquide et la membrane muqueuse épaissie et *décolorée*. Quelques exemples de choléra s'observent encore à l'hôpital de la Charité. D'autres ont été produits devant les sociétés savantes, notamment à la Société médico-pratique. Enfin, bien des médecins en ont déjà rencontré dans la pratique civile. Nous-même avons donné nos soins, dans le Faubourg-Poissonnière, à une dame qui fut prise de crampes atroces dans les extrémités inférieures, de vomissements bilieux abondants, et d'évacuations blanchâtres, avec disparition complète du pouls radial, faiblesse et éloignement des bruits cardiaques, cyanose très-prononcée, froid glacial des pieds et des mains, suppression des urines, etc. Ces accidents cédèrent rapidement à l'emploi de 30 centigr. d'extrait thébaïque administrés par 5 centigr. toutes les heures. Il est à notre connaissance que, dans le même quartier de Paris, plusieurs cas analogues se sont présentés, dont un, nous a-t-on dit, s'est terminé par la mort.

Il est donc indubitable que la même constitution épidémique qui a régné dernièrement à Londres et n'y est pas encore éteinte, tend à s'établir à Paris; et l'existence du choléra, nous n'osons dire *asiatique*, mais du moins *algide*, de l'autre côté de la Manche, était d'ailleurs, en présence des affections cholériformes sporadiques dont nous étions chaque jour témoins, une forte présomption qu'il ne tarderait pas à sévir parmi nous. C'est la marche qu'a suivie, il y a quatorze ans, le choléra épidémique. A ce sujet, il n'est pas hors de propos de réduire à leur juste valeur certains démentis de la presse anglaise. Le gouvernement britannique s'est hâté de publier un avis d'une commission médicale officielle, portant qu'il n'y avait aucun rapport entre les affections cholériformes régnantes à Londres et le choléra épidémique, tel qu'il s'est montré en 1832. Il a pu en être ainsi au début de la constitution ; mais aujourd'hui les journaux de médecine anglais enregistrent des observations de choléra algide dont l'identité essentielle avec celui de 1832, et même avec le choléra indien, ne saurait être douteuse. Le journal THE LANCET contenait récemment la relation d'un cas de choléra caractérisé par les symptômes suivants : pouls à peine perceptible ; refroidissement des extrémités ; mains livides ; ongles bleuâtres ; haleine froide et *produisant sur le dos de la main l'effet d'un courant d'air froid* ; vomissements abondants d'un liquide jaunâtre ; selles liquides, semblables à du bouillon et sans odeur, etc. L'auteur, M. William Richard Bascham, qui a pratiqué dans l'Inde et la Chine, reconnaît qu'il n'existe entre le choléra de ces contrées et celui dont il vient de rapporter un exemple qu'une différence d'intensité, et point du tout de symptômes ou de nature essentielle, le choléra asiatique étant seulement plus rapide dans sa marche et plus ordinairement mortel.

La même remarque est certainement applicable à quelques-uns des cas observés à Paris et indiqués plus haut. Et ainsi, il est curieux de voir, sous l'influence continue et prolongée d'une haute température, d'une grande sécheresse et d'une tension électrique considérable, la constitution médicale s'aggraver peu à peu et passer successivement par les trois degrés suivants : d'abord simple flux séreux, sans coliques, sans fièvre, sans symptômes nerveux, pouvant se prolonger longtemps sans accidents et facilement guéri, s'il est pris au début, par un simple purgatif salin ; puis flux plus abondant, analogue ou non à l'eau de riz, avec coliques, vomissements bilieux, crampes, légère dépression du pouls, et, plus tard, réaction fébrile ; enfin selles aqueuses de couleur variable, vomissements très-abondants et répétés, suppression des urines, crampes atroces, annihilation du pouls, froid des extrémités, cyanose, voix éteinte, yeux enfoncés dans l'orbite, et le plus souvent mort rapide. Ainsi *cholérine*, *choléra sporadique*, *non algide*, et *choléra algide*, telles sont les trois formes successivement revêtues par la constitution médicale de ces derniers mois.

Feuilleton.

VARIA.

— Que c'est une belle et bonne chose d'avoir une grande clientèle, d'être *très-répandu*, en un mot de gagner de l'argent, beaucoup d'argent, surtout à notre époque d'*aurolatrie* où tout homme n'est estimé non par ce qu'il vaut, mais par ce qu'il a ! Toutefois chaque chose a son revers, ses épines, ses douleurs. Voici ce que j'ai entendu raconter à Baudelocque, le célèbre accoucheur du temps de l'empire. « J'avais passé, disait-il, près de sept nuits sans dormir dans mon lit ; j'espérais enfin avoir cette volupté qu'on n'apprécie pas assez. J'étais déshabillé, tout prêt à me coucher, il était près de minuit, tout à coup la sonnette retentit, et je ne pus m'empêcher de tressaillir d'effroi. Hélas ! j'avais raison, une dame, demeurant rue du Roule, me faisait demander avec instance. Cette dame avait une belle position dans le monde ; elle avait contribué à ma réputation ; d'ailleurs, bien qu'il y eût de l'exagération, le danger pouvait être réel ; je me décidai donc à partir. Mais comment faire ? la nuit était profonde, obscure et le temps affreux ; une couche épaisse de neige couvrait le pavé en bien des endroits très-glissant, et mes chevaux étaient harassés. J'en fis demander à un loueur du voisinage, impossible d'en obtenir, cet homme n'osait risquer ses chevaux la nuit et pendant la gelée. Je pris donc mon parti, et je partis à pied pour me rendre chez la personne réclamant mes soins dans des circonstances aussi cruelles. En passant sur le Pont-Neuf, j'aperçus au coin et au bas du parapet un homme ivre sans doute qui, enveloppé dans un mauvais manteau, dormait profondément et le plus tranquillement du monde. Je l'avoue je ne pus m'empêcher de lui porter envie.—Heureux coquin, disais-je, au moins il dort, il repose, il ne craint ni clients, ni sonnette, tandis que moi je suis obligé de ramer jour et nuit dans ma triste galère. » Il a tant ramé le pauvre Baudelocque qu'il a laissé à ses héritiers près de deux millions de fortune. Cela est beau, cela est admirable, mais croyons-le bien avec un poëte, la Fortune vend *ce qu'on croit qu'elle donne*.

— Vous avez vu, c'est bien ; vous avez fait, c'est mieux encore ; mais qu'avez-vous vu, qu'avez-vous fait ? Comment avez-vous vu, comment avez-vous fait ? Quelle vérité avez-vous découverte ou confirmée ? C'est là le point essentiel, le temps ne fait rien à l'affaire, ni votre réputation, ni le nombre de malades que vous avez traités, bien moins encore l'âge que vous avez atteint. Quarante ans de pratique n'ont pas fait pénétrer dans votre dur et étroit encéphale une étincelle de génie scientifique ; or l'intelligence est l'étoffe dont se fait le vrai médecin. Qui ne connaît l'histoire du mulet du maréchal de Saxe ? Ce pauvre animal avait fait la guerre pendant vingt ans ; il avait *vu*, il avait *fait* une infinité de choses et cependant il était resté mulet comme devant.

« Où s'arrêtera, disions-nous dans notre précédent article, la constitution morbide qui commence à se développer? » On vient de voir jusqu'où elle a été; peut-on dire qu'elle ait atteint son apogée et que ses plus grandes rigueurs se borneront à quelques cas de choléra algide? Pour parler plus explicitement, serait-il déraisonnable d'entrevoir, dans ces manifestations isolées et d'une gravité croissante, la menace d'une nouvelle épidémie? Dieu nous garde de jeter une panique que rien ne vient encore justifier! Les changements atmosphériques survenus ces jours derniers, l'abaissement rapide du thermomètre, l'abondance de la pluie, autorisent même à prévoir des variations dans la gravité ou la nature des affections régnantes. On peut même ajouter que le choléra actuel ne s'annonce pas de la même manière que celui de 1832. A cette époque, en quelques jours, l'épidémie était en pleine activité, tandis que la maladie actuelle ne procède, depuis tantôt deux mois, que par des cas isolés et assez rares. Mais, en notre qualité d'historiens, nous ne pouvons pas ne point signaler le caractère et la tendance actuels de la constitution morbide. Nous disons les faits; nous laissons à chacun le soin d'en tirer présage.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ALIMENTATION DES ALIÉNÉS.

Le tube alimentaire dont M. Leuret a déjà entretenu les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE vient d'être employé sur l'homme vivant avec un succès constaté par les membres d'une commission prise dans le sein de l'Académie de médecine, et par plusieurs notabilités médicales et chirurgicales qui se sont transportées à Bicêtre afin de voir fonctionner l'appareil.

On sait que cet appareil se compose d'un tube membraneux imputrescible que l'on introduit par les narines jusqu'au haut de l'œsophage, à l'aide d'une canule métallique courbe, et que l'on pousse jusque dans l'estomac au moyen d'un mandrin de baleine passé dans la canule. Cette partie de l'opération s'exécute avec la plus grande facilité, et n'offre aucun danger réel. Mais l'appareil introduit, il s'agit de retirer la canule et le mandrin. La canule se retire toujours avec facilité; il n'en est pas de même du mandrin, que souvent on ne peut retirer sans faire remonter en même temps le tube membraneux. Dans le but d'éviter cet inconvénient, M. Leuret a conçu l'idée de faire un mandrin digestible, et il a arrangé le tube membraneux de manière qu'il s'ouvrît pour laisser tomber le mandrin dans l'estomac.

Le tube était fermé en cul-de-sac par un fil, M. Leuret le ferme avec de la colle forte, qui par un court séjour dans l'estomac, se ramollit, se dissout, et laisse béante l'extrémité inférieure du tube.

Au mandrin de baleine M. Leuret a substitué un mandrin composé de la réunion de cordes à boyaux non tannées, réunies en un faisceau qui est rendu convenablement solide et élastique par l'addition d'un mélange de gomme arabique, de gélatine et de sucre.

Aussitôt que le tube membraneux est placé, on retire la canule et l'on ne s'ocupe plus du mandrin, qui en moins d'un quart d'heure est tout à fait ramolli, et qui disparaît au bout de quelques heures.

Le malade auquel l'opération a été faite est un ouvrier vigoureux et jeune. Il avait mené longtemps une mauvaise conduite, battait sa femme, s'enivrait et volait. Sous la prévention de vol, il avait été arrêté et mis en prison. Honteux et repentant, il se regarda comme indigne de vivre, et refusa obstinément de parler, de se mouvoir et de se nourrir. D'abord on ne savait que très-imparfaitement ce qui se passait dans son esprit; on ignorait la cause de l'obstination qu'il mettait à refuser toute espèce d'aliment. Ses habitudes d'ivrognerie donnaient lieu de croire que si on lui présentait du vin, il succomberait à la tentation; il résista. De l'eau-de-vie ne réussit pas mieux. Il en fut de même du lait, du bouillon, de l'eau. On lui offrit toute espèce d'aliments, et sous ce rapport rien ne fut négligé; car d'après une mesure récemment prise, l'administration des hôpitaux autorise les médecins d'aliénés à prescrire en dehors des régimes ordinaires ce qu'ils jugeront le plus utile à leurs malades, quelle que soit la dépense à faire; mais rien ne fut accepté. Alors on eut recours aux affusions froides, à la douche, mais sans un véritable succès.

L'emploi de la sonde reconnu indispensable, M. Leuret y eut recours. L'introduction en fut faite avec la lenteur convenable et sans aucune espèce d'accident, si ce n'est un léger effort pour vomir. La canule ayant été retirée et le mandrin coupé au niveau de la narine, un bouillon fut injecté et passa facilement; à midi un potage, le soir également un potage et du vin. Huit jours durant, et trois fois au moins par jour, des aliments liquides ou semi-liquides ont été ainsi introduits tantôt avec la seringue, tantôt avec un simple entonnoir. Le tube a donc servi *à vingt-quatre repas*, et il n'y a eu qu'une seule introduction.

Pendant ces huit jours le malade ne perdait pas ses forces; il se levait tous les jours, marchait et travaillait même un peu, mais refusait toujours de parler et de manger. On jugea utile de mêler à ses potages un peu de viande hachée. Cela demandait quelques précautions; il fallait que la viande fût en petite quantité, hachée finement et injectée avec adresse. La recommandation en fut bien faite, mais mal exécutée; le tube membraneux s'engorgea et dut être retiré. On le trouva comme rongé à son extrémité stomacale, mais, dans le reste de son étendue, encore solide, sans fissure ni trace de décomposition. Toutefois la portion de ce tube qui avait séjourné dans la narine, était couverte d'une mucosité purulente produite par l'irritation de la membrane nasale.

Avant d'introduire un nouveau tube, M. Leuret essaya d'une simple injection dans la narine, exécutée au moyen d'une seringue munie d'une petite canule; cela réussit, le malade répéta ce qu'il était habitué de faire pendant qu'il avait le tube dans le pharynx: il avala.

Pendant quelques jours il continua d'être alimenté de cette manière; ensuite il consentit à manger, et maintenant il se nourrit comme tout le monde. Quant à sa mélancolie, sans être entièrement dissipée, elle tend chaque jour à disparaître.

Le passage des aliments à travers le tube membraneux peut être arrêté, par la volonté du malade, au niveau de l'isthme du gosier, car pour chaque gorgée il s'opère un mouvement de déglutition. Serait-ce une raison de préférer le tube en gomme élastique ordinairement employé au tube membraneux de M. Leuret? Nullement, car le malade ne peut fermer le gosier sans en même temps suspendre sa respiration; et comme, bon gré, malgré, il faut qu'il respire, et que, par conséquent, il laisse relâchés les muscles du pharynx, il arrive un moment où la volonté est impuissante contre le passage des aliments. Et c'est un avantage que les aliments n'entrent ainsi dans l'estomac que lentement et par gorgées; ils se mêlent mieux aux fluides gastriques, leur température se met plus facilement en équilibre avec celle

---

— C'est une chose reconnue que l'esprit de parti est constamment injuste et violent. Un homme plein de bon sens, de probité, de raison dans ses liaisons particulières, devient haineux, emporté, inexorable quand il s'agit de son parti et de celui des autres. Mais c'est bien autre chose quand la religion est intéressée, lorsqu'aux affaires de la terre se mêlent celles du ciel. L'histoire de notre pays ne fournit que trop d'exemples à l'appui de ces assertions. J'ai trouvé, dans un ancien recueil d'ÉPITAPHES, quelques vers consacrés à la mémoire de l'illustre Ambroise Paré. C'est aussi une épitaphe; mais où fut-elle placée? C'est ce qu'on ne dit point. La voici:

Par le roi le coup fut paré,
Dont la mort annonçait Paré;
La nuit qu'elle frappa tant d'autres,
Ainsi que lui francs parpaillots.

Depuis, inhumé dans ce clos,
Loin de ses aïeux et des nôtres,
Ne priez pas pour son repos:
Il n'aimait pas nos patenostres.

Il n'aimait pas vos *patenostres*, et pour cela il faut se garder d'implorer la clémence divine pour le grand chirurgien, qui a sauvé la vie à tant d'hommes, qui a rendu de grands services à l'humanité, services qui se continuèrent dans les âges suivants et se perpétueront dans les siècles futurs. Où trouver dans un fait isolé plus de haine et de fanatisme? les temps sont-ils changés? avons-nous plus de bienveillance, plus de bonté d'âme, plus d'indulgence, pour ceux qui ne pensent pas comme nous? Je ne sais. Remarquons seulement qu'aucune conviction forte et générale ne rallie aujourd'hui les esprits; c'est un fait qui pèse comme un éternel sarcasme sur notre génération.

— Qu'on a bien raison de dire que, dans la médecine, l'expérience est tout, qu'elle décide de tout, que les noms, les autorités, les célébrités, les notabilités si l'on veut, ne viennent qu'après, bien après. Voici ce qu'on lit dans Bordeu (p. 1020, éd. de 1818): « Qu'on prenne une pierre de la vessie, qu'on la plonge dans une certaine quantité d'eau d'Eaux-Bonne... ou de Baréges ou de Cauterets..., qu'on examine avec exactitude cette pierre, qu'on la pèse avant de la mettre dans l'eau. Qu'arrivera-t-il si ces eaux sont le dissolvant de ce calcul? il perdra de son poids et de son volume, il sera presque réduit à rien.... C'est aussi ce qui arrive: je l'ai vu, non point une fois, mais trente, et je l'ai vu avec admiration... Ainsi la pierre disparaissait, ou il ne restait plus qu'un grain qui aurait facilement passé par toutes les voies. » On ne peut vraiment s'empêcher d'éprouver un sentiment pénible en lisant de pareilles choses. Ainsi Bordeu, homme de sens, médecin profondément instruit, une autorité en médecine, affirme avoir vu plus de *trente* fois un fait essentiellement faux que, de nos jours, les hommes les plus fanatiques de ces eaux n'oseraient avancer.

— Quand il est question d'organisation médicale, il est d'honorables confrères qui s'épouvantent à ce mot de *chambre de discipline*, comme si les avocats, les notaires, etc., n'avaient depuis longtemps adopté cette institution, qu'ils se gardent bien d'abandonner; ils en retirent tous les jours de précieux avantages.

du corps, et la digestion en devient plus prompte. Resterait à voir quel genre de nourriture il conviendrait d'administrer dans les cas de cette nature où l'insalivation est nulle : un médecin d'aliénés, M. Pressat, s'en est déjà occupé ; les recherches récentes de MM. Bouchardat, Sandras et Mialhe serviront utilement à éclairer cette importante question.

Le problème que s'était proposé M. Leuret est donc résolu : l'obstination des malades à ne pas vouloir se nourrir ne sera plus, pour ces malheureux, une cause fréquente de mort, car nous possédons désormais un moyen facile et sûr de faire pénétrer dans leur estomac des aliments et des boissons.

M. D.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE ; par H. LANDOUZY, professeur à l'école de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Autant ces mots *anatomie pathologique de l'hystérie* eussent paru autrefois impliquer un non-sens et même une idée formée d'éléments contradictoires, autant ils devront paraître naturels aujourd'hui qu'on a vu écarter déjà, par l'étude des états organiques, bon nombre d'affections dont l'essentialité était, il y a peu de temps encore, consacrée en principe.

C'est, du reste, plutôt au défaut de recherches suffisantes qu'à l'absence des matériaux qu'il faut attribuer ce silence presque complet des auteurs sur l'anatomie pathologique des névroses ; et pour l'hystérie en particulier, nous espérons prouver qu'elle reçoit des investigations anatomiques des lumières que nul autre mode d'examen ne saurait remplacer.

Si nous approfondissons, en effet, l'état de la science sur ce point, nous trouverons trente-quatre observations dans lesquelles il est rendu un compte souvent très-complet des altérations nécroscopiques ; si à ces trente-quatre cas nous ajoutons trois observations que nous avons recueillies nous-mêmes et consignées dans la deuxième partie de ce travail, et les trois faits relatés sans détails par M. Lisfranc (JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT., t. IV), dans lesquels l'autopsie fit reconnaître chez des femmes hystériques des traces évidentes d'inflammation utérine, nous aurons une première série de quarante cas d'altérations organiques constatées après la mort, et constituant des matériaux précieux pour l'étude d'un point resté jusqu'ici dans le plus profond oubli.

En classant ces faits selon les lésions qui leur sont propres, nous trouvons :

1° Méningite à la base du cerveau ; kyste au centre du bulbe rachidien. (Ollivier (d'Angers), TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, tom. II.)

2° Apoplexie cérébrale séreuse, altérations du mésentère. (Willis, DE MORBIS CONVULSIVIS, cap. 10, p. 538.)

3° Injection de l'arbre cérébro-spinal, squirrhe de l'utérus, kyste dans l'ovaire droit. (Girard, CONSIDÉRATIONS PHILOSOPHIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR L'HYSTÉRIE, p. 45.)

4° Désorganisation d'une partie de l'utérus. (Piorry, CLINIQUE MÉDICALE, p. 312.)

5° Ulcère grave au col de l'utérus, sordidum ulcus. (Morgagni, lib. III, epist. 47, p. 520.)

6° Ulcérations de l'utérus. (Morgagni, lib. III, epist. 35, p. 188.)

7° Kystes dans les parois de l'utérus, inflammation du col. (Morgagni, lib. III, epist. 45, p. 495.)

8° Occlusion de l'orifice utérin. (Bauhin, THEAT. ANAT., lib. I, cap. 39.)

9° Augmentation du volume de la matrice et des ovaires ; érosions, granulations du col. (L'auteur, mémoire présenté au concours de l'Académie de médecine, obs. 341.)

10° Éruption à la surface interne de l'utérus, squirrhe des ovaires. (Morgagni, lib. III, epist. 45, p. 493.)

11° Altération de l'utérus et des ovaires. (Holwich, EPHEM., n. c. cent. 3 et 4, obs. 142.)

12° Développement anormal de l'utérus, des ovaires et des trompes. (Bonet, lib. III, sect. 33, p. 51.)

13° Altération des ovaires et des trompes ; déformation de l'utérus. (Bonet, lib. III, sect. 33, p. 48.)

14° Adhérence de l'épiploon à l'utérus et aux ovaires. (Piorry, TRAITÉ DE DIAGNOSTIC, t. II, p. 514.)

15° Tumeur fibreuse de l'utérus ; cancer du cœcum. (Docteur Seurre, de Suippes, observation présentée à l'Académie royale de médecine.)

16° Ovaires volumineux, de consistance lardacée ; trompes rouges, remplies de pus ; pus abondant entre les circonvolutions intestinales. (Louis, GAZ. MÉD. DE PARIS, année 1846, n° 16, p. 311.)

17° Ovaires doublés de volume, noirâtres, parsemés de foyers hémorrhagiques sous leur tunique propre. (Piorry, GAZETTE DES HÔPITAUX, 6 juin 1846.)

18° Tumeur ovarique ; vestiges d'une grossesse extra-utérine. (Louyer-Villermay, TRAITÉ DES VAPEURS, t. I, p. 108.)

19° Altération des ovaires. (Vesale, DE CORP. HUM. FABRICA, lib. V, cap. 15.)

20° Altération des ovaires. (Heurnius, HIST. 16.)

21° Altération des ovaires. (Diemerbroeck, ANAT., lib. I, cap. 23.)

22° Ovaires très-volumineux. (Rullier, DISS. INAUG.)

23° Altération des ovaires. (Diemerbroeck, lib. I, cap. 25.)

24° Altération des ovaires. (Bonet, SEPULCH., lib. III, sect. 33, p. 49.)

25° Altération des ovaires. (Bauhin, ANAT., lib. III, cap. 35.)

26° Altérations des ovaires, des trompes et des ligaments ronds. (Bonet, *loc. cit.*, lib. III, sect. 33, p. 49.)

27° Des ovaires et des poumons. (Rivière, cent. 1, obs. 60.)

28° Altération des glandes de Peyer. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 361.)

29° Altération du mésentère. (Willis, *loc. cit.*, cap. 6, obs. 3, p. 490.)

30° Déplacement de l'estomac. (Morgagni, lib. III, epist. 39.)

31° Lésions de l'appareil biliaire et des poumons. (Pomme, t. I, p. 227 à 291.)

32° Tubercules pulmonaires. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 365.)

33° Tubercules pulmonaires. (Bonet, SEPULCH., lib. III, sect. 33.)

34° Caillots dans les ventricules du cœur. (Graaf, TRACT. DE SUC. PANC., cap. 9.)

On dit : Cela empêche-t-il les avocats ou les notaires de faillir ? Non sans doute ; vous citez ceux qui ont manqué aux règlements de la corporation. Quant à ceux qui sont contenus, effrayés, dirigés par ces mêmes règlements disciplinaires, vous les ignorez ; et c'est précisément la masse, le plus grand nombre. Au reste, que doit craindre le médecin honnête suivant la droite ligne de sa conscience et de sa raison ? Rien ne l'inquiète, dans l'intervention de ses confrères, quand il s'agit de l'exercice de sa profession ; à peu de chose près, sa vie privée n'est cachée que par des murs de verre. Quant aux autres, c'est différent : le dernier degré de la corruption est le mépris de l'opinion quand il n'est pas accompagné du mépris des richesses ; ce *criterium* appliqué aux médecins est infaillible de justesse. Puis on demande quelle sera la pénalité : ne plus compter parmi les médecins sans reproche et sans tache. Ce châtiment est infiniment plus rigoureux qu'on ne croit ; on le brave hautement, et il vous lacère intérieurement. Je me trouvais, il y a quelques années, dans une brillante soirée donnée par un banquier ; il y avait un certain nombre de médecins. Parmi eux se glissa un de ces médecins marqués au front par une tache de boue faisant auréole, et qui, pour un peu d'or, se serait voué corps et âme au Satan du charlatanisme. Cet homme, évidemment mal à l'aise, tâchait pourtant de faire bonne contenance. Aucun confrère ne lui adressa la parole, personne ne vint lui serrer la main. Peu à peu chaque médecin s'éloigna, et il resta seul, absolument seul sur sa banquette, comme attaché au pilori dressé par l'indignation tacite, mais très-expressive, de ses confrères. Eh bien ! cet homme, doué d'une certaine habileté de sophisme qu'on prendrait pour de la conviction, affectant d'ailleurs un front d'airain et un épiderme de platine, ressentit l'affront avec la plus vive douleur. Il rentra chez lui le cœur navré. Chaque année, à la même époque, il se rappelait avec effroi cette *funeste* soirée, telle est son expression, et il fit tout au monde pour ne plus s'exposer à un pareil supplice. Oh ! que c'est une belle chose qu'une existence honorable et honorée !

— On disait un jour au vieux docteur Montaigu, dont j'ai parlé et dont je parlerai encore, que ***, vrai type du charlatan, capable de tout, à cette époque avait acheté une terre. Eh bien ! dit-il, que sa terre lui soit légère !

— En médecine surtout, une lueur fugitive ne suffit pas ; creusez toujours, creusez profondément, méfiez-vous des apparences et surtout des explications faciles. Toutefois, hommes de labeur et de mérite, esprits chercheurs et perspicaces, ne vous attendez pas que vos travaux seront tout aussitôt estimés à leur valeur, que justice entière vous sera rendue. Quand on a semé, il faut s'attendre à la grêle et aux insectes ; dans le champ de la science, à l'envie, à l'indifférence et à l'oubli. Mais ne vous découragez pas : cherchez, publiez, propagez la vérité ; elle multipliera, car elle est de sa nature vivace et prolifère. Si l'aveugle est là pour nier, le méchant pour la cacher, le temps y est aussi pour la produire et la féconder.

— « La science du magnétisme est à peine au berceau, si toutefois on peut appeler de ce nom une théorie sans principes et sans lois, une branche de physique dont l'objet échappe aux sens, se communique d'une manière merveilleuse, opère d'une manière inconcevable, et où tout est prodige ; ou plutôt si on peut appeler de ce nom un ramas de faits, d'observations sans suite, sans lien, sans

35° Rien à noter. (ESSAIS ET OBSERV. DE LA SOCIÉTÉ D'ÉDIMBOURG, t. VI.)

36° Rien à noter. (Georget, RÉPERT. GÉN. DES SCIENCES MÉD., t. XVI, p. 179.)

37° Rien à noter. (Jacques, JOURN. GÉN., t. XXIX, p. 274.)

En divisant ces faits par catégories, nous trouvons : trois exemples de lésions encéphaliques ; quatre de lésions diverses de l'appareil digestif; trois de lésions de l'appareil respiratoire et circulatoire ; vingt-neuf (en y joignant les trois cas de M. Lisfranc) de lésions de l'utérus ou de ses annexes.

Ces lésions, malgré leur nombre, ont entre elles trop peu d'identité, soit par leur nature, soit par la partie de l'appareil qu'elles affectent, pour qu'il soit possible de les regarder comme constituant les caractères anatomo-pathologiques de l'hystérie ; mais si l'on considère que sur quarante cas d'autopsie il en est vingt-neuf dans lesquels sont constatées des lésions du système génital, on sera amené à reconnaître que ces lésions sont dans l'hystérie infiniment plus fréquentes que les autres, prises chacune séparément (1).

Lésions organiques constatées pendant la vie. — Si nous joignons maintenant aux résultats de l'examen des organes après la mort, les résultats fournis par l'examen des organes pendant la vie, la question s'enrichit de nouveaux éléments qui appartiennent évidemment à l'anatomie pathologique, malgré l'habitude où l'on est d'en séparer toutes les données fournies par l'examen des organes avant l'autopsie.

L'anatomie pathologique consiste, en effet, dans l'étude anatomique des parties malades ; et que ces parties soient examinées, détachées ou non du reste de l'économie, pendant la vie ou après la mort, les résultats n'en ont pas moins de valeur pour la science, dès qu'ils dérivent d'une investigation complète.

Nous nous serions gardé d'en agir ainsi cependant, et nous n'aurions admis que des résultats nécroscopiques, si, sur les trente-neuf faits dont on vient de lire les titres, on avait noté plus fréquemment les lésions encéphaliques (2) ; mais ces lésions n'ayant été constatées que trois fois en tout, c'est-à-dire, en comptant l'observation 338, dans laquelle il existait un squirrhe de l'utérus en même temps qu'une injection de l'axe cérébro-spinal, on est autorisé à regarder les altérations de l'appareil génital comme celles qui ont le plus de rapport avec l'hystérie.

Or, sur vingt-sept observations dans lesquelles sont notés des désordres matériels coïncidant avec des accès d'hystérie, nous trouvons, pour cette seconde série de lésions organiques, cinq cas d'inflammation simple ou compliquée de l'utérus (3).

Un cas d'inflammation de la muqueuse du vagin (1) ;
Deux cas d'engorgement de l'utérus (2) ;
Deux cas d'engorgement avec ulcération (3) ;
Trois cas d'engorgement avec abaissement (4) ;
Trois cas d'abaissement (5) ;
Deux cas d'abaissement de l'utérus avec altération du col (6) ;
Un cas de squirrhe de l'utérus (7) ;

(1) E. Viridet dit qu'on trouve souvent du *tuf* dans les articulations des femmes hystériques ; cette assertion est dénuée de preuves, ainsi que celle de Tissot, qui regarde les ecchymoses intestinales comme particulières aux affections nerveuses.

(2) « Mulieres quasdam ab aliis morbis defunctas passionibus interim hystericis dum ægrotarent valde obnoxias aperui, in quibus utero satis recte habente, in occipite nervorum principia sero acri madida, ac prorsus immersa deprehendi. » (Willis.)

(3) Accès hystériques, suffocations, syncopes fréquentes, globe épigastrique, etc., coïncidant avec une métrite traumatique chez une jeune femme de 28 ans. Disparition des accidents nerveux au fur et à mesure de la diminution de la métrite. (L'auteur, mémoire présenté à l'Académie royale de médecine, obs. 310.)

Suppression menstruelle, inflammation de l'utérus, accès hystériques. (Duparcque, MALAD. DE MATRICE, tom. Ier, p. 105.)

Hystérie dépendante d'un état inflammatoire de l'utérus ; guérison complète de la névrose au onzième mois, après le retour de la matrice à l'état normal. (Lisfranc, CLINIQ. CHIR., tom. II, p. 596.)

Hystérie dépendante d'une inflammation utérine chez une femme de 18 ans ; guérison complète de la névrose coïncidant avec la guérison de l'affection utérine. (*Id.*, *loc. cit.*, p. 604.)

Premier paroxysme d'hystérie, coïncidant avec l'apparition d'une métrite chez une femme de 26 ans. (Piorry, GAZ. DES HÔP., tom. VIII, p. 66.)

(1) Accès hystériques survenus après l'usage de lotions vaginales astringentes ; inflammation des parties génitales. (Négrin, JOURN. DE VANDERMONDE, tom. LXV, p. 62.)

(2) Affection utérine, accès hystériques, diminution des accès proportionnelle à la diminution de la maladie de matrice. (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 602.)

Engorgement du col, névralgie utérine ; accès hystériques, guérison de l'état utérin et de la névrose. (Duparcque, *loc. cit.*, p. 83.)

(3) Accès hystériques nés sous l'influence de l'affection utérine ; rapport constant entre la diminution des paroxysmes et la diminution de l'engorgement utérin. (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 600.)

Diminution de la violence des paroxysmes au fur et à mesure que l'altération de l'utérus s'aggrave. (Duparcque, tom. Ier, p. 108.)

(4) Descente de l'utérus, engorgement chronique du col, guérison de la névrose hystérique dès le retour de la matrice à l'état normal. (Duparcque, *loc. cit.*, p. 530.)

Abaissement et gonflement de l'utérus, guérison complète de la névrose après l'application d'un pessaire. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 306.)

Abaissement et engorgement de l'utérus, hystérie, convulsions générales, etc. (Bobilier, JOUR. UNIV. DES SC. MÉD., août 1825.)

(5) Accès hystériques consécutifs à une descente de matrice ; guérison dès l'application d'un pessaire. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 307.)

Hystérie entretenue par une descente de l'utérus ; guérison de la névrose aussitôt l'usage d'un pessaire. (Suffert, JOURN. DES PRATISCHEN, mars 1830.)

Hystérie sans convulsions, consécutive à un abaissement notable de l'utérus, dysphagie spasmodique, etc. ; diminution graduelle des symptômes nerveux après le repos et des bains prolongés. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 309 bis.)

(6) Accès hystériques lors de l'établissement de la menstruation ; diminution des crises à mesure que les règles deviennent plus abondantes ; nouveaux paroxysmes pendant six grossesses, au début ; altération du col, descente de matrice. (Girard, *loc. cit.*, p. 42.)

Début de l'hystérie après une métrorrhagie chez une femme de 42 ans ; engorgement, abaissement de l'utérus ; tuméfaction, érosion du col. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 317 bis.)

(7) Accès hystériques consécutifs à un cancer encéphaloïde de l'utérus ; diminution graduelle et disparition des crises au fur et à mesure des progrès de l'altération utérine. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 321.)

---

rapports ; un tissu d'opinions erronées et d'hypothèses ridicules. » Tel est le jugement assez bien formulé qu'on trouve sur le magnétisme dans l'ouvrage suivant : MÉMOIRE SUR L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, couronné par l'Académie de Rouen ; Paris, 1785. Or savez-vous quel est l'auteur de ce mémoire?... Marat. Qui croirait en lisant cet ouvrage que, huit ans après, le médecin savant déposerait son masque d'homme pour ne laisser voir que la bête féroce démagogue, se vautrant dans la boue et le sang?

— Il y a maintenant soixante ans (1786) que M. Vachier, docteur de la Faculté de médecine, demeurant rue Michel-le-Comte, n° 54, fit imprimer avec pompe et solennité une MÉTHODE CERTAINE POUR TRAITER TOUTES LES MALADIES. « Ce n'est pas, dit-il, un système produit de mon imagination que je donne : c'est le résultat de ce que *j'ai vu* dans les malades ; c'est le récit des traitements que j'ai administrés ; ce sont les fruits de mon observation et de mon expérience, des connaissances que *j'ai* acquises par l'étude et la pratique de la médecine pendant *quarante ans*, etc. » Y a-t-il rien de plus séduisant? Aujourd'hui qu'est devenue la méthode de M. Vachier, ridicule méthode, fondée sur les *mauvais sucs* de l'économie? Elle est dans l'oubli le plus profond, et à juste titre. Maintenant nous demandons ce que seront dans soixante ans les méthodes des Vachier de notre époque. Eux aussi n'annoncent, ne préconisent que ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont observé, ce qu'ils ont expérimenté ; leur méthode est certaine, positive, toujours fondée sur les faits, bien entendu. Mais attendez quelque temps, et la fameuse méthode ira reposer au fond de l'abîme qu'on appelle oubli, à côté de celle de l'illustre Vachier.

— Veut-on savoir comment les médecins couvrant les charlatans de leur robe doctorale étaient traités dans l'ancienne Faculté de médecine de Paris, il n'y a qu'à lire les mémoires, les factums de cette époque. En voici un exemple que je tire d'un auteur qui m'est familier, l'illustre Gui Patin (1), que nous citerons plus d'une fois : « L'an 1647, dit-il, un marchand d'orviétan, pour mieux débiter sa drogue, s'adressa à un homme d'honneur, alors doyen de notre Faculté, nommé M. Perreau, pour obtenir de lui, moyennant une bonne somme d'argent qu'il offroit, approbation de la Faculté pour son opiat ; il en fut refusé de belle hauteur. Ce charlatan s'adressa ensuite à de Gorris, qui reçut de lui un présent considérable, et lui promit de faire signer à plusieurs docteurs l'approbation de ce médicament qu'il vend sur le pont Neuf ; ce qu'il fit faire par une douzaine d'autres affamés d'argent, qui furent les deux Chartier, Guenaut, le Soubs, Rainssant, Baulaim, Pijart, du Clédat, Desfougerais, Renaudot et Mauvillain. Cet imposteur italien, non content de telles signatures, tâcha d'avoir l'approbation de la Faculté entière, et pressa le nouveau doyen, qui était M. Piètre, mon prédécesseur, de la lui faire donner, moyennant 400 écus qu'il offroit. Ce nouveau doyen ayant appris de la propre bouche du charlatan tout ce que de Gorris lui avoit fait, lui demanda cette approbation ; et dès qu'il l'eut, il fit assembler toute la Faculté, où il se rendit délateur contre ces douze messieurs qui, ayant avoué leur faiblesse et leur mauvaise action, furent chassés de la compagnie par un décret solennel. On les a pourtant rétablis avec de certaines conditions, et no-

(1) LETTRES DE GUI PATIN, etc., tome III, p. 21 de notre édition.

Un cas de hernie du col à travers un pessaire (1);
Trois cas d'occlusion du col (2);
Une tumeur de la cloison recto-vaginale (3);
Une tumeur au sein (4);
Une tumeur au-dessous du pubis (5);
Enfin une tumeur à l'épigastre (6);

Voilà donc vingt-six faits sur vingt-sept dans lesquels la lésion organique siége dans l'appareil générateur.

Et si l'on considère combien peu on a recours encore à l'exploration de l'appareil sexuel chez la femme, combien peu de médecins cherchent à approfondir le diagnostic à l'aide de l'examen de l'état organique, combien il est d'observations dans lesquelles la leucorrhée, qui n'est qu'un symptôme, se trouve notée comme seule maladie sans plus amples recherches, on sera naturellement amené à regarder les désordres matériels de l'utérus et de ses annexes comme devant être dans l'hystérie beaucoup plus fréquents qu'on ne l'a constaté jusqu'alors (7).

Déjà les anciens avaient signalé les altérations des ovaires comme propres à l'hystérie.

« In hystericis virginibus, *dit Riolan*, deprehendi testes pugno grandiores, seroso semine turgentes, quin etiam tubam uteri amplificatam et valde dilatatam (8). »

Bonet nous a laissé aussi sur ce point plusieurs observations d'autant plus précieuses, qu'il plaçait dans le cerveau exclusivement le siége de l'hystérie.

(1) Hystérie provoquée par une hernie du col de l'utérus à travers un pessaire, et ayant complétement disparu dès la disparition de la cause. (L'auteur, *loc. cit.*, obs. 320.)

(2) Accès hystériques correspondants aux époques menstruelles; rétention des règles par l'oblitération du col utérin. (Barré, CLIN. MÉD. DE PIORRY, p. 314.)
Accès hystériques à chaque époque menstruelle; oblitération du col utérin. (Dance, Tardieu, THÈSE DU CONCOURS D'AGRÉGATION, 1844.)
Symptômes d'hystérie chaque mois; rétention des règles par l'occlusion du col utérin. (Docteur Seurre, de Suippes, obs. communiquée à l'Acad. royale de médec.)

(3) Hystérie coïncidant avec une tumeur de la cloison recto-vaginale. (Tardieu, *loc. cit.*, p. 54.)

(4) Accès hystériques après une tumeur au sein; rapport entre les convulsions nerveuses et les douleurs du sein. (Willis, DE MORB. CONV., cap. 6, obs. 1.)

(5) Accès hystériques, tumeur au-dessous du pubis. (Bonet, SEPULT. ANAT., liv. III, sect. 38, obs. 5.)

(6) Accès hystériques après une contusion à l'épigastre; petites tumeurs consécutives d'où s'élève la boule hystérique. (Reynaud, JOURN. HEBD., n° 51.)

(7) J'opérais, il y a quelques jours, avec M. le docteur Féné de Beaurieux, une femme de 51 ans affectée d'un polype fibreux de l'utérus, qui nous déclara avoir éprouvé, depuis l'origine de cette maladie, les principaux symptômes de l'hystérie non convulsive, et en particulier la boule hystérique s'élevant de la région épigastrique au cou.

(8) ANTH. 2, 632.

* In variis aliis quæ in vitâ suffocationibus uterinis frequenter laboraverant, plerumque inveni aliquem quidem, sed tamen prædicto longe minorem magnitudinis excessum, in eorumque modo uno, modo utroque, liquorem quemdam æruginosum, vel croceum, aut flavescentem, seminis in eo correpti indicem. (Diemerbroeck, OP. OMN. DE VENTRI INF., lib. I, p. 190.)

Une remarque des plus importantes à faire, c'est que quand l'altération organique de l'utérus est arrivée à un certain degré d'accroissement, il y a diminution et même disparition complète des accès. L'organe est trop malade alors pour manifester la sensibilité fonctionnelle qui lui est propre, et il semble en être, dans ce cas, de la matrice comme de l'estomac. Au début de certaines lésions de l'estomac, l'appétit augmente de fréquence et d'intensité; plus tard, il se pervertit sans disparaître; puis il diminue et finit par s'anéantir entièrement à mesure que la lésion s'aggrave. On pourrait presque appliquer, dans cette circonstance, aux affections de l'utérus et de l'estomac ce que Sénèque appliquait aux affections morales :

Curæ leves loquuntur, ingentes stupent (1).

Nous n'avons pas à comprendre dans l'anatomie pathologique certains cas dans lesquels des phlegmons, des fractures, etc., paraissent avoir déterminé l'invasion des accès, car il faudrait alors parler de toutes les causes traumatiques ou pathologiques qui peuvent produire les accès d'hystérie.

Nous dirons seulement avec M. Andral : « Ce n'est pas dans le point où l'on découvre une lésion que réside toujours la cause directe des effets qu'elle produit; mais suivant qu'elle retentit sur tel ou tel autre point, spécialement destiné à l'accomplissement d'un certain acte, c'est celui-ci qui se trouvera modifié (2). »

C'est pour avoir négligé cette observation que tant de pathologistes ont fait varier le siége de l'hystérie, c'est-à-dire le point de départ des symptômes, selon les causes déterminantes de l'accès, croyant qu'il fallait nécessairement regarder comme lésions pathognomoniques toutes celles qui produisaient les accès ou coïncidaient avec eux, et confondant la cause de la manifestation des symptômes avec le centre des opérations morbides.

Nous discuterons plus loin, en étudiant le siége et la nature de l'hystérie, la relation entre les lésions organiques et les lésions fonctionnelles, et nous montrerons la névrose se manifestant (dans tous les cas que nous venons de passer en revue) dès que se manifeste l'altération de l'appareil générateur, cessant dès que cette altération cesse, reparaissant si elle reparaît.

Ici nous nous bornons à constater que sur soixante-sept faits anatomo-pathologiques, cinquante-cinq fois l'hystérie a coïncidé avec des altérations matérielles de l'appareil générateur, et que dix-huit fois elle a guéri dès la guérison de l'affection génitale.

Loin de nous de trouver dans ces résultats la spécificité des caractères anatomiques de l'hystérie.

Ces lésions, quoique appartenant toutes au même appareil, varient trop, soit quant à leur nature intime, soit quant à la partie de l'appareil qu'elles affectent, pour qu'on puisse en regarder aucune en particulier comme pathognomonique. Nous les considérons seulement comme entraînant dans l'innervation génitale des troubles dont il est impossible de préciser le ca-

(1) J'ai vu, en consultation avec M. le docteur Hanrot, une dame de 35 ans chez laquelle des accès hystériques, précédés pendant plusieurs mois d'une constriction permanente à la gorge, coïncidèrent avec le début d'un squirrhe de l'utérus. Ces accès diminuèrent de fréquence et d'intensité au fur et à mesure des progrès du cancer, et ils cessèrent complétement six mois environ avant la mort, c'est-à-dire alors que le mal avait creusé dans l'utérus un infundibulum profond, qui avait fait disparaître la totalité du col.

(2) CLIN. MÉD., 1834, p. 734.

---

tamment celle de *demander pardon* à la compagnie en pleine assemblée. Quelque chose qu'ils aient pu faire depuis, la tache leur en est demeurée. Voilà la prouesse de J. de Gorris avec ce vendeur d'orviétan; mais ce n'est pas sa faute, ce n'est que sa coutume. »

— Quand on parle d'organisation médicale, il y a des gens qui n'y croient pas encore, qui n'y croient pas du tout; peut-être ont-ils raison d'après ce qu'ils ont vu. Mais en attendant on fait des règlements, des modifications des ordonnances sur des détails infinis, c'est, comme l'a dit un médecin homme d'esprit, faire *de la médecine de symptômes*.

— Que les candidatures de médecins ont été rares dans la dernière élection de la chambre des députés! Combien peu sont parvenus à faire partie du nombre des élus! Cela est fâcheux pour la profession; elle manque en cela d'un éclat nécessaire et d'appuis essentiels. Plus il y aura de médecins électeurs, et de députés s'il est possible, plus nos justes, nos éternelles réclamations auront de poids et de chances de succès. Il y a pourtant des préjugés contraires; il est des personnes qui s'imaginent que la chambre des députés n'est pas faite pour les médecins, que leur rôle y est trop secondaire. Un tel préjugé nous semble provenir immédiatement de l'ignorance et de la sottise. Les affaires publiques sont aussi nos affaires; soutenir le contraire serait une choquante absurdité. Or, pourquoi n'y pas prendre une part directe et positive? Non-seulement il faudrait un plus grand nombre de médecins à la chambre des députés, mais nous ne doutons pas qu'ils y apporteraient cette hauteur de vues et d'idées qu'on puise nécessairement dans l'étude approfondie de notre art. Toutefois, nous le disons franchement, si on n'est député médecin que pour endosser la livrée d'un parti, quel qu'il soit, pour s'enfoncer dans le sable mouvant des passions contemporaines et des intérêts du jour, pour adorer servilement ou harceler systématiquement le pouvoir en saluant de loin l'Euménide révolutionnaire; ou bien si on n'est député médecin que pour rester sur son banc dans le silence et l'aplatissement d'un mollusque, sans ressentir en soi-même la flamme d'une noble croyance; si l'on n'a d'autre but que de demander ceci, d'obtenir cela, puis encore autre chose, de jeter son écume de flagorneries à qui veut la payer, de jouer le rôle d'un caméléon-valet, d'un pasquin à toutes couleurs, et finir comme tant de gens par baiser humblement le pied fourchu du veau d'or, mieux vaut rester dans sa ville ou dans sa commune, faire sa clientèle vaille que vaille, contrebalancer l'autorité du notaire ou du curé de l'endroit. Les médecins, dit-on, manquent des talents de l'orateur, au moins le très-grand nombre. Il en est au contraire beaucoup qui ont le talent d'une parole facile et élégante; et que faut-il de plus? Quelque respectable que soit la chambre, elle n'est pas le sénat romain; du bon sens et de bons poumons forceront toujours son attention. D'ailleurs, manque-t-on vraiment de force, d'habileté, d'éloquence, quand on est dans son droit, quand on a le courage, la probité de son opinion, et qu'on peut dire, à l'opposé d'une indigne maxime :

Voilà ce que je pense et pourtant je le dis.

Le député médecin a en outre un immense avantage, c'est qu'à peu de chose

ractère . et qui deviennent spécifiques *sous certaines conditions d'âge, de tempérament et d'évolution sexuelle.*

Est-ce à dire que les cas dans lesquels on ne rencontrerait aucune lésion appréciable de l'appareil sexuel infirmeraient les résultats fournis par l'anatomie pathologique? Nullement. Pour qu'il y ait hystérie, selon nous, il faut qu'il y ait trouble de l'innervation génitale; or, comme ce trouble peut exister en dehors des altérations appréciables capables de le produire, il serait hors de raison de prétendre, dans l'état actuel de la science, trouver des lésions visibles dans tous les cas d'hystérie.

Que si l'on voulait regarder ces lésions comme étrangères à l'hystérie parce qu'elles ne suffisent pas à expliquer les symptômes, il faudrait alors regarder les ulcérations du tube digestif comme étrangères à la fièvre typhoïde, la lésion des bronches et des vésicules pulmonaires comme étrangère à l'emphysème, les entozoaires comme étrangers aux convulsions vermineuses, etc., etc.

Prétendre qu'une lésion constante donnerait lieu à des phénomènes constants eux-mêmes, n'est-ce pas oublier ces dyspnées intermittentes qui accompagnent l'épanchement pleurétique, ces accès spasmodiques qui accompagnent les affections du cœur, l'œdème ou l'hydropisie qui accompagnent les affections du foie, etc., etc.?

Ces effets intermittents d'une lésion permanente se manifestent dans tous ces cas, comme dans l'hystérie, par suite des modifications diverses apportées à tout instant à l'économie, modifications que nous résumons en trois mots pour l'hystérie : *âge*, *tempérament*, *influences sexuelles.*

Sans contredit, la lésion anatomique applicable à nos moyens imparfaits d'investigation n'est pas tout, mais c'est une partie du tout, et une des parties les plus importantes à signaler et à approfondir.

Nous reviendrons du reste sur ces différents points, lorsque, dans un prochain article, nous chercherons à déterminer la nature et le siége de la maladie.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE SES PRINCIPES CONSTITUANTS ; par le docteur GERMAIN SÉE, de Ribeauvillé (Haut-Rhin), ancien interne des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir les numéros 30, 31 et 32.)

AFFECTIONS DU COEUR.

Les quatre cas dont je viens de parler consistaient, l'un dans une hypertrophie probablement concentrique, deux autres dans des hypertrophies excentriques, caractérisées par une matité de 12 à 13 centimètres de haut sur 8 à 10 de large, en même temps par de la voussure, et enfin par des battements très-forts, pleins, éclatants, superficiels, très-étendus, égaux, mais irréguliers dans leur rhythme.

Chez le quatrième malade qui a succombé, et dont l'observation est relatée plus loin, il s'agissait d'un rétrécissement énorme de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec déformation, mais sans insuffisance; il s'agissait en outre d'une insuffisance très-marquée de l'orifice aortique, et enfin d'une induration cartilagineuse des valvules sigmoïdes et mitrale. Chez lui les battements étaient également très-forts, très-développés, et de plus inégaux, irréguliers et intermittents; car deux ou trois pulsations fortes alternaient avec un nombre variable de pulsations faibles et précipitées; enfin, outre cette irrégularité, il existait chez lui un autre phénomène très-remarquable, qui avait frappé déjà l'attention de M. Guérard, et qui fixa celle de M. Piedagnel, par sa nouveauté autant que par sa singularité : c'était une sorte de cri très-analogue au bruit d'une porte qui glisserait dans des gonds rouillés; ce cri, que l'on entendait même quand le malade retenait son haleine, était non-seulement remarquable par son timbre, mais encore par son apparition irrégulière et ses intermittences. Tantôt très-marqué et comme strident, tantôt à peine perceptible, il apparaissait tantôt pendant le premier temps, tantôt pendant le deuxième ou pendant le petit silence qu'il traversait sans qu'aucun des bruits normaux en fût le moins du monde modifié. On l'entendait principalement au niveau des quatrième et cinquième cartilages costaux gauches, tout près du sternum, dans une étendue de 12 à 15 centimètres carrés environ.

Parfois on le percevait d'une manière continue pendant des heures entières, mais ce cas était rare; ordinairement il disparaissait pendant quelques battements ou pendant quelques minutes; enfin, quelquefois on cessait de l'entendre pendant un temps beaucoup plus long sans qu'on pût rattacher ces intermittences à aucune cause constante provenant soit des influences extérieures, soit des divers organes; on avait seulement remarqué que quand le cœur battait avec force, le bruit lui-même devenait moins sonore; mais quant aux circonstances qui présidaient à son retour ou à sa production, elles restèrent inconnues même après la mort. Il n'existait, en effet, dans le péricarde, dans le cœur et dans les autres organes, que des altérations analogues à celles qui se rencontrent habituellement, et par conséquent tout à fait insuffisantes pour expliquer ce phénomène irrégulier qui ne pouvait guère prendre sa source que dans un obstacle irrégulier lui-même, comme le serait, par exemple, l'interposition momentanée de quelque caillot entre les piliers des valvules.

Ce bruit que nous venons de décrire ne masquait et ne dérangeait nullement les bruits naturels dont le premier était très-fort et légèrement soufflé, tandis que le second était à peine distinct.

EFFETS DE L'ERGOTINE SUR LE POULS DANS LES MALADIES DU COEUR.

Le pouls, entièrement régulier chez le premier malade, battait 110 fois par minute. On prescrivit un demi-gramme pendant cinq jours de suite. A peine la première potion fut-elle à moitié achevée, que le pouls devint faible, petit et mou; en même temps il tomba de 20 à 30 pulsations, et resta à 80 jusqu'à la fin du traitement.

Chez un autre malade atteint d'hypertrophie excentrique peu avancée, on comptait 106 à 110 pulsations légèrement irrégulières; chez lui il y eut également perte de la force, ralentissement marqué et disparition des intermittences. Mais chez les deux autres malades il n'en fut pas tout à fait de même : l'un présentait de 52 à 60 et l'autre de 56 à 84 pulsations; ces pulsations étaient entièrement inégales, irrégulières, de sorte que l'artère variait, pour ainsi dire, sous la main, et qu'il fut impossible d'établir un point de comparaison fixe : aussi n'a-t-on pas pu remarquer quel fut le degré d'influence de la médication sur la fréquence des battements. Leur

---

près, toutes les questions qui lui sont familières tiennent, plus que toute autre, à l'intérêt général; car il n'est pas de question médicale qui ne soit au fond une question sociale. La justice qu'il réclame, les abus qu'il attaque, les améliorations qu'il sollicite, l'indomptable loi du progrès à laquelle il obéit, ont un caractère d'utilité universelle, que n'ont certainement pas les autres intérêts toujours plus ou moins limités. Il s'agit de l'humanité dans sa conservation comme dans ses souffrances; or, jamais le *salus populi suprema lex* n'a eu de réalité plus importante, plus féconde et plus étendue.

R. P.

— Une cruelle maladie qui sévit en ce moment sur les enfants a fait depuis quelques semaines d'affreux ravages à Orléans. La moyenne ordinaire de la mortalité des enfants est, tout au plus, de 8 par semaine. Or, depuis la moitié du mois de juillet, cette mortalité s'est accrue dans des proportions effrayantes.

Du 10 au 17 juillet, il est mort 15 enfants au-dessous de 7 ans.
Du 17 au 24 juillet, il en est mort 17.
Du 24 au 31 juillet, il en est mort 18.
Du 1er au 7 août, il en est mort 24.
Et du 7 au 14 août, on est arrivé au chiffre effrayant de 30 enfants décédés.

— EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Sur la réquisition de M. le préfet de police, et en vertu de la délégation spéciale de M. le directeur de l'École de pharmacie, M. Gaultier de Claubry, professeur à cette école, se transporta dans une officine du passage Vivienne, exploitée par le sieur Thomas. A son arrivée, M. Gaultier de Claubry ne trouva point le titulaire de la pharmacie, mais en son lieu et place un jeune homme, ancien commis marchand dans un magasin de nouveautés, et qui, en raison de ses premières occupations, ne devait ni ne pouvait avoir une grande expérience de la manipulation des drogues. Il fut constaté, en outre, que les médicaments se trouvaient dans un état de détérioration déplorable, et, de plus, l'armoire destinée à renfermer les poisons, et qui en contenait même de très-actifs, n'étant pas fermée à clef, comme l'exigent les règlements, restait à la disposition d'une main ignorante, dont les erreurs pouvaient avoir les plus terribles conséquences.

Une saisie immédiate fut pratiquée dans cette officine, qui depuis ce temps est restée fermée, et par suite le sieur Thomas a été traduit devant le tribunal de police correctionnelle sous la prévention d'exercice illégal de la pharmacie, puisqu'il a été reconnu qu'il avait exercé sans diplôme, et sous celle de détention de médicaments mal préparés et gâtés, ainsi que de substances vénéneuses non renfermées sous clef.

Le sieur Thomas ne comparaît pas à l'audience, mais le tribunal le condamne par défaut à dix jours de prison et à 100 fr. d'amende.

— Le 1er juillet, la Société de pharmacie des Pays-Bas s'est réunie à Amsterdam en assemblée générale, et s'est occupée des intérêts scientifiques et matériels de la pharmacie. Elle a résolu de s'adresser au gouvernement pour demander qu'il soit mis un terme à la décadence incessante de la pharmacie, en réglant par une bonne loi l'exercice et la police des professions médicales.

irrégularité sembla, au contraire, diminuée légèrement, car leur mode de succession parut plus identique. Enfin, quant à leur force, elle tomba complétement, et la puissance d'impulsion diminua d'une manière évidente, principalement pour ceux qui étaient primitivement développés.

On peut donc dire :

1° Que chez tous les malades le médicament a réussi à produire une diminution manifeste et assez durable de la force du pouls;

2° Qu'il a produit en même temps un ralentissement évident dans le cas où le pouls s'éloignait beaucoup de l'état normal sous le rapport de sa fréquence;

3° Qu'enfin, dans le cas où la fréquence était peu considérable et le type intermittent, le médicament n'a eu que peu d'action sur le nombre et sur le rhythme des pulsations.

Il n'y a donc eu, dans ces derniers cas, qu'une sédation incomplète qui a porté presque uniquement sur la force d'impulsion. Mais si l'ergotine fit jusqu'à un certain point défaut dans cette circonstance, il en fut entièrement de même de la digitale qui est considérée cependant, à juste titre, comme un des meilleurs sédatifs; la digitale n'eut pas plus d'action que le médicament que nous expérimentions, et on vit même, malgré des doses élevées de digitale, que le pouls qui après la cessation de l'ergotine avait repris aussitôt son irrégularité et sa force première, resta dans cet état sans subir de modification. On n'obtint pas davantage pour ce qui concernait sa fréquence, et ce ne fut qu'à l'aide de 18 grains de poudre de digitale qu'il se manifesta un léger ralentissement; mais cette dose détermina des coliques et des vomissements qui obligèrent de suspendre la médication, tandis que l'extrait aqueux de seigle n'avait produit aucun accident.

D'après cela, on peut croire que quand l'ergotine ne produit qu'une sédation incomplète, la digitale échoue d'une manière plus marquée encore; l'une pourra donc remplacer l'autre avec quelque avantage, principalement quand il s'agira de produire une action forte et instantanée; mais, d'un autre côté, elle serait entièrement contre-indiquée s'il fallait déterminer une action durable; car l'économie s'y habitue facilement si on n'augmente pas rapidement les doses, tandis que l'effet produit par la digitale persiste beaucoup plus longtemps.

Les doses les plus convenables pour commencer sont d'un demi-gramme à 1 gramme, sauf à les doubler le lendemain ou les jours suivants, ce que l'on peut faire sans inconvénient.

Système nerveux. — Organes divers. En effet, aucun de nos malades n'a présenté de phénomènes sérieux du côté du système nerveux; on a bien eu à noter des engourdissements passagers dans les membres; mais comme ces phénomènes se sont montrés précisément chez ceux qui avaient pris les doses les plus faibles, comme d'ailleurs la maladie elle-même produit quelquefois des accidents pareils, on pensa pouvoir les attribuer à quelque influence prédisposante, et on passa outre sans qu'ils reparussent d'aucune façon.

Du côté du système digestif on a eu à noter une constipation opiniâtre, comme dans les hémorragies; les autres organes sont restés entièrement sains, et les divers troubles fonctionnels que présentait la poitrine, savoir, les palpitations, l'oppression, la toux, les crachements de sang, tout est resté dans le même état pendant toute la durée du traitement.

Ainsi, dans tous les cas que nous avons passés en revue, dans les hémorrhagies comme dans les affections du cœur, les seuls organes qui aient éprouvé des modifications profondes sont les organes de la circulation. Cependant cet effet physiologique n'avait pas été noté jusqu'ici.

L'attention des observateurs s'était portée sur les autres fonctions, et M. Arnal, qui avait inscrit, par exemple, tout ce qui est relatif aux systèmes cérébral et génital, avait cru devoir s'en rapporter, pour l'appréciation du pouls, à la sagacité de ses malades; aussi n'insiste-t-il pas sur les propositions qu'il a avancées relativement à la circulation du sang. Quant aux autres effets, et quant à l'innocuité du médicament, nos conclusions cadrent, à peu de chose près, avec les siennes; seulement les coliques qu'ont éprouvées quelques-unes de ses malades n'ont pas été notées chez les nôtres, ce qui ne doit pas étonner, car ce phénomène n'a paru que d'une manière accidentelle, irrégulière et sans suivre la progression des doses; aussi est-il permis de croire que le médicament n'en a pas été la seule cause. Pour tout le reste, si l'on compare ce que nous avons dit avec les propositions que nous avons rapportées comme appartenant aux autres observateurs, on verra qu'il y a une identité complète sous la plupart des points de vue d'ensemble.

Voyons maintenant en quoi l'action de l'ergotine ressemble à celle du seigle ergoté lui-même, et cherchons à indiquer dans quels cas on doit préférer l'un à l'autre.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ.

Pour étudier les effets du seigle, nous ne pouvons guère puiser que dans les faits thérapeutiques; car les expériences sur l'homme sain sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer des conclusions rigoureuses. Ce qu'on en sait nous permettra d'affirmer qu'il a très-peu d'action dans les circonstances physiologiques; en effet, Olivier Prescot (1) en a prescrit à plusieurs personnes jusqu'à 4 grammes sans obtenir aucun effet sensible. M. Barbier (d'Amiens) (2) est arrivé au même résultat; M. Cordier (3), après en avoir pris 8 grammes à de courts intervalles, n'a éprouvé que des rapports, des nausées et deux fois des vomissements. Parmentier dit (dans une lettre adressée à l'abbé Rozier) (4) en avoir pris pendant huit jours à jeun sans accident. Enfin MM. Lapre et Capernon (5) en ont pris impunément six grammes pendant sept à huit jours; mais dans ces expériences il n'est pas question des phénomènes de la circulation. M. Parola est le seul qui ait mentionné ces phénomènes : trois fois sur le même individu il ramena le pouls de 67 à 58 à l'aide de 1 gramme et demi d'ergot en poudre; sur lui-même, il vit le pouls tomber de 74 à 60. Voyons maintenant si, dans l'état pathologique, les observations ont été faites avec plus de rigueur.

En tant que médicament, l'ergot de seigle ne fut indiqué pour la première fois que dans le seizième siècle par Adam Lonicère (6), puis par Jean Thalius (7), plus tard (1688) par Camerarius (8); et bien que l'usage en fût répandu depuis un très-long temps parmi les matrones et les empiriques en Allemagne (James, (9)) les premiers travaux scientifiques ne datent que du siècle actuel. Ce fut aux docteurs Stearns (10) et Prescott (*loc. cit.*) qu'on dut les indications les plus précises sur l'emploi du seigle. Plus tard, les docteurs Atlée (11) (de Philadelphie), Williams Dewees (12), Yves (cité par Ritter in ANNALES DE HEIDELBERG), confirmèrent les travaux de leurs prédécesseurs, ainsi que Henri, Chatard, Chapman, Church, Davies, Valler (13). En Italie, Bigeschi (14), Ballardini, Lovati (ANNALES DE HEIDELBERG); en France, Bordat (15), Desgranges (*loc. cit.*), Lagrange, Chevreul, Villeneuve (*loc. cit.*), Lobstein, Billard, Godquin (16), Goupil (*loc. cit.*); en Allemagne, Heinrichsen, Herman, Robert, Kochler, Schneider, Ochler, Fehr, Lorins, Henne, Weber, Brunnati, Busch, Kluge, etc., etc., cités par Ritter, furent les partisans les plus connus du seigle. Mais ce médicament trouva des détracteurs nombreux, parmi lesquels je citerai Chaussier (17), madame Lachapelle, d'Outrepont, Hosake, Hall (cités par Ritter). Aujourd'hui l'influence de l'ergot paraît démontrée principalement dans les cas suivants :

1° Dans tous les cas où il s'agit de réveiller les contractions de l'utérus : inertie de la matrice, expulsion du fœtus mort (Robert, Atlée, Schall-Cross) (18); expulsion du placenta (Dewees, Busch, Church, Renton, Duchateau) (19); expulsion des caillots, des polypes (Davies, Ulsamer, Busch, Guersant) (20); expulsion des moles (Pignacca (21), Macgill (22), Levrat (23), Gardien); tranchées utérines (Kathriner, in ANNALEN DE PUCHELTR, 1843).

2° *Métrorrhagies.* Les cas dans lesquels il a été plus utile ensuite sont les métrorrhagies puerpérales.

3° *Hémorrhagies non puerpérales.* On était moins d'accord sur les propriétés de ce médicament dans les hémorrhagies non puerpérales; en effet, Prescot (*loc. cit.*), Mandeville, Goupil (*loc. cit.*), les niaient; mais déjà Bauhin (24), puis Spajrani (25), Pignacca, Bazzoni (26), Schupmann,

---

(1) Prescott, in JOURNAL GÉNÉR. DE MÉD., t. XXXII.
(2) Barbier, REVUE MÉDICALE, t. II; 1831.
(3) Cordier, NOUVELLE BIBLIOTHÈQUE GÉNÉRALE.
(4) Parmentier, in thèse de Paris, 1842, Malartic.
(5) Lapre et Capernon, in thèse de Paris, 1842.
(6) Lonicère, BOTANICUM HERBARIUM.
(7) Thalius, d'après Goupil, JOURN. DES PROGRÈS, t. III, p. 150.
(8) Camerarius, d'après Villeneuve, MÉMOIRE HISTORIQUE SUR L'EMPLOI DU SEIGLE.
(9) James, DICT. DE JAMES, f° 5; 1747.
(10) Stearns, ACCOUNT OF THE PULVIS PARTURIENS, in MEDIC. REPOSITORY, t. V; 1818.
(11) Atlée, AMER. MED. REPOS., t. IV.
(12) Dewees, AN ESSAY OF THE MEANT, etc.; Philad., 1814.
(13) Cité par Bayle, BIBLIOTH. DE THÉRAP., t. III, et par Ritter, in ANNALES DE HEIDELBERG; 1842.
(14) Bigeschi, traduit dans BULLET. DE LA SOCIÉTÉ D'ÉMULATION, t. I.
(15) Bordat, CONSID. MÉDIC. SUR LE SEIGLE, thèse, 1818, et RECHERCHES; Paris, 1828.
(16) Godquin, thèse de Paris, 1819.
(17) Chaussier, in DICT. DES SCIENCES MÉDIC., t. L.
(18) Schall-Cross, AMERIC. MEDIC. REPERTORY, t. IV.
(19) Duchateau, mém. env. à l'Acad. de Paris.
(20) Guersant, JOURN. DES CONNAISSANCES MÉDIC.-PRAT., t. I.
(21) Pignacca, in ANNALES D'OMODEI.
(22) Macgill, cité par Ritter.
(23) Levrat, *ibidem*.
(24) Bauhin, *ibidem*.
(25) ANNALES D'OMODEI.
(26) *Ibidem*.

Churchill, Guillemond, Negri, MM. Récamier, Busch, Trousseau et Maisonneuve (1) en démontrent l'utilité.

4° *Flux muqueux, leucorrhées.* Outre les cas indiqués, on l'a employé encore dans les flux muqueux ; ainsi Prescot (*loc cit.*), Marshall-Hall (*loc. cit.*), Bazzoni (*loc. cit.*), Busch (*loc. cit.*), Dufrénoy, Trousseau, Negri, l'ont préconisé dans la leucorrhée.

Blennorrhagie. Muller l'a vanté dans la blennorrhagie chronique, et M. Desruelles (2) l'a même employé dans l'état aigu ; M. Lallemand (3 s'en loue dans les spermatorrhées atoniques, Abraham Stout dans la diarrhée chronique.

5° *Engorgements chroniques de l'utérus.* Spajrani l'employa avec succès dans les congestions utérines, ce qui a conduit sans doute M. Arnal à s'en servir dans les engorgements chroniques du col, dont il rapporte dix-neuf cas de guérison.

6° *Troubles menstruels.* On a encore cherché à agir par ce moyen sur la dysménorrhée ; Chapman (4), Rondak (5), Church, Bekmann, l'ont prôné comme emménagogue, et M. Nauche (6) se loue beaucoup de cette médication ; mais Weil et Hall l'ont trouvée inefficace.

7° *Affections nerveuses.* Je ne parle pas ici des cas de convulsions puerpéral s que Waterhouse (in Stearns), Brinkle (7), Michel (8) et Levrat ont fait cesser par ce moyen, parce qu'ils ont agi plutôt sur l'utérus que sur l'éclampsie ; mais à propos des affections nerveuses, je citerai les différents cas qui ont trait aux paralysies des membres (Barbier), aux affections de la moelle (Payan), aux paralysies de la vessie (Guersant), Kinsley, Houston (in DUBLIN MEDICAL PRESS, 1843 et 1844), Ross (in LOND. AND EDINB. JOURN., 1844), à l'hystérie (Nardo) (9).

8° *Fièvres.* Enfin j'ajouterai à cette longue liste des cas dans lesquels on a cru devoir employer le seigle ergoté, une dernière classe de maladies qui ont été combattues par ce même moyen, principalement en Allemagne : je veux parler des fièvres intermittentes (Backer, Melhausen, Dutton) in Ritter) et des fièvres inflammatoir s (Parola, *loc. cit.*; Uberti, in ANNAL. UNIV. MED., 1843 ; Matti, in GAZ. DE TOSCANE, 1843).

Dans tous ces travaux relatifs à des cas si divers, je n'ai presque jamais trouvé de faits détaillés dans lesquels on ait suivi avec soin les effets du médicament sur toutes les fonctions à la fois ; je n'excepterai que les observations rapportées par Godquin (*loc. cit.*), Spajrani (*loc. cit.*), Duparcque (*loc. cit.*), et surtout les faits rapportés par M. Trousseau. Or, si dans ces faits l'on cherche quels sont leurs caractères communs, on voit des troubles constants du côté des organes génitaux, quelquefois du côté du cerveau et du tube digestif.

EFFET DU SEIGLE SUR LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION. — Dans toutes les observations qui se rapportent aux deux premières classes d'indications, on a noté des coliques utérines avec contractions plus ou moins évidentes ; ces coliques étaient vives, continues, et contribuaient toutes à l'expulsion des corps renfermés dans l'utérus, principalement pendant l'état puerpéral, chez les femmes lymphatiques et phlegmatiques, et quand le travail était déjà avancé ; elles commençaient après cinq à dix minutes et duraient à peu près une heure (Prescot).

Hors de l'état puerpéral, on a également fait mention de coliq es vives, analogues aux douleurs de l'enfantement ou d'une menstruation difficile, et ayant pour siége le bas-ventre et quelquefois les reins ; mais en parcourant avec attention les observations que j'ai pu trouver, j'ai remarqué que, chez les malades chez lesquelles on avait noté les antécédents, il existait souvent des coliques ou des douleurs de reins avant le traitement, de sorte qu'on ne sait pas toujours s'il faut attribuer ces phénomènes au médicament ou à la maladie.

Quant aux contractions utérines, qui sont si manifestes dans l'état puerpéral, je les ai également trouvées notées dans toutes les observations relatives aux corps étrangers, aux polypes et aux moles ; mais quand l'utérus n'était pas dilaté, aucun auteur ne fait mention de ce phénomène, et il n'y a que deux observations non concluantes de M. Duparcque qui fassent exception. Le raisonnement vient d'ailleurs en aide aux faits ; car comment concevoir une contraction musculaire dans un tissu compacte et serré comme l'est un utérus vierge ou cancéreux, quand il n'y a pas rétention de sang ou d'une autre substance dans sa cavité. Il est donc douteux, d'après les faits connus, qu'il y ait dans ces cas-là des phénomènes actifs du côté des organes génitaux ; nous avons déjà fait les mêmes remarques pour ce qui est de l'ergotine.

EFFETS DU SEIGLE SUR LES ORGANES CÉRÉBRAUX ET DIGESTIFS. — Après les phénomènes relatifs aux organes génitaux, ceux qu'on a notés le plus souvent sont les troubles cérébraux. Parmi ceux-ci, je n'ai retrouvé que dans les observations elles-mêmes les douleurs et les engourdissements des membres qui s'étaient présentés quelquefois chez nos malades. Dans les résumés, les auteurs ne parlent en effet que des vertiges, de la céphalalgie, de la dilatation des pupilles, et enfin d'un dernier phénomène qui ne s'est jamais présenté à notre observation : je veux parler de la somnolence dont M. Trousseau dit : « Ce phénomène se manifeste après des coliques violentes ou des vertiges intenses. » A part ce symptôme, on voit donc que l'action de l'ergotine paraît être la même, à peu de chose près, que celle du seigle ergoté pour tout ce qui concerne les organes cérébraux.

Du côté du système digestif, on a souvent eu à noter les nausées et les vomissements ; je les ai observés moi-même sur deux malades atteintes de métrorrhagie qui furent traitées par l'ergot de seigle à haute dose ; l'ergotine, au contraire, ne détermina jamais rien de pareil. La constipation que produisit, au contraire, ce dernier médicament n'est point mentionnée dans les livres.

CIRCULATION.

Enfin, pour tout ce qui est relatif au pouls, je n'ai trouvé que des indications vagues dans les auteurs italiens ; il résulte seulement de leurs observations que le médicament réussit aussi bien quand le pouls est fort et développé que quand il est affaibli par des hémorrhagies. M. Trousseau, qui n'a négligé aucun phénomène, n'a pas oublié non plus l'état du pouls, et il parle explicitement d'un ralentissement sensible de la circulation qu'il observa chez plusieurs malades ; M. Beatty (IN DUBLIN JOURN. OF MEDICAL SCIENCES, 1844) mentionne formellement le même phénomène. Voilà donc pour l'ergot en nature un fait entièrement conforme à ce que nous avons observé pour l'ergotine de Bonjean et pour l'ergotine de Wiggers. Quant aux explications qu'en donne M. Trousseau, je crois avoir démontré qu'elles ne sont pas entièrement prouvées ; cet observateur fait dépendre le ralentissement du pouls de la cessation de l'hémorrhagie ; mais il faudrait pour cela qu'il y eût harmonie parfaite entre ces deux phénomènes, ce qui n'a pas lieu.

Tous les autres organes sont restés presque entièrement dans leur état naturel.

Tous ces faits ont été confirmés d'une manière évidente dans les cas que j'ai eu l'occasion d'examiner.

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme atteinte d'une métrorrhagie cancéreuse extrêmement intense.

On lui administra une potion avec 2 grammes de seigle. Dès les premières prises de la potion, le pouls, qui était extrêmement fréquent (120), tomba de 20 pulsations ; mais comme l'administration de ce médicament fut aidée de l'action des réfrigérants et du tamponnement, il fut impossible d'en rien inférer quant à l'influence du seigle sur l'issue favorable de l'hémorrhagie.

Un autre cas se rapporte à un enfant, âgé de deux ans, atteint d'une hémiplégie complète du mouvement, qui était survenue lentement sans cause connue, et qui datait de quatre mois, lorsqu'on commença le traitement.

L'enfant présentait alors, sauf la paralysie, tous les signes d'une bonne santé ; le système nerveux était dans son état normal ; le pouls battait 92 à 96 fois par minute ; il était régulier, fort développé et difficile à déprimer ; la peau était médiocrement chaude, surtout aux extrémités. Les fonctions de la vessie et du rectum étaient intactes.

On lui administra 0,75 de seigle dans un julep gommeux à prendre par cuillerée à bouche de deux heures en deux heures. La potion fut commencée à midi ; le soir, à sept heures après la troisième cuillerée, le pouls ne marquait plus que 80 pulsations, et le lendemain matin il était à 76, faible et mou ; la peau était devenue complétement froide aux extrémités, mais sans que l'enfant accusât le moindre malaise. Les selles, les urines, l'appétit restèrent naturels, et l'enfant continua à jouer dans son lit.

On porta donc la dose du médicament à 1 gramme. Pendant les premiers jours du traitement, le pouls varia entre 70 à 84 ; mais jamais il ne remonta au point où il était primitivement. Plus tard, les pulsations reprirent un peu plus de fréquence et de force, et l'effet du médicament sur la circulation sembla diminuer.

Quant au système nerveux, il ne présenta aucune espèce de modification, la paralysie resta dans le même état, bien qu'on continuât le médicament pendant vingt jours et à la dose d'un gramme et demi jusqu'à 2 grammes.

On voit donc que l'effet du seigle sur l'hémiplégie est complétement nul, et qu'il ne détermine d'autre phénomène qu'une sédation très-marquée de la circulation, sans aucun trouble nerveux.

(1) Trousseau, in BULL. DE THÉR.
(2) Desruelles, GAZ. DES HÔPIT., 1842.
(3) Lallemand, in ANNALES DE GÉOD., t. II, 1842.
(4) Chapman, DISCOURSE OF THE ELEM. OF THERAPEUT., Phil., 1817.
(5) Rondak, BUCHNER'S REPERTORIUM, t. IV, 1818.
(6) Nauche, MALADIES PROPRES AUX FEMMES, p. 657.
(7) Brinkle, ANNALES D'OMODEI, an 1826.
(8) Michel, in BIBLIOTH. THÉRAP. de Bayle, t. III.
(9) Nardo, MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA, 1841.

Le troisième cas est entièrement identique au précédent pour le résultat; il s'agit ici d'un enfant de 12 ans, atteint depuis trois ans de paraplégie complète, quoique bornée aux membres, et qui était survenue lentement sans déformation de l'épine, sans cause traumatique.

Cet enfant fut soumis au même traitement que le précédent; il prit jusqu'à 2 grammes de seigle pendant un mois sans éprouver aucun accident, mais aussi sans modification aucune de la paralysie; il n'y eut que le pouls et la calorification qui subirent quelques modifications. Les pulsations de l'artère diminuèrent de force, et la peau des pieds comme des mains devint complétement froide.

Le quatrième cas se rapporte à une hypertrophie avec endocardite chronique, suite de rhumatisme articulaire, chez un garçon de 12 ans. La maladie datait d'un mois et demi et était caractérisée par une matité très-étendue, un souffle manifeste au premier temps, une impulsion très-considérable de la pointe du cœur; les battements étaient à 84 ou 88, très-forts, très-développés, réguliers; la peau était chaude, la santé générale assez bonne. On employa d'abord les petites saignées, les bains, puis on appliqua sur la région précordiale un cautère qui sembla produire quelque amélioration; mais cet effet n'eut pas de suite, et on fut obligé de tenter d'autres médications. On essaya donc la digitale, mais sans aucune espèce de résultat; puis on eut recours à l'ergot de seigle (0,75 dans un julep). Pendant les deux ou trois premiers jours, le pouls diminua de 8 à 12 pulsations; mais ce qui fut surtout très-remarquable, ce fut une dépression manifeste de sa force, la diminution de l'impulsion du cœur, et même une diminution de l'intensité du souffle; ces phénomènes persistèrent pendant quelques jours; mais bientôt l'action du médicament s'épuisa, et le pouls reprit de sa force.

Plus tard, on essaya le sulfate de quinine, qui sembla d'abord produire une sédation plus complète que le seigle; mais cet effet fut entièrement passager et peut-être même accidentel.

Remarques. — Il résulte de ces observations :

1° Que, dans les hémorrhagies, comme dans les maladies du cœur, comme dans les paralysies, le pouls subit toujours les mêmes modifications que par l'extrait aqueux et par la sécaline de Wiggers, c'est-à-dire une diminution de fréquence et de force qui s'accompagne quelquefois d'abaissement de la température;

2° Que cette sédation se produit quelquefois indépendamment de tout trouble nerveux susceptible de dénoter l'influence du cerveau.

3° Que, dans l'état pathologique, l'action du seigle ergoté sur les lésions du cœur n'est jamais que passagère, et insuffisante pour produire une sédation de quelque utilité;

4° Que l'ergot est sans efficacité aucune sur les paralysies, ce que nous allons voir confirmé, du reste, quand nous aurons analysé les observations principales que la science renferme sur ce sujet;

5° Enfin, pour ce qui est des hémorrhagies, nous démontrerons aussi que l'action de l'ergot ne porte que sur l'utérus dans l'état puerpéral, et que, dans tous les autres cas d'hémorrhagie, il n'est pas plus efficace que l'ergotine. Les faits rapportés par les auteurs italiens prouvent en effet que l'hémorrhagie a bien pu subir, sous l'influence du médicament, quelque modification passagère; mais M. Trousseau, qui a analysé avec soin quatre observations d'épistaxis, huit observations d'hémoptysie, un cas d'hématurie et un cas d'hématémèse, a parfaitement démontré que l'ergot était sans efficacité aucune sur la perte de sang. Sur ces quatorze cas, ce médecin distingué n'a trouvé qu'un seul cas probant relatif à une hémorrhagie pulmonaire, et deux cas relatifs à des hémorrhagies nasales, qui, comme on sait, cèdent plus facilement que toutes les autres. Les expériences qui sont propres à cet observateur ont, du reste, fait mieux ressortir encore l'insuccès de l'ergot dans ces divers cas, ce qui est exactement en rapport avec les résultats auxquels nous sommes arrivés par l'ergotisme, c'est-à-dire avec le principe que la chimie avait désigné sous le nom de *principe hémostatique par excellence.*

Ce qui est vrai pour les hémorrhagies indépendantes de l'utérus paraît l'être également pour les hémorrhagies utérines, du moins quand elles ne sont pas sous la dépendance de l'état puerpéral, ou d'une distension, soit active, soit passive, de l'utérus.

Nous avons suffisamment prouvé, pour ce qui est de l'ergotine, qu'elle ne faisait que modifier passagèrement l'hémorrhagie, et qu'elle était inefficace pour arrêter la perte : or, le seigle ne paraît pas agir d'une manière différente.

Les observations de M. Trousseau, qui sont parfaitement exactes, nous montrent très-fréquemment l'impuissance du médicament.

« Dans quelques cas, dit M. Trousseau, nous avons administré 36 et 48 grains sans produire aucun effet appréciable, ces phénomènes ne commençant à paraître qu'à la quatrième, cinquième ou sixième dose; et même une fois la perte a augmenté, malgré l'ingestion d'un gros entier d'ergot de seigle. »

L'analyse des observations de ce médecin nous montre d'ailleurs l'hémorrhagie se continuant fréquemment après deux à trois jours, et plus. Nous pouvons donc, avec quelque raison, appliquer aux hémorrhagies utérines et puerpérales les mêmes données qu'aux hémorrhagies générales, et les sages réflexions de M. Trousseau nous autorisent pleinement à conclure dans ce sens : « Il est, en effet, bien difficile, dit ce médecin, à propos des hémorrhagies générales, de juger l'insuffisance d'un médicament sur une hémorrhagie, accident essentiellement temporaire et si variable, qu'il n'est permis, en général, à personne d'en calculer la durée. »

Cette remarque doit faire douter des médicaments qui tarissent les hémorrhagies; que sera-ce donc des médicaments qui ne font que modifier passagèrement l'écoulement sanguin sans parvenir à l'arrêter complétement? Un remède hémostatique doit agir d'une manière rapide et définitive sans permettre les rechutes, au moins pendant le temps qu'on continue la médication : or ce ne sont pas là les résultats que fournit le seigle.

On peut donc dire que l'ergot, pas plus que l'ergotine, n'agit comme hémostatique; qu'il n'a aucune action sur les organes autres que l'utérus; enfin, qu'il n'agit sur les hémorrhagies utérines qu'autant que l'utérus est dans l'état puerpéral, ou quand il est changé dans sa texture musculaire et vasculaire.

Pour ce qui est de l'influence de l'ergot sur les maladies de la moelle et de ses dépendances, son efficacité est bien plus douteuse encore, et, pour ne citer que les observations les plus importantes, nous voyons, dans le travail intéressant de M. Payan (Mémoire sur le seigle ergoté, 1841), que sur sept cas il y en a d'abord quatre (observations 2, 3, 4, 5 et 6) relatifs à des individus dont la plupart étaient devenus paraplégiques par suite de commotion de la moelle, mais dont l'état était en voie d'amélioration, soit sous l'influence des seuls efforts de la nature, comme il arrive souvent dans la commotion, soit sous l'influence des antiphlogistiques et des exutoires qu'on avait cru devoir opposer à la maladie; aucun de ces malades ne présentait de paralysie complète lorsqu'on commença le traitement; ces cas sont donc sans aucune valeur.

La septième observation, qui est relative à une myélite chronique, ne prouve pas davantage, puisqu'il y est dit formellement que le malade avait remarqué, sous l'influence des moxas, que les douleurs s'étaient calmées et que la même faiblesse des jambes avait diminué. La première observation paraît seule présenter quelque importance; elle est relative à une paraplégie ancienne, consécutive à une courbure exagérée du rachis : or, il me paraît difficile de comprendre l'action d'un médicament qui agit en faisant cesser les effets d'une compression pour ainsi dire mécanique.

Les cas relatifs à la rétention d'urine paraissent au premier abord plus concluants que les cas de paralysie des membres; mais, sans parler de cet insuccès qui suivit l'emploi du médicament dans un cas où M. Payan lui-même avait cru trouver les indications les plus formelles pour en tenter l'usage, nous ferons remarquer que, d'après les travaux modernes, les paralysies essentielles de la vessie, contre lesquelles l'habile praticien d'Aix avait dirigé principalement la médication en question constituent une maladie extrêmement rare, qu'on a longtemps confondue avec les paralysies dépendantes des lésions de la prostate.

Or tout le monde sait que, dans ce dernier cas, la rétention d'urine cesse et se reproduit avec la plus grande facilité; l'influence médicatrice du seigle sur les paralysies est donc loin d'être démontrée d'une manière complète.

Conclusions. — Concluons donc en disant que la plus grande analogie existe entre l'action du seigle et celle de son extrait aqueux.

L'un et l'autre sont inefficaces dans les paralysies et dans les hémorrhagies non puerpérales; l'un et l'autre agissent sur la circulation qu'ils dépriment et sur le système nerveux.

Mais les principes constituants portent principalement sur la circulation, très-peu sur les organes cérébraux, moins encore sur la matrice et sur le tube digestif, tandis que le seigle semble affecter ces divers systèmes d'organes dans un ordre différent : ainsi l'organe sur lequel il agit le plus constamment est l'utérus, surtout quand il est dilaté, et mieux encore quand il est distendu par la grossesse arrivée aux derniers mois (Parola). Son action sur les utérus qui ne sont pas dans ces conditions paraît, au contraire, entièrement nulle, comme celle de l'ergotine.

Après l'utérus, les organes qui se modifient le plus fréquemment sous l'influence de l'ergot sont les organes cérébraux, bien que ce fait puisse manquer et manque fréquemment.

Enfin, à côté des troubles nerveux se placent pour la fréquence les troubles de la circulation, comme le prouvent les expériences physiologiques, les observations thérapeutiques de la plupart des médecins italiens, de M. Trousseau, de M. Beatty, et enfin les nôtres.

Mais la sédation qui résulte de cette action médiatrice peut exister san-

qu'il y ait aucun dérangement du côté du système nerveux; aussi, si on veut admettre que les phénomènes qui se manifestent du côté du cœur et de la matrice soient sous la dépendance d'une modification préalable du système nerveux, il faut supposer au moins que cette modification ne se trahit pas toujours à l'extérieur; il faut supposer, en un mot, une sorte d'action latente que les faits n'ont pas encore démontrée.

Pour ce qui est de l'ergotine, il est bien plus difficile encore de prouver quelque relation de cause à effet entre l'hyposthénisation qu'elle produit et le trouble du cerveau, c'est-à-dire entre des phénomènes extrêmement fréquents, sinon entièrement constants, et des phénomènes qui se présentent tout au plus dans le tiers des cas, et cela d'une manière fugace, tardive, irrégulière, à une époque enfin qui ne coïncide nullement avec les modifications que subit la circulation.

Ce qui tend d'ailleurs à séparer complétement encore ces deux ordres de symptômes thérapeutiques, c'est le mode de manifestation des épidémies d'ergotisme. Il est bien prouvé aujourd'hui que les épidémies sont presque toutes constituées par l'ergotisme gangréneux et qu'elles portent presque exclusivement sur la circulation et sur le sang qu'elles altèrent assez profondément pour produire la gangrène, tandis que ce qu'on a décrit sous le nom d'ergotisme convulsif n'accompagne presque jamais la maladie dont nous venons de parler, comme le démontre l'histoire des épidémies d'ergotisme gangréneux, observées par Dodart, en 1674; de l'épidémie observée par Noël, en 1709, dans l'Orléanais et le Blésois; de l'épidémie décrite par Langius, par Salerne (Mém. de math. et de phys., t. II, p. 55); enfin, de celle qui est relatée par M. Janson, dans le compte rendu de la clinique de Lyon, et qui fait voir clairement l'ergotisme gangréneux, isolé et distinct de l'ergotisme convulsif. L'épidémie de Lille, décrite par le docteur Bouchet, semble seule faire exception à cette règle, car la gangrène fut précédée de convulsions des jambes et des bras; mais ce fut là le seul point de contact qui rapproche cette épidémie de l'ergotisme convulsif. Toutes les autres sont constituées par la gangrène sans aucune complication du côté du système nerveux.

D'un autre côté, les épidémies décrites sous le nom d'ergotisme convulsif ne s'accompagnèrent presque jamais non plus des phénomènes de la gangrène, comme le démontrent les relations des épidémies observées par Srine, en 1736, dans le pays de Wurtemberg, en Bohême, et par Burghart, en Silésie, ainsi que les quatorze épidémies dont la description se trouve relatée par Ozanam.

Ces deux maladies semblent donc parfaitement indépendantes l'une de l'autre; de plus, quand il s'agit de constater la corrélation qui existe entre elles et l'usage du seigle, on voit que l'ergotisme gangréneux est le seul qui résulte d'une manière évidente de l'usage du seigle malade: au contraire, ce que nous savons de l'ergotisme convulsif est si confus, si mal décrit, qu'il est impossible de se faire une idée exacte de la maladie, et que plusieurs auteurs, entre autres Dance, M. Trousseau, M. Dezeimeris, Ozanam, ont depuis longtemps, et avec juste raison, mis en doute la nature de cette maladie; car comment comprendre qu'une seule et même cause puisse produire des effets aussi différents que le sont ceux des deux espèces d'ergotisme? Comment comprendre surtout que ces effets, qui sont censés résulter l'un et l'autre d'un même principe délétère, ne coïncident presque jamais entre eux et existent au contraire presque toujours isolément.

Pour s'expliquer cette double difficulté, si on ne veut pas entièrement rejeter l'ergotisme convulsif, il faut supposer au moins quelque différence dans les qualités toxiques des substances qui composent le pain ergoté, ce qui revient à dire que l'ergotisme convulsif est une maladie distincte de l'ergotisme gangréneux. Les faits sont d'ailleurs parfaitement en rapport avec le raisonnement. Dans plusieurs épidémies attribuées à la mauvaise qualité des céréales, on retrouve en effet la plupart des symptômes principaux de ces affections qu'on a décrites sous le nom d'acrodynies, de raphanie et qui sont évidemment étrangères à l'action délétère du seigle; telle est, comme l'observe Dance, l'épidémie qui régna en 1596 dans la Hesse et qui se reproduisit deux siècles plus tard en Angleterre et en Allemagne où elle fut décrite par Waldschmiedt, Scheffer et Muller; telle est encore l'épidémie qui se manifesta aux environs de Béthune et de Lille, en 1740, et dont nous avons déjà parlé plus haut.

Il est à remarquer que toutes ces épidémies se développèrent pendant des étés froids et humides, c'est-à-dire dans des circonstances qui favorisent le développement de l'ergot, mais qui semblent favoriser aussi la production de l'acrodynie, comme on l'observa dans l'épidémie qui sévit à Paris en 1828. Hippocrate a dit: « Imbres assidui æstate præsertim cadentes, morbos spasticos gignunt. » C'est en partie à cette cause qu'on attribue l'épidémie qui sévit à Schlaupitz, en 1736. Enfin, Ozanam dit formellement que l'ergotisme convulsif est dû uniquement au raphanistrum, et les vertiges à l'ivraie. Il y a donc, comme on le voit, plus d'une cause d'erreur à éviter quand on veut interpréter exactement l'étiologie de ces maladies spasmodiques, et tout porte à croire que l'ergotisme convulsif a été attribué à tort à l'action du seigle. L'ergotisme gangréneux n'est, au contraire, mis en doute par personne; et on peut dire qu'ici la pathologie des épidémies est d'accord avec les faits isolés, avec l'expérimentation dans l'état physiologique, enfin, avec l'action des principes constituants directs ou indirects de l'ergot, c'est-à-dire de la sécaline comme de l'extrait aqueux, pour prouver d'une part que la sédation de la circulation est presque constante, d'une autre part que cette sédation peut être indépendante de l'action cérébrale, en tant que cette action se traduit au dehors par quelque trouble fonctionnel ou quelque autre phénomène sensible; mais si ces lésions fonctionnelles sont sans connexion évidente, quel sera donc le lien qui unira tous les phénomènes que nous avons observés, c'est-à-dire la modification passagère que subissent les hémorrhagies, les changements qui ont lieu dans la circulation, enfin les troubles nerveux et génitaux; s'il ne s'agissait que de créer une hypothèse, il me serait facile d'expliquer par une altération directe du sang, comment le sang, une fois modifié, peut modifier à son tour les écoulements sanguins, la circulation cardiaque, dont elle diminuerait l'activité, pendant que le sang remplirait les vaisseaux cérébraux et la matrice, quand cet organe y est prédisposé par quelque distension morbide; il me serait même facile d'invoquer quelques expériences pratiquées par M. Bonjean, et qui prouvent que les vaisseaux méningiens sont engorgés dans l'empoisonnement par le seigle; enfin, je pourrais invoquer les expériences si intéressantes de M. Mialhe, qui démontrent que le seigle pénètre directement dans la circulation, et qu'il coagule l'albumine assez pour troubler la circulation, mais pas suffisamment pour arrêter les hémorrhagies; mais les faits ne me permettent pas encore de soutenir une pareille doctrine et de la considérer comme l'expression exacte de la vérité. Le seul fait que je tiens à établir, sous le rapport du mode d'action du seigle, parce que ce fait ressort de tout ce que nous avons dit jusqu'ici, c'est que ce médicament, de même que son extrait aqueux, n'excite pas, ou n'excite pas assez le système cérébral pour qu'on doive le proscrire d'une manière absolue chez les individus forts, sanguins, ou nerveux, comme le veulent quelques médecins.

1° L'état fébrile lui-même ne paraît pas une contradiction à son emploi.

2° Enfin, en tant qu'application thérapeutique, le seigle doit être employé principalement pour réveiller les contractions de l'utérus et obvier aux conséquences de son inertie.

Son action sur les centres nerveux et surtout sur la paralysie, paraît très-douteuse, mais sans aucun inconvénient.

3° Enfin, son action hémostatique n'est presque jamais suffisante pour arrêter complétement une hémorrhagie autre que les hémorrhagies puerpérales dépendantes de l'inertie utérine; quant à l'action de l'ergotine sur les hémorrhagies, elle est bien moins efficace encore, et c'est tout au plus si ce médicament peut trouver une application dans quelque circonstance relative aux maladies du cœur.

Pour ce qui est du mode d'administration de ces médicaments, nous avons vu qu'on pouvait porter impunément la dose d'ergotine jusqu'à 4 grammes et plus, mais qu'il était inutile de commencer par une dose qui dépassât 1 gramme.

Les effets de l'ergot lui-même ne paraissent pas aussi dangereux qu'on l'a prétendu.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE SUR LA QUESTION HISTORIQUE DU BANDAGE AMOVO-INAMOVIBLE; par M. le docteur de Roubaix (1).

Messieurs,

La Gazette des hôpitaux de Paris a publié dernièrement un article qui a pour but de réfuter certaines imputations dirigées contre M. le professeur Velpeau par M. Didot. M. Velpeau lui-même vous a écrit pour expliquer les faits qui ont été incriminés au sein de votre compagnie.

Je me crois donc obligé de déclarer que le fond des assertions de M. Didot, concernant M. Velpeau, est parfaitement exact, et que ce professeur, par une série d'empiétements successifs, semble vouloir s'approprier l'hon-

(1) Cette lettre est un dernier et décisif document sur une question historique qui a beaucoup occupé les chirurgiens pendant ces dernières années. Nos lecteurs nous sauront gré d'avoir accueilli cette pièce, parce qu'ils y verront, outre des éclaircissements précieux sur l'origine d'une des plus heureuses acquisitions de la chirurgie contemporaine, un modèle de discussion scientifique aussi remarquable par la distinction de la forme que par la solidité du fond.

neur du nouveau traitement des fractures qui a pris naissance en Belgique.

Pour vous convaincre de la vérité de ce que j'avance, je vous prie, messieurs, de vouloir bien suivre un instant avec moi l'ordre et la tendance des faits posés par M. Velpeau, depuis le moment où il a connu la méthode du chirurgien belge jusqu'à celui où elle se produisit comme la fille du professeur de la Charité.

En décembre 1835, lors de mon voyage à Paris, je remis moi-même à M. Velpeau le premier mémoire de M. Seutin, et celui que j'avais présenté au congrès médical de la même année. Il me questionna avec intérêt sur tout ce qui concernait l'application du bandage dans les différents cas de fractures. J'appliquai sous ses yeux plusieurs appareils; je lui dis positivement que M. Seutin employait de préférence les bandelettes de Scultet pour les fractures de jambe, mais que quelquefois cependant *il se servait du bandage roulé*.

Pendant six mois que je restai à Paris, M. Velpeau, dans ses leçons de clinique, attribua à M. Seutin l'invention de la nouvelle méthode. En mars 1837, il publia dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE un article où se trouvent indiquées quelques petites modifications au bandage amidonné. En juin 1837, M. Thomas soutint devant la Faculté de médecine de Paris, présidée par M. Velpeau, une thèse intitulée : DE LA COMPRESSION PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE, TEL QUE L'EMPLOIENT MM. SEUTIN ET VELPEAU DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES SIMPLES. Dans cette thèse, l'auteur n'a fait pour ainsi dire que copier littéralement plusieurs passages des mémoires que j'avais remis à M. Velpeau, sans prendre soin d'indiquer la source où il avait pris un travail fait d'avance. En septembre 1837, M. Velpeau lut à l'Académie des sciences de Paris une note intitulée : NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LES FRACTURES DE JAMBE EN PERMETTANT AU MALADE DE MARCHER; PAR M. VELPEAU, PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Dans cette note, tout est destiné à mettre en relief le procédé déligatoire de M. Velpeau, et la méthode de M. Seutin est reléguée sur le second plan avec celle de M. Larrey. En même temps, une analyse de cette note fut reproduite par le JOURNAL DES DÉBATS, de manière à attribuer à M. Velpeau tout l'honneur de la nouvelle méthode.

Plusieurs journaux belges reproduisirent à leur tour l'analyse du JOURNAL DES DÉBATS. En février 1838, il parut dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE un article signé B. E., intitulé : NOTE SUR UN NOUVEAU PERFECTIONNEMENT DE L'APPAREIL INAMOVIBLE, où il ne fut question que du bandage dextriné de M. Velpeau. Le pseudonyme B. E. ne cacha que très-imparfaitement le nom du véritable auteur de cette note; nous le tairons, par respect pour M. Velpeau. Depuis lors plusieurs publications parurent, entre autres celles de MM. Jeanselme, Malgaigne, Charles Tardieu; mais aucune note nouvelle ne fut imprimée sous le nom de M. Velpeau.

La tendance des faits et des publications que je viens de citer est tellement évidente, qu'il suffit de les examiner avec attention pour se convaincre de la légitimité des réclamations de M. Didot. Ainsi, dès sa première publication sur les appareils amidonnés, M. Velpeau oublie de mentionner ce que j'avais eu l'honneur de lui dire concernant les bandages roulés appliqués par M. Seutin, et il affecte de s'en tenir strictement à la lettre des opuscules publiés jusqu'alors en Belgique pour établir que sa manière d'agir diffère de celle du praticien belge. Dans la thèse de M. Thomas, MM. Velpeau et Seutin sont déjà placés sur la même ligne pour ce qui concerne la part qu'ils ont prise à l'invention de la première méthode, et s'il y a une différence, elle est plutôt à l'avantage de M. Velpeau. Déjà aussi, dans cette thèse, l'on s'efforce de rattacher et de subordonner le bandage amidonné à un moyen thérapeutique plus large, *la compression*, pour lequel M. Velpeau pouvait revendiquer une part justement méritée par ses travaux sur l'érysipèle, les brûlures, etc. Quelque temps après, M. Velpeau, dans sa note à l'Académie des sciences, donne décidément à la nouvelle méthode le nom de *compression inamovible*, en consacrant ainsi deux termes dont l'un donne l'idée de ses propres recherches, et l'autre celle des appareils de M. Larrey. De cette manière, l'amidon de M. Seutin ne devient plus qu'une espèce d'*expédient*, de *moyen* pour arriver à la réalisation de deux indications auxquelles de grands chirurgiens français avaient déjà attaché leur nom. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans cette note, c'est son titre qui désigne M. Velpeau comme l'inventeur d'une nouvelle méthode; l'enchaînement et la succession des paragraphes sont tels que toute l'attention, tout l'intérêt se concentrent nécessairement sur ce que le professeur de la Charité appelle son *appareil*, l'*appareil de l'auteur*. Enfin, lorsque toutes les choses ont été ainsi préparées, lorsque les journaux politiques ont fait sonner bien haut le nom de M. Velpeau accolé au nouveau traitement des fractures, arrive le coup de grâce du bandage amidonné. La découverte de la dextrine permet à M. Velpeau d'appeler les nouveaux appareils d'un nom particulier qui efface entièrement le souvenir de la méthode belge, et dès lors l'amidon, sa dernière ancre de salut, lui échappe comme tout le reste, et l'immense majorité des praticiens et des élèves français ne connaît plus que les *bandages dextrinés*, les *bandages de M. Velpeau*.

Je sais bien, messieurs, que l'on pourra répondre à ceci que M. Velpeau a reconnu dans ses écrits ce que M. Seutin a fait pour la thérapeutique des fractures. Je sais que le professeur français, en réunissant en faisceaux, en groupant avec art toutes les phrases éparpillées dans ses publications où il est question du praticien belge, parviendrait aisément à se disculper des accusations dont il est l'objet, et semblerait autorisé ensuite à demander avec une apparente ingénuité : « Mais que me veulent donc les Belges? Peut-on être un plagiaire plus bénévole, plus débonnaire que je le suis? Pouvais-je mettre plus de délicatesse dans la manière dont j'ai rendu justice à M. Seutin? » Je sais tout cela, messieurs; je serais même tenté de croire, si le caractère de M. Velpeau ne me détournait de cette pensée, que, s'attendant à des attaques, le professeur de la Charité se préparait des moyens de défense alors même qu'il rédigeait les articles les plus incriminés aujourd'hui; mais ce que je sais aussi, c'est que la manière dont une phrase est écrite, l'endroit où elle est placée, les liens qui la rattachent au corps de l'ouvrage, peuvent en changer l'importance et la signification, et que c'est l'esprit et la couleur générale d'un ouvrage, plutôt que quelques-uns de ses détails secondaires, qu'il convient d'examiner quand on veut se faire une idée juste de son but et de ses tendances.

Une circonstance qu'il importe de remarquer, c'est que les écrits qui ont paru en dernier lieu sur les appareils employés par M. Velpeau ne portent point son nom, de manière que, quoique plusieurs d'entre eux fassent un tort évident à la méthode belge, il est impossible d'attaquer à leur sujet la responsabilité du chirurgien français. Si l'on reprochait à M. Velpeau certaines assertions exprimées dans les articles de MM. Jeanselme, B. E., Charles Tardieu, dans les journaux politiques, etc., il pourrait répondre avec raison qu'il ne peut empêcher ceux qui l'entourent d'interpréter à leur manière ce qu'il fait dans son hôpital, et ce qu'il écrit pour une société savante ou pour le public. Mais M. Velpeau voudra bien, je l'espère, avouer que l'on peut pécher aussi bien par ce que l'on ne fait pas que par ce que l'on fait, et que certaines rectifications faites de sa part à quelques articles erronés, publiés à propos de lui et de M. Seutin, n'auraient pu qu'augmenter la haute idée que tout le monde est disposé à se faire de son impartialité.

Il faut avoir, comme moi, suivi toutes les péripéties par lesquelles a passé le bandage amidonné, avoir été témoin de toutes les collisions littéraires et épistolaires dont il a été le sujet, pour avoir une conviction aussi intime que l'est la mienne de la justice des attaques de M. Didot. Cependant je pense que les considérations que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer suffiront pour vous convaincre que l'Académie de Belgique ne doit aucune espèce de réparation à M. le professeur Velpeau. Si toutefois il pouvait encore vous rester quelque doute à cet égard, je vous prierais de vouloir bien porter votre attention sur un dernier fait qui me paraît péremptoire : c'est que, dans le service de M. Velpeau, les nouveaux appareils sont connus, non sous le nom de M. Seutin, mais bien sous celui du professeur de la Charité. J'en appelle, sous ce rapport, au témoignage de notre confrère, M. le docteur Delstanche, qui, avec bien d'autres, fut à même d'observer cette particularité dans un voyage qu'il fit à Paris en 1844. Or cela serait-il, messieurs, si M. Velpeau, plus soucieux de promulguer un bon appareil que de lui donner un vernis français, avait continué, comme il le faisait lorsque j'étais à Paris, à le désigner par le nom de son inventeur?

J'arrive maintenant à une allégation de l'auteur de l'article de la GAZETTE DES HÔPITAUX, qui, si elle était vraie, rendrait les réclamations des médecins belges, non-seulement injustes, mais ridicules. M. Jean Raymond ne se contente point de nier que M. Velpeau se soit approprié le procédé de M. Seutin; il va plus loin, et il prétend qu'il ne *pouvait* le faire, par la raison que rien, sauf l'amidon, n'appartient en propre à la méthode belge, et *que la sagesse des nations a dit depuis longtemps qu'on ne peut voler que ceux qui possèdent*.

Pour que la chirurgie belge ne reste point sous le coup de pareilles assertions, pour que les défenseurs de l'invention de M. Seutin n'aient point l'air, comme Don Quichotte, de s'escrimer avec fracas contre des fantômes et des ombres, je vais essayer de démontrer, messieurs, que la méthode belge a produit une véritable révolution dans le traitement des fractures, et que ce n'est qu'en s'associant à ce mouvement que M. Velpeau a pu se faire passer à son tour comme novateur. Ce point étant bien prouvé, il me paraît que l'argumentation de M. Jean Raymond tombera d'elle-même.

Je demanderai dans quel état se trouvait la thérapeutique des fractures, lorsque M. Seutin soumit au public les principes de sa nouvelle méthode? A cette question, tout le monde répondra qu'après plusieurs essais faits en France avec le plâtre coulé de MM. Hendriksz, Reil et Dieffenbach, et avec le sable mouillé de MM. Forster et Richter, les inconvénients nombreux qui sont attachés à leur emploi les avaient fait généralement abandonner; que plusieurs expériences sur l'hyponarthrécie de M. Mayor n'avaient point été

suivies de plus de succès, et que les praticiens français se bornaient à penser que son usage pouvait être utile dans quelques cas exceptionnels seulement; que les tentatives d'Amesbury et de Leger tendant à construire des appareils propres à permettre la marche dans les fractures avaient complétement échoué; que M. Bérard jeune, après avoir dit, sans insister beaucoup sur ce point, qu'avec le bandage inamovible de Larrey, il est possible de faire marcher *sans inconvénients* les individus affectés de *fracture de jambe, vers la fin du traitement*, avait fini par abandonner cette idée pour revenir à l'ancienne méthode, et cela probablement parce que l'appareil de Larrey ne présentait point les conditions favorables à la déambulation, que le bandage inamovible de Larrey lui-même était tombé dans le discrédit le plus complet, après les discussions nombreuses qu'il avait suscitées, et auxquelles MM. H. Larrey, Robert, Carron du Villards, Boyer, Meynier, Bérard, Rognetta, Nanulba et Petrunti, avaient pris une part active; que Larrey père était peut-être le seul en France qui fit encore usage de ses appareils; que du reste, tels que ce chirurgien célèbre les employait, ils comprimaient le membre au moyen de fanons, et *latéralement*, comme le faisaient les attelles dans les anciens bandages; qu'en un mot, les efforts exécutés en sens divers pour échapper aux lois de l'ancienne routine avaient abouti à si peu de chose qu'un mouvement rétrograde se manifestait de tous côtés vers les appareils de Scultet, de Desault, de Boyer et de Dupuytren.

Tel était, messieurs, l'état des choses en 1834, avant la révolution opérée par la méthode de M. Seutin.

Mais en 1835 et 1836, ce praticien, après s'être frayé une nouvelle carrière dans la thérapeutique des fractures au moyen de l'invention du bandage amidonné, bouleverse la plupart des idées généralement reçues sur le traitement de ces affections; il fait entrer, sous ce rapport, la chirurgie dans une ère nouvelle. Au lieu de prescrire l'immobilité générale du corps, afin de parvenir à celle de la partie fracturée, il s'élève avec force contre cette pratique inhumaine, et pose hardiment la loi de déambulation dans toutes les fractures, persuadé qu'avec son bandage les os brisés ne pourront changer de position. Au lieu de chercher à maintenir la réduction au moyen d'appareils comprimant seulement les membres *latéralement*, ou à l'aide de moyens extensifs et contre extensifs, il établit en principe qu'il faut obtenir et maintenir les rapports normaux des fragments en comprimant modérément et uniformément le membre dans *tous les points de son étendue*, en employant, en un mot, la *compression circulaire* combinée *à l'extension et la contre extension*. Il va plus loin. Considérant les inconvénients de la méthode *amovible* et de la méthode *inamovible* envisagées d'une manière absolue et exclusive, il prétend qu'il faut combiner les deux modes de traitement, en neutralisant les désavantages de l'un par les avantages de l'autre, et crée ainsi une méthode harmonique qui embrasse l'universalité des indications thérapeutiques des différents cas de fracture. Enfin, il profite habilement des admirables propriétés du moyen de solidification qu'il met en usage pour maintenir les articulations malades dans l'immobilité; pour recouvrir de pansements parfaitement appliqués des parties que la déligation ne pouvait presque point atteindre avant cette époque; pour panser, sans inconvénients pour la coaptation des fragments, les plaies compliquant les fractures; pour supprimer l'usage des épingles; pour maintenir en état des pansements trop sujets à se déranger; pour placer les membres fracturés indifféremment dans la flexion ou dans l'extension, suivant l'exigence des cas. De sorte que lorsque la méthode nouvelle a atteint ses derniers développements, l'aspect des hôpitaux change pour ainsi dire et ne présente plus aucune trace des anciens errements qui dirigeaient la thérapeutique des ruptures osseuses.

Et tout cela se fait, messieurs, non point d'après des principes antérieurement connus et exposés, mais en vue d'appliquer des idées originales et sans précédents dans la science. En effet, la déambulation n'est point, dans cette nouvelle méthode, vaguement représentée comme *permise*, comme *inoffensive*, dans les cas de fracture de *jambe seulement*; elle est chaudement conseillée, et ses effets salutaires sont rigoureusement démontrés, soit par M. Seutin, soit par ses collaborateurs, *pour tous les cas de fractures indistinctement*. La compression préconisée par M. Seutin n'est point celle de M. Velpeau, de Théden, etc., qui a pour but de comprimer les parties molles afin d'en expulser les fluides et d'y empêcher l'abord de nouveaux matériaux d'inflammation; c'est au contraire une compression qui ménage les parties molles, et qui a pour but principal *d'agir sur les os de la manière la plus favorable*, pour prévenir le déplacement *dans quelque sens que ce soit*. Cette compression circulaire *réductive, coaptatrice*, renverse cette pratique inconcevable, cette pratique contraire aux plus simples notions de la mécanique, qui consistait à appliquer sur des *corps ronds*, comme sont les membres, des moyens de contention *aplatis* comme les attelles, ou n'agissant que sur certaines parties du cylindre osso-musculaire qu'il s'agissait de maintenir, comme les *fanons* de Larrey et d'autres appareils du même genre. La méthode combinée de *l'amovibilité* et de *l'inamovibilité* n'a aucune analogie avec celle de Larrey ni avec celle des praticiens qui suivaient une marche contraire à celle de ce chirurgien : elle en diffère si bien qu'elle est prête à répondre à tous les reproches que l'on avait adressés aux deux autres, et à réaliser toutes les indications que chacune d'elles pouvait remplir en particulier.

Voilà bien, si je ne me trompe, messieurs, une série d'innovations dont l'ensemble constitue une méthode toute neuve et sans analogue dans les fastes de la chirurgie : voilà bien un corps de doctrine, un exposé de principes, une manière d'agir qui fait sortir les praticiens de l'ancienne ornière pour les engager dans une voie toute nouvelle. Cela est si vrai, qu'à peine cette méthode est-elle connue que les esprits se réveillent, que la thérapeutique des fractures revient à l'ordre du jour, et que de toutes parts surgissent des modifications basées sur les principes de la méthode belge, témoins les appareils dextrinés de M. Velpeau, les bandages en papier de M. Laugier, ceux en plâtre amidonné de M. Lafargue, ceux de MM. Ring Christophers, Vanmeerbeeck, etc.

Je n'ai point à examiner ici si M. Seutin est arrivé à formuler les principes de sa méthode après des tâtonnements, des essais plus ou moins multipliés. Personne n'a le droit de s'enquérir de la manière dont un inventeur est arrivé à son but. L'essentiel, c'est que l'invention existe, et qu'elle constitue un progrès et un moyen d'arriver à des résultats qu'il était impossible d'obtenir auparavant.

Après ce que je viens de vous exposer, messieurs, il n'est personne, je pense, qui n'admette que le méthode amidonnée constitue une véritable innovation, un mode de traitement doué de caractères tout particuliers. C'est en vain que l'on chercherait à trouver de l'analogie entre cette méthode et les anciens procédés, ceux d'Amersbury, de Larrey, de M. Mayor, etc. La différence est tellement grande qu'elle frappe les yeux les moins experts. Maintenant en est-il de même de l'appareil de M. Velpeau? Cet appareil diffère-t-il de la méthode de M. Seutin par des caractères assez tranchés pour qu'on puisse le regarder comme indépendant de cette méthode?

Je n'hésite pas à répondre négativement. Toutes les propriétés que possède l'appareil de M. Velpeau sont également l'apanage de celui de M. Seutin; et je défie de trouver dans la pathologie des fractures une seule indication qui ne puisse être remplie aussi bien et mieux, par la méthode du chirurgien de Bruxelles, que par celle du professeur de Paris. Toute la différence que je trouve entre les deux méthodes, c'est que l'appareil de M. Velpeau présente beaucoup d'inconvénients que n'offre point l'appareil du chirurgien belge, et qu'il semble se rattacher à des idées de compression que beaucoup de praticiens regarderont comme hasardées, et que je considère, pour ma part, comme dangereuses, quand elles sont appliquées d'une manière trop absolue et trop exclusive.

Il est donc bien prouvé, contrairement aux assertions de la GAZETTE DES HÔPITAUX, que M. Seutin a inventé autre chose que l'amidon; que, par conséquent, il était *possible* de lui *voler* autre chose qui lui appartenait en toute propriété, et que nous autres, praticiens belges, nous avons quelque raison de nous opposer à ce que cette propriété soit contestée et passe pour une invention française, à l'aide d'une insignifiante métamorphose.

Je n'entrerai point plus avant, messieurs, dans la discussion des thèses qui se rattachent au bandage amidonné. Quoique partisan sincère de cet appareil, quoique initié depuis l'époque de son invention à la majeure partie des applications qu'on en a faites et à ses progrès incessants, je ne pourrais rien dire de mieux sur ce sujet que ce qui a déjà été dit et ce qui se dira probablement encore au sein de votre honorable compagnie. Mon seul but a été de vous donner quelques éclaircissements sur une question historique qui touche à notre honneur et à notre loyauté nationale, et j'espère avoir atteint le but que je me proposais.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

V. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845, et janvier, février et mars 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales et dans quelques névralgies trifaciales*; par M. Ébrard. 2° *Observation de colique de plomb*; par M. Barraud. 3° *Gastralgie rhumatismale et névralgie intercostale; observation*; par M. Ollivier. 4° *Nouvelles observations sur le broiement de la pierre*

dans la vessie; par M. Pétrequin. (Deux exemples de guérison obtenue en trois et en quatre séances.) 5° *Des aliments hydrocarbonés; de leur rôle; théorie de l'engraissement*; par M. Ville. 6° *Recherches sur le diagnostic différentiel des lésions organiques des orifices du cœur*; par M. Rambaud. 7° *Note sur la pellagra*; par M. Gerberon. 8° *Note rédigée à l'occasion des observations de M. Bonjean sur plusieurs cas d'ergotisme gangréneux*; par M. Levrat-Perroton. 9° *Essai sur le lactucarium*; par M. Mouchon. 10° *Étiologie de la fièvre intermittente*; par M. Nepple. (Faits qui prouvent l'influence des miasmes marécageux sur la production de ces fièvres.) 11° *Rapport sur la source d'eau minérale ferrugineuse nouvellement découverte à l'extrémité du faubourg Saint-Clair à Lyon*; par M. Alph. Dupasquier. (Cette eau contient une quantité notable de protoxyde de fer, tenu en dissolution par un acide : c'est à la source même qu'il faut la boire, le transport à courte distance, même dans des bouteilles bien bouchées, faisant précipiter une bonne partie du principe ferrugineux.) 12° *De l'action des principes scientifiques dans l'exercice de la médecine*; par M. Gabillot. 13° *Quelques considérations sur la méthode abortive dans l'urétrite et l'amygdalite aiguë*; par M. Greppo. (L'auteur a vu souvent l'amygdalite la plus intense avorter par l'effet de deux ou trois cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent. Il a aussi essayé l'injection caustique dans la période aiguë, d'après les principes de M. Debeney; mais le plus ordinairement il n'a pu réussir à enrayer ainsi la marche de la maladie.) 14° *Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture*; par M. Pétrequin. (Travail déjà rapporté dans la Gaz. Méd.) 15° *Considérations sur le système nerveux ganglionnaire*; par M. Brachet. (L'auteur, comme chacun sait, a déjà souvent pris la plume pour démontrer que les fonctions de la vie végétative sont sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire. On a objecté à cette doctrine que ce système n'existait pas chez les animaux invertébrés, les actes d'absorption, de circulation, de nutrition en sont donc indépendants. Il cherche aujourd'hui à résoudre cette difficulté : L'anatomie, dit-il, a révélé des nerfs dans presque tous ces animaux inférieurs. Il est vrai que l'examen seul ne saurait apprendre chez eux si ces nerfs appartiennent au système ganglionnaire ou au système cérébro-spinal. Mais si l'inspection fait ici défaut, la considération des fonctions supplée à son insuffisance. En voyant que ces animaux sont dépourvus des fonctions qui sont les attributions de l'encéphale (sensations et volitions), en remarquant qu'ils n'ont que l'absorption, la nutrition, quelques sécrétions, etc., fonctions dépendantes des ganglions, on ne peut se refuser à admettre que leurs nerfs appartiennent au système ganglionnaire. — Si nous avons pu rendre assez clairement la pensée de M. Brachet, le lecteur n'aura sans doute pas besoin que nous lui indiquions par où ce raisonnement nous semble pécher. L'existence, dans un animal, de fonctions végétatives ne peut prouver chez lui la présence de nerfs ganglionnaires qu'autant qu'il serait démontré au préalable que ces fonctions ne dépendent que de ce système; or, comme c'est justement là la chose en question, ce mode d'argumentation nous paraît, malgré l'intérêt qui s'y rattache et la grande vraisemblance qu'il porte dans l'esprit, être fortement suspect de *pétition de principe*.) 16° *Remarques sur les types principaux des fièvres intermittentes*; par M. Nepple. 17° *Éloge historique du docteur Chervin*; par M. Rougier. 18° *Quelques observations relatives à la fièvre intermittente symptomatique*; par M. Nepple. 19° *Heureuse application de la nouvelle méthode de M. Pétrequin, par la galvano-puncture artérielle, dans un cas d'anévrisme poplité*; par M. Ciniselli. (Cette observation a déjà été reproduite intégralement dans la Gazette Médicale, 1846, p. 530.) 20° *Rapport sur les travaux de la commission hydrométrique en 1845*; par M. Lortet. 21° *Importance de la statistique en chirurgie, à propos des* Mélanges de chirurgie *de M. Janson*; par M. Rainard. (Voy. l'analyse de l'ouvrage de M. Janson, ouvrage dont cet article n'est qu'un compte rendu sommaire, dans la Gaz. Méd., 1844, p. 557.) 22° *De l'emploi de la coloquinte dans le traitement de l'aliénation mentale*; par M. Chrestien.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LÉSIONS ORGANIQUES DES ORIFICES DU CŒUR; par M. Rambaud.

Sans négliger aucunement l'utile secours des données stéthoscopiques, l'auteur émet la sage pensée qu'il ne faut pas non plus leur accorder une confiance exclusive. L'état des diverses fonctions, et notamment les altérations que la circulation offre, selon la lésion qui existe, dans les différentes parties du corps, lui paraissent aussi un moyen très-précieux de diagnostic. Ainsi, dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, comme il y a presque toujours en même temps insuffisance de ce même orifice, le sang chassé par le ventricule gauche rentre en partie dans l'oreillette du même côté, et est refoulé par les veines pulmonaires jusque dans le parenchyme du poumon. De là la dyspnée, la toux; de là surtout les hémoptysies, signe important et qui ne s'observe dans l'altération d'aucun des autres orifices cardiaques. — Si c'est l'orifice auriculo-ventriculaire droit qui est le siége de la lésion, les mêmes causes troublent le cours du sang veineux; mais il est alors repoussé dans les systèmes capillaires généraux; c'est dans ce cas que l'on peut observer la langueur de toutes les fonctions, l'assoupissement (suite de la stase sanguine cérébrale), le pouls veineux, le développement des vaisseaux superficiels de la circulation de retour. — L'orifice aortique est-il rétréci, d'un côté le ventricule gauche s'hypertrophie devant l'obstacle qu'il a à surmonter; de l'autre, les artères n'étant plus entièrement remplies par l'ondée sanguine, le pouls devient petit, inégal, irrégulier; il est presque toujours filiforme et dur, quoique les contractions ventriculaires soient énergiques et puissantes.

De ces observations séméiotiques, que M. Rambaud a su heureusement mettre en regard les unes des autres, voici les conséquences qu'il croit pouvoir tirer relativement à la thérapeutique.

Dans la lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, il y a prédominance du sang artériel, il faut débarrasser le système capillaire du poumon, et les saignées générales paraissent parfaitement appropriées à ce but; on doit condamner l'exercice, les émotions, parce que ces conditions augmentent la fréquence et l'énergie des mouvements du cœur.

Dans la lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, il y a prédominance du sang noir; il faut dégorger le système veineux et surtout celui du cerveau; les saignées locales révulsives ou directement déplétives semblent plus convenables que les saignées générales, qui appauvriraient l'économie, déjà si pauvre faute de sang hématosé; il faut activer la circulation veineuse, favoriser l'hématose du sang noir, hâter son passage à travers le poumon par un exercice modéré et tous les moyens convenables.

Dans la lésion de l'orifice aortique, les saignées générales employées avec modération et discernement, mais surtout les diurétiques, les hydragogues, qui diminuent la masse totale du sang sans lui enlever ses principes essentiels, les sédatifs directs du cœur, doivent former la base de la médication; il ne faut pas oublier ici, comme l'a fait remarquer M. Corrigan, que l'hypertrophie du ventricule est presque un remède.

REMARQUES SUR LES TYPES PRINCIPAUX DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. Nepple.

Le point que M. Nepple a eu surtout en vue d'approfondir est la cause sous l'influence de laquelle on voit se manifester, tantôt le type quotidien, tantôt le tierce et tantôt le quarte. Dans cette recherche, il s'appuie principalement sur la fréquence variable de chacun de ces types, selon les latitudes différentes où l'on observe. Ainsi M. Maillot a vu, sur 3,114 fièvres d'accès traitées à Bone et à Alger :

Fièvres quotidiennes	2,181
— tierces	901
— quartes	32

Dans le canton de Montluel (Ain), M. Nepple a trouvé, sur 954 cas :

Fièvres quotidiennes	443
— tierces	420
— quartes	91

D'autre part, les auteurs qui, ainsi que Strack, Cullen, Van Swieten, etc., ont écrit sur les fièvres d'accès des latitudes septentrionales, se sont accordés à regarder le type tierce comme le plus fréquent et, pour ainsi dire, comme le type modèle.

Il résulte donc de ces faits que, dans les pays chauds, le type quotidien est beaucoup plus fréquent que les deux autres, et que, à mesure qu'on avance vers le Nord, on voit le type tierce augmenter et finir par dominer le quotidien. L'influence de la température est en conséquence prouvée; mais ce n'est pas la seule. Toutes les circonstances susceptibles d'imprimer aux symptômes propres et accidentels des fièvres un degré d'acuité plus élevé contribuent aussi à la formation des types. Ainsi le type quotidien existe de préférence dans les années chaudes (M. Nepple a observé plus de fièvres quotidiennes en 1822, 1826 et 1827 qu'en 1825 et 1828, années plus froides qui ont donné un nombre plus grand de fièvres tierces), chez les sujets jeunes et sanguins, sanguins nerveux, disposés aux irritations aiguës des muqueuses, ou bien dans les constitutions médicales qui favorisent l'invasion de ces affections. Si, d'autre part, on considère que c'est le type quotidien qui a le plus de tendance à passer au rhythme rémittent, puis au continu; que c'est lui dont se revêtent les fièvres intermittentes symptomatiques; il est permis de croire que ce type s'établit sous l'empire d'une excitation organique plus aiguë, plus phlegmasique, plus *localisable* que celle qui détermine l'apparition des types tierce et quarte. Le type quotidien paraît moins dépendant de l'action des miasmes paludéens que des causes accessoires.

Le type tierce, au contraire, étant plus commun dans l'automne, dans les saisons pluvieuses, dans le Nord, chez les sujets à fibres molles, peu disposés aux phlegmasies, chez les habitants des pays marécageux, se compliquant de préférence avec l'embarras gastrique et les symptômes bilieux, se prolongeant bien plus longtemps que la fièvre quotidienne, paraît à M. Nepple dépendre de causes organiques moins excitantes des tissus membraneux et des capillaires sanguins, moins localisées ou circonscrites, et devoir beaucoup plus à la modification générale des deux appareils nerveux splanchnique et circulatoire qu'opère directement l'intoxication marécageuse, surtout quand il existe une idiosyncrasie hépato-splénique.

Quant au type quarte, si rare dans les latitudes méridionales, c'est le plus ordinairement un type chronique qui révèle le peu d'acuité des irritations organiques sous l'influence desquelles il se produit. Ici l'influence des miasmes est encore plus spéciale, plus immédiate, plus prédominante. C'est surtout dans l'appareil nerveux du bas-ventre et par conséquent sur la circulation abdominale et les viscères hépato-spléniques que pèse l'agent fébrifère; c'est au point que la réaction fébrile est toujours très-faible et que le malade regarde son accès comme passé lorsque le stade de frisson, ici si long et si pénible, est fini. C'est dans la fièvre de ce type qu'il ne manque jamais de se former, par suite du trouble et du ralentissement de la circulation veineuse ascendante, des engorgements d'abord purement sanguins veineux dans la rate ou dans le foie, et quelquefois à la langue un état variqueux des vaisseaux de la veine porte, de ceux principalement qui se rendent de l'estomac dans la rate, et d'où résultent le vomissement noir et les épanchements séreux.

VI. ARCHIVES DU MIDI,

JOURNAL PUBLIÉ A MARSEILLE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations pratiques de névroses et de névralgies;* par M. Brunache. 2° *Luxation en arrière de l'extrémité interne de la clavicule;* par M. Jourdan. 3° *De l'accouchement prématuré artificiel dans les vices de conformation du bassin.* 4° *Observations de tumeurs fongueuses développées sous l'ongle;* par M. Roberty. 5° *Sur la cautérisation employée comme moyen préventif et curatif de la résorption purulente;* par M. Méli. (Fait où la cautérisation du moignon pratiquée chez un amputé qui avait déjà offert des symptômes d'infection purulente a suffi pour les arrêter. Ce travail confirme les idées développées par M. Bonnet (de Lyon) dans la GAZETTE MÉDICALE.) 6° *Observation d'un cas remarquable d'abcès urineux, suivi de guérison;* par M. Carassus. 7° *Strabisme divergent; opération; succès complet;* par M. Fleury. 8° *Dystocie par anencéphalie;* par M. Villeneuve. (La tête, extrêmement petite, permit à une épaule du fœtus de s'engager conjointement avec elle, ce qui créa à l'accouchement des obstacles qui ne purent être vaincus que par l'application du forceps.) 9° *Compte rendu du service de M. Girard du 15 août au 1er novembre 1845;* par M. Bernard. 10° *Fracture du crâne avec enfoncement des os; opération du trépan;* par M. Chaplain. (Le malade étant mort malgré l'opération par laquelle on avait relevé les fragments, on trouva à l'autopsie sur un autre point du crâne un enfoncement osseux qui avait perpétué les symptômes de compression. 11° *Dystocie; tumeurs fœtales;* par M. Villeneuve.

OBSERVATIONS PRATIQUES DE NÉVROSES ET DE NÉVRALGIES; par le docteur BRUNACHE.

Ce travail se compose de six observations, dont quatre relatives à la gastralgie et deux autres à des névralgies intermittentes. Les deux premières, malgré les sages réflexions dont l'auteur les a fait suivre, n'offrent rien d'assez intéressant pour mériter d'être mentionnées; mais nous rapporterons brièvement les deux dernières, dont la pratique n'offre pas de si fréquents exemples.

OBS. I. — Madame B., âgée de 49 ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin et encore bien réglée, jouit habituellement d'une excellente santé. En décembre 1840, *elle fut prise subitement d'une douleur des plus vives occupant la région dorsale du côté droit.* La douleur était d'une intensité telle que le docteur Brunache, immédiatement appelé, trouva la malade avec la figure pâle, crispée, poussant des cris violents, ne pouvant garder un instant la même position, ayant le pouls petit et lent, les extrémités froides, la respiration entrecoupée. *Aucun organe ne parut matériellement affecté*, et les souffrances paraissaient avoir leur point de départ dans un des nerfs intercostaux.

Une friction avec du laudanum de Sydenham, 25 gouttes de ce liquide en lavement et une potion calmante soulagèrent la douleur trois heures après son début. Madame B. resta en parfaite santé pendant quinze jours, au bout desquels la douleur reparut avec la même intensité et céda aux mêmes moyens; elle revint encore huit jours après, puis tous les deux jours à quatre heures du soir. Alors M. Brunache prescrivit le sulfate de quinine, qui fit bientôt justice des accès. Trois mois après, cette affection reparut encore avec le caractère tierce, et céda de nouveau à l'usage du sulfate de quinine. Enfin, malgré l'emploi de ce médicament longtemps après la disparition des accès, ceux-ci revinrent une troisième fois en août, puis une quatrième en novembre 1845, et furent immédiatement coupés par le même moyen.

L'auteur ne dit pas s'il a continué à voir la malade depuis, et s'il a pu s'assurer de la permanence de la guérison.

La névralgie intercostale a été étudiée avec soin dans ces dernières années; elle a fait particulièrement l'objet d'une bonne dissertation inaugurale de M. Bassereau. Nous croyons qu'il s'agissait, en effet, de cette forme de névralgie dans l'observation qu'on vient de lire; mais il eût été à souhaiter que l'auteur fût entré dans plus de détails sur les caractères, le siége précis, les irradiations de la douleur survenue dans le côté droit. Depuis que l'attention a été appelée sur la névralgie des nerfs intercostaux, les auteurs nous semblent avoir montré une tendance trop facile à y rapporter toutes les douleurs de côté qui ne paraissaient pas se lier soit à une pleurésie, soit à une péricardite, soit, en un mot, à une affection de quelque organe interne, ne songeant pas que les muscles eux-mêmes, que la peau, peuvent devenir le siége de douleurs dites rhumatismales, offrant, si l'on veut, plus d'un rapport avec les névralgies, mais en différant pourtant par des caractères essentiels, notamment en ceci : *qu'elles ne suivent pas le trajet d'un nerf.*

M. Brunache, dans les remarques qui suivent son observation, semble voir dans l'efficacité du sulfate de quinine une preuve de la nature *paludéenne* de l'affection, bien que rien, dans les circonstances étiologiques, ne vienne positivement à l'appui de cette supposition. « On le voit, dit-il, j'avais affaire ici à une affection franchement intermittente, ou mieux à une fièvre paludéenne masquée sous les symptômes d'une névralgie dorsale, *probablement* contractée par madame B. dans une de ses terres *où elle va fréquemment se promener*, et qui est entourée d'eau stagnante. Mais la périodicité des accès, leur intermittence complète, ne suffisent pas pour caractériser à eux seuls une fièvre larvée paludéenne; car on observe souvent des névralgies à caractère intermittent sur des sujets qui ne se sont jamais trouvés au milieu d'émanations marécageuses. » Que l'eau stagnante qui entoure la propriété de la malade ait fourni les éléments étiologiques de la névralgie, c'est chose douteuse d'après les termes mêmes de l'auteur; cette supposition n'est venue dans sa pensée que comme une induction à tirer de la guérison par la médication quinique. Or il est de fait que des névralgies essentielles, absolument étrangères à toute influence marécageuse et affectant le type périodique, cèdent fréquemment à l'emploi du sulfate de quinine; par conséquent l'efficacité de ce moyen n'implique pas l'origine paludéenne. Nous n'en reconnaissons pas moins avec l'auteur qu'il est des névralgies réellement et franchement intermittentes, ayant pour point de départ une lésion organique locale, lesquelles résistent au sulfate de quinine et ne disparaissent qu'avec la lésion d'où elles procèdent. Il cite, à ce propos, le cas d'une jeune dame qui avait tous les soirs, à deux heures, une douleur *sus-orbitaire* des plus cruelles dont la durée était de quatre à cinq heures. Un médecin administra *pendant un mois* le sulfate de quinine, puis la strychnine, puis la morphine par la méthode endermique, fit enfin sevrer l'enfant que la malade nourrissait, et tenta ainsi *pendant trois mois* une foule de remèdes, toujours inutilement. M. Brunache, consulté, fit arracher une dent cariée. La guérison fut immédiate. — Nous avons tout récemment observé un fait analogue : il s'agissait d'une névralgie revenant tous les soirs, occupant tout le côté gauche de la face et du crâne, et paraissant irradier de la région mastoïdienne. L'application d'un emplâtre opiacé sur cette région, des frictions avec une pommade à la morphine, diminuaient, abrégeaient, faisaient même quelquefois avorter l'accès, mais sans en prévenir le retour. Nous allions recourir au sel de quinine, quand, ayant examiné la bouche, nous aperçûmes à la mâchoire supérieure, du côté gauche, plusieurs dents cariées avec gonflement et tension extrêmes de la gencive. Deux sangsues appliquées sur la gencive elle-même, *loco dolenti*, supprimèrent les accès.

L'observation suivante de M. Brunache vient également à l'appui de cette idée que les névralgies symptomatiques d'autres affections résistent souvent au sulfate de quinine, et réclament d'abord le traitement des affections génératrices.

OBS. II. — Mademoiselle M..., âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant toujours été bien menstruée, avait depuis six mois un teint chlorotique, de l'essoufflement, des palpitations de cœur, de la pesanteur dans les membres, souvent des symptômes de gastralgie, peu d'appétence pour les aliments substantiels et un grand goût pour les crudités. En mai 1845, elle *fut prise d'une douleur qui affectait les trois branches du nerf trijumeau et qui venait par accès*. Mademoiselle M... consulta un médecin qui conseilla les opiacés. Ce moyen calmait quelquefois le mal, mais sans le guérir. *Deux mois après*, M. Brunache fut consulté. La douleur était très-vive au-dessus et au-dessous de l'orbite gauche, et se faisait sentir fortement dans les arcades dentaires

supérieure et inférieure du même côté; elle revenait chaque soir vers six heures, cessait dans l'après-midi du lendemain, et reparaissait le surlendemain encore à six heures du soir. Reconnaissant le type tierce de la névralgie intermittente, l'auteur administra pendant neuf jours le sulfate de quinine à doses assez élevées. L'accès qui suivit l'emploi des premières doses fut moins violent, mais les autres reparurent aux jours et heures accoutumés avec leur intensité primitive. Le carbonate de fer fut alors administré à la dose de 35 centigrammes par jour. L'accès reparut encore une fois, puis cessa définitivement. La malade a continué à prendre les préparations martiales pendant un mois, au bout duquel les symptômes de chlorose avaient disparu. Depuis le mois d'août, sa santé ne s'est plus dérangée.

LUXATION EN ARRIÈRE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE; par M. JOURDAN.

Nous avons déjà rapporté, il y a quatre mois (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 275), un cas de cette variété rare de luxation. L'observation suivante en est un nouvel exemple non moins bien constaté, et offrant avec le premier d'intéressantes analogies, soit pour la rapité de la guérison obtenue, soit pour la conformation que présentaient le thorax et la clavicule chez les deux sujets.

OBS. — Un matelot, âgé de 42 ans, entra le 20 mai 1845 à l'Hôtel-Dieu de Marseille. De constitution vigoureuse, sa poitrine est large et bien développée, ses clavicules peu arquées. Un moment auparavant il s'était par hasard engagé entre son navire qui approchait du quai et un navire voisin. Dans cette rencontre, ses deux épaules furent presque transversalement et fortement portées en avant; mais ce fut surtout l'épaule droite qui reçut la secousse. Le malade accusait vers la fourchette du sternum une douleur assez forte qu'exaspéraient les moindres mouvements du bras. Un peu de rougeur, sans gonflement, se remarquait dans le point correspondant. L'articulation droite offrait une dépression manifeste où les doigts sentaient la surface articulaire du sternum vide, et la tête de la clavicule engagée en bas et en arrière sous ce dernier os. L'épaule, raccourcie en apparence (on ne l'a pas mesurée), semblait être portée en avant. La clavicule était oblique de dehors en dedans, et faisait très-peu de saillie à sa partie moyenne. Le malade n'éprouvait aucune gêne de la respiration.

Après plusieurs essais de réduction demeurés infructueux, M. Jourdan employa le procédé suivant, plus rationnel. Le malade étant couché sur le côté sain, un aide croisa ses mains sur la partie la plus élevée de la face interne du bras et tira en dehors, pendant qu'un second aide, placé de l'autre côté du lit, tirait en sens inverse sur l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras. Le membre supérieur était ainsi employé à la façon d'un levier du premier genre, comme on le pratique du reste pour réduire les fractures de la clavicule. On parvint à réduire la luxation, mais deux fois elle se reproduisit d'elle-même. Une troisième tentative amena un succès plus durable. Aucun bandage ne fut appliqué; on ordonna seulement au malade de garder le repos et de ne pas remuer le membre.

Il sortit douze jours après l'accident; un léger gonflement existait encore autour de l'articulation, et les mouvements du bras étaient un peu douloureux.

OBSERVATIONS DE TUMEURS FONGUEUSES DÉVELOPPÉES SOUS L'ONGLE; par M. ROBERTY.

Dupuytren avait déjà enseigné qu'on prend souvent pour un ongle incarné les désordres produits par le développement d'une exostose sur la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil. M. Roberty ayant à traiter un ongle rentré dans les chairs s'aperçut également que ce qu'il prenait pour des fongosités résultant de cette maladie était une tumeur fongueuse développée sous l'ongle, mais qui, soulevant celui-ci dans son bord interne, avait fait saillie entre ce bord et le repli de la peau et avait ainsi produit la méprise.

Ce qui servit surtout à la lui faire reconnaître, c'est que le gros orteil de l'autre pied présentait également une tumeur semblable, mais encore logée sous le milieu de l'ongle et ne l'ayant soulevé en aucun point de ses bords. Une incision en V pratiquée sur cet ongle et l'ablation de la portion triangulaire cernée, lui permit de reconnaître une petite tumeur de la grosseur d'un pois, violacée, molle et tenant par un pédicule très-mince : en voulant la soulever avec des pinces, il rompit le pédicule, et il s'écoula du sang qu'il arrêta en appliquant le nitrate d'argent. Au bout de trois jours, la tumeur s'était reproduite plus volumineuse : l'auteur excisa alors avec des ciseaux courbes non-seulement le pédicule, mais une partie du tissu sous-unguéal qui le supportait; il cautérisa avec le nitrate acide de mercure et la tumeur ne reparut plus.

Le même traitement suffit aussi pour guérir l'autre orteil qu'on avait d'abord cru affecté d'ongle incarné.

M. Roberty termine en disant qu'il a eu, depuis lors, occasion d'observer une seconde fois le même fait avec des circonstances absolument identiques. MM. Bernard et Roux (de Brignolles) lui ont aussi rapporté en avoir rencontré d'analogues dans leur pratique.

— Il résulte de ces observations un avertissement important pour le diagnostic et le traitement de l'ongle rentré dans les chairs. Quant à la nature de cette petite tumeur, bien que M. Roberty la déclare fongueuse, bien qu'une différence, au premier coup d'œil immense, semble par conséquent la séparer des tumeurs décrites par Dupuytren sous le nom d'*exostose*, ne serait-il pas possible cependant que l'un et l'autre des deux auteurs eussent en réalité observé la même maladie, ou plutôt que quelques-uns des cas de Dupuytren se rapportassent à l'affection décrite par M. Roberty? C'est ce qu'on sera peut être moins éloigné d'admettre après avoir lu dans les LEÇONS ORALES les lignes suivantes : « Ordinairement, cette *exostose* n'est point très-dure et peut être traversée, coupée, enlevée par un fort bistouri. » (T. III, p. 419.)

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AOUT.

PROJET DE MONUMENT EN L'HONNEUR DE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

M. DUMÉRIL transmet un prospectus concernant l'érection d'une statue de M. E. Geoffroy-Saint-Hilaire qui doit être élevée dans la ville d'Étampes, lieu natal de ce savant, et l'accompagne de la note suivante :

Au nom de la commission instituée à Paris pour répondre aux nobles intentions de la ville d'Étampes qui se glorifie d'avoir donné naissance à Geoffroy-Saint-Hilaire, et qui veut en perpétuer l'honorable souvenir, j'ai l'honneur de vous adresser le programme ci-joint, en vous priant de vouloir bien en autoriser la distribution aux membres de l'Académie, dont nous sollicitons le favorable appui.

Cette cité a conçu le projet adopté par le gouvernement d'ériger en l'honneur de notre célèbre confrère une statue en bronze sur l'une de ses places publiques. C'est dans ce but qu'elle demande, dans ce programme, la coopération des savants et des hommes les plus éminents de la France.

Cette communication, faite au nom de M. Duméril par M. le secrétaire perpétuel M. Flourens qui y a joint l'appui de sa parole, a été écoutée dans un religieux silence et accueillie avec les marques du plus vif intérêt et de la plus grande sympathie.

Le programme imprimé a été distribué à tous les membres. (Voy. ce programme aux VARIÉTÉS.)

— L'Académie, sur les observations faites par M. Flourens dans la dernière séance concernant l'opportunité de rapprocher le terme assigné au concours de la question *du développement de l'œuf* et de le fixer à cette année, procède à la nomination au scrutin d'une commission pour l'examen des mémoires envoyés à ce concours. Les membres désignés par le choix de l'Académie pour faire partie de cette commission sont MM. Flourens, Duméril, Serres, Dumas, Velpeau.

L'Académie procède à un deuxième scrutin pour la nomination d'une commission appelée à juger les mémoires envoyés au concours pour les deux questions ainsi conçues : « *Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes? Des moyens de prévenir les enterrements prématurés.* » Cette commission se trouve composée de MM. Rayer, Andral, Serres, Magendie et Duméril.

NIDIFICATION DES POISSONS.

M. DUMÉRIL fait en son nom et au nom de MM. Flourens et Valenciennes un rapport sur un mémoire de M. Coste, ayant pour titre : NIDIFICATION DES POISSONS.

Une partie de ce mémoire a été lue devant l'Académie; elle avait pour objet les nids que construisent deux espèces de gastérostés, petits poissons qui vivent dans nos eaux douces et qui sont connus sous les noms vulgaires d'*épinoches* et d'*épinochettes*.

L'auteur a étudié pendant plusieurs mois l'importante époque de l'existence des poissons pendant laquelle ces animaux doivent propager leur race, où les individus des deux sexes présentent souvent des formes, des apparences et surtout des couleurs qui disparaissent par la suite, et il a obtenu en particulier, en suivant l'histoire des épinoches, des résultats fort curieux et très-intéressants pour l'ichthyologie. En étudiant les circonstances singulières qui précèdent la ponte, laquelle, comme on le sait, s'opère avant la fécondation chez la plupart des poissons, il a reconnu que chez les épinoches, par suite d'une anomalie assez rare dans le règne animal, le mâle est le seul individu de sa race qui se trouve chargé par la nature de tous les soins qui ont rapport au ménage, ou à la vie de famille. C'est ce mâle, polygyne, comme notre coq domestique, qui devient aussi un maître absolu pour un certain nombre de femelles, qu'il gouverne comme un autocrate impérieux; mais à ce mâle des épinoches sont imposées de plus toutes les charges, toutes les obligations de la paternité, avec les attributions les plus complexes : c'est lui qui doit pourvoir d'avance aux besoins futurs de la famille et protéger son innombrable lignée. Déjà seul et avec une admirable activité, il s'était occupé d'avance à ramasser les différentes matières nécessaires pour édifier industrieusement l'abri destiné à mettre à couvert et en sûreté l'espace circonscrit qu'il avait préparé pour recevoir convenablement une quantité d'œufs que des femelles nombreuses et diverses seront appelées par lui et obligées à venir y pondre les unes après les autres; car après avoir été chercher l'une d'elles et l'avoir conduite vers le nid où il la force d'entrer par un orifice distinct, il reste près d'elle occupé à la surveiller pendant le part, puis immédiatement

après il la chasse, en l'obligeant de sortir par un autre passage, et c'est alors qu'il entre lui-même pour ranger les œufs, les agglutiner et les féconder en masse. Puis il sort de nouveau pour appeler une autre femelle en répétant le même manége; de sorte que ces mères ne peuvent reconnaître leur progéniture et que par cela même elles ne peuvent avoir ni l'instinct, ni la jouissance de l'amour maternel. Il résulte de ce mode de propagation que le mâle des épinoches devient le chef unique et absolu de la famille future, dont il restera seul et se reconnaîtra le père et le protecteur.

M. le rapporteur, après avoir relaté les faits qui précèdent, déclare ne pas adopter l'opinion émise par l'auteur que la différence des nids construits par les deux épinoches de nos eaux douces puisse autoriser l'établissement de genres distincts pour deux espèces si voisines; mais il rend à l'auteur pleine justice, en confirmant, après les avoir vérifiées, ses observations sur le mode de propagation des épinoches, et il propose en conséquence pour conclusion l'insertion dans les mémoires des savants étrangers. (Adopté.)

ACTION DES RÉACTIFS ET DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES SUR LE SANG.

M. BONNET de Lyon adresse à M. Dumas qui en rend compte à l'Académie, une lettre dans laquelle il fait connaître qu'en 1842 il avait entrepris des recherches ayant pour but de déterminer quelle action les réactifs chimiques ou les substances médicamenteuses exercent sur le sang au sortir de la veine. Il étudiait cette action sur la fibrine et sur les globules sanguins. Cette dernière question fait seule l'objet de cette lettre.

M. Dumas avait annoncé, dans le mémoire qu'il a récemment lu sur ce sujet à l'Académie, que la conversion du sang veineux en sang artériel ne peut s'accomplir que lorsque les globules sont intacts et que toutes les substances qui dissolvent ces globules empêchent la matière colorante du sang veineux de rougir au contact de l'air. M. Bonnet dit avoir reconnu également cette vérité à laquelle il avait été conduit d'abord, en remarquant l'action différente qu'exerce sur le sang l'eau pure et l'eau sucrée. Si le sang veineux tombe dans de l'eau pure, il y reste noir, quelle que soit la durée de son exposition à l'air avec plus de rapidité qu'il ne le fait lorsqu'il est sans mélange. M. Bonnet pensait qu'il fallait attribuer cette différence à ce que les globules, se dissolvant dans l'eau pure, y perdaient la structure nécessaire à l'absorption de l'oxygène, tandis qu'ils conservaient cette structure dans l'eau sucrée qui ne les dissout pas. La conclusion générale que faisaient pressentir ces deux faits plusieurs fois observés a été confirmée, dit-il, par toutes les expériences qu'il a faites sur des mélanges d'acides, d'alcalis ou de sels avec du sang.

Ayant constaté la propriété qu'a le sang, lorsqu'il est versé dans de l'eau sucrée, de conserver sa structure, et que jeté dans cet état sur un filtre il fournit une sérosité incolore, les globules restant sur le filtre, M. Bonnet mit à profit cette circonstance pour faire des expériences sur du sang de cheval, ce qu'il fit de concert avec M. Rey, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. Voici les faits qu'il a reconnus.

Un grand nombre de substances végétales et animales, même parmi celles qui exercent sur l'économie l'action la plus puissante sont sans influence sur les globules du sang. Si on mélange leur décoction à l'eau sucrée et au sang, les choses se passent comme si l'on avait mélangé simplement le sang et l'eau sucrée. Ces substances sont, parmi celles qu'il a expérimentées, la ciguë, la noix vomique, la belladone, l'acétate de morphine, la rue, le seigle ergoté, le quinquina, la noix de galle, etc.

Les substances animales qui ont été sans action sur les globules sont le lait, l'urine, le pus frais inodore, les décoctions concentrées de corne de cheval et de laine de mouton.

Les substances qui enlèvent à l'eau sucrée la faculté qu'elle a de conserver les globules, et qui sont telles que dans les expériences instituées par M. Bonnet le liquide jeté sur le filtre passait coloré en noir et ne rougissait plus à l'air, sont extrêmement nombreuses.

Indépendamment de celles que M. Dumas a fait connaître dans son mémoire, telles que le chlorure de potassium et d'ammonium, M. Bonnet a reconnu cette propriété aux acides sulfurique et oxalique affaiblis, à tous les alcalis, potasse, soude, ammoniaque, à tous les sels ammoniacaux et par-dessus tout au sulfhydrate d'ammoniaque dont la plus faible proportion suffit pour neutraliser l'action de l'eau sucrée sur les globules et qui augmente étrangement la teinte noire du sang.

Le chlorure de sodium n'a pas paru à M. Bonnet devoir être rangé parmi les substances qui s'opposent à la conversion du sang veineux en sang artériel; il lui a paru, au contraire, que sa solution rendait plus rapide et plus vive la teinte rouge que le sang veineux prend au contact de l'air, et il l'avait placé sous ce rapport dans la même catégorie, quoique à un plus faible degré, que le nitrate de potasse qui conserve si bien les globules et facilite leur rubéfaction avec tant de puissance.

En ce qui a rapport à l'application de ces recherches à l'étude du sang malade, sur laquelle M. Dumas a appelé l'attention des médecins, M. Bonnet était allé au-devant des désirs exprimés par ce savant académicien. Voici les résultats de quelques-unes des recherches qu'il a entreprises dans cette direction.

Trois fois il a mélangé du sang humain, dans la proportion d'un onzième, à de l'eau saturée de sucre, au sortir de la veine, et il a jeté le tout immédiatement sur un filtre. Le liquide a toujours passé clair, sans trace de matière colorante, et les globules restés sur le filtre ont rougi rapidement à l'air.

L'un des malades, dont il a étudié le sang, avait une inflammation aiguë suite de contusion; l'autre était en proie à une résorption putride consécutive à une plaie gangrenée. Il fit chez ce dernier deux expériences à deux jours d'intervalle; il n'observa aucune différence entre le sang de ces deux malades et celui des personnes qui jouissent de la santé. M. Bonnet s'attendait à un autre résultat dans le cas de résorption putride, car il avait reconnu que le pus fétide et l'eau dans laquelle ont macéré des matières en putréfaction enlèvent au sucre la faculté de conserver les globules du sang, et agissent sur celui-ci à la manière des sels ammoniacaux. Il est porté à croire aujourd'hui que, dans tous les cas où le sang veineux rougit au contact de l'air, il se comportera de la même manière après son mélange avec l'eau sucrée ou le sulfate de soude, quelles que soient les différences que présente l'état du malade.

Pour avoir lieu d'espérer quelques résultats caractéristiques de certaines lésions du sang, ajoute M. Bonnet, il faudrait avoir à sa disposition des malades dont le sang veineux, exposé à l'air, restât noir et n'éprouvât qu'incomplétement sa conversion en sang artériel. Cet état ne s'observant que dans le choléra, l'auteur expose un projet d'expériences qu'il signale aux médecins qui peuvent être à même d'observer cette maladie. Il est probable, dit-il, que si l'on mélangeait le sang des cholériques, au sortir de la veine, à de l'eau sucrée ou à une solution de sulfate de soude et qu'on le jetât sur un filtre, la sérosité traverserait celui-ci plus ou moins noircie par la matière colorante dissoute. Ce résultat prouverait que dans le choléra les globules du sang étaient altérés dans leur structure, et l'on comprendrait la raison de l'un des phénomènes que présente cette étrange maladie : l'asphyxie avec l'intégrité des poumons et le libre exercice des mouvements respiratoires.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES SUR LA TORPILLE.

M. DUMAS donne connaissance d'une lettre qui lui a été adressée par M. MATTEUCCI. L'auteur communique dans cette lettre l'extrait de la quatrième et de la cinquième série de ses recherches électro-physiologiques qu'il vient d'achever, et qui font suite aux trois premiers mémoires qu'il a précédemment communiqués à l'Académie.

Dans la première partie de la cinquième série, M. Matteucci a décrit de nouvelles expériences sur le phénomène de la torpille. Un des résultats qu'il croit avoir nettement démontrés est que l'organe des poissons électriques se compose d'un grand nombre d'organes élémentaires qui sont doués chacun de la faculté de développer l'électricité sous l'influence nerveuse, de sorte que l'organe, sans être physiquement analogue à aucun de nos appareils, est néanmoins un appareil multiplicateur. L'expérience prouve directement que la plus petite portion de prisme d'organe de la torpille, c'est-à-dire qu'un grain de cette espèce d'albumine donne une décharge électrique toutes les fois qu'on excite le filament nerveux qui s'y ramifie. De là l'explication très-simple des lois principales de la décharge de la torpille, c'est-à-dire : 1° que les pôles sont aux extrémités des prismes; 2° que l'intensité du courant, dans les différentes parties de l'organe, est proportionnelle à la hauteur des prismes; 3° que le courant a dans la décharge toujours la même direction. La première de ces lois est démontrée par la direction du courant, dans le gymnote et dans la torpille. Dans ces deux poissons les pôles sont toujours aux extrémités des prismes. Quant à la deuxième loi, M. Matteucci a démontré depuis ses premiers travaux que le courant le plus fort s'obtient en appliquant les deux extrémités du galvanomètre sur les points de la face dorsale et abdominale de la torpille, qui sont les plus près de la ligne médiane du poisson, et précisément où l'organe est le plus épais.

Enfin, quant à la constance du courant dans la décharge de la torpille ou des autres poissons, il me semble, dit M. Matteucci, bien évident de la déduire de l'action spécifique que j'ai démontré appartenir aux nerfs de l'organe électrique. Quelle que soit l'hypothèse qu'on voudrait se faire pour s'expliquer la production de l'électricité par l'action nerveuse dans les poissons électriques, il est d'accord avec toutes les analogies physiques, qu'étant constante dans les nerfs spécifiques, la direction dans laquelle la force nerveuse agit, même le sens dans lequel la séparation de deux fluides électriques doit se faire, doivent être constants. Il reste toujours, comme élément indéterminé sur l'intensité de la décharge, le degré d'excitation du système nerveux qui en est la cause; nous savons très-bien que cette force de la décharge varie suivant la volonté de l'animal, et, ce qui est encore plus important, qu'elle est en rapport avec les fonctions de la respiration de l'animal, avec son alimentation et son état de repos plus ou moins grand. A ce propos, M. Matteucci cite un fait qu'il a découvert en expérimentant sur le gymnote qui est conservé vivant à Naples, dans le palais du roi. Il a trouvé que le gymnote pouvait à volonté donner la décharge, ou avec tout son organe, ou partiellement.

Voilà les lois principales d'un fait probablement simple et tout aussi obscur que celui du développement de l'électricité par les actions chimiques, par la chaleur, sur la tourmaline, etc. Dans la cellule de l'organe électrique de certains poissons, composée principalement d'albumine, il s'est fait, avec des lois déterminées, un développement d'électricité par l'action de la force nerveuse mise en jeu dans les nerfs qui se répandent sur la cellule.

Tout cela est bien loin, fait remarquer ici l'auteur, de la conclusion à laquelle, suivant M. Berzélius, il serait parvenu, c'est-à-dire celle de l'identité de la force nerveuse et du courant électrique.

Dans la seconde partie de cette même série de ses recherches, M. Matteucci a de nouveau étudié la contraction induite.

Voici en quels termes il résume les résultats de toutes les expériences qu'il a rapportées dans son mémoire :

1° Le passage du courant électrique dans un nerf mixte fait varier l'excitabilité de ce nerf d'une manière très-différente, suivant la direction de ce courant dans le nerf. Cette excitabilité est affaiblie et détruite, et cela plus ou moins rapidement, selon l'intensité du courant, lorsqu'il parcourt le nerf du centre à la périphérie (courant direct) : au contraire, cette excitabilité est conservée et augmentée par le passage du même courant dans une direction contraire, c'est-à-dire de la périphérie vers le centre (courant inverse).

2° Ces variations dans l'excitabilité du nerf produite par le passage du courant

tendent à se détruire plus ou moins rapidement après la cessation du courant : si le nerf est pris sur l'animal vivant ou à peine tué, de sorte que son excitabilité soit très-grande, ces variations ne persistent que pendant le passage même du courant, tandis qu'elles durent plus ou moins longuement de 1 à 10 à 15 minutes, si le nerf a déjà perdu de son excitabilité.

3° Avec le même courant agissant sur un nerf mixte, la contraction qu'on obtient au moment où il est introduit est très-différente, suivant sa direction ; le courant direct excite une contraction toujours plus forte que celle due au courant inverse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LONDE demande à faire quelques observations à l'occasion du procès-verbal. Je ne saurais, dit-il, laisser passer sans la relever une phrase qu'a prononcée M. Rochoux dans la dernière séance, et qui me fait croire que mon opinion sur l'objet de cette discussion a été étrangement comprise par notre collègue. Voici comment il s'est exprimé :

« Vous le voyez, messieurs, tout condamne notre ancien système, et rien ne » vient à son appui, si ce n'est peut-être M. Londe. »

Messieurs, vous m'avez entendu; je vous demande si le système quarantainaire a été combattu par qui que ce soit d'une manière plus énergique que par moi.

— M. SANSON (ALPH.) adresse à l'Académie une lettre dont voici les conclusions :

« Il est désirable :

» 1° Que le gouvernement trouve disponible, dans le port d'Alexandrie au moins, un vaisseau-hôpital destiné à transporter les pestiférés au lieu le plus voisin parmi les localités placées hors des influences propres à donner lieu au développement spontané de la peste ;

» 2° Que le gouvernement français sollicite la formation d'une commission composée de membres appartenant aux puissances intéressées pour en arriver à l'admission d'un système sanitaire commun ;

» 3° Que cette commission, après avoir pris communication des projets d'expériences qui lui auront été soumis, règle le programme des procédés dont elle se propose d'user pour que ce programme soit accepté par les gouvernements respectifs qu'elle représente, après que ceux-ci auront consulté, au besoin, les autorités compétentes sur la matière. »

— MM. SANDRAS, GIBERT et TROUSSEAU écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique, et adressent la liste de leurs titres.

— M. DUMÉRIL adresse une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. Cette lettre est relative au projet d'un monument à élever à la mémoire de Geoffroy-Saint-Hilaire; elle est conçue dans les mêmes termes que celle qui a été adressée dans la séance précédente à l'Académie des sciences (voir ci-dessus), et accompagnée du même programme imprimé.

Cette communication est accueillie avec une égale faveur par les membres de l'Académie de médecine.

ÉTIOLOGIE DE LA PELLAGRE.

— M. PRUS fait part à l'Académie d'un fait important relatif à l'étiologie de la pellagre, qui vient de lui être communiqué par M. le docteur Lachèze. Pendant un voyage que ce médecin a fait en Pologne, il a été témoin du fait suivant. Les céréales ayant manqué dans une partie de la Pologne où elles sont habituellement très-abondantes et où elles constituent la nourriture presque exclusive des habitants, on fit venir du blé de Turquie. Quelque temps après que la population eut fait usage de ce nouvel aliment, il se manifesta un grand nombre de cas de pellagre, maladie dont jusque-là on ne connaissait presque point d'exemple dans ce pays.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. MÉLIER dépose sur le bureau l'article additionnel suivant, qu'il se propose de développer quand le moment en sera venu :

« L'Académie émet le vœu qu'une conférence ou espèce de congrès soit instituée par les soins du gouvernement entre les différentes nations intéressées dans la question des quarantaines, afin de régler de concert la durée et les conditions de ces quarantaines, et de les rendre obligatoires pour toutes. »

La parole est à M. Castel.

M. CASTEL : Les raisonnements tortueux de la commission ont amené un langage obscur : une excursion sur la spontanéité de la peste est au moins une superfluité. Il eût suffi de mettre en regard la peste endémique et la peste importée ; on aurait ainsi exposé un rapport entre deux faits qui tiennent le premier rang dans la discussion et qui s'offrent les premiers à l'observateur. Ces considérations et les conséquences qui en émanent sont les seules sur lesquelles ont été fondées les mesures sanitaires, telles qu'on les propose ou telles qu'elles ont été usitées, abstraction faite de leur exagération.

En lisant la première conclusion du rapport, on reconnaît déjà que la commission s'est engagée dans un dédale d'où elle ne sortira point : elle a cherché, dans des circonstances accessoires et éventuelles, des explications qu'elle aurait trouvées dans une juste appréciation des phénomènes de la maladie. Tantôt elle a envisagé sous un point de vue relatif ce qui est absolu; tantôt elle a envisagé comme absolu ce qui est relatif. Elle a séparé les produits de leur véritable cause, elle a créé des complications qui sont hors de la nature.

Citant comme exemple les distinctions que la commission a cherché à établir entre les causes de la peste spontanée, sporadique et épidémique, l'orateur ajoute :

On trouvera un contraste entre la spontanéité et la transmission ; on n'en trouvera aucun entre la sporadicité et la spontanéité. On n'en trouvera point entre la spontanéité et la propagation épidémique. Les influences qui produisent la peste épidémique ne diffèrent que par le degré de celles qui produisent la peste spontanée. Des degrés ne suffisent point pour établir des différences : le contraste entre l'invasion sporadique d'une maladie et sa propagation épidémique ne se rapporte qu'au nombre des malades. Il y a non-seulement absence de contraste, mais une contiguïté réelle entre l'endémicité et les envahissements épidémiques. Il ne s'agit point ici d'une analyse purement grammaticale : la commission, en donnant à chaque signe le sens qui lui appartient, n'aurait pas supposé, tantôt que l'épidémie naît de la contagion, tantôt que la contagion naît de l'épidémie. Elle n'aurait point représenté la contagion et l'infection comme deux modes différents de propagation et de communication ; que le miasme qui a engendré la peste soit sorti d'un corps malade, qu'il soit sorti d'un marais, il y a eu infection : elle est toujours un produit, produit commun à l'action de tous les miasmes. Voulez-vous reconnaître tout ce qu'il y a d'hétéroclite dans l'opposition que vous essayez d'accréditer entre l'infection et la contagion? Vous mettez en antagonisme un résultat avec un moyen.

Ici M. Castel, signalant un désaccord entre M. Londe et la commission relativement à l'influence épidémique, montre la solution de la question de la contagion comme impossible, quelle que soit celle des opinions de M. le rapporteur ou de M. Londe que l'on adopte. La dixième conclusion offre, suivant lui, une preuve manifeste de la confusion qui résulte de cette fausse hypothèse d'une connexion entre le génie contagieux et le génie épidémique.

Le travail de la commission, dit en terminant M. Castel, est tellement défectueux, si peu médical, que vous ne parviendrez point à le rendre digne de l'Académie par quelques modifications, par des amendements. Personne ici ne l'a approuvé complétement, et pourtant ni les bases ni les inductions n'ont été changées. Depuis trois mois, nous ne sommes plus en présence de la commission ; rien de ce qu'on nous oppose n'a été délibéré dans son sein. Nous ne discutons qu'avec son rapporteur qui à chacune de nos réflexions répond par une argumentation nouvelle, témoignage d'une grande fécondité et aussi d'un dévouement auquel nous rendons justice. A la vérité, des membres de la commission sont venus, de leur propre mouvement, en leur privé nom, donner leur assentiment à l'œuvre commune, quelquefois lui prodiguer des louanges avec un abandon plein d'ingénuité. Toutefois ce n'est point la marche ordinaire d'une discussion suivie, d'une discussion sérieuse.

J'estime que l'Académie ne doit point accorder son patronage au rapport de la commission, qu'elle doit prendre sous sa responsabilité le tableau des mesures sanitaires seulement, après qu'une mûre délibération en aura fait l'ouvrage de la compagnie.

Je demande la suppression de la première conclusion, parce qu'elle n'est qu'une trivialité et que la rédaction en est fort ambiguë. Je demande la suppression de toutes les autres, parce qu'elles exposent des faits au lieu d'exprimer des déductions. Elles sont une récapitulation inutile, stérile, d'assertions sujettes à controverse ; j'ajoute qu'elles sont superflues pour motiver l'établissement d'un régime sanitaire dans nos ports. A la place de ce luxe de prétendues conclusions, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie les propositions générales qui suivent :

Un sol bas et humide, une température atmosphérique très-élevée, les émanations que répandent des substances animales ou végétales putréfiées, une mauvaise alimentation et les autres influences débilitantes, telles sont les principales causes de la peste. Elle pourra donc naître dans toute région dans laquelle ces causes se seront développées ; là où elles existent constamment la peste est endémique.

La transmission de la peste dépend d'un grand nombre de conditions; rarement ces conditions se trouvent réunies.

La peste a ses variétés, ses divers modes, comme les autres maladies. Dans les degrés qu'elle présente, dans les modifications qui ont été observées, la peste du Levant est celle qui affecte le plus d'uniformité et dont les chances sont le plus redoutables.

M. ADELON : Dans la séance dans laquelle M. le rapporteur lut une réfutation de l'opinion que j'avais émise sur la question qui nous occupe, je ne pus que répondre imparfaitement à cette réfutation. Depuis, il l'a imprimée dans un de nos journaux de médecine, et je l'en remercie puisque par là il m'a mis à même de la bien juger et de revenir à ses doctrines, ou de lui soumettre de nouveau mes doutes si je les conserve. C'est ce que je vais faire le plus brièvement possible, et en me renfermant dans ce qui est strictement de la conclusion en discussion. Tout se réduira à cinq points.

Une de mes principales dissidences d'avec M. le rapporteur serait que j'ai entendu le nom de peste spontanée autrement que ne l'aurait entendu la commission. J'ai borné ce nom à toute peste qui éclate en un pays par des conditions locales inhérentes à ce pays, et indépendamment de toute influence épidémique et de toute importation. La commission, au contraire, appellerait ainsi toute peste qui n'est pas importée, qui ne vient pas par importation d'hommes ou de choses pestiférés ; elle appellerait ainsi tout aussi bien la peste qui vient par constitution pestilentielle que celle qui vient par conditions locales propres aux lieux. En un mot, toute peste qui n'est pas importée est, dit M. le rapporteur,

une peste spontanée; et « il ignore tout à fait pourquoi j'ai refusé le nom de » peste spontanée à la peste née sous une influence épidémique et sans aucune » communication suspecte. »

Si, en réduisant l'idée de peste spontanée à celle qui éclate en un pays par conditions locales inhérentes à ce pays, et indépendamment de toute influence épidémique et de toute importation, j'ai fait une faute, c'est à M. le rapporteur lui-même qu'il faut l'attribuer; c'est dans le rapport lui-même que j'ai puisé cette distinction. Le rapport n'est-il pas partagé en trois parties : une première qui traite des causes locales productrices de la peste, ou peste spontanée; une seconde qui traite des influences épidémiques, des constitutions pestilentielles, ou peste épidémique, et une troisième qui traite de toutes les questions relatives à la peste importée? Ainsi que je l'ai déjà dit dans ma première réponse à M. le rapporteur, si par peste spontanée on entend toute peste qui n'est pas importée, si l'on réunit sous ce nom et les pestes qui sont dues aux conditions locales des lieux et celles qui éclatent par une influence épidémique, une constitution pestilentielle, je ne comprends plus pourquoi on a séparé la seconde partie du rapport.

D'ailleurs, c'est détourner le sens du mot spontané que de l'appliquer à une maladie survenant par une influence épidémique.

Je sais bien que l'existence de cette cause sera un objet de débats; dans votre séance dernière, elle a été contestée par M. Hamont; elle l'avait été déjà par M. F. Dubois. Mais ce n'est pas ici le lieu d'aborder cette question; son étude trouvera sa place à la deuxième partie du rapport, à l'article de la peste épidémique. Je dirai seulement que le rapport admet ce mode spécial de production de la peste et qu'il l'a distingué de la peste spontanée, lorsqu'au troisième chapitre de la deuxième partie il a admis la production de la peste par migration de certaines influences atmosphériques, et cela même dans les pays les plus salubres.

Ainsi le reproche qui m'a été fait de n'avoir pas compris dans la peste spontanée les pestes qui viennent par influence épidémique, n'est pas fondé; et c'est parce que j'ai suivi les idées du rapport que j'ai dû restreindre les pestes spontanées à celles qui éclatent par des conditions locales inhérentes aux pays.

Du reste, M. le rapporteur l'a si bien lui-même compris ainsi, que parmi les causes auxquelles il attribuera la production de la peste spontanée il n'a compris que les conditions locales d'insalubrité des lieux, et n'a rien mentionné de ce qui appartient à l'influence épidémique.

De plus, si dans la peste spontanée sont comprises toutes les pestes qui ne sont pas importées, non-seulement celles qui tiennent aux conditions d'insalubrité des lieux, mais encore celles qui éclatent par des influences atmosphériques, la conclusion, bien que déjà très-générale assurément, ne l'est pas encore assez; car quelle partie du monde peut être dite à l'abri de la migration d'une influence atmosphérique épidémique?

En résumé, il était d'une bonne méthode analytique d'étudier séparément : 1° les pestes venant par des conditions locales d'insalubrité inhérentes aux lieux; 2° celles venant par influence épidémique; 3° enfin celles venant par importation. J'avais suivi l'ordre du rapport à cet égard; à l'occasion d'une objection, M. le rapporteur vient détruire cet ordre, et ramener la confusion dans une matière dont il avait, pour l'étude au moins, nettement séparé les divers éléments.

Voilà un premier point; je passe à un second.

Selon M. le rapporteur, j'aurais commis une erreur dangereuse en disant que ce qui importait surtout à la législation sanitaire, c'était de connaître moins les lieux où la peste naît spontanément que ceux où elle existe actuellement, quelle que soit du reste sa cause.

Je n'ai jamais dit qu'il ne fût pas utile pour la législation sanitaire de connaître les lieux où la peste naît spontanément; au contraire, j'ai présenté la désignation de ces lieux comme le principal des deux objets qu'avait eus en vue la commission dans l'étude qu'elle a faite de la peste spontanée. Est-il bien possible que M. le rapporteur me fasse le reproche que je repousse aujourd'hui, moi qui, dans une dissidence avec lui sur la conclusion en discussion, propose de réduire celle-ci à la simple désignation des lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément?

M. le rapporteur ne croit pas plus fondée la remarque que j'ai faite, que pour reconnaître l'existence de la peste en un pays, l'intervention du médecin n'était pas aussi nécessaire que pour plusieurs autres points du service sanitaire.

M. le rapporteur a exagéré la portée de ce que j'ai dit : quel médecin pourrait méconnaître que, de toutes les personnes spectatrices d'une épidémie de peste, les médecins sont les plus compétents pour en constater la nature, en signaler les premiers cas. J'ai dit seulement que généralement la peste, par les ravages qui la suivaient, révélait bientôt elle-même sa présence en un pays; que généralement toute peste épidémique s'annonçait d'elle-même, et qu'il en était de même aussi pour tout pays où la peste est endémique. J'ai ajouté que c'était sur la seule notoriété publique qu'était établie l'opinion ancienne et presque universelle que la peste existe toujours dans le Levant et nous en est apportée.

M. le rapporteur, dans la réponse qu'il m'a faite, en ce qui concerne la conclusion en discussion et les deux parties distinctes dont elle se compose, a admis cette distinction, et il s'est occupé d'abord de justifier la première partie de la conclusion, la spontanéité de la peste en Égypte, en Syrie et en Turquie. Il a cherché à prouver, par des faits et des autorités, l'existence de pestes spontanées, successivement, en Égypte, en Syrie, à Constantinople, sur les bords du Danube, dans l'Asie Mineure, dans la Perse septentrionale, dans les États barbaresques, à Tunis, à Alger.

Je n'ai pas contesté la première partie de la conclusion, et ce n'est que sur la seconde partie qu'ont porté mes remarques. Tous les pays que mentionne ici M. le rapporteur sont de ceux que la notoriété publique a proclamés foyers et points de départ de la peste; l'Égypte, la Syrie, les Turquies d'Europe et d'Asie, les États barbaresques, tous ces pays sont ce qu'on confond sous le nom de Levant, et c'est sur la spontanéité de la peste en pays autres que le Levant, les contrées de l'Occident, qu'ont porté mes doutes. Il y a plus, je devais d'autant moins appliquer mes objections à ces diverses parties de l'Orient et de l'empire ottoman, que vient de passer ici en revue M. le rapporteur, que chacune de ces contrées a un chapitre spécial au rapport; et c'est à l'occasion de ces chapitres que devait, pour tous ces lieux, s'agiter la question. Agir autrement, c'eût été faire double emploi. M. le rapporteur l'avait senti lui-même, puisque, au chapitre relatif à la conclusion que nous discutons, il n'avait rien dit de tous ces lieux.

J'avoue dès lors que j'ai été grandement étonné quand j'ai vu M. le rapporteur terminer cette partie de sa réfutation en disant qu'après avoir ainsi prouvé l'existence de la peste spontanée, non-seulement en Égypte, Syrie et Constantinople, mais encore dans les provinces danubiennes, dans la Turquie d'Asie, la Perse septentrionale et la Barbarie, il avait déjà justifié la seconde partie de la conclusion. Qu'il me permette de répéter que cette justification n'est pas encore faite, puisqu'en cette seconde partie de la conclusion il s'agit surtout de prouver l'existence de la peste spontanée en des contrées de l'Occident, et que dans tous les pays dont il vient d'être question, il ne s'agit en définitive que de pays désignés, par la notoriété publique et les règlements sanitaires, foyers de la peste, savoir : l'Égypte, la Syrie, la Turquie, l'empire ottoman, les États barbaresques, en un mot, le Levant. Et qu'on me permette de le faire remarquer en passant, si on a dit la peste en Orient, la peste du Levant, c'est qu'on a éprouvé souvent la plus grande difficulté à reconnaître si la peste qu'on voyait exister en ces divers lieux était née spontanément en chacun d'eux, ou avait été importée des uns aux autres; il n'y avait qu'une chose certaine : c'est que la peste s'y montrait souvent et était apportée des uns ou des autres en Occident.

Venons enfin à ce que dit M. le rapporteur pour la justification de la seconde partie de la conclusion : ce n'est vraiment qu'à ce point de son travail que sont ses réponses aux objections que je lui avais faites. J'avais exprimé le regret que, dans sa recherche des lieux où la peste naît spontanément, la commission ne se fût pas bornée à ce qui est aujourd'hui, mais eût cru utile d'embrasser l'universalité des temps, de remonter au passé. J'avais repoussé cette recherche du passé : d'une part, comme étant sans application immédiate et directe à la législation sanitaire; d'autre part, comme ne pouvant conduire à aucun résultat certain. J'avais bien fait remarquer que c'était surtout par la seconde partie de la conclusion que cette conclusion avait de l'importance. Enfin, j'avais dit que le chapitre explicatif et justificatif de la conclusion ne contenait, en définitive, sur la spontanéité de la peste en beaucoup de contrées d'Europe et autres que le Levant, que des assertions puisées dans la table de M. Rossi, et acceptées sur l'autorité de ce médecin, sans discussion et sans accompagnement de preuves.

M. le rapporteur croit qu'en tout ceci j'ai fait au rapport des reproches non mérités; et, bien qu'il croie déjà démontrée, par la première partie de sa réfutation, cette seconde partie de la conclusion, il veut bien poursuivre ce qu'il appelle sa démonstration. Qu'il me soit permis de le suivre.

Ici M. Adelon examine une à une toutes les épidémies citées par M. le rapporteur comme des exemples d'épidémies spontanées, et discute la question de savoir si ces épidémies peuvent être regardées comme le produit d'un développement spontané de la maladie ou comme le résultat d'une importation. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de suivre l'orateur dans cette partie importante de son argumentation, qu'il termine en ces termes :

Sur toutes ces peste prétendues spontanées, je répondrai encore que les détails qui sont donnés sur chacune d'elles sont trop peu précis, trop peu circonstanciés pour constituer des preuves absolues : 1° qu'elles soient de véritables pestes et non des fièvres et épidémies meurtrières d'une autre nature; 2° qu'elles soient nées exclusivement par conditions locales des lieux ou par influences épidémiques, et non par importation. Sur tout cela, je reste incertain.

M. le rapporteur termine en s'étonnant que moi qui admets la spontanéité de la peste en des contrées aussi diverses et aussi distantes que sont les unes des autres les contrées du Levant, je répugne à l'admettre en d'autres pays ayant habituellement ou accidentellement les mêmes conditions.

Mais que M. le rapporteur me permette de lui faire remarquer que je n'ai pas plus nié qu'accordé; que je me suis borné à demander les preuves de la conclusion que proposait la commission; que j'ai seulement contesté que les preuves fussent au rapport. J'ai dit que je ne pouvais adopter cette conclusion avec la forme absolue dans laquelle elle était exprimée, et que tout au plus serait-elle acceptable comme *possibilité*, et j'ajouterai aujourd'hui si l'on veut comme *conjecture* plus ou moins probable. Mais il me paraissait grave et il me paraît encore grave aujourd'hui de déclarer sur des présomptions, contrairement à ce grand fait de notoriété que la peste *vient d'Orient*, l'opinion que la peste est une maladie de tous les pays. Tel est en effet le sens réel de la conclusion, et c'est pour cela que j'ai cru devoir la combattre.

De plus en plus convaincu que la question posée par la commission est sans application directe avec la législation sanitaire, et qu'on ne peut arriver sur elle à aucuns résultats certains, je persiste dans ma proposition de restreindre la recherche à la désignation des lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément et à renvoyer le chapitre et la conclusion à la commission.

M. Prus : Messieurs, mon intention n'est pas de suivre les préopinants dans les objections de détail qu'ils ont élevées soit contre la conclusion en discussion, soit contre quelques-unes des preuves que j'ai produites. Je me bornerai à indiquer nettement quel est l'état de la question, et à résumer ensuite les faits particuliers et généraux qui doivent lever tous les doutes, dissiper tous les scrupules.

Vous le savez, messieurs, il y a dans la conclusion soumise à votre appréciation une partie relative à des faits récents, et une autre relative à des faits anciens ou historiques. La première, d'une application pratique immédiate, intéresse surtout l'administration sanitaire; elle est ainsi conçue dans les déductions qui terminent le rapport :

« Les pays dont nous avons à craindre l'importation de la peste sont, en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie, la Turquie d'Europe et d'Asie. La régence de Tripoli, celle de Tunis, l'empire de Maroc, quoique présentant un moindre danger, exigent cependant une surveillance particulière. »

Voilà ce que nous disons à l'administration. Mais fallait-il ne pas pousser nos recherches plus loin, comme on le demande? Votre commission ne l'a pas pensé. Si la question de savoir quels sont les pays, autres que l'Égypte, la Syrie et la Turquie, où la peste est née spontanément, ne présente pas au premier aperçu un intérêt d'application aussi direct, il suffit cependant de réfléchir un peu pour reconnaître combien elle est importante pour la science et pour le régime sanitaire. Tout le monde conviendra que la mesure la plus radicale à prendre pour arriver à la destruction des quarantaines, c'est de travailler à la destruction de la peste. Mais, pour prévenir le développement de cette terrible maladie, le premier besoin est de connaître ses causes productrices, pour chercher ensuite à en empêcher l'action. Eh bien! je le déclare hautement, je ne connais rien de plus utile, pour éclairer l'étiologie de la peste, que l'étude des lieux où elle s'est montrée spontanément aux différentes époques de l'histoire.

Nous n'examinerons donc pas si la recherche à laquelle je me suis livré était nécessaire pour la science en général et pour la législation sanitaire en particulier, ce qu'on contestait d'abord, ce qu'on ne conteste plus aujourd'hui. Notre rôle se réduira à vous rappeler succinctement les faits particuliers et généraux d'où découle la conclusion qui vous est soumise.

Commençons par constater que personne, dans cette enceinte, n'émet aujourd'hui des doutes sur la question de savoir si la peste peut naître spontanément en Égypte, en Syrie, dans les deux Turquies et même en Barbarie. C'est un fait de notoriété publique, dit M. Adelon. M. Adelon admet de plus, avec M. Lachèze, que la peste épidémique s'est montrée spontanément dans la Perse septentrionale.

Mais les divergences d'opinion qui ont régné parmi les médecins de l'armée russe, en 1828, le font hésiter à reconnaître que cette armée a été en proie à une peste née spontanément dans la Valachie. M. Witt, médecin en chef, avoue bien, d'accord en cela avec MM. Seidlitz et Schlegel, que la maladie qu'il a observée alors dans plusieurs corps d'armée était de tous points semblable à la peste orientale; mais il ne veut pas consentir à lui donner ce nom, attendu qu'il est certain qu'elle n'était due à aucune communication suspecte, à aucune importation.

Je vous le demande, messieurs, quelle plus grande preuve peut-on produire pour établir que cette peste est née spontanément en Valachie?

Poursuivons notre examen, et voyons si la peste, qui est née spontanément dans des pays aussi divers, aussi éloignés les uns des autres, a pu naître de la même manière dans l'Europe occidentale, quand elle y a rencontré les causes qui favorisent son développement. Interrogeons successivement les observations particulières et les faits généraux. Je demande pardon à l'Académie de lui rappeler des faits dont je l'ai déjà entretenue; mais elle comprendra qu'au moment où elle va voter sur une conclusion que je regarde comme importante et féconde, il est de mon devoir de lui mettre sous les yeux le tableau sommaire des preuves qui la justifient et qui l'ont fait adopter par la commission.

En 503, la peste à bubons exerça de grands ravages à Marseille. D'où venait-elle? L'auteur qui nous la fait connaître, Grégoire de Tours, ne nous dit pas qu'elle ait été importée, ce qu'il ne manque pas de faire pour d'autres pestes. D'où aurait-elle pu être importée, puisque rien, absolument rien, ne nous autorise à croire que la maladie existât alors dans le Levant? Qui l'aurait importée, puisque, selon la remarque de Papon, notre marine marchande n'existait pas alors?

Concluons donc qu'historiquement et scientifiquement nous sommes en droit de regarder cette peste comme née à Marseille.

Les mêmes remarques s'appliquent, et à la peste qui a régné à Arles en 549, et à celle de Bourgogne en 570, et à celle d'Auvergne en 571, et à celle de 581 à Narbonne, de 589 à Rome, enfin à celle de 590 à Avignon.

Pour nier que ces pestes sont nées spontanément en France et à Rome, il faut avoir recours à des suppositions qui ne sont étayées d'aucune donnée historique.

Mais rapprochons-nous de notre temps, et l'histoire va nous fournir de nouvelles preuves à l'appui de la conclusion proposée.

C'est d'abord la peste noire, la peste de 1348, qu'aucun auteur ne dit être née en Égypte, en Syrie ou en Turquie, et que l'historien Villani déclare avoir pris son origine à Casan.

Viennent ensuite les nombreuses pestes qui ont désolé l'Europe dans les seizième et dix-septième siècles, et dont un certain nombre au moins n'a pas été importé d'Orient.

Vous citerai-je la peste d'Harlem en 1573, décrite par Forestus, et qu'il attribue à des causes d'insalubrité locale et à la famine?

Vous citerai-je la peste de Venise en 1576, peste que le collége de médecine de Padoue déclara être due aux eaux bourbeuses et stagnantes des lagunes?

Vous rappellerai-je la peste observée en Angleterre en 1643 par Thomas Willis, qui la rapporte à la viciation de l'air produite par l'accumulation d'immondices autour des tentes des premiers soldats frappés?

Parlerai-je de la peste d'Arras en 1654, peste signalée par Boyer, médecin de la marine à Toulon, qui la regarde comme la preuve que la peste ne vient pas toujours du Levant?

Une circonstance qui doit être prise en sérieuse considération par l'Académie, c'est que la peste sporadique a existé à Londres pendant plusieurs années avant l'épidémie qui a ravagé cette capitale en 1665.

Enfin, la peste observée à Rochefort par Chirac en 1741 nous montre cette maladie naissant sous l'influence des causes locales d'insalubrité et d'une grande misère.

C'est en vain, messieurs, qu'on voudrait atténuer la portée de ces faits en prétendant qu'il ne s'agissait pas de la vraie peste dans tous ces cas. Toutes ces épidémies offraient les caractères attribués à la peste la moins contestable.

Aussi Papon, qui, de tous les historiens, est celui qui s'est occupé le plus et le mieux de la question que nous traitons, Papon, historiographe de la Provence qu'il habitait, Papon, grand contagioniste, n'a-t-il conservé aucun doute sur l'origine spontanée de la peste en Europe.

Les études de M. Littré l'ont porté à partager de plus en plus cette opinion, ce dont je me suis assuré tout récemment.

Ajoutons que deux grandes considérations viennent singulièrement fortifier nos convictions.

La première résulte des tableaux chronologiques de la peste, tableaux dressés non-seulement par M. Rossi, mais aussi par tous les loïmographes d'Europe, et qui prouvent que, dans les sixième, seizième et dix-septième siècles de notre ère, les pestes ont été incomparablement plus fréquentes dans l'Europe occidentale que dans l'Égypte, la Syrie et les deux Turquies. Pris dans son ensemble, ce fait est d'une vérité inattaquable; on ne peut s'empêcher d'en tirer des conséquences favorables à la spontanéité de la peste en Europe aux époques indiquées.

La seconde considération est plus décisive encore. Tout le monde sait que l'Europe a subi 145 épidémies de peste dans les trois siècles qui ont suivi l'établissement des lazarets, tandis qu'on n'en compte que 105 dans les trois siècles qui les ont précédés. Il faut opter entre deux partis : ou bien on reconnaîtra que ces 145 pestes épidémiques ont passé à travers les lazarets, au milieu des gardiens de la santé *et sans que ceux-ci aient signalé leur passage*, ou bien il faut avouer que la plus grande partie de ces épidémies de peste sont nées spontanément en Europe. La première interprétation est invraisemblable, ou plutôt elle est tout à fait inadmissible; la seconde, au contraire, est en parfait accord avec les données de la science et de l'histoire.

En résumé, je pense qu'il est peu de vérités historiques aussi bien établies que celle contenue dans la deuxième partie de la conclusion en discussion. L'Académie sait que la première partie n'est, en ce moment, contestée par personne.

Je dois dire en finissant que la commission m'a chargé de vous faire savoir qu'elle persistait dans la proposition qu'elle vous a faite.

M. Adelon : Mais la commission n'a pas été réunie régulièrement.

M. Prus : La commission a été réunie hier lundi, à quatre heures. La lettre de convocation, signée par M. le secrétaire du conseil, portait qu'on délibérerait de nouveau sur la conclusion en discussion. Après une heure de conférence, on demanda à aller aux voix. M. Adelon s'y opposa, disant qu'il n'était pas convenable que la commission se prononçât avant d'avoir entendu le discours qu'il se proposait de prononcer aujourd'hui à l'Académie. On accéda à la demande de notre honorable collègue, mais à la condition que le rapporteur recueillerait les voix des membres de la commission après la lecture de M. Adelon. C'est ce que je viens de faire, et c'est ce qui m'autorise à dire que sur sept membres présents, en y comprenant M. Adelon, six ne partagent pas son avis et persistent à soutenir la conclusion proposée.

BIBLIOGRAPHIE.

VOYAGES DES MÉDECINS. — VISITE A L'ÉTABLISSEMENT D'ALIÉNÉS D'ILLENAU (GRAND-DUCHÉ DE BADE); par M. le docteur Falret.

Les anciens médecins et même ceux du moyen âge voyageaient beaucoup; comme les philosophes de l'antiquité, ils s'enquéraient, chez les nations étrangères, de la science et de la sagesse, qui alors étaient d'heureux synonymes. La Grèce, l'Égypte et l'Inde étaient surtout les régions privilégiées où se rendaient les hommes avides de savoir. Dans les siècles suivants, et longtemps encore, les médecins fréquentaient les universités étrangères. Une école, un médecin, un chirurgien, avaient-ils de la célébrité, une foule d'élèves partis de tous les points de l'Europe venaient les écouter, les voir pratiquer, les voir opérer, puis, recueillant les paroles de l'oracle, ils répandaient dans leur pays les principes, les doctrines dont ils étaient scientifiquement nourris; car c'est ainsi, en effet, que se propagent les bonnes doctrines, les solides principes. Le génie crée, le vulgaire accepte et consacre. La coutume de voyager était donc très-convenable pour recueillir les lumières, pour les répandre, et les faire pénétrer ensuite dans le sein des sociétés les moins civilisées. A notre époque, les médecins voyagent peu ou point, à l'exception des médecins militaires, ce qui leur donne en général une supériorité incontestable. Suivre ses cours le temps légal, gagner son diplôme, faire son nid tant bien que mal, courir la clientèle si l'on peut, vi-

voter sur un horizon plus ou moins rétréci, répéter tacitement : chacun pour soi et Dieu pour tous, tel est en général le *summum* de la vie médicale aujourd'hui. Il est vrai que la presse, établissant des communications fréquentes et rapides dans le monde civilisé, propageant aussitôt toute méthode, tout procédé ou tout remède nouveau, rend moins indispensable le besoin des voyages scientifiques. Avouons pourtant qu'il est une infinité de choses qu'on ne sait pas ou qu'on sait mal, parce qu'on ne les voit pas. Ignore-t-on qu'il n'est rien de si notoire que l'incompétence et l'impuissance de l'esprit humain, végétant éternellement dans le sol qui l'a vu naître?

Il est surtout une classe de maladies qui exige ces pérégrinations savantes, c'est celle des aliénations mentales. Pourquoi, dit-on, cette préférence ou cette nécessité? C'est à cause des établissements ou des maisons qui contiennent les malheureux atteints de cette funeste maladie; et ce point est d'une importance extrême. Il est tel établissement où l'on obtient des guérisons fréquentes, inespérées même; il en est d'autres où ces affections, au degré le plus ordinaire, prennent un caractère d'incurabilité. Or cette différence dépend non-seulement du savoir du médecin, de son zèle, de son activité, mais aussi de l'établissement en lui-même, de sa position topographique, de sa construction bien ou mal entendue, de la classification des malades, de leurs rapports entre eux, du régime adopté, de la direction première, enfin, d'une foule de circonstances dont l'ensemble agit d'une manière heureuse ou fatale, mais certaine sur les aliénés. Bien convaincu de cette vérité, M. le docteur Falret, qui a fondé avec M. Voisin, son digne collaborateur, un magnifique établissement de ce genre, à Vanvres, près Paris, n'en visite pas moins les maisons d'aliénés étrangères, afin de saisir et mettre à profit les améliorations, les perfectionnements que le temps et l'expérience ont pu suggérer à des hommes habiles. On peut croire que quand un homme aussi judicieux, aussi éclairé que M. Falret, examine un établissement d'aliénés, rien n'échappera à son expérience, à sa perspicacité. Rien de plus évident qu'il ne s'agit point ici de cette critique fausse, myope, du dernier ordre, trop souvent employée, mais de vues larges et progressives, d'un examen sérieux et des conséquences qu'on peut en tirer pour les progrès de la science.

L'établissement d'Illenau, dans le duché de Bade, fondé et dirigé par M. le docteur Roller, a de la célébrité; il fallait donc en savoir les causes; c'est là l'objet principal du voyage de l'auteur. Son ouvrage est peu étendu, mais plein de faits et de choses; on le lit avec intérêt, parce qu'il a cette empreinte caractéristique des bons livres, le savoir, des vues nettes, et une pensée philosophico-médicale familiarisée avec les grands principes de la science. M. Falret ne s'est pas contenté d'un examen superficiel, il entre dans tous les détails, et l'on ne tarde guère à s'apercevoir de l'importance de ces mêmes détails, parce que tous concourent au bien de la maison, autrement dit au rétablissement des malades qu'elle contient, soit pour la classification des formes de l'aliénation, soit pour la régularité, pour l'ensemble des branches du service. « Le caractère le plus saillant d'Illenau, dit l'auteur, c'est l'art admirable avec lequel le docteur Roller sait coordonner les diverses parties d'un service aussi complexe, imprimer à chacun de ses auxiliaires la direction la plus conforme à ses qualités et à ses goûts particuliers, etc. L'observateur contemple avec ravissement, à Illenau, le spectacle d'une hiérarchie parfaite jointe à une libre activité. » Du reste, les moyens de soustraire les malades à leur préoccupation chimérique, de les arracher à leur monde imaginaire, en les soumettant, comme dit M. Falret, « à la loi du travail, qui est celle de l'humanité, » ne sont point oubliés. Trois ordres de moyens sont employés à Illenau pour cet objet essentiel : les travaux manuels surtout dans les champs, les exercices de l'intelligence et les réunions; et l'on a recours à ces moyens, non avec mollesse et accessoirement, mais avec ensemble et persévérance. Ces conditions sont indispensables, car l'aliéné, tantôt enivré d'ambition et d'orgueil, tantôt tremblant de crainte et d'effroi, ne vit qu'en soi; autant qu'il lui est possible, il a rompu tous les rapports sociaux, au moins les plus directs : son esprit n'est plus de ce monde.

Quant à cette difficile et fondamentale question sur la nature même de l'aliénation mentale, on sait quelles opinions flottent à la surface de la science, et que certains auteurs ont poussé la vérité du principe adopté jusqu'au paradoxe. M. Falret dit que le fondateur de l'établissement d'Illenau « proclame hautement que la cause de la maladie dépend d'une lésion cérébrale. » Il appartient, comme on dit en Allemagne, à l'école *somatique* ou corporelle. M. Falret ajoute cette réflexion : « Tout en donnant peut-être une plus grande importance à la psychologie que le docteur Roller, puisque nous y voyons la source principale des progrès de la médecine mentale, nous adhérons complétement à ces principes. Lorsqu'on a étudié sérieusement la dualité de l'homme et l'action simultanée de ses deux éléments dans tous les phénomènes psychiques, on ne peut comprendre que des médecins puissent admettre des folies purement intellectuelles, etc.

De ces réflexions et de l'examen approfondi qu'il fait de l'établissement d'Illenau, l'auteur est conduit à traiter des questions générales sur l'aliénation mentale, ce qu'il fait avec la supériorité d'un homme qui a une longue expérience de cette maladie. Nous ne le suivrons pas toutefois dans le développement de ces questions, et abréger ici ce serait mutiler. Rappelons qu'en parlant du médecin et du directeur, M. Falret fait cette remarque: « Dans un asile d'aliénés, dit-il, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur, je ne trouve que celle d'un médecin. » Et il insiste avec raison sur le principe d'unité qu'il convient de donner à la direction de tout établissement de ce genre. C'est dire assez que tous les employés, tous les serviteurs ne doivent agir que par l'ordre du médecin, d'après ses vues, ses idées, sa méthode de guérison. « Dans cette direction imprimée, dit-il, aux divers employés d'un établissement, réside le moyen le plus général de traitement moral, celui qui agit avec d'autant plus d'efficacité qu'il agit d'une manière plus constante et plus inaperçue. C'est un réseau humain dont le médecin entoure ses malades pour coordonner leurs mouvements, régler leurs pensées, modérer leurs sentiments et présider à toutes leurs actions; il n'y a que le praticien éclairé qui puisse comprendre toute l'étendue d'influences qu'ont sur l'esprit des malades ces moyens d'action calculés avec discernement et employés avec une constante uniformité. »

L'auteur traite ensuite la question de l'exercice du sentiment religieux dans les asiles d'aliénés, et il s'en occupe avec la gravité, la haute raison qu'exige une question aussi délicate qu'importante. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce sentiment remué à certaines profondeurs produit d'excellents effets. Aussi croyons-nous avec l'auteur « que la religion a des consolations et des enseignements pour les situations les plus diverses de l'esprit et du cœur, dans l'état de santé comme de maladie. » Plus loin, il ajoute : « La religion, comme moyen de traitement, peut donc s'adapter à toutes les formes de maladies mentales, et dans toutes ces circonstances elle parle avec une autorité qu'aucune science humaine ne peut égaler puisqu'elle puise ses enseignements à la source divine. » Rien de plus juste et de plus vrai; *ubi charitas est et amor, ibi Deus est*. Mais c'est précisément, en raison de la puissance de ce moyen moral, qu'il faut y recourir avec un tact, une habileté particulière dans certains cas de mysticisme surtout chez les femmes à imagination brûlante et exaltée. Remarquons encore que les idées sociales prédominent selon les âges, influent sur la forme des maladies de l'esprit. Autrefois la plupart des aliénés étaient des mystiques, des hommes se croyant des démons ou voués aux flammes éternelles; l'enfer les attendait, c'est l'*orcus timor* des auteurs. De notre temps, de pareils aliénés existent encore, mais les passions humaines, ayant pris un autre cours, cette forme est infiniment plus rare qu'autrefois; en général, nos contemporains n'ont qu'une seule idée, un seul but, une affection unique, s'enrichir par l'industrie;

La vapeur de la houille *hébète* leurs cerveaux.

Le culte de l'or est aujourd'hui ce qui trouve dans l'ame humaine l'écho le plus sonore et le plus puissant; dès lors est-il donc étonnant que parmi ces hommes trompés dans leurs espérances, froissés, brisés par des intérêts opposés, maltraités par le sort, bafoués par la fortune, beaucoup d'entre eux ne puissent résister à des secousses aussi violentes que répétées. C'est là ce qu'il faut connaître si l'on veut opérer avec succès sur la puissance intellectuelle. Des cœurs trempés au feu de certaines passions ne donnent prise sur eux qu'à la condition de bien connaître le grand ressort, le principal moteur de ces passions. Et néanmoins le sentiment religieux peut encore contribuer à la guérison, même dans de pareils cas. *Le christianisme doit toujours être du siècle qu'il traverse*, dit M. de Châteaubriant; or cette réflexion pleine de sens peut s'appliquer à notre époque, aux opinions qui y règnent et aux individus qui en ont subi l'influence. Il ne reste enfin qu'à connaître l'art de cette application, de saisir l'à-propos, l'occasion, d'après la forme même de la maladie.

C'est sous ces rapports élevés que M. Falret considère l'aliénation mentale, soit dans sa nature, soit dans les moyens de la guérir. Le travail de ce médecin sur l'établissement d'Illenau en est la preuve. On n'y trouvera pas des détails, des développements dignes d'intérêt sans doute, mais que cet ouvrage ne comportait pas, et d'ailleurs qu'on chercherait en vain dans d'autres ouvrages. Aussi, ne craignons-nous pas de le dire, ce qui manque à la science, c'est un ouvrage complet sur les établissements d'aliénés considérés sous les points de vue de la construction, de la classification des malades, de la législation et du traitement moral. Il appartient à M. Falret plus qu'à tout autre de traiter un aussi beau, un aussi vaste sujet. Sans servage d'esprit et de doctrine, c'est à lui de démontrer qu'un établissement de ce genre, bien dirigé par un médecin judicieux et expérimenté, constitue réellement la meilleure base du traitement moral dans cette maladie. Ici comme ailleurs, une routine absurde et de folles innovations sont également à craindre. On le sait, les hommes médiocres passent d'une idée médiocre à une autre de même valeur; les hommes d'un vrai mérite passent d'une idée juste et féconde à ses applications; ils ont pour atteindre ce but et le discernement et la passion de la vérité. R. P.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU 2e TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

Conformément à l'ordre adopté dans nos précédentes revues sanitaires, nous allons considérer successivement : 1° les éléments étiologiques apparents ou physiques de la constitution médicale du dernier trimestre et relatifs à l'état de l'atmosphère ; 2° cette autre cause des maladies régnantes qu'on appelle le *génie épidémique*, insaisissable à l'observation directe, inconnue dans son essence, mais plus générale, plus immédiate dans ses effets que les précédentes, et clairement manifestée par les caractères spéciaux des formes morbides ; 3° les résultats généraux de ces deux ordres de causes, exprimés par le nombre et la gravité des maladies régnantes du trimestre, et basés sur les relevés officiels de l'administration des hôpitaux.

Les deux tableaux suivants, dressés sur les tables de l'observatoire, résument les conditions atmosphériques propres aux mois d'avril, mai et juin 1846. Le premier concerne le degré *moyen* de la température, de la pression atmosphérique et de l'humidité, ainsi que la direction des vents ; le second, relatif aux *variations* météorologiques, comprend, d'une part, les oscillations brusques du thermomètre et du baromètre, survenant d'un jour à l'autre (1), et, d'autre part, les *minima* et les *maxima* des variations considérées par période de dix jours, à savoir, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20 et du 20 à la fin du mois.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU SECOND TRIMESTRE DE 1846, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné, classés d'après leur ordre de fréquence. (Observés à midi.)
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse.	fois. fois. fois. fois.
Avril	750,89	+ 10,7	750,55	+ 12,3	750,28	+ 13,0	751,16	+ 9,1	+ 10,1	7,430	5,747	S. 13. O. 9. N. 7. E. 1.
Mai	755,21	+ 14,8	755,06	+ 16,5	754,47	+ 17,2	754,82	+ 13,6	+ 13,9	4,242	3,647	N. 11. S. 9. E. 7. O. 4.
Juin	757,04	+ 22,7	756,62	+ 24,7	755,88	+ 25,7	756,59	+ 20,6	+ 21,0	3,650	3,310	E. 11. S. 8. N. 6. O. 5.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais	Jours.	Élévat.	Abais	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm		°	°	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Avril.	Du 1 au 2	»	6	Du 4 au 5	4,5	»												
	Du 4 au 5	»	8	Du 6 au 7	»	6												
	Du 8 au 9	18	»	Du 11 au 12	5	»												
	Du 9 au 10	7	»	Du 14 au 15	»	4	734,11	756,17	746,72	756,85	750,47	765,83	+ 7,0	+13,4	+ 8,5	+16,0	+ 7,3	+14,4
	Du 10 au 11	»	9	Du 17 au 18	»	4,5												
	Du 15 au 16	6	»	Du 26 au 27	»	4												
	Du 29 au 30	6	»															
Mai.	Du 12 au 13	»	9	Du 7 au 8	6	»												
	Du 15 au 16	»	8	Du 16 au 17	4	»	751,92	766,05	741,07	761,29	752,28	763,63	+13,7	+18,3	+ 9,6	+16,5	+12,0	+19,9
	Du 21 au 22	7	»															

(1) Nous regardons comme digne d'être notée toute variation en plus ou en moins qui atteint 6 millimètres pour le baromètre et 4 degrés pour le thermomètre.

Feuilleton.

SUR LA PUBLICITÉ MÉDICALE EXTRA-SCIENTIFIQUE.

(Troisième et dernier article.)

Il nous reste à considérer la publicité extra-scientifique dans ses applications aux faits du domaine de la science, tels que l'invention d'un instrument, la découverte d'un agent thérapeutique, une conception théorique quelconque, et aux faits qui concernent plus directement la personne même du médecin, comme l'ouverture de cours publics, l'obtention de titres honorifiques, la nomination à une place de médecin des hôpitaux, de professeur, etc. Abordons successivement ces deux ordres de faits.

Pour se faire une juste idée de ce que doivent être les conditions de la publicité appliquée à la spéculation scientifique, il ne faut pas perdre de vue le lien intime qui réunit, dans le médecin, le savant et le praticien ; et le savant se confond ici avec l'artiste. C'est comme savant, comme initié à la connaissance des maladies et des moyens de les prévenir ou de les guérir, que le médecin se présente à la confiance des familles. De là tout à la fois, comme nous allons le montrer, un droit et un devoir, le droit du citoyen et le devoir du médecin, deux éléments souvent opposés et dont la conciliation exige autant de délicatesse dans le sentiment que de sûreté dans la raison.

Tant vaut le savant, tant vaut le praticien ; partant, le plus pressant intérêt du praticien, après celui de devenir réellement savant, est de le paraître ; c'est-à-dire de s'offrir au public, paré du lustre scientifique acquis par ses travaux. Or, lui interdire de donner satisfaction à cet intérêt serait commettre à la fois une injustice et une inconséquence ; ce serait dépouiller le travail et le talent de leur plus juste récompense et refuser le moyen après avoir accordé le but. Le praticien, ne pouvant honorablement réussir que comme savant, ne fait qu'obéir à la nécessité de sa position en se prévalant de son caractère scientifique, et la publicité, qui peut seule lui en donner le moyen, la publicité ouverte à toutes les classes de la société, ne saurait lui être interdite. — Voilà le droit.

Mais exposer à tous les yeux le bagage scientifique d'un praticien, c'est, au fond, prétendre à former l'opinion publique sur son mérite. Cette prétention est manifestement contenue, non-seulement dans le jugement porté sur l'objet même de la divulgation, sur l'instrument imaginé, sur l'idée nouvellement émise, mais encore dans le simple énoncé du fait. Qu'on veuille bien y réfléchir ; car c'est ici un des points les plus délicats de la question. Quand l'intérêt commercial ou industriel du médecin s'est trouvé en cause dans un livre à débiter ou un établissement à faire prospérer, nous avons admis la libre divulgation du fait, c'est-à-dire de la publication du livre, de la fondation de l'établissement, parce que, ici, la divulgation est la condition nécessaire et légitime du succès, et que, dépourvue de toute appréciation scientifique, elle n'exprime autre chose que

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élevat.	Abais.	Jours.	Élevat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm		°	°	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Juin.	Du 27 au 28	7	»	Du 7 au 8	»	8	752,79	760,80	756,96	763,14	746,63	758,60	+19,0	+24,7	+19,7	+27,1	+14,4	+27,9
				Du 21 au 22	4,5	»												
				Du 22 au 23	»	8,5												
				Du 23 au 24	»	5												
				Du 29 au 30	»	4,5												

Si l'on rapproche le premier de ces tableaux de celui que nous avons dressé pour le trimestre de janvier 1846 (voir Gaz. Méd., n° 18), on voit que le mouvement ascensionnel de la *température*, qui avait été si rapide en janvier, février et mars, continue sans interruption en avril, mai et juin. La *moyenne mensuelle*, de + 7,7 qu'elle était en mars, monte successivement à + 10,1, + 13,9, + 21,0. Mais ce mouvement, on le voit, n'a pas lieu uniformément, en sorte que la température, bien que s'accroissant de jour en jour, ne garde ni au même degré, ni même d'une manière constante, pendant le cours de ce second semestre, la supériorité qu'elle avait offerte pendant le premier sur la température de l'année 1845. Ainsi, tandis que les mois de janvier, février et mars avaient été, en moyenne, de 3°, 6°, 6°,5 plus chauds que les mois correspondants de l'année dernière, le mois d'avril est, au contraire, de 1° moins chaud qu'en 1845. Mais la supériorité se rétablit, à un degré prononcé, dans les deux mois suivants : la différence est sensiblement de 3° pour le mois de mai et pour le mois de juin. — La *pression atmosphérique* suit à peu près la même marche que la température. Après s'être maintenue élevée pendant tout le premier trimestre, elle s'abaisse tout à coup de 5 millimètres en avril, de manière à tomber au-dessous du degré offert par le mois correspondant de l'année précédente ; mais en mai et juin, elle se relève par une progression continue, et dépasse de quelques millimètres le niveau de 1845. Le chiffre de 757mm,04, qui exprime la moyenne des hauteurs barométriques du mois de juin observées à neuf heures du matin, est très-élevé ; il n'a été atteint que fort rarement en 1845. — Il y a eu dans le cours du trimestre douze jours de *pluie*, dont six en avril, cinq (consécutivement) en mai, et un seul en juin. La *quantité de pluie* tombée a été peu considérable et sensiblement moindre qu'à la même époque de l'année dernière ; en outre, elle a suivi une gradation exactement inverse. Ainsi, tandis qu'en 1845 la pluie augmentait successivement de quantité du commencement à la fin du trimestre, cette année, au contraire, elle va toujours en diminuant jusqu'à ce qu'elle arrive à un degré voisin de la sécheresse. — Vient enfin la *direction des vents*. Comme dans le premier trimestre, le vent du sud a gardé sa prédominance, mais non d'une manière aussi prononcée. Au lieu de 42 fois qu'il avait régné plus ou moins directement de janvier à avril, il n'a plus régné d'avril à juillet que 30 fois. Chose assez remarquable et dont nous avons été plusieurs fois frappé dans ces derniers mois, les rapports qu'on observe ordinairement entre les directions du vent et les diverses températures ont été le plus souvent intervertis. Pendant le mois le moins chaud du trimestre (avril), le vent du sud a régné à lui seul 13 fois, et le vent du nord 7 fois seulement. Dans le mois de mai, le vent du sud souffle 9 fois seulement et le vent du nord 11 fois. Enfin le mois de juin, si chaud, si étouffant, où la moyenne mensuelle de la température atteint + 21°, n'offre, le vent du sud que 8 fois ; c'est le vent de l'est qui prédomine : il a soufflé 11 fois. Ajoutons qu'en parcourant les tables de l'observatoire, nous avons souvent vu les plus hautes températures coïncider avec le vent du nord et les moins élevées avec le vent du sud. Somme toute, dans le cours du trimestre, le vent du sud a régné 30 fois, le vent du nord 24 fois, le vent d'est 19 fois et le vent d'ouest 18 fois.

Nous signalions, dans notre revue du premier trimestre, le calme général de l'atmosphère, et en particulier le petit nombre et le peu d'amplitude des oscillations barométriques et thermométriques. On peut voir, par notre second tableau, que cet état de choses s'est continué. On sera surtout frappé du peu de mobilité de la pression atmosphérique. En avril, la plus grande variation est de 13 millimètres, et encore a-t-elle lieu dans le sens de l'élévation ; les autres sont de 9, 8, 7, 6 millim. En mars, trois variations dignes d'être notées, dont la plus grande ne dépasse pas 9mm. En avril, une seule de 7mm. Les variations de température sont un peu plus fréquentes, mais toujours peu prononcées ; la plus forte est de 8°,5 ; presque toutes les autres sont de 4 à 5°.

Il est à remarquer, du reste, que les variations barométriques vont en diminuant graduellement du commencement à la fin du trimestre, de manière à devenir dans le mois de juin tout à fait insignifiantes, tandis que les variations thermométriques offrent leur *minimum* de fréquence et de degré vers le milieu du trimestre. Et comme à cette époque le baromètre était déjà presque exempt de secousses, il en résulte que le mois de mai, si souvent exposé d'ordinaire aux rigueurs de l'atmosphère, a été, cette année, le plus calme des mois de printemps.

Quant aux perturbations brusques relatives à la pluie et aux vents, elles ont été très-rares et peu prononcées. Peu ou pas de bourrasques, pas d'ouragants, pas d'averses subites. Le ciel a été souvent couvert ou seulement voilé, ou traversé lentement par des nuages isolés ; mais quant à des tourmentes, à des perturbations profondes, on n'en a pas observé, et les rares menaces d'orage qui ont eu lieu ont toutes été dissipées par un peu de pluie, bientôt suivie d'un retour au beau temps.

En définitive, élévation insolite de la température, pression atmosphérique considérable, pluie assez rare et peu abondante, prédominnace alternative des vents du sud et du nord, à peu près avec une égale fréquence, peu de variations brusques de l'atmosphère ; tels sont les caractères généraux de la constitution météorologique du second trimestre de l'année 1846. Et quant aux caractères propres à chaque mois en particulier, ce

---

l'offre bien naturelle de la marchandise ostensiblement mise en circulation. Mais dans une pure question de science, et en l'absence de tout élément commercial, la libre divulgation du fait par les soins de l'intéressé, couvre de toute nécessité un jugement et même un éloge. Celui qui, ayant inventé un instrument de lithotritie, l'annonce, s'il ne se propose pas en cela d'en faciliter la vente, comme c'est l'ordinaire, ne peut avoir d'autre but que d'engager les calculeux à recourir à cet instrument, par conséquent d'en prôner les avantages ; car ce n'est pas assurément pour déprécier un moyen thérapeutique de sa propre invention qu'on le propose à la confiance des clients. Or si la divulgation d'un fait scientifique, sous quelque forme qu'elle ait lieu, sous forme d'appréciation ou sous forme de simple énoncé, comporte toujours un appel à l'opinion publique, l'équité et les convenances s'accordent à interdire au médecin la disposition arbitraire d'un semblable moyen. Le médecin ne peut être admis à former lui-même l'opinion sur sa valeur scientifique, à juger dans sa propre cause ; et ainsi naît pour lui l'obligation de demander préalablement à l'autorité compétente le contrôle de ses idées ou de ses découvertes, et de n'arriver au public qu'à travers cette autorité et sous sa légitime garantie. — Voilà le devoir.

Où siége, en matière scientifique, la compétence ? Dans les corps savants. Recrutés parmi les plus illustres et les plus laborieux serviteurs de la science, assurés, autant que faire se peut, contre la décadence de leur autorité par le principe tutélaire de l'élection, et, par le nombre, contre les suggestions de l'intérêt personnel et de la passion, les corps savants sont seuls en état de contrôler la monnaie scientifique avec laquelle le médecin achètera plus tard légitimement, honorablement, la confiance publique. Certaines personnes, peut-être, trouveront un peu flatté ce portrait des corps savants ; quelques ombres parmi toutes ces lumières, quelques faiblesses dans ces cœurs d'*immortels*, seront pour elles des motifs de défiance contre cet arbitrage que nous invoquons. Mais qu'on nomme un tribunal où ces inconvénients, s'ils sont réels, n'aient pas chance d'être cent fois plus considérables. Qu'on substitue l'individu au corps, l'arbitre choisi à une réunion d'arbitres imposés, et l'on verra ce que gagnera l'arbitrage en désintéressement et en bonne foi.

Les corps savants sont donc les tuteurs naturels de la science et les contrôleurs légitimes de ses richesses ; et c'est devant eux que doit comparaître d'abord le médecin qui aspire à se prévaloir de ses œuvres devant le public. Cette marche est toute à l'avantage de l'équité. Si les titres sont sérieux, la haute garantie qu'ils auront reçue assurera d'autant leur autorité et leur influence, et le client sera aussi heureux d'asseoir sa confiance sur une base aussi solide, que le praticien d'en profiter. Si les titres sont illusoires, la déception ne passera pas l'enceinte des académies, et n'exercera pas de contre-coup sur la santé publique. En un mot, on satisfera ainsi à l'une des conditions générales de publicité posées dans nos précédents articles, la vérité des faits divulgués.

Maintenant, du sein des corps savants, comment le médecin devra-t-il arriver devant le public ? L'état présent des choses lui en offre un moyen facile et tout à fait légitime ; un moyen qui, au point de vue moral, a cela de particulièrement avantageux, qu'il s'impose de lui-même comme un arrêt après le jugement compétent, et que s'il est pour les œuvres de progrès un secours et une récompense, il frappe de discrédit les œuvres de mauvais aloi. Nous voulons parler des comptes rendus académiques annexés à toute la presse politique. La création de ces

sont : pour le mois d'avril, une température et une pression atmosphériques médiocres, moins prononcées que dans les mois correspondants de l'année précédente ; pluies assez abondantes, prédominance du vent du sud, variations météorologiques assez fréquentes, mais peu prononcées ; — pour le mois de mai, grande élévation de température, pression atmosphérique assez considérable, pluies peu abondantes, prédominance du vent du nord, variations météorologiques rares ; — pour le mois de juin, augmentation de la pression atmosphérique et, plus encore, de la chaleur ; sécheresse, prédominance du vent d'est, variations météorologiques très-rares.

En présence de cet ordre de causes des maladies régnantes, examinons quels ont été les caractères spéciaux du génie épidémique.

(*La suite au prochain numéro.*)

ANATOMIE.

RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE SUR LA TUNIQUE INTERNE DE L'UTÉRUS ET SUR LA MEMBRANE CADUQUE ; par le docteur DESCHAMPS (de Melun).

(Suite. — Voir le n° 33.)

II. — MEMBRANE CADUQUE DE LA FEMME.

SYNONYMIE DE TEXTURE.

Membrana cribrosa et mucosa.	Osiander.
— villosa	Burton.
— retiformis	Hoboken.
— caduca crassa	Mayer.
— filamentosa.	Rœderer.
Involucrum fungosum.	Albinus.
Membrane réticulée.	Rouhault.
Membrane anhyste	Velpeau.
Chorion velouté (villosa aut succosa).	Ruysch.
Couche épithéliale de l'utérus.	De Berres.
Membrane corticale	Baër.
Chorion spongieux.	

SYNONYMIE DE POSITION.

Chorion (tunica exterior ovi).	Haller.
Epichorion.	Chaussier.
Exochorion ou épione	Dutrochet.
Perione.	Breschet.
Membrane de connexion.	Denmann.
— ovo utérine.	Serres.
Membrana ovi-materna	Meckel.

SYNONYMIE PHYSIOLOGIQUE.

Membrana adventitia	Blumenback.
Membrane ou couche adventive.	De Blainville.
Nidamentum.	Burdach.
Membrana caduca.	Danz.
— decidua seu caduca	W. Hunter.
Membrane caduque	Sandifort.
Membrana Hunteri.	

DÉFINITION. — La membrane caduque résulte de l'hypertrophie et de l'exfoliation du corps muqueux et de l'épithélium.

Il serait donc juste de désigner cette membrane sous le nom de *couches caduques de la muqueuse utérine*, ou par abréviation *couches caduques de l'utérus*, pour rappeler sa véritable origine physiologique.

HISTORIQUE. — L'histoire de la membrane caduque remonte à l'antiquité. Cette membrane, la plus excentrique de toutes les membranes de l'œuf, celle qui, à l'extérieur, en dessine la forme (1) et en limite les dimensions, ne pouvait échapper à la vue et au scalpel des anatomistes qui s'occupèrent avec soin d'ovologie. Arétée (de Cappadoce), le premier, a émis une opinion raisonnable sur la nature de la membrane caduque ; il dit : « Videtur autem nonnunquam duplicitas uteri interius succingens tu- » nica, quando à contiguâ divellitur. Geminæ namque membranæ tantùm » sunt differentes à tunicâ. Hæc vero abscedit et fluxione et abortu, et vio- » lento partu, quando ipsa secundis inhæreseit. Nam quum ipsæ vi extra- » huntur, simul et uteri tunica extrahitur. » Harvey, Ruysch et Spigel ne se sont pas formé une idée aussi claire sur le rôle ovologique de cette membrane. Nous jugeons qu'ils ont vu et bien examiné la caduque par la description qu'ils donnent de la surface externe de l'œuf ; mais pour ces anatomistes, aussi bien que pour Arantius, Nortwyck, F. d'Aquapendente, qui l'a fait dessiner, ce n'était pas une membrane distincte du chorion. Albinus a bien établi cette distinction dans l'œuf recouvert par la caduque qu'il fit graver. « Sous l'involucre membraneux, dit-il, on trouve le chorion. » L'anatomie comparée fut sans doute la source de l'erreur de Rouhault et d'Hoboken dans la détermination des membranes de l'œuf ; ils ont pris la caduque pour le chorion et le chorion pour l'allantoïde : double erreur qui a frappé l'esprit de M. Velpeau, et complétement égaré Breschet sur la valeur des connaissances ovologiques des anciens. Haller même, dans sa description du chorion velouté, prouve qu'il n'a pas compris toute l'importance de cette formation ovologique.

Les anciens anatomistes avaient cependant vu, touché, examiné la membrane caduque, mais de même que les physiciens virent longtemps les rayons du soleil sans savoir qu'ils se composaient des sept couleurs primitives. Le premier qui eut la gloire de décomposer en deux lames le chorion des anciens, le premier qui saisit les principaux traits de l'origine et du mécanisme de la nouvelle lame membraneuse, production utérine, fut W. Hunter, qui lui imposa le nom de *membrane caduque*. Prouver que l'œuf, en arrivant à l'utérus, trouve une membrane pour le recevoir, une sorte de *nidamentum* pour l'incubation utérine, en d'autres termes, prouver que la membrane caduque appartenait à la mère et non au fœtus, c'était un pas immense fait en ovologie.

Avec une rare sagacité, W. Hunter pénétra toutes les difficultés que fai-

(1) La caduque, membrane appliquée à la périphérie de l'œuf, modèle en quelque sorte la forme de l'œuf sur le plan interne de la matrice. Triangulaires dans les trois premiers mois, les œufs humains, de même que l'utérus, s'allongent et se contournent en ovoïde, en ellipsoïde de plus en plus volumineux jusqu'à la fin de la gestation.

comptes rendus a été la conséquence naturelle de la publicité donnée aux séances des Académies. On ne pouvait refuser à la plume d'écrire ce qu'on permettait à l'oreille d'entendre, et ce mode de publicité est devenu par cela même aussi légitime que l'entrée aux séances. La conséquence est rigoureuse. On ne peut logiquement blâmer les comptes rendus d'une Académie de médecine dans un journal non médical, sans blâmer la faculté laissée au premier venu d'assister aux débats ; ou, si l'on veut conserver cette faculté sans permettre aux individus d'en tirer avantage, il faut interdire les communications académiques ; c'est-à-dire enlever aux Académies l'aliment qui les fait vivre et l'air qui les fait respirer. On n'a pas assez remarqué peut-être qu'un des effets, et pourquoi ne pas le dire ? un des bienfaits de la publicité des séances académiques a été précisément d'offrir au besoin de plus en plus pressant d'un autre genre de publicité, un moyen de satisfaction honnête et entouré de surveillance. Le flot eût toujours débordé par une voie ou par une autre ; il s'est trouvé ainsi contenu dans des limites acceptables par les consciences les plus rigides.

Nous venons de dire comment les journaux politiques étaient devenus, dans une partie de leur rédaction, pour les savants en général et pour les médecins en particulier, des organes de publicité, et en vertu de quelles conditions cette mission des journaux devait être considérée comme légitime. Mais justement parce que ces conditions seules justifient la divulgation, partout où elles manquent, la divulgation des faits médicaux de l'ordre scientifique doit être interdite. Du moment donc qu'elle se soustrait à la rédaction libre et responsable des comptes rendus pour s'étaler dans le corps du journal, de quelque manière qu'elle soit conçue, fût elle-même strictement conforme à la vérité, nous la rejetons comme incompatible avec la dignité de la profession. Nous avons montré dans notre premier article, par un exemple emprunté à la réclame, combien il serait facile de concilier des pratiques de charlatanisme avec un respect hypocrite de la vérité. Ce serait une pratique de ce genre, celle qui consisterait à introduire dans la partie politique d'un journal la mention d'une communication académique, l'analyse du travail présenté, ou le résumé d'un rapport favorable. Nous le répétons, l'exposé fût-il rigoureusement exact, il n'en mériterait pas moins le blâme le plus sévère. Manifestement, celui qui, pouvant arriver au public par une voie ouverte à tous et acceptée de tous, se sépare de la foule et prend volontairement un chemin, pour ainsi dire, plus découvert, plus accessible à la vue, témoigne d'un goût fâcheux pour les réputations artificielles et d'une délicatesse de sentiment peu développée. Ajoutez qu'il fausse d'une autre manière les conditions d'une loyale concurrence, en supprimant de sa propre autorité les chances de critique qui sont le droit et le devoir des légitimes organes de la publicité.

Il suit de ce qui précède que nous repoussons absolument sous toutes les formes et la réclame, et l'annonce, et l'affiche, appliquées aux faits de l'ordre scientifique. Le sentiment public est ici d'accord avec la raison pour condamner ces interventions plus ou moins directes d'un intéressé dans sa propre cause, tous ces appels arbitraires à l'attention publique. Si la condamnation porte jusque sur les faits préalablement marqués au contrôle des corps savants, à plus forte raison s'applique-t-elle aux faits privés et dépourvus de sanction. C'est au nom de ces principes que nous avons souvent stigmatisé dans ces colonnes des annonces d'opérations dont le principal mérite était de se lier à des noms retentissants ;

sait naître son sujet : c'est lui qui a émis l'idée sur la formation de la caduque au moyen d'une concrétion pseudomembraneuse, de même que l'idée opposée d'une exfoliation de la membrane interne de l'utérus : opinions qui divisent encore les savants.

L'anatomiste anglais a de plus signalé trois ouvertures à la membrane caduque, correspondant aux orifices essentiels de l'utérus. M. Moreau, par une étude attentive de cette membrane sur des utérus encore remplis du produit de la conception, prouva que la caduque, loin d'être perforée, formait un tout continu ; et cette remarque le conduisit à l'importante découverte du véritable mécanisme de formation des feuillets direct et réfléchi de la caduque. M. Velpeau adopta les nouvelles idées d'une membrane caduque qui se comporte à la manière d'une séreuse par rapport à l'œuf, et, de plus, il indiqua le premier l'existence d'un liquide contenu dans la cavité de cette membrane : liquide vu depuis et nommé *hydropérione* par Breschet.

Un dernier progrès dans l'histoire anatomique de la caduque repose sur la connaissance acquise de la formation de cette pseudo-membrane, ou, selon nos recherches, de l'évolution de l'épithélium et du corps muqueux pendant les grossesses extra-utérines. Chaussier, Meckel, M. Lallemand et d'autres observateurs en ont cité des exemples irrécusables. M. Muller affirme que la caduque a été vue à la fois en dedans de la matrice et des trompes, dans un cas de grossesse tubaire. Il paraît que pour ces circonstances l'*hydropérione* disparaît ou n'est pas sécrété, selon M. Velpeau.

Après l'exposition sommaire des faits acquis à la science, parcourons très-brièvement le champ des hypothèses.

Osiander admet trois caduques, dont deux lames, *cribrosa* et *crassa*, seraient des membranes fœtales et non maternelles.

J. Hunter, Chaussier et Breschet veulent que l'œuf entier et le placenta même soient, dans le principe, enveloppés par la caduque. Cette opinion est à peu près celle des ovologistes modernes, qui font arriver directement l'œuf dans la cavité de la caduque, où une formation nouvelle le circonscrit de toutes parts.

M. Camus prétend que la caduque disparaît à une certaine époque de la grossesse, et bien plus, qu'il existe un intervalle entre le chorion et le feuillet ovulaire. Il me paraît certain qu'il s'est fait une fausse idée de la caduque de la femme par l'examen analogique de l'œuf des mammifères.

Béclard s'était imaginé, au début de sa carrière, que la membrane caduque déprimée par l'ovule se refermait probablement par derrière. Arrêtons-nous devant ces erreurs de grands anatomistes, et disons que la vérité ne pouvait se faire jour qu'après la connaissance positive de formation de la membrane ovologique maternelle.

De l'origine et de la formation de la membrane caduque. — L'évolution de l'épithélium et du corps muqueux est un effet immédiat de l'imprégnation. C'est pourquoi la membrane caduque a constamment paru préformée à la descente de l'œuf dans l'utérus. Que l'ovule arrive à l'organe gestateur, ou qu'il soit arrêté dans sa progression, la membrane caduque n'en existe pas moins. Nous verrons que les prétendues pseudo-membranes rendues par des femmes lascives, accident qui entraîne la stérilité, sont des développements anormaux et morbides de l'épithélium et du corps muqueux.

Hunter avait définitivement adopté l'hypothèse qui compte le plus de partisans aujourd'hui, touchant l'origine de la membrane caduque, au moyen de concrétions pseudo-membraneuses. On admet avec lui que, sous l'influence excitatrice de la fécondation, il s'épanche un fluide ou lymphe plastique coagulable sécrété par les follicules muqueux de l'utérus. Ce fluide renferme des rudiments fibro-albumineux qui finissent par se réunir et se concréter à l'instar des fausses membranes des séreuses, sur la paroi interne de la cavité utérine avant l'arrivée de l'œuf.

M. Lesauvage (de Caen) a comparé cette concrétion membraneuse à une espèce de cristallisation vivante.

Voici l'objection fondamentale qui détruit cette opinion hypothétique. Lorsqu'on enlève une pseudo-membrane à la surface d'une séreuse ou d'une muqueuse, il reste au-dessous de la production pathologique le tissu séreux ou muqueux. Or, après l'accouchement, la surface interne de l'utérus diffère complétement de cette surface pendant l'état de vacuité de l'organe ; elle devient rugueuse, chagrinée, filamenteuse, de lisse et d'unie qu'elle était : il y a plus, excepté quelques lambeaux encore adhérents, on ne trouve plus de membrane intérieure. La production d'une pseudo-membrane à la face interne de l'utérus présente évidemment un phénomène insolite et inconnu, par suite de la destruction de la muqueuse après l'accouchement.

Cette destruction ou exfoliation de la muqueuse est précisément le fait sur lequel se base la seconde hypothèse, entrevue par Arétée, admise quelque temps par les deux Hunter, et définitivement adoptée de nos jours par plusieurs ovologistes.

M. E. Weber soutient que la membrane caduque se forme avec les glandes utriculaires de la matrice, développées, serrées les unes contre les autres et parcourues par des vaisseaux sanguins.

M. Skarpey émet une idée à peu près semblable. Dans plusieurs observations de caduque sur des *utérus gravides*, il a reconnu une identité parfaite entre la muqueuse de l'utérus et la nouvelle production ovologique. La muqueuse utérine était épaissie aux dépens des glandes tubuliformes, dont les orifices s'ouvraient à la surface libre et dont le fond terminé en cul-de-sac se continuait dans l'épaisseur de la matrice. Il est parvenu à injecter la caduque et à mettre en évidence la continuité des vaisseaux sanguins de la matrice avec ceux de cette couche d'exfoliation.

Seiler avait déjà dit : *Membrana uteri interna evoluta*, en parlant de la caduque. Ce fut l'avis de Sabatier, de J.-C. Mayer, qui considérèrent la caduque comme la muqueuse elle-même.

M. Coste dit : « Cette *membrane* (la caduque) n'est pas seulement juxtaposée contre les parois de la face interne de l'utérus ; mais elle y *adhère* à cette époque par une si étroite *continuité de tissu* qu'il n'est pas possible de *distinguer les limites de la muqueuse utérine*, en sorte que ces parties semblent être confondues et ne forment qu'un seul tout. »

L'opinion de Baer et d'Oken est plus clairement exprimée : ils soutiennent que la caduque est une exfoliation de la couche interne de l'utérus.

Si la membrane muqueuse formait la membrane caduque, les partisans de la première hypothèse objectent 1° que l'on devrait trouver la structure d'une membrane muqueuse dans la caduque exfoliée, de même que, dans l'expulsion des parties du tube intestinal par suite d'invagination, on retrouve les trois tuniques constitutives de l'intestin ; 2° que la membrane interne est organisée, et la membrane caduque, au contraire, est anhyste ; 3° que la caduque forme un sac clos de toutes parts, tandis que la muqueuse est perforée ; il est vrai que pour être conséquents les derniers au-

---

c'est pour cela, par exemple, que nous n'avons pas dissimulé, dans le temps, le genre d'intérêt que nous avons pris aux opérations pratiquées sur M. le marquis M... ou sur un prétendant au trône d'Espagne.

Ceci nous conduit à une question délicate sur laquelle la Gazette Médicale s'est déjà amplement expliquée (1845, p. 821), et dont nous dirons encore un mot au point de vue des principes développés plus haut : nous voulons parler de la médecine dans les grands journaux. Dans ce nouveau développement qu'elle s'est récemment donné, la presse a eu la prétention de poser une barrière au désir immodéré de publicité, et de légitimer, jusqu'à un certain point, le fait même de publications médicales dans un journal politique, en confiant cette partie de sa rédaction à la compétence et à la responsabilité d'un médecin. Quant à nous, les intentions les plus pures, la loyauté la plus éprouvée, ne sauraient nous rassurer contre les conséquences inévitables, et déjà, s'il faut le dire, en partie réalisées d'une semblable tentative. En principe, la compétence du médecin directeur est à peu près illusoire ; car elle n'a pas mission de juger le fond des idées, d'en faire la critique, de prémunir le lecteur contre les fausses doctrines dont l'application pourrait compromettre sa santé ou sa vie. Tout au plus pourrait-elle refuser les honneurs de la publication à un travail jugé trop médiocre, non à cause de telle ou telle doctrine erronée, mais à cause du défaut de talent ; non dans l'intérêt de la santé publique, mais dans l'intérêt du journal. Parfois encore, elle pourra barrer le passage à certaines formes de publication trop ostensiblement apprêtées dans un but de clientèle. Mais, cette part d'autorité exercée, restera toujours la possibilité de porter directement devant le public une question de science, sans lumière qui éclaire son jugement, sans contrôle qui guide sa confiance ; restera la faculté laissée à chacun de gratifier le vulgaire d'un exposé plus ou moins tentant des heureux résultats de sa propre thérapeutique dans son service d'hôpital, dans son dispensaire, dans sa clientèle, ou de ses idées personnelles sur telle ou telle affection bien populaire, comme la syphilis ou la hernie. Une telle faculté, on le voit de reste, est absolument contraire aux principes que nous professons, et nous les repoussons sans restriction aucune. Nous allons plus loin, et nous croyons qu'en fait le médecin responsable ne pourra jamais exercer fructueusement l'autorité apparente qui lui est conférée. Les prédilections particulières, et plus souvent peut-être, les intérêts du journal, viendront faire échec à sa bonne volonté, et force lui sera d'accepter par résignation ce qu'il eût refusé par conscience. Ses appréciations, d'ailleurs, ses motifs d'acceptation ou de refus, manqueront de règle précise ; entre tel travail consciencieux rédigé dans des vues purement littéraires ou scientifiques, et tel autre visant tortueusement à un succès de clientèle, la nuance de forme lui échappera souvent, et insensiblement il glissera sur cette pente rapide sans savoir jamais où et comment s'arrêter.

Ainsi, sur cette première question de la publicité extra-scientifique appliquée aux faits de science, notre opinion peut se résumer en deux mots. La publicité est un droit, un droit favorable à l'émulation et au progrès, mais qui ne peut s'exercer que sous une condition donnée, à savoir, sous la garantie des corps savants et par leurs organes légitimes.

La seconde question que nous nous sommes posée, et relative à la divulgation des faits qui concernent spécialement, non plus la science, mais la personne du savant, comme l'obtention d'une place ou d'un titre honorifique, ne

teurs soutiennent que la caduque offre toujours des perforations aux orifices naturels; 4° M. Bischoff fait observer que la caduque réflective doit être nécessairement d'une autre nature que la caduque directe; 5° enfin, en saine physiologie, il est impossible d'admettre qu'une membrane muqueuse puisse ainsi s'exfolier et se régénérer de toutes pièces, sans avoir même ses cendres pour renaître comme le phénix de la Fable. Dans aucun viscère doublé par une membrane de cette nature, on n'assiste jamais à un semblable travail d'exfoliation et de reproduction.

Une erreur capitale sur laquelle se fonde la seconde hypothèse est la cause qui retient depuis si longtemps la solution de ce grave problème d'ovologie : *Non, jamais la muqueuse utérine ne s'exfolie en totalité.*

L'épithélium et le *corps muqueux*, éléments caduques de toute muqueuse en général, comme nous le prouverons par des faits, sont les seuls qui, après s'être hypertrophiés, s'exfolient sous la forme d'une membrane connue sous le nom de membrane caduque. Le *derme*, ou le troisième élément de la muqueuse utérine, est un élément fixe, persistant et régénérateur des éléments caduques. Ces faits nouveaux seront mis en lumière dans l'organisation de la caduque. Acceptez en ce moment pour certain que dans l'état de vacuité de la matrice, la membrane caduque est à l'état rudimentaire, qu'elle s'hypertrophie pendant la menstruation et qu'elle n'acquiert toutes ses qualités de tissu qu'à l'époque de la grossesse pour s'exfolier au moment de la parturition. Ainsi détruite, elle se régénère de toutes pièces en vertu du principe organique reproducteur contenu dans le derme muqueux; elle est ainsi susceptible de parcourir plusieurs fois ces phases de développement et d'exfoliation. Tel est le mode de formation ou d'origine, encore inconnu, de la membrane caduque, au moyen de l'épithélium et du corps muqueux.

MÉCANISME DES CONNEXIONS DE L'ŒUF AVEC L'UTÉRUS AU MOYEN DE LA CADUQUE. — Considérant la *decidua* comme une membrane perforée, W. Hunter faisait arriver directement l'œuf de la trompe de Fallope dans la cavité de cette membrane. La *théorie de la chute de l'œuf*, ainsi que je la nommerai, a toujours régné dans la science et a repris une nouvelle vigueur près des anatomistes qui regardent la caduque comme la muqueuse utérine transformée. On cite des faits à l'appui de cette théorie. E. Home, ayant trouvé chez une femme enceinte de huit jours un *corps hordéiforme*, près du col utérin, prit ce corps pour un ovule plongé dans une masse de lymphe plastique. J. Hunter assure qu'un ovule étant tombé dans la cavité de la caduque, s'y entoura d'une certaine quantité de lymphe plastique pour se former une caduque réfléchie. Breschet raconte avoir vu un ovule de la grosseur d'un grain de raisin, environné de toutes parts par la caduque, qui le dérobait à la vue au point de dissimuler la présence de cet ovule. Disons que le corps hordéiforme diffère essentiellement d'un œuf; que la matrice était malade dans le cas observé par Hunter; enfin, que le dernier et savant ovologiste aurait dû mieux circonstancier le fait qu'il a observé. Bock a fait l'importante remarque que de jeunes œufs étaient logés à la face externe et non dans la cavité de la caduque. Pour soutenir la *théorie de la chute de l'œuf*, il faut nécessairement s'appuyer sur le fait inexact de la perforation de la caduque.

Dans cette théorie, il est impossible de rendre compte de la formation du feuillet réfléchi. Les vues de l'esprit remplacent ici l'observation directe et rigoureuse. En effet, soutenir « que l'ovule arrive librement dans la matrice, mais qu'il y est sur-le-champ emprisonné par la membrane interne de ce viscère qui se développe, et que celle-ci lui procure ainsi une enveloppe qui constitue ensuite la caduque interne ou réfléchie »; c'est reculer la difficulté en constituant le feuillet réfléchi à la place du feuillet direct. D'ailleurs les suppositions ne font pas défaut. « On peut donc supposer, dit un auteur français, qu'une fois l'œuf arrivé dans la matrice, la face interne de cet organe a exhalé autour de lui une matière plastique, et que celle-ci a formé une pseudo-membrane qui a enveloppé le germe de toutes parts. » Que d'erreurs en peu de mots : une supposition à la place d'un fait, une formation pseudo-membraneuse pour un partisan zélé de l'exfoliation muqueuse, enfin, un œuf enveloppé de toutes parts! Quand on veut façonner le feuillet réfléchi comme une caduque exhalée, il n'y a pas loin à considérer ce feuillet direct comme provenant de même origine. Pourquoi deux causes pour un même effet? Cette création de deux feuillets distincts de la caduque, et de nature différente, nous arrive d'Allemagne. « Quoique la caduque vraie soit produite uniquement par le développement de la couche glandulaire interne de la matrice, selon Bischoff, il s'opère en même temps à la face interne de l'organe une exsudation dont le produit s'épanche aussi sur les étroits orifices des trompes, produit dans lequel l'ovule tombe, et qui le fixe. » C'est chercher un terme moyen pour concilier l'exfoliation de la membrane muqueuse, opinion exclusive, avec la production pseudo-membraneuse à la surface interne de l'utérus, opinion non moins exclusive.

Partisan de la formation de la caduque au moyen d'une pseudo-membrane continue et développée en vessie close à l'instar d'une séreuse, M. Moreau a émis une opinion que j'appellerai *théorie du refoulement de la caduque*. Chassé par les contractions de la trompe de Fallope, l'œuf, selon cet ovologiste célèbre, pénètre dans l'utérus en glissant entre les parois de cet organe et la caduque qu'il refoule, comme le testicule, en passant de l'abdomen dans le scrotum, pousse au-devant de lui la portion du péritoine qui formera la tunique vaginale. L'œuf étant fixé contracte une double adhérence, avec l'utérus, d'une part, avec la membrane caduque, d'autre part. A mesure de son développement, il déprime d'une manière graduelle le feuillet qu'il avait refoulé à son arrivée, et de telle sorte qu'il l'éloigne et le détache peu à peu de la matrice pour s'en revêtir et se surajouter une couche membraneuse de plus en plus considérable. La portion de la caduque refoulée par l'œuf qu'elle entoure, excepté au point placentaire, constitue le feuillet réfléchi (membrana decidua reflexa, le feuillet interne, ou fœtal, ou ovulaire, le chorion fungorum de Sœmmering, la membrane caduque interne ou réfléchie, le feuillet épidermoïde de l'exochorion, etc.); tandis que toute la portion membraneuse qui reste adjacente aux parois utérines se nomme le *feuillet direct* (membrana decidua propria de Hunter, feuillet externe ou utérin, caduque utérine, etc.). Bojanus, Velpeau, Krummacher, Gardien, furent les premiers à confirmer l'exactitude de la *théorie* du *refoulement* de la *caduque*.

N'oublions pas que cette explication a pour base l'existence d'une pseudo-membrane continue. Comment rattacher cette connexion génitale de l'œuf et de l'utérus, si exacte et si juste, avec l'exfoliation positive des *couches caduques* de la *muqueuse utérine?* Ayant vu la caduque fermée aux orifices naturels par un froncement léger de l'épithélium doublé des fibres hypertrophiées du corps muqueux, j'ai compris qu'elle formait ainsi une membrane close de toutes parts : difficulté insurmontable, pierre angulaire pour les partisans de l'exfoliation muqueuse. Alors j'ai dit, conformément au principe général de la théorie du refoulement : L'œuf, chassé par les

---

peut faire grande difficulté. Il faut d'abord faire remarquer que la question préjudicielle du plus ou moins de légitimité de la distinction obtenue est ici hors de cause, comme l'était tout à l'heure celle du plus ou moins de compétence des corps savants. Nous raisonnons sur des principes et non sur des exceptions. Or, dans ces termes, qu'est-ce qu'un titre honorifique, sinon le signe d'un mérite éprouvé, le témoignage que celui qui le porte a rendu des services à la science ou à la socité? Dès lors, de quel droit interdirait-on la divulgation du fait? Le but, la raison d'être d'une distinction honorifique est précisément de signaler à l'attention de la foule le mérite qu'elle pourrait ignorer, de marquer au front, dans la troupe des travailleurs, les élus de la reconnaissance publique. C'est à la fois une récompense et un brevet. En les divulguant, on ne fait que se conformer à l'esprit de l'institution, et il ne doit pas être plus défendu de faire connaître une nomination au titre de chevalier de la Légion d'honneur que d'en porter les insignes. On remarquera d'ailleurs qu'il ne s'agit pas ici d'introduire le vulgaire dans le sanctuaire de la science, ni de porter soi-même un jugement sur sa propre personne, mais seulement de constater, d'enregistrer un jugement porté par d'autres et n'attestant autre chose que l'importance des services rendus. La nomination à des places de médecin des hôpitaux, de professeur, d'inspecteur d'établissements sanitaires, etc., serait susceptible de remarques analogues. Il en serait de même de l'ouverture de cours publics. Bien plus : la nécessité commande ici ce que tout à l'heure l'utilité conseillait et les convenances autorisaient. Il est trop évident que le public doit être averti d'un cours créé à son intention et à son profit.

Mais si cet ordre de faits tout entier se prête légitimement à la divulgation extra-scientifique, il importe d'établir entre eux, quant aux modes de divulgation, différentes catégories. Le sentiment public accepte, pour l'ouverture d'un cours, et la réclame, et l'annonce, et l'affiche; pour une distinction honorifique, il n'admet guère que la réclame. Sans revenir ici sur ce que nous avons dit, dans notre précédent article, des caractères différentiels de ces trois modes, disons que, dans cette classe de faits, l'esprit conçoit et explique assez bien les scrupules de la conscience. L'annonce d'un cours n'exprime rien qu'un fait; tout en engageant la personne du médecin, elle ne préjuge rien sur son mérite, et ces conditions sont compatibles avec les modes inférieurs de publicité. Au contraire, la distinction obtenue, quelque légitime qu'elle soit, met directement en cause la valeur du savant et la dignité de l'homme, et de tels dépôts ne se peuvent confier ni à l'annonce de la quatrième page, entre les amorces les plus grossières de l'industrie; ni à l'affiche, côte à côte avec les impuretés du charlatanisme. Au reste, réclame, annonce ou affiche ne sont acceptables, pour l'ordre de faits qui nous occupe en ce moment comme pour ceux du domaine industriel ou commercial, que sous la double condition d'une vérité parfaite dans les faits de la simplicité et de la convenance dans la forme. C'est, par exemple, une des ruses du charlatanisme d'annoncer des cours illusoires, qui ne sont jamais ni faits ni à faire, dans le but unique de maintenir l'attention éveillée sur une spécialité. Il est d'autres médecins qui ne voient là qu'un moyen de s'autoriser à placarder à l'entrée de leur maison une vaste affiche où le passant peut prendre une idée des talents du professeur. Nous n'avons pas besoin de dire que nous repoussons ces pratiques et toutes autres du même genre, comme indignes d'une conscience délicate.

contractions de la trompe utérine, pénètre dans la matrice en glissant entre le *derme muqueux* et le *corps muqueux* recouvert de l'épithélium, couches caduques de l'utérus qu'il refoule. Étant fixé, il contracte une double adhérence, d'abord avec le *derme* par un seul point en raison de sa forme sphérique : ce sera le point de la greffe placentaire ; ensuite, ou plutôt en même temps, il se trouve circonscrit dans tous les autres points par les *couches caduques* de l'*utérus*. A mesure de son évolution, il déprime d'une manière graduelle le corps muqueux et l'épithélium qu'il avait refoulés à son arrivée, de telle sorte qu'il éloigne et détache insensiblement de la matrice ces *couches caduques* pour s'en revêtir plus largement et se surajouter ainsi une capsule membraneuse bifoliée. La portion du corps muqueux et de l'épithélium refoulée, repoussée par l'œuf qu'elle entoure, excepté à l'endroit du placenta, constitue le *feuillet réfléchi*. Toute la partie de l'épithélium et du corps muqueux qui reste adjacente aux parois utérines forme le *feuillet direct*. Dans la structure de la caduque, nous verrons que les deux feuillets sont toujours continus par leur circonférence, que leur cavité, pleine d'un fluide, s'efface peu à peu à proportion du phénomène d'absorption de ce liquide ; de sorte qu'à la fin de la gestation les deux feuillets adhèrent ou sont quelquefois simplement contigus l'un à l'autre par leurs surfaces.

On oppose à la théorie du refoulement de la caduque des difficultés à surmonter.

1° La membrane caduque étant formée par la muqueuse utérine doit être nécessairement percée aux orifices naturels : donc il ne saurait y avoir refoulement de cette membrane. Un défaut d'observation a seul conduit à cette conséquence ; j'espère bien faire justice de ces prétendues ouvertures de la membrane caduque.

2° L'observation directe, dit-on, prouve que l'œuf est libre dans l'intérieur de l'utérus, au principe de la gestation. M. Velpeau a réduit à leur juste valeur les ovules trouvés libres au milieu de la cavité de la caduque. Il n'y a pas à cet égard un seul fait bien constaté.

3° L'œuf n'est jamais en contact avec la face interne de l'utérus. C'est précisément une difficulté que j'ai détruite par l'examen attentif de jeunes œufs que la caduque enveloppait de toutes parts, excepté au point de conjonction utérine.

Ces objections tombent donc devant les faits. Il n'est pas aussi facile aux partisans de l'*exfoliation muqueuse en totalité* d'expliquer le point d'arrêt qui suspend la progression de l'œuf dans une caduque perforée. Ni le bouchon albumineux sécrété par les follicules muqueux du col utérin et dont a parlé Wagner, ni les deux surfaces contiguës de l'utérus, ne sont capables d'arrêter la chute complète de l'ovule. Cette chute arriverait alors fatalement, comme elle arrive périodiquement aux périodes menstruelles. Il y a plus, dans les cas ordinaires, l'œuf abandonné à son propre poids devrait tomber vers les parties les plus déclives et par conséquent sur le col utérin, ce qui est heureusement fort rare ; car, ainsi que Fallope et Monro l'ont reconnu, l'insertion du placenta se fait presque toujours aux environs des orifices des trompes.

Si l'œuf était libre, nécessairement il contracterait des adhérences nombreuses, et il y aurait un développement général de placenta, le chorion de l'œuf humain étant hérissé, à toute sa périphérie, de villosités égales dans le principe. La membrane caduque a pour but évident de circonscrire, de limiter le point du chorion qui doit servir à la greffe utéro-placentaire. En effet, c'est toujours en ce point fixe que les villosités choriales se développent. Il n'y a pas, il ne peut donc pas y avoir de caduque générale qui enveloppe l'œuf de toutes parts. Citer, comme on l'a fait, les mammifères et les grossesses extra-utérines (1), pour démontrer la localisation des placentas dans les œufs libres, c'est citer des exemples fort litigieux. Il n'y a aucune parité à établir.

(1) La cause organique qui détermine les grossesses extra-utérines est complétement inconnue. En admettant même, avec M. Lallemand, que la frayeur des femmes surprises au moment de la fécondation détermine le *passage de l'ovule dans l'abdomen*, nos connaissances actuelles en ovologie nous empêchent de croire à l'évolution d'un ovule privé des modifications indispensables qui lui sont imprimées dans son passage à travers les trompes de Fallope. Nous prouverons que, dans ces cas funestes, la *vésicule de Graaf s'échappe en totalité de l'ovaire*. Plusieurs faits authentiques de chute de la vésicule de Graaf fécondée, et en totalité échappée de l'ovaire, ayant déjà subi un commencement d'évolution embryonnaire, observations que j'ai recueillies et consignées dans un mémoire adressé à l'Académie le 15 juillet 1844, ne laisseront aucun doute sur la cause réelle des grossesses extra-utérines. Alors j'établissais un simple parallèle entre la vésicule de Graaf et l'œuf des ovipares ; aujourd'hui de nouvelles recherches me conduisent à une théorie ovologique ignorée. Mais ce sujet étant soumis au jugement de l'Académie, je m'arrête.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA DESTRUCTION DES HÉMORRHOÏDES INTERNES PAR LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LEUR PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ DE M. FILHOS) ; par J.-Z. AMUSSAT.

La destruction des hémorrhoïdes internes a été pratiquée de tous temps : depuis Hippocrate, on les a attaquées par la cautérisation, par l'excision, par la ligature, etc. ; mais les accidents graves et même funestes qui ont eu lieu surtout après l'extirpation employée par Dupuytren et beaucoup d'autres chirurgiens ont détourné les praticiens de l'idée de recourir à cette opération. Une crainte très-grande s'est emparée de leur esprit, et ils ont fin par regarder l'hémorrhagie et la phlébite comme des accidents inévitables et trop dangereux à la suite des opérations de ce genre, et on a abandonné presque généralement le traitement chirurgical des hémorrhoïdes.

Depuis vingt ans cependant, je n'ai pas discontinué d'opérer les hémorrhoïdes internes, source si grave d'accidents et de souffrances pour ceux qui en sont affectés ; j'ai eu souvent, il faut le dire, beaucoup de difficultés à vaincre, quoique je n'aie employé que la ligature et la cautérisation avec le caustique Filhos.

Je dois dire aussi que, depuis quelque temps surtout, plusieurs praticiens se sont enhardis ; ils ont essayé de modifier l'opération de l'extirpation et la cautérisation avec le fer rouge ; mais ces deux procédés modifiés sont toujours plus douloureux et plus dangereux que ceux que je viens d'indiquer ; c'est-à-dire la ligature et surtout la cautérisation avec le caustique de potasse et de chaux solidifié.

Dans ce mémoire, je vais essayer de démontrer la supériorité de la cautérisation circulaire sur la ligature et sur tous les autres moyens, et, dans ce

---

Nous terminerons ces considérations par une remarque. Pour donner à nos appréciations, dans une matière aussi compliquée et difficile, une base de quelque solidité, nous avons cherché à ramener la question à des principes. Les principes préviennent en grande partie les subtilités de la controverse et assurent le jugement dans l'examen des faits particuliers. Mais nous ne le dissimulons pas, et nous l'avons fait pressentir dans le cours de ces articles, le bien et le mal ont des racines si déliées qu'elles ne sont pas toujours parfaitement saisissables à l'analyse, et le sentiment public est parfois un instrument plus délicat que la raison. Ici, le terrain se dérobe sous nos pas ; nous ne pouvons rien sur le sens moral d'autrui, et il y aura toujours place pour le mal là où manqueront les inspirations d'un esprit droit et d'un cœur honnête.

A. D.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

La lecture de la *Revue sanitaire* du dernier numéro de votre excellent journal m'a fait d'autant plus de plaisir que je suis à même, depuis un mois environ, d'observer dans notre ville cette disposition générale aux flux de ventre qui se fait remarquer à Paris. Comme vous, je suis tout disposé à croire que l'affection régnante doit être considérée comme une affection cholériforme et non comme une affection dyssentérique. D'abord, bien que la supersécrétion, dans notre localité, s'accompagne le plus souvent de douleurs de ventre, elle n'est point caractérisée par des matières glaireuses et sanguinolentes, mais seulement par des matières séreuses très-liquides, tout à fait semblables à de l'eau de riz. D'un autre côté, deux cas se sont offerts tout récemment à mon observation, lesquels ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Vous allez en juger.

OBS. I. — M. M..., négociant à Troyes, âgé de 35 ans, d'une constitution parfaite et d'une très-bonne santé, est pris le 6 août dernier, à la suite d'une vive querelle, d'envies de vomir et de déjections alvines. Un malaise général le force de se mettre au lit et de me mander immédiatement. Je vois le malade à midi ; l'on me dit qu'il a été à la selle au moins quarante fois depuis son indisposition, et qu'il a vomi deux fois des matières muqueuses et alimentaires non digérées. Le malade était à jeun ; le pouls assez fort, mais fréquent (110). Au moment de mon investigation, il vomit de nouveau, et ce sont encore des aliments. Considérant tous ces accidents comme le résultat d'une simple indigestion, je prescris quelques tasses de thé. A une heure l'on vient me chercher en toute hâte : d'autres phénomènes s'étaient présentés. Je trouve le malade avec une physionomie toute décomposée ; les yeux cernés, enfoncés dans les orbites ; la face grippée ; un froid général qui se fait particulièrement remarquer au nez et à la langue ; une soif dévorante ; le pouls petit, très-fréquent (140), et des douleurs intolérables dans les orteils et dans les mollets avec contraction des muscles. L'épigastre était aussi le siége de douleurs très-vives, et les selles et les vomissements continuaient. Les muscles abdominaux étaient également contractés. A ces symptômes, la nature de la maladie ne me parut pas douteuse ; cependant je m'empressai de la faire constater par trois collègues, MM. les docteurs Saussier,

but, je vais publier quelques observations qui établiront incontestablement ce fait important de pratique chirurgicale.

Dans le principe, ce travail ne se composait que d'un seul fait que je voulais publier afin d'établir le progrès auquel j'étais arrivé; bientôt, deux autres faits sont venus confirmer mes idées sur la valeur de ce perfectionnement. Alors j'ai jeté à la hâte un coup d'œil rétrospectif sur les faits que j'ai recueillis, et mes idées s'étant étendues, le simple travail que je projetais a pris les proportions d'un véritable mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes.

Après avoir médité tous mes matériaux, j'ai senti la nécessité de les réunir aux faits nouveaux, pour faire mieux apprécier les perfectionnements successifs auxquels je suis arrivé.

Voici la marche que j'ai suivie.

Dans la première partie, je donne une définition de ce qu'on doit entendre par hémorrhoïde interne; j'indique ensuite les inconvénients des opérations par le fer rouge, l'extirpation, la ligature; et je décris mon procédé, qui consiste à pratiquer la cautérisation circulaire du pédicule avec des pinces porte-caustique, l'injection d'eau froide en même temps et la déplétion de la tumeur. Cette première partie est terminée par la relation complète de trois faits à l'appui de ce nouveau moyen.

La deuxième partie de ce mémoire est consacrée à la publication rétrospective des faits dans lesquels j'ai successivement employé divers procédés auxquels j'ai fini par substituer celui que je viens d'indiquer. J'ai classé ces faits en trois catégories.

La première est relative à l'emploi de la cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes avec des pinces porte-caustique.

La deuxième comprend les faits de destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation en masse, c'est-à-dire en tenant l'hémorrhoïde avec les pinces à baguettes dont je me sers pour le refoulement des tuniques interne et moyenne des artères, et en cautérisant tout autour avec le caustique de potasse et de chaux solidifié.

Enfin, la troisième est relative à la ligature des hémorrhoïdes internes.

Après la relation de tous ces faits, j'établis, par quelques considérations, la préférence motivée qu'on doit accorder à mon procédé nouveau comparé à ceux que j'employais avant, et surtout aux procédés anciens, tels que le fer rouge et l'extirpation, encore usités par quelques praticiens. Je démontre ainsi que ces derniers moyens doivent être complétement abandonnés, puisque nous en proposons un autre infiniment plus avantageux sous tous les rapports, et surtout exempt de dangers, comme le prouvent les observations de la première partie de ce mémoire.

PREMIÈRE PARTIE.

Dans le langage chirurgical, on donne le nom d'hémorrhoïdes aux tumeurs vasculaires sèches ou fluantes qui se forment au pourtour de l'extrémité inférieure du rectum, soit au-dessous, soit au-dessus des sphincters de l'anus.

Le mot hémorrhoïde vient du grec αιμα, sang, et de ρεω, je coule, ce qui veut dire simplement écoulement de sang. Comme on le voit par cette étymologie, on ne désigne par ce mot hémorrhoïde qu'un symptôme, un effet de la maladie, et ce symptôme n'a pas même toujours lieu.

Les hémorrhoïdes se divisent tout naturellement en deux classes : les hémorrhoïdes internes et externes. Les dernières s'observent au-dessous de l'anus; les internes au contraire, comme leur nom l'indique, sont cachées dans l'intérieur du rectum; elles sont au-dessus de l'anus. Ces deux espèces d'hémorrhoïdes ne sont donc séparées que par les sphincters.

Dans ce mémoire, je ne m'occuperai que des hémorrhoïdes internes.

Et d'abord, nous devons rappeler qu'on donne ce nom (*hémorrhoïdes internes* ou *marisques*) à des tumeurs molles qui sortent ordinairement de l'anus par des efforts d'expulsion. Elles diffèrent des externes parce qu'elles sont enveloppées seulement par la muqueuse, tandis que les externes sont recouvertes par la peau, ou quelquefois moitié par la peau en dehors, et moitié par la muqueuse en dedans.

Jamais ou presque jamais les hémorrhoïdes internes ne sont indurées comme les externes, excepté quand elles ne rentrent pas, alors elles s'étranglent quelquefois et se gangrènent.

L'anatomie pathologique et l'observation sur les malades nous ont démontré que les tumeurs hémorrhoïdales sont formées par la dilatation variqueuse des veines soit en grappe ou en ampoule.

Les hémorrhoïdes internes et externes sont formées par les mêmes vaisseaux; l'intersection ou l'interruption entre les deux espèces de tumeurs est produite par les sphincters qui font sur les veines hémorrhoïdales l'effet d'une ligature entre deux varices ou d'une *jarretière*.

Les tumeurs hémorrhoïdales internes se forment au moment des efforts par la dilatation variqueuse des veines; coiffées par la muqueuse, elles sortent de l'anus comme un polype ou une hernie. Peu à peu le sphincter les étrangle; elles augmentent de volume et de couleur par la difficulté de la circulation et elles deviennent douloureuses sans doute à cause de la distension des nerfs.

Quelquefois dans les cas les plus graves, les tumeurs hémorrhoïdales entraînent avec elles la muqueuse qui est au-dessus; et alors elles se compliquent de prolapsus, soit simplement de la muqueuse, soit même, comme je l'ai vu plusieurs fois, de la chute du rectum.

Dans tous les cas, ce sont les hémorrhoïdes et les efforts de défécation qui entraînent la sortie de l'intestin, et non pas le prolapsus qui détermine les hémorrhoïdes.

La destruction des hémorrhoïdes internes par les moyens ordinaires, c'est-à-dire la cautérisation par le fer rouge, l'extirpation et la ligature, est regardée à bon droit comme une opération grave et dangereuse. Il suffit de lire la relation de quelques faits sur ces trois procédés, dans les ouvrages de chirurgie, pour se convaincre de ce que j'avance.

La cautérisation avec le fer rouge est cependant moins douloureuse qu'effrayante; mais elle répugne à tous les malades qui la regardent comme une espèce de supplice qu'ils ne se résignent que très-difficilement à subir.

Dans ces derniers temps, depuis qu'on abuse du fer rouge, pour la cautérisation des ulcérations du col de l'utérus, le danger de l'extirpation des hémorrhoïdes internes a fait revenir à ce moyen; mais outre les inconvénients que je viens de signaler, il est difficile à manier, et on fait rarement bien ce qu'on désire.

Anciennement on a aussi employé les caustiques; mais la pierre infernale dont on s'est servi le plus souvent produit des douleurs assez vives, un agacement insupportable, et, en définitive, elle augmente plutôt les accidents qu'elle ne les diminue.

L'extirpation est regardée à juste titre comme une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie, à cause des douleurs qu'elle produit et des difficultés qui peuvent survenir de se rendre maître des hémorrhagies qui surviennent souvent, et enfin les suites de cette opération sont quelquefois

---

Carteron jeune et Crépinel. Nous fûmes tous d'accord sur l'interprétation de ces phénomènes, et nous employâmes immédiatement l'opium à haute dose (2 centigr.) d'heure en heure, des frictions le long du rachis avec un liniment ammoniacal et camphré, des sinapismes promenés sur les jambes, quelques quarts de lavement avec une solution d'amidon et quelques gouttes de laudanum de Sydenham et des boissons rafraîchissantes en très-petite quantité à la fois. A trois heures, nous eûmes la satisfaction de voir la réaction s'établir; la peau était moins froide, le pouls avait repris un peu de force, les vomissements et les selles étaient devenus moins fréquents et les crampes avaient presque disparu; mais une douleur toujours vive existait du côté de l'estomac. Nous continuâmes le même traitement, et le mieux se manifesta de plus en plus. Le surlendemain, le malade était convalescent.

OBS. II. — Le sieur P..., cultivateur, âgé de 38 ans, d'une bonne santé et d'une bonne constitution, se trouve incommodé le 10 de ce mois, à six heures du matin, en revenant de monter la garde pour le service de la garde nationale. Il n'a fait aucun excès. Des vomissements, des selles nombreuses, des crampes excessivement douloureuses se manifestent; en un mot, les mêmes symptômes que ceux de l'observation précédente nous sont relatés et bien constatés par M. le docteur Carteron jeune et par moi. Le même traitement est mis en usage, et suivi du même résultat avantageux.

Ainsi voilà deux faits, je crois, qui prouvent de la manière la plus convaincante que nous nous trouvons dans ce moment sous l'influence d'une constitution morbide toute particulière qui doit attirer l'attention des médecins. Il est inutile, monsieur le rédacteur, de vous faire observer que, dans ces deux cas, la forme aiguë n'a point succédé à la forme *bénigne*, comme vous l'appelez.

Agréez, etc. ROGÈS.

Troyes, le 18 août 1846.

— Un médecin de la commune de Ginac, appelé, dans la nuit du 31 mai au 1er juin, à donner ses soins à deux Piémontais qui venaient d'être horriblement blessés par un de leurs compatriotes, et dont l'un avait les intestins qui s'échappaient de sa plaie, vint jusqu'à la cabane où ces malheureux avaient trouvé un refuge, et refusa d'en passer le seuil avant qu'on lui eût compté 60 fr., et qui, cette somme ne lui ayant pas été donnée, retourna chez lui, laissant les blessés dans d'affreuses souffrances. Plus tard, ce médecin fut requis, par le commissaire de police du chemin de fer, de venir panser les blessés; mais il n'obéit pas plus à la réquisition du magistrat qu'il n'avait écouté la voix de l'humanité. Poursuivi pour ce refus par le ministère public près le tribunal de simple police de Martigues, le sieur Monge (Jacques-Victor) a été condamné, le 20 de ce mois, par ce tribunal, à 10 fr. d'amende et aux frais.

— COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours mardi 1er septembre 1846, à une heure précise, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie, au muséum d'histoire naturelle, au jardin du roi.

très-graves. On sait que plusieurs opérés sont morts d'hémorrhagies ou des suites de l'extirpation.

La ligature des hémorrhoïdes internes est certainement moins effrayante; elle est moins douloureuse et moins grave que le fer rouge et l'extirpation; mais elle a aussi plusieurs inconvénients sans doute infiniment moindres que ceux des autres procédés; mais enfin elle laissait encore beaucoup à désirer, comme on le verra par la relation des faits de la troisième catégorie.

Le procédé nouveau que j'emploie consiste à faire la cautérisation circulaire du pédicule des tumeurs hémorrhoïdales avec des pinces à cuvettes remplies de caustique de potasse et de chaux, à injecter de l'eau fraîche sur la tumeur et sur les pinces porte-caustique pendant tout le temps de la cautérisation, et à vider l'hémorrhoïde du sang qu'elle contient.

Il suffira de lire les faits à l'appui pour se convaincre que ce procédé a tous les avantages des trois autres sans en avoir les inconvénients.

Au reste, pour mettre les chirurgiens en mesure de pratiquer convenablement cette opération, je vais indiquer la marche à suivre. Je commencerai par l'examen du malade.

Et d'abord il n'est pas inutile de dire qu'on ne doit opérer ou détruire les hémorrhoïdes internes que lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, et par prudence, comme le voulait Hippocrate, il faut en laisser une ou assez de vaisseaux variqueux pour n'avoir rien à redouter de la suppression brusque des hémorrhoïdes.

Avant de se décider à pratiquer cette opération, il faut aussi bien peser les chances de réussite et au besoin prendre l'avis de médecins dont le nom fait autorité dans la science et dans la pratique.

J'ajouterai qu'il ne faut se décider à détruire les hémorrhoïdes que lorsqu'elles causent une gêne ou une infirmité.

Souvent les hémorrhoïdes internes se compliquent d'hémorrhoïdes externes correspondantes ou mieux de bourrelets, ce qui forme deux rangées de tumeurs superposées. Mon expérience m'a appris qu'il n'est pas nécessaire de détruire les bourrelets externes; ils se flétrissent presque toujours quand on a détruit par le caustique les bourrelets hémorrhoïdaux internes.

D'ailleurs les accidents graves qui sont quelquefois survenus à la suite des opérations faites pour l'enlèvement des bourrelets externes doivent éloigner de l'idée de pratiquer une opération qui n'est pas indispensable, comme j'en suis convaincu par les faits nombreux que j'ai observés. De cette manière on simplifie beaucoup la cautérisation des hémorrhoïdes, puisqu'on ne la pratique que sur celles qui sont au-dessus des sphincters.

L'examen d'un malade affecté ou soupçonné d'être affecté d'hémorrhoïdes internes mérite la plus grande attention.

Souvent les malades ne se doutent pas de la gravité de leur état; quelquefois ils croient avoir une chute du rectum, et, trop souvent aussi, un examen superficiel de la part du médecin fait méconnaître la maladie.

Après avoir pris tous les renseignements nécessaires sur l'état antérieur et sur l'état actuel, il faut examiner la région anale; souvent on n'aperçoit pas des hémorrhoïdes qui existent intérieurement. De simples efforts et en même temps des tractions de la marge de l'anus avec les doigts ne suffisent pas toujours; le doigt indicateur même, introduit dans le rectum, ne trouve rien d'anormal, parce que la compression qu'il exerce sur les tumeurs, sur les vaisseaux variqueux, les affaisse et chasse le sang qui les remplissait. Les efforts de défécation sur un vase de nuit sont plus efficaces, bien qu'ils soient encore quelquefois insuffisants.

Lorsque tous ces moyens échouent, il faut faire prendre un lavement, et engager le malade à le rendre immédiatement. Par ce moyen, on arrive sûrement à découvrir ce qu'on a soupçonné.

Mais l'examen après l'effet immédiat d'un purgatif doux est encore le moyen le plus certain pour bien juger toute l'étendue de la maladie.

Dans cette exploration, il ne faut pas confondre les bourrelets extérieurs ou hémorrhoïdes externes avec les internes situées au-dessus des sphincters, et confondre celles-ci avec une chute du rectum qui ne serait pas la maladie principale dont il faudrait s'occuper, mais une simple conséquence des hémorrhoïdes. Cette méprise est arrivée assez souvent.

Il existe cependant une différence très-grande, quant à la forme et à la couleur, entre une chute de rectum et des hémorrhoïdes internes. Celles-ci se présentent sous forme de tumeurs violacées séparées les unes des autres, tandis que la muqueuse du rectum relâchée offre la forme d'un bourrelet circulaire uniforme et de couleur semblable dans tous ses points. On comprend aussi que des efforts augmentent la sortie de la muqueuse quand il y a chute du rectum, tandis que cet effet n'a pas lieu ou n'arrive qu'à un certain degré lorsqu'on a affaire à des hémorrhoïdes internes seules.

Enfin il faut encore explorer l'intérieur du rectum avec le doigt porté aussi haut que possible dans cet intestin.

Après cet examen local, il importe aussi de chercher s'il n'existe pas d'affection organique. Deux fois j'ai constaté une affection carcinomateuse concomitante, une fois du rectum, une autre fois du cœcum. Il est enfin utile d'étudier avec soin l'organisation du malade, de méditer les antécédents qu'il fournit sur son état, afin de s'assurer s'il n'y a pas de contre-indication formelle à l'opération.

L'opération étant décidée, il convient d'y préparer le malade quelque temps à l'avance par des dépuratifs, des bains, une saignée même si on le juge nécessaire, et la veille de l'opération prescrire un purgatif avec l'huile de ricin préparée à froid, afin de débarrasser l'intestin et d'éviter les garderobes deux ou trois jours au moins après l'opération.

Les objets nécessaires pour pratiquer la cautérisation des hémorrhoïdes sont :

Des pinces préservatrices;
Deux ou trois couteaux à papier en bois ou en ivoire;
Des pinces porte-caustique;
Deux seringues ordinaires, ou mieux un siphon à irrigations continues;
Un ou deux tenaculum;
De la charpie choisie, un peu longue;
Du cérat simple.

Enfin il est utile de noter que, pour pratiquer convenablement l'opération, deux ou trois aides sont nécessaires pour seconder l'opérateur.

Les pinces préservatrices sont construites comme des pinces à dissection; elles servent à préserver les parties voisines de l'hémorrhoïde, et en même temps à comprimer le pédicule des tumeurs. Ces pinces sont aplaties à leur extrémité, et munies d'un écrou qui permet de les tenir fermées aussi longtemps que cela est nécessaire, sans avoir besoin de faire un grand effort pour les tenir; l'une des branches est recourbée en crochet à son extrémité, de manière que la pince étant fermée ce crochet passe au-dessus de l'autre branche et empêche l'hémorrhoïde de s'échapper. Lorsque les deux branches de ces pinces sont rapprochées, elles forment une concavité qui permet de saisir plus facilement l'hémorrhoïde avec les pince porte-caustique.

Le manche de l'instrument est à double courbure, comme des ciseaux de lampe, afin de pouvoir faciliter les manœuvres de l'opérateur.

En considérant l'utilité de ces pinces, on peut dire qu'elles sont aux hémorrhoïdes ce que le spéculum est pour la cautérisation du col de l'utérus.

La pince porte-caustique est également construite comme les pinces à dissection; ses branches sont recourbées et terminées par une branche transversale qui forme un T. Cette portion de l'instrument est creusée de cuvettes dans lesquelles on place le caustique, et, de même que les pinces préservatrices, elle peut être tenue fermée par un écrou pendant tout le temps de la cautérisation. Cette pince, par sa forme recourbée, permet d'agir sur la tumeur pendant le second temps de l'opération (1).

Nous avions réuni sur un même instrument les pinces préservatrices et les pinces porte-caustique; mais nous avons reconnu qu'il valait mieux avoir deux instruments, parce que, avec la pince préservatrice seule, il est plus facile de prendre, reprendre et disposer l'hémorrhoïde avant de la cautériser, tandis qu'avec une pince à double effet on ne peut pas agir de même.

(1) On charge les pinces soit en plaçant de la poudre caustique dans les cuvettes, que l'on chauffe à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, soit en plongeant alternativement chacune de leurs branches dans le caustique en fusion, soit en versant dans les cuvettes le caustique fondu; on peut aussi les charger avec une pâte faite avec le caustique en poudre délayé avec une faible quantité d'alcool.

Voici maintenant la composition de cette poudre, qui forme le caustique Filhos :

Potasse caustique à la chaux	2 parties.
Chaux vive	1 partie.

Fondues ensemble et pulvérisées.

Les proportions de ce caustique sont différentes de celles de la poudre de Vienne, qui est composée de :

Potasse caustique à la chaux	5 parties.
Chaux vive	6 —

Comme on le voit, dans le caustique Filhos la potasse est en excès d'un tiers, tandis que dans le caustique de Vienne, c'est la chaux qui est en excès d'un sixième.

M. Filhos a observé que l'excès de chaux, dans le caustique de Vienne, rendait la fusion ignée du mélange plus difficile, donnait au composé nouveau un peu trop de consistance pour être coulé avec facilité dans des tubes de plomb, et avait comme résultat pratique le grave inconvénient de diminuer la promptitude d'action du caustique; une moindre quantité de chaux vive laisserait au mélange solidifié une partie de sa déliquescence. Trois minutes suffisent pour faire avec ce caustique l'escarre nécessaire à l'établissement d'un cautère. Pour la cautérisation du col de la matrice, il a tous les avantages du fer rouge sans en avoir les inconvénients.

Immédiatement avant l'opération, il faut faire préparer le lit sur lequel doit être opéré le malade.

Une alaise est placée en travers sur le lit dans l'endroit où le bassin doit reposer, et cette alaise est recouverte avec de la toile cirée. Sous le bord du lit on place un bassin pour recevoir les liquides qui peuvent s'écouler.

Ensuite on prépare les objets nécessaires à l'opération.

Après avoir pris un lavement pendant ces préparatifs, le malade fera tous ses efforts pour le garder, afin de ne le rendre qu'immédiatement avant l'opération; il devra aussi continuer à faire des efforts de défécation sur le vase de nuit auprès du lit.

La situation du malade pour l'opération n'est pas indifférente.

La position couché sur le côté est celle que je préfère. Sans doute, étant à genoux ou placé comme pour l'opération de la taille, le malade serait plus favorablement situé pour continuer à faire des efforts; mais malgré l'avantage que l'opérateur pourrait trouver à faire prendre l'une ou l'autre de ces positions, j'ai dû y renoncer à cause de la fatigue que les malades éprouvaient, fatigue qui est allée une fois jusqu'à la syncope.

Deux aides doivent se placer de chaque côté pour assister l'opérateur, soit en écartant les parties voisines, soit en les protégeant avec des couteaux à papier; un troisième aide est chargé de pratiquer des injections pendant tout le temps de la cautérisation. Il est bien entendu qu'il faut, comme pour toutes les opérations, que le lit du malade soit placé de telle manière que la lumière arrive directement sur la région où on opère. Quant à l'opérateur, il doit être assis à genoux à côté du malade, sans empêcher la lumière d'arriver sur les parties qu'il importe de bien voir.

Le premier temps de l'opération consiste à prendre le mieux possible, avec les pinces préservatrices, la tumeur hémorrhoïdale qu'on veut détruire. Souvent il est assez difficile de la prendre directement en long ou en travers: alors il faut la saisir dans le sens le plus favorable.

La pression aidée des efforts d'expulsion suffit ordinairement; mais si on éprouvait quelques difficultés, peut-être pourrait-on saisir la tumeur avec un ou deux ténaculum, ou plutôt avec des pinces à dissection ou à pansement. La pince étant placée, on serre l'écrou qui tient les branches rapprochées l'une de l'autre d'une manière fixe. Ce temps de l'opération est très-important: la pression exercée par la pince est bien moins douloureuse que la ligature; c'est un autre mode de compression.

Immédiatement après avoir bien pris l'hémorrhoïde, ou les tumeurs hémorrhoïdales, avec les pinces préservatrices et après avoir fixé l'écrou, les aides, situés à droite et à gauche de l'opérateur, doivent placer avec soin les couteaux à papier, de manière à préserver les parties voisines sans déranger la pince préservatrice et sans gêner l'opérateur. Ce temps de l'opération est souvent assez difficile à bien exécuter.

Lorsque l'hémorrhoïde que l'on veut cautériser est bien saisie par les pinces préservatrices et que les couteaux à papier sont placés de manière que le caustique ne puisse pas agir en dehors du pédicule de l'hémorrhoïde, on place la pince porte-caustique à baguettes sans déranger la pince préservatrice; toutes deux sont fermées par un écrou, et pendant tout le temps que le caustique agit sur le pédicule de la tumeur hémorrhoïdale, on fait injecter sans discontinuer de l'eau fraîche au moyen d'une seringue ordinaire ou d'un siphon à irrigations continues.

Je laisse habituellement la pince porte-caustique deux ou trois minutes en place; ce temps est suffisant pour cautériser tout le pédicule des tumeurs, même lorsqu'elles sont très-volumineuses.

En laissant la pince préservatrice qui tient et comprime le pédicule pendant tout le temps que la pince porte-caustique est placée au-dessus d'elle, on diminue d'une manière notable la douleur vive que cause ordinairement la cautérisation. Comme on le voit, la pince préservatrice remplit un double but, puisqu'elle garantit les parties voisines et exerce une compression assez forte sur l'hémorrhoïde pour amoindrir la douleur.

La cautérisation du pédicule de la tumeur ayant été pratiquée comme je viens de l'indiquer, avant de retirer la pince préservatrice, je pratique l'acupuncture de la tumeur avec un ténaculum, afin de la vider du sang qu'elle contient. Enfin, je desserre peu à peu l'écrou qui ferme la pince porte-caustique, et avant de la retirer, je comprime avec elle la tumeur de bas en haut, afin de faire sortir par les piqûres du ténaculum le sang qu'elle peut encore contenir. Pendant tout ce temps, les injections d'eau froide sont continuées sur la tumeur et sur les parties voisines.

Lorsque l'opération est terminée, j'enveloppe l'hémorrhoïde que je viens de cautériser avec de la charpie enduite de cérat, ou j'introduis dans l'anus une mèche de linge cératé pour recouvrir la tumeur; on pratique ensuite des injections d'eau fraîche sur toutes les parties qui ont été soumises au contact des instruments.

Enfin le malade se place dans un grand bain, où il peut rester deux ou trois heures, ou en sortir et s'y remettre s'il éprouve du soulagement. C'est le meilleur moyen pour calmer les douleurs de la cautérisation, déjà très-amoindries par les injections d'eau fraîche pratiquées en même temps.

Les suites consécutives de la cautérisation des hémorrhoïdes par le procédé que j'emploie sont presque nulles, comme on pourra s'en convaincre par la lecture des trois observations relatives à ce procédé. Pour obtenir un semblable résultat, il faut insister sur les bains entiers tous les jours et sur les petites injections dans le rectum souvent renouvelées; il est utile aussi de faire des pansements avec le cérat opiacé et engager l'opéré à se contenter d'une alimentation légère pendant plusieurs jours, afin d'éviter des garde-robes qui pourraient entraver le travail de la cicatrisation.

Si au bout de quatre ou cinq jours l'escarre résultant de la cautérisation tarde encore à se détacher, ou si la plaie ne se cicatrise pas rapidement et fournit du sang, il faut employer avec réserve et pendant quelques jours seulement des injections toniques et des lotions astringentes avec le quinquina, le ratanhia ou le monésia, ou recourir à l'usage des pommades composées avec ces substances, afin de hâter la cicatrisation, de resserrer les tissus, d'en chasser le sang et d'arriver enfin à une guérison complète et durable.

Les cicatrices, après la destruction des hémorrhoïdes internes, se font comme sur toutes les membranes muqueuses, c'est-à-dire par le froncement et le resserrement des surfaces ulcérées. Quelque temps après, les traces de l'hémorrhoïde qui a été détruite sont à peine sensibles et difficiles à retrouver à la vue et au toucher. Ces cicatrices finissent avec le temps par devenir très-solides, et elles résistent aux plus grands efforts. Voyez la deuxième observation de la première partie. Cette observation est relative à un malade qui était affecté d'hémorrhoïdes très-volumineuses et d'une chute considérable du rectum, et qui, après la guérison des hémorrhoïdes par la cautérisation, continuait à faire de très-grands efforts de défécation.

Lorsque la cicatrisation des plaies résultant de la cautérisation est entièrement terminée, on ne doit pas abandonner le malade sans lui avoir indiqué avec détails les précautions qu'il devra prendre pour empêcher la formation de nouvelles hémorrhoïdes. On lui recommandera d'éviter de mettre en jeu les causes qui ont amené les hémorrhoïdes: ainsi les excès de différents genres, l'équitation trop prolongée, l'habitude de rester longtemps assis, les efforts de défécation trop prolongés, etc.

Il est indispensable aussi, à la suite de la suppression des hémorrhoïdes, pour éviter l'apparition d'accidents que, du reste, je n'ai jamais vus survenir, de prescrire en tous cas et par prudence un régime convenable, peu échauffant, l'usage des laxatifs et même de purgatifs doux de temps en temps, des bains et enfin une saignée, l'application de quelques sangsues à l'anus si des symptômes de congestion vers la tête, la poitrine ou l'abdomen, se manifestaient. On pourrait recourir aussi à l'aloès, soit à l'intérieur, soit en suppositoires.

Quant à la récidive des hémorrhoïdes, elle ne peut pas avoir lieu dans le point où il en existait, qui ont été complétement détruites par la cautérisation, et nous n'avons jamais vu survenir de récidive au-dessus de celles qui ont été détruites, quoique certains malades aient continué à faire de très-grands efforts de défécation après leur guérison; mais nous avons vu des hémorrhoïdes se former dans les intervalles de celles qui avaient été détruites, probablement parce qu'il était resté des vaisseaux, des germes d'hémorrhoïdes, ou plutôt des hémorrhoïdes commençantes. Au reste, on conçoit qu'une hémorrhoïde puisse se former au-dessus d'une tumeur qui n'aurait été prise et cautérisée que dans une partie de son étendue; mais alors on n'aurait pas affaire à une récidive ni à une reproduction, mais au développement d'une hémorrhoïde incomplétement détruite.

En résumé, le procédé de cautérisation que j'emploie se compose de trois temps principaux.

Dans le premier, on prend l'hémorrhoïde avec des pinces préservatrices, afin de la circonscrire et de l'isoler entièrement des parties voisines, et on préserve celles-ci au moyen de plusieurs couteaux à papier en bois ou avec tout autre instrument ayant une forme analogue.

Dans le second temps, on saisit l'hémorrhoïde avec les pinces porte-caustique, que l'on place au-dessus des pinces préservatrices, sans déranger celles-ci; pendant tout le temps que dure la cautérisation, on fait injecter de l'eau fraîche sur l'hémorrhoïde, avec une seringue ordinaire, et, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans l'usage de ce moyen, on doit avoir plusieurs de ces instruments préparés à l'avance, ou un siphon à irrigations continues.

Enfin, dans le troisième temps, on vide l'hémorrhoïde en la piquant avec un ténaculum, et on la comprime avec la pince préservatrice, que l'on n'enlève pas brusquement et tout d'un coup, mais graduellement, pour que l'hémorrhoïde tout entière puisse être comprimée et vidée du sang qu'elle contient. Enfin, lorsque cette pince a été retirée, on injecte de l'eau froide et l'on enveloppe l'hémorrhoïde avec de la charpie; puis, comme les efforts ont fait sortir, avec les hémorrhoïdes, la muqueuse de l'intestin, on favorise la rentrée de ces parties en exerçant sur elles de légères pressions avec les doigts ou avec un linge huilé.

A défaut des instruments que je viens d'indiquer, pour pratiquer cette

opération, lorsqu'on est éloigné des grandes villes, on pourrait y suppléer en sacrifiant deux pinces à pansement.

La première, dont les mors auraient été limés et réduits en hauteur, ou supprimés par suite de l'aplatissement des branches, servirait de pince préservatrice, et avec elle on saisirait l'hémorrhoïde qu'on voudrait détruire par le caustique.

La deuxième pince, dont les branches auraient été aplaties et creusées de rainures plus ou moins profondes, dans lesquelles on aurait placé du caustique Filhos, servirait de pince porte-caustique.

Ces deux instruments essentiels, indispensables, étant trouvés, il serait très-facile de pratiquer l'opération, puisque tous les autres moyens sont à la disposition des chirurgiens, même de ceux qui se trouvent placés dans les circonstances les plus défavorables. Mais comme cette opération n'est pas urgente, il est préférable d'avoir recours à M. Charrière, qui a fabriqué, avec son habileté bien connue, tous les instruments nécessaires et que nous avons décrits plus haut, c'est-à-dire la pince préservatrice et la pince porte-caustique.

J'arrive maintenant aux observations.

HÉMORRHOÏDES INTERNES TRÈS-VOLUMINEUSES; CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DU PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX, AU MOYEN DE PINCES PORTE-CAUSTIQUE; INJECTIONS D'EAU FRAÎCHE EN MÊME TEMPS QUE LA CAUTÉRISATION; OUVERTURE DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES; CAUTÉRISATION; GUÉRISON.

OBS. I. — M. de X..., âgé de 47 ans et demi, est né à Paris. Il fut conduit à Saint-Domingue peu de temps après sa naissance; en arrivant dans cette île, il eut une petite vérole très-forte dont il ne put se rétablir qu'au bout d'une année. A l'âge de 12 ans il eut la rougeole, et à 19 ans et demi, étant à la Martinique, il éprouva à l'anus une gêne plutôt qu'une douleur, causée par un petit bouton hémorrhoïdal qui a toujours été en augmentant de volume.

En 1820, M. de X... partit de la Martinique pour San-Yago de Cuba, sur la corvette *la Diligente*. Sur ce bâtiment, le capitaine et 70 hommes moururent de la fièvre jaune, mais lui-même n'éprouva aucune indisposition.

Dès son enfance, M. de X... fut sujet à de violentes migraines qui devinrent un peu moins fortes il y a quelques années; ce changement est attribué, suivant le malade, à ce qu'il ne prend plus que très-rarement du thé et du café.

M. de X... a eu plusieurs écoulements blennorrhagiques, mais jamais il n'a eu de chancres ni de bubons. Il avait l'habitude de rester longtemps sur la garde-robe et d'y lire son journal.

En 1828, M. de X... eut ce qu'il appelle une première crise hémorrhoïdale. D'autres crises semblables eurent lieu en 1830, 1832 et 1833. Lors de la cinquième, qui survint en 1839, M. de X... se fit appliquer à l'anus dix sangsues; en 1844, nouvelle crise attribuée à une purgation avec l'eau magnésienne. Deux saignées, des sangsues calmèrent tous ces accidents, qui reparurent encore en 1845. A cette époque, étant à Naples, M. de X... éprouva des douleurs très-vives dans la région anale; il prit du jalap, qui le purgea très-violemment. Depuis ce temps il n'a pas cessé de souffrir de ses hémorrhoïdes, et tous les moyens qu'il a mis en usage ne l'ont en aucune manière soulagé.

Le 19 janvier 1846, le docteur Pouget, médecin du malade, m'appela auprès de M. X... De simples efforts de défécation n'ayant pas suffi pour faire sortir les hémorrhoïdes, le malade prend un lavement, et, après l'avoir rendu, nous observons trois hémorrhoïdes très-fortes, et une petite, qui forment un cercle autour de l'anus.

Nous convenons, avec M. le docteur Pouget, qu'il faut détruire par la cicatrisation les hémorrhoïdes internes, cause de toutes les souffrances. Le malade accepte cette opération et y est préparé par des bains et une purgation avec de l'eau de Sedlitz.

Le 22 janvier, assisté de M. le docteur Pouget et de mon fils, je procède à l'opération, mais auparavant je fais donner un lavement, afin de débarrasser l'intestin et de favoriser les efforts d'expulsion qui doivent faire proéminer au dehors les hémorrhoïdes internes. Elles forment un gros bourrelet circulaire, divisé en trois parties. Celle du côté gauche est grosse comme une forte olive; celle qui est en arrière et à droite offre un volume un peu moins considérable et elle est plus aplatie; enfin l'hémorrhoïde qui forme la troisième tumeur est située en avant, vers le périnée; elle est grosse comme une forte noix. Au moyen d'une glace je fais voir au malade la disposition de ses hémorrhoïdes.

M. de X., étant couché sur son lit, dans le sens de la longueur, la jambe droite relevée, de manière à laisser l'anus à découvert, et le lit ayant été garni de linge, afin de le préserver des liquides qui pourraient s'écouler, je commence par l'hémorrhoïde du côté gauche, et d'abord je la saisis avec des pinces préservatrices, qui l'isolent des parties voisines, elles-mêmes étant protégées par des plaques d'acier, des spatules, des valves de spéculum; je saisis ensuite la tumeur à sa base avec une espèce de pince à anneaux, chargée de caustique de Vienne. Après que cette pince est restée deux ou trois minutes à la base de l'hémorrhoïde, je la retire, puis je fais pratiquer des injections d'eau froide: j'incise ensuite dans toute sa longueur l'hémorrhoïde que je viens de cautériser en dehors avec les pinces et j'introduis entre les deux lèvres de mon incision une plaque de caustique, que je laisse une minute environ dans l'intérieur de l'hémorrhoïde; de cette manière j'agis sur la tumeur de dehors en dedans et de dedans en dehors. Ces cautérisations causent peu de douleur, parce que je pratique deux injections d'eau froide, et l'opération étant terminée, j'introduis dans l'anus un linge enduit de cérat. Immédiatement après, le malade se place dans un bain entier, où il reste une heure et demie. En sortant du bain, l'irritation causée par la brûlure était si peu considérable que M. de X. put s'asseoir et faire rentrer ses hémorrhoïdes. (Diète, ou plutôt alimentation très-légère; orgeat pour boisson.)

Le lendemain M. de X. vient lui-même me recevoir; il est enchanté d'avoir été aussi calme après une opération qui l'effrayait beaucoup. Cette nuit il a dormi pendant cinq heures; il n'a éprouvé aucune difficulté pour uriner; enfin il se trouve aussi bien qu'avant l'opération; il peut s'asseoir et faire rentrer ses hémorrhoïdes, excepté celle qui a été cautérisée.

Le bourrelet extérieur a été un peu atteint par le caustique, les plaques ne l'ayant pas assez préservé et l'injection n'ayant pas été pratiquée dès le commencement de la cautérisation. Si on eût mieux protégé les parties voisines, l'opération eût été aussi parfaite que possible.

Trois jours après l'opération, lorsque la garde, qui avait l'habitude d'injecter de l'eau de guimauve sur les parties qui avaient été cautérisées, voulut faire une nouvelle injection, elle ne vit plus l'hémorrhoïde qui avait été cautérisée; ainsi elle était tombée complétement soixante-douze ou soixante-quatorze heures après la cautérisation.

Le 26 janvier, je vois le malade, avec le docteur Pouget; son état continue à être très-satisfaisant. Je propose de pratiquer une seconde opération le 2 février.

Comme la première fois, la veille de l'opération, M. de X prit une purgation avec deux onces d'huile de ricin, qui le purgèrent doucement. Le lendemain je procédai à une nouvelle cautérisation, assisté de M. Pouget et de mon fils. Mais auparavant je fais donner un lavement pour faciliter les efforts et faire proéminer au dehors l'hémorrhoïde que je veux cautériser aujourd'hui; elle est grosse comme une amande verte, et il est facile de la saisir à sa base au moyen d'une petite pince préservatrice droite, plus large que celle que j'ai décrite, mais qui n'en diffère que parce qu'elle est droite; puis, après avoir préservé les parties voisines avec des valves de speculum ani et avec des plaques d'acier à manches; je cautérise avec des pinces à anneaux porte-caustique la base de l'hémorrhoïde, sans déterminer de douleur notable; une minute après que l'hémorrhoïde avait été prise par la pince porte-caustique, je la soumets à une injection prolongée d'eau fraîche.

Au bout de deux ou trois minutes, je retire la pince porte-caustique, puis j'incise l'hémorrhoïde dans toute sa longueur et je la cautérise intérieurement avec une plaque de caustique de potasse et de chaux, afin de la détruire dans toute son épaisseur. Des injections d'eau fraîche sont ensuite pratiquées avec une seringue, puis un linge huilé est introduit dans l'anus; enfin, M. de X. se place dans un bain, où il reste plus d'une heure.

Tous les jours des garde-robes ont eu lieu sans douleur en prenant deux lavements. Les jours suivants, l'état de M. X. est toujours aussi satisfaisant : il se lève et marche facilement, comme s'il n'avait pas subi d'opération.

Mais le malade faisant un usage trop fréquent des lavements, je l'engage à en prendre un tous les deux jours, parce que les efforts de défécation trop répétés peuvent relâcher l'intestin et nuire au travail de cicatrisation des hémorrhoïdes qui ont été cautérisées.

Le 10 février, je pratique une troisième et dernière opération dans le but de détruire la troisième tumeur hémorrhoïdale, qui n'a pas encore été soumise à l'action du caustique.

M. de X. étant placé comme dans les précédentes opérations, c'est-à-dire sur le bord de son lit, et un lavement ayant été donné et rendu, je commence par saisir l'hémorrhoïde avec des pinces qui l'isolent des parties voisines, puis je la saisis avec la pince porte-caustique à anneaux, et je fais protéger les parties voisines avec des plaques d'acier et des valves du petit speculum ani. Pendant tout le temps que l'hémorrhoïde est tenue avec les pinces porte-caustique, je fais pratiquer des injections d'eau fraîche. Au bout de deux minutes environ, je lâchai l'hémorrhoïde, qui avait été tenue assez longtemps avec les pinces porte-caustique pour que son pédicule fût suffisamment cautérisé; je l'incisai dans toute son épaisseur et dans toute sa longueur, puis je la cautérisai comme les autres avec une petite plaque de caustique, que j'introduisis entre les lèvres de mon incision. Pendant cette cautérisation, je faisais aussi injecter de l'eau fraîche pour enlever l'excès de caustique qui aurait pu se porter sur les parties voisines.

L'opération étant terminée, j'introduisis dans l'anus un linge fin enduit de cérat, et je recommandai à M. de X. de se mettre dans un bain et d'y rester au moins une heure, comme après les précédentes opérations.

Cette fois je craignais beaucoup que le malade n'éprouvât quelques symptômes du côté des voies urinaires, parce que l'hémorrhoïde que je venais de cautériser était placée à la partie antérieure de l'anus, mais il n'en fut rien; la miction ne fut ni plus douloureuse ni plus fréquente que de coutume.

La nuit fut très-bonne, et le malade s'aperçut que l'hémorrhoïde seule avait été atteinte par le caustique. *Les brûlures n'ont été faites*, dit-il, *que là où elles étaient indispensables*.

Le lendemain et le surlendemain, état très-satisfaisant; des garde-robes ont eu lieu tous les jours à la suite de lavements.

Je dois noter que huit ou dix jours après chaque opération il existait autour de l'anus un léger suintement mucoso-purulent.

Le 13 février je conseille des injections, d'abord avec une décoction de roses de Provins, puis avec une décoction de ratanhia; les garde-robes sont régulières et faciles; seulement hier, comme il existait de la constipation, déterminée peut-être par un potage au riz et du sirop de coings, qui avaient été pris les jours précédents, M. de X. a rendu des matières dures, qui ont déterminé de la douleur à l'anus, en éraillant probablement une cicatrice d'hémorrhoïde cautérisée.

En évitant les aliments échauffants, ce résultat n'aura plus lieu; et en effet

des épinards et de l'orgeat ont amené, les jours suivants, un état des fèces très-favorable à la cicatrisation des hémorrhoïdes cautérisées.

Cette observation, très-détaillée avec intention, est intéressante sous plusieurs rapports; elle mérite d'être étudiée avec soin pour en faire ressortir les points principaux; elle a pour but de montrer les perfectionnements successifs apportés à l'opération qui consiste à détruire par la cautérisation les hémorrhoïdes internes; elle permettra aussi de signaler ce qui reste à faire pour simplifier encore le procédé et le faire adopter par les praticiens.

Les antécédents de M. de X... prouvent que sa constitution, la fatigue, son régime et surtout l'habitude qu'il avait de rester très-longtemps à faire des efforts de défécation, ont favorisé le développement des hémorrhoïdes.

Avant l'opération, nous avons constaté à la suite d'un lavement, le malade continuant à faire quelques efforts d'expulsion, la procidence du paquet hémorrhoïdal ou bourrelet circulaire rouge foncé descendant au-dessous de l'anus. Ce bourrelet était formé par quatre tumeurs hémorrhoïdales distinctes, mais bien divisées en trois portions seulement : la plus grosse centrale tenait à la région périnéale de l'anus, et leur réunion formait un cercle presque complet.

La première opération est remarquable par l'emploi des pinces préservatrices qui ont parfaitement protégé les parties situées au-dessous du pédicule de l'hémorrhoïde; mais elles n'ont pu préserver les parties voisines.

Une petite brûlure a eu lieu sur un point de la marge de l'anus et le malade a plus souffert de cette petite cautérisation accidentelle que de la cautérisation de l'hémorrhoïde elle-même, ce qui prouve la nécessité de bien isoler l'hémorrhoïde des parties voisines.

Depuis ce temps, je n'ai observé aucun accident semblable, parce que j'ai mieux protégé les parties voisines et injecté de l'eau fraîche en même temps et pendant toute la durée de la cautérisation.

A cela près de ce petit accident, l'opération a marché régulièrement, et les suites ont été aussi simples que possible.

L'escarre de l'hémorrhoïde est tombée soixante-quatorze heures après la cautérisation.

La deuxième opération confirme les réflexions précédentes, c'est-à-dire que les parties voisines ayant été protégées efficacement par des valves de spéculum et par une plaque d'acier, et l'injection ayant été faite pendant la cautérisation, le pédicule de l'hémorrhoïde a seul été cautérisé, la réaction a encore été plus faible que la première fois; les suites ont été presque nulles, et le malade a vaqué à ses affaires comme s'il n'eût point été opéré.

La troisième opération justifie complétement toutes les réflexions que je viens de faire à l'occasion des deux premières. Il n'y a pas eu la moindre réaction, pas le moindre retentissement sur les organes urinaires, comme je le craignais et comme je l'ai souvent observé, lorsque l'hémorrhoïde est située en avant, du côté du périnée et de la prostate. Sans doute ce résultat est dû à ce que les parties voisines ont été parfaitement protégées, et surtout parce que l'injection d'eau froide a été faite dès le commencement de la cautérisation, ce que je n'avais pas osé faire encore, craignant de détruire l'effet du caustique.

Le résultat désiré a été obtenu par ces trois opérations sans le moindre accident; il n'y a eu ni fièvre, ni réaction, ni gonflement inflammatoire, comme cela s'observe toujours à la suite de la cautérisation en masse et de la ligature.

Pour éviter des accidents, j'ai fait trois opérations successives; mais il est évident qu'avec les moyens préservatifs et avec l'injection, en même temps que la cautérisation, comme nous l'avons pratiquée à la troisième opération, ayant peu ou point de réaction à redouter, j'aurais pu cautériser les trois hémorrhoïdes en deux et même en une fois; mais la prudence m'a déterminé à faire autrement, et à conserver la plus petite hémorrhoïde pour éviter les inconvénients qui pourraient provenir de la suppression complète des hémorrhoïdes.

Je crois utile de revenir encore sur tout ce qui est relatif à cette opération, afin de développer les motifs qui m'ont déterminé à la modifier, et de mettre les praticiens en mesure d'apprécier et de juger le résultat obtenu.

D'abord un purgatif donné la veille de l'opération, a surtout pour effet de débarrasser le tube digestif, de le vider complétement, afin d'éviter plus sûrement les garde-robes pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Le purgatif n'est pas indifférent : l'huile de ricin préparée à froid m'a toujours mieux réussi que l'eau de Sedlitz et les autres purgatifs.

Le lavement que prend le malade immédiatement avant l'opération est donné dans la double intention de débarrasser le gros intestin des matières qu'il pourrait encore contenir malgré le purgatif, et particulièrement de favoriser la sortie des hémorrhoïdes internes, parce que, comme je l'ai déjà dit, j'ai remarqué que les efforts que fait le malade après avoir pris un lavement font beaucoup mieux sortir les hémorrhoïdes internes que lorsqu'il fait des efforts sans avoir employé ce moyen.

Les pinces préservatrices ou pinces à mors plats protégent les parties situées au-dessous du pédicule de l'hémorrhoïde, comme je l'ai déjà dit et comme on le conçoit facilement.

Pour simplifier l'opération, j'avais réuni sur le même instrument les pinces protectrices et les pince porte-caustique; mais au lieu de simplifier l'opération, cette espèce de pince la rendait plus difficile et moins sûre; par conséquent il vaut encore mieux avoir deux instruments qu'un seul, malgré la complication que j'aurais voulu éviter.

L'isolement des parties voisines de l'hémorrhoïde pour les préserver de la cautérisation n'est pas facile, à cause de la profondeur de la région sur laquelle on opère, et surtout à cause des tubérosités de l'ischion. Les doigts sont presque tout à fait impuissants, même entourés de linge, et d'ailleurs ils gênent l'opérateur par leur volume. Les meilleurs instruments sont des couteaux à papier, des spatules plates, des valves de spéculum, et tous les objets analogues.

Quant à la cautérisation circulaire du pédicule de la tumeur hémorrhoïdale, on peut dire qu'elle équivaut à une ligature, sans en avoir les inconvénients.

La pince préservatrice empêche la cautérisation des parties voisines au moment où on applique la pince porte-caustique; l'injection en même temps que la cautérisation éteint l'action du caustique sur les parties voisines, et diminue la douleur.

Dans le principe, je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation; je n'osais pas la faire de prime abord, c'est-à-dire en même temps : je craignais d'empêcher l'action indispensable du caustique. Mais en y réfléchissant, j'ai compris que l'eau ne pouvait pénétrer entre les surfaces serrées par les pinces à baguettes porte-caustique, et empêcher la cautérisation.

Enfin, en incisant et en cautérisant la tumeur, j'ai eu pour but de vider l'hémorrhoïde, et d'empêcher la tuméfaction de cette partie et surtout des parties voisines.

La diète, ou au moins une nourriture légère appropriée à la situation du malade, est nécessaire dans le but d'éviter des selles après les premiers jours de l'opération.

En résumé, ce fait de guérison d'un énorme paquet d'hémorrhoïdes internes est fort remarquable, surtout parce qu'il a été obtenu sans accident. Le malade est délivré d'une infirmité qui faisait le supplice de sa vie; mais pour prévenir les effets de la suppression brusque d'une congestion habituelle à l'extrémité du tube digestif, il est très-disposé à suivre les conseils que je lui ai donnés : éviter les excès, les fatigues, favoriser les garde-robes, se purger de temps en temps avec de l'huile de ricin préparée à froid, et si, malgré ces précautions, des signes de congestion se manifestaient du côté du rectum, appliquer à l'anus quelques sangsues ou se faire pratiquer une saignée du bras.

A l'aide de tous ces moyens, jusqu'à présent rien de fâcheux n'est survenu chez un grand nombre de personnes que j'ai opérées.

Quant à M. de X..., bien qu'il ne lui reste plus qu'une petite hémorroïde, il y a assez de vaisseaux variqueux à l'extrémité du rectum pour qu'il n'y ait pas à craindre le développement d'accidents à la suite de la suppression des hémorrhoïdes considérables qu'il portait depuis si longtemps.

Le défaut de réaction sur ce malade est un fait fort remarquable et fort important; il s'agit de savoir si ce défaut de réaction est dû au procédé opératoire ou à l'organisation du sujet. Je crois que c'est surtout au procédé; car, pour la première opération, le malade a été très-incommodé par la petite brûlure du bourrelet voisin; il faut dire aussi que l'injection n'avait été faite qu'à la fin de la cautérisation.

Le résultat obtenu sur M. de X... paraît déjà très-satisfaisant. Si on obtient le même résultat dans des cas analogues, ce sera un progrès réel obtenu pour la destruction des hémorrhoïdes.

Le peu de douleur, l'absence de réaction et de gonflement, le défaut de suite, comparés à la cautérisation en masse et à la ligature, la simplicité du résultat par la cautérisation circulaire perfectionnée, m'avaient décidé à publier ce fait avec détails. Toutefois, comme je viens de le dire, je craignais que ce résultat heureux, cette simplicité de l'opération, ne tinssent à la bonne constitution du sujet. J'ai été heureusement et bien vite délivré de cette préoccupation.

Un deuxième fait est venu promptement confirmer les réflexions faites sur le premier; un ami du précédent opéré, portant un énorme bourrelet hémorrhoïdal interne compliqué d'une chute du rectum, a été opéré comme lui et avec le même succès. C'est donc bien au procédé qu'est dû le défaut de réaction, d'hémorrhagies, de suites fâcheuses enfin, comme on va le voir par l'observation suivante.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite et fin.)

VII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Travaux originaux compris dans les numéros de janvier, février et mars 1846 : 1° *La nature considérée comme force instinctive des organes ;* par M. Guislain. (Travail de longue haleine formant presque un volume, et dont nous ne pouvons, faute d'espace, donner l'analyse.) 2° *Enquête sur le travail et la condition physique et morale des ouvriers employés dans les manufactures de coton à Gand.* 3° *Observation d'une guérison d'iléus par l'emploi du mercure coulant ;* par M. Colson.

VIII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la photophobie, de son siége, de ses causes et du traitement qui lui convient ;* par M. Duval. 2° *De l'influence des diathèses générales dans les maladies oculaires.* 3° *Strabisme guéri par le déplacement accidentel de la pupille ; anesthésie de l'iris et myopie observées sur le même malade ;* par M. Tavignot. 4° *Note sur un cas de corectopie (pupille excentrique congénitale) observé à la clinique de M. Cunier ;* par M. Noeggerath. (La malade, âgée de 42 ans, est myope ; l'œil est affecté d'un peu de nystagme pendant lequel il se manifeste dans l'iris un mouvement oscillatoire très-prononcé. A la distance de 5 à 6 pieds, les objets, même volumineux, lui apparaissent confus et toujours *dansants.*) 5° *Mémoire sur les taches de la cornée ;* par M. de Walther. (Travail traduit de l'allemand ; la traduction a été faite par M. Binard.) 6° *Note sur une forme particulière de tache de la cornée ;* par M. K..., et *Réponse à cette note,* par M. Cunier. (M. Cunier a répondu qu'il s'agissait probablement d'une incrustation due à l'usage d'un collyre métallique opiacé pendant le cours d'une ulcération de la cornée ; et l'auteur de la note, ayant de nouveau interrogé les malades, a reconnu la justesse de cette explication.) 7° *Propositions sur la nature et le traitement du glaucome ;* par M. Tavignot. (Les sept propositions qui constituent tout l'article peuvent être résumées dans la phrase suivante : Le glaucome est une désorganisation générale de l'œil, qui s'opère sous l'influence d'une perturbation du système nerveux ciliaire, désorganisation chronique analogue à celle aiguë qui suit chez les animaux la section de la cinquième paire : les symptômes, la marche de l'affection et les moyens à employer contre elle varient selon que cette perturbation des nerfs ciliaires est un état névralgique ou bien une paralysie.)

DE LA PHOTOPHOBIE, DE SON SIÉGE, DE SES CAUSES ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT ; par M. DUVAL.

Le siége et la cause prochaine de l'altération d'où résulte la photophobie sont des questions encore vivement controversées parmi les ophthalmologistes. M. Cade attribue ce phénomène à la douleur que doit produire la traction de l'iris sur le corps ciliaire lorsque celui-ci est congestionné, dans l'inflammation oculaire. Mais si cette explication était juste, pourquoi la photophobie apparait-elle si souvent sans injection scléroticale ? pourquoi se manifeste-t-elle dans des cas où les pupilles sont dilatées et les mouvements de l'iris presque nuls ? pourquoi enfin la photophobie ne se montre t-elle pas toujours et à un haut degré dans les inflammations de l'iris ?

Pour M. Sichel, l'horreur de la lumière est due à la sclérotite et à la rétinite. M. Loureiro n'admet qu'une irritation de la rétine, de nature inflammatoire nerveuse ou inflammatoire sanguine. Mais il est certain que ce symptôme existe soit dans l'ophthalmie des nouveau-nés, soit avec les altérations légères de la cornée, qu'il se présente alors très-intense et souvent dès le premier début de l'inflammation oculaire ; et cependant ces deux cas s'offrent souvent sans aucun signe ni de réaction ni d'inflammation de la rétine ou de la sclérotique.

M. Duval cherche ailleurs la cause de la photophobie ; il la place dans une surexcitation des fonctions du nerf de la cinquième paire, nerf qui, comme on le sait, préside à la nutrition de l'œil. Il analyse, pour le démontrer, les divers phénomènes qui se produisent alors. Ainsi, dit-il avec Weller, les premières atteintes de photophobie s'expriment pour le malade par un sentiment de chaleur et de sécheresse, avec difficulté de mouvoir le globe ; puis succède bientôt un flux énorme de larmes. Or, qu'est-ce ceci sinon une modification dans la sécrétion lacrymale, modification qui en suppose nécessairement une correspondante dans les fonctions du nerf sous l'influence duquel s'opère cette sécrétion.

Si nous supposons maintenant que la cause qui a amené ce trouble dans l'innervation de la glande lacrymale continue son action et passe aux parties internes de l'œil, il en résultera une supersécrétion de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée, et par suite la distension du globe et des symptômes d'étranglement. C'est effectivement là ce qui arrive ; et il est remarquable que l'on rencontre plutôt la photophobie dans les formes d'ophthalmie où les parties profondes de l'œil sont envahies. — Il est cependant possible que la photophobie débute d'emblée lorsqu'une cause quelconque vient à agir directement sur les branches nerveuses qui tiennent sous leur dépendance la vitalité des membranes oculaires, lorsque, par exemple, une parcelle métallique s'est implantée dans la cornée et irrite les nerfs de la conjonctive.

D'après cette manière d'envisager la question, la photophobie ne serait, en définitive, qu'un symptôme se greffant sur toutes les ophthalmies, quels que fussent les tissus affectés, lorsqu'elles atteindraient un degré donné d'intensité, en d'autres termes, lorsqu'elles auraient mis en jeu les propriétés vitales des membranes malades ; ou elle pourrait apparaître spontanément, si ces même propriétés étaient isolément et primitivement excitées. Quant à son point de départ, il dériverait en premier lieu d'une altération dans les fonctions du nerf de la cinquième paire que M. Duval considère comme le représentant des propriétés vitales de l'ensemble oculaire.

La douleur est loin d'atteindre au même degré dans les conjonctivites et dans l'inflammation des parties profondes de l'œil. Légère dans le premier cas, elle subit dans le second une exaspération prononcée le soir, et surtout de dix heures à minuit, et entre deux et quatre heures du matin. Il y a alors de véritables paroxysmes d'une à deux heures de durée. Pendant leur cours, la secrétion des larmes augmente. Les douleurs ne sont plus circonscrites, mais diffuses, et le malade les sent dans les tempes, les sourcils, le nez, les oreilles et les dents, partout en un mot où se distribuent les ramifications du trijumeau, preuve assurément très-imposante en faveur de l'explication qui place dans une lésion de ce nerf la cause du phénomène. Mais ce qui milite principalement en faveur de cette hypothèse, c'est que les malades ne se contentent pas alors de fuir la lumière en dérobant leurs yeux à l'influence de cet excitant, mais encore qu'ils les pressent et cherchent à comprimer toute la région orbitaire, soit avec des mains, soit en s'appuyant sur leurs oreillers ou encore en serrant fortement le bandage mis sur leurs yeux. Or, ajoute M. Duval, si la photophobie était l'expression isolée de l'altération du réseau sanguin, ou même si cette altération était dominante et principale, ces pressions n'augmenteraient-elles pas la douleur ? Par contre, n'est-ce pas une de ces vérités pathologiques bien démontrées aujourd'hui, que les névralgies, quelles qu'elles soient, s'engourdissent momentanément lorsqu'on comprime la région où va se distribuer le nerf qui leur a donné naissance ?

Le traitement se résume en deux indications fondamentales :

1° Dans les photophobies traumatiques, suite d'éraillure de la cornée, de corps étranger, extraire ce corps, combattre les accidents généraux, et, comme moyen antiphotophobique, soustraire simplement le malade à la lumière.

2° Dans les ophthalmies avec exaltation des propriétés vitales, combiner simultanément les antiphlogistiques et les médicaments susceptibles d'atténuer l'exaltation du système nerveux. Au déclin, lorsque le travail inflammatoire a cessé et que les accidents nerveux persistent, s'en tenir à cette dernière série de médicaments, qu'on aura soin de varier de temps en temps.

Parmi les moyens propres à combattre l'exaltation des propriétés vitales, se placent l'obscurité, un air tempéré, le repos absolu de la partie malade et même de tout le corps.

Quant aux médicaments spécialement applicables à ce cas, l'auteur mentionne particulièrement l'opium, la belladone et le camphre.

La belladone, sédatif puissant, est ordinairement employée à l'extérieur ; mais alors on ne peut régler la quantité qui est absorbée par les frictions. Il vaut mieux la donner à l'intérieur, faire prendre, par exemple, au malade, une infusion de 5 décigrammes de feuilles sèches, qu'on renouvellera, au besoin, trois ou quatre heures après. — A l'extérieur, M. Duval ordonne des onctions réitérées quatre fois par jour sur le front et les tempes avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel double. . . .	8 grammes.
Extrait de belladone	4 —

L'opium est un des remèdes les plus utiles qu'on ait à opposer aux douleurs de l'ophthalmie. On l'emploie avec un avantage marqué en frictions répétées trois ou quatre fois par jour sur la région sus-orbitaire, à la dose de 15 à 30 centigrammes dissous dans une quantité suffisante d'eau.

Le camphre réussit surtout dans les photophobies qu'on peut dire essentielles, qui sont la suite et la conséquence d'ophthalmies qui ont longtemps

persisté. C'est dissous dans l'alcool ou mélangé à la pommade mercurielle qu'on l'ordonne : on fait de quatre en quatre heures recouvrir la région au-dessus des sourcils et les tempes avec 2 décigrammes de camphre en nature ou 5 décigrammes de la pommade suivante :

Onguent mercuriel . . . . 8 grammes.
Camphre. . . . . 75 centigr.

Si, dans une ophthalmie invétérée, la photophobie persiste malgré ces moyens, on a recours à l'excision large des vaisseaux de la conjonctive. Le résultat en est si avantageux, si immédiat, qu'on est bien autorisé à proposer une opération contre cette maladie, simple incommodité il est vrai, mais incommodité très-fatigante et très-pénible.

M. Duval a aussi pratiqué sept fois la ponction de la cornée avec le couteau de Richter dans des cas où les symptômes d'étranglement étaient tellement marqués qu'on pouvait redouter la rupture du globe oculaire, et à l'instant même les malades ont éprouvé un mieux indicible, une détente générale, un bien-être, un repos dont ils étaient privés depuis plusieurs mois.

STRABISME GUÉRI PAR LE DÉPLACEMENT ACCIDENTEL DE LA PUPILLE; ANESTHÉSIE DE L'IRIS ET MYOPIE OBSERVÉES SUR LE MÊME MALADE; par M. TAVIGNOT.

L'on se rappelle l'ingénieuse opération par laquelle MM. Cunier et Pétrequin ont les premiers remplacé, dans le cas de taches de la cornée, l'opération de la pupille artificielle en faisant, au moyen de la myotomie, dévier le globe oculaire du côté où la cornée conservait sa transparence. Voici une observation où la nature a agi en sens inverse et a remédié par un déplacement de la pupille à un strabisme qui existait depuis longues années.

OBS. — Une demoiselle de 17 ans, faible et lymphatique avait, depuis son enfance, un double strabisme convergent, plus prononcé du côté droit. L'œil le plus dévié n'était pas beaucoup plus faible que l'autre, car la malade lisait bien de l'œil droit, le gauche étant fermé. Les parents de cette jeune personne l'auraient fait opérer de ce strabisme, si ses yeux n'étaient devenus malades.

A dater d'une rougeole qu'elle eut en 1842, il se manifesta une ophthalmie scrofuleuse, passant d'un œil à l'autre avec une ténacité désespérante.

M. Tavignot fut consulté en 1844 pour l'œil gauche. Malade depuis dix-huit mois, il offrait une ulcération située en haut et en dedans de la cornée. Cette ulcération fut suivie de perforation, et l'iris vint s'engager à travers l'ouverture cornéale et y contracter des adhérences. Malgré ce fâcheux accident, le traitement conseillé par l'auteur (saignées locales, purgatifs, emménagogues, collyres astringents et cathérétiques) finit par rendre à la malade une vue non pas excellente, mais suffisante du moins pour les occupations ordinaires aux personnes de son sexe.

Aujourd'hui, quinze mois après que la guérison définitive a été obtenue, voici quel est l'état de la malade : les deux yeux ont leurs axes parallèles; ils se dirigent également bien dans tous les sens; il n'existe aucune trace de strabisme. Un travail un peu continu les rend larmoyants. — A gauche, la cornée est parfaitement transparente, à l'exception du point précédemment indiqué, et qui a été envahi par l'ulcère perforant. Il existe là un leucoma demi-transparent derrière lequel on aperçoit la teinte noire de l'iris adhérent. La pupille est nécessairement déformée ; sa forme nouvelle est elliptique et dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. L'iris se dilate et se contracte normalement, sauf que la contraction à une lumière très-vive est parfois portée au point que la pupille disparaît entièrement. La malade se sert bien de cet œil ; elle lit distinctement des caractères très-fins, à 1 pied ou 18 pouces de distance et même au delà. Elle lit également à une distance plus rapprochée. En un mot, l'état de cet œil est très-satisfaisant, quoique cependant les objets un peu éloignés ne soient perçus par lui que confusément.

A droite, la cornée est diaphane. La pupille, régulièrement arrondie, est parfaitement contractile lorsqu'on examine simultanément les deux yeux ; mais si l'on ferme les paupières de l'œil gauche, on s'aperçoit que la pupille droite, après avoir oscillé quelque temps, s'agrandit de plus en plus et finit par rester immobile dans un état de dilatation assez prononcée, mais non exagérée. Cette mydriase persiste, quel que soit le degré de lumière, tant que le gauche est fermé ; mais elle est remplacée par une contraction énergique dès que la lumière arrive sur l'œil gauche. Si la malade se sert de ses deux yeux, on ne peut guère discerner la part que chacun d'eux prend à la vision; car alors elle lit couramment et n'est ni myope ni presbyte. Mais quand elle veut lire du droit, le gauche étant fermé, la myopie est très-prononcée; et les objets, même rapprochés, deviennent confus et embrouillés.

Pensant que cette myopie pouvait dépendre exclusivement de la dilatation pupillaire, l'auteur fit lire la malade de cet œil à travers une carte percée d'un petit trou. La vision devint plus nette et la myopie moins marquée; mais il restait néanmoins un certain embarras qu'on ne rencontre pas du côté opposé.

Nous empruntons à M. Tavignot l'analyse et l'application, fort bien présentées dans son travail, du mécanisme par lequel a eu lieu la cure du strabisme : « Nous sommes assez porté, dit-il, à admettre que ces phénomènes, complexes dans leur ensemble, ont entre eux un enchaînement régulier lorsqu'on les examine dans leurs détails. Ainsi nous croyons que la guérison du strabisme a eu lieu parce que le déplacement de la pupille, qui s'est opéré en haut et en dedans, a modifié les rapports qui existaient antérieurement entre les axes des deux yeux ; l'œil gauche a dû dès lors se porter forcément un peu en dehors pour diriger vers les objets la nouvelle pupille, et cela d'autant plus forcément que cet œil étant le meilleur, la malade s'en servait plus volontiers. Cette déviation de l'œil gauche en dehors, devenue habituelle, a produit en quelque sorte une espèce de strabisme divergent qui a fini par équilibrer le strabisme convergent de l'œil droit, en rétablissant de cette manière le parallélisme des deux axes oculaires. »

Nous passons sous silence, comme n'ayant pas une relation directe avec l'objet principal de ce fait, les explications que l'auteur donne sur la mydriase et sur la myopie existant chez cette même malade.

IX. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la mortalité des ouvriers mineurs;* par M. Hanot. 2° *Rapport sur le service du deuxième semestre 1845 de l'hôpital militaire d'Anvers;* par M. Gouzée. 3° *Remarques sur l'angine membraneuse et sur quelques remèdes qu'on lui oppose, tels que les évacuations sanguines, le calomel, l'émétique, le sulfate de cuivre, etc., et en particulier sur le sel de Saturne;* par M. Gœlis. (Traduit de l'allemand par M. Biver.) 4° *Mémoire sur la chlorose;* par M. Sélade. 5° *Histoire de la syphilis dans l'antiquité;* par M. Rosenbaum. (Traduit de l'allemand par Santlus et revu par M. Dugniolle.) 6° *Des effets du seigle ergoté sur les femmes en travail et sur le fœtus;* par M. Samuel Hardy. (Traduit de l'anglais par M. Verheyen. Nous avons déjà donné cette année (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 95) l'analyse de ce travail dans la *Revue des journaux de médecine anglais.*)

MÉMOIRE SUR LE CHLOROSE; par M. SÉLADE.

Ce mémoire est, à vrai dire, une monographie de la chlorose, mais une monographie critique, basée sur des observations propres à l'auteur, et dans lesquelles les diverses opinions sont passées au contrôle d'une expérience nouvelle. Un certain nombre de faits détaillés, annexés au mémoire, viennent appuyer les opinions qui y sont soutenues. Le lecteur nous saura gré sans doute de lui faire connaître, sur quelques points controversés ou nouvellement mis en lumière de l'histoire de la chlorose, le résultat des observations de M. Sélade. Nous nous arrêterons donc, sans autre ordre que celui suivi dans le mémoire, aux questions qui nous paraîtront le plus dignes d'intérêt.

A l'article ANATOMIE PATHOLOGIQUE, l'auteur range parmi les complications de la chlorose, sur le même pied que les altérations de l'estomac et du cœur, la phthisie tuberculeuse. Il est cependant généralement admis que la chlorose s'accompagne rarement de phthisie pulmonaire ; quelques auteurs, notamment M. Trousseau, admettent même entre ces deux affections une sorte d'antagonisme. Sans nous prononcer sur ce dernier point, la rareté de la complication dont il s'agit nous paraît du moins ressortir de l'ensemble des observations. Cependant il y a peut-être à faire ici une distinction qui rendrait compte de ce désaccord entre l'opinion de M. Sélade et celle de la majorité des observateurs. Si le développement spontané, primitif, des tubercules pulmonaires nous semble rare dans la chlorose, d'un autre côté, il est certain que les affections des voies respiratoires, comme la bronchite et la pneumonie, accidentellement survenues chez les chlorotiques, ne marchent qu'avec infiniment de lenteur et de difficultés vers la résolution. Les tubercules pulmonaires en sont-ils fréquemment la conséquence ? C'est ce que nous n'oserions affirmer; mais quant à la persistance indéfinie de la toux, de la dyspnée, de la matité thoracique, comme conséquence, nous le répétons, d'une affection aiguë des voies respiratoires, c'est une suite assurément plus fréquente chez les chlorotiques que chez les individus d'une meilleure constitution.

Relativement à l'état du sang, M. Sélade confirme de son autorité le résultat des investigations de MM. Andral et Gavarret. Pour lui donc, la chlorose consiste dans une altération du sang caractérisée surtout par la diminution du nombre des globules, les autres éléments du sang conservant à peu près les proportions normales. M. Andral ayant voulu, dans deux cas de chlorose, s'assurer de l'état physique des globules, les a trouvés beaucoup plus petits que de coutume ; un certain nombre étaient déformés, comme brisés et disséqués, semblables à des espèces de filaments. Deux mois plus tard, l'une des deux malades fut saignée ; le sang présenta alors de très-beaux globules, bien différents des précédents. L'auteur a vérifié ces expériences, et a obtenu exactement les mêmes résultats : circonstance d'autant plus à noter que l'aspect filamenteux des globules dans le sang des chlorotiques avait été mis en doute par plus d'un observateur. Mais M. Sélade va plus loin : il pense que les globules ont subi également une altération dans leur *qualité*, que la matière appelée *hématosine*, et qui forme

leur enveloppe, s'y trouve en proportion moindre que dans d'autres maladies, ce qui expliquerait la décoloration du sang. « Si l'altération, dit-il, ne portait que sur la quantité, pourquoi faudrait-il toujours un traitement tonique *ferrugineux* de plusieurs semaines avant d'amener une amélioration dans l'état des chlorotiques, tandis que, chez les malades qui ont éprouvé une hémorrhagie forte ou longtemps prolongée et *chez lesquels il reste une très-petite quantité de globules, quelquefois moins que dans la chlorose*, un traitement de quelques jours et *autre que celui des martiaux* rend bientôt au sang ses qualités normales? » On peut appuyer les considérations précédentes de ce fait expérimental que le sang des chlorotiques rend, par l'analyse chimique, moins de fer que celui des autres malades ou des individus bien portants. Or, le fer résidant précisément dans l'enveloppe des globules, cela revient à dire que les globules en contiennent moins, en d'autres termes qu'ils sont modifiés dans leur qualité.

Nous ne savons trop si l'auteur, en affirmant qu'il est des chlorotiques chez lesquelles la menstruation a lieu *comme à l'état normal*, a exprimé rigoureusement le résultat de l'observation. Il y a des hémorrhagies mensuelles trop abondantes qui finissent par amener la diminution proportionnelle des globules et une variété particulière de chlorose. Il y a des chloroses essentielles, venues, par exemple, sous l'influence d'émotions morales, qui s'accompagnent d'hémorrhagies utérines : ce sont les *chloroses ménorrhagiques* de M. Trousseau. Il y a enfin des chloroses, et celles-là ne sont pas rares, qui se développent dans les premiers temps de la menstruation, après deux ou trois flux réguliers et faciles; mais que les règles continuent, pendant le cours d'une chlorose, *comme à l'état normal*, c'est un point sur lequel il nous faut nous en rapporter à l'observation de M. Sélade plus qu'à la nôtre et à celle du commun des praticiens.

Mais cet observateur signale, à l'occasion de la faiblesse musculaire, un trait parfaitement exact de la chlorose, en disant que, s'il est des malades incapables de marcher ou de monter les escaliers, il en est d'autres qui, toutes faibles qu'elles sont, « dansent néanmoins toute la nuit au bal. » Il est facile de s'assurer du fait, chaque hiver, dans les salons de la capitale. On s'étonne de voir tournoyer pendant six ou huit heures, dans une atmosphère étouffante, des jeunes filles tellement anémiques, tellement chlorotiques, que la face n'en devient pas seulement plus rosée, que la peau ne s'humecte pas. Sans doute, dans ces sortes de chloroses, la circulation centrale conserve sa liberté; le cœur n'offre pas cet état d'éréthisme qui le fait si souvent battre avec violence au moindre mouvement, et il n'existe qu'une débilité et une flaccidité musculaires dont l'excitation cérébrale parvient à triompher momentanément.

En rendant compte récemment d'un mémoire de M. Gintrac, nous faisions remarquer que l'irritation habituelle du tube digestif coïncidant avec la pâleur de la peau, la flaccidité des chairs, des bruits de souffle dans les artères, ne suffisaient pas, en l'absence de l'analyse chimique du sang, pour différencier cet état de la vraie chlorose. M. Sélade insiste précisément sur un fait que nous avions invoqué à l'appui de notre remarque, à savoir l'irritabilité morbide des voies digestives dans des cas de chlorose parfaitement caractérisés, et, de plus, la coexistence, dans certains cas, à titre de complications, d'affection chronique de l'estomac et des intestins. Dans d'autres parties de son travail, il insiste également sur la difficulté avec laquelle certaines chlorotiques supportent les ferrugineux : difficulté plus grande encore parfois qu'il ne paraît le penser, et telle qu'on est forcé de les suspendre à chaque instant pour calmer l'éréthisme intestinal ou arrêter la diarrhée qu'ils ont provoquée.

Les détails dans lesquels l'auteur est entré sur les bruits du cœur et des vaisseaux et sur leur signification sont très-exacts, mais on est surpris de ne les voir jamais désignés que sous le nom de bruits cardiaques et artériels, et de ne rencontrer absolument aucune mention des travaux récents de MM. Ward, Hope, Aran, sur les bruits des grosses veines. Ces auteurs admettent que le bruit de souffle continu de la chlorose et de l'anémie se passe uniquement dans les veines jugulaires interne et externe. L'ancienne opinion, celle qui place le siége de ces bruits dans les artères, a encore, il est vrai, ses partisans; mais la première méritait qu'on en tînt compte, car elle l'emporte certainement, à l'heure qu'il est, par le nombre des suffrages.

Ici se termine ce que nous voulions dire de l'excellent travail de M. Sélade; l'espace nous manque pour nous y étendre davantage. Nous ne finirons pas cependant sans recommander au lecteur un exposé très-exact et très-judicieux du traitement de la chlorose, aussi bien que des maladies qui la développent, de celles qu'elle engendre et de celles qui la compliquent.

X. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE;

PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations pratiques sur la fissure à l'anus et sur son traitement*; par M. Thiry. 2° *Restauration complète du nez, d'après la méthode de M. Dieffenbach;* par M. Verhaeghe. (Exemple d'un succès obtenu par M. Dieffenbach lui-même, et en opérant d'après les principes développés dans son dernier ouvrage, chez un homme où manquait tout le nez ainsi que ses os propres.) 3° *Court aperçu d'une variété de pustule maligne non encore classée dans les cadres nosologiques;* par M. Van Swygenhoven. 4° *Observation d'atrophie traumatique consécutive à une lésion du nerf maxillaire supérieur droit;* par M. Vallez. 5° *Perforations intestinales spontanées;* par M. Puttaert. (Deux observations, avec autopsie, propres à démontrer le caractère insidieux de la maladie. Dans un cas le sujet était, huit heures avant la mort, dans un état satisfaisant; il y avait une perforation de l'iléon avec traces d'une ulcération préexistante. Dans l'autre cas, les accidents ont été plus foudroyants encore; l'iléon était le siége d'une gangrène avec perforation.) 6° *Note relative à l'action des bains de Baréges et de l'oxysulfo-sulfate sodique dans la goutte, dans les affections rhumatismales et dans toutes les maladies qui reconnaissent pour cause un vice psorique;* par M. Koene. 7° *De l'extrait de feuilles de sureau, de l'alun calciné, mélangés à l'onguent populéum, employés comme antihémorrhoïdal;* par M. Vallez. 8° *Sur les inflammations des poumons (pneumonies)*; par le professeur Rokitansky. (Extrait du MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Rokitansky; traduit de l'allemand par M. Gœde.) 9° *Sur une sonde pharyngienne destinée à l'alimentation forcée des aliénés;* par M. Bougard. 10° *Histoire d'un cas d'amnésie survenue subitement pendant la convalescence d'une affection exanthématique;* par M. Pigeolet. 11° *Néphrite calculeuse, rein unique, collections purulentes, mort, nécroscopie;* par M. le docteur Henriette. (Le plus souvent, quand il n'existe qu'un rein, on rencontre quelques traces de l'organe congénère; ici il n'existait absolument qu'un rein, un uretère, une artère rénale. Le calcul était composé d'urate d'ammoniaque, d'urate de soude, d'acide urique et d'oxalate de chaux.)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA FISSURE A L'ANUS ET SUR SON TRAITEMENT; par M. THIRY.

Nous reproduisons en substance les idées principales de ce travail qui, sans offrir aucune idée essentiellement originale, se recommande néanmoins par une juste appréciation de la part que prend chaque élément morbide dans l'ensemble des symptômes qui accompagnent la fissure à l'anus.

Les fissures à l'anus non compliquées sont entretenues par un manque de contractilité des fibres musculaires de la portion moyenne du rectum qui, dilatées outre mesure, ne jouissent plus d'une force assez grande pour expulser les matières fécales, et ainsi vaincre la résistance qui leur est opposée par la constriction spasmodique du sphincter.

On ne doit plus accorder à cette constriction la même importance qu'on le faisait autrefois; c'est un système tout à fait secondaire. Ce n'est plus contre lui que doivent être dirigés les moyens curatifs; s'il affecte quelque gravité, on le traitera comme une complication.

Les lavements de ratanhia paraissent être le remède le plus facile, le plus prompt et le plus efficace de ces fissures. Comme ils ne peuvent avoir d'action que si le rectum est vide et que si les matières ne s'y accumulent pas ordinairement, il importe de les faire précéder et accompagner par des purgatifs doux, des émollients et un régime sévère. Les bains de siége, le froid et les calmants seront utiles contre la douleur, les démangeaisons et la constriction spasmodique excessives.

Si la fissure tient à un vice local ou à une diathèse, il faut, dans le premier cas, modifier d'abord cet état; dans le deuxième, débuter par combattre la diathèse. Certaines fissures semblent tellement inhérentes à la constitution des malades qu'on ne peut les guérir; d'autres fois il faut les respecter comme des émonctoires salutaires ouverts par la nature.

L'opération, telle que la pratiquait Boyer, doit être abandonnée; si cependant on rencontrait des cas où l'opération semblât avantageuse ou indispensable, on devrait recourir de préférence à la section sous-cutanée. Mais, en pareille circonstance, qu'on sache bien que l'opération n'agirait que contre un symptôme et non contre la source du mal, et qu'il faudrait, pour obtenir une guérison complète, venir à son aide avec des moyens appropriés.

La cautérisation, la dilatation, les altérants, les astringents et les narcotiques ne s'adressent qu'à un ou plusieurs symptômes de la fissure, et non à sa cause principale. Ce ne sont que de simples adjuvants, qu'on peut parfois employer, mais en faisant en même temps usage d'une médication plus rationnelle et plus positive.

Quant à l'appareil de M. Cazenave (de Bordeaux), il ne peut rien lorsqu'il est réduit à sa seule puissance; mais uni au traitement par le ratanhia, il

pourrait, dans les fistules rebelles, constituer un adjuvant très-avantageux en ce sens qu'il préserverait la surface de la fissure du contact toujours irritant des matières fécales.

D'UNE VARIÉTÉ DE PUSTULE MALIGNE NON ENCORE CLASSÉE DANS LES CADRES NOSOLOGIQUES; par le docteur VAN SWYGENHOVEN.

Cette variété de pustule maligne, suivant l'auteur, n'est jamais communiquée directement ni indirectement à l'homme par des animaux atteints d'affection charbonneuse ou de fièvres dites malignes. Voici les principaux caractères qu'il lui assigne.

Ses périodes sont à peu près les mêmes que celles de la pustule maligne ordinaire et n'en diffèrent que par une moindre intensité. La forme de la pustule et presque constamment ovale et ne dépasse presque jamais la longueur d'un grain de maïs. Elle affecte pourtant quelquefois la forme arrondie. La vésicule est constamment plus grande que le point gangrené. La sérosité n'est que très-rarement de couleur roussâtre; le plus souvent elle est blanche, légèrement salée et ne corrode point les parties saines avec lesquelles elle se trouve en contact. Cette sérosité inoculée ne produit pas d'affection semblable ni analogue.

Les parties voisines rougissent, s'enflamment et se tuméfient. La tuméfaction est large et dépasse de beaucoup le point primitivement envahi, sans jamais s'accompagner de phlyctènes, ni de crépitation.

Le point gangrené ne s'élargit pas et ne s'étend pas profondément. A son maximum, il n'a que 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Quant aux symptômes généraux, ils n'offrent jamais de gravité. « C'est tout au plus s'ils dépassent ce que l'on connaît vulgairement sous le nom d'*indisposition*. »

Une incision cruciale pratiquée avec la lancette fait souvent avorter la maladie. La cautérisation par le feu est nuisible; celle par les substances escarrotiques ne doit même être mise en usage qu'avec circonspection. Une diète appropriée, des émissions sanguines générales et locales, des émollients unis aux narcotiques *loco dolenti*, enrayent ou dissipent promptement les symptômes. Au bout de trois à quatre jours, l'escarre se détache; après quoi la guérison complète ne se fait pas attendre.

On voit par les détails précédents que la pustule dont il est ici question n'est qu'une variété en quelque sorte mitigée de la vraie pustule maligne. Elle en offre les caractères principaux au degré près; cependant son origine spontanée l'en différencie d'une manière essentielle et semble démontrer que le corps de l'homme peut engendrer de toutes pièces le même principe délétère qui lui est quelquefois transmis par les animaux malades; de la même manière qu'il peut engendrer le virus de la variole ou le miasme de la peste, aussi bien que les recevoir d'autrui, avec cette différence qu'ici le premier cas n'est pas exceptionnel et n'offre pas moins de gravité que le second. M. Swygenhoven assure que cette variété de pustule n'est pas rare en Belgique et se rencontre en tous pays. Toujours est-il qu'elle n'a pas été, que nous sachions, signalée en France et n'a pas de place dans les cadres nosologiques.

OBSERVATION D'ATROPHIE TRAUMATIQUE CONSÉCUTIVE A UNE LÉSION DU NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT; par M. VALLEZ.

Cette observation nous a paru contenir un fait nouveau; mais avant de la rapporter, nous croyons utile de bien préciser celles de ses circonstances qui sortent de la série des phénomènes de physiologie pathologique connus et admis jusqu'à ce jour. On sait que la section du trijumeau à l'intérieur du crâne, si souvent faite par M. Magendie, amène chez les animaux un trouble dans la nutrition de l'œil et par suite sa désorganisation; de même MM. Serres, Abercrombie, Stanley, Montault, etc., ont vu chez l'homme un pareil résultat produit par des tumeurs intra-craniennes qui comprimaient le trijumeau ou qui lui avaient fait perdre sa structure. Dans ces deux ordres de cas la lésion du trijumeau existait sur une portion de ce nerf située entre le cerveau et l'œil. On a bien vu, à la vérité, des amauroses être produites par une contusion des branches de l'ophthalmique, portant sur un point de ce nerf très-rapproché de la périphérie, comme à la tempe, au sourcil; et les faits de ce genre forment une classe distincte, une variété bien décrite dans le cadre des amauroses. Mais on ne possédait pas encore, que nous sachions, d'exemple aussi caractérisé que le suivant de perturbation de la nutrition du globe oculaire par l'effet de la lésion d'une partie du nerf placée entre l'œil et la périphérie. Sous ce rapport, et bien que quelques doutes doivent peut-être être manifestés sur la réalité de la cause invoquée ici par M. Vallez, il est digne de piquer vivement l'attention.

OBS. — Le nommé Joseph D..., âgé de 40 ans, vint consulter M. Vallez au milieu du mois d'août 1845. Dans le courant de mai, il avait senti la vue de l'œil droit baisser progressivement. Un larmoiement continuel de cet œil s'était bientôt changé en sécrétion puriforme. A la suite de l'application d'un cataplasme, la cornée s'était vidée avec de vives douleurs. Depuis lors (deux mois environ avant de venir trouver M. Vallez) le globe de l'œil s'était rétracté peu à peu.

Lorsque M. Vallez l'examina, cet œil représentait comme un morceau de craie sali, irrégulier, exécutant parfois de petits mouvements cadencés surtout quand on le touchait ou qu'on le mettait à découvert; il était mou et causait de la douleur dans le fond de l'orbite quand on le déprimait avec le doigt.

La peau de la face du côté droit était insensible aux piqûres d'une aiguille, à moins qu'on n'enfonçât celle-ci plus profondément. La bouche, lorsque le malade riait, se portait à gauche. La langue sortait en ligne droite. Les aliments n'avaient plus pour lui la même saveur qu'avant sa maladie. Odorat et audition dans l'état normal. Légère céphalalgie.

L'œil gauche était intact, mais un peu larmoyant.

M. Vallez, cherchant à se rendre compte de l'origine de cette singulière affection, remarqua que la joue droite de M. B... était sillonnée par une cicatrice longue de deux pouces: elle suivait une ligne qui partait de l'aile droite du nez pour se rendre au lobule de l'oreille correspondante. Elle était saillante, blanche et indolente. La joue du même côté demeurait constamment pâle, tandis que la gauche se colorait au grand air et possédait plus de chaleur naturelle.

Interrogé par M. Vallez, qui soupçonnait déjà la liaison existant entre cette blessure et la désorganisation de l'œil, le malade répondit que, étant un matin occupé à se raser, deux de ses amis lui avaient poussé le bras et que le rasoir avait fait cette profonde coupure, d'où il s'écoula beaucoup de sang. Elle mit un mois à se guérir.

M. Vallez ayant enfin prié M. B... de fixer ses souvenirs et de tâcher de bien préciser les époques, il répondit que la blessure avait eu lieu au commencement de mars, et que c'était un mois après sa cicatrisation qu'il avait senti l'œil droit atteint.

NOTE RELATIVE A L'ACTION DES BAINS DE BARÉGES ET DE L'OXYSULFO-SULFATE DE SOUDE DANS LA GOUTTE; par le docteur KOENE.

Les affections rhumatismales, goutteuses, et les diverses maladies chroniques de la peau sont le résultat « de l'effort que fait l'émonctoire principal pour expulser les acides de la constitution, afin de laisser au sang et aux autres humeurs un alcali, en particulier la soude, susceptible de tenir en dissolution la fibrine, l'albumine et la protéine. » En saturant ces acides, tout en introduisant dans l'économie le dissolvant des principes régénérateurs, on ramène la constitution à l'état normal. C'est, comme on le voit, la théorie de Turck (TRAITÉ DE LA GOUTTE).

L'aluminate de soude, sous forme de bains, vanté par ce dernier praticien, a une grande efficacité contre la goutte; mais, en pénétrant dans la peau, il abandonne de l'alumine qui, en obstruant les pores, s'oppose au passage ultérieur de sel alcalin, tout en s'opposant à la transpiration et en arrêtant ainsi l'action médicamenteuse. Ceux des médicaments sudorifiques qui, en même temps, par suite de leur avidité pour l'oxygène, sont susceptibles de neutraliser les acides, paraissent plus appropriés à l'indication à remplir. Tels sont les sulfures alcalins. Ils ont l'avantage d'arrêter jusqu'à un certain point la formation des acides urique et phosphorique, de détruire les animalcules et les végétations cryptogamiques si fréquentes chez l'homme; et d'enlever à la peau tout ce que cet organe dérobe lui-même aux humeurs. Le sulfure alcalin le plus en usage est le tri-sulfure de potasse, vulgairement appelé *foie de soufre*. Mais ce composé ne peut rendre à la constitution l'alcali qui lui manque, produit à la peau une excitation trop forte, répand une odeur fort désagréable, et de plus dépose, par l'action des acides, une certaine quantité de soufre qui doit s'opposer comme l'alumine, quoique à un moindre degré, à la transpiration et à l'action ultérieure du médicament. Ce soufre se résorbe peu à peu, il est vrai, mais, en se résorbant, il forme dans la peau même, et longtemps après que le bain a été pris, de l'acide sulfhydrique dont l'odeur incommode les malades.

De tous ces inconvénients, le proto-sulfure sodique n'en présente qu'un: c'est celui de dégager aussi de l'acide sulfhydrique. Mais on évite cet inconvénient en le mélangeant avec une solution de carbonate de soude, qui fait naître du bi-carbonate, de l'eau et du sulfure.

Telle est, en substance, la note de M. Koene, dont le mérite, à défaut de vues nouvelles, est d'exposer très-clairement la théorie de l'action des sulfures alcalins sur l'économie malade. Il finit par une formule de bains inodores absolument semblable, pour la composition et les doses, à celle d'Anglada et de M. Boudet, modifiée et mise en vogue par M. Quesneville. Il est singulier que l'auteur ne fasse pas mention de cette ressemblance.

NOTE SUR UNE SONDE PHARYNGIENNE DESTINÉE A L'ALIMENTATION FORCÉE DES ALIÉNÉS; par le docteur BOUGARD.

Le principe de cet instrument est de permettre d'introduire sûrement, facilement et aussi souvent qu'on le désire, toute espèce d'aliment solide ou liquide, *jusqu'à une petite distance au-dessous de la glotte*, les contractions involontaires de l'œsophage étant ensuite chargées de faire arriver l'aliment jusque dans l'estomac. Cet instrument, comme on le voit, n'est destiné qu'aux cas d'aliénation et non à ceux de paralysie des organes

de la déglutition. Il se compose : 1° d'un *morillon en bois*, destiné tout à la fois à maintenir les mâchoires écartées et à fixer l'extrémité externe de la sonde. Ce morillon a 14 centimètres de longueur et 15 millimètres de largeur et d'épaisseur. Il présente à sa partie moyenne un trou destiné à recevoir la sonde ; à ses extrémités sont attachées deux courroies qui se réunissent à la nuque au moyen d'une boucle. 2° D'une *sonde métallique* dont le moule a été pris sur le cadavre et assez longue pour dépasser d'un pouce environ l'ouverture du larynx. Celle dont se sert habituellement l'auteur est longue de 15 centimètres, non compris le pavillon. On peut lui donner de 8 à 18 millimètres de diamètre. Le pavillon est infundibuliforme et très-large ; l'extrémité interne est légèrement arrondie et percée directement. Cette ouverture est un peu plus étroite que le canal du corps de la sonde ; pendant l'introduction, elle est fermée par l'extrémité boutonnée d'un mandrin obturateur, lequel sert encore à désobstruer la sonde pendant l'introduction des aliments.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 AOUT.

M. DUMÉRIL fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Blanchard relatif au système nerveux des insectes.

Il ne nous a pas été possible de prendre connaissance du texte de ce rapport.

DÉGRADATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION CHEZ LES MOLLUSQUES.

M. MILNE-EDWARDS lit un travail ayant pour titre : NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA DÉGRADATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION CHEZ LES MOLLUSQUES.

Dans diverses occasions, l'auteur a cherché à montrer que l'ordre d'apparition des principaux appareils varie chez les animaux appartenant à des types essentiellement différents, et qu'il existe une relation intime entre l'ancienneté d'une partie dans l'organisme naissant et l'importance des caractères zoologiques que cette partie peut fournir. Il a insisté également sur la formation tardive du cœur chez les mollusques. En appliquant à ce cas particulier la règle générale qui vient d'être rappelée, il a été conduit à penser que dans cette grande division du règne animal l'appareil de la circulation ne peut avoir la même importance que chez les vertébrés, où le cœur entre en fonction dans les premiers temps de la vie embryonnaire, et que les instruments affectés au service de l'irrigation nutritive ne doivent pas offrir dans leur mode de constitution l'invariabilité qui se reconnaît chez les animaux supérieurs, et que, quel que soit le degré de perfection auquel cet appareil arrive dans certaines espèces, on doit s'attendre à le voir se dégrader chez d'autres sans que cette dégradation entraîne nécessairement à sa suite des modifications profondes dans le plan général de l'organisme. C'est ce que l'auteur s'est attaché à démontrer dans ce nouveau mémoire.

— M. DE QUATREFAGES lit un travail intitulé : ÉTUDES SUR LES TYPES INFÉRIEURS DE L'EMBRANCHEMENT DES ANNELÉS. C'est un travail exclusivement descriptif dont l'auteur se propose de faire connaître plus tard les déductions.

MALADIE CONNUE AU BRÉSIL SOUS LE NOM DE MORPHÉE.

M. RENDU lit une note sur une maladie étrangère à nos contrées, qu'il a eu l'occasion d'observer dans le Brésil, où elle est connue sous le nom de *morphée*. Cette maladie ne lui paraît pas différer essentiellement de la lèpre tuberculeuse, et elle a, suivant lui, quelque analogie avec la pellagre.

La morphée attaque tous les âges ; les hommes comme les femmes y sont également exposés, quelles que soient d'ailleurs leur race et leur couleur. Rien dans la constitution ni dans la santé générale ne semble annoncer l'apparition du fléau. Des taches, dont la largeur et la couleur varient, apparaissent au visage et sur différentes parties du corps, et la peau, dans les points qu'elles occupent, a perdu sa sensibilité et sa propriété exhalante. Par degrés ces taches augmentent en nombre et en étendue. A ce premier symptôme, dont la durée est de sept à huit mois, succèdent des tubercules qui surgissent soit aux points primitivement maculés, soit aux endroits où l'on n'avait aperçu aucune tache. C'est plus particulièrement à la face, aux oreilles, aux sourcils, que se montrent ces tubercules, dont l'épaisseur augmente graduellement, et qui peuvent acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Ils donnent au toucher la sensation d'un corps dur et résistant. La peau, aux dépens de laquelle ils se sont développés, a totalement perdu sa sensibilité. Tantôt ces tubercules s'ulcèrent et suppurent, tantôt ils se résolvent et disparaissent ; mais le plus souvent ils persistent, augmentent en nombre et en grosseur, et de larges ulcères leur succèdent.

Lorsque la maladie a déjà quelque durée, souvent alors on voit la membrane muqueuse des fosses nasales se prendre, des ulcérations s'établissent, les cartilages nasaux tombent, le nez se déforme, la voix est altérée et le mal, continuant ses ravages, s'étend jusqu'aux poumons, à la lésion desquels finit par succomber le morphétique.

Les taches à la peau, tel est le premier symptôme de la maladie ; l'insensibilité de la peau là où les taches existent, ainsi que le défaut d'exhalation, constituent les signes distinctifs de l'affection. A ces signes locaux viennent s'ajouter d'autres phénomènes particuliers : des crampes musculaires, des soubresauts, une sensation de fourmillement ou d'engourdissement, de la somnolence, etc. Dès le début de l'affection, les désirs vénériens sont abolis. Ce symptôme devient plus prononcé à mesure que la maladie fait des progrès.

Les organes digestifs sont intacts, circonstance par laquelle cette maladie diffère de la pellagre.

L'auteur a constaté à l'autopsie une diminution constante du volume de la masse encéphalique et de la moelle épinière. C'est la seule lésion constante qu'il ait observée.

Les causes prochaines ou déterminantes de cette affection lui paraissent devoir être attribuées à une température élevée et humide, à une alimentation trop azotée, et à la non-observance des préceptes hygiéniques.

Jusqu'ici cette maladie est restée sans remède. Tout individu atteint de morphée est voué à une mort plus ou moins rapide. L'auteur pense que dans l'état des choses ce n'est pas tant la maladie elle-même qu'il faut combattre que la cause première du mal, qu'il faut surtout s'attacher à détruire par les préceptes d'une bonne hygiène.

MIGRAINE.

M. AUZIAS-TURENNE lit un mémoire sur le mécanisme de la migraine.

Il définit la migraine : *une douleur de tête qui résulte de la compression du nerf trijumeau, et plus particulièrement de sa branche ophthalmique, par du sang accumulé, sous l'influence de causes très-diverses, dans les sinus de la base du crâne, et spécialement dans le sinus caverneux.*

L'auteur justifie cette définition par un grand nombre de faits empruntés à l'anatomie normale et à la physiologie pathologique. Il passe en revue les principaux symptômes de la migraine et montre que chacun d'eux s'explique facilement par la théorie qu'il expose.

C'est ainsi que, d'après lui, la prédilection de la migraine pour la branche ophthalmique de Willis et ses différentes ramifications résulte des rapports directs de cette branche avec le sinus caverneux, et que les vomissements qui compliquent la migraine tiennent aux rapports du nerf pneumo-gastrique avec le golfe de la veine jugulaire interne et avec cette veine elle-même.

Si la prédisposition à contracter la migraine disparaît quelquefois à l'arrivée de l'époque menstruelle pour se reproduire vers l'âge critique, si des évacuants et des révulsifs puissants appliqués vers les membres inférieurs ont une heureuse influence contre la migraine, cela provient d'une sorte d'antagonisme qui existe entre le système de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure. En diminuant la quantité et l'activité du sang qui circule dans le premier de ces vaisseaux, on facilite le débouché du second et de ses veines tributaires dans l'oreillette droite du cœur.

L'auteur insiste particulièrement sur les positions qu'il faut prendre et sur les mouvements qu'il faut exécuter pour prévenir ou rendre moins intenses les accès de migraine ; ce sont toutes celles qui facilitent le dégorgement des sinus.

M. Auzias passe ensuite en revue et combat un très-grand nombre d'objections qui pourraient être adressées à sa théorie et arrive aux conclusions suivantes :

1° L'idée de migraine implique celle de compression très-modérée d'un nerf sensible et du trijumeau en particulier.

2° Les agents de cette compression sont quelques réservoirs veineux gorgés de sang, et bien plus particulièrement les sinus caverneux.

3° Le traitement de la migraine doit donc avoir pour objet : 1° de prévenir cette compression ; cette partie du traitement constitue la prophylaxie de la migraine ; elle emprunte à l'hygiène générale ses moyens d'action ; 2° d'en pallier les effets par des mouvements, des positions de la tête, etc. ; cette partie du traitement constitue le traitement palliatif de la migraine ; elle emprunte à la gymnastique ses moyens d'action ; 3° de faire disparaître ces effets. On obtient ce résultat par le concours de moyens gymnastiques et de substances médicamenteuses stimulantes, évacuantes et révulsives.

4° Mais dans aucun de ces trois points de vue thérapeutiques on ne doit négliger la cause de l'accumulation du sang dans les grands réservoirs veineux de la base du crâne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal est lu et adopté, après une rectification demandée par M. Dupuy.

M. LONDE demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Dans la proposition additionnelle qui a été déposée sur le bureau par M. Mélier, dit-il, il est exprimé le vœu qu'il soit institué un congrès entre les nations européennes pour régler l es conditions sanitaires relatives à la peste. Ce vœu avait déjà été exprimé par Chervin ; voici ce qu'il écrivait en 1833, dans une pétition qu'il adressait à la chambre des députés :

« L'Europe, qui depuis dix-huit ans a formé tant de congrès dans les intérêts politiques, ne pourrait-elle pas en former un dans l'intérêt de l'humanité, de la science et des relations des peuples entre eux. »

Je regrette que M. Mélier n'ait pas cru devoir rapporter cette proposition à son véritable auteur.

M. MÉLIER : En déposant sur le bureau une proposition que j'ai crue utile, je n'ai eu nullement la pensée de m'en attribuer la priorité. M. Londe peut être assuré que lorsque je serai appelé à la développer, je rendrai toute justice à cet égard à la mémoire de Chervin.

— M. Martinet se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Dubowistki, récemment élu correspondant, est présent à la séance.

DIFFORMITÉ SUITE DE FRACTURE; RÉSECTION DES FRAGMENTS.

— M. Blandin demande la permission, avant que l'Académie reprenne l'ordre du jour, de lui faire une présentation au nom de M. le docteur Josse d'Amiens. Il s'agit d'un cas de difformité de la jambe, par suite de fracture comminutive des deux os. M. Josse a eu l'idée, pour remédier à cette difformité, de faire une opération qui n'est pas nouvelle sans doute, mais qui n'en mérite pas moins, par l'heureux résultat qu'elle a eu, d'être signalée à l'attention de l'Académie; il a opéré la résection des fragments qu'il a ensuite mis en rapport dans leur direction normale, et il a obtenu ainsi une consolidation parfaite après avoir rétabli la rectitude du membre.

M. Blandin met sous les yeux de l'Académie les moules en plâtre représentant l'état de la jambe avant et après l'opération. Le résultat de cette opération a été un service signalé pour le malade qui marche maintenant sans claudication et qui n'a plus à la place d'une difformité considérable qu'un peu de raccourcissement auquel il remédie par une chaussure élevée.

M. Duméril rappelle à cette occasion qu'il existe dans les collections de la Faculté les moules de deux jambes dans un état à peu près pareil et qui ont été opérées dans le temps par M. Josse, qui est sans doute le père du chirurgien au nom duquel M. Blandin vient de faire cette intéressante communication. Le résultat fut également remarquable.

M. Duméril a vu depuis l'opérée, qui était une jeune fille, danser sans la moindre gêne dans ses mouvements.

M. Velpeau fait remarquer que les deux cas ne sont pas tout à fait de la même nature. Dans l'un, la résection a été faite immédiatement après la fracture, tandis que, dans l'autre cas, elle ne fut faite que longtemps après la consolidation.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. le Président : A la fin de la dernière séance l'Académie n'étant plus en nombre, il n'a pas été possible de prendre une délibération; mais la liste des orateurs inscrits étant épuisée, la discussion est close de fait; je vais la mettre aux voix pour passer ensuite au vote des amendements.

M. Adelon : Cela n'est pas exact, la discussion n'est pas close; M. Gérardin était inscrit pour parler dans la dernière séance; il m'a cédé son tour de parole pour répondre à M. Prus; je demande qu'il soit entendu aujourd'hui. L'article en discussion est trop important pour qu'on vote sans avoir entendu toutes les opinions.

M. le Président : M. Gérardin a été appelé à la fin de la dernière séance, il n'a pas répondu à l'appel de son nom, il a perdu par conséquent son droit. Si l'on procédait autrement la discussion serait interminable.

M. Adelon insiste pour que M. Gérardin soit entendu. (Appuyé.)

M. le Président : L'Académie désire-t-elle entendre M. Gérardin? (Oui, oui.) En ce cas M. Gérardin a la parole.

M. Gérardin : J'ai demandé la parole pour appuyer l'amendement de M. Adelon, non-seulement parce qu'il me paraît fondé sur des motifs incontestables, mais encore parce que je pense que le renvoi peut rendre un service signalé à l'Académie et à la commission elle-même.

Plus on réfléchit au grave sujet actuellement en délibération, plus on reste convaincu combien la discussion générale a été sérieuse, approfondie, honorable pour tous. Il était permis de croire qu'après la clôture d'une pareille discussion la commission tiendrait compte des observations qui lui avaient été faites, et qu'elle en profiterait, sinon pour modifier le rapport, au moins pour en rectifier les conclusions. La commission en a jugé autrement, elle a cru devoir persister dans sa manière de voir. C'était son droit. Toutefois, je pense que ses propositions pouvaient être modifiées avantageusement dans leur nombre, dans leur ordre et dans leur rédaction.

Les conclusions sont au nombre de trente, autant qu'il y a de chapitres ou de divisions dans le rapport. En jetant les yeux sur ces conclusions, la première idée qui se présente est celle-ci : Était-il nécessaire de reproduire des conclusions telles qu'elles se trouvent dans le rapport? y avait-il urgence de le faire? Je ne le pense pas. Les conclusions, ainsi représentées dans l'ordre des divers paragraphes qu'elles terminent, manquent forcément de l'union qu'elles devraient avoir entre elles; si on les examine attentivement, on voit qu'elles sont éparses, isolées, sans ordre, les conclusions particulières mêlées aux conclusions générales; en un mot, ce ne sont point, à vrai dire, des conclusions, mais des propositions scientifiques qui donneront lieu à des débats interminables, sans produire de résultat utile.

Quel devait être l'ordre des conclusions? Le voici, suivant moi : la question capitale à traiter était celle-ci :

La peste peut-elle être importée en Europe? et quelles sont les conditions de cette importation?

En posant la question en ces termes, tout venait naturellement se ranger sous la main du rapporteur : Dans quels pays la peste se développe-t-elle spontanément aujourd'hui? Peut-elle être importée dans nos établissements sanitaires, etc.? Les conclusions ainsi formulées pouvaient être limitées à un petit nombre de propositions claires et précises. Mais vouloir faire voter l'Académie sur les questions d'origine et de spontanéité de la peste, sur la question de savoir si la peste est née ou non en Égypte, c'était évidemment l'engager dans des discussions sans fin et sans but. L'Académie résistera avec raison à se laisser entraîner sur ce terrain mobile, où il n'y a que doutes et incertitudes.

C'est pour cela que je pense qu'en adoptant la proposition de M. Adelon, ce sera fournir l'occasion à la commission d'aviser et de modifier ses conclusions en les disposant dans un ordre plus méthodique, et les réduisant aux questions susceptibles de recevoir une solution.

Je prie M. le rapporteur d'être bien persuadé que ces réflexions ne sont point dictées par un esprit d'opposition. Personne plus que moi n'a rendu hommage au travail consciencieux et important de la commission; mais si je me montre exigeant, c'est que j'ai la conviction que nous tenons en main les éléments d'une question de la plus grande importance, et que, pour résoudre cette question d'une manière fructueuse, la première condition est d'en bien poser les termes.

M. Adelon : Lorsque j'ai demandé que la parole fût accordée à M. Gérardin, j'ignorais complétement qu'il dût m'apporter un aussi puissant appui. Je l'en remercie, et je me félicite d'avoir insisté pour le maintien de son droit.

Je demanderai à l'Académie la permission de revenir encore sur l'incident qui a eu lieu dans la dernière séance. Lorsque la commission s'est réunie pour la dernière fois, après ma première argumentation, je croyais, je l'avoue, que la commission allait modifier sa proposition, mais il n'en a rien été; la majorité a persisté à en maintenir les termes, et a proposé de voter immédiatement soit sur la conclusion du rapport, soit sur ma proposition première. J'ai fait remarquer alors qu'ayant de nouvelles observations à soumettre à l'Académie, il n'était pas juste de voter sans les avoir entendues. On a répondu alors : Votons toujours; si M. Adelon modifie l'opinion de la commission, on reviendra sur ce vote. Vous vous rappelez comment les choses se sont passées dans la séance : M. le rapporteur, au moment où je venais de terminer mon discours, est allé recueillir un à un les avis des membres de la majorité, et il est venu déclarer en leur nom que la commission maintenait sa conclusion. Il y a eu dans cette manière de procéder une irrégularité et une rudesse à mon égard contre laquelle je ne puis m'empêcher de protester, malgré les explications que M. le rapporteur a données à cet égard à la fin de la dernière séance.

Un mot maintenant sur l'idée de congrès qui a été émise. Une idée semblable a déjà été proposée au sein du gouvernement, et je crois pouvoir dire qu'elle sera mise à exécution; il a même été question du choix du lieu où ce congrès devrait siéger : on a parlé de Gênes comme l'un des points les plus convenables. Ce projet dans lequel le gouvernement a devancé l'Académie, loin de devoir ralentir notre zèle, est un motif de plus, au contraire, pour que nous apportions la plus grande maturité dans nos délibérations.

Quant à la question actuellement en discussion, je ferai remarquer à l'Académie qu'il y a sept conclusions qui ont toutes trait au même fait de la peste spontanée; on ne peut par conséquent voter sur la première sans avoir préalablement examiné et discuté les six autres propositions avec lesquelles elle se lie. Je demande donc, si la proposition de M. Gérardin n'est pas adoptée, qu'on déclare la discussion close sur la première proposition, et qu'on renvoie le vote après la discussion des six propositions suivantes.

Enfin M. Adelon se plaint en terminant de la lenteur avec laquelle le bulletin reproduit les argumentations; il est même question, dit-on, de ne les reproduire à l'avenir que par extraits. Ces lenteurs et ces comptes rendus incomplets de nos séances ont un grave inconvénient; car lorsqu'il s'agit de voter, il se trouve un grand nombre de membres qui n'ont qu'une idée insuffisante des opinions émises, et qui sont exposés à voter sans connaissance de cause.

M. Pariset : J'ai un tort à avouer devant l'Académie, c'est de n'avoir pas assisté avec assez d'assiduité aux séances de la commission. Je m'exposerais à un nouveau tort si je me taisais en ce moment. Je viens de recevoir, par deux lettres d'Alexandrie et de Constantinople, l'avis que deux mémoires, l'un de M. Marchant, le second de M. Grassi, vont être adressés à l'Académie en réponse aux communications de M. Clot-Bey. Ces nouveaux documents de deux médecins aussi compétents dans la question me paraissent trop importants pour que l'Académie ne juge pas convenable d'ajourner toute délibération jusqu'à ce qu'ils soient parvenus à sa connaissance.

M. Castel demande la parole. (Oh! oh!)

M. Honoré vivement : Cette discussion sera interminable si on accorde ainsi la parole à tous ceux qui la demandent. L'Académie doit être maintenant suffisamment éclairée; je demande qu'on passe immédiatement au vote de la première conclusion. (Bruit; les cris : Oui, non, se croisent en tous sens.)

Après quelques instants d'hésitation, le président accorde la parole à M. Castel.

M. Castel : Je vous soutiens, messieurs, que mes vers sont fort bons. (M. Dupuy : Et moi fort mauvais. — Hilarité générale.) N'est-ce pas là le langage de la commission? Je vous demande s'il n'y a pas dans la commission une épidémie de présomption; il semble vraiment que la présomption ait été contagieuse pour tous ses membres.... (M. Dupuy : Non, elle est endémique. — Nouveaux rires.) N'est-il pas réellement inconvenant qu'après la discussion qui a eu lieu, la commission persiste à maintenir son travail, qu'elle ne se rende pas à l'évidente nécessité de le modifier! Vous avez entendu M. Adelon et M. Gérardin proposer le renvoi de la première conclusion à la commission, dans l'espérance que ce renvoi entraînerait des modifications à toutes les conclusions; pourquoi ne pas les renvoyer toutes en même temps? Qu'est-ce que ces conclusions, sinon des énoncés de faits vulgaires, de véritables trivialités?..... Est-ce que nous sommes constitués en Académie pour marcher ainsi terre à terre? Ne devons-nous pas faire mieux que le vulgaire? Notre mission est d'éclairer l'administration, de prévenir toutes les objections; or pense-t-on que le rapport, tel qu'il est conçu, remplisse

ce but? L'Académie se ferait étrangement illusion si elle pensait que ce travail n'a pas été jugé déjà en dehors de cette enceinte; il l'a été, et beaucoup plus sévèrement encore que nous ne l'avons fait nous-mêmes. M. le secrétaire perpétuel l'a dit avec raison en terminant son discours : « ce rapport est indigne de l'Académie, indigne de la commission; » et, pour ma part, je déclare que j'éprouverais le plus grand déplaisir s'il était présenté au nom de l'Académie.... Les membres de la commission, sans doute, sont tous d'excellents médecins, mais le rapport me fait l'effet d'être l'œuvre d'un homme qui n'a pas l'habitude d'écrire... (Oh! oh!); il ne pourrait être présenté ainsi à des hommes ayant la moindre culture d'esprit. (Murmures, vives réclamations sur tous les bancs.) Je répète que l'Académie se compromettrait en maintenant ce rapport tel qu'il est.

En résumé, ajoute M. Castel, au lieu de renvoyer la première proposition seulement, l'Académie ferait sagement de les renvoyer toutes, en laissant à la commission le temps de réformer son travail, dans l'espoir que, mieux éclairée par la discussion, elle nous rapportera un rapport plus digne d'elle.

Ainsi, je fais la proposition formelle de renvoyer, non pas une, mais toutes les conclusions à la commission.

M. Prus : J'avoue que ce n'est pas sans émotion que j'ai entendu les graves reproches qui viennent de m'être adressés. Lorsque je me suis chargé du dangereux honneur de rédiger le rapport, j'ai compris d'avance toute la gravité de la tâche que je m'imposais. J'ai lu et médité avec soin tous les éléments de la question avant d'entreprendre la rédaction du rapport, et quand je me suis présenté avec ce travail devant la commission et devant l'Académie, où j'ai été accueilli avec tant de bienveillance, j'étais loin de croire qu'il serait *ravalé* au point où on vient de le faire. Je crois voir, du reste, dans le caractère de ces attaques, la nécessité où l'on se trouve de suppléer par la violence à la faiblesse des arguments et au petit nombre des opposants.

On a beaucoup critiqué la division du travail et le nombre des propositions qui le terminent. La commission a cru devoir faire deux parts dans son rapport : l'une pour les questions scientifiques, l'autre pour les applications pratiques. Pour les propositions scientifiques, je maintiens qu'il n'en est pas une seule qui n'ait directement trait au régime quarantainaire; je me fais fort de le prouver quand on voudra. Que si l'on veut se borner à ce que l'on considère comme le point culminant de la question, l'importation de la peste, et ramener toutes les propositions à ce chef, on devrait adopter la proposition de M. Gérardin; je ne m'y oppose pas formellement, si tel est le sentiment de l'Académie; mais je persiste à croire qu'en agissant ainsi on négligerait des questions qu'il a paru utile à la commission d'examiner, et qu'on éclairerait moins l'administration; car il ne faut pas le méconnaître, dans l'état où étaient les esprits, sur ce sujet, il était indispensable de bien savoir ce qu'on devait penser des pestes spontanées et épidémiques.

M. le secrétaire perpétuel vient de nous dire que deux mémoires sont en route, l'un venant d'Alexandrie, l'autre de Constantinople. Mais, messieurs, nous connaissons les opinions de leurs auteurs, et je ne crois pas que l'Académie y doive puiser de nouvelles lumières. Cela a été prévu déjà d'ailleurs; la question est loin, sans doute, d'être épuisée, on recevra longtemps encore des documents du même genre, et si vous voulez attendre que toutes les opinions se produisent en dehors de l'Académie, il est évident que nous n'en finirons pas.

Relativement à ce que vient de dire M. Adelon sur les faits qui se sont passés dans le sein de la commission, je n'ai rien à ajouter aux explications que j'ai données dans la séance dernière.

Un mot encore à M. Castel, et je termine. Vous avez entendu en quels termes notre collègue a qualifié le travail de la commission; vous me permettrez de ne pas m'y arrêter. C'est votre vote qui décidera. (Très-bien! Marques générales d'assentiment.)

M. le Président : Il a été fait plusieurs propositions. Celle de M. Castel étant la plus radicale, je vais la mettre aux voix; mais auparavant je prierai M. Castel de dire à quels termes il s'arrête : si c'est le rejet pur et simple qu'il propose ou le renvoi à la commission.

M. Castel : Je demande que toutes les conclusions soient renvoyées à la commission. Si l'Académie n'adopte pas ma proposition, je me range à celle de MM. Adelon et Gérardin.

M. le Président : Mais vous ne pouvez pas proposer le renvoi de toutes les conclusions, la première étant seule en délibération. Je vais mettre aux voix le renvoi de la première conclusion, proposé par M. Adelon. (M. Castel : Soit.)

Quelqu'un appuie-t-il le renvoi de la conclusion?

M. Adelon : Sans doute. Ce renvoi est appuyé par MM. Desportes, M. Gérardin et M. Castel.

M. le président met la proposition aux voix. La première épreuve est déclarée douteuse.

M. Moreau demande le scrutin. (Non, non.)

M. Adelon : Mais je ferai remarquer que je n'ai pas demandé le renvoi pur et simple à la commission; ma proposition est moins absolue : j'ai demandé que la première conclusion fût rédigée de manière à ce qu'on n'y tînt compte que de ce qui a lieu aujourd'hui relativement à la spontanéité de la peste, et non pas de ce qui a eu lieu autrefois, sauf à renvoyer à la commission pour une nouvelle rédaction conforme.

M. le Président : Mais c'est au fond la même proposition. Je vais de nouveau la remettre aux voix. Plusieurs membres n'ont pas pris part au vote, je les invite tous à voter.

L'Académie vote. On compte 16 mains levées pour le renvoi, 15 contre. Quelques membres se sont abstenus. Le vote est encore déclaré douteux.

M. Gerdy : Je déclare que n'ayant pu assister à toutes les séances, je ne me crois pas suffisamment éclairé, et je considère comme un devoir de conscience de m'abstenir de voter; je crois que beaucoup de membres sont dans le même cas.

M. Gérardin lit l'article du règlement relatif aux votes, et croit qu'aux termes de cet article le résultat du vote doit être déclaré bon.

M. Honoré : On ne peut voter et délibérer ainsi. Beaucoup de personnes ne sont pas en état de voter avec connaissance de cause. Je demande que chaque fois qu'on devra voter, M. le rapporteur résume la discussion. (Réclamation sur tous les bancs.)

M. Adelon reproduit sa proposition et la motive sur la nécessité de discuter toutes les conclusions relatives à la spontanéité de la peste avant de voter sur la première conclusion. (Le scrutin! le scrutin!)

Plusieurs membres réclamant avec instance le scrutin, le président ordonne qu'il y soit procédé. Les bulletins devront porter seulement les mots *oui* ou *non* sur la simple proposition du renvoi à la commission.

Voici le résultat que donne le dépouillement du scrutin.

La feuille de présence porte 63 noms. Nombre des membres présents ayant pris part au vote 48. Oui 24; non 21; 3 bulletins blancs. La proposition de renvoi est adoptée.

La plupart des membres quittent leurs places au milieu d'une assez vive agitation.

ÉBURNATION DES SURFACES ARTICULAIRES.

M. Lesauvage (de Caen), correspondant de l'Académie, présente deux exemples d'éburnation des surfaces articulaires, survenue à la suite d'inflammation de l'articulation avec érosion des cartilages diarthrodiaux. M. Lesauvage avait déjà parlé, dans son mémoire sur les luxations spontanées, de ce mode d'altération entièrement négligé par les pathologistes.

La première pièce, consistant dans l'éburnation partielle de l'articulation fémoro-tibiale, au point correspondant des deux os, a été recueillie chez un détenu de Bicêtre, mort d'une maladie étrangère à cette affection.

La seconde présente une éburnation partielle de l'articulation coxo-fémorale. L'éburnation occupait, dans la cavité cotyloïde, la surface d'insertion du ligament interarticulaire qui avait disparu, et le point correspondant de la tête du fémur. Cette pièce a été recueillie chez un homme soumis à l'amputation de la cuisse à la suite d'une fracture comminutive, mort d'une résorption purulente quelques jours après l'opération. Avant l'accident qui a amené ce résultat fatal, le malade pouvait se livrer à ses travaux habituels sans rien éprouver qui pût mettre sur la voie de l'altération révélée par la nécropsie.

Il est quatre heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DES SCIENCES NATURELLES; par M. le professeur Duméril. — Cinquième édition; 2 vol. in-18.

Quand un ouvrage a reçu la consécration du temps, quand son succès a été justifié par des éditions multipliées et légitimes, on doit croire que l'ouvrage a, en effet, une valeur incontestable, qu'il a été fait avec d'excellents matériaux, disposés avec soin, et avec discernement. Tel est celui de M. le professeur Duméril dont nous annonçons la cinquième édition; elle a été mise au niveau des progrès les plus récents faits dans l'histoire naturelle. C'est sur ce point de nos connaissances, le *compendium* le plus substantiel qu'il y ait.

Le plan en a été indiqué verbalement par Napoléon en 1803; il y a plus de quarante ans que l'ouvrage a paru pour la première fois étant destiné essentiellement à l'instruction publique dans les lycées et les colléges qui succédaient aux écoles centrales. Ces volumes, dont les éditions s'étaient rapidement écoulées au delà de douze mille exemplaires, n'avaient pu être réimprimés depuis 1830 par des circonstances particulières indépendantes de l'auteur. Cependant il était nécessaire, pour mettre ce livre au courant des progrès de la science, de lui faire subir de grands changements, afin de profiter des découvertes de la physique et de la chimie dont les recherches récentes devaient modifier complétement les explications adoptées du mode d'existence de certains corps parmi ceux qui ne sont pas organisés. Des expériences positives avaient démontré que l'oxygène n'était pas la seule cause efficiente qui produit les acides; que la plupart des terres et des alcalis étaient des métaux oxydés ou des corps simples oxygénés; enfin qu'un très-grand nombre de matières étaient de véritables éléments nouveaux qui pouvaient s'unir entre eux, comme les métaux dans leurs divers alliages et former ainsi des substances chimiques naturelles tout à fait inconnues jusqu'alors tels que les azotures, les hydrures, les chlorures, les iodures, etc., ou produire des hydracides qui ne contiennent pas d'oxygène. Tous ces faits nouvellement introduits dans la science ont dû modifier considérablement les idées acquises et professées sur la nature des corps étudiés par les minéralogistes. C'est surtout à l'aide des découvertes obtenues par les effets électriques, que la composition de ces matières a été mieux connue, celle des substances salines en particulier. Pour n'en citer

qu'un exemple, peut-on se refuser aujourdhui à considérer le verre ou les cristaux factices autrement que des silicates, c'est-à-dire les produits de l'union, à l'aide du calorique, de l'acide ou oxyde de silicium avec des bases telles que la potasse, la soude ou le plomb ou quelques autres matières qui ont fourni de véritables oxydes dissous dans un corps acide?

Il fallait donc modifier les idées admises jusqu'à ce moment et exposer nettement ces faits, en procédant du simple au composé, pour faire connaître cette théorie récente et dans un ordre tel que l'enchaînement des idées laissât des notions claires et précises dans l'esprit et le jugement des lecteurs. Familiarisés ainsi avec ces premières et indispensables connaissances, beaucoup de jeunes gens pourront par la suite en profiter s'ils sont appelés à les étendre ou à les appliquer aux arts économiques, à l'industrie et aux sciences particulières qu'ils devront plus spécialement cultiver.

L'ouvrage du professeur Duméril a été évidemment composé sous la dictée de la simple observation des faits et des réflexions que leur étude a naturellement suggérées; car l'auteur a constamment suivi le même ordre, en supposant avoir sous les yeux l'existence d'un objet, d'une matière dont il avait à étudier les qualités et les propriétés. C'est une marche analytique à laquelle il a le mérite de s'être astreint dans tous les ouvrages qu'il a publiés et dans les cours sur les diverses branches de l'histoire naturelle qu'il a professées depuis plus de cinquante ans.

Les deux volumes que nous désirons faire connaître sont d'un format commode et élégant, ornés de vingt-huit planches gravées au simple trait, ce qui a permis de représenter sans confusion plus de cinq cents objets numérotés comme les paragraphes auxquels ils correspondent.

Des tables méthodiques et alphabétiques servent, dans chaque volume, à retrouver promptement les faits nombreux que renferment ces éléments. Ces tables offrent une sorte de *vocabulaire abrégé* qui facilite la mémoire et reproduit la valeur des termes définis et indiqués pour plus de cinq mille expressions employées ici pour la première fois, de sorte qu'elles n'ont pas exigé d'autres explications lorsqu'elles ont dû être reproduites. Chaque objet, en histoire naturelle, portant un nom distinct dont la valeur est convenue, il a fallu user de beaucoup de concision pour les faire connaître suffisamment. C'est un grand inconvénient de la science, même pour la mémoire la plus heureuse; mais la méthode employée par les naturalistes a tellement simplifié et coordonné les faits qu'elle est devenue un modèle de classification des idées. Au moyen de certains procédés rationnels, la disposition systématique fournit à la mémoire une sorte d'instrument mathématique d'analyse, à l'aide duquel les jeunes gens avides d'instruction apprennent à classer les idées acquises, à les caser et à les disposer de manière à les rappeler ou à les retrouver au besoin sans aucun effort de l'esprit ou de l'imagination.

Cette analyse rapide a eu pour but de donner non-seulement une idée générale de l'ouvrage, mais de faire voir que l'auteur n'a rien négligé pour y donner place aux découvertes et aux idées les plus récentes. Faire un pareil livre d'éléments, c'est servir la science sous plus d'un rapport, c'est aussi faire preuve d'une rare et profonde sagacité. X.

De l'ophthalmie gonorrhoïque; par M. Hairion. — Un vol, in-8° de XII-96 pages. 1846. Louvain, de l'imprimerie de P.-J. Peeters, rue Courte, 6.

Si cet opuscule ne peut point être regardé comme une monographie complète de l'ophthalmie blennorrhagique, il est juste cependant de reconnaître que toutes les questions importantes encore en litige sur cette affection y sont agitées et résolues. L'opinion de M. Hairion sur la nature, la classification et le diagnostic des blennophthalmies différant sous plusieurs rapports des idées reçues, nous allons les exposer sans en rompre l'enchaînement par la moindre remarque critique, mais en nous réservant, bien entendu, le droit d'en apprécier ensuite la justesse et d'en examiner les preuves.

On appelle généralement gonorrhoïque toute ophthalmie purulente se déclarant chez un individu atteint de gonorrhée, ou dont les yeux ont été en contact avec de la matière provenant de cette affection urétrale; mais cette définition n'établit pas assez clairement le rôle que la blennorrhagie peut jouer dans la production de l'ophthalmie. Or ce rôle n'est point le même, selon qu'il s'agit d'une ophthalmie gonorrhoïque *syphilitique* ou d'une ophthalmie gonorrhoïque non *syphilitique*: la première, identique par sa nature à la gonorrhée, reconnaît toujours pour cause l'application directe du virus gonorrhoïque sur la conjonctive; la seconde, qui n'a aucun des caractères spécifiques de la précédente, appartient à la classe des ophthalmo-blennorrhées catarrhales ou scrofuleuses; elle s'en distingue seulement par sa coïncidence avec un écoulement urétral, et par l'influence que cet écoulement exerce sur son développement et sur sa gravité.

Une question préjudicielle capitale serait de savoir s'il peut exister une ophthalmie blennorrhagique syphilitique, si, en d'autres termes, la blennorrhagie est parfois un symptôme primitif de la syphilis. M. Hairion répond sans hésiter pour l'affirmative. Il admet que le chancre et la gonorrhée sont deux maladies identiques quant au fond, procédant de la même origine; que la gonorrhée est une affection spécifique, virulente, contagieuse et pouvant, dans quelques cas, donner lieu, comme le chancre, à des symptômes de syphilis constitutionnelle. Il reconnaît bien, à la vérité, que la chaudepisse est quelquefois une affection plus simple; mais, pour lui, ces écoulements, contractés en dehors des circonstances qui exposent à l'infection spécifique, sont extrêmement rares.

Ces deux espèces d'ophthalmie gonorrhoïque étant posées, on comprend combien il serait utile de posséder un caractère propre à les différencier sûrement l'une de l'autre; car elles ont l'une et l'autre une gravité et réclament souvent des moyens de traitement tout divers. Mais c'est en vain que les auteurs ont voulu les distinguer, soit par l'instantanéité de l'invasion et la rapidité de la marche, soit par la fixation du mal à un seul œil, soit par les propriétés apparentes de l'écoulement urétral ou oculaire, soit par l'aspect villeux, tomenteux, granuleux ou fongueux des conjonctives, soit par le début de l'inflammation sur la conjonctive oculaire dans un cas et la palpébrale dans l'autre. Le signe pathognomonique, celui sur lequel repose toute possibilité d'un diagnostic différentiel exact, M. Hairion croit l'avoir trouvé: il consiste dans l'existence constante d'une petite tumeur arrondie ou ovalaire, sous-cutanée, douloureuse à la pression, située au devant de l'oreille du côté malade et due à l'engorgement des ganglions lymphatiques. Or cet engorgement, ce bubon préauriculaire (pour employer l'expression de l'auteur), se présente invariablement dans l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique, tandis que le diagnostic différentiel de l'autre forme, de l'ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique, se déduit de l'absence de cet engorgement ganglionnaire.

M. Hairion a rencontré dix fois ce bubon, savoir: cinq fois chez des sujets affectés de pannus double traité par l'inoculation de la matière gonorrhoïque; trois fois chez des individus atteints d'ophthalmie purulente développée à la suite de l'application de la matière gonorrhoïque sur les yeux; une fois chez un enfant de 3 mois qui avait perdu les deux yeux à la suite d'une ophthalmie purulente développée le lendemain de sa naissance; enfin chez une femme ayant un chancre syphilitique primitif sur la moitié interne du bord libre de la paupière. Il n'a pu le trouver dans aucun autre cas, bien qu'il ait examiné dans ce but plus de sept cents malades atteints d'affections oculaires, aiguës ou chroniques, purulentes ou non purulentes.

Il existe bien, selon M. Hairion, un autre moyen propre à distinguer la blennophthalmie syphilitique de la non syphilitique: c'est l'inoculation du pus. Mais on comprend aisément que le praticien ne se résoudra à l'appliquer que dans le cas d'absolue nécessité. Aussi M. Hairion prend-il bien soin de faire remarquer, à l'avantage de sa découverte, que cette opération est rendue inutile par les caractères tirés de la présence ou de l'absence du bubon préauriculaire. Il a cependant inoculé deux malades; mais ce n'a vraisemblablement été que comme un moyen de mieux faire ressortir par une contre-épreuve la certitude qui résulte de son élément favori de diagnostic. Le texte de cette curieuse expérience clinique mérite à tous égards de passer sous les yeux de nos lecteurs. « Chez un malade, dit-il, atteint d'une inflammation violente des conjonctives avec suppuration abondante et engorgement des ganglions préauriculaires, résultant de l'application de la matière virulente de la gonorrhée, nous avons recueilli du pus de l'œil et l'avons porté dans le canal de l'urètre de l'individu même, ainsi que d'un autre malade en traitement pour des chancres syphilitiques. Chez l'un et l'autre sujet, il en résulta une inflammation assez intense de la muqueuse urétrale avec engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine; mais lorsque nous avons introduit dans le canal de l'urètre de la matière recueillie chez des individus atteints d'ophthalmie purulente produite par toute autre cause, nous n'avons obtenu rien de semblable. Il est bien arrivé quelquefois de déterminer une inflammation du canal de l'urètre; mais, dans aucun cas, cette inflammation ne s'est accompagnée de l'engorgement des ganglions lymphatiques des aines, et quelle qu'ait été, du reste, son intensité au début, elle s'est toujours terminée spontanément au bout de peu de temps, tandis que, chez les premiers, l'inflammation de l'urètre n'a cédé qu'après dix-huit jours chez l'un et vingt-cinq jours chez l'autre (1) du traitement ordinaire de la gonorrhée. » (P. 15.)

La plupart des médecins admettent que l'ophthalmie gonorrhoïque se développe beaucoup plus souvent par inoculation que par sympathie. M. Hai-

(1) Les termes dans lesquels ce récit est conçu pourraient donner lieu à une méprise, et faire croire que la blennorrhagie s'est prolongée, chez ces deux sujets, plus longtemps qu'elle n'a duré en réalité. L'écoulement a été tari, chez eux, le dix-huitième et le vingt-cinquième jour *de la maladie*, et non pas le dix-huitième et le vingt-cinquième jour *du traitement*. C'est ce dont on s'assurera, du reste, en lisant l'observation détaillée. (Note du rédacteur.)

rion fait ressortir, et avec beaucoup de justesse selon nous, les arguments qu'on peut rassembler en faveur de la thèse opposée. Comme preuve de l'influence exercée par l'inoculation sur le développement du mal, on a fait observer que les hommes sont plus sujets à l'ophthalmie gonorrhoïque. Mais cela est-il réellement dû à l'habitude où ils sont de porter la main, plus souvent que les femmes, des organes génitaux aux yeux? Ou cela ne tiendrait-il pas plutôt à ce que les femmes sont bien moins exposées à l'influence des excès de toutes sortes, des marches forcées, des vicissitudes atmosphériques et d'autres causes semblables qui ont une action si marquée sur le développement de l'ophthalmie purulente chez les individus atteints de gonorrhée? Remarquez en effet que là où ces dernières causes agissent d'une manière plus active, là aussi où les ophthalmies catarrhales sont plus fréquentes, on voit l'ophthalmie gonorrhoïque devenir de plus en plus commune. Lorsqu'au contraire les individus affectés de gonorrhée sont placés dans les conditions les plus favorables à l'inoculation, et que, en même temps, ils sont soustraits à l'action des causes anti-hygiéniques sus-énoncées, la manifestation de l'ophthalmie devient très-rare. Cela est si vrai, qu'on ne voit presque jamais de malade être pris d'ophthalmie blennorrhagique au milieu du séjour de l'hôpital, où il peut se reposer à son aise. Par contre, c'est ordinairement chez les militaires, à la suite d'excès, de fatigues, de marches forcées, c'est le plus souvent en descendant de garde ou après s'être refroidis, c'est pendant qu'ils sont en traitement pour l'ophthalmie granuleuse que l'affection blennophthalmique se montre. C'est sans doute pour cette dernière raison, à cause de l'absence chez nous de l'ophthalmie granuleuse, que l'ophthalmie gonorrhoïque est très-rare en France, quoique les affections syphilitiques y soient, dit M. Hairion, beaucoup plus répandues qu'en Belgique.

Ne pouvant, à notre vif regret, reproduire ici toutes les règles thérapeutiques que l'auteur préconise d'après sa propre expérience, nous donnerons seulement le plan de traitement local qu'il dit avoir employé avec un succès constant. Toutes les quinze ou vingt minutes, plus souvent même si le cas l'exige, un garde-malade habile pratique des injections avec une solution de 30 à 60 grammes de chlorure de soude sur 500 d'eau; on nettoie ainsi la cavité oculo-palpébrale et l'on débarrasse la cornée de la matière purulente qui en baigne la surface. Lorsqu'un chémosis volumineux envahit les bords de cette membrane, il faut diriger le jet du liquide de manière à enlever la matière purulente qui se trouve logée sous ce bourrelet muqueux. Ceci est d'autant plus important que le ramollissement, les ulcérations et les déchirures de la cornée ont, dans la grande majorité des cas, leur siége vers les bords et surtout au segment inférieur, précisément là où cette membrane est continuellement baignée par le pus que la saillie du chémosis retient à son point déclive. Trois ou quatre fois par jour, immédiatement après ces injections, on fait usage d'un collyre composé de 5 décigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau distillée. On doit continuer ce traitement sans interruption et bien se persuader que la moindre négligence peut être suivie des plus graves accidents. A mesure que les symptômes inflammatoires se dissipent, que les conjonctives reviennent sur elles-mêmes et que la matière purulente devient moins abondante, on pratique les injections à des intervalles de plus en plus longs. Les fomentations émollientes et surtout les cataplasmes doivent être rejetés du traitement local, comme essentiellement nuisibles.

Il nous faut maintenant revenir sur nos pas pour reprendre l'examen de ce mémoire; car la vérité n'y brille presque nulle part sans un peu d'alliage, et la critique trouve ici à exercer son droit sur les propositions théoriques fondamentales aussi bien que sur les corollaires pratiques qui, au premier coup d'œil, semblent être la traduction la plus littérale de l'observation journalière. Avant de chercher le moyen de distinguer la blennophthalmie syphilitique de celle qui ne l'est pas, l'auteur eût, ce semble, dû tacher d'abord de prouver *qu'il y a* une blennophthalmie syphilitique, et pour cela il lui fallait établir préalablement l'*existence* d'une blennorrhagie syphilitique. (J'entends par blennorrhagie syphilitique une inflammation urétrale qui soit susceptible de donner lieu ultérieurement à des symptômes de syphilis constitutionnelle.) C'était là le premier point à démontrer; or la démonstration n'a pas même été essayée. M. Hairion ne cite à cet effet que les observations d'accidents consécutifs à la suite de blennorrhagie, publiées en 1840 par M. Baumès, observations dont nous avons déjà (v. GAZ. MÉD., 1840, p. 255) eu occasion de faire ressortir le peu de valeur. Tous les cas que les antagonistes de M. Ricord ont donnés comme preuve de la même thèse présentent également des circonstances qui les frappent de nullité; et il est d'ailleurs un fait qui eût bien dû déjà dessiller les yeux de ceux qui se mettent si patiemment depuis dix années à la recherche d'observations infirmatives des doctrines de l'hôpital du Midi, c'est que si la blennorrhagie avait effectivement en elle le pouvoir de développer les symptômes constitutionnels, ce ne serait pas un à un, ce ne serait pas à force de recherches et d'efforts de raisonnement qu'on en apporterait des exemples; on les verrait se produire d'eux-mêmes, journellement et par milliers, puisque la blennorrhagie, qu'on suppose capable de les engendrer, est à coup sûr le symptôme vénérien primitif le plus fréquent, le plus durable et celui qui se répète le plus souvent pendant la vie du même individu.

Pour nous donc, il n'existe pas de blennorrhagie syphilitique. On peut préjuger par là ce que nous pensons de la blennophthalmie syphilitique. En distinguant ses deux espèces d'ophthalmie gonorrhoïque, M. Hairion a, selon nous, consacré un fait incontestable; seulement il s'est abusé dans son interprétation. Oui, il existe deux sortes d'ophthalmies blennorrhagiques, l'une de contagion, conséquence immédiate de l'application du muco-pus urétral sur la conjonctive, variété rare et plus grave; l'autre produite par métastase, sympathie ou répercussion, plus commune, affectant en général les deux yeux, moins inflammatoire. Voici les faits; et jusque-là nous nous plaisons à constater notre accord avec M. Hairion. Mais vient ensuite l'explication. Ce médecin appelle la première espèce syphilitique; et quand on lui demande à quels signes il la distingue, il répond que c'est à la coexistence du bubon préauriculaire. Veut-on maintenant savoir de lui dans quels cas ce bubon se développe? Même réponse; c'est lorsque l'ophthalmie gonorrhoïque est de nature syphilitique..... L'auteur n'a sans doute pas la prétention d'avoir suffisamment caractérisé la maladie avec ce raisonnement qu'il répugnerait à la critique d'être obligée d'appeler, par son vrai nom, scolastique. Et cependant c'est l'unique moyen distinctif qu'il apporte dans tout le cours de son mémoire entre les deux variétés; car, bien qu'il dise aussi avoir vu l'inoculation agir différemment, selon qu'on l'avait faite avec le liquide de l'une ou de l'autre ophthalmie, ces différences (qui, remarquons-le en passant, sont loin d'être énoncées avec la précision nécessaire pour appeler une discussion sérieuse) nous paraissent trop légères et s'expliquent du reste trop aisément par la qualité inflammatoire diverse des produits morbides inoculés pour qu'on en puisse légitimement déduire la présence dans l'un des cas, l'absence dans l'autre du virus syphilitique.

Nous ne nions point pour cela le bubon préauriculaire, et nous n'entendons en rien diminuer non plus le mérite que peut avoir eu M. Hairion à appeler l'attention sur ce symptôme. Mais, à nos yeux, loin de constituer un signe de virulence, il ne tient qu'à l'intensité de l'inflammation, à la constitution scrofuleuse du sujet, à la nature du tissu oculaire affecté, aux mille et fugaces conditions, en un mot, qui font qu'ici comme à l'aine on ne peut jamais, une lésion locale quelconque étant donnée, pronostiquer à coup sûr s'il y aura ou non engorgement des ganglions correspondants.

Deux autres considérations confirment encore ce que nous venons de dire sur le mécanisme de production de ce phénomène. M. Hairion avance que le bubon préauriculaire *permet de reconnaître avec certitude l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique*. A ce compte, il faudrait donc admettre qu'il se développe un bubon à la suite de tout symptôme syphilitique. Or qui ne sait que le chancre, cet accident syphilitique modèle, ce prototype incontesté de la vérole primitive, parcourt bien souvent ses périodes sans avoir amené de bubon (1). — D'un autre côté, nous lisons dans le mémoire de M. Hairion que la tumeur préauriculaire *a le caractère d'un véritable bubon syphilitique, dû à l'absorption du virus syphilitique*. S'il en était ainsi, ce bubon devrait presque toujours suppurer; car c'est là la terminaison habituelle de tout engorgement ganglionnaire qui est le produit de l'absorption directe du pus virulent. Or M. Hairion n'a pas vu une seule fois le bubon de cette région suppurer!

Ce sont, on le voit, des motifs nombreux et de divers ordres qui nous empêchent de reconnaître pour vraies les observations, d'ailleurs fort lucidement présentées, de M. Hairion. Si nous avons développé notre opinion avec quelque insistance, c'est parce que l'adoption de ce fait, tout minime qu'il peut paraître, suffirait pour ébranler des doctrines auxquelles nous sommes de plus en plus attachés à mesure que nous en avons mieux pu vérifier au lit du malade l'admirable exactitude. Indépendamment, d'ailleurs, de son retentissement immanquable sur la théorie, la solution de cette question aurait une action pernicieuse immédiate sur la thérapeutique. Admettez, en effet, ainsi que le veut l'auteur, que ce bubon existe toutes les fois que la blennophthalmie est syphilitique : comme, d'après lui, cette forme de la maladie nécessite un traitement énergique dont on peut se passer dans l'autre variété, il s'ensuit que si le bubon manque (ce qui arrivera le plus souvent), vous pourrez vous croire alors autorisé à temporiser, et vous perdrez, en toute sécurité, à essayer des médications impuissantes, des instants qui, mieux employés, eussent souvent fait avorter la maladie et pu prévenir la perte de l'œil.

(1) Un auteur moderne a nié, il est vrai, qu'il en fût ainsi; mais en général on s'est peu préoccupé jusqu'ici de le réfuter, et M. Hairion est presque le seul qui ait songé à se prévaloir de son autorité.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU 2e TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

La constitution médicale du second trimestre de 1846, manifestée par les formes particulières et la physionomie commune des maladies régnantes, a été remarquable par le caractère général que voici. On se rappelle que les mois de janvier, février et mars avaient offert, avec une constitution atmosphérique estivale, un grand nombre d'affections propres à l'été, et principalement de fièvres gastriques, de fièvres continues, de diarrhées séreuses. Or, pendant les mois d'avril, mai et juin, on voit ces affections se mêler, de distance en distance et sous des formes atténuées, aux autres maladies de la saison, et se ranimer avec plus de fréquence et d'intensité à la fin du trimestre; de manière à relier, pour ainsi dire, par de rares anneaux, la constitution médicale de l'hiver à celle de l'été. Ainsi, en avril et en mai, se rencontrent encore en proportion insolite, bien qu'inférieure à celle des mois précédents, diverses affections abdominales : ici des diarhées séreuses, apyrétiques, indolores, accompagnées d'un grand appétit, et cédant facilement soit à l'emploi de l'opium ou des astringents, soit, mieux encore, à l'administration immédiate d'un purgatif salin; là, des vomissements bilieux se montrant souvent pour la première fois quelques heures après le repas et en imposant aisément pour une simple indigestion, mais le plus souvent précédés pendant un ou deux jours de malaise et de céphalalgie, et bientôt suivis des symptômes ordinaires de la fièvre bilieuse. Ailleurs, c'est l'appareil de la fièvre dite muqueuse, avec anorexie, indolence du ventre, langue blanche au centre, pâle sur les bords et à la pointe, large et plate, etc. D'autres fois, c'est une simple sensibilité du ventre, avec selles liquides, peu abondantes et brûlantes au passage, sans réaction générale. Enfin, par intervalles, ce sont de véritables fièvres typhoïdes dont il serait superflu de rappeler ici les caractères. Toutes ces formes morbides, disons-nous, se sont diversement entremêlées pendant les mois d'avril et mai, continuant ainsi, quoique faiblement, la constitution dominante du premier trimestre. Mais en même temps que ces maladies devenaient moins fréquentes, elles perdaient généralement ce caractère d'*ataxie* qui formait auparavant, on s'en souvient peut-être, un de leurs traits les plus saillants. Elles suivaient une marche régulière et ne déroutaient plus guère le praticien par des espèces de contre-marches soudaines, inattendues et souvent pernicieuses. Plus ou presque plus de ces dépressions profondes des forces, avec refroidissement et aridité de la peau, lenteur du pouls, inertie intestinale, engourdissement musculaire; — ni de ces vertiges, de ces défaillances subites ou de ces *inquiétudes* insupportables des membres inférieurs, qui accompagnaient parfois les affections les plus légères en apparence. La forme morbide était en général franche, conforme, autant que cela se peut, aux cadres nosologiques, et se prêtait assez bien aux calculs de la prognose et aux règles ordinaires de la thérapeutique. Mais dans le mois de juin, surtout vers la fin, on vit les fièvres continues et les affections abdominales reparaître avec une nouvelle intensité. Les fièvres typhoïdes devinrent bien plus fréquentes et plus graves; nous avons vu aussi à cette époque des diarrhées d'une abondance excessive, une selle aqueuse toutes les heures, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, pendant une demi-journée ou une journée entière; aussi ces diarrhées étaient-elles accompagnées d'une soif très-vive. Elles offraient en outre ceci de très-remarquable, qu'elles survenaient subitement, presque comme une attaque d'apoplexie; il semblait qu'une pluie de sérosité se faisait tout à coup dans la cavité intestinale. Il nous a semblé que le plus souvent cet accident était déterminé par l'injection d'une grande quantité de boisson, fermentée ou non. Un homme de 40 ans, auquel nous avons donné des soins, sort de chez lui vers le milieu du jour par une grande chaleur, parfaitement portant. Arrivé chez un ami, il boit un grand verre d'eau de chiendent et de réglisse à la température de l'atmosphère : immédiatement il est pris de malaise, de pesanteur dans les jambes, d'embarras dans le ventre et d'une soif ardente. Rentré chez lui une heure après, il boit deux verres de bière. Au bout de vingt minutes, des selles aqueuses s'établissent et se prolongent de demi-heure en demi-heure jusqu'au soir, accompagnées de fièvre, de céphalalgie, d'injection faciale, d'abattement. Une bouteille d'eau de Sedlitz à 32 grammes est donnée : les garde-robes deviennent beaucoup plus abondantes encore, mais moins fréquentes, pendant environ deux heures; après quoi elles se ralentissent rapidement pour cesser tout à fait le lendemain matin. A ce même moment, la fièvre a disparu et le malade a recouvré la plénitude de sa santé. Nous avons vu plusieurs cas analogues, mais presque toujours consécutifs à l'ingestion de la bière, et ils ont été traités avec le même avantage par les purgatifs salins. Le mois de juin a vu également reparaître en assez grande quantité les autres formes d'affections abdominales rappelées plus haut, avec une soudaineté d'invasion, une acuité de symptômes, une physionomie *nerveuse*, une rapidité de transmission, en un mot, un ensemble de caractères qu'on peut regarder comme le précurseur de la constitution cholérique des mois suivants et signalée dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

Mais quel a été, pendant le second trimestre, le tableau morbide principal sur lequel sont venus se peindre quelque traits épars de la constitution précédente? Quelles ont été les maladies régnantes pendant les mois d'avril, mai et juin?

Dans les deux premiers mois, les catarrhes bronchiques, les pleuropneumonies, les hémoptysies, sont devenus moins rares que dans l'hiver dernier; mais en général ils ont été loin de présenter la fréquence et la gravité qu'on leur voit d'ordinaire à cette époque de l'année. De plus, à mesure qu'on avançait dans le printemps, ils perdaient cette physionomie spéciale et insolite que nous leur avions reconnue en février et mars (voir la dernière *Revue trimestrielle*, p. 362). Pas de prostration extraordinaire; couenne du sang proportionnée à l'étendue et au degré de la phlegmasie pulmonaire; rien d'inaccoutumé dans la marche de la maladie, dans sa thérapeutique, sa terminaison, ses caractères anatomiques. On a observé aussi des rhumatismes aigus des articulations, des lumbagos, mais également d'une fréquence médiocre, et, en général, peu intenses. Cependant nous avons rencontré quelques cas d'arthralgie aiguë accompagnée d'épanchement et de contracture douloureuse des muscles. Un jeune homme de 30 ans, entre autres, a été pris, vers le milieu du mois d'avril, d'une arthralgie ambulante qui a occupé successivement presque toutes les articulations du corps, exerçant principalement sa violence aux deux articulations coxo-fémorales et à l'un des genoux.

Vers le mois de juin, la scène a changé; les maladies aiguës des voies respiratoires et des articulations sont devenues de plus en plus rares; et, à

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Résipiscence de la commission de la peste. — La médecine après les élections; plaies à panser; savant stratagème. — Médecine inspirée. — Conséquences *frappantes* d'une rivalité. Le cheval et le loup. — Inconvénients de la profession médicale. Une femme perdue. *Vendetta*. — Contrefaçon des Eaux-Bonnes. — Double commerce. — La vertu d'un journal.

—La commission de la peste en est donc venue, après maintes escarmouches, là où nous avions dit qu'elle viendrait tôt ou tard, là où nous aurions voulu qu'elle se fût placée tout d'abord : sur le terrain des notions pratiques, toujours en vue de la question des quarantaines, et avec un front de bataille de quatre ou cinq bonnes grosses questions qui auraient produit sur l'Académie l'effet de pièces de quarante-huit. L'habile général, à qui est confiée en ce moment la direction des opérations, a fini par reconnaître qu'il valait mieux remettre le sort de la bataille à quelques masses compactes qu'à une infinité de petits pelotons, et enfoncer le centre ennemi que lui tuer ses tirailleurs. Pour parler plus clairement, il a compris qu'il y aurait avantage à ramener les éléments si divers de la question aux principes généraux et simples qui doivent gouverner toute la police sanitaire, et que la défaite des principes contraires était plus facile que celle des soixante oppositions suscitées par les soixante conclusions. Dans la dernière séance, M. le rapporteur s'est engagé, au nom de la commission, « *à diminuer le nombre des conclusions scientifiques* qui terminent le rapport et à les ranger dans un ordre tel qu'on puisse, à première vue, en saisir l'enchaînement et le but. » Voilà pour cette infortunée et zélée commission un surcroît de besogne qui pourra bien dépasser ses prévisions et dont nous la plaignons du plus profond de notre cœur. La nouvelle tâche qu'elle vient de s'imposer offre des difficultés sérieuses. Par le renvoi à la commission prononcé dans l'avant-dernière séance, l'Académie n'a pas entendu manifester par un exemple sa désapprobation, seulement pour le *nombre* des conclusions, comme on l'a innocemment insinué dans la dernière séance, mais aussi pour inopportunité et insuffisance de preuves, et très-probablement la suite de la discussion eût amené plus d'un vote analogue. Aux yeux de l'Académie, les conclusions sont trop nombreuses, non parce qu'elles s'élèvent à trente ou soixante, mais parce que plusieurs d'entre elles ne reposent pas sur des données assez certaines ou ne se rattachent pas assez directement à la question des quarantaines. Si donc la commission, dans sa rédaction nouvelle, veut entrer dans l'esprit des objections faites au rapport et du vote où elles ont triomphé, si elle veut mettre un terme à la guerre allumée depuis tantôt cinq mois, il ne lui suffira pas de *contracter* ses propositions, suivant l'expression de M. le rapporteur; mais il lui faudra choisir parmi toutes ses propositions les éléments vitaux de la question,—dans quels lieux existe actuellement la peste? la peste est-

mesure que les affections abdominales reprenaient leur empire, comme nous l'avons dit, des manifestations morbides sérieuses avaient lieu du côté du centre nerveux encéphalique ou de ses émanations les plus directes, telles que les nerfs de la face. Ces manifestations prenaient le plus souvent la forme congestive : c'étaient des étourdissements, des bouffées de chaleur à la tête, un sentiment de tension, de plénitude dans le crâne, accompagné parfois d'un peu de coma ou d'insomnie. Nous avons vu notamment, dans le mois de juin, une malade qui accusait une tension extrêmement douloureuse aux deux régions temporales, principalement du côté gauche, avec surdité légère, enchifrènement, insomnie, peau chaude, pouls très-fréquent. Une saignée au bras, des purgatifs, l'application de compresses froides sur la tête, n'amenèrent aucun résultat avantageux, tandis qu'un soulagement immédiat et, peu après, la guérison, suivirent une application de sangsues au niveau des apophyses mastoïdes. D'autres fois la céphalalgie, quoique d'apparence congestive, prenait une forme intermittente en se limitant à une portion de la tête, le plus souvent à une moitié du front; dans ce dernier cas, il n'était pas rare de voir l'œil correspondant s'injecter pendant les accès. Chez certains sujets, la douleur s'irradiait le long du nerf frontal ou de quelque autre branche des nerfs maxillaires. Quelques doses consécutives de sulfate de quinine triomphaient ordinairement de cette céphalée intermittente; mais il est des cas où la guérison n'a pu être obtenue ou affermie que par l'administration d'un éméto-cathartique.

Ces divers accidents du côté des centres nerveux étaient quelquefois idiopathiques et cédaient à un traitement local ou, du moins, directement adressé aux accidents eux-mêmes. Mais le plus souvent, il faut le dire, ce n'était que le contre-coup d'une autre affection, presque toujours d'un embarras gastrique ou intestinal. Dès le commencement de juin, nous avons cru remarquer cette tendance des affections abdominales à se compliquer de congestions encéphaliques; les malades se plaignaient plus de la tête que du ventre, accusaient une céphalalgie opiniâtre, la sensation d'un cercle autour du crâne, de la pesanteur dans les yeux; ils avaient la face rouge, principalement le soir, le sommeil lourd et peu réparateur; mais l'examen attentif des fonctions digestives apprenait bientôt que là résidait la source du mal; l'appétit avait diminué, la constipation s'était établie, quelques coliques sourdes avaient eu lieu, avant l'apparition des symptômes cérébraux; la langue était chargée d'un enduit verdâtre ou jaunâtre, le ventre était ballonné, le travail de la digestion amenait un besoin de sommeil invincible, etc. Dans ces cas, la diète, un vomitif ou un purgatif, *secundùm indicationem*, quelques boissons rafraîchissantes, faisaient justice à la fois des accidents abdominaux et des accidents nerveux.

Enfin, on a observé, à la fin de mai et dès le mois de juin, un certain nombre de rougeoles et de varioles, d'un caractère généralement bénin, et ne différant en rien de celles que la même saison ramène chaque année.

Tel est le tableau sommaire de la constitution médicale pendant le second trimestre de l'année 1846. Il se distingue : 1° par la médiocre fréquence et la bénignité des maladies habituelles du printemps : bronchites, pleuropneumonies, rhumatismes articulaires aigus, etc., ainsi que par une sorte de prolongement affaibli, mais continu, de la constitution, si on peut le dire, *abdominale*, du trimestre précédent; 2° par la disparition des caractères ataxiques ou adynamiques qui avaient marqué cette dernière constitution, et par l'expression naturelle, régulière, des formes morbides.

Sans prétendre trouver dans les conditions météorologiques la cause directe et unique des constitutions médicales, et tout en ne voyant dans ces dernières que le résultat complexe des variations de l'atmosphère et de quelque autre influence *secrète et inexplicable*, comme dit Sydenham, nous ferons cependant remarquer ici comment les rapports établis, dans notre précédente revue trimestrielle, entre certaines formes morbides et certains états atmosphériques, se confirment de plus en plus, en même temps que nous établirons quelques rapports nouveaux. Dans le premier trimestre de cette année, des chaleurs insolites, une pression atmosphérique généralement considérable, la prédominance des vents du sud, peu de variations météorologiques, amènent un nombre inaccoutumé de maladies des voies digestives et de fièvres continues. Peu d'affections ordinairement propres à l'hiver, peu de catarrhes, de pneumonies, de rhumatismes articulaires. Dans le second trimestre, des conditions analogues, particulièrement l'augmentation de la chaleur, ne permettent pas à cette constitution de s'effacer entièrement. Elle se révèle de temps à autre par des signes non douteux; mais en même temps, comme l'accroissement de température, tout continu qu'il est, n'est pas uniforme, et qu'il subit précisément un ralentissement marqué dès le commencement du trimestre, la scène se modifie d'une manière tranchée. En avril, la température et la pression atmosphérique sont médiocrement élevées et même moindres qu'en 1845 à la même époque; les pluies sont assez abondantes; aussitôt les affections abdominales deviennent plus rares et moins intenses, et l'on voit apparaître en plus grand nombre les maladies aiguës des voies respiratoires et des articulations. Ce premier fait mérite d'être signalé, en ce qu'il semble s'accorder avec une vue que nous émettions dans notre dernier article, à savoir, « qu'une condition météorologique donnée peut produire des effets différents, suivant l'époque de l'année à laquelle on l'observe. » (V. GAZ. MÉD., p. 363.) Peut-être, ajoutions-nous, un état atmosphérique semblable à celui de l'hiver dernier (et qui a donné des maladies estivales), s'il avait lieu en été, amènerait des affections ordinairement propres à l'hiver. Or il arrive ici quelque chose d'analogue. Dans le mois d'avril, la température et la pression atmosphérique, moindres, à la vérité, que dans le mois correspondant de 1845, sont pourtant plus élevées qu'en mars ou février, et les perturbations brusques de l'atmosphère ne sont pas plus considérables; néanmoins les affections liées d'ordinaire aux grandes chaleurs diminuent de fréquence et d'intensité pour faire place à celles que le froid produit plus spécialement. Il semble donc que le seul fait d'une température en rapport avec la saison a suffi pour ouvrir la barrière aux maladies que cette saison comporte. C'est un point de vue que nous aurons occasion d'examiner de nouveau.

Poursuivons.

En mai, la température et la pression atmosphérique montent à un degré élevé, même pour la saison, et la pluie diminue. L'impulsion donnée dans le mois précédent aux affections thoraciques et articulaires se continue en s'affaiblissant, et les affections abdominales ne quittent pas la scène. Enfin, en juin une atmosphère chaude, pesante et sèche, supprime les affections des voies respiratoires, ranime les affections abdominales, les fièvres continues, et, de plus, développe un nouvel ordre d'accidents, à savoir, des congestions encéphaliques; c'est du reste un fait d'observation que la coïncidence habituelle des congestions cérébrales, des étourdissements, des coups de sang, avec les grandes chaleurs; tandis que les hémorrhagies cérébrales confirmées appartiennent plus spécialement aux abaissements subits de la température et de la pression atmosphérique. Il y a même ici un enseignement précieux, mais sur lequel ce n'est pas le lieu d'insister, au point de

---

elle contagieuse? que sait-on sur la durée de l'incubation? etc., — sauf à reléguer sur un second plan, dans des vues d'hygiène publique et pour l'instruction des gouvernements, les éléments moins essentiels, moins susceptibles de solution, moins directement liés à la question des lazarets. Au sujet, par exemple, de l'étiologie spontanée de la peste, cette pomme de discorde, rien n'empêcherait que l'Académie, après avoir fourni une base scientifique à la police quarantainaire, ne se prévalût de sa haute autorité pour insister auprès du gouvernement, sous forme de vœu et dans une seule conclusion, sur la possibilité de constater, sinon la cause essentielle, du moins certaines conditions d'origine du fléau pestilentiel; sur la nécessité de les mieux déterminer dans tous les foyers connus et, s'il est possible, de les faire disparaître.

— Mais n'allons pas plus loin sur les terres de la commission et n'exposons pas le feuilleton à être repris de mettre le nez où il n'a que faire, comme c'est, dit-on, sa désagréable habitude. Il sera mieux dans son rôle en signalant de sa voix la plus plaintive la déroute partielle du corps médical dans les élections. Si nous commençons à nous insinuer au Luxembourg, nous décampons à petit bruit du palais Bourbon. Cette retraite n'est guère rassurante au début d'une session où il ne serait pas impossible, sauf empêchement, qu'un projet d'organisation médicale arrivât dans les bureaux de la Chambre; et, à un point de vue plus élevé, des échecs de cette nature ne sont pas faits pour relever l'autorité et l'importance sociale du médecin.

Ceci entendu, nous nous abstiendrons vis-à-vis des candidats eux-mêmes de condoléances qui pourraient passer pour impertinentes; nous croyons ces messieurs trop supérieurs aux coups de la fortune. L'un d'eux, qui naguère, dans une préface, se plaignait de l'*âge*, des *fatigues*, des *ennuis* et *aspirait au repos*, a vu ses vœux exaucés à souhait, et s'est trouvé guéri par le même coup qui semblait l'abattre. *Deus nobis hæc otia fecit*. Un autre, qui paraît avoir quitté les bouquins pour la charrue, et cultive plus le seigle et l'avoine que l'histoire de la médecine, puisera dans le calme de la chaumière d'indicibles consolations. Un troisième n'a pas besoin d'être consolé; il est enchanté de sa minorité et, assure-t-on, du bon tour au moyen duquel il l'a obtenue. Si l'on en croit certains bruits, ce confrère s'était fait, dans son arrondissement, le soutien le plus actif du candidat centre gauche; il était reçu dans ses salons, pérorait à sa louange et, chemin faisant, nouait connaissance pour son propre compte avec le gros des électeurs. Tant que les chances du candidat parurent assurées, les choses en restèrent là, et notre habile partagea l'honneur du résultat. Mais au moment où des exigences inattendues de l'opposition rendirent ces chances douteuses, il démasqua rapidement ses batteries, s'improvisa candidat à son tour, fit saillir une pointe de libéralisme un peu plus longue que celle de son adversaire, marqua sa place sur les mêmes bancs que ce dernier, mais deux ou trois numéros plus à gauche; de telle manière qu'il se trouva tout à coup assorti aux couleurs des électeurs mécontents. La manœuvre réussit en partie : cette masse détachée de l'ensemble forma une minorité assez considérable; malheureusement c'était une minorité.

— Le magnétisme est déjà, certes, un moyen assez commode d'exercer illégalement la médecine, d'autant plus commode que, de par la cour de cassation, la justice n'y peut rien. Cependant le magnétisme a encore ses embarras; il faut d'abord deux personnes au moins : une femme sensible aux attouchements

vue de l'étiologie différentielle de la congestion et de l'hémorrhagie du cerveau.

Nous n'ajouterons plus qu'une remarque. Nous demandions encore, dans notre dernière revue trimestrielle, si le caractère *ataxique* des maladies régnantes de l'hiver dernier était, comme ces maladies elles-mêmes, sous la dépendance plus ou moins directe de l'élévation insolite de la température. Or il est arrivé précisément que ces mêmes maladies, continuant à se montrer de temps à autre pendant le printemps, ont perdu leur caractère ataxique, leur cortége de symptômes nerveux, du moment où la température, aussi bien que la pression atmosphérique, ont cessé d'être trop élevées pour la saison, et les nouvelles maladies régnantes n'ont offert elles-mêmes rien d'irrégulier ni d'anomal. Puis, à la fin du trimestre, quand les chaleurs redevinrent excessives, les affections intestinales prirent un nouveau degré d'intensité, se compliquèrent de nouveau de symptômes nerveux; et l'on sait comment, de progrès en progrès, elles aboutirent enfin au choléra.

Nous donnerons, dans un prochain article, le mouvement trimestriel des hôpitaux.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 18 mai 1846), par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER, docteurs en médecine.

(Suite et fin.—Voir les numéros 26, 27 et 32.)

VIII. — MALADIES DE LA MOELLE.

Les maladies de la moelle, déterminant à une certaine période de leur existence la paraplégie, suivent la plupart du temps une marche chronique et se présentent rarement dans les hôpitaux dans des conditions telles qu'elles réclament l'emploi des saignées générales.

En raison de cette rareté, nous avons cru devoir saisir les occasions qui se sont présentées et faire l'analyse aussi complète que possible du sang soustrait aux malades soit pour l'affection de la moelle, soit pour des complications.

Nous avons pu réunir ainsi les résultats de douze analyses de ce liquide provenant de 9 malades, dont 6 avaient été saignés une fois et 3 deux fois.

Ces analyses sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre d'en généraliser les résultats; nous nous bornerons à en présenter le résumé aussi succinct que possible.

1° Deux femmes, âgées l'une de 18 et l'autre de 42 ans, ont été saignées dans le cours d'une maladie des vertèbres ayant déterminé leur déformation et une paralysie presque complète.

Ces deux malades séjournaient continuellement au lit; elles étaient maigres et leur constitution était notablement détériorée. Toutes deux ont présenté un sang peu riche en parties solides et offrant tous les caractères qu'on trouve chez les anémiques.

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	Femme de 18 ans.	Femme de 42 ans. Saignée pour une complication de bronchite.
Eau	819,2	833,2
Globules	94	78
Parties solides du sérum	84,1	83,8
Fibrine	2,7	5,0

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	906,9	908,6
Parties solides	93,1	91,4

2° Un homme, âgé de 56 ans, succombe aux progrès d'une paraplégie symptomatique d'une maladie de la moelle et qui se développe avec une grande rapidité. Dans l'espace de trente à quarante jours, l'affection parcourt toutes ses périodes, gagne les parties supérieures, et la mort survient par suite de la paralysie des muscles respiratoires. Cet homme fut saigné cinq jours avant sa mort. Les résultats de l'analyse furent les suivants :

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SANG.		ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.	
Eau	783,5	Eau	897,9
Globules	124	Parties solides du sérum	102,1
Parties solides du sérum	89,1		
Fibrine	3,4		

A l'autopsie, on ne trouva qu'une congestion de la moelle et aucune trace de ramollissement ni de lésion organique quelconque.

3° Cinq autres individus atteints d'affection de la moelle, présentant les symptômes habituels que l'on observe dans les maladies chroniques de cet organe, ont été saignés 3 une fois et 2 deux fois. Les deux premiers, âgés l'un de 26 ans et l'autre de 45 ans, étaient atteints d'une paraplégie complète et ne quittaient pas le lit; une saignée leur fut pratiquée pour commencer le traitement. La troisième analyse fut celle du sang d'une femme de 40 ans, présentant les symptômes d'une myélite ou d'un ramollissement chronique de la moelle. Les quatre dernières analyses provenaient de quatre saignées, faites, les deux premières à un homme de 33 ans, et les autres à une femme de 46 ans, présentant tous deux une paraplégie, due également à une myélite chronique déjà parvenue à une certaine période. La plupart de ces malades séjournaient habituellement au lit, et leur constitution était notablement affaiblie.

Voici le tableau de ces sept analyses (1) :

(1) Dans toutes ces analyses, le poids des matières grasses a été pris avec soin et ces matières ont été isolées et prises à part. Les tableaux nombreux qu'il aurait fallu présenter nous ont empêché de les imprimer.

---

et un magnétiseur doué de vertu. Première difficulté; nous parlons de vertu *magnétique*. Puis le métier est assez fatigant pour l'un et pour l'autre : faire de grands bras pendant une demi-heure est un exercice qui ne peut être indifférent qu'aux télégraphes; tenir les yeux fixes, sans clignotement aucun, est le propre des aigles, à ce qu'on dit. Mais les magnétiseurs ne sont pas des aigles. Et quant à la somnambule, ce sont des bâillements, des mouvements de déglutition, des convulsions, des étirements. C'est de la besogne, cela. Or Marie Bressac possède un moyen de simplifier les choses : c'est d'être *inspirée* en permanence. Une bonne fois en possession de la faculté de guérir les malades, l'action efficace se continue d'elle-même, à peu près comme celle du bon Dieu dans la théorie de Malebranche, et le miracle est incessant. Marie Bressac, à l'époque d'une grande maladie, a frisé le ciel de si près qu'elle en a rapporté le don de reconnaître tous les maux du corps au simple toucher; et encore le toucher du malade en chair et en os n'est-il pas nécessaire. Une mèche de cheveux, une bague, une jarretière, un mouchoir, quoi encore? une épingle, un cure-dent, envoyés de cent lieues, révèlent à cette prodigieuse sensibilité tactile les accidents les plus minimes et les plus cachés de la maladie. Un procédé si commode ne pouvait manquer de faire fortune, soit dit sans jeu de mots. Les consultants, sous forme naturelle ou sous les espèces d'ustensiles quelconques, affluèrent de tous côtés. Rien de plus curieux, de plus mêlé, de plus bizarre, que les histoires révélées par la correspondance saisie. Ici, c'est un abbé qui envoie hebdomadairement, par l'intermédiaire de son frère le colonel, les regains de sa tonsure, et reçoit une consultation où on lui recommande une consommation effroyable de verveine fraîche en plein hiver. Le digne abbé était dans son droit; car si le pape a interdit le magnétisme, il n'a pas mis son *veto* sur les inspirations du ciel. Ailleurs, c'est une dame qui demande à la virginale illuminée de seize ans si elle peut raisonnablement s'exposer à faire encore un enfant, *aut quærendum aliundè foret;* et la jeune fille lui répond d'aller son petit chemin sans inquiétude. Mais les talents de notre docteur en cornettes ne s'étendent pas seulement aux misères du corps, et les cas de conscience sont aussi de sa compétence. Un honnête huissier avait quelques remords de s'être approprié un héritage; il désirait fort se débarrasser de ses remords, mais de l'héritage beaucoup moins. Marie Bressac leva la difficulté; elle déclara le bien légitimement acquis. Depuis ce moment, l'homme de loi a l'esprit parfaitement tranquille et dort du sommeil du juste.

Mais le Seigneur Dieu l'a dit : Le grain qui tombe dans une bonne terre porte des fruits et rend cent pour un. C'est pourquoi les écus pleuvaient chez Marie Bressac; son respectable père, tisserand de son état, avait confiné le métier au grenier; sur la tête de Marie Bressac et sur celle de ses sœurs, le chapeau de paille avait remplacé le bonnet rond; tout allait au mieux, quand le procureur du roi, qui ne va pas à l'encontre des maximes de l'Évangile, mais qui sait son Code par cœur, a cru voir dans toutes ces pratiques les caractères de l'exercice illégal de la médecine; en quoi le tribunal de l'endroit a été parfaitement de son avis. Quinze francs d'amende pour le premier délit, en attendant la récidive, qui ne tardera guère.

— Deux médecins vivaient en paix; un malade survint, et voilà la guerre allumée. Jalousie, tu troublas l'Olympe! Mais il ne s'agit pas de l'Olympe ni des dieux; il s'agit de la commune de Saint-Savinien et des docteurs C... et P... Le

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	Homme de 26 ans.	Homme de 45 ans.	Femme de 40 ans.	Hom. de 33 ans. 1re saig.	Hom. de 33 ans. 2e saig.	Femme de 46 ans. 1re saig.	Femme de 46 ans. 2e saig.
Eau	826,5	804,4	799,5	789,3	903,6	916,4	952,8
Globules	78,2	89,2	111,0	129,3	108,6	110,6	75,6
Part. sol. du sér.	90,3	104,4	85,7	79,2	85,4	70	69
Fibrine	5	5	3,8	2,2	2,4	3	2,6

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	901,5	888	904,5	907,9	904	921,5	925,1
Albumine pure	89,4	87,3	95,5	80,9	86,7	68,9	68,8
Mat. extractives. Matièr. grasses et sels libres	11,1	24,5		11,2	9,3	9,6	9,1
Densité du sér.	1030,6	1033,8	1030	1026,7	1028,9	1025	1023,1

4° Il y eut enfin un neuvième et dernier cas, c'est celui d'un homme âgé de 36 ans, fortement constitué, et qui fut saigné deux fois à un jour d'intervalle pour deux accès très-violents de tétanos intermittent des extrémités (contracture des extrémités) accompagnés de vives douleurs. Les résultats de l'analyse furent les suivants :

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	1re saignée.	2e saignée.
Eau	797,3	824,2
Globules	114,3	93,1
Parties solides du sérum	84,3	78,6
Fibrine	4,1	4,1

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	904,4	913,8
Albumine pure	85,8	76,6
Mat. extrac. et mat. grass.	9,8	9,6
Densité du sérum	1039	1025,7

Tels ont été les résultats des analyses de douze saignées faites aux neuf malades atteints de maladies de la moelle. On peut les résumer de la manière suivante :

Lorsque les maladies de la moelle sont accompagnées de paraplégie, on observe la plupart du temps un abaissement notable de la proportion des globules du sang, abaissement qui est d'autant plus considérable que la maladie est plus avancée et que les sujets sont plus débiles. Dans quelques-uns de nos cas, le chiffre des globules a été inférieur à celui qu'il présente dans beaucoup de cas de chlorose, et cependant il n'existait pas de bruit de souffle dans les carotides. Aux secondes saignées l'abaissement des globules était encore plus prononcé, et cependant on doit observer que la plupart du temps les malades mangeaient bien ; ce n'est donc pas à la diète qu'il faut l'attribuer, mais à l'influence de la maladie elle-même.

Le chiffre de la fibrine, tantôt s'est maintenu normal, tantôt s'est élevé en raison du développement d'une phlegmasie intercurrente, ou même, sans cela, a présenté les chiffres élevés 5,4 à 3,8 dont il est assez difficile de se rendre compte.

Le sérum a présenté en général une forte densité ; il contenait presque toujours une proportion considérable de parties solides, également riches en albumine, matières extractives, matières grasses, etc.

Avant de passer à l'examen du sang en masse ou du sérum seulement dans d'autres maladies, il nous reste à dire un mot de quelques cas isolés d'affections cérébrales.

1° Chez une femme atteinte depuis longtemps d'une hémiplégie devenue incomplète, deux saignées furent pratiquées, à peu de distance l'une de l'autre, pour conjurer une nouvelle attaque qu'une céphalalgie intense faisait redouter ; elles donnèrent pour résultat, sur 1,000 parties de sérum, 88,2 à la première, et 85,5 à la deuxième, et à toutes deux un chiffre élevé de matières extractives, grasses, etc. : 12,7 et 10,5.

2° Chez un homme placé dans des conditions analogues, atteint d'hémiplégie depuis plusieurs mois et chez lequel on craignait de nouveaux accidents, une saignée donna pour résultats, sur 1,000 parties de sérum, 91 parties solides et 909 eau, chiffres physiologiques.

3° Enfin, une jeune femme, âgée de 28 ans, présentait les signes d'une encéphalite circonscrite caractérisée par une paralysie complète du mouvement et du sentiment de la moitié gauche de la face, de la partie supérieure du tronc et du bras gauche, et seulement par une paralysie du mouvement de la jambe gauche, et de plus une fièvre intense. Quatre saignées furent pratiquées ; à chacune d'elles le sérum s'appauvrit, comme le prouve le tableau suivant :

	1re saignée.	2e saignée.	3e saignée.	4e saignée.
Densité	1029	1028,4	1025,3	1024,2

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	903,6	911,4	915,3	919,4
Matières solides	96,4	88,6	84,7	80,6

IX. — MALADIE DE BRIGHT.

Gregory et Christison en Angleterre, MM. Rayer et Martin-Solon en France, ont signalé les premiers, dans le sang des individus atteints de cette affection, une modification du sérum consistant dans un abaissement de la densité de ce liquide, et par conséquent dans son appauvrissement en parties solides. MM. Andral et Gavarret vinrent plus tard par leurs analyses confirmer ces résultats, et signalèrent de plus une notable diminution du chiffre des globules qu'ils attribuèrent à l'état anémique qui coïncide, ou même n'est que la conséquence du passage de l'altération des reins à l'état chronique.

Les premiers expérimentateurs que nous avons signalés avaient bien opéré sur du sérum considéré en dehors des autres parties du sang ; mais l'emploi de l'aréomètre, auquel ils avaient presque toujours recours, s'oppose à ce qu'on accorde à ce résultat une valeur trop absolue et trop positive.

Nous n'avons pu opérer que sur le sang d'un petit nombre de malades : six saignées seulement ont pu être recueillies.

Le premier de ces malades était un homme de 19 ans, fort robuste, atteint d'une anasarque considérable due à une maladie de Bright. Il existait en

---

premier était médecin d'une famille habitant à 2 kilomètres de la ville. Un enfant étant tombé gravement malade et réclamant des soins immédiats, M. P..., voisin de l'habitation, pour son malheur, est mandé en toute hâte. Par un scrupule qu'on pourrait prendre pour un pressentiment, cet honorable confrère ne se rendit qu'après une longue résistance à cette invitation, borna son ministère aux soins les plus urgents, et termina ses conseils par la recommandation très-vive de prévenir aussitôt le médecin habituel. Dans ce pays-ci on couronnerait de roses le vertueux praticien qui aurait de tels procédés, et l'on n'aurait pas crainte de voir les roses se discréditer par l'excès de la consommation ; mais à Saint-Savinien on a le sentiment plus délicat et la fibre plus chatouilleuse. M. C... trouva le procédé affreux, inqualifiable, indigne d'un bon confrère. Manger l'herbe d'autrui ! cela criait vengeance. Remettant son gant de la main droite en présence de toute la famille du malade : « Vous entendrez parler de cette main, » dit-il ; et il sort. On ne devinerait pas en mille le stratagème imaginé par notre ingénieux confrère pour procurer à sa dextre impatiente un moyen de remplir sa mystérieuse destination. Il commence par s'empaqueter la tête d'une large mentonnière, enfonce son chapeau sur ses yeux, relève le collet de son habit sur ses oreilles, renverse d'un air dolent la tête sur sa main droite... Mais ce n'est pas là l'office définitivement réservé à cette main. Sous cette apparence piteuse, notre confrère va trouver son voisin l'apothicaire, et, tout en poussant des geins multipliés, le prie de l'accompagner chez le docteur P..., où il va subir l'extraction d'une dent. L'apothicaire, un finaud de l'endroit, vit tout de suite qu'il ne s'agissait pas cette fois du mal d'amour, mais bien au contraire d'une rage de haine et de vengeance, et refusa son concours ; mais un autre l'accepta, et voilà notre patient et son compagnon acheminés vers la maison du docteur P... On entre ; le maître du logis accourt de son air le plus gracieux. Il serre affectueusement la main que lui tend son confrère... Mais là encore n'est pas le rôle définitif de cette main. La porte du salon s'ouvre ; après mille salamalecs, M. P... est obligé de passer le premier. Au moment même, un violent coup de poing lui tombe sur la nuque ; et comme il se retournait pour voir d'où venait le vent, un soufflet, deux soufflets colorent ses joues d'un pur incarnat. Cette fois, la main droite avait rempli son office et acquis le droit de se reposer.

Certes, la ruse est des plus fines, et (puisque nous sommes en veine d'apologue) le cheval de la fable est dépassé. Le mal de dents vaut au moins l'apostume au pied, et le coup de poing ressemble à une ruade autant qu'il a dépendu de notre cher et impétueux confrère de la Charente.

Il est fâcheux que le tribunal de Saint-Jean d'Angely ait fait payer une si ingénieuse invention de trois mois de prison, 300 fr. d'amende et 1,000 fr. de dommages-intérêts.

— « La femme doit obéissance à son mari et le suivre partout où il juge à propos de résider. » Le Code civil est bien bon, et nous lui en sommes extrêmement reconnaissants ; mais ses aménités pour le genre masculin ne sont pas absolument sans limites ; les lois modernes sont trop de leur temps pour livrer pieds et poings liés la plus belle moitié de l'espèce humaine aux caprices de la moitié laide. La femme est obligée de *résider* là où réside son mari, mais non de pérégriner à sa suite ; et si le Juif errant est marié, ce que nous ignorons absolument, son épouse est en droit de le planter là d'un moment à l'autre. Voilà un

même temps une bronchite intense, mais sans fièvre : on lui pratiqua une saignée.

Le second était un jeune homme de 22 ans, atteint d'une maladie de Bright simple avec anasarque, mais sans fièvre et sans complication. Il fut saigné deux fois à deux jours d'intervalle.

Le troisième enfin est un homme de 39 ans, robuste, atteint d'une maladie de Bright aiguë avec anasarque considérable, fièvre et bronchite générale ; les deux premières saignées furent faites à un jour d'intervalle à l'époque de l'entrée, la troisième un mois après. Le malade était beaucoup mieux et il y avait moins d'albumine dans l'urine, mais le retour de la fièvre faisait craindre une rechute.

Voici les résultats :

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	1re malade.	2e malade.		3e malade.		
	Une saignée.	1re saig.	2e saig.	1re saig.	2e saig.	3e saig.
Eau	832,6	801,9	838,7	Non faite	811,4	807,3
Globules	99,8	129	97,1		128,8	123,1
Matièr. solides du sérum.	61,3	66,4	61,4		55,5	64,4
Fibrine	6,2	2,7	2,8		4,3	5,2
Densité du sérum	1019	1023	1022	1023,5	1020,3	1023

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	931,5	926	932,1	926,6	935,9	926,1
Parties solides du sérum.	68,5	74	67,9	73,4	64,1	73,9

Ces faits, peu nombreux il est vrai, mais concluants, tendent à démontrer : 1° la proportion en général faible de globules dans la maladie de Bright ; 2° la quantité normale de fibrine, sauf dans les cas où une complication phlegmasique survient et où alors elle augmente ; 3° l'abaissement considérable du chiffre de l'albumine du sérum, abaissement qui est d'autant plus caractérisé que la maladie suit une marche moins aiguë et que les saignées sont plus fréquemment répétées. Ces conclusions concordent parfaitement avec celles que l'on peut tirer des analyses du sang dans des cas de maladie de Bright, faites par MM. Andral et Gavarret (1), surtout si, à l'aide d'une proportion, on détermine la composition du sérum sur 1000 parties de ce liquide. La diminution de la densité du sérum est un fait qu'il est même presque inutile de rappeler : c'est la conséquence de la diminution de l'albumine du sérum.

X. — GROSSESSE ET ACCIDENTS DÉVELOPPÉS A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT.

A. GROSSESSE.

Dans notre premier travail (2), nous avions confirmé les deux faits suivants résultant des analyses de MM. Andral et Gavarret : 1° la diminution de proportion des globules ; 2° l'augmentation peu considérable, il est vrai, de la fibrine. Nous avions toutefois signalé un autre résultat tout à fait nouveau, l'abaissement du chiffre de l'albumine du sérum, et comme conséquence la quantité moins considérable de ce liquide, et nous ajoutions que ces diverses modifications du sang, plus caractérisées vers la fin de la grossesse, pouvaient être invoquées pour expliquer certains phénomènes de l'état puerpéral. Les nouvelles analyses que nous avons entreprises n'ont fait que confirmer ces résultats. Voici le résumé des unes et des autres.

(1) Tableaux que nous avons reconstruits et présentés dans le travail déposé à l'Institut.

(2) Pages 31 à 32.

Chez 11 femmes saignées à des époques différentes de leur grossesse, l'examen isolé du sérum a permis de constater 9 fois une diminution souvent assez considérable de la densité de ce liquide.

Chez 2 femmes, l'une enceinte de quatre mois, l'autre de six mois et demi, cette densité fut représentée par des chiffres qui peuvent être considérés comme physiologiques, quoique faibles cependant.

La moyenne générale de la densité fut faible (1025,8) ; les propriétés physiques du sérum assez variables la plupart du temps. Il était assez abondant, relativement au caillot.

L'analyse de 1000 grammes de sérum donna des résultats analogues à ceux fournis par la densité, sauf les deux mêmes cas que nous venons de signaler.

Le chiffre des parties solides du sérum fut constamment faible (moyenne générale 85,1).

Les matières extractives grasses, les sels libres, furent en général assez abondants. Voici le résumé de deux analyses faites il y a peu de temps :

Une jeune femme de 21 ans, blonde, à la peau blanche et fine, enceinte de huit mois, fut saignée une première fois pour des douleurs abdominales assez violentes, et quinze jours après pour combattre les mêmes accidents, qui s'étaient reproduits.

Le sérum seul fut analysé, et on le trouva très-peu riche.

	1re saignée.	2e saignée.
Densité du sérum	1025,3	1023,6

ANALYSE DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

Eau	916,4	919,1
Parties solides du sérum	83,1	80,9

Ne peut-on conclure de ces diverses analyses qu'indépendamment de la diminution notable de la proportion des globules et de l'élévation de la fibrine, il se développe à peu près exclusivement pendant la grossesse une modification du sérum qui consiste principalement dans la diminution de l'albumine proprement dite et comme conséquence de cette diminution, l'abaissement de la densité ?

B. SUITES DE L'ACCOUCHEMENT.

M. Andral avait annoncé, dans son HÉMATOLOGIE, que l'augmentation de la fibrine vers la fin de la grossesse n'était probablement pas sans influence sur la facilité avec laquelle se développaient les phlegmasies après l'accouchement. Dans notre premier travail, nous nous étions bornés à rapporter deux faits, l'un d'éclampsie suivie de fièvre puerpérale, l'autre de fièvre puerpérale avec infection purulente, dans lesquels l'analyse du sang provenant de la saignée avait démontré une diminution très-considérable de

---

inconvénient, peu remarqué jusqu'ici, de la médecine ambulante. On risque de laisser sa femme en chemin, et on trouve des gens qui n'en sont pas bien aises. C'est dans ces honorables sentiments que paraît être un médecin oculiste fort répandu dans les provinces, M. L..., qui n'est pas, comme l'initial pourrait le faire croire, le célèbre inventeur du congrès médical *de France*, M. Lagoguey. Cette victime de l'amour conjugal s'était flattée d'enchaîner pour la vie à son char, qui se trouve être une carriole, la chair de sa chair et les os de ses os. La moitié a d'abord trouvé assez plaisant de voir du pays tout en faisant ses petites affaires, de visiter Carpentras et La Palisse, ou de figurer à la foire de Beaucaire. Assez longtemps l'union a été intime ; mais on se lasse des voyages comme des pâtés d'anguille : un beau jour la moitié s'est dessoudée en chemin, et il n'a plus été possible de la faire adhérer de nouveau. Elle prétend qu'elle a assez de marches et de contre-marches, qu'il est temps de mettre un terme à ses courses vagabondes, qu'elle a droit à un domicile fixe ou à une pension alimentaire. En vain lui offre-t-on une multitude de couches conjugales dans les auberges, et le vivre à l'hôtel du Lion-d'Or, de la Tête-Noire, ou du Cerf-Couronné ; elle ne veut rien entendre. Le tribunal civil de la Seine, touché des sentiments de paix et de bonne harmonie manifestés par l'époux errant, avait déclaré ses offres bonnes et valables, et débouté la demanderesse ; mais l'impassible cour royale, la légalité incarnée, a décidé qu'à défaut de domicile fixe, madame L... pouvait se refuser à suivre son seigneur et maître, et conséquemment avait droit à une pension alimentaire que la cour a fixée à 1,500 francs, sans compter même somme de *provision*.

— Mais le médecin ambulant n'est pas le seul pour qui sa profession puisse devenir une source de tribulations. Le médecin sédentaire ne jouit à cet égard d'aucun privilége : la nature de ses fonctions, la facilité laissée à tous de l'attirer à heure fixe dans un lieu voulu, par un simple recours à son ministère, l'expose plus que tout autre aux mystifications les plus désagréables et quelquefois les plus cruelles. Les journaux racontaient dernièrement la mésaventure d'un jeune médecin, nouvellement engagé dans les liens d'hymen, qui, abordé, au retour d'une promenade conjugale, par un individu haletant, effaré, baigné de sueur, quitte, sur les plus vives instances, le bras de son épouse pour courir où son ministère l'appelle, perd chemin faisant le messager qui s'esquive adroitement, revient tout maugréant à son domicile et trouve..... la bien-aimée partie ! La vapeur l'emportait sur le chemin de Belgique : un compère, le ravisseur peut-être, avait par sa ruse favorisé l'évasion.

— Une histoire plus triste encore est la suivante. En Corse, une famille entière est vouée à la *vendetta* ; la menace inexorable plane jour et nuit ; la barbe du vengeur ne sera pas retranchée, la carabine ne s'abaissera pas tant que le sang n'aura pas coulé. On n'ose s'aventurer loin de la maison ; on ne dort que sous la garde des sentinelles. Mais dans cette famille est un médecin ; ses malades l'appellent au loin ; les sacrifiera-t-il à sa sûreté personnelle ? Non, le devoir l'emporte ; il part ; mais à peine a-t-il atteint la campagne, qu'il tombe frappé mortellement d'un coup de feu. En parcourant les journaux, on est désagréablement surpris de voir combien fréquemment l'exercice de la profession médicale devient une source de guets-apens, depuis la simple escroquerie jusqu'à l'assassinat.

— Les malades — et la médecine — ont été longtemps mystifiés dans le pas-

l'albumine et un abaissement proportionnel de la densité, et nous nous demandions (1) s'il fallait conclure de ces deux faits qu'il y avait, dans l'éclampsie et la fièvre puerpérale, « une diminution de l'albumine égale, » ou même plus forte que celle qui a lieu dans la maladie de Bright; » et nous répondions : « C'est ce qui est probable ; mais ce résultat a besoin d'être vérifié et confirmé par d'autres faits avant d'être définitivement admis dans la science. »

Ces résultats, que nous annoncions d'une manière aussi nette et aussi positive, à part la conclusion définitive pour laquelle il ne nous manquait que des faits plus nombreux, ont trouvé, dans les analyses d'un jeune et habile chimiste M. Hersent (2), une confirmation et une généralisation que l'on pouvait prévoir. M. Hersent termine son travail en disant qu'il espère avoir démontré :

1° Que la modification appréciable du sang dans la fièvre puerpérale grave consiste dans une forte augmentation de l'eau, dans une diminution extrêmement considérable des globules et dans une diminution également très-grande de l'albumine.

2° Que plus ces modifications sont faibles et moins la maladie est grave.

Nous passons les troisième et quatrième conclusions, qui ne se rapportent pas à notre sujet.

5° Que probablement la viciation du sang préexiste au développement de la maladie, mais qu'elle ne peut être considérée comme sa cause ; que cependant son existence augmente beaucoup la gravité de l'état morbide.

Nous devions revenir sur cette question pour rappeler que, malgré le petit nombre de faits qu'il nous avait été donné de recueillir et la réserve avec laquelle nous avions formulé notre conclusion, le résultat était cependant indiqué d'une manière tout aussi nette que M. Hersent a pu le faire plus tard en s'appuyant sur un nombre de faits considérables.

Un nouveau fait de fièvre puerpérale grave compliquant une éclampsie a été observé par nous, à l'hôpital de la Charité, sur une jeune femme de 25 ans, qui succomba trois jours après son entrée. Une saignée lui avait été pratiquée. Nous en donnons ici le résumé en le plaçant à côté des chiffres anciennement obtenus, l'un sur une jeune femme de 18 ans, atteinte d'une fièvre puerpérale avec infection purulente, et l'autre sur une femme de 34 ans, atteinte d'une fièvre puerpérale développée à la suite d'une éclampsie. Ces trois malades succombèrent.

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SANG.

	1er cas. Femme de 25 ans.	2e cas. Femme de 18 ans.		3e cas. Fem. de 34 ans.
	Une saignée.	1re saig.	2e saig.	Une saignée.
Eau	824,8	854,6	867,7	876,6
Globules	111,2	77,3	66,6	69,5
Parties solides du sér.	58,5	63,8	61,5	51,5
Fibrine	5,5	4,3	4,2	2,4
Densité du sérum	1021	1022,6	1021	1018,7

ANALYSES DE 1000 GRAMMES DE SÉRUM.

	1er cas.	2e cas, 1re saig.	2e cas, 2e saig.	3e cas.
Eau	931,8	930,9	931,4	944,7
Albumine	68,2 (Albumine et Mat. ext. gras. et sels)	60,3	58,2	45,8
Mat. ext. gras. et sels		8,8	7,7	9,5

(1) Page 119.

(2) Hersent, Thèse inaugurale, Rech. sur la compos. du sang dans la fièvre puerpérale.

Voici maintenant d'autres cas moins graves :

Deux jeunes malades, sorties depuis quelques jours seulement de la Maternité, furent amenées à l'hôpital de la Charité, l'une, le dixième jour, âgée de 19 ans, pâle, affaiblie, et atteinte d'un phlegmon iliaque avec fièvre intense ; l'autre, le douzième jour, âgée de 23 ans, atteinte de la même maladie. Il y avait chez cette dernière de la fièvre et un peu de diarrhée.

Ces deux malades n'étaient pas atteintes de fièvre puerpérale proprement dite, mais d'une phlegmasie suite de couche. L'influence de ce grand acte physiologique ne saurait être méconnue ici ; cependant l'analyse du sang y fit connaître des modifications analogues, quoique moins prononcées, que dans les cas précédents. La densité du sérum fut, chez la première, 1023,4 ; chez la seconde, 1025,7. Il était abondant relativement au caillot, qui du reste était couenneux. L'analyse de 1000 grammes de sérum montra qu'il existait 79,6 de parties solides chez la première, et 81,3 chez la seconde.

Trois autres jeunes malades atteintes de phlegmasies suites de couches, mais chez lesquelles l'état local dominait l'état général, présentèrent dans le sérum du sang des modifications analogues, mais que nous jugeons inutiles et surtout peu intéressant pour le lecteur de rapporter ici. Nous nous bornerons à résumer de la manière suivante les modifications que l'on peut trouver dans le sang à la suite de l'accouchement :

A mesure que la grossesse approche de son terme, indépendamment de la diminution des globules, qui se produit fréquemment, et de l'augmentation de la fibrine, qui est plus rare, les parties solides du sérum, et surtout l'albumine, semblent diminuer très-notablement de proportion ; on est en droit de se demander si cette diminution, souvent portée à un haut degré, ne pourrait expliquer certaines hydropisies qui se produisent à la fin de la grossesse (tout en tenant compte cependant de l'obstacle mécanique apporté à la circulation veineuse par le développement de l'utérus), et si cette diminution, qui a été trouvée si considérable dans des cas d'éclampsie et de fièvre puerpérale, n'exerçait pas une influence quelconque sur la production de ces maladies.

Aucun fait nouveau d'analyse du sang dans des maladies du cœur avec hydropisies, dans lequel nous ayons pu analyser ce liquide, ne s'est offert à nous. Il nous a donc été impossible de résoudre les questions que deux faits seulement nous avaient conduits à soulever, et particulièrement celle qui est relative à la diminution de proportion de l'albumine du sérum dans certains cas de maladies du cœur avec hydropisies.

XI. — CHLOROSE ET ANÉMIE.

A. CHLOROSE.

Nous avons étudié la composition du sérum et ses caractères chez 9 femmes atteintes de chlorose proprement dite (anémie idiopathique), et ces caractères ont présenté dans tous les cas une très-grande analogie : sérum très-abondant relativement au caillot peu coloré, presque toujours limpide et transparent.

La densité a été représentée par des chiffres qui rentrent tout à fait dans les limites physiologiques, soit pour les extrêmes, soit pour la moyenne.

L'analyse de 1000 grammes de sérum a donné pour résultat des chiffres de parties solides qui, bien qu'un peu faibles pour quelques cas, rentrent tout à fait cependant dans les limites normales. Dans huit des neuf saignées, les poids obtenus sur 1000 ont été 89,2 ; 89 ; 88,8 ; 88,7 ; 87,8 ; 87,4 ; 87 ;

---

sage des Panoramas, chose horrible ! par un médecin, le sieur Dominique C.... On ne vendait d'eau-bonne véritablement bonne que là. Et quelle supériorité sur l'eau d'Enghien ! Combien elle était plus légère à l'estomac, plus bienfaisante à la poitrine ! Le cruel est que cette eau bonne superlative n'était que de l'eau d'Enghien. Un faux cachet faisait la métamorphose. Le traître de confrère, dénoncé par un honnête coassocié, s'est empressé de détaler, et la justice n'a pu encore venger l'injure de la science.

— Mais elle a pris sa revanche sur un certain oculiste dont le talent principal consistait à vendre vingt francs des verres achetés par lui vingt ou trente sous, et qui, ne trouvant pas cet honnête commerce assez lucratif, y avait ajouté un ingénieux supplément consistant à voler des billets de banque à la bourse. Cinq ans de reclusion, cent francs d'amende et l'infamie.

— Nous aurions bien envie de dire un mot, en finissant, à la Gazette des hôpitaux. Ce journal devient de plus en plus vertueux : les principes que nous avons récemment exposés sur la publicité médicale extra-scientifique heurtent son rigorisme, et peu s'en faut qu'il ne mette sur notre compte un acte de charlatanisme que s'est récemment permis une *notoriété* publique, suivant le langage toujours châtié de la digne feuille. Il est à espérer, d'après cela, qu'elle va bannir pour toujours de ses colonnes les annonces effrontées, les feuilletons à la louange des charlatans, et rompre avec ceux de ses rédacteurs qui ont fait ou font encore un usage immoral de la publicité extra-scientifique. Nous aurions là-dessus plus d'un mot à dire ; mais la causerie est déjà longue, *suadentque cadentia sidera somnos.*

— On lit dans le Journal de Cherbourg :

« Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que les trois cas de choléra signalés dans notre dernier numéro n'ont eu aucune suite sérieuse. Chez l'un des malades, le jeune homme de quatorze ans, les accidents cholériques avaient cessé le jour même de l'invasion de la maladie. Chez les deux autres, quoique l'affection eût débuté d'une manière plus brusque et eût duré plus longtemps, néanmoins aujourd'hui il n'existe aucun symptôme inquiétant.

» Un nouveau cas s'est rencontré. Hier, à une heure et demie du matin, un pompier de la marine a été pris subitement de vomissements abondants qui dans la journée avaient été précédés d'une diarrhée copieuse. Cinq heures après, la peau était violette, cyanosée, il y avait une prostration extrême ; le pouls était petit et fréquent ; la voix était éteinte, une sorte d'étranglement vers la gorge empêchait le malade de parler et de respirer ; des coliques violentes, accompagnées d'évacuations alvines, complétaient l'ensemble des symptômes cholériques. Aussitôt que le médecin fut appelé, le malade fut plongé dans un bain d'eau tiède ; une potion narcotique fut administrée un peu plus tard. Quelques heures après il y avait une amélioration sensible. Le jour suivant tout symptôme grave avait disparu. »

— Par suite d'un concours ouvert le 2 juillet 1846, par-devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de prosecteur d'anatomie, M. Charles Morel, de Hétoncourt-sur-Marne (Haute-Saône), a été nommé à cet emploi.

85; moyenne 87,9. Dans la neuvième, on trouve le chiffre 100,9. Chez cette dernière malade existaient probablement des tubercules, ce qui n'expliquait pas, du reste, ce dernier chiffre.

L'analyse des matières extractives, des matières grasses et des sels, a conduit à des conclusions analogues, et n'a rien présenté de particulier à noter (1).

En résumé, dans la chlorose simple, nous n'avons trouvé dans la composition du sérum aucune modification particulière, si ce n'est des chiffres physiologiques un peu faibles. C'est donc exclusivement sur la proportion des globules que les modifications du sang ont porté.

B. Anémies symptomatiques.

Sans nous occuper ici des analogies ou des différences qui peuvent exister entre la chlorose souvent appelée anémie idiopathique ou chloro-anémie, et les anémies symptomatiques d'une foule d'états morbides, qui peuvent se développer à la suite de pertes de sang ou d'autres liquides, nous devons signaler un résultat que nous considérons comme important. Voici comment nous y sommes arrivés.

Nous avons commencé par réunir : 1° les cas de maladie de Bright; 2° l'éclampsie et la fièvre puerpérale grave; 3° certains cas d'hydropisies symptomatiques d'affections du cœur, tous cas dans lesquels nous avons signalé, sinon comme essentielle, du moins comme très-importante, une diminution considérable du poids des matériaux solides du sérum. Nous avons mis avec les cas de chlorose idiopathique les maladies dans lesquelles nous avons vu ce liquide conserver sa composition normale, et enfin les maladies de la moelle, dans lesquelles il y a probablement, par suite de la nature même de la maladie, grande richesse du sérum en parties solides.

Nous avons réuni d'un autre côté 26 analyses du sang recueillies dans des cas d'anémies symptomatiques proprement dites, développées, soit à la suite de maladies graves ayant débilité l'organisme, telles que phlegmasies, fièvres typhoïdes, tubercules, etc., soit à la suite d'émissions sanguines répétées, de pertes abondantes de liquides. Dans ces analyses, en dehors des phénomènes pathologiques faisant admettre l'anémie, il y avait abaissement de la proportion des globules au-dessous du chiffre 100.

Ces départs successifs étant opérés, nous avons isolé les compositions du sérum, et nous avons pu le comparer dans ces cas divers.

Le tableau qui est résulté de ce travail, et que nous ne pouvons reproduire ici à cause de son étendue, nous a conduits aux conséquences suivantes:

Le sérum est en proportion considérable relativement au caillot. Il est clair, limpide, peu coloré. La densité moyenne de ce liquide dans les 26 cas est de 1026.

L'analyse de 1000 grammes de sérum montre ce liquide sensiblement appauvri en parties solides (moyenne 84,7). Dans tous les cas, les chiffres des matières extractives, grasses, ou aussi variables, restent cependant dans les limites normales, ce qui fait porter la diminution sur l'albumine proprement dite.

En résumé, il semble que, dans l'anémie symptomatique, le sérum soit modifié de manière à présenter une diminution très-sensible de l'albumine, et comme moyenne une densité plus forte, tandis que, dans la chlorose ou anémie idiopathique, ces effets ne se produisent pas.

Conclusions générales.

Les conclusions auxquelles conduisent les expériences qui font l'objet de notre nouveau travail peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les matières albumineuses de diverses espèces contenues dans le sang sont douées d'une puissante affinité pour l'eau ; il en résulte, lorsqu'on veut les dessécher complétement, que ces matières ne laissent échapper qu'avec une grande peine les dernières quantités d'eau qu'elles renferment. Il en résulte aussi qu'une fois qu'elles en ont été privées, elles commencent presque immédiatement à absorber dans l'atmosphère une certaine quantité d'eau qu'il est certainement aussi difficile d'expulser que celle qui en faisait primitivement partie constituante. L'intervention de cette eau, si l'on ne prend les précautions les plus minutieuses pour l'expulser complétement, peut troubler, d'une manière souvent assez considérable, les résultats des calculs.

2° Le sang, dès qu'il est sorti de la veine et abandonné à l'air libre, est soumis à une évaporation aqueuse incessante, évaporation qui est en raison directe de l'étendue de la surface évaporatrice, de la température et du degré d'humidité de l'atmosphère. Cette évaporation, s'exerçant d'une manière constante, diminue la quantité d'eau et concentre, par conséquent, les parties solides ; il en résulte des différences assez notables dans les nombres obtenus. C'est en maintenant le sang dans un vase hermétiquement fermé que cette cause d'erreur peut seulement être évitée.

3° La quantité du sérum du sang, déterminée avec les précautions indiquées par la physique, est en général, et en moyenne, en rapport avec la quantité de matières solides que ce liquide tient en dissolution. Cet équilibre peut cependant être rompu. Ainsi, la densité est plus forte quand il y a peu d'albumine proprement dite et beaucoup de matières extractives et de sels libres ; elle est plus faible, au contraire, quand il y a excès d'albumine et, ce qui est plus rare, excès de matières grasses et peu de matières extractives et de sels libres.

4° Le sérum du sang, quelle que soit, du reste, sa composition, étant mélangé chez les divers individus à des proportions variables de globules, il en résulte que, dans les analyses complètes du sang, les nombres qui représentent les matériaux solides du sérum n'ont pas une valeur absolue, et qu'il n'y a de comparable que le rapport de l'eau à ces mêmes nombres. Pour avoir une idée de la composition du sérum à l'état de santé et à l'état de maladie, il s'agit donc d'étudier à part ce liquide dans toutes les maladies, et de l'analyser après que la coagulation spontanée aura isolé les globules et la fibrine. Cette vue, qui a servi de point de départ à la plupart des expériences et des recherches consignées dans ce travail, a été signalée pour la première fois, il y a plus de vingt ans, par MM. Dumas et Prevost. Ces deux habiles expérimentateurs ont donné le précepte, qu'ils ont exécuté dans toutes leurs analyses, de toujours considérer à part, d'un côté, la composition du sérum, et, de l'autre, l'analyse complète du sang, tous deux dans un tableau isolé rapporté à 1,000. C'est ainsi, dans ces dernières recherches, que nous avons toujours agi dans la conviction que ce n'est qu'en comparant ce liquide à lui-même, à l'état sain et dans toutes les maladies, et en faisant abstraction des globules et de la fibrine réunis par la coagulation spontanée, puis isolés, que l'on pourra déterminer d'une manière exacte les modifications de l'albumine et des autres parties en dissolution.

5° Lorsqu'une émission sanguine un peu notable (4 à 500 grammes) est pratiquée et que l'écoulement n'est pas trop rapide, les différentes parties de cette saignée n'ont pas une composition identique ; les dernières sont plus aqueuses, et, partant, moins riches en parties solides. Cet appauvrissement est continu et a probablement lieu depuis les premières parties tirées jusqu'aux dernières ; il faut toutefois, pour l'apprécier, opérer sur une certaine quantité. La division par 100 grammes, que nous avons adoptée, est plutôt destinée à en donner une idée qu'à la mesurer d'une manière définitive et absolue.

6° Les saignées antérieures exercent sur la composition du sérum du sang une influence sensible ; il devient plus aqueux, moins dense et moins riche en parties solides. La quantité de sang soustraite, la répétition et le nombre des saignées, influent nécessairement sur cet appauvrissement, qu'elles rendent plus ou moins fort. La diète et les progrès de la maladie viennent joindre leur influence à celle des saignées antérieures et contribuer à diminuer la proportion des partes solides. L'appauvrissement du sang porte surtout sur l'albumine proprement dite, tandis que la somme des matières extractives, sels libres et matières grasses, varie peu. L'albumine pure est l'élément du sérum qui semble se séparer avec le plus de difficulté ; ainsi, lorsqu'un individu, qui a été saigné une ou plusieurs fois, entre en convalescence, mange, et que conséquemment les parties solides du sérum augmentent de plus en plus, si une nouvelle saignée est pratiquée, pour une complication par exemple, on trouve que l'albumine a moins augmenté que les autres éléments.

7° On peut admettre les résultats suivants comme expression de l'état physiologique : 1,000 grammes de sérum contiennent en moyenne 90 parties solides. Sur ces 90 l'albumine est représentée par 80, les matières extractives et les sels libres par 8, les matières grasses par 2. Les limites de cet état physiologique sont 86 et 95, ou, beaucoup plus souvent, 88 et 92. La densité moyenne de ce liquide peut être représentée par 1027,5, et ses limites physiologiques par 1028,5 et 1026,5. Les chiffres les plus élevés de l'état physiologique se trouvent chez des individus forts, bien portants, bien constitués et se nourrissant bien. Les chiffres les plus faibles se trouvent dans les circonstances opposées. L'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, ne saurait être déterminée dans l'état actuel de la science.

8° La densité du sérum, les proportions des parties solides qu'il renferme,

(1) Nous avons analysé dernièrement le sang d'une jeune fille chlorotique au plus haut point; nous avons eu les résultats suivants avec 1000 grammes de sang :

Eau	864
Globules	49,4
Fibrine	3
Matières solides du sérum	84,6
	1000

restent dans les limites physiologiques dans les circonstances suivantes : la pléthore, les affections légères ou les maladies chroniques exerçant peu d'influence sur l'état général et dans lesquelles on continue de prendre des aliments, la chlorose, le commencement de la grossesse, le début de quelques maladies aiguës, etc. Dans ces divers cas, les chiffres sont plutôt compris dans les limites inférieures de l'état physiologique.

9° Les parties solides du sérum et surtout l'albumine soluble subissent une diminution très-sensible sous l'influence d'un certain nombre de conditions qui, toutes, n'agissent pas de la même manière ni avec la même intensité. Ainsi l'appauvrissement est peu considérable sous l'influence de la diète, des saignées antérieures, des phlegmasies légères. Elle est plus forte dans les maladies graves, surtout si elles se prolongent, dans les phlegmasies graves et les fièvres typhoïdes en particulier, les anémies symptomatiques, la fin des maladies chroniques, la fin de la grossesse, etc. ; elle est très-forte enfin dans la maladie de Bright, l'éclampsie et la fièvre puerpérale, et certaines maladies du cœur avec hydropisie. Il est presque inutile d'ajouter que la diminution de densité du sérum accompagne son appauvrissement.

10° L'augmentation de proportion des matières solides du sérum et en particulier de l'albumine est un fait rare ; on le trouve, dans quelques cas, trop isolés et trop disséminés pour qu'on puisse rien établir de général à cet égard ; on l'observe à peu près constamment cependant dans les maladies de la moelle.

11° L'analyse complète du sang, dans un certain nombre de cas de maladies de la moelle avec paraplégie, a conduit aux résultats suivants : diminution, souvent très-considérable, du nombre des globules, sans qu'il se produise les bruits artériels que l'on constate presque toujours en pareil cas ; augmentation sensible des parties solides du sérum.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA DESTRUCTION DES HÉMORRHOÏDES INTERNES PAR LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LEUR PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ DE M. FILHOS) ; par J.-Z. AMUSSAT.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

HÉMORRHOÏDES INTERNES TRÈS-VOLUMINEUSES ; PROLAPSUS CONSIDÉRABLE DU RECTUM ; HÉMORRHAGIES FRÉQUENTES ; CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DU PÉDICULE DES HÉMORRHOÏDES INTERNES INJECTIONS D'EAU FROIDE EN MÊME TEMPS ; ÉVACUATION DU SANG CONTENU DANS LES TUMEURS CAUTÉRISÉES ; GUÉRISON.

OBS. II. — M. de Z..., âgé de 46 ans, d'une haute stature, se rappelle que lorsqu'il était écolier, à l'âge de 12 ou 13 ans, il éprouvait déjà une grande difficulté à aller à la garde-robe et il était forcé de faire des efforts prolongés pour obtenir une défécation complète. Dès cette époque, il prit l'habitude de rester longtemps sur la garde-robe. A l'âge de 18 ans, M. de Z... s'aperçut pour la première fois d'un flux de sang hémorrhoïdal accompagné de diarrhée ; mais sa santé n'en fut pas altérée. Montant beaucoup à cheval à cette époque, habitude qu'il a conservée jusqu'en 1830, il souffrait souvent de ses hémorrhoïdes, et il ressentait des douleurs du côté de la vessie au point d'en être fortement incommodé. Il avait fini par en résulter une tristesse extrême portée jusqu'à l'hypocondrie.

Enfin, la difficulté de la défécation a augmenté depuis, de jour en jour, et le malade attribue à l'imprudence qu'il a toujours eue de faire des efforts trop longs et trop répétés, le développement des hémorrhoïdes, et par suite la chute du rectum.

En 1833, M. de Z... a éprouvé pour la première fois une perte de sang assez considérable pour déterminer des syncopes et amener un évanouissement complet. Pendant quinze jours le sang a coulé sans que les lavements froids ni les astringents aient pu l'arrêter. A la suite de cette hémorrhagie si abondante, M. de Z... est resté dans un état de faiblesse très-prononcée ; il a eu de longues insomnies et des douleurs de tête névralgiques très-fortes. Depuis, il a eu tous les ans, au renouvellement des saisons principalement, une et quelquefois deux fortes hémorrhagies toujours en allant à la garde-robe. Jamais le sang n'est sorti dans toute autre circonstance.

Depuis treize ans que dure cet état, la difficulté de la défécation est devenue de plus en plus grande sans qu'aucun des nombreux moyens employés ait pu y remédier. Le fer rouge a même été appliqué sans succès.

Depuis un an surtout, M. de Z... remarque un surcroît de difficultés dans les garde-robes qu'il attribue à l'augmentation du volume de ses hémorrhoïdes. Aujourd'hui, pour obtenir une défécation complète, il faut que par de grands efforts il fasse sortir les hémorrhoïdes, qui alors entraînent avec elles le rectum, et dilatent l'anus d'une manière extraordinaire. En même temps les sphincters sont agités de mouvements pour ainsi dire convulsifs. Enfin M. de Z... éprouve constamment un état de gêne insupportable vers l'anus, et la sensation d'une corde qui lui serrerait le ventre.

Ayant eu l'occasion de rencontrer M. de X, son ami, qui venait d'être débarrassé d'une infirmité semblable à la sienne (voy. l'observation précédente), M. de Z... se décida à se confier à nos soins et à nous adjoindre à M. le docteur Marx, son médecin.

En examinant le malade, nous trouvons que l'anus est entouré de bourrelets hémorrhoïdaux externes flétris et très-développés ; pendant les efforts, l'anus se dilate considérablement pour faire sortir un bourrelet d'hémorrhoïdes internes très-volumineux. Les efforts déterminent aussi un prolapsus du rectum remarquable par son volume et son développement. Le bourrelet externe offre une couleur d'un gris blanc ; les hémorrhoïdes internes ont une couleur rouge cerise, et le prolapsus de la muqueuse est d'un blanc mat. Jamais je n'avais vu un pareil état du rectum comme conséquence d'hémorrhoïdes internes.

M. de Z... est fort amaigri ; le teint est jaune-paille, les forces sont très-affaiblies ; enfin l'état anémique est aussi prononcé que possible. Les fonctions digestives sont lentes et difficiles.

Il y a donc urgence de débarrasser le malade de ses hémorrhoïdes internes, cause incontestable des accidents les plus graves qu'il éprouve.

Le 11 mai 1846, après avoir pris et rendu un lavement, à la suite d'efforts considérables qui dilatent largement l'anus et font proéminer au dehors les hémorrhoïdes internes, nous voyons qu'elles occupent les 3/4 ou les 4/5 de la circonférence de l'anus ; il n'en existe pas du côté du périnée.

Assisté de M. Marx et de mon fils, après avoir préservé les hémorrhoïdes environnant celles que je voulais cautériser en les circonscrivant de toutes parts tant par les pinces préservatrices que par des spatules et des valves de spéculum, je pris un paquet hémorrhoïdal de 5 centimètres d'étendue au moins avec des pinces à baguettes porte-caustique, et pendant deux ou trois minutes je cautérisai sa base ; des injections d'eau froide étaient faites en même temps pour anéantir l'action du caustique sur les parties voisines. Pour terminer l'opération, avant de retirer la pince porte-caustique, j'incisai dans toute leur longueur les hémorrhoïdes que je venais de cautériser, puis, dans l'intervalle des lèvres de la division, je plaçai pendant une minute au plus, en l'enfonçant aussi loin que possible, une plaque de caustique solidifié ; enfin je fis pratiquer des injections d'eau fraîche, et introduire dans l'anus un linge fin enduit de cérat.

Le lendemain et les jours suivants il n'y a pas de réaction. M. de Z... ne souffre pas davantage qu'avant d'avoir été opéré.

Le 20 mai, assisté de MM. Marx, Le Vaillant et de mon fils, je pratique une seconde opération. Cette fois, j'agis sur le bourrelet hémorrhoïdal gauche, que des efforts soutenus, à la suite d'un lavement, font sortir complétement. Ce bourrelet, plus volumineux que celui qui a été cautérisé dans la première opération, occupe plus de la moitié de la circonférence de l'anus. Après l'avoir saisi avec des pinces préservatrices plus grandes, faites exprès, et préservé les parties voisines avec des plaques d'acier carrées supportées par un manche, je les cautérise extérieurement et intérieurement de la même manière que les autres, et sans causer une douleur bien grande au malade.

Les suites de cette seconde opération ont été, comme sur le premier malade, aussi simples que possible, ce qui est très-remarquable, surtout à cause de la complication de la chute du rectum.

Les effets de l'injection et ceux de la cautérisation ont été évidents et rendent incontestables les réflexions faites sur le premier opéré. M. Marx a parfaitement apprécié l'utilité de l'injection pendant la cautérisation en disant que, dans ce cas, ce moyen prévient l'inflammation comme les irrigations dans les fractures compliquées.

C'est surtout sur ce malade qu'on a pu apprécier la puissance du caustique de potasse et de chaux pour coaguler le sang et empêcher le retour d'hémorrhagies qui étaient provoquées par les efforts fréquents et violents de défécation.

On a beaucoup fait dans ces deux opérations, puisque les hémorrhoïdes internes ont été en grande partie détruites, mais il en reste encore quelques-unes, la totalité n'ayant pas été cautérisée à dessein, et les efforts tendant à en reproduire d'autres par la dilatation des vaisseaux qu'ils favorisent.

Je crois qu'on aurait pu cautériser toutes les hémorrhoïdes en une seule fois, puisqu'il n'y a pas eu de réaction à la suite des deux opérations qui ont été successivement pratiquées ; mais la prudence ne le permettait pas ; déjà nous avons fait plus en deux fois sur ce malade qu'en trois fois sur le premier.

Le 26 juin 1846, assisté de MM. Marx, Le Vaillant, et de mon fils, je crois devoir pratiquer une nouvelle opération ; il existe encore en effet, au bord inférieur du prolapsus du rectum, un bourrelet d'hémorrhoïdes internes, trop gros, rouge-cerise, qui me paraît devoir être détruit en grande partie. Malgré un lavement, les efforts d'expulsion ne sont pas assez prolongés pour nous permettre de saisir tout de suite une partie des hémorrhoïdes internes que nous désirons cautériser. Cependant, des efforts soutenus font complétement *sortir le prolapsus habituel*, le rectum se renverse, et nous pouvons saisir la moitié du bourrelet hémorrhoïdal avec des pinces préservatrices munies d'un écrou qui permet de les maintenir fermées. Alors nous plaçons au-dessus de cette pince une autre pince à baguettes porte-caustique et garantissant les parties voisines avec des couteaux de bois à papier, nous tenons ainsi ce bourrelet hémorrhoïdal deux ou trois minutes, et pendant tout ce temps des injections d'eau fraîche sont pratiquées pour éteindre l'action du caustique sur les parties autres que le bourrelet hémorrhoïdal. Enfin, avec un ténaculum, nous faisons, de distance en distance, de petites piqûres qui permettent à la tumeur de se vider en totalité du sang qu'elle contient ; elle devient en effet pâle et elle se flétrit.

Nous agissons exactement de même pour une partie de l'autre moitié du bourrelet hémorrhoïdal; l'opération étant terminée, des injections d'eau fraîche sont pratiquées dans le rectum après la rentrée du prolapsus, et le malade se place dans un bain, où il reste trois heures.

Les souffrances ont été assez vives immédiatement après l'opération; mais elles ne se sont pas prolongées, et les jours suivants, M. de Z... est aussi bien que s'il n'avait pas été opéré.

Ce second fait est extrêmement remarquable; le procédé a complétement réussi comme dans le premier cas, et il n'y a pas eu le moindre accident, bien qu'il existât une complication grave, c'est-à-dire un prolapsus considérable de l'intestin.

Le malade est débarrassé de la presque totalité de ses hémorrhoïdes, et il sera bientôt, je l'espère, délivré des pertes sanguines qui ont mis sa vie en danger.

D'après les antécédents, on voit que la constipation habituelle survenue dès l'enfance chez M. de Z..., et les efforts prolongés d'expulsion qu'elle nécessitait ont déterminé d'abord un état de congestion des vaisseaux de la partie inférieure du rectum, puis de véritables tumeurs hémorrhoïdales se sont formées et des efforts d'expulsion trop répétés ont fini par amener un prolapsus du rectum; enfin, des bourrelets hémorrhoïdaux externes se sont développés comme conséquence de la gêne de la circulation et de la stase sanguine à l'extrémité du tube digestif.

Un troisième fait est venu promptement dissiper les doutes qui auraient pu exister encore après le deuxième, qui était déjà très-concluant en faveur du procédé; j'ai acquis la certitude que le défaut de réaction est dû à l'injection et aux moyens préservateurs que nous employons, ce qui simplifie beaucoup l'opération.

Un fermier des environs de Paris, portant un bourrelet circulaire d'hémorrhoïdes internes composé de sept tumeurs distinctes, grosses comme des cerises, a été opéré plus simplement encore que les deux premiers et avec le même succès, c'est-à-dire sans la moindre réaction.

Voici ce fait :

HÉMORRHOÏDES INTERNES FORMANT UN BOURRELET CIRCULAIRE; CAUTÉRISATION DE LEUR PÉDICULE; INJECTION D'EAU FROIDE EN MÊME TEMPS QUE LA CAUTÉRISATION; ÉVACUATION DU SANG CONTENU DANS LES TUMEURS; GUÉRISON.

OBS. III. — M. P..., âgé de 51 ans, fermier, demeurant auprès de Paris, est affecté depuis l'âge de 20 ans d'hémorrhoïdes qui tout d'abord ont fourni du sang au moment des garde-robes. Cet écoulement sanguin a continué depuis, et il était très-abondant de mois en mois à une époque qu'il pouvait presque déterminer à l'avance. Depuis trois ans la constipation habituelle a augmenté beaucoup, et les efforts d'expulsion entraînaient le rectum et les hémorrhoïdes qu'il fallait faire rentrer avec les doigts; le malade y parvenait non sans peine, non sans douleur. A la suite de la marche ou d'excès dans son régime, M. P... remarquait un écoulement de matière muco-sanguine par l'anus, et ses hémorrhoïdes le faisaient souffrir davantage. — Avant l'apparition des hémorrhoïdes, M. P... avait assez souvent des saignements de nez. Ayant essayé inutilement toutes sortes de moyens pour se débarrasser de ses hémorrhoïdes, le malade se confia à nos soins, et le 26 mai 1846, je le vis pour la première fois. Alors, à la suite d'efforts, je constatai autour de l'anus un bourrelet circulaire composé de sept hémorrhoïdes, dures et saignantes au toucher, séparées par des rainures peu profondes.

Le malade désirait en être promptement débarrassé, et ayant entendu parler des succès que j'avais obtenus par la cautérisation sur des malades de sa connaissance, il me pria instamment de l'opérer sans retard.

Après avoir fait donner la veille un purgatif et le jour de l'opération un lavement afin de rendre plus faciles et plus énergiques les efforts d'expulsion, je pris avec les pinces préservatrices l'hémorrhoïde la plus grosse; puis, plaçant audessus de celles-ci des pinces à baguettes creusées d'une gouttière remplie de caustique, et les premières pinces ainsi que des couteaux à papier garantissant les parties voisines, je cautérisai la base de cette hémorrhoïde en laissant ma pince porte-caustique en rapport avec elle deux ou trois minutes. Pendant ce temps, je faisais pratiquer des injections d'eau fraîche à l'aide d'une seringue. L'hémorrhoïde étant toujours tenue avec les pinces, je l'ouvris dans toute son étendue avec un bistouri, et j'introduisis profondément entre les lèvres de mon incision une plaque de caustique solidifié.

Le lendemain matin M. P... est levé et se trouve parfaitement bien; il n'a pas de fièvre et n'éprouve aucune douleur; il n'a pas été à la garde-robe. L'hémorrhoïde qui a été cautérisée est noire, flétrie.

Le 3 juin, deuxième opération. A la suite d'efforts pour rendre un lavement qui vient d'être donné, nous observons six hémorroïdes; on voit à peine la cicatrice de celle qui a été cautérisée il y a quelques jours.

Avec les pinces préservatrices, je prends l'hémorrhoïde la plus volumineuse, située à gauche vers le coccyx, puis je la reprends avec les pinces porte-caustique en T, creusées d'une gouttière remplie de caustique Filhos, et je la tiens pendant plusieurs minutes en ayant le soin de faire pratiquer en même temps des injections d'eau fraîche. La pression des pinces fait crever l'hémorrhoïde, qui se vide de presque tout le sang qu'elle contient avant que j'aie pu la piquer avec le ténaculum pour pouvoir la vider par la pression de la pince. Néanmoins, après avoir desserré l'écrou, je me sers du ténaculum et je la vide du sang qu'elle contient encore. Des injections sont faites en même temps et après; puis je place dans l'anus une mèche enduite de cérat, et le malade se met dans un bain où il reste une heure.

Le 5 juin, l'hémorrhoïde est flétrie et noirâtre comme après la première opération; elle est réduite à un très-petit volume. Dans les efforts d'expulsion il s'écoule un peu de sang. L'état général est aussi satisfaisant. M. P... fait ses affaires comme s'il n'avait pas été opéré. Il n'y a pas de bourrelet extérieur.

Le 10, même état; l'hémorrhoïde est tombée en détritus.

Le 12, troisième opération. De même que pour les premières, un lavement a été donné; nous observons encore deux rangées d'hémorrhoïdes; la plus grosse est située du côté gauche, elle est composée de trois hémorrhoïdes violettes; à droite il en existe deux qui sont moins saillantes et moins foncées en couleur. Avec les pinces préservatrices je prends les deux plus grosses hémorrhoïdes du côté gauche, et du reste j'emploie exactement le même procédé que pour les deux précédentes opérations.

Le lendemain, le malade est levé; il n'a pas eu de fièvre; les hémorrhoïdes qui ont été cautérisées la veille sont aplaties et flétries.

Le 26 juin, en présence de MM. les docteurs Paul, Schuster et de mon fils, je pratique une nouvelle opération. Il existe encore deux hémorrhoïdes qui sortent assez difficilement de l'anus; la plus grosse est ulcérée en dedans, toute la muqueuse est enlevée. Avec une pince préservatrice munie d'un écrou je prends cette hémorrhoïde à sa base, puis plaçant au-dessus de cette pince une autre pince porte-caustique en forme de triangle également munie d'un écrou, je cautérise l'hémorrhoïde pendant que plusieurs seringues d'eau fraîche sont projetées sur elle, et avant de lâcher les pinces qui exerçaient sur cette hémorrhoïde une forte compression, je la pique dans plusieurs points avec un ténaculum, afin de la vider du sang qu'elle contient. Ensuite je retire les pinces, je fais injecter encore de l'eau fraîche, et j'enveloppe l'hémorroïde cautérisée avec une mèche de charpie.

Le malade se place dans un bain où il reste une heure au moins.

Le lendemain de l'opération, M. P... est dans les meilleures dispositions; il déjeune au milieu des gens de sa ferme; il se trouve parfaitement bien et n'a presque pas souffert. Les hémorrhoïdes qui ont été cautérisées hier sont noires et flétries.

Le 1er septembre 1846, M. P... est venu nous voir et nous remercier des soins que nous lui avons donnés. Nous en avons profité pour l'examiner, et voici ce que nous constatons, ainsi que M. Le Vaillant et mon fils : Toute la muqueuse de l'anus, ou plutôt de la partie inférieure du rectum, est très-rouge et congestionnée. On aperçoit les cicatrices, très-peu apparentes du reste, des hémorrhoïdes qui ont été cautérisées, et l'on voit une petite hémorrhoïde que par prudence nous avons cru devoir laisser.

M. P... marche facilement, et après les garde-robes il n'éprouve plus, comme auparavant, l'ennui de faire rentrer difficilement le rectum et les hémorrhoïdes qui sortaient presque constamment.

Sur ce troisième malade les opérations ont encore été plus simples que sur les deux premiers; par conséquent le résultat obtenu ne peut plus être attribué qu'au procédé, et non pas à ce que tel malade se trouve dans des conditions particulières et supporte mieux une opération que tel autre dans des conditions différentes.

Sans doute le défaut de réaction après chaque opération permet de supposer qu'on aurait pu détruire en une seule fois toutes les hémorrhoïdes; mais l'éloignement du malade ne m'a pas permis d'agir comme je l'aurais fait s'il eût habité Paris; très-probablement alors, j'aurais tout détruit en deux fois. Quoi qu'il en soit, le résultat définitif a été des plus simples et des plus heureux.

M. P... est délivré d'une infirmité gênante et fort incommode, surtout pour un homme obligé de se livrer à de rudes travaux. J'ai déjà dit qu'il était contraint à chaque instant de faire rentrer ses hémorrhoïdes, qui échappaient à la constriction du sphincter, et il en a été guéri sans avoir beaucoup souffert et sans avoir été exposé aux dangers d'une opération grave; il a même continué à vaquer à ses affaires.

Comme on le voit, ces deux derniers faits viennent à l'appui des réflexions faites sur le premier et corroborent tout ce qui a été dit à son occasion. Ces trois faits réunis suffisent donc pour prouver ce que je veux établir, savoir : un procédé simple, basé sur des faits positifs, exempt de dangers et au moyen duquel on peut obtenir la guérison radicale des hémorrhoïdes. Il suffira de jeter un coup d'œil sur chaque point important pour se convaincre de ce que j'avance.

D'après les trois observations précédentes, il est évident que le peu de douleur de la cautérisation circulaire doit être attribué aux moyens de préservation et surtout à l'injection d'eau froide faite en même temps que la cautérisation.

Dans le principe, je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation; et en comparant les résultats, on sera convaincu que l'injection en même temps est d'une grande utilité, puisqu'elle ne nuit pas à l'action du caustique et qu'elle diminue beaucoup la douleur sans empêcher l'effet qu'on veut obtenir.

L'injection en même temps n'a pas seulement l'avantage de diminuer beaucoup la douleur; elle prévient aussi l'inflammation; en un mot, elle

simplifie beaucoup l'opération et ses suites. L'utilité de l'injection pendant la cautérisation est, je crois, un fait nouveau, qui sera fertile, j'espère, en conséquences pratiques pour d'autres opérations. La précaution de vider la tumeur hémorrhoïdale avant d'achever l'opération est aussi un temps fort important. Par ce moyen on évite la gêne d'une tumeur qui se durcit et se putréfie, ce qui altère les parties voisines; on évite, en outre, la formation d'un bourrelet correspondant, qui incommode et inquiète les malades, ainsi qu'on pourra le voir dans la deuxième partie de ce mémoire.

Comme on le voit, d'après les trois observations qui précèdent, on n'a pas d'hémorrhagie à craindre après la cautérisation circulaire, parce que le caustique de potasse et de chaux détermine la formation de caillots dans les vaisseaux qui forment l'hémorrhoïde, et je ne crois pas inutile de faire observer à cette occasion que ce caustique a une puissance très-grande sur la coagulation du sang.

Les trois faits cités prouvent qu'il y a peu ou point de réaction et que les suites sont presque nulles après ce genre de destruction des hémorrhoïdes internes.

En résumé, d'après ce qui vient d'être dit, on comprend que la cautérisation circulaire parfaitement limitée, l'injection et la déplétion de la tumeur sont les trois moyens principaux qui constituent le procédé que nous employons.

Après avoir indiqué trop longuement peut-être tout ce qui est relatif à l'opération et à ses suites, après avoir cité en détail trois faits à l'appui, il me paraît cependant important de résumer ici *ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter.*

Ce qu'il faut faire : c'est avant tout d'étudier la question sous toutes ses faces, et à la première occasion, en examinant un malade affecté d'hémorrhoïdes internes, c'est de bien juger son état et si l'opération est indiquée.

Il faut ensuite prendre toutes les précautions convenables pour s'assurer, par un nouvel examen, de ce qu'il importe de faire pour arriver à une guérison complète.

Il ne faut pas se contenter d'une seule exploration après de simples efforts, mais prescrire un lavement et même un purgatif, ce qui permet de mieux juger toute l'étendue de la maladie.

Ce qu'il faut faire pour l'opération : c'est d'avoir les instruments convenables et de tout disposer d'avance.

Le malade étant sur un vase de nuit, l'engager à faire des efforts, qu'il devra continuer lorsqu'il sera sur son lit, alors les parties étant bien éclairées par la lumière naturelle ou artificielle, ne pas se presser d'agir.

Se placer convenablement ainsi que les aides.

Prendre les hémorrhoïdes avec les pinces préservatrices, ne fermer ces pinces et ne serrer l'écrou qu'après que le malade a fait des efforts pour que l'hémorrhoïde soit complétement prise; placer ensuite la pince porte-caustique et faire injecter de l'eau froide en même temps.

Deux minutes après, on vide la tumeur hémorrhoïdale en la piquant avec un ténaculum et en la comprimant; ce temps de l'opération est très-important; on injecte encore de l'eau froide; on entoure l'hémorrhoïde avec de la charpie, où on place une mèche dans l'anus, suivant que l'hémorrhoïde rentre ou ne rentre pas, et enfin le malade se met dans un grand bain.

Ce qu'il faut éviter : c'est de ne pas examiner superficiellement un malade affecté d'hémorrhoïdes, car alors on peut méconnaître la maladie, comme cela est arrivé souvent, ou la confondre avec un prolapsus du rectum, qui ne doit être considéré que comme un effet des hémorrhoïdes.

Éviter d'opérer un malade affecté d'hémorrhoïdes s'il est atteint en même temps d'une affection grave, soit de la poitrine, soit du ventre, et néanmoins si un flux hémorrhoïdal trop abondant se manifestait, il faudrait, pour en tarir la source, cautériser une ou plusieurs des hémorrhoïdes et en laisser au moins une.

Éviter de comprendre les bourrelets hémorrhoïdaux externes avec les internes dans la cautérisation que l'on pratique sur ces derniers.

Éviter de se presser et de serrer les pinces préservatrices avant d'avoir fait faire des efforts, afin d'être sûr que le pédicule de l'hémorrhoïde a été saisi convenablement dans toute son étendue.

Éviter de cautériser sans faire l'injection en même temps.

Éviter d'arracher la tumeur hémorrhoïdale avec les deux pinces en les tirant en sens contraire.

Éviter, enfin, d'enlever toutes les hémorrhoïdes que porte un malade, et comme tous les praticiens le pensent depuis Hippocrate, la prudence veut qu'on en laisse une, ou au moins des vaisseaux variqueux, pour éviter les inconvénients qui ont quelquefois été signalés après la suppression totale d'hémorrhoïdes auxquelles l'économie était habituée.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier et avril 1846 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Recherches expérimentales sur la pathologie et le traitement de l'asphyxie;* par M. Erichsen. 2° *De l'époque de la puberté chez les femmes des Esquimaux;* par M. Roberton. (Entre 14 et 20 ans; l'âge le moins avancé où l'auteur ait vu la conception avoir lieu est celui de 15 ans 9 mois; le plus avancé est celui de 44 ans.) 3° *Cas de diabètes, avec des remarques touchant l'influence d'un aliment chaud sur la guérison de cette maladie;* par M. Imray. 4° *Coup d'œil sur les progrès de la littérature médicale militaire dans ce pays (Grande-Bretagne);* par M. Irving. 5° *Quelques remarques sur la maladie tuberculeuse ou gypseuse des animaux inférieurs ;* par M. Craigie. 6° *Recherches sur le cerveau, la moelle épinière et les ganglions, avec des remarques sur le mode d'excitation et de transmission de l'agent nerveux;* par M. James Stark. (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 89.) 7° *Description d'une nouvelle forme de fièvre observée à Anstruther et dans le district oriental du comté de Fife;* par M. Harry D. S. Goodsir. 8° *Du pouvoir perceptif de la moelle épinière, tel qu'il se manifeste chez les animaux à sang froid;* par M. Paton. 9° *Cas d'anévrisme fémoral et ligature de l'artère iliaque externe ;* par M. W. Monro. (Le malade mourut d'hémorrhagies; l'auteur pense qu'on aurait pu les arrêter en liant l'iliaque primitive, mais les médecins consultants ne furent pas de cet avis.) 10° *Cas de maladie de l'ovaire, où les deux ovaires furent excisés, terminé défavorablement le soixante-dixième jour par étranglement de l'intestin grêle;* par MM. H. Bennett et Handyside. (L'intérêt qui s'attache à ces cas semble diminuer en France; c'est pour cela que nous nous abstenons de reproduire cette très-longue observation. Nous avons d'ailleurs déjà rapporté (voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 24) un fait détaillé d'extirpation des deux ovaires, suivi de guérison.) 11° *Sur l'art des accouchements aux Indes;* par M. Roberton. 12° *Statistique de l'infirmerie royale de Glasgow;* par M. Orr. 13° *Remarques historiques et critiques sur l'opération pour la cure de la cataracte;* par M. Watson. (Ces remarques portent principalement sur les questions si controversées de la période du mal où il convient de faire l'opération, et sur l'opportunité de la pratiquer à un seul ou aux deux yeux. Elles ne contiennent d'ailleurs rien qui nous ait semblé digne d'être reproduit.) 14° *Recherches expérimentales sur les fonctions du ganglion ophthalmique;* par M. Radclyffe Hall. 15° *Considérations pathologiques et cliniques sur les tumeurs enkystées de l'ovaire;* par M. H. Bennett. (Série d'observations détachées sur ce sujet.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE; par le docteur JOHN ERICHSEN.

L'auteur se propose d'examiner en détail les principales théories émises jusqu'ici sur la cessation de la circulation dans l'asphyxie, et ramenées aux trois propositions suivantes : 1° la circulation cesse par suite de l'arrêt des mouvements respiratoires; 2° la circulation cesse par suite de l'extinction de la puissance contractile du cœur; 3° la circulation cesse par suite d'un obstacle au passage du sang dans les capillaires du poumon. Les conséquences auxquelles M. Erichsen est conduit par ses propres recherches lui servent ensuite à établir les bases rationnelles du traitement de l'asphyxie.

1° *La suspension de la circulation est-elle la conséquence d'un arrêt des mouvements respiratoires?* Cette doctrine a vécu longtemps sous l'autorité de Haller, qui supposait que le retrait des poumons, en comprimant les capillaires du poumon, mettait obstacle au passage du sang. Goodwyn a fait à cette manière de voir une objection sérieuse; il a montré que la circulation continuait dans un poumon fortement comprimé par un épanchement. Le docteur Alison a également combattu la théorie de Haller, et rapporté la stagnation du sang dans les poumons uniquement à la cessation des phénomènes chimiques de l'hématose. Ce physiologiste plonge un lapin dans le gaz azote jusqu'à ce que les mouvements respiratoires deviennent laborieux et que l'insensibilité commence à s'établir; puis l'animal est retiré le plus rapidement possible et tué tout aussitôt par un coup sur le crâne. A l'ouverture, on trouve dans le côté droit du cœur une proportion de sang relativement plus considérable que du côté gauche. Et comme les mouvements respiratoires n'avaient pas été interrompus jusqu'au moment de la mort, l'expérimentateur en conclut que la gêne de la circulation, manifestée par l'engorgement des cavités droites du cœur, a eu une autre

cause que la suspension des mouvements du thorax; et cette cause est pour lui, comme nous l'avons dit, la cessation de l'hématose. Mais M. Erichsen observe avec raison que la distension des cavités droites du cœur par le sang se rencontre dans le genre de mort que M. Alison a fait subir à ses lapins en l'absence de tout symptôme d'asphyxie antérieur au coup donné sur le crâne, parce que la seule suspension des fonctions cérébrales suffit pour amener l'arrêt des mouvements respiratoires, pendant un temps très-court, il est vrai, mais suffisant pour produire les troubles de la circulation propres à l'asphyxie. Pour sortir de ces difficultés, l'auteur fait à son tour l'expérience suivante : il introduit dans la trachée-artère d'un chien un tube sur lequel est montée une seringue pouvant contenir huit onces de liquide et chargée d'air. On fait alors jouer le piston alternativement de haut en bas et de bas en haut de manière à imiter autant que possible la respiration naturelle. Au bout d'une minute et demie, l'animal commence à s'agiter; au bout de trois minutes, l'agitation cesse. A la onzième minute, la poitrine est ouverte et l'on trouve les poumons distendus et d'une couleur noirâtre. A la quatorzième minute, l'action du cœur s'éteint entièrement. Pendant tout ce temps, le jeu de la seringue n'a pas cessé, excepté au moment où la poitrine a été ouverte. A l'autopsie, on trouve toutes les cavités du cœur distendues, les artères coronaires aussi bien que les veines entièrement noires, les artères et veines pulmonaires également gorgées de sang noir. Une piqûre ayant été faite à l'oreillette gauche, il s'en échappe une grande quantité de sang fluide; il en est de même du ventricule gauche et des deux cavités droites. La différence entre les deux côtés du cœur, sous le point de vue de la quantité de sang qui y est contenue, est moindre que de coutume. Cette expérience répétée plusieurs fois a toujours donné les mêmes résultats; toujours les cavités gauches du cœur ont contenu plus de sang que dans les cas d'asphyxie où les mouvements respiratoires avaient été tout d'abord arrêtés. L'auteur en conclut que la persistance de ces mouvements exerce une certaine influence sur l'entretien de la circulation, mais que leur cessation n'est pourtant pas la cause unique de la suspension des mouvements du cœur. Ces résultats s'accordent d'ailleurs avec les observations de Kite et de Coleman, qui ont trouvé plus de sang (comparativement) dans les cavités cardiaques gauches que dans les droites, toutes les fois que les poumons avaient été tenus mécaniquement distendus pendant le cours de l'asphyxie.

2° *La suspension de la circulation dans l'asphyxie est-elle la conséquence de l'anéantissement de l'action contractile du cœur?* Après avoir rapporté les opinions bien connues de Bichat, de Stenson, d'Emmert, de Ségalas, touchant l'influence du sang artériel sur la contractilité musculaire, l'auteur rapporte plusieurs expériences desquelles il résulte que la *fréquence* des contractions du cœur diminue d'un tiers à une moitié quand l'asphyxie a fait passer du sang noir dans les vaisseaux artériels. Mais pour donner plus de rigueur à sa démonstration, il a pris pour sujet de ses expériences de jeunes animaux ayant encore à leur naissance le trou oval et le conduit artériel ouverts, par exemple des chiens nouveau-nés. Il est évident que chez ces animaux la mort ne peut provenir d'une obstruction des voies circulatoires du poumon, puisque les deux côtés du cœur communiquent plus directement qu'au moyen des vaisseaux pulmonaires. Or de jeunes chiens ayant été asphyxiés par strangulation, puis le thorax ouvert au bout de quelques minutes, le cœur continua à battre pendant une, deux, trois, quatre heures. A l'ouverture, on trouva les cavités gauches presque aussi distendues de sang noir que les droites. On s'assura, du reste, de la persistance du trou oval et du conduit artériel. Ces expériences sont fort intéressantes en ce que mettant hors de cause les obstacles à la circulation pulmonaire, y compris ceux qui pourraient naître de l'arrêt des mouvements thoraciques, elles ne laissent plus guère d'autre explication de l'affaiblissement successif et de la cessation des mouvements cardiaques, que la perte de sa contractilité sous l'influence du sang noir charrié par les artères coronaires. C'est, comme on le voit, une ingénieuse confirmation des idées de Bichat.

3° *La suspension de la circulation dans l'asphyxie peut-elle néanmoins être rapportée en partie à un obstacle au passage du sang dans les capillaires des poumons?* Dans des expériences récentes, le docteur Reid paraît avoir démontré à l'aide de l'hémodynamomètre (EDINB. MED. AND SURG. JOURN., vol. LV) que, dans l'asphyxie, la pression du sang sur les parois vasculaires augmente dans les artères et diminue dans les veines, ce qui suppose un obstacle au passage du sang dans les capillaires. M. Erichsen rapporte quelques expériences qui lui sont propres et en général confirmatives de celles du docteur Reid. Le fait d'un ralentissement sur la circulation pulmonaire lui paraît donc hors de doute. Mais de quelle manière a lieu ce ralentissement? Trois hypothèses peuvent être examinées : Ou bien la suspension du cours du sang à travers les capillaires du poumon dépend d'une sorte de paralysie de ses vaisseaux, laquelle serait occasionnée par l'action délétère ou stupéfiante du sang veineux sur les centres nerveux, et consécutivement par l'absence de l'*influx nerveux* nécessaire à la circulation pulmonaire. Ou bien la stagnation du sang est le résultat d'une suspension des attractions vitales qui accompagnent les échanges chimiques (*sic*) entre les éléments de l'air et ceux du sang. Ou bien enfin, l'arrêt de la circulation dépend de la non-oxygénation du sang, les petits vaisseaux pulmonaires, destinés à charrier du sang artériel, ne pouvant pas livrer passage à du sang veineux. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les longues considérations auxquelles il se livre au sujet de chacune de ces opinions, soutenues, du reste, par des physiologistes distingués. Nous nous bornerons donc à dire qu'il rejette les deux premières et comme dénuées de preuves et comme directement contraires à l'expérience. Mais il adopte la dernière, et c'est une raison pour nous de rapporter, au moins succinctement, les considérations sur lesquelles il se fonde. Tous les organes sont doués d'une sensibilité élective ou spéciale en vertu de laquelle ils admettent le contact de certaines substances ou se révoltent contre le contact de certaines autres; et l'auteur rapporte à ce sujet les exemples cités par Bichat à l'appui de cette doctrine. C'en est déjà assez pour faire présumer l'existence d'une semblable propriété dans les artères. Mais ce fait ressort directement des expériences de Hales et de Wedemayer, démontrant que les liquides stimulants ne sont pas admis dans les vaisseaux artériels. Or, le sang noir peut être considéré comme un stimulant à l'égard des vaisseaux destinés à n'admettre que du sang rouge. L'auteur rapporte d'ailleurs, à l'appui de ces idées, les détails d'une inspection microscopique faite par lui sur le mésentère d'une grenouille en état d'asphyxie.

En résumé, M. Erichsen croit pouvoir établir les trois propositions suivantes :

1° La persistance des mouvements respiratoires exerce quelque influence sur l'entretien de la circulation pulmonaire; cependant leur suspension, dans l'asphyxie, n'est pas la cause unique de l'arrêt de la circulation.

2° Une diminution de la force et de la fréquence des contractions du cœur, consécutive de l'altération du sang qui circule dans l'épaisseur de ses parois, est une des causes principales de cet arrêt de la circulation pulmonaire.

3° L'asphyxie est accompagnée d'un obstacle au passage du sang dans les capillaires des poumons, et cet obstacle dépend lui-même d'une contraction des artères et des veines pulmonaires, dont la sensibilité spéciale est mise en jeu par la présence d'un sang altéré.

L'auteur, avons-nous dit, se livre ensuite à quelques considérations thérapeutiques. Nous n'en relèverons qu'une partie fort importante, soit en en elle-même, soit par la manière dont elle a été traitée, et relative à l'asphyxie par submersion. Il s'agit de l'emploi de la chaleur, recommandé, on le sait, pour combattre un des effets les plus funestes de l'asphyxie, le refroidissement. L'auteur se demande de quelle manière la chaleur devra être appliquée. Avec les docteurs Kray et Carpenter, il fait remarquer qu'il importe de laisser libre l'action de l'air sur la peau, celle-ci étant, même chez l'homme, un organe d'hématose, ainsi qu'il résulte des recherches de Cruickshank, Abernetty, Collard de Martigny, etc. Au lieu donc de charger le noyé de couvertures, il conseille de le coucher sur un de ces lits dont les Anglais se sont beaucoup servis pour le traitement des cholériques et qui sont munis d'une boîte d'étain propre à recevoir de l'eau chaude. La chaleur se communique ainsi graduellement au malade. On peut y joindre des frictions ou autres moyens externes propres à activer la circulation et relever la température, sans soustraire la peau au contact de l'air.

Nous le répétons, on trouvera encore dans le mémoire de M. Erichsen beaucoup d'autres préceptes thérapeutiques, et en particulier, la description d'un instrument de son invention, pour insuffler de l'oxygène dans les voies respiratoires. Les détails dans lesquels nous pourrions entrer à ce sujet ne vaudraient pas une simple inspection de la figure; nous préférons y renvoyer le lecteur.

CAS DE DIABÈTES PROPRES A MONTRER L'INFLUENCE DES CLIMATS CHAUDS SUR LA GUÉRISON DE CETTE MALADIE; par le docteur KEITH IMRAY.

Ainsi que l'indique le titre précédent, il ne s'agit ici que d'observations à peu près dépourvues de considérations scientifiques. L'auteur en rapporte six, dans lesquelles en effet un séjour prolongé dans un endroit chaud a paru produire sur le diabète un effet avantageux après un emploi inutile de différentes médications. Faisons remarquer toutefois que les méthodes thérapeutiques récemment préconisées en France, et fondées sur les découvertes les plus récentes de la chimie organique, ne faisaient pas partie des modes de traitement vaincus en efficacité, au dire de l'auteur, par le seul changement de climat. Rapporter ces observations en détail serait chose trop longue et peu utile; nous nous bornerons à en exprimer le résultat général, la guérison des malades. Disons seulement que ce résultat s'accorde assez bien avec les observations déjà faites par d'autres médecins dans les pays chauds. William Hunter, pendant un long séjour au Bengale, n'y a jamais vu de diabètes. Le docteur Christie a été frappé de la facilité avec laquelle

cette affection guérit à Ceylan; aussi proposait-il, dès 1811 (EDINB. MED. AND SURG. JOURN. for july 1811), de soumettre les diabétiques à l'action d'une température élevée artificielle. Voici ses propres paroles : « La température chaude et uniforme de Columbo, où le thermomètre de Farenheit s'abaisse rarement au-dessous de 70 degrés et s'élève rarement au-dessus de 86 degrés, peut avoir contribué essentiellement à la terminaison favorable des cas de diabètes qui y ont été traités. Une température artificielle, telle qu'on l'a déjà employée avec succès en Angleterre contre les affections de poitrine, ne pourrait-elle pas être aussi appliquée au traitement des diabètes? »

DESCRIPTION D'UNE NOUVELLE FORME DE FIÈVRE RÉGNANT A ANSTRUTHER ET DANS LE DISTRICT ORIENTAL DU COMTÉ DE FIFE; par le docteur HARRY D. S. GOODSIR.

Voici les traits principaux de cette affection, tels qu'ils se présentent dans les six observations rapportées par l'auteur.

Comme dans les autres types de fièvre continue, le malade accuse, quelques jours avant l'explosion de la maladie, des horripilations, de la faiblesse, de la lassitude, des douleurs erratives. Bientôt survient de la céphalalgie qui peu à peu acquiert une grande violence. Les douleurs se fixent dans les jointures et deviennent quelquefois assez fortes pour simuler un rhumatisme aigu. La peau devient sèche, brûlante, spécialement dans la paume des mains; la langue aride au centre, avec enduit jaunâtre plus ou moins épais et humide sur les bords. Mauvais goût dans la bouche, soif, désir de boissons acides. Le pouls s'élève, au début de la maladie, à 100, 110, 120 pulsations, puis se ralentit, malgré la persistance de l'état précédent. Alors apparaît une autre série de symptômes. Oppression considérable à la région épigastrique qui devient tendue, douloureuse à la pression. Extension graduelle de cette douleur, quelquefois atroce, au reste de l'abdomen. Torpeur intestinale; selles féculentes, peu colorées; urines foncées, peau d'un jaune plus ou moins prononcé suivant la gravité de la maladie. Désir de prendre des aliments qui, s'il est satisfait, est bientôt suivi de dégoût et même, si les aliments sont solides, de nausées et de douleurs intestinales. Enfin, très-souvent les extrémités deviennent le siége de crampes très-intenses.

Les moyens thérapeutiques qui ont paru à l'auteur les plus efficaces sont les antiphlogistiques et les purgatifs auxquels on joignait quelquefois des fomentations calmantes sur l'abdomen.

Tel est le tableau général de cette maladie qui, au dire de M. Goodsir, attaquait rarement et jamais violemment les femmes. Telle est la *nouvelle forme de fièvre* annoncée dans la tête du mémoire. Cette expression a peut-être quelque chose d'un peu ambitieux; mais on aura remarqué à la lecture de la description précédente que cette fièvre n'est exactement ni le typhus, ni la fièvre typhoïde, ni la fièvre jaune, ni le choléra, mais une sorte de composé de ces diverses formes morbides, fort variable du reste par la réunion et la combinaison des symptômes. Ce singulier mélange porte avec lui un enseignement sérieux; c'est comme une protestation contre les divisions arbitraires que notre ignorance de l'étiologie essentielle et de la nature intime des fièvres a amenées dans le domaine de la pyrétologie.

DU POUVOIR PERCEPTIF DE LA MOELLE ÉPINIÈRE TEL QU'IL SE MANIFESTE CHEZ LES ANIMAUX A SANG FROID; par M. PATON.

Les physiologistes divisent les mouvements en volontaires et involontaires. La première classe comprend, d'un côté, ceux que la volonté opère d'elle-même, par suite d'une certaine combinaison d'idées, de l'autre ceux qui résultent d'une impression ressentie à la surface du corps, comme, par exemple, lorsqu'une irritation exercée sur la jambe la fait brusquement retirer. D'après cette distinction, il paraît que le principe en vertu duquel un mouvement est dit volontaire ne consiste pas dans la manière dont il est excité, mais dans le mode selon lequel il s'exécute.

M. Paton pense que le cerveau est le siége des mouvements spontanés du premier ordre et de la mémoire, ainsi que de la réflexion. Selon lui, la faculté de percevoir les impressions et de leur répondre par des mouvements correspondants, grâce à une action distincte sur les muscles du mouvement volontaire, appartient à la moelle épinière et persiste chez l'animal après l'ablation du cerveau. Quant aux mouvements involontaires de respiration, déglutition, éternuement, toux, défécation, etc., ils dépendent d'un principe d'action réflexe qui réside aussi dans la moelle. Enfin, dit-il, les nerfs qui animent les muscles du mouvement volontaire peuvent aussi subir l'action réflexe, quand une impression est soudainement produite sur la surface du corps ou des membres d'un animal; mais ces mouvements manquent de but, et se distinguent aisément par là des mouvements *perceptifs* exécutés par la même classe de muscles.

L'auteur a fait plusieurs expériences pour établir l'exactitude de ces vues. Voici l'une de celles qui nous ont paru pouvoir être regardées comme les plus décisives à cet égard.

On divisa, sur une salamandre, la moelle immédiatement au-dessous des nerfs qui vont aux membres antérieurs, laissant à l'animal la libre action de ceux-ci, et alors on enleva une petite portion du tronçon inférieur de la moelle, afin de bien l'isoler d'avec le supérieur. L'animal continua à jouir du pouvoir de locomotion comme les autres salamandres, ayant le libre exercice de ses membres postérieurs, rampant sur une table. Lorsqu'on irritait les téguments au-dessous de la section de la moelle, il levait les membres postérieurs et grattait la partie avec sa patte, renouvelant ce mouvement aussi souvent qu'on répétait la stimulation, et finissant par changer de position.

On divisa alors la moelle épinière immédiatement derrière le crâne, en laissant ouvertes les vertèbres intermédiaires; puis on enleva la portion de moelle correspondante, c'est-à-dire celle qui préside aux mouvements des extrémités antérieures. Après cette opération, on toucha avec la pointe d'une aiguille les téguments de la région dorsale du côté droit, immédiatement au-dessous de la division de la moelle, et l'animal leva son membre postérieur droit et se gratta avec la patte la partie qui venait d'être touchée. La même chose fut faite pour le côté gauche. En irrirant le côté de l'abdomen, on vit l'animal y porter également la patte. Si on lui irritait les pieds, il les changeait promptement de position.

Durant ce temps, on ne put provoquer aucun mouvement des membres inférieurs, en irritant les téguments de la tête, de la mâchoire inférieure, etc.; ce qui montra qu'il n'y avait plus de communication entre les deux bouts de la moelle divisée. Seulement, en touchant avec la pointe d'une aiguille les téguments de chaque côté du corps, immédiatement au-dessous de la division de la moelle, l'animal leva de suite ses membres postérieurs et gratta la partie de la manière qui a été dite, prouvant ainsi très-distinctement qu'il reconnaissait bien une stimulation opérée au-dessous de la section de la moelle.

Cette expérience, ajoute M. Paton, ainsi que d'autres à peu près semblables exécutées sur des grenouilles, montrent l'exemple de mouvements réellement volontaires s'accomplissant indépendamment de l'influence du cerveau. On ne peut les expliquer en les comparant à ceux qui résultent de l'action réflexe; car on y trouve, de plus que dans ceux-ci, la présence d'un pouvoir exerçant un certain contrôle. Or, dans tous les cas de mouvement excité par le principe réflexe, on voit les membres se remuer d'une manière indéfinie, les muscles des extrémités inférieures se contracter sous l'influence d'un stimulus pour produire l'extension, puis la flexion du membre, mais il n'y a jamais aucun résultat qui révèle un pouvoir bien défini. Ainsi un homme affecté du mal de Pott avait perdu complétement la sensibilité et la myotilité volontaires des jambes et des pieds. Si on lui pinçait la peau de ces parties, les membres se retiraient immédiatement en se pliant sur l'abdomen, et il y persistait même pendant quelque temps une sorte de vibration. Évidemment ce sont là des effets d'une tout autre nature que ceux qui viennent d'être décrits comme ayant été observés sur la salamandre; car ici l'animal mouvait ses membres avec ordre et régularité, pour atteindre un but particulier : et il le continuait non-seulement après la section de la moelle, mais encore après l'ablation du cerveau. Si ce ne sont pas là des actes d'un caractère *perceptif*, ce mot n'a plus dans la langue aucune signification, et il faut en donner une nouvelle définition.

— Les mouvements qu'a observés l'auteur sont effectivement très-curieux par le degré d'instinct dont ils paraissent supporter la persistance dans l'animal décapité qui les produisait. Mais nous ne saurions pour cela consentir à y voir, comme le veut M. Paton, un principe distinct de l'action réflexe ou excito-motrice; pour nous, ce n'est qu'un effet de cette même action, mais poussée jusqu'aux dernières limites de sa puissance. Qu'un animal pincé retire la jambe, ou qu'il aille jusqu'à se gratter l'endroit pincé, évidemment l'un ou l'autre mouvement ont une même destination, proviennent d'une même source, peuvent s'expliquer par le même mécanisme; il n'y a entre eux qu'une différence d'étendue, non une dissemblance de cause. L'instinct suffit à les expliquer tous deux, et l'intelligence ne s'en est pas plus mêlée dans un cas que dans l'autre. Ceci, quoique fort intéressant en soi-même, rentre donc dans la classe de ces mouvements bien analysés par Marshall-Hall et Muller, mouvements d'ailleurs anciennement connus et signalés, comme on peut le voir par cette phrase de Prochaska : « Lorsqu'on pique une grenouille décapitée, non-seulement elle retire la partie lésée, mais encore elle rampe, elle saute, ce qui ne peut avoir lieu sans l'action synergique des nerfs sensitifs et moteurs, action qui a son siége dans la moelle épinière. » (COMMENT. DE FUNCTION. SYSTEM. NERVOSI, p. 150.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU GANGLION OPHTHALMIQUE; par M. RADCLYFFE HALL.

Nous choisissons, parmi les expériences de l'auteur, quelques-unes des

plus intéressantes par la netteté du résultat obtenu ou par l'importance du fait qu'elles constatent. Des recherches de ce genre n'ont pas une portée circonscrite aux fonctions de l'œil. Comme le remarque le physiologiste anglais, le ganglion ophthalmique est tellement accessible, ses connexions si bien connues, les effets produits par ses mutilations si faciles à apprécier, que les conséquences qui en découlent sont logiquement applicables au système ganglionnaire tout entier, et peuvent éclairer d'une vive lumière son histoire fonctionnelle.

Après avoir examiné le ganglion ophthalmique sur plusieurs animaux de diverses espèces, l'auteur a remarqué que son volume est toujours en rapport avec l'activité de l'iris, propriété qui à son tour a une relation directe avec la force et l'acuité de la vue, avec les habitudes nocturnes de l'animal, et implique un développement proportionnel de l'appareil vasculaire interne de l'œil. Le ganglion ophthalmique est toujours lié plus intimement avec la troisième paire qu'avec tout autre nerf, et constamment avec la branche de cette paire qui fournit au muscle oblique inférieur. Le volume de la courte racine du ganglion est en rapport avec celui du ganglion lui-même ; la longue racine n'offre point ce rapport. Le ganglion n'est même quelquefois qu'un simple renflement du rameau inférieur de la troisième paire. Le ganglion est toujours en connexion avec le grand sympathique, mais les nerfs par l'intermédiaire desquels cette communication s'opère varient. Il est toujours lié avec le ganglion de Gasser, mais ne reçoit de filets que de la portion sensitive, jamais de la portion motrice de la cinquième paire. Il existe toujours quelques nerfs ciliaires qui proviennent de la cinquième paire, et n'ont aucun rapport avec le ganglion, bien qu'ils s'accolent ordinairement aux nerfs qui émanent de celui-ci. Mais chez les lapins, et peut-être chez tous les rongeurs, il émane aussi de la sixième paire des nerfs ciliaires qui n'entrent point dans le ganglion.

Ces notions anatomiques aideront à mieux saisir les détails et les corollaires des expériences suivantes.

Exp. I. — Un jeune chien fut étourdi par un coup sur la tête, et son crâne ouvert immédiatement. On prépara une petite batterie galvanique et plusieurs fils métalliques dont on se servit ainsi qu'il suit.

Une aiguille fut implantée dans le chiasma des nerfs optiques, une autre fut introduite à travers la cornée jusqu'à l'iris de l'œil gauche. Les deux iris agirent et les pupilles se contractèrent ; les deux globes oculaires se murent rapidement en divers sens, et plusieurs muscles du corps entrèrent en contraction. D'où l'on conclut que la stimulation du nerf optique n'agit pas sur l'iris directement, mais par l'intermédiaire du système nerveux.

On divisa le nerf optique, et l'on plaça les deux aiguilles sur le bout périphérique. Aucun effet.

Les deux aiguilles furent implantées à peu de distance l'une de l'autre, sur la branche ophthalmique de la cinquième paire gauche, le nerf optique de ce côté ayant été préalablement coupé. Les pupilles demeurèrent fixement dilatées, mais le globe se mut vivement en différents sens.

On répéta la même manœuvre après avoir divisé la cinquième paire gauche à son origine. Aucun mouvement. D'où l'on conclut qu'une stimulation de la cinquième paire peut exciter indirectement l'action des nerfs musculaires de l'orbite, mais n'a aucune influence motrice directe sur les muscles de l'orbite, et en second lieu qu'elle n'a nulle action directe excitatrice ou motrice sur l'iris.

Le nerf de la troisième paire gauche ayant été détaché du cerveau, on implanta les deux aiguilles dans son bout périphérique. Il en résulta un mouvement vif, avec un léger tremblement du globe de ce côté ; la pupille se tourna avec un mouvement de demi-rotation en haut et en dedans sous l'angle interne de l'œil, et la pupille se contracta. D'où l'on conclut que la troisième paire a une influence motrice directe sur quelques-uns des muscles de l'orbite et sur le sphincter de l'iris.

On répéta la même chose sur le bout cérébral de la troisième paire, après avoir divisé son tronc. Aucun effet. Ce nerf n'a donc par conséquent pas le pouvoir de produire la contraction de la pupille, en excitant d'autres nerfs.

On implanta les aiguilles dans le nerf optique droit, les deux troisièmes paires étant alors divisées. Aucun effet. D'où l'on conclut que le nerf optique n'agit sur l'iris que par le moyen de la troisième paire, puisque les autres nerfs du côté droit étaient encore intacts.

On appliqua les aiguilles sur la quatrième paire droite ; la cornée de ce côté se tourna rapidement en bas et en dehors, en allant frotter la paupière inférieure. Pas d'effet sur la pupille.

En galvanisant la sixième paire de la même façon, le globe oculaire se retira et se dirigea en dehors. Pas d'effet sur la pupille.

Exp. II. — Sur un chien tué avec l'acide prussique, dont les pupilles étaient très-dilatées, on ouvrit le crâne et on implanta les deux aiguilles sur le ganglion de Gasser. Un léger tremblement de la paupière supérieure, un mouvement de la mâchoire s'ensuivirent. Nul effet sur la pupille ni sur le globe.

Exp. III. — Un petit chat fut asphyxié sous l'eau. Les pupilles étant plus resserrées qu'avant la mort, on ouvrit le crâne et l'on divisa la dure-mère ; les deux pupilles se dilatèrent immédiatement. En pinçant le ganglion de Gasser, on obtint un mouvement de la mâchoire, mais aucun de l'œil. En piquant et pinçant l'ophthalmique, il n'y eut d'effet produit ni sur l'iris, ni sur les muscles de l'orbite. — On enleva alors rapidement la voûte de l'orbite, et l'on mit à nu le ganglion ciliaire ainsi que ses nerfs. En piquant la troisième paire ou le ganglion lui-même, ou en pinçant le faisceau des nerfs ciliaires qui en émanent, la pupille, auparavant large et ronde, devint petite et elliptique. Lorsqu'on cessait la stimulation, elle reprenait instantanément sa disposition primitive. Le même essai donna des résultats identiques de l'autre côté. Comme la cinquième paire avait déjà été coupée, cette expérience prouve que la pupille peut se contracter et se dilater, quoique la cinquième paire ait été coupée. Elle ne démontre cependant pas que cette cinquième paire n'ait aucune action sur les mouvements de l'iris, car il pouvait être resté assez d'influx nerveux dans les tubes nerveux du tronc coupé pour produire cette action.

Exp. IV. — Sur un pigeon, on dirigea avec une forte lentille un rayon de soleil sur la pupille. La membrane clignotante vint balayer rapidement l'œil ; l'animal essaya de fermer les paupières, et la pupille de cet œil se contracta en même temps.

En touchant subitement une partie de la tête on causait un mouvement semblable de cette membrane et de l'iris. Ce consensus d'action entre le muscle de la troisième paire et l'iris est l'analogue de celui qui, chez l'homme, unit l'iris à l'oblique inférieur.

En piquant la troisième paire, on amena l'expansion subite de la membrane clignotante et de l'iris. Mouvement direct.

La piqûre du nerf optique produisit le même effet. Mouvement indirect.

Après avoir détruit la moelle allongée, on vit les pupilles se dilater, et toute irritation exercée sur les différents nerfs ne causa plus de mouvement de l'iris non plus que de la membrane clignotante.

Exp. V. — On divisa sur un jeune lapin la moelle épinière, au-dessous de l'occiput. Les deux pupilles se contractèrent immédiatement, puis, en trois minutes, elles revinrent à leur état moyen, et en dix, à une très-grande largeur. Chez le chat, le chien, le pigeon, la pupille, dans ce cas, se dilate au contraire instantanément. D'où vient cette différence, puisque le lapin est rendu aveugle par l'opération aussi bien que les autres animaux ? Ceci est probablement dû à la douleur qui stimule la sixième paire par voie excito-motrice, et aussi en partie à la stimulation directe du pouvoir moteur de la sixième paire ; en effet il se produit un mouvement convulsif de tout le corps chez les animaux à qui on sectionne la moelle, et il n'y a aucun motif pour que la sixième paire échappe à cette influence (1). Chez le chien, le chat, l'homme, la troisième paire, ou du moins sa portion distribuée à l'iris est complétement sous l'influence de l'état de l'appareil visuel. Durant les violents accès épileptiques, les pupilles peuvent être dilatées d'une manière fixe, ou contractées, ou oscillantes ; au lieu que si la troisième paire était entièrement réglée par le centre spinal, les pupilles, au milieu des convulsions générales, ne pourraient jamais être que contractées, pourvu que la troisième paire ne fût pas paralysée. La cause finale de cette circonstance est difficile à donner ; mais cependant on peut dire qu'il y aurait évidemment de l'inconvénient à ce que chaque sensation violente pût déterminer un changement de la pupille et par suite un trouble de la vision, chez les animaux de proie, dont les habitudes les exposent à des lésions plus ou moins graves, et aussi chez l'homme.

Exp. VI. — Sur un lapin, on mit à découvert la paire vague, le ganglion cervical supérieur et les nerfs cervicaux supérieurs du côté gauche. Les pupilles, qui étaient de grandeur moyenne, se contractèrent un peu et graduellement, au milieu de convulsions générales et de douleurs que causa le pincement des nerfs cervicaux. En piquant et pinçant le ganglion cervical supérieur, on ne détermina ni convulsion ni changement de la pupille. On incisa la paupière et on pinça la branche sous-orbitaire de la cinquième paire ; ces lésions produisirent un peu de contraction de la pupille.

Exp. VII. (Cette expérience fait connaître une exception à la loi que la précédente constate.) — Sur un gros chat, dont on enleva la partie extérieure de l'orbite, toutes les fois qu'on mettait à découvert quelque branche de la cinquième paire, on les touchait et irritait de manière à causer de vives souffrances ; et cependant les dimensions de la pupille ne variaient pas. Ce résultat diffère de celui obtenu chez le lapin par la même vivisection.

Exp. VIII. — Chez un chat, on enfonça dans le côté droit du crâne un bistouri (on vit plus tard, à l'autopsie, qu'il avait pénétré dans la portion inférieure de l'hémisphère droit jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, sans léser les nerfs). Les deux pupilles se contractèrent de suite extrêmement ; mais en laissant l'animal libre de lever la tête, on le vit regarder autour de lui, et aussitôt les deux pupilles se dilatèrent simultanément. On divisa alors la cinquième paire gauche. La pupille gauche se dilata immédiatement à son maximum. La pupille droite, de moyenne étendue, obéissait à la lumière. La vision de l'œil droit était parfaite. Les deux yeux clignaient ensemble lorsqu'on menaçait l'animal ; mais il n'en était pas ainsi quand on ne faisait qu'irriter la conjonctive. (On reconnut que, du côté gauche, les troisième et quatrième paires étaient entièrement coupées, les trois divisions de la cinquième ne l'étaient chacune qu'incomplétement, la sixième avait échappé. La *caisse du cerveau* et le *tractus opticus* du même côté, ainsi que la portion inférieure de l'hémisphère, étaient coupées en travers.)

La contraction simultanée des deux pupilles, en premier lieu, ajoute l'auteur,

(1) C'est l'auteur lui-même qui parle ici ; l'on s'apercevra sans peine de l'origine tout anglaise de cette interprétation si large. (Note du Réd.)

fut due à l'irritation des tubercules quadrijumeaux, que l'instrument avait atteints. La dilatation de la pupille gauche par suite de la section de la cinquième paire fut probablement due à ce que le tractus optique et la troisième paire furent coupés en même temps. Ceci prouve, puisque la sixième paire était demeurée intacte, que chez le chat il n'existe pas, comme chez le lapin, une action excito-motrice sur l'iris entre la cinquième et la sixième paire, à moins toutefois qu'on ne prétende que chez le chat la sixième paire dilate la pupille; mais comme cet effet ne se produit pas chez le chien, dont l'anatomie des nerfs de l'orbite est tout à fait semblable à celle du chat, il est probable qu'il n'en est rien non plus chez ce dernier. Si l'on pouvait parvenir à diviser sur le chat la troisième paire, sans injurier en aucun point le tractus optique, l'effet primitif opéré sur la pupille serait probablement la contraction, par l'irritation que causerait la section du nerf moteur du sphincter de l'iris; et la dilatation se manifesterait secondairement aussitôt que l'irritation aurait cessé, ou mieux, aussitôt que le nerf, séparé de son centre, cesserait d'avoir le pouvoir de conduire l'irritation. Mais il est impossible d'imaginer quelque mode d'expérimentation semblable, parce que, quelque soigneusement qu'on s'y prît pour découvrir la troisième paire, le déplacement du cerveau et la traction qui en résulterait sur les nerfs optiques, indépendamment de la commotion produite par l'opération, amèneraient infailliblement la cécité et la dilatation de la pupille : or, lorsque l'iris n'est plus sous l'action de la pupille, il se déclare dans cette membrane une tendance prononcée à garder durant quelque temps l'état où elle se trouvait quand la cécité est survenue.

Voici maintenant les conclusions que M. Rodolphe Hall déduit des expériences dont, nous le répétons, une partie seulement vient d'être reproduite.

1° La troisième paire est le seul nerf directement moteur pour la contraction de la pupille chez les chiens et les chats.

2° L'action de la troisième paire, en ce qui concerne l'iris, est principalement sous le contrôle de l'appareil nerveux visuel.

3° Chez les animaux où la section de la cinquième paire cause la contraction de la pupille, cet effet se produit par l'action excito-motrice qui se développe à travers la sixième paire, laquelle, dans ces animaux, fournit à l'iris conjointement avec la troisième. Toutefois la sixième paire n'entre pas dans la formation du ganglion ophthalmique, qui, chez eux, est extrêmement petit.

4° Chez les animaux rongeurs, les douleurs de toute espèce, provenant d'une irritation exercée soit sur la cinquième paire, soit sur tout autre nerf sensitif, causent immédiatement une contraction plus ou moins considérable de la pupille, qu'on peut rapporter à l'action excito-motrice des fibres *iridiennes* de la sixième paire.

5° Chez le chien, le chat et le pigeon, l'irritation de la cinquième paire ou de tout autre nerf sensitif, tant qu'elle n'affecte pas le cerveau au point de produire du vertige ou quelque autre sensation visuelle, n'a aucune influence immédiate sur le diamètre de la pupille. De là on peut conclure que, quoique la cinquième paire soit un nerf excitateur du sphincter de l'iris dans le lapin, il n'est ni directement excitateur ni moteur dans le chien et le chat.

6° Comme la troisième paire peut toujours, dans des conditions favorables, influencer le mouvement de l'iris immédiatement après qu'elle a été irritée, et comme, dans tous les animaux où l'iris est actif, la portion iridienne de la troisième paire passe à travers le ganglion ophthalmique, il s'ensuit que *ce ganglion n'oppose aucun obstacle à la transmission de l'influence motrice le long des fibres nerveuses motrices qui le traversent.*

7° Comme l'irritation de la cinquième paire n'affecte chez aucun animal l'action de l'iris après que tous les autres nerfs oculaires ont été détachés de leurs connexions avec le cerveau, et comme il entre toujours dans le ganglion ophthalmique une portion de la cinquième paire, il s'ensuit que *les filaments de la cinquième paire n'ont pas le pouvoir d'influencer ceux de la troisième durant leur trajet commun à travers le ganglion ophthalmique*, ou, en d'autres termes, que *ce ganglion n'est pas au centre d'action excito-motrice pour l'iris.*

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 AOUT.

GÉNÉRATION ET DÉVELOPPEMENT DES BIPHORES.

M. Milne-Edwards présente, au nom de M. Krohn, des observations sur la génération et le développement des biphores. Le résultat principal de ce travail est la confirmation des vues émises, il y a une trentaine d'années, sur l'alternance des générations par ces animaux.

Voici quelques-uns des résultats plus précis que l'on trouve dans ce mémoire :

Tout biphore est vivipare, et chaque espèce se propage par une succession alternative de générations dissemblables.

L'une de ces générations est représentée par des individus solitaires ou isolés; l'autre par des groupes d'individus agrégés, tous de la même forme et de la même taille. Chaque individu solitaire engendre un groupe d'individus agrégés, et chaque individu agrégé produit à son tour un individu isolé.

Les individus associés sont groupés suivant les espèces, tantôt en série simple circulaire autour d'un axe commun, tantôt sur une ligne longitudinale en deux séries parallèles, dans lesquelles les individus alternent.

Dans chaque espèce, les individus solitaires diffèrent des individus agrégés, non-seulement par leur conformation extérieure, mais encore par plusieurs particularités, notamment par la disposition de l'appareil musculaire, différentes dans chacune des générations hétéromorphes qui constituent une espèce.

Un autre caractère essentiel distingue encore les biphores isolés et les biphores agrégés de la même espèce. C'est le mode de reproduction propre à chacune des progénitures hétéromorphes. En effet, les biphores isolés se propagent par gemmations et les biphores agrégés par un œuf. Les premiers produisent un stolon prolifère sur lequel se développent les bourgeons des biphores agrégés. Chacun de ceux-ci, pendant son existence, ne donne naissance qu'à un seul œuf qui exige l'influence du sperme pour se développer.

ACTION DES VAPEURS PHOSPHORÉES SUR L'ÉCONOMIE.

M. Dupasquier adresse un mémoire relatif à l'influence des vapeurs phosphorées sur les ouvriers employés dans les fabriques de phosphore et dans les ateliers d'allumettes chimiques.

Les faits signalés dans ce travail ont conduit M. Dupasquier à émettre des conclusions contraires à ce que l'on a publié récemment sur ce sujet. Il conclut de ses recherches :

1° Que les émanations phosphorées n'exercent point sur les ouvriers les influences funestes qu'on leur a attribuées;

2° Qu'elles ne donnent lieu qu'à une irritation bronchique nullement grave, qui disparaît bientôt par l'habitude qu'acquiert la membrane muqueuse pulmonaire du contact de ces vapeurs phosphorées.

Par ces conclusions, fondées sur ce qui a été observé dans les fabriques lyonnaises, M. Dupasquier ne prétend pas infirmer cependant l'exactitude des faits graves signalés dans les fabriques allemandes et dans celles des environs de Paris. Ces faits seulement doivent, d'après ses observations, être attribués à d'autres causes qu'à l'influence des vapeurs phosphorées. Peut-être sont-ils la conséquence de l'emploi de l'acide arsénieux dans la composition de la pâte phosphorique. M. Dupasquier dit avoir appris, en effet, de la manière la plus certaine que, malgré la défense faite par le conseil de salubrité de Paris de ne point employer d'arsenic dans la composition des allumettes chimiques, beaucoup de fabricants en introduisent encore une quantité considérable qui s'élève même jusqu'au quart du poids total des matières employées dans cette composition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

M. Moreau demande la parole à l'occasion du procès-verbal; il désirerait que l'on retranchât ou que l'on modifiât certaines expressions un peu vives échappées aux orateurs dans la dernière séance.

M. Prus pense au contraire qu'il est nécessaire de maintenir ces expressions, qui sont trop graves pour que les orateurs n'y aient pas mûrement réfléchi avant de les prononcer.

Le procès-verbal est adopté sans aucune modification.

CANDIDATURE.

M. Bayle écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Prus, rapporteur de la commission de la peste, a la parole pour une proposition.

Messieurs,

Depuis la séance dernière, votre commission s'est réunie plusieurs fois pour délibérer sur le renvoi que vous lui avez fait de la première conclusion de son travail.

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, que lorsque l'Académie a prononcé ce renvoi, elle n'a pas formulé le changement qu'elle désirait voir introduire dans la proposition en discussion. Son vote, émis sous l'impression du discours de l'honorable M. Gérardin, semblait avoir pour but de fournir à la commission l'occasion de se livrer à un nouvel examen de toutes les conclusions médicales présentées, et de décider s'il n'y aurait pas avantage à en diminuer le nombre et à les ranger dans un nouvel ordre qui en fît mieux saisir la liaison

et la portée, plutôt que de faire subir des modifications à la première de ces conclusions. C'est dans ce sens plus large que la commission a compris le renvoi que vous lui avez fait.

Votre commission, messieurs, toujours désireuse d'améliorer son travail et de le rendre plus digne de l'approbation de l'Académie, s'est vivement préoccupée de la question qu'elle avait à résoudre.

Il lui a semblé résulter, non-seulement de ce qui a été formellement exprimé dans la dernière séance, mais aussi de la tendance moins explicite de plusieurs opinions émises dans la discussion générale, que l'Académie s'effrayait du nombre des conclusions scientifiques soumises à son appréciation, qu'elle considérait le vote de plusieurs d'entre elles comme n'étant pas indispensable; enfin qu'elle désirait que, par d'autres combinaisons, la commission lui rendît sa tâche moins longue et moins difficile, sans que le résultat, cependant, cessât d'être susceptible d'une grande et utile application.

Je dois dire à l'Académie que lorsque la commission a commencé à délibérer sur les trente conclusions médicales, plusieurs de ses membres, et parmi eux son rapporteur, redoutant les inconvénients qui ont frappé plusieurs de nos collègues, étaient d'avis de ne pas reproduire les propositions qui terminent les différents chapitres du rapport, mais de tirer de l'ensemble de celui-ci des conséquences générales qui en seraient les conclusions. Sur la réclamation et l'insistance d'un honorable membre, la majorité de la commission n'a pas suivi l'avis d'abord donné; elle a surtout été déterminée par cette considération que, dans des questions aussi graves, aussi difficiles et aussi controversées, aucune conclusion ne devait être inscrite au rapport sans être précédée d'un chapitre qui en contînt les éléments et les preuves. Aujourd'hui que la discussion générale a jeté une vive lumière sur toute la matière, le motif indiqué est loin d'avoir l'importance qu'il avait alors.

Aussi votre commission croyant entrer dans les vues de l'Académie, a décidé, à l'unanimité des membres présents, qu'elle s'efforcerait de diminuer le nombre des conclusions scientifiques qui terminent le rapport, et de les ranger dans un ordre tel, qu'on pût à la première vue en saisir l'enchaînement et le but.

Mais avant de se livrer à ce nouveau travail, qui n'est pas sans difficulté, avant de reprendre ses laborieuses séances, la majorité de la commission éprouve le besoin d'être parfaitement éclairée sur vos sentiments et sur ce que vous attendez d'elle.

Dans sa pensée, il s'agit d'un changement à apporter dans le nombre, la forme et la coordination des propositions finales, et non d'un changement dans les principes et les doctrines. Il importe que cette intention soit bien comprise pour tout le monde, afin qu'il n'y ait ni malentendu, ni déception possible.

Or c'est l'exécution de ce plan qui fait naître tout d'abord dans la majorité de la commission des appréhensions dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

Vous ne pouvez avoir oublié, messieurs, que, dans la discussion générale, plusieurs des membres les plus considérables de cette assemblée ont porté sur le travail de la commission un jugement des plus sévères. Ils l'ont déclaré entaché de superfluités, erroné dans plusieurs de ses parties principales, exagéré, insuffisant, dangereux dans ses corollaires pratiques, en un mot, et c'est le terme dont on s'est servi, indigne du corps savant auquel il était présenté.

Si cette opinion n'eût été émise que passagèrement, si elle était partie de personnes moins éclairées sur le sujet en discussion, la commission aurait pu la considérer comme un fait isolé, accidentel, et ne lui accorder qu'une médiocre importance.

Malheureusement il n'en a pas été ainsi; pendant toute la discussion générale, les attaques contre le rapport, quoique portant sur des points différents et se produisant sous des formes variées, furent aussi vives que nombreuses.

Il est vrai que plusieurs membres de l'Académie qui n'appartiennent pas à la commission, il est vrai que plusieurs membres de celle-ci ont soutenu les doctrines du rapport. Enfin le rapporteur, dans sa réponse à un de ses collègues de la commission et dans le résumé de la discussion générale, a cherché à repousser les attaques des adversaires du rapport.

Mais aucun des votes de l'Académie n'est intervenu pour faire connaître son jugement sur la valeur des reproches de ceux mêmes qui pouvaient paraître les plus exagérés.

Aussi, lorsque l'Académie passa à l'examen de la première conclusion, les adversaires du travail de la commission se crurent-ils en droit de faire entendre sur l'ensemble du rapport les mêmes accusations dont l'expression fut encore plus vive et plus acerbe. Ces accusations se sont reproduites jusque dans la dernière séance terminée par le renvoi qui nous amène devant vous.

Au dehors, l'opinion des honorables membres opposants a produit un grand effet. Sa reproduction, sans cesse renouvelée dans cette enceinte, ne peut qu'entraver vos délibérations et atténuer à l'avance l'autorité des décisions que vous prendrez, tant que l'on ne saura pas par combien de membres cette opinion est partagée.

Il importe donc à la commission, avant de passer outre, avant d'entreprendre une tâche nouvelle, de savoir si le blâme sévère articulé contre le rapport par plusieurs de nos savants adversaires est sanctionné par la majorité de l'Académie. L'Académie elle-même a un grand intérêt à savoir sur quel terrain elle marche et si elle est dans la voie qui doit la mener à des résultats utiles; elle sait combien l'opinion publique est attentive à ses travaux.

En effet, messieurs, si l'Académie avait cette conviction que le travail qui lui est soumis est radicalement défectueux, qu'il repose sur une connaissance imparfaite ou inexacte appréciation des faits, et que ses conséquences logiques sont d'une application dangereuse, il est évident que, dans cette hypothèse, ce ne sont pas des modifications secondaires de forme ou de coordination, comme la commission se propose d'en introduire dans les conclusions, qu'il faudrait lui imprimer; ce serait un travail à reconstruire sur d'autres bases, et telle est certainement l'opinion des honorables opposants qui l'ont combattu.

Dans la situation exceptionnelle où se trouve votre commission, elle supplie l'Académie de vouloir bien mettre un terme à une incertitude pénible en faisant connaître par un vote le nombre de ses membres qui pensent que le travail de la commission est indigne de son approbation et ne peut être la base d'une discussion utile, susceptible de faire atteindre le but que nous nous proposons tous.

Cette manifestation devenue nécessaire n'engagerait en aucune façon l'avenir, puisque des amendements pourront être faits à toutes les conclusions nouvelles qui vous seraient présentées. Ce serait un commencement d'approbation, un encouragement donné à votre commission qui aurait alors l'espérance que ses nouveaux efforts ne seraient pas stériles.

La question de la peste est, il faut bien le dire, la plus grosse question médicale de notre temps, soit par les problèmes scientifiques qu'elle soulève, soit par le grand retentissement que lui donnent les intérêts de toute nature qui se rattachent à sa solution. Elle est désormais à l'ordre du jour; il n'est donné à personne de la supprimer, ni même de l'ajourner, tant elle commande impérieusement des réformes en harmonie avec l'état actuel de la science. L'Académie royale de médecine, instituée pour éclairer le pays sur tout ce qui intéresse la santé publique, doit, de toute nécessité, son avis sur la question, avis attendu avec impatience par le public, et dont le gouvernement a promis aux chambres de tenir le plus grand compte.

Si donc, par la manifestation que la majorité de la commission réclame avec instance, l'Académie lui donne l'encouragement qui lui est nécessaire, un grand pas aura été fait. L'Académie et la commission poursuivront avec fermeté l'achèvement de l'œuvre commune.

Si, au contraire, l'Académie repousse le travail sur lequel elle délibère depuis plus de trois mois, le résultat sera encore avantageux; car elle économisera un temps précieux, et que réclament des travaux arriérés. La situation sera nette pour tout le monde, et une commission nouvelle, éclairée par les indications de l'opposition, rédigera un nouveau rapport.

Dans ce cas, la commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe emportera le regret de ne pas avoir rempli l'attente de l'Académie, mais elle conservera la certitude d'avoir laborieusement et concienciensement cherché à atteindre le but honorable qu'elle s'était proposé.

Ce qui affligerait profondément la commission et la jetterait dans un embarras extrême serait que l'Académie ne se rendît pas à ses vœux et reculât devant une manifestation qui, ne compromettant en rien l'avenir, peut seule donner à tous une position nette et imprimer aux délibérations de l'Académie une marche régulière et digne, en même temps qu'elles assureront de bons et utiles résultats.

Sur la demande de plusieurs membres, M. Prus formule ainsi la proposision qu'il soumet à l'approbation de l'Académie :

« L'Académie déclare que le travail de la commission peut être regardé comme » une base de discussion qui lui permet de formuler sa pensée concernant les » principales questions touchant la peste et les quarantaines. »

M. Castel : Le vote que la commission demande à l'Académie me paraît tout à fait superflu. Est ce un renseignement qu'elle demande? Mais l'Académie a exprimé son opinion dans toutes les séances. Des propositions de la commission, les unes ont été approuvées, les autres blâmées; elle doit savoir à quoi s'en tenir maintenant sur leur valeur.

M. le rapporteur se plaint de l'amertume des reproches qui lui ont été adressés; mais, au contraire, qu'ai-je dit moi-même au début de cette discussion? Voici mes propres expressions : « Le travail de la commission paraît mériter toute la reconnaissance de l'Académie; mais il n'est pas dans tous les points digne de son approbation. » La commission a transformé cette discussion en une sorte de plaidoirie; elle a cru devoir répondre à chaque observation, comme si rien de ce qui lui a été objecté n'était fondé; elle s'est attaché surtout à maintenir ses propositions, et semble vouloir se refuser à tout amendement; mais l'opposition qu'elle a rencontrée dans cette enceinte, celle qui a lieu dans la commission elle-même doivent lui prouver assez que des modifications sont indispensables.

Quant à la proposition de M. le rapporteur, c'est une sorte de sauf-conduit qui ne me paraît nullement nécessaire. Que la commission se pénètre bien de ceci : que le rapport est loin d'être parfait, qu'il y a beaucoup à y changer, et qu'il contient bien des principes opposés à la science. Pour n'en prendre qu'un : La peste, dit la commission, n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. D'où il suivrait qu'il faut supprimer les lazarets permanents, puisque la peste épidémique ne se manifeste que tous les dix ans au plus. Il est évident que l'Académie ne peut admettre de pareilles propositions. Que la commission accepte donc franchement la discussion; qu'elle examine froidement les objections qui lui ont été faites, et elle verra que personne ici n'a eu l'intention de supprimer le rapport. Nous n'avons d'autre intention que de le faire modifier afin de le rendre digne de l'Académie.

M. Adelon : Ce que propose M. le rapporteur est tout à fait insité, tout à fait en dehors des usages académiques. On ne vote pas ainsi sur une discussion générale, sur l'ensemble d'un rapport : on vote sur des conclusions. Que s'il s'agit de déclarer que le rapport est un bon texte, une bonne base de discussion, je m'empresse de le reconnaître tout le premier, et je suis loin de m'opposer à ce que l'on donne cette satisfaction à la commission; mais je ne crois pas qu'un vote à cet égard soit nécessaire.

M. Gaultier de Claubry : Qu'on aille aux voix.

M. Moreau : Le vote qu'on demande me paraît inutile. La discussion même, le soin et le temps que l'Académie y a consacrés, témoignent assez de l'importance qu'elle attache au rapport.

M. Castel : La proposition, je le répète, est au moins inutile ; les témoignages que demande la commission lui ont été donnés. Que la commission fasse les modifications qui lui ont été indiquées, et qu'elle nous présente ensuite son rapport modifié; nous l'adopterons ou nous présenterons de nouvelles objections s'il y a lieu.

M. Prus : J'insiste sur la demande d'un vote de l'Académie ; je déclare que j'ai la mission formelle de la part de la commission de réclamer ce vote. (Aux voix! aux voix!)

La proposition de M. le rapporteur, dont il est de nouveau donné lecture, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins quelques voix. Personne ne lève la main à la contre-épreuve.

M. Prus : Je dois déclarer, au nom de la commission, qu'elle n'entend retrancher aucune conclusion, mais que son intention est seulement de les contracter.

M. Moreau : Je crois que la commission doit sentir maintenant la nécessité de formuler ses propositions en termes courts, clairs et positifs. Qu'elle maintienne dans la partie scientifique de son rapport tous les développements qu'elle juge nécessaires ; mais elle devra s'attacher à n'énoncer, dans la partie pratique et dans ses conclusions, que des propositions susceptibles de recevoir une solution positive. Je crois, par exemple, qu'elle ferait bien de se borner aux trois questions suivantes, les seules qu'il me semble utile de résoudre :

1° Dans quels pays la peste existe-t-elle actuellement ?

2° La peste est-elle transmissible?

3° En cas d'affirmative, quelles sont les précautions à prendre pour en arrêter la marche?

M. le Président : La commission prendra cet avis en considération.

Il est quatre heures ; l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

I. MÉDECINE LÉGALE.

Les journaux judiciaires des mois de juin et juillet contiennent la relation des affaires suivantes : 1° *Tentatives d'assassinat et d'empoisonnement.—Des violences exercées sur les parties génitales d'un homme peuvent-elles amener la mort? — Le jus de crapaud, le verre pilé et l'onguent mercuriel sont-ils des poisons? — Peut-on, d'après les seuls symptômes éprouvés par une personne présumée empoisonnée, affirmer qu'il y a eu empoisonnement?* 2° *Assassinat d'un enfant de 3 ans par sa mère.* (Mort par suffocation ou par asphyxie. Rien de particulier. — Cour d'assises de la Seine-Inférieure, audience du 17 juin.) 3° *Assassinat effectué à l'aide d'instruments contondants et tranchants. — Constatation du rapport des blessures avec les instruments présumés du crime.* (Le cadavre d'une jeune fille fut trouvé dans un massif de la forêt de Compiègne : il portait au col une large blessure transversale intéressant la trachée, faite avec un instrument tranchant ; au-dessus et au-dessous de cette blessure étaient deux autres plaies peu profondes, ainsi qu'une troisième à la partie moyenne du sternum. Il existait une large plaie dans l'aine, faite également avec un instrument tranchant. A l'ouverture de la tête, on constata deux ecchymoses avec fractures des os, désordres dont il n'existait aucun indice extérieur. Il est établi, par le rapport des médecins commis à l'examen de ce cadavre, que la mort était le résultat tout à la fois des coups portés à la tête et de la blessure du col, et qu'elle ne pouvait être attribuée qu'à un crime. Un bâton ensanglanté trouvé auprès de la victime, et un couteau fraîchement aiguisé et pointu trouvé sur la personne de l'accusé, furent reconnus par les experts pour les instruments qui avaient dû servir à la perpétration du crime.—Cour d'assises de l'Oise, aud. des 17 et 18 juin.) 4° *Infanticide par suffocation.—Le trouble et l'exaltation causés par la nécessité où se trouve une femme de dissimuler les douleurs de l'enfantement peuvent-ils être portés au point d'ôter au crime le caractère de l'intention et de la réflexion?* 5° *Infanticide par strangulation et piqûres sur la trachée-artère.* (La fille M. E., âgée de 40 ans, soupçonnée d'avoir mis au monde un enfant qu'elle aurait immédiatement fait périr, après avoir nié d'abord, finit par avouer qu'elle était accouchée d'un enfant qui allait mourir. L'enfant, soumis aux hommes de l'art, ceux-ci constatèrent qu'il était né viable et qu'il avait vécu, qu'il avait reçu trois piqûres à la partie latérale du cou, au-dessus de la trachée-artère, et qu'il portait en outre des traces de strangulation. L'accusée prétendit que les trois piqûres avaient été produites par les dents d'une fourchette, ayant placé d'abord son enfant sur un panier qui contenait plusieurs couverts ; mais tout démontra au contraire aux experts que ces piqûres avaient été faites pendant la vie, et qu'elles avaient été faites avec une alène qui fut trouvée dans le domicile de l'accusée. Celle-ci a été reconnue coupable et condamnée. — Cour d'assises de l'Aude, audience du 28 mai.) 6° *Infanticide.* (Enfant tué par deux coups de poing sur la tête. L'expertise n'avait d'autre fait à constater que celui de la viabilité et de la mort par une cause violente. Rien de particulier.—Cour d'assises de l'Orne, audience du 4 juillet.) 7° (Infanticide n'ayant rien présenté qui soit digne d'intérêt. Il s'agit d'un enfant trouvé dans une mare, et dont l'examen fit constater aisément qu'il était né vivant, à terme et viable, et qu'il avait péri par submersion. Les aveux de l'accusée ont confirmé cette déclaration. — Cour d'assises du Nord, audience du 4 juillet.) 8° *Infanticide par asphyxie, au moyen de l'occlusion des narines et de la compression des lèvres.* 9° *Accusation d'infanticide. — Asphyxie par submersion. — Question relative aux signes de la submersion chez les nouveau-nés.* 10° *Empoisonnement par l'arsenic.* (Une jeune fille forte, bien constituée, d'une santé parfaite, à la suite d'un repas fait chez les époux G..... (accusés depuis), est prise d'un violent mal de tête, suivi bientôt de vomissements qui augmentèrent rapidement et se prolongèrent durant tout le jour jusqu'au moment où elle expira, environ dix heures après. A l'autopsie, on trouve les parois de l'estomac entièrement tapissées d'arsenic. Cet organe et les intestins étaient altérés par une énorme quantité de la même substance, que l'analyse chimique n'eut pas de peine à découvrir. Les médecins déclarèrent en conséquence que la mort était le résultat d'un empoisonnement. Le caractère et les antécédents de la victime ne permettaient pas d'admettre la possibilité d'un suicide. L'action de l'arsenic s'était fait sentir dans la demi-heure qui avait suivi l'ingestion des aliments ; d'un autre côté le poison était en poudre tellement grossière qu'il n'avait pu être pris qu'en état de mélange avec des aliments solides. Tout portait donc à penser que l'arsenic avait été ingéré dans les aliments qui avaient fait partie du repas pris chez les époux G... Les débats n'ayant point établi de preuves suffisantes de culpabilité, bien que le fait de l'empoisonnement fût matériellement démontré, les auteurs présumés du crime furent acquittés.—Cour d'assises de la Loire-Inférieure, audiences des 5 et 6 juin.) 11° *Empoisonnement d'un mari par sa femme, au moyen de l'arsenic.* (Rien de particulier, si ce n'est la rapidité de la mort, survenue deux heures après l'administration d'une dose unique du poison. La présence de l'arsenic fut constatée dans le cadavre et dans les déjections, ainsi que sur la partie du sol qui en avait été imprégnée. — Cour d'assises de la Dordogne, aud. du 15 juin.) 12° *Empoisonnement par l'arsenic. — Double expertise ; dissidence. — Contre-expertise ; accord des experts.* 13° *Exercice illégal de la médecine.— Complicité d'un docteur en médecine.* 14° *Annonce d'un remède secret. — L'huile d'olive mêlée à une substance colorante considérée comme remède secret.*

TENTATIVES MULTIPLIÉES D'ASSASSINAT ET D'EMPOISONNEMENT. — DES VIOLENCES EXERCÉES SUR LES PARTIES GÉNITALES D'UN HOMME PEUVENT-ELLES AMENER LA MORT? — LE JUS DE CRAPAUD, LE VERRE PILÉ ET L'ONGUENT MERCURIEL SONT-ILS DES POISONS? — PEUT-ON, D'APRÈS LES SEULS SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR UNE PERSONNE PRÉSUMÉE EMPOISONNÉE, AFFIRMER QU'IL Y A EU EMPOISONNEMENT?

Edme G. et la fille Marie N., domestique, ont comparu dans le courant du mois dernier devant la cour d'assises de l'Yonne, sous l'accusation de tentative d'empoisonnement et d'assassinat sur la personne de G., père de l'accusé Edme G.

Voici le résumé des faits :

Le 15 novembre 1845, entre dix et onze heures du soir, des cris de douleur et de désespoir se firent entendre dans la maison habitée par G. père et fils. Ce dernier était alors hors du domicile paternel au milieu d'un groupe d'habitants qui, aux cris partis de la maison de G., s'empressèrent d'y pénétrer pour porter secours. G. père était couché ; mais sur son lit on surprit la fille N., sa domestique, qui, ayant les deux genoux posés sur la poitrine de son maître, pressait d'une main sur son cou, tandis que de l'autre elle serrait avec la plus grande violence les parties génitales, qu'elle tordait, en s'efforçant de les arracher ; cette main était tachée de sang et le bras droit de G. en portait aussi des traces ; on remarquait sur les mains de la fille N. des plaies résultant des morsures qui lui avaient été faites.

La fille N., ayant fait des aveux complets sur son intention criminelle, fit connaître les motifs qui l'y avaient conduite. C'était d'après les conseils et les instantes sollicitations de G. fils avec lequel elle entretenait des relations intimes, qu'elle avait agi, et elle fit connaître les tentatives multipliées qu'elle et G. avaient déjà faites de concert avant l'attentat du 15 novembre. Il résultait des révélations de la fille N. qu'ils avaient essayé d'abord, à plusieurs reprises, de se procurer de l'arsenic, mais sans avoir pu y parvenir. Ils eurent dès lors recours à d'autres moyens : entre autres, un jour que la fille N. avait préparé un ragoût qu'elle avait mis à part pour son maître, G. y mêla une certaine quantité d'herbes

sèches qui passent pour avoir la propriété d'empoisonner les chiens. Mais G. père n'en fut seulement qu'incommodé. Plus tard, les deux accusés se procurèrent des crapauds, et après les avoir écrasés ils en exprimèrent le jus dans les aliments du père. Ce dernier en fut quitte pour un vif sentiment de dégoût, mais sans en éprouver aucune indisposition. G. fils eut, une autre fois, la pensée de se servir, pour le même usage, d'un animal bariolé de vert et de jaune (une salamandre) que l'on avait trouvé dans les champs. A la même époque, il fit acheter de l'onguent mercuriel qu'il mêla à la soupe de son père ; celui-ci n'en sentit aucun mal. Une autre fois, il fit broyer par la fille N. avec un marteau du verre de bouteille qu'elle mit dans les aliments destinés au père G. La santé de ce dernier n'en éprouva aucun dérangement. Enfin, deux mois avant le dernier attentat qui avait mené G. et la fille N. devant la cour d'assises, les efforts qu'ils ne cessaient de faire pour faire périr G. père faillirent avoir le résultat qu'ils en attendaient.

Dans le courant du mois de septembre, pendant que la fille N. était absente, G. fils prépara lui-même le repas de son père. A peine celui-ci eut-il mangé qu'il se sentit atteint de violentes coliques d'estomac; il fut forcé de quitter subitement son ouvrage, de rentrer et de se mettre au lit. Pendant plusieurs jours, il éprouva des vomissements continuels ; la vue des aliments lui causait de la répugnance, et il était dans un tel état de souffrance que, croyant sa fin prochaine, il avait fait appeler un prêtre.

Ce ne fut enfin qu'après avoir échoué dans toutes ces tentatives que G. fils, d'après cette croyance accréditée dans les campagnes qu'on peut tuer un homme en lui comprimant fortement les organes génitaux, enjoignit à la fille N. de recourir à ce dernier moyen. Il manqua encore heureusement son effet.

Tels sont les faits qui furent révélés à l'instruction et qui, avant d'être portés aux débats, durent être l'objet d'une consultation médico-légale. Il s'agissait :

1° De déterminer si les violences exercées sur G. étaient capables de déterminer la mort ;

2° De savoir si les diverses substances, à l'aide desquelles les accusés avaient cherché à accomplir leurs vues criminelles, soit le jus de crapaud, soit l'onguent mercuriel, soit le verre pilé, pouvaient donner la mort.

Sur la première question, les médecins consultés sur le résultat possible des violences exercés sur G. père, lesquelles avaient été suivies d'un gonflement douloureux des parties, déclarèrent, conformément à l'expérience, qu'un coup violent porté sur les parties était toujours suivi d'une inflammation grave, qui, dans certains cas, pouvait se terminer par la mort.

Sur la seconde question, leur réponse était : en ce qui concerne le jus de crapaud et le verre pilé, que la première de ces substances ne peut produire que du dégoût, et que ni l'une ni l'autre ne saurait, en aucun cas, être considérée comme poison ; en ce qui concerne la pommade mercurielle, que la quantité de mercure qui y était contenue était trop faible pour causer le moindre accident. — Quant aux herbes sèches qui avaient été mêlées par l'accusé G. aux aliments mis en réserve pour son père, il n'a pas été possible de déterminer ni de faire dire par la fille N. à quelle espèce elles appartenaient.

Ces diverses substances avaient été administrées, sans nul doute, dans l'intention de donner la mort; mais étant incapables en réalité de produire un pareil résultat, et, aux termes de la loi, le crime d'empoisonnement n'étant admis qu'autant qu'à l'intention criminelle se réunisse le fait de l'emploi de substances, non-seulement nuisibles à la santé, mais encore capables de donner la mort, le fait de les avoir administrées ne dut point être considéré comme constituant le crime d'empoisonnement dont il n'offrait point les caractères légaux ; ce fait fut seulement acquis aux débats comme attestant les intentions des accusés.

Mais parmi les faits antérieurs à l'attentat du 15 novembre, il en était un qui pouvait être considéré comme offrant jusqu'à un certain point les caractères légaux dont nous venons de parler, qui à l'intention criminelle réunissait l'emploi de substances pouvant donner la mort. Tel fut celui qui se passait deux mois auparavant, dans le mois de septembre. On se rappelle qu'à cette époque G. père avait été atteint d'accidents graves après avoir mangé des aliments préparés par son fils en l'absence de la fille N. Les douleurs vives éprouvées à l'estomac, les vomissements continuels pendant plusieurs jours, la soif ardente qu'il ne pouvait calmer, tout attestait l'emploi d'une substance vénéneuse. Aussi les premiers médecins consultés n'hésitèrent-ils pas à répondre sur la simple constatation de ces circonstances que les accidents éprouvés par G. devaient être attribués à l'action d'un poison ; ils allèrent même plus loin : ils crurent pouvoir spécifier que la substance vénéneuse dont s'étaient servis les accusés appartenait à la classe des poissons *irritants*. Mais cette substance vénéneuse quelle était-elle ? c'est ce qu'on ne put savoir.

Les médecins étaient-ils parfaitement fondés, dans cette circonstance, à affirmer qu'il y eût eu empoisonnement ?

Les médecins légistes qui font autorité dans la science veulent que l'expert ne se prononce sur l'existence d'un empoisonnement que d'après des preuves matérielles, c'est-à-dire que sur la présence constatée du poison dans l'intérieur des organes ou dans leur tissu, ou tout au moins sur des traces et des effets tels qu'un poison déterminé puisse seul en produire de semblables. Or ici l'un et l'autre de ces caractères manquaient. Les médecins entendus comme experts aux débats ne furent pas complétement d'accord entre eux sur ce point. L'un d'eux, M. le docteur Gagniard, partageant l'opinion des premiers experts, était d'avis que les symptômes de la maladie éprouvée par G. prouvaient suffisamment à eux seuls que ce dernier avait été empoisonné. L'autre, M. le docteur Villedieu, reconnaissait que ces symptômes admettaient la possibilité d'un empoisonnement et pouvaient jusqu'à un certain point le rendre probable, mais il se refusait à y voir une preuve complète. Un troisième médecin, M. le docteur Paradis, appelé à éclairer cette question, partagea pleinement l'avis dubitatif de M. Villedieu.

Cette réponse des derniers experts nous paraît être la plus conforme aux sages principes qui doivent guider les médecins dans des expertises de cette nature.

Cette opinion fut aussi celle qui prévalut dans l'esprit du jury, qui déclara l'accusé non coupable d'empoisonnement, mais coupable de complicité dans la tentative d'assassinat.

INFANTICIDE PAR SUFFOCATION. — A QUEL DEGRÉ D'EXALTATION ET DE TROUBLE INTELLECTUEL PEUVENT CONDUIRE LES DOULEURS DE L'ENFANTEMENT CHEZ UNE FEMME QUI SE TROUVE DANS LA NÉCESSITÉ DE LES DISSIMULER ? — JUSQU'A QUEL POINT CETTE CONTRAINTE ET CE TROUBLE PEUVENT-ILS ANÉANTIR LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET DE RÉFLEXION ?

Le 25 février dernier, un individu de Doonelay ramena, en retirant un seau d'un puits, un enfant nouveau-né enveloppé dans un jupon. Un homme de l'art appelé aussitôt reconnut que l'enfant était né viable, qu'il avait vécu et qu'on l'avait fait périr par asphyxie. Plusieurs traces de contusions sur la partie supérieure du tronc et de la tête, sur le cou, les lèvres et les épaules, indiquaient même qu'on avait dû employer une certaine violence pour arriver à ce résultat.

La jeune fille Victorine R..., soupçonnée d'être l'auteur de ce crime, fut soumise à un examen duquel il résultait qu'elle était récemment accouchée et que son accouchement pouvait remonter à quinze jours tout au plus, date qui correspondait avec celle de la mort présumable de l'enfant. Victorine R... avoua alors qu'elle était accouchée en effet pendant la nuit du 12 au 13 février, et que, pour ne pas donner l'éveil à ses frères qui couchaient dans la même chambre, elle avait étouffé l'enfant en jetant sur lui un jupon et en le tenant avec ses mains. Elle aurait, pendant une semaine, tenu le cadavre caché dans la paillasse, et c'est seulement après cette époque qu'elle l'aurait jeté dans le puits.

Les aveux de l'accusé ne laissaient aucun prétexte à la défense. Cependant une question médico-légale importante se trouva soulevée aux débats et soumise à l'appréciation de MM. les docteurs Simonin et Béchet père, de Nancy. Il s'agissait de savoir à quel degré d'exaltation et de trouble intellectuel peuvent conduire les douleurs de l'enfantement chez une femme qui se trouve dans la nécessité de les dissimuler, et jusqu'à quel point cette contrainte et ce trouble peuvent anéantir la liberté de conscience et de réflexion.

Nous ignorons quelle a été la réponse des honorables médecins que nous venons de citer ; mais le défenseur, autorisé sans doute par les termes de cette réponse, et tirant un parti habile de la situation particulière de l'accusée, qu'il montra en proie au vertige qu'elle devait éprouver lorsque déjà torturée par les souffrances physiques de l'accouchement, elle subissait encore les angoises morales que faisait naître en elle la perspective du déshonneur et du courroux de sa famille, repoussa avec force l'idée de la réflexion et de l'intention criminelle au moment où elle étrangla son enfant.

Ce système de défense, soutenable dans l'espèce, mais qui, admis en principe, tendrait à constituer un moyen de défense abusif, a eu un plein succès auprès du jury, qui a rendu un verdict de non-culpabilité. (Cour d'assises de la Meurthe, aud. du 15 mai.)

INFANTICIDE PAR ASPHYXIE AU MOYEN DE L'OCCLUSION DES NARINES ET DE LA COMPRESSION DES LÈVRES.

Un enfant est trouvé mort dans le lit de sa mère ; l'examen des experts permet de reconnaître qu'il est né viable et qu'il a vécu. La mort avait eu lieu par asphyxie; l'asphyxie avait, suivant toute apparence, été produite par l'occlusion des narines et des lèvres. Les narines portaient les traces d'une forte compression exercée par deux corps de forme circulaire, qui étaient évidemment des doigts; elles avaient pris une teinte parcheminée dans les points comprimés, tandis que l'extrémité du nez avait conservé sa couleur naturelle. Les lèvres étaient tuméfiées. Or ces lésions ne pouvaient évidemment provenir de l'accouchement lui-même, ni d'une chute de l'enfant au moment de sa naissance, ainsi que l'alléguait l'accusée pour sa défense ; cela était du moins absolument inadmissible pour les traces de compression qu'offraient les narines. Ces lésions avaient-elles pu être faites par

la mère elle-même, mais sans volonté de porter atteinte à la vie de l'enfant, par exemple en supposant que, pressée par la violence des douleurs et dans le but de hâter la sortie de l'enfant (l'accouchement avait eu lieu clandestinement), elle l'aurait saisi par le nez? Mais comment expliquer dans cette hypothèse, si peu admissible, la compression dont les lèvres présentaient les traces? L'accusée d'ailleurs rapportait les faits tout différemment, et elle n'eût certainement pas manqué de dire la vérité si elle eût été telle qu'on vient de la supposer. Il ne restait donc qu'une version probable, c'était celle d'un infanticide réalisé par asphyxie au moyen de l'occlusion et de la compression simultanées des narines et des lèvres, version à l'appui de laquelle on pouvait invoquer toutes les circonstances morales. Telle était l'opinion des experts. Néanmoins le jury, ne voyant pas sans doute dans ces déclarations une preuve suffisante, rendit un verdict de non-culpabilité. (Cour d'Ass. du Var, aud. 14 juill.)

ACCUSATION D'INFANTICIDE. — ASPHYXIE PAR SUBMERSION. — QUESTION RELATIVE AUX SIGNES DE LA SUBMERSION CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

La fille Jeanne M., âgée de 23 ans, au service du sieur R., fermier, étant allée le 16 mars 1846, comme elle le faisait chaque jour, conduire son troupeau dans les champs, l'en ramena le soir et prit part au souper commun sans que rien parût changé dans son attitude et sa physionomie. Cependant on apprit que ce même jour Jeanne avait été vue dans les champs presque déshabillée et qu'on la soupçonnait d'un accouchement clandestin. En effet, on se transporta sur les lieux où elle avait gardé son troupeau, et l'on trouva sur l'herbe les traces récentes d'un accouchement.

Pressée de questions, Jeanne finit par avouer qu'elle était accouchée, la veille, d'une fille; que ne l'ayant pas sentie remuer et n'ayant entendu aucun vagissement, elle l'avait, sous l'influence d'une mauvaise pensée, jetée dans un étang voisin.

Le cadavre de l'enfant fut retrouvé d'après ces indications, et soumis à l'examen d'un médecin.

Il est résulté de ce rapport, rédigé par M. le docteur Gaucher, d'Issoudun, que l'enfant, parfaitement conformé, était né à terme et viable; qu'il avait respiré et vécu; que la mort ne pouvait être le résultat ni d'une hémorrhagie ombilicale, ni de violences extérieures dont il n'existait aucune trace; le rapport constatait en même temps qu'il n'y avait d'eau ni dans l'estomac, ni dans les cellules pulmonaires; qu'il n'y avait pas non plus d'écume dans la trachée-artère ni dans les bronches; en un mot qu'on ne trouvait aucun des signes de l'asphyxie par submersion. De sorte qu'il était impossible à l'expert de préciser la cause de la mort de l'enfant, d'affirmer qu'elle fût le résultat d'une tentative criminelle et de dire si elle avait eu lieu avant ou après la submersion. Cependant, ajoutait-il, dans son opinion l'enfant n'avait point succombé à un accident de l'accouchement, et tout le portait à croire, quoiqu'il ne pût point l'affirmer, que l'asphyxie par submersion avait été la cause de la mort.

Aux débats le système de défense de l'accusée consistait à dire qu'elle n'avait jamais senti l'enfant remuer et qu'elle ne se croyait pas enceinte; qu'au moment de l'accouchement elle s'était évanouie sous l'influence des douleurs, et qu'après être revenue à elle, elle s'était séparée de son enfant, qui ne donnait aucun signe de vie, en déchirant le cordon ombilical, et qu'elle avait aussitôt porté son cadavre dans l'étang voisin.

L'ignorance prétendue de la grossesse n'était guère admissible, surtout en ayant égard à l'âge de l'accusée, dont l'intelligence et l'état mental ne se prêtaient pas non plus à cette hypothèse. Quant à la syncope, outre que cet accident est tout à fait exceptionnel dans de pareilles circonstances, elle n'aurait point eu dans ce cas l'effet que lui supposait l'accusée, puisque l'enfant était venu au monde vivant.

Restait la question de submersion.

Le système de défense fut combattu sur ce point par M. Gaucher, qui, maintenant dans sa déposition les conclusions de son rapport médico-légal, expliqua devant la cour que le cadavre ne présentant point les signes caractéristiques de l'asphyxie par submersion, il ne pouvait affirmer d'une manière précise que ce fût le genre d'asphyxie auquel l'enfant avait dû la mort; mais que, chez les enfants nouveau-nés, ces signes étant fugitifs et n'ayant rien de caractéristique, leur absence ne devait pas exclure la possibilité de l'asphyxie par submersion; qu'au contraire, toutes les circonstances de l'affaire dénotaient que l'asphyxie était la cause de la mort, et que celle-ci ne pouvait être attribuée, dans son opinion du moins, à une cause purement accidentelle.

L'accusation, étayée par cette déclaration, a soutenu la culpabilité. La défense avait pour elle l'absence de preuves, et elle en a tiré, comme on le pense, tout le parti possible. Rien n'établissait, en effet, d'une manière péremptoire que l'enfant eût réellement péri par le fait de la submersion, et qu'il ne fût pas mort déjà avant d'avoir été plongé dans l'eau.

En présence de ces indécisions, l'accusée n'ayant pu être convaincue, faute de preuves matérielles, d'avoir volontairement donné la mort à son enfant, la cour posa au jury la question d'homicide par imprudence, qui fut résolue affirmativement. (Cour d'assises de l'Indre, aud. du 16 juin.)

— On ne saurait trop, dans des expertises de cette nature, se pénétrer des difficultés qu'elles peuvent soulever et de la nécessité d'apporter dans les conclusions la plus grande réserve. En effet, les signes de la submersion, chez les nouveau-nés, attendu le peu de capacité des vésicules pulmonaires et la promptitude extrême avec laquelle se développe, dans ces organes, la putréfaction gazeuse, échappent souvent aux plus minutieuses investigations. D'une part, l'absence de liquide dans l'estomac et dans les voies aériennes n'est pas une preuve qu'il n'y ait pas eu mort par submersion; d'un autre côté, l'expérience ayant démontré que le liquide dans lequel on plonge un cadavre peut encore pénétrer dans l'estomac et dans les voies aériennes, on ne serait point suffisamment autorisé, lors même qu'on trouverait dans les bronches d'un enfant une certaine quantité du liquide dans lequel son corps aurait été trouvé, à conclure que cet enfant a péri par submersion. On voit combien, dans un cas comme dans l'autre, l'affirmative est difficile. Aussi, quelques médecins légistes conseillent-ils aux experts de se borner, en pareil cas, comme dans la plupart des cas d'asphyxie, à constater si l'enfant a respiré, s'il a vécu ou non.

(*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, OU TRAITÉ COMPLET DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUE CES MALADIES RÉCLAMENT; par MM. A. BÉRARD et DENONVILLIERS. — 3 ou 4 vol. grand in-8°; livraisons de 1 à 6, déjà parues. Paris, 1840-1845; chez Labé, libraire, 4, place de l'École-de-Médecine.

Les publications éphémères qui doivent leur naissance à l'amour-propre de l'auteur ou à son désir de répandre au plus tôt une découverte fortuite sont suffisamment mentionnées quand on en a signalé le but et l'idée mère; mais lorsque les dimensions de l'ouvrage et le nom de l'écrivain annoncent de plus hautes prétentions, lorsqu'on se trouve en face d'un traité général embrassant dans son cadre une branche de l'art tout entière, lorsqu'il ne s'agit plus d'un perfectionnement, mais de la législation même de la science, alors le procédé de simple analyse ne saurait plus convenir ni au lecteur, ni à l'auteur, ni au critique lui-même. En effet, le succès réservé à un livre n'est jamais un fait isolé, il se rattache toujours à l'histoire du mouvement scientifique contemporain, et devient l'un des meilleurs moyens d'apprécier le caractère, le degré de maturité, les besoins philosophiques, les tendances intellectuelles d'un siècle. A ce titre, le COMPENDIUM DE CHIRURGIE mérite de notre part une attention toute particulière; car l'on peut bien dire que s'il est destiné à marquer dans notre époque, il la marquera infailliblement elle-même aussi de son cachet spécial.

La chirurgie, qui, aux yeux de tant de spectateurs inattentifs, passe pour être la partie solide et inébranlable des connaissances médicales, n'est cependant pas depuis si longtemps fixée sur ses prétendues bases qu'elle n'ait subi de compte fait, à partir du commencement de ce siècle, trois révolutions fondamentales. Ces changements, pour plus de simplicité, peuvent être rapportés aux noms propres, dans lesquels se personnifient justement les générations scientifiques. Ainsi Boyer, le rénovateur des fortes études, qui apporta tant de sévérité apparente dans les principes, ne put échapper au défaut dont il avait accepté sous bénéfice d'inventaire l'héritage de ses devanciers. Comme l'Académie de chirurgie, comme Jean-Louis Petit surtout, on le voit souvent sacrifier au raisonnement et préférer les conclusions dictées par la théorie à celles qu'il eût pu puiser dans l'observation. Ses idées si arrêtées sur l'inopportunité des extirpations cancéreuses, sur les obstacles à la réduction des luxations, sur l'impossibilité des luxations des côtes, sur la cause de la douleur dans la fissure à l'anus, etc., sont autant d'exemples de cette propension, qui a été d'autant moins remarquée jusqu'ici, que le raisonnement, chez Boyer, étant presque toujours juste et exact, la perfection de l'instrument et de sa mise en œuvre dissimula longtemps les vices de la méthode.

Un peu plus tard, presque simultanément, Dupuytren se mit à la tête d'une école toute différente, école séduisante, inattaquable même au premier coup d'œil, puisqu'elle semblait ne parler qu'au nom de la raison et de l'expérience. Mais dans la chaire de Dupuytren, tout au rebours de celle

de Boyer, les écarts de l'instrument faisaient à chaque instant dévier la méthode. Trop souvent, il faut le dire, la raison se résumait pour les élèves dans l'imposante autorité de la parole du maître, et quant à l'expérience, elle ne se révélait à eux que dûment expurgée de ce qu'il avait intérêt à laisser dans l'ombre. Suivez-le dans l'exposé de ses doctrines systématiques sur les causes de la déviation du pied en dehors après la fracture du péroné, sur l'impossib lité absolue des luxations du poignet, sur la proportion numérique précise entre les cas d'étranglement par l'anneau et ceux dus au collet du sac, sur la cure dite presque infaillible de la fistule lacrymale au moyen de la canule, etc. : partout vous verrez l'assertion se substituant à la preuve, l'autorité usurpant le crédit de la démonstration expérimentale. Et ce qui étonne davantage aujourd'hui, ce qui légitime surabondamment le nom d'école que nous donnons à cet enseignement exceptionnel, c'est que l'ascendant du professeur ne s'est pas borné à ses auditeurs immédiats, et qu'on a vu plusieurs auteurs en continuer longtemps encore de bonne foi les traditions et une génération tout entière en subir le décevant prestige.

Les douze années écoulées depuis la mort de Dupuytren n'ont pas été perdues pour l'émancipation de la chirurgie. En profitant des innombrables richesses cachées sous les dogmes exclusifs de ce maître, en empruntant d'autre part à Boyer son judicieux maniement de la froide raison, en apprenant enfin par l'exemple des statisticiens modernes toutes la supériorité des faits sur l'induction, nos contemporains ont créé une école mixte qui, bien qu'imparfaite encore, a néanmoins, dès son apparition, rallié des adhésions aussi honorables par la qualité que par le nombre. Nous ne pouvons, comme pour les précédentes, lui appliquer un seul nom propre, mais ceux de MM. Blandin, Bérard, Michon, Laugier, Nélaton, etc., la caractérisent assez. Justement estimée pour la largeur et la modération de ses principes, elle a puisé dans la constitution de sa méthode assez de force pour résister aux excès où l'on a tenté de l'entraîner; et ce n'a pas été un de ses moindres gages de vitalité que d'avoir rendu désormais impossibles, soit les aberrations des statisticiens soi-disant purs, soit la commode manière des prétendus érudits, qui préfèrent, et pour cause, coudre vingt citations plutôt que de fournir une preuve, soit le règne fastidieux des professeurs parlant haut, qui s'imaginent continuer Dupuytren, parce qu'ils affectent sa personnalité dédaigneuse, comme si la chirurgie pouvait encore aujourd'hui se réglementer par ordonnances!

Le livre de MM. A Bérard et Denonvilliers peut passer pour l'expression la plus authentique et la plus complète des principes de cette école, un peu froide, un peu trop éclectique peut-être, mais rachetant par la solidité le défaut d'éclat, et tellement utile d'ailleurs au milieu des illusions et des excentricités de l'époque, qu'on s'attache à elle comme à un préservatif, et qu'on ne l'aime pas moins pour les services négatifs que pour les avantages directs à en attendre. Ce n'est pas que le COMPENDIUM contienne une doctrine qui soit nouvelle pour la plupart des lecteurs. Non : de même que la chirurgie de Dupuytren se pouvait reconnaître, à un titre d'alliage plus ou moins élevé, dans les LEÇONS ORALES, dans la médecine opératoire dite de SABATIER-DUPUYTREN, dans le DICTIONNAIRE EN 15 VOLUMES, dans le livre classique de Roche et Sanson, de même aussi les principes qui dominent dans le COMPENDIUM n'y font pas leur première apparition en public. Mais jamais encore ils n'avaient été appliqués à l'ensemble de la science de manière à constituer un traité didactique général. C'est pour combler ce que, sans crainte qu'on nous reproche de tomber dans le style de prospectus, nous pouvons appeler une lacune vivement sentie, que MM. A. Bérard et Denonvilliers ont mis en commun leur savoir et leur talent distingué d'exposition. Disons en peu de mots quel plan ils ont adopté pour cette œuvre.

Après un très-court préambule, employé à définir la chirurgie soit par elle-même, soit par ses différences d'avec la médecine, les auteurs exposent leur division, qui est la suivante :

1° Considérations générales sur la chirurgie;

2° Maladies générales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps;

3° Maladies des divers tissus et systèmes organiques;

4° Maladies des régions, des organes ou des appareils.

Cette classification, qui rappelle beaucoup celle de Boyer, est, comme toutes les distributions artificielles, passible de plus d'un reproche; elle fait presque forcément une nécessité des répétitions, et morcelle parfois çà et là dans deux ou trois sections séparées l'histoire complète d'une maladie; enfin, avec elle, les généralités précèdent de si loin les détails qu'on risque fort, en arrivant à ceux-ci, d'avoir déjà perdu celles-là de vue. Mais c'est justement ce défaut qui devient un mérite pour l'élève studieux; s'initiant ainsi d'abord à la connaissance des altérations considérées dans leur nature même, il en saisit mieux les caractères, et la tâche plus difficile de discerner les modifications que leur imprime tel ou tel siége lui apparaît ensuite moins ardue après ces notions préalables. Il peut procéder en toute rigueur du simple au composé; à mesure qu'il avance, les questions sous ses yeux se rapprochent de l'application, et, avant de fermer le livre, il se trouve avoir passé insensiblement de la théorie à la pratique.

Des quatre divisions que comprend le plan du livre, deux ont déjà paru, et la publication de la troisième est commencée. Dans la première, nous avons retrouvé, avec un plaisir non exempt de quelque étonnement, la thèse si généralement appréciée de M. A. Bérard sur les SOURCES DU DIAGNOSTIC CHIRURGICAL, SES INCERTITUDES ET SES ERREURS; c'était là incontestablement sa place, et personne ne pensera à blâmer les auteurs de l'avoir reproduite *in extenso*. Peut-être cependant eussent-ils mieux fait de dissimuler un peu la citation et d'en fondre l'esprit dans leur texte, au lieu de la copier presque intégralement. Les lecteurs sont ainsi faits qu'ils répugnent instinctivement à ces transcriptions littérales, et que, pour leur faire goûter deux fois même des plus succulentes choses, il est toujours prudent d'en déguiser la forme. A part ce léger reproche, les considérations générales sur la chirurgie sont empreintes du sens pratique le plus irréprochable; on reconnaît sans peine dans ces pages bien remplies deux hommes familiarisés de longue main à l'enseignement de la science et à l'exercice de l'art. Un vrai caractère de supériorité se dénote surtout par le nombre immense des questions qu'ils se plaisent à soulever sur chaque sujet, questions toujours pratiques, toujours répondant à un besoin que le lecteur se rappelle avoir éprouvé à une époque plus ou moins éloignée. Écrire ainsi, c'est réellement créer et créer de la manière la plus utile; car quel est le médecin, quel est même l'élève un peu instruit qui ne saurait à un problème posé emprunter ici ou là sa solution toute faite? Mais envisager une maladie sous toutes ses faces, provoquer et aborder franchement toutes les explications que son étude peut exiger, développer avec plus d'insistance les nouveaux points de vue que le lecteur n'eût peut-être point aperçus de lui-même, et qui, en multipliant ses légitimes exigences, vont imposer à l'auteur mille difficultés qu'il ne pourra éluder, voilà à la fois un indice de puissance et une preuve de consciencieux dévouement à la cause de la science. Nous mentionnerons surtout le chapitre des indications aux opérations comme l'un des plus complets sous ce rapport. Qu'on en juge par le fragment suivant, extrait à la vérité d'une autre partie du livre, mais remarquable au même degré par les mêmes qualités : il s'agit du parti, souvent bien délicat, que le médecin doit prendre soit pour amputer, soit pour chercher, au contraire, à conserver le membre, à la suite des plaies par armes à feu. Après avoir discuté et combattu quelques-unes des objections générales qu'on élève contre l'amputation, l'auteur continue ainsi : « Attacherons-nous plus d'importance à ces exemples de blessures terribles, guéries contre toute espérance par les efforts de la nature et les moyens de traitement ordinaire? Que les gens du monde, complétement étrangers au sujet dont il s'agit, accueillent favorablement ces faits exceptionnels et les racontent avec complaisance comme des preuves de la témérité des chirurgiens, rien de plus facile à comprendre; mais nous sommes surpris d'entendre les mêmes raisonnements erronés sortir de la bouche d'un praticien expérimenté. Quiconque possède en chirurgie des connaissances un peu étendues sait combien il est difficile d'établir, en pareille matière, des lois générales. Si donc il arrive que, dans le cours d'une longue pratique, on rencontre quelques observations qui sortent de l'ordre commun, doit-on s'en étonner? doit-on surtout s'en servir comme d'un argument sans réplique contre un principe qui s'appuie sur la longue et incontestable expérience de tous les chirurgiens? Est-il d'une bonne logique de se prévaloir ainsi de l'exception contre la règle? — Mais ces faits mêmes, invoqués par Bilguer, sont-ils autant qu'il le pense défavorables au principe de l'amputation? C'est ce qu'il s'agit d'examiner. Quand un chirurgien prononce qu'une amputation est nécessaire, entend-il donc par là qu'il soit absolument impossible d'obtenir la guérison sans elle. Nullement; pas plus qu'il ne croit que l'opération réussira toujours. Il pense seulement qu'en se bornant aux moyens ordinaires, on laisse le malade exposé à des dangers qui ne sont pas insurmontables peut-être, mais qui surpassent certainement beaucoup ceux de l'amputation; il pense qu'en adoptant celle-ci on pourra bien, à la vérité, enlever quelques membres qui eussent été conservés, mais on conservera la vie à beaucoup de blessés qui l'eussent perdue; tandis qu'en la rejetant, on réussira sans doute quelquefois, on sera utile accidentellement à quelques blessés, mais on nuira en définitive au plus grand nombre. Pour renverser une semblable doctrine, on sent qu'il ne suffit pas de rassembler et de présenter comme autant d'objections un certain nombre de faits qui rentrent d'ailleurs dans les prévisions des partisans de l'amputation : il faudrait démontrer que l'expérience des siècles est ici en défaut, et prouver, à l'aide de résultats recueillis sur une grande masse de blessés, que l'amputation fait plus de victimes que la méthode de temporisation qui lui est opposée.... » (Page 428.)

Les chapitres subséquents de cette première partie traitent des opérations en général, des pansements, des opérations simples, et enfin de la petite chirurgie.

Avec la seconde partie commence l'étude des maladies chirurgicales pro-

prement dites. L'énumération des titres de ses chapitres donnera une idée suffisante de la quantité de sujets qu'elle contient. Ils renferment successivement l'histoire 1° de l'inflammation et de quelques phénomènes qui en dépendent, tels que la pyogénie, la formation de lymphe plastique, de la granulation; 2° du phlegmon et des abcès; 3° de la gangrène et de ses différentes espèces; 4° de la brûlure et de la congélation; 5° des blessures (contusions, plaies d'armes à feu, plaies empoisonnées y comprises); 6° des ulcères; 7° des fistules en général; 8° des productions accidentelles (lipômes, kystes, tumeurs érectiles, cancer); 9° des corps étrangers; 10° des déviations organiques.

On comprend que, dispensés, par ce qui a été dit plus haut, d'une appréciation minutieuse, nous n'avons point en ce moment à entreprendre l'analyse détaillée des diverses sections de l'ouvrage. Il est cependant quelques-unes de ses divisions sur lesquelles nous tenons à presenter nos observations, les unes aux lecteurs pour les recommander à leur attention, les autres aux auteurs afin d'appeler de leur part sur elles le travail de révision à l'occasion prochaine.

Parmi les différents chapitres que nous venons de passer en revue, il se trouve plus d'un sujet qu'on avait jusqu'ici rejeté du cadre des traités classiques. Telles sont les déviations organiques dont la théorie et la classification détaillées ont reçu ici un développement en rapport avec leur importance; telle est aussi la syphilis dont l'histoire, quoique incidemment exposée à l'occasion de l'ulcère vénérien et écourtée par conséquent en beaucoup de points, se lit avec d'autant plus de plaisir qu'elle est puisée aux sources les plus saines et qu'on s'attendait moins à la rencontrer dans un livre où cette lacune eût été parfaitement justifiée par l'exemple d'une omission toute semblable dans la plupart des autres publications de ce genre. Citons encore, au nombre de ces additions inattendues, les soixante et treize pages sur la morve, dans lesquelles se trouve renfermé non pas seulement ce qu'il y a de plus essentiel à connaître pour le chirurgien, mais une monographie complète des diverses variétés de l'affection morveuse chez le cheval, de ses modes de propagation à l'homme, de son diagnostic dans l'espèce humaine, le tout appuyé de neuf observations choisies parmi les plus intéressantes, et reproduites *in extenso*. C'est là une véritable surprise dont il faut savoir gré aux auteurs qui eussent facilement pu se montrer moins scrupuleux, et, comme plus d'un de leurs confrères, se tenir dans les strictes limites de l'ancien programme classique des maladies chirurgicales.

Les plaies par armes à feu offraient des difficultés de plusieurs genres à nos auteurs. MM. Bérard et Denonvilliers ont-ils senti qu'il y avait là une sorte de point d'honneur, de défi jeté à la chirurgie civile?... Quoi qu'il en soit, ils ont glorieusement relevé le gant, et ce chapitre, indépendamment même des données originales qu'il contient sur la réflexion des balles qui rencontrent une surface courbe, sur les règles de conduite applicables à l'opportunité du débridement, sur les indications à l'amputation, etc., ce chapitre, disons-nous, mériterait encore d'être cité comme type de la manière propre à nos auteurs, car nulle part ses avantages ne ressortent mieux. L'érudition, d'abord, n'est pas groupée en bloc, sous le titre d'*historique*, comme une avant-garde incommode dont on a hâte de se débarrasser; les noms propres ne viennent qu'un à un, chacun à son tour et selon le besoin, pour éclairer le sujet, jamais pour l'orner. On ne cite pas une opinion exprès afin de nommer celui qui l'a émise; on ne réunit pas autour du moindre paradoxe vingt illustrations contestables rassemblées là dans le seul but de hérisser la page de majuscules. Loin de là : dans le Compendium, les doctrines sont rappelées par elles-mêmes et non par le nom de leur auteur; différence toute à l'avantage du lecteur, qui a sans doute plus d'intérêt à connaître des faits qu'à loger dans sa mémoire toute une lexicologie anglaise ou allemande. C'est par le même motif qu'ont été sévèrement bannies de ces pages les oiseuses récriminations de priorité, les vaines disputes de mots. Que MM. Bérard et Denonvilliers ne craignent point de s'appauvrir en persistant dans cette voie de digne abnégation; il reste encore assez de juges consciencieux dont le vote n'est pas à la merci des frélons bourdonnants de notre littérature!

Un autre caractère général de l'ouvrage, et qu'on trouve notamment marqué dans la description du phlegmon et dans celle de la gangrène, est le défaut d'engouement, la sage réserve où les auteurs ont su se maintenir à l'égard de toute innovation, de tout système qui n'a pas encore fait ses preuves complètes : « Il ne nous est pas encore démontré que... » « ce moyen nous paraît trop hasardeux pour que nous osions le recommander... » Voilà certes un langage que, *à priori*, l'on n'eût guère attendu des deux plus jeunes professeurs de la Faculté de Paris. Tout en les félicitant sans réserve de cette qualité si rare, nous leur conseillerons cependant d'en éviter l'excès, d'abord parce qu'il en résulte un ton trop uniformément conciliant et une indifférence parfois difficile à comprendre à l'égard de prétentions théoriques directement opposées les unes aux autres, puis parce qu'une critique malveillante pourrait çà et là signaler cette même modération comme l'effet nécessaire de l'absence d'idées originales et de principes arrêtés.

Nous parlions il y a un instant de la louable attention que les auteurs ont mise à explorer tous les points de vue utiles que peut fournir l'étude d'un sujet. L'histoire du cancer en présente un frappant exemple. Quel vaste champ n'ouvre pas à la réflexion le seul énoncé des questions suivantes, choisies parmi les plus intéressantes de ce chapitre : Le cancer est-il causé par l'inflammation? Est-il réellement héréditaire? Faut-il croire qu'il ne se développe jamais par contagion? La diathèse dite cancéreuse préexiste-t-elle à la manifestation des altérations locales ou est-elle l'effet de leur existence? Quelles sont les chances de cure spontanée? La compression compte-t-elle des succès incontestables? L'opération, d'une manière absolue, est-elle justifiée dans le cas de cancer? La récidive est-elle toujours le résultat d'une modification générale de l'économie? etc., etc. — Exceptons cependant de de ces éloges la question de l'autoplastie appliquée à la suite de l'extirpation, pour prévenir la récidive cancéreuse. Après les heureuses tentatives de MM. Martinet et Blandin, on jugera sans doute qu'une méthode si riche d'avenir méritait une mention sinon plus favorable du moins plus étendue que ce peu de lignes désapprobatives :

« M. Martinet (de la Creuse) est allé bien plus loin. Pour obtenir la réunion par première intention à la suite de l'extirpation du cancer, il a eu recours à l'autoplastie, et il a recouvert la surface traumatique laissée à nu après l'ablation de la tumeur en empruntant un lambeau de peau aux parties voisines d'après la méthode indienne. Les motifs allégués par ce chirurgien pour faire acccepter sa méthode et les heureux résultats qu'il dit en avoir retirés ne nous semblent point suffisants pour que nous la recommandions. D'ailleurs nous devons penser que les essais ultérieurs qui ont été tentés n'ont pas répondu à l'attente des opérateurs, puisque, depuis un temps déjà assez long, ni M. Martinet ni ceux qui l'ont imité n'ont publié de nouveaux faits à l'appui de la méthode. Nous croyons donc inutile d'entrer dans de plus grands développements à cet égard. »

Le jugement heureusement n'est pas sans appel, et M. A. Bérard lui-même ne nous désapprouvera pas d'en espérer la révision très-prochaine; car un mois environ avant de signer par inadvertance l'appréciation précédente échappée sans doute de la plume de son collaborateur, voici ce qu'il disait à l'Académie de médecine à propos d'un nouveau cas de ce genre rapporté par M. Blandin : « J'ai demandé la parole pour féliciter M. Blandin sur le fait qu'il nous a présenté. Je diffère complétement d'avis à cet égard avec M. Gerdy. Il y a quelques années, M. Martinet (de la Creuse) a publié les résultats de semblables opérations pratiquées dans des cas où une et même deux récidives avaient déjà eu lieu. Ces résultats ont été favorables. M. Blandin en cite un nouvel exemple; j'en ai deux à citer pour ma part. L'un de ces cas a été opéré avec l'assistance de M. Blandin lui-même; l'opération a été suivie d'un succès complet, elle date maintenant de plus d'un an; il n'y a pas eu jusqu'à présent l'ombre de récidive et la partie restaurée n'est pas trop disgracieuse. Le second sujet est celui que j'ai présenté le même jour que M. Blandin a présenté le sien. J'applaudis donc sans réserve à la nouvelle tentative que vient de faire notre collègue, et si, comme il y a lieu de l'espérer, elle est suivie d'un heureux résultat, ce sera une nouvelle preuve d'un progrès signalé. » — Ce discours fut prononcé le 4 mars 1845; l'article ci-dessus du Compendium porte la date du 10 avril de la même année! Nous connaissons trop la solidité des convictions de M. A. Bérard pour avoir songé un seul instant à vouloir le mettre entre ces deux textes en contradiction avec lui-même. Il n'y a évidemment là qu'une dissidence entre les collaborateurs; mais faire ressortir cette dissidence était pour la critique un devoir lorsqu'il s'agit de défendre une méthode aussi utile, aussi philanthropique que celle-ci.

Nous aurions encore à noter plusieurs développements importants, les recherches sur les tumeurs érectiles, sur la cure des varices par la cautérisation, sur la théorie du furoncle, sur l'anévrisme artérioso-veineux, etc. Mais, comme nous aurons à revenir plus en détail sur ces derniers sujets, lorsque la section du livre où ils sont compris sera achevée, nous prenons sans scrupule congé des auteurs, tout en leur demandant instamment de nous fournir prochainement l'occasion de compléter ce compte rendu. Qu'ils sachent cependant temporiser à propos, et ne se piquent pas trop de racheter par une précipitation complaisante les involontaires retards que leur œuvre a subis dans son commencement. L'ouvrage qu'ils ont entrepris peut, à leur gré, devenir ou le monument chirurgical de l'époque ou l'infime rival de ces rapsodies terminées en *queue de poisson* que le poëte latin semble avoir décrites exprès pour notre siècle de souscriptions et de réclames! Nous avons rempli notre devoir en leur montrant la haute position où ils peuvent aspirer à se maintenir au prix de quelques efforts; à eux de choisir!

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU 2e TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

(Suite et fin. — Voir les numéros 35 et 36.)

Le mouvement des hôpitaux et hospices de Paris pendant le second trimestre de 1846 est exposé dans le tableau suivant, sous le triple rapport des entrées, des sorties et des décès. Il peut donner une idée, au moins pour la classe ouvrière, de la fréquence et de la gravité des maladies qui ont régné pendant ce trimestre.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE 1846.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Avril. . . .	Hôpitaux.	5,962	6,770	12,732	6,168	677
	Hospices.	10,749	1,102	11,225	932	246
Mai.	Hôpitaux.	5,887	6,805	12,692	6,407	632
	Hospices.	10,673	1,005	11,678	823	200
Juin. . . .	Hôpitaux.	5,653	7,043	12,696	6,373	578
	Hospices.	10,655	967	11,622	788	219
Totaux. . . .		49,579	23,692	72,645	21,491	2,552

On peut s'assurer par ce tableau que le nombre total des entrées dans les hôpitaux, pendant les mois d'avril, mai et juin, a été de 20,618 : c'est environ 800 de plus que pendant le premier trimestre. La fréquence des maladies, considérées en général et indépendamment de leurs formes symptomatologiques, a donc été en augmentant. On pourrait être tenté d'attribuer ce mouvement croissant à l'élévation insolite de la température, qui a été, en effet, supérieure à celle de l'époque correspondante de 1845 ; on le pourrait d'autant plus que le mois d'avril, qui a été, lui, par exception, moins chaud proportionnellement que les deux autres, donne un chiffre d'entrée moins élevé que celui du mois de mars (6,770 contre 6,952), tandis qu'en mai et en juin, ce chiffre monte à 6,805 et 7,043. Mais cette présomption tombe bien vite devant un examen plus approfondi des faits. On se rappelle que le premier trimestre de cette année avait fourni aux hôpitaux 1,000 malades de plus que le même trimestre de l'année précédente. Or cette supériorité ne se conserve pas ou devient insignifiante pour le second trimestre, malgré l'accroissement absolu des entrées; en d'autres termes, si, du 1er avril au 30 juin 1846, les hôpitaux ont reçu environ 800 malades de plus que du 1er janvier au 31 mars, ils en avaient reçu, en 1845, 1,800 de plus dans la première période que dans la seconde; de telle manière que le chiffre des entrées pendant le second trimestre arrive à être sensiblement le même pour les deux années (20,525 pour 1845 et 20,618 pour 1846). Cependant, on l'a vu dans notre précédent article, les conditions météorologiques étaient loin d'être identiques : le second trimestre de l'année dernière avait été moins chaud, plus fécond en variations météorologiques que celui de cette année. Par conséquent il n'y a aucune raison d'expliquer, par l'élévation de la température et le peu de variations brusques de l'atmosphère, le chiffre des admissions du trimestre qui vient de s'écouler. Et ainsi se confirme et se généralise de plus en plus une donnée déjà sortie de nos premières recherches statistiques, à savoir, que la température et la pression atmosphérique n'ont pas d'influence *directe* sur la fréquence des maladies, ou tout au moins sur le mouvement des hôpitaux, et n'affectent guère que les formes symptomatologiques. Entendons-nous : sans doute c'est le nombre des formes symptomatologiques qui fait le nombre des malades, et si une condition atmosphérique donnée exerce son influence avec une certaine énergie, elle peut et doit sans contredit réagir sur le chiffre des admissions des hôpitaux ; et c'est ainsi peut-être que l'hiver de 1846, relativement très-chaud, avec prédominance du vent du sud, a envoyé aux hôpitaux 1,000 malades de plus que l'hiver de 1845, sensiblement plus froid, avec prédominance du vent du nord. Mais c'est là un effet *indirect*, accidentel, qui tient, non au degré absolu de température et de pression atmosphérique, non pas même aux variations que ce degré subit dans le cours de la saison, mais plutôt, à ce qu'il semble, au désaccord de cette température et de cette pression avec l'époque de l'année où on les observe. Encore n'est-ce là qu'une conjecture, et n'est-il pas bien certain que la suite de ces recherches ne nous montre pas des états insolites de l'atmosphère en désaccord avec la saison, par exemple une chaleur précoce comme celle de l'hiver dernier, coïncidant avec un chiffre d'entrées égal ou inférieur à celui des années communes. Mais ce que nous disons très-explicitement, ce qui éclate jusqu'ici dans toutes nos *Revues sanitaires*, c'est qu'il n'existe aucun rapport assuré entre les qualités sensibles de l'air et la fréquence des maladies, tellement qu'on puisse, par la considération de ces seules qualités, prévoir une augmentation ou une diminution dans le nombre des malades. Les épisodes de la scène varient avec les conditions météorologiques; mais l'étendue de la scène elle-même dépend en grande partie de causes inaccessibles jusqu'ici à l'observation.

Quant aux différences du chiffre d'entrée dans les différents mois du trimestre, nous n'avons qu'à signaler le fait général de l'accroissement continu de ce chiffre d'un bout du trimestre à l'autre, coïncidant avec l'élévation également continue de la température, de la pression atmosphérique et de la sécheresse. Nous ne pouvons qu'appliquer à ce fait général les réflexions qui précèdent, nous réservant de leur donner dans nos revues ultérieures l'appui de nouvelles observations.

Reste à examiner le mouvement des sorties et des décès, représentant approximativement la *gravité* des maladies dans les hôpitaux.

Le chiffre total de la population dans le second trimestre de 1846 étant de 38,120 malades, le chiffre total des sorties a été de 18,948, soit 1 sur 2,01; c'est sensiblement la même proportion que dans le premier trimestre (2,03). Mais tandis que cette proportion de l'hiver dernier était supérieure à celle de l'hiver de 1845, la proportion fournie par le printemps dernier est sensiblement inférieure à celle du printemps précédent, laquelle était de 1 sur 1,97. En d'autres termes, si le mouvement des sorties, pendant les mois de janvier, février et mars, a été plus rapide en 1846 qu'en 1845, le même mouvement pendant les mois d'avril, mai et juin a été plus rapide en 1845 qu'en 1846. Si donc l'activité du mouvement des sorties peut représenter avec quelque fidélité la durée des maladies, on peut induire de ces chiffres que, somme toute, les maladies du dernier trimestre ont marché moins vite

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° VI.

Désert des Chott, juillet 1846.

Monsieur et très-honoré confrère,

Fidèle à notre promesse, nous venons aujourd'hui vous tracer le tableau des accidents pathologiques auxquels est en proie le soldat qui marche exposé aux ardents rayons du soleil d'été. Si vous vous êtes apitoyé sur son sort par les pluies abondantes et les froides nuits d'été, vous le plaindrez davantage encore par les chaleurs caniculaires. Et, en effet, si l'on fait abstraction des grandes catastrophes, comme l'ensevelissement d'un corps d'armée sous les neiges, les statistiques prouvent que les expéditions d'hiver amènent moins de malades et de morts que les campagnes en plein été. C'est là un fait tellement connu, qu'à moins de circonstances urgentes, on laisse les troupes en repos à la fin de juin, en juillet, août et au commencement de septembre.

Les médecins militaires ont dû être consultés sur le point capital de la répartition des pauses et des marches, quand on est obligé de se mettre en course au cœur de l'été. La solution de ce problème n'est point du tout aisée. L'hiver, on marche pendant le jour, on se repose la nuit; et tout va pour le mieux. Pendant les chaleurs, prendra-t-on le rebours de cette manière d'agir? Non, pour deux motifs. Ce n'est pas impunément qu'on renverse le cours naturel des choses, qu'on demande le sommeil au jour qui stimule, et qu'on vaque à ses affaires pendant l'obscurité calmante des nuits; la gent vaporeuse des riches quartiers de Paris doit peut-être en partie à cette interversion les spasmes qui tourmentent sa vie molle, oisive et inutile. En second lieu, le soldat en campagne est obligé de pourvoir à tous ses besoins, d'aller au loin, par exemple, chercher du bois et de l'eau, ce qui n'est pas praticable la nuit. On a adopté un système plus compliqué pour parer à ces inconvénients : on marche depuis le point du jour jusqu'à huit ou neuf heures du matin; on campe jusqu'à deux heures à peu près, c'est-à-dire pendant la période la plus chaude de la journée; on achève son étape, et l'on arrive au gîte vers quatre ou cinq heures du soir. Ce mode, que suit spécialement le maréchal-gouverneur, est certes le moins reprochable; mais il a besoin de recevoir des modifications selon les temps et les lieux.

En effet, l'heure la plus chaude est loin d'être la même partout. Sur le littoral, à Oran, par exemple, c'est vers neuf heures du matin que la température est la plus élevée; une brise de mer qui s'élève bientôt après rafraîchit l'atmosphère embrasée. Dans les pays montagneux et accidentés, comme Mascara, Tlemcen, Daya, la configuration topographique apporte de nombreuses variétés dans l'époque du maximum de la température; la position élevée de ces villes les met d'ailleurs à l'abri des chaleurs torrides qui pèsent sur les basses terres, et le

à la terminaison que celles du trimestre correspondant de l'année précédente. La bénignité des affections thoraciques, signalée dans notre second article, aurait été ainsi plus que compensée par l'intensité des affections abdominales et des fièvres intermittentes.

L'étude du mouvement des décès vient confirmer cette vue d'une manière assez frappante. Le nombre total des décès a été de 1,887; soit, relativement au chiffre total de la population (38,120), 1 sur 20,20. C'est un peu plus que dans le second trimestre de 1845, où, sur une population de 37,513, il n'est mort que 1,772, c'est-à-dire 1 sur 21,23, fraction assez forte, eu égard aux quantités considérables sur lesquelles s'opère le calcul, et dénotant une certaine gravité dans quelques-unes des affections régnantes. Mais en même temps que la mortalité se maintenait supérieure à celle de l'année dernière, elle devenait moindre que dans le trimestre précédent, où elle était de 1 sur 17,87 (1). Cette diminution de la mortalité, malgré une certaine gravité des maladies régnantes, doit sans doute être attribuée à la cessation du caractère ataxique de la constitution, caractère essentiellement pernicieux et fertile en morts rapides et inattendues.

En résumé, l'étude comparée des constitutions médicale et atmosphérique du second trimestre de 1846, nous a conduit aux résultats suivants :

1° Avec une élévation insolite de la température (sauf en avril), une pression atmosphérique assez considérable, des pluies rares, une quantité d'eau peu abondante, la prédominance alternative des vents du sud et du nord à peu près dans une égale proportion, peu de variations météorologiques,—les maladies aiguës des voies respiratoires et des articulations, et les affections des voies digestives, les fièvres continues, les congestions du cerveau, se sont partagé la constitution médicale.

2° Bien que la chaleur ait été sensiblement plus élevée que dans le premier trimestre, les maladies abdominales et les fièvres ont été moins nombreuses, moins graves, et ont perdu leur caractère ataxo-adynamique.

3° Le nombre des entrées dans les hôpitaux a été plus considérable que dans le premier trimestre, mais sensiblement le même que dans le second trimestre de 1845, où les conditions météorologiques avaient été cependant bien différentes.

4° Le mouvement des sorties, moins accéléré qu'en 1845, accusait une certaine durée dans les affections régnantes, soit dans celles du thorax, soit dans celles de l'abdomen.

5° Enfin, le chiffre des décès, proportionnellement supérieur à celui de l'année précédente, décelait, malgré la bénignité générale de la constitution, une certaine gravité dans quelques-unes des formes morbides; en même temps que l'abaissement du chiffre de la mortalité, relativement au premier trimestre, était en rapport avec la disparition du caractère ataxique de la constitution.

A. D.

(1) Au lieu de 1 sur 18,1, comme il a été imprimé par erreur, p. 382.

ANATOMIE.

RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE SUR LA TUNIQUE INTERNE DE L'UTÉRUS ET SUR LA MEMBRANE CADUQUE; par le docteur DESCHAMPS (de Melun).

(Suite et fin. — Voir les numéros 33 et 35.)

ORGANISATION DE LA MEMBRANE CADUQUE. — La structure de la tunique interne de l'utérus se lie étroitement à l'organisation de la membrane caduque. Tant que l'une fut indécise et ignorée dans ses éléments de tissu, l'autre demeura indéterminée, hypothétique. Ayant reconnu la nature muqueuse de la couche interne de l'utérus dans l'analyse de ses trois tissus, épithélium, corps muqueux et derme, j'ai suivi méthodiquement ses modifications de structure avant, pendant et après la grossesse. Dix ans d'études sur ce sujet me permettront de juger, peut-être même de vaincre certaines difficultés ovologiques. Ce travail a pour base anatomique plus de cinquante-sept œufs humains, quelques-uns encore renfermés dans l'organe gestateur, et le plus grand nombre provenant d'avortements à différents termes. Passons de suite à l'examen des difficultés d'ovologie.

1° *Les ouvertures de la membrane caduque vis-à-vis des orifices naturels de l'utérus sont-elles un effet de l'art, ou accidentelles, ou bien le résultat d'une disposition normale?* — W. Hunter, le premier, a décrit et figuré trois ouvertures à la membrane caduque. J. Hunter, Bojanus et tous les anatomistes modernes qui considérèrent la caduque comme étant une muqueuse transformée, ont partagé l'opinion de la perforation naturelle de la caduque au niveau des trompes et de l'orifice vaginal de l'utérus.

Cependant Lobstein a dit : « Dans aucun des cas dans lesquels j'ai observé l'œuf et ses membranes dans leur état d'intégrité, je n'ai vu les trois ouvertures dont parle Hunter qui doivent correspondre aux trois ouvertures de la matrice. » Dans ses recherches sur des *utérus gravides*, M. Moreau a parfaitement démontré que la membrane caduque était close de toutes parts, et offrait la forme d'une vésicule ou ampoule séreuse; la forme sans la structure. Breschet, Velpeau, Gardien, se rangèrent à cette étude anatomique positive. Meckel fait observer que, si les trois orifices existent dans le principe, la membrane caduque se convertit rapidement en vessie close. Wagner émet une opinion mixte : il a vu la membrane caduque tantôt close, tantôt perforée au niveau des orifices naturels. Muller dit également : « Elle est tantôt close et tantôt perforée au devant des orifices des trompes et de celui de la matrice. » Tiedmann, Carus et Bock pensent qu'au lieu de trois orifices, il n'en faut admettre qu'un seul vers le col de la matrice.

Abandonnons les auteurs pour consulter la nature. La science possède deux méthodes anatomiques pour aller à la recherche de la vérité du fait en litige.

Dans la première méthode, on étudie l'œuf contenu dans la matrice en prenant toutes les précautions d'examen et de dissection indiquées par M. Moreau. Il est très-rare et très-difficile de se procurer des *utérus gravides*. Sur près de six mille accouchements qui se sont faits à la Maternité

vent frais et rapide des montagnes, favorisant l'évaporation des sécrétions cutanées, contribue aussi à rendre quelquefois possibles, à toute heure, les courses dans ces hautes contrées. C'est dans les gorges, les ravins, les défilés abrités contre les vents, que la chaleur se concentre et s'accumule de manière à produire les accidents les plus graves. On redoute également avec raison les plaines sablonneuses sans abri et largement ouvertes au vent du sud. Un de mes collègues m'a assuré avoir eu en plein soleil, par le sirocco, 70 degrés centigrades sous la toile de sa tente fermée.

Entre Rio-Salado et Aïn-Temouchen, sur la route d'Oran à Tlemcen, s'étend le défilé de la Chaire, dont le nom rappelle une sanglante défaite des Espagnols : c'est un long ravin, tortueux, resserré, encaissé par des montagnes peu élevées et parcouru par les sinuosités d'un torrent à sec. Presque toutes les fois que nos colonnes ou nos convois y passent par les chaleurs de l'été, on a à déplorer quelque perte. Un de mes bons camarades y eut sept morts en 1843. Une courte relation ne sera point ici un hors-d'œuvre; elle donnera une idée de l'ensemble des accidents qui viennent assaillir nos troupes exposées à ces fâcheuses circonstances.

Le convoi avait marché une partie de la matinée par une chaleur étouffante; quand il arriva à Rio-Salado, les soldats altérés se précipitèrent, malgré les recommandations les plus expresses, dans le lit de la rivière, et se gorgèrent outre mesure de ses eaux saumâtres et salées. A peine se remettait-on en route, que les plus imprudents ne pouvaient déjà plus se traîner, accablés par l'action sédative de pénibles vomissements et brisés par la douleur d'atroces coliques, ou bien succombant à un sentiment extraordinaire de lassitude accompagné d'anxiété précordiale, d'éblouissements et d'embarras dans l'exercice des sens et de l'intelligence. Quand on s'engagea dans le défilé, on crut entrer dans une fournaise : l'atmosphère était dans l'immobilité du calme plat, et le thermomètre devait bien marquer 55 degrés au soleil. Ce fut alors qu'une vraie déroute commença : les uns s'affaissaient et restaient étendus par terre dans une résolution complète des forces et de l'intelligence; les autres, se sentant mal, s'asseyaient sur le chemin; il y en eut qui tombèrent comme foudroyés pour ne plus se relever; enfin un certain nombre, en proie au délire, couraient çà et là, s'agitaient, vociféraient et finissaient par se laisser choir. Notre collègue, seul chirurgien du convoi, volait de l'un à l'autre, sans trêve, sans relâche. Il fit soixante-dix saignées en quelques heures, et administra je ne sais combien de prises d'émétique pour leur faire rendre l'eau qui distendait leur estomac. Les cas ne furent pas rares où le sang, épais et plastique, ne sortait qu'à grand'peine, ou même ne s'échappait pas du tout de l'ouverture de la veine. Pour faire plus de besogne, il avait souvent cinq ou six saignées qui coulaient en même temps; il pouvait ainsi les surveiller par groupes. Un caporal, qui lui servait d'aide, se leva brusquement, bondit et retomba la tête la première : il était mort.... On fut obligé de lier sur les voitures les malades qu'un trop violent délire rendait dangereux. En sortant du défilé, on comptait sept victimes; et le lendemain, en arrivant à l'Isser, dernier campement avant Tlemcen, c'est à peine si un tiers des hommes pouvait marcher.

A la fin de juillet, une colonne parcourait les steppes arides qu'on appelle les *chott*, vastes solitudes dont l'aspect vous navre et vous serre le cœur, déserts coupés de lagunes salées entre lesquelles on rencontre de rares puits d'eau plus

pendant mon internat, je n'ai eu que trois femmes mortes enceintes à examiner; chez elles l'époque de la gestation m'a paru trop avancée pour résoudre le problème organique des ouvertures ou perforations de la caduque. Il est bien vrai que, soit par l'insufflation dans la cavité de la caduque existant encore dans un cas, soit par la dissection directe de dehors en dedans, j'ai rencontré un sac membraneux exactement clos de toutes parts; mais on pourrait objecter qu'à cette période avancée de la gestation, les orifices s'étaient oblitérés par suite de l'extension et de l'adossement des feuillets direct et réfléchi. Évitons une controverse légitime.

La seconde méthode d'investigation, plus facile à mettre en usage, a pour objet l'étude comparative des œufs abortifs; cependant il est encore très-rare et très-difficile d'obtenir des membranes caduques dans un état complet d'intégrité. Life fut assez heureux pour examiner un œuf de six semaines qui n'avait aucune ouverture. Deux fois sur cinquante-quatre œufs abortifs, j'ai constaté très exactement que la membrane caduque formait une ampoule ou vessie exactement close. En voici le détail anatomique. A travers le feuillet utérin, une fluctuation manifeste indiquant l'existence d'un fluide intérieur, j'ai percé avec un trocart le point opposé au placenta rudimentaire, et par la canule, il s'est écoulé un liquide muqueux ou semblable à du mucus délayé dans une liqueur limpide, citrine. La chaleur et l'alcool n'ont déterminé aucune coagulation de ce fluide. Sur la face externe de l'œuf il s'élevait des filaments épais, floconneux, qui donnaient à cette surface un aspect tomenteux; sa couleur rougeâtre générale provenait d'une imbibition sanguine et des capillaires sanguins injectés et très-nombreux qui rampaient dans son épaisseur. Dans un point de la périphérie membraneuse existait un hiatus, un petit vide, comblé par les villosités choriales, premiers vestiges du placenta. La caduque externe étant ouverte par une incision verticale, je trouvai une surface parfaitement lisse, douce au toucher, qui rappelait la surface interne de l'utérus en état de vacuité. Cette membrane est-elle perforée, au niveau de chaque orifice naturel de la matrice, je remarque en dedans de la caduque un petit plissement ou froncement épithélial, et en dehors de ce plissement des filaments tomenteux, aréolaires, floconneux, qui le doublent en lui donnant de la consistance. Ces filaments sont des expansions de la lame externe de la caduque, c'est-à-dire qu'ils sont formés par le corps muqueux hypertrophié. En ce point du froncement épithélial, j'ai fait écouler un liquide coloré contenu dans une pipette, et aucune fuite antérieure n'est venue révéler l'existence d'une ouverture. Ayant voulu sonder les trois points du froncement de l'épithélium, quoique agissant avec un stylet mousse et avec beaucoup de légèreté, j'ai toujours produit des ouvertures artificielles à la caduque. Les fronces ou plis de l'épithélium s'effaçaient en même temps qu'il s'opérait un écartement des fibres du corps muqueux, de sorte que le liquide coloré indiquait par sa sortie la voie frayée par l'instrument. La continuité directe des deux feuillets de la caduque était très-évidente. Cet œuf provenait d'une jeune fille d'une belle santé et qui avait avorté à six semaines, après un exercice violent. Il me fut remis par madame Semane, habile sage-femme.

Le second œuf abortif complet, ayant trois semaines environ, obtenu dans les mêmes conditions favorables et examiné avec le plus grand soin, a fourni les mêmes lumières anatomiques. Il n'y avait pas d'ouverture à la caduque. L'hydropérione trouble, épais, floconneux, était de couleur rosée : coloration due sans aucun doute à une imbibition sanguine, en raison des caillots sanguins appliqués à la surface externe de l'œuf ou sur le corps muqueux. J'ai très-bien réussi à insuffler de l'air pour développer la cavité de la caduque après la sortie du fluide naturel. La cavité épithéliale retint également une injection d'eau colorée avec de l'indigo. Au bout de quelque temps, il se fit une légère transsudation générale en pressant la surface de l'œuf : d'où il résulte que la caduque est bien une membrane close et poreuse.

Dans les avortements en général, la caduque est presque toujours perforée. J'ai conservé une série d'œufs qui témoignent de la variété de position et d'étendue des ouvertures accidentelles. Un premier œuf, de trois mois et demi, a trois ouvertures à bords frangés, inégaux, correspondant aux orifices de la matrice; un deuxième œuf, de deux mois environ, présente une ouverture tubale et une ouverture vaginale; il y a quelques éraillements profonds, intermédiaires; un troisième œuf, de deux mois et demi, a quatre ouvertures, dont trois vis-à-vis des orifices naturels de l'utérus, et une dernière déchirure à sa surface. Le quatrième œuf a seulement deux ouvertures tubales. Les autres œufs, soumis à un examen comparatif, avaient des déchirures très-variables à leur périphérie. La variété même des ouvertures de la caduque est une preuve évidente, quoique indirecte, de la formation accidentelle de ces ouvertures.

Le mécanisme suivant lequel se font ces déchirures ou ces ouvertures artificielles est totalement inconnu. Il est probable que les prolongements membraneux de la caduque dans la trompe de Fallope et vers le col de l'utérus étant violemment tiraillés à l'instant de l'avortement, se brisent et déterminent les déchirures irrégulières frangées, tubales et vaginales. Ces prolongements de la caduque dans les orifices naturels de l'utérus ont été observés par Dutrochet, Velpeau, Carus, Breschet et Burns. Les trois derniers n'admettent pas le prolongement vaginal : c'est à tort, car j'ai assez souvent vu le cône utérin de la caduque dans les œufs abortifs.

2° *Les deux feuillets de la caduque sont-ils identiques par leur mode de formation et par leur structure?* — Pour Hunter, les deux feuillets de la membrane caduque ont même origine et même composition organique. L'opinion du savant ovologiste anglais est partagée par tous ceux qui admettent l'existence d'une pseudo-membrane préexistante à l'arrivée de l'œuf. Ainsi Muller dit : « La caduque vraie et la caduque réfléchie ont la même structure, qui diffère totalement de celle de la membrane muqueuse utérine » (p. 697). Bichat divise en trois époques les transformations de la membrane caduque : c'est d'abord une couche molle, floconneuse, qui se concrète pour s'unir vers le deuxième mois à une seconde membrane continue avec la première. Quoique ces deux couches soient d'abord isolées, il reconnaît « qu'elles ne sont jamais simplement contiguës, » et il marque leur fusion complète, absolue, au pourtour du disque placentaire, ajoutant cette fine remarque : « En sorte que, ainsi réunies, elles pourraient être comparées à une poche séreuse dont une partie serait appliquée sur l'œuf et l'autre sur la surface utérine. » Cet éclair du génie disparaît dans les lignes suivantes : « La caduque réfléchie n'est pas une dépendance de la caduque de la matrice, mais elle doit sa formation aux débris du tissu filamenteux et vasculaire qui, pendant les deux premiers mois, garnissait l'intérieur de l'œuf. » A la troisième période, les deux feuillets direct et réfléchi ne forment plus, selon lui, qu'une seule enveloppe générale extérieure de l'œuf. Dugès suppose également une séparation primitive des deux feuillets; il dit : « La couche externe ou utérine de l'épichorion, à laquelle se réunira d'ailleurs bientôt la couche interne, s'organise aussi très-sensiblement. » Mais il avait bien compris l'analogie qui existe entre les pseudo-membranes et l'épichorion.

---

ou moins potable. La chaleur, la fatigue, ainsi que l'absence d'eau, dont on manqua à peu près tout à fait pendant trente-six heures, réduisirent tellement les hommes au désespoir que plusieurs se brûlèrent la cervelle pour mettre fin à leurs maux. Quand on donna le signal du départ à la nombreuse colonne, il ne se leva guère qu'une quarantaine d'hommes qui coururent à la tente du chef de la colonne : les uns suppliaient et pleuraient; les autres murmuraient ou menaçaient; tous demandaient de l'eau! Les physiologistes n'ont certainement rien exagéré en représentant la soif comme le plus impérieux de tous les besoins. On vit des malheureux boire leur urine épaisse et chargée, et d'autres égorger des moutons et plonger la tête dans leurs entrailles fumantes pour s'abreuver de leur sang. Deux cents hommes restèrent un jour en arrière; les symptômes d'asphyxie dominant sur ceux de l'hypérémie cérébrale, le chirurgien fut sobre de saignées, mais obtint de véritables résurrections en passant sous leur nez un flacon d'acide acétique, en faisant des affusions sur le visage, et surtout, moyen héroïque par excellence, en leur humectant la bouche avec un peu d'eau.

Notre petite armée fut assaillie dans le désert par un sirocco qui souffla trois jours. J'aimerais mieux être condamné à vivre dans les étuves humides des Arabes, ou à chauffer perpétuellement les fourneaux des machines à vapeur, que d'être astreint à passer mes jours dans cet air aride, lourd et énervant. Notre respiration était saccadée et sonore, et la poitrine oppressée faisait de pénibles efforts pour aspirer un air démesurément dilaté, dont il eût fallu un large volume pour suffire à une hématose complète. Une barre pesait sur notre front; nous avions des éblouissements, et nous entendions comme d'étranges rumeurs bruire dans nos oreilles; une énergique constriction nous serrait la gorge et une sorte de cauchemar pesait sur notre épigastre; les lèvres et les narines, crevassées par la poussière ardente que fouettait le vent du désert, étaient douloureuses et arides. Nos jambes tremblaient, et de temps en temps nous sentions des bouffées de chaleur à la figure, suivies quelquefois de vagues frissons et d'un surcroît de défaillance voisin de la syncope. Nous étions dans un état de demi-asphyxie et de congestion cérébrale, le visage injecté, les lèvres cyanosées; le pouls était fort et rebondissant, ou bien, au contraire, faible et irrégulier, quelquefois plein, souple et lent, selon les diverses combinaisons des éléments de la maladie, selon le mode de réaction de l'économie. Notre intelligence était obtuse, nos sens paresseux et peu sûrs; le mouvement nous répugnait, l'anxiété et l'agitation nous portaient à nous retourner en tous sens. On étouffait sous la tente; en plein air la rafale brûlante nous suffoquait; on ne pouvait se tenir debout, on redoutait de se coucher à cause de la plus grande élévation de température des couches inférieures de l'atmosphère échauffées par le sable; la sueur coulait à flots; on buvait outre mesure, mais la soif était insatiable, et quand l'estomac était distendu, la dyspnée augmentait, ainsi que le malaise général et l'anxiété épigastrique. Le sol était si chaud qu'on ne pouvait y tenir la main appliquée. Les chiens, inquiets, haletants, respiraient avec grand bruit et changeaient à chaque instant de place, comme s'ils eussent marché sur une plaque chauffée au feu. Un grand nombre de ces animaux périrent. Si l'eau avait manqué, c'en était fait de la colonne, et ceux qui, après nous, auraient foulé le sable du désert, eussent pu dire à la morne solitude : Rends-nous nos légions!

Mais il est temps de chercher à interpréter ces faits au point de vue médical; il est temps d'en déterminer la nature et l'étiologie, d'autant plus qu'on n'est

Les ovologistes qui ont admis l'exfoliation de la membrane muqueuse utérine établissent une distinction réelle entre la structure et l'origine des deux feuillets de la caduque. L'admission de deux caduques distinctes, l'une directe, l'autre réfléchie, a sans doute contribué à cette erreur, le vice du langage ayant conduit au vice d'observation. Dans le principe, avant l'arrivée de l'ovule, il n'y a pas deux caduques, mais une seule membrane constituée par les deux éléments, épithélium et corps muqueux hypertrophié. Ce point de départ de la modification de la muqueuse utérine doit être sans cesse présent à la mémoire, sans quoi l'on tombera dans les hypothèses, comme M. Bischoff, en croyant la caduque vraie ou utérine constituée par la couche granuleuse interne, et la caduque réfléchie ou fœtale formée par l'exhalation pseudo-membraneuse des follicules muqueux de l'utérus; ou bien, avec Seiler, en admettant que la caduque vraie, transformation de la muqueuse, est organisée, tandis que la caduque réfléchie est inorganique; ou bien encore en rapportant l'origine du feuillet utérin à des prolongements filamenteux, débris d'une membrane muqueuse, selon Osiander; débris d'une lymphe plastique, suivant Desormeaux.

D'après nos travaux, les deux feuillets de la caduque ont une même origine et une même structure; l'organisation, il est vrai, se modifie un peu au feuillet réfléchi, comme nous l'exposerons plus tard. Dans le principe, la membrane caduque est très-épaisse, elle diminue sensiblement de volume vers le troisième mois, et toujours elle est plus mince sur le feuillet réfléchi que sur le feuillet direct. La caduque sérotine ou secondaire seule augmente progressivement de volume jusqu'à la fin de la grossesse.

3° *Quelle est la structure intime de la membrane caduque?* — Les opinions des auteurs sur l'organisation intime de la membrane caduque sont tellement nombreuses et variées que je puis répéter ces paroles de Therence : *Quot homines tot sententiæ*. Dire que la caduque provient de concrétions membraniformes ou d'une espèce de lymphe épanchée, épanchement qui, selon Muller, se fait entre les villosités devenues plus grandes; qu'elle ressemble à l'albumine coagulée; qu'elle est une masse molle, grisâtre, tomenteuse, semblable à de la fibrine prise en coagulum; qu'elle est un simple tissu cotonneux ou lanugineux (Richerand); comparer ce tissu ovologique à la couenne inflammatoire du sang, avec Bichat et Blumenback; soutenir, comme Dutrochet, que l'exochorion ou la caduque n'est pas une concrétion membraniforme accidentelle engendrée par l'utérus, mais une lame vasculaire vivifiée par le sang du fœtus et recouverte de deux épidermes; composer la caduque d'une substance gélatineuse, gluante, semblable à celle qui entoure les œufs membraneux des batraciens; enfin, admettre qu'elle représente, dans l'œuf des mammifères, le blanc albumineux sécrété dans l'oviducte des oiseaux et des reptiles pour envelopper le vitellus, c'est à coup sûr s'arrêter aux erreurs des grands maîtres. « Toute opinion peut être bonne; pour moi, s'écrie Bichat, je croirais assez volontiers qu'elle est le produit d'une dégénération propre de la liqueur séminale! »

On a pensé que la *théorie cellulaire* ou la *cellulogénie* de Barry servirait à l'explication de la structure intime de la caduque. M. Schwan a décrit des cellules à noyaux dans la composition organique de cette membrane. M. Wagner ajoute que les cellules sont aplaties, juxtaposées comme des pavés, avec un noyau obscur et un centre grenu. Mais on a oublié le principal qui consistait à connaître la nature du tissu analysé au microscope.

Ces recherches sont mal élaborées. Il n'en est pas absolument de même des recherches de E. Weber et de Sharpey. Nous avons exposé plus haut les belles observations de ces auteurs touchant la structure comparée de la muqueuse utérine et de la membre caduque. Quoique partisan d'une formation nouvelle pour l'épichorion, M. Muller a été conduit par la rigueur physiologique à dire : « Si l'on comprime une matrice dans l'état de gestation, on voit sourdre, des glandes utérines, un suc épais et blanchâtre qui se répand à la surface de la caduque. » Le suc ou l'humeur qui s'échappe dans cette expérience est le mucus, comme je m'en suis assuré directement sur une matrice en état de gravidité. L'auteur allemand ajoute : « Celle-ci (la caduque) présente à sa surface interne de nombreux petits trous qui paraissent être l'aboutissant de deux ou d'un plus grand nombre d'utricules. » J. Cloquet avait également vu « des *porosités* plus ou moins sensibles qui lui donnent un aspect réticulé. » Évidemment ces pores ou orifices de la surface libre de la caduque ne sont que les pores ou orifices des follicules muqueux qui ont été signalés dans la structure de la couche interne de l'utérus par Baudelocque, par Bichat.

Ces travaux consciencieux sur la nature muqueuse de la caduque n'entraînent pas la conviction, parce qu'ils portent sur les détails organiques d'un tissu et que l'on ne présente pas le tissu lui-même isolé, analysé par l'anatomie générale. M. Velpeau a cherché à décomposer la caduque en ses éléments membraneux primitifs, mais sans succès, et seulement pour ne pas se fourvoyer dans des détails microscopiques intempestifs. Il a soulevé une lame membraneuse à la surface de la caduque; mais, quittant aussitôt l'observation rigoureuse pour une vue de l'esprit, il considéra cette lame comme de nature cellulaire. Bojanus avait aussi annoncé que la caduque se formait par des stratifications celluleuses. La première lame soulevée par ces deux anatomistes était l'épithélium qu'ils n'ont pas reconnu; quant à la seconde lame, c'était le corps muqueux, élément caduque de la muqueuse utérine ignoré même à l'état naturel dans la tunique interne de la matrice.

Pour s'assurer de la structure intime du tissu de la caduque, il faut suivre la nature dans sa marche et, selon l'expression de Fontenelle, chercher à la prendre sur le fait.

Dans la première partie de ce travail, j'ai tracé la route physiologique que j'ai suivie pour trouver : 1° le développement graduel de l'épithélium et du corps muqueux à l'époque de la menstruation; 2° ces deux éléments caduques et le derme, élément fixe non déhiscent aux époques de la grossesse et de la parturition. Je rappellerai ici que, par les procédés anatomiques que j'ai fait connaître, je fus assez heureux pour soulever, dans des utérus remplis du produit de la conception, les trois tissus d'ordre ou de nature différent, et qui sont, en énumérant les parties superposées de dedans en dehors, l'épithélium, le corps muqueux et le derme. Tel est l'état réel de la muqueuse utérine modifiée par suite de l'imprégnation.

Le derme seul étant un tissu fixe et persistant, sur les œufs abortifs ou bien après l'accouchement, la caduque ne se compose plus que de deux lames membraneuses; l'épithélium et le corps muqueux, et ces deux lames sont identiquement les mêmes sur le feuillet direct et sur le feuillet réfléchi.

L'épithélium isolé m'a paru un tissu blanc, mou, d'une finesse extrême, très-friable, lisse à sa surface interne ou libre; quelquefois floconneux ou lamellaire dans les avortements par suite de maladie; toujours fibrillaire à sa face adhérente au corps muqueux; consistant et ferme dans l'alcool, il perd de sa cohésion dans les liquides aqueux; de même que tous les tissus épidermiques, il n'est pas modifié par l'acide acétique étendu d'eau : disso-

---

peut-être pas convenablement fixé, en France, sur ce point. Or, pour nous prononcer de suite, nous ne voyons là qu'une hypérémie cérébrale souvent compliquée d'un état semi-asphyxique, et cette affection ne nous paraît différer de la calenture qu'en raison de la complication que nous venons de signaler et de quelques dissimilitudes phénoménales amenées par le peu de ressemblance des milieux dans lesquels la scène se passe.

Comme la calenture, elle débute brusquement ou se déclare insensiblement. Dans ce dernier cas, les symptômes prodromiques sont, pour l'une et l'autre affection, ceux de l'hypérémie cérébrale, plus, dans la calenture de terre, quelques phénomènes indices d'un commencement d'asphyxie. Quand la maladie débute brusquement, ou lorsque, ayant progressé graduellement, elle a atteint son entier développement, nous trouvons encore de grandes ressemblances et un certain nombre de différences entre les deux affections que nous mettons en parallèle. Écartons de suite ces morts subites, véritables apoplexies foudroyantes, presque inconnues sur mer, mais qu'on observe quelquefois en Afrique. La rareté relative de ces irrémédiables accidents, dans la calenture de mer, vient peut-être de la moindre intensité de la chaleur, et cette différence de température provient elle-même de l'absence de cet affreux vent tant redouté des caravanes, de ce que l'atmosphère est rafraîchie par les vents qui passent sur la mer, et enfin doit être attribuée aussi au moindre degré de chaleur des eaux qui, comme les sables, ne réfléchissent pas les rayons solaires et n'échauffent pas d'une pareille façon les couches d'air qui sont en contact avec elles.

Hors ces cas rares, la calenture de terre peut se présenter sous deux aspects. Dans la première forme, le malade, fortement excité, est en proie à une vive réaction, s'agite, délire, vocifère, déploie une force musculaire considérable. Nous avons vu des sujets marcher par soubresauts, comme s'ils eussent été atteints de chorée; d'autres chancelaient, ainsi que des hommes ivres, ou marchaient sans but dans tous les sens; quelques-uns gambadaient en chantant et paraissaient sous l'influence de visions exhilarantes, tandis qu'un certain nombre s'agitaient comme des forcenés, la fureur peinte sur le visage, la menace à la bouche, les yeux roulant convulsivement dans l'orbite, et se précipitaient sur ceux qui voulaient leur porter secours. C'est bien là la calenture. La seconde forme, qui est la plus commune en Afrique, n'a guère son analogue sur mer : le collapsus domine, la réaction est faible, les forces sont tantôt opprimées, tantôt réellement détruites. Mais n'oublions pas que l'organisme se comporte différemment sous le poids de la congestion cérébrale, tantôt réagissant vivement, tantôt restant silencieux et affaissé; ne perdons pas de vue non plus l'élément asphyxie qui doit contrarier les tendances de réaction.

Voici d'autres différences sur lesquelles on s'est fondé pour rejeter le rapprochement.

Dans la calenture, la circulation présente un phénomène très-remarquable; les artères, résistantes comme des cordes tendues, sont animées d'un mouvement vibratile, d'une sorte de frémissement, mais on ne peut plus distinguer les pulsations. Le cœur offre les mêmes phénomènes, et l'on entend dans les gros troncs vasculaires un souffle sonore et précipité. Tel est le tableau tracé par M. Beisser, tableau exagéré, si j'en crois les chirurgiens de marine que j'ai consultés. En mitigeant un peu les traits de cette peinture, on la retrouve dans la calenture de terre, dans les cas où une vive réaction rend la face vultueuse, les

lution qui modifie les tissus sous-jacents aux muqueuses. Il résiste longtemps à la putréfaction et paraît insoluble dans l'ammoniaque.

Le corps muqueux, situé au-dessous de l'épithélium, est un tissu inégal, tomenteux sur ses surfaces en raison de villosités très-développées, spongieux, d'une grande épaisseur, opaque, d'une cohésion analogue à celle du corps muqueux de la langue de bœuf et qui le rend facile à réduire en pulpe organique par la pression des doigts. Au moyen de lévigations successives, on le débarrasse de tout le sang dont il est pénétré, et alors il ressemble assez à de la fibrine coagulée, il devient d'un blanc mat. On obtient ce résultat plus vite par la cuisson. Sans être préparé, son aspect est rougeâtre dans le principe, et plus tard il devient d'un jaune paille ou grisâtre.

Lorsque l'épithélium et le corps muqueux, éléments constitutifs de la membrane caduque, se sont exfoliés au moment de l'accouchement, il ne reste plus de la membrane muqueuse que le derme qui est rugueux et glutineux. Exposé sous l'eau, il s'élève de la surface dermeuse une foule de petits filaments fibrillaires composés de *villosités utérines*, terminaisons capillaires des vaisseaux de la matrice, et de fibrilles libres ou papilles hypertrophiées appartenant à ce tissu. Ce derme séparé est blanc et à mailles d'autant plus grandes que l'on se rapproche davantage de la parturition. Il laisse d'abord écouler un *fluide rouge* des sinus et des villosités utérines (*lochies rouges, hémorrhagie puerpérale*). Plus tard, la sécrétion des follicules mêle son produit au sang et les lochies deviennent mixtes, *blanches* et *rosées;* enfin les lochies *blanches finales* ne sont qu'un excès de sécrétion du corps muqueux par le derme.

A mesure que la matrice revient sur elle-même, les fluides sécrétés varient ainsi de quantité, de couleur, et les mailles écartées du derme se rapprochent les unes des autres pour régénérer la muqueuse. J'ai suivi cette série de phénomènes si curieux de l'organisation utérine à différentes époques après l'accouchement.

La caduque ou les *couches caduques de l'utérus* présentent des particularités notables. En plaçant un fragment de caduque directe entre l'œil et la lumière, on ne voit qu'un tissu opaque, réticulaire; si le fragment membraneux appartient au feuillet réfléchi, il paraît criblé de pertuis ou de petites ouvertures multiples qui le traversent de part en part dans une foule de points, ce qui justifie l'expression de cribrosa. On a pensé que ces petits trous dépendaient de canaux glandulaires ou folliculaires très-dilatés. Il est facile de combattre cette erreur en déroulant avec précaution un œuf de l'intérieur de la caduque réfléchie. On opère ainsi l'énucléation des villosités choriales, et les petits trous observés résultent de ce déboîtement artificiel.

Les villosités choriales ne pénètrent pas l'épithélium en le perforant pour aller se rendre dans le corps muqueux hypertrophié. En effet, si vous examinez avec un verre grossissant les petits trous de la membrane caduque après le déboîtement des villosités du chorion, vous voyez l'épithélium se recourber dans le canalicule de la caduque. Quelle est l'origine de ce canalicule? Chaque villosité choriale étant renfermée dans un petit trou distinct, on a pensé que ce trou n'était autre chose que le follicule lui-même. Montgomery dépasse entièrement les bornes du vrai, en considérant ces canalicules comme formés par les follicules qui sécrètent un fluide lactescent pour la nourriture de l'embryon. En ce point, les villosités choriales s'atrophient très-promptement et ne servent plus que de moyen de fixité à l'œuf. Lobstein un des premiers avait vu que les petits trous de la caduque étaient les orifices libres de canalicules.

Il importe de ne pas confondre les canalicules destinés à recevoir les villosités du chorion avec les orifices des follicules muqueux. En comprimant la caduque, les derniers fourniront du mucus et les premiers ne laisseront échapper aucun fluide. Cette expérience réussit bien sur la caduque réfléchie explorée ou comprimée dans les deux premiers mois; plus tard, la pression ne fait plus écouler d'humeur visqueuse. A toutes les époques de la grossesse, au contraire, si l'on agit sur le feuillet direct, on voit suinter une humeur visqueuse.

Il existe donc une légère différence de structure entre les deux feuillets de l'épichorion, différence due à l'état des follicules muqueux qui s'atrophient dans la caduque réfléchie, tandis qu'ils fonctionnent toujours dans la caduque directe. Nous ferons connaître bientôt une autre circonstance différentielle touchant leur vascularité.

La surface interne des deux feuillets offre les mêmes qualités physiques. A l'aide d'une forte loupe, on y découvre de fines villosités et des papilles qui rappellent la surface libre de la muqueuse utérine. Geoghegan a trouvé des élévations cyatiformes, à la surface externe de la caduque, ayant un collet rétréci et une extrémité percée. M. Montgomery a vu ces élévations en forme de cupules ou sacciformes qui reposent par leur fond dans l'épaisseur de la caduque; il a de plus constaté leur ouverture sans pouvoir distinguer ce que devient cette ouverture quand la caduque adhère à l'utérus. De telles ouvertures sont artificielles. On ne les obtient qu'en séparant la caduque de la matrice. Les tissus étant dans une situation naturelle, elles disparaissent, parce qu'elles résultent de la rupture des follicules muqueux.

Les ouvertures multiples signalées par R. Lee à la périphérie du placenta sont d'une autre nature : elles résultent précisément de l'avulsion mécanique des villosités choriales, au point où la caduque vraie se recourbe pour former la caduque réfléchie. Cette disposition nous conduit à la connaissance de la vascularité de la membrane caduque.

Au moyen de fines injections j'ai fait pénétrer des liqueurs colorées dans toute l'épaisseur de l'épichorion, et une fois jusque dans la veine ombilicale du fœtus, en agissant du côté de la mère. Le lacis ou réseau vasculaire, admirablement beau, a servi à des démonstrations anatomiques. Ce réseau est situé dans l'épaisseur du derme et du corps muqueux, l'épithélium étant tout à fait dépourvu de vascularité. En séparant les couches caduques de l'utérus du derme muqueux, on rompt la continuité des capillaires qui se dessinent sous forme de petites lignes rouges ou bleues, suivant la coloration donnée au liquide de l'injection.

Il arrive que l'on fait d'une manière artificielle l'opération naturelle de l'exfoliation des couches caduques de la muqueuse utérine, et qu'à la vue, les vaisseaux brisés représentent ces lignes si nombreuses gorgées de sang qui se dessinent dans l'épaisseur de la caduque après les accouchements.

Cependant il y a une différence dans la circulation sanguine des deux feuillets de la caduque, différence qui n'existe certainement pas avant l'arrivée de l'ovule, lorsque les couches caduques de l'utérus sont uniformément hypertrophiées. Dès que la caduque réfléchie est formée, elle reçoit des canaux sanguins artériels et veineux des deux sources : du fœtus, par les villosités choriales; de la mère, par les villosités maternelles. Ces dernières, partie intégrante de l'organisation, persistent jusqu'à l'accouchement, comme dans l'épaisseur de la caduque directe, et entretiennent la vitalité du tissu. Les premières sont déjà atrophiées sur des œufs de deux mois et ne peuvent plus servir que de moyen d'union entre l'œuf et la ca-

---

lèvres pourpres, et imprime à la circulation des mouvements rapides et énergiques, et en même temps confus et désordonnés; mais jamais on n'éprouve, en mettant le doigt sur le trajet des artères, la sensation d'une verge métallique en vibration.

On a encore dit : Dans les fièvres chaudes qui surviennent par les ardeurs de l'été, en Égypte et au Sénégal, — fièvres qui nous paraissent n'être, pour la plupart, que notre calenture d'Afrique, — le sang, au lieu d'être épais et plastique, comme dans la calenture de mer, s'échappe au contraire avec impétuosité de la veine. Cet énoncé est beaucoup trop exclusif : les choses se passent différemment, selon les nombreuses combinaisons des éléments asphyxie et congestion cérébrale, selon que la réaction est franche et pure, et que les centres d'innervation et de la circulation sont déjà frappés de stupeur. Nous exprimer ainsi, c'est avoir déclaré implicitement que, dans beaucoup de cas, le sang s'écoulait à peine ou ne s'échappait même pas du tout de l'ouverture de la saignée.

La tendance incessante et irrésistible de se précipiter dans la mer ne peut pas être considérée comme caractéristique, parce que d'abord elle n'est point tout à fait constante, étant remplacée quelquefois par diverses hallucinations; ensuite, parce qu'elle ne paraît dépendre que des circonstances environnantes et ne vient point d'une différence fondamentale dans la maladie. On comprend que le marin, qui mène une vie exceptionnelle, soit profondément frappé par les impressions spéciales qui l'entourent et n'en perde point souvenance, même dans sa maladie; on conçoit qu'à demi délirant il soit encore impressionné par les mêmes objets, d'une manière vague et confuse, si l'on veut, mais à la netteté de laquelle supplée une sorte de mémoire des sens, pareille, en diminutif, à la mémoire de l'intelligence. Ici le pont, que le soleil brûle, ou la cale, dans laquelle s'engouffre la chaleur; là, à deux pas, les fraîches eaux de la mer : voilà ce que le marin a toujours présent. Aussi la tendance à se précipiter dans la mer est-elle naturelle, pour ainsi dire. L'homme errant dans les sables sans fin du désert ou dans les landes calcinées de l'Algérie ne peut avoir de pareilles impulsions; son délire est nécessairement différent : la tendance à se précipiter dans la mer absente serait incompréhensible; s'il a des visions, son imagination malade lui représentera des bosquets, un ruisseau, une ville mauresque avec ses arcades ombreuses.

Enfin, la calenture se déclare, en mer, la nuit, le matin ou le soir, et c'est dans la journée que la calenture de terre se manifeste. Ces différences s'expliquent à merveille par la non-identité des circonstances, et M. Beisser, adversaire du rapprochement, nous mettra lui-même sur la voie de l'explication. Si la calenture, dit-il, sévit aux heures indiquées, c'est parce que ce sont celles où les matelots s'entassent dans l'entre-pont, au sein d'une atmosphère viciée, humide et que ne renouvelle aucun courant d'air. Mais nos soldats n'ont point d'habitations en campagne : l'heure la plus pernicieuse doit donc être le moment le plus chaud de la journée, et les lieux les plus redoutables seront sans doute les gorges dans lesquelles l'atmosphère n'est remuée par aucun vent; or c'est précisément là ce qui arrive.

Il est à regretter que nous soyons si pauvres en renseignements anatomo-pathologiques au sujet de l'une et l'autre calenture. Les symptômes nous paraissent suffire pour dénoter une hypérémie cérébrale; c'est aussi là l'opinion de M. Andral qui la range, je crois, dans sa septième forme de congestion cérébrale. Je

duque réfléchie. Ajoutons que si les villosités choriales sont constamment séquestrées dans des canalicules, les villosités maternelles ou capillaires sanguins serpentent librement dans le tissu de la caduque en général.

L'origine de la membrane caduque nous avait fait soupçonner sa vitalité propre, comme tissu muqueux : nos recherches anatomiques sont venues confirmer cette prévision.

Toutefois, la vitalité de la membrane caduque est généralement admise; Burns, Seiler, Carus, Hunter lui-même, l'ont admis. Breschet a dit : « la caduque a manifestement une texture, une organisation véritable et la présence de vaisseaux sanguins, » et, de même que les deux Hunter, il croyait les vaisseaux sanguins de nouvelle formation. La vascularité de la membrane caduque fut reconnue par Lobstein, Bock, Burdach, etc. M. Velpeau distingue la vitalité de la vascularité d'un tissu, et pour lui seul, la membrane caduque est soumise aux lois générales de la vie comme les cartilages, mais elle n'est pas de nature vasculaire : c'est une membrane anhyste.

Quelle est l'origine de la caduque secondaire? — Dans le point où l'œuf est en contact avec le derme, il se forme un nouveau corps isolant connu sous le nom de *membrane caduque secondaire* (*membrane sérotine, decidua serotina, — membrane utéro-placentaire, — caduque tardive, supplémentaire*).

L'origine, la structure et les usages de cette nouvelle formation ovologique sont également fort contestés. A M. Moreau appartient la connaissance de la membrane utéro-placentaire, et par conséquent tout le mérite du mécanisme général des connexions de l'œuf avec l'utérus. M. Velpeau attribue la formation de la caduque secondaire, « soit à une excrétion du chorion ou de l'utérus, soit tout simplement à l'accroissement du parenchyme placentaire. » Bojanus trouva également qu'au point de conjonction utéro-placentaire il naissait une pseudo-membrane analogue à la caduque. La structure de cette formation secondaire, et ses rapports avec les villosités du chorion, furent très-bien étudiés par Burns. Il vit que du côté de l'utérus il ne se produit que des lamelles comme celluleuses, et que, du côté du placenta, il se fait une production arborescente. Breschet a tout confondu en considérant avec les anciens la caduque comme une enveloppe générale appliquée à la périphérie de l'œuf.

Citons des faits pour essayer de jeter quelque lumière sur ce point si grave et si important d'ovologie. J'ai sous les yeux un œuf du neuvième jour, qui était entouré de toutes parts, *excepté en un seul point*, par la caduque réfléchie. Ayant fait sortir l'œuf de sa coque maternelle, j'ai vu qu'à cet âge embryologique toutes les villosités choriales rudimentaires sont de même forme et d'égale longueur. Le chorion présente en effet un chevelu général que je n'ai pas à décrire en ce moment dans toutes ses particularités anatomiques. Des œufs de trois, cinq et six semaines sont également enveloppés par la caduque réfléchie, excepté au *point placentaire*. Là flottent les villosités choriales très-développées en longueur, ayant des ramifications nombreuses, sans aucune anastomose entre elles, et offrant l'aspect d'une houppe ou d'une masse chevelue. A deux mois les villosités du chorion sont déjà agglutinées les unes aux autres par cette substance, considérée à tort comme une lymphe plastique. Les œufs du troisième mois, jusqu'à la fin de la gestation, n'ont plus de villosités libres ; elles sont agglutinées et tapissées à l'extérieur par une espèce de pseudo-membrane qui présente la même structure que la membrane caduque. Sur les placentas, après l'accouchement, on peut soulever un certain nombre de lamelles membraneuses inégalement superposées, les unes plus délicates, les autres plus épaisses.

Les villosités choriales libres nous prouvent que, dans les premiers temps de l'évolution, le *derme de la muqueuse est en contact immédiat avec l'œuf* par un point de sa sphère. La sécrétion du corps muqueux s'opérant bientôt à l'aide des follicules contenus dans le derme, le fluide sécrété s'étale en nappe, isole les unes des autres les villosités du chorion, et commence à séparer l'œuf de l'utérus. Le mécanisme de sécrétion s'opérant d'une manière continue, il arrive un moment où il se forme une énorme production de lamelles membraneuses, recevant d'une part les vaisseaux utérins, et d'autre part les vaisseaux du fœtus; en un mot, telle est l'origine du placenta. Quelquefois la sécrétion devient trop abondante et offre des intermittences ou des irrégularités qui se traduisent à la dissection par l'existence de couches lamelleuses insolites dans le placenta, couches de concrétions centrales signalées par Breschet au centre du disque placentaire, et dont il ignorait et l'origine et la signification. Je ne doute pas que cette sécrétion, parvenue à un certain terme, ne soit la cause efficiente de l'accouchement, en diminuant et même en détruisant peu à peu les rapports de la mère et du petit.

Lorsque la caduque secondaire est formée, en d'autres termes, quand la production du corps muqueux a constitué une lame membraneuse, cette lame se confond à la périphérie placentaire avec le corps muqueux de la caduque réfléchie; de là une source d'erreurs en ovologie, puisque cette jonction tardive d'un même tissu organique a fait admettre qu'il existait primitivement une membrane caduque générale qui enveloppait l'œuf de toutes parts.

Usages de la caduque. — La membrane caduque est à l'œuf ce que la membrane granuleuse de la vésicule de Graaf est à l'ovule : elles favorisent toutes deux une sorte d'incubation interne, l'une à l'ovaire, l'autre à la matrice.

Il fallait, pour prévenir la chute complète extra-génitale de l'œuf fécondé, une membrane vésiculaire destinée à le retenir, à le protéger dans son développement, et à lui faciliter un point de greffe ou d'adhérence à l'utérus. Ce triple rôle est rempli par les membranes caduque, primitive et secondaire.

La membrane ovologique maternelle, par sa vaste étendue et surtout par sa disposition avec l'œuf, est une nouvelle preuve de la station bipède naturelle à l'espèce humaine, station verticale qui du reste serait impossible sans l'appareil élastique vertébral que j'ai fait connaître. (Ext. de ce travail dans la Gazette Médicale, année 1841, p. 801.) Nous dirons, dans la troisième partie de ce mémoire, les modifications nécessaires que subit la caduque dans les quadrupèdes, conformément à la station horizontale.

En résumé :

1° La caduque est une membrane bifoliée, composée par l'épithélium et par le corps muqueux : couches caduques de la muqueuse utérine.

2° Elle forme un sac exactement clos aux orifices naturels, en raison de l'hypertrophie de la muqueuse et du léger froncement épithélial doublé à l'extérieur par les fibres volumineuses du corps muqueux.

3° Elle renferme un liquide dans sa cavité.

4° Le derme, organe régénérateur des couches caduques de l'utérus, est toujours fixe et persistant.

5° La *théorie du refoulement de la caduque*, pour former les feuillets direct et réfléchi, est très-exacte ; seulement nous dirons, conformément à nos recherches, que l'œuf est placé entre le derme et le corps muqueux.

---

pourrais bien citer quelques autopsies d'individus ayant succombé aux suites de l'insolation ; mais comme la maladie s'était prolongée et n'avait point gardé son caractère de simplicité, notre citation ne serait point frappée au coin de la rigueur que nous voulons même dans un feuilleton, quand nous venons, par aventure, à y parler tout à fait science.

Je pense, mon cher confrère, que vous n'êtes point éloigné de reconnaître, avec moi, la proche parenté des deux affections dont il s'agit, je dirais leur identité si les circonstances ambiantes et l'élément asphyxie ne venaient modifier l'expression phénoménale de la calenture de terre. C'est en ces termes que je me résume : voilà mon dernier mot.

Mais je m'aperçois que je n'ai point assez légitimé le rôle que je fais jouer à l'asphyxie.

A priori, on voit facilement que les circonstances sont toutes propres à favoriser l'asphyxie. On sait que, dans la marche, la chaleur augmente et que la respiration se précipite : or le soldat fait à pied, et d'un pas assez rapide, des étapes souvent fort longues, par les chaleurs tropicales de l'Afrique ; il manque souvent d'eau quand le sirocco lui souffle en plein visage; et le pesant sac qu'il porte gêne les mouvements de la respiration, déjà enrayés par l'atteinte stupéfiante portée aux centres de la vie. Ces influences sont si réelles que le cavalier, qui ne les subit pas toutes, est moins souvent aussi en proie aux accidents qu'elles produisent. Il a de moins que le fantassin, la fatigue de la marche, le poids du sac, et en outre il respire dans une couche plus élevée de l'atmosphère.

Quant aux faits, voici les traits auxquels nous avons reconnu l'asphyxie commençante, ne marchant qu'avec le degré d'hypérémie cérébrale qui l'accompagne toujours : angoisses, pandiculations, pesanteur de tête, tendance aux lypothymies, constriction thoracique, résolution des forces musculaires et intellectuelles, froideur des extrémités, respiration embarrassée, circulation misérable, matité pulmonaire avec râles. Les affusions froides, un peu d'eau dans la bouche, les stimulants de la membrane olfactive ranimaient ordinairement le malade avec la même rapidité que, dans les cas de congestion, les saignées le rappelaient à la vie.

Z. X.

— On lit dans le dernier numéro de la Facultad de Madrid :

« Nous apprenons que sous peu de jours l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris, notre compatriote, se rendra à Madrid. A Barcelone, il a visité différents établissements, accompagné d'une commission de professeurs de la Faculté de médecine. Les savants de la Péninsule font au célèbre auteur de la toxicologie la réception qu'il mérite.

» A Madrid, où le même accueil lui est réservé, nous ne pouvons séparer de l'espérance de le posséder l'effet pénible que lui causera l'abandon où se trouve notre école. Que dira-t-il quand il verra que la première Faculté de son pays est loin de ressembler à celle qu'il dirige avec tant d'éclat sur les bords de la Seine? »

6° Les deux feuillets direct et réfléchi ont même structure et même origine dans le principe. Il s'établit plus tard des différences anatomiques.

7° La caduque secondaire résulte d'une sécrétion permanente du corps muqueux par le derme. Elle a pour but de constituer la trame organique du placenta.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA DESTRUCTION DES HÉMORRHOÏDES INTERNES PAR LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LEUR PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ DE M. FILHOS); par J.-Z. AMUSSAT.

(Voir les numéros 35 et 36.)

DEUXIÈME PARTIE.

La première partie de ce mémoire, qui a été insérée dans les deux numéros précédents, comprend des généralités sur les hémorrhoïdes et sur tout ce qui est relatif au procédé opératoire, qui consiste à pratiquer la cautérisation circulaire du pédicule de l'hémorrhoïde avec des pinces porte-caustique, l'injection d'eau froide en même temps et la déplétion de la tumeur.

Cette première partie est terminée par la relation détaillée de trois faits à l'appui.

Maintenant, pour faire apprécier à leur juste valeur les perfectionnements apportés au procédé de cautérisation circulaire, il ne sera pas inutile, je pense, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les moyens que j'ai successivement employés pour détruire les hémorrhoïdes internes.

Avant le procédé actuel, tel que je viens de le décrire, j'ai employé :

La cautérisation circulaire du pédicule sans injection et sans déplétion de la tumeur;

La cautérisation en masse;

Et antérieurement, la ligature.

La cautérisation circulaire du pédicule avec des pinces à baguettes porte-caustique était déjà préférable à la cautérisation en masse, qui elle-même était un progrès sur la ligature.

Il me suffira de citer quelques faits relatifs à chacun de ces procédés pour montrer les raisons qui m'ont engagé à modifier plusieurs fois l'opération.

Avant le procédé que j'ai décrit dans la première partie de ce mémoire, j'employais simplement la cautérisation circulaire sans pinces préservatrices; je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation et je ne vidais pas la tumeur. Mais il est facile de prévoir que la douleur était beaucoup plus forte, ainsi que la réaction, et que les suites étaient plus pénibles, comme on pourra s'en convaincre par les faits que je vais rapporter.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DU PÉDICULE DES HÉMORRHOÏDES INTERNES, SANS EMPLOYER DE PINCES PRÉSERVATRICES, SANS VIDER LA TUMEUR ET SANS INJECTER DE L'EAU FROIDE PENDANT LA CAUTÉRISATION.

HÉMORRHOÏDES INTERNES; CAUTÉRISATION DE LEUR PÉDICULE AVEC DES PINCES A BAGUETTES PORTE-CAUSTIQUE.

OBS. I. — Le malade qui fait le sujet de cette observation a d'abord été opéré une première fois par la cautérisation en masse (voyez la deuxième catégorie). Une syncope est arrivée au moment de l'opération. Nous l'avions attribuée à la douleur produite par la cautérisation; mais elle était due bien plutôt à la position du malade, qui avait la poitrine comprimée, puisque le même accident n'a pas eu lieu sur d'autres malades opérés par le même procédé.

Aujourd'hui 6 avril 1844, pour éviter l'accident qui était survenu lors de la première opération, M. W... se couche en travers sur son lit; mais auparavant j'avais fait donner un lavement pour débarrasser le rectum et favoriser les efforts d'expulsion qui devaient me permettre d'examiner plus complétement les hémorrhoïdes que je voulais cautériser. Elles étaient au nombre de trois. La plus grosse était mal pédiculée; néanmoins je pus la prendre avec une pince à baguettes chargées de caustique que je trempai dans l'alcool, afin de rendre la cautérisation plus active. Au bout de deux minutes environ, je retirai la pince et je fis laver les parties touchées par le caustique avec de l'eau vinaigrée. M. W... a bien moins souffert qu'après la première opération; cependant, comme le caustique avait été mouillé avec de l'alcool, il s'est un peu étendu sur les parties environnantes.

Le lendemain M. W... a passé une assez bonne nuit; toute la tumeur est mortifiée, quoique la cautérisation n'ait été faite que circulairement autour du pédicule.

Les parties voisines sont très-légèrement enflammées; néanmoins, pour éviter qu'elles ne soient désormais touchées par le caustique, j'aurai la précaution de ne pas me servir d'alcool, et je suis bien convaincu que, sans ce liquide, la cautérisation aura toute l'efficacité nécessaire.

Les jours suivants, l'état de M. W... s'améliore d'une manière notable, et le 17 avril il commence à sortir et à se promener.

Le 18 avril, je constate qu'il existe encore deux petites hémorrhoïdes; mais je pense, ainsi que le malade, qu'il faut, par prudence, ne pas y toucher, à moins qu'elles ne produisent des accidents.

HÉMORRHOÏDES INTERNES; CAUTÉRISATION DE LEUR PÉDICULE AVEC DES PINCES PORTE-CAUSTIQUE.

OBS. II. — Madame F..., qui a déjà été opérée en 1842, par la ligature et la cautérisation en masse, d'hémorrhoïdes internes qui la gênaient beaucoup (voir à la deuxième et à la troisième catégorie), est revenue à Paris dans le mois de juin 1844, me demander de nouveaux conseils pour deux petites hémorrhoïdes qui ont reparu et la font souffrir.

Éclairé maintenant sur la différence qui existe sous le rapport de la douleur, entre la ligature des hémorrhoïdes, la cautérisation en masse et la cautérisation de leur pédicule seulement avec le caustique solidifié, je propose à madame F... d'employer ce dernier moyen, qu'elle s'empresse d'accepter.

Le 13 juin 1844, assisté simplement d'une garde-malade intelligente, madame F... étant placée sur le bord de son lit et faisant des efforts comme pour aller à la garde-robe, j'aperçois trois hémorrhoïdes assez volumineuses. Avec une pince à anneaux terminée par des baguettes creusées d'une cavité remplie de poudre de caustique formant une pâte par son mélange avec quelques gouttes d'alcool, je saisis l'une des hémorrhoïdes et je la presse graduellement pendant une minute et demie. Je retire ensuite la pince et j'introduis dans l'anus une mèche de charpie enduite de cérat.

Le lendemain madame F... est dans un état très-satisfaisant; la nuit a été calme; les douleurs, assez vives pendant l'opération, ont cessé très-promptement.

Le 15, nouvelle opération; une autre hémorrhoïde est saisie et cautérisée de la même manière; aucun accident ne survient.

Le 29 juin, troisième opération exécutée de la même manière et parfaitement supportée par madame F...

Quelques jours après, à la suite d'un lavement, madame F... fait des efforts comme pour aller à la garde-robe, et alors je puis constater que l'anus et le rectum sont complétement débarrassés des hémorrhoïdes qui la gênaient, ce que confirme d'ailleurs l'état de bien-être où se trouve madame F... Une remarque qui doit être faite, c'est l'intermittence du pouls, qui existe constamment. C'est un fait à noter, afin de ne pas être inquiet comme je l'ai été lorsque j'ai observé ce phénomène à la suite de la première opération que j'ai pratiquée.

HÉMORRHOÏDE INTERNE, DU VOLUME D'UNE NOISETTE, CHEZ UN HOMME AGÉ DE 60 ANS; CAUTÉRISATION AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX CONTENU DANS UNE PINCE PORTE-CAUSTIQUE; GUÉRISON. (Traduction d'un article du journal THE MEDICAL TIMES, intitulé : PROGRESS OF FRENCH SCIENCE (16 août 1845.)

« Si nous considérons les accidents nombreux qui suivent les opérations » qu'on pratique pour la guérison des hémorrhoïdes internes, et si nous » réfléchissons aux dangers d'une hémorrhagie à la suite de leur excision, » tout procédé qui promet une cure radicale de cette maladie douloureuse » mérite notre attention.

» Le docteur Amussat a cru possible d'en obtenir la guérison par le » moyen de la ligature, sans exposer le malade aux dangers que présentent » les procédés antérieurs. Pendant plusieurs années il l'a appliquée exclu» sivement, dans un grand nombre de cas d'hémorrhoïdes internes, avec » un succès parfait; mais comme ce procédé présente quelques légers in» convénients, il l'a remplacé par la cautérisation avec le caustique de » Vienne solidifié de M. Filhos, dans l'espoir d'éviter les désordres nerveux » qui surviennent quelquefois consécutivement à la constriction exercée » par la ligature, et en même temps de simplifier autant que possible une » opération qu'on est appelé à pratiquer fréquemment.

» Un grand nombre de malades ont déjà été opérés à l'aide de ce caustique, » qui a la forme d'un cylindre, et qui est composé de potasse et de chaux » solidifiées.

» Les effets ont été de beaucoup moins sérieux que quand on a eu re» cours à la ligature. Au début, le docteur Amussat a commencé par saisir » la tumeur hémorrhoïdale avec une pince à baguettes pour en faciliter la » cautérisation; mais en avril 1844, M. Alphonse Amussat, son fils, a pensé » qu'une cautérisation circulaire du pédicule, au moyen d'une espèce de » forceps, pourrait remplacer heureusement la cautérisation totale de la tu» meur, et, dans ce but, il a fait confectionner par M. Charrière quelques » forceps porte-caustique.

» Celui auquel le docteur Amussat donne la préférence ressemble assez, » du reste, à la pince à pansement; il présente deux tranches arrondies et

» creusées de gouttières, ayant à peu près un pouce et demi de longueur » et une à deux lignes de diamètre. Ces gouttières augmentent en largeur » en proportion de leur profondeur; elles sont destinées à recevoir le caustique. Une des extrémités de ces pinces, plus longue que l'autre, est » courbée en crochet pour empêcher l'hémorrhoïde de glisser; et, comme » sa surface est également cannelée, elle sert en même temps à cautériser » la tumeur. On pourrait, du reste, au besoin, se servir d'une pince à » pansement ordinaire, en pliant l'un de ses bouts à angle droit et en creusant ses deux branches.

« Ayant assisté, il y a une quinzaine de jours, à une opération faite par » le docteur Amussat, j'ai pris note des détails du cas, dans la conviction » qu'une description, de même que l'exposition des moyens employés pour » prévenir le développement d'accidents consécutifs pourraient être utiles, » et intéressantes.

» Obs. III. — M. D..., âgé de 60 ans, d'une constitution forte, n'a jamais été » malade avant 1840. A cette époque, il éprouva pour la première fois une sensation désagréable dans le rectum, accompagnée d'une légère hémorrhoïde. » Depuis ce temps les mêmes symptômes reparurent à plusieurs reprises, surtout à la suite d'excès de travail ou lorsqu'il s'était fatigué plus qu'à son ordinaire. La tumeur hémorrhoïdale acquit une si grande dimension, que M. D... » se crut atteint d'un prolapsus ani, qu'il chercha à maintenir réduit par un » bandage de sa propre invention, ce qui rendit extrêmement difficile la locomotion. A la fin, ses souffrances étant devenues insupportables, il se décida à » consulter un chirurgien, et, d'après le conseil de son médecin, le docteur » Pouget, il fit appeler le docteur Amussat. Celui-ci a reconnu l'existence de » deux tumeurs hémorrhoïdales internes auxquelles il attribua la douleur éprouvée par M. D... et le prolapsus ani qui l'a tant gêné.

» L'opération ayant été reconnue indispensable, il fut décidé qu'elle serait » faite le 16 juillet 1845. La veille, un léger laxatif et l'abstinence complète de » nourriture furent prescrits.

» Le 16 juillet, accompagné de MM. Amussat, j'ai visité M. D..., que nous » avons trouvé très-favorablement disposé. Un lavement ayant été donné pour » vider le rectum, le malade fut prié de faire des efforts comme pour aller à la » garde-robe. A la suite les deux hémorrhoïdes devinrent très-apparentes et » offrirent le volume d'une grosse noisette, mais un peu plus plate; elles étaient » placées sur chaque côté de l'intestin, non loin de l'orifice anal. Deux tumeurs » correspondantes ou hémorrhoïdes externes se remarquaient à l'extérieur.

» Le malade étant placé sur le côté droit, le docteur Amussat saisit avec la » pince porte-caustique l'hémorrhoïde gauche, la plus grosse et la plus douloureuse; puis, après une minute et demie, il la lâcha et la fendit dans toute son » épaisseur, la désemplit du sang contenu dans son intérieur, et la cautérisa » avec le caustique solidifié. Ce dernier temps de l'opération n'a duré qu'une » demi-minute.

» Deux injections d'eau fraîche furent faites aussitôt pour enlever toutes les » particules de caustique qui auraient pu rester et qui auraient pu cautériser les » parties voisines; puis le malade se plaça dans un bain de siége, où il resta » pendant trois heures sans éprouver aucune douleur aigüe. La nuit se passa » très-favorablement et sans fièvre. Le lendemain, la douleur n'était pas trop » aiguë; l'hémorrhoïde cautérisée était aplatie, noirâtre, semblable à une escarre, et les deux bords de l'incision étaient visibles. On prescrivit très-peu » de nourriture et une tisane astringente, afin d'empêcher les garde-robes, qui » auraient pu amener une élimination prématurée de l'hémorrhoïde et entraîner une hémorrhagie; il y eut néanmoins deux ou trois selles, mais très-liquides.

» Pendant six jours on continua rigoureusement ce traitement, des bains de » siége répétés, des lavements, des cataplasmes à l'anus et un peu de bouillon » pour nourriture. L'hémorrhoïde se détacha le septième jour, après une petite » selle et sans donner lieu à la moindre douleur.

» Le 24 juillet, j'ai visité M. D... de nouveau; il était alors bien portant. A la » place de l'hémorrhoïde qui avait été cautérisée, il y avait une petite cicatrice » linéaire d'à peu près une ligne et demie en longueur, entourée d'une auréole » rougeâtre et donnant lieu à une légère suppuration. La tumeur droite paraissait diminuée et ridée.

» Il est utile de noter que, pendant la semaine qui précéda celle où la chute » de l'hémorrhoïde eut lieu, M. D... avait eu quelques selles petites et presque » liquides par suite des lavements, ce qui ne dérangea pas le travail de la cicatrisation. Quelques jours après l'opération, le malade se plaignant d'une douleur légère dans l'hémorrhoïde externe du côté gauche, on y pratiqua une petite ouverture avec une lancette; une substance rouge granulaire s'échappa, » et le soulagement fut instantané.

» Quelques jours après, la deuxième hémorrhoïde a été cautérisée comme la » première, avec le même succès. »

Comme on le voit, les faits de cette catégorie justifient complétement les remarques que j'ai faites, et ils prouvent que ce procédé était déjà un perfectionnement relativement à ceux qui me restent encore à indiquer et que j'employais auparavant.

J'aurais pu citer beaucoup d'autres faits analogues; mais ceux que je viens de relater suffisent pour prouver ce que je veux établir.

Avant la cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes internes, je pratiquais la cautérisation en masse de chaque tumeur avec le caustique de potasse et de chaux solidifié. Je ne faisais l'injection qu'après la cautérisation et je ne vidais point la tumeur. Mais la douleur était beaucoup plus grande, et la réaction était naturellement en rapport avec la durée plus longue de l'opération.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — CAUTÉRISATION EN MASSE DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES INTERNES AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX SOLIDIFIÉ, EN LES TENANT AVEC LES PINCES A BAGUETTES DONT JE ME SERS POUR LE REFOULEMENT DES TUNIQUES INTERNE ET MOYENNE DES ARTÈRES.

HÉMORRHOÏDES INTERNES; CAUTÉRISATION EN MASSE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX SOLIDIFIÉ.

Obs. I. — Mme F., dont l'observation se trouve à la première catégorie pour la cautérisation avec les pinces porte-caustique, et à la troisième pour la ligature, a été opérée par la cautérisation en masse, le 12 juillet 1842, de deux hémorrhoïdes internes, que j'avais d'abord circonscrites avec des pinces à baguettes, destinées à faire le refoulement des membranes artérielles. La douleur fut assez vive au moment de l'action du caustique, mais il n'y eut pas de comparaison à établir entre les suites de cette opération et celle de la ligature. La malade éprouva quelques cuissons à l'anus, un peu de ténesme pour uriner; mais il n'est survenu aucun des accidents qui nous avaient effrayés après la ligature.

Le lendemain Mme F. travaille à la couture dans son lit; elle n'a point de fièvre; le pouls est à 64 ou 68 pulsations, et on ne compte pas d'intermittences. Les tumeurs hémorrhoïdales cautérisées sont noires et flétries, et sans un peu de cuisson que la malade éprouve en urinant, elle ne se douterait pas qu'elle a subi hier une opération.

Le 18 juillet, nouvelle cautérisation, en présence de MM. Filhos et Le Vaillant; aucun accident ne s'est montré. Deux autres cautérisations sont encore pratiquées, ce qui fait cinq. L'état de Mme F. a toujours été en s'améliorant; les garde-robes sont devenues plus faciles; l'écoulement sanguin a cessé; les forces sont revenues, et le 12 octobre Mme F. est repartie pour son pays.

HÉMORRHOÏDES INTERNES TRÈS-VOLUMINEUSES; CAUTÉRISATION EN MASSE D'UNE PARTIE DE CES HÉMORRHOÏDES, ET PLUS TARD CAUTÉRISATION AVEC DES PINCES A BAGUETTES PORTE-CAUSTIQUE (voy. la première catégorie).

Obs. II. — M. le docteur W., anglais, affecté d'hémorrhoïdes internes qui le faisaient souffrir beaucoup, me fut adressé par mon confrère et ami, M. le docteur Olliffe, dans le mois de mars 1844. Voici, au reste, comment M. W. rend compte des antécédents de sa maladie :

« Il y a plus de deux ans, dit-il, que j'ai subi la dernière opération en Angleterre; j'avais été opéré deux fois par excision avec des ciseaux et deux fois par » la ligature. Le cinquième jour la ligature s'est détachée, suivie d'une hémorrhagie abondante, qui recommençait chaque fois que j'allais à la selle; » elle continua, mais en diminuant, jusqu'au quinzième jour. Pendant ce temps » je prenais tous les jours de l'électuaire de sené; voyant que cette médecine » arrêtait la perte et m'évitait aussi des douleurs causées par mes efforts pour » aller à la garde-robe, j'ai continué de la prendre tous les deux jours.

» Cependant, peu de temps après, je m'aperçus qu'une de mes hémorrhoïdes » commençait à reparaître et grossissait sensiblement. Une autre s'est montrée seulement depuis douze ou quinze mois. Pour essayer d'arrêter leur » développement, je me servis de *unguentum galla opiatum*, et plus tard » de *liquo-plombi diacetates* avec du laudanum. Nonobstant ces moyens, » mes hémorrhoïdes augmentaient toujours de volume; elles saignaient souvent » et me tourmentaient beaucoup, en me laissant toutefois quelques intervalles » de calme. Mais dernièrement, il y a un mois ou six semaines, avant de vous » avoir été présenté, mes hémorrhoïdes étaient tellement gonflées et me causaient » de si vives souffrances que je ne savais pas à quel saint me vouer : je ne pouvais ni marcher, ni rester debout une heure sans qu'elles *ne descendissent;* » alors en se frottant contre la chemise ou le caleçon elles me faisaient souffrir » excessivement; c'était une irritation toute fiévreuse. Pour les faire rentrer » dans le rectum, je les remontais avec mes doigts mouillés de salive; mais au » bout d'une demi-heure elles redescendaient à la suite d'efforts involontaires » pour aller à la garde-robe; il me fallait vingt ou trente minutes pour les repousser. Une fois rentrées, je me couchais et je pressais fortement contre le » rectum, et j'y introduisais le doigt comme tampon, jusqu'à ce que l'anus fût » suffisamment contracté pour les retenir.

» Enfin je puis dire que des deux dernières années qui viennent de s'écouler, » j'en ai passé les trois quarts dans une position horizontale. »

Le 2 mars j'examine M. W. pour la première fois; je trouve encore quatre hémorrhoïdes internes, deux grosses et deux petites; il existe un prolapsus du rectum assez prononcé. Le malade est décidé à se soumettre à l'opération que je lui propose, et qui consiste à faire la cautérisation des hémorrhoïdes, qui lui causent tant de souffrances.

Le 4 mars, assisté de MM. Olliffe, Le Vaillant et de mon fils, M. W. s'étant placé de lui-même à genoux sur un fauteuil, le ventre appuyé contre le dossier et le dos tourné du côté de la fenêtre, nous l'engageons à faire des efforts, qui avaient été rendus plus faciles et plus puissants après l'administration d'un lavement, et alors nous voyons parfaitement les quatre hémorrhoïdes que nous avons décrites. La plus grosse étant prise avec des pinces à baguettes, je la cau-

térise tout autour avec un cylindre de potasse et de chaux solidifiées. Le malade souffre beaucoup, et soit à cause de la douleur seulement, soit plutôt à cause de la mauvaise position qu'il a voulu prendre pour se faire opérer, il tombe en syncope, et il faut le placer sur son lit, où il revient promptement à lui.

En discutant quelle avait pu être la cause de cette syncope, nous craignons que ce ne soit la longueur de l'opération, et pour l'abréger et la simplifier, mon fils eut l'heureuse idée de convertir en pinces porte-caustique les pinces à baguettes dont je me servais seulement pour tenir l'hémorrhoïde pendant que je la cautérisais tout autour de la masse située au-dessus des pinces.

Le lendemain M. W. nous dit avoir passé une mauvaise nuit; il a éprouvé quelques difficultés pour uriner; cependant il se trouve mieux ce matin; des cataplasmes et des bains de siége très-chauds lui ont procuré un peu de soulagement.

Le 6, la nuit a été encore très-agitée; M. W. éprouve quelques élancements du côté de l'anus. Des cataplasmes très-chauds et des plumasseaux de charpie enduits d'onguent opiacé ont été appliqués. Je pratique aujourd'hui de légères scarifications sur la tumeur qui a été cautérisée et sur les parties voisines, qui elles-mêmes ont été atteintes par le caustique.

Le lendemain l'état du malade est déjà meilleur sous tous les rapports.

Le 8 l'amélioration fait des progrès. *Les bourrelets externes sont moins volumineux et moins durs.* Néanmoins je les scarifie légèrement, ainsi que la tumeur hémorrhoïdale, que j'ai cautérisée il y a quelques jours.

Le lendemain je pratique encore de nouvelles scarifications sur la tumeur et sur les bourrelets extérieurs.

Le 13 nous constatons, M. Olliffe et moi, que l'escarre de l'hémorrhoïde cautérisée se détache en lambeaux.

Le 20 il ne reste plus de traces de l'opération. Nous nous proposons d'en pratiquer une nouvelle dans une quinzaine de jours pour détruire les hémorrhoïdes qui restent encore.

(Pour la suite de cette observation voyez à la première catégorie.)

Les faits de cette catégorie, que j'ai choisis parmi beaucoup d'autres, prouvent qu'il y avait encore beaucoup à perfectionner lorsque j'employais le procédé de la cautérisation en masse. Sans doute j'ai obtenu par ce moyen des succès évidents, incontestables; mais il y avait la question des suites que j'ai cru devoir chercher à simplifier. Les faits que j'ai cités dans la première partie de ce mémoire prouvent que je suis parvenu à ce que je désirais.

Avant la cautérisation des hémorrhoïdes avec le caustique de potasse et de chaux solidifié je ne pratiquais que la ligature.

Pendant longtemps j'ai employé ce procédé exclusivement, et quand je l'ai appliqué pour la première fois, il y a plus de vingt ans, il y avait alors une réprobation générale contre l'extirpation.

La ligature, que j'ai variée de différentes manières, était sans doute préférable à l'extirpation et à la cautérisation avec le fer rouge, mais elle avait aussi beaucoup d'inconvénients : douleur vive, constriction permanente, réaction assez forte, etc.; enfin, dans les cas les plus heureux mêmes, elle était beaucoup moins simple que le procédé actuel de cautérisation circulaire, comme on pourra facilement s'en convaincre par les observations suivantes.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

(Numéros de janvier et avril 1836.)

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS DES PAUPIÈRES; par M. COLLES.

On éprouve quelquefois un peu d'hésitation avant de prononcer si une tumeur de la paupière est située sous la peau ou derrière le muscle orbiculaire. Pour le reconnaître, ordonnez au malade de fermer les paupières avec force, ou, si c'est un enfant, observez ses yeux pendant qu'il crie. Le muscle orbiculaire se contractant dans cette circonstance, vous verrez la tumeur devenir plus saillante si elle est sous-cutanée, ou s'aplatir au contraire si elle siége derrière ses fibres.

SUR LA MANIÈRE DE CONSTATER LA DISTENSION DE LA VESSIE; par le même.

A lire les auteurs classiques, rien ne serait plus aisé que le diagnostic de la rétention d'urine. Il suffit, disent-ils, d'appliquer la main sur l'hypogastre: elle y distingue la présence de la vessie distendue; et, si vous voulez un moyen infaillible, vous n'avez qu'à porter dans le rectum le doigt indicateur, et à toucher par là la poche saillante qu'y forme le bas-fond vésical. — Rien n'est plus sûr sans doute que ces règles; mais elles ne peuvent guère servir que dans les cas où le diagnostic est presque évident, où le plus léger doute ne serait pas permis; mais si les parois vésicales sont densifiées, racornies par une altération morbide, comment la présence de l'urine se décèlera-t-elle à la main exploratrice à travers ce corps presque rigide? Quant au toucher par le rectum, il ne donnera non plus alors aucun indice; en effet, on ne peut pas percevoir la sensation de fluctuation en touchant d'un seul doigt une masse liquide; il faut pour cela qu'elle soit pressée entre deux doigts qui se font opposition sur deux points séparés de sa périphérie. Or, si les parois sont épaissies, on ne pourra évidemment créer cette condition. — D'ailleurs, pour peu que le sphincter anal se contracte énergiquement, le doigt s'engourdit bientôt et perd la sensibilité nécessaire à l'exploration.

M. Colles, à défaut de ces signes, recommande le suivant : passez le doigt de haut en bas le long de la ligne blanche, et quand il est arrivé à la symphyse pubienne, vous sentez immédiatement au-dessus d'elle un petit corps dur : c'est la pointe de la vessie contenant l'urine qui distend ce réservoir.

SUR LE MODE D'ADMINISTRATION DU MERCURE DANS LA SYPHILIS; par le même.

Le paragraphe suivant contient les règles pratiques que M. Colles recommande d'observer dans l'administration du mercure. Ces préceptes, quoique s'éloignant en quelques points de ceux suivis en France, méritent d'être médités comme résultant de l'expérience d'un médecin qui s'est fait un nom en Angleterre dans le traitement de ces maladies spéciales.

Les frictions constituent le meilleur moyen de faire pénétrer le remède dans l'organisme. Pour les bien exécuter, il faut diviser la quantité de pommade destinée à chaque friction en trois ou quatre parties, et ne les employer que successivement. En général, le malade lui-même ne s'entend pas à pratiquer ces onctions, et c'est une autre personne qui devra en être chargée. S'il ne peut garder la chambre, alors il faut donner le mercure à l'intérieur; mais ce remède peut, dans ce cas, agir fâcheusement sur le tube intestinal. Cependant il ne faut pas se hâter, pour prévenir cet effet, d'y associer l'opium; car souvent l'irritation cesse d'elle-même en deux ou trois jours et ne reparaît plus, à moins qu'on ne passe à une autre préparation ou qu'on ne prescrive des doses très-considérables. Le calomel affecte la bouche plus promptement qu'aucune autre forme, et il est également sujet à porter son action sur les intestins, à moins qu'on ne le combine avec l'opium. Le sublimé fait très-rapidement disparaître certains symptômes secondaires, mais la guérison qu'il effectue n'est point radicale si l'on ne fait pas succéder à son administration celle de quelque autre préparation mercurielle. Dans des conditions favorables, le mercure doit produire ses effets au bout de huit à dix jours, et, bien qu'il existe de grandes différences à cet égard, si nul effet n'est obtenu à la fin de la première quinzaine, il convient de suspendre le médicament pour un jour ou deux, de purger le malade et de lui faire prendre deux bains chauds; dans ce cas, fréquemment la bouche s'affecte quoiqu'on n'ait pas recommencé le mercure. Si l'économie demeure réfractaire à l'action du remède, il ne faut pas chercher à obtenir le résultat voulu en forçant les doses, mais examiner la santé du malade, et s'il y a de la fièvre, si la bouche est sèche, suspendre le médicament jusqu'à ce que cet état ait cessé. Un degré modéré de salivation n'est pas un mal; mais si ce symptôme s'aggrave, il contre-indique la continuation du mercure.

DEUX OBSERVATIONS DE RHUMATISME AVEC CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES; par M. SCHOENLEIN.

Ces deux observations, recueillies aux leçons cliniques de M. Schoenlein, à l'infirmerie de Berlin, se distinguent par quelques particularités dignes d'intérêt. Nous les rapporterons brièvement.

OBS. I. — Un homme de 22 ans, de constitution robuste, pléthorique, fut pris, après s'être exposé au froid, d'une vive douleur au-dessus de la symphyse du pubis. Cette douleur était considérablement augmentée par la pression et par les mouvements. Bientôt survint un peu de strangurie. On eut recours aux évacuations sanguines générales et locales. Il n'en résulta aucun soulagement quant à la douleur sus-pubienne, bien que la difficulté d'uriner fût sensiblement diminuée. On diagnostiqua une phlegmasie des muscles abdominaux, principalement des pyramidaux, avec tendance à envahir le péritoine; de la même manière qu'on voit assez souvent la pleurésie être précédée d'une affection rhumatismale des muscles thoraciques. Cependant on parvint (par des moyens non indiqués) à calmer les symptômes inflammatoires; mais ils se ranimaient facilement. Enfin, au bout de quelques jours, le malade accusa du ténesme, et, dans un effort pour aller à la garde-robe, rendit une grande quantité de matière purulente. Un soula-

gement immédiat s'ensuivit. Depuis ce moment le malade revint rapidement à la santé.

Obs. II. — Une femme de 28 ans fut prise à l'hypogastre d'une douleur, d'abord diffuse, mais qui bientôt se limita à un point situé à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de l'ombilic et de la symphyse pubienne. Il y avait en ce point une tuméfaction considérable, et l'on y sentait de la fluctuation. La malade avait eu au début un vomissement auquel avait succédé la constipation. En examinant par le vagin, on ne découvrait aucune connexion entre l'utérus et la tumeur. M. Schoenlein pensa qu'il s'était agi primitivement d'un rhumatisme des muscles abdominaux, que ce rhumatisme avait amené ensuite l'inflammation du péritoine, non-seulement du feuillet pariétal, mais encore du feuillet viscéral; et qu'enfin il en était résulté un épanchement de matière purulente entre ces deux feuillets. Les douleurs au niveau de la tuméfaction offrirent plusieurs recrudescences marquées, toujours accompagnées d'une forte réaction fébrile. Les sangsues, les fomentations émollientes, procuraient du soulagement. Un jour la malade accusa une sensation de ténesme et de la dysurie. Les urines, examinées au microscope, ne laissèrent apercevoir aucune trace de pus; elles laissaient seulement déposer un sédiment muqueux très-abondant. On songea alors à faire une exploration par l'anus. Le doigt introduit fort avant dans le rectum trouva le côté droit de cet intestin refoulé par une tumeur. Cette dernière pouvait aussi se sentir par le vagin. On jugea prudent de ne tenter aucune opération et de s'en rapporter à la sagesse de la nature, dans l'espoir que le liquide épanché se résorberait. C'est en effet ce qui arriva. Quand la malade quitta l'hôpital, après un séjour d'un peu plus d'un mois, la tuméfaction abdominale avait disparu; le refoulement de la paroi du rectum était beaucoup moins prononcé. L'urine avait continué à être sédimenteuse, et le pouls à s'accélérer légèrement le soir, jusqu'aux jours qui ont précédé la sortie.

— Ces deux observations offrent l'exemple d'une forme morbide qui n'est pas très-rare dans la pratique et s'y présente parfois avec un tel caractère de gravité, qu'il importe au plus haut point de savoir la reconnaître dès le début, et de ne pas tergiverser un seul instant dans la thérapeutique. L'issue de la maladie dépend en grande partie de la conduite du praticien dès l'apparition des premiers symptômes. Mais d'abord, quelle est cette maladie, et dans quelle espèce pathologique doit-on la ranger?

Nous croyons qu'on n'exprime pas son véritable caractère en la définissant, avec l'auteur, *un rhumatisme des muscles abdominaux*, amenant *consécutivement* l'inflammation du péritoine. Les muscles de la paroi abdominale sont, il est vrai, dès le début de l'affection, le siége d'une tension douloureuse extrêmement remarquable. Nous avons même vu des cas où toute la paroi antérieure de l'abdomen était aplatie, tendue et dure au toucher comme une planche; où la base de la poitrine semblait déprimée circulairement, comme si le diaphragme également contracté l'avait attirée en dedans par tous les points de sa circonférence; où le mouvement d'inspiration s'exécutait entièrement à l'aide des muscles thoraciques. Mais, dans ces cas, si l'on palpe le ventre avec attention, l'on découvre ordinairement dans la région hypogastrique, plus spécialement au niveau de la fosse iliaque droite, un point plus douloureux que le reste de l'abdomen. Cette douleur circonscrite augmente, à la vérité, par une pression légère, et l'on pourrait la croire limitée à l'un des muscles de la paroi; mais en pressant plus fortement, on s'assure qu'elle s'irradie dans le bassin, tantôt du côté de l'anus, tantôt du côté de la vessie; et l'existence d'un ténesme, soit anal, soit vésical, confirme les données de la palpation sur le siége profond du mal. En outre, il suffit de quelques heures pour amener au niveau du point douloureux un empâtement d'abord diffus, puis mieux déterminé, et de trois ou quatre jours pour parfaire le travail de suppuration et la décharge par le rectum.

Or, nous le demandons, est-ce là la marche ordinaire d'un rhumatisme? Les rhumatismes, on le sait, ne se terminent que rarement par suppuration, si rarement que ce mode de terminaison a été mis en doute. Ici, au contraire, la formation du pus est très-fréquente; elle est même presque forcée, si la thérapeutique n'intervient pas activement. Dans les cas rares où le rhumatisme aboutit à la suppuration, l'engorgement qui la précède ne se prononce qu'au bout de plusieurs jours; ici, il débute presque avec la maladie. On objectera peut-être qu'il ne s'agit pas ici de foyers purulents, mais d'épanchements intra-péritonéaux, et que si le rhumatisme donne rarement lieu à des abcès dans l'épaisseur des tissus, il amène rapidement l'épanchement dans les cavités séreuses. Mais c'est encore là, suivant nous, un vice d'appréciation quant aux caractères propres de l'affection dont il s'agit. Nous ne nions pas que la vraie péritonite avec épanchement ne puisse constituer un des éléments de cette affection; mais, dans les cas analogues à ceux qui ont été rapportés plus haut, nous croyons qu'il en est tout autrement. Une exploration attentive et répétée plusieurs fois par jour démontre que la formation du liquide est précédée d'un empâtement profond plus ou moins bien circonscrit et analogue à celui du phlegmon commençant. Le liquide, une fois formé, ne se répand pas dans la cavité péritonéale pour se perdre entre les anses d'intestin, mais reste séquestré là où avait existé l'empâtement. S'il se résorbe, il laisse un noyau qui va se durcissant de plus en plus (obs. 2); s'il s'ouvre une voie par l'intestin, c'est ordinairement avec une rapidité peu compatible avec la protection offerte par le feuillet viscéral du péritoine à la portion flottante du tube intestinal. Enfin, dans ce dernier cas, le liquide rendu n'est pas constitué par une sérosité puriforme ou floconneuse, mais par du pus véritable, souvent aussi bien lié que celui d'un phlegmon. Toutes ces particularités, nous le répétons, ne s'expliquent pas dans l'hypothèse d'un épanchement intra-péritonéal; elles conduisent, au contraire, à admettre l'existence d'une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-péritonéal; et c'est précisément le mode de terminaison par abcès, c'est la marche rapide de l'engorgement et de la suppuration qui nous semble ne pas s'accorder avec l'idée d'une affection rhumatismale, dont ces désordres organiques ne seraient qu'un effet secondaire, accidentel, pouvant tout aussi bien manquer qu'exister.

A nos yeux, contracture douloureuse des muscles abdominaux et inflammation du tissu cellulaire du bassin, sont deux produits d'une seule et même cause qui peut avoir elle-même sa source éloignée dans un principe rhumatismal, comme elle peut l'avoir dans un principe scrofuleux ou peut-être syphilitique, mais qui, essentiellement, consiste dans une action pathologique du système nerveux. Les muscles se contracturent, le tissu cellulaire s'engorge et suppure, sous l'influence de cette action commune quelle qu'elle soit, et ce serait scinder arbitrairement les faits que d'attribuer le premier de ces deux effets au rhumatisme ou à tout autre principe morbide et le second à une prétendue inflammation consécutive. De quelque nom qu'on appelle la cause, elle est une, et ses produits ne diffèrent qu'en raison de la différence des parties sur lesquelles elle s'exerce.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, le traitement de cette maladie doit être poussé dès le début avec une extrême vigueur. Le moyen qui nous a toujours paru le plus convenable, tant par l'énergie que par la rapidité de son action, est une saignée locale, plusieurs fois répétée à de courts intervalles; mais ce moyen n'a d'efficacité qu'autant qu'il est employé à très-forte dose: 50 à 60 sangsues la première fois; 20 à 30 cinq ou six heures après la chute des premières. Il est rare que chaque application de sangsues ne soit pas immédiatement suivie d'un grand soulagement. En même temps, pour combattre l'élément névralgique, on donne une potion fortement opiacée, on couvre le ventre de fomentations calmantes. Enfin, quand l'acuité des symptômes a cédé, on a recours aux lavements laxatifs d'abord, puis aux purgatifs doux par la bouche, à doses réfractées. Au moyen de ce traitement, on parvient assez fréquemment à prévenir la suppuration, et le malade en est quitte pour un peu d'empâtement dans la fosse iliaque; empâtement bientôt dissipé, mais qui néanmoins exige pendant assez longtemps une diète sévère et le décubitus sur le dos.

SUR L'IDENTITÉ ESSENTIELLE DE LA DYSSENTERIE, DU CHOLÉRA ET DU TYPHUS; par le docteur MACGRÉGOR.

On connaît les opinions de l'auteur sur la cause essentielle de la dyssenterie; elle consiste, suivant lui, en une rétention de la bile dans la vésicule, et, par suite, l'absence de bile cystique dans le colon. Dans le présent article, extrait d'un ouvrage sur les maladies de l'Inde, l'auteur assure que depuis l'époque où il a émis cette opinion, il a trouvé chez différents sujets morts de dyssenterie la vésicule remplie d'une bile noire et visqueuse. Dans les cas où les évacuations alvines avaient contenu de la bile, ce n'était qu'un fluide d'un vert clair qui évidemment n'avait pas subi l'action particulière de la vésicule. Or, dit l'auteur, l'absence de bile cystique dans le colon a pour effet de rendre plus âcres les matières contenues, et d'exposer la membrane muqueuse à l'irritation. Dès lors les intestins, au lieu de faire cheminer doucement les fèces, entrent dans des contractions morbides, désordonnées, qui amènent des coliques, des tranchées et l'évacuation de selles blanchâtres ou sanguinolentes.

Telle est la *condition morbide* (pour parler le langage anglais) qui, suivant M. Macgrégor, préside au développement du typhus et du choléra aussi bien que de la dyssenterie. Remontant plus haut encore dans l'étiologie de ces affections, il croit que leur cause première, celle qui, en agissant sur l'économie, produit la rétention de la bile, est l'absorption du miasme dit de Malaria. A Malaria, on voit la fièvre rémittente et la dyssenterie se montrer en même temps ou alterner. « Ces deux affections, ajoute-t-il, et le choléra, sont trois anneaux d'une même chaîne. »

L'article ne contient aucune autre considération à l'appui de ces idées. Nous avons donc moins à réfuter qu'à opposer opinion à opinion. Or nous maintenons la distinction généralement établie entre les trois maladies en question; nous ajouterons qu'entre le typhus et la dyssenterie, d'une part, et, d'autre part, entre l'une ou l'autre de ces deux maladies et le choléra, la caractéristique est tellement différente, les lésions cadavériques si dissemblables, qu'il n'existe véritablement aucune raison d'établir une identité de nature essentielle. Que le principe commun de ces affections soit

dans l'absorption d'un miasme, on peut le soutenir; mais que ce miasme soit *identique ou très-semblable au poison ou miasme de Malaria, c'est-à-dire à celui qui produit la fièvre rémittente (the same or a very similar Malarious poison or miasm which produces remittent fever)*, c'est ce qui n'est guère vraisemblable. Il n'y avait que deux manières de démontrer une pareille assertion : ou de mettre le miasme à nu et de constater directement son identité dans les trois cas, ou d'induire cette identité de la ressemblance des formes pathologiques. Or le miasme échappe à l'observation, les miasmes pathologiques diffèrent sur tous les points; que reste-t-il donc pour soutenir leur communauté d'origine et de nature essentielle? Rien, absolument rien.

Nous savons bien, et nous l'avons dit plusieurs fois, ce qu'il y a d'arbitraire dans la division classique des fièvres, et que la nature s'accommode peu de ces compartiments si rigoureusement tracés; mais s'il ne faut pas méconnaître la chaîne commune qui relie toutes les fièvres en une classe bien définie, il ne faut pas davantage perdre de vue les caractères distinctifs des espèces et des genres; et c'est à cela que conduirait infailliblement la doctrine du savant médecin anglais.

III. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Le premier numéro (février 1846) contient les articles originaux suivants : 1° *Préface de l'éditeur : Histoire de la littérature médicale périodique en Irlande, renfermant les notices des Sociétés de médecine et de philosophie de Dublin.* 2° *Lithotritie (substance d'une leçon faite à l'ouverture des cours de l'hôpital de Meath en 1845)*; par M. Philip Crampton. 3° *Sur la loi qui règle les périodes de retour de la fièvre;* par M. Robert Graves. 4° *Nouvelle méthode pour découvrir la falsification des poches de musc*; par M. Neligan. 5° *Sur l'extirpation de la glande lacrymale;* par M. Halpin.

SUR LA LOI QUI RÈGLE LES RECHUTES DE FIÈVRE INTERMITTENTE; par M. ROBERT GRAVES.

La pensée de ce travail est celle-ci : « La loi qui règle la périodicité de la fièvre intermittente non-seulement s'applique à la succession des paroxysmes, mais encore s'étend aux intervalles qui séparent chaque série; en d'autres termes, la même loi de périodicité qui gouverne la maladie quand elle occasionne des accès, continue également à présider à *ses mouvements latents* dans les intervalles où les accès n'ont pas lieu. » Ainsi les jours compris entre les diverses rechutes forment un nombre tel, pour la fièvre tierce, qu'il constitue un multiplicateur de 3; il faut seulement y ajouter le nombre 2, représentant les deux jours qui ont suivi le dernier accès de la dernière série, et qui appartiennent réellement au dernier temps périodique de cette série, et non au temps de relâche qui la sépare de la suivante. Les remarques de M. Graves mériteraient d'être soumises à de nouvelles recherches.

SUR L'EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE; par M. HALPIN.

Le principal intérêt de cette communication porte sur le choix du procédé à suivre pour enlever la glande lacrymale malade. M. Travers, qui a fait cette opération, donne le conseil d'inciser par-dessous la paupière supérieure, lorsque la chose est possible. Mais, dit M. Halpin, si l'on réfléchit au volume habituel de ces tumeurs, à leur nature, à la nécessité de les extirper en totalité, à leur profondeur dans l'orbite, à l'importance de l'organe avec lequel elles ont parfois de si intimes connexions, à l'étroitesse de l'ouverture naturelle entre les paupières (1), il sera évident qu'un tel choix ne serait pas le meilleur. D'ailleurs si l'hémorrhagie survenait comment la combattre par cette voie si peu large? Enfin, comme ces tumeurs sont séparées de l'œil par le muscle élévateur de la paupière, en allant les chercher par-dessous la paupière, il faudrait nécessairement diviser ce muscle, et le malade resterait par conséquent exposé à un ptosis incurable durant le reste de sa vie.

MM. O'Beirne, Todd et Lawrence recommandent une incision transversale divisant la paupière supérieure dans toute sa largeur et suivant la direction de ses plis naturels. Mais des incisions aussi étendues ne sont point nécessaires; et en outre, par suite du lieu où on les pratique, elles infligent au malade une difformité très-apparente, après sa guérison.

(1) On pourrait du moins remédier à cette difficulté en agrandissant, ainsi que cela a été proposé, la commissure palpébrale par une incision horizontale plus ou moins étendue, partant de l'angle externe de l'œil et allant vers la tempe. (NOTE DU RÉDACT.)

Le procédé que M. Halpin propose de substituer à ceux-ci se trouve décrit dans l'observation suivante, que nous rapportons en entier non-seulement à cause de la beauté du résultat obtenu, mais aussi parce que les faits de ce genre, du moins les faits bien avérés d'extirpation de la glande lacrymale elle-même, ne sont pas très-communs dans la science.

OBS. — Andrew Smith, âgé de 40 ans, vint consulter M. Halpin en novembre 1844. Depuis seize mois, il s'était aperçu que son œil gauche pleurait beaucoup, surtout quand on l'irritait ou que le malade marchait dans une direction opposée à celle du vent. Il n'existait alors aucune tuméfaction. Mais il y a douze mois, la paupière supérieure devint roide et enflée, au point qu'il fallait un effort pour l'élever et pour la maintenir dans cet état; bientôt le malade ne put plus la soulever qu'à l'aide des doigts et la tuméfaction augmenta graduellement. A la longue, le globe oculaire fit saillie hors de l'orbite; on le voyait continuellement recouvert par la paupière supérieure distendue. (Ce dernier signe, selon M. O'Beirne, est constant dans l'exophthalmie et sert à la distinguer d'avec l'hydrophthalmie.)

La difformité était considérable, et, bien qu'il n'y eût pas de douleur, comme c'était évidemment là un cas de tuméfaction de la glande lacrymale, on proposa au malade de l'enlever; mais il n'y consentit point. La vue se perdit peu à peu de ce côté. Enfin, le 2 avril 1845, il revint demander l'opération. Le globe oculaire était complétement hors de l'orbite, couché sur le bord orbitaire de l'os de la pommette : la cornée, d'apparence normale, était tournée en haut et en dehors. L'iris se contractait modérément par le contact de la lumière; mais la vue était très-diminuée par la distension du nerf optique et par la pression que la tumeur exerçait sur tout le globe. La paupière offrait une couleur brunâtre, presque pourpre, une surface irrégulière, et elle était traversée en différents sens par des veines variqueuses.

Pour éviter dans l'opération cette paupière malade, M. Halpin la tira fortement en bas jusqu'à ce qu'il eût ainsi fait descendre la moitié du sourcil au-dessous du bord de l'arcade sourcilière: M. Brice fixa alors la peau dans cette situation. Afin d'assurer le plus d'espace possible pour la dissection de la glande, le chirurgien fit décrire presque les deux tiers de l'orbite à sa première incision, laquelle fut faite en ligne courbe à convexité supérieure, commencée immédiatement au-dessus du tendon du muscle orbiculaire et terminée à un demi-pouce au-dessus de la commissure externe. Elle divisa le sourcil dans toute sa longueur, en laissant du côté du front environ la moitié de sa hauteur. On renversa en bas le lambeau en le disséquant, ce qui donna beaucoup d'espace. Une ligature fut passée autour de la glande et on la détacha tout entière de ses connexions, partie avec le doigt, partie avec le bistouri. Pas d'hémorrhagie. La plaie rapprochée par quatre points de suture se réunit par première intention dans toute sa longueur. Au bout de sept jours, le malade put retourner chez lui. L'œil rentra peu à peu. Après un mois, il n'y avait plus aucune difformité, et il fallait examiner la région très-attentivement pour y reconnaître la cicatrice. La vue, de cet œil, était alors aussi bonne qu'elle eût jamais été.

M. Halpin, voulant s'assurer si les larmes couleraient d'un œil privé de glande lacrymale, toucha la conjonctive de ce côté du bout d'une sonde mousse préalablement trempée dans la teinture d'opium; immédiatement l'œil *droit* se remplit de larmes qui coulèrent sur la joue. Au bout de trente secondes, cette application fut réitérée; soixante secondes après ce second attouchement, une goutte tomba de l'œil *gauche*, et après trente autres secondes une nouvelle goutte y parut encore; le liquide était opaque et blanchâtre; sans doute cette coloration était due à la teinture d'opium. La conjonctive demeura rouge longtemps après cette manœuvre. Le malade d'ailleurs ne ressentait depuis l'opération ni douleur ni sécheresse de cet œil.

La glande lacrymale enlevée avait acquis le volume d'un œuf de poule. L'altération qu'elle offrait ne parut pas être de nature maligne. Elle présentait, au contraire, un bon exemple de l'hypertrophie interstitielle simple de la glande. Sa surface était lisse, et sa coupe offrait une masse régulière homogène, de couleur jaunâtre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE.

MÉCANISME DE LA VOIX HUMAINE.

M. BLANDET lit un mémoire sur le mécanisme de la voix humaine, d'après des études faites sur des cadavres.

Le système vocal anatomique, dit l'auteur, présente trois glottes ou isthmes : les lèvres, le pharynx et la glotte proprement dite. L'ouverture de la bouche sert à la voix articulée; le pharynx donne le timbre. Les amygdales influencent les tons, et il n'est pas indifférent de se les faire enlever. Les ténors et les soprani perdent quelques notes, et les basses-tailles en gagnent deux ou trois par le seul fait de leur excision. La base de la langue préside aux variations du chant; l'épiglotte préside à la formation des tons de fausset ou de poitrine. Les cartilages tyroïdes, maintenus fixes par leurs muscles externes, vibrent avec les cordes vocales. Les cartilages se prêtent, sur le vivant, à certaines manipulations qui modifient les sons. Quand on les presse latéralement, on rétrécit la glotte,

et l'on acquiert par ce moyen trois notes de plus dans les tons aigus. Le même mécanisme convertit des sons de fausset en sons de poitrine. Il suffit de presser ainsi avec deux doigts pour obtenir ces résultats. Muller avait reconnu ainsi que, pour donner la voix de poitrine, il faut que les ligaments de la glotte éprouvent une compression latérale. Les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales supérieures entrent en vibration simultanément avec les cordes inférieures. Celles-ci étant détruites, les cordes supérieures ont encore donné des sons graves, et les cartilages aryténoïdes des sons aigus, par une pression latérale forcée. Enfin le pharynx étant coupé par le haut jusqu'au niveau des cordes vocales supérieures, donne encore presque tous les sons, mais sans timbre, sans éclat. Ces cordes étant mises à nu, on peut promener dessus l'archet d'un violon, et l'on obtiendra quelques sons aigus. Si on les coud aux deux tiers postérieurs de leur longueur, les cordes, diminuées ainsi d'un tiers, donnent, en soufflant par la trachée, des sons d'une acuité surhumaine; coupées toutes deux, elles n'ont plus donné de son. Si l'on coupe une seule corde, le son persiste.

Maintenant, le jeu des muscles du larynx étant connu, on supplée à la contraction musculaire, qui fait défaut sur le cadavre, ainsi qu'il suit : on commence par tendre le cartilage tyroïde, fonction que remplissent d'ordinaire les muscles hyo et sterno-tyroïdiens; puis on tend le tyro-aryténoïdien. C'est à la contraction de ce muscle et au contact consécutif des deux apophyses du cryco-aryténoïdien sur le vivant qu'il faut rapporter le renflement médian de la fente de la glotte. A ce point qui est aussi le point de pression des deux apophyses rapprochées, chaque corde vocale est enflée, déjetée sur la voisine, effet dû à la pression des apophyses et qui n'avait point encore été signalé. Pour imiter l'action des muscles tyro-aryténoïdiens, on appuie sur la base de ces deux apophyses, qui se trouvent ainsi replacées dans la même condition. Le doigt supplée le muscle; on soufle, et l'on obtient le son désiré. Ces sons varient à l'infini, suivant que la pression dévie d'un côté ou de l'autre, etc.

Tels sont les faits principaux signalés dans ce mémoire, dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Babinet et Despretz.

STRUCTURE DU FOIE.

M. Natalis Guillot lit un extrait d'un grand travail sur la structure du foie des animaux vertébrés, qui est déposé sur le bureau. Voici les points que l'auteur a essayé d'établir :

Les vaisseaux sanguins afférents et efférents communiquent entre eux par des canaux non pourvus de parois membraneuses. Les vaisseaux biliaires commencent par des canaux pareils, qui sont en même temps les origines des vaisseaux lymphatiques. Le lobule auquel on s'est arrêté n'est qu'un cas particulier; la configuration en est déterminée par l'arrangement des vaisseaux, et il se résout en îlots. Enfin l'îlot est un solide de matière hépatique qu'on peut se représenter ainsi : autour passe un canal non membraneux que parcourt le sang amené par les vaisseaux sanguins afférents pour être conduit dans les vaisseaux efférents; à l'intérieur sont creusés des canaux non membraneux, origines des vaisseaux biliaires et lymphatiques, et qui ne communiquent point avec les canaux sanguins.

S'il était permis de déduire de cet arrangement quelques idées destinées à rendre compte du mécanisme de la sécrétion, on serait nécessairement amené à des aperçus différents de ceux qui ont été proposés. La production de la bile n'étant pas due à l'action d'une surface membraneuse, d'une glandule, d'un utricule, d'un follicule, d'un infundibulum ou d'une cellule, ne peut-on penser, en considérant l'arrangement des canaux, la constitution des parties au milieu desquelles ils sont creusés, que les matières sont préparées dans la substance même des particules du foie? Les caractères des humeurs contenues dans les vaisseaux excréteurs se modifient à mesure que ces liquides s'éloignent du lieu de leur origine; n'y a-t-il pas lieu de conjecturer que la bile n'acquiert les propriétés définitives qu'elle possède au dehors de l'organe que par une transformation successive des matériaux dont elle est composée?

(Commissaires : MM. Flourens, Milne-Edwards, Bayer, Valenciennes.)

ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ SUR L'ÉCONOMIE.

M. Louis Parola, médecin en chef de la province de Coni, lit une note supplémentaire à son mémoire intitulé : Nouvelles recherches expérimentales sur le principe actif et sur le mode d'action de l'ergot des graminées, présenté à l'Académie des sciences en décembre 1843. M. Parola, dans ce nouveau travail, expose les résultats des nouvelles études qu'il a faites sur le seigle ergoté. La première question qu'il s'est attaché à résoudre est celle-ci : Quelle est l'énergie, quel est le degré d'action du seigle ergoté sur l'économie animale?

Un grand nombre d'expériences, pratiquées sur lui-même, sur des animaux, sur plusieurs personnes bien portantes et sur un grand nombre de malades confiés à ses soins, ont prouvé à l'auteur que le seigle exerce sur l'organisme une action extrêmement puissante, jusqu'à occasionner la gangrène et des phénomènes toxiques mortels.

Voici les conclusions que l'auteur tire des recherches botaniques, chimiques et thérapeutiques auxquelles il a soumis l'ergot :

1° L'ergot de seigle est un des plus puissants agents du règne végétal, qui exerce une double action sur l'organisme, dont l'une sur les forces générales, manifestement hyposthénisante, antiphlogistique, l'autre sur la fibre organique et sur le sang.

2° Cette double action est à peu de chose près commune à l'ergot des autres graminées.

3° La genèse de l'ergot n'est due ni à un cryptogame ni au nosocarys; c'est une substance amorphe produite par une maladie des graminées, et qui consiste probablement dans une sécrétion accidentelle du pédoncule de l'épillet.

4° Il n'existe dans l'ergot du seigle qu'un principe actif principal, qui est de nature résineuse. Sa proportion relative dans les diverses préparations de l'ergot donne la mesure de leur efficacité.

5° L'ergot est doué d'une vertu élective hémostatique très-prononcée dans les hémorrhagies actives.

6° Son action calmante, très-prononcée sur les mouvements respiratoires et sur le système sanguin, le rend un des moyens les plus puissants pour affaiblir la marche de la phthisie pulmonaire et en procurer quelquefois la guérison.

7° Par cette même action, le seigle est un médicament très-énergique dans les maladies inflammatoires, particulièrement comme auxiliaire de la saignée.

8° Son action calmante des mouvements nerveux et artériels en fait un moyen d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde.

9° Dans le travail de l'accouchement et dans les métrorrhagies actives il est d'un secours précieux, soit pour arrêter l'écoulement sanguin, soit pour hâter la sortie du fœtus.

10° La poudre et l'extrait résineux sont les préparations les plus actives et les plus convenables pour les usages thérapeutiques dans les circonstances urgentes, tandis que les préparations aqueuses peuvent être préférées dans les affections légères et chroniques.

Le travail de M. Parola est renvoyé à la commission précédemment nommée, à laquelle on adjoint M. de Jussieu pour la partie botanique.

RECHERCHES ZOOLOGIQUES, ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES ŒSTRIDES.

M. Joly (de Toulouse) adresse un mémoire sur les œstrides, intitulé : Recherches zoologiques, anatomiques et physiologiques sur les œstrides en général, et particulièrement sur les œstres qui attaquent l'homme, le cheval, le bœuf et le mouton.

Dans une partie de son travail M. Joly trace l'histoire zoologique, anatomique et physiologique de ces insectes singuliers, et s'occupe surtout des espèces qui vivent dans l'estomac ou les intestins du cheval, dans les sinus frontaux des moutons et sous la peau du bœuf. Enfin il examine la question de savoir si l'homme lui-même est quelquefois attaqué par les œstrides, et si, dans le cas de l'affirmative, on doit admettre l'existence d'un *œstrus hominis* comme espèce bien distincte.

Une seconde partie de ce mémoire est consacrée à un essai monographique et descriptif des espèces d'œstrides jusqu'à présent connues.

M. Joly a pu le premier observer l'accouplement de l'*œstrus hæmorrhoïdalis*, l'éclosion des œufs de l'*œstrus equi*, et il a eu ainsi l'occasion de se convaincre que chez les œstrides, comme chez l'immense majorité des insectes, il n'est pas vrai que le mâle reçoive au lieu d'être reçu; l'accouplement, au contraire, a eu lieu de la manière la plus ordinaire et ressemble beaucoup à celui de la *piophila petasionis*, ou mouche du jambon, si bien décrit par le savant Léon Dufour.

Quant au mode de parturition de ces œstrides, M. Joly prouve, contrairement à une assertion récemment émise, que certaines espèces (peut-être même toutes) sont réellement *ovipares*.

Il est généralement admis que, chez les insectes proprement dits, la larve une fois éclose ne subit aucun changement notable jusqu'à l'instant où elle se métamorphose en nymphe. M. Joly a constaté dans l'*œstrus equi* de vraies métamorphoses, de notables changements de forme et de structure, qui ont lieu dans l'intervalle qui s'écoule depuis l'éclosion de la larvule jusqu'au moment de la nymphose : fait important et nouveau, qui rappelle les métamorphoses que subissent, après leur naissance, les myriapodes, les entomostracés, etc.

(Commissaires : MM. Flourens, Milne-Edwards et Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.)

INSTRUMENT DESTINÉ A DÉTERMINER LA DURÉE DES VENTS AINSI QUE LE NOMBRE ET LA DIRECTION DES COURANTS D'EAU.

M. le docteur Mattei présente le modèle d'un instrument destiné à déterminer d'une manière exacte quelle est la durée de chacun des vents qui règnent dans un lieu donné.

Avec cet instrument, dit l'auteur, on pourra déterminer en peu de minutes quel est le nombre et la direction des courants qu'on observe à la profondeur des fleuves ou de la mer, ainsi que préciser l'épaisseur de la couche d'eau que parcourent les courants.

Voici quel est son mécanisme :

L'instrument est une girouette qui tourne au gré des vents. A la tige de cette girouette est fixé un réservoir plein de sable ou d'un liquide quelconque, qui peut s'échapper par une petite ouverture pratiquée à la partie la plus déclive de ce réservoir. Ce dernier, tournant avec la girouette, peut déposer le sable ou le liquide dans autant de tubes qu'il y a de vents. De cette manière, plus longtemps un vent aura soufflé, plus le tube qui lui correspond contiendra de sable. Or, comme ces tubes sont gradués par minutes, par heures, etc., et qu'ils ont ensuite leurs parois transparentes, on n'a qu'à jeter les yeux sur chacun d'eux pour savoir combien de temps a duré le vent qui lui correspond.

Lorsque le sable du réservoir de la girouette est épuisé, on n'a qu'à tourner l'instrument sens dessus dessous; tout le sable des tubes tombe alors dans un entonnoir qui le ramasse et le conduit une seconde fois dans le réservoir. Cela fait, on redresse l'instrument, on le met en place, et il recommence à fonctionner.

Un couvercle, soudé au corps des tubes, rend l'intérieur de l'instrument tout à fait indépendant du milieu dans lequel on fait l'expérience. La flamme de la girouette et une partie de sa tige restent seules à l'extérieur pour être mises en rapport avec les courants atmosphériques.

Ainsi construit, l'instrument est une sorte de sablier comme les anciens chronomètres; il sera possible de le remplacer par une machine à roues, et l'auteur indique la manière de s'y prendre.

Quand avec ces instruments on veut déterminer le nombre et la nature des courants d'un milieu liquide, il faut placer l'instrument sur une tige horizontale plus longue que le diamètre du cercle que décrit la flamme de la girouette. Deux cordes parallèles attachées aux extrémités de la tige servent à suspendre l'instrument. Cela fait on plonge celui-ci dans le liquide, et on le laisse descendre graduellement jusqu'à la profondeur que l'on veut explorer. La girouette tournera au gré des courants, tandis que le corps de l'instrument conservera toujours la direction première; et quand on le retirera on verra par les cadrans ou par les tubes quelles sont les directions imprimées à la girouette par les courants du liquide. Le temps donné par ces indicateurs sera proportionnel au nombre des courants, à leur direction et à l'épaisseur de la couche d'eau qu'ils parcourent.

Cet instrument, qui manquait à la physique, pourra rendre plus exactes les observations que l'on fait pour décrire la constitution atmospérique et médicale des lieux.

— M. Chevallier adresse un mémoire sur les maladies dont sont atteints les ouvriers qui préparent le vert arsenical (le vert de Schweinfurt) et sur les accidents observés chez les ouvriers en papiers peints qui font usage de cette préparation.

Ce travail est renvoyé, sur la demande de l'auteur, à la commission des arts insalubres pour le prix Montyon.

— M. Cazenave (de Bordeaux) écrit qu'il ne partage point l'avis émis par M. Jobert de Lamballe sur la thérapeutique des fistules urinaires urétrales chez l'homme, dans le mémoire que ce chirurgien a lu à l'Académie le 15 juin dernier. M. Cazenave dit avoir eu très-fréquemment l'occasion de donner des soins à des malades porteurs de fistules urinaires urétrales, et n'avoir jamais été forcé, pour les cas même les plus difficiles et les plus compliqués, d'avoir recours ni à la boutonnière, ni à la ponction de la vessie par le périnée, ni à l'autoplastie, ni à la suture et à l'autoplastie combinées, ni aux sondes à demeure, ni à l'incision et à l'excision du trajet fistuleux, etc. Il se propose d'exposer incessamment la méthode générale qu'il suit en pareil cas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Lagneau lit, au nom de M. Baffos et au sien, un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Loreau (de Poitiers), et ayant pour titre: Notice sur l'utilité des boissons abondantes dans l'urétrite. Ce rapport entièrement approbatif est terminé par les conclusions suivantes: La commission propose le renvoi du mémoire au comité de publication, et demande que le nom de M. Loreau soit inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Velpeau: J'appuie d'autant plus volontiers les conclusions de la commission que M. Loreau a déjà communiqué à l'Académie plusieurs travaux qui dénotent un homme très-instruit, très-capable et très-digne sous tous les rapports de figurer au nombre de nos correspondants.

M. Piorry: J'ai l'avantage de connaître personnellement M. Loreau, et je puis assurer l'Académie que c'est un médecin extrêmement distingué.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

MALADIES DES FOLLICULES SÉBACÉS ET PILIFÈRES DE LA VULVE.

M. Huguier lit un mémoire sur les maladies des follicules sébacés et pilifères de la vulve. Ce mémoire est la suite de celui dont M. Huguier a donné lecture à l'Académie il y a quelques mois, sur l'anatomie et la physiologie de ces follicules.

Maladies des follicules. — 1° Pour les follicules, l'affection dont ils sont le siége offre trois périodes distinctes: l'éruption, la suppuration et la dessiccation; elle est souvent compliquée d'érythème, d'acné, d'eczéma, d'érysipèle, d'œdème, d'herpès, de furoncles, d'angéioleucite, avec ou sans adénite inguinale.

2° La vulve est quelquefois le siége d'un acné, non encore décrit, qui détermine un prurit vulvaire très-incommode et très-rebelle. Cette dermatose de la vulve a souvent été prise pour une maladie vénérienne, surtout quand il existe en même temps un écoulement vaginal.

3° De véritables kystes sébacés ou stéatomateux se développent quelquefois dans les follicules vulvaires.

4° Enfin il existe une hypertrophie ou *exdermoptosis* des follicules sébacés. Dans cette maladie, les follicules forment un relief plus ou moins prononcé, se détachent en quelque sorte des téguments, et donnent naissance à de petites tumeurs que l'on a souvent prises pour des végétations, des tubercules muqueux, etc. L'erreur est d'autant plus facile, que souvent elles sont accompagnées de prurit et d'écoulement. On les a désignées sous le nom de syphilide verruqueuse. Cette affection n'est susceptible de guérir qu'à l'aide d'une opération. L'examen microscopique démontre clairement que les follicules sébacés sont de véritables glandes à conduit excréteur ramifié, et terminé, dans chacune de ses parties, par un glomérule glanduleux.

Maladies de la glande vulvo-vaginale et de son appareil excrétoire. — 1° La glande et son appareil excrétoire sont assez souvent le siége d'une hypersécrétion simple de mucus ou de muco-pus, qui peut être confondue avec l'inflammation des follicules isolés, la leucorrhée, les abcès et les kystes de la vulve, etc.

2° La glande est fréquemment atteinte d'engorgement chronique accompagné d'hypersécrétion qui, plusieurs fois, en a imposé pour un ganglion engorgé, un kyste ou un abcès fistuleux. Cet engorgement dispose aux inflammations aiguës et aux abcès de l'organe.

3° Elle peut subir une dégénérescence fibreuse, contre laquelle il n'existe d'autre ressource que l'extirpation.

4° Le conduit excréteur de la glande peut s'enflammer et être le siége d'un abcès qui est toujours peu volumineux, indolent, fluctuant dès son apparition, situé immédiatement au-dessous de la muqueuse, s'ouvre très-promptement, récidive fréquemment surtout aux époques menstruelles, et est suivi d'une hypersécrétion simple, purulente, ou d'une cavité ovalaire qui peut être la source d'erreurs nombreuses de diagnostic.

5° La glande elle-même est souvent atteinte d'une inflammation aiguë ordinairement bornée à un seul côté, et qui se termine souvent par suppuration. Ces abcès sont le plus souvent la suite d'excès vénériens ou de blennorrhagie; ils diffèrent des abcès du conduit excréteur en ce que:

1. Ils sont un peu plus profondément situés, plus rapprochés de la branche de l'ischion.

2. Ils sont placés un peu plus bas dans la grande lèvre; ils occupent positivement son extrémité postérieure, laquelle est allongée et descend plus bas que celle du côté opposé, ce qui n'a pas lieu dans l'abcès du conduit.

3. La fluctuation ne devient sensible qu'au bout de quelques jours de durée de la maladie, et d'abord au centre de la grosseur. Dans l'abcès du conduit, la fluctuation est sensible dès le lendemain ou le surlendemain de la manifestation des accidents, et de suite dans toute l'étendue de la tumeur.

4. L'abcès glanduleux a un volume plus considérable et déforme davantage la vulve.

5. Son ouverture spontanée se fait plus longtemps attendre.

6. La cicatrice n'est pas visible ou elle l'est à peine; elle ne laisse jamais de perte de substance à la muqueuse de la grande lèvre, comme le fait souvent l'abcès du conduit.

7. Ce n'est que par une exception rare que le pus s'écoule par l'orifice du conduit excréteur.

8. Lorsqu'on sonde le foyer, l'extrémité du stylet s'engage plus profondément; elle ne reste pas située sous la muqueuse de la nymphe et de l'entrée du vagin; elle est entourée de parties résistantes formées par le tissu glanduleux.

9. Le pus, comme l'a démontré la description de ces deux maladies, a des caractères différents.

10. Quand, avec le bistouri, on ouvre légèrement les deux foyers, on voit que la cavité de l'abcès parenchymateux est inégale, mamelonnée, granuleuse, tapissée ou non d'une légère pellicule, est d'un rouge vif et souvent saignante, tandis que celle de l'abcès du conduit est régulièrement arrondie en ampoule; elle est lisse, polie, parfois même luisante; ses parois sont résistantes, formées par une véritable membrane muqueuse.

11. L'abcès glanduleux est plus douloureux, et peut même être suivi de symptômes de réaction générale, ce qui n'a pas lieu dans les abcès du conduit.

12. Il ne simule jamais de fistules vulvaires comme l'autre espèce.

13. Immédiatement après la guérison, entre la branche de l'ischion et la partie postéro-latérale de l'entrée du vagin, on sent au milieu des parties molles un noyau dur, résistant, formé par le reste de l'engorgement de la glande, noyau qu'on n'observe pas dans l'abcès du conduit.

Ces abcès de la glande sont souvent confondus avec trois autres espèces de collections purulentes qui se forment à la vulve, savoir: les abcès phlegmoneux, les abcès stercoro-vulvaires et les abcès prérecto-vulvaires. Ces derniers surtout ont avec eux de grandes analogies; mais ils en diffèrent principalement en ce que le pus qui en provient est plus abondant, noirâtre, a une odeur fétide, et peut se faire jour dans le rectum, en ce qu'il est suivi d'un cordon cylindrique induré qui se porte de la grande lèvre à l'intestin.

6° L'orifice du canal excréteur est quelquefois atteint d'un rétrécissement ou d'une oblitération complète, qui peuvent être cause d'une collection purulente, d'un abcès ou d'un kyste; d'autres fois il est agrandi, et remplacé par une ouverture qui mène à un cul-de-sac au fond duquel peuvent séjourner les liquides génito-urinaires.

7° Enfin, l'appareil sécréteur vulvo-vaginal peut être le siége de kystes muqueux qui ont été jusqu'à présent méconnus et confondus avec les autres kystes de la vulve.

Quant aux affections syphilitiques de cet appareil, elles ne présentent rien de particulier: la vérole peut s'y présenter sous toutes les formes qu'elle affecte partout ailleurs.

(Commissaires: MM. Bérard, Malgaigne, P. Dubois.)

SPÉCIFIQUES MERCURIAUX DANS LES MALADIES DE LA PEAU ET LA SYPHILIS.

M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, donne lecture d'un travail sur ce sujet, à l'occasion de sa candidature à l'Académie.

Après avoir rappelé que le traitement spécifique de la syphilis, mis en usage au quinzième siècle par des empiriques d'abord, puis adopté par les médecins malgré leurs répugnances *classiques*, avait été emprunté aux formules arabiques de certains topiques usités dans les maladies de la peau, l'auteur passe en revue certaines préparations mercurielles dont il signale les avantages ou les inconvénients dans le traitement de ces maladies.

A l'occasion du traitement de la *gale* par la *pommade citrine*, il mentionne les accidents causés par ce topique (et notamment la salivation), puis il indique divers autres remèdes plus avantageux, et notamment la teinture alcoolique de *staphysaigre*.

Il vante les bons effets de l'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis modifiée d'après une formule qui lui est propre, dans diverses affections papuleuses, squammeuses, vésiculeuses et pustuleuses de la peau.

Arrivant au traitement des *syphilides*, il mentionne la divergence d'opinions des médecins, depuis le quinzième siècle jusqu'à nous, relativement à l'origine, la nature et le traitement de cette maladie. Il repousse l'opinion qui attribue à une sorte de dégénérescence de la *lèpre*, la *syphilis*, ainsi que la *pellagre*, et insiste sur les inconvénients théoriques et pratiques d'une étude trop superficielle et incomplète de la pathologie cutanée spéciale.

Suivant lui, la principale cause de la dissidence des esprits au sujet de la *syphilis* se trouve dans l'existence de symptômes, bien connus des anciens, qui se rapprochent, pour la physionomie et l'aspect, soit des symptômes *primitifs*, soit des symptômes *consécutifs* de la vérole, et qui sont cependant étrangers à cette maladie.

Enfin, M. Gibert, après avoir indiqué le traitement qui lui paraît généralement préférable (l'administration intérieure du *sirop de deuto-iodure-ioduré*), s'élève à quelques considérations sur les médications *spécifiques* comparées à celles dites *rationnelles*. Le principal objet du thérapeutiste doit toujours être, suivant lui, la recherche des remèdes *spécifiques*. « N'est-ce pas en effet, dit-il en terminant, la médication la plus éminemment rationnelle, celle qui s'attaque directement à la cause du mal? Or c'est évidemment là que tend l'empirisme raisonné appliqué à la recherche des médicaments spécifiques : *Sublatâ causâ tollitur effectus.* »

Nous reviendrons plus tard sur ce travail intéressant et éminemment pratique.

PRÉSERVATIFS DES ÉPIZOOTIES.

M. Dupuy lit une note sur les préservatifs des épizooties qui déciment les races bovines et ovines. Ce travail, dont il nous a été extrêmement difficile de suivre la lecture, nous a paru être principalement une appréciation critique de la manière dont les médecins vétérinaires envisagent en général les causes et la prophylaxie des épizooties.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC. — DOUBLE EXPERTISE; DISSIDENCE. — CONTRE-EXPERTISE; ACCORD DES EXPERTS.

Deux ordres de faits médico-légaux ont signalé cette affaire, mais aucun d'eux n'a présenté de circonstances particulières dignes de nous arrêter longtemps.

Le cadavre d'un homme, le nommé J. G. Glœekler (de Strasbourg), mort par l'arsenic, ainsi que le démontrèrent par la suite l'instruction et l'expertise chimique, avait été soustrait pour dissimuler la mort et faire croire à une évasion. Retrouvé dans les latrines, on reconnut qu'il avait été mutilé, que la cavité abdominale avait été ouverte et tous les viscères enlevés, afin de faire disparaître les traces de l'empoisonnement. L'instruction que la découverte de ces faits provoqua fit planer tous les soupçons sur la femme Solomé Riehl, veuve du défunt. Il s'agissait de savoir aux débats si cette femme, qui était dans un état de grossesse avancée, avait pu retirer le cadavre de son mari du lit de mort, le transporter de là dans une pièce voisine, l'ouvrir, en extraire les viscères et le précipiter dans la fosse d'aisance. Toutes ces questions furent résolues affirmativement par le médecin chargé de l'examen et de la constatation du cadavre, qui déclara en outre, d'après le caractère de la plaie abdominale, que cette plaie ainsi que l'extraction des viscères avaient été faites après la mort.

Le second ordre de faits est relatif à la constatation de l'empoisonnement.

G. avait eu suivant les uns une fièvre typhoïde, suivant les autres une fièvre nerveuse; il avait eu du délire, de la fièvre des coliques, de la diarrhée, une faiblesse extrême et un amaigrissement considérable. Ces symptômes assez vagues pouvaient s'accorder avec l'idée d'un empoisonnement lent et à petites doses, mais ils étaient loin d'en constituer la preuve. L'analyse chimique pouvait donc seule éclairer la question. Une première expertise faite par MM. Willemin, Caillot, Tourdes et Oppermann (de Strasbourg) donna d'abord des résultats négatifs. Mais une seconde expertise faite par MM. Devergie, Chevallier et Flandin (de Paris) les avait conduits à déclarer à l'instruction qu'une quantité d'arsenic assez considérable pour pouvoir être pesée avait été extraite du corps de G., que cet arsenic ne provenait point des réactifs et qu'il avait été introduit dans le corps durant la vie. Les experts de Strasbourg déclarèrent aux débats, après avoir pris connaissance du rapport des experts de Paris, qu'ils n'avaient aucune objection à faire; la différence des résultats obtenus tenait à la différence des procédés employés. Sur l'invitation de la cour, les experts reunis procédèrent en commun à une nouvelle contre-expertise qui eut les mêmes résultats affirmatifs que celle des experts de Paris. Malheureusement dans la relation de ces débats, il n'est point fait mention des procédés employés par les experts, et il ne nous est par conséquent pas possible de faire connaître la cause de la dissidence signalée entre les deux premières expertises. Quoi qu'il en soit, la dernière déclaration des experts réunis ayant été unanime et affirmative, l'accusée fut déclarée coupable. (Cour d'assises du Bas-Rhin, 26 juin.)

SIMPLIFICATION DU PROCÉDÉ ANALYTIQUE D'UNE TACHE ARSENICALE.

M. Boutigny (d'Évreux) a déjà publié dans le Journal de chimie médicale (numéro de janvier) un procédé analytique des taches arsenicales, dont il vient tout récemment de faire connaître dans le même journal un perfectionnement ou une simplification. Dans son nouveau procédé simplifié, M. Boutigny supprime la réduction du sulfure d'arsenic dans le tube et projette directement sur un charbon incandescent, la petite masse saline obtenue dans la capsule; on obtient ainsi, dit-il, le développement de l'odeur alliacée si connue de l'arsenic.

L'auteur pense que ce procédé sera tout à fait propre à faire ressortir les caractères essentiels de l'arsenic :

1° Tache miroitante d'un gris d'acier;

2° Disparition de la tache par l'action combinée de la chaleur et de l'acide nitrique dilué;

3° Sa transformation en sulfure jaune par l'action de l'acide sulfhydrique;

4° Sa dissolution incolore dans l'ammoniaque;

5° La coloration en jaune du sphéroïde par l'acide chlorhydrique, sa décoloration par l'ammoniaque, et ainsi de suite presque indéfiniment;

6° Puis enfin le développement de l'odeur alliacée.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR DISTINGUER LES TACHES D'ARSENIC D'AVEC LES TACHES D'ANTIMOINE.

M. Cottereau fils propose un nouveau moyen pour différencier les taches arsenicales des taches antimoniales, dans les recherches chimico-légales. Ce moyen consiste à soumettre à l'action de la vapeur de phosphore les taches que l'on a obtenues sur des capsules de porcelaine. Pour cela, on divise le phosphore en petits fragments, que l'on place sur une capsule plate, et on renverse sur cette capsule la soucoupe sur laquelle sont les taches; puis on laisse agir le phosphore en abandonnant l'expérience à elle-même. L'action a lieu à la température ordinaire. Toutes les taches produites par l'arsenic disparaissent dans l'espace de quelques heures, tandis que celles qui sont formées par l'antimoine résistent pendant plus de quinze jours. Toutefois ces dernières finissent par disparaître aussi, en partie du moins; et alors en disposant la soucoupe au-dessus d'une bascule dans laquelle on verse une solution d'acide sulfhydrique, les émanations de ce gaz qui se dégagent spontanément du liquide suffisent pour faire reparaître les taches, celles d'arsenic à l'état de sulfure jaune de ce métal et celles d'antimoine à l'état de sulfure rouge d'antimoine. Toutes ces taches présentent, dans ce nouvel état, la même forme qu'elles offraient auparavant lorsqu'elles étaient à l'état métallique.

SYMPTÔMES DÉTERMINÉS PAR L'INGESTION DES CANTHARIDES CHEZ DES INDIVIDUS QUI Y ONT ÉTÉ ACCIDENTELLLEMENT SOUMIS PENDANT LONGTEMPS.

Voici le fait assez remarquable que rapporte M. le docteur Frestel dans le numéro de juin du Bulletin général de thérapeutique. Six étudiants, mangeant ensemble chez l'un d'eux, ont, sans le savoir et par suite d'une méprise, pris pendant six mois, à des époques variables, de la poudre de cantharides mélangée à leurs aliments en guise de poivre. Ils

n'en prenaient ni tous les jours ni en égale quantité chaque fois; suivant que les mets étaient plus ou moins fades, que leur appétit était plus ou moins blasé, ils recouraient à la poivrière, qui, à leur insu, contenait un mélange de poivre et de poudre de cantharides. Ils éprouvaient alors des accidents qui étaient en raison directe de la quantité qu'ils en avaient prise. Les symptômes de cette sorte d'empoisonnement réitéré étaient les uns généraux, les autres spéciaux. Voici en quels termes l'auteur les décrit :

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. Point de fièvre; le pouls n'a présenté rien d'anormal. Du côté du système nerveux, on n'a noté ni désirs érotiques, ni hallucinations, ni convulsions; et cependant, chez un de ces individus, quelques accès ont été précédés d'abattement et de tendance au sommeil. Tous ont présenté un besoin incessant de changer de place, une sorte d'impossibilité de conserver une position stable (pendant l'accès). Le tube digestif n'a été influencé en aucune manière; l'appétit est toujours resté normal.

SYMPTÔMES SPÉCIAUX. Aucun de ces six individus n'a éprouvé de douleurs dans les régions rénales et lombaires. Trois heures après le repas, sans prélude, ils ressentaient vers l'extrémité du gland un léger prurit accompagné de besoin d'uriner; à peine l'urine était-elle arrivée dans le canal, que sa présence leur était révélée par de la cuisson et un sentiment d'épreinte difficile à caractériser. Cette première émission, ainsi que la suivante, étaient ordinairement assez abondantes. Bientôt de nouveaux besoins se faisaient sentir; alors ils étaient précédés et accompagnés de douleurs. Ces besoins se succédaient avec rapidité; ils n'avaient pour résultat, malgré les efforts que les malades faisaient, que l'expulsion de quelques gouttes de liquide. Ces efforts avaient quelque chose d'agréable, en ce sens qu'il leur semblait que c'était le seul moyen de se soulager et de rejeter au dehors la cause de leurs souffrances; ainsi, pendant le passage de l'urine dans le canal, il y avait sensation de bien-être, de jouissance peut-être, qui cessait immédiatement après l'expulsion de la dernière goutte d'urine, pour être remplacée par de nouvelles douleurs. Cet état durait pendant deux, trois ou quatre heures, puis tout disparaissait. Cependant il restait une irritation du canal, qui se manifestait pendant l'intervalle des accès par de la cuisson en urinant et par une sensation continuelle et toute particulière résidant dans le pénis. Aucun des malades n'a éprouvé ni priapisme ni désirs vénériens.

Un phénomène particulier digne d'attention, c'est que si, lors de la sensation du prurit mentionnée plus haut, les malades parvenaient à empêcher l'émission de s'effectuer, l'invasion de l'accès était retardée; car les douleurs ne commençaient qu'après le passage de l'urine dans l'urètre.

Comme symptômes insolites, M. Frestel a noté un léger écoulement blanc filant dont fut affecté un de ces individus, qui, d'après son observation, eut un plus grand nombre d'accès que les autres. Cet écoulement, dont la cause pouvait jusqu'à un certain point être rattachée à une infection blennorrhagique, fut traité vainement par les moyens que l'on emploie en cette occurrence.

L'une des circonstances les plus remarquables de ces observations, et sur laquelle insiste M. Frestel, c'est l'absence de priapisme. On a dit que le priapisme était en raison de la faiblesse de la dose de cantharides ingérée; cependant, fait remarquer M. Frestel, les individus qui font le sujet de ces observations en ont pris à des doses différentes; la quantité d'épice pour l'assaisonnement ayant dû varier avec la nature des mets, quelques-uns auraient dû se trouver dans les conditions voulues pour éprouver des désirs vénériens, ce qui n'a pas eu lieu.

L'expérience a démontré aux six individus, sujets de cette note, que les bains tièdes et les boissons aqueuses abondantes étaient les moyens les plus efficaces de soulager leurs douleurs, qui diminuaient à mesure que les urines étaient plus abondantes et qu'elles coulaient plus librement. De sorte que ce traitement qu'ils firent d'une manière empirique, et sans connaître la cause réelle de leur mal, était effectivement le traitement indiqué, et celui qui devait être prescrit en pareille occurrence.

SYMPTÔMES DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

M. le docteur Theinhardt (de Wald) rapporte l'observation suivante, qui présente un exemple très-remarquable des symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine.

OBS. — Un étudiant en pharmacie, adonné à la boisson, au retour d'un bal où il avait beaucoup dansé et beaucoup bu, se coucha et avala aussitôt une certaine quantité de strychnine.

A l'arrivée de M. Theinhardt, environ un quart d'heure après l'ingestion du poison, il déclara qu'il avait pris à peu près 2 grammes de strychnine en solution dans l'alcool. Il était couché tranquillement dans son lit; les mouvements respiratoires, le pouls et la température de la peau ne présentaient rien d'anormal, de sorte que M. Theinhardt se refusa à admettre la réalité de l'empoisonnement, malgré toutes les assurances données par le malade. Cependant il survint bientôt des contractions dans tous les muscles; la respiration s'accéléra; il y eut des convulsions par accès qui furent suivies de roideur de tout le corps. Ces mouvements convulsifs n'ayant pas tardé à céder, un vomitif put être administré, mais il resta sans résultat. Au bout de quelques minutes, un nouvel accès, plus fort que le premier, se manifesta en s'accompagnant de fortes secousses de tout le corps et d'un opisthotonos bien prononcé. Bientôt survinrent un troisième et un quatrième accès pendant lesquels le malade poussa de véritables hurlements. Une demi-heure plus tard, le malheureux avait cessé de vivre.

La langue, les gencives et les lèvres étaient violacées; les doigts et les orteils présentaient la même coloration; les premiers étaient convulsivement rétractés, et les seconds étaient tout à fait retirés en arrière. Le cadavre était rigide, dur au toucher comme du bois et légèrement recourbé sur lui-même.

Le malade, dans les quelques moments où il avait encore sa connaissance, ne voulut pas indiquer les sensations qu'il éprouvait ni les douleurs qu'il paraissait cependant ressentir à la région de l'estomac. Toutefois, les plaintes que les voisins avaient entendues avant l'arrivée du médecin rendent très-probable l'existence de vives douleurs. (JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, juin.)

EMPOISONNEMENT PAR L'AMMONIAQUE.

Les cas d'empoisonnement par l'ingestion d'ammoniaque liquide sont extrêmement rares; on en trouve à peine quelques exemples dans les recueils. La GAZETTE DE SANTÉ (21 mai 1826) rapportait un cas d'empoisonnement et de mort par l'administration involontaire de 4 à 8 grammes d'ammoniaque. Tout le monde connaît le fait signalé par Nysten, d'un jeune médecin épileptique auquel on avait fait respirer de l'ammoniaque pendant un accès, et qui succomba au bout de quarante-huit heures. Mais dans ces rares observations, il n'est fait presque aucune mention des phénomènes spéciaux produits par cette substance. Ce que l'on sait de plus positif à cet égard repose encore sur les expériences de M. Orfila. On sait que presque tous les chiens empoisonnés par l'ammoniaque ont présenté des épanchements sanguins, variables par leur siége et leur quantité. M. Chapplain vient de faire connaître un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide chez l'homme, qui confirme dans quelques-uns de ses effets les résultats signalés par M. Orfila. L'individu dont il s'agit a eu des vomissements et des selles sanguinolentes, et à l'autopsie on a trouvé le tube digestif rempli d'une sorte de boue sanguinolente. L'auteur, se demandant si cet épanchement peut être attribué à l'action corrosive de l'ammoniaque sur la membrane muqueuse, fait remarquer que beaucoup d'agents plus corrosifs ne produisent pas d'hémorrhagie. Il pense en conséquence que cet effet doit être attribué plutôt à l'action fluidifiante de l'alcali sur le sang, explication qui semblerait être légitimée par cette circonstance que, dans quelques-unes des expériences de M. Orfila où ces mêmes phénomènes avaient été observés, l'ammoniaque avait été introduite par les veines. M. Chapplain a constaté directement, d'ailleurs, chez le sujet de son observation, une fluidité remarquable du sang. (*Ibid.*)

III. POLICE MÉDICALE.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — COMPLICITÉ D'UN DOCTEUR EN MÉDECINE.

Trois individus comparaissaient devant la 7ᵉ chambre du tribunal correctionnel de la Seine, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine : c'étaient les sieurs Dornier, Sabattier et Gardet.

Le sieur Sabattier, dont plusieurs fois déjà nous avons eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs, poursuivi et condamné sept fois pour le même délit, avait formé, en 1844, avec M. Dornier, docteur en médecine, une association ayant pour but de réunir leurs cabinets de consultation en un seul, sous le nom de *Cabinet médical de la Société hippocratique*. Ils s'étaient adjoint à cet effet M. Gardet, pharmacien, qui devait avoir exclusivement le droit de préparer leurs formules et prescriptions.

Tous les actes constatant ces conventions étaient entre les mains de la justice, ainsi qu'une griffe avec laquelle M. Dornier signait ou laissait signer ses ordonnances.

Parmi les témoins ont été appelés MM. les docteurs Tardieu et Bayard, chargés d'examiner les remèdes ordonnés par les associés. Ils déclarèrent que ces ordonnances contenaient la formule d'une solution de sublimé corrosif, où ce poison entrait pour une quantité assez considérable, et étiquetée *liqueur dépurative*.

L'avocat du roi soutint la prévention à l'égard des sieurs Sabattier et Dornier, s'en rapportant, à l'égard de Gardet, à la prudence du tribunal.

Jugement fut rendu dans les termes suivants :

« En ce qui touche Gardet :

» Attendu qu'il est établi qu'il a vendu, sur ordonnances qu'il savait ne pas

émaner d'un médecin, des préparations médicinales et pharmaceutiques inusitées, non formulées au Codex, et constituant ainsi des remèdes secrets;

» Attendu qu'il a, par là, commis une double infraction aux dispositions de l'article 32 de la loi du 2 germinal an XI;

» Mais attendu que cet article ne contient aucune sanction pénale, et que la disposition de la loi interprétative et complémentaire du 29 pluviôse an XII ne s'applique et ne se réfère qu'aux faits énoncés dans l'article 36 de la loi du 2 germinal an XI;

» Renvoie ledit Gardet des fins de la poursuite.

» En ce qui touche la complicité imputée à Sabattier et à Dornier dans les faits dont il vient d'être parlé:

» Attendu que ces faits ne constituent ni délit ni contravention, puisqu'ils ne sont punis d'aucune peine correctionnelle ou de simple police, la prévention de complicité n'est pas plus fondée que la prévention principale;

» Renvoie également Sabattier et Dornier des fins de la poursuite sur ce point.

» Mais attendu que, de l'instruction et des débats, il résulte la preuve que, depuis les deux jugements rendus par cette chambre, les 23 juillet et 12 novembre 1845, qui ont condamné Sabattier pour exercice illégal de la médecine, il a continué, sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettres de réception, à exercer l'art de guérir;

» Qu'il a ainsi commis le délit prévu et puni par les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, sans qu'il soit prouvé qu'il ait pris le titre de docteur;

» Attendu, pour ce qui concerne particulièrement Dornier, que les articles 59, 60 et 62 du Code pénal, relatifs à la complicité, établissent des principes généraux applicables non-seulement aux faits prévus par ce Code, mais encore aux autres faits prévus par des lois spéciales;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats la preuve que Dornier a sciemment et volontairement aidé et assisté Sabattier dans la perpétration du délit d'exercice illégal de la médecine dont il s'est rendu coupable;

» Que par conséquent Dornier s'est rendu coupable de ce délit;

» Faisant application auxdits Sabattier et Dornier, chacun en ce qui le concerne, des dispositions des articles 35, 36, de la loi du 19 ventôse an XI, et 60 du Code pénal;

» Condamne Sabatier à un mois de prison et 15 fr. d'amende, Dornier à 15 fr. d'amende, et tous deux solidairement aux dépens. »

Nous avons cru devoir rapporter textuellement les principaux considérants de ce jugement, qui signalent dans le texte des lois sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie cette singulière contradiction d'un délit spécifié qui, faute d'une sanction pénale, assure l'impunité à ceux qui s'en rendent coupables.

ANNONCE ET VENTE D'UN REMÈDE SECRET. — L'HUILE D'OLIVE MÊLÉE A UNE SUBSTANCE COLORANTE CONSIDÉRÉE COMME REMÈDE SECRET.

Il est extrêmement difficile, sinon impossible, de déterminer d'une manière précise ce qui est ou ce qui n'est point un remède. La définition d'un remède secret serait par conséquent, au même titre, à peu près impossible, et le délit d'annonce et de vente de ces sortes de remèdes échapperait à toutes poursuites, si la loi, à défaut d'une précision scientifique, n'avait donné de cette expression une définition parfaitement claire et qui ne permet pas l'équivoque.

Divers arrêts de la cour de cassation et jugements de la cour royale et du tribunal correctionnel de Paris ont effectivement fixé la jurisprudence à cet égard, en déclarant : « que tout médicament qui ne rentre pas dans une des *trois* catégories établies par l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI et par le décret du 18 août 1810 (préparations ou compositions pharmaceutiques conformes au Codex, ou préparées pour des cas déterminés et d'après des ordonnances spéciales d'un docteur ou d'un officier de santé, ou achetées et rendues publiques par le gouvernement) doit être réputé *remède secret* (arrêt de cassation du 19 novembre 1840 et jugement du tribunal correctionnel de la Seine, 5 mars 1845); et en déclarant remède secret toute drogue simple, si on la débite sous un nom qui la déguise. » (Tribunal correctionnel de Paris, 12 novembre 1828, et cour royale, 23 janvier 1829.)

Conformément aux principes de cette juridiction, le tribunal de police correctionnel de la Seine (7ᵉ chambre) vient récemment de prononcer un jugement contre M. Maurice Mène, assigné pour délit d'annonce et vente d'un remède destiné, suivant lui, à guérir la surdité et la migraine, et qu'il désignait sous le nom d'*huile acoustique*.

Un pharmacien de la capitale, délégué pour l'examen de ce remède, a reconnu qu'il était tout simplement composé d'*huile d'olive* colorée avec de l'*orcanette*. La formule de ce remède n'étant ni inscrite au Codex, ni achetée et rendue publique par le gouvernement, ni composée pour chaque cas particulier, sur les prescriptions d'un médecin, il a été considéré par le tribunal comme remède secret, et le fait de l'annonce et de la vente de ce remède puni comme délit prévu par l'article 36 de la loi du 2 germinal an XI, et par l'article unique du 29 pluviôse an XIII, par une amende de 300 fr. et dépens.

VENTE DE SIROP DIACODE SANS ORDONNANCE DE MÉDECIN. — PHARMACIEN INCULPÉ D'HOMICIDE PAR IMPRUDENCE.

Un pharmacien de Paris et son élève ont comparu le 9 juin dernier devant le tribunal de police correctionnelle, sous la prévention d'homicide par imprudence, qui aurait été commis dans les circonstances suivantes :

Le 24 mars dernier, la femme Q... mit au monde un enfant du sexe masculin qui, depuis le moment de sa naissance et pendant six jours, ne cessa de pousser des cris. La femme R..., sage-femme, conseilla de faire prendre à l'enfant du sirop diacode. La femme Q... envoya son fils, âgé de 10 ans, chercher chez le pharmacien pour 10 centimes de cette substance, et elle lui remit un verre qui devait la contenir. Une cuillerée en fut aussitôt administrée à l'enfant, qui tomba dans des convulsions et mourut dans la nuit.

Le docteur Plisson, délégué pour visiter le corps de l'enfant et déterminer si l'administration du sirop diacode, délivré sans ordonnance de médecin, était la cause de ce fâcheux événement, déclara que, dans son opinion, la mort avait été causée par l'administration intempestive du sirop diacode, qui avait donné lieu à des convulsions dont la durée avait été d'un jour.

La dame Q..., interrogée par le docteur Quétaud qui avait soigné l'enfant, déclara lui avoir donné une cuillerée à dessert de sirop diacode, sur l'avis de la sage-femme, afin de lui procurer du sommeil. Le docteur Quétaud estimait à 16 grammes la quantité de sirop que l'enfant avait dû prendre, dose qui était plus que suffisante pour causer la mort d'un enfant de cet âge.

Le sieur G..., pharmacien, était désigné comme ayant vendu le médicament. C'était en conséquence de ces faits qu'il comparaissait, avec son élève, devant le tribunal correctionnel.

Les inculpés ayant formellement nié la vente du sirop, la cause fut ajournée, et M. Bayard fut appelé à décider la question de savoir *si la quantité de sirop ingéré avait pu causer la mort de l'enfant*.

M. Bayard a discuté la question de savoir si c'était du sirop diacode qui avait été administré ou du sirop d'opium. Suivant cet expert, si c'était une cuillerée à café de sirop diacode, cuillerée qui avait pu contenir 4 à 5 grammes, il avait pu déterminer chez l'enfant un état d'assoupissement, mais il n'aurait pas dû nécessairement donner la mort si l'enfant était fort et bien portant. Si c'était du sirop d'opium, au contraire, il était certain que la dose était mortelle.

Un nouvel ajournement eut lieu, dans le délai duquel il fut ordonné qu'on procéderait à l'analyse du sirop qui était resté dans le verre dans lequel il avait été délivré.

A l'audience suivante, l'avocat du roi annonça au tribunal que l'expert chargé de cette analyse avait déclaré que cette expérience ne servirait à rien, attendu que la base du sirop diacode et du sirop d'opium est la même, et que la quantité qui en restait dans le verre était trop minime pour qu'il fût possible de se prononcer.

En conséquence de cette déclaration, le tribunal a renvoyé le sieur G... et son élève de la plainte. (Tribunal de police correctionnelle de Paris, aud. du 2 juillet.)

IV. HYGIÈNE PUBLIQUE.

PURIFICATION DE L'OUTREMER FACTICE POUR LA COLORATION DES SUCRERIES.

On sait que les confiseurs font fréquemment usage de l'*outremer factice* pour décorer et colorier les sucreries et les bonbons. Un fait curieux a été observé à l'occasion de cet emploi : c'est que lorsque l'on fait usage de l'outremer factice pour colorier des bonbons dans lesquels on fait entrer des *sucs acides*, du *suc* ou *jus de pommes* et même de l'*iris de Florence*, on obtient des bonbons d'une belle couleur, mais qui ont un goût très-prononcé d'*acide sulfhydrique*.

Consulté par un confiseur qui avait préparé des *bonbons* dits *du Nord*, coloriés avec de l'outremer factice, M. Chevallier reconnut : 1° que ces bonbons exhalaient une odeur des plus désagréables, et que leur goût était celui des sulfures ; 2° que l'odeur et la saveur de ces bonbons étaient dues à la décomposition partielle de l'outremer par les acides qui se trouvaient dans les produits employés à la confection de ces préparations.

Cette démonstration étant acquise, ajoute M. Chevallier, nous avons dû chercher s'il était possible de débarrasser l'outremer, sans le priver de sa belle couleur, de la portion de matière qui, se décomposant par les acides faibles, donnait lieu à la production de l'acide sulfhydrique. A cet effet cet habile chimiste a traité cette matière colorante par divers acides; il est

parvenu, dans une première opération, à enlever à l'outremer la faculté de donner naissance à de l'acide sulfhydrique; mais l'outremer avait été très-sensiblement décoloré. Dans une deuxième opération, il parvint à obtenir l'outremer privé du produit qui donnait lieu à ce gaz sans que la couleur de l'outremer eût sensiblement baissé de ton. Voici le moyen qu'il a mis en usage.

32 grammes d'outremer furent placés dans une capsule, mêlés à de l'eau de Seine filtrée, aiguisée seulement d'acide acétique, puis soumis à l'ébullition; le bleu d'outremer fut ensuite recueilli sur un filtre, lavé à l'eau bouillante et séché. Ce bleu, ainsi préparé, peut alors servir à la confection des sucreries coloriées sans leur donner d'odeur désagréable. (JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, juin.)

DE L'UTILITÉ DU CARBONATE DE CHAUX DANS LES EAUX POTABLES; INCONVÉNIENTS DES AUTRES SELS CALCAIRES.

Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, et dont nous avons fait connaître les principales dispositions (voy. GAZ. MÉD, n° 10), M. Boussingault concluait que les sels calcaires contenus dans la plupart des eaux potables doivent être considérés comme des substances utiles, parce qu'ils fournissent à l'organisme une grande partie de la chaux nécessaire pour le travail de l'ossification. M. Alph. Dupasquier, de Lyon, qui a fait de ce sujet l'objet d'une étude spéciale dans son TRAITÉ DES EAUX DE SOURCE ET DES EAUX DE RIVIÈRE, publié en 1839, a établi, par des expériences directes et comparatives, que si tous les sels calcaires solubles, sulfate de chaux, chlorure de calcium, sont susceptibles de satisfaire aux besoins de l'ossification, tous, à l'exception du bicarbonate de chaux, rendent les eaux séléniteuses, leur communiquent la propriété d'être lourdes à l'estomac, de décomposer le savon et de durcir les légumes à la cuisson.

Le bicarbonate de chaux, au contraire, est éminemment utile; car, ainsi que M. Dupasquier l'a démontré le premier, tout en présentant à l'organisme la matière calcaire qui lui est indispensable, il ne rend pas les eaux séléniteuses; il favorise le travail de la digestion à la manière du bicarbonate de soude.

L'importance et l'utilité spéciale du bicarbonate de chaux dans les eaux a porté M. Dupasquier à rechercher un moyen de reconnaître la présence de ce sel indépendamment des autres sels calcaires: ce moyen, il l'a rencontré dans la teinture alcoolique de bois de Campêche, qui constitue un réactif des plus sensibles pour reconnaître dans les eaux les moindres traces de bicarbonate de chaux.

Cette teinture peut être préparée, soit à froid, soit à chaud, avec du bois de Campêche ou bois d'Inde récemment coupé et présentant une nuance jaunâtre. Quand ce bois est d'un rouge foncé, il a été altéré par l'air ou par l'humidité, et n'est plus propre à fournir un bon réactif. L'alcool doit être assez chargé de matière colorante pour présenter une nuance brunâtre foncée.

On emploie ce réactif en en versant 3 ou 4 gouttes dans une verrée d'eau; si l'eau contient la moindre trace de bicarbonate de chaux, elle prend une belle couleur violette. La nuance est d'autant plus foncée que la proportion du bicarbonate est plus considérable.

Dans l'eau distillée, soit pure, soit additionnée d'une solution d'un sel calcaire autre que le bicarbonate, le réactif ne communique qu'une faible couleur jaune. Le même effet a lieu si l'on essaye de l'eau qui contenait du bicarbonate de chaux, mais qu'on a fait bouillir assez longtemps pour précipiter ce sel d'une manière complète. On obtient le même résultat en saturant le bicarbonate de chaux par quelques gouttes d'un acide quelconque. Le bicarbonate de chaux, en effet, agit seul sur la matière colorante (l'hématine) à la manière des alcalis. (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, mai 1846.)

DÉSINFECTION DES MATIÈRES FÉCALES.

La désinfection des matières fécales est une des questions qui intéressent le plus vivement l'hygiène publique. Le conseil municipal de Paris, l'administration de la police et le conseil de salubrité ne cessent de s'occuper des moyens de soustraire toute la partie nord de Paris au voisinage incommode du dépôt des vidanges et la ville tout entière aux inconvénients non moins grands du transport de ces matières par les rues. De nombreux essais ont été faits soit pour désinfecter les matières sur place, soit pour les extraire et transporter au loin, sans qu'elles laissent exhaler d'odeur. Mais soit que parmi les moyens tentés, les uns n'aient atteint qu'incomplétement le but, que les autres soient dispendieux ou d'une application difficile, toujours est-il qu'on attend encore la réalisation en grand d'un procédé qui satisfasse à la fois au double but qu'on doit se proposer, celui de la désinfection des matières et de leur utilisation comme engrais. Ce double but serait près d'être atteint, s'il faut en croire les résultats auxquels dit être parvenu M. Schantenman qui poursuit depuis longtemps avec zèle ses utiles recherches sur cette question.

M. Schantenman propose l'emploi du sulfate de fer. La richesse des matières fécales en ammoniaque est variable, dit-il (JOURN. DE CHIMIE, juillet), selon la nourriture, et souvent aussi parce que l'on y verse de l'eau; il faut proportionner la quantité de sulfate de fer que l'on emploie à la quantité d'ammoniaque que contiennent ces matières. Ordinairement 2 à 3 kilogr. de sulfate suffisent pour saturer 100 litres de matières. Le sulfate de fer fondu dans l'eau est versé dans les fosses d'aisances.

On le mélange avec les matières en ayant bien soin de faire pénétrer partout la liqueur désinfectante. A mesure que le sulfate de fer dissous pénètre, la désinfection s'opère, l'odeur disparait, et, lorsqu'elle est complète, les matières fécales sont un liquide noirâtre qui n'a plus aucune odeur incommode. Après la vidange des fosses, on peut y mettre une dissolution de sulfate de fer pour désinfecter les matières qui y arriveront plus tard, ou bien verser successivement de cette liqueur pour les saturer et empêcher les émanations d'ammoniaque et de gaz. Les matières ainsi désinfectées sans le secours de la chaux, par conséquent toute l'ammoniaque étant conservée, peuvent être employées de suite à la culture comme engrais.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE PANIFICATION; SES AVANTAGES HYGIÉNIQUES.

On lit dans une brochure récemment publiée à Londres l'indication d'une nouvelle manière de faire le pain sans levure, en y substituant le carbonate de soude et l'acide muriatique. La formule indiquée pour le pain avec la farine non mondée est celle-ci:

Farine de froment.	3 livres.
Bicarbonate de soude en poudre	4 gros.
Acide hydrochlorique.	5 gros et 25 gouttes.
Eau.	30 onces.
Sel.	2 tiers d'once.

Le pain fait de cette manière, dit l'auteur, ne contient que de la farine, du sel commun et de l'eau; il a un goût agréable, se conserve plus longtemps que le pain ordinaire, est de digestion plus facile et moins disposé à tourner à l'aigre. Ce pain offrirait sur le pain fermenté l'avantage de ne point communiquer comme celui-ci, à la masse alimentaire avec laquelle il est mis en contact, une fermentation dont beaucoup d'estomacs se trouvent incommodés. L'auteur le considère comme devant être salutaire aux individus qui souffrent de maux de tête, de flatulences, d'éructations acides, de sensations douloureuses au creux de l'estomac, de la goutte et de la gravelle; il pense aussi qu'il serait utile dans plusieurs affections de la peau.

Ce nouveau procédé offrirait en outre un autre avantage qui ne mérite pas moins d'être pris en considération: il améliorerait la condition de toute cette classe d'artisans que le procédé actuel prive de sommeil nocturne; car la confection du pain, à l'avenir, n'exigerait pas plus de deux heures de travail. Enfin l'emploi des agents chimiques indiqués produirait une économie de 10 p. 100 sur la farine. Dans le procédé actuel, une grande partie des éléments saccharins de la farine se perd par sa conversion en acide carbonique, perte évitée par la méthode proposée, au moyen de laquelle on obtient l'acide tout aussi parfait et aussi efficace.

SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE ZINC AU LIEU DE SULFATE D'ALUMINE DANS L'EMBAUMEMENT PAR INJECTION.

Le docteur Lefebvre pris au dépourvu pour un embaumement très-pressé qu'il avait à faire, et ne pouvant faire usage du sulfate d'alumine employé par M. Gannal, eut recours aux conseils et aux lumières d'un chimiste qui rechercha parmi les sels dont il pouvait disposer celui qui se rapprocherait le plus par ses propriétés de celles du sulfate d'alumine, propriétés qui consistent principalement dans une extrême solubilité à froid, dans la viscosité que ce sel donne à la solution et dans l'excès d'acide qu'il retient. Leur choix s'arrêta sur le sulfate de zinc, l'un des sels les plus solubles à froid. Ils en firent dissoudre très-promptement et à l'aide de l'agitation 5 kilogr. dans 5 kilogr. d'eau froide, et ils ajoutèrent à cette solution 500 grammes de sulfate de cuivre pulvérisé, et 125 grammes d'acide sulfurique. Ce liquide fut injecté en entier par la veine jugulaire, et la couleur bleue qu'ils avaient donnée avec intention au soluté leur permit de suivre l'injection jusqu'aux extrémités. La putréfaction marchait grand train au moment de l'opération: le ventre était ballonné, les membres et la face gonflés; quelques heures après l'injection, ces phénomènes cessèrent et finirent par disparaître à tel point que, moins la couleur bleue produite par les sels de cuivre, la figure et les membres reprirent leur état normal. Le ventre seul restait tuméfié; une ponction donna issue au gaz qu'il contenait, et l'injection d'un litre de chlorure de chaux dut neutraliser ce qui restait. Une circonstance particulière laissa le cadavre huit jours à leur disposition; ce qui leur permit de suivre l'effet de l'opération; ils purent donc remarquer la continuation de l'état parfait de conservation obtenu, et ils demeurent con-

vaincus que la solution de sulfate d'alumine n'aurait pas eu un meilleur résultat. (JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE. Juin.)

BIBLIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES AFFECTIONS FÉBRILES OU MALADIES AIGUES; par M. CAMILLE LEROY, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble et à l'École préparatoire de médecine de la même ville. — 1846. — Paris, chez Labé, libraire, 4, rue de l'École-de-Médecine.

En 1832, l'Académie des sciences avait donné pour sujet de prix la question suivante :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues; — quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées; — insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports. »

Les termes de cette question sont caractéristiques de l'époque où ils ont été rédigés. C'était, si l'on s'en souvient, l'époque où, après avoir longtemps agité le monde médical, après avoir remis en question tous les principes de la nosologie et jeté dans la science, avec force erreurs, quelques semences de vérité qui devaient fructifier plus tard, l'école physiologique avait cessé d'occuper exclusivement l'attention générale. Il ne s'agissait déjà plus à cette époque de prononcer entre Broussais et ses adversaires, de décider si la doctrine du réformateur devait ou non être définitivement substituée aux anciennes doctrines médicales. La théorie de l'irritation était désormais jugée, et ses prétentions réduites à leur juste valeur. Mais ce dont il s'agissait alors, c'était de renouer l'expérience du passé avec les progrès récents, de reprendre la série des travaux de pure observation pour en tirer quelques déductions utiles et les appliquer aux nouveaux besoins de la science et de la pratique. La doctrine des fièvres, que la nouvelle école avait arbitrairement rayée d'un trait de plume, devait être reprise et refondue sur de nouvelles bases. Les catégories symptomatiques de Pinel étaient évidemment insuffisantes; c'eût été reculer que de s'y rattacher de nouveau. Les faits que l'école physiologique avait mis en lumière ne devaient pas être perdus d'ailleurs pour la science. L'anatomie pathologique, dont elle s'était fait un auxiliaire, avait produit des résultats qu'il n'était plus possible de négliger. Si l'interprétation qu'on leur avait donnée était fausse ou exagérée, ces résultats n'en avaient pas moins une valeur réelle qu'il était désormais indispensable de dégager de toute fausse théorie et de ramener à sa véritable signification. C'est ce qu'avait compris la nouvelle génération médicale, c'est ce qu'elle avait déjà en partie réalisé, du moins pour un certain ordre de fièvres, les plus communes et les plus importantes. En reprenant les recherches entreprises dans les premières années de ce siècle par MM. Petit et Serres, en groupant sous un type commun toutes les anciennes formes de fièvres graves auxquelles ils assignèrent un nouveau caractère emprunté à l'anatomie pathologique, MM. Bretonneau, Louis, Chomel, Andral, etc., avaient déjà jeté les bases d'une pyrétologie nouvelle qui devait tendre à donner à la fois satisfaction à l'ancien dogme de l'essentialité des fièvres et aux exigences du rôle nouveau qui devait être assigné aux altérations organiques. Mais la fièvre typhoïde ne remplit pas à elle seule le cadre pyrétologique; les altérations spéciales qui en constituent le caractère anatomique essentiel ne sont pas les seules que l'on trouve chez les sujets qui succombent à la dothinentérie. La relation immédiate de ces altérations avec les symptômes est d'ailleurs loin d'être parfaitement établie. Il restait donc encore de nombreuses lacunes à combler. Ce sont ces lacunes qu'indiquait et signalait aux hommes laborieux la question de l'Académie des sciences. Les vides ont-ils été remplis? La question a-t-elle été résolue? Non sans doute. Il n'appartient pas à une seule génération d'entreprendre et d'accomplir une œuvre aussi capitale. Mais dans les efforts qui ont été tentés pour y parvenir et auxquels concourent tous les jours avec une si louable persévérance tant d'hommes intelligents et zélés, on ne peut méconnaître qu'il n'y ait çà et là quelques aperçus, quelques vues partielles qui témoignent d'une heureuse tendance et auxquelles l'avenir donnera sans doute la vie et la fécondité qui leur manquent encore.

Parmi les pièces envoyées au concours figurait un mémoire de M. Camille Leroy. C'est ce mémoire que l'auteur publie aujourd'hui sous un format in-8°. Le livre de M. Leroy, bien que rédigé, comme on le voit, depuis plusieurs années, n'a rien perdu pour cela de son actualité. Ce que nous venons de dire de l'état de la question en 1832 justifie assez l'intérêt qui peut s'attacher encore aujourd'hui à cette publication. On en jugera d'ailleurs par l'analyse que nous allons en faire.

Conformément aux termes de la question, l'auteur s'est proposé, dans son travail, non de *décrire* les altérations organiques des fièvres, mais de les *déterminer*, c'est-à-dire de chercher à en apprécier les espèces, à en fixer le caractère, le rôle et l'importance; de rechercher quels sont les organes affectés de ces altérations, si ces altérations sont primitives ou secondaires, comment elles se développent, s'il en existe toujours, sous quel aspect il convient de les examiner, si elles forment les seuls éléments morbides des fièvres, si elles suffisent à expliquer tous leurs phénomènes, etc. Cependant, se pénétrant plutôt de l'esprit que de la lettre de son programme, M. Leroy n'a pas cru devoir circonscrire strictement dans ces seuls termes l'objet de son travail. Une question préalable de la plus haute importance dominait tout ce sujet.

Les fièvres existent-elles réellement comme espèces morbides spéciales, ou ne sont-elles que le résultat d'altérations organiques plus ou moins mal observées jusqu'à ce jour? Dépendent-elles toutes de phlegmasies déterminées, ou bien renferment-elles d'autres éléments pathologiques indépendants de ces phlegmasies? Rencontre-t-on dans certaines d'entre elles un caractère propre qui justifie leur distinction, ou leur mécanisme ne diffère-t-il en rien de celui de nos diverses affections locales? Telles étaient, en effet, les questions qui, bien que supposées résolues par le programme, exigeaient néanmoins d'être nettement posées; car, ce qu'il importait avant tout, c'était de bien déterminer les caractères qui justifient la distinction de l'ordre spécial des fièvres, afin d'avoir un point de départ pour apprécier la valeur des altérations anatomiques, leur rôle et leur importance dans l'histoire de ces affections.

Nous allons parcourir successivement les divers points de doctrine examinés et discutés par M. Leroy.

Il serait superflu de rappeler ici les principes sur lesquels se fondait la doctrine de la localisation des fièvres, contre lesquels l'auteur dirige principalement ses objections; disons seulement que parmi les divers ordres d'arguments qu'il emprunte à l'interprétation logique des faits, il en est deux en particulier qui méritent toute l'importance qu'il leur a accordée : le premier est tiré de l'ordre de succession des phénomènes; le second des points de l'économie sur lesquels les causes productrices des affections morbides portent leur action.

« Ne voit-on jamais, dit M. Leroy, de désordres, de troubles généraux qui, au lieu de succéder à des lésions locales, les précèdent et les déterminent même par l'effet d'une concentration morbide sur quelques points particuliers de l'organisme?... Trop d'exemples sont là pour prouver qu'il est des cas où une perturbation de la plupart des fonctions, un trouble général, une rupture d'équilibre dans l'économie, constituent tout le mal premier, décelant ainsi une lésion d'une nature particulière, indépendante de toute affection locale appréciable, de toute phlegmasie déterminée, et à tel point que si ces dernières viennent à se manifester, ce ne sera qu'à la suite de cette perturbation, de ce trouble, de cette rupture d'équilibre, qui ainsi en seront les causes au lieu d'en dépendre. »

Cette circonstance du début d'une maladie par des désordres et des troubles généraux, qui, au lieu de succéder à des lésions locales, les précèdent ou constituent à eux seuls tout le mal premier, est en effet un des principaux caractères des affections qu'on est convenu d'appeler fièvres essentielles ou idiopathiques; mais ce caractère ne s'applique-t-il seulement qu'à ces fièvres? Il est aisé de voir, sans sortir même des exemples choisis par l'auteur, que cette circonstance se retrouve dans d'autres maladies. Citons-en quelques-uns.

« Un homme, dit-il, se livre à une course pénible qui excède ses forces : des lassitudes spontanées se déclarent, un frisson général le saisit, il éprouve un malaise plus ou moins vague; bientôt réaction : chaleur, agitation, céphalalgie, fièvre, insomnie, et le lendemain tous les symptômes de l'embarras gastrique. »

Autre exemple : « L'angine ou la bronchite, si souvent elles se déclarent immédiatement, combien de fois ne les voit-on pas, au contraire, ne se manifester qu'après un, deux ou trois jours de frisson, de malaise, de lassitude, de céphalalgie, de chaleur, c'est-à-dire seulement à travers un état fébrile plus ou moins violent, lequel constitue lui-même le mal primitif comme succédant directement à la cause morbide? »

On voit effectivement dans ces exemples un trouble produit dans l'ordre fonctionnel exister d'abord et précéder l'altération locale; mais l'embarras gastrique, l'angine et la bronchite doivent-ils être rangés dans la classe des fièvres idiopathiques? Non, sans doute. Il en est de même de beaucoup de phlegmasies, qui ne se localisent que consécutivement à un trouble général offrant plus ou moins le caractère inflammatoire; et cependant les phlegmasies, quelle que soit leur origine, qu'elles soient spontanées ou

réactives, comme on dit dans les écoles, constituent des affections essentiellement distinctes des fièvres proprement dites. La préexistence d'un trouble fonctionnel général ne constitue donc pas à elle seule le caractère essentiel des fièvres. Voyons si l'étude des causes et la manière dont elles affectent certains points de l'économie donneront un caractère plus précis.

« Une des preuves les plus décisives, dit M. Leroy, me paraît se tirer du mode d'action des causes morbides.... » Arrêtons-nous un instant ici pour aller au-devant d'une objection que pourrait faire naître une fausse interprétation du rôle que l'auteur cherche à assigner ici aux causes des fièvres. Ces causes, dirait-on, quelles sont-elles? qui les connaît? sait-on même s'il y a pour chaque espèce morbide spéciale une cause particulière? Sans doute rien n'est plus obscur que l'étiologie des affections fébriles. Tout porte à croire que les causes dites extérieures, les seules dont il nous soit donné ordinairement de saisir la relation avec les effets morbides observés, tout porte à croire, disons-nous, que ces causes extérieures ne sont le plus souvent que des conditions accessoires, des causes déterminantes, comme on le dit, dont l'action se borne à mettre en jeu les causes plus cachées, plus profondes, qui résident dans le sein même de l'organisme, et qui sont considérées à juste titre comme les causes réelles, prochaines ou immédiates des phénomènes morbides. Mais tout en restreignant l'action des causes éloignées à leurs limites naturelles, elles n'en ont pas moins leur degré d'importance; il n'est pas moins utile et possible, dans un certain nombre de cas, d'apprécier la part d'influence qu'elles ont dans la production de la maladie, et le mode d'impression qu'elles paraissent exercer sur l'économie. Or c'est dans ce mode d'impression des modificateurs extérieurs que réside justement une différence notable entre les maladies locales et les affections générales dont il s'agit ici. Dans l'opinion qui avait en vue de rattacher toutes les maladies fébriles à la gastro-entérite, on cherchait à prouver qu'elles portent presque toujours leur influence fâcheuse sur les organes où les causes s'appliquent, et particulièrement sur le tube digestif, recevant, disait-on, l'impression du plus grand nombre de ces causes. Mais, ainsi que le fait justement remarquer M. Leroy, outre que ces causes nous pénètrent par d'autres voies que par les organes digestifs, ce n'est pas, comme l'enseignait l'école physiologique, en irritant, en lésant spécialement les surfaces avec lesquelles elles sont accidentellement mises en contact, qu'elles déterminent en nous les maladies qu'elles y suscitent. Si quelques-unes agissent en réalité de cette manière, le plus grand nombre d'entre elles portent plus loin leur funeste pouvoir. Au lieu d'affecter l'organe qu'elles impressionnent d'abord, elles ne font que le traverser en quelque sorte pour résoudre leur action sur des parties plus ou moins profondes. C'est en effet de cette manière qu'agissent la plupart des causes morbifiques qui nous pénètrent soit par la surface cutanée, soit par les voies respiratoires ou même par l'appareil digestif. Si celui-ci reçoit toujours la première impression des substances ingérées capables de nuire, cette impression est loin d'être toujours fâcheuse par rapport à lui. Ce n'est pas autrement que l'on conçoit les effets des substances toxiques et de la plupart des agents thérapeutiques de l'ordre dynamique. On ne conçoit pas autrement non plus le mode d'action des miasmes, des contagions, des effluves infectieux et l'influence des vicissitudes atmosphériques. C'est en portant directement leur impression sur les centres organiques, sur les sources mêmes de la vie, soit par le système nerveux, soit par l'appareil circulatoire, que ces divers agents jettent le trouble dans l'économie et produisent l'ensemble des phénomènes fébriles. « La fièvre existe alors, comme le dit M. Leroy, non produite, comme dans d'autres circonstances, par une action locale de la cause morbide, mais primitive, mais antérieure à toute localisation appréciable, à toute altération phlegmasique, succédant immédiatement à l'action de la cause morbide, et capable, par son intensité, de déterminer ces congestions, ces fluxions diverses, qui, loin d'être, comme on le prétend, les mobiles qui l'excitent, n'en sont, dans ce cas, que la suite ou la conséquence. »

En voilà assez, ce nous semble, pour établir que la distinction des fièvres essentielles repose sur des caractères réels et sur une différence fondamentale dans la manière dont se comportent les éléments pathogéniques, en ce qu'ils ont d'appréciable... Il est temps d'arriver au second point de la question, celui qui est relatif au rôle que jouent les altérations organiques dans les fièvres.

Le premier caractère qui a été assigné à cette classe de maladies, bien qu'il ne leur appartienne pas exclusivement, ainsi que nous l'avons fait remarquer, dit assez qu'on ne doit s'attendre à trouver des altérations pathologiques ni toujours, ni dans toutes les périodes des maladies fébriles aiguës, puisque c'est sur l'absence même de ces lésions, au moins dans le cours de la première période de ces maladies, que repose en partie leur caractéristique. Non-seulement ces altérations manquent quelquefois entièrement, mais, dans les circonstances où elles existent en réalité, elles sont loin d'être proportionnelles aux désordres observés pendant la vie. Quoi qu'il en soit de cette absence d'altérations, de ce défaut de proportionnalité entre elles et les phénomènes morbides, fait incontestablement acquis à la science, et duquel résulte, ainsi que le fait remarquer M. Leroy, la preuve que la raison des maladies ne s'y trouve pas toujours, que bien d'autres éléments que ces altérations composent l'état pathologique, primitives ou secondaires, seules ou en concours avec d'autres lésions, elles ne se font pas moins le plus communément remarquer dans les fièvres appelées continues, les dominant ou se liant à leur marche comme à leurs principaux symptômes; ces lésions, quelles sont-elles?

En première ligne se présentent les altérations du tube digestif et celles de l'encéphale.

Le rôle important que jouent les altérations du tube digestif dans les fièvres graves, celui que leur avait assigné surtout dans toute la pyrétologie la doctrine physiologique, réclamaient de la part de l'auteur une attention toute spéciale. Nous ne pourrions, sous peine de donner à cet article une étendue démesurée, suivre M. Leroy dans les importantes considérations où il est entré sur ce sujet. Nous résumerons les propositions générales qu'il en déduit, en disant que les phénomènes gastro-intestinaux dont on ne peut méconnaître la fréquence dans toutes les affections fébriles ne sont, dans la plupart d'entre elles, que des symptômes accessoires, secondaires, presque toujours provoqués par une lésion plus essentielle que celle de la muqueuse digestive; que ces symptômes ne représentent pas toujours des lésions réelles, anatomiquement appréciables; en un mot que le système gastrique est beaucoup plus influencé qu'influençant dans les fièvres, et qu'à l'exception de cette forme particulière d'entérite folliculeuse dont on ne peut méconnaître le caractère en quelque sorte spécial, toutes les autres formes d'entérite auxquelles la doctrine physiologique avait cherché à rattacher les différentes espèces fébriles, ne sont rien moins que constantes dans ces affections, tandis que l'observation nous les montre existant soit isolément soit en complication avec d'autres maladies tout à fait étrangères aux ordres fébriles. Quant à la lésion spéciale des follicules de Peyer, seule lésion intestinale assez constante pour qu'on ait pu en faire le caractère anatomique principal des affections typhoïdes, M. Leroy lui a assigné, croyons-nous, sa véritable place dans l'ordre de succession et de génération des phénomènes morbides, en la considérant comme une lésion secondaire, bien qu'à peu près constante, et comme la source principale des symptômes adynamiques. En effet, les altérations intestinales ne sont pas les seules que l'on observe dans l'affection typhoïde. Il y a, en outre, à tenir compte de l'intervention presque toujours nécessaire d'une lésion des centres nerveux, d'une lésion encéphalique, déterminant la plupart des phénomènes des fièvres dites typhoïdes; c'est ce que l'auteur s'est attaché à établir dans un chapitre spécialement consacré à cette affection. M. Leroy réclame avec raison, suivant nous, pour les centres nerveux, une part de l'attention trop exclusivement accordée aux organes digestifs. Si au lieu de n'admettre l'affection des systèmes nerveux que lorsqu'on observe une grande perversion des facultés intellectuelles ou le trouble des fonctions sensoriales ou locomotrices, ainsi que tout l'appareil des symptômes ataxiques, on admettait, ce qui est plus logique, comme preuve suffisante de l'altération des fonctions nerveuses, toutes les irrégularités des divers actes organiques, combien l'influence et la participation de ce système dans les affections fébriles n'acquerraient-elles pas une importance beaucoup plus grande encore que celle qu'on leur a accordée jusqu'à présent? Mais les altérations des centres nerveux, que traduisent d'une manière si manifeste les symptômes ataxiques dans la fièvre typhoïde, sont loin d'offrir, dans leur localisation et dans leurs caractères posthumes, cette constance que l'on remarque dans les altérations intestinales. Il est peu d'organes qui présentent dans les fièvres, et en particulier dans la fièvre typhoïde, plus de désordres fonctionnels pendant la vie, et qui, après la mort, offrent moins d'altérations déterminées. D'un autre côté, de tous les systèmes mis en jeu dans les maladies, le système nerveux est celui dont l'action nous échappe le plus souvent, tant à cause de la multiplicité et de la variété des formes sous lesquelles ses troubles se manifestent, qu'à cause des sympathies nombreuses qu'elles réveillent et sous l'action desquelles leur rôle disparaît en quelque sorte. De là l'extrême difficulté de rapporter à leur véritable source une foule de phénomènes caractéristiques des affections fébriles, si à défaut d'altérations de texture qui en révèlent la nature, on ne se guide pour leur appréciation sur l'analyse physiologique. On a cherché à rattacher la plupart des phénomènes nerveux dont l'anatomie pathologique n'a pu donner la raison matérielle aux sympathies que provoque l'irritation de la muqueuse digestive; mais, tout en admettant la réalité de ces sympathies dans un grand nombre de circonstances, il serait impossible d'assigner cette origine aux nombreuses perturbations nerveuses qui se manifestent dès le début des affections fébriles, c'est-à-dire alors même souvent que les organes digestifs n'ont encore manifesté par aucun symptôme leur état de souffrance. Nous croyons donc que c'est avec raison que l'auteur conclut de ces diverses considérations que le système nerveux est le siége de désordres constants et très-marqués dans

un grand nombre de fièvres continues, et en particulier dans les fièvres typhoïdes. Mais soit que ces désordres ne tiennent qu'à des altérations purement fonctionnelles de ce système, soit que la texture même des organes nerveux se refuse à ce que toutes ses altérations soient appréciables à nos sens, il est constant en même temps que le principe de la proportionnalité entre les symptômes et les altérations anatomiques est ici complétement en défaut, qu'il est impossible d'affirmer, sur un trouble donné des fonctions cérébrales, si le cerveau est sain ou altéré, et que l'admission d'une lésion du système nerveux ne doit point attendre sa confirmation de la présence de telle ou telle altération.

Ici se présente naturellement une question qui, si elle n'avait pas été abordée, pouvait laisser place à une objection que quelques lecteurs n'auront peut-être pas manqué de faire déjà. On sait que, pour quelques pathologistes, les lésions des centres nerveux ont une signification assez précise pour qu'on puisse affirmer sur tels ou tels d'entre eux quelle partie de ces centres est affectée, et quelle est, parmi leurs altérations possibles, celle dont cette partie peut se trouver atteinte. On en est venu même, en se fondant sur un certain nombre de faits, à préjuger les attributs fonctionnels de telle ou telle partie du cerveau. Or ce qui vient d'être dit semblerait une infirmation de ce genre de détermination; mais sans discuter le mérite et la valeur réelle de ces déterminations, il est évident qu'elles ne sauraient s'appliquer aux altérations nerveuses qu'on observe dans les fièvres continues. Les cas où ces déterminations ont été possibles sont des cas où les altérations encéphaliques sont tout à fait circonscrites, limitées à un point de l'organe, et existent sans aucune complication qui puisse en masquer l'expression. Or on remarquera aisément qu'il ne peut en être de même pour les maladies fébriles, où les organes encéphaliques, au lieu de s'affecter sous l'influence d'une cause qui n'en lèse que des parties déterminées, s'affectent par voie de réaction, ce qui doit rendre leur lésion plutôt générale que partielle. C'est ce que confirment effectivement les ouvertures cadavériques, lesquelles, lorsqu'elles révèlent des traces matérielles d'altération dans les centres nerveux, nous montrent presque toujours des lésions d'ensemble soit de l'encéphale, soit des méninges, et rarement des lésions partielles. Les propositions qui précèdent subsistent donc tout entières.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les altérations des organes de la respiration et des centres vasculaires, dont le rôle dans les pyrexies est tout à fait secondaire. L'auteur n'a pas eu de peine à faire justice de la théorie de l'artérite et du prétendu rôle qu'on a voulu faire jouer à l'inflammation des tuniques artérielles dans les fièvres inflammatoires. Il est arrivé sur ce point à la seule conclusion conforme aux faits, savoir, que, dans les fièvres, le cœur et le système artériel, constamment troublés dans leur jeu mécanique, n'offrent aucune altération qui rende compte de ce trouble.

Résumons-nous, et concluons avec l'auteur en disant que, « dans l'état actuel de la science, un grand nombre des anciennes formes fébriles ne peuvent plus être admises à titre de fièvres essentielles, n'étant réellement, comme l'école physiologique l'a démontré, que des symptômes qui se rattachent à des phlegmasies locales; que néanmoins, si ce fut un véritable trait de lumière que celui qui vint sortir les fièvres, c'est-à-dire la plupart des espèces admises par les nosologistes, des idées vagues et abstraites qu'on s'en était fait jusqu'alors pour y constater des affections organiques et les y rattacher, on se tromperait beaucoup si on regardait toutes les maladies aiguës désignées sous leur nom comme n'étant que des phlegmasies locales primitives. Antérieurement à la manifestation de celles-ci, il existe souvent, au contraire, des états morbides qui, au lieu de se révéler par l'altération déterminée d'un organe, consistent en des troubles généraux dans lesquels toute l'économie semble engagée, et à la suite desquels seulement se déclarent les phlegmasies qu'on peut y remarquer. Or ce sont de pareils états, bien différents par leur mécanisme de production de ceux qui rentrent dans la classe précédente, qui peuvent prendre ou conserver le nom de fièvres essentielles comme rendant le mieux le caractère attaché à leur désignation. Quant aux altérations phlegmasiques qui entrent dans l'appareil symptomatique de quelques-unes de ces fièvres, l'entérite en particulier, qui, dans le système physiologique, était présentée non-seulement comme le point de départ des phénomènes de ces maladies, mais comme la lésion absolument constante, seule fondamentale même, des affections fébriles en général, résultat de presque tous les troubles organiques qui l'entraînent à leur suite, elle en occupe le plus souvent les phases secondaires; mais elle y manque quelquefois, et parmi les organes malades on doit en compter d'autres, particulièrement les organes encéphaliques, plus souvent affectés qu'on ne le croit, soit primitivement, soit secondairement. »

Contrairement à l'esprit de l'école physiologique et de la doctrine de la localisation, dont les conclusions semblent encore faire loi, il existe donc des maladies qui, au lieu de commencer par l'altération phlegmasique de l'un de nos tissus, commencent par l'affection, la lésion fonctionnelle des systèmes généraux de l'organisme, qui l'entraînent quelquefois à leur suite.

Les seules maladies qui, à ce titre, paraissent à l'auteur devoir être conservées sous la dénomination de fièvres, sont les inflammatoires, les typhoïdes ou pestilentielles, les éruptives et les fièvres à type intermittent ou rémittent.

Enfin, la conclusion générale qui ressort de ces considérations, c'est que l'anatomie pathologique n'a, dans aucun autre sujet, dévoilé son insuffisance d'une manière plus complète que dans les fièvres, et que c'est à un autre ordre de recherches qu'il faut demander l'explication des phénomènes. S'il est une justice qu'on doive rendre aux recherches anatomo-pathologiques, c'est de reconnaître qu'elles ont contribué à démontrer justement l'inverse de ce que la plupart d'entre elles se proposaient de démontrer, c'est-à-dire l'indépendance d'une classe entière de maladies, de toute lésion organique primitive, essentielle, et qui puisse être considérée comme la cause des principaux phénomènes. C'est par ses résultats négatifs même que l'anatomie pathologique a contribué à établir cette vérité. Mais cette preuve négative n'est pas la seule qui soit acquise aujourd'hui à la doctrine de l'essentialité des fièvres. Des études plus récentes ont apporté un nouvel ordre de preuves directes de la différence fondamentale qui sépare les fièvres d'avec les phlegmasies, avec lesquelles on avait cherché à les confondre; nous voulons parler des études analytiques du sang, dont les résultats ont été sous ce rapport pleinement confirmatifs des données fournies par l'analyse des symptômes et des phénomènes pathologiques (résultats dont M. Leroy n'avait pu tenir compte dans la première rédaction de son mémoire antérieur à ces recherches, et qu'il n'a pu que mentionner dans une note additionnelle). Mais ces résultats, des plus importants en ce qu'ils fondent désormais sur un nouveau caractère positif la délimitation tranchée qui sépare en deux ordres distincts toute la grande famille des affections pyrétiques aiguës, les phlegmasies et les fièvres, sont insuffisants jusqu'ici pour aider à la distinction des diverses espèces fébriles entre elles. Est-il réservé à l'analyse de nos humeurs, cette voie nouvelle dans laquelle s'est engagée l'anatomie pathologique, de résoudre cette dernière question? C'est ce que l'avenir nous apprendra. Il est permis cependant, jusque-là, de douter que les faits nouveaux que cette étude pourra produire aient d'autre valeur qu'une valeur purement caractéristique et distinctive. Il est douteux que celle-ci parvienne à dévoiler la nature même de ces affections et à fournir les bases de leur thérapeutique. C'est à un autre ordre de faits qu'il faudra demander cette dernière solution; c'est en remontant plus haut dans l'ordre de génération et de succession des phénomènes, qu'on peut seulement espérer de saisir leurs rapports avec les influences morbides appréciables. Tout tend à faire présumer que les affections pyrétiques essentielles sont, d'une part, le résultat d'une cause spécifique; d'autre part, que ces causes portent leur action immédiate sur les grands systèmes organiques, sur les centres nerveux et sur le système général des humeurs. Cette spécificité n'est pas douteuse pour quelques-unes, elle est moins manifeste dans d'autres, mais cela n'en exclut pas la réalité. C'est donc, en un mot, à l'analyse étiologique qu'il faut faire un dernier appel pour apprécier d'une manière définitive et complète le rôle des altérations organiques dans les fièvres, et pour soustraire leur traitement à l'empirisme qui en a été jusqu'à présent le guide unique. Quoique les considérations de cet ordre n'entrassent pas, du moins d'une manière directe, dans le programme de la question de l'Académie, on doit savoir gré à M. Leroy de les avoir abordées. Nous lui en savons d'autant plus gré, pour notre part, que les idées qu'il a émises sur ce sujet, bien qu'incomplètes et jetées incidemment dans le cours de son argumentation, laissent apercevoir une tendance vers celles que nous nous efforçons à faire prévaloir.

En résumé, ce livre, dont nous n'avons fait connaître que les points principaux, est un exposé fidèle, exact, de l'état de la question, et une appréciation juste et impartiale des nombreux travaux qu'elle a fait naître dans le cours des trente premières années de ce siècle. Si M. Leroy n'a pas apporté de faits nouveaux à l'appui de la solution qu'il formule, on reconnaîtra du moins que ses arguments renferment, sur quelques-uns des points culminants de la question, notamment sur la fièvre considérée comme affection réelle et spéciale, sur le mode d'action des causes générales des fièvres, sur l'analyse des symptômes mis en regard des divers troubles fonctionnels qui les caractérisent, etc., des vues neuves et ingénieuses, qu'une étude nouvelle et plus approfondie de la matière pourrait rendre plus fécondes encore entre ses propres mains.

Nous ne terminerons pas sans rappeler que ce travail a été l'objet d'une distinction honorable de la part de l'Académie des sciences, et nous ne doutons pas que les lecteurs n'y joignent leur suffrage.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE D'ORLÉANS.

Orléans, le 10 septembre 1846.

Monsieur le rédacteur,

Vous vous êtes occupé de la mortalité exceptionnelle de nos dernières semaines, surtout pour ce qui regarde les enfants. Depuis lors le chiffre a fléchi : au lieu de trente, nous avons eu vingt-quatre, puis douze l'avant-dernière semaine; le voilà qui a remonté à dix-sept. Frappés en moindre nombre, les adultes n'ont pas été épargnés, et pendant tout ce temps, pour eux aussi la mortalité a dépassé de beaucoup la moyenne habituelle des mêmes mois.

Le mal diffère de ce que vous observez à Paris. Des cholérines, des choléras bénins, et en dernier lieu des choléras algides, voilà ce que vous mentionnez. Il en est de même dans quelques autres localités, à en juger par vos correspondances, notamment par la lettre de M. le docteur Rogès (de Troyes). Vous insistez sur l'absence ou sur la rareté de la dyssenterie.

Ici, en fait de choléra, nous avons eu en tout, que je sache, deux cas à l'Hôtel-Dieu, assez bénins et qui se sont terminés heureusement : c'est moins qu'on n'en voit année commune.

Nous avons eu aussi des diarrhées séreuses ou cholérines, des diarrhées bilieuses en grand nombre; mais beaucoup de ces cas, on pourrait dire tous pour certaines semaines, se sont terminés par la dyssenterie; et c'est seulement comme tels qu'ils sont devenus graves (j'excepte quelques cholérines rapidement mortelles chez des enfants du premier âge). De peur d'équivoque, je vous relate les principaux symptômes : selles fréquentes, plus sanguinolentes que muqueuses, sans mélange de matières fécales, en petite quantité le plus souvent, avec ténesme, coliques sourdes habituelles, violentes au moment d'aller à la garde-robe; peu ou point de fièvre dans le commencement et pendant la plus grande partie de la maladie. Vous devinez la suite.

Ces jours-ci notre état sanitaire semble vouloir changer; nous revoyons des flux bilieux en plus grand nombre et quelques fièvres typhoïdes ou muqueuses.

Le mal s'est rarement montré très-aigu de prime abord, et il n'est devenu grave généralement que par le défaut de soins et de sobriété : je parle de la dyssenterie.

Voici ce qui se passe ici, comme partout très-vraisemblablement : l'appétit manque; les sujets n'en tiennent compte et se forcent à manger, *par raison*, comme ils le disent. La diarrhée arrive avec coliques et ils mangent encore, d'autant plus qu'alors ils ont faim, ce qui du moins est une sorte de raison. La dyssenterie succède à la diarrhée (1) ; alors on nous consulte, et encore souvent après plusieurs jours. Nous sommes appelés à réparer le mal qui est survenu et celui qu'on s'est fait, heureux si désormais on consent à nous obéir et s'il n'est pas trop tard.

(1) NOTE DU RÉDACTEUR. On a eu à Paris beaucoup d'occasions de constater cette succession d'états morbides. Il n'en résulte pas moins que c'est la diarrhée cholérique qui commence. La forme dyssentérique n'est donc ni franche, ni primitive.

Telle est ici du moins la cause palpable du grand nombre et de la gravité des dyssenteries. Jusqu'ici je ne connais aucun cas où la diarrhée ne se soit facilement arrêtée par la diète chez les sujets tempérants, pour qui le dérangement d'une fonction est un avertissement suffisant de se tenir sur la réserve; j'en dirais presque autant des cas où la dyssenterie a été primitive. Si la diète n'a suffi, le mal a cédé généralement assez promptement aux traitements habituels. Il en est qui ont fait exception, qui nous ont donné de cruels mécomptes; et nous avons vu quelques sujets, à qui l'on ne pouvait reprocher aucun écart, succomber au neuvième et dixième jour, quand les selles étaient redevenues bilieuses et beaucoup moins fréquentes. Le pouls faiblissait, s'accélérait : réaction tardive et insuffisante; une sueur froide arrivait, puis la mort.

On peut signaler aussi comme cause principale, démontrée pour moi dans la plupart des cas, l'usage des fruits. Ils sont bons, dit-on, et rares. N'a-t-on pas eu en grande quantité les prunes, le melon, le raisin? et n'y a-t-il pas, pour les manger verts ou peu mûrs, les enfants et les jeunes femmes, sans compter bien d'autres imprudents?

Dans les diarrhées séreuses ou cholérines, la cause la plus évidente a été suivant moi l'abus des boissons, surtout de l'eau dont on était si avide par cette chaleur brûlante (1) : je ne parle pas de la glace ou de l'eau glacée, dont l'usage est peu répandu en province. Et tout en admettant que l'eau froide nuise davantage, surtout quand on a chaud, je n'ai pas remarqué que la température du liquide ait eu cette fois une influence notable; l'abus de l'eau, fût-elle tiède comme dans les appartements, fait tout le mal.

Ce sont là des causes individuelles et occasionnelles. Quant à la cause première de ces flux abdominaux variés, j'adopte, comme presque évidente, l'étiologie que vous formulez : à savoir la production en grand nombre des maladies des pays chauds sous l'influence de la constitution des pays chauds. Et je ne doute pas que sous une autre constitution les abus signalés tout à l'heure n'eussent produit d'autres formes morbides.

Vous devinez que le traitement par le sulfate de soude, qui vous réussit merveilleusement à Paris, n'est guère de mise ici; quand nous voyons d'elles-mêmes les diarrhées, plus ou moins négligées, dégénérer en dyssenterie, et les dyssenteries aller à mal (2).

Pourtant j'ai appliqué ce traitement avec mesure et d'abord en tremblant à quelques embarras gastriques, qui résistaient à la diète et aux apéritifs, et j'ai réussi. Je m'en trouve bien ces jours-ci dans des cas de fièvre typhoïde à forme muqueuse, ou du moins j'espère m'en trouver bien d'après les résultats immédiats, les maladies n'étant point jugées. J'ai rencontré un cas de diarrhée bilieuse rebelle, compliquée de vomissements de même nature, qui m'a paru appeler la même médication : j'ai donné l'eau de Sed-

(1) Ceci était écrit lorsque j'ai lu le numéro de la GAZETTE MÉDICALE du 5 septembre : je le laisse subsister, heureux de me rencontrer dans mes observations avec l'auteur du compte rendu.

(2) Si notre honorable et savant collègue voulait bien se rappeler nos paroles et nos prescriptions, il ne trouverait aucune différence dans les indications fournies par la constitution médicale de Paris et celle d'Orléans. L'eau de Sedlitz (ce qui n'est pas absolument la même chose que le sulfate de soude) n'a été indiquée que contre la diarrhée cholérique et non contre la dégénérescence dyssentérique. Dans cette forme, les opiacés constituent, à Paris comme à Orléans, la médication par excellence. Peut-être même eût-on prévenu cette dégénérescence en recourant plus tôt et plus souvent à l'eau de Sedlitz. (N. DU RÉD.)

Feuilleton.

DE L'ÉDUCATION DES IDIOTS (1).

Vers le milieu du dernier siècle, pendant que les abbés de l'Épée et Sicard s'immortalisaient en fondant et propageant cette admirable méthode d'éducation qui a rendu depuis à la vie morale et à la société tant de malheureux qu'une incurable infirmité tenait jusqu'alors dans l'isolement et la séquestration, un pauvre juif succombait méconnu, presque ignoré, sous le poids de l'ingratitude de ses concitoyens; et cependant ce juif, dont le nom était Péreire, faisait mieux encore que de substituer le langage des signes à la parole : il restituait aux sourds-muets une partie du sens qui leur manque ; il ne leur rendait pas une perception devenue impossible, mais il les douait d'une faculté dont ils n'avaient jamais eu l'usage, il leur donnait le mode d'expression commun, il les faisait *parler*. J.-J. Rousseau et Buffon furent témoins de ses succès. Cependant Péreire ne put parvenir à faire prévaloir sa méthode; il est mort avec son secret.

(1) TRAITEMENT MORAL, HYGIÉNIQUE ET ÉDUCATION DES IDIOTS ET DES AUTRES ENFANTS ARRIÉRÉS OU RETARDÉS DANS LEUR DÉVELOPPEMENT, AGITÉS DE MOUVEMENTS INVOLONTAIRES, DÉBILES, MUETS NON SOURDS, BÈGUES, etc.; par Édouard Séguin. Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17; 1846.

Si nous faisons ce rapprochement, ce n'est pas pour soulever une de ces questions brûlantes de droits personnels et de justice distributive. L'histoire des inventions est pleine de ces conflits où plus d'un génie a succombé sans qu'il ait jamais été possible à l'historien le plus impartial de discerner, au milieu de ces luttes passionnées que soulèvent toutes les grandes idées, les droits réels de chacun, et de les transmettre, en toute sûreté de jugement, à l'appréciation de la postérité. En évoquant le souvenir de Péreire et de la lutte désespérée qu'il eut à soutenir contre ses heureux rivaux, nous n'avons d'autre intention que de marquer la date et le point de départ d'une idée qui a ouvert une nouvelle ère pour la réhabilitation d'une autre classe d'infortunés, proscrits encore aujourd'hui de la société par leurs infirmités, comme l'était alors la généralité des sourds-muets, comme le furent jusqu'à Pinel, jusqu'à Haüy, les déments et les aveugles de naissance.

Le fait dont Péreire rendit témoins quelques hommes illustres de son époque impliquait un problème psychologique du plus grand intérêt, et dont la solution décelait une idée hardie, digne d'un meilleur sort. Dans le système actuel d'éducation des sourds-muets, on supplée au sens qui manque par une éducation plus parfaite, exagérée, si l'on peut s'exprimer ainsi, des autres sens; on substitue le regard à l'audition, le tact à la vue, de manière à faire parvenir à l'intellect par une voie détournée les notions capables de donner un libre essor à la pensée; on met ainsi des individus que la nature avait faits incomplets en rapport avec la pensée humaine par l'interposition d'un sens à la place d'un autre qui n'existe pas. Mais ce sens qui n'existe pas, on ne l'a pas fait revivre; les sensations qui lui étaient destinées sont et restent à jamais abolies. Le sourd-

litz, et, n'ayant obtenu que de l'amélioration, je l'ai fait suivre d'un éméto-cathartique, et j'ai réussi. C'est le seul cas pour moi.

Si cette médication eût été prodiguée, je reste convaincu (bien qu'on ait ainsi traité la dyssenterie dans des cas spéciaux, je ne l'ignore pas) qu'elle eût fait bien du mal. Je connais quelques exemples de ce genre dans le cours même de cette épidémie.

Généralement on s'est borné à traiter la diarrhée par la diète et les boissons mucilagineuses, la dyssenterie par les opiacés en potions et en lavements.

A quelques sujets, d'après l'état des forces et du pouls, on a fait apposer avec avantage une fois, même deux, rarement plus, des sangsues sur l'abdomen, ou mieux, suivant moi, à l'anus.

Quelques-uns ont donné des lavements froids avec peu de succès, de leur aveu; du cachou ou autres astringents, trop rarement, à mon sens, pour qu'on puisse indiquer un résultat.

Je ne dirai pas que ce traitement ait été toujours heureux (le chiffre des morts est là pour me contredire); il l'a toutefois été autant que de coutume, proportion gardée du nombre et de la gravité des cas.

En somme, ce qui nous a manqué, ce qui nous manque à la fin comme au début du mal, c'est l'observation rigoureuse et soutenue de la diète, les gens qui n'ont pu s'y résoudre d'abord qu'à la dernière extrémité se pressant trop de la rompre, de peur de mourir d'inanition. Si bien que dernièrement une cliente me fit rappeler tout exprès dans le jour pour me déclarer qu'elle me rendait d'avance responsable de la mort de son enfant (aujourd'hui guéri), par le fait de l'inanition, comme si la maladie n'était pas là pour en rendre compte. Aussi je ne crois pas que nous ayons besoin de traitements nouveaux, inusités, mais d'une grande fermeté, pour contenir les malades et les assistants, qui courent au-devant de la mort comme à plaisir.

Il ne faut rien exagérer : la diète ne peut être supportée que pendant un temps donné. Au déclin de la maladie, quand les forces et le pouls faiblissent, si les selles sont meilleures, moins fréquentes, il y a lieu de donner un peu de nourriture : la décoction blanche, la crème de riz, par exemple. S'il y a recrudescence, vous suspendez. C'est un moment à saisir. Il ne faut pas oublier que, dans les affections aiguës sans lésions notables, les malades guériraient toujours si leurs forces se soutenaient jusqu'à la fin du travail phlegmasique. Il leur faut donner le temps d'attendre.

Si je n'avais été trop long et si c'était le lieu, je vous indiquerais quelques autres formes morbides assez fréquentes ici dans les derniers mois. En juillet, nous avons eu des apoplexies en certain nombre, une sorte d'épidémie comme on en voit par le grand chaud et par le grand froid : nous avons perdu ainsi un de nos confrères, M. le docteur Peyrot. Dès lors et depuis nous avons vu un grand nombre de sujets se plaignant de céphalalgie opiniâtre, avec insomnie; la fièvre typhoïde a succédé chez quelques-uns, en petit nombre. Nos fièvres intermittentes, toujours assez communes dans cette saison, semblent souvent continues au début, les accès durant de trente-six à quarante-huit heures : beaucoup deviennent ensuite rémittentes ou sub-intrantes. Nous avons à nous tenir sur nos gardes, de peur d'une méprise, qui donnerait lieu à autre chose qu'à du temps perdu.

Eus. Corbin.

PHYSIOLOGIE.

NOTE SUR LA PRÉSENCE NORMALE DU SUCRE DANS LE SANG par M. Magendie.

Depuis quelques années l'attention des chimistes s'est dirigée sur la propriété remarquable que possèdent certaines substances organiques, d'agir à la manière des ferments sur d'autres substances organiques, et de les transformer en principes immédiats, tels que le glucose, la dextrine, le sucre de lait, l'acide lactique, l'acide butyrique, etc.

Nous devons à notre confrère, M. Payen, et au savant professeur de Strasbourg, M. Persoz, ainsi qu'à MM. Lassaigne, Bouchardat, Mialhe, et plus récemment à MM. Bernard et Barreswill, surtout en ce qui regarde les transformations de l'amidon, la connaissance de faits d'un haut intérêt pour la physiologie; car ils sont de nature à éclairer la théorie encore si obscure de la digestion, et celle bien plus obscure de la nutrition.

Parmi ces faits, il en est un généralement constaté aujourd'hui, c'est que la salive mixte, le suc gastrique alcalin, la liqueur du pancréas, ont la propriété, dite catalytique, de changer par leur simple contact, dit-on, l'amidon des aliments, d'une part, en sucre (*glucose*), et, de l'autre, en *dextrine*.

Ayant choisi cette année la digestion pour sujet principal de mes leçons au collége de France, j'ai, selon mon usage, reproduit publiquement la plupart des expériences publiées naguère sur cette importante question.

En poursuivant ces études, je n'ai pas tardé à m'apercevoir que la puissance transformatrice de l'amidon est loin d'appartenir exclusivement à la salive ainsi qu'aux sucs grastrique et pancréatique; car je l'ai reconnue dans tous les liquides de l'économie que j'ai essayés sous ce rapport : tels sont la bile, l'urine acide, le sperme, etc. Davantage, en appliquant aux divers tissus ou organes des animaux le procédé que MM. Sandras et Bouchardat ont mis en pratique pour le pancréas, c'est-à-dire en faisant infuser séparément, dans de l'eau à 40 degrés, des parcelles de cerveau, de cœur, de poumon, de foie, du rein, de muscles, de rate, de membrane, etc., nous avons constaté que ces infusions filtrées, en conservant leur température, transformaient l'amidon, à la vérité avec plus ou moins d'énergie et de rapidité, mais sans qu'il pût rester le moindre doute sur le fait de sa transformation.

Parmi les liquides animaux qui agissent sur l'amidon, il faut placer le sérum du sang. Mêle-t-on dans un vase de l'empois avec du sérum frais à la température de 40 degrés centigrades; après quelques instants, l'amidon n'est plus appréciable aux réactifs, et, au bout d'un quart d'heure, on peut se convaincre que le mélange contient du sucre et une matière gommeuse insipide, qui se change en sucre par l'action des acides et par celle des alcalis, et qui n'est autre que la dextrine.

Le sang lui-même, au moment où il sort de la veine, présente également la propriété transformatrice de l'amidon; si l'on ajoute à 200 grammes de sang 5 grammes d'amidon bouilli dans 100 grammes d'eau, après quatre heures la transformation est complète; on ne trouve plus dans le liquide, dépouillé de sa fibrine, de ses globules et de son albumine, aucun indice d'amidon, tandis que la présence du glucose et de la dextrine y est évidente, et qu'on peut aisément les en isoler.

---

muet n'entend ni ne parle, pas plus que l'aveugle-né n'a l'idée de la lumière et des couleurs; aveugles et sourds-muets restent sous ce rapport, avant comme après leur éducation, tels que leur infirmité les a faits. Péreire avait fait un pas de plus, et ce pas, en supposant même qu'il ne dût pas avoir en définitive pour résultat de rendre plus parfaite et meilleure qu'elle n'est aujourd'hui la condition des sourds-muets, ce pas était immense comme fait physiologique. Ne pouvant rendre aux sourds-muets l'audition dont les conditions matérielles manquent complétement, l'auteur de cette méthode développait chez eux, par un mécanisme resté inconnu, la faculté d'exprimer par la parole les notions et les idées que les signes avaient fait naître et développées dans leur esprit; il rétablissait une fonction dont les conditions matérielles subsistent, et qui n'est abolie que par la rupture de ses relations avec un sens et un organe absents; en un mot, il créait de toutes pièces une fonction. Tandis que par la dactylologie on restitue aux sourds-muets la faculté de se parler et de se comprendre entre eux, et d'eux à un petit nombre d'initiés à la méthode, Péreire, en les dotant de la parole, les mettait à même de se faire entendre de tout le monde; il les plaçait de plain-pied avec toute l'espèce humaine.

De là l'idée qu'a eue de nos jours un homme aussi dévoué qu'intelligent, qu'il ne serait peut-être pas impossible de rétablir chez les idiots, non pas une fonction, mais l'ensemble des fonctions qui leur manquent. Tant il est vrai que si les hommes succombent souvent à l'œuvre et ne recueillent de leurs labeurs et de leur dévouement qu'oubli et ingratitude, les idées ne périssent jamais; une fois jetées dans le monde, elles trouvent toujours un sol fécond où elles germent et fructifient au profit de l'humanité.

Il n'est aucun de nos lecteurs qui ne connaisse déjà l'honorable et difficile mission que s'est imposée M. Séguin, qui ne sache quels louables et persévérants efforts il n'a cessé de faire depuis plus de dix ans pour atteindre un but digne d'intérêt et d'encouragement. M. Séguin nous a initiés lui-même, dans son livre, à l'idée mère qui l'a conduit à entreprendre l'éducation des idiots; voyons quelle est la méthode, quels sont les procédés logiques, et les moyens pratiques qu'il a mis en usage pour atteindre ce résultat. Mais auparavant développons le principe sur lequel repose tout ce merveilleux édifice.

Nous avons dit en quoi l'idée de M. Séguin se rapprochait de l'idée de Péreire; mais ces idées n'ont entre elles qu'une simple analogie. M. Séguin s'est placé au même point de vue que Péreire en ce qui concerne la possibilité de restituer certaines fonctions là où elles manquent; mais les termes du problème ne sont évidemment pas les mêmes de part et d'autre. Péreire ne tendait pas à moins que de rétablir une fonction réellement abolie; cette hardie conception, qu'il paraît avoir réalisée pour un organe particulier, n'aurait évidemment plus été concevable dès qu'il s'agissait du centre même de toutes les impressions et de toutes les facultés sensorielles, si l'abolition de ses fonctions avait été complète. Mais l'idiot est-il complétement dépourvu de toute aptitude à être impressionné, à sentir, à penser, à agir, comme le sourd-muet est dépourvu de la faculté d'entendre? S'il en était ainsi, le problème n'eût pas été même abordable. La question n'est donc plus rigoureusement la même. Pour les idiots, le problème de l'éducation ne consiste pas à substituer un mode de perception insolite à des modes de perception qui n'existent pas; il réside tout simplement dans la possibilité de régulariser l'usage des sens, de multiplier les notions, de féconder les

Je continue en ce moment mes recherches sur cette nouvelle propriété du sang.

Ayant constaté ce résultat, il me parut intéressant de savoir si le sang, pendant qu'il circule chez l'animal vivant, offrirait la propriété que je viens de signaler. Pour y parvenir, j'ai fait injecter une certaine quantité d'empois dans la veine jugulaire d'un lapin, qui, pour une raison que je dirai bientôt, était à jeun depuis trois jours. Le sang de l'animal avait été examiné avant l'injection, et ne présentait aucune trace de sucre; il le fut de nouveau immédiatement après, et nous ne fûmes pas peu surpris de n'y apercevoir, à l'aide de l'iode, aucun indice de l'amidon qui venait pourtant d'y être mélangé. Cette disparition subite d'une substance introduite dans la circulation n'est pas la seule de son espèce; j'en ai cité un autre exemple remarquable dans mes leçons sur *les phénomènes physiques de la vie*, à l'occasion de l'introduction des globules du sang d'une classe de vertébrés dans les veines d'un animal d'une autre classe.

Quoi qu'il en soit, ayant examiné le sang du lapin, sujet de notre expérience, dix minutes après l'injection, nous n'y reconnûmes aucune trace d'amidon, mais nous y constatâmes des indices certains de la présence du sucre. A partir de ce moment, le sang fut analysé d'heure en heure, et nous pûmes ainsi nous assurer que la quantité de glucose y alla croissant pendant cinq heures; après quoi cette quantité diminua graduellement, et finit par disparaître entièrement sept heures après l'introduction de l'empois dans les veines (1).

Cette expérience, qui montre que le sang peut créer et probablement détruire le glucose, a été répétée sur des chiens; les résultats ont été semblables. Nous l'avons aussi faite sur des chevaux, mais nous n'avons pas pu la suivre en ce qui regarde la durée de la présence du sucre dans le sang; car l'introduction de l'eau amidonnée dans la circulation du cheval produit presque toujours des troubles graves, et occasionne souvent la mort brusque de l'animal, sans qu'il soit possible de se rendre complétement compte de ce fâcheux résultat (2).

Dans le cours de ces essais, nous avons fait une remarque qui me semble curieuse.

On sait, d'après un travail récent de MM. Bernard et Barreswil, que l'urine des animaux herbivores est semblable, sous le rapport des éléments qui la composent, quand ils sont à jeun depuis quelque temps, à celle des animaux carnassiers. Nous prîmes à dessein, pour sujet d'injection d'amidon, un lapin qui jeûnait depuis trois jours, et dont, par conséquent, l'urine, ainsi que nous l'avions vérifié, était acide, limpide et chargée d'urée. Nous examinâmes ce liquide peu d'instants après l'injection, et nous reconnûmes avec intérêt qu'il était tout à fait modifié; il avait repris, dans ce court espace, les caractères connus de l'urine normale du lapin, c'est-à-dire qu'il était alcalin, trouble, et ne contenait pas sensiblement d'urée.

(1) Pour reconnaître la présence du sucre, nous recevons le sang de l'animal dans l'eau bouillante, qui sépare et coagule l'albumine et la fibrine, et retient les substances solubles; on filtre, on évapore la liqueur rendue neutre par quelques gouttes d'acide, puis on évapore lentement; après, on traite par l'alcool, etc. Ce procédé simple, prompt et économique, a été imaginé par M. Ferrand, mon préparateur au collége de France.

(2) L'introduction du lait, même en faible quantité, dans les veines des chevaux, cause presque toujours la mort instantanée.

Ce résultat, que nous avons vérifié plusieurs fois sur des lapins et sur des chevaux, a besoin d'être suivi et étudié de nouveau : c'est une nouvelle preuve qui vient s'ajouter à toutes celles qui établissent la liaison étroite qui existe entre la composition du sang et la composition de l'urine.

Mais l'introduction artificielle de l'amidon dans les veines est en dehors des phénomènes réguliers de la vie; j'ai voulu savoir si le sang d'un chien, exclusivement nourri avec des substances renfermant beaucoup d'amidon, contiendrait du sucre; nous avons à cet effet alimenté, pendant plusieurs jours, un chien avec des pommes de terre cuites, mélangées d'une petite quantité d'axonge, alimentation qui est acceptée volontiers par les chiens; et dès que l'urine de l'animal fut devenue alcaline, trouble, sans urée, nous interrogeâmes son sang et nous y constatâmes la présence d'une notable proportion de glucose et d'une certaine quantité d'une autre matière soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, et offrant d'ailleurs les caractères de la dextrine. Ajoutons que l'urine de ce chien ne contenait point de sucre : fait important de nature à éclairer l'étiologie de la maladie nommée *diabète sucrée*, en ce qu'il démontre que le sucre peut exister dans le sang, sans pour cela se montrer dans l'urine : ce qu'avaient déjà observé MM. Bernard et Barreswill, en introduisant directement du glucose dans la circulation.

Ce fait est d'autant plus digne d'être remarqué que, d'après les mêmes auteurs, le sucre de canne se montre dans l'urine peu de temps après qu'il a été introduit dans les veines.

Nous avons également constaté la présence du sucre et de la dextrine dans le sang des chevaux nourris exclusivement avec l'avoine, bien que leur urine fût acide, claire, et qu'elle contînt de l'urée; je n'ai pas encore trouvé l'occasion de faire l'expérience sur l'homme. Mais, comme le phénomène dont je parle est de nature chimique, je regarde comme infiniment probable que, pendant la digestion des aliments féculeux, notre sang contient du sucre. On sait d'ailleurs que cette substance a été plusieurs fois rencontrée dans le sang des personnes diabétiques; mais on regardait la présence du glucose du sang comme un effet morbide, tandis qu'il y a tout lieu de supposer qu'il est, au contraire, une conséquence normale de la digestion de l'amidon, ou même de son absorption directe par les veines intestinales (1).

Je terminerai cette note par le récit d'une expérience que j'ai plusieurs fois répétée et qui me semble de nature à prouver combien les applications sévères de la chimie à la physiologie peuvent éclairer la question encore si mystérieuse des usages du sang.

Si l'on prend un animal herbivore dont l'urine est trouble, alcaline et à peu près dépourvue d'urée, et qu'on introduise dans ses veines une certaine proportion de bouillon de viande récemment préparé, l'urine de l'animal

(1) Un pigeon auquel M. Bernard avait, à ma prière, détruit les canaux pancréatiques, et qui, six semaines après cette expérience, se nourrissait de vesce et se portait parfaitement bien, fut tué de manière à recueillir tout son sang. Ce liquide examiné contenait une quantité notable de sucre. Le pancréas était en grande partie atrophié, et les canaux ne communiquaient plus avec l'intestin. Ce résultat est d'autant plus remarquable, qu'un oiseau dépourvu de glandes salivaires et de pancréas semblerait ne plus pouvoir digérer l'amidon; mais nous savons, par les expériences rapportées, que la bile transforme l'amidon, et que celui-ci, absorbé et porté dans la circulation, est aussitôt transformé.

---

idées, les désirs, les passions d'individus qui, livrés à eux-mêmes, resteraient sans liens, sans rapports avec le monde extérieur. Qu'est-ce en effet qu'un idiot?

Pour tout le monde un idiot est un individu chez lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées. Dans quelque sens que l'on prenne les définitions des auteurs avec leurs nombreuses variantes, elles se réduisent à peu près toutes en définitive à ces termes négatifs. Pour M. Séguin, l'idiotie est quelque chose de plus affirmatif et de mieux défini : « c'est une infirmité du système nerveux qui a pour effet radical de soustraire tout ou partie des organes et des facultés de l'enfant à l'action régulière de sa volonté, qui le livre à ses instincts et le retranche du monde moral. L'idiotie, abstraction faite des maladies, des infirmités et des dégénérescences d'organes qui l'aggravent trop souvent, ne se présente que sous deux formes essentielles, qui sont : l'affection chronique de tout ou partie des masses nerveuses, qui donne lieu à l'idiotie profonde; l'affection partielle ou totale des appareils nerveux qui se ramifient dans les tissus et président à la vie de relation, d'où résulte l'idiotie superficielle. L'idiot type est un individu qui ne sait rien, ne peut rien, ne veut rien; chaque idiot se rapproche plus ou moins de ce summum d'incapacité. »

Telle est la définition de M. Séguin. On voit en quoi elle diffère de la précédente. Tandis que l'une définit l'idiotie par le résultat, l'autre la définit par la cause; la première n'est que l'expression pure et simple du phénomène auquel on est convenu d'affecter le nom d'idiotie; la seconde remonte à l'origine même de l'état organique d'où dépend ce phénomène. En un mot, tandis que la définition des auteurs se rattache à la méthode symptomatique, la définition de M. Séguin est faite d'après la méthode étiologique. Et que l'on ne pense pas qu'il soit indifférent d'adopter l'une ou l'autre de ces définitions, de la faire découler de l'une ou de l'autre méthode; car, si peu d'importance qu'on veuille accorder aux définitions en général, on ne peut se défendre de l'influence qu'elles ont sur la manière d'envisager et de comprendre les choses qu'elles rappellent, et de l'idée que l'on s'en fait dépendent souvent le choix et la détermination des moyens dont on dispose. Ce que nous venons de dire pour la définition de l'idiotie peut également s'appliquer à la définition des autres états d'où dépend l'absence de développement de l'intelligence. M. Séguin, loin de confondre, comme on lui en a fait le reproche, les idiots avec les enfants simplement arriérés ou retardés, établit au contraire une ligne de démarcation tranchée entre l'état des uns et des autres. Tandis que chez l'idiot il y a arrêt de développement physiologique et psychologique, ce développement a lieu chez l'enfant arriéré, mais il a lieu lentement et à un si faible degré qu'à une époque donnée ce retard finit par constituer entre lui et les enfants ordinaires du même âge une différence énorme. M. Séguin ne se borne pas à signaler cette différence, il indique encore les caractères organiques et constitutionnels à l'aide desquels on peut la reconnaître et la constater, et les causes les plus ordinaires du retard du développement intellectuel. Il procède enfin d'après la même voie à l'égard de l'imbécillité, du crétinisme, de la démence, états qui ne diffèrent pas moins entre eux qu'ils ne diffèrent de l'idiotie et du simple retard intellectuel et physiologique. Mais cette définition serait bien incomplète encore et bien insuffisante si l'on voulait avoir la mesure des obstacles et des difficultés que l'art peut avoir à vaincre. L'analyse des principaux symptômes et phénomènes constitutifs de l'idiotie peut seule

prend en peu d'instants les caractères de l'urine des animaux qui se nourrissent de chair, c'est-à-dire qu'elle devient limpide, acide, et qu'elle contient de l'urée en abondance.

Cette expérience réussit parfaitement sur les lapins; elle peut être faite sur les chevaux, mais les résultats sont moins tranchés, parce qu'il arrive souvent que l'urine de ces animaux, bien que trouble et alcaline, contienne de l'urée. Alors l'injection du bouillon dans les veines se borne à rendre l'urine acide et limpide, effet qui, toutefois, n'est pas sans importance.

Ne peut-on pas conclure de ces expériences que la présence de l'urée dans l'urine est liée à la composition du sang, et que l'origine de cette maladie n'est pas toujours celle qui lui est généralement attribuée?

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR CERTAINS ANÉVRISMES SANS OPÉRATION SANGLANTE, A L'AIDE DE LA GALVANO-PUNCTURE; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'école de médecine de la même ville, etc.

Les conquêtes dont la médecine peut s'enrichir par des emprunts raisonnés aux sciences physico-chimiques nous semblent devoir augmenter en raison même de leurs progrès mutuels; la simultanéité des lois vitales et des lois physiques toujours en présence dans l'économie, tantôt en lutte, tantôt combinées, constitue une source vraiment inépuisable d'études et de découvertes. Les acquisitions de ce genre, bien faites et méthodiques, présentent ce caractère de simplicité, de promptitude d'action, de sûreté calculée et de démonstration rigoureuse, non moins propre à perfectionner les moyens de l'art qu'à entraîner la conviction dans les esprits. C'est une mine féconde qui s'ouvre à la thérapeutique, et qu'on ne fouillera pas en vain. J'y ai déjà puisé l'idée et les développements de plusieurs innovations chirurgicales pour le traitement de diverses tumeurs.

Aujourd'hui je ne m'occuperai dans ce mémoire que de la découverte que j'ai faite pour guérir certains anévrismes sans opération sanglante, à l'aide de la galvano-puncture. — Prenant pour point de départ l'état de la science avant mes recherches, je tracerai l'histoire de la génération des idées que m'a inspirées ce sujet, en montrant par quelle série d'études, de raisonnements et d'expériences je suis parvenu à en constituer une *méthode réglée*. Les premiers résultats ont été publiés (25 octobre 1845) dans mes MÉLANGES DE CHIRURGIE (in-8°, 1845, p. 281); et depuis lors, je n'ai pas cessé d'élaborer ce sujet. Méthode et procédé, tout était à créer, comme on le jugera; et j'ai la satisfaction de voir que l'observation expérimentale de tous est venue confirmer toutes mes prévisions.

Le hasard ayant successivement amené bon nombre d'anévrismes dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où tous les cas graves convergent dans un diamètre de cent lieues, je songeais depuis longtemps aux moyens d'améliorer la thérapeutique réellement peu avancée de ces tumeurs. Une occasion me fut offerte dans le fait suivant, où la ligature resta impuissante.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE OPHTHALMIQUE; LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE; RETOUR DES PULSATIONS; TENTATIVE DE GALVANO-PUNCTURE.

OBS. I. — J. Chovin, cloutier (du Jura), âgé de 22 ans, fit une chute de 15 pieds de haut sur le côté gauche du front en octobre 1844. Il ne garda de cet accident que quelques maux de tête; mais deux mois après la paupière supérieure se tuméfia et l'œil commença à devenir saillant, puis un chémosis séreux se projeta entre les paupières, et l'exophthalmie augmenta beaucoup. Il se rendit alors à Genève; il consulta séparément MM. Mayor et Maunoir, qui lui conseillèrent d'aller à Paris se faire lier la carotide. Il préféra faire le voyage de Lyon, et entra le 22 mai 1845 dans le service de M. Pétrequin. Les paupières sont œdématiées; la conjonctive forme un chémosis rouge autour de la cornée restée saine; l'exophthalmie est très-prononcée; l'œil est porté en bas et en dehors; la vision est conservée, mais affaiblie. En appliquant le doigt sur la partie interne de la paupière supérieure, on sent une petite tumeur transversale, allongée, avec une expansion isochrone au pouls; l'œil peut même en distinguer les pulsations. M. Pétrequin remarque qu'avec le stéthoscope on perçoit un bruit de souffle très-distinct, et que, par la compression de l'artère carotide primitive gauche, la tumeur diminue de volume et cesse de battre; il diagnostique un anévrisme de l'artère ophthalmique ou de l'origine de ses branches, consécutif à la contusion du front, arrivée sept à huit mois auparavant. On le prépare à l'opération, et le 5 juin, la carotide primitive est liée en présence des docteurs Barrier et Bouchacourt. On place sur l'œil une vessie pleine de glace; on n'entend ni ne sent plus les battements. La tumeur s'affaisse de jour en jour; la vue devient plus nette.

Le 7, une saignée du bras suffit pour arrêter la fièvre traumatique qui se développait; l'amélioration continue jusqu'au 12, jour où les battements reparaissent dans la tumeur. (Lavement laxatif, repos au lit, glace, etc.) Nouvelle saignée le 14; les pulsations semblent disparaître du 15 au 16, en même temps que la tumeur s'affaisse; mais le 17, le bruit de souffle et les pulsations reviennent, et, malgré une compression méthodique, l'exophthalmie se retrouve, le 9 juillet, aussi forte qu'auparavant.

Que faire? Ce jeune homme m'intéressait par son courage; on ne pouvait l'abandonner sans tenter une dernière ressource. Voici ce que je résolus: avec la ligature, on se propose, en empêchant l'abord d'une nouvelle quantité de fluide, de déterminer la coagulation du sang dans la tumeur, et successivement l'oblitération de l'artère jusqu'aux premières collatérales. Il se passe alors dans le foyer un travail intime qui condense, organise, puis absorbe les éléments sanguins; en définitive, c'est la coagulation du sang qui fait seule la base du traitement. La ligature artérielle est le moyen de l'art; il serait superflu d'en rappeler tous les dangers (1).

(1) Voici un tableau statistique que j'ai dressé pour les principales artères, en empruntant les premiers matériaux au savant TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau. On voit, quoique tous les insuccès soient loin d'être connus, que sur 60 ligatures de la crurale, on ne trouve pas moins de 8 morts, c'est-à-dire un septième et demi (sans parler de 12 cas de gangrène, 13 d'hémorrhagie et nombre d'abcès); pour la carotide, 7 morts sur 43 ligatures pour anévrismes, c'est-à-dire un sixième; pour l'iliaque externe, 18 morts sur 71 opérés, c'est-à-dire un quart (Velpeau. MÉD. OPÉRAT., 1839, t. II, pages 144, 232 et 153); enfin 15 morts sur 32 ligatures de la sous-clavière et de l'axillaire, c'est-à-dire près de la moitié (Lisfranc, 1834). Ajoutons que sur 17 cas d'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de ses branches, on compte 12 morts, c'est-à-dire plus des deux tiers (Diday, GAZETTE MÉD., 1845, n° 8).

donner une idée des indications multipliées qui s'offrent au traitement et à l'éducation des idiots. Par un singulier renversement dans l'ordre et dans la tendance naturelle des esprits, tandis que les médecins qui se sont occupés de l'idiotie n'y ont guère envisagé que le côté psychique, négligeant presque entièrement, dans leur définition comme dans leurs divisions, les symptômes physiologiques, c'est sur ceux-ci principalement que M. Séguin a porté son attention. Les symptômes physiologiques sont aussi positifs, suivant M. Séguin, et plus précieux pour le diagnostic que les symptômes psychologiques, et l'on verra même plus tard qu'ils sont plus importants à prendre en considération dans le traitement, auquel ils offrent un point de départ et une prise qu'on chercherait en vain dans les symptômes psychiques.

Tant qu'on n'a fondé le diagnostic de l'idiotie que sur les anomalies psychologiques, on a pu croire à une différence réelle dans le degré de l'affection entre les idiots de la classe pauvre et ceux des familles riches ou aisées, parce que chez ces derniers les soins et la sollicitude dont ils sont entourés pénètrent toujours quelque peu leur obscure intelligence et améliore, en apparence au moins, leurs conditions mentales, tandis que l'absence de soins et l'abandon presque complet où vivent les premiers tendent incessamment à déprimer de plus en plus leurs facultés et à accroître leurs infirmités natives. Mais ce n'est là qu'une apparence à l'égard de laquelle l'analyse des anomalies physiologiques est beaucoup moins trompeuse. Qu'on prenne une à une ces anomalies, soit le mutisme, la difficulté d'articuler, le vide ou le défaut de fixité du regard, les désordres de la sensibilité ou de la locomotion, elles déposeront toutes, dit M. Séguin, aussi bien chez le riche que chez le pauvre, par leur caractère propre, par leur ensemble, par leur corrélation de l'état et du degré de l'idiotie en présence de laquelle on se trouvera. Il n'en est pas de même des anomalies psychologiques. L'analyse de ces anomalies conduit à reconnaître que, si au premier abord on ne trouve pas de trace de fonctions psychologiques chez la plupart des idiots, ce n'est pas que ces fonctions ne soient susceptibles de s'exercer en réalité dans de certaines limites. Ce qui manque à l'idiot, ce n'est ni la perception distincte, ni la sensation interne, ni la sensation externe, ni l'attention, ni la comparaison, ni le jugement, ni l'entendement propre, ni la prévoyance, ni les goûts, ni les désirs, ni les affections personnelles; l'idiot fait acte, dans des limites restreintes il est vrai, de toutes les facultés dites intellectuelles; ce qui lui manque, c'est la liberté nécessaire pour appliquer ces facultés à l'ordre des faits moraux et abstraits, c'est la synergie, la spontanéité d'où jaillit la volonté morale. Ses facultés, l'idiot ne les applique que dans l'ordre des faits concrets et seulement à ceux des phénomènes concrets qui sollicitent en lui un désir, une manifestation de l'intelligence, sans qu'il en ait, d'ailleurs, une idée ou seulement une notion exacte ou complète. Tel est l'état intellectuel de l'idiot: « seul avec sa sensation unique, sans rapport abstrait ni conventionnel volontaire, sans volonté intellectuelle ni morale. Physiologiquement il ne *peut* pas; intellectuellement il ne *sait* pas; psychiquement il ne *veut* pas : et il *pourrait*, et il *saurait*, s'il *voulait;* mais avant tout et surtout il ne *veut* pas!.... »

Si l'on reconnaît l'exactitude des traits et des caractères les plus saillants de ce tableau de l'idiotie, on admettra logiquement et sans difficulté le principe sur lequel repose la méthode de traitement et d'éducation formulée par M. Séguin; ou plutôt les indications se présenteront d'elles-mêmes à l'esprit, et plus natu-

On sait qu'il existe des agents chimiques qui jouissent de la propriété de coaguler le fluide sanguin. Ma première idée fut de m'en servir; déjà j'ai réalisé cette vue et appliqué avec succès certains moyens chimiques à la cure de diverses tumeurs sanguines; mais, dans ce cas spécial, je craignis que ces procédés ne fussent ni assez perfectionnés ni assez sûrs pour s'appliquer à un anévrisme de l'orbite. Je songeai donc à l'électricité. Ce moyen ayant déjà été proposé, je voulus savoir ce qui en était advenu; tout se résumait dans les lignes suivantes, écrites en 1833 par MM. Marjolin et P.-H. Bérard : « On a imaginé de provoquer la coagulation du sang dans le sac à l'aide de l'électricité, qui y serait transmise par des aiguilles plongées dans la tumeur. *Cette idée*, qui est due à M. Pravaz, *n'a point encore, à notre connaissance, été mise à exécution.* » (DICT. EN 30 VOL., art. ANÉVRISME, t. III, p. 50.) Alors je m'adressai à M. Pravaz lui-même, qui m'assura que l'expérience n'avait point été faite pour les anévrismes ni sur les animaux ni sur l'homme. C'était donc une chose nouvelle à tenter; je m'engageai dans cette voie, et, après quelques expériences préliminaires sur du sang humain, je me décidai à recourir à cette dernière ressource, dans l'espoir de sauver la vie du malade.

La tumeur continue à croître. Le 19 juillet 1845, M. Pétrequin fait une séance de galvano-puncture; il implante trois longues épingles d'acier dans la tumeur, à la profondeur de 2 à 3 centimètres, et les met successivement en communication avec les pôles d'une pile à auge, chargée d'eau aiguisée par un mélange d'acide nitrique et d'acide hydrochlorique. On fait agir successivement 10, 15, 20 et 22 couples. La séance dure 15 à 16 minutes. L'opéré éprouve de violentes secousses, qu'il supporte courageusement. La tumeur devient plus dense, plus tendue, la peau en est rouge; on y sent toujours les battements et le bruit de souffle; les piqûres d'épingles ont cautérisé les parties molles; il s'est opéré une ecchymose dans la couche sous-cutanée. (Application de glace) — Le lendemain, 15 sangsues derrière l'oreille; la résorption du sang épanché se fait peu à peu; l'anévrisme reste ensuite dans le même état jusqu'au 14 août, époque où, pendant une absence de quelques jours que M. Pétrequin fit pour un voyage d'exploration aux eaux thermales du Dauphiné, Chavin fut pris d'une fièvre violente qui l'emporta en deux jours. On ne put pas en faire l'autopsie. (Recueillie par M. Foltz, élève interne.)

Pourquoi n'avait-on pas réussi? Ce fut pour moi un nouveau sujet de recherches. Fallait-il accuser le galvanisme lui-même? En effet, je remarquai d'abord que ce moyen paraissait avoir été tout à fait abandonné, et en 1835, il n'en était même plus question à l'article ÉLECTRICITÉ du dictionnaire précité (tom. XI), non plus qu'en 1844 à l'article SANG, que M. Guérard, son auteur, a mis au niveau de la science (tom. XXVIII). Il y a plus : il avait été formellement condamné en 1838 par M. Gérard (de Lyon), dans un travail fort soigné et plein d'expériences intéressantes, intitulé : ESSAI SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA COAGULATION DU SANG. (Thèses de Paris, 1838, n° 306.) En voici les principales conclusions :

« L'atmosphère d'action de chaque pôle.... s'étend à peine à quelques lignes. » (Page 32.)

« Le caillot assez long à se former....... n'aura qu'une épaisseur de quelques lignes (1), incapable d'oblitérer une vaste cavité anévrismale. » (P. 33.)

« L'adhérence du caillot au pourtour de l'ouverture vasculaire sera très-incertaine. » (P. 33.)

« Chez l'homme..... la piqûre des artères déterminerait une hémorrhagie dont la ligature pourrait seule triompher. » (P. 39.)

L'auteur va plus loin et insiste encore sur d'autres dangers :

« Le phénomène le plus dangereux sera un développement de gaz (2) capable de faire éclater le sac anévrismal après avoir exercé une action délétère sur le torrent circulatoire. » (P. 33.)

Ce n'est pas tout; il ajoute encore :

« D'ailleurs, le caillot noirâtre, formé seulement au pôle acide, serait incapable d'oblitérer une vaste cavité anévrismale, et incapable de s'y organiser s'il l'oblitérait. » (P. 40.)

« Si donc ce gaz, développé dans un anévrisme, trouvait dans le reste du tube artériel une assez large issue pour ne pas faire éclater le sac; si même il déterminait un caillot sans porter aucun trouble dans le torrent circulatoire, toujours est-il que ce caillot noirâtre, non organisable, deviendrait un corps étranger que l'absorption pourrait peut-être bien emporter, mais auquel un abcès éliminateur pourrait aussi donner issue en déterminant une hémorrhagie foudroyante. » (P. 38.)

Ces conclusions ne sauraient être plus défavorables à la galvano-puncture, et peut-être, si j'en av..is eu connaissance plus tôt (3), auraient-elles eu pour moi l'inconvénient de me détourner de mon entreprise. D'ailleurs, le premier projet n'avait pas eu de suite : en 1839, M. Vidal (de Cassis) écrivait, dans un livre devenu classique, que l'expérience n'en avait pas été faite. (PATHOLOGIE EXTERNE, t. I, p. 320.) En 1844, le docteur Guettet, dans un travail fort bien fait *sur le traitement des anévrismes*, spécialement pour le tronc brachio-céphalique, disait très-catégoriquement : « Les insuccès de la galvano-puncture me dispensent d'en parler. » (Thèses de Paris, 1844, 31 décembre.)

Tel était l'état de la science avant mes premières recherches. On conviendra que la méthode était loin d'exister.

Ainsi donc il est bien constaté que personne avant moi n'a guéri d'anévrisme par la galvano-puncture. Il est bien constaté que je suis seul parvenu à réaliser avec un succès complet la première application heureuse qui en ait été faite sur l'homme. Non-seulement le moyen n'était pas usité, mais encore il était généralement réprouvé : chacun de ceux qui s'occupaient spécialement du sujet l'avait successivement condamné; et sans nos propres recherches, cette conquête était probablement perdue à jamais pour la chirurgie.

J'ai repris la question en sous-œuvre : il m'a fallu la relever de la proscription que d'imposantes autorités faisaient peser sur elle. J'ai analysé les éléments du problème, et le premier j'ai démontré la possibilité du fait par

(1) « J'ai soumis à un courant galvanique capable de fondre un fil de fer d'un » tiers de ligne de diamètre une grosse goutte de sang, à l'instant où elle sor» tait d'une piqûre faite à mon pouce.... La goutte entière, quoique d'un petit » volume, ne fut pas coagulée. Si donc ce fluide ne peut pas mieux coaguler le » sang des capillaires de l'homme..... comment oser l'introduire dans un vaste » foyer anévrismatique? » (Gérard, thèse citée, p. 35.)

(2) « A chaque pôle se dégagent des gaz en raison directe de l'énergie du cou» rant. » (Gérard, p. 32.) « Après douze heures d'action de la pile, un œuf.... » fut brisé en éclat par la pression du gaz qui augmentait toujours. » (P. 28.) — Le principal gaz paraît être de l'acide carbonique.

(3) L'auteur a fait hommage de sa thèse à la Société de médecine de Lyon, le 20 juillet 1846, jour où j'en ai pris lecture pour la première fois.

---

rellement encore exclura-t-on les moyens qui seraient évidemment peu appropriés. Serait-ce dans les états pathologiques qui peuvent compliquer l'idiotie qu'on puiserait l'indication de ressources thérapeutiques? Il suffira de jeter les yeux sur le tableau des symptômes organopathiques, pour se convaincre que rien n'est plus variable que ces symptômes, qui sont loin d'ailleurs d'exister toujours, et qui, lorsqu'ils existent, n'offrent que rarement des rapports saisissables avec l'idiotie. Commencer l'éducation intellectuelle de l'idiot par l'éducation des sens, a pu paraître à une autre époque une théorie ingénieuse et séduisante. M. Séguin, devancé dans cette voie par Itard, son premier maître, devait trop bien se rappeler le résultat de la tentative faite sur le fameux *sauvage* ou mieux l'*idiot* de l'Aveyron, pour l'imiter, tentative qualifiée de sublime,..... sublime en effet par le but que s'était proposé son auteur, par la persévérance et le dévouement dont il donna le premier alors l'exemple pour une circonstance de ce genre, mais stérile comme la donnée philosophique sur laquelle on en avait tracé e plan. Faudrait-il attaquer de front le *sensorium* lui-même? Mais par quel mode d'impression espérerait-on arriver à un intellect dont toutes les issues sont fermées, qui est en quelque sorte replié sur lui-même ou écrasé sous le poids des infirmités et des incapacités physiologiques? Qu'on reprenne donc, pour le traitement de l'idiotie, l'analyse à laquelle ont été soumis ses symptômes, et l'on arrivera à cette conclusion, que c'est aux incapacités physiologiques qu'il faut s'adresser d'abord, avant d'espérer atteindre jusqu'à l'intelligence de l'idiot. L'analyse des symptômes physiologiques nous montre comme phénomènes constants une atrophie, une atonie complète ou une action désordonnée des facultés motrices et sensorielles; c'est donc au développement et à la régularisation des mouvements et des sensations externes que doivent s'adresser les premiers moyens; c'est par l'éducation physique qu'il faut faire précéder une éducation intellectuelle et morale sans cela impossible. Mais laissons parler l'auteur, ou résumons en peu de mots le but, le principe et la formule de sa méthode.

L'éducation, dit M. Séguin, doit embrasser tous les modes de vitalité de l'individu; elle doit prévoir toutes les anomalies que l'idiotie peut présenter; elle doit embrasser l'activité, l'intelligence, la volonté, qui correspondent aux trois aspects de l'être humain : le sentiment, l'esprit, la moralité. L'éducation de l'activité embrasse deux aspects corrélatifs de l'existence, la motilité et la sensibilité. Les facultés de l'esprit devront être l'objet d'exercices précis et spéciaux, dans lesquels on ne doit pas oublier que par l'éducation sensoriale et par la connaissance positive que l'enfant aura acquise de notions positives, ses facultés seront déjà mises en demeure de fonctionner avec précision dans l'ordre abstrait, autant que le succès obtenu dans les précédentes études le permettra. L'éducation intellectuelle doit tendre à donner à l'enfant que l'on prend anormal, inhabile, inintelligent, des habitudes normales, des aptitudes au travail soit manuel, soit intellectuel. Arriver à rendre les idiots capables de devenir des hommes utiles, ne fût-ce que dans les positions les plus humbles, dans les emplois les plus modestes et les plus simples, tel est le but final de leur éducation.

La méthode, enfin, repose sur ce principe, à savoir : que l'idiotie est une infirmité qui peut s'atténuer ou disparaître dans les conditions suivantes : Développement et emploi du système musculaire par la gymnastique et divers travaux manuels appropriés à l'âge, au sexe, à la constitution, etc.; épanouissement du système nerveux et des appareils des sens par des exercices de chaque sens qui

la physiologie expérimentale, et sa réalité par l'observation clinique. En signalant les obstacles et la manière de les vaincre, je suis parvenu à formuler les règles générales et à fixer les conditions du procédé opératoire, de manière à assurer la réussite. Enfin, j'ai essayé d'élever au rang des *méthodes réglées* l'application de la galvano-puncture dans les anévrismes. J'ai lieu de croire que j'y ai réussi, puisque les principes que j'ai posés ont déjà permis à d'autres d'obtenir les mêmes succès, en suivant mes traces.

Mais revenons sur la marche que j'ai suivie : l'analyse de l'observation n° 1 me conduisit à la connaissance des principales difficultés et des expédients propres à en triompher. Ainsi d'abord il importe de modifier la circulation dans les vaisseaux afférents, sans quoi le caillot risque d'être entraîné par la colonne sanguine à mesure qu'il se forme, surtout si le tuyau artériel est d'un certain calibre. Dans le sac le liquide doit être stagnant et immobile, autant que possible; le malade sera couché ou assis fixement dans un fauteuil.

Pour coaguler le sang dans un anévrisme, il ne suffit pas que l'électricité arrive à la surface de la tumeur, ni même qu'elle y pénètre dans un seul endroit; il faut qu'elle soit directement transmise au fluide sanguin lui-même par deux points opposés. Je me suis servi à cet effet d'aiguilles en acier, longues de 7 à 8 centimètres, fines, acérées, qui pénétraient dans le sac en traversant les parties molles. Il y avait un double écueil à éviter : en s'enfonçant jusqu'au foyer, elles brûlent et cautérisent la peau, irritent les nerfs et causent de vives douleurs en pure perte; de là ecchymose et réaction inflammatoire très-défavorables; puis elles font en outre une déperdition fâcheuse d'électricité, ce qui peut entraîner l'inefficacité de la manœuvre. Je songeai donc à les isoler dans une étendue correspondante à l'épaisseur des parties molles à traverser, en laissant toujours libres leur tête et leur pointe. J'y parvins avec une couche de gomme laque, et mieux encore avec le vernis des couteliers. Voici une expérience pour se convaincre que l'isolement est parfait : ainsi l'action vive qui se manifeste quand on applique les pôles sur la tête, ou une partie libre des épingles, cesse d'avoir lieu dès qu'on les place sur les points recouverts d'une couche isolante, et recommence aussitôt que les deux instruments communiquent à nu, preuve évidente que le procédé est bon. On pourrait employer aussi un émail, un vernis de faïence, de porcelaine, etc.

Reste la manière de les placer. Dans mes expériences sur le sang, le phénomène de la coagulation étant plus actif quand on plaçait les épingles en croix, il convient d'imiter cette disposition; et quand le sac anévrismatique est considérable, il faut y multiplier les sources du caillot, de manière que les noyaux formés en divers points finissent par se confondre en un coagulum commun.

Ainsi j'arrivai à établir, d'après l'expérience, qu'il convenait d'implanter les aiguilles sur des points opposés pour mieux se correspondre; de les placer dans une direction oblique ou perpendiculaire à celle du sang, pour opposer une barrière à son cours; de les croiser, pour rendre leur influence plus active, et de les multiplier dans les anévrismes volumineux pour obtenir d'emblée un bon nombre de caillots qui offrissent une charpente suffisante pour le coagulum général; enfin qu'il était avantageux de changer plusieurs fois la direction des courants, afin de faire agir le fluide galvanique dans tous les sens, de manière à produire une multitude de filaments étendus, comme la trame d'un filet, au milieu de la masse sanguine, etc.

Je ne tardai pas à rencontrer l'occasion de mettre en pratique la plupart de ces préceptes.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE TEMPORALE; GUÉRISON EN UNE SÉANCE PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

OBS. II. — Le 4 août 1845, le sieur Dasnyard, âgé de 19 ans, serrurier à Lyon, fut apporté sans connaissance à l'hôpital. Il venait de tomber d'un deuxième étage. Il avait une forte ecchymose de l'œil gauche, et une fracture de la mâchoire inférieure sur la ligne médiane. Vers la fin du traitement il fut pris de la variole, qui parcourut ses périodes régulièrement.

Le 9 septembre, M. Pétrequin put s'occuper spécialement d'une petite tumeur de la tempe gauche, qui avait fixé son attention : c'était un anévrisme traumatique de l'artère temporale, du volume d'une amande, d'une consistance molle et peu sensible à la pression des doigts. La tumeur est sur le trajet de l'artère temporale, qu'on peut suivre jusqu'à ce niveau. Elle est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, qui sont visibles à travers la peau, et qui cessent sous l'influence d'une pression forte au-dessous, pour reparaître dès qu'on enlève le doigt qui comprime. Il n'y avait aucun doute sur la nature du mal : il était probable que cet anévrisme était dû à la contusion de l'artère, qui eut lieu lors de la chute.

Le 10 septembre, M. Pétrequin fit une séance de galvano-puncture, en présence de plusieurs médecins et d'une foule d'élèves; il prit deux épingles en acier, fines et acérées, et il les enfonça de manière à les croiser à angle droit dans la tumeur, où elles pénétrèrent d'environ 2 centimètres; il fit communiquer leurs têtes avec les pôles d'une pile; au premier contact, il y eut une secousse électrique et une douleur vive, et ces symptômes allèrent en croissant, à mesure qu'on augmentait la dose du galvanisme; leur intensité devint très-grande au quinzième couple, et on suspendit la séance; la durée de l'opération proprement dite, c'est-à-dire de l'action réelle de la galvano-puncture avait été de dix à douze minutes environ. On avait trois fois changé la direction des courants galvaniques pendant cet espace de temps.

Durant la manœuvre, M. Pétrequin sentit les pulsations diminuer progressivement; mais, de crainte de se tromper, il prit soin de faire aussi constater le phénomène par les docteurs Girin et Rambaud qui assistaient à l'expérience; le fait était réel. Ce ne fut pas sans une profonde satisfaction qu'il reconnut que les battements avaient complétement cessé à la fin de la séance; l'anévrisme à pulsations isochrones était remplacé par une tumeur solide et indurée. Le problème était résolu.

On enleva les épingles et le pansement consista en compresses d'eau blanche, maintenues avec des tours de bandes. Le malade, qui avait été ému, était pâle et un peu abattu; il se leva et retourna seul à son lit. Deux heures après, il ne souffrait plus, et dans l'après-midi il mangea comme à son ordinaire. Il ne survint aucun accident.

Le 12, M. Pétrequin examina le malade très-attentivement. La tumeur n'existait plus; on n'y sentait pas la moindre pulsation; l'artère temporale était également oblitérée au-dessus, car on n'y trouvait point de battements, tandis qu'ils étaient très-sensibles dans les points de son parcours inférieurs à l'anévrisme.

On l'examina de nouveau tous les deux jours jusqu'à son départ de l'hôpital, qui eut lieu le 20 septembre. Le noyau, qui avait succédé à la tumeur, s'était peu à peu résorbé; il ne faisait plus relief à la peau; il n'y avait ni battements ni douleurs. Ce résultat fut également constaté par M. le docteur Bouchacourt. La guérison était achevée. L'opéré vint revoir M. Pétrequin huit jours plus tard; la cure ne s'était pas démentie. (Observation recueillie par M. Baumers, élève interne.)

Cette observation a une haute importance, non-seulement parce qu'elle a été couronnée d'un succès complet, mais encore parce qu'elle renferme la première application heureuse qui ait été faite sur l'homme de cette nou-

---

en développent la sensibilité en régularisant les fonctions de perception; mise en rapport de l'idiot avec le monde extérieur par ce que ce dernier a de plus sensible dans ses propriétés physiques; transition logique de ces notions aux idées par une théorie de l'écriture et de la lecture simple et de nature à reproduire toutes les phases par lesquelles l'homme transmet ses pensées; enfin, pratique des rapports moraux que l'enfant devra établir avec ses semblables.

Pour amener les idiots à la moyenne d'éducation voulue, ces développements physiologiques et psychologiques ne suffiraient pas, si l'on ne faisait dominer l'ensemble de l'enseignement par le redressement des instincts mauvais et l'éducation morale. C'est là sans doute, dira-t-on, la partie ardue, difficile de la tâche; mais ne serait-on pas plutôt tenté de croire que le plus difficile, dans cette grande entreprise, est le premier pas, surtout si l'on songe à tout ce qu'il doit falloir de patience, de sagacité, de ruse, de persévérance tenace, pour appeler et fixer l'attention, pour provoquer un acte, un mouvement, un geste, pour exciter une volonté de la part d'un être essentiellement inactif et spontanément incapable d'attention et de volonté? Un seul instrument moral, ou pour mieux dire instinctif, peut venir en aide au maître qui entreprend les premières tentatives d'une semblable éducation : c'est l'imitation, seul genre d'aptitude à l'action dont la plupart des idiots se montrent capables. Aussi M. Séguin en tire-t-il un grand parti pour les éléments de l'éducation gymnastique, soit musculaire, soit sensorielle. Mais cet instrument vient-il à manquer, soit par le fait de la force d'inertie que quelques idiots opposent à toute sollicitation, à toute incitation étrangère, soit par l'incapacité physiologique où d'autres se trouvent d'exécuter un mouvement semblable à celui qu'ils voient faire, on n'aura plus qu'à rendre les armes devant ces natures réfractaires, à moins qu'imitant cette imperturbable résolution, je dirais presque cette sublime opiniâtreté avec laquelle M. Séguin poursuit son œuvre, on se résigne, à son exemple, à rester face à face avec son élève des heures, des jours, des semaines, des mois entiers, pour lui apprendre un geste, pour lui faire exécuter un mouvement, articuler un son, et à lutter avec lui de puissance à inertie, de volonté à résistance.

Nous avons dit quel est le principe, quelle est la méthode; préciser les règles et les détails d'application serait chose à peu près impossible, tant ici est active, variée, féconde, la part que le maître prend dans l'application de ses préceptes, tant son esprit est prompt à s'ingénier pour trouver, imaginer, susciter, suivant l'occurrence, mille ressources diverses capables d'atteindre à un but pour lequel tout moyen semble bon. Ce n'est qu'en lisant la relation des faits particuliers de la pratique de M. Séguin que l'on se pénétrera de ce que peuvent, aidés d'une bonne méthode, un esprit pénétrant, une volonté ferme, un dévouement sans bornes et un amour vraiment passionné du bien, sur ces organisations infimes qu'on n'avait considérées jusqu'à présent comme rebelles à toute influence humaine, que parce que nul n'avait eu le courage de les mettre à l'épreuve. De pareils résultats n'intéressent pas moins la science que l'humanité, et une semblable mission aussi dignement remplie méritait peut-être à celui qui se l'est volontairement imposée plus de reconnaissance et d'encouragements qu'il ne paraît en avoir reçu.

H. B.

velle méthode; c'est pour cela que je l'ai rapportée avec quelques détails. Nous avons vu le caillot se former rapidement dans le sac anévrismatique en une seule séance, et le noyau consécutif se résorber en quelques jours.

La possibilité du fait en lui-même était donc démontrée expérimentalement. Et ce n'était point ici, comme on a trop souvent coutume de le faire, une conclusion tirée des animaux à l'espèce humaine; c'était une observation directe sur l'homme lui-même. Or, dès que le galvano-puncture coagule le sang dans les petits anévrismes, on ne peut croire qu'elle reste tout à fait impuissante devant ceux d'un autre volume. Dès lors la possibilité du phénomène était un fait acquis à la science, il s'agissait surtout de difficultés plus grandes et plus malaisées à vaincre; mais non essentiellement insurmontables; toutefois la première tentative que je fis dans ce genre n'eut pas un résultat complet à cause des circonstances fâcheuses que je vais dire.

ANÉVRISME DU PLI DU COUDE, CONSÉCUTIF A UNE SAIGNÉE.—ESSAI DE GALVANO-PUNCTURE.

OBS. III. — En septembre 1845, un ouvrier passementier de Saint-Etienne (Loire), âgé de 42 ans, fut adressé à M. Pétrequin par M. de Rochetaillée, pour être traité d'un anévrisme de l'artère brachiale droite qu'il portait au niveau du pli du coude. Il était le résultat d'une saignée malheureuse pratiquée trois mois auparavant par une sage-femme. L'anévrisme était volumineux, battait avec force et croissait de jour en jour. Le malade ne voulait pas entendre parler d'une opération sanglante.

Le 24 septembre, M. Pétrequin le soumit à une séance de galvano-puncture. Il enfonça ses épingles à acupuncture, garnies d'une couche isolante, en les faisant croiser dans la tumeur. On employa une pile à auge, chargée avec de l'eau acidulée; on débuta par couples, et on poussa jusqu'à 20. On changea plusieurs fois la direction des courants, mais l'épreuve ne put être décisive; le malade, effrayé en présence de ce moyen qu'il ne connaissait pas, retirait violemment le bras, dès que les secousses devenaient un peu fortes; l'action galvanique était à chaque instant interrompue, et la séance finit même par rester incomplète. On ne put aller jusqu'au bout.

Néanmoins la tumeur était devenue plus dense. M. Pétrequin, pour favoriser le travail de coagulation, appliqua la compression à demeure sur la brachiale; mais le malade se fatigua bien vite de ce moyen qu'il ne voulut plus supporter. M. Pétrequin avait aussi laissé les épingles en place, dans le même but, d'après les résultats avantageux que l'acupuncture avait donnés à M. Velpeau. Mais leur séjour fut sans effet, et le troisième jour il fallut absolument les enlever aussi. Le malade se refusa obstinément à une deuxième séance galvanique, qui l'eût probablement guéri. Indocile et pusillanime, il n'eut pas le courage de subir une nouvelle épreuve, malgré tout ce ce qu'on s'empressa de lui dire. Nous avons appris depuis qu'il était retourné à Saint-Etienne où M. Vial l'opéra par la ligature. (Observation recueillie par M. Foltz.)

Cet essai n'était pas encourageant; mais la science ne peut tromper: j'avais foi dans le principe de la méthode, et je repris la question sans perdre courage. Je recommençai de nouvelles expériences pour rendre sensible et évident le mode de décomposition et de coagulation du sang. J'avais d'abord expérimenté sur du sang humain, au moment où l'on venait de le retirer de la veine; on voyait le liquide se coaguler sur le trajet des épingles à acupuncture, au moment même où il se décomposait. Ce phénomène resta constant.

Mais le sang est très-opaque, et ne laisse pas toujours voir nettement les détails intimes de l'opération. Je crus devoir choisir un autre liquide qui permît de mieux saisir l'ensemble du phénomène, et je jetai les yeux sur le lait qui, sous ce rapport, a beaucoup d'analogie avec le sang. Je fis arriver les deux pôles dans une petite coupe à demi pleine de lait, et je les y croisai : je pus suivre et faire voir tout le mécanisme de la coagulation. A chaque contact, une multitude de petits globules se précipitent instantanément sur le trajet des aiguilles, se multiplient sous l'influence du galvanisme et se réunissent en une masse de grumeaux qui servent de charpente à des coagulations nouvelles. L'expérience est des plus probantes.

Je m'occupai ensuite d'éprouver et de comparer les diverses piles. La pile à auge, bonne d'ailleurs, est souvent infidèle, sans doute parce qu'elle est mal commode à nettoyer, difficile à bien entretenir, et par là même sujette à se déranger. Pour peu que l'eau soit trop fortement aiguisée, elle ronge les métaux, et l'action électrique va bientôt en languissant; elle languit aussi si le mélange acide est trop faible. Sa puissance en général suit des proportions rapidement décroissantes. La pile de Bunsen, aujourd'hui très-usitée dans les arts, ne m'a jamais réussi complétement sur l'homme : avec un seul élément, elle est insuffisante; et quand on en met plusieurs ensemble, il devient difficile non-seulement d'apprécier sa portée, mais encore de produire des courants qui se soutiennent. Elle est encore passible de tous les reproches précités quand il s'agit d'en faire usage dans un hôpital. J'en suis venu expérimentalement à donner la préférence à une pile formée d'éléments séparés dont on peut à volonté augmenter ou diminuer le nombre. Commode à nettoyer et facile à entretenir, elle n'est pas exposée à se déranger sans cesse; on peut, selon le besoin, lui donner toute la puissance désirable : j'ai éprouvé que la pile à colonnes réussit très-bien.

Restait à étudier le meilleur mode de préparation. La solution d'hydrochlorate de soude ou sel de cuisine donne lieu d'ordinaire à une action faible de décomposition qui est longue à s'accomplir. L'eau aiguisée d'acide nitrique et d'acide hydrochlorique peut en général produire une force plus vive, mais elle présente d'autres inconvénients que nous connaissons déjà. Au reste je suis loin de proscrire ces deux modes de préparation qui ont chacun leur vertu; mais je leur préfère aujourd'hui une solution concentrée de sel ammoniac; c'est ainsi qu'étaient imbibés les carrés ou pièces de drap de la pile à colonnes que j'ai employée dans mes dernières expériences, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Enfin, je me suis occupé d'analyser l'action de la pile; elle est des plus complexes; il m'a semblé que je pouvais la rapporter à trois chefs principaux : 1° action électrique sur les nerfs; 2° action calorifique; 3° action décomposante sur les fluides. Certainement ces trois manières d'agir ne peuvent être séparées, absolument parlant; car leur réunion constitue l'essence même du galvanisme; toutefois cette distinction, que personne à ma connaissance n'a jusqu'ici songé à établir, est très-importante en pathologie. On conçoit en effet que les deux premières puissances sont ici peu utiles et même dangereuses; car l'une ébranle le système cérébro-rachidien, énerve le patient et lui fait subir en pure perte de douloureuses secousses électriques. L'autre produit l'ustion des tissus vivants, cautérise tout ce qu'elle touche et amènerait des escarres et même la gangrène, si elle portait avec force sur une certaine étendue de surface. Quant à la troisième, il importe d'augmenter son influence, en même temps qu'on diminue relativement celle des deux autres.

Quels sont les moyens qui peuvent permettre d'atteindre ce triple but? — 1° On peut reconnaître que le multiplicateur qu'on ajoute d'ordinaire à la pile de Bunsen, sous le nom d'*appareil électro-médical*, augmente l'action électrique sur les nerfs, tandis qu'il diminue les deux autres. Dès lors il peut réussir dans les névroses, les paralysies et autres affections nerveuses; mais il ne saurait convenir dans le cas qui nous occupe. On peut aussi reconnaître qu'on augmente cet effet électrique quand on fait agir la pile par un contact saccadé des pôles. Il est également prononcé quand le fluide galvanique communique directement avec nos organes : une couche isolante réussit bien à l'égard des solides; mais comme les liquides se propagent aussi, on comprend qu'on n'a d'action que sur la première voie. Ceci posé, on réduira l'action électrique sur les nerfs à son *minimum*, en employant des épingles recouvertes d'une couche isolante, en tenant un courant continu sans multiplicateur, et évitant les chocs qu'entraîne la production trop répétée des étincelles.

2° L'action calorifique se distingue de l'action décomposante, bien que ces deux forces se trouvent souvent combinées pour désagréger les corps; on doit donc l'étudier à part. Ainsi il est d'expérience que les piles à larges éléments développent beaucoup de calorique : telles sont les piles en hélice. Cet effet est en raison moins du nombre des éléments que de leur étendue en superficie. On sait que la fusion des métaux s'opère presque instantanément avec des piles à grande surface; on réduira l'action calorifique à son *minimum* en donnant peu de surface aux éléments, en isolant les épingles conductrices, et évitant de provoquer de fortes étincelles.

3° L'action décomposante diminue relativement quand on emploie le multiplicateur; elle n'augmente pas proportionnellement aux surfaces. Sa puissance est en raison directe du nombre des éléments : c'est ainsi qu'avec des piles étroites, mais à éléments nombreux, on parvient à décomposer les corps les plus réfractaires.

Il résulte de cette étude que les conditions du problème qui nous occupe (1) peuvent être réalisées à l'aide d'épingles garnies d'une bonne couche isolante, et d'une pile à colonnes de petite dimension, mais dont on augmentera à volonté les éléments.

Pour conduire en tout sens les fils de cuivre représentant les pôles, je les fais tenir à la main; et pour empêcher toute perte d'électricité, je les isole en les enveloppant, ainsi que mes doigts, avec un morceau d'étoffe de soie.

Je m'apprêtais à mettre à profit toutes ces recherches, n'attendant qu'une occasion favorable pour en faire l'application, comme on va voir.

(1) Je m'empresse de dire que j'ai exposé ces idées à un homme fort compétent dans la matière, M. Tabareau, doyen de la Facultés des sciences à Lyon, qui a bien voulu les discuter avec moi et les sanctionner de son expérience.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECNIE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur le traitement des fractures du fémur par le relâchement absolu; appareil applicable à cette méthode ;* par M. Loreau. 2° *Mémoire sur la section sous-muqueuse du sphincter anal dans plusieurs affections chirurgicales;* par M. Demarquay. 3° *Recherches statistiques sur les causes de la péricardite, et en particulier sur le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite albumineuse considérés comme causes de cette maladie;* par M. John Taylor. ((Extrait de London medico-chirurgical Transactions, t. XXVIII, 1845.) 4° *Des fièvres intermittentes et de leur traitement par l'acide arsénieux;* par M. Masselot. 5° *Nouvelles recherches sur les bruits des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies;* par M. Beau. (Ce travail, dont la publication est commencée depuis huit ou dix mois, est enfin terminé. L'auteur reprend toutes les objections dont ses idées sur les bruits dits *artériels* ont été l'objet, les examine, les discute longuement à l'aide de nouvelles observations et de nouvelles expériences. Mais l'extrême étendue de ce travail, le nombre infini de points de physiologie ou de pathologie auxquels il touche et dont le résumé le plus succinct dépasserait encore les limites qui nous sont accordées, nous empêchent à regret d'en présenter ici l'analyse.) 6° *Recherches pratiques sur le traitement de la surdité, et en particulier sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache;* par M. Marc d'Espine. (Préceptes relatifs à la pratique de ce cathétérisme bien exposés, mais trop détaillés pour pouvoir être condensés dans une analyse.) 7° *Mémoire sur la loi de formation des abcès locaux primitifs extérieurs à l'os, après les fractures par contre-coup des os longs et les luxations compliquées de leurs extrémités articulaires;* par M. Laugier. 8° *Observation de fièvre typhoïde devenue mortelle en moins de six jours et accompagnée d'ulcérations intestinales profondes, suivie de remarques;* par M. Boudet. 9° *Recherches sur les tumeurs et les dégénérescences des oreillettes du cœur;* par M. Aran. (Non terminé.) 10° *Note sur un cas de tuberculisation des méninges chez un adulte, avec ramollissement et apoplexie capillaire;* par M. Valleix. (Ramollissement cérébral et infiltrations sanguines consécutives, reconnaissant comme cause éloignée une grande quantité de granulations tuberculeuses de la pie-mère.)

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR PAR LE RELACHEMENT ABSOLU; APPAREIL APPLICABLE A CETTE MÉTHODE; par M. LOREAU.

Ce travail, écrit avec beaucoup de soin et une clarté remarquable, est consacré à préconiser pour le traitement des fractures du fémur la demi-flexion, mais la demi-flexion modifiée par certaines corrections et additions qui doivent la faire envisager sous un nouveau jour et pourraient bien provoquer la cassation de l'arrêt porté contre cette méthode. M. Loreau commence par établir que l'attitude de l'extension du membre inférieur est très-fatigante à garder pour le malade, que cette fatigue va même le plus souvent jusqu'à une douleur intolérable. Il est, au contraire, une position que l'on prend instinctivement pour le repos et le sommeil, où tout est relâché, facile, naturel; c'est le décubitus en supination, avec demi-flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Mais pour qu'elle mérite ce titre d'attitude de relâchement absolu, il faut ajouter que la cuisse sera dans une légère abduction, ainsi que dans la demi-rotation en dehors; enfin le pied sera dans l'adduction, les talons se toucheront presque, tandis que les orteils s'éloigneront en se déjetant en dehors. — On peut essayer d'après sa propre expérience si cette combinaison n'amène pas effectivement une détente générale et bien sentie dans tout le système musculaire de l'extrémité pelvienne. Mais l'auteur ne s'en est pas tenu à cette vérification. Prenant un à un tous les muscles du membre inférieur, il a cherché à démontrer que tous sont relâchés, ou, pour parler plus exactement, qu'aucun n'est tendu *dans toutes ses parties*, lorsqu'on place la cuisse, la jambe et le pied dans la situation indiquée.

Nous ne suivrons pas M. Loreau dans la description un peu minutieuse qu'il donne de son appareil; il nous suffira d'énoncer les points principaux par lesquels il diffère du système de traitement qui porte le nom de Dupuytren. Et d'abord la situation du membre qui vient d'être recommandée se touvera solidement maintenue par la seule précaution d'élever l'angle supérieur interne du coussin de support afin d'obtenir l'abduction de la cuisse et son angle inférieur externe pour ramener par là la jambe dans l'adduction. Quant au bandage proprement dit, il consiste en trois attelles *immédiates* ou *fémorales*, l'une antérieure externe, la deuxième interne, la troisième postérieure, séparées du membre par des compresses graduées et maintenues au moyen d'une ou plusieurs bandes roulées. Mais une addition plus importante est celle des *attelles articulées.* M. Loreau appelle ainsi deux systèmes contentifs destinés à être placés sur l'un et l'autre côté de tout le membre abdominal. Chacune de ces attelles articulées se compose de plusieurs pièces en bois correspondant l'une à la cuisse, l'autre à la jambe, une troisième au pied; et comme elles sont mobiles, quoique fixables à volonté l'une sur l'autre, on conçoit qu'en leur donnant entre elles tels ou tels angles calculés sur ceux que forment les divers segments du membre, on ait, en les adaptant ensuite solidement contre ses faces latérales un excellent moyen de conserver la demi-flexion telle qu'on l'a établie. En appliquant celle au moyen de bandes ou de courroies, on immobilise pour ainsi dire le relâchement des muscles; et le malade peut marcher avec une béquille sans que la demi-flexion cesse un seul instant d'un seul degré.

Nous passons sous silence, comme moins originales, les propositions que fait M. Loreau de joindre à ce système de traitement une force de traction, si le besoin s'en fait sentir, ou une planchette hyponartécique. Chaque lecteur comprendra aisément le moyen de remplir ces indications.

Les fractures du col du fémur se trouvent également bien de cet appareil. Mais, dans ce cas, il faut ajouter à l'attelle articulée externe une pièce qui longe le côté du tronc (contre lequel on la fixe exactement) et qui remonte jusqu'à l'aisselle. Cette attelle latérale a également servi à M. Loreau pour remplir une indication dont la justesse, dans les fractures du col, n'était pas contestée, mais qu'on négligeait faute de moyens propres à y satisfaire convenablement, je veux parler de la nécessité d'attirer en dehors l'extrémité supérieure du fragment inférieur, afin que, après la consolidation, le col ait recouvré sa direction normale. Le coussin épais que M. J. Guyot et M. Antonelli placent entre les cuisses ne pouvait évidemment atteindre ce résultat. Voici ce qu'a imaginé M. Loreau. Avant de mettre les attelles articulées latérales, on dispose les coussinets qui doivent correspondre à l'externe de telle façon qu'il reste un espace vide entre elle et les téguments, dans la partie trochantérienne, c'est-à-dire que le coussinet fémoral s'arrêtera à peu près à un travers de main au-dessous du grand trochanter et que le supérieur (qui correspond à la pièce appliquée le long du tronc) ne commencera qu'à une pareille distance au-dessus, pas assez haut cependant pour ne pas prendre son point d'appui sur le bord supérieur de l'os iliaque. Ces coussins devront être faits de linge usé, avec une couche de laine à la surface, en un mot assez résistants pour ne point s'affaisser jusqu'à laisser les attelles qu'ils supportent toucher la peau. De même, il faudra donner aux attelles une certaine force. L'attelle articulée interne étant ensuite appliquée, on serre les courroies qui embrassent ces attelles, et l'extrémité trochantérienne du fémur se trouve ainsi attirée en dehors. — Cet ingénieux artifice n'est, pour le dire en passant, qu'une réminiscence du bandage imaginé par Dupuytren pour la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, de même que le coussin interfémoral que M. J. Guyot appliquait pour remplir le même but n'était non plus qu'une imitation du bandage de Desault pour la fracture de la clavicule. Du reste, si l'on a bien saisi le mécanisme décrit par M. Loreau, on comprendra aisément l'utile secours qu'on en pourra aussi tirer lorsqu'il s'agira de redresser le cal d'une fracture du fémur vicieusement consolidée. Parmi plusieurs observations que M. Loreau rapporte comme confirmatives des vues thérapeutiques précédemment résumées, nous en avons remarqué une où une saillie du cal fut par ce moyen heureusement corrigée.

— On aura sans doute déjà reconnu, et M. Loreau en convient franchement lui-même, que le système de traitement dont il vante les avantages se compose en totalité d'éléments empruntés à diverses méthodes déjà connues et employées. Il n'en mérite pas moins, pour cela, d'être recommandé à l'attention des praticiens; car ces différents emprunts ne font qu'ajouter à sa valeur, et ce n'est certes pas en chirurgie pratique que l'éclectisme ainsi compris peut avoir des dangers. Nous n'hésiterions donc pas à le conseiller si nous pouvions préalablement tomber d'accord avec l'auteur sur la supériorité qu'il réclame en faveur de l'attitude demi-fléchie. Selon nous, les expériences si décisives de M. Bonnet subsistent comme une objection capitale et non encore résolue contre tout plan thérapeutique qui préconise ou même qui tolère cette situation. Il est bien vrai qu'en ajoutant une puissance continue de traction, M. Loreau remédie en partie au déplacement des fragments qui est l'effet direct de la demi-flexion ; mais il faut reconnaître, ainsi que M. Bonnet l'a démontré et comme nous l'avons expérimenté nous-mêmes d'après lui sur le cadavre, qu'une traction, même très-énergique et telle qu'on ne pourrait longtemps la continuer impunément sur le vivant, ne remédie jamais *qu'en partie* à ce déplacement, lequel est surtout prononcé dans les fractures occupant le tiers inférieur du fémur. — C'est là une difficulté dont, à l'avenir, toute méthode devra tenir compte.

MÉMOIRE SUR LA SECTION SOUS-MUQUEUSE DU SPHINCTER ANAL DANS PLUSIEURS AFFECTIONS CHIRURGICALES; par M. DEMARQUAY.

Cette opération a été l'une des premières applications de la méthode générale, et l'on peut dire l'une des plus utiles et des plus universellement adoptées. Pratiquée d'abord dès 1840 par M. J. Guérin (1), puis par M. Blandin, par MM. Brachet (voy. GAZ. MÉD., 1841. p. 332), Velpeau, etc., ses résultats ont bientôt fait connaître les services qu'on en pouvait attendre. Dans le travail qu'il publie aujourd'hui, M. Demarquay s'est proposé de mieux préciser quelques points relatifs aux indications de cette section, et de décrire quelques perfectionnements apportés à son manuel, surtout par M. Blandin.

INDICATIONS. — La myotomie sous-muqueuse du sphincter anal peut être faite dans deux circonstances :

1° Pour combattre une contraction spasmodique du sphincter, soit qu'elle s'oppose à l'introduction de corps étrangers dans le rectum, introduction nécessitée par une opération, soit qu'elle s'oppose à la sortie de corps divers qui peuvent être arrêtés dans cette portion du tube digestif, soit enfin pour combattre l'étranglement de certaines parties déterminé par la contraction du sphincter. Ainsi Levret proposa de couper ce muscle pour faciliter la rentrée d'une portion du rectum prolapsée et gangrenée. Ainsi M. Blandin et M. Demarquay ont répété la même opération, tantôt pour obtenir la réduction d'hémorrhoïdes internes étranglées après leur sortie et qu'on avait inutilement essayé auparavant de repousser à l'intérieur, tantôt pour diminuer seulement la constriction que l'orifice contracté faisait subir à des hémorrhoïdes externes et qui leur donnait une tension et un volume fatigants pour le malade.

2° Pour combattre la contracture du sphincter. Ici on se trouve en présence de la fissure dont cette contracture est toujours, sinon la cause, du moins une complication tellement essentielle que lorsqu'on peut détruire cette complication par un moyen victorieux, tel que la section du sphincter, il est rare que la maladie elle-même ne guérisse pas ensuite en quelques jours. L'indication de l'opération est donc positive dans ces cas. Le mémoire de M. Demarquay contient la relation de sept observations où elle a suffi pour débarrasser d'une incommodité souvent horriblement pénible des malades qui avaient déjà recouru sans succès aux méthodes curatives les plus accréditées.

Enfin la constipation opiniâtre et ancienne s'accompagne parfois de contracture du sphincter. Serait-ce là un motif suffisant pour se décider, dans un cas où ce symptôme serait très-accentué, à diviser le sphincter? La facilité et l'innocuité de l'opération sous-muqueuse pourraient jusqu'à un certain point enhardir le chirurgien à prendre ce parti, qui au premier abord paraîtrait cependant ici un peu sévère.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Nous l'avons déjà décrit d'après une communication intéressante de M. Brachet (voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 332). Néanmoins M. Demarquay rapporte quelques détails qui peuvent être utiles à connaître. On sait que l'opération comprend plusieurs temps successifs. Chacun d'eux peut prêter à quelques remarques. Ainsi il faut :

1° Faire une petite ouverture à la peau. C'est à 2 ou 3 centimètres de l'anus qu'elle doit être pratiquée : faite plus près, un effort de défécation pourrait ensuite rompre la cicatrice, enflammer le foyer de l'incision et en provoquer la suppuration; plus loin, la section des fibres les plus internes du sphincter serait rendue très-difficile.

2° Introduire le doigt dans le rectum en même temps que l'on fait tendre la peau des deux côtés de l'anus. Ces deux précautions sont très-importantes : si l'on voulait se dispenser de l'une d'elles, il arriverait aisément qu'on romprait la muqueuse rectale.

3° Faire passer le ténotome entre la muqueuse et le sphincter. L'instrument devra ici cheminer avec douceur. C'est le temps le plus délicat : mais il y aurait encore plus d'inconvénients à vouloir, comme l'a fait M. Velpeau, couper le muscle de sa partie profonde à sa partie superficielle. Agir ainsi serait s'exposer à couper plus que le muscle ou à le couper incomplétement.

4° Enfin, diviser le muscle. A ce moment on sent un craquement distinct; aussitôt après le doigt reconnaît un espace entre les deux extrémités du muscle divisé. Une compresse imbibée d'eau froide suffit pour tout pansement. Le repos au lit durant cinq à six jours sera utile, ainsi que la précaution de n'aller à la garde-robe que trois ou quatre jours après l'opération.

(1) C'est par inadvertance que M. Demarquay a attribué à M. Blandin la priorité de cette application. Elle a été faite par M. J. Guérin le 7 août 1840, sur un étudiant en médecine, en présence de MM. les docteurs Kuhn, Zablotski et Doubowitsky. Ce n'est que vers la fin de la même année, au dire même de M. Demarquay, que M. Blandin l'a répétée. (V. GAZ. MÉD., 17 avril 1841, et pour l'observation détaillée, GAZ. MÉD., 1844, p. 832.)

Dans un cas M. Blandin fut obligé, pour faire entièrement cesser la contracture, de diviser le muscle successivement des deux côtés.

M. Blandin a imaginé pour cette opération un instrument particulier. Voici sa description, empruntée au texte de M. Demarquay :

« C'est un bistouri monté sur un manche assez fort; sur une des faces de la lame de l'instrument se trouve une plaque mobile à la façon d'un canif à coulisse; cette plaque est arrondie à son extrémité, sa longueur dépasse un peu celle de la lame; lorsqu'elle est poussée elle couvre complétement celle-ci. Sur le manche de l'instrument se trouvent des points de repère qui indiquent la direction du tranchant. Avec ce seul instrument on peut faire toute l'opération. Quand on ne veut que faire une ponction à la peau, on découvre un peu la lame; lorsqu'au contraire on veut faire passer le bistouri entre le muscle et la muqueuse, on cache le tranchant par la plaque mobile, et dès lors l'instrument agit comme un stylet mousse un peu aplati. Lorsqu'on veut couper, on fait rentrer la plaque dans l'intérieur du manche et on agit comme avec un bistouri ordinaire. »

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; par le docteur MASSELOT.

M. Masselot, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, a pu étudier les effets de la médication arsenicale contre la fièvre intermittente, dans le service même du régénérateur de ce mode de traitement. La GAZETTE MÉDICALE a eu plusieurs fois l'occasion d'enregistrer des faits contraires, du moins en apparence, aux opinions de M. Boudin sur les propriétés fébrifuges de l'acide arsénieux, notamment ceux qui ont été publiés, il n'y a pas longtemps, dans le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE BORDEAUX, par M. Henri Gintrac. M. Masselot, dont le nom se recommande déjà par d'utiles et consciencieux travaux, vient en aide à M. Boudin : premièrement en rapportant onze observations détaillées où le succès de l'arsenic blanc ne peut guère être mis en doute; secondement, en combattant les inductions qui ont été tirées d'autres faits où le succès a été nul ou incomplet; troisièmement, en rapportant certains documents généraux aussi et plus favorable à la thèse de M. Boudin que les faits particuliers.

Suivons rapidement l'auteur dans ces différentes parties de son travail.

Ainsi que nous venons de le dire, les observations rapportées par M. Masselot sont de nature à mettre hors de contestation la propriété antipériodique de l'acide arsénieux. Elles ne sont qu'au nombre de onze, et l'infériorité de ce chiffre pourra être transformée par certains esprits en une insuffisance de preuves. Mais la question, toutes les fois que nous avons eu occasion de nous en occuper, s'est présentée à nos yeux sous un autre aspect. Il ne s'agit pas pour le moment de savoir *dans quelle proportion* l'arsenic guérit la fièvre intermittente, mais de savoir s'il la guérit en effet, sauf à déterminer, dès que faire se pourra, *dans quelles conditions* il la guérit. Cela étant, on conçoit très-bien qu'un petit nombre d'observations puisse, par la netteté des résultats, suffire à établir un pareil fait dans sa généralité. Or tel est, à notre sens, le caractère des observations rapportées par M. Masselot. Elles portent avec elles un cachet d'évidence qui les rend extrêmement précieuses. Pour en donner un spécimen, nous rapporterons brièvement la dernière, fort intéressante d'ailleurs sous plusieurs rapports et dont le sujet et l'historien est un jeune confrère déjà distingué dans la médecine militaire, circonstance qui ajoute à l'autorité des faits consignés dans la narration.

OBS. — M. le docteur P. eut, à l'âge de 10 ans, une fièvre tierce qui dura près de deux mois et cessa sans traitement. A 19 ans, variole confluente qui laissa quelques granulations sur la conjonctive palpébrale. Cinq ans après, pendant l'internat à l'hôpital des Enfants malades, double ophthalmie très-intense, accompagnée d'élancements névralgiques dans les rameaux de la cinquième paire et surtout dans le nerf lacrymal. Emploi inutile de trois larges saignées, de *quatre cents* sangsues, de purgatifs, de vésicatoires; guérison par la cautérisation des paupières avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, jointe à l'administration de la belladone et du sulfate de quinine. La fièvre, qui avait marqué le début de la maladie, fut regardée comme consécutive, et ce ne fut qu'à titre d'indication tout à fait secondaire que le sulfate de quinine fut administré.

Quatre ans plus tard, en 1842, pendant un service à l'hôpital militaire de Versailles, nouvelle ophthalmie plus intense que la première et à marche plus aiguë, survenue dans les circonstances suivantes : M. P. avait passé dix jours dans un travail de cabinet assidu. Il était survenu de l'embarras gastrique avec fièvre et inappétence, le tout sans influence aucune sur les yeux. Cet état remontait déjà à vingt jours, quand le malade visita les carrières et les étangs voisins du Trou-Salé, près de Versailles. Le lendemain, violent frisson, suivi de chaleur et de sueur et précédé ou, tout au moins, accompagné d'une douleur intense dans les orbites et d'une inflammation vive de toutes les conjonctives. (Deux larges saignées; purgatifs.) Aggravation des accidents. Dès le troisième jour, un chémosis inflammatoire entourait la cornée, des vaisseaux se dessinaient sur cette membrane et une ulcération se creusait sur l'œil droit. Les accès fébriles revenaient tous les jours et se confondaient les uns avec les autres, de telle sorte que leur nature n'était pas facile à reconnaître. Emploi du sulfate de quinine,

cautérisation de la cornée et de la face postérieure des paupières avec le nitrate d'argent. Les accès changèrent de type, puis cessèrent et, avec eux, l'ophthalmie. Le malade était en voie de guérison au bout d'un mois; mais obligé de se rendre à Paris, il fut presque aussitôt repris de fièvre et d'ophthalmie. Le sulfate de quinine et le nitrate d'argent eurent le même succès.

M. P. se rendit alors dans une localité de la Côte-d'Or où régnaient des fièvres intermittentes. Il y était à peine qu'une rechute extrêmement intense se déclara. *L'accès fébrile fut parfaitement caractérisé*, et, dès son début, se montrèrent les douleurs à la base de l'orbite, les élancements dans les rameaux de la 5e paire, une photophobie intense, une vive injection de la conjonctive oculaire, un chémosis tellement rapide dans son développement qu'à la fin de l'accès (qui dura vingt heures) il était déjà très-prononcé; déjà aussi quelques vaisseaux s'avançaient sur la cornée. Immédiatement après l'accès, éméto-cathartique; puis sulfate de quinine, 3 grammes en potion et 1 gramme en lavement; réfrigérants sur la base de l'orbite; frictions belladonées sur le front et les paupières. Pendant l'apyrexie, l'ophthalmie ralentit sa marche; mais, dès le deuxième accès, les cornées étaient vascularisées, et un pharmacien du lieu les trouva, dans toute leur circonférence, boursouflées et couvertes de petits abcès. Le nitrate d'argent fut promené sur tous les points tuméfiés de la cornée et sur la face interne des deux paupières.

Le malade passa un mois à l'hôpital de Semur, usant du sulfate de quinine sous toutes les formes, de la belladone, du calomel, de collyre au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre, de cautérisations avec les mêmes substances solides. La fièvre changa plusieurs fois de type; elle fut successivement ou alternativement quotidienne, subintrante, tierce, quarte et double tierce; elle diminua d'intensité; elle manqua même plusieurs jours, pendant lesquels l'inflammation oculaire diminua pour s'aggraver de nouveau au retour des accès. Pendant tout ce temps, l'ophthalmie était restée à peu près stationnaire, le mal avait même un peu diminué, mais les accès fébriles étaient revenus sous le type tierce, malgré l'administration journalière de 5 grammes de sulfate de quinine. Retour à Paris vers le 20 novembre. Nouvelles cautérisations de la conjonctive; continuation du sulfate de quinine à 5 et 6 grammes. Disparition des accès à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours, toujours suivi d'amendement, mais d'un amendement passager, dans l'affection oculaire. Bientôt l'estomac fatigué se révolta et rejeta jusqu'aux plus faibles doses de sulfate de quinine.

Ce fut alors que le malade eut recours à l'acide arsénieux, suivant l'ancienne formule de M. Boudin, 4/25 de grain mélangé au sucre de lait. La fièvre cessa immédiatement; trois accès manquèrent; l'arsenic n'avait été pris que pendant trois jours. La fièvre reparut avec le même type, mais sans *céphalalgie* et avec des douleurs articulaires très-vives. L'arsenic fut élevé à la dose de 6, 8, 10/25 de grain et plus par jour et employé pendant dix jours seulement. La rechute n'eut que deux accès et ce furent les derniers.

A partir de cette époque, la guérison fut rapide, et, avec l'aide de la cautérisation des conjonctives continuée quelque temps encore, d'un régime fortifiant et de l'iodure de potassium, l'ophthalmie disparut et la santé devint excellente.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur le rapport si remarquable et si étroit qui liait, dans ce cas, l'ophthalmie à la fièvre intermittente : rapport tel que l'inflammation de la conjonctive était bien évidemment une manifestation partielle, mais directe, de la condition morbide générale qui produisait la fièvre intermittente. C'était, si on peut le dire, une *ophthalmie paludéenne*. Mais on ne saurait donner trop d'attention à l'effet si rapide et si prononcé de l'arsenic, là où avaient échoué depuis un mois des doses énormes de sulfate de quinine. Et non-seulement l'arsenic a guéri définitivement en peu de jours une fièvre déjà invétérée, mais il a détruit aussi l'effet local de l'infection paludéenne, et cette ophthalmie, qui, entretenue par l'inefficacité de la médication quinique, résistait aux moyens locaux les mieux dirigés, a cédé rapidement aux mêmes moyens dès que l'intoxication a été neutralisée.

En quoi des faits de ce genre peuvent-ils être contrariés par d'autres faits où l'action de l'arsenic n'a pas paru aussi avantageuse? C'est la question dont s'occupe M. Masselot dans une autre partie de son travail. Nous l'avons dit nous-même en rendant compte du mémoire de M. Gintrac, la plupart des faits allégués contre la thèse de M. Boudin décèlent dans l'arsenic une certaine vertu fébrifuge qu'il ne s'agirait peut-être que de bien diriger pour en obtenir de bons effets. Peut-être est-il susceptible de réussir aussi bien (n'importe la proportion), dans certaines circonstances données, que le sulfate de quinine dans d'autres circonstances. Telle est en substance, sauf quelques doutes élevés sur la valeur de plusieurs des faits dont il s'agit, l'argumentation dirigée par M. Masselot contre les adversaires du traitement arsenical, et en particulier contre M. Gintrac. Il pense avec Marcus, Harles, Geiger, M. Gasc, que l'arsenic, dont l'effet principal (à doses modérées) est, comme l'a dit Fodéré, d'animer, d'exciter les solides, de rendre le pouls plus fréquent, plus soutenu, et en général de produire l'inverse de la digitale pourprée, *pourrait ne pas réussir* contre les fièvres intermittentes inflammatoires survenues chez des sujets robustes et sanguins, tandis qu'il *réussit parfaitement* chez les fébricitants débiles, cachectiques, à fonctions languissantes.

A l'appui de ces faits et de ces considérations, l'auteur apporte, avons-nous dit, quelques documents généraux. La plupart de ces documents ont déjà été rendus publics soit en France, soit à l'étranger; mais en voici un qui vient directement de l'auteur. Du 1er janvier 1843 au 1er janvier 1846, 574 individus ont été admis à l'hôpital militaire de Versailles pour des fièvres intermittentes et renvoyés comme guéris; or voici un tableau comparatif des modes de traitement et de la proportion des récidives :

Malades n'ayant pris ni quinine ni arsenic. .	142	récidives	8	soit	5,6	sur 100
— traités par le sulfate de quinine. . .	111	—	14	—	12,5	—
— traités par l'acide arsénieux	311	—	10	—	3,2	—
— par arsenic et quinine associés après récidive.	10	—		—		—

Plus du tiers des malades qui ont pris l'arsenic avaient été traités antérieurement une ou plusieurs fois par le sulfate de quinine. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de trente jours pour les malades traités par le sulfate de quinine, et de vingt-deux pour ceux qui ont pris l'arsenic.

Nous comprenons les raisons qui ont fait jusqu'ici et feront peut-être toujours préférer, dans la pratique usuelle, un médicament facile à manier et dont les doses peuvent subir sans danger de grandes variations, comme le sulfate de quinine, à un poison aussi actif et aussi dangereux que l'arsenic blanc; mais en présence des résultats qu'on vient de voir et de beaucoup d'autres, amassés tant par M. Boudin lui-même que par ses devanciers, Slevogt, Frick, Keil, les deux Plenciz, Fowler, Pearson, il serait déraisonnable de ne pas reconnaître les avantages que la société pourrait tirer de l'emploi bien entendu de l'arsenic, ne serait-ce que dans les cas bien constatés où le sulfate de quinine échoue absolument. Et nous n'envisageons ici que le point de vue scientifique, sans tenir compte de celui de l'économie, qui a bien aussi son importance.

MÉMOIRE SUR LA LOI DE FORMATION DES ABCÈS LOCAUX PRIMITIFS EXTÉRIEURS A L'OS, APRÈS LES FRACTURES PAR CONTRE-COUP DES OS LONGS ET DES LUXATIONS COMPLIQUÉES DE LEURS EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES; par M. LAUGIER.

Lorsqu'une extrémité articulaire est luxée ou que, après une fracture, l'un des bouts osseux traverse la peau, ce déplacement ne peut avoir lieu sans de graves désordres des parties molles. Tiraillées, décollées, dilacérées, contuses, celles-ci s'enflamment presque inévitablement, et souvent il se forme des abcès au pourtour de l'os. Or, quel est le siége le plus fréquent de ces abcès? M. Laugier ayant étudié cette question qu'on avait jusqu'à présent négligée, affirme qu'ils se produisent constamment *du côté de l'os opposé à celui vers lequel se porte son déplacement*. C'est en effet, dit-il, dans ce sens que le décollement des tissus adjacents à l'os est le plus considérable; et en outre la suppuration a plus de tendance à y séjourner. Ainsi, par exemple, en supposant une fracture du tiers inférieur du tibia avec issue au dehors du fragment supérieur, le pus ne saurait s'accumuler au côté interne de l'os; car la peau mince, et d'ailleurs déchirée en ce point, ne lui permettrait pas d'y stagner bien longtemps. Au contraire, au côté externe, si le recollement des parties séparées n'a pas lieu, la suppuration remontera, étendra son foyer en longueur, et formera un dépôt qui, vu sa profondeur, pourra demeurer longtemps méconnu.

M. Laugier avait déjà démontré par des faits, il y a quelques années, que, dans les luxations de la tête du premier métatarsien, l'abcès a toujours lieu en dehors du premier métatarsien réduit, sur le cou-de-pied, et que, pour prévenir cette collection purulente, il convient de faire le long du côté externe de cet os une incision parallèle à son bord et qui pénètre jusqu'à lui. Aujourd'hui l'étude attentive des phénomènes et l'expérience de plusieurs cas de luxations compliquées, dans d'autres articulations, lui ayant appris que c'est toujours du côté opposé au sens du déplacement que le pus menace de se former, il a tiré de cette découverte un utile enseignement. Ainsi le chirurgien prévenu pourra de bonne heure s'opposer aux accidents, soit en faisant dès le principe vis-à-vis ce siége déterminé d'avance une contre-ouverture préventive, soit en y appliquant plus spécialement des sangsues, des topiques émollients, soit enfin en y faisant pendant le pansement des pressions capables d'expulser le pus déjà formé, à une époque où l'abcès, profond et peu étendu, n'a point encore manifesté sa présence par la fluctuation ou par une déformation du membre.

M. Laugier a rassemblé plusieurs observations empruntées à divers auteurs, afin de prouver expérimentalement l'exactitude de cette remarque qu'il érige en *loi*. Si elles ne sont pas plus nombreuses, c'est parce que, en général, les chirurgiens qui publient un exemple de luxation ou de fracture compliquée n'attachent aucune importance à spécifier le siége bien précis des abcès qui sont venus compliquer la maladie.

Du reste, cette prédilection des désordres les plus graves pour un côté distinct du membre n'est pas bornée aux fractures et luxations compliquées. Dans les cas dits simples, l'effet est moins prononcé, mais la différence est la même. Ainsi ce sera toujours dans ce sens qu'on rencontrera

les dilacérations les plus étendues, les inflammations les plus considérables.

— On ne saurait, sans injustice, reprocher à M. Laugier d'avoir un peu exagéré la valeur et la fréquence d'un phénomène qui, après tout, a une importance assez grande en thérapeutique. Dans les expressions de *loi*, de *constance*, il n'aura sans doute vu lui-même qu'un artifice licite d'exposition, qu'une hyperbole dont personne ne sera assez malavisé pour prendre le sens à la lettre. Le fait qu'il signale nous semble d'ailleurs si naturel qu'il n'a pas à craindre sous ce rapport d'objections sérieuses. Outre l'explication qu'il en donne, deux raisons extrêmement simples suffiraient pour en rendre compte ou même pour le faire prévoir : 1° lorsqu'un bout d'os sort à travers la peau, c'est en général du côté du membre le moins garni de parties molles qu'il se dirige ; le côté opposé étant donc le plus épais, il est clair que la suppuration y sera plus facile. 2° Pendant le traitement, on cherche toujours à faire reposer le membre sur celle de ses faces où il n'existe pas de plaie : nouveau motif pour que le pus se forme, stagne et fuse de préférence dans ce lieu, ainsi rendu le point le plus déclive.

Quant aux indications que M. Laugier tire de sa remarque clinique, elles nous semblent fort judicieuses; nous en excepterions cependant l'incision préventive, si nous pensions que M. Laugier fût dans l'intention de la conseiller dans tous les cas. Évidemment il faut pour cela attendre que le péril s'annonce par quelques signes ; nul chirurgien, que nous sachions (et c'est sans doute aussi l'avis de M. Laugier), ne voudrait s'exposer, en faisant dans tous les cas une contre-ouverture dès le premier jour, à redoubler les dangers de pénétration de l'air dans le foyer de la fracture, dans le seul but de frayer d'avance une issue à du pus qui peut-être ne se formera pas, ou se formera ailleurs.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE DEVENUE MORTELLE EN MOINS DE SIX JOURS, ET ACCOMPAGNÉE D'ULCÉRATIONS INTESTINALES PROFONDES ; par le docteur BOUDET.

Nous ne croyons pas qu'il existe dans la science une observation analogue à celle-ci, tant pour la rapidité avec laquelle la mort est survenue, que pour la gravité des désordres anatomiques, eu égard au peu de durée de la maladie. L'auteur avait déjà vu en 1836, dans le service de M. Chomel, un typhoïque mourir au commencement du sixième jour. On trouva à l'autopsie vingt plaques de Peyer saillantes et dont quelques-unes étaient infiltrées d'une matière dure, des follicules saillants, mais sans la moindre érosion, des ganglions mésentériques ramollis, la rate un peu grosse. M. Chomel lui-même, dans ses LEÇONS, rapporte l'histoire d'un homme de 22 ans qui succomba aux atteintes d'une fièvre typhoïde dans le courant du septième jour à dater du début. L'autopsie laissa voir des plaques de Peyer saillantes, infiltrées d'une matière dure, des follicules volumineux dans l'intestin grêle, des ganglions mésentériques ramollis et un engorgement notable de la rate. Enfin M. Louis, dans ses RECHERCHES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, cite le cas d'une jeune fille de 21 ans, morte vers la fin du huitième jour ou au commencement du neuvième. Les glandes agminées de l'iléum étaient rouges, épaissies et ramollies. Les glandes mésentériques correspondantes étaient également ramollies, rosées et très-volumineuses. La rate était triplée de grosseur. Dans tous ces cas et d'autres analogues se rapprochant plus ou moins, pour la brièveté de la maladie, de celui qui fait le sujet de ce travail, il n'existait pas la moindre ulcération intestinale. En général, les auteurs s'accordent à placer vers le second septénaire la formation des ulcérations, et du douzième au vingtième jour et au delà l'élimination des escarres.

Or l'observation de M. Boudet vient apporter à cette règle une exception bien tranchée. Le sujet, pris des premiers symptômes de la fièvre typhoïde le 13 novembre 1844, à neuf heures du soir, meurt le 19 à six heures du matin, c'est-à-dire au bout de cinq jours et demi. Or voici comment M. Boudet décrit les altérations du tube digestif.

« L'intestin grêle renferme une médiocre quantité de matières molles et de gaz. Dans la plus grande partie de son étendue, il ne présente ni injection extraordinaire, ni aucune plaque ou follicule ; mais arrivé à 1 mètre et demi de la valvule iléo-cœcale, voici ce qu'on rencontre : d'abord se montre, sur la convexité de l'intestin, un bouton folliculaire saillant, dur, infiltré de matière fibrineuse dense, grisâtre; puis on observe trois plaques de Peyer de 3 à 4 centimètres de long, saillantes, infiltrées de matière fibrineuse, non ulcérées; plus loin se voient trois gros boutons folliculaires, saillants, du diamètre d'une pièce de 25 centimes, offrant au centre une *escarre* molle, jaunâtre, qui s'enlève facilement ; puis deux plaques de Peyer de 4 à 5 centimètres de long sur 2 de large, *profondément ulcérées*, parsemées à leur surface d'îlots saillants, *autour desquels l'ulcération a creusé des sinuosités profondes ;* ces îlots sont des noyaux fibrineux, véritables escarres non encore détachées; alentour, *le tissu muqueux a entièrement disparu, et le produit morbide infiltré sous cette membrane a été complétement éliminé.* Un peu plus loin et près de la valvule, deux plaques de Peyer offrent le même spectacle dans une étendue encore plus grande. »

Voici en outre l'abrégé des autres lésions cadavériques : — ganglions mésentériques gonflés, violacés, ramollis ; — rate très-volumineuse et un peu friable ; — 30 grammes de sérosité dans la cavité arachnoïdienne. Entre la pie-mère et le cerveau, quantité de sérosité telle que les circonvolutions et la membrane sont partout et complétement isolées. 80 grammes environ du même liquide dans chaque ventricule ; arachnoïde et pie-mère ramollies vers la partie antérieure; cervelet sain ; — tubercules enkystés au sommet des deux poumons; parenchyme pulmonaire simplement congestionné.

Le soin avec lequel a été prise l'observation ne laisse pas le moindre doute sur l'époque précise du début de l'affection. Avant le 13 et depuis longtemps, le malade était parfaitement portant. Dans la nuit du 12 au 13, il avait bien dormi ; il s'était réveillé dispos, avait mangé de bon appétit, et s'était livré avec ardeur à son travail ordinaire. Puis le soir, tout à coup il avait été pris d'un frisson violent, puis de courbature, de céphalalgie, de diarrhée, d'étourdissements et des symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde.

Au fond, un pareil fait n'a rien d'étonnant et ne va contre aucun principe scientifique établi ; mais il peut servir à montrer avec quelle réserve il faut accepter, en médecine, les données générales qui n'ont ou ne peuvent avoir pour base que la base incessamment changeante des faits, des accidents, des particularités anatomiques ou symptomatologiques. Il en est de la durée possible de la fièvre typhoïde comme de celle de l'incubation de la peste. Des milliers de faits ne conduiraient pas à une donnée certaine ; là où manque le principe, il n'y a place que pour les à peu près. Assurément la première de ces deux questions a cent fois plus de faits authentiques à son service que la seconde. La solution qu'elle eût reçue à l'aide de ce monceau de faits, bonne hier, ne le serait plus aujourd'hui ; un fait de plus a tout dérangé. Il n'y a pas grand mal à cela ; mais que serait-ce s'il s'agissait d'une question à laquelle est attachée la vie ou la santé des peuples, comme celle de la durée d'incubation de la peste ?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DU CANCER.

M. VELPEAU présente, au nom de M. SÉDILLOT, un mémoire sur le cancer, dont il fait une analyse verbale.

M. Sédillot résume les nouvelles recherches qu'il a faites sur ce sujet, par les propositions suivantes :

Les caractères assignés au cancer par la pathologie et l'anatomie pathologique sont insuffisants, dans un grand nombre de cas, pour assurer le diagnostic. Les douleurs lancinantes, l'aspect bosselé, la dureté, l'élasticité, le ramollissement, l'ulcération, l'envahissement des tissus en contact, l'altération générale de la constitution, l'examen anatomique et la récidive après l'ablation, sont des circonstances communes à diverses tumeurs épithéliales, fibrineuses, graisseuses, cystoïdes, et à quelques autres lésions moins bien connues.

L'étude combinée des caractères pathologiques et microscopiques des tumeurs supposées cancéreuses nous a conduit à les ranger en cinq classes :

A. Tumeurs offrant tous les caractères pathologiques et microscopiques du cancer.

B. Tumeurs offrant tous les caractères pathologiques du cancer, mais appartenant évidemment à d'autres genres, comme le prouve l'inspection microscopique.

C. Tumeurs n'offrant pas les caractères bien tranchés du cancer, quoique le microscope les rattache à cette affection.

D. Tumeurs dont les caractères pathologiques sont ceux du cancer et que nous croyons telles, sans que le microscope confirme ou infirme nettement cette opinion.

E. Tumeurs dont la nature reste incertaine, en dépit de nos connaissances pathologiques et microscopiques.

La pathologie étant souvent incapable, avec ses moyens ordinaires d'investigation, d'apprécier sûrement la nature d'une tumeur réputée cancéreuse, nous devons demander au microscope la solution du problème. A ce point de vue, le cancer est constitué par un élément nouveau, sans analogue dans l'économie, ayant une vie propre et des formes distinctes qui peuvent, dans la plupart des cas, servir de base à un diagnostic précis.

La cellule cancéreuse offre des dimensions susceptibles d'atteindre jusqu'à dix fois le diamètre d'un globule de sang.

Deux modes d'origine distincts président à l'origine de la cellule cancéreuse. Tantôt elle commence dans un liquide amorphe (blastème), sous forme de noyaux (cytoblastes) qui se changent en nucléoles (petites cellules) et arrivent ensuite à leur développement complet ; tantôt elle prend naissance et subit ses

phases d'accroissement dans une cellule préexistante (génération endogène), où l'on aperçoit des noyaux et des nucléoles qui échappent, par déhiscence ou morcellement, de la cellule mère à leur époque de maturité.

Les autres éléments que l'on trouve assez souvent associés au cancer sont : les tissus cellulaires et fibreux, la graisse, des globules granuleux, la mélanose, le sang, le pus, des cristaux de cholestérine, etc. Les corps fusiformes ou cellules en voie de transformation fibrilleuse sont très-communs.

L'apparition d'un cancer indique une prédisposition constitutionnelle originelle (hérédité) ou acquise, dont l'existence peut être soupçonnée, mais n'est jamais démontrée que par la manifestation de la maladie.

La prédisposition reste latente ou se traduit par les productions de l'élément cancéreux.

Toutes les irritations locales entraînent des congestions sanguines permanentes, les traumatismes avec dépôts fibrineux ; enfin les activités morbides quelconques développées sur tel ou tel point de l'économie, peuvent devenir la raison d'être d'un cancer, chez les individus prédisposés.

La diathèse ou cachexie cancéreuse paraît, dans quelques cas rares, envahir très-rapidement l'économie et précéder ou au moins accompagner la manifestation locale d'un ou de plusieurs cancers.

Le traitement est palliatif, curatif ou préventif, selon les indications : palliatif, si la cachexie est manifeste, le cancer intense, multiple et inaccessible, en tout ou en partie aux procédés chirurgicaux ; curatif, dans tous les cas où la constitution est encore saine, le cancer circonscrit et susceptible d'être en totalité détruit par les caustiques ou enlevé par le bistouri.

Ces préceptes n'infirment pas la recherche de remèdes spécifiques ou anticancéreux.

Le traitement prophylactique consiste à prévenir et à combattre toutes les causes de l'évolution cancéreuse, chez les individus sains en apparence ou déjà opérés d'un cancer, et par conséquent prédisposés à cette affection.

Le traitement chirurgical prophylactique préviendra ou fera disparaître de l'économie tous les foyers d'irritation plus ou moins susceptibles de dégénérer.

A ces considérations pratiques, l'auteur joint des considérations sur les graves questions de moralité et d'amélioration de race et sur l'influence des diathèses sur l'intégrité de l'espèce.

ORGANISATION DU FOIE.

M. Daniel adresse une lettre, à l'occasion du mémoire lu dans la précédente séance par M. Nat. Guillot, sur l'organisation du foie. M. Guillot nie, dans ce travail, la présence des cellules et des vaisseaux sanguins capillaires à parois propres dans le foie de l'homme et des animaux vertébrés. M. Daniel rappelle que les cellules hépatiques ont été découvertes par Purkinje en 1838, et que, dans tous les cours publics de physiologie qui sont professés dans les universités allemandes, on démontre, sous le microscope, la présence de ces cellules. Comme ces observations sont liées à la manière de comprendre la formation de la bile, l'auteur a entrepris des recherches nouvelles sur la nature anatomique du foie, qui sont tout à fait confirmatives de celles de Purkinje, de Weber, Kruckenberg, Henle et autres physiologistes allemands ; il s'offre d'envoyer à l'Académie une des pièces microscopiques qui prouveront ce fait anatomique.

—MM. Marcel de Serres et Figuier adressent de nouvelles observations sur la pétrification des coquilles dans la Méditerranée, observations qui confirment les conclusions du mémoire qu'ils ont adressé il y a quelques mois à l'Académie, et dont nous avons donné un extrait. (Voy. numéro du 27 juin.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Vogel, son correspondant à Munich, assiste à la séance.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Prus est appelé à la tribune pour donner lecture de la nouvelle rédaction des conclusions arrêtée par la commission. Il s'exprime en ces termes :

La commission de la peste et des quarantaines s'est encore réunie plusieurs fois depuis votre dernière séance ; elle a terminé le nouveau travail auquel elle a dû se livrer.

Les conclusions médicales du rapport ont été réduites à cinq.

Les conclusions pratiques, ou d'application, ne sont plus qu'au nombre de deux.

Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître, au nom de la commission, la teneur de ces conclusions réduites.

1° Lieux où naît la peste. — Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus exister pour l'Algérie.

2° Causes de la peste. — Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; un air chaud et humide ; des maisons basses, mal aérées, encombrées ; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation insuffisante et malsaine ; une grande misère physique et morale ; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

3° Transmissibilité. — La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

La peste épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

4° Modes de transmission. — Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos ou mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle que les marchandises ne transmettent pas la peste.

5° Incubation. — En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

6° Prophylaxie de la peste. Par l'hygiène. — Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en combattant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

Les mesures suivantes, bien observées, seraient suffisantes pour prévenir l'importation de la peste en France.

7° Par la législation sanitaire. — Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

Leur délivrer

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existerait pas ou n'existerait qu'à l'état sporadique ;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Avec la première patente, leur imposer dix jours de quarantaine d'observation. Avec la seconde, quinze jours de quarantaine d'observation.

Compter cette quarantaine de l'instant du départ, en d'autres termes, y comprendre le temps de la traversée.

Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée.

Provisoirement et jusqu'à ce que des expériences décisives aient pu être faites relativement à la transmissibilité ou à la non-transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée.

Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage dans le but de purifier les marchandises.

Enfin, disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront d'ailleurs y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

L'Académie jugera peut-être convenable de faire imprimer ces nouvelles conclusions avant de les discuter.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

DE L'EMPLOI DES IRRIGATIONS ET DES BAINS PROLONGÉS DANS LE TRAITEMENT DES FORMES AIGUES DE LA FOLIE, ET EN PARTICULIER DE LA MANIE.

M. Brierre de Boismont expose les méthodes employées jusqu'à ce jour dans le traitement de la manie. Il résulte de ses recherches, empruntées aux ouvrages d'Esquirol, de MM. Aubanel et Thore, de l'article *Manie* du Dictionnaire en 25 volumes, que si quelques manies guérissent dans le premier mois, les guérisons les plus nombreuses ont lieu du deuxième au quatrième. Dans un voyage qu'il vient de faire en Angleterre, il a également constaté que dans les deux principaux établissements de Londres, Bethlem et Saint-Luke, la proportion la plus considérable de guérisons a été obtenue du deuxième au quatrième mois. Mais en France comme en Angleterre, il reste une fraction très-forte de malades qui ne guérissent que du cinquième au douzième mois. En résumé, dans tous les pays qui possèdent de bonnes statistiques de la folie, le chiffre le plus élevé des guérisons de la folie a lieu vers le deuxième mois. Dans la méthode de l'auteur, le traitement est en général d'une semaine, et ne dépasse pas quinze jours.

72 observations forment la base de son mémoire ; elles comprennent 35 cas de manie aiguë, 10 d'exaltation maniaque, 11 de délire des ivrognes, 10 de monomanie, 4 de manie chronique, intermittente, avec symptômes aigus. Sur les 35 manies, 33 ont guéri. Les 11 cas de délire des ivrognes ont tous également guéri. Dans les 10 cas d'exaltation il y a eu 4 guérisons. Les 10 observations de monomanie se sont toutes terminées d'une manière favorable. Les 4 cas de monomanie chronique, intermittente, ont résisté à la méthode.

La durée du traitement a été de un à quinze jours ; la moyenne des bains d'environ six pour chaque malade.

Le traitement a consisté dans des bains à la température ordinaire, qui se refroidissent lentement, et dans lesquels les malades restent dix, douze et quinze heures, recevant en même temps sur la tête une irrigation d'eau froide qui tombe d'un seau en zinc, à tuyau filiforme, placé à la hauteur de 3 à 4 pieds.

M. Brierre de Boismont, après avoir fait ressortir les avantages d'une méthode

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA PESTE ET LES QUARANTAINES. — NOUVELLES CONCLUSIONS.

La grande question de la peste touche enfin à sa dernière péripétie. On a pu voir, d'après nos comptes rendus des précédentes séances, par quelle série d'épreuves le rapport de la commission est arrivé à se transformer dans sa partie substantielle, c'est-à-dire dans ses conclusions, et à se reproduire devant l'Académie sous une physionomie nouvelle. Après avoir subi le contrôle de la discussion générale, le travail de la commission n'a pas rencontré une moins vive opposition dans la discussion des articles. Dès la première proposition, d'insurmontables difficultés lui ont été opposées. Tous les efforts de M. le rapporteur devaient échouer devant ce simple fait que l'inflexible logique de M. Adelon est parvenue à rendre évident aux yeux du plus grand nombre, savoir, que ce que cette première proposition tendait à établir comme chose démontrée (la spontanéité de la peste en Asie, en Afrique et en Europe) n'était ni susceptible d'être démontré, ni utile à être démontré pour l'objet qui devait préoccuper l'Académie. Tel a été, en effet, l'avis de la majorité de l'Académie, qui l'a manifesté par le rejet de la première conclusion.

Ce premier vote a eu une grande portée. Il a prouvé d'abord à la commission que la discussion générale n'avait pas été entièrement stérile, et que si les arguments de ses adversaires n'avaient pas porté la conviction dans tous les esprits, sur les divers points en discussion, ils avaient du moins soulevé sur quelques-uns de ces points des doutes que le ton et l'allure affirmative de la commission ne semblaient point admettre. Mais un résultat plus considérable de ce vote a été de provoquer la révision et la refonte des propositions dans tout leur ensemble. La commission, malgré l'insistance avec laquelle elle avait semblé jusque-là vouloir maintenir l'intégrité de son œuvre, insistance qu'elle puisait sans doute dans ses convictions, a senti qu'elle ne pouvait désormais, sans en compromettre le succès, soumettre une à une toutes ses propositions à l'épreuve du vote. Engagée qu'elle était d'ailleurs par les avis presque unanimes des préopinants, elle s'est résignée à une prudente retraite, et après s'être fait délivrer par l'Académie une sorte de bill d'encouragement, elle s'est remise à l'œuvre et a arrêté les termes des nouvelles conclusions que nous avons fait connaître.

Dans cette nouvelle rédaction, les cinquante-deux conclusions sont réduites à sept : cinq pour les questions scientifiques, deux pour les applications. Les cinq propositions scientifiques sont relatives aux lieux où naît la peste, à ses causes, à sa transmissibilité, à ses modes de transmission et à l'incubation. Les deux conclusions pratiques ont trait à la prophylaxie par l'hygiène et par la législation sanitaire. Nous n'en reproduirons pas ici les termes, ils ont été textuellement transcrits dans notre compte rendu de la précédente séance. De ces nouvelles conclusions ont disparu toutes les propositions relatives aux questions historiques, questions intéressantes sans doute, mais dont la solution à peu près impossible n'avait, comme plusieurs membres l'ont justement fait remarquer, qu'une importance secondaire pour la question de prophylaxie et de législation sanitaire. Ont été également éliminées les propositions douteuses, équivoques, qui n'exprimaient que des faits plus ou moins hypothétiques, ou des assertions sans preuves suffisantes sur des faits ou des points de doctrine n'ayant qu'indirectement trait à la question pratique, tels, par exemple, que ceux relatifs, soit à l'inoculation, soit à l'origine des foyers d'infection, etc.

Ainsi réduites, les nouvelles propositions sont plus conformes au but définitif du rapport et au vœu exprimé par l'Académie; mais sont-elles encore de tous points irréprochables? satisferont-elles, nous ne dirons pas toutes les opinions et toutes les exigences, ce qui n'est évidemment pas possible, mais l'opinion de la fraction la plus sévère de l'Académie qui voudrait que les conclusions renfermassent toute la vérité, mais rien que la vérité, qu'elles ne fussent que l'expression stricte et rigoureuse de faits acquis à la science et péremptoirement démontrés? Ce serait trop exiger sans doute que de demander à une commission académique une rigueur et une certitude que la nature même des faits ne comporte point. Mais sans pousser l'exigence à ce point, on pouvait du moins attendre de la commission qu'elle n'affirmât rien qui ne fut démontré être l'expression réelle de la vérité. Or est-il exact de dire, par exemple, comme le dit la première proposition des nouvelles conclusions, que, dans l'état actuel des peuples, la peste naît spontanément en Égypte, en Syrie et en Turquie ? M. Pariset nie formellement l'exactitude de cette proposition pour la Syrie et pour les deux Turquies. M. Hamont la conteste au moins pour la Turquie d'Europe, et dans un document récemment communiqué par MM. Pezzoni et Marchand (de Constantinople), ces médecins rapportent des faits qui tendent à prouver que la peste a toujours été importée en Turquie, qu'elle n'y est jamais née spontanément. On conviendra au moins que si cette dernière opinion n'est pas elle-même irréfragablement démontrée, l'opinion contraire ne l'est pas davantage, et que dans une pareille alternative l'expression du doute était plus sage que l'affirmative. On en peut dire autant du premier paragraphe de la troisième conclusion où il est dit que la peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre. Nul doute qu'il n'y ait à cet égard, entre la peste sporadique et la peste épidémique, une différence notable qu'il est de la première importance de constater eu égard aux mesures sanitaires; mais est-on suffisamment autorisé par les faits à dire que le peste sporadique n'est pas transmissible, ou du moins, comme le dit le rapport, ne paraît pas susceptible de se transmettre? On se convaincra, du reste, par la lecture de ces nouvelles conclusions que la commission en les réduisant, conformément au vœu de l'Académie, au petit nombre de questions qu'il était immédiatement et strictement utile de résoudre en vue de la législation sanitaire, n'a pas cru devoir se départir du système qu'elle avait adopté, et que, sauf peut-être un peu plus de réserve dans l'expression de quelques-unes de ses propositions, elle en a maintenu au fond le sens et l'esprit primitifs. La plupart des objections qui y ont été déjà faites dans la discussion générale subsistent donc tout entières. Aussi doit-on s'attendre à les voir reproduire en partie dans la nouvelle discussion; c'est ce qui a déjà eu lieu dans cette séance au sujet de la première et de la troisième conclusion. Toutefois, nous devons le reconnaître, cette nouvelle rédaction est incontestablement préférable à la première; si quelques-uns de ses termes sont encore contestables et sujets à litige, elle aura du moins l'avantage de concentrer la discussion sur les seuls points culminants de la question; et quelle que soit l'opinion définitive qu'adopte l'Académie sur chacune des questions qui y sont posées, elle se présentera à l'administration sous une forme à la fois plus nette, plus précise et plus convenable.

Nous avions donc raison de dire que le premier vote de l'Académie ava

---

Feuilleton.

DE L'ORGANISATION DES HÔPITAUX CIVILS EN FRANCE.

La grande conquête de nos deux révolutions, c'est l'unité du pays; sa force principale, c'est la centralisation. Il faut laisser aux poëtes et aux artistes le regret des couleurs locales qui s'affaiblissent et qui tôt ou tard seront complétement effacées. N'ont-ils pas leur tirade stéréotypée de déclamations contre les rues alignées au cordeau, contre l'espacement et la régularité des constructions publiques, comme si une libérale dispensation de l'air et de la lumière ne valait pas mieux qu'un effet pittoresque, que l'inégale succession des maisons à pignon et pressées tumultueusement les unes contre les autres dans le labyrinthe fangeux des villes du moyen âge? Aux hobereaux de province, aux anoblis d'hier, aux incurables de la vieille gentilhommerie, il faut laisser le regret des institutions qui morcelaient le territoire et l'esprit public, parquaient les populations, divisaient les forces morales et intellectuelles, multipliaient les entraves de toute espèce. Nous savons tout ce que l'on peut dire contre la centralisation; il n'est bourg ni sous-préfecture qui ne possède son orateur ou son écrivain sur cette question, et qui ne se plaigne de l'infériorité à laquelle sa population est condamnée par les avantages accordés à la capitale. Que la centralisation ait ses vices, ses abus, et surtout ses erreurs, on ne saurait le nier; mais elle n'en est pas moins, si l'on peut ainsi dire, une nécessité physiologique. On ne peut considérer une nation, un État dans sa généralité que sous la forme d'un vaste organisme aux innombrables ressorts; avec cette idée se présente inévitablement celle d'une force qui anime cet organisme et qui, rayonnant d'un foyer unique, lui imprime néanmoins, dans tous les sens, les mouvements nécessaires à la vie. Reste à déterminer dans quelle mesure cette incitation centrale convient à chaque partie, à chaque dépendance du corps social; reste à concilier cette action d'un pouvoir général avec les conditions d'existence particulière de chaque portion de l'économie, avec les intérêts et les exigences rationnelles de chaque localité. Ici se rencontre une question de critique qui a moins occupé les esprits que les inconvénients généraux de la centralisation et quelques abus flagrants qu'elle entraîne sous sa forme actuelle. Que l'on presse cette question, que l'on soumette au point de vue de l'utilité ou de la nocuité de la centralisation la série des institutions qui sont comme les organes de l'économie sociale, et l'on arrivera peut-être à des conséquences inattendues; à côté de quelques revendications légitimes au profit de l'action propre des municipes et des provinces, on aura à constater des lacunes fâcheuses dans le réseau de la centralisation. Pour un établissement qu'il conviendrait de restituer à l'influence légitime de la localité, on en trouvera plusieurs autres qui sollicitent impérieusement la main et le regard de l'autorité centrale qui les oublie ou les néglige. Les hôpitaux sont-ils de ce nombre? Doivent-ils rester dans le domaine de la commune ou entrer dans un système d'administration publique qui aurait un centre unique et leur assurerait, avec l'uniformité du service et des obligations, l'égalité des avantages et des garanties sans lesquels la charité n'est qu'un mensonge?

Voilà la question que nous avons introduite dans ces colonnes il y a plusieurs années, mais en passant et par incident. Les faits dont nous sommes témoin en

en une grande portée; ne dût-il avoir en effet d'autre résultat que celui que nous venons de constater, nous nous féliciterions encore de l'avoir prévu et appelé de nos vœux.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MÉCANISME DE PRODUCTION DES AFFECTIONS APPELÉES HYSTÉRIQUES; par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg.

(Voir les numéros 22, 23 et 25.)

DEUXIÈME PARTIE.

Les phénomènes qui, symptomatiquement, caractérisent ce que la langue scientifique actuelle appelle hystérie consistent dans certains changements survenus dans les manifestations fonctionnelles du système nerveux. Le démontrer est inutile : c'est un fait évident pour quiconque possède les notions pathologiques et physiologiques les plus élémentaires. Aussi presque tous les auteurs modernes considèrent-ils l'hystérie comme une *névrose*, dénomination qui, réduite à sa signification réelle et expérimentale, est synonyme de perturbation fonctionnelle de l'innervation (1).

Les phénomènes sensitifs et moteurs, les seuls dont nous ayons à nous occuper d'une manière plus spéciale, sont toujours l'expression d'un acte fonctionnel des organes nerveux. Cet acte est essentiellement le même, quelles que soient d'ailleurs ses causes productrices plus éloignées ou les circonstances dans lesquelles il se manifeste. En effet, entre les mouvements et les sensations que nous appelons communément physiologiques et ceux que nous considérons comme pathologiques ou morbides, *il n'y a pas de différence essentielle.* En tant que sensation et mouvement, le phénomène est toujours identique; *sa cause organique immédiate, prochaine,* doit donc être aussi la même. Cette cause, inconnue dans son élément matériel, mais qui généralement est assimilée au transport ou à l'oscillation d'un agent spécial impondérable, en un mot à un mouvement, nous l'appelons tout simplement, avec la plupart des physiologistes, *excitation fonctionnelle.* Cette dénomination comprend et le fait empirique et sa cause, sans rien préjuger sur la nature de cette dernière.

(1) Nous savons parfaitement que la dénomination de névrose est généralement employée dans un sens plus restreint, et appliquée seulement aux perturbations fonctionnelles de l'innervation, dont la cause inconnue ne consiste pas dans une lésion appréciable des organes; mais c'est là précisément un point de vue qui nous paraît forcé; car il fait croire à l'existence d'une différence essentielle là où il n'y a qu'une différence de notions acquises. La douleur du névrome et de la névralgie, la convulsion, suite de méningite, de vers intestinaux ou de dentition et celle qui se manifeste sans cause connue, sont des phénomènes identiques dont la cause prochaine est la même, mais dont les conditions de développement et les causes éloignées peuvent être très-variables.

L'excitabilité n'est que la disposition, inhérente à l'organe, de produire ce mouvement sous l'influence des agents excitants. La série de contractions musculaires que nous appelons convulsion hystérique et les contractions musculaires physiologiques représentent le même phénomène; rien ne nous autorise à l'attribuer à des causes immédiates différentes. Dans les deux cas, l'*excitation* des nerfs moteurs, quoique variable d'intensité et différente dans l'association des mouvements, est la même au fond; les conditions de production, les causes d'excitation seules, peuvent et doivent être dissemblables, car elles seules différencient le mouvement *voulu* et la convulsion, ou le mouvement *involontaire.*

Il en est de même des sensations qui surgissent avant et pendant les attaques hystériques; comme phénomène fonctionnel des nerfs sensitifs, elles sont l'expression d'une excitation qui ne diffère de l'excitation physiologique ou normale que parce que les conditions éloignées du phénomène sont anormales, et la sensation elle-même, développée sous l'influence de circonstances insolites, ne prend le caractère de la perturbation qu'en paraissant contraire à l'idée du but que toute manifestation fonctionnelle doit réaliser dans le jeu harmonique des organes.

Pour comprendre scientifiquement les perturbations fonctionnelles, il n'est donc pas nécessaire de savoir ce qui se passe matériellement dans les nerfs au moment des sensations et des mouvements pathologiques, et rien ne nous autorise à remplacer les notions expérimentales qui nous font défaut par de vagues spéculations sur l'altération des organes ou de l'agent nerveux, comme si la perturbation fonctionnelle était quelque chose d'essentiellement différent du fonctionnement physiologique. Mais il s'agit de déterminer scientifiquement, expérimentalement, si faire se peut, le *point de départ*, les causes et les *conditions organiques* de manifestations fonctionnelles qui, quoique contraires à l'idée d'harmonie d'action, sont néanmoins entièrement soumises, dans leur mode de production, aux lois qui régissent physiologiquement la dynamique nerveuse.

A. DÉTERMINATION DU POINT DE DÉPART, DES CAUSES EXISTANTES ET DU MODE DE PRODUCTION DES PERTURBATIONS FONCTIONNELLES DITES HYSTÉRIQUES.

Nous avons vu, dans l'appréciation des théories formulées sur l'hystérie, que, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, une foule de pathologistes ont placé dans l'utérus la cause excitante et le point de départ de la perturbation fonctionnelle hystérique.

Nous croyons inutile de revenir longuement sur chacun des faits invoqués à l'appui de cette idée. La valeur de plusieurs d'entre eux est contestable: tous ont été contestés. Dans leur ensemble, ils ne donnent qu'une probabilité plus ou moins grande; mais, de l'aveu de tous, ils ne constituent pas de démonstration irréfragable. Cette démonstration nous nous croyons en mesure de la fournir. Mais, disons-le de suite, s'il ressort de nos recherches que les organes de la génération chez les femmes représentent incontestablement et fréquemment le point de départ des perturbations fonctionnelles appelées hystériques, il est incontestable aussi que des perturbations fonctionnelles, analogues quant à la forme, peuvent être reproduites, *sous l'influence de certaines conditions organiques*, par des causes excitantes très-différentes de siége et même de nature.

En second lieu, dans les cas où les organes de la génération sont le point de départ des attaques dites hystériques, la cause excitante ne réside cepen-

---

province nous engagent à l'y replacer et à la soumettre à une tentative de solution.

Pour démontrer la nécessité d'un changement, il suffit de mettre en évidence le vice de ce qui existe, besogne trop aisée quand il s'agit des hôpitaux. Destination, service des malades, hiérarchie et coordination des fonctions diverses qui y concourent, garanties que réclament la science et l'humanité, efficacité de l'institution pour le but même que la société se propose, tout cela se trouve engagé dans la question que nous examinons.

Les hôpitaux ont été créés pour recevoir les malades, non certains malades, non les malades seulement de telle origine, de telle catégorie, de telle localité. Cette définition est simplement la formule du sentiment humain qui vit en chacun de nous; elle est en rapport avec la véritable mission de la charité, qui consiste à soulager toutes les souffrances sans exception de nom et d'origine. Nos pères ont appelé Hôtel-Dieu les asiles qu'ils ouvraient aux pauvres malades; ils avaient coutume de les bâtir à côté des églises : double témoignage de la destination qu'ils leur assignaient : Dieu pour tous, et l'hôpital qu'ils sanctifiaient de son nom ouvert à tous. Comme l'Église admet tous ceux qui ont besoin de prier, l'hôpital devait recevoir tous ceux qui souffraient de maladie. Classé dans l'établissement de la commune, il reste aujourd'hui fermé aux malades des communes d'alentour qui n'ont pas les moyens de créer de semblables refuges. Pour qu'il s'ouvre à la douleur qui implore les secours de l'art, il faut prouver que la douleur est indigène de la commune. C'est de la charité géographiquement délimitée; elle s'exerce dans la circonscription d'une ville et quelquefois de sa banlieue. A cette limite, elle s'éteint; si quelque malheureux qui habite un peu au delà vient l'invoquer, elle marchande, elle exhibe un tarif et le prend à prix fixe de journée. Quelle que soit la gravité de ses maux, n'importe, il faut qu'il paye ou qu'il renonce à tout traitement. Les anciens appliquaient le nom de barbares aux gens étrangers à leur pays; pour la charité officielle des communes, les barbares sont les pauvres et les malades qui proviennent d'une autre commune. Quand l'hôpital est doté par le département, le cercle s'élargit, mais nos raisonnements subsistent. L'hôpital doit être une institution humaine dans le sens le plus élevé du mot, non le refuge exclusif de telles ou telles catégories de malades. La philanthropie, limitée à une portion de population, est une dureté relativement à la masse. La destination charitable de ces établissements est donc faussée par l'égoïsme des villes, des communes, des départements; il appartient à l'État de la rectifier, de la dilater, de donner aux hôpitaux un caractère vraiment social et humain.

L'origine communale des hôpitaux explique et perpétue des inégalités de ressources et de moyens qui tournent au détriment de l'humanité. Tandis que l'hôpital d'une petite localité possède des revenus exubérants et montre avec une naïve fierté ses lits inoccupés aux étrangers de passage, la grande ville, qui n'en est guère éloignée, ne peut suffire à l'entretien du sien, et ajourne par insuffisance de fonds des extensions devenues nécessaires par le progrès de la population. Ici, par l'accumulation des legs et des donations, une richesse qui ne fructifie point; là, à cause de la multiplicité des charges communales, pénurie des choses les plus utiles au bien-être des malades de l'hôpital, et triage obligé des entrants de chaque jour. Rassemblez les legs, propriétés, donations et fonds affectés à tous les hôpitaux de France, établissez le budget de la charité noso-

dant pas le plus souvent, comme l'avaient pensé les anciens et la plupart des modernes, dans l'utérus lui-même, mais bien dans les *ovaires*.

Ces réserves faites passons à la démonstration expérimentale du *point de départ* de certaines affections hystériques.

1° POINT DE DÉPART OVARIQUE. — Quand on fait coucher sur le dos certaines femmes atteintes d'hystérie franche, la tête et la poitrine un peu élevées, les cuisses fléchies vers le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses, de manière à mettre les muscles abdominaux dans le plus grand relâchement possible, et que l'on comprime profondément les parois du ventre entre la région hypogastrique et la partie inférieure de l'une ou de l'autre fosse iliaque dans la direction de l'ovaire droit ou gauche, les malades ne tardent pas à accuser une douleur plus ou moins intense de l'un ou de l'autre côté. Le point douloureux étant déterminé par une pression profonde, si on la continue et si on l'augmente, la douleur augmente avec elle, *irradie* vers la région épigastrique et s'y concentre. Si la pression est continuée encore, la plupart des malades se *raidissent*, et quelquefois tombent immédiatement soit dans des convulsions, soit dans des lypothimies hystériques. D'autres éprouvent la sensation d'une boule qui monte vers le pharynx; des phénomènes de strangulation spasmodique se développent, et finalement les convulsions hystériques éclatent avec des formes variables. Il est aussi des malades chez lesquelles la pression ovarique reproduit constamment les attaques; chez d'autres, *mais c'est le plus petit nombre*, tout se borne à la douleur et l'irradiation ne s'effectue qu'à certains moments.

Ce que nous avançons est l'expression rigoureuse d'une série de recherches cliniques faites sur des hystériques, tant par nous-mêmes que par nos élèves. Nous croyons utile de rapporter avec plus de détails quelques-uns des faits que nous avons recueillis.

Notre première idée d'employer dans l'hystérie le mode d'exploration que nous venons de mentionner date de 1843. Chargé à cette époque du service des femmes syphilitiques, nous observâmes le cas suivant qui devint le point de départ de nos recherches expérimentales.

OBS. I. — Le 12 avril 1843 entra dans la salle des syphiliques une fille de 22 ans, blonde, de bonne constitution, lymphatique, n'ayant jamais eu d'attaques nerveuses. Atteinte d'un écoulement blennorrhagique urétro-vaginal, elle ressentait depuis quelques jours, à la partie inférieure de la fosse iliaque droite, une douleur fixe augmentant par intervalle, irradiant alors de côté droit vers la cuisse et la région lombaire. Du côté gauche, sensibilité aussi, mais beaucoup moins vive qu'à droite. A l'exploration, on constate, dans la région ovarique droite, l'existence d'un tumeur arrondie, de la grosseur d'un petit œuf, assez dure et très-douloureuse au toucher. Léger mouvement fébrile.

Deux jours après, malgré deux applications de sangsues, l'emploi de bains et de cataplasmes émollients, la douleur était devenue plus vive encore; elle irradiait vers l'épigastre, s'y concentrait pour ainsi dire, et s'accompagnait d'éructations fréquentes.

Dans la journée du 15, à la suite d'une exaspération de la douleur ovarique, éructations plus fréquentes, et enfin mouvements convulsifs généralisés, avec spasme de la glotte et du pharynx. Perte incomplète de connaissance.

Le lendemain à la visite, pendant l'exploration de la fosse iliaque, seconde attaque de forme hystérique, la pression nous parut avoir exaspéré les douleurs et provoqué les mouvements convulsifs.

Sous l'influence d'émissions sanguines locales répétées, de cataplasmes et de bains, la douleur ovarique et la tumeur disparurent peu à peu. En même temps les attaques hystériformes qui s'étaient plusieurs fois reproduites, et contre lesquelles des lavements d'assa-fœtida avaient été prescrits, cessèrent avec les phénomènes d'irritation locale. Nous avons revu la malade plus d'un an après sa guérison, jamais les attaques convulsives ne se sont reproduites.

Le point de départ des attaques convulsives hystériformes et leur cause excitante nous ont paru également évidents dans le cas rapporté. Ce point de départ était évidemment l'ovaire, et l'affection de l'ovaire, évidemment aussi, c'était une inflammation bien caractérisée.

Pour peu que l'on y réfléchisse, l'enchaînement étiologique et le mécanisme de développement des accidents nerveux sera facile à saisir. De même que l'irritation inflammatoire des bronches et du larynx produit la toux; celle de l'estomac, du péritoine, des reins, le vomissement; celle de la vessie, le ténesme, etc., etc., tous phénomènes spasmodiques ou perturbations fonctionnelles nerveuses, de même aussi l'inflammation de l'ovaire a produit, dans le cas spécial, et peut sans doute produire chez d'autres malades une *forme convulsive* spéciale en rapport avec l'organe excité. La loi de développement de tous ces accidents est évidemment la même. Cette loi générale de dynamique nerveuse est celle de la *réflexion* ou de l'excitation périphérique transmise aux organes centraux, et réfléchie par eux sur certaines séries de nerfs sensitifs ou moteurs.

Telle est l'interprétation physiologique que nous crûmes devoir appliquer à l'observation que nous venons de rapporter, à l'époque où elle fut recueillie; mais en même temps une question bien digne d'être examinée surgit dans notre esprit : c'était celle de savoir si la *forme convulsive hystérique* était plus spécialement en rapport avec l'excitation ovarique, comme la toux est plus spécialement en rapport avec l'excitation des nerfs de la muqueuse aérienne, le vomissement avec celle de la muqueuse gastrique, etc., etc.

Je résolus en conséquence d'examiner avec soin les ovaires chez toutes les femmes hystériques qui se présenteraient à mon observation. Je ne m'attendais nullement à retrouver partout des inflammations ni même des congestions ovariques; mais songeant aux *points douloureux* que l'on observe si souvent dans les névralgies, je me demandai si, même dans le cas d'une *excitation purement nerveuse*, il ne serait pas possible de constater des phénomènes de sensibilité anormale par la pression exercée sur la région ovarique.

C'est en cherchant à constater cette sensibilité que je *trouvai* le moyen de déterminer, pour ainsi dire à volonté, chez la plupart des malades, l'attaque hystérique dépendante de l'excitation ovarique; de distinguer les perturbations nerveuses attribuables à cette cause de celles qui ont un autre point de départ, et se rattachent, tout en portant le même nom, à des conditions organiques différentes; de fournir enfin la *preuve expérimentale* d'une théorie qui renferme une vérité *partielle* incontestable.

Voici maintenant quelques extraits d'observations propres à donner la démonstration de ce que j'avance.

OBS. II. — Richert (Élise), âgée de 17 ans, servante, bien constituée, sanguine, réglée depuis huit mois, a été atteinte dix mois déjà avant sa première menstruation, et sans cause connue, d'attaques convulsives avec perte de connaissance. L'apparition des règles n'exerça que peu d'influence sur les accidents nerveux, et la menstruation, régulière et abondante pendant dix-neuf mois, se supprima il y a deux mois sans que les attaques en parussent influencées. Ces dernières étaient fréquentes, revenant irrégulièrement tous les quelques jours.

---

comiale dans les proportions indiquées par le mouvement de chaque hôpital et par le chiffre de la population qui l'alimente, forcez le plus riche à venir en aide au plus pauvre de ces établissements, et, sans augmentation de dépense, vous doublerez la somme du bien accompli.

Pourquoi les mêmes conditions de salubrité ne seraient-elles pas applicables à tous les hôpitaux du même pays? Ayant partout la même destination, ne doivent-ils point y répondre partout avec une égale efficacité? Pourquoi diffèrent-ils à l'infini sous le rapport des emplacements qu'ils occupent, de leur construction, de leur distribution intérieure, de leurs attenances, etc.? Vous appliquez l'uniformité des constructions aux théâtres, aux écoles, aux casernes, aux prisons; pourquoi ne point l'étendre aux hôpitaux dans la mesure que comportent le climat, les localités, etc. Je ne vous demande point, amant d'un idéal impossible à réaliser, de jeter bas ce qui existe et de réédifier sur toute la surface de la France hôpitaux et hospices d'après un plan convenu; mais on démolit, on répare; le temps, l'incendie fait des ruines; on agrandit, on crée même de nouveaux hôpitaux, le tout au hasard, à l'avenant, sans idées arrêtées, sans dessein de salubre régularité. Où donc est le conseil de santé civil qui délibère sur la forme et le plan de ces restaurations, de ces créations? Voyez pourtant quel serait le bienfait de règles fixes, uniformes, inflexibles, qui s'appliqueraient à cette matière. Je suppose un code de législation hospitalière; au chapitre BATIMENTS, on lirait que ceux-ci devront toujours occuper la partie la plus saine de la cité : dès lors Strasbourg ne verrait point son hôpital civil acculé au rempart; Metz n'aurait point relégué le sien dans l'un des quartiers les plus malsains et les plus bas situés, car il est de notion vulgaire que, dans toutes les villes à parties basses et élevées, le maximum de salubrité réside en ces derniers points; et quel mal, je vous prie, qu'un hôpital ait pris la place d'une caserne.

Pénétrons dans l'intérieur des hôpitaux. Quel chaos! Il faut renoncer à toute comparaison, à toute analogie entre les différentes organisations en vigueur dans ces établissements; il faut renoncer à les juger d'après un type commun. Et conçoit-on cette prodigieuse dissonance? Le but n'est-il point le même partout et toujours? Quoi! il s'agit de guérir des malades, de soulager des incurables, de prolonger la vie aux infirmes; le rôle du médecin et du chirurgien est en Provence, dans le Roussillon, dans le Dauphiné, ce qu'il est en Alsace, en Lorraine, en Picardie; et du nord au midi, de l'est à l'ouest, la position des hommes de l'art varie, les auxiliaires qu'on leur attribue varient, les garanties dont jouissent les malades varient, la part faite à la science, dont l'intérêt se lie étroitement à celui de l'humanité, varie!.... Exemples :

Le nombre, le choix des médecins ne sont point déterminés. Ici le concours les désigne, là c'est une commission administrative où ne figure pas un seul homme de l'art, comme à Metz, qui soumet au préfet une liste de propositions. Dans quelques villes, les nominations sont temporaires (Lyon, Paris); dans d'autres, elles sont à vie. Strasbourg a des médecins et des chirurgiens titulaires et adjoints; à Metz, le service médical de deux vastes hôpitaux pèse exclusivement sur deux médecins qui alternent de l'un à l'autre établissement, et qui ne sont assistés que par des sœurs. On se demande comment, aux époques d'encombrement, ces deux praticiens peuvent suffire à leur tâche, acquitter à chaque lit de malade la dette consciencieuse d'un diagnostic raisonné; que si l'un des deux est malade ou absent, toute la médecine des hôpitaux de Metz demeure représen-

Entrée à l'hôpital depuis plusieurs mois, considérée comme *épileptique*, et soumise à des traitements divers qu'il serait trop long de mentionner, cette jeune fille, bien portante et très-vivace dans l'intervalle des attaques, fut confiée à notre traitement au commencement de novembre 1844.

Interrogée avec soin, la malade prétend qu'avant les attaques elle ressent des douleurs dans la partie inférieure droite de l'abdomen; de là ces douleurs irradient vers l'estomac et y produisent la sensation d'une constriction pénible, puis elles s'étendent au cou qui se resserre; enfin il survient des attaques de perte de connaissance *complète* avec phénomènes convulsifs généralisés. Ces attaques durent de quinze minutes à une demi-heure. La succession des phénomènes est tantôt plus lente, tantôt plus rapide; mais les sensations douloureuses se terminent presque toujours par des pertes de connaissance convulsives.

A l'exploration, nous ne trouvons nulle trace d'hyperesthésie ni au dos ni dans l'abdomen, si ce n'est dans la région ovarique droite. Une pression même légère dans la direction de l'ovaire provoque une sensibilité très-vive; mais la palpation ne découvre aucune tuméfaction. La douleur *provoquée* par la pression irradie, comme la douleur spontanée, vers l'épigastre. En continuant la pression, roidissement du tronc, mouvements convulsifs du diaphragme, spasme de la glotte, perte de connaissance et convulsions généralisées qui durent dix minutes.

Traitée par quelques applications de sangsues et des vésicatoires volants dans la région iliaque en même temps que par des lavements d'assa-fœtida à haute dose, la sensibilité de l'ovaire disparut peu à peu, et *avec elle* les attaques convulsives. Se trouvant pendant plus de quinze jours sans attaques et n'offrant plus absolument rien de morbide, cette jeune fille quitte le service à la fin de novembre 1844. Parfaitement bien portante pendant les mois de décembre, janvier et février qu'elle passe en condition, elle rentre à l'hôpital au mois d'avril 1845. Six semaines avant son entrée, se trouvant au premier jour de la menstruation, elle eut une frayeur. L'écoulement s'arrêta aussitôt, et dès le lendemain, la malade éprouva des douleurs vers la partie inférieure du ventre, irradiant dans le dos et accompagnées de constriction du pharynx. Les accidents se calmèrent sans amener d'attaque.

Quatre jours avant son entrée, le 15 avril, reproduction des mêmes phénomènes; douleurs à la partie inférieure droite du ventre, cette fois suivies d'attaques hystériques convulsives avec perte complète de connaissance, dont la durée dépasse deux heures. Depuis, les attaques reviennent tous les jours à plusieurs reprises avec une grande intensité.

A l'examen on retrouve la région ovarique gauche insensible, tout le reste du ventre indolent et souple, à l'exception de la région ovarique droite, qui est très-douloureuse à la pression. En continuant la compression, sensation de constriction épigastrique, spasme de la glotte et du pharynx, roidissement, perte de connaissance et convulsions générales internes.

Les phénomènes nerveux se reproduisent à plusieurs reprises spontanément les jours suivants, tantôt sous forme d'attaques généralisées, tantôt sous forme de constrictions épigastrique et pharyngienne seulement.

Nous pouvons faire naître *à volonté* les phénomènes en agissant sur l'ovaire, comme on produit *à volonté* l'éternuement en agissant sur la muqueuse nasale. Si la pression est modérée et dure peu, il ne surgit pas toujours de perte de connaissance convulsive; mais on provoque sûrement cette dernière par une pression un peu prolongée. Nous avons répété cette expérience en présence de nombreux élèves, en présence de notre collègue M. le professeur Tourdes fils; *jamais la pression exercée ailleurs* ne produisait rien de semblable, et *nulle part* il n'existait d'autre foyer de sensibilité que dans l'ovaire droit.

Soumise au même traitement que la première fois, la sensibilité ovarique disparut de nouveau, et *avec elle* les attaques convulsives.

Le 23 mai, la malade sortit guérie. Nous ne l'avons plus revue depuis.

Bien évidemment, dans ce fait, le point de départ de la perturbation fonctionnelle nerveuse existait encore dans l'ovaire. L'affection de l'ovaire représente la *seule cause* organique appréciable des attaques convulsives qui paraissent et disparaissent avec elle. Rien, dans ce cas spécial, n'annonçait l'existence d'un état morbide général du système nerveux, ou des organes centraux de l'innervation: il n'y avait ni excitabilité, ni phénomène nerveux dans l'intervalle des attaques. Ce cas prouve donc, à notre avis, que, sans autre *état organique prédisposant appréciable*, l'affection de l'ovaire peut produire l'hystérie et par conséquent représente quelquefois à elle seule la cause organique de la perturbation nerveuse appelée hystérique, absolument comme l'excitation des nerfs laryngiens représente quelquefois à elle seule la cause organique de la toux. Quant à la nature de l'affection de l'ovaire, rien ne prouve que c'était, comme dans la première observation, une inflammation. La douleur peut exister sans phlegmasie, comme le prouvent jusqu'à l'évidence les points *douloureux des névralgies*.

L'affection de l'ovaire pouvait donc être une *ovaralgie* aussi bien qu'une *ovarite*, et certes il en est souvent ainsi, comme nous le prouverons dans la suite.

Arrêtons-nous donc là où s'arrêtent les faits, seules données d'une induction légitime, et disons simplement: *L'excitation des nerfs ovariques, inflammatoire, congestive ou non, peut représenter à elle seule la cause organique appréciable de certaines affections dites hystériques.*

A l'observation démonstrative que nous avons rapportée, nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres propres à mettre en évidence le point de départ ovarique de la perturbation nerveuse; mais, comme dans ces cas l'irritation des nerfs de l'ovaire existait combinée avec d'autres états pathologiques, nous reviendrons plus loin sur ces cas complexes.

Si nous devons nous rapporter à ce que nous avons observé jusqu'à présent, l'hystérie uniquement dépendante de l'affection de l'ovaire ne se rencontre pas le plus souvent, et, dans la majorité des affections dites hystériques, l'état pathologique est bien plus compliqué. Mais l'analyse, la compréhension scientifique de ces cas complexes, exigent précisément la connaissance préliminaire des faits les plus simples.

C'est pour cela que nous insistons, et qu'aux deux observations déjà rapportées, nous ajouterons la suivante, recueillie par notre élève, M. Jacobi.

Obs. III. — Uebel (Anne-Marie), de Suffelweyersheim, âgée de 19 ans, paysanne fraîche et robuste, lymphatico-sanguine, brune, bien réglée depuis l'âge de 16 ans, eut, au mois de mars 1845, sans cause appréciable, des accès d'hystérie qui se manifestèrent par des étouffements et des convulsions généralisées. Les attaques étaient fréquentes et duraient quelquefois des heures entières. Dans l'intervalle des accès, la malade était très-irritable, mais du reste bien portante. Sous l'influence d'un régime antiphlogistique et de médications antispasmodiques; les accès avaient peu à peu diminué de fréquence.

Le 24 avril, elle fut examinée par M. Jacobi; depuis le 3 elle n'avait plus eu d'attaques. A l'exploration, abdomen souple et indolent partout, à l'exception de la région ovarique droite. En comprimant cette partie je fis naître, dit M. Jacobi, une douleur vive; les traits de la face se contractent et expriment la souffrance. En continuant la pression, attaques d'étouffement, la malade ferme les yeux et se soulève d'une manière convulsive, les bras se roidissent et se tordent, enfin convulsions généralisées. On cesse la compression; quelques gouttes d'eau froide projetées à la face de la malade font cesser promptement l'attaque, pendant laquelle le pouls était resté normal.

---

tée par un seul confrère. Si grand que soit leur zèle, si profonde que soit leur sagacité, il doivent certainement désirer le concours d'auxiliaires éclairés. Aussi bien, dans une ville où la médecine civile n'a d'autre domaine scientifique que les hôpitaux, il est regrettable qu'un certain nombre de jeunes praticiens n'y aient accès sous un titre quelconque, soit pour s'y perfectionner sous les auspices de maîtres consommés, soit pour enrichir la science des résultats d'une observation aussi variée qu'étendue. L'une des doléances majeures de notre profession, c'est de ne pas compter assez au milieu des populations oublieuses de ses services, de se voir effacée sur la scène des honneurs publics, d'avoir à disputer auprès des autorités même sa légitime part d'influence et d'action sociale. A Dieu ne plaise que j'apporte la moindre excuse à l'ingratitude notoire de la société envers notre profession! Mais l'espèce d'oubli dont celle-ci souffre au milieu de quelques grandes cités ne s'expliquerait-il pas par l'incurie de la science dont elle donne parfois le premier exemple? Quand des hôpitaux considérables ne s'illuminent d'aucun rayon de gloire médicale, quand de vastes services où se succèdent toutes les formes de la pathologie demeurent inféconds pour la science, quand la mortalité d'une grande ville n'est point étudiée dans les amphithéâtres et fouillée par le scalpel, quand la médecine des hôpitaux se laisse réduire au plus mince appareil et fonctionne dans la solitude, entre une sœur apothicaire et une sœur qui phlébotomise, pourquoi s'étonner de la déchéance de la profession en général, déchéance qui n'exclut pas la fortune bouffie de quelques individualités méritantes? Nous signalons là, en passant, l'une des causes les moins aperçues de l'infériorité sociale qui pèse sur la médecine. N'en déplaise à quelques généralités routiniers, au troupeau médiocre des empiriques, aux contempteurs intéressés de la science proprement dite; c'est dans la science que réside non-seulement le principe de toute pratique sûre, mais encore la source de notre considération au dehors. Dans les localités où la médecine se réduit au métier des visites et des consultations avec ou sans voiture, elle ne tarde point à descendre au niveau de toutes les autres professions gagne-pain, partant à se classer dans la hiérarchie sociale d'après le chiffre de ses bénéfices éventuels. C'est donc le devoir des médecins hospitaliers de tenir sans cesse le flambeau de la science allumé sur le théâtre où ils exercent, de travailler au progrès, de former des disciples, d'appeler leurs confrères au partage de leurs trésors d'observation, d'appuyer leurs titres de prééminence quelquefois fortuits sur le contrôle de la publicité scientifique. Or la bonne médecine d'observation, les entreprises de clinique et d'anatomie pathologique, exigent un ensemble de moyens qui manquent dans beaucoup d'hôpitaux civils de nos cités de premier ordre. Est-il besoin d'ajouter combien la thérapeutique, l'hygiène des localités, partant la santé publique auraient elles-mêmes à gagner à l'organisation scientifique de la médecine dans les hôpitaux civils? Tout s'enchaîne dans cette question, et l'honorabilité de notre profession, le progrès de notre science, ne se séparent point des plus chers intérêts de la population.

Il y a des hôpitaux pourvus d'élèves internes et externes, de pharmaciens; il en est qui manquent de l'un ou de l'autre, voire même de ces deux éléments essentiels du personnel nosocomial. Metz se trouve dans le dernier cas: entrez au milieu du jour: point d'élève de garde; qu'il survienne un cas d'urgence et de haute gravité, l'on enverra chercher le médecin et le chirurgien traitant sont-ils absents du logis, point d'autres secours de première main que ceux

Sous l'influence de lavements d'*assa fœtida* et de pilules de même nature, la sensibilité ovarique diminua peu à peu. On ne cherche plus à provoquer les attaques, qui ne se reproduisent plus spontanément.

Au bout de quelque temps, la guérison était complète et s'est maintenue jusqu'à présent.

M. Jacobi, qui pratique dans un canton rural, sous la direction de son père, m'a communiqué plusieurs autres observations d'hystérie se rattachant franchement et uniquement à l'excitation ovarique. A la campagne, cette forme est très-probablement la plus fréquente. Nous pourrions compléter cette série : 1° par l'histoire d'une paysanne chez laquelle des convulsions hystériques qui s'étaient reproduites pendant un grand nombre d'années se rattachaient uniquement à une excitation de l'ovaire gauche, et disparurent avec la sensibilité ovarique, sous l'influence d'un traitement approprié ; 2° par celle d'une fille juive tout à fait analogue à notre dernière observation, et chez laquelle les attaques pouvaient être provoquées à volonté, fortes ou faibles, complètes ou incomplètes par une gradation dans la pression ovarique.

Mais il est inutile de multiplier les histoires particulières qui se ressemblent : tout ce que nous avons voulu, c'est d'établir comme un *fait expérimental*, et non plus comme une *induction théorique*, que l'ovaire peut représenter le point de départ de perturbations nerveuses plus ou moins généralisées, se manifestant sous forme d'attaques dont la *physionomie* coïncide, le plus souvent, avec les descriptions symptomatiques classiques de l'accès hystérique. Cette physionomie, du reste, n'est pas toujours et nécessairement la même. Nous avons observé une maladie dont les attaques spontanées et provoquées consistaient le plus souvent en une simple perte de connaissance *sans phénomènes convulsifs*, d'autres tombant immédiatement dans des convulsions généralisées avec perte complète de connaissance, d'autres qui, sans perte de connaissance, n'avaient que des accès de mouvements convulsifs associés des muscles de la respiration.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA DESTRUCTION DES HÉMORRHOÏDES INTERNES PAR LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LEUR PÉDICULE AVEC LE CAUSTIQUE DE POTASSE ET DE CHAUX (CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ DE M. FILHOS); par J.-Z. AMUSSAT.

(Suite et fin. — Voir les numéros 35, 36 et 38.)

TROISIÈME CATÉGORIE. — LIGATURE DES HÉMORRHOÏDES INTERNES.

HÉMORRHOÏDES INTERNES PRISES POUR UNE CHUTE DU RECTUM ; LIGATURE DE TROIS TUMEURS AVEC DES FILS DE SOIE CIRÉS ; GUÉRISON.

OBS. I. — Madame F..., âgée de 45 ans environ, éprouvait depuis quelque temps de la gêne et même de la douleur occasionnées par des tumeurs qui sortaient du rectum toutes les fois qu'elle allait à la garde-robe. Sur l'avis de M. Esquirol, elle consulta un chirurgien qui, n'ayant pu se livrer à un examen, pensa que c'était une chute du rectum et qu'il fallait recourir à l'excision. L'idée d'une opération effraya la malade, qui me fut adressée par M. Georget, qui avait la même opinion sur la nature de la maladie ; il me priait d'imaginer un instrument en gomme élastique pouvant maintenir le rectum dans sa position naturelle.

Le 25 mai 1826, après beaucoup de difficultés pour se laisser examiner, madame F... y consentit enfin.

Je reconnus alors ce que j'avais soupçonné, c'est-à-dire une hémorrhoïde interne, violacée, noirâtre, pédiculée, de la grosseur d'une grosse noix que l'on faisait rentrer facilement, mais qui ressortait aussitôt. Auprès de cette hémorrhoïde s'en trouvaient deux autres beaucoup moins volumineuses.

Le doigt introduit dans le rectum me fit reconnaître, en outre, une tumeur formée par la membrane muqueuse de l'intestin, qui faisait hernie à travers l'anus dans les efforts d'expulsion. Il y avait dans le rectum des plis longitudinaux qui indiquaient le tiraillement qu'éprouvait la membrane muqueuse dans ce point ; je me contentai pour le moment de prescrire des bains de siége, des lavements et une nourriture rafraîchissante.

Comme madame F... ne voulait point entendre parler d'opération, je lui dis que nous emploierions des moyens plus doux. Je fis dans le rectum des injections de vin aromatique, et j'appliquai pendant plusieurs jours des compresses imbibées de la même décoction ; enfin je décidai la malade à se soumettre à la ligature des tumeurs hémorrhoïdales.

Le 21 juin, madame F... ayant pris la veille une purgation, et le jour même un bain de siége et un lavement pour faire sortir les tumeurs, je la fis placer sur son lit comme pour l'opération de la fistule. Je réunis les trois tumeurs par une ligature composée avec quatre fils de soie ; je liai modérément les trois hémorrhoïdes. Je fis tirer un peu sur le premier fil par la domestique de la malade (c'était le seul aide que j'avais avec moi), et je passai une seconde ligature dans le pédicule commun formé par la réunion des hémorrhoïdes ; je serrai plus fortement cette dernière ligature et je la réunis à la première par un nœud commun. Les hémorrhoïdes comprises dans la ligature fluèrent un peu ; j'appliquai dessus un plumasseau de charpie enduit de cérat, quelques compresses, et le tout fut soutenu par un bandage en T. Je prescrivis le repos, la diète, un bain de siége chaque jour, et un cataplasme. Il ne survint aucun accident grave. Au bout de quelques jours les hémorrhoïdes se flétrirent et tombèrent en détritus.

La ligature tomba le 29 juin ; il n'y eut aucun accident, et depuis la malade est entièrement délivrée de son incommodité.

TROIS TUMEURS HÉMORRHOÏDALES AYANT CHACUNE LE VOLUME D'UN OEUF DE POULE, CHEZ UN VIEILLARD AGÉ DE 78 ANS ; LIGATURE, GUÉRISON.

OBS. II. — M. de V..., âgé de 78 ans, ancien secrétaire du roi Charles X, s'est ressenti pour la première fois de son affection hémorrhoïdale il y a trente-neuf ans, et c'est à la suite d'une course à cheval qu'il s'aperçut de la sortie de l'une de ces tumeurs, qui lui occasionna pendant deux ou trois jours des pertes de sang par l'anus. Depuis ce temps le flux hémorrhoïdal n'a pas cessé d'accompagner les selles à des époques plus ou moins éloignées.

Aucun des chirurgiens que M. de V... consulta sur cette affection n'osa entreprendre de l'en débarrasser. Cependant M. le docteur Marchand ayant sollicité une consultation, je fus appelé auprès du malade et je fis les observations suivantes : trois tumeurs hémorrhoïdales grosses comme des œufs appendaient au pourtour de l'anus. De légers intervalles, remplis par la peau et par des vaisseaux, séparaient ces tumeurs. J'avais appris du malade lui-même, qu'à la suite de grands efforts pour aller à la garde-robe, l'intestin rectum sortait avec les tumeurs hémorrhoïdales, et que c'était après avoir pris des lavements avec de

---

d'une sœur plus ou moins bourrée de routines et de prétentions médicales. Même alternative, quand la nuit improvise, dans une salle de malades, l'un de ses drames accoutumés de foudroyante pathologie. Allez à la visite du matin : le médecin passe au lit des malades, suivi de sœurs, seuls confidents possibles de ses doutes, de ses perplexités ; le chirurgien n'a souvent pas d'autres aides pour les opérations les plus graves. Comme la ville demande ses praticiens aux hôpitaux, la pharmacie de la ville devrait y trouver une pépinière d'élèves ; l'officine de l'hôpital est occupée par les sœurs ; après la messe, elles pèsent la rhubarbe et le séné.

Les visites se font-elles dans les hôpitaux ? Y a-t-il des contre-visites ? Le régime des malades est-il réglementairement établi dans les diverses localités ? L'entretien du matériel, la salubrité des salles, l'habillement des malades, sont-ils surveillés et déterminés d'après des règles stables et judicieuses ? Les fonctionnaires et employés des services autres que ceux de la médecine ont-ils des attributions uniformes, une sphère légale de compétence et d'action ? Le soin des malades, la manutention du linge et du mobilier, l'achat et la préparation de la nourriture, la pharmacie, la comptabilité, ne sont-ils pas, en beaucoup d'hôpitaux, réunis dans les mêmes mains par une promiscuité que réprouvent les principes d'une saine administration, l'intérêt des malades, la dignité de la médecine, l'esprit même des institutions religieuses d'où sort cette usurpation ? Personne ne rend meilleure justice que nous aux corporations qui puisent dans la charité et dans la foi la force de se dévouer à la plus pénible, à la difficile tâche, nous devrions dire servitude, car nous parlons des fonctions de garde-malade. Mais pour qu'elles aient le mérite entier de leur abnégation, elles doivent se restreindre à leur mission directe, sans y rattacher par des empiétements successifs, ou par une hautaine revendication, une série d'attributions et de prérogatives dont l'exercice ne peut que nuire au but même de leur institution. Il n'y a qu'une législation uniforme et générale pour refouler et maintenir en de convenables limites les corporations nombreuses qui font partie du personnel des hôpitaux et hospices civils, pour assigner à chaque fonction son rang et sa sphère d'activité, pour séparer les attributions dont la réunion est nuisible ou illogique, pour fonder parmi les hommes et les choses du monde nosocomial un ordre durable et sévère. Dans l'état actuel des hôpitaux civils en France, nous ne craignons pas de le dire, les garanties de science et d'humanité n'existent point partout dans la mesure qui convient ; par là, le but est manqué dans plusieurs ; le soulagement des souffrances est incomplet, la guérison des maladies compromise, le progrès de la science méconnu ou rendu impossible.

L'identité des besoins, du but et des conditions qui y peuvent conduire, motive et rend nécessaire l'identité de l'organisation et du fonctionnement des hôpitaux. Les faits qui précèdent justifient assez cette conclusion qui se traduit par un seul mot : centralisation. Oui, il est temps de constituer une administration centrale des hôpitaux en France, avec des règlements uniformes pour tous, avec un contrôle qui en dirige l'application dans chaque localité, avec des inspections périodiques qui démasquent les abus et rectifient les allures, imposant à chaque hôpital le même ensemble de fonctionnaires et à chaque fonctionnaire la même somme d'obligations, pourvoyant par des mesures générales au bien-être des pauvres malades de tous les départements et de toutes les communes : ainsi le veut le sentiment de fraternité humaine, la vraie charité ; ainsi le veut l'esprit

l'huile et en enduisant de ce liquide le pourtour de l'anus qu'il parvenait, non sans de grandes difficultés, à faire reprendre aux parties leur place naturelle; mais que souvent il ne pouvait obtenir la réduction que d'une seule des trois tumeurs; du reste M. de V... s'était toujours assez bien porté jusqu'au mois de février 1836.

Après une exploration attentive des tumeurs, je parvins à en opérer la réduction, après les avoir enduites avec un corps gras liquide.

Malgré cette réduction méthodique, les tumeurs reparurent bientôt au dehors, de même que cela avait lieu chaque fois que le malade avait besoin d'aller à la selle. Cependant les fonctions excrétoires ne s'accomplissaient qu'avec les plus grands efforts et avec douleur; car les tumeurs, par leur position, devenaient alors de véritables bouchons qui s'opposaient à la sortie des matières fécales ou qui devaient nécessairement précéder celles-ci.

Plusieurs fois je fus appelé auprès du malade qui, malgré des lavements, ne pouvait aller à la garde-robe; je le soulageais toujours en allant chercher les tumeurs, que j'amenais au dehors avec mon doigt recourbé en crochet, et aussitôt le dégorgement de l'intestin avait lieu; mais il fallait faire rentrer les tumeurs immédiatement après, car leur étranglement occasionnait les plus violentes douleurs, quoique le sphincter de l'anus fût très-dilaté.

Un écoulement glaireux par le rectum suivait presque constamment ces réductions, et constituait une infirmité gênante et dégoûtante. Pour y porter un remède efficace, je proposai la ligature de ces tumeurs.

La veille du jour fixé pour l'opération, M. de V.... prit un purgatif; il y eut d'abondantes évacuations après les moyens que j'employais habituellement.

Le 21 février 1836, tout étant convenablement préparé et le malade étant couché sur le côté, je fis, à partir du pédicule du paquet hémorrhoïdal, trois incision dans le but de faciliter les ligatures.

Le sang d'une artère ayant jailli, j'en fis immédiatement la torsion; plusieurs autres petits vaisseaux, divisés dans la section, occasionnèrent une perte de sang assez considérable.

Trois ligatures ordinaires avec de la soie cirée furent placées à la base de chacune des tumeurs, et le malade fut confié à la surveillance d'un aide. Quelques heures après la ligature, les tumeurs étaient déjà bien diminuées, mais le sang veineux continuait à couler, malgré la compression extérieure. L'introduction de charpie entre les incisions faites aux tumeurs arrêta seule le sang. Dans l'impossibilité où l'on était de cautériser, j'étais décidé, si une nouvelle hémorrhagie survenait, à lier tout le paquet hémorrhoïdal à son point de jonction avec l'intestin, pour préserver le malade des dangers d'une hémorrhagie qui avait occasionné une syncope dans la nuit. Cependant, à une heure du matin, les tumeurs étaient déjà gonflées et noirâtres, et il se faisait à leur surface une exsudation lymphatique sanguinolente assez considérable.

Vingt-quatre heures après, les hémorrhoïdes ont une couleur noirâtre plus prononcée à la circonférence; au centre, elles sont rouges et très-sensibles. On les couvre d'une poudre faite avec du quinquina et du charbon pour absorber l'odeur insupportable qu'elles répandent.

Le second jour, il y avait encore de la sensibilité, ce qui prouvait que les tumeurs n'étaient pas mortifiées; de plus, elles présentaient encore une couleur rougeâtre.

Redoutant une nouvelle hémorrhagie, qui pouvait mettre en danger les jours du malade déjà affaibli par la perte de sang qu'il avait éprouvée, je n'osai pas faire l'excision des hémorrhoïdes; je préférai pratiquer une nouvelle ligature sur chaque tumeur : ligatures qui furent encore très-douloureuses.

Le mercredi 24, même état des parties. La mortification n'est pas encore complète; on fait, pour la troisième fois, trois nouvelles ligatures. Enfin c'est le samedi 26 février que je me décidai à pratiquer l'excision en deçà des ligatures. Les tumeurs, à peu près indolentes et de couleur noire, paraissaient devoir tomber très-prochainement; cependant la section fut encore douloureuse et suivie d'une perte de sang à la vérité très-peu considérable. Le pédicule des tumeurs est sensible au toucher. Le malade a supporté ces différentes opérations avec courage; il est faible, mais il n'éprouve aucun symptôme fâcheux.

Examen des tumeurs enlevées. — On les a trouvées traversées par un grand nombre de vaisseaux variqueux entre-croisés dans tous les sens; le plus gros pouvait avoir le diamètre d'une plume à écrire, et quelques-uns se terminaient par des ampoules remplies de sang coagulé.

Le 28 février, le malade est dans l'état le plus satisfaisant; ses ligatures sont tombées, et aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre, à la grande satisfaction de M. de V..., qui se porte aussi bien que possible.

J'ai communiqué dans le temps cette observation à l'Académie royale de médecine.

Le 9 mars 1842, six ans après l'opération, j'ai revu M. de V..., qui avait alors près de 84 ans. Sa santé a toujours été très-bonne depuis l'opération; mais il dit que maintenant il ne peut plus retenir volontairement les matières fécales liquides. Il existe au-dessous du sphincter une constriction de la peau qui forme comme une espèce d'anneau qui rétrécit l'anus. Par précaution, j'avais engagé M. de V... à se placer un cautère à la cuisse après l'opération; mais sa santé ayant toujours été en s'améliorant, il a cru pouvoir le remplacer, il y a quelque temps, par un vésicatoire au bras. M. de V... est faible, mais il n'a aucune infirmité; il marche encore dans sa chambre.

HÉMORRHOÏDES INTERNES TRÈS-VOLUMINEUSES; PROLAPSUS DU RECTUM; LIGATURE DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES; SIX ANS APRÈS, NOUVELLES HÉMORRHOÏDES; LIGATURE; GUÉRISON.

Obs. III.—M. de S..., âgé de 40 ans, au moment où la première ligature a été pratiquée en 1836, a été très-constipé dès son enfance. A l'âge de 15 ans, il n'allait que tous les quatre jours à la garde-robe, et il se rappelle même avoir été plus de huit jours sans avoir eu d'évacuation; sa santé, du reste, était parfaite. A 25 ans, M. de S... ressentit quelques symptômes d'hémorrhoïdes, mais très-faibles, à peine perceptibles, dit-il, et ne se montrant d'ailleurs qu'à des intervalles éloignés. C'est en 1827 seulement que les hémorrhoïdes commencèrent à se manifester par des engorgements et des tumeurs extérieures qui se renouvelaient trois ou quatre fois dans l'année.

Cette affection continua depuis à faire des progrès rapides. En 1830, les hémorrhoïdes commencèrent à devenir fluantes; en 1833 et 1834, elles avaient fini par couler durant sept mois de l'année, et les évacuations, au dire du malade, consistaient plutôt en sang qu'en matières.

Tout travail assidu, d'esprit ou de corps, toute veille, toute émotion, agissaient immédiatement sur les hémorrhoïdes d'une manière notable; en même temps la constipation augmentait toujours.

M. de S... était aussi incommodé par des gaz dans l'estomac et les intestins. Cette incommodité avait fini par dégénérer en un malaise permanent, et dont l'intensité augmentait non-seulement par suite d'un dérangement ou d'un mouvement de voiture prolongé, mais surtout quelque temps avant l'époque où les hémorrhoïdes devaient fournir du sang; alors aussi la constipation était excessivement forte.

Dans ces derniers temps, toutes les fois que M. de S... allait à la selle, il était obligé de refouler avec la main et avec beaucoup de peine le bourrelet hémorrhoïdal, qui, du reste, ne lui causait encore aucune incommodité, et ne reparaissait que par suite des efforts qu'occasionnait une nouvelle évacuation.

C'est dans cet état que M. de S... quitta son pays en mai 1835. Pendant le voyage, il fut très-bien portant, et durant quatre mois peu incommodé de ses hémorrhoïdes, n'en ressentant les effets que tous les mois périodiquement; on lui recommanda alors les eaux de Carlsbad comme devant mo-

---

d'ordre et de régularité dans un grand pays : s'il faut des hochets ou des consolations à l'esprit de localité, qu'on lui en propose ailleurs que dans le domaine des souffrances et des maladies dont il n'est pas le plus intelligent curateur; s'il faut lutter contre la centralisation, ce n'est point là où elle seule peut triompher des abus.

Vienne le jour de cette salutaire réforme, et nous demanderons pour l'admission des médecins et des chirurgiens dans les hôpitaux l'indispensable garantie du concours. Pour beaucoup de lecteurs de ce journal, cette demande paraîtra un effort contre une porte ouverte, tant ils la tiennent pour naturelle et justifiée. Qu'ils se détrompent : cette porte est fermée et cadenassée dans maintes localités. Le concours, qui donne de si admirables praticiens aux hôpitaux de Paris et de Lyon, gêne encore bien du monde : d'abord certains médecins, certains chirurgiens, qui ne recherchent point précisément les épreuves de cette nature et qui se laissent hisser volontiers à l'utile évidence des positions officielles sans avoir prouvé à qui de droit qu'ils aient jamais diagnostiqué le siége exact d'une pneumonie ou pratiqué une incision de main dextre et sûre; ensuite le concours gêne les commissions administratives, composées de notaires, d'anciens officiers, de banquiers, et qui se gaudissent d'avoir à juger à certains jours le mérite relatif d'une douzaine de candidats hippocratiques; enfin, vous comprenez qu'un choix préfectoral peut avoir aussi son utilité; tel préfet, homme d'esprit, est loin d'en faire mystère.

Non, certes, que la simple élection ne puisse doter les hôpitaux de praticiens excellents; les exemples de ce hasard heureux ne manquent point, et j'en pourrais citer sans porter mes regards au delà des remparts de Metz. Mais généralement ces choix tombent sur de jeunes confrères qui ne commandent pas nécessairement la confiance, et qui, loin d'opposer au concours un superbe dédain, s'empresseraient certainement de l'accepter. Après tout, c'est le droit des malades que d'être livrés à des praticiens éprouvés. De quel droit l'administration commissionnerait-elle un chirurgien pour exécuter sur les malades indigents toutes les grandes opérations de l'art, s'il n'est pas constaté par divers experts et témoins que le susdit chirurgien ait jamais lié une artère, ouvert un abcès? De quel droit la thérapeutique d'un hôpital entier appartiendrait-elle à un médecin qui n'aurait point démontré préalablement son aptitude à observer, à ausculter, à manier en un mot toutes les méthodes de séméiotique dont l'emploi précède nécessairement la magistrale prescription du remède?

Autre avantage du concours, appliqué aux positions médicales des hôpitaux : il stimulera l'émulation des jeunes praticiens; dans les villes qui manquent d'institutions scientifiques, il fera naître une salutaire ferveur de science; il désignera à la confiance des citoyens les mains les plus habiles à la guérison de leurs maux. Et si, comme à Lyon, comme à Paris, vous donnez aux nominations faites par concours une durée seulement temporaire, si vous n'inféodez pas pour quarante ou pour cinquante ans vos hôpitaux à trois ou quatre individualités, si vous n'aliénez que pour cinq à six ans la possession de ces précieux emplois qui, savamment occupés, mûrissent avec rapidité les jeunes talents et leur assurent une ample provision de faits et de matériaux, vous élargirez le champ de l'expérience locale, et vous multiplierez les oracles de l'art pour la population, dont la plus grande partie abandonne sa santé à la main des empiriques et à l'industrie des médicastres.

M. L.

difier son état de constipation, et produire à cet égard un effet salutaire et permanent.

Pendant six semaines, M. de S... prit par jour dix gobelets de cette eau. Pendant tout ce temps, il eut une ou deux selles par jour régulièrement; mais les hémorrhoïdes donnèrent un tel flux de sang, qu'en quittant Carsbad, il arriva au commencement de septembre à Paris, totalement épuisé, ayant les hémorrhoïdes engorgées et extrêmement tuméfiées.

Pendant un mois, M. de S... garda le lit en faisant appliquer des sangsues, prenant tous les jours des bains et suivant un régime très-doux. Alors il se manifesta un nouveau symptôme : c'étaient des douleurs très-fortes à la partie inférieure du rectum, qui survenaient une demi-heure après les garde-robes et se prolongeaient huit ou quinze heures quelquefois.

On soupçonna un commencement de fissure, et on prescrivit des lavements dans la composition desquels entrait le mercure; mais au bout de quelques jours, éprouvant des douleurs dans les gencives qui étaient gonflées, M. de S... cessa ce moyen.

A cette époque, le malade s'aperçut qu'il avait un relâchement de la membrane muqueuse du rectum ; on lui conseilla de se tenir sur de la glace. Pendant trois mois et demi, M. de S... a employé ce moyen une heure et demie chaque jour; mais il n'en a obtenu aucun soulagement.

Un bandage qu'on lui prescrivit ensuite servit à empêcher la chute du rectum; mais il entretenait de la chaleur, et le frottement qu'il déterminait était devenu très-douloureux.

Après avoir ainsi épuisé, dans le cours d'une année entière (1835), tous les moyens prescrits par les premiers praticiens de Paris, consultés chacun à différentes reprises, soit séparément, soit réunis ensemble, M. de S... se confia entièrement à mes soins.

« Encouragé, dit le malade, par la conviction de M. Amussat, qu'il me débarrasserait de mes hémorrhoïdes par son procédé de ligature, je me décidai à l'opération, malgré l'avis contraire des autres praticiens que je fus consulter chacun en particulier, et qui tous s'opposèrent à la ligature comme offrant des accidents nerveux fort graves et pouvant produire une inflammation du canal intestinal, raisons pour lesquelles ils avaient renoncé, disaient-ils, à la ligature, et ils préféraient en tous cas l'excision et la cautérisation. Un de ces praticiens me conseilla, comme moyen plus sûr de guérison, la saignée du bras répétée tous les quinze jours durant plusieurs mois. »

Le 4 août 1836, je procédai à la ligature des hémorrhoïdes, qui formaient au-dessus du sphincter un bourrelet volumineux entraîné au dehors par les efforts d'expulsion qui déterminaient aussi un prolapsus de la muqueuse du rectum.

Deux fils, dont l'un en soie et l'autre en argent, servirent à faire complétement la ligature de tout le bourrelet hémorrhoïdal; la plus grosse hémorrhoïde était ulcérée à son centre, et en la serrant, elle a fourni un jet de sang comme une sangsue. Le malade a éprouvé une douleur très-supportable. Immédiatement après l'opération, il a pris un bain de siége dans lequel il resta six heures. Les jours suivants, l'état du malade n'offre rien de particulier à noter; les hémorrhoïdes sont noires et se flétrissent.

Le 9, tous les fils sont tombés avec les hémorrhoïdes, et le malade éprouve un grand soulagement d'être débarrassé de l'appareil de la ligature, qui le gênait beaucoup et le retenait au lit.

Pendant huit jours, M. de S... ne prit pour toute nourriture que du bouillon, et il n'eut point d'évacuation durant ce temps.

Plus tard il y eut quelques selles, facilitées par des lavements, et le seizième jour, à la suite d'une constipation de quatre jours, M. de S... eut une évacuation très-difficile, et il rendit des matières extrêmement dures et épaisses et beaucoup de sang. La muqueuse du rectum était très-proéminente au dehors par suite des efforts que le malade avait été obligé de faire. On aperçut alors un mamelon hémorrhoïdal profondément caché, et qui avait échappé à un examen antérieur. Il fut lié trente-neuf jours après la première opération, et M. de S... n'éprouva ni douleur ni malaise quelconque. Cette fois il ne fut pas obligé de garder le lit, et, hors un régime de vie assez sévère, il continua ses habitudes ordinaires.

Le 3 octobre 1836, M. de S... est parti dans l'état le plus satisfaisant, et plusieurs fois j'ai reçu de ses nouvelles : ses hémorrhoïdes n'étaient pas revenues ; il était entièrement délivré de son infirmité.

Cette observation était terminée lorsque M. de S... est revenu à Paris, environ six ans après, c'est-à-dire dans le commencement de l'année 1842. Il se plaignait d'éprouver quelques symptômes hémorrhoïdaux, tels que douleurs en allant à la garde-robe, écoulement de sang assez abondant et sensations de gêne lorsqu'après avoir marché il venait à se reposer sur une chaise ou un fauteuil. Un examen attentif, après que M. de S... eut pris un lavement, nous permit de constater la présence d'une grosse hémorrhoïde placée du côté du périnée, au centre de la muqueuse, engorgée et faisant saillie au dehors du rectum dans les efforts d'expulsion ; elle est dure, luisante et offre une couleur ardoisée.

M. de S... demande avec instance à être débarrassé de cette hémorrhoïde, comme de celles qui l'ont si cruellement tourmenté et que j'ai détruites, il y a six ans, par la ligature.

Nous employons encore cette fois le même procédé, et le 3 mars 1842, nous pratiquons la ligature du pédicule de cette hémorrhoïde à l'aide d'un fil de soie très-fort préalablement ciré et noué avec le nœud du chirurgien, puis nous pratiquons à sa surface de fortes scarifications avec des ciseaux; il s'écoule du sang rouge.

Le soir, M. de S.. a rendu du sang, ce qui semblerait indiquer que la ligature n'a pas été assez serrée ou que *le nœud du chirurgien* n'a pas bien tenu. Néanmoins le malade se plaint de la constriction à laquelle il rapporte toutes les douleurs qu'il éprouve. Le bain prolongé qu'il a pris ne l'a pas beaucoup soulagé.

Le lendemain au matin, M. de S... nous dit ne pas avoir fermé l'œil de la nuit tant il a souffert d'élancements à l'anus et dans toute cette région. *Le bourrelet extérieur ou les hémorrhoïdes externes, est très-gonflé et douloureux.* Des cataplasmes de farine de graine de lin et des lotions émollientes ont soulagé le malade ; car le soir il est plus calme, les douleurs sont moins aiguës, il éprouve moins de cuisson et il n'a pas de fièvre. La tumeur hémorrhoïdale qui a été liée est presque reformée; elle est aussi grosse et aussi dure qu'avant l'opération, bien que la ligature ne soit pas tombée; néanmoins elle paraît être dans un état de mortification. Le bourrelet extérieur est très-gros, comme si des hémorrhoïdes occupant toute la circonférence du rectum eussent été liées en même temps. On pratique des injections aromatiques, l'on fait des lotions fréquentes avec une décoction de quinquina rouge, et l'on fait un pansement avec du cérat opiacé. M. de S... éprouve de l'oppression et des frissons qu'il attribue aux bains de siége trop froids qu'il a pris depuis l'opération et où il est resté très-longtemps.

Le 6, M. de S... souffre beaucoup; la tumeur hémorrhoïdale qui a été liée et le bourrelet extérieur sont toujours très-gonflés; j'enlève la ligature, et le lendemain je pratique des mouchetures, sept ou huit, sur le bourrelet extérieur.

Les jours suivants, je continue à pratiquer des mouchetures sur la tumeur qui enfin finit par diminuer de volume.

Le 14 mars, à la suite d'une évacuation déterminée par un lavement, l'hémorrhoïde est tombée ; à sa place il reste non pas une plaie, mais une espèce de fissure; du reste, le bourrelet extérieur a notablement diminué de volume.

Peu à peu la douleur déterminée par le passage des matières s'amoindrit; elle finit par s'effacer, et M. de S... part pour son pays, heureux d'être débarrassé d'hémorrhoïdes qui lui ont causé tant de souffrances et d'ennuis.

HÉMORRHOÏDES INTERNES; LIGATURE DES TUMEURS; SIX ANS APRÈS, NOUVELLES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES; LIGATURE ET CAUTÉRISATION; GUÉRISON. (Voy. la première et la deuxième catégorie.)

OBS. IV. — Madame F..., âgée de 50 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, se rappelle avoir des hémorrhoïdes depuis l'âge de 16 ans. Il y a vingt ans environ, elle fut opérée par M. Lebreton qui employa la ligature en serrant successivement chaque hémorrhoïde. A la suite de cette opération, madame F... fut quatre années sans souffrir. Mais, au bout de huit ans, les hémorrhoïdes qui peu à peu s'était développées donnèrent lieu de nouveau à des douleurs en allant à la garde-robe et à une sensation de pesanteur vers l'anus. En même temps, madame F... éprouvait des douleurs dans toute l'étendue de la colonne vertébrale. La constipation habituelle devenue plus intense était difficilement vaincue par les laxatifs et même les purgatifs. Les efforts pour aller à la garde-robe, ainsi que la marche et la fatigue, déterminaient la sortie d'un paquet hémorrhoïdal dont la rentrée était toujours très-difficile. Quelque temps après les garde-robes, les hémorrhoïdes fluaient quelquefois très-abondamment.

Dans cet état, madame F... vint à Paris, décidée à se soumettre à l'excision des tumeurs hémorrhoïdales, opération qu'elle avait refusée il y a quelques années, parce qu'on lui en avait fait sentir les dangers. Elle était donc résignée à se soumettre à cette opération, parce que son état lui était devenu insupportable. Lorsque je vis madame F... je la détournai de l'idée de l'excision, et je lui dis que par la ligature, qui m'avait toujours réussi dans des cas analogues, il y avait tout espoir qu'elle serait débarassée de son infirmité, sans avoir couru les chances défavorables de l'opération faite par l'excision. Elle se rendit à mes conseils ; et, le 18 juin 1842, je procédai à la ligature de l'une des hémorrhoïdes, en présence de MM. Filhos et Le Vaillant.

Avec un fil de soie très-fort et bien ciré, je liai seulement une hémorrhoïde grosse comme une noix, surmontée d'une autre petite hémorrhoïde flétrie, blanche et charnue, en passant au milieu de la base de l'hémorrhoïde, une aiguille droite armée d'un fil double, de manière à étreindre isolément chaque moitié de l'hémorrhoïde. Je fis ensuite des scarifications sur la tumeur liée. La malade éprouva assez de douleur au moment de la constriction, et elle en a ressenti aussi lorsque je pratiquai des scarifications sur l'hémorrhoïde qui venait d'être liée ; elle éprouva aussi des douleurs dans les jambes.

Le soir, abattement, intermittence dans le pouls, douleurs dans les membres inférieurs et sous les fausses côtes, grande difficulté d'uriner, prostration très-grande, alternant avec de l'agitation, tremblement convulsif, peau chaude et sèche ; je fais appliquer des sangsues autour des bourrelets hémorrhoïdaux.

Le lendemain, je crois devoir faire appeler en consultation notre honorable collègue M. Baron ; l'état de la malade ne s'est pas amélioré; il y a cependant moins d'intermittence dans le pouls; je pratique des mouchetures sur les hémorrhoïdes externes qui sont très-tuméfiées.

Le 20, amélioration notable ; les intermittences sont beaucoup moins fréquentes; tous les accidents nerveux ont fait place à un état de calme très-rassurant. On compte aujourd'hui une intermittence par 40 pulsations. Le bourrelet hémorrhoïdal a beaucoup diminué, et l'hémorrhoïde liée est blanche et flétrie.

Le 21, l'amélioration fait des progrès; je pratique encore des scarifications sur une partie des bourrelets hémorrhoïdaux extérieurs.

Le 22, douleurs dans les jambes, frisson intérieur sans tremblement, douleur à la vulve et au rectum; sensation particulière du côté de la vessie. Les intermittences sont un peu plus fréquentes que les jours précédents; on en compte une après 5 ou 10 pulsations.

Jusqu'au 27, les intermittences ont été assez grandes, quoique le calme fût

revenu; ce signe, ou d'une maladie du cœur, ou d'un trouble nerveux consécutif à l'opération, me causait encore quelques inquiétudes; mais, à partir de ce jour, l'amélioration a fait des progrès rapides qui m'ont permis de penser à achever l'opération en pratiquant ou la ligature ou la cautérisation des hémorrhoïdes internes qui restaient encore. Bien que, à la suite d'un grand nombre de ligatures d'hémorrhoïdes que j'ai faites depuis plusieurs années, je n'aie jamais constaté à un aussi haut degré des accidents analogues à ceux que ma malade avait éprouvés, pourtant j'avais remarqué que cette opération avait été quelquefois suivie d'une secousse nerveuse générale et d'autres accidents, que j'aurais voulu pouvoir éviter par d'autres moyens de traitement.

J'en étais à faire ces réflexions lorsque, me rappelant avoir constaté, dans certaines affections de l'utérus, les bons effets du caustique de M. Filhos, je pensai que peut-être, en employant ce moyen pour les hémorrhoïdes, je parviendrais à éteindre beaucoup plus promptement la sensibilité des parties, et à éviter par conséquent les accidents qui suivent en général la constriction par les ligatures.

Je me décidai à employer ce caustique, préférablement à tous les autres, parce que je savais que son action est *limitée* aux parties avec lesquelles il est mis en contact. Cette condition était indispensable pour le succès du traitement. (Voyez la suite de cette observation à la première catégorie.)

J'aurais pu citer un bien plus grand nombre de faits, puisque, pendant longtemps, je n'ai employé que la ligature; mais j'ai préféré ne citer que ceux qui offraient le plus d'intérêt. Ils me paraissent suffire amplement, du reste, pour prouver tout ce que j'ai avancé sur les avantages et les inconvénients de ce procédé.

On a pu remarquer qu'après la ligature, la douleur est toujours assez vive et assez prolongée pendant plusieurs jours, et que la réaction est plus ou moins forte.

Constamment aussi il se forme des *bourrelets externes* correspondants aux hémorrhoïdes internes qui ont été liées. Ces bourrelets sont quelquefois si douloureux et tellement gonflés et œdématiés qu'il faut avoir recours aux sangsues et aux scarifications. Peut-être pourrait-on éviter cet effet en vidant la tumeur après l'avoir serrée avec le fil.

Dans quelques cas j'ai employé, pour la ligature des hémorrhoïdes, des fils métalliques que je serrais au moyen d'un petit *serre-nœud;* mais cet instrument étant obligé de rester en place pendant plusieurs jours, afin de pouvoir augmenter graduellement la constriction exercée par la ligature, il en résultait souvent une gêne très-grande pour les malades qui étaient forcés de rester constamment dans la même position. J'ai donc renoncé à ce moyen, non-seulement à cause de cet inconvénient grave; mais aussi parce que le fil métallique venant quelquefois à se casser, il fallait recommencer l'opération.

Comme on le voit par les différentes catégories de faits que j'ai établies, je ne suis arrivé que très-graduellement au procédé de la cautérisation circulaire perfectionnée, et à établir la préférence qu'on doit lui accorder sur tous ceux que j'avais employés auparavant.

Après la ligature, j'ai d'abord fait la cautérisation en masse de l'hémorrhoïde avec le caustique de potasse et de chaux solidifié. Plus tard j'ai eu recours à la cautérisation circulaire du pédicule avec les pinces à baguettes porte-caustiques de mon fils.

Bientôt je me suis servi des pinces préservatrices que j'ai indiquées et des autres moyens.

Enfin, l'injection d'eau froide, en même temps que la cautérisation et l'expulsion du sang contenu dans l'hémorrhoïde sont les perfectionnements les plus importants que je crois avoir apportés au procédé décrit dans la première partie de ce mémoire.

Une remarque importante que je dois faire à l'occasion des deux premiers procédés de cautérisation, c'est qu'il se formait toujours des bourrelets correspondants aux hémorrhoïdes cautérisées; le même effet avait lieu à la suite de la ligature, et, comme je l'ai déjà dit, ces bourrelets déterminaient des réactions quelquefois très-fortes, tandis que, par le nouveau procédé, en vidant la tumeur hémorrhoïdale, je n'ai jamais observé cet accident, et les suites de l'opération ont été d'ailleurs constamment plus simples.

Il suffit de jeter un coup d'œil comparatif et de faire un simple rapprochement des procédés que je viens de décrire avec ceux qu'on emploie généralement, l'extirpation, la cautérisation avec le feu et même la ligature, pour se convaincre de la supériorité de la cautérisation circulaire, de sa simplicité et de la préférence qu'on doit lui accorder.

L'extirpation des hémorrhoïdes est une opération difficile, grave et dangereuse; elle détermine beaucoup de douleur, et souvent elle est suivie d'hémorrhagies graves et même mortelles. Aussi elle est presque entièrement abandonnée malgré la prédilection de quelques chirurgiens et les modifications qu'ils ont apportées à cette opération.

J'ajouterai que l'extirpation exige presque toujours la cautérisation avec le fer rouge ou le tamponnement, ce qui complique beaucoup l'opération et effraye tous les malades.

Si j'étais forcé d'avoir recours à l'extirpation, je commencerais par bien circonscrire la portion à enlever avec des pinces préservatrices quadrillées, j'accrocherais encore la tumeur avec deux ténaculums, et après l'excision, je cautériserais avec le caustique de potasse et de chaux solidifiées avant de lâcher.

La cautérisation avec le fer rouge n'est pas aussi douloureuse que l'excision, et elle n'expose pas aux mêmes dangers, mais elle est difficile à appliquer convenablement. En supposant même qu'on se servît de pinces à baguettes rougies à blanc, on ne pourrait pas, sans détruire l'effet du caustique, injecter en même temps de l'eau fraîche, ce qui est un grand inconvénient.

La ligature des hémorrhoïdes est un procédé simple et facile, que j'ai employé exclusivement pendant longtemps, parce qu'il est infiniment préférable à l'extirpation et à la cautérisation par le fer rouge; mais la constriction opérée par la ligature est fort douloureuse immédiatement, et comme elle persiste encore plusieurs jours après, elle cause une gêne très-grande, même en ne liant que les hémorrhoïdes internes, sans y comprendre les bourrelets correspondants externes, comme le faisait J.-L. Petit, et comme on le fait encore; ce qui expose à des accidents très-graves à cause de la constriction de la peau.

La cautérisation circulaire du pédicule des hémorrhoïdes par le caustique de potasse et de chaux, et avec les moyens de préservation que j'ai indiqués, est donc l'opération la plus simple et la moins grave de toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour pour la destruction des hémorrhoïdes internes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DYSSENTERIE SANGUINE OCCASIONNÉE PAR UN EXCÈS DE POMMES DE TERRE, ET GUÉRIE PAR LA PIQURE D'UNE SANGSUE SUR L'INTESTIN LUI-MÊME; observation communiquée par M. A. LANGLOIS (de Chantilly).

Obs. — Le 26 juillet, je fus appelé auprès d'une petite fille de 13 mois, fortement constituée et jouissant habituellement d'une très-bonne santé; elle avait alors une fièvre très-intense, et à chaque instant elle laissait échapper par le fondement, sans paraître éprouver de grandes douleurs, de petites masses de la grosseur d'une noisette, composées d'une matière d'apparence caséeuse et recouvertes d'un mucus sanguinolent; ces évacuations étaient toujours suivies de l'écoulement de quelques gouttes d'un sang rosé et très-clair. La mère, interrogée par moi, me dit que la veille son enfant, qui se portait parfaitement, avait mangé en grande quantité des pommes de terre cuites à l'eau et non arrivées à leur maturité.

Le soir même l'enfant avait eu des selles fréquentes, dans lesquelles la mère avait cru reconnaître des morceaux de pomme terre; elle lui avait alors administré deux lavements avec une décoction de graine de lin. La nuit, les selles sanguinolentes avaient commencé; deux nouveaux lavements avaient été donnés avant mon arrivée. J'ordonnai un bain, des cataplasmes froids sur l'abdomen, des boissons délayantes, deux lavements avec quelques gouttes de laudanum.

Le soir, ces moyens ayant été inutiles, la fièvre étant des plus violentes et le flux de sang ayant augmenté, je prescrivis l'application de trois sangsues au fondement. Une heure après on accourut me chercher en toute hâte. La mère, malgré ma recommandation, avait négligé de fermer l'anus, dont le sphincter était relâché au point de ne plus contenir du tout les matières. Une sangsue s'était introduite dans l'intestin; un instant après l'enfant avait poussé de grands cris, puis s'était calmé.

Je pensai que la sangsue avait piqué l'intestin et qu'ici je pourrais employer le moyen mis ordinairement en usage pour les faire tomber.

J'administrai moi-même un lavement avec de l'eau salée; et en effet, cinq minutes après l'enfant rendit une sangsue énorme, puis de ce moment commença par le fondement un écoulement de sang très-coloré, se prenant de suite en caillot, et auquel se trouvaient encore mêlés, pendant les premières heures, quelques fragments des matières dont nous avons parlé plus haut. L'écoulement du sang fourni par la piqûre peut être évalué à 80 grammes au moins.

A dater de cet instant aucun autre moyen ne fut plus mis en usage, la fièvre diminua dans la nuit. Le 27 au matin on donna à l'enfant de l'eau et du lait; l'anus avait alors repris sa contractilité et ne laissait plus échapper qu'à de longs intervalles une sérosité sanguinolente. Le 27 au soir, la malade était très-bien, les accidents avaient complétement disparu, et l'enfant avait repris toute sa gaieté.

Aujourd'hui 30, les matières fécales ont repris leur cours sans douleur, et on ne s'aperçoit plus que l'enfant a été malade.

La guérison aussi rapide d'une affection qui, chez les enfants, résiste quelquefois à tous les moyens, ne pourrait-elle pas donner l'idée d'employer rationnellement dans les dyssenteries sanguines qui persistent malgré tous

les soins, un remède dont l'application ne paraît présenter aucun danger et dont le résultat est aussi prompt et aussi avantageux?

EFFICACITÉ DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS UNE AFFECTION HERPÉTIQUE DU PHARYNX; observation communiquée par M. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Monsieur le rédacteur,

Je lis, dans le numéro 16 de la GAZETTE MÉDICALE, une note extraite de la clinique de M. Chomel, et concernant l'affection granuleuse du pharynx; je trouve encore, dans le numéro du 18 mai, l'indication d'une thèse de M. le docteur Vincent Seux (de Marseille) sur le même sujet : il y a quelque temps, dans un article sur les diathèses, publié par la GAZETTE MÉDICALE (nº 15), j'ai aussi mentionné cette maladie, qui est assez commune et mérite l'attention des praticiens; permettez-moi d'en rapporter un nouvel exemple.

OBS. — M. X..., avocat, âgé de 34 ans, d'un tempérament robuste, est atteint depuis dix-huit mois d'une irritation chronique du pharynx, qui l'incommode beaucoup. Sitôt qu'il vient à porter la parole, sa gorge devient sèche, rude et douloureuse; il ne peut continuer. Le malade a employé pour se guérir des moyens variés : ainsi les eaux sulfureuses en boisson et en bains, les gargarismes avec l'alun, le ratanhia, le quinquina, le laudanum, etc., et tout cela sans efficacité; il remarque cependant que les solutions d'alun lui ont procuré quelque soulagement, tandis que l'infusion de belladone a augmenté ses souffrances.

Le 13 septembre 1845, la gêne et les douleurs persistent toujours. La face postérieure du pharynx, examinée au grand jour, est sillonnée de nombreux vaisseaux; elle est hérissée de mamelons roses, ovales de haut en bas, aplatis, un peu moins larges qu'une lentille, presque disposés en chapelet.

Je conseille des purgations répétées avec l'eau de Sedlitz, la limonade sulfurique, des gargarismes avec une solution de borate de soude, des cautérisations de deux jours l'un sur la surface malade avec une éponge imbibée de solution d'azotate d'argent au vingtième (azotate d'argent cristallisé, 2 grammes; eau distillée, 40 grammes), régime doux, légumes verts, laitage.

Le 11 octobre 1845, l'état du malade ne s'est point amélioré, quoique le traitement ait été fait très-régulièrement; de plus, une éruption lichenoïde furfuracée apparaît sur les deux côtés du visage. Cette circonstance me paraît capitale; je conseille : 1º un gargarisme légèrement additionné de sulfure de potasse; 2º 3 milligrammes d'arséniate de soude à prendre tous les matins.

Prenez : Arséniate de soude. . . . 1 décigr.
Eau. . . . . 1/2 litre.

A prendre une cuillerée à bouche tous les matins dans une petite tasse d'eau sucrée.

Cette médication a eu un plein succès. Le 19 novembre, l'amélioration est considérable.

Le 1er avril 1846, le malade a pris sa potion pendant trois mois; il se trouve très-bien; il peut plaider et parler autant que sa profession l'exige.

Les papules de la face postérieure du pharynx sont affaissées, décolorées et presque disparues.

Dans sa note, M. Chomel signale bien la *coïncidence* de cette affection avec les maladies de la peau; mais je crois que l'on peut aller plus loin et considérer l'affection granuleuse du pharynx comme une manifestation de la *diathèse herpétique*, et en conséquence la traiter par les médications spécialement appropriées à cette grande classe des maladies chroniques.

CRISTALLIN OPAQUE PASSÉ DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE DE L'ŒIL, ET MÉCONNU PENDANT SIX MOIS; RÉSULTAT HEUREUX ET INATTENDU DE L'OPÉRATION CHIRURGICALE; observation communiquée par M. PAUL BERNARD.

Les exemples de ce que l'on a nommé le *déchatonnement* du cristallin ne sont pas très-rares dans les auteurs. C'est presque toujours à la suite de chutes ou de commotions plus ou moins fortes que le cristallin, opaque et dur pour l'ordinaire, déchire sa capsule et vient occuper divers points dans le globe de l'œil. Ainsi nous nous bornerons à dire que tantôt il est entré profondément dans les cellules de l'éponge hyaloïdienne, tantôt il s'est placé à cheval sur la petite circonférence de l'iris, tantôt enfin il a traversé l'ouverture pupillaire et est venu se loger dans la chambre antérieure, maintenu en avant par la cornée et en arrière par l'iris. Dans ces différents cas, le résultat a été loin d'être le même par rapport aux effets observés, qui quelquefois ont été d'une innocuité complète, et d'autres fois, au contraire, ont déterminé les accidents les plus variés et les plus graves. Les circonstances particulières dans lesquelles se sont trouvés les malades semblent, d'après les observations recueillies, avoir exercé une plus grande influence que la position occupée par le cristallin. Toutefois, comme notre intention n'est pas de faire l'histoire du déchatonnement de la lentille cristalline, mais seulement de rapporter un fait de ce genre, que nous croyons digne de quelque intérêt, nous laisserons de côté les considérations générales qu'on trouvera beaucoup plus complètes dans les auteurs spéciaux, pour ne nous occuper que du cas particulier que nous avons observé, et dont le récit fait le principal objet de ce travail.

OBS. — Au mois de septembre 1842, le sieur Jean M..., blanchisseur aux environs de Paris, se présente à notre consultation publique et nous raconte qu'il y a six mois environ, en mettant du linge à sécher, il a fait une chute de 5 à 6 pieds de hauteur et n'a ressenti d'abord aucun mal, étant tombé sur les pieds et sur un terrain peu résistant. Dans la nuit, il est réveillé subitement par une douleur à l'œil gauche, plus incommode qu'aiguë, et qu'il compare à la sensation d'un corps étranger introduit entre les paupières. Il se frotte et se lave plusieurs fois les yeux avec de l'eau fraîche, sans aucune espèce de soulagement. La douleur ne tarde pas à augmenter et à devenir fort intense pendant plusieurs jours. Après avoir inutilement fait usage des moyens conseillés par tous les voisins et amis, le malade, ne pouvant plus travailler et souffrant de plus en plus, se décide enfin à aller consulter son médecin ordinaire qui, examinant fort légèrement l'œil de son client, assure que cet organe *est atteint d'une forte inflammation*, et prescrit en conséquence une saignée de 16 onces, et le lendemain une application de 20 sangsues à l'anus.

Le malade, s'étant soumis à cette savante consultation, se trouve un peu soulagé pendant une quinzaine de jours; mais ce temps passé, les douleurs reviennent aussi fortes et aussi insupportables qu'au commencement.

Nouvelle visite au médecin ordinaire, nouvelle prescription de saignée et de sangsues.

Même soulagement que la première fois, mais tout aussi peu durable.

Le malade, découragé et ébranlé dans sa confiance envers son médecin, va successivement et avec le même insuccès consulter deux ou trois autres praticiens, qui tous, sans exception, ne voient qu'une *affection chronique rebelle*, suivant le rapport du malade, et en conséquence ordonnent de nouvelles saignées et sangsues, la diète, des purgatifs, etc., etc.

L'œil du malade continue à aller de plus en plus mal, mais on lui fait espérer que l'*inflammation touche à sa fin*...

Après avoir ainsi, pendant près de six mois, mis à contribution la science insuffisante, quoique fort grande et presque universelle, de trois ou quatre médecins encyclopédistes ou qui ont la prétention de l'être, ce pauvre patient se confie enfin aux soins d'un spécialiste, et voici l'état pathologique que nous constatons : la lentille cristalline, opaque et dure, a envahi toute la chambre antérieure, où elle est logée depuis six mois sans avoir subi d'autre modification qu'un léger ramollissement. Sa présence a déterminé une iritis violente d'abord, et qui, quoique moins aiguë au moment de notre examen, conserve encore la plupart de ses principaux caractères, au premier rang desquels il faut placer une vive douleur et un changement prononcé de la couleur de l'iris. Le malade nous dit qu'il croit que son œil est perdu sans ressource, et qu'il en a depuis longtemps fait le sacrifice, mais que la douleur est si violente par moments, qu'il a été plusieurs fois sur le point de se donner un coup de couteau dans l'œil, espérant ainsi être délivré de ses douleurs insupportables, et qu'il se soumettra volontiers à toute opération qui aura pour but et pour effet de faire cesser des souffrances qui le privent entièrement de sommeil depuis plusieurs mois. La position de ce malade est d'autant plus intéressante et malheureuse, qu'ayant eu un commencement d'opacité du cristallin de l'autre œil, à l'époque de son accident, il pouvait encore voir à se conduire, tandis qu'aujourd'hui, l'opacité étant entière, il est complétement aveugle. Dans un cas aussi grave, nous promettons au patient de faire tous nos efforts pour améliorer son état; mais nous prenons toutes nos réserves sur le résultat d'une opération douteuse pour le rétablissement de la vision du côté gauche, et probablement efficace pour faire cesser la douleur. Le malade étant satisfait de cette explication, nous procédons le même jour à l'opération de la cataracte par extraction. Le manuel opératoire présente de très-grandes difficultés, tant à cause de l'extrême sensibilité de l'œil que par suite de l'adhérence de l'iris avec le cristallin ramolli. A peine avons-nous traversé la cornée avec le kératotome de Beer, que le malade accuse une très-vive douleur, ce qui ne nous permet d'achever le lambeau cornéen qu'avec peine et lenteur; car à la moindre pression de l'instrument, le malade, quoique plein de courage, ne peut retenir des cris aigus. La section achevée, nouvel obstacle pour terminer l'opération, car toute pression est insupportable et serait d'ailleurs infructueuse pour faire sortir la lentille, puisque des adhérences nombreuses sont établies entre le cristallin et l'iris. Nous nous décidons alors à diviser en plusieurs sens le cristallin dur et opaque, au moyen d'un kystitome en crochet, à angle droit. Cela fait, non sans avoir encore provoqué de grandes souffrances, nous portons une curette sous le lambeau de la cornée, et nous cherchons à entraîner les portions cristallines que nous pouvons atteindre.

Cette manœuvre, quoique très-pénible pour le patient, réussit cependant en partie, et nous permet de retirer plusieurs fragments assez volumineux de la lentille un peu ramollie. Le malade nous suppliant de terminer l'opération qu'il ne pourra pas, suivant lui, supporter, si elle se prolonge plus longtemps, nous portons alors une pince très-déliée, à dents de souris, et ayant saisi le noyau du

cristallin nous l'amenons au dehors, mais en décollant près du tiers interne de la grande circonférence de l'iris, auquel il était fortement adhérent, et en produisant ainsi, *sans le vouloir*, une belle pupille artificielle. Le malade est couché avec précaution; nous pratiquons une saignée abondante, il est mis à la diète absolue, et nous faisons appliquer en permanence sur l'œil opéré des compresses imbibées d'eau très-froide et renouvelées de dix en dix minutes. L'opéré obtient enfin un peu de sommeil dont il était privé depuis plusieurs mois.

Le lendemain, à notre visite, il nous remercie avec effusion de l'avoir délivré de ses plus grandes douleurs; il souffre pourtant encore, mais, suivant lui, la différence en moins est immense, et il se trouve bien heureux d'avoir pu sommeiller pendant plusieurs heures à diverses reprises, à ce point, ajoute-t-il, qu'il ne s'est pas aperçu du renouvellement fréquent des compresses froides. — Prescription: Eau fraîche pour boisson; aucune nourriture; continuation du froid sur l'œil opéré et repos absolu dans une chambre obscure.

Aucun accident n'étant survenu, et le malade allant de mieux en mieux, nous faisons donner les soins suivants: un peu de bouillon coupé, puis du bouillon pur, et enfin quelques aliments légers.

Le cinquième jour, nous examinons l'œil avec précaution, et nous constatons rapidement l'état suivant: La plaie de la cornée est cicatrisée, l'œil a repris sa forme et son volume ordinaires, la conjonctive scléroticale est faiblement injectée; le malade n'accuse plus qu'une douleur très-minime et fort supportable, et prétend qu'il a distingué les rideaux de son lit et sa main.

Les mêmes soins sont continués: le huitième jour le malade est placé pendant quelques heures dans un fauteuil; son état est très-satisfaisant sous tous les rapports. Nous faisons cesser l'application des compresses d'eau froide que nous remplaçons par un bandage léger recouvert d'un morceau de soie noire.

Enfin, le quinzième jour, nous enlevons le bandage et nous lui substituons un garde-vue et nous permettons au malade de se promener dans sa chambre maintenue dans une demi-obscurité. Le malade assure qu'il voit à se conduire avec l'œil opéré et qu'il a distingué plusieurs meubles de sa chambre. Le vingtième jour, nous augmentons la lumière de la chambre, et le trentième jour notre opéré fait une promenade dans une grande cour contiguë à son domicile; le quarantième jour la guérison est aussi complète que possible: l'œil offre une grande et belle pupille artificielle, de forme triangulaire, mais du plus beau noir. Nous avions engagé ce malade à venir nous voir plus tard, mais il n'a pas tenu sa promesse et nous ne savons ce qu'il est devenu.

Il résulte de cette intéressante observation qu'on ne doit jamais, dans des cas aussi difficiles et aussi graves, perdre tout espoir dans la puissance de la nature aidée par l'art; et bien qu'il soit prudent de faire toutes réserves sur le résultat définitif de l'opération, il est bon de savoir que tout n'est pas encore complétement perdu, quand on connaît des faits analogues à celui que nous venons de rapporter, et qui sont aussi heureux pour le malade que satisfaisants pour l'opérateur bien que quelquefois inattendus.

Les effets si différents, si variés et si curieux de *traumatisme* oculaire, nous ont vivement impressionné depuis longtemps, et nous font regarder cette étude comme un des points le plus intéressants et le moins connus de l'ophthalmologie. Aussi nous nous proposons de publier plus tard quelques-unes des recherches auxquelles nous nous sommes livré à ce sujet, espérant sinon résoudre ce problème aujourd'hui si difficile et presque insoluble, du moins soumettre au public médical le résultat de notre expérience personnelle, par rapport surtout à la pratique de la médecine opératoire oculaire.

OBSERVATION DE FRACTURE COMMINUTIVE DU FÉMUR AU TIERS INFÉRIEUR, OCCASIONNÉE PAR UNE BALLE; AMPUTATION PAR LE PROCÉDÉ CIRCULAIRE; communiquée par M. MARTENOT DE CORDOUX, chirurgien en chef de l'ambulance de Médéah.

OBS. — Le 21 avril 1845, dans une razzia exécutée par la cavalerie du colonel Saint-Arnaud, le nommé Dgelalli, spahis à l'escadron d'Orléansville, commandé par le capitaine Fleury, reçut une balle qui lui fractura comminutivement le fémur au tiers inférieur; les esquilles étaient tellement nombreuses et volumineuses, les désordres des parties molles d'une gravité telle, que l'amputation fut jugée indispensable par tous les docteurs des régiments que j'avais appelés en consultation; il fut décidé qu'il fallait la pratiquer immédiatement. Il était huit heures du soir; je fis allumer cinq bougies sous la tente, j'organisai une table à amputations sur deux cantines, et je pratiquai l'amputation par le procédé circulaire.

Cet Arabe avait un courage remarquable; pas une plainte ne s'échappa de sa bouche; l'opération fut heureusement et rapidement terminée. Les résultats de l'examen du membre amputé nous prouvèrent combien nous avions été bien inspirés de ne pas différer un seul instant. Un des fragments s'étendait jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale, un autre remontait à 2 pouces au-dessus de la fracture, quelques-uns avaient profondément pénétré dans les parties molles.

Nous étions loin d'Orléansville, une évacuation n'était pas possible; il fallait conserver ce blessé et le transporter en litière par des sentiers affreux; malgré toutes les précautions prises en pareilles circonstances, quand le mulet traversait des ravins à pic, le pauvre malade glissait sur sa litière; il arriva qu'un jour il laissa pendre la jambe saine sur un des côtés; le soir, à l'arrivée au bivouac, il se plaignit d'une vive douleur dans le pied; je l'examinai attentivement et j'y trouvai une grande chaleur que je m'efforçai de combattre par un bandage contentif incessamment arrosé avec de l'eau fraîche, sans me rendre précisément compte de cette complication. Malgré ce traitement et une forte saignée générale, je ne parvins pas à diminuer cette chaleur pendant trois jours; à cette époque je trouvai la jambe chaude et enflammée et le pied d'un froid mortel. Je compris alors que j'avais affaire à une gangrène qui reconnaissait pour cause probable l'arrêt de la circulation par suite d'une compression de l'artère poplitée, qui devait avoir eu lieu le jour où il avait laissé pendre sa jambe sur le barreau de fer qui forme un des côtés de la litière.

La plaie de la cuisse amputée marchait au gré de mes désirs, et cette fâcheuse complication n'avait en rien réagi sur le moignon. Je voyais avec douleur cette opération entravée par un accident plus grave encore que le premier; il fallait se résoudre à priver ce malheureux de son dernier membre pelvien. Malgré mes instances et mes prières, il s'y refusa. Nous arrivions à Ténès, je laissai mes malades dans l'hôpital de cette ville; le chirurgien en chef, M. Colmant, joignit ses instances aux miennes et n'obtint que des refus positifs.

Je partis convaincu que mon pauvre amputé était voué à une mort certaine.

Trois semaines après, quand la colonne de Saint-Arnaud revint se ravitailler à Ténès, je fus surpris de revoir mon malheureux Dgelalli. La gangrène s'était limitée aux malléoles; le pied s'était détaché par l'effort seul de la nature, laissant l'astragale; la suppuration était excessivement abondante; le malade avait maigri considérablement, mais n'avait rien perdu de sa gaieté. Je le ramenai moi-même à l'hôpital d'Orléansville; la suppuration diminua sensiblement, les bourgeons charnus se formèrent avec rapidité: la cicatrice couvrait tous les jours de plus en plus les parties mises à nu. Enfin, Dgelalli put retourner dans sa tribu trois mois après sa blessure. L'amputation avait parfaitement réussi, le moignon était solide et complétement cicatrisé le trentième jour; il restait encore une partie de l'astragale à découvert et qui menaçait de se nécroser.

Aujourd'hui Dgelalli monte sur un mulet et vient au marché avec une cuisse de moins et un pied amputé par le travail de la nature.

Ce fait, peut-être unique dans les annales de la chirurgie, mérite une attention particulière, et s'il est surprenant de voir un homme résister, d'une part, à une amputation de cuisse récemment pratiquée, et de l'autre à un travail d'élimination et de suppuration si considérable, je ne suis pas éloigné d'en attribuer l'heureux résultat à la nourriture saine, au manque d'alcooliques et à la vie active et laborieuse des habitants de cette partie de l'Algérie. D'un autre côté, le moral doit être considéré comme une des causes puissantes de succès dans les blessures graves et les opérations chirurgicales importantes; or les Arabes blessés ne laissent jamais percer la moindre faiblesse, ni la moindre crainte; avec ce mot: *Dieu l'a voulu*, tout est dit, ils se soumettent et attendent patiemment que la mort arrive ou que la guérison s'opère. Leur esprit est dans un état de tranquillité parfait, et je suis convaincu que cet état moral est pour beaucoup dans les guérisons miraculeuses que j'ai observées souvent, et dont je vous entretiendrai dans un prochain article.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA FRACTURE DES OS DE L'AVANT-BRAS DANS LA SUPINATION.

Monsieur,

En réponse à une analyse de mon article sur le traitement des fractures du radius et du cubitus, qui se trouve dans le n° 52 de votre estimable journal, veuillez accueillir quelques observations.

Le rédacteur, tout en rendant justice à mon appréciation des inconvénients de la demi-pronation dans les cas dont il s'agit, avance que la supination, que je propose pour y remédier, n'est point applicable, parce qu'*elle est presque impossible à conserver un peu longtemps sans efforts continuels et sans douleur, ainsi que chacun peut s'en assurer à l'instant sur lui-même; que, pour peu que le malade marche, l'extrémité du membre sera à chaque instant accrochée par les objets environnants; et qu'enfin au lit, la supination tendra bien vite à se convertir en pronation plus ou moins complète.*

Faisons d'abord remarquer que ces assertions sont également erronées.

Si la supination est produite et maintenue par une contraction musculaire continue, elle est sans doute incommode, pénible même, et dès lors difficile à conserver; mais qu'il y a loin de cet état de choses à ce qui se passe en cas de fracture! En effet, lorsque, après avoir appliqué l'appareil contentif, l'avant-bras est laissé en supination et contre la partie latérale du tronc qui lui correspond, ce membre, complétement passif et assujetti par une écharpe qui s'étend régulièrement du coude à la main, n'est le siége d'aucun effort, et le malade, loin d'en souffrir, n'en éprouve même pas la moindre gêne autre que celle inhérente à la présence de tout bandage contentif, ainsi que j'ai eu occasion de le constater sur un assez bon nombre de sujets; je maintiens d'ailleurs qu'il suffit d'avoir été témoin une seule

fois d'un fait de ce genre pour être convaincu de cette importante vérité.

D'une autre part, à moins qu'il ne soit aveugle ou aliéné, le malade, qui a constamment devant lui l'extrémité du membre, évitera toujours avec la plus grande facilité qu'elle ne soit accrochée par des objets quelconques, accident dont, pour ce motif sans doute, je n'ai jamais entendu se plaindre : s'il est aveugle ou aliéné, on lui donne un gardien, et voilà tout.

Au lit, la supination ne saurait varier d'une manière fâcheuse. Or nous avons établi ailleurs (1) que le bandage contentif, appliqué sur l'avant-bras, ramène toute autre position à la supination, et qu'à moins d'efforts musculaires ou de violence communiquée, cette dernière attitude ne peut être modifiée avec danger pour le malade. Ainsi, pendant le coucher, le membre repose impunément par l'un de ses côtés sur le tronc, ou le longe, si l'on a jugé à propos d'enlever l'écharpe; et dans l'un comme dans l'autre cas, il ne peut se produire que des mouvements de totalité tout à fait innocents.

Mais le remède est ailleurs, poursuit le rédacteur : il est dans la *pronation en prenant certaines précautions indispensables*, c'est-à-dire *en relevant fortement le coude et l'écartant du tronc.*

Nous reconnaissons avec lui que là encore les os de l'avant-bras sont aussi parallèles que possible; mais les parties molles et surtout les muscles qui les recouvrent, loin de les longer généralement, d'être en quelque sorte répartis dans leur situation respective, et de faciliter ainsi l'action du bandage, comme cela se voit dans la supination, se trouvent alors croisant la direction de ces os et comme groupés çà et là sur différents points du membre, ce qui rendra manifestement l'appareil appliqué douloureux, moins contentif, et partant moins efficace qu'il ne doit l'être.

En second lieu, cette position, qui est, si on peut le dire, bien plus *non naturelle* que la supination, sera évidemment pénible ou du moins entraînera une gêne très-prononcée, *ainsi que chacun peut s'en assurer à l'instant sur lui-même :* gêne occasionnée par la contraction permanente des muscles du bras et de l'épaule, ou par la présence, non pas d'un *coussinet*, mais bien d'un coussin très-volumineux, indispensable pour soutenir le coude et combler l'intervalle qui le sépare du tronc. Enfin le coude, fortement écarté du tronc, et conséquemment placé hors du rayon visuel, sera fréquemment heurté ou accroché par les objets extérieurs, et tendra sans cesse, par son propre poids, à entraîner l'avant-bras en demi-pronation.

En résumé, le remède contre les inconvénients de la demi-pronation, loin de se trouver dans la pronation, reste tout entier dans la supination. D'ailleurs, l'expérience a déjà indiqué l'efficacité de l'une de ces positions, tandis que la connaissance de celle de l'autre est encore à acquérir.

BIDART, D. M.

RÉPONSE DU RÉDACTEUR. — En recevant la lettre de l'honorable M. Bidart, notre premier devoir était de mettre à l'épreuve de l'expérience celles de ses idées qui paraissaient les plus contradictoires avec les nôtres. « La supination, dit-il, est gênante quand on la maintient volontairement; mais toute gêne cesse lorsque en même temps l'avant-bras a été placé dans un appareil convenable. » Nous nous sommes donc fait appliquer à nous-même un bandage complet pour la fracture de l'avant-bras, le membre étant en supination; puis nous l'avons fait supporter par une écharpe, et exactement dans l'attitude indiquée par notre correspondant..... Eh bien! une gêne, une lassitude très-manifeste n'a pas cessé d'occuper tout le membre surtout vers le coude; et elle a disparu instantanément dès que nous avons repris la demi-pronation. — Tel a été le résultat : ajoutons qu'il était facile à prévoir; car la cause de cette gêne n'est point dans le poids du membre, et dès lors ce n'est pas en soutenant celui-ci qu'on peut espérer de la combattre. Elle résulte uniquement de la distension que la supination amène dans le ligament annulaire et dans le ligament interosseux, et comme il serait nécessaire, pour rendre les deux os parallèles, de porter assez loin le mouvement de supination, on comprend clairement que la tension des ligaments et par suite le sentiment de gêne ne peuvent diminuer tant que la même attitude persistera. C'est ce que nous nous attendions à voir, et c'a été effectivement ce que nous avons observé.

Nous ne sommes pas seuls, du reste, à juger ainsi. M. Pétrequin, par exemple, écrit à propos du traitement de ces fractures : « Les malades ne peuvent supporter longtemps l'attitude en supination; on est forcé d'en chercher une autre. » (Voy. TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURG., 1844, p. 603.) M. Malgaigne lui-même qui, avant M. Bidart, préconisait en 1838 la supination dans le cas de fracture, dut ajouter : « Sans doute la position est pénible, moins cependant qu'on ne le croirait.... » Quant à celle que nous indiquons (*la pronation complète, le coude étant fléchi et fortement relevé*), comme aucun ligament n'y est douloureusement tendu, et que le poids seul du membre pourrait la rendre fatigante, il suffira pour y obvier de soutenir le coude; et si M. Bidart veut bien à son tour soumettre notre idée à sa propre expérience, nous ne doutons pas que cette attitude qu'aujourd'hui il déclare *devoir être évidemment* pénible, ne lui semble alors à lui-même *réellement* la plus commode de toutes. — Si les muscles, dans cette situation, lui ont paru *croiser la direction des os, et groupés çà et là*, c'est probablement encore parce que, avant d'examiner le membre, il n'aura pas pris la précaution d'y abolir la contraction musculaire en la soutenant convenablement, ce qui se pratique toujours après l'application de l'appareil. Nous lui demandons instamment de ne se prononcer sur ces différents points qu'après avoir exactement rempli toutes les conditions par nous spécifiées.

Nous avions aussi voulu avertir le lecteur que si l'avant-bras et la main se détachent en avant du tronc, comme le propose M. Bidart, l'extrémité du membre formant une sorte d'appendice saillant, sera souvent exposée à se heurter accidentellement contre les objets environnants. C'est pour un inconvénient tout pareil, on le sait, que l'amputation de la partie inférieure de la jambe avait été jadis prescrite, avant les récents perfectionnements des moyens de prothèse. On nous répond à cela que les malades sauront bien éviter cet accident : certes nous n'y voyons en principe rien d'absolument impossible; mais, quand on le peut, n'est-il pas plus simple de supprimer l'occasion que d'avoir à prémunir sans cesse contre le péril d'y succomber?

Notre estimable correspondant avance enfin que notre appareil *sera* manifestement plus douloureux et que *la connaissance de son efficacité est encore à acquérir.* Dans les termes où elle est conçue, la première assertion ne signifie autre chose, sinon que M. Bidard n'a pas encore essayé cette position, ce à quoi nous ne pouvons que l'engager derechef, ne doutant pas de la loyauté qu'il mettra à répéter l'expérience et à en faire connaître le résultat. Quant à la question d'application, il n'était effectivement pas tenu de savoir que le mode de traitement par la pronation a été publiquement mis en usage à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de Dupuytren, pendant toute l'année 1834; mais il aurait au moins pu lire dans le TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE de M. Pétrequin (voy. p. 604), que ce chirurgien si connu pour la sûreté de son sens pratique, dit *l'avoir employé avec succès dans plusieurs cas de fractures de l'avant-bras.*

(1) JOURNAL DE CHIRURGIE, juillet 1845.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Compte rendu du service médical des indigents de l'arrondissement de Chateaubriand (Loire-Inférieure) pendant les années 1844 et 1845.* 2° *De la curabilité des abcès hépatiques;* par M. Fauconneau-Dufresne. 3° *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques;* par M. Payan. 4° *Aperçu sur les propriétés de la source thermale sulfureuse de Saint-Sauveur;* par M. Fabas. 5° *De la ligature des artères rétro-pelviennes;* par M. Bouisson. (Voy. GAZ. MÉD., 1845, n° 11, 12 et 13.) 6° *Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, etc.;* par M. Roussel. 7° *Du crétinisme, de ses causes, du traitement et de l'éducation des crétins;* par M. Fauconneau-Dufresne. 8° *Mémoire sur les changements qu'a éprouvés en France, dans quelques départements, le rapport des sexes dans les naissances provenant de mariage, depuis 1834 jusqu'en 1843;* par M. Girou de Buzareingues.

DE LA CURABILITÉ DES ABCÈS HÉPATIQUES; par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Il n'est question dans ce mémoire que de la curabilité *spontanée*. M. Dufresne, après avoir soigneusement compulsé dans les auteurs les divers exemples de guérison naturelle de ces abcès, pense qu'on peut les répartir dans deux grandes classes, savoir : les cas où le pus, situé loin de la surface du foie, n'a pas de tendance à se porter au dehors de son parenchyme, et ceux où sa position près de la surface fait que l'élimination au dehors peut en être effectuée.

1° Quand la collection purulente occupe une partie centrale du foie, plusieurs procédés de guérison naturelle s'observent. D'abord le fluide est susceptible d'être absorbé, et quoique cette terminaison expose à des accidents, on connait cependant des cas où elle s'est accomplie heureusement. Quelquefois le pus s'étant entouré d'un kyste, il se concrète à la longue, devient solide, se transforme en une matière tuberculeuse ou crétacée.

Les dégénérations fibrineuses ou calcaires que l'on rencontre souvent sur les cadavres de sujets morts de toute autre maladie indiquent-elles sûrement l'existence antérieure d'un abcès hépatique? M. Mérat regarde ces productions comme étant des cicatrices d'abcès résorbés et guéris; mais M. Dufresne pense que, dans beaucoup de circonstances, elles s'expliquent plus simplement par une compression que le foie aurait subie pendant la vie. Ce n'est pas à dire pourtant qu'à ses yeux elles ne puissent jamais être le résultat d'un kyste purulent qui se serait rétracté. On devrait surtout leur assigner cette dernière origine quand on les trouve à l'intérieur de l'organe.

2° Lorsque le pus avoisine la périphérie du foie, il se porte facilement au dehors, et les exemples de cette élimination spontanée sont aussi nombreux que leur mécanisme offre de variétés.

Une première série d'observations montre le foyer s'ouvrant dans une membrane séreuse voisine; chez Victor Jacquemont, l'infatigable voyageur, il s'épancha dans le péritoine et entraîna la mort. Taillard et Morand ont retiré avec succès, par l'opération de l'empyème, du pus qui s'était fait jour du foie dans la plèvre (on s'assura du siége du dépôt primitif en introduisant profondément le doigt par la plaie). Enfin on possède deux faits de pénétration du pus jusque dans le péricarde (Smith, JOURNAL DE PHILADELPHIE, et GAZ. MÉD., 20 avril 1837). La mort, comme on le pense bien, survint alors immédiatement. Mais lorsqu'il s'agit d'épanchement dans une autre membrane séreuse, des adhérences salutaires peuvent le limiter et la guérison s'obtenir.

Le pus se fraye souvent une issue au dehors, soit *directement* à travers les parois abdominales, soit *indirectement*, après s'être introduit en premier lieu dans l'un des conduits naturels qui communiquent avec l'extérieur. L'ouverture par les parois du bas-ventre est de ces deux terminaisons à la fois la plus fréquente et la plus favorable. Il serait inutile d'en citer ici des observations, dont tous les recueils, tous les traités fourmillent à l'envi. Mais le pus peut encore fuser sous la peau et ne la perforer que dans un point plus ou moins éloigné de l'abdomen, entre les muscles des lombes et du bas-ventre (Portal), dans le dos (Miller et Franck), vers les cuisses et les jambes (Schenkius), sur un point des parois thoraciques (Senac).

Quant aux modes d'issue *indirecte* du pus au dehors, ils sont aussi très-variés. Il n'est pas rare que des abcès du tissu hépatique s'ouvrent dans la vésicule biliaire (MÉM. DE L'ACAD. DE CHIR., t. I, p. 172, et M. Cruveilhier). M. Charcelay en a vu un s'évacuer par un canal biliaire dilaté. Un fait semblable est raconté par M. Léonard. Salmuth et Morgagni parlent aussi, mais sans détails assez précis, de dépôts vidés par le conduit cholédoque.

L'estomac a aussi servi de voie d'évacuation (Vogel, Andral). M. Rayer mentionne un cas où ce fut le duodénum. J.-L. Petit et Petit le fils ont vu des abcès perforer le colon. Chez le sujet de M. Rayer, l'ouverture existait à la fois dans le duodénum et dans l'intérieur du rein droit.

Enfin le pus d'un abcès hépatique, lorsqu'il est parvenu à s'épancher dans la plèvre, ne reste pas toujours dans cette cavité; il peut entamer le tissu pulmonaire, passer dans les bronches et être rejeté par la toux et le vomissement. Si les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, le passage peut se faire, sans intermédiaire, du foie au poumon. Quoique le long travail qu'exige cette migration semble, au premier coup d'œil, devoir entraîner de funestes conséquences, il est positif que cette terminaison n'a cependant pas la gravité qu'on serait disposé à lui attribuer. M. Fauconneau-Dufresne a colligé dix observations de ce genre, et il a trouvé que la guérison a eu lieu chez la moitié des malades. Les cas de mort ont été publiés par Halpart-Vanderwiel, Geoffroy, Raymond, MM. Lalé et Pepper (GAZ. MÉD., 23 juin 1838). Ceux de guérison sont dus, deux à Hébréard, un à M. Stokes, le quatrième à M. Passaquay; le dernier, tiré du JOURNAL D'HUFELAND, a été recueilli par M. Schrœdter.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, contiennent les articles originaux suivants: 1° *Constitution médicale de janvier et février 1846: observations de métro-péritonites et de péritonites; diabétiques de la Charité.* 2° *Luxation de l'avant-bras droit en haut et en arrière méconnue dans l'origine; réduction au cent cinquante-sixième jour;* par M. Gorré. 3° *Luxation du fémur droit méconnue; réduction au trente-troisième jour;* par le même. (La traction fut faite en ligne droite, le membre étant dans l'extension. Il fallut la continuer trente-cinq minutes, en deux fois, avant de réussir.) 4° *Paralysies traumatiques; heureux emploi du galvanisme;* par le même. 5° *De la fièvre intermittente chez les petits enfants;* par M. Petzold. (Traduit d'un journal allemand.) 6° *Études pratiques sur la cataracte;* par M. Desmarres. 7° *Observations d'incontinence d'urine;* par M. Kemmerer. 8° *Observation de spina-bifida;* par M. Beaunier. 9° *Un mot sur la digitaline;* par M. de Larue. (Observation de maladie du cœur où l'emploi de la digitaline a paru concourir, avec d'autres moyens, au rétablissement des urines et à la disparition de l'œdème.) 10° *Bronchite capillaire compliquée.* (Service de M. Rayer.) 11° *Fièvre typhoïde avec ictère et dépôts charbonneux. Cyrrhose du foie, entérorrhée purulente, péritonite. De l'arrêt du décroissement normal de l'utérus dans les métro-péritonites.* (Même service.) 12° *Arthrocace cervicale; paralysie du membre thoracique gauche; guérison complète sans ankylose.* (Service de M. Cruveilhier.) (Six cautères, des vésicatoires volants dans leurs intervalles, à l'intérieur le sirop de Portal, tel a été le traitement mis en usage.) 13° *Rhumatisme articulaire aigu; traitement par le sulfate de quinine.* (Service de M. Fouquier.) 14° *De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la vulve et du méat urinaire* (service de M. Tanchou); par M. Soulèce. (M. Tanchou traite par l'application du nitrate d'argent solide l'affection chronique de la muqueuse vulvaire et urétrale qui, chez tant de femmes, cause une douleur et un prurit si pénibles.) 15° *Dilatation du cœur avec altération des orifices; anévrisme de l'aorte;* par M. Favrot fils. 16° *De la syphilis et de son traitement: généralités et critiques;* par M. Thiry. 17° *Substitution de l'extraction des phalanges à leur amputation;* par M. Raynaud. (Nouveaux exemples de cette opération dont nous avons déjà rapporté une intéressante observation communiquée par M. Bouisson.) 18° *Péritonites survenues sans perforation au déclin de fièvres typhoïdes.* (Services de MM. Rayer et Andral.) 19° *Des relations de l'état fébrile avec la température et avec la fréquence du pouls.* (Service de M. Andral.) 20° *Clinique chirurgicale de MM. Velpeau et Gerdy.* 21° *Du traitement des adhérences intimes du placenta à l'utérus;* par M. Godefroy. (Le sens et la conséquence pratique de ce travail se résument parfaitement dans les trois propositions suivantes: 1° adhérences intimes totales, point d'hémorrhagie: attendre; 2° adhérences intimes partielles, hémorrhagie: délivrer complétement; 3° ne jamais employer les ongles, mais tordre et ébranler la partie adhérente.) 22° *Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle; guérison;* par M. Desmarres. (Un jeune homme devenu aveugle à la suite de blessure par explosion d'une mine avait les cornées opaques dans une notable étendue, l'une des pupilles oblitérée et l'autre presque dans le même état. M. Desmarres attira l'iris par une ouverture faite à travers la sclérotique et en excisa un lambeau. Six mois après il répéta la même opération sur l'autre œil. Le malade y voit des deux yeux et a pu reprendre ses travaux d'ouvrier terrassier.)

LUXATION DE L'AVANT-BRAS DROIT EN HAUT ET EN ARRIÈRE, MÉCONNUE DANS L'ORIGINE; RÉDUCTION AU CENT CINQUANTE-SIXIÈME JOUR; par M. GORRÉ.

OBS. — Tombé de la hauteur d'un mât, un jeune homme de 14 ans, alla violemment heurter de la paume de la main droite contre le plancher du bâtiment. L'accident arriva le 6 mars 1838. Il resta sans soins pendant huit jours. On trouva alors un gonflement considérable de l'articulation huméro-cubitale, avec impossibilité de fléchir l'avant-bras. Ce membre était dans l'extension, et le malade ne pouvait atteindre la demi-flexion. La luxation fut méconnue, et on n'employa que des antiphlogistiques.

Cinq mois après, on l'amena à M. Gorré. A l'ampliation antéro-postérieure du coude, à la saillie de l'olécrâne, à la dépression qui surmontait cette apophyse, à la tumeur dure, oblongue et transversalement située qui occupait la partie antérieure et inférieure du bras, à la situation des tubérosités humérales interne et externe sur un plan inférieur à l'olécrâne, à l'impossibilité des mouvements d'extension, aux limites bornées dans lesquelles s'exerçaient ceux de flexion, il était aisé de reconnaître une luxation de l'avant-bras en haut et en arrière. Le malade désirant beaucoup qu'on tentât quelque chose, on s'y décida. Le 9 août, on le fit asseoir sur une chaise, une pelote placée dans l'aisselle: le milieu d'un drap plié en cravate fut croisé par dessus; les chefs ramenés obliquement, l'un en avant, l'autre en arrière, furent passés dans un anneau de fer scellé au mur et confié à deux aides. Un autre drap appliqué par son plein sur le côté droit et à la base du thorax servit à maintenir le tronc. Enfin, on renforça les puissances contre-extensives au moyen de deux lacs appliqués, l'un à la partie inférieure du bras, l'autre à la partie supérieure de l'avant-bras, lesquels devaient avoir pour résultat une traction perpendiculaire à l'axe de chacune de ces fractions du membre supérieur, traction conséquemment inverse à celle de la force extensive et éminemment propre à dégager les os d'un contact trop intime.

Une serviette ayant été fixée de la manière ordinaire autour du poignet, cinq aides saisirent ses deux chefs. M. Gorré commença alors par imprimer à l'articulation des mouvements aussi étendus que possible, puis il fit tirer, en même temps que, placé au côté externe du malade, il suivait avec les doigts appliqués sur l'olécrâne d'une part, de l'autre sur l'extrémité inférieure de l'humérus, les progrès de la réduction. Plusieurs fois la douleur obligea de suspendre les tractions; mais comme on sentait l'olécrâne descendre graduellement, on les faisait reprendre après quelques instants de repos. Enfin, au bout d'une demi-heure d'efforts, la saillie anormale de l'olécrâne avait disparu, ses rapports avec l'épicondyle et l'épitroclée s'étaient rétablis et la flexion était devenue possible. On maintint l'avant-bras dans un degré de flexion porté au delà de l'angle droit. Il n'y eut que très-peu d'inflammation consécutive.

Revu deux ans après, ce jeune homme n'avait pas cessé de jouir du libre exercice de son bras. La mobilité et la force de l'articulation étaient entières.

OBSERVATION DE SPINA-BIFIDA ; par M. BEAUNIER.

Le plan de traitement employé dans le cas suivant n'appartient exclusivement à aucune méthode bien distincte, de sorte que chacune d'elles pouvant revendiquer ici une part du succès obtenu, la signification clinique du fait y perd beaucoup de son importance. Mais, à part ces considérations toutes de théorie, il n'y a pas moins d'intérêt à rechercher, dans le mécanisme complexe, quelles causes ont contribué à amener une guérison si rare dans les fastes de l'art.

OBS. — M. Beaunier fut consulté le 8 juillet 1844 pour une enfant âgée de 10 jours, qui portait sur la nuque, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, à parois épaisses et de couleur rougeâtre ; sa base rétrécie avait une circonférence de 7 centimètres et permettait à peine de reconnaître l'écartement des deux lames de la vertèbre déformée. Lorsqu'on voulait comprimer, les cris de l'enfant empêchaient qu'on pût s'assurer si cette manœuvre aurait diminué le volume de la tumeur. Les parents réclamant une opération, M. Beaunier y consentit, en les prévenant toutefois des chances fâcheuses auxquelles elle exposait.

La compression avait réussi à l'auteur, il y a environ deux ans, contre un spina-bifida situé à la région lombaire chez un enfant d'un mois, qui depuis ce temps s'est toujours bien porté : il avait pu affaisser la tumeur, dont le volume égalait celui d'un œuf de poule. Mais dans le cas présent, où la tumeur ne pouvait être réduite, on ne devait pas songer à ce procédé. Après avoir comparé entre elles les diverses méthodes proposées ou mises en usage, M. Beaunier pratiqua l'opération de la façon suivante. Il plaça d'abord autour de la base de la tumeur un cercle de caustique de Vienne, pour obtenir une escarre, qu'il entoura d'un fil de lin médiocrement serré. L'enfant poussa quelques cris. Ensuite il fit avec une lancette une ponction qui donna issue à 20 grammes de sérosité. Il ne put revoir la petite malade qu'après quatre jours. Elle s'était très-bien portée ; mais la tumeur paraissait devenue plus volumineuse. La ligature fut resserrée, puis on fit une ponction par laquelle il sortit 45 grammes de sérosité. Après quatre autres jours, la tumeur était flétrie ; elle exhalait une odeur fétide. Il l'excisa et reconnut que ses parois étaient formées par la peau, une assez grande épaisseur de tissu cellulaire et les membranes rachidiennes. Au bout de quelques jours, l'escarre était tombée ; la surface qu'elle recouvrait se cicatrisa peu à peu. L'adhésion des membranes coupées par le fil empêcha la sortie de toute espèce de liquide.

Au bout de quatre mois, M. Beaunier constata qu'il ne restait point de traces de la maladie. L'endroit qu'avait occupé la tumeur n'était remarquable que par quelques stries rougeâtres ou violacées ; de plus, on sentait au-dessous de la peau une saillie osseuse, une sorte de cal, dans le point où l'on avait observé une cavité. L'enfant avait pris l'accroissement convenable à son âge et se portait bien.

DILATATION DU COEUR AVEC ALTÉRATION DES ORIFICES ; ANÉVRISME DE L'AORTE ; par le docteur FAVROT.

Cette observation, dans laquelle le diagnostic d'un habile médecin de l'Hôtel-Dieu s'est trouvé en défaut, est présentée ici comme un exemple des difficultés que peut offrir parfois le diagnostic des maladies du cœur et des gros vaisseaux. Pour apprécier la valeur de cet exemple et l'importance de ces difficultés, il importe de rappeler en quelques mots les circonstances principales du fait.

OBS. — Un homme de 53 ans ressentit, à la suite d'une chute de la hauteur de 20 pieds, de la dyspnée et une diminution notable des forces. Ces symptômes ayant graduellement augmenté, il entra au bout de trois mois à l'Hôtel-Dieu, et voici les symptômes consignés dans l'observation. Orthopnée, contraction énergique des muscles de la respiration, dilatation des artères carotides et sous-clavières appréciable à chaque contraction du cœur. Les veines correspondantes sont elles-mêmes un peu dilatées, mais ne sont pas le siége du phénomène connu sous le nom de pouls veineux. Œdème aux membres inférieurs. La voix n'est pas sensiblement altérée dans son timbre ni dans sa force. Toux ; expectoration.

Le malade mourut quelques jours après, asphyxié par un morceau de pain volumineux qu'il avait essayé d'avaler à la dérobée.

A l'EXAMEN DE LA POITRINE, la percussion donne en *arrière* moins de sonorité à droite qu'à gauche dans la moitié inférieure ; dans ce même sens, l'auscultation fait entendre une respiration assez forte dans la fosse sous-épineuse et, à partir de celle-ci, du râle crépitant. A droite, la respiration est plus pure dans la moitié supérieure que dans la moitié inférieure, où le râle crépitant existe, mais moins abondant qu'à gauche. En *avant*, la poitrine est un peu bombée, les creux sous-claviculaires sont peu marqués ; *le son est normal à la percussion* et le murmure respiratoire est également normal. L'exploration particulière de la région précordiale donne à la percussion 13 centim. de matité de haut en bas ; 11 centim. transversalement. La matité commence environ à 9 centim. au-dessous de la clavicule. La région précordiale est ébranlée dans une grande étendue par un choc unique ; le maximum d'intensité de ce choc, au lieu d'être à gauche, se fait sentir à l'épigastre, au-dessus de l'appendice xyphoïde. En auscultant sur la partie moyenne du sternum, on entend un double bruit de souffle, et ces deux bruits se suivent si rapidement qu'ils paraissent n'en former qu'un seul ; mais on les distingue suffisamment l'un de l'autre par leur timbre. Ainsi, le premier est râpeux, le second est assez clair ; ces deux bruits se transmettent de haut en bas et de bas en haut à une assez grande distance, mais le second à une plus grande distance que le premier. Si, au contraire, on vient à ausculter vers la pointe du cœur, on entend les deux bruits avec le caractère dit valvulaire, mais très-sourds et un peu masqués par les bruits de souffle de la base. Il en est de même à l'épigastre ; mais avec cette circonstance que le deuxième bruit de souffle s'y fait entendre encore distinctement.

D'après toutes ces circonstances, on porte le diagnostic suivant : *Dilatation avec hypertrophie du cœur, lésions des valvules aortiques, intégrité de la valvule mitrale.*

Voici les *résultats cadavériques* qui concernent spécialement le cœur et les gros vaisseaux.

Le péricarde, exempt d'adhérences, présente sur la face libre de son feuillet viscéral plusieurs plaques blanchâtres, laiteuses, lisses ; la plus volumineuse, qui correspond à la face antérieure du ventricule droit, a la dimension d'un pièce de 30 sous.

La capacité du ventricule *gauche* est telle qu'elle logerait presque le poing d'un adulte ; sa paroi offre, dans sa plus grande épaisseur, 2 centimètres à la partie moyenne, un peu moins à la base et beaucoup moins à la pointe. Deux des piliers qui soutiennent la valvule mitrale ont augmenté d'épaisseur ; le réseau tendineux et musculaire des autres parties de ce ventricule a subi une légère atrophie, et se trouve plus lisse et plus grêle que chez la plupart des individus ; la valvule mitrale est saine. L'oreillette gauche a subi un développement proportionné à celui du ventricule correspondant. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont un peu épaissies, et contiennent dans leur épaisseur une couche fibro-cartilagineuse plus prononcée vers le bord libre que vers le bord adhérent ; l'anneau tendineux correspondant à l'insertion de l'aorte au ventricule est lui-même un peu épaissi. Ces valvules laissent passer l'eau qu'on verse dans l'aorte.

Le ventricule *droit* paraît comme accolé au ventricule gauche ; il a un peu diminué de capacité, aussi bien que l'oreillette correspondante ; ses parois n'offrent pas même 1 centimètre dans leur plus grande épaisseur. Les piliers charnus conservent cependant leur développement habituel ; la valvule tricuspide est saine.

Le tissu musculaire du cœur est un peu flasque et d'une couleur jaune feuille morte très-prononcée.

L'*aorte*, à 3 centimètres de son origine, offre une dilatation considérable, irrégulière. Incisée et mesurée dans toute sa largeur, elle donne ainsi une circonférence intérieure de 15 centimètres. Dans toute l'étendue de la dilatation, elle est parsemée de concrétions calcaires et cartilagineuses. Immédiatement avant sa courbure et dans la partie concave, elle présente une poche anévrismale sacciforme, capable de loger une petite noix ; la dilatation diminue vers l'origine des gros vaisseaux.... L'orifice de communication entre l'aorte dilatée et le sac anévrismal est tranchant, parsemé d'aspérités calcaires. Quelques caillots fibrineux, faciles à détacher, tapissent le fond de cette poche, à parois beaucoup moins épaisses que celle de l'aorte.... Au-dessus de l'origine des gros vaisseaux, l'aorte offre encore un peu de dilatation jusqu'à la première vertèbre lombaire, avec indurations fibro-cartilagineuses, sans concrétions calcaires ou ossiformes.

On voit donc que si les lésions du cœur avaient été assez exactement diagnostiquées, l'anévrisme de l'aorte avait été entièrement méconnu.

En l'absence de signes fonctionnels caractéristiques, en l'absence de saillie particulière de la paroi thoracique, d'obstacle au passage de l'air dans les bronches, d'extinction ou d'affaiblissement de la voix, toutes les ressources du diagnostic résidaient dans les signes physiques.

En ce qui concerne la *percussion*, malgré le soin avec lequel la matité précordiale a été mesurée en hauteur et en largeur, il ne nous paraît pas démontré que la délimitation rigoureuse de la matité, non plus seulement dans un ou plusieurs de ses diamètres, mais dans toute son étendue et dans tous ses accidents de figure, n'eût pas conduit à des résultats plus significatifs. Nous avons vu plus d'une fois distinguer, par ce procédé, une tumeur aortique de l'anévrisme cardiaque concomitant. Certes, nous ne faisons pas un reproche à l'observateur de ne s'être pas livré à une recherche que les circonstances peut-être ne paraissaient pas de nature à suggérer ; nous ne voulons que décharger la percussion d'une erreur de diagnostic dont elle ne nous paraît en aucune façon comptable.

Quelle était la valeur des signes fournis par *l'auscultation ?* Il existait, on s'en souvient, un double bruit de souffle, dont le premier, coïncidant avec la systole ventriculaire, était râpeux. Or un pareil souffle peut se rencontrer précisément dans chacune des deux principales lésions trouvées à l'autopsie, à savoir, l'insuffisance de l'un des orifices du cœur, et la dilatation anévrismatique de l'aorte. Dans le cas dont il s'agit, le souffle était-il produit simultanément par les deux altérations ou par une seule ? Il serait difficile de se prononcer en toute assurance sur ce sujet. La persistance du bruit valvulaire à la partie inférieure du sternum s'explique dans toutes les hypothèses par l'intégrité des valvules du cœur droit. Mais, d'un autre côté, si l'on se rappelle que les valvules sygmoïdes simplement épaissies et fibro-cartilagineuses vers le bord étaient exemptes de concrétions calcaires au

ossiformes, tandis que de semblables concrétions avaient rendu l'aorte, au niveau de la dilatation, inégale et rugueuse, on sera déjà disposé à attribuer le bruit de râpe à cette dernière altération. Si, de plus, l'on remarque que les bruits anormaux se prolongeaient assez loin; que ce prolongement se faisait, pour l'un et pour l'autre, à des distances très-inégales; que, par exemple, le bruit de souffle non râpeux était encore distinctement perçu à l'épigastre, tandis que, dans cette même région, le bruit de râpe se taisait presque devant les bruits valvulaires, on sera plus éloigné encore d'attribuer aux deux bruits le même point de départ, et un point de départ aussi circonscrit qu'une insuffisance des valvules aortiques. En supposant les deux bruits partis uniquement de l'orifice de l'aorte, on ne s'expliquerait pas que le bruit de râpe, naturellement plus fort, plus sonore que le bruit de souffle, allât en s'affaiblissant plus rapidement que ce dernier. Au contraire, l'anévrisme de l'aorte rend assez bien compte de cette circonstance. Le bruit de râpe existe dans toute son intensité à la partie supérieure du thorax, au niveau de la principale dilatation, au niveau des concrétions calcaires; le bruit de souffle, lui, se *forme* dans toute la partie de l'artère envahie par la dilatation et exempte d'ossifications et de concrétions; et l'on sait que cette partie s'étendait jusque vers la première vertèbre lombaire. A ce propos, il est à regretter que l'idée ne soit pas venue d'ausculter le long de la colonne vertébrale; peut-être quelque lumière en eût-elle jailli sur le diagnostic.

En résumé, sans vouloir inspirer le moindre soupçon de négligence contre l'observateur, qui trouvait, dans les idées actuellement reçues sur le diagnostic des maladies du cœur, de quoi expliquer assez bien les symptômes qu'il avait sous les yeux, et nous plaçant commodément en présence des résultats aujourd'hui connus de l'autopsie, nous croyons que les signes physiques notés pendant la vie doivent être plutôt rapportés à l'anévrisme de l'aorte qu'à l'insuffisance des valvules sygmoïdes gauches, que le bruit de râpe en particulier se passait tout entier dans l'aorte ascendante, et qu'enfin si le bruit de souffle était produit en partie par l'insuffisance et en partie par l'anévrisme aortique, son prolongement jusqu'à l'épigastre (et sans doute beaucoup plus bas, puisque là il avait encore beaucoup d'intensité) ne doit être attribué qu'à la dernière altération.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle;* par M. A. Delpech. (Sorte de monographie, quelque peu incomplète, construite sur les observations rassemblées de divers ouvrages, et sur quelques-unes propres à l'auteur. L'analyse de ce travail, dont le mérite est surtout dans la mise en œuvre et le groupement de faits aujourd'hui acquis à la science, serait sans intérêt.) 2° *De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle et de son traitement par le ratanhia;* par M. Duclos. (Observations empruntées à la pratique de M. Trousseau et reproduction des idées de ce professeur.) 3° *Observation d'hypertrophie splénique avec induration;* par M. Jacquot. 4° *De l'opium considéré dans ses rapports avec la dose de morphine qu'il contient.* (Anonyme.) 5° *Question de l'antagonisme;* par M. Lefèvre. (Reproduction de la note publiée dans la GAZETTE MÉDICALE du 18 avril dernier.) 6° *De la révulsion et de la dérivation ;* par M. Marotte. (Non terminé.) 7° *Recherches sur l'emploi du calomel à doses réfractées dans le traitement de la syphilis ;* par M. Dany. (Non terminé.)

OBSERVATION D'HYPERTROPHIE SPLÉNIQUE, AVEC INDURATION ;
par le docteur JACQUOT (de Marey).

Nous ne rapporterons pas cette observation, dont les détails n'offriraient d'ailleurs qu'un médiocre intérêt. Nous dirons seulement qu'un soldat âgé de 32 ans, après avoir éprouvé dans le flanc gauche, pendant quatre ans, des douleurs erratiques, bientôt suivies de l'apparition d'une tumeur dans cette région, mourut, des suites de cette tumeur, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, le 15 septembre 1845. Les principaux symptômes notés dans le cours de l'affection avaient été, outre les caractères propres de cette tumeur, le gonflement de l'abdomen accompagné parfois de tous les signes d'une inflammation aiguë, de l'anorexie, de la diarrhée, une grande oppression; vers la fin, un saignement habituel des gencives, et, la veille de la mort, le gonflement et l'endurcissement du tissu cellulaire des avant-bras et de la partie inférieure des bras. Le gonflement était extrêmement douloureux et accompagné de chaleur et de sécheresse à la peau.

La tumeur abdominale était constituée exclusivement par la rate énormément augmentée de volume et déformée. Sa couleur, extérieurement, était à peu près normale, néanmoins un peu moins foncée que de coutume. Son poids était de 3 kilogrammes 700 grammes. « Incisée dans toute sa longueur, excepté 5 ou 6 centimètres, on retrouve à peu près l'aspect du tissu splénique, quant à la couleur; cette première coupe laisse voir un noyau de 3 centimètres de diamètre environ, constitué par une matière dont le caractère n'est pas bien tranché. Sa couleur est d'un jaune verdâtre, sa consistance très-forte, sans présenter l'aspect fibreux ni l'apparence tuberculeuse : on fait encore deux incisions commençant dans l'intérieur de la rate et allant à la périphérie, et on trouve un petit noyau qui *paraît* être constitué par une dégénérescence cancéreuse. »

Ce que nous voulons surtout signaler dans cette observation, c'est un exemple d'engorgement idiopathique de la rate. Le sujet n'avait jamais eu de fièvre d'accès ni de fièvre typhoïde; au moins toutes les questions dirigées dans ce sens ont-elles conduit à un résultat négatif. Que cet engorgement ait eu ou non pour point de départ un noyau cancéreux (les termes de la description laissent quelque doute à cet égard), il a constitué à lui seul l'élément fondamental de la maladie, et a conduit le malade au tombeau. La science ne possède qu'un très-petit nombre d'observations de ce genre.

Un des symptômes les plus remarquables des engorgements spléniques arrivés à un degré aussi considérable est la pâleur et la teinte comme cendrée de la peau. Nous avons vu un cas où la peau se rapprochait extrêmement, pour la couleur, de celle des chlorotiques. Il n'est pas douteux que ce ne soit là l'indice d'une altération grave du sang, et il est à souhaiter que l'analyse chimique ait bientôt l'occasion de s'en assurer. Quelle que soit la fonction intime de la rate, elle se lie certainement d'une manière directe à l'hématose, et la chimie offrirait peut-être à la pathologie un moyen d'éclairer une des plus importantes et des plus obscures questions de la physiologie.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE.

EXPÉRIENCES STATIQUES SUR LA DIGESTION.

M. DUMAS communique de la part de M. BOUSSINGAULT le résultat des expériences que ce chimiste vient d'exécuter sur quelques-uns des phénomènes de la digestion.

Il est utile pour l'intelligence de ces résultats d'indiquer les motifs qui ont engagé M. Boussingault à entreprendre ces expériences.

Dans le cours de mes expériences sur le développement de la graisse dans les animaux, dit-il, j'eus l'occasion de constater que du riz retiré du gésier d'un canard cédait à l'éther notablement plus de matière grasse qu'il n'en renfermait avant d'avoir séjourné dans cet estomac. Cette observation était, au reste, assez peu importante, parce que cet accroissement, dans la proportion des principes gras, pouvait dépendre de ce que l'amidon avait été absorbé plus rapidement que l'huile, qui se serait en quelque sorte concentrée dans la partie de l'aliment qui jusque-là avait résisté à la digestion. Cependant, ayant reconnu depuis que le chyme sec de l'intestin grêle du même animal contenait près de cinq pour cent de graisse, bien que le riz digéré n'en présentât que quelques millièmes, je crus devoir examiner ces faits avec attention, car non-seulement ils indiquaient que les divers principes immédiats sont absorbés par les organes digestifs avec des pouvoirs forts différents, mais de plus ils étaient de nature à faire supposer que, dans certaines circonstances, la graisse répartie dans les produits de la digestion pouvait bien excéder celle qui se trouvait dans la nourriture; et dans ce cas il y avait à rechercher si la matière grasse dérivait de la fécule ou de l'albumine qui entrent l'une et l'autre dans la composition du riz.

Tels sont les motifs qui ont engagé M. Boussingault à entreprendre ces expériences. En les exécutant, il a eu particulièrement en vue de comparer le poids de la matière alimentaire ingérée au poids de la matière digérée ou en voie de digestion, afin d'en conclure par différence celui de la matière assimilée dans l'organisme ou éliminée par les voies respiratoires. Les conséquences auxquelles il est arrivé lui semblent devoir jeter quelque lumière sur plusieurs points encore fort obscurs de la nutrition.

M. Boussingault a choisi pour sujets de ses expériences, des canards, à cause de la facilité avec laquelle on peut ingérer à ces animaux telles quantités voulues d'aliments.

La méthode qu'il a généralement suivie consistait à priver les canards de nourriture pendant trente-six heures, en leur laissant de l'eau à discrétion; alors on les gavait, puis on les plaçait dans une boîte disposée de telle sorte qu'il devenait facile de recueillir les déjections. Après un certain nombre d'heures déterminé, on tuait l'animal, et l'on retirait des divers organes les matières qui s'y rencontraient. Ces matières étaient pesées avant et après leur dessiccation, puis traitées par l'éther, et on en faisait de même pour les déjections, etc. Ces opérations préliminaires ont permis de constater ce fait curieux qu'un oiseau qui ne prend que de l'eau a néanmoins, dans ses intestins, une quantité de substance sèche qui ne diffère pas considérablement de celle qui s'y trouve lorsque l'animal est abondamment nourri.

Il nous serait impossible de reproduire ici dans tous leurs détails les résultats constatés par M. Boussingault; il devra nous suffire d'en indiquer seulement les résultats généraux.

En moyenne, la graisse retirée de l'appareil digestif d'un canard après trente-six heures d'inanition, est représentée par. . . . . 0 g. 17
La matière intestinale sèche, par. 2 36
Les déjections desséchées rendues en vingt-quatre heures, par. . 2 75
L'acide urique de ces déjections, par. 0 27

On a admis dans les expériences comme constants les nombres qui expriment la quantité de graisse et celle de la matière intestinale.

Les substances alimentaires avec lesquelles M. Boussingault a expérimenté sont le riz, le fromage, le lard, le cacao, l'amidon, le sucre, la gomme, l'albumine, la fibrine, la gélatine, la chair musculaire, etc.

Dans l'alimentation avec le riz, on a reconnu que la portion assimilée suffisait aux besoins de la respiration, lesquels, pour un canard pesant 1 kil. 33, ont exigé 42 grammes de carbone par jour, soit un peu moins de 1 gramme par heure.

Avec le fromage, l'analyse a montré que, par heure, il y a eu 2 grammes 50 de fromage assimilé ou brûlé, lesquels renferment 0 gramme 57 de graisse. Le carbone qui s'y trouve est dans la proportion de 1 gramme 50.

Avec l'amidon et avec le sucre, la portion de fécule absorbée a porté dans l'économie une quantité de carbone presque double de celle qui est nécessaire pour entretenir la respiration.

La presque totalité de la gomme ingérée s'est retrouvée dans les déjections.

Avec la gélatine, un canard en a absorbé 4 grammes 02 par heure, lesquels renferment 2 grammes 04 de carbone. De plus, les excréments contenaient une proportion considérable d'acide urique : d'où M. Boussingault se croit fondé à penser que la gélatine joue un rôle plus important dans la nutrition qu'on ne l'a cru en dernier lieu.

En résumé, il résulte de ces expériences que l'albumine, la fibrine, le caséum, bien qu'absorbés en proportion considérable par les voies digestives, ne fournissent pas à l'organisme assez d'éléments combustibles. Aussi ces substances, si éminemment propres à l'assimilation, deviennent-elles des éléments insuffisants quand on les administre seules. Pour qu'elles nourrissent complétement, il faut qu'elles soient unies à des matières qui, une fois parvenues dans le sang, y brûlent en totalité sans se transformer en corps susceptibles, comme l'urée et l'acide urique, d'être expulsés immédiatement.

Ces substances alimentaires, essentiellement combustibles, sont l'amidon, le sucre, les acides organiques, et sans doute aussi la gélatine.

D'après les vues si élevées de M. Dumas sur la digestion, dit en terminant M. Boussingault, cette fonction se compose de deux ordres de phénomènes. Elle remplace les matériaux du sang incessamment détruits par la respiration, en même temps qu'elle restitue ce qu'elle ajoute de nouvelles parties à l'organisme. Les produits de la digestion doivent donc suffire, d'une part, à la combustion respiratoire, source de la chaleur animale, et de l'autre, à l'assimilation. Je ferai observer que de ces deux phénomènes, celui de la respiration semble être le plus indispensable; un animal privé de nourriture respire et n'assimile pas. Tout régime qui n'introduit pas dans le sang les éléments nécessaires à l'entretien de cette fonction conduira tôt ou tard à l'inanition. En effet, chaque être vivant, pour assurer son existence, doit avant tout développer, dans un temps donné, une certaine quantité de chaleur; il doit donc aussi recevoir, dans le même espèce de temps, une certaine quantité d'éléments combustibles. Réduite à cette stricte dose, la nourriture ne suffirait pas encore parce qu'elle ne réparerait pas les pertes qui ont lieu par diverses sécrétions qui ne cessent pas de se manifester, même durant la diète la plus absolue. Aussi lorsqu'une ration ne fournit pas ce qui est nécessaire pour subvenir aux dépenses des fonctions respiratoires, on peut conclure rigoureusement que cette ration est incapable d'entretenir la vie.

Les recherches que je viens de présenter m'autorisent à ajouter à ces ingénieuses considérations, que si, comme chacun sait, les substances albuminoïdes ne peuvent pas être remplacées en totalité dans la nutrition par des matières non azotées, elles ne peuvent pas davantage être substituées totalement à ces dernières; et que, de toute nécessité, l'albumine, la fibrine, le caséum, pour devenir une nourriture substantielle, doivent être associés à un aliment respiratoire.

M. Thénard demande la parole à la suite de cette communication. Je prierai les physiologistes et en particulier M. Dumas, dit-il, de me dire s'ils pensent que des animaux renfermés dans des cages digèrent aussi bien que des animaux en plein air. Les animaux auxquels on ingère de force des aliments digèrent-ils ces aliments aussi bien que ceux qui ne mangent qu'à leur faim? Ce ne sont point des objections que j'entends faire au beau travail de M. Boussingault, mais ce sont des questions sur lesquelles j'appelle l'attention des physiologistes, parce qu'elles me semblent d'une grande importance pour l'appréciation de pareils résultats. Je pense que M. Boussingault voudra bien chercher à s'assurer de ce qu'il en est à cet égard, afin de légitimer toutes les conséquences qu'il déduit de ses expériences. J'avais déjà fait ces observations à l'occasion de la gélatine.

Autre remarque. Lorqu'on donne à des animaux des aliments azotés ils rendent de l'acide urique en grande quantité. Cette quantité est moindre ou nulle, suivant que les aliments azotés sont donnés en moindre ou nulle quantité. On sait que ces résultats ont été établis par des expériences de Wollaston.

M. Dumas : Les observations de M. Thénard seront transmises à M. Boussingault qui, sans aucun doute, en tiendra compte dans les recherches qu'il se propose de poursuivre sur ce sujet.

— M. Fée, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un mémoire physiologique et organographique sur la sensitive et les plantes dites sommeillantes. Il s'est proposé, dans ce mémoire, d'étudier spécialement le phénomène connu sous le nom de sommeil des plantes et les mouvements de la sensitive. Les résultats des expériences auxquelles il a soumis cette légumineuse sont différents de ceux consignés dans les ouvrages qui en ont parlé. Les explications qu'il donne des phénomènes d'excitabilité qui se manifestent avec tant d'intensité chez la sensitive, sous le contact des corps et par l'action des agents extérieurs, ne sont pas non plus les mêmes que celles généralement admises.

Suivant M. Fée, il n'existe aucun appareil spécial de mouvement chez la sensitive; la contractilité spéciale n'est qu'un degré exagéré de la contractilité dont toutes les plantes sont naturellement douées.

— M. Legrand adresse une lettre dans laquelle il expose les résultats nouveaux qu'il vient d'obtenir par l'administration des préparations d'or chez les vieillards, pour combattre l'affaiblissement graduel qui annonce souvent chez eux une fin prochaine. Il donne l'or en nature à l'état de division extrême, à la dose de 25 à 50 centigrammes, incorporé dans de la gelée de pomme ou tout autre excipient. Ces résultats vérifient, suivant lui, les propriétés attribuées à l'or administré comme médicament par les médecins des seizième et dix-septième siècles.

— M. Walchner (de Carlsruhe) adresse un mémoire dans lequel il fait connaître qu'après un grand nombre d'analyses il est parvenu à démontrer la présence du cuivre et de l'arsenic en quantité notable dans tous les métaux. Ces substances, suivant lui, seraient répandues sur toute la surface du globe, et elles feraient partie même des corps célestes, car on les rencontre jusque dans les météorolithes.

Ce résultat des analyses de M. Walchner, dit M. Dumas en rendant compte de ce travail, sera important à prendre en considération dans les recherches médico-légales.

— M. Cottereau fils adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il fait connaître qu'il a acquis, par suite d'expériences qu'il a faites, la certitude que les *saccharates* sont de très-bons antiseptiques, et qu'il a basé sur leur emploi un nouveau procédé de conservation des matières organiques. Il ne peut fournir jusqu'à présent, à l'appui de ce qu'il avance, que des pièces qui ont été préparées par immersion; mais il espère être à même de donner sous peu de plus amples détails sur ce nouveau moyen de conservation, soit par immersion, soit par injection, et en même temps sur l'action de chaque saccharate en particulier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Charles-Louis Derosne.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les nouvelles conclusions du rapport sur la peste.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. le Secrétaire annuel donne lecture du premier article, conçu en ces termes :

« Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste » naît encore sont : en première ligne, l'Égypte; puis la Syrie et les deux Tur- » quies.

» Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer » sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de » Maroc. Le même danger ne paraît pas exister pour l'Algérie. »

La délibération est ouverte sur cette première proposition.

M. Gérardin demande la parole. Je demanderai s'il ne serait pas convenable d'ajouter au dernier membre de cette proposition que lorsque la peste régnera à Tunis, il devra être pris des précautions particulières pour Alger. On sait, en effet, que la peste règne presque constamment dans la régence de Tunis et qu'elle s'est plusieurs fois étendue de là dans la province de Constantine.

M. Prus : Le paragraphe ne concernant que les pays où la peste naît spontanément, et rien n'autorisant à la faire considérer comme spontanée en Algérie, l'objection ne me paraît pas devoir faire modifier la rédaction de la proposition.

M. Pariset : La proposition de la commission n'est pas exacte. Dire que la peste naît spontanément en Syrie, c'est comme si l'on disait qu'elle naît en Suisse. La Syrie n'engendre pas le peste, elle la reçoit. Il en est de même des deux Turquies, où toutes les épidémies de peste ont été constamment importées.

M. Dupuy : Quelle est votre conclusion ?

M. Pariset : Ma conclusion est que la peste ne naît spontanément qu'en Égypte.

M. Hamont : Je voudrais qu'on divisât le vote à propos de la Turquie, qu'on distinguât ce qui a rapport à la Turquie d'Europe et à la Turquie d'Asie. Il est hors de doute qu'à Smyrne, par exemple, il n'y a plus eu de peste depuis 1838; il n'est donc pas exact de dire qu'elle y est endémique. Il résulte des observations de M. Ségur-Dupeyron, observations qui n'ont pas été réfutées par la commission, qu'à Constantinople les invasions de peste ont constamment coïncidé avec des arrivages d'Égypte.

M. Prus : Je me vois dans la nécessité de répondre à ces objections par ce que j'ai déjà dit. Je me suis appuyé sur les récits presque unanimes des médecins qui ont longtemps habité ces contrées. Larrey a appris à Jaffa que la peste y sévissait tous les ans. M. Lesperanza déclare que tous les ans la peste éclatait en

avril à Jaffa sans qu'on eût pu jamais savoir d'où elle venait. M. Delaporte croit et avance également que la peste naît dans ce pays; il a été surpris de voir à Jérusalem une peste sporadique, à laquelle on semblait n'avoir fait aucune attention. Combien de fois de pareilles pestes n'ont-elles pas dû éclater sans qu'on en tînt aucun compte! En 1837, l'armée d'Égypte étant en Syrie, a vu éclater la peste sans qu'on sût d'où elle venait. Je dirai à M. Pariset, qui a vu la peste à Tripoli en 1829, que cette peste y existait en 1827, et qu'on n'a jamais pu découvrir comment elle avait commencé. On a dit que la peste s'observe toujours sur le littoral, et on s'est appuyé sur ce fait pour soutenir la doctrine de l'importation; mais où éclate ordinairement la peste? c'est sur le bord de la mer et des fleuves. Pour tous ceux qui connaissent l'étiologie de la peste, il doit être évident que c'est le littoral qui réunit au plus haut point toutes les conditions favorables à son développement. M. Pariset exalte la salubrité de la Syrie; mais Volney, Larrey, Lesperanza, ne sont pas du même avis. M. Lesperanza a étudié les localités, et il les a trouvées en tout analogues à celles de la basse Égypte; il y a constaté les mêmes maladies, notamment les fièvres intermittentes. Or on sait que c'est très-souvent à la suite de ces fièvres intermittentes qu'éclate la peste en Égypte. Je crois qu'il y aurait de l'imprudence à déclarer à l'administration que la Syrie ne peut pas produire la peste. Maintenant, pour Constantinople, c'est un fait de notoriété publique que Constantinople est un foyer de peste; mais, ne voulant pas s'en rapporter à la notoriété publique, qu'a fait la commission? Elle en appelé à l'opinion d'hommes bons observateurs. M. Brayer ne met pas en doute que la peste, soit sporadique, soit épidémique, éclate à Constantinople; M. Cholet est du même avis, et les faits qu'il rapporte sur les pestes de 1831 et 1834 ne permettent pas de douter qu'elles aient pris naissance à Constantinople. Dans la lettre de MM. Pezzoni et Marchand que vient de publier la GAZETTE DES HÔPITAUX, les assertions de M. Brayer sont contestées; mais il m'a semblé que ces médecins ne niaient pas formellement que la peste pût naître à Constantinople. M. Pezzoni m'a paru du moins plus réservé sur ce point qu'il ne l'avait été jusqu'ici. M. Hamont dit qu'il n'y a point eu de peste à Constantinople depuis 1834, et depuis 1838 en Syrie; mais il n'ignore pas que pendant une période de dix années, de 1824 à 1834, la peste n'a point éclaté à Alexandrie: en conclura-t-il que la peste ne naît point spontanément dans ce dernier pays, et qu'elle n'ait cessé d'y régner sporadiquement depuis 1834? Quant aux objections de M. Ségur-Dupeyron, qui a étudié cette question aussi complétement qu'il était possible de le faire à un homme qui n'est pas médecin et aux travaux duquel je rends d'ailleurs toute justice, on me permettra cependant de dire qu'elles ne sauraient résister aux observations des médecins que je viens de citer tout à l'heure.

M. DESPORTES: Il y a quelque chose de contradictoire entre la première et la seconde conclusion. On ne peut pas comparer le littoral de la Turquie à celui de l'Égypte; il y a une trop grande différence entre les conditions topographiques de la Turquie, de l'Égypte et de la Syrie, pour qu'on doive les mettre en même ligne. Je crois qu'il faut considérer l'Égypte comme le siége unique, le foyer essentiel de la peste, et rester au moins dans des termes dubitatifs relativement à la Turquie et à la Syrie.

M. HAMONT: Il est inexact de dire que la peste n'a pas régné à Alexandrie de 1824 à 1834. Il y a toujours des cas de peste à Alexandrie; il y en a dans ce moment même. Il ne faut pas s'en rapporter à cet égard aux déclarations du gouvernement. Je saisirai cette occasion pour présenter encore une observation. A Smyrne il y avait, avant l'établissement du lazaret, des cas de peste, non pas épidémiques, mais sporadiques; depuis le lazaret il n'y en a plus du tout. Qu'on m'explique ce fait.

M. CASTEL: Je désirerais qu'on fît un changement à la rédaction. Au lieu de dire: « Les contrées où naît la peste sont, etc., » je voudrais qu'on s'exprimât ainsi: « La peste est *endémique* en Égypte, en Syrie et en Turquie. » Parmi les causes qui produisent la peste il en est de permanentes, il en est d'éventuelles; on ne peut jamais assurer que la peste ne naîtra pas sous l'influence de ces causes éventuelles dans un pays quelconque. Il en est à cet égard de la peste comme du typhus. Voyez si en parlant du typhus nous disons qu'il est endémique dans tel pays et jamais dans un autre. Vous ne pouvez pas vous exprimer différemment à l'égard de la peste. En adoptant la rédaction que je propose, on n'isolera pas la peste des autres maladies, en ce qui concerne les causes éventuelles.

M. PRUS: Je n'ai pas d'autre objection que celle-ci, c'est que le mot *endémique* pourrait être mal compris par les personnes du monde et par les administrateurs auxquels ce travail est destiné. C'est pour éviter l'équivoque à laquelle cette expression aurait pu donner lieu que nous avons préféré la rédaction proposée.

M. BÉGIN: Cette expression *endémique* pourrait faire naître la pensée que la peste dépend de conditions locales déterminées. Or, nous n'avons voulu rien préjuger à cet égard. Je crois que c'est l'avantage de la rédaction de la commission de faire les plus grandes réserves.

M. CASTEL persiste dans son amendement.

Cet amendement n'est pas appuyé.

M. DESPORTES: Mais vous voulez diminuer les quarantaines et vous considérez comme suspects des lieux où depuis longtemps il n'y a plus de peste; cela ne se conçoit pas.

M. PRUS: Une fois pour toutes, nous ne voulons que la vérité. (Aux voix!)

Le premier paragraphe de la première conclusion est mis aux voix et adopté.

Il est donné lecture du deuxième paragraphe, ainsi conçu:

« Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer » sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc. Le même danger ne paraît pas exister pour l'Algérie. »

Ce passage est adopté sans discussion.

DEUXIÈME CONCLUSION. — « Dans ces pays, les conditions qui déterminent et » favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet » de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion, ou sur des terrains » marécageux; un air chaud et humide, des maisons basses, mal aérées, en» combrées; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et vé» gétales en putréfaction; une alimentation insuffisante et malsaine; une grande » misère physique et morale; la négligence des lois de l'hygiène publique et » privée. »

M. DUPUY demande qu'on ajoute à la suite de ces mots: *terrains d'alluvion*, ceux-ci: *non couverts de végétaux et d'arbres*. Il rappelle un passage de Strabon, duquel il résulte qu'à l'époque où les armées romaines parcouraient la Syrie, ce pays était couvert d'une riche végétation, et la peste alors n'y régnait pas.

M. BRICHETEAU: Je désirerais qu'on ajoutât une phrase où il fût fait mention de l'influence délétère qu'exercent les exhalaisons des sépultures.

M. CASTEL: Je demande la suppression des mots: *autant que l'observation permet de le constater*. Il faut être plus affirmatif que cela; c'est trop timide. Puis il est parlé d'une grande misère physique et morale. La misère physique résulte toujours des causes énoncées précédemment, il est donc inutile d'en faire mention. Quant à la misère morale, je ne sais ce que l'on entend par là.

M. KÉRAUDREN voudrait que dans la partie de la conclusion où il est fait mention de la chaleur humide on spécifiât les vents qui entretiennent cette température; ce sont ordinairement les vents du sud.

M. PRUS: Je déclare ne pas tenir à l'expression de misère morale, je lui substituerai telle autre qu'on jugera plus convenable, le mot de *grande misère* si l'on veut. Cependant, en adoptant la première expression, la commission avait eu un motif, c'était de faire sentir que les conditions morales dans lesquelles vivent les fellahs d'Égypte ne sont pas moins importantes à prendre en considération que les conditions physiques. Ce mot de *misère morale* avait pour elle un sens déterminé, qu'elle croit utile de consacrer. M. Bricheteau voudrait qu'on ajoutât quelque chose de relatif aux sépultures, mais la commission ne sait rien de positif à cet égard. M. Kéraudren dit que nous avons eu tort de ne pas parler des vents; mais nous avons pensé que les conditions de température relatives à la direction des vents n'étaient pas assez identiques dans tous les pays pour qu'il fût possible de rien généraliser. Les vents qui causent la chaleur humide dans tel pays ne sont pas les mêmes que ceux qui auraient le même résultat dans un autre pays.

M. COLLINEAU revient sur l'expression de misère morale, qu'il ne trouve point exacte.

Après une courte discussion, purement grammaticale, sur cette expression, il est convenu que la commission aura à modifier la rédaction sur ce point.

La deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée, sous la réserve de la modification convenue dans la rédaction.

TROISIÈME CONCLUSION. — « La peste à l'état sporadique ne paraît pas suscep» tible de se transmettre. La peste épidémique est transmissible soit dans les » lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux. »

M. VILLENEUVE: Je pense qu'il serait plus convenable d'intervertir l'ordre des deux paragraphes de cette conclusion.

M. CASTEL: Je me vois forcé de revenir sur le fait de connexité de l'épidémie et de la contagion, que la commission persiste à vouloir maintenir, et que j'ai déjà combattue. La commission ne voit-elle pas qu'elle tourne dans un cercle vicieux, puisqu'après avoir dit que la peste n'est pas transmissible à l'état sporadique; elle reconnaît plus bas que la peste est transmissible des lieux où elle sévit épidémiquement et hors de ces lieux; mais hors de ces lieux elle n'est plus épidémique, et cependant vous la déclarez transmissible.

M. PRUS: La commission a dû consacrer un fait signalé par toutes les personnes qui ont vu la peste en Orient; cependant elle ne l'a exprimé, comme on voit, qu'avec une certaine réserve. Sur le deuxième point, M. Castel fait la même confusion que M. Pariset. Dix fois, depuis cent cinquante ans, la peste est importée à Marseille, et chaque fois elle régnait épidémiquement en Égypte. Mais jamais en état de sporadicité les provenances d'Égypte n'ont transmis la peste. Tous les médecins d'Orient sont unanimes sur ce fait. Un seul individu atteint de peste épidémique pourra transmettre la peste; des cas sporadiques ne la transmettent jamais, en quelque nombre qu'ils soient.

M. KÉRAUDREN: J'adopte la première partie de la proposition, mais la seconde ne me paraît pas exprimée assez clairement. Ces mots: *soit dans les lieux, soit hors les lieux où règne la peste*, font une certaine confusion.

M. GAULTIER DE CLAUBRY: La peste sporadique a-t-elle des bubons? (Oui.) La peste épidémique en a-t-elle aussi? (Oui.) En ce cas, un individu arrivant à Marseille avec des bubons, qu'en ferez-vous? quel parti prendra l'administration sanitaire? Si on croit alors la peste sporadique, laissera-t-on cet individu en libre pratique? Il me semble qu'il y a là des difficultés que la commission semble n'avoir pas prévues.

M. PRUS: La commission s'est préoccupé de cette question. Nous voulons et nous disons dans nos conclusions pratiques que tout homme ayant la peste soit considéré comme pouvant la transmettre et qu'on agisse en conséquence.

M. COLLINEAU propose de faire précéder le premier paragraphe de ces mots: « D'après tous les observateurs et d'après les faits recueillis jusqu'à ce jour, la » peste à l'état sporadique... »

M. ROCHOUX: Pour moi, ce que l'on appelle la peste sporadique n'est pas la peste. Il y a une différence du tout à tout: l'une est contagieuse et l'autre ne

l'est pas; en faire une seule et même maladie, c'est dire qu'un eunuque est un homme.

M. Moreau : Dites : *Jusqu'à ce jour*, la peste sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre, afin de tout concilier et de réserver l'avenir.

M. Prus : La commission, quand elle affirme ou nie une chose, ne prétend nullement engager l'avenir : elle constate seulement ce qui est dans l'état actuel.

M. Desportes : La petite vérole est sporadique; oserez-vous dire qu'elle n'est pas contagieuse? Vous admettez, vous faites l'aveu que la peste endémique est contagieuse, et vous affirmez que la peste sporadique ne l'est pas. Cependant vous ne nierez pas l'identité de condition qu'il y a entre la sporadicité et l'épidémicité de la variole, la sporadicité et l'épidémicité de la peste. Vous vous appuyez, dites-vous, sur l'opinion des médecins d'Orient, opinion qui n'a pas été d'ailleurs toujours la même; mais il y a là un fait, un rapport très-grand, que vous ne pouvez pas négliger. Je propose le retranchement du premier paragraphe.

M. Louis : J'invoquerai les faits que vient de citer M. Desportes, mais ce sera pour en retirer des conclusions tout opposées. M. Desportes dit que la variole sporadique est contagieuse comme la variole épidémique, et qu'on ne peut établir à cet égard aucune distinction entre elles. Eh bien ! je ne suis pas de cet avis. Les maladies ne sont pas contagieuses sans certaines conditions qui les font telles; si la variole était aussi contagieuse à l'état sporadique qu'elle l'est en temps d'épidémie, elle ne serait jamais sporadique. Il y a là évidemment une différence dans les conditions de contagionabilité qui constitue précisément la différence de l'état sporadique à l'état épidémique. Il en est de même pour le typhus et la fièvre typhoïde. Il n'y a donc pas là de contradiction; la peste sporadique et la peste épidémique, comme la variole sporadique ou épidémique, ne sont pas des maladies différentes, mais bien la même maladie, seulement développée sous l'influence de causes un peu différentes.

J'ajouterai qu'il est impossible que la commission supprime ce qui est le résultat de ses études et de ses observations : l'œuvre de la commission n'est pas un simple rapport ordinaire, mais un travail original, une étude sérieuse et approfondie d'un sujet dont l'Académie n'avait même pas les matériaux. Je crois qu'il n'y a rien à en supprimer; tout au plus peut-on proposer quelques modifications.

M. Gaultier de Claubry : Nous ne pouvons pas laisser subsister les expressions de peste sporadique, peste épidémique, qui sembleraient impliquer l'idée de deux maladies différentes, ce qui n'est pas exact. Dites : peste *à l'état* sporadique, *à l'état* épidémique.

M. Prus déclare, en réponse à MM. Desportes et Gaultier de Claubry, qui lui ont reproché de s'en être tenu à certaines opinions à l'exclusion de quelques autres, que le travail de la commission est basé sur plus de six cents observations authentiques, ce qui constitue certainement le plus grand fait, la plus grande expérience que la science possède en pareille matière.

M. Hamont insiste sur la nécessité d'une plus grande réserve à l'égard de la non-transmissibilité de la peste sporadique. Il n'est nullement démontré pour lui, malgré l'autorité des faits cités par M. le rapporteur, que la peste sporadique ne soit pas transmissible. Il y aura d'ailleurs toujours une très-grande difficulté en se plaçant au point de vue de l'administration : ce sera de savoir où et quand l'épidémie commence. Lorsqu'il sera démontré qu'un cas de transmission a eu lieu, dira-t-on que la maladie est épidémique? Je pourrais citer nombre de faits de transmission alors qu'il n'y avait qu'un petit nombre de cas de peste.

M. Prus : C'est pour parer à cette difficulté que nous avons rédigé dans les conclusions pratiques la phrase suivante : « En cas d'imminence, etc., il sera délivré *patente brute*, quoiqu'il n'y ait que des cas sporadiques. »

M. Desportes revient sur la question de la sporadicité de la peste et sur sa transmissibilité. M. Louis, dit-il, n'a pas pris garde à ceci, que de ce qu'un cas sporadique ne se propage pas, cela ne tient pas à la maladie, mais aux conditions environnantes, à la disposition des individus qui entourent ce cas sporadique, à la constitution atmosphérique. Il en est de même à cet égard pour la peste que pour la variole et le typhus.

M. Prus : Vous raisonnez par des *à priori* et nous d'après les faits. Avec cette manière de voir il faudrait des quarantaines de quatre ans.

M. Rochoux : Je n'admets pas l'analogie qu'on a cherché à établir entre la variole et la peste. Il y a dans les varioles épidémique et sporadique des conditions qui font qu'elles sont toutes les mêmes; mais il n'en est pas ainsi de la peste : s'il y a une peste qui est contagieuse et une autre qui ne l'est pas, c'est à la première, la seule vraie peste, qu'il faut appliquer les mesures sanitaires.

M. Bégin : Le point capital de la question maintenant est de savoir si le premier paragraphe sera ou non conservé. Je demande formellement le maintien de ce paragraphe, parce qu'il est, à mon avis, de la plus grande importance pour les mesures sanitaires et pour les études qu'elles provoquent. (Aux voix, aux voix!)

Les deux paragraphes de la troisième conclusion sont successivement mis aux voix et adoptés.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE; par le docteur Renouard. — 2 vol. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Bien qu'il y ait longtemps qu'on écrive l'histoire, on peut dire qu'elle est née d'hier. Les anciens savaient sans doute que les faits s'engendrent les uns les autres, que les événements se commandent entre eux; mais cette pensée féconde était restée à l'état de théorie : c'est de notre temps qu'elle devait avoir son application. Jusque-là, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'histoire a pris le caractère sérieux et la portée d'une science, elle n'était écrite en quelque sorte qu'au point de vue de l'amusement de l'esprit. Comme les historiens ne cherchaient guère qu'à atteindre ce but, ils se souciaient fort peu de suivre une méthode logique, ou, en d'autres termes, de s'astreindre à placer les événements importants dans les plans les plus avancés, et les autres dans les plans successifs qui formaient les parties accessoires de l'œuvre. Les faits qui leur souriaient le plus et qui leur paraissaient devoir jeter le plus d'intérêt sur la narration, étaient ceux qu'ils choisissaient de préférence. Cette anarchie cessa lorsqu'on eut compris qu'il y avait une raison, un enseignement à tirer des événements historiques, et qu'on eut trouvé ce mot de progrès qui est aujourd'hui dans toutes les bouches, et qui ne remonte cependant qu'à Turgot et à Condorcet. L'histoire est donc devenue depuis cette révolution, car c'en est une bien grande, un travail de démonstration dont tous les incidents successifs concourent à fournir la preuve : l'argumentation se trouve dans les faits. Cette voie conduit à interpréter l'avenir, et à bien juger le présent par la connaissance du passé; mais, pour arriver à ce résultat, il y a des conditions souvent bien difficiles à remplir. Il ne faut pas donner aux faits un langage qui ne leur appartienne pas en propre, il faut leur laisser parler le leur; il est nécessaire aussi de les classer suivant leur importance pour arriver sans déviation à une conclusion finale qui ne soit pas erronée. A ce compte, bien raconter et raconter avec impartialité, c'est marcher et faire marcher les autres avec soi vers la vérité, vers la lumière.

Un exemple très-connu de ces erreurs dans l'expression véritable des faits, c'est le livre de Broussais sur les systèmes. Le théoricien qui ne s'occupe d'histoire que pour légitimer sa théorie, travaille seulement à entasser autour de lui ruine sur ruine pour épargner toute comparaison fâcheuse au monument qu'il a construit. Il ne réfléchit pas à l'erreur dans laquelle il peut tomber, aux conséquences qui peuvent en résulter pour la valeur de l'œuvre; peu lui importe! Trop préoccupé de la défense de ce qui lui est personnel, de toutes les créations idéales, il ne respecte que les siennes; de tous les services que la médecine a rendus à l'humanité, il se borne à estimer ceux qu'il regarde comme émanés de lui. Dans ce cas, l'histoire peut être comparée à un habile avocat qui se dévoue au triomphe d'une mauvaise cause; mieux vaut celle qui ne propose aucun but, et qui expose avec clarté et bonne foi les détails des événements ou l'analyse des systèmes. Mais depuis déjà longtemps, un mouvement est imprimé aux recherches historiques, un mouvement tel que tout historien doit le subir, et que même, sans en avoir une conscience parfaite, il marche, à l'aide des faits et des explications, à la démonstration d'une pensée ou à la défense d'une doctrine. L'insuccès de Broussais dans le domaine historique, en laissant tout à refaire, provoquait le zèle de médecins moins prévenus que lui. Notre science, en effet, manque absolument des conditions qui doivent l'empêcher de s'égarer dans sa marche; car comment se conduire à travers les écueils de la route, si on n'a pas entre ses mains cette boussole si sûre, quand on n'ignore pas l'art de l'utiliser, qui dirige l'esprit vers le passé et lui marque la ligne plus ou moins obscure de l'avenir? Parmi les quelques essais d'histoire qui existent, il y en a deux d'une certaine valeur, l'un celui de Leclerc, l'autre le long travail de l'Allemand Sprengel; mais le premier ne comprend que les commencements de la science, qui y sont exposés d'ailleurs de la manière la plus judicieuse et avec la plus louable impartialité; le second n'est qu'un recueil où l'érudition tient lieu de méthode et des qualités essentielles que le lecteur a le droit d'exiger d'un historien. Ainsi Leclerc n'a laissé qu'un bon épisode, Sprengel qu'une collection désordonnée de faits et d'opinions, *rudis indigestaque moles*. Donc, après Sprengel, après Leclerc, après Broussais, on peut dire qu'il n'existait pas encore de monument historique pour notre science. Une tentative honorable vient d'être faite pour remplir cette exigence de notre temps : la science la doit à M. le docteur Renouard.

Cette histoire comprend seulement deux volumes. C'est peu sans doute pour donner une idée suffisante de tous les documents d'où doit ressortir l'analyse exacte des doctrines et de leurs applications pratiques; mais, avec de la méthode, on peut faire d'un petit volume un livre plus complet que les œuvres de la plus exubérante prolixité. Dans son introduction, M. Re-

nouard fait naître déjà dans l'esprit du lecteur la pensée qu'il a écrit une bonne histoire; il établit qu'il faut croire en médecine, et qu'on ne peut pratiquer l'art qu'à la faveur d'une doctrine qui éclaire même l'esprit du plus ignorant. Il se montre isolé de toute préoccupation théorique, et rend hommage à cette observation, à cette expérience, qui ont payé un si large tribut à la médecine et aux sciences naturelles depuis le seizième siècle jusqu'à nous. Loin de séparer la science des conditions générales des époques qu'elle traverse dans sa marche progressive, il admet une action, une influence dont l'historien doit tenir compte, s'il a l'ambition de ne rien présenter d'incomplet; enfin, et ceci est très-important, il annonce qu'il s'occupera des théories philosophiques qui se sont succédé depuis l'antiquité, et qui ont pénétré de tout temps la médecine pour y déposer le germe ou fécond ou délétère de leur enseignement; et déjà, à ce propos, il commence à engager le combat contre l'éclectisme, qu'il n'apprécie peut-être pas avec toute la justesse et la connaissance désirables. Mais la manière dont l'auteur juge cette philosophie ne le préserve pas d'une erreur qui annonce d'avance qu'en plus d'un endroit son livre sera accessible à la critique. Cette erreur, c'est la conclusion finale, c'est la doctrine qui résume l'ouvrage et forme la croyance philosophique de l'historien : c'est l'empirisme raisonné.

Je pourrais dès à présent prouver le vice d'une telle conclusion au point de vue de la philosophie comme de la pratique; mais il vaut mieux faire voir par quelle série de raisonnements l'auteur a passé dans le cours de son travail pour arriver à ce résultat ou plutôt pour le confirmer. M. Renouard, et je suis heureux de la reconnaître, a beaucoup de netteté dans les idées et des vues d'une assez grande justesse. Avec ces qualités qui sont plus rares qu'on ne le pense, il aurait pu, je n'en doute pas, suivre une bonne direction dans une voie moins encombrée de détails nombreux et surtout de questions abstraites; mais une histoire comme celle de la médecine exigeait beaucoup plus. Avec cette justesse de vues que l'auteur présente quelquefois et avec cette netteté dans les idées qui le distingue presque toujours, il eût fallu, le dirai-je, un peu plus d'habitude des travaux philosophiques. Les études auxquelles on se livre de préférence engendrent autour de soi une sorte de milieu, à travers lequel on apprécie les sujets les plus éloignés au point de vue de ceux qui vous préoccupent journellement. Cette condition est défavorable et peut porter atteinte à l'exactitude, à la vérité des appréciations, et M. Renouard n'en a pas assez tenu compte. On voit, en effet, que le praticien domine en lui le philosophe, qu'il le domine un peu trop pour lui permettre de garder un sage équilibre, et que c'est à cette cause qu'il faut attribuer l'espèce de fatalisme qui l'entraîne, induction par induction, à commettre des erreurs assez nombreuses dans le cours de l'histoire, et à aboutir finalement à cet empirisme auquel il veut bien donner le nom de *raisonné*.

En commençant une histoire comme celle de la médecine, il fallait d'abord ne pas tomber dans la faute dont se relève à peine la physiologie. Cette science ne tenait pas compte du développement de l'embryon; elle ne s'occupait de l'homme que lorsqu'il était en pleine possession de ses organes et qu'il vivait de sa vie propre. Enfin elle s'est ravisée, et l'histoire des fonctions organiques commence aujourd'hui par son véritable commencement. L'histoire de la médecine en a un aussi qui remonte très-haut et qu'il faut aller chercher au fond de l'Orient, ce berceau de toute lumière. M. Renouard a prouvé qu'il ne l'ignorait pas; mais cette opinion ne l'a pas empêché de passer là-dessus, avec assez de rapidité pour prouver qu'il n'attachait pas à cette étude préliminaire une grande importance. Cependant la philosophie de l'Orient dont on peut puiser les matériaux dans les écrits religieux qui nous sont parvenus et dans les travaux de la Société asiatique, cette philosophie a régné sur la médecine et a imprimé à cette science un cachet qu'elle a conservé longtemps. Je ne parle qu'en passant de ce dogme de la chute qui explique parfaitement l'organisation sacerdotale des médecins, les purifications auxquelles étaient soumis les malades, et l'importance que les siècles anciens donnaient à l'exécution de certains préceptes d'hygiène, coutume qui s'est perpétuée sous la forme religieuse jusqu'aux enfants de Mahomet. Tout le monde ne croira pas peut-être très-utile sous le rapport historique et surtout au point de vue médical, de se livrer à des investigations de cette nature. Mais qu'on n'oublie pas que lorsqu'il s'agit de bien rattacher les faits les uns aux autres, de fixer avec le plus de certitude possible la génération et la succession des idées, il faut éviter les lacunes, car c'est à cette condition qu'on évite l'erreur. Or, il est probable, du moins à mon avis, que si M. Renouard avait bien analysé toutes les prémisses, il aurait mieux compris ou mieux fait comprendre le siècle et la doctrine d'Hippocrate, qui méritent l'un et l'autre l'étude la plus approfondie.

A Dieu ne plaise que je reproche à l'auteur de la nouvelle HISTOIRE DE LA MÉDECINE, de s'être complétement trompé sur Hippocrate. La sagacité dont il fait preuve dans bien des endroits de son œuvre le place à l'abri d'une pareille accusation. Mais il n'a pas groupé, il n'a pas assemblé les parties désagrégées de cette doctrine qui a été si utile à la postérité médicale; il paraît ne pas avoir le sentiment des services que l'école hippocratique a rendus, en ne présentant pas dans un ordre méthodique la série des préceptes élevés et d'applications pratiques qui forment la substance de ce profond enseignement. Ainsi Hippocrate en se faisant l'ennemi de toute hypothèse, en élevant sur le pavois l'observation, compose, par une admirable analyse, une synthèse merveilleuse de tous les événements importants de la maladie. Ce travail, qui peut servir d'exemple à tous ceux qu'on pourrait essayer de faire dans la même direction, le conduit à comprendre de plus en plus le côté de l'organisme, de la substance vivante sur les agents qui portent leur influence sur elle. Il reconnaît qu'il y a dans le corps une force inconnue, quelque chose de divin (*quid divinum*), c'est-à-dire de mystérieux, qui joue un grand rôle pour maintenir l'équilibre des fonctions pendant la santé ou pour le ramener dans certaines conditions, quand il y a trouble et désordre. C'est avec ces données que le médecin de Cos jette les bases de vitalisme médical qui, pour n'être pas systématisé dans ses œuvres d'une manière explicite, n'en pénètre pas moins tous les préceptes qu'il donne, et toutes les opinions qu'il défend. Maintenant je me demande pourquoi M. Renouard n'esquisse pas ce tableau, pourquoi surtout il s'occupe si peu de l'idée fondamentale de la doctrine? Il était pourtant bien essentiel pour le cours de l'histoire et pour tirer logiquement les déductions de poser ces importantes prémisses. Mais ce n'est pas tout. Pour bien marquer le camp d'Hippocrate et de son école, il fallait faire voir avec la plus grande netteté qu'il fuyait les explications sans fondement suffisant, comme il fuyait les hypothèses. On m'opposera qu'on trouve plus d'une trace dans ses œuvres de ces suppositions imaginaires inventées par la philosophie du temps. A cela je réponds qu'il faut surtout faire attention aux principes qui respirent dans tous ses écrits, et qui sont développés avec la plus grande force de dialectique. C'est un correctif suffisant de ces rares oublis qui, au double point de vue de la doctrine et de son application pratique, ne sauraient avoir une grande importance. En procédant de cette manière, M. Renouard aurait mis à sa vraie place la doctrine ou plutôt la théorie des contraires, *contraria contrariis curantur*, et il l'aurait probablement attribuée à ceux à qui elle appartient, c'est-à-dire aux médecins en opposition avec l'école et l'enseignement d'Hippocrate. Il a fallu, pour rester fidèle à une opinion préconçue, qu'il repoussât l'authenticité du beau livre sur l'ANCIENNE MÉDECINE, malgré le témoignage, malgré les preuves concluantes données par M. Littré. Ceci mérite une courte discussion, indispensable d'ailleurs pour le but que je me propose.

M. Renouard rejette l'authenticité du traité de l'*ancienne médecine*, parce que M. Littré ne s'appuie, dit-il, que sur Platon, et que ce philosophe, animiste par excellence, n'avait pu proposer pour modèle un livre où sont enseignés des principes diamétralement opposés aux siens. Et d'abord, Platon n'est pas le seul témoignage sur lequel se fonde M. Littré; le commentateur d'Hippocrate cite Érotien, qui vivait il est vrai quatre siècles après le médecin de Cos, mais qui n'en est pas moins cependant une autorité respectable. J'ajoute à cela un genre de preuves que M. Renouard a eu certainement tort de repousser. Est-ce que le style, est-ce que l'économie littéraire de la phrase, est-ce que le développement logique de la pensée, ne portent pas dans une œuvre un cachet caractéristique qui fait reconnaître aux érudits le nom de l'auteur? Un fragment de Michel-Ange, comme un dessin de Raphaël, n'ont pas besoin de signature; l'artiste la voit tout entière dans la trace du ciseau ou dans le trait jeté par le pinceau. Quant à la deuxième proposition, il ne s'agit pas de dire que Platon n'a pu recommander ce qui combattait sa doctrine, opinion qui serait d'ailleurs à discuter si l'espace me le permettait; il l'a recommandé textuellement, en répétant dans le sens, sinon dans les mots, la pensée qui ne se trouve explicitement que dans le traité de l'*ancienne médecine*. Pourquoi donc M. Renouard ne s'est-il pas rangé à l'opinion de M. Littré? Sans en rechercher les causes, qui tiennent sans doute à une partialité dont l'esprit droit et consciencieux de cet auteur n'a pu avoir raison, je dois faire observer qu'en admettant l'authenticité de ce traité si remarquable parmi tous les traités hippocratiques, des questions ambiguës seraient devenues claires, des préventions injustes se seraient évanouies, et enfin que le chef de l'école de Cos aurait été placé bien au-dessus de ces hypothèses qui n'ont pas la moindre part à la constitution de la doctrine. C'est dans ce traité de l'*ancienne médecine* que la question des *contraires* se trouve complétement résolue, et que le doute se dissipe à l'instant, tant la discussion sur cette fameuse hypothèse est faite en termes pleins de logique et de netteté. Je ne puis résister au plaisir d'en citer quelque chose.

« Je reviens à ceux qui, suivant la nouvelle méthode, cherchent l'art d'après une hypothèse. Si c'est le chaud ou le froid, ou le sec ou l'humide, » qui nuit à l'homme, il faut que le médecin habile guérisse le froid par le » chaud, le chaud par le froid, l'humide par le sec, le sec par l'humide. » Supposons un homme d'une constitution non pas robuste, mais faible; » qu'il mange du blé tel qu'il sort de l'aire, cru et sans préparation, des » viandes également crues, et qu'il boive de l'eau; en suivant un pareil régime, il éprouvera, j'en suis sûr, des incommodités graves et nombreu-

» ses; les douleurs le saisiront, le corps s'affaiblira, le ventre se dérangera, » et certes il ne pourra pas vivre longtemps. Quel remède à administrer » dans de pareilles circonstances? Le chaud ou le froid, ou le sec ou l'hu- » mide? Évidemment l'un ou l'autre; car si c'est l'une de ces quatre choses » qui le rend malade, il faut y reméder par *le contraire*, suivant leur pro- » pre raisonnement. Or le remède le plus sûr et le plus évident, c'est de » changer le genre de vie dont il usait, de lui donner du pain au lieu de » blé, des viandes cuites au lieu de viandes crues, et du vin à boire après » son repas (1). »

De pareils termes contribuent certainement à poser la question sur une bonne base. Après une discussion si catégorique, il est impossible, surtout si l'on embrasse d'un coup d'œil le caractère pratique et la portée philosophique de la doctrine d'Hipprocrate, il est impossible, dis-je, de ne pas la séparer de certaines tendances qu'on pouvait se permettre de lui attribuer. J'insiste là-dessus pour arriver à établir une profonde ligne de démarcation entre l'école de Cos et les écoles antagonistes; c'est très-important. Or, dans ces écoles aux bannières nombreuses, il y en avait une qui a surtout soulevé la critique du représentant de la doctrine de Cos, je veux parler de l'école de Gnide. J'aurais voulu que, puisque Hippocrate revient si souvent sur ses errements dans les différents traités de la collection, M. Renouard s'en fût à son tour occupé avec plus de détails. C'est le drapeau le plus élevé des camps antagonistes; l'école de Gnide, cette école si chercheuse, si avide de petits faits, et si réfractaire aux points de vue d'un ordre élevé, représente l'opposition. Ainsi, telle est la situation qui se dessine pendant cette grande époque. D'un côté la doctrine qui embrasse de haut les notions et les rapports; de l'autre l'amour de l'hypothèse, ou tout au moins cet abaissement continu vers les choses de détail qui trouve des différences, mais qui ignore l'art de tirer des règles ou de formuler des généralités. Puis deux hommes que la science a placés dans les plus sublimes régions de la philosophie, Platon et Aristote, viennent peu de temps après représenter en quelque sorte ces deux points de vue; c'est-à-dire, l'un l'esprit de synthèse, et l'autre celui d'analyse. Qu'on fasse bien attention que je ne parle pas dans le sens absolu et que j'admets certaines restrictions qui doivent s'effacer d'ailleurs devant des appréciations d'ensemble. L'esprit de synthèse avait reçu une puissante impulsion sous la main de Platon, et au point de vue médical, sous celle d'Hippocrate, l'analyse devait entrer dans sa période d'activité. Aristote avait donné le signal en écrivant cette phrase caractéristique : « Les anciens philosophes veulent savoir comment les choses sont faites, avant de savoir comment elles sont; » ce fut elle qui formula toute la pensée de l'école d'Alexandrie. Qu'on jette un instant les yeux sur le passé, qu'on se reporte à cette école de Gnide qui était passionnée pour le détail, et on verra que l'école égyptienne la reproduisit sous une autre forme, c'est-à-dire sous la forme anatomique. A Gnide on ne disséquait pas, on cherchait les différences ou plutôt les nuances différentielles dans les signes extérieurs des maladies; à Alexandrie on se livrait à l'investigation anatomique avec le même goût pour les différences qui multipliaient les distinctions. Cette analogie entre les deux écoles est si vraie qu'Alexandrie et Gnide, pris ensemble, résument l'esprit de l'école actuelle de Paris, qui se fait remarquer à la fois par la passion du microscopisme en anatomie, et par celle non moins vive de la minutie dans les descriptions symptomatologiques.

Malgré la domination de l'esprit d'investigation d'Aristote au sein de l'école d'Alexandrie, les autres traditions n'y furent pas oubliées tout d'abord. Érasistrate et Hérophile, les chefs de cette école, alliaient à une grande sagacité et à une portée de vues d'une certaine élévation, ce goût de la recherche anatomique qui devait les conduire, surtout le second, à d'utiles découvertes. Après eux, l'anatomie seule domina, et avec elle ce que ce genre d'investigation ne peut jamais manquer de donner lorsqu'il n'est pas dominé par une pensée d'un autre ordre, c'est-à-dire l'observation du fait dans toute sa matérialité, ou, en d'autres termes, l'empirisme. Deux mots suffiront pour dire quel fut le rôle de ce principe dans l'histoire de cette époque. Il rejeta l'hypothèse, comme l'avait fait Hippocrate dans son enseignement, ainsi que dans sa critique des écoles contemporaines; mais il ne fit pas de l'observation de manière à parvenir, à l'aide d'une succession de généralités, à ces grandes idées qui posent les bases et marquent les limites d'une science. L'empirisme n'eut donc de la valeur qu'en se rapprochant de l'école de Cos; il la perdit tout entière lorsqu'il crut devoir s'en éloigner. A cause de son point de départ et de la manière dont il a compris Hippocrate, M. Renouard est loin de porter ce jugement. « Les alexandrins, dit-il, s'attaquèrent même aux principes de cette doctrine (le dogmatisme hippocratique), et prétendirent que tout ce qu'elle affirme touchant les éléments et les qualités élémentaires, les humeurs cardinales, la coction, les crises et les jours critiques, les causes occultes ou prochaines, l'essence des maladies, tout cela était faux et hypothétique. Ils rejetèrent même comme douteux, hasardeux et inutile le fameux axiome thérapeutique qui forme la base du dogmatisme (les maladies guérissent par les contraires), et ils osèrent reconstituer l'art sur de nouveaux fondements. » M. Renouard a certainement oublié, en écrivant ces lignes, qu'Hippocrate s'était montré, dans toutes ses œuvres, l'ardent antagoniste des hypothèses, que l'observation conduit sans effort au phénomène de la coction, ou au changement d'état des humeurs, qu'elle s'accorde ainsi jusqu'à un certain point avec les crises, et enfin que la théorie des contraires, loin d'être la base du dogmatisme Hippocratique, ne lui appartient nullement. Je dois ajouter aussi qu'il faut être dans une préoccupation bien vive, à l'endroit des services rendus par les empiriques, pour avancer qu'ils durent reconstituer l'art sur de nouveaux fondements. Est-ce une méthode celle qui se caractérise par l'absence de toute méthode? Constitue-t-elle un fondement, présente-t-elle quelque chose de nouveau, lorsque c'est par elle que les enfants acquièrent les premières connaissances, et que c'est elle qui sert invariablement de guide à ceux qui n'ont ni assez de raison ni assez de science pour se proposer un but et savoir se diriger vers lui?

Cet état de choses appelait en quelque sorte une conclusion. En présence du dogmatisme, d'une part, et de l'empirisme, de l'autre, le méthodisme se montra. Ce dernier système, qui eut son école dans l'Occident, au sein de la nouvelle capitale du monde, prêcha l'alliance de l'observation avec l'intervention de la pensée, du témoignage des faits avec l'action vivifiante de la raison. Dans ce qu'il eut de bon, le méthodisme revint au dogmatisme de Cos; dans ce qu'il eut de mauvais, il retomba dans les anciennes hypothèses. Néanmoins il fut utile; car il se substitua à l'empirisme, qui conduisait à grands pas la médecine à l'abaissement le plus complet et presque à se nier elle-même. Ce rapprochement n'a pas été fait par M. Renouard, dont l'esprit est certainement assez élevé pour comprendre et suivre les relations de développement qui existent en histoire entre les idées et les écoles. Cet auteur ne s'est pas aussi expliqué la fonction réelle de l'école arabe. Les Arabes ont en effet continué, sous un certain côté, l'empirisme alexandrin. Les successeurs d'Érasitrate et d'Hérophile se livrèrent au fait symptomatologique; les nouveaux empiriques, si je puis m'exprimer ainsi, se livrèrent au détail thérapeutique. Les remèdes, dans les modes variés de leur composition et de leurs effets, furent l'objet des travaux les plus importants; l'école fut caractérisée par ce genre de recherches. Et cependant M. Renouard considère ces investigations des Arabes comme un fait de l'ordre le plus secondaire; quelques lignes seulement sont consacrées à les apprécier dans un paragraphe qui commence ainsi : « La thérapeutique fit aussi quelques acquisitions intéressantes sous les médecins arabes. » J'insiste sur cette erreur ou cette négligence comme sur une prémisse qui tient essentiellement à la démonstration que je poursuis.

Voici la première période du développement médical terminée; je passe à la seconde. M. Renouard a cru devoir condamner toute cette longue période qui s'étend depuis la destruction de la bibliothèque d'Alexandrie jusqu'aux approches de la réformation à un obscurantisme à peu près absolu. De temps en temps quelques lueurs apparaissent ou à Salerne et au Mont-Cassin en Italie, ou en Espagne chez les Maures, ou dans le midi de la France à Montpellier; pâles lueurs cependant, étincelles à demi éteintes de l'enseignement grec et de la civilisation arabe. Mais je crois et je vais prouver que je n'ai pas tort d'avoir cette opinion, que si M. Renouard n'avait pas négligé cette partie si importante de son histoire, il aurait mieux jugé la situation sous le rapport de son influence sur l'avenir de la médecine, et ne serait pas tombé dans de graves erreurs sous celui non moins important du caractère scientifique des écoles, de leurs rapports avec l'antiquité. Ainsi Charlemagne, en fondant l'Université, l'organisa sur d'excellentes bases; et les hommes supérieurs qui le suivirent dans cette circonstance mémorable, s'occupèrent avec une sorte de prédilection de l'enseignement de l'art de guérir. En consultant l'HISTOIRE DE L'UNIVERSITÉ par Du Boulay, on peut se faire une idée de la force des études par le nombre et les titres des livres qu'il fallait étudier pour subir les examens : ceci se passait au neuvième siècle. Les écoles de Salerne et du Mont-Cassin remontent à une haute antiquité, le septième ou huitième siècle, puisqu'elles avaient un grand renom du temps des croisades; la première surtout s'est livrée d'une manière particulière à l'influence des lieux et du régime sur l'homme en santé ou en maladie, ce qui est une preuve directe des rapports étroits qui existaient entre elle et l'antiquité. Placée comme elle l'est à quelques lieues de la mer d'Ionie, et sur la lisière de la grande Grèce où enseigna Pythagore, la tradition et les événements ultérieurs ont dû la faire héritière, sous un certain rapport, de la science de l'Orient. Pourquoi M. Renouard ne fait-il pas suffisamment ressortir le caractère qui continue cette coordination si nécessaire dans l'histoire pour arriver à une juste conclusion? Pour en finir avec les écoles, il faut se rappeler combien était élevée la civilisation du midi de la France pendant les perturbations qui ont agité la fin de la période romaine et les premiers siècles de la monarchie. Narbonne, Toulouse et Bordeaux étaient riches en orateurs, en poëtes, en grammai-

(1) TRAITÉ DE L'ANCIENNE MÉDECINE, Littré, 1er vol., p. 599.

riens et en philosophes. Quand Montpellier fut fondé, cette ville dut recevoir un peu de cette première influence; et si on y joint celle qui dut lui venir de l'Université de Charlemagne, d'où les élèves partaient pour aller étudier à Salerne, et des communications nombreuses que les croisades entretenaient avec l'Italie, on n'a plus aucun doute sur la véritable source où cette école puisa. Ainsi, d'un côté le spiritualisme chrétien et de l'autre le dogmatisme grec, celui-ci pris à l'école de Salerne et l'autre dans l'enseignement clérical de Paris, voilà les données qui dessinent, si je ne me trompe, l'expression de l'école vitaliste de Montpellier. M. Renouard ne s'occupe en rien de ces détails, si ce n'est pour dire que les médecins d'Italie et de France ne savaient, même au quatorzième siècle, que suivre timidement les traces des Arabes. Ceci implique l'influence des Arabes sur la civilisation médicale de l'Occident. Cette influence n'a été qu'accessoire, et ce qui le prouve, ce sont des faits authentiques. Ainsi, d'après des témoignages positifs, rapportés par Astruc dans son HISTOIRE DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER, cette Université doit si peu sa fondation aux Maures d'Espagne, qu'elle existait déjà avant Avicenne et Averroez, et qu'elle a fourni même un livre de critique dirigé contre les idées de ce dernier médecin pendant qu'il enseignait à Cordoue. Mais ce n'est pas tout, au point de vue des idées qui dominaient alors l'Occident : Abeilard enseignait la philosophie dans le onzième siècle, saint Thomas d'Aquin consolidait les bases de la scolastique dans le cours du treizième; et depuis Charlemagne jusqu'à ce dernier penseur, les écoles conventuelles ou cléricales portaient leur tribut à cette grande pensée qui a successivement organisé la France et groupé les populations sous le dogme conservateur de l'unité. Il y avait des recherches à faire sur cette période, longues et pénibles sans doute, mais utiles et même fécondes, qui auraient donné la portée de la réaction philosophique qui se manifesta à l'époque de la réformation. Ces recherches auraient conduit surtout à comprendre que le dogmatisme ancien avait trouvé protection dans cette croyance spiritualiste qui avait proclamé la supériorité de la théologie sur la philosophie : *Philosophia est ancilla theologiæ*, que les idées, loin de rebrousser chemin, s'étaient développées sous une nouvelle forme, enfin que la science n'était pas restée scellée au fond d'un sépulcre, pendant cette série de siècles, pour ressusciter après un si long sommeil. C'était ainsi qu'il fallait étudier et comprendre l'histoire pour ne négliger aucun des termes essentiels du problème; préoccupé sans doute par la haute portée scientifique de la majestueuse école d'Alexandrie, M. Renouard ne l'a pas fait.

Nous voici arrivés en pleine critique. La philosophie veut secouer le joug des croyances pour les soumettre à la vérification de la raison. Parmi les philosophes, les uns restent partisans de l'exercice ou plutôt de l'intervention de la raison dans l'appréciation des faits ou l'explication des phénomènes; les autres, plus courageux et plus pénétrés du nouvel esprit du siècle, proclament que l'intelligence n'est qu'un obéissant secrétaire qui s'empresse d'enregistrer tout ce qui entre par la porte des sens. C'était n'invoquer que l'observation étroitement matérielle, que l'empirisme le plus grossier. Cependant cette opinion eût beaucoup de partisans, autant au point de vue de la foi religieuse que de la science. Dans le premier cas, on ne croyait pas à la présence réelle parce qu'on ne voyait pas réellement; dans le second, on ne voulait croire que ce qu'on pourrait voir. Pendant ce temps, Van Helmont, Stahl et une dynastie de médecins qui s'étendent jusqu'en Allemagne et se continuent dans le midi de la France jusqu'à Barthez, défendaient le dogmatisme ancien avec les modifications que lui avait fait subir le spiritualisme moderne. La doctrine d'Hippocrate et la philosophie de Platon, les idées du moyen âge avec leur épuration sous l'influence des travaux des profonds penseurs de l'époque, voilà ce qui caractérisait l'école de Montpellier, qui représentait alors la résistance comme elle la représente encore aujourd'hui. Les médecins de l'opposition, au contraire, continuaient les Arabes en revenant à la thérapeutique par les voies détournées de l'alchimie, et à l'antiquité du temps d'Aristote en se livrant aux recherches anatomiques : c'était tendre par deux chemins au rétablissement du vieil empirisme, ce qui se trouvait en parfaite harmonie avec le sensualisme si courageusement enseigné et si ardemment défendu. Ce serait ici la place de relever les erreurs d'appréciation de M. Renouard, autant dans ses jugements sur le caractère scientifique du siècle que sur les propositions philosophiques qu'il combat; mais ce serait porter trop loin les limites de cet article : il vaut mieux attaquer droit la principale proposition. M. Renouard ne veut pas du rationalisme; il égare. Toutefois, il reconnaît que cette double opération par laquelle l'esprit se dirige dans la recherche de la vérité, c'est-à-dire l'analyse et la synthèse, il reconnaît, dis-je, que cette manière de procéder est bonne. Or il est facile de prouver que si on n'admet pas le rationalisme ou le dogmatisme, ce qui ne condamne nullement l'intervention des sens comme moyen d'analyse, la synthèse devient une impossibilité dans les termes, car elle est impraticable dans l'exécution. Qu'est-ce, en effet, que la synthèse dans le but qu'elle est destinée à atteindre? N'est-ce pas l'expression la plus élevée, la plus philosophique, enfin la dernière à laquelle tout aboutit et qui résume tout? N'est-ce pas dans Hippocrate, par exemple, le terme auquel elle parvient en reconnaissant un *quid divinum*, un inconnu dans les phénomènes de l'économie après la série ascendante d'observations et d'inductions faites sur les conditions variées de la substance vivante? Enfin ne parvient-on pas, par l'échelle inductive de la synthèse, à poser ce dernier terme qui constitue l'idée mère ou le point culminant de la doctrine? C'est évident pour tout le monde. Eh bien! il est impossible, quand on procède avec l'analyse et qu'on classe les éléments de ce travail pour les faire servir d'échelle afin d'atteindre à un but plus ou moins élevé, de ne pas affirmer quelque chose en soi, et de ne pas songer à cette conclusion dernière, même avant de l'avoir vérifiée. Il n'y a pas, il ne peut pas y avoir d'exemple que, dans des recherches de cette nature, on ait commencé par le doute. Quand le doute était invoqué, c'était par un procédé hypothétique qui ne pouvait en aucun cas isoler le philosophe de la pensée qu'il se proposait de conquérir par la synthèse : témoin Descartes, qui est obligé d'affirmer qu'il pense pour se prouver à lui-même qu'il *existe*, c'est-à-dire adopter de confiance le plus pour se démontrer le moins. A résumer donc, on ne fait jamais de l'analyse sans s'associer à une idée, sans marcher vers un but, ce qui se réduit à dire la chose la plus simple du monde, qu'on ne se met jamais en route sans savoir où l'on va, excepté qu'on n'ait la prétention de n'arriver nulle part.

Si M. Renouard s'était bien expliqué pourquoi Barthez, ce défenseur du vitalisme médical, défendait aussi l'analyse et la synthèse; si, en reconnaissant cette alliance du passé avec le présent, il était remonté par la chaîne des âges jusqu'à l'anneau qui relie notre siècle avec celui d'Hippocrate; si enfin au lieu d'ouvrir des lacunes il les avait comblées pour ne rien interrompre dans l'enchaînement des idées et pouvoir se rendre compte de leurs transformations depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nous, si M. Renouard avait été fidèle à cette manière de procéder, il aurait vu que nous cherchons un nouveau méthodisme comme la civilisation romaine en a trouvé un; il aurait reconnu que notre tendance inévitable, c'est l'analyse, c'est la recherche par la voie logique de l'observation enfermée dans les limites d'un dogmatisme qui, jusqu'à présent du moins, ne paraît pas devoir être très-différent de celui qui nous a été légué par nos ancêtres de l'antiquité médicale. Au lieu de cela, M. Renouard prêche l'empirisme raisonné, et le donne comme un résultat inévitable de son histoire : je ne dis pas de l'histoire. Mais enfin qu'est-ce que l'empirisme raisonné? Cela s'appelle tout simplement, si on veut me permettre cette expression, du protestantisme médical. En faisant de l'empirisme avec l'analyse seule, on ferait du sensualisme, et M. Renouard ne le veut pas; en raisonnant cet empirisme au moyen de l'analyse et de la synthèse, on ferait inévitablement du dogmatisme, et M. Renouard veut l'éviter; reste donc cette méthode personnelle qui consiste à raisonner comme bon vous semble et à se faire une croyance qui s'appelle de l'empirisme fécondé par des explications qu'on admet et qu'on formule comme chacun l'entend. On peut voir sans prolonger davantage la discussion où peuvent conduire de tels principes : certainement ce n'est ni à l'avancement, ni à l'organisation de la science, ni même à la dignité de l'esprit médical.

Je ne sais si je me suis laissé entraîner trop loin dans cette critique un peu longue; mais il s'agissait d'une question de doctrine, d'une question fondamentale; et, à mon point de vue, une doctrine est une foi. Cela explique la réfutation détaillée que j'ai cru devoir entreprendre, et dans laquelle je crois être parvenu à montrer comment on doit concevoir notre histoire si on veut arriver à la vérité. Cependant, malgré mon jugement sur les tendances philosophiques du livre, je dois dire qu'il peut être et qu'il sera même très-utile. Son auteur est un médecin habile, un esprit droit et consciencieux. Si, dans son style toujours net et clair, on voit qu'il dérive souvent pour s'égarer bientôt, on y reconnaît à chaque instant les traces de la conviction la plus profonde. Cette clarté, cette netteté, brillent surtout dans l'exposé des services que les différentes écoles ont rendus à la pratique de l'art. Là, l'auteur montre un beau talent d'analyse, et se fait remarquer par des appréciations aussi justes que mesurées. Ces pages, et elles sont nombreuses, seront lues avec beaucoup de fruit par le praticien. Je bornerais là ce que j'aurais à dire sur l'ouvrage consciencieusement pensé et nettement écrit de M. Renouard, si je n'avais pas une observation à lui adresser. Il dit à la fin de son deuxième volume : « Mais, quoi qu'il arrive, le premier, chez les modernes, j'aurai réhabilité le nom de la grande école empirique d'Alexandrie. » L'auteur de cet article a déjà poursuivi cette réhabilitation, qu'il croit d'ailleurs avoir poussée trop loin, dans un travail publié en 1839 dans la GAZETTE MÉDICALE, sur l'école égyptienne et sur Erasistrate et Hérophile, ses deux illustres fondateurs.

Dr ED. CARRIÈRE.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION DE L'ACADÉMIE. — MODE DE TRANSMISSION. — VOTE.

L'Académie a voté sur la conclusion relative au mode de transmission de la peste. Cette quatrième conclusion et celle qui la précède (transmissibilité de la peste) correspondent aux douzième, treizième, quatorzième, quinzième, seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingt-deuxième, vingt-troisième, vingt-quatrième, vingt-cinquième, vingt-sixième, vingt-septième et vingt-huitième propositions des anciennes conclusions. Dans la partie du rapport qui avait trait à ces conclusions, M. le rapporteur s'exprimait ainsi : « C'est là, Messieurs, la plus capitale des questions que l'Académie doit résoudre; la solution est-elle affirmative, c'est le maintien du système sanitaire; est-elle négative, c'est la condamnation des lazarets et des quarantaines. » C'était assez dire qu'on sentait toute l'importance de ces conclusions et qu'on était disposé d'avance à ne faire sur ce point aucune concession. Aussi, malgré la vive opposition qu'ont soulevée ces propositions dans la discussion générale, malgré les nombreuses et pressantes objections qui y ont été faites, la commission a maintenu ses doctrines dans leur intégrité, et dans ses deux nouvelles propositions sur la transmissibilité et sur les modes de transmission de la peste, elle n'a fait que reproduire sous une forme plus concise les mêmes faits et les mêmes déductions. Comme c'est là, en définitive, le point pivotal de tout le rapport, on nous permettra de revenir encore une fois sur ces propositions tant débattues et que nous avons vues avec regret reproduites dans les mêmes termes à peu près dans la nouvelle rédaction, et avec plus de regret encore, adoptées presque sans modification par l'Académie.

L'Académie, en adoptant dans la précédente séance les trois premières conclusions, a tranché deux questions sur trois, sans les résoudre, la question relative aux lieux où naît spontanément la peste et celle qui consacre une distinction non suffisamment motivée entre la peste épidémique et la peste sporadique, l'une transmissible, l'autre non susceptible de se transmettre, au dire de la commission. En votant aujourd'hui les trois premiers paragraphes de la quatrième conclusion, elle a commis, à notre avis, une faute plus grave encore, elle a en quelque sorte sanctionné, par son autorité, une hypothèse qui ne repose sur aucun fondement solide et dont le moindre inconvénient est d'établir entre les divers modes de transmissibilité des maladies une distinction qui n'est au fond qu'une véritable subtilité. Dans son parti pris de repousser l'idée et jusqu'au mot même de *contagion*, mot consacré dans la science et qui exprime si bien le fait de la transmission d'une maladie d'un individu à un autre, pour lui substituer l'idée et l'expression beaucoup moins nettes et moins précises de l'infection miasmatique, la commission n'a pas pris garde, elle qui affecte une si grande rigueur dans l'appréciation des faits, et un si superbe dédain pour les théories, qu'elle préjugeait ainsi le mode de transmissibilité, qu'elle substituait une hypothèse à un fait.

Comment la commission entend-elle qu'une maladie qui se transmet par les miasmes exhalés des corps des malades n'est point une maladie contagieuse, qu'une maladie qui se communique à distance ne se communique point par le contact? « Les faits prouvent, dit M. le rapporteur, que des individus mis en rapport avec des pestiférés contractent la peste. Nous sommes certains de ce fait; mais du moment où la maladie est transmissible à distance et par l'exhalation miasmatique, il devient impossible de savoir si le contact a influé ou non sur la communication de la maladie, car les miasmes ont pu suffire. » Mais de quelle manière M. le rapporteur entend-il donc qu'agit le contact? Comment! les émanations d'un pestiféré donneront la maladie, et le contact immédiat ne la donnera pas? La puissance qu'auront les miasmes exhalés du corps des malades à distance, ils ne l'auront plus quand deux individus seront en contact. Qu'est-ce donc que le rapport établi entre deux personnes placées à proximité suffisante pour que leurs émanations, leurs effluves corporels se communiquent, si ce n'est un contact médiat par l'intermédiaire de l'air? et quelle différence peut-on faire de ce contact avec le contact immédiat, si ce n'est du moins au plus? Ne semblerait-il pas plutôt que ce fût une proposition inverse qu'il fallût énoncer, et dire que non-seulement la maladie se propage par le contact, mais qu'elle se propage encore à distance et par l'intermédiaire de l'air? Mais la commission en énonçant sa proposition, a voulu donner à entendre que ce n'était que par l'absorption pulmonaire que se communiquait la maladie et non par l'absorption cutanée. Quelle preuve en a-t-elle donnée? Par quelles expériences, par quels faits précis et concluants a-t-elle établi qu'il en fût ainsi? Comment a-t-elle pu distinguer que l'absorption pulmonaire était seule en cause, et que l'absorption cutanée ne fût pour rien dans la transmission de la peste? Si, à défaut de preuves directes, elle eût un peu moins dédaigné l'analogie, elle se serait rappelé qu'il est des maladies qui se communiquent par le seul contact immédiat d'une ou de plusieurs parties du corps ou par inoculation; ce n'est assurément pas de cette manière que se communique la peste; qu'il en est d'autres qui se communiquent tout à la fois par le contact médiat ou par l'exhalation miasmatique et par le contact immédiat, c'est-à-dire par l'absorption pulmonaire et par l'absorption cutanée en même temps, c'est-à-dire par le corps tout entier, ce qui est en définitive le mode commun de communication de la plupart des maladies contagieuses, épidémiques ou non; et de ce rapprochement, elle eût peut-être tiré quelques lumières pour reconnaître le mode de transmissibilité de la peste, puisqu'elle s'est cru obligée d'émettre à cet égard une opinion. Mais cette détermination n'était pas indispensable pour l'objet que devait avoir en vue la commission, et mieux eût valu qu'elle s'en abstînt. Nous avons dit dans le commencement de cette discussion, et nous le répéterons ici : Que la peste soit transmissible par contagion directe ou par infection, par contact d'individu ou par émanation de miasmes, cela ne modifie en aucune façon le caractère fondamental du fait qu'il s'agissait de mettre en relief, la *contagion de la peste*.

On comprendrait difficilement les subtilités dans lesquelles s'est laissé entraîner la commission, si tout cela ne s'expliquait par un mot : la commission *n'est point contagioniste*. N'est-ce pas en effet l'impression première qui était résultée pour tout le monde de la première lecture du rapport? Cela n'est-il pas ressorti d'une manière évidente, lors de la discussion générale, des révélations quelque peu indiscrètes de M. Dubois (d'Amiens) sur ce qui s'était passé dans le sein de la commission quand il s'est agi d'arrêter les termes du rapport? Forcée en quelque sorte par l'évidence des faits, qu'a fait alors la commission? Elle a donné le change sur leur véritable signification. Ayant bien garde de prononcer le mot de contagion, soit dans le rapport, soit dans les conclusions, elle reconnaît néanmoins que la peste est transmissible; mais elle a hâte d'ajouter qu'elle n'est transmissible qu'à

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les congrès scientifiques. Les *free-traders* del a science. Le congrès de Marseille. — L'association britannique et l'entente cordiale. Mauvais compliment. — Ignoble signalement d'un prince. Fautes d'un chirurgien Inconvénients du strabisme. — Insensibilité magnétique. Plumitif chirurgical d'un avoué. — Compérage médical. — L'Académie de médecine et la générosité du Grand-Turc. — Vues thérapeutiques sur la jalousie des médecins. — Règlements de compte.

— Les congrès scientifiques se multiplient avec une fécondité qui fait le plus grand honneur au zèle des savants. La France, l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, se donnent à la fois ce louable passe-temps. Il n'est pas jusqu'à la ville éternelle et éternellement immobile qui ne se promette pour l'an prochain, grâce aux vues éclairées de son nouveau pontife, de faire, sous cette forme vive, un premier essai de liberté intellectuelle. Par le Saint-Esprit, si la science produisait en proportion de tout ce trémoussement, si elle accouchait seulement une fois par congrès d'une petite idée neuve, alerte et remuante, ou tout au moins d'un gros fait bien dodu, quelle mère Gigogne nous aurions! Mais hélas! certains congrès ressemblent un peu, par la force des choses plus que par la faute des adhérents, à cette sage-femme qui, dans ses démonstrations d'obstétrique, se croyait obligée de crier et de *pousser* à la manière d'une femme en couche, pour tirer en fin de compte une poupée d'un mannequin. C'est une comparaison, non une similitude, comme dirait maître Gros-René;

> Et nous aimons bien mieux, nous autres gens d'étude,
> Une comparaison qu'une similitude.

Par comparaison donc et avec toutes les réserves imaginables, nous croyons qu'il est sorti, qu'il sort et qu'il sortira toujours des congrès plus de *verba et voces* que de produits réels. Toutefois, n'exagérons rien. La GAZETTE MÉDICALE a eu plus d'une fois l'occasion de s'expliquer sur le caractère et la portée de ces grandes réunions; et tout en ne partageant pas à leur égard l'illusion commune, elle n'a jamais méconnu ni l'esprit libéral de leur institution, ni les services qu'elles peuvent rendre et ont rendus dans certaines occasions, ni l'éclat dont elles s'environnent souvent. Pour apprécier à leur juste valeur les congrès scientifiques, et ne s'exposer pas à les abaisser ou à les élever au delà du vrai, il ne faut que se rendre compte de leur origine et de leur caractère distinctif. *Les congrès sont des assemblées populaires;* ils sont aux corps savants constitués aux académies, aux sociétés, ce qu'est un club, un *meeting*, au parlement ou au conseil d'État. C'est la multitude substituée à l'élite, le choc confus des opinions

l'état épidémique, c'est-à-dire dans les conditions précisément où la transmissibilité est le plus difficile à constater ; d'un autre côté, elle fait une large part au développement spontané de la peste et à l'influence épidémique, réduisant ainsi d'autant la valeur du fait de la transmissibilité, et s'enlevant en quelque sorte par là, comme l'a justement fait remarquer M. Castel, le droit de prouver qu'elle est contagieuse. Enfin, s'agit-il de spécifier le mode de transmissibilité, elle imagine cette théorie de l'infection miasmatique que l'on connaît, et elle déclare que rien ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades, tant elle craint qu'en admettant ce dernier mode de transmission, elle ne se trouvât obligée de reconnaître la contagion.

L'une des conséquences de cet étroit système, qui semble avoir été arrêté d'avance, a été de placer la commission dans la nécessité, pour le maintenir intact, de ne s'étayer que sur les faits qui lui sont favorables, et elle devait naturellement en rencontrer beaucoup, et de repousser tous les faits contraires qui lui ont été opposés comme des faits exceptionnels ou sans authenticité. D'un autre côté, débordée par les conséquences mêmes des faits qu'elle a admis, elle n'a pu les repousser lorsqu'elles ne concordaient pas avec sa manière de voir, qu'à l'aide de ces formules du doute qui dissimulent mal la pensée réelle de la commission. D'autres fois, les faits qu'elle admet ne sont eux-mêmes que des corollaires d'autres faits qu'elle rejette. De là ces contradictions que nous avions déjà signalées dans les anciennes conclusions, contradictions qui avaient pu passer inaperçues en raison du nombre et de la confusion des propositions, mais qui sont devenues d'autant plus évidentes dans la nouvelle rédaction qu'elles y sont en quelque sorte plus condensées. Aussi n'ont-elles pas échappé cette fois à l'attention de l'Académie. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit relativement aux deux premiers paragraphes de la quatrième conclusion ; plusieurs membres ont relevé cette singulière contradiction entre deux propositions, dont l'une admet la transmissibilité de la peste par les miasmes, tandis que l'autre met en doute que le contact immédiat ait la même propriété. Une contradiction non moins flagrante a été signalée par M. Moreau entre le premier et le troisième paragraphe de la même conclusion : admettre que la peste se communique par les exhalaisons émanées du corps des malades et nier que les hardes qui ont servi aux pestiférés puissent transmettre la peste, c'est évidemment une inconséquence. De deux choses l'une : ou la peste ne se communique pas de la manière que dit la commission, ou s'il est vrai que les exhalaisons des malades aient assez de puissance pour agir à distance, pour constituer autour d'eux une sorte d'atmosphère pestilentielle, un foyer d'infection plus ou moins permanent, comment ne pas admettre que les hardes qui font corps avec l'individu ne soient point imprégnées de ces mêmes miasmes, et qu'elles n'aient pas, comme l'air, la propriété de les conserver pendant un certain temps et de les transmettre? Il n'y a point de faits qui le prouvent, dit la commission ; et lorsqu'on lui cite des faits, elle les conteste, parce qu'ils ne sont, dit-elle, ni assez probants ni assez authentiques, ou elle leur oppose des faits contraires. Mais nous l'avons déjà dit maintes fois, et c'est encore le lieu de le répéter ici, les faits négatifs ne prouvent rien en cette matière. Il n'est pas un seul des faits admis par la commission comme positifs et bien constatés auxquels on ne pût, rétorquant son argument, opposer un grand nombre de faits négatifs. Il est de la nature même des faits dont il s'agit de n'être ni fixes ni constants dans leur manifestation. Ce n'est pas ici une question de nombre ni de fréquence. Est-ce que la transmission de la maladie par les corps malades, que la commission admet comme un fait bien constaté, a lieu dans tous les cas ? La contagion est, si l'on peut ainsi dire, un fait exceptionnel ; s'il en était autrement, les populations qui voient naître la peste dans leur sein cesseraient bientôt d'exister. Si rares donc que fussent les cas de transmissibilité par les hardes, il fallait d'autant moins les dédaigner que la logique même des faits conduisait à en faire admettre la possibilité. Mais c'était là une circonstance qui touchait de trop près à la contagion.

Il y aurait fort à dire encore si l'on voulait faire ressortir l'absence de lien et de conséquence qui se fait remarquer dans le petit nombre des nouvelles conclusions. Nous aurons à nous expliquer plus tard sur la plus inexplicable de toutes les inconséquences, et on voit qu'elles sont nombreuses, celle qui ressort du rapprochement des conclusions scientifiques et des conclusions pratiques. Nous devons borner aujourd'hui nos réflexions à l'article en délibération. Eh bien ! il est regrettable, nous le répétons, que l'Académie qui a l'air d'être quelque peu fatiguée de cette longue discussion et d'avoir hâte d'en finir, ait adopté sans un plus mûr examen et avec quelques insignifiantes modifications une proposition qui tend à établir dans la science une doctrine inacceptable et qui va l'engager lorsqu'il s'agira de voter sur les conclusions pratiques dans une alternative difficile : celle de modifier ces conclusions de manière à les mettre en harmonie avec les prémisses, si elle veut se montrer conséquente, et d'engager par là gravement sa responsabilité ; ou d'accepter purement et simplement l'ensemble des propositions de la commission et de couvrir ainsi de l'autorité de son nom les nombreuses inconséquences que nous venons de signaler.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MÉCANISME DE PRODUCTION DES AFFECTIONS APPELÉES HYSTÉRIQUES ; par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg.

(Voir les numéros 22, 23, 25 et 29.)

Le fait du point de départ ovarique de certaines perturbations nerveuses plus ou moins généralisées et variables de forme, acquis et démontré par l'observation clinique, peut-il et doit-il être immédiatement converti en *principe théorique général?* Autorise-il à proclamer (comme on l'a fait pour l'utérus avec beaucoup moins de preuves expérimentales) que tout ce qui, dans l'état actuel de la science, porte le nom d'hystérie, dépend de l'excitation des nerfs ovariques ?

Les vérités expérimentales ont leurs dangers, comme les inductions purement théoriques. Ce danger, d'autant plus grand que les faits inspirent plus de confiance, consiste dans la *généralisation abusive* et souvent prématurée du principe d'interprétation qu'ils représentent. Les enseignements de l'histoire de la science doivent nous rendre extrêmement circonspect à cet égard. L'ovaire représente positivement, dans certains cas, le point de départ de la perturbation fonctionnelle qui porte le nom d'hystérie ; mais l'est-il partout toujours ? Le *spasme hystériforme* ne peut-il pas avoir quelquefois son point de départ ailleurs ? Telle est la première question que

---

de tous les étages au débat régulier et éclairé, la vulgarité donnant la main à la supériorité, la divagation au bon sens, l'homœopathie à l'allopathie. Indubitablement, ces libres ébats de la pensée ne peuvent être absolument stériles ; ils échauffent l'activité, provoquent l'émulation et communiquent aux idées un peu de la fermentation du milieu où elles s'agitent. Des esprits distingués trouvent une belle occasion de fortifier, par l'épreuve publique et la lutte, des qualités que l'isolement endort parfois. C'est enfin un noble commerce que cet échange entre savants de leurs produits intellectuels, et ce rapprochement d'hommes que le fil de la pensée unissait depuis longtemps à travers mille diversités de pays, de langage, de mœurs, d'instincts, de tendances sociales, scientifiques ou littéraires. Nous ne nions aucun de ces avantages, et nous reconnaissons qu'en certains pays où la science, faute d'organisation, s'épuise en efforts isolés, trop faibles pour donner aux idées le ressort et la puissance nécessaires (en Italie, par exemple), l'institution des congrès peut avoir sur l'avenir de la science et sur l'éducation des peuples une influence considérable ; elle pourrait avoir ce genre d'utilité, même sur un sol de liberté et d'organisation, le jour où surgirait quelqu'une de ces idées hardies et perturbatrices condamnées à passer, avant de régner, à travers l'opposition de la science officielle. Mais après avoir reconnu ces avantages conditionnels des congrès, nous n'en sommes que plus à l'aise pour contester l'importance absolue que beaucoup de personnes leur attribuent. En France et à notre époque, cette importance est singulièrement réduite. L'activité scientifique est grande : elle anime une masse énorme de population ; elle est curieuse, inquiète, entreprenante. Mais, nous le demandons, les académies, les sociétés libres, la presse, refusent-elles l'espace ou imposent-elles des entraves à son développement ? Loin de là : est-ce que nous ne voyons pas chaque jour les mille voies de publicité livrer aisément passage à toutes sortes de denrées scientifiques, d'importation ou d'exportation, sans acception d'origine ou de nature, tant ces voies sont larges, tant elles ouvrent volontiers leurs barrières libérales ? Si le principe de libre échange commence à peine à pénétrer dans l'économie politique, voilà longtemps qu'il règne en toute liberté, si l'on nous passe cette expression, dans l'économie scientifique. Les membres de nos sociétés savantes sont essentiellement *free-traders.* Ajoutons qu'il est des raisons pour lesquelles les travaux sérieux, les recherches originales aboutissent de préférence, chez nous, aux corps savants et à la presse. Là est la vraie publicité, là est le point d'intersection où se rencontrent l'intérêt du savant et l'intérêt du public ; et, quoi qu'en pensent les esprits étroits, ni les savants ne se mettent en quête de découvertes pour les confier à l'oreille de leurs amis, ni le public ne reste indifférent aux découvertes des savants. Il faut ajouter que là est le vrai contrôle et la vraie justice, précisément parce que ce terrain est ouvert à l'examen et au jugement de tous. Aussi est-ce un fait avéré qu'en général les congrès scientifiques de ce pays-ci ne sont guère gratifiés que de travaux de seconde main ; nous n'entendons pas par là des travaux d'un ordre secondaire, mais bien des reproductions, des résumés, des paraphrases, et, pour tout dire en un mot, de nouvelles éditions plus ou moins déguisées de travaux déjà mis en circulation et parfois bien vieux : c'est, pour parler comme une naïve recrue dont le fusil avait raté, *de la poudre qui a déjà servi.* On cite, il est vrai, des exceptions ; nous en connaissons nous-mêmes, mais elles sont rares, infiniment rares ; et, à les bien considérer, elles sont loin

nous avons dû nous poser en face des résultats acquis, et que nous avons dû chercher à résoudre expérimentalement, soit par nos propres recherches, soit par celles d'autrui, avant de conclure d'une manière générale.

Eh bien ! quoiqu'il reste incontestablement beaucoup à faire à cet égard, nous croyons avoir assez d'éléments de conviction pour éviter les dangers d'une idée exclusive et nécessairement trop étroite pour s'appliquer à toutes les données de l'observation clinique.

Il est un premier fait qui depuis longtemps a préoccupé tous ceux qui ont étudié l'hystérie d'une manière plus spéciale ; c'est le fait d'observation, assez rare, mais incontestable, d'accès convulsifs chez les hommes, symptomatiquement analogues aux attaques hystériques des femmes. Hoffmann rapporte un exemple remarquable de ce genre ; le voici d'après Louyer-Villermay.

Obs. IV. — Un jeune homme, âgé de 16 ans, d'une taille élevée et d'une forte constitution, doué d'un embonpoint et d'un tempérament sanguin très-prononcés, avec exubérance des forces vitales, se plaignait depuis peu de douleur vive de l'anneau inguinal, qui livre passage aux vaisseaux spermatiques ; de plus, il éprouvait, contre son gré, de violentes érections et était obsédé par des désirs lascifs. Bientôt fièvre légère, revenant chaque jour et se dissipant après quelques semaines ; la douleur de l'aine reparaît aussitôt la fièvre finie. D'autres accidents semblables à ceux de l'hystérie se manifestent ; spasmes horribles, s'étendant de la région du pubis au dos, à la région précordiale, au cœur, au larynx et même au cerveau, avec palpitations du cœur, étranglement de la gorge, gêne de la respiration, syncope, assoupissement, mouvements convulsifs des articulations. Ce paroxysme se reproduisait presque tous les mois. Du reste, l'appétit était bon et il existait une constipation rebelle aux purgatifs les plus forts ; le pouls ordinairement vif et fort étroit pendant l'accès, très-inégal et déprimé.

Après divers traitements antispasmodiques et antiépileptiques qui furent infructueux, Hoffmann conseille une saignée de 6 onces presque tous les mois, des poudres de nitrate de potasse, un régime doux. Bientôt le malade fut entièrement guéri.

Que faire des faits de ce genre ? Faut-il les assimiler à l'hystérie comme l'a fait Hoffmann ? faut-il opposer, avec Louyer-Villermay et M. Dubois, une fin de non-recevoir, et nier l'analogie qui, cependant, ne saurait être méconnue ?

Si la dénomination d'hystérie devait être exclusivement réservée aux excitations utérines ou plutôt ovariques propagées, certes alors les hommes ne pourraient pas être atteints de cette affection, car ils n'ont ni utérus ni ovaires ; mais ce n'est pas agir scientifiquement que de procéder ainsi. En effet, entre le fait rapporté par Hoffmann et l'excitation ovarique propagée, où est la différence ? Est-elle dans la forme phénoménale ? Non, puisque l'analogie est évidente. Est-elle dans l'essence de la maladie et dans le mode de production des attaques ? Encore non ; car il est évident, pour quiconque médite les détails de l'observation, que la perturbation fonctionnelle était la même que celle observée chez les hystériques, et qu'elle était de plus produite par l'excitation nerveuse des organes de la génération, absolument comme les attaques hystériques chez les femmes dont nous avons relaté les observations le furent par l'excitation de l'ovaire. La différence est donc uniquement dans le point de départ de la perturbation fonctionnelle, différence qui ne saurait détruire l'analogie, et, scientifiquement, autorisait suffisamment Hoffmann à rapprocher ce fait de l'hystérie. Qu'on ne dise pas que les faits de ce genre sont trop rares pour que l'on doive en tirer grand compte ; car un fait a toujours sa valeur propre, indépendante, de sa plus ou moins grande fréquence. Ce que nous accordons plus volontiers, c'est que l'observation de ces cas a été généralement trop superficielle ; mais certes l'assimilation scientifique de ces faits à l'hystérie est loin d'être une question à éluder par une fin de non-recevoir. Nous n'en voulons pour preuve que la divergence même des opinions à cet égard : c'est ainsi que Georget, Romberg, Gonolly, Watron, admettent chez l'homme une affection nerveuse analogue à l'hystérie ; Trotter dit avoir vu des matelots atteints d'hystérie caractérisée par la sensation de boule, les rires, les pleurs sans motifs, et par les convulsions. Je me rappelle moi-même les détails suivants, malheureusement insuffisants, sur un cas analogue qui m'a vivement frappé à l'époque où j'eus l'occasion de l'observer.

Obs. V. — Un jeune homme de 22 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux très-prononcé, excessivement excitable et mobile, ayant déjà beaucoup vécu, se fiança. Sous l'influence d'un état à peu près permanent d'exaltation morale et d'excitation physique, il fut atteint d'attaques convulsives très-fréquentes, absolument sans perte de connaissance, analogues dans leur forme aux attaques hystériques, et laissant entre elles des intervalles parfaitement libres. Ces attaques disparurent à la suite du mariage et ne se sont plus reproduites dans la suite.

Je n'ai plus assez présentes à l'esprit les sensations qui précédaient les phénomènes convulsifs pour affirmer l'existence de douleurs testiculaires ; mais chacun sait que, sous l'influence des causes auxquelles ce jeune homme était exposé, la sensibilité des organes spermatiques augmente, et cela souvent au point de se transformer en véritable douleur.

Quoi qu'il en soit, si l'on ne veut pas admettre comme prouvé le fait d'attaques convulsives hystériformes produites chez l'homme par l'excitation des organes spermatiques, on accordera du moins que la question mérite d'être examinée de nouveau, et que les recherches éloignées devront surtout avoir en vue de déterminer *expérimentalement* le point de départ des attaques comme nous l'avons fait pour l'ovaire chez les femmes.

Poursuivons. Chez les femmes elles-mêmes, les accidents spasmodiques, considérés généralement comme pathognomoniques de l'hystérie, peuvent se développer sous l'influence de causes excitantes siégeant ailleurs que dans les ovaires. Voici un fait assez remarquable qui le prouve.

Obs. V. — Une fille âgée de 29 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, entra à la Clinique médicale le 23 janvier 1845 ; elle était atteinte depuis trois semaines d'une affection inflammatoire, occupant très-probablement le tissu cellulaire rétro-péritonéal du flanc droit. En effet, dès son entrée, on avait constaté les phénomènes suivants : décubitus dorsal ; pouls fréquent et fort ; peau chaude ; soif ; langue large et humide ; abdomen indolent partout, à l'exception du flanc droit. Cette région, jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque, est excessivement sensible à la pression ; à la percussion elle donne un son mat qui ne se continue pas avec la matité hépatique, et cesse à la partie supérieure de la fosse iliaque. La palpation distingue une tuméfaction diffuse et profonde, une réaction anormale, limitée au flanc et s'étendant en dedans vers la région ombilicale. Douleurs spontanées très-vives par intervalles, augmentant par la respiration, la toux et tous les efforts ; de plus, douleurs dans la cuisse droite, impossibilité de la fléchir vers le bassin. Les muscles antérieurs sont paralysés ; insensibilité tactile complète de la peau de la face antérieure de la cuisse, et cependant la malade y ressent des élancements douloureux.

Un traitement antiphlogistique très-actif, des sangsues en grand nombre, des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation, des cataplasmes émollients,

---

de déposer contre la thèse que nous soutenons, car, d'une part, rien n'indique qu'elles ne devaient et ne pouvaient éclore que dans un congrès, et, de l'autre, nous ne sachons pas qu'elles aient eu à se louer beaucoup du chemin qu'elles avaient pris pour arriver au grand jour. Nous voudrions savoir, par exemple, si un mémoire estimé sur la révision du Codex, lu au congrès de Strasbourg et cité dans le temps contre nous, a porté autant de fruits que s'il eût été immédiatement transplanté en terre académique et confié aux soins et à l'étude des rédacteurs officiels du Codex. Un congrès est en ce moment ouvert à Marseille : les lumières n'y manquent pas ; l'ardeur méridionale y circule. Quelle clarté cependant a-t-il jusqu'ici répandu sur la science ? En médecine particulièrement, quel travail vraiment original en est sorti ? N'était le bruit qu'y font les homœopathes, genre de *savants* pour lesquels les congrès semblent avoir été inventés, l'écho de ses discussions viendrait à peine jusqu'à nous, et le peu qui nous en arrive apporte plus de distraction que d'instruction réelle. Oui, nous le répétons, dans l'état actuel des choses en France, les congrès sont surtout, sinon uniquement, des espèces de jeux olympiques, des passes d'armes où chacun est libre de montrer sa force et sa dextérité, où s'engagent en effet, par intervalles, des luttes pleines d'intérêt, mais sans profit substantiel pour la science. La plupart de ceux qui s'y rendent le savent aussi bien que nous ; mais on a d'autres motifs : on va défendre et populariser ses propres idées, quand on en a. Si on a l'honneur d'être une *célébrité*, on va assister à son triomphe ; si enfin on n'est rien qu'un curieux et un obscur, on regarde les illustrations, on écoute de beaux discours ; si infime qu'on soit, on a son vote ; puis... est-ce une vérité bonne à dire ?... on va au casino le soir, et, pour finir, on dîne en belle compagnie. Au dîner, on rattrape son égalité : l'appétit nivelle les conditions. Que tous les *congressistes* mettent la main sur la conscience, et un grand nombre vont vous dire que ces différents mobiles ne sont pas sortis de toutes pièces de notre imagination perverse. Et nous n'avons pas compté l'agrément du voyage ! L'idée de placer ces sortes de réunions dans l'automne est éminemment spirituelle ; on aurait été aux eaux, on va au congrès : c'est une autre manière de se retremper.

— A propos des comptes rendus de la *réunion de l'association britannique pour l'avancement des sciences*, nous avons eu occasion de faire la même remarque désagréable que nous avait déjà suggérée, dans une de nos dernières *chroniques*, la lecture des notices publiées sur les savants devenus candidats aux élections générales. Nos savants ont du malheur. Dans une de ces notices, un professeur de Faculté était simplement un *habile homme, qui avait rendu des services aux électeurs de son arrondissement et parlait quelquefois à la chambre*. Oyez maintenant une appréciation d'un célèbre chimiste français par le président de la réunion britannique, sir Roderich Marchison. M. Marchison est en train d'énumérer les services rendus à la science par quelques-uns des membres présents. M. Forthammer a dressé la première carte géologique du Danemarck ; M. Agassiz est un grand maître en paléontologie ; M. Schœnbein a inventé une poudre à canon merveilleuse ; M. Meddendorf est un audacieux explorateur de la Sibérie ; M. Matteucci a été couronné par la Société royale de Londres pour ses belles recherches électro-physiologiques ; quant à M. Dumas... *il comprend l'entente cordiale comme son roi éclairé*. Nous ne sommes pas

diminuent peu à peu la douleur et le gonflement. La sensibilité et la motilité de la cuisse reparaissent, mais la tuméfaction diffuse et profonde persistent toujours; souvent la malade éprouvait des frissons irréguliers, de légers mouvements fébriles, qui nous faisaient craindre l'existence d'une suppuration profonde. C'est pendant cette période de l'affection que l'exploration locale nous révèle l'enchaînement phénoménal suivant. En comprimant la profondeur du flanc droit dans la direction de la tuméfaction diffuse, on fait naître une douleur assez vive, constamment suivie d'une sensation de constriction analogue à une boule remontant le long du col, et produisant des phénomènes de strangulation tout à fait analogues à ceux du spasme dit hystérique.

En continuant la pression, roidissement et tremblements légers des membres; mais jamais nous n'avons pu nous résoudre à prolonger l'expérience assez longtemps pour faire naître des convulsions généralisées chez une malade déjà affaiblie par de longues souffrances; tout semblait faire croire cependant qu'elles se seraient développées sous l'influence d'une excitation locale plus forte et plus prolongée. Les mêmes accidents se manifestaient, mais moins intenses, quand la malade se courbait un peu fortement en avant; et c'est précisément le développement spontané et fatigant de ces phénomènes dans ces circonstances qui nous conduisit à la tentative de les faire naître artificiellement. La région inférieure du ventre, et notamment les régions ovariques, étaient parfaitement indolentes; et jamais leur compression n'avait déterminé ni douleur ni spasme.

Peu à peu la sensibilité diminuant, les spasmes ne purent plus être provoqués. La malade resta dans nos salles pendant près de six mois, et sortit conservant encore un peu d'empâtement dans le flanc droit, mais du reste bien portante.

Dans le cas que nous venons de résumer, les accidents nerveux étaient un simple épiphénomène, un accident symptomatique, si l'on veut, d'une affection inflammatoire profonde du flanc droit; mais ce fait n'en est pas moins important, car il prouve que des phlegmasies du bas-ventre, n'ayant rien de commun avec la sphère génitale, peuvent donner lieu à des perturbations nerveuses analogues à celles que l'on considère comme pathognomoniques de l'hystérie. Dans ce cas, la cause organique première est tout à fait différente de ce qu'on observe le plus souvent, et dans le cas spécial que nous avons rapporté, le point de départ aussi est différent. Et cependant il y a aussi des analogies qu'il ne faut pas méconnaître : analogies non-seulement de forme dans la perturbation fonctionnelle nerveuse, mais dans le mécanisme de production du trouble nerveux. Dans les cas précédemment rapportés, c'est une excitation des ovaires, ou mieux des nerfs ovariques, qui se propage et produit réflectivement les accidents éloignés. Ici c'est une impression anormale, une excitation exercée sur les nerfs lombaires par une phlegmasie des tissus environnants, qui produit les spasmes du col par réflexion sympathique.

Quoique la matrice représente incontestablement bien moins souvent le point de départ de la perturbation fonctionnelle hystérique qu'on ne l'a dit et cru pendant longtemps, nous ne nions cependant pas, *à priori*, que des affections de cet organe ne puissent jouer le rôle de causes excitantes. Dans son compte rendu clinique, M. le professeur Romberg (de Berlin) a publié une observation qui semble démontrer l'existence d'un rapport de causalité intime entre une antéversion utérine et des accidents nerveux convulsifs. Tout le monde connaît le rôle que l'on a voulu faire jouer à la métrite chronique. Ces faits sont à reviser; car rien ne prouve que, dans les cas sur lesquels on s'appuie, l'ovaire n'ait pas été malade, personne n'ayant songé à examiner attentivement cet organe. Il ne suffit pas, chez une hystérique, de trouver la matrice inclinée, le col volumineux ou ulcéré, pour déclarer que c'est là la cause excitante de la perturbation nerveuse; il faut prouver, sinon directement, du moins par exclusion, qu'il n'existe pas d'autre point de départ. Il y a certainement beaucoup à faire pour arriver à des notions positives sur le rôle que les affections de la matrice même peuvent jouer dans la production des accidents nerveux hystériques.

Dans les cas que nous avons rapportés jusqu'à présent, l'élément partiel de la maladie, la seule cause *appréciable* et *démontrable* de la perturbation fonctionnelle nerveuse, se résume en une excitation nerveuse locale qui se propage et sans laquelle le trouble plus généralisé de l'innervation n'aurait pas de raison d'être.

Le siége de cette excitation initiale peut être *variable;* et cette première différence doit faire établir une première distinction entre les états morbides englobés symptomatiquement, ou d'après une idée étiologique préconçue, sous le nom d'hystérie.

L'excitation ovarique propagée représente la plus fréquente des affections de cette catégorie et constitue un état pathologique *distinct*, reconnaissable au lit des malades par le procédé d'exploration que nous avons indiqué. On peut conserver à cette maladie le nom d'hystérie, ou lui appliquer toute autre dénomination qui spécifie mieux l'état morbide, peu nous importe. Les pathologistes qui s'occupent de nomenclature ne seront pas embarrassés de créer un mot qui réponde à l'idée scientifique. L'essentiel pour le moment, c'est que l'idée, expérimentalement démontrée, soit admise.

La *cause éloignée* de l'excitation ovarique peut être elle-même variable. L'inflammation de l'ovaire est l'une de ces causes, comme le prouve notre première observation, comme le prouve encore un fait récemment publié par la Gazette Médicale, dans une revue clinique. L'inflammation produit nécessairement un changement dans l'état d'excitation des nerfs de l'organe enflammé, changement révélé par la douleur; mais l'excitation locale inflammatoire ne résulte pas nécessairement des troubles nerveux plus éloignés. Et de même que la pneumonie peut exister sans toux, la gastrite sans vomissement, de même aussi, et plus souvent encore, l'ovarite peut exister sans produire de spasmes hystériformes. Il en est de même de la congestion ovarique. Enfin, dans certains cas, peut-être les plus nombreux, l'excitation nerveuse locale existe sans autre cause *éloignée* appréciable, et se manifeste sous forme de sensibilité exaltée; dans ces cas, tout nous autorise à nous servir de la dénomination d'*ovaralgie* pour exprimer l'idée de l'excitation douloureuse des nerfs ovariques.

On doit distinguer de l'excitation ovarique propagée les troubles fonctionnels de l'innervation, symptomatiquement analogues, qui se développent sous l'influence d'autres excitations locales; une *investigation attentive* permettra de déterminer, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense généralement, le point de départ des accidents. Il en est des réactions convulsives des centres nerveux comme de la réaction fébrile, et, de même que les progrès de la pyrétologie ont consisté, non pas à multiplier les espèces symptomatiques déjà trop nombreuses, mais à déterminer le point de départ de l'excitation fébrile, de même le premier progrès à réaliser dans la pathologie de l'hystérie consiste à déterminer le point de départ des troubles de l'innervation motrice.

Notre but ici n'est que de réunir les premiers éléments positifs de ce travail d'avenir et de montrer la direction à suivre. Tout ce que nous voulons faire accepter, non plus comme une théorie, mais comme un fait expérimental, c'est que le spasme dit hystérique peut avoir un point de départ tout local, que le plus souvent ce point de départ est l'ovaire, mais qu'en fait d'autres

---

d'une force précisément remarquable en chimie; nous ne nous chargerions pas de fournir à M. le président la matière d'une appréciation plus complète; mais, autant que nous pouvons en juger, la haute réputation de notre compatriote laissait supposer quelque autre titre scientifique que celui de l'entente cordiale. Nous engagerions volontiers M. Dumas à mettre l'association en mesure de juger avec plus de connaissance de cause, en lui envoyant ses œuvres complètes.

— « 28 ans, taille d'un mètre 65 centim., cheveux et sourcils noirs, front étroit et bombé, yeux bruns, nez fort et long, un peu de travers, bouche moyenne, barbe noire en collier, menton rond, visage ovale, teint brun. — *Marques particulières* : La lèvre supérieure et les dents un peu avancées, ce qui est très-remarquable lorsqu'il parle; s'exprimant avec facilité, mais ayant conservé un accent étranger fort prononcé; les genoux en dedans, ce qui est fort apparent quand il marche; se tenant très-droit; *tournoiement de la prunelle gauche, mettant souvent en évidence tout le blanc de l'œil;* portant son chapeau incliné à droite et sur les yeux. »

C'est le signalement du prince Charles-Louis-Marie, infant d'Espagne, comte de Montémolin. Nous avons connu un comte de Montémolin, demeurant à Bourges, auquel le chirurgien d'un grand hôpital de Paris a pratiqué l'été dernier l'abaissement de la cataracte; c'est, du moins, ce qu'ont dit les Débats, la Presse, le Constitutionnel et autres journaux politiques dont les informations ont dû être parfaitement exactes. Nous n'avions pas eu depuis lors de nouvelles du malade, ces journaux n'ayant pas jugé à propos de faire connaître les suites de l'opération. Le signalement ci-dessus, rédigé sans la moindre notion du langage médical, nous laisse encore dans une grande perplexité. Ce que nous y voyons de plus clair, c'est que le prince louche; mais ce tournoiement fréquent de la prunelle gauche est-il l'effet d'une réascension partielle de la lentille qui forcerait le globe oculaire à se détourner pour recevoir la lumière par côté, ou d'une contraction intermittente de l'un des muscles de l'œil? Voilà ce que nous n'osons décider; un mot de l'opérateur nous tirerait d'embarras et aurait peut-être un autre genre d'utilité; car un cristallin qui boucherait en partie les pupilles ajouterait au signalement un *signe particulier* assez précieux. Que si le strabisme est d'origine purement musculaire, il est toujours fâcheux que l'habile chirurgien n'ait pas mis en usage, pendant qu'il tenait les yeux du prétendant, les moyens qu'il applique d'ordinaire avec succès à cette difformité. Nous le prévenons qu'il s'est attiré une méchante affaire avec la Quotidienne qui trouve le signalement *ignoble*. Il dépendait de lui d'adoucir le portrait : pourquoi ne l'a-t-il pas fait? Les conséquences pouvaient en être immenses. Si le nez de Cléopâtre eût été plus court, toute la face de la terre aurait changé, dit Pascal. Qui sait l'influence qu'aurait produite le redressement des yeux de M. de Montémolin sur ces demoiselles de l'Escurial? Les yeux droits auraient fait passer les jambes cagneuses et le nez de travers. Le moyen maintenant d'accepter un amoureux disgracié des pieds à la tête!

— Le Phare de la Manche raconte les détails d'une opération fort grave (extraction de glandes au cou) pratiquée sans douleur, en présence de plus de cinquante témoins, par le docteur Loysel, assisté du docteur Gibon, sur une de-

excitations nerveuses locales peuvent produire des accidents analogues (1), qu'enfin le *mode de production* des accidents nerveux, tel que nous l'avons conçu et expérimentalement démontré pour certains cas, n'a rien d'étrange, qu'il est au contraire l'expression d'une loi générale de dynamique nerveuse, loi que Marshall Hall et Müller ont érigée en principe d'interprétation d'une foule de faits physiologiques et pathologiques.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Tout récemment encore j'ai observé une névralgie de la cinquième paire accompagnée de convulsions avec perte de connaissance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR CERTAINS ANÉVRISMES SANS OPÉRATION SANGLANTE, A L'AIDE DE LA GALVANO-PUNCTURE; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'école de médecine de la même ville, etc.

(Suite. — Voy. le n° 38.)

Je m'apprêtais à mettre à profit toutes ces recherches, n'attendant qu'une occasion favorable pour en faire l'application, lorsque j'appris qu'elles venaient de trouver une brillante confirmation dans la belle observation du docteur L. Ciniselli, chirurgien de l'hôpital de Crémone. Enhardi par mon exemple à répéter mes expériences, il avait réussi à guérir un anévrisme volumineux de l'artère poplitée, en se conformant aux conditions du procédé opératoire tel que je l'ai formulé.

ANÉVRISME SPONTANÉ DE L'ARTÈRE POPLITÉE; GUÉRISON PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

OBS. IV. — C. A., d'une constitution robuste et d'une haute stature, avait vécu exempt de maladies graves jusqu'à l'âge de 70 ans, lorsqu'en octobre 1845 il s'aperçut d'une tumeur pulsative dans le creux poplité droit. Les rapides progrès du mal rendirent bientôt la marche difficile et douloureuse, au point que, dans le mois de décembre, il se bornait à quelque pas dans la chambre. En janvier 1846, il fut admis à l'hôpital de Crémone. Je reconnus qu'il s'agissait d'un anévrisme poplité du volume d'un gros œuf d'oie; il occupait toute cette région, battait fortement en tout sens et se flétrissait par la compression de l'artère fémorale. Le nerf poplité interne était étendu en dedans de la tumeur, entre elle et les tendons des muscles fléchisseurs. La pression qu'exerçait l'anévrisme sur la face postérieure du genou s'opposait à l'extension complète de la jambe. La capsule articulaire apparaissait tuméfiée sur les côtés; les pulsations se propageaient jusqu'à elle et à la rotule. Je ne pus constater les pulsations artérielles au-dessous de la tumeur, ni à la jambe ni au pied; mais on ne pouvait les sentir non plus sur le membre gauche, bien que l'artère poplitée y battit plus fortement que de coutume; les deux membres inférieurs étaient parsemés de varices et couverts d'un tégument aride, portant des traces d'anciens ulcères. De tout cela, je jugeai qu'on s'exposerait à trop de dangers en opérant par la ligature de la crurale, et je voulus tenter la compression de la tumeur, en aidant son action de celle des astringents. Mais l'indocilité du malade me força à renoncer à ma tentative, à peine commencée.

Je venais de lire les recherches nouvelles de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN (t. IV, n° 52) avait extraites de ses MÉLANGES DE CHIRURGIE (in-8°, 1845), où l'on voit que l'auteur a fait l'expérience de provoquer la coagulation du sang dans certains anévrismes, à l'aide de l'électricité transmise au moyen d'aiguilles, et cela avec succès, dans un cas notamment d'anévrisme de l'artère temporale.

Bien que M. Pétrequin ne cache pas les difficultés d'application de sa méthode pour les grands anévrismes, et que, dans ce cas, j'eusse aussi une confiance restreinte en ce nouveau moyen, je voulus cependant en faire l'essai, afin d'apprécier sa juste valeur, jugeant d'ailleurs que, lors même que je ne réussirais pas, j'aurais avec ce procédé le grand avantage de ne point aggraver la position du malade. Je m'y préparai donc le 22 janvier, ainsi qu'il suit :

Le malade fut couché sur le flanc droit et le compresseur placé au haut de la cuisse; je fis pénétrer dans la tumeur, à 35 ou 40 millimètres, quatre aiguilles d'acier très-fines, d'une longueur de 56 millimètres. J'en disposai deux en dedans, sur une ligne verticale, à une distance de 22 millimètres, avec le soin d'éviter les troncs et les branches des deux saphènes, et je les piquai obliquement de haut en bas; je fis pénétrer les deux autres en dehors, sur une ligne parallèle à la première, et à égale distance entre elles, mais un peu plus bas et dans une direction opposée, de manière que, dans la tumeur, elles se croisaient sans se toucher (1). Cela fait, je serrai le compresseur sur la crurale, mais seulement assez pour empêcher les battements artériels, sans flétrir la tumeur; je crois cette précaution nécessaire pour former un caillot plus volumineux et faciliter le succès de l'opération. J'approchai alors une pile à colonnes préparée à l'instant même, composée de vingt et un couples de lames carrées, en cuivre et en zinc, de 93 millimètres de côté. On employa pour conducteur humide la couche ordinaire d'étoffe imbibée d'une solution saturée de sel commun. Au moyen de deux fils d'argent, d'un demi-millimètre de diamètre, tenus avec les doigts nus, mais bien secs, le courant électrique fut bientôt mis en action à travers deux épingles ; mais, comme il paraissait trop faible, après trois minutes, on éleva à trente le nombre des couples et l'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq minutes. Avec chacun des pôles, on touchait une seule aiguille à la fois ; mais toutes les deux ou trois minutes on changeait le contact d'un ou des deux pôles, et chacune des aiguilles fut touchée successivement par les deux pôles, de manière que le courant fut dirigé en tous sens, dans le but d'obtenir dans la tumeur des filaments fibrineux qui interrompissent la coagulation (2). Chaque nouveau contact des pôles avec les épingles occasionnait d'abord de la cuisson dans la tumeur, puis des contractions dans les muscles du mollet, et une sorte de secousse sous la plante des pieds. Aussi le malade fut-il très-agité, fit-il sans cesse remuer le compresseur, et souvent reparaître les battements dans la tumeur, nous enlevant ainsi le peu d'espoir que nous avions dans la réussite. Pour remédier à cet accident fâcheux, je voulais prolonger l'applica-

(1) « Dans une expérience à découvert sur le sang, on voyait le caillot se for- » mer autour des épingles, et surtout lorsqu'elles étaient en contact ; le phéno- » mène était plus actif quand on les plaçait en croix ; la conséquence est donc » qu'il convient d'imiter cette disposition, et qu'il faudra multiplier les sources » du caillot quand le sac anévrismatique sera volumineux, de manière que les » noyaux formés en divers sens et en plusieurs points finissent aisément par se » confondre en un coagulum commun. » (Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 289.)

(2) « Il convient, pour mieux coaguler le sang, de débuter de suite par un bon » nombre de couples, et de procéder par progressions rapides, si les premiers » efforts sont incomplets. On peut avec avantage *changer plusieurs fois*, comme » je l'ai fait, *la direction des courants galvaniques.* » (Pétrequin, MÉL. DE CHIR., p. 290.)

---

moiselle préalablement plongée dans le sommeil magnétique. Nous ne prétendons pas chicaner sur ce fait, que nous n'avons aucune raison personnelle de nier ou d'affirmer, mais seulement signaler une particularité assez curieuse. Parmi les témoins se trouvaient trois médecins, dont un est resté parfaitement étranger à l'opération. Par qui croyez-vous qu'a été rédigé le procès-verbal ? Par un avoué, lequel, dit le récit du PHARE, « a tenu la plume pendant toute la durée de l'opération pour en consigner les détails. » *Il fallait un géomètre ; ce fut un danseur qui l'obtint.* Nous aurions cru dès lors rencontrer dans le procès-verbal un style de circonstance, quelque chose comme ceci : « Louis-Philippe, roi des Français, à tous présents et à venir, etc.... M. Loysel, ayant coupé la peau avec un outil pointu dit bistouri, depuis la fossette du menton jusqu'à la salière de la poitrine, on découvre d'abord un tissu rougeâtre d'où le sang coule en abondance ; puis, plus profondément, de petits fils blancs qui s'entre-croisent de mille manières, etc. » Mais bien au contraire, il paraît que le disciple de Merlin est des plus forts en anatomie ; la description des divers temps de l'opération et des parties mises à découvert est digne de Boyer, et le plumitif est irréprochable. Ces hommes de loi sont capables de tout.

— Si l'on avait de la disposition à la vanité, on aurait des raisons de se permettre cette faiblesse, en compagnie d'Alexandre le Grand. Quoi de plus flatteur qu'une lettre comme celle-ci, écrite en belle coulante sur papier glacé (l'orthographe n'y fait rien) ?

Monsieur, je viens vous faire *pards* de l'agrandissement de mon cabinet, dans l'espérance que vous voudrez bien un jour m'honorer (m'honorer !) d'une visite... Je serais, monsieur, d'autant plus flatté, que vos talents et vos connaissances (nos talents, nos connaissances !) me sont un sûr garant que mes avis ne *pourront m'êtres* que bienveillants. A. (de Nevers).

Pour une lettre pareille, le bourgeois gentilhomme aurait donné tout son or, et la bourse par-dessus; mais on a de la modestie, et on veut bien ne pas se glorifier. Il y a encore une autre raison : c'est que tous les médecins de Paris ont reçu une invitation absolument semblable.

— Le compérage est fort à la mode aujourd'hui, même entre médecins : *chacun sait ça.* Le procédé varie beaucoup de la rue des Francs-Bourgeois à Nanterre, des régions du camphre à celles de la médecine hippocratique. En voici un qui n'est pas nouveau, mais que nous n'avons pas encore eu l'occasion de signaler : il consiste à mettre la publication de ses merveilles sous la responsabilité d'un docteur en médecine. « Ayant connu plusieurs cures de *malades de la poitrine* (ce diagnostic est un peu lâche, pour un docteur), obtenus par M. Trirat de Malemort, je crois, *dans l'intérêt général* (la charité est grande), devoir rendre publique la guérison extraordinaire que vient d'obtenir ce médecin sur madame Lambert, une de mes clientes, affectée d'asthme suffoquant depuis neuf ans, et que deux professeurs de la Faculté de médecine *et moi* (louable franchise) nous avions jugée incurable. » Signé : docteur L..., rue des Boucheries-Saint-Germain.

— L'Académie de médecine a été bien heureuse le jour où elle a pris posses-

tion de l'électricité; mais l'impatience de l'opéré ne me le permit pas. On enleva donc les épingles, qui opposèrent quelque résistance, à cause de leur oxydation, et bien que le compresseur agît encore assez fortement pour empêcher toute pulsation dans la tumeur, on enveloppa celle-ci dans un vessie remplie de glace (1). Le malade, d'une indocilité extraordinaire, ne voulut plus conserver le compresseur, que j'aurais désiré laisser à demeure pour mieux assurer la coagulation du sang. La glace fut continuée pendant six heures, au bout desquelles l'anévrisme offrit des pulsations comme auparavant, et je crus que l'opération n'aurait aucun effet.

Le 23 au matin, les battements se maintenaient avec la même force; je remarquai pourtant qu'en comprimant la crurale, la tumeur ne se flétrissait plus comme auparavant, et qu'elle diminuait peu de volume. A midi, vingt-quatre heures après la galvano-puncture, il n'y avait plus de battements; l'opéré sortit même de son lit et fit quelques pas dans la chambre, mais en ressentant encore un léger engourdissement dans la jambe.

Les jours suivants, la tumeur diminua peu à peu de volume et devint plus dense; les dépressions latérales du genou se dessinèrent, l'engourdissement disparut, l'extension de la jambe put être complète; la marche devint libre et il ne resta qu'un léger sentiment de pesanteur au pied, qu'on pouvait attribuer au tiraillement du nerf poplité interne.

Le 29 janvier, le sieur C..., très-content de sa guérison inespérée, ne put plus être retenu à l'hôpital.

L'importance de ce fait n'a pas besoin de commentaires; on doit désirer que la galvano-puncture soit expérimentée dans la cure des anévrismes avant de recourir à aucun autre moyen, car nous n'en connaissons aucun qui réunisse d'aussi grands avantages. Les observations multipliées en feront mieux encore apprécier la valeur.

Si l'on considère qu'ici la tumeur redevint plusieurs fois pulsative pendant l'opération, on a lieu d'espérer que la nouvelle méthode de M. Pétrequin pourra réussir même dans quelques cas où la position de l'anévrisme ne permet pas d'y arrêter le cours du sang. Et si la coagulation s'opère parfois spontanément dans ces foyers anévrismatiques, pourquoi ne pourrions-nous pas espérer la produire sous l'influence d'un agent qui s'est déjà montré si efficace à cet effet? Dans le cas précité, le coagulum a été commencé sans doute pendant l'application de l'électricité; mais il est évident qu'il ne s'est complété que plus tard, et cela malgré les secousses que le sang éprouvait dans le sac; il appartient à l'expérience d'établir si la coagulation peut commencer sous l'influence de l'électricité, sans que le liquide sanguin soit rendu stagnant par la compression du vaisseau affecté.

(Extrait de la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, février 1846.)

On revit le malade le 28 février, la tumeur était réduite au volume d'un œuf de poule; elle devenait de plus en plus dure. M. Miquel, rédacteur du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, ajoute les réflexions suivantes :

« Cette observation est bien faite pour montrer tout l'avenir qu'est en droit d'espérer par sa méthode le chirurgien de Lyon; on a sans doute remarqué que, chez le sujet de cette observation, vieillard très-âgé, dont les artères étaient ossifiées, ainsi que l'a prouvé l'absence de battement systolique à partir du jarret à l'une et l'autre jambe, la ligature de la fémorale était impraticable; des varices nombreuses et des cicatrices d'anciens ulcères devaient aussi la faire rejeter; c'est donc en pareil cas, où seule elle devient praticable, que la galvano-puncture est une précieuse ressource. » (BULLET. THÉRAP., 1846, XXXI-64.)

(1) « La première indication est de modifier par la compression la circulation » dans les vaisseaux afférents, sans quoi la colonne sanguine risquerait d'em» porter le caillot à mesure qu'il se produirait.... Après l'opération, *on pourra » appliquer de la glace sur le foyer*, et continuer la compression autour s'il » est possible. » (Pétrequin, MÉL. DE CHIRUR., p. 288.)

Ce fait, à coup sûr, est d'une haute importance sous le rapport thérapeutique, mais il laisse certainement quelque chose à désirer au point de vue de la méthode; car enfin la coagulation, loin d'être instantanée, ne s'est pas même accomplie pendant l'expérience, et dès lors elle laisse l'opération incertaine. Qui peut en effet être sûr qu'elle s'achèvera plus tard? Le but que je me proposais était plus complet : je visais à faire mieux; la méthode me semblait devoir tenir davantage; les lois de la physique permettaient cet espoir, et je ne tardai pas à me convaincre que je n'avais pas trop présumé du mode opératoire, tel que je l'avais établi. On va en juger par l'observation suivante, où la galvano-puncture a pu coaguler complétement le sang en quelques minutes, et obtenir la guérison entière en quelques jours.

ANÉVRISME VOLUMINEUX DU PLI DU COUDE, CONSÉCUTIF A UNE SAIGNÉE; GALVANO-PUNCTURE; GUÉRISON EN UNE SÉANCE.

OBS. V. — Édouard Fouent, élève en pharmacie, âgé de 30 ans, demeurant à Salins (Jura), est atteint depuis huit ans d'une hypertrophie du cœur, pour laquelle il a déjà subi plusieurs traitements, notamment à Paris, où il a reçu des soins du professeur Chomel. Pour calmer les palpitations qui continuent à le fatiguer, il est obligé de se faire saigner de temps à autre. En février 1846, il eut recours à M. X..., médecin à Arbois, qui malheureusement blessa l'artère; il en résulta un anévrisme faux primitif, avec l'apparence d'une simple ecchymose ou infiltration sanguine; mais, à mesure que l'engorgement passait à la résolution, on put sentir une petite tumeur au niveau de la plaie de la lancette, qui grossit de jour en jour et présenta des pulsations manifestes. Le malade prit de l'inquiétude, et, sur le conseil du docteur Charles Matuzewicz, médecin polonais établi à Salins, qui l'engageait à venir à Lyon se faire opérer par la nouvelle méthode, il se rendit à l'Hôtel-Dieu le 8 mai, avec une lettre de recommandation de ce confrère.

M. Pétrequin constata l'hypertrophie du cœur, caractérisée principalement par un bruit de souffle très-marqué au premier temps, avec prolongation du premier bruit, mouvements violents du cœur et palpitations fréquentes. L'anévrisme du pli du coude datait de plus de trois mois; il avait plus que le volume d'un œuf de poule, siégeait sur le trajet de l'artère humérale et formait un relief très-saillant; à son sommet se voyait la cicatrice de la plaie de la saignée. La tumeur était le siége de battements vifs, expansifs, isochrones à ceux du pouls, très-visibles à l'œil; elle était rémittente et donnait une sensation obscure de fluctuation; on n'y sentait nullement la présence de caillots stratifiés dans le sac. Le stéthoscope y faisait entendre un bruit de souffle bien tranché, qu'on faisait cesser en comprimant l'artère humérale au-dessus de la tumeur; il en était de même des pulsations, qui disparaissaient alors, ainsi que du volume et de la tension, qui diminuaient sensiblement; la compression au-dessous de l'anévrisme amenait des phénomènes contraires.

A coup sûr la maladie concomitante du cœur était une complication fâcheuse; toutefois elle ne devait point détourner de l'opération; seulement on crut devoir diriger contre elle les premiers moyens thérapeutiques. M. Pétrequin prescrivit en conséquence des tisanes tempérantes avec le gramen et la racine d'asperges, édulcorées avec le sirop de digitale et le sirop de pointes d'asperges, des pilules sédatives de Méglin; à ces moyens internes fut associé l'usage de frictions sur la région cardiaque avec la pommade suivante :

Axonge	35	grammes.
Extrait de belladone	4	
Poudre de digitale	4	
Teinture de digitale.	2	
Acide prussique médicinal . . .	25	gouttes.

sion de son fer à cheval badigeonné de jaune, avec ses grosses colonnes qui gardent pour elles une foule de beaux discours arrêtés au passage, avec ses murs d'une nudité respectable, avec son *entrée publique*, dans laquelle on ne s'engage pas sans quelque incertitude sur sa destination. L'autre jour, l'Académie frétillait devant une copie de Rembrandt appendue au-dessus du bureau. Que si, par aventure, l'humeur dépensière du ministre vient un jour à la gratifier d'un billet de 1,000 fr., elle ne se sent plus de reconnaissance. Que nous sommes enfants! Il est question de construire à Constantinople une Académie de médecine. Savez-vous quelle somme le sultan affecte à cet usage sur sa cassette particulière? Deux millions cinq cent mille piastres (environ 1,500,000 fr.). En certaines choses, on aimerait à voir le gouvernement s'y *connaître autant que le Grand-Turc.*

— Un correspondant de la GAZETTE DES HÔPITAUX lui écrit que les médecins se jalousent les uns les autres. Nous nous en étions douté. Il ajoute que *cette lèpre du cœur* diminue la considération et l'influence morale dont nous aurions besoin *aux yeux du monde*. Cela pourrait encore bien être. De tout cela, notre confrère conclut très-logiquement que les médecins feraient bien de se guérir de la jalousie : *Medice, sana te ipsum*. Nous ne contestons pas la légitimité de la conclusion; mais nous n'aurions pas été fâché qu'on nous indiquât quelque moyen thérapeutique. Nous en connaissons de plus ou moins efficaces contre la rogne, la teigne, voire même contre la peste d'Orient; contre la peste du cœur, nous n'en connaissons aucun. Petit-Jean qui, dans les solennelles considérations dont il a fait suivre la lettre du correspondant, assure avoir *osé* tenir le même langage au congrès, serait peut-être à même de nous donner là-dessus un avis utile. Franchement, il nous tirerait d'un grand embarras.

— Ceci nous remet en mémoire certain *debet* que nous avions promis de régler avec ledit Petit-Jean, pour solde de tout compte jusqu'à ce jour, car nous avons le défaut d'être toujours en arrière avec lui. Mais la lecture de quelques *causeries hebdomadaires* nous a inspiré des scrupules; la convalescence ne nous paraît pas aussi avancée qu'a semblé le croire notre habile confrère M. Trousseau, et nous nous reprocherions toute notre vie un ébranlement cérébral dont les conséquences pourraient être fâcheuses. Est-ce le désappointement de voir se fondre une à une les espérances conçues au congrès, qui enraye ainsi toute la machine? On peut se faire cette question. Voyez nous! nous sommes frais et dispos; pourquoi? Parce qu'une vieille expérience nous a mis en garde contre les déceptions de ce genre, en nous apprenant à mieux connaître les hommes et les choses. Aussi prions-nous instamment maître Petit-Jean de vouloir bien nous donner pour aujourd'hui décharge de notre arriéré, sauf à le payer au double une autre fois.

Avant peu, si sa position le permet, nous causerons ensemble de la critique scientifique sur laquelle il lui est échappé récemment des considérations maladives, des idées très-faibles et une appréciation malsaine.

Sous l'influence de cette médication, aidée par le repos, une grande amélioration s'opéra dans la maladie du cœur; les pulsations et le bruit de souffle perdirent de leur intensité; la tumeur anévrismale battit aussi avec moins de violence. Après trois semaines de préparation, on jugea le malade assez prêt pour l'opération, et le 5 juin M. Pétrequin le soumit à une séance de galvano-puncture, en présence du docteur Barrier et d'une foule d'élèves.

Séance de galvano-puncture. — Le malade est assis sur une chaise, le bras étendu sur une table à côté de la pile à colonnes, et maintenu par des aides. On implante sur quatre points opposés de la tumeur quatre épingles acérées, de 7 à 8 centimètres de long, de manière que leurs pointes s'entrecroisent dans le sac; l'ouvrier chargé de les enduire d'une couche isolante n'ayant pas achevé ce travail, on se décida à regret à s'en servir sans cette précaution. On employa une pile à colonne, de soixante éléments carrés, de 8 centimètres de côté; les rondelles de drap furent humectées d'une solution de sel ammoniac. Un aide comprima l'artère brachiale : les pulsations cessèrent; la tête de deux épingles fut alors mise en rapport avec les deux pôles, à l'aide de deux fils en laiton que nous tenions en les enveloppant de soie. Le courant galvanique était très-intense et donnait parfois lieu à des étincelles brillantes, par intervalle d'une belle couleur jaune doré. Les secousses furent violentes. Le malade est maintenu par des aides. La tumeur diminue d'abord de volume, puis elle semble devenir tendue et rouge, sans augmenter toutefois de densité. L'opéré se plaint d'une chaleur brûlante dans les points où s'engagent les épingles, et il se produit autour de chacune d'elles une petite cautérisation.

Après dix minutes, M. Pétrequin s'aperçoit que la densité de la tumeur augmente; il s'y manifeste une sorte d'empâtement; on sent qu'il s'y forme des noyaux de coagulum. On continue à faire fonctionner la pile, en faisant passer les courants électriques successivement par chacun des deux couples d'épingles. Le malade est agité : il éprouve de vives secousses et une sueur abondante; mais plein de courage et d'intelligence, il se soumet avec confiance à la galvano-puncture. Après quinze minutes, nous constatons avec satisfaction que la tumeur acquiert plus de dureté et qu'on n'y sent aucun battement, lors même que l'on supprime la compression brachiale. Toutefois on prolonge encore la séance durant cinq minutes; la poche a pris une densité considérable. On enlève successivement les épingles; il n'y a plus de pulsations; on place un compresseur sur l'artère, et sur la tumeur une vessie remplie de glace.

L'opéré est retourné à pied à son lit; il a les membres las et brisés comme après une longue course. La journée se passe sans fièvre; il ne se plaint que de la compression. Le lendemain, il est mieux et plus tranquille; la tumeur est beaucoup moins apparente, parce qu'elle est masquée par l'engorgement du membre survenu sous l'influence du compresseur. Il n'y a ni inflammation ni douleur dans l'anévrisme; le membre conserve sa sensibilité et ses mouvements. On continue les prescriptions. (Potion calmante avec sirop diacode, 30 grammes; une pilule de Méglin; tisane de gramen et de racines d'asperges; bouillon.) On enlève la compression pendant une heure; la tumeur reste sans battement.

Le surlendemain, le pouls radial reparaît ainsi que le pouls cubital. La nuit a été bonne; l'avant-bras est moins engorgé; la tumeur a déjà diminué notablement; le toucher n'y révèle aucune pulsation, et l'auscultation aucun bruit.

Le 8, on enlève entièrement la compression; l'avant-bras est dégorgé; le malade a bien dormi; il se plaint seulement de ses palpitations cardiaques, qui, sans être aussi fortes, sont peut-être plus précipitées. Le soir, il accuse de vives douleurs au pli du bras; la région en est chaude, malgré l'application de la glace, qui n'a pas cessé. M. Pétrequin attribue ces phénomènes à la fluxion sanguine produite par l'enlèvement de la compression. Il prescrit un bain local d'eau froide, où le malade doit plonger son membre pendant plusieurs heures; ce moyen le soulage à l'instant.

Le 9, la chaleur anormale a presque disparu; elle reste circonscrite dans le pli même du coude, où le toucher développe des douleurs. M. Pétrequin prévoit une inflammation de la poche anévrismatique; d'ailleurs l'état général est bon; il y a de l'appétit. (Quart de portion; bain froid; lavement huileux.)

Le 10, la tumeur semble près de disparaître; elle est toujours le siége d'une douleur sourde. Les petites escarres vont bientôt se détacher; elles sont entourées d'une auréole inflammatoire; déjà deux d'entre elles donnent issue à un liquide séro-purulent. (On continue la glace et les bains froids.)

Le 12, les escarres sont tombées successivement en laissant des ouvertures par où s'écoule une abondante sérosité sanguinolente; la douleur diminue.

Le 13, il sort un pus noirâtre que le malade trouve très-fétide. En comprimant autour du siége de l'anévrisme, on exprime de petits noyaux noirâtres, débris du coagulum sanguin à demi organisé. On ne pouvait plus douter que le sac ne fût enflammé et ne suppurât, et qu'il ne communiquât même à l'extérieur par les trajets des épingles ouverts à la chute des escarres. On continue la glace; on recommande au malade le plus grand repos, avec le soin d'exercer souvent lui-même une compression sur la brachiale.

Le 14 et le 15, le sac continue à suppurer; l'anévrisme a disparu; on n'en trouve plus de vestige; le sac est vide; le bras a repris sa forme et son volume. Le 16, la suppuration a diminué. M. Pétrequin imagine d'exercer avec un tampon de charpie une compression modérée sur le sac vide, afin d'en mettre les parois en contact de manière à les faire adhérer. Il constate le lendemain que cet expédient a produit le meilleur effet. Les plaies deviennent superficielles; elles n'ont plus que l'épaisseur de la peau. Des adhérences s'établissent, il n'y a plus de danger; on replace néanmoins la compression.

Le 20, la guérison est complète; il ne reste plus aucune trace de la tumeur; les artères radiale et cubitale battent comme du côté sain; deux des petites plaies sont cicatrisées. (Pansement avec une compresse de vin aromatique.) — On examine l'état du cœur; les battements sont peu violents, mais le bruit de souffle persiste, quoiqu'à un moindre degré; l'état général est excellent. — Le 22, le malade, resté au lit par prudence, commence à se lever, le bras soutenu par une écharpe.

Le 24, il a pris froid la veille en se promenant dans les cours de l'hôpital : légère bronchite; toux, expectoration muqueuse, soif. (Tisane et potion béchiques.) Au bout de deux jours, le rhume disparaît; on sent battre la brachiale dans toute son étendue, même dans le point où existait l'anévrisme, ce qui nous porte à croire que son calibre a été rétabli et conservé. (Pansement avec le baume du commandeur.)

Le 28, l'opéré accuse un accès fébrile : c'est le troisième d'une fièvre intermittente qui s'est développée depuis quelques jours. (Lavement de quina, valériane et tête de pavot.) La fièvre est bientôt coupée et ne reparaît plus. Le 30, toutes les plaies sont cicatrisées; la veille, le malade a été présenté guéri à la Société de médecine de Lyon.

Le 4 juillet, Édouard Fouent quitte l'hôpital. L'état général est satisfaisant, la guérison est complète et les mouvements du bras tout à fait rétablis.

(Observation recueillie par M. Al. Chavanne.)

La rapidité de la coagulation du sang est ici un phénomène fort remarquable; seulement l'incurie et le manque de parole de l'ouvrier furent cause d'un accident, car l'absence d'une couche isolante sur les épingles laissa produire la cautérisation des parties molles. La chute des petites escarres amena de la suppuration; or, comme elles s'étendaient jusqu'au sac, cette communication aurait pu donner lieu à un grave danger, si la lumière ou blessure du vaisseau n'avait déjà été oblitérée à cette époque. Le sac, en suppurant, s'est vidé des caillots qu'il contenait; dès lors, pour diminuer la durée de la suppuration et l'imminence du péril, je me suis hâté, à l'aide d'une compression méthodique, d'en faire adhérer les parois. Le résultat a été des plus heureux; opéré le 5 juin, le malade était guéri le 29. Néanmoins on conçoit qu'il sera toujours plus prudent d'employer, comme je l'ai établi, des épingles à couche isolante, qui n'exposent pas à ces accidents.

Cette cure est d'autant plus digne de remarque, qu'il y avait complication d'un anévrisme du cœur. Avant le départ de Fouent, je m'assurai que l'artère brachiale, perméable dans toute son étendue, était très-superficielle, et en examinant le membre avec une grande attention, je parvins à reconnaître une seconde artère brachiale plus profonde et plus postérieure : anomalie anatomique qui expliquait l'accident dont la saignée s'était compliquée. J'ai fait voir ailleurs (Traité d'anatomie topographique, 1844, *régions du bras et du coude*) combien la brachiale présente de variétés et d'anomalies, et combien il importe de les reconnaître avant la phlébotomie. Dans cette seule année 1846, j'ai déjà eu trois fois, *sur le vivant*, occasion de constater la présence d'une double artère humérale sur des sujets affectés d'anévrismes traumatiques, dont deux étaient la suite d'une saignée malheureuse; les praticiens ne sauraient donc y apporter trop d'attention.

Nous ferons remarquer qu'ici, lors même que l'oblitération de l'artère anévrismatique aurait eu lieu, la circulation n'aurait pas moins continué à se faire en toute liberté; mais cette oblitération n'a été que temporaire (le sac seul est resté fermé), et la perméabilité a bientôt été établie : circonstance majeure pour l'avenir de la galvano-puncture dans certains cas d'anévrisme latéral. On sent de quelle importance serait alors le rétablissement du calibre artériel (on ne l'a constaté dans aucune des observations précédentes). On voudra bien remarquer que nos épingles piquent le sac et non l'artère, et que c'est surtout dans le premier que s'opère la décomposition du sang; il faut aussi éviter de blesser les nerfs et les veines.

Pendant le traitement, ce malade (de même que le suivant) fut examiné successivement par un grand nombre de médecins, nommément les docteurs Guettet (de Paris); Schledehaus (d'Alexandrie) (Égypte); Geiringer (de Pesth) (Hongrie); Monin, de Mornant, Dupéray (de Tarare); Barrier, Bouchacourt, Girin, Greppo, Pitois, Rambaud, Vacher (de Lyon), etc.; et enfin par les membres de la Société de médecine, réunis en séance au nombre de trente.

Ce fait réalisait un progrès incontestable; toutefois je ne m'arrêtai pas là, et je réussis mieux encore à remplir les conditions du problème dans le fait suivant, où la coagulation fut très-rapide, les douleurs électriques presque nulles, et la cautérisation si superficielle qu'elle était insignifiante.

Anévrisme spontané très-volumineux de l'artère poplitée; galvano-puncture; guérison.

Obs. VI. — Au commencement de 1846, Marc-Antoine C..., âgé de 65 ans, propriétaire à Barcelonnette (Hautes-Alpes), s'aperçoit dans le jarret gauche d'une tumeur, qui s'est développée sans cause connue; elle a seulement été précédée d'un œdème du membre; elle augmente progressivement, et, sans être douloureuse, gêne les mouvements du genou, qui perd de sa force et de son

agilité. Elle acquiert en quelques mois le volume du poing. Le docteur Jaubert, de Barcelonnette, consulté par le malade, prescrit sans succès des frictions résolutives et fondantes. Bientôt la tumeur présente des pulsations expansives, qui durèrent huit jours, avec tant de force que le consultant pouvait lui-même les voir. Des applications réfrigérantes les firent, sinon disparaître, au moins beaucoup diminuer. Toutefois, l'anévrisme ne guérissant pas, M. C... alla consulter le docteur Trinchieri, nouvellement établi à Barcelonnette, lequel écrivit à ce sujet à M. Ciniselli, de Crémone. Ce dernier répondit, le 15 mai, en engageant le malade à faire le voyage de Crémone, pour se faire opérer. Sur ces entrefaites, M. C... fit part de son projet à son ancien médecin, M. Jaubert, qui lui conseilla fortement de se rendre à Lyon, auprès de l'inventeur de la nouvelle méthode. Le 11 juin 1846 il arriva à l'Hôtel-Dieu de cette ville, où il s'installa dans une chambre particulière.

M. Pétrequin trouva une tumeur plus volumineuse que le poing, occupant toute la région poplitée ; elle date de quatre mois environ ; elle est assez ferme, sans apparence de fluctuation, indolore à la pression ; elle ne cause de douleur que par la compression qu'elle exerce sur les parties environnantes, et par la gêne qu'elle occasionne dans le jeu de l'articulation tibio-fémorale. Elle s'enfonce profondément dans le creux du jarret. Les pulsations n'en sont pas visibles à l'œil; elles sont sensibles au toucher, mais obscures, et l'auscultation y révèle un bruit de frottement sourd et profond, au lieu d'un bruit de souffle prononcé ; ce qu'on peut attribuer à la profondeur du siége de la maladie et aux aponévroses qui la recouvrent.

Le malade est d'une forte constitution, jouit d'une bonne santé, et n'a jamais fait de maladies graves. On le prépare à l'opération par le repos, des lavements émollients et des applications de même nature.

SÉANCE DE GALVANO-PUNCTURE, le 13 juin.— Le malade est couché sur le ventre, à proximité de l'appareil. On se sert d'une pile à colonnes de 60 éléments, de 8 centimètres de côté ; les pièces de drap sont imbibées d'une forte solution de sel ammoniac. M. Pétrequin plante dans la tumeur, sur quatre points opposés, quatre épingles d'acier, fines et acérées, de 7 à 8 centimètres de long, de telle manière qu'elles se croisent dans l'anévrisme. Le tiers moyen de chacune d'elles est recouvert d'une couche isolante en gomme laque, qui laisse libres la tête et la pointe. Les deux pôles sont mis en rapport avec deux des épingles; il en résulte des secousses assez fortes, mais qui, à beaucoup près, n'ont pas l'intensité et ne causent pas les mêmes douleurs que dans l'observation précédente. On s'assure que la couche isolante remplit complétement son objet. La pile fonctionne bien.

Après dix minutes, la tumeur a acquis une densité considérable, comme le constatent, avec M. Pétrequin, les assistants, à savoir MM. les docteurs Philippe Geiringer, de Pesth (Hongrie); Monin, de Mornant; Pitois, chirurgien militaire, et Rambaud et Girin, médecins de Lyon, etc.

On continue encore la séance pendant six minutes. La tumeur est dure ; on ne sent plus de battements ; on n'entend plus de bruit. La peau n'est ni rouge, ni tendue; seulement autour des épingles on distingue une petite auréole rose, peu étendue. Le malade a accusé fort peu de douleurs pendant la galvano-puncture; il est très-satisfait du résultat; on le reporte à son lit. Auparavant M. Pétrequin enlève les épingles ; il remarque qu'elles sont fortement oxydées dans tous les points qui correspondaient au sac et qui n'étaient pas recouverts par la couche isolante; de là une certaine difficulté pour les retirer ; on les sort en les tournant en vrille. (Repos au lit, potion calmante, diète, application de glace.)

Le lendemain le malade n'est pas fatigué ; il a bien dormi et n'a pas eu de fièvre. La tumeur n'est ni chaude, ni douloureuse.

Le surlendemain, 15 juin, le mieux-être continue. On mesure les diamètres et la circonférence de la tumeur, pour suivre exactement sa décroissance. La santé générale est très-bonne, l'appétit excellent ; la jambe conserve sa chaleur et sa sensibilité normales ; les mouvements ne sont point altérés.

Le 20 juin, la tumeur diminue sensiblement de jour en jour.

Le 23 les auréoles des piqûres d'épingles restent circonscrites ; trois d'entre elles présentent une petite escarre ; on s'assure que ces cautérisations sont très-superficielles et ne dépassent pas les téguments ; elles sont entourées d'un petit cercle inflammatoire. (La glace est supprimée; on applique des cataplasmes froids ; le membre est placé dans une gouttière.)

Le 25 les escarres sont tombées ; elles laissent de petites plaies superficielles, légèrement suppurantes.

Le 27 la tumeur a sensiblement diminué. (On prescrit des frictions fondantes avec la pommade d'hydriodate de potasse, 25 grammes, et l'extrait de ciguë et de belladone, de chaque 4 grammes.)

Le 31 juillet la tumeur a notablement diminué dans ses diamètres et sa circonférence. Elle le serait davantage sans les imprudences du malade, homme inquiet et indocile, qui abandonne la gouttière, se livre à une foule de mouvements et d'attitudes défavorables, et se lève même malgré les défenses expresses qu'on lui fait. On a peine à lui faire comprendre les dangers auxquels il s'expose, tels que l'inflammation du sac, sa suppuration et la possibilité d'une hémorrhagie consécutive; il parlait même de s'en aller. C'est à grand'peine qu'on réussit à lui persuader qu'il est dans ses intérêts de rester quelque temps encore, afin d'assurer sa guérison. Pour hâter la résolution de la tumeur, on prescrit la tisane de saponaire, des frictions fondantes et l'application de sachets, remplis jour et nuit de sable chaud.

L'engorgement diminue, il est réduit au volume d'un petit œuf le 8 juillet, jour où le malade veut absolument partir pour son pays. Il ne souffre pas, marche bien, et n'est plus gêné par la tumeur. On lui prescrit le traitement à continuer chez lui. (Recueillie par M. A. Chavanne.)

Ce fait est certainement des plus démonstratifs; j'avais employé la même pile que dans le cas précédent ; la coagulation du sang fut rapide, et l'on ne peut pas même supposer que le caillot ait été produit par l'action calorifique, et par suite plus ou moins carbonisé ; car les conséquences de la galvano-puncture ont été des plus simples, et j'ai la conviction que nous sommes arrivés au moment de remplir toutes les conditions de la méthode, de manière à la rendre de plus en plus digne de fixer l'attention des hommes de l'art. On peut dire que cette découverte a déjà remué le monde médical : partout des observateurs zélés, pleins d'espoir et d'amour du progrès, attendent avec impatience de nouveaux faits, en expérimentant avec ardeur d'après notre exemple (1). Aujourd'hui c'est déjà une conquête accomplie, et bientôt les guérisons, en se multipliant, lui assureront l'évidence d'une démonstration générale. Voici une nouvelle observation de succès que vient de publier M. Favale ; il s'agit d'un malade qui languissait depuis six mois à l'hôpital des Incurables de Naples, et sur lequel rien n'avait réussi.

ANÉVRISME POPLITÉ ; GALVANO-PUNCTURE ; GUÉRISON.

OBS. VII. — Un sieur B... (d'Avelino), vitrier, âgé de 30 ans environ, était affecté d'un anévrisme de la grosseur d'un œuf d'oie dans la région poplitée gauche. Formé peu à peu, il s'était accru surtout depuis quelques mois. Les battements étaient sensibles, l'augmentation progressive, les mouvements du genou très-gênés, la jambe engorgée, le tout avec douleur et fièvre. Le malade était à l'hôpital des Incurables de Naples depuis le commencement de 1846. On employa sans succès la saignée, les boissons froides, l'eau de laurier-cerise, la digitale et le nitre, et des vessies pleines de neige. Enfin le malade en vint à tant souffrir qu'il voulait ouvrir lui-même la tumeur. On le calma avec l'acétate de morphine administré par la méthode endermique, et quelque temps après il sortit de l'hôpital; mais le mal ayant empiré, il y rentra quelques semaines plus tard. On recommença le même traitement sans plus de succès pendant plus de deux mois. Enfin, MM. de Lisio, Semmola et Derchia se décidèrent à employer la galvano-puncture le 25 mai. On appliqua le tourniquet ; on enfonça dans la tumeur quatre épingles d'acier, de manière à représenter les angles d'un rectangle. On employa une pile à la Wollaston, composée de cinq éléments, de 12 pouces de surface chacun; l'eau était aiguisée d'acide sulfurique et d'acide nitrique. Les pôles furent mis en rapport pendant dix minutes avec les deux épingles opposées, et pendant treize minutes avec les deux autres. Les douleurs, après quatre minutes, devinrent très-vives et s'étendirent dans tout le membre ; puis elles s'affaiblirent peu à peu. On enleva les épingles ; il n'y avait plus de pulsations ; on laissa le tourniquet encore une demi-heure, et la neige fut appliquée pendant deux jours. Les piqûres des épingles s'enflammèrent le troisième jour et finirent ensuite par suppurer ; on fit des lotions d'eau blanche. La tumeur était dure, solide, indolente ; l'état du malade s'améliorait de jour en jour ; on le tenait à un régime ténu et à l'usage du nitre et de la digitale. La jambe désenfla, les mouvements du genou devinrent plus libres. Le malade voulut sortir de l'hôpital trois semaines après la galvano-puncture. (Extrait de la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, 18 juillet 1846.)

L'auteur termine par ces mots : « Nuovo esempio di felice applicazione dell' imponderabile elettrico per apportare con semplicità et prontezza nelle parti interne del corpo un mutamento cosi solenne, nello stato del sangue. »

En présence de ces faits, le doute n'est plus possible ; d'ailleurs, si la coagulation sanguine s'opère parfois spontanément dans le sac anévrismatique, pourquoi ne pourrait-on pas l'opérer avec un agent qui jouit d'une aussi grande puissance que le fluide galvanique ? Les observations précitées portent avec elles une réponse à toutes les objections du scepticisme.

Les compagnies savantes ne sont pas restées indifférentes (2) ; et, en effet,

(1) M. Strambio vient de faire connaître des expériences fort intéressantes et fort bien faites qu'il a entreprises avec les docteurs Restelli, Tizzoni et Qualino. Les sujets de l'expérience furent un cheval, un âne et un chien ; les artères : la fémorale, la carotide, la maxillaire, l'artère ventrale, etc. ; et les moyens, tantôt une pile à colonnes de trente-deux plaques, de 2 pouces et demi de diamètre, tantôt deux ou trois éléments de la pile de Bunsen. L'artère était mise à nu pour rendre la manœuvre plus sûre. Une lithographie annexée au mémoire donne une parfaite intelligence des résultats, dont voici les principaux : la coagulation du sang s'est formée dans toutes les artères ; elle paraît s'opérer mieux avec des épingles en acier qu'en platine, et mieux aussi par la compression au-dessous qu'au-dessus ; elle s'effectue, quoiqu'une seule épingle (celle du pôle zinc) pénètre dans l'artère : l'hémorrhagie est rare ; elle a plus de tendance à se faire par la piqûre du pôle cuivre. Le caillot est fusiforme, adhérent aux parois artérielles ; les adhérences vont en augmentant à mesure qu'on examine des animaux sacrifiés plus longtemps après l'expérience. Dans aucun cas, on n'a gangrené les parois du vaisseau. (GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, 25 juillet 1846.)

(2) C'est en partie à mes recherches sur la galvano-puncture dans les anévrismes que je dois la *médaille* d'encouragement que la Société de médecine de Toulouse m'a fait l'honneur de me décerner (10 mai 1846). L'Académie physico-médico-statistique de Milan a nommé (14 mai 1846) une commission spéciale pour s'occuper de ma méthode, et instituer une série d'expériences sur les animaux. (GAZ. MÉD. DE MILAN, 13 juin 1846.) Le résultat *définitif* a été tel que l'Académie m'a annoncé (3 août) par son secrétaire, M. César Cantu, l'un des historiens les plus distingués de notre siècle, qu'elle m'accordait le diplôme de membre correspondant. Ces témoignages sont des autorités.

les esprits réfléchis n'ont pu qu'être frappés de l'avenir qui est réservé à cette méthode et des ressources qu'elle promet à la chirurgie. On remarquera d'abord qu'elle a l'avantage de pouvoir être appliquée dans les cas même où les autres moyens de l'art ne sauraient l'être avec succès. Ajoutons surtout qu'elle a ce précieux privilége qu'aucune autre pratique ne saurait revendiquer, à savoir que, lors même qu'elle ne réussirait pas, elle n'aggrave pas l'état du malade, quand on l'emploie avec prudence. Il y a à peine quelques mois que j'ai fait connaître mes premiers résultats, et déjà elle a fait d'immenses progrès, subi d'utiles perfectionnements (1) et reçu des applications diverses. Aussi est-on déjà autorisé à établir en principe qu'il conviendra de recourir à la galvano-puncture avant de songer à aucun autre moyen thérapeutique, et je ne doute point que les efforts réunis de tous ne lui assurent bientôt une supériorité incontestée.

Dans les cas difficiles, il faut continuer plus longtemps l'action du galvanisme pour mieux assurer la réussite, et même peut-être répéter parfois coup sur coup les séances d'acupuncture, surtout quand les pulsations reparaissent pendant ou après la manœuvre, quand la tumeur est mal aisée à comprimer ou ne peut l'être, quand le sang paraît peu coagulable soit à cause de sa qualité, soit à cause de sa quantité, etc.

Nous avons pu triompher ainsi d'anévrismes volumineux (2); ce nouveau moyen a aussi l'avantage de pouvoir s'adresser avec succès aux anévrismes profonds, et même à ceux où l'on n'a pas modifié le courant sanguin (voy. obs. 2).

D'après ces faits, il sera plus sûr et plus prudent de recourir à la galvano-puncture dans les cas où l'on ne pourrait sans danger employer la ligature, soit à cause de la gravité de l'opération, si elle attaque une artère malade ou une région importante, soit à cause de l'état du malade, s'il est avancé en âge, pusillanime, affaibli, chlorotique, etc.

Ce qui ajoutera à l'importance de cette innovation chirurgicale, c'est qu'elle ne se borne point à la curation des anévrismes : un vaste champ lui est ouvert. Plus on l'étudie, plus elle se montre féconde en corollaires pratiques; on peut dire que sa sphère s'est déjà beaucoup agrandie.

J'ai fait entrevoir qu'elle recevrait des applications nombreuses; ainsi, pour ne pas sortir du cadre des maladies qui ont le plus de rapport avec les anévrismes, je ferai remarquer qu'on peut l'appliquer à la cure des tumeurs variqueuses. La fréquence des varices, les incommodités qu'elles entraînent, tels qu'œdème, ulcères et même impotence du membre, viendront doubler la valeur de la méthode qui les comprend dans sa sphère d'action (3).

Un second groupe de maladies plus graves et non moins importantes, auxquelles la méthode pourra s'adresser avec succès, c'est celui des tumeurs vasculaires, telles que les *nævi materni*, les tumeurs érectiles des diverses régions, etc.; leur gravité, qui a tant exercé le génie des chirurgiens, viendra certainement rehausser l'importance de cette nouvelle application. Les premiers essais paraissent n'avoir pas été heureux : c'est que le procédé opératoire demande quelques modifications particulières. Ce ne serait pas ici le lieu d'entrer dans plus de détails.

Il est encore un autre ordre de lésions, telles que les tumeurs sanguines, les fongus vasculaires, etc., où la galvano-puncture pourra être appelée à rendre de grands services, d'autant mieux que leur nature, leur siége, leur volume, leur tendance à l'hémorrhagie et à la récidive, les rendent souvent peu ou difficilement accessibles à l'action du bistouri.

Quant aux anévrismes, voici un nouvel exemple de succès où je suis parvenu complétement à réaliser toutes les conditions du problème telles que je les ai formulées. La séance de galvano-puncture a eu lieu en présence de M. Leroy-d'Étiolles, de passage à Lyon. Ce médecin distingué m'en a exprimé à plusieurs reprises son étonnement et sa satisfaction.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE DU PLI DU COUDE CONSÉCUTIF A UNE SAIGNÉE; GUÉRISON PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

Obs. VIII. — M. l'abbé B..., âgé de 52 ans, aumônier d'une providence d'orphelins à Saint-Étienne (Loire), se fit saigner le 15 juillet 1846, pour une céphalalgie, par une sœur de charité; l'artère fut blessée. Huit jours après, il s'aperçut d'une petite tumeur au niveau de la cicatrice de la saignée. Le docteur Soviche la fit provisoirement comprimer avec une plaque de plomb enveloppée de velours. La tumeur, augmentant de jour en jour, donna de l'inquiétude au malade, qui se rendit à Lyon pour consulter sur son état. Il fut présenté à M. le docteur Imbert, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui l'adressa à M. Pétrequin le 16 août pour l'opérer par la nouvelle méthode. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Pétrequin constata ce qui suit :

La tumeur est située à la partie interne du coude droit, sur le trajet de l'artère humérale; elle est le siége de battements expansifs, isochrones au pouls, aussi évidents à la vue qu'au toucher. L'auscultation y révèle un bruit de souffle parfaitement caractérisé. La compression au-dessus flétrit la tumeur et fait disparaître les battements et le bruit anormal; la compression au-dessous y développe de la tension. L'état général est très-satisfaisant.

Malgré le peu d'ancienneté de la maladie, M. Pétrequin se décida à appliquer la galvano-puncture, d'après cette considération que l'anévrisme s'était circonscrit.

La séance de galvano-puncture eut lieu le 18 août, en présence notamment de M. Leroy-d'Étiolles. On employa une pile à colonnes de cinquante éléments; les pièces de drap étaient humectées avec une forte solution d'hydrochlorate d'ammoniaque. M. Pétrequin implante au côté interne de la tumeur, et à distance de près de 3 centimètres, deux épingles d'acier, acérées, recouvertes dans leur tiers moyen d'une couche isolante, composée d'une solution de cire. Deux autres épingles sont placées de même au côté externe; leurs points se croisent dans le sac sans se toucher. On met les deux épingles inférieures en rapport avec les pôles pendant huit minutes. La tumeur prend une densité sensible; on agit pendant huit autres minutes sur les deux épingles supérieures. La densité augmente notablement, comme nous le constatons avec M. Leroy-d'Étiolles, le docteur Rambaud et les élèves; il n'y a presque plus de battements. On continue la séance pendant quelques minutes encore; la tumeur devient dure, tendue, sans pulsations ni bruit de souffle. On place le compresseur de Dupuytren; on enlève les épingles; on applique une vessie remplie de glace. Le malade est retourné à pied à son lit; il est très-content, accuse peu de fatigue, et s'étonne d'avoir si peu souffert. M. Leroy-d'Étiolles manifeste à M. Pétrequin, à plusieurs reprises, son propre étonnement sur le peu de douleurs et le peu de secousses que produisit ici le galvanisme, tandis que, dans les applications qu'il en a faites pour l'hydrocèle et vu faire pour la paralysie, etc., il a toujours vu le pa-

(1) Nombre d'hommes laborieux s'en occupent activement; la plupart de leurs conclusions viennent confirmer les principes que j'ai posés. Le docteur Restelli a fait d'intéressantes expériences, qui l'ont porté à conclure que les pointes des épingles ne doivent pas se toucher dans le sac, de crainte de cautérisation; que les grumeaux se forment très-bien dans le sang, sans que les deux pôles soient en contact; qu'il ne faut pas employer une électricité trop forte pour ne pas carboniser le caillot; que les vives étincelles cautérisent les vaisseaux et exposent à la suppuration et aux hémorrhagies; qu'il faut appliquer un courant continu pour éviter la plupart des inconvénients précités, et qu'enfin la compression au-dessous de la tumeur paraît favoriser davantage la formation du coagulum. (Lettre du Dr Restelli au Dr Pétrequin sur les moyens d'éviter quelques inconvénients de la galvano-puncture; Gaz. méd. de Milan du 8 août 1846.)

(2) Je viens d'apprendre qu'on l'avait précédemment tenté, à la vérité sans aucun résultat. Ainsi la Gazette Médicale de Paris parle, d'après les journaux anglais de 1838, d'un homme de 31 ans affecté d'un anévrisme de l'artère sous-clavière; il est dit, sans autres détails, que « on le traita en vain par la digitale et la galvano-puncture; » et M. Liston fut obligé de recourir à la ligature qu'il fit porter sur la carotide et la sous-clavière. — Un deuxième cas est « un exemple malheureux cité dans la thèse du docteur Clavel. Dans une tumeur de la grosseur de deux poings, située à la cuisse gauche et très-près du genou, fut faite une ponction exploratrice; le sang sortit vermeil et par un beau jet; d'où l'on conclut que c'était une tumeur sanguine. Cette tumeur fut traversée avec des aiguilles très-pointues en acier, longues de 5 pouces et *grosses comme des aiguilles à tricoter ordinaires. On en mit près de cinquante*, en ayant soin de les rapprocher beaucoup les unes des autres; puis on les fit traverser par un courant électrique, en les mettant en rapport avec *une machine électrique;* on retira ensuite les épingles après quelques jours; mais à la place de chacune d'elles, on eut un jet de sang. La tumeur avait gagné très-haut le long de la cuisse; la ligature ne fut pas faite, et le malade mourut. » (Gérard, thèse citée, p. 39.) Ainsi deux tentatives et deux insuccès. Dans ce dernier cas, l'auteur n'indique ni la date, ni l'hôpital, ni le nom de l'opérateur; et d'ailleurs il ne s'agit même pas d'application du galvanisme. Nous ferons remarquer qu'il faut bien distinguer la *galvano-puncture* de l'*électro-puncture*, expressions qu'on ne doit pas employer indifféremment.

(3) On trouve un premier essai de ce genre dans la Gazette médicale de Milan, l'un des journaux d'Italie qui, depuis ma publication, s'est le plus activement et le plus efficacement occupé de galvano-puncture. Cet intéressant essai est dû à M. Bertoni, rédacteur en chef de ce recueil. Il a été fait sur un homme de 36 ans, devenu incapable de continuer ses travaux. Il portait des varices dès pieds à l'aine, d'un développement énorme, avec des nodosités multiples. On choisit le bas de la cuisse où les veines étaient très-dilatées, et on limita un espace de six travers de doigt avec deux ligatures circulaires. M. Bertoni opéra le 11 juillet 1846. Il traversa, à la distance de quelques travers de doigt, plusieurs anses variqueuses de la saphène, avec deux aiguilles de platine, et en plaça deux autres parallèlement sur les varices latérales. Il mit les premières en contact avec le pôle zinc, et les secondes avec le pôle cuivre. Il employa une pile de Volta de vingt disques, de 2 pouces et demi de diamètre; il agit pendant dix minutes sur les unes et dix minutes sur les autres; puis, plaçant une nouvelle épingle entre les précédentes, il continua pendant dix minutes encore. Le malade souffrit, mais peu. Il survint une petite rougeur érysipélateuse. M. Bertoni posa un bandage roulé sur le membre et de la glace par-dessus. Le lendemain, les grumeaux sanguins étaient très-sensibles dans les veines. L'opéré resta trois jours au lit; il voulut sortir de l'hôpital le 14; auparavant on le fit marcher, et l'on constata que les caillots se confondaient avec les veines qui étaient déjà revenues sur elles-mêmes. On eut de ses nouvelles jusqu'au 18 juillet; il n'y eut point d'accident. M. Bertoni propose d'appliquer aussi la galvano-puncture à la cure du varicocèle, du cistocèle, etc. (Lettre du Dr Bertoni au Dr Pétrequin sur la première application de la galvano-puncture a la cure radicale des varices. Gaz. Méd. de Milan, du 25 juillet 1846.)

tient se plaindre de vives souffrances qui le tourmentaient non-seulement pendant l'opération, mais encore pendant les huit ou dix heures suivantes.

Il n'est pas survenu le moindre accident jusqu'à ce jour (26 août), et tout annonce une guérison aussi complète que prochaine.

(Observ. recueillie par M. Chatin.)

Quelle autre méthode pourrait produire de pareils résultats? La GAZETTE MÉDICALE disait, en analysant nos MÉLANGES DE CHIRURGIE : « Ce livre se » termine par une innovation chirurgicale que l'avenir peut élever au rang » des découvertes les plus brillantes et les plus utiles : il s'agit d'une nou- » velle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération. Dès à pré- » sent l'auteur pourrait invoquer, en faveur de ce procédé, l'encoura- » geante présomption d'une expérience clinique rationnellement poursui- » vie. » (Numéro du 15 novembre 1845.) Depuis lors l'expérience s'est agrandie; les faits se sont multipliés, et le temps semble leur avoir donné définitivement sa sanction. Rien n'est plus heureux : des maladies graves, entourées de dangers, menaçant les jours du malade et qu'on mettait plusieurs mois à traiter et à guérir, se trouvent aujourd'hui réduites à un état de simplicité et d'innocuité extrêmes. Point de fièvre traumatique; rien de ce cortége d'incidents qui accompagnent et compliquent les opérations sanglantes; peu ou pas de douleurs, guérison rapide, etc., tels paraissent être les avantages de la galvano-puncture substituée aux moyens ordinaires de l'art. Je serais heureux de penser que j'aie pu doter la science d'une méthode curative aussi prompte qu'efficace, propre à épargner bien des douleurs et bien des opérations sanglantes, trop souvent mortelles, à prévenir bien des appréhensions et des dangers, et à donner les plus beaux résultats thérapeutiques.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

1° DES NÉVRALGIES; LEUR CONFUSION POSSIBLE AVEC DIVERSES MALADIES. — CARACTÈRES DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS DE LA NÉVRALGIE ET DE LA NÉVRITE.

Rien ne serait aisé, s'il fallait en croire la plupart des auteurs, comme le diagnostic des névralgies : invasion brusque, subite, d'une douleur sur le trajet d'un nerf, arrivant de suite à son plus haut degré d'intensité, disparaissant tout à coup pour reparaître tout aussi brusquement, par accès et à des intervalles variables, diminuant ou cessant même tout à fait par la compression que les malades sont instinctivement portés à exercer eux-mêmes; tels sont les caractères généraux assignés aux névralgies, caractères qui, lorsqu'ils se trouvent tous réunis, ne permettent guère en effet de confondre cette affection avec aucune autre. Mais rencontre-t-on toujours ces caractères dessinés avec un égal degré de précision pour qu'il ne soit pas quelquefois possible qu'on se méprenne sur l'origine et sur la nature réelle de la douleur et qu'on se prenne à hésiter dans le choix de la médication à employer ? Les deux exemples suivants témoigneront à la fois et des difficultés que peut présenter un semblable diagnostic et des indécisions où peuvent, en pareil cas, être jetés les plus habiles praticiens.

OBS. I. — Une femme entre à l'Hôtel-Dieu, prise depuis quelques jours d'une douleur vive, aiguë, lancinante, s'irradiant des lombes vers la région ischiatique et s'étendant le long de la cuisse jusqu'au genou et même par instants jusqu'au pied, en suivant le trajet du nerf poplité externe. La douleur augmentait à la fois par la pression et par les mouvements du membre. Il n'y avait point de fièvre, toutes les fonctions organiques s'exécutaient régulièrement. Des vésicatoires volants furent appliqués dans la croyance que l'on avait affaire à une névralgie sciatique, mais ils n'amenèrent aucun soulagement. Le diagnostic qui d'abord n'avait pas semblé douteux, le devint d'autant plus alors qu'on y apporta plus d'attention. M. Rostan se demanda si, au lieu d'une sciatique, il ne s'agissait pas plutôt d'une maladie commençante de l'articulation coxo-fémorale. Dans cet état d'incertitude, il chercha à s'éclairer des lumières d'un chirurgien qui, après un examen minutieux, pensa comme lui qu'il y avait obscurité dans le diagnostic, et qu'il était à peu près impossible de se prononcer.

Le deuxième cas ne laisse pas moins d'incertitude.

OBS. II. — Il s'agissait d'une jeune fille qui souffrait depuis un an de douleurs qui, comme chez la malade précédente, s'irradiaient de la région ischiatique, le long du trajet du nerf poplité externe, jusqu'au pied; elle avait été traitée par les révulsifs, avant son entrée à l'hôpital, sans en éprouver de soulagement notable. La douleur paraissait être située profondément; elle avait dès le début présenté la forme continue; elle augmentait par la pression et par la chaleur du lit. Un examen attentif de la malade avait fait découvrir à la partie externe du membre pelvien, siége de la douleur, l'existence d'une grande quantité de taches brunes, d'une coloration un peu cuivrée, ne s'effaçant pas par la pression du doigt. Cette dernière circonstance, en présence d'une maladie aussi rebelle, fit naître des doutes dans l'esprit de M. Rostan. Il se demanda s'il n'y aurait pas eu chez cette malade une affection spécifique antécédente qui pût rendre compte de ces phénomènes, si la douleur profonde qu'elle éprouvait ne siégerait pas sur le trajet des os, si ce ne serait pas, en un mot, une douleur ostéocope, pathognomonique d'une maladie syphilitique ancienne. Cette femme, interrogée sur ce point, déclara avoir eu un écoulement blanc seulement; mais on ne put savoir si elle avait eu des chancres ou tout autre symptôme consécutif. Cet écoulement était-il d'origine syphilitique? On conçoit qu'il était impossible de rien affirmer à cet égard. Ici donc encore on dut rester et on resta dans le doute.

On vient de voir deux exemples des difficultés que peut offrir le diagnostic des névralgies, deux cas de névralgie sciatique qui, au premier abord, ne paraissaient pas douteux, et qui cependant, après un mûr examen, ont laissé indécise la question de savoir si l'un ne se rapportait pas à une coxalgie commençante et l'autre à une affection syphilitique chronique. Mais n'est-il pas d'autres affections avec lesquelles les névralgies offrent des points de ressemblance assez nombreux pour qu'on puisse aisément les confondre et les prendre réciproquement l'une pour l'autre? Et pour ne citer qu'une affection qui siége sur les nerfs eux-mêmes, la névrite, par exemple, peut-elle être toujours facilement et sûrement distinguée d'avec la névralgie? M. Rostan a émis sur cette question quelques considérations qui ne sont pas sans intérêt. Et d'abord, s'est demandé ce professeur, existe-t-il une névrite, une inflammation véritable de la pulpe nerveuse, ou bien la maladie qui se manifeste par une douleur très-vive se propageant sur le trajet d'un nerf, est-elle toujours sans lésion appréciable aux sens? » Pour lui, cela ne fait pas l'objet d'un doute; il existe des névrites, comme il existe des névralgies. « Il est évident, dit-il, que les nerfs peuvent s'enflammer; ils s'enflamment dans les blessures, à la suite des amputations; cette inflammation se manifeste par tous les signes propres aux inflammations en général, augmentation de volume, rougeur, quelquefois suppuration, soit du nerf lui-même, soit du névrilemme seulement, etc. » L'existence de la névrite a été en effet mise hors de doute par les travaux de Cotugno, de Wolf, de Chaussier, de Dugès, et plus récemment par ceux de MM. Martinet, Parent et Valleix. Dans une très-bonne thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier, par M. Ch. Dubreuilh (de Bordeaux), on trouve la confirmation expérimentale de tous les faits acquis par les précédents observateurs. M. Dubreuilh a constaté, par des expériences directes sur des animaux, que non-seulement le névrilemme, comme l'avaient prétendu quelques auteurs, mais que la pulpe nerveuse elle-même est susceptible de s'enflammer, et que l'inflammation des nerfs présente la marche, les divers modes de terminaison, et les caractères anatomiques de toutes les autres inflammations.

La névrite existe donc anatomiquement; mais a-t-elle, pendant la vie, des symptômes fonctionnels propres à l'aide desquels on la puisse distinguer de la simple douleur nerveuse, de la névralgie? Là est la question. On a assigné comme caractères pathognomoniques de la névrite : douleur sur le trajet du nerf, avec un peu de gonflement et de rougeur dans la région douloureuse, continuité de la douleur, sensibilité excessive augmentant par la plus légère pression. Si ces caractères, d'une part, si ceux que l'on a assignés, d'autre part, à la névralgie, étaient toujours aussi tranchés, rien ne serait plus aisé sans doute que de les distinguer. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et ces phénomènes paraissent se confondre assez souvent. Ainsi, par exemple, M. Valleix a démontré que la douleur augmentait souvent par la pression dans les névralgies intercostales, qu'elle n'était pas toujours intermittente. Dès lors, que deviennent les caractères pathognomoniques et différentiels de la névralgie et de la névrite? Et cependant il n'est personne qui ne soit pénétré de l'importance d'une pareille distinction, sur laquelle se fondent des indications de traitement tout à fait différentes.

Disons cependant que si, dans quelques cas, les symptômes de la névralgie et ceux de la névrite sont effectivement assez peu tranchés, assez peu nettement dessinés, pour qu'on puisse du premier abord les distinguer, cette confusion cessera, dans le plus grand nombre des cas, si, au lieu de s'en tenir à l'appréciation seule des phénomènes actuels, on interroge avec soin les antécédents, la marche de la maladie et surtout les causes qui lui ont donné naissance. Ce dernier ordre de considérations, particulièrement, est de la plus haute importance dans la question. D'une part, tandis que les névralgies sont extrêmement fréquentes et qu'elles naissent le plus souvent sans cause connue appréciable ou sous l'influence des causes réelles ou apparentes les plus diverses, la névrite très-rare, au contraire, est déterminée le plus ordinairement par des causes connues, faciles à apprécier, et qui peuvent être ramenées presque toutes à un seul et même mécanisme. En analysant les faits les mieux constatés de névrite, on voit en effet que, sauf les cas de névrite que Dugès a rapportés à l'état puerpéral, et encore ces cas ne diffèrent-ils pas essentiellement sous le rapport du mécanisme de leur production, de ceux dont nous voulons parler, sauf ces cas, disons-nous, les névrites reconnaissent presque constamment pour cause des lésions physiques : des plaies, des piqûres, déchirures ou contusions, l'action

du calorique concentré ou d'un caustique à proximité d'un nerf, une ligature, la compression par un corps étranger ou une tumeur voisine, etc.; en un mot, les névrites sont presque toujours, sinon même toujours, le résultat d'un traumatisme, tandis que les névralgies sont des affections essentiellement spontanées, liées à une modification spéciale de l'organisme, dont elles ne sont qu'une expression symptomatique, et les causes qui les produisent ont porté leur action au delà des points de l'économie sur lesquels elles manifestent leur action.

Mais si cette distinction est rationnelle spéculativement, si elle est quelquefois possible et utile à établir en pratique, surtout lorsqu'il s'agit de névralgies et de névrites récentes et aiguës, il ne faut pas se dissimuler que, dans certains cas de névrites chroniques, cette distinction cessera bien souvent d'être possible; car s'il est démontré par quelques observations rigoureuses que des névralgies remontant à une date extrêmement ancienne, à trente, quarante, cinquante ans, par exemple, comme on en a vu, ont pu conserver pendant tout ce temps leur physionomie et leur marche spéciales, et ne laisser après la mort aucune trace appréciable d'altération, le plus souvent il arrive, au contraire, sous l'influence de la répétition et de l'intensité croissante des accès, que la texture du nerf finit par s'altérer au point qu'il devient quelquefois difficile à l'examen nécroscopique de reconnaître si cette altération est primitive ou consécutive, si elle appartient à une névralgie véritable ou à une inflammation ancienne, soit du névrilemme, soit de la pulpe nerveuse elle-même. Ces deux affections ne sont d'ailleurs pas tellement étrangères l'une à l'autre qu'elles ne puissent coexister, se confondre, s'engendrer réciproquement, et dès lors on conçoit l'inutilité en même temps que l'impossibilité, dans ce cas, d'en séparer nettement les caractères.

2° DE LA MYÉLITE SPINALE AIGUE.

Plusieurs cas de myélite aiguë, reçus dans le service de M. Rostan pendant le cours de sa clinique, ont fourni l'occasion à ce professeur d'esquisser la physionomie symptomatique de cette affection encore si obscure, et d'en formuler les principales indications thérapeutiques; nous n'indiquerons seulement ici que les traits les plus saillants, ceux sur lesquels M. Rostan insiste plus spécialement, et qu'il croit suffisants pour établir le diagnostic. Ces symptômes peuvent se résumer ainsi : d'une part, intégrité parfaite des sens et des fonctions intellectuelles; d'autre part, troubles divers dans la sensibilité et la motilité des membres et particulièrement des membres inférieurs. Mais ces désordres de la motilité et de la sensibilité sont très-variables, suivant les degrés et les périodes diverses de la maladie; et c'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte, la plupart du temps, de tous les degrés et nuances de ces symptômes, qu'on a souvent méconnu cette affection à son début, c'est-à-dire à l'époque où un traitement énergique peut en prévenir les funestes conséquences. Ces premiers symptômes, par lesquels s'annonce la myélite, sont tantôt des crampes plus ou moins fréquentes, des contractures musculaires plus ou moins persistantes, d'autres fois des douleurs dans les membres qu'accusent seulement les malades, sans que la contractilité paraisse altérée; chez d'autres il survient des tremblements musculaires, de véritables mouvements convulsifs; enfin, chez quelques-uns, la paralysie du sentiment et du mouvement se montrent d'emblée dès le début. Quels qu'aient été les symptômes initiaux, c'est toujours par l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité et de la motilité que se termine la scène.

Tels sont les phénomènes principaux par lesquels se révèle l'existence de la myélite et l'ordre ordinaire de leur succession; mais il est un autre caractère auquel M. Rostan attache une valeur particulière : c'est l'abolition de la faculté érectile ou copulatrice chez l'homme. Quant aux fonctions de la vessie et du rectum, dont l'abolition est considérée comme un symptôme nécessaire par la plupart des médecins, elles sont en effet ordinairement altérées plus ou moins profondément, et dans ce cas, il y a ou rétention ou incontinence d'urine; mais ces phénomènes peuvent manquer sans que leur absence exclue l'idée de l'affection en question : ils manquent notamment lorsque la maladie siége à la portion caudale de la moelle. C'est ce qui a eu lieu chez quelques-uns des malades récemment traités à l'Hôtel-Dieu. M. Rostan n'attache qu'une très-faible importance, comme signe diagnostique, à la douleur que les malades éprouvent, dit-on, sur l'un des points du trajet de l'épine, lorsqu'on l'explore par la compression. Cette douleur manque souvent, et elle a également manqué, comme on le verra, dans les cas que nous allons rapporter.

La méthode antiphlogistique fait la base du traitement que M. Rostan oppose à cette maladie; il a recours aux déplétions sanguines générales et locales. Mais comme les évacuations sanguines ne sont ni toujours praticables au degré qui serait nécessaire pour surmonter la maladie, soit que la constitution des sujets s'y oppose, ni toujours suffisantes, M. Rostan a recours subsidiairement aux vésicatoires, aux sétons, aux moxas, aux purgatifs; enfin ce n'est qu'en dernier lieu et après que l'insuffisance de ces derniers moyens lui a été démontrée, qu'il a recours à la strychnine, à l'électricité et aux divers excitants du système nerveux.

Nous rapporterons sommairement deux des cas observés dans le service de M. Rostan, le premier comme un exemple de myélite aiguë en voie de guérison chez un sujet qui a succombé à une méningo-encéphalite intercurrente; le second comme exemple de guérison confirmée.

MYÉLITE AIGUE; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE ÉNERGIQUE; AMÉLIORATION; INVASION BRUSQUE DE MENINGO-ENCÉPHALITE; MORT.

Obs. I. — Un jeune homme fortement constitué, après avoir été exposé à l'humidité, éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs. Cette faiblesse allant en augmentant, il entre à l'Hôtel-Dieu où l'on constate l'état suivant: Fièvre, pouls à 96, peau chaude et sèche. L'intelligence est parfaitement saine; pas de céphalalgie. Les membres thoraciques offrent un léger degré d'affaiblissement. Les membres pelviens ont tout à fait perdu leur sensibilité; la motilité y est complétement abolie. La vessie et le rectum fonctionnent normalement. La pression exercée avec les doigts sur la ligne des apophyses épineuses n'accuse aucune douleur dans cette région.

M. Rostan diagnostique une myélite aiguë et prescrit une médication antiphlogistique énergique: saignées du bras et ventouses scarifiées sur la région dorso-lombaire, répétées pendant plusieurs jours. Le troisième jour de ce traitement, le malade éprouvait une amélioration si grande qu'on le considérait déjà comme en état de convalescence; la sensibilité et la motilité étaient si bien rétablies qu'il pouvait marcher et se promener sans appui lorsque, après s'être de nouveau exposé au froid, il fut saisi d'une otite avec écoulement puriforme par l'oreille, de gonflement parodilien, et d'érythème au cou et à la poitrine, puis successivement des symptômes d'une meningo-encéphalite des plus intenses à laquelle il succomba au bout de deux jours.

A l'autopsie, on trouve la moelle épinière légèrement ramollie vers sa partie inférieure, dans l'étendue de 3 à 4 cent., et saine dans tout le reste de son étendue. Dans l'encéphale, on trouve tous les caractères anatomiques de la méningo-encéphalite commençante : injection vive de la pie-mère et de l'arachnoïde adhérant par quelques points à la pulpe cérébrale; saillie et gonflement des circonvolutions; injection piquetée de la pulpe cérébrale, etc.

MYÉLITE AIGUE; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. II. — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, robuste, habituellement bien portant, est pris, à la suite d'un bain froid, d'une courbature générale, sentiment de lassitude et de faiblesse dans les reins et dans les membres. Cette faiblesse augmentant, il se déclare bientôt des fourmillements dans les pieds, puis une abolition presque complète dans le sentiment et dans le mouvement des membres pelviens; les membres thoraciques eux-mêmes sont un peu affaiblis. Intégrité parfaite de l'intelligence et des sens; point de céphalalgie; mouvement fébrile. Le rectum et la vessie fonctionnent normalement. Point de douleur à la pression sur la colonne vertébrale. M. Rostan prescrit quatre saignées du bras en deux jours et une application de ventouses scarifiées le long de l'épine. Il s'est manifesté une amélioration presque instantanée dès les premières saignées. Au bout de huit à dix jours, la guérison était complète.

3° CARIE DES PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES; COMPRESSION CIRCULAIRE DE LA MOELLE, AVEC CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ; MORT.

La physiologie pathologique du système nerveux est encore pleine d'obscurités et de contradictions. Alors que la physiologie expérimentale croit avoir formulé une loi d'après laquelle les pathologistes pourront se guider pour établir le diagnostic des lésions des centres nerveux qui s'offrent à leur observation, les faits pathologiques viennent à chaque instant démentir la prétendue certitude de ces diagnostics, et remettre en question quelques-uns des termes de la formule physiologique qu'on avait édifiée à grands frais d'expériences et de raisonnement. Témoin le fait suivant, dont nous empruntons les points les plus saillants à un article de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Obs. — Un homme, âgé de 50 ans, avait été pris, deux mois avant son entrée à l'hôpital, de douleurs vives à la partie postérieure du cou, avec difficulté extrême des mouvements. Quelque temps après s'était formé, sur les parties latérales droites du cou, un abcès dont l'ouverture avait donné issue à une certaine quantité de sang et de pus. Bientôt le malade ressentit dans le bras droit des crampes et de violentes douleurs, qui ne tardèrent pas à être remplacées par la paralysie complète de ce membre.

A son entrée à l'hôpital, cet homme présentait une paralysie complète du mouvement du bras droit et des deux membres inférieurs. Le bras gauche est plus faible qu'à l'état normal. La sensibilité générale est intacte, les sens ont conservé leur intégrité. Les selles et les urines sont rendues involontairement. La succession de ces phénomènes, l'état qu'offrait encore la région cervicale, siége d'une tuméfaction douloureuse, ne permettaient pas de douter que l'on eût affaire à une carie des vertèbres cervicales et à une compression consécutive de la moelle.

Le malade ayant succombé au bout de quelques jours, voici ce que l'on trouva à l'autopsie : d'abord, transformation graisseuse des muscles profonds du cou, destruction presque complète des muscles obliques de la tête, dont les débris restants étaient imprégnés d'une sanie fétide; carie des apophyses articulaires

des deuxième, troisième et quatrième vertèbres. Mais ce qu'il importe de constater ici, c'est l'état de la moelle. Or on trouva dans le point correspondant aux vertèbres malades, en dehors des méninges, une substance molle qui lui servait de nouvelle enveloppe et qui la comprimait d'une manière notable. (On ne put déterminer d'une manière précise si cette substance était de la lymphe plastique ou de la matière tuberculeuse). Les méninges présentaient dans toute cette étendue, une résistance et une épaisseur plus considérables qu'à l'ordinaire. Incisée dans toute sa longueur, la moelle épinière offrait dans toute son étendue la même ténacité; seulement, au niveau du point malade, elle était complétement étranglée dans toute sa circonférence.

Il est difficile de s'expliquer, dans ce fait, l'intégrité de la sensibilité, d'après les théories admises sur le rôle respectif des doubles faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle.

4° ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE.

OBS. — Un homme de 29 ans contracta une blennorrhagie à la suite d'un coït suspect. Au bout de dix à douze jours de durée, sans qu'il eût été employé d'autres moyens que de simples palliatifs, l'écoulement se supprima brusquement. Cette suppression brusque fut suivie presque immédiatement de l'invasion d'une douleur vive à l'épaule gauche avec un peu de tuméfaction; il y avait un mois environ que cette douleur de l'épaule existait lorsque le malade est entré à l'hôpital. Tout mouvement de l'épaule était presque impossible; la blennorrhagie n'avait point reparu, il n'y avait pas la moindre trace de l'écoulement. M. Rayer diagnostiquant une arthrite blennorrhagique prescrivit l'application de quatre cautères à la potasse sur l'épaule, des fumigations de cinabre sur cette région, et à l'intérieur l'usage des pilules de Sédillot et de la tisane de salsepareille.

Après six semaines environ de traitement, les douleurs de l'épaule s'étaient entièrement dissipées, les mouvements étaient rétablis, et il ne restait plus de trace de l'une ni de l'autre maladie.

Plusieurs autres cas d'arthrites dites blennorrhagiques ont été traités à peu près à la même époque dans le service de M. Rayer. L'un de ces malades avait un gonflement douloureux du genou, avec un peu d'épanchement intra-articulaire qui s'était déclaré subitement après quinze jours de durée d'un écoulement urétral, et qui bientôt fut suivi d'un état semblable dans l'autre genou, puis dans les deux articulations scapulo-humérales. Dans un autre cas, il s'agit d'une femme affectée d'arthrite blennorrhagique du coude, avec rétraction de l'avant-bras survenue durant le cours d'une vaginite. Chez une autre femme qui avait eu également plusieurs vaginites, les articulations phalangiennes des doigts avaient été prises de gonflement douloureux, puis les poignets, les coudes, les épaules, les hanches, les genoux, avaient été successivement affectés, mais passagèrement et à un degré beaucoup plus léger. Aucun de ces malades, d'ailleurs, n'avait eu la fièvre. Il n'y a eu d'hydarthrose que chez un seul. Tous ont été soumis, à quelques modifications près et avec succès, au même traitement: fumigations de cinabre, tisane de salsepareille, pilules de Sédillot.

Pendant que l'on observait ces faits dans le service de M. Rayer, la question de l'arthrite blennorrhagique se trouvait également soulevée à la clinique de M. Rostan par le fait suivant.

Une malade était entrée à l'hôpital offrant un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche, accompagnée de douleurs, de chaleur et de rougeur sans réaction fébrile sensible. Cette femme était d'une constitution faible, lymphatique. On prescrivit des sangsues, des cataplasmes, des bains et des frictions mercurielles sur l'articulation. Quelques jours après, on constata de la fluctuation dans l'articulation malade; on apprit alors seulement qu'elle avait eu un écoulement vaginal.

Cet écoulement était-il l'origine réelle de la maladie articulaire? avait-on affaire à une arthrite blennorrhagique, ou bien était-ce un rhumatisme ou encore une affection d'origine scrofuleuse? M. Rostan n'a pas cru devoir se prononcer; il est resté dans le doute pour ce cas, tout en admettant très-bien comme possible l'existence d'une arthrite blennorrhagique, même dans les cas où l'écoulement persiste en même temps que la maladie articulaire. Le diagnostic était moins douteux dans le cas suivant.

Une jeune femme de 18 ans avait eu deux mois auparavant un écoulement jaune verdâtre assez abondant par le vagin; elle n'avait précédemment ni écoulement coloré ni flueurs blanches. Quinze jours après l'apparition de l'écoulement, elle éprouva, sans cause extérieure déterminante appréciable, une douleur dans l'épaule gauche sans rougeur ni gonflement. Cette douleur disparut bientôt; la malade ressentit le lendemain une douleur semblable dans le genou du même côté. Il survint encore de la gêne dans les mouvements de l'articulation et du gonflement. Il était remarquable qu'au fur et à mesure que le genou se tuméfiait, l'écoulement blennorrhagique diminuait, de telle sorte que lorsque la tuméfaction et la douleur eurent acquis leur summum d'intensité, l'écoulement avait complétement cessé. Le gonflement articulaire était produit autant par un épanchement synovial que par une tuméfaction générale de tous les tissus environnant l'articulation. Cette malade était du reste, comme les autres, entièrement exempte de fièvre.

S'il restait encore quelques doutes sur le caractère spécial de ces affections articulaires qui se manifestent dans le cours des blennorrhagies, et qui coïncident d'une manière si remarquable avec la suppression brusque, plus ou moins complète, de l'écoulement urétral, les observations qui précèdent sembleraient de nature à les lever complétement. L'absence seule de toute réaction fébrile générale dans une maladie qui, lorsqu'elle est due à un principe rhumatismal, s'accompagne ordinairement d'un mouvement fébrile si prononcé, suffirait presque déjà, si l'on n'avait pour s'éclairer la circonstance des accidents primitifs coïncidents, pour servir de caractère distinctif et pour mettre sur la voie de l'origine et de la nature de l'affection à laquelle on a affaire. Les heureux et prompts résultats du traitement mis en usage dans cette circonstance, seraient au besoin une nouvelle confirmation de la nature spéciale de cette affection.

5° DE LA NÉPHROTOMIE ET DE SON INDICATION DANS LES CAS DE NÉPHRITE CALCULEUSE.

Un malade étant donné, atteint d'une néphrite calculeuse à laquelle aucun des remèdes usités en pareil cas n'a apporté nul soulagement, serait-on fondé à proposer la néphrotomie comme moyen de guérison radicale? Cette opération peut-elle être considérée comme une opération rationnellement indiquée? Offrirait-elle des chances suffisantes de succès pour engager à l'entreprendre, et dans quelles circonstances conviendrait-il de la pratiquer? Telle est la question qui s'agite en ce moment à l'hôpital de la Charité. Une femme, placée dans les salles de M. Rayer, se trouve dans le cas dont il s'agit. Affectée depuis longtemps d'une néphrite calculeuse, elle n'a retiré jusqu'à présent aucun amendement notable à ses douleurs, aucune amélioration sensible dans son état. Dans cette occurrence, M. Rayer se demande si ce ne serait pas le cas de tenter une opération qui délivrât cette malade de la cause de ses souffrances. Il penche vers cette opinion; mais ne voulant pas prendre sur lui seul la responsabilité d'un pareil parti, il a voulu s'éclairer de l'avis des chirurgiens de la Charité en ce qui concerne la possibilité de l'opération et ses chances de succès. L'avis de M. Velpeau est contraire à l'opération, celui de M. Gerdy lui est favorable. Aucune détermination n'a été prise encore; l'hésitation se conçoit. Examinons les motifs allégués de part et d'autre, et voyons si nous trouverons dans ces motifs quelque raison d'incliner plutôt d'un côté que de l'autre.

Lorsque la maladie (néphrite calculeuse) est parvenue à ce quatrième état que M. Rayer désigne sous le nom de pyélite calculeuse, c'est-à-dire que le pus et l'urine, accumulés dans le bassinet et les calices, forment une tumeur dans la région lombaire; lorsque cette tumeur existe chez un individu d'ailleurs bien constitué; si elle est habituellement douloureuse, malgré l'emploi de boissons huileuses et émulsionnées, des bains et des émissions sanguines; si la fièvre est continue ou caractérisée par des paroxysmes nocturnes; si l'estomac et l'intestin sont dans un état habituel de malaise et de dérangement; si la tumeur, habituellement douloureuse, le devient davantage par la plus légère fatigue; si cette exacerbation de la douleur rénale est fréquente, et si elle est accompagnée d'une suppression complète de l'excrétion de l'urine purulente ou de symptômes d'inflammation des parties voisines, l'opération de la néphrotomie, dit M. Rayer, malgré ses difficultés et malgré ses mauvaises chances, doit être pratiquée. A plus forte raison M. Rayer conseille-t-il de recourir à l'incision si une fluctuation superficielle s'est manifestée dans une étendue plus ou moins considérable de la région lombaire, s'il est évident qu'une accumulation de pus s'est faite entre le rein et le muscle carré des lombes. Une large incision doit être pratiquée sans hésiter, dans ce cas, à ces abcès, suites d'une inflammation secondaire du tissu cellulaire ambiant, ou, ce qui est plus ordinaire, d'une ou plusieurs perforations du rein distendu par du pus. La profondeur de ces abcès, dit M. Rayer, la lenteur avec laquelle les parties molles se sont amincies et perforées dans les cas où de semblables collections purulentes se sont fait jour d'elles-mêmes à l'extérieur, rendent dangereuse l'expectation que quelques praticiens recommandent dans l'espérance d'une ouverture spontanée de ces collections purulentes.

En donnant le conseil d'ouvrir les tumeurs formées par des collections purulentes dans la cavité du bassinet et des calices, ou par des abcès secondaires extrarénaux, M. Rayer y a été surtout déterminé par cette double considération que de semblables abcès abandonnés à eux-mêmes sont presque constamment mortels s'ils ne s'ouvrent point spontanément au dehors, et que l'opération faite dans des conditions convenables ne paraît pas offrir de dangers immédiats. Les seules circonstances qui, aux yeux de M. Rayer, constituent une contre-indication à l'opération sont les suivantes: 1° lorsque les deux reins sont affectés; 2° lorsque le pus s'écoule librement du bassinet dans l'uretère et qu'il n'existe pas de tumeur rénale, ni de craintes immédiates de perforation du rein; 3° enfin lorsqu'il existe coïncidemment des lésions incurables de la vessie ou de la prostate ou de tout autre viscère abdominal.

M. Velpeau est beaucoup moins explicite à cet égard. Pour lui, la né-

phrotomie ne pourrait être proposée que dans le petit nombre de cas où le flanc, devenu le siége d'une fluctuation évidente après de nombreux signes d'affections calculeuses dans le rein, permettrait d'arriver facilement et avec certitude dans le foyer morbide ou bien pour les cas où le calcul proéminerait assez à l'extérieur pour être reconnu à travers les téguments.

Il n'existe dans la science qu'un trop petit nombre de faits authentiques de néphrotomie pratiquée pour les cas dont il s'agit, pour qu'on puisse considérer cette question comme résolue par l'expérience. Dans la plupart des observations consignées ou rappelées dans l'ouvrage de M. Rayer, telles que celles de Gaspard Bauhin, de Pouteau, de Lafitte, de Ledran, de Roonhuysen, il s'agit d'ouverture d'abcès extrarénaux consécutifs et non d'une véritable néphrotomie. Cependant le fait rapporté par Roonhuysen est assez précis pour ne pas permettre de douter qu'il se soit agi réellement d'une néphrotomie, laquelle fut pratiquée deux fois avec succès sur la même personne. Il en est de même du fait de Bauhin, bien que dans ce cas la position superficielle du calcul lui ôte en quelque sorte une partie de sa valeur par rapport à la question débattue, en le faisant rentrer naturellement dans le petit nombre des cas pour lesquels M. Velpeau admet l'opération. Quoi qu'il en soit, et quelque petit que soit le nombre des faits sur lesquels on peut s'appuyer, ils suffisent cependant à la rigueur pour admettre en principe la possibilité de l'opération.

Nous reviendrons sur cette question en rapportant l'histoire de cette malade, et nous examinerons à cette occasion si le principe admis lui est applicable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

V. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 se composent des travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur une nouvelle amputation du pied, pratiquée dans l'articulation calcanéo-astragalienne*; par M. Malgaigne. 2° *Mémoire sur le testicule syphilitique*; par M. Hélot. (Description assez complète de la maladie, tracée, pour la plus grande partie, en conformité avec les doctrines de M. Ricord. L'auteur réfute surtout heureusement cette idée bizarre, récemment mise en avant, que le testicule vénérien ne serait que la période chronique de l'orchite blennorrhagique.) 3° *Lettre sur un pseudo-étranglement ou violente inflammation du sac et de l'intestin, ayant exigé la herniotomie*; par M. Heulhard d'Arcy. (Des accidents d'étranglement s'étant développés dans une hernie inguinale, on opéra au bout de vingt heures tout au plus. Le sac ayant été ouvert, on reconnut que *le bout du petit doigt pouvait s'engager sans trop de difficulté dans le collet*. Malgré cette circonstance, M. Malgaigne approuva pleinement la conduite de l'auteur. Quoique ce soit aussi là, en fait, notre avis à nous, nous prenons acte de cette singulière approbation donnée par l'inventeur de la doctrine des pseudo-étranglements.) 4° *Sur l'emploi de l'acide acétique pur et étendu dans le traitement des verrues et productions analogues*; par M. Neucourt. 5° *Observation d'un abcès fistuleux du foie, communiquant avec la vésicule biliaire; dilatation et cautérisation du conduit fistuleux; extraction de seize calculs biliaires; guérison*; par M. Levacher. 6° *Note sur les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, par suite de l'insertion partielle du placenta sur le col*; par M. Manget. (Observation très-détaillée d'une hémorrhagie de ce genre qui fut guérie en provoquant l'accouchement au moyen de la rupture des membranes.) 7° *Mémoire sur les fractures du sacrum et du coccyx*; par M. Malgaigne. (Monographie difficilement susceptible d'être analysée avec quelque fruit par le lecteur.) 8° *Recherches sur les polypes fibreux de l'utérus qui compliquent la grossesse et l'accouchement, et sur le traitement qu'ils réclament*; par M. Danyau.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AMPUTATION DU PIED, PRATIQUÉE DANS L'ARTICULATION CALCANÉO-ASTRAGALIENNE; par M. MALGAIGNE.

Un des plus excellents préceptes que le progrès de la science tende à faire prédominer est celui de ne jamais retrancher, dans une amputation, que l'étendue exacte de parties dont le sacrifice est indispensable : c'est en vue de cette règle que l'auteur a imaginé de remplacer l'amputation du pied, opération à peu près abandonnée de nos jours, par l'amputation calcanéo-astragalienne. Voici comment il conseille d'y procéder, toutes les fois du moins que l'état des parties molles permettra de choisir librement le lieu où le lambeau doit être taillé.

Le malade couché sur le dos, un aide relevant la peau de la jambe, un autre comprimant l'artère au pli de l'aine, le chirurgien embrassant le pied de la main gauche, porte horizontalement le tranchant du couteau sur le tendon d'Achille, et divise d'un seul coup la peau, le tendon et la graisse jusqu'aux os, en rasant le plus près possible la face supérieure du calcanéum, et en appuyant le tranchant un peu plus en dehors qu'en dedans. Il continue cette première incision en dehors du pied, passant à 1 centimètre au-dessous de la malléole péronière, et remontant presque aussitôt sur le dos du pied, de manière cependant à se tenir à 3 centimètres environ en avant de l'articulation médio-tarsienne. Il poursuit en divisant en travers à ce niveau les téguments du dos du pied, contourne le bord interne, et arrive sans changer de direction jusqu'à la moitié ou aux deux tiers de la largeur de la plante du pied. Reportant alors le couteau à l'extrémité interne de l'incision postérieure, en arrière de la malléole interne, il le fait descendre obliquement vers la plante du pied sous un angle d'environ 45°, et rejoint l'autre incision en découpant ainsi un lambeau interne de 8 à 10 centimètres de largeur à sa base, de 4 à 6 près de son sommet, lequel doit se terminer en s'arrondissant comme la plupart des lambeaux de ce genre. Il faut alors détacher le lambeau d'abord à la plante du pied, en y comprenant toute l'épaisseur des chairs, et ne laissant sur les os que les tendons les plus profonds, puis sur le côté et sur le dos du pied, jusqu'au niveau des articulations à détruire.

Le lambeau étant alors relevé par l'aide qui tient la jambe, le chirurgien s'assure avec l'index et le pouce gauche des limites latérales de l'articulation de Chopart, ouvre largement l'articulation scaphoïdo-astragalienne, en contournant la tête de l'astragale de manière à diviser du même coup le ligament calcanéo-astragalien externe, et en dedans la synoviale de la petite facette du calcanéum. Il devra même encore, avant de passer outre, chercher à diviser le ligament interne et la synoviale postérieure, et enfin couper net les tendons qui sont appliqués sur la face interne du calcanéum, celui du fléchisseur commun des orteils, du fléchisseur propre du gros orteil, et au besoin celui du jambier antérieur.

Reste alors à détruire le ligament interosseux, le plus fort et le plus résistant de tous, qu'on peut à juste titre nommer *clef de l'articulation*. Pour cela, le chirurgien porte à plat son couteau, le tranchant en arrière, dans la petite articulation antérieure du calcanéum, enfonçant la pointe en dehors autant qu'elle peut pénétrer, et en suivant la direction de l'articulation, porte le tranchant en arrière en coupant tout ce qu'il rencontre. Aux premières fibres divisées, le ligament interosseux laisse écarter les deux os, et le reste n'est plus qu'un jeu pour l'opérateur. Les artères liées, on rabat le lambeau qui est taillé de telle sorte que sa base recouvre en plein la tête de l'astragale et la malléole interne; sa plus grande épaisseur répond à la facette postérieure de l'astragale, dont il comble ainsi la concavité; son sommet rejoint les téguments extérieurs au-dessous de la malléole externe, et en définitive, lorsqu'il est convenablement appliqué, la ligne de réunion décrit un demi-cercle dont l'extrémité antérieure se trouve au-dessus et un peu en dehors de la tête de l'astragale, et l'autre extrémité tout à fait en arrière de la malléole externe.

Assurément, dit M. Malgaigne, cette amputation sous-astragalienne ne saurait être mise en parallèle avec l'amputation de Chopart; celle-ci, lorsqu'elle sera possible, devra toujours être préférée. Elle est seulement destinée à remplacer la désarticulation du pied et même l'amputation sus-malléolaire, quand les désordres ne s'étendent pas au-dessus de l'astragale. En effet, en conservant l'astragale, on ménage au membre une longueur de 3 à 4 centimètres de plus; la saillie de la tête astragalienne en avant, les renflements des deux malléoles sur les côtés, offrent un triple point d'arrêt pour assujettir le pied dans sa bottine, et enfin le membre touche le sol par une surface plus que double de celle que donne l'amputation tibio-tarsienne. Quant à la difficulté de l'opération et aux dangers consécutifs qu'elle entraînerait, il y aurait encore moins là de quoi arrêter le chirurgien.

M. Malgaigne a pratiqué une fois cette désarticulation chez une femme pour une carie du calcanéum; mais l'altération qui occupait les téguments l'ayant contraint de faire un lambeau dorsal, la gangrène l'envahit et l'emporta presque en totalité. Malgré ce fâcheux accident, la cicatrice qui se forma de toutes pièces fut complète en moins de trois mois. L'opérée put marcher avec un brodequin ordinaire, lacé par-devant, dont l'avant-pied était rempli par un morceau de liége, et le reste occupé par un coussin mollement rembourré qui tapissait le fond de cette chaussure et se relevait en avant pour préserver également de la pression les surfaces inférieure et antérieure du moignon.

— Il serait impossible, sur un seul fait, de se prononcer définitivement, soit pour, soit contre la proposition de M. Malgaigne. Que cette amputation doive remplacer avantageusement la désarticulation tibio-tarsienne, cela ne peut être douteux : car l'on sait depuis combien de temps et avec quelle unanimité cette dernière opération a été proscrite. Maintenant, la conservation de l'astragale suffira-t-elle pour la réhabiliter? Nous ne le pensons pas. Ce que l'on a toujours craint après l'ablation du pied, c'est que les

saillies que forment les malléoles déchirent la cicatrice, si l'on y fait porter le poids du corps. En n'ôtant pas l'astragale, vous diminuerez sans contredit cette double proéminence : mais sera-ce là un remède efficace contre les inconvénients redoutés?... C'est M. Malgaigne lui-même qui va répondre à cette question : « La désarticulation tibio-tarsienne, dit-il dans un autre travail, *même en enlevant les saillies des malléoles*, est toujours une mauvaise opération, attendu qu'on ne peut prendre le lambeau qu'en avant ou sur les côtés, et que la cicatrice se trouvant sur les os ne permettra pas au malade d'appuyer dessus sans la déchirer. » (TRAITÉ D'ANAT. CHIRURG., t. II, p. 625.) Ce jugement est parfaitement motivé : or, il s'applique aussi bien à l'amputation sous-astragalienne qu'à la tibio-tarsienne; car l'une n'est pas mieux partagée que l'autre sous ce rapport. Du moins ce ne serait pas l'auteur dont nous invoquons ici l'autorité qui pourrait contester la légitimité de ce rapprochement; car s'il prévoit indubitablement la déchirure du lambeau, même *en enlevant* les saillies des malléoles, nous ne concevrions guère qu'il pensât la prévenir plus sûrement *en comblant leur intervalle* au moyen de l'astragale laissé en place.

A un point de vue plus général nous aurions encore quelques remarques à faire contre cette tendance indéfiniment envahissante qui multiplie presqu'à l'excès le nombre des opérations réglées. Rien de mieux que de poser des préceptes formels, de prévoir toutes les difficultés, les indications et les conséquences de telle désarticulation, d'en préciser les divers temps, d'en éclairer le manuel par une inspection anatomique plus attentive. Mais n'appréhendez-vous pas, sinon la conséquence, du moins l'abus de cette espèce de mode? En apprenant au jeune médecin dix manières de trancher le membre à différentes hauteurs, ne craignez-vous point que, placé en face du malade, son esprit soit ensuite plus disposé, plus apte à prendre la formule officinale, le remède tout préparé, parmi ses souvenirs classiques, qu'à en chercher l'inspiration dans la seule analyse des phénomènes propres au cas particulier? Pour nous, quelque jaloux que nous puissions être de voir s'étendre les nouvelles acquisitions de la médecine opératoire, il nous semble que sur cette pente le débutant non averti risquera souvent de faire fausse voie : connaître toutes les désarticulations réglées du pied est bien; mais ce qui est encore mieux, ce serait de posséder si exactement l'anatomie de la région, d'être si au courant des cas de resections et ablations partielles de Heurnius, Moreau de Bar, A. Cooper, Liston, Pétrequin, Roux, Macfarlane, Jaeger, Arbey, Stevens, etc., qu'on sût, une lésion étant donnée, utiliser toujours la totalité des parties restantes pour le plus grand avantage et le moindre danger du blessé; car, dans ces cas, on l'a dit avec raison, « il est de la plus haute importance de n'enlever que ce qui est altéré et de conserver tout ce qui est sain. » Pour nous résumer, nous préférerions sans contredit à un chirurgien tout à fait ignorant celui dont l'instruction serait bornée à connaître tout ce que la science compte de procédés dûment enregistrés et étiquetés; mais nous inclinerions davantage encore vers celui qui, libre à un certain degré des réminiscences parfois un peu stupéfiantes de l'école, saurait improviser pour chaque indication un procédé en rapport avec les exigences variées qu'elle présente, et ne jamais s'exposer (ce que nous avons vu) à couper plus qu'il n'est utile afin de rentrer dans le procédé de M. tel ou tel.

SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ACÉTIQUE PUR ET ÉTENDU DANS LE TRAITEMENT DES VERRUES ET PRODUCTIONS ANALOGUES; par M. NEUCOURT.

C'est à M. J. Cloquet que l'auteur doit la connaissance de ce procédé, qu'il lui a vu appliquer et qu'il a appliqué lui-même plusieurs fois avec un succès complet. Mais il y a une distinction importante à faire quant à ses indications; car, comme il ne convient pas à toutes les variétés de verrues, il faut être bien prévenu de cette circonstance, afin de ne point s'exposer à décréditer le remède par des insuccès, en lui demandant plus qu'il ne peut donner.

Les verrues les plus ordinaires ont l'apparence cornée et peuvent être excisées en partie sans douleur ni effusion de sang. Si après avoir enlevé leur partie cornée, qui est insensible, on coupe plus profondément, on voit suinter le sang par des vaisseaux qui arrivent droit à la peau, et séparés entre eux par la matière inorganique de la verrue. Cette disposition vasculaire est surtout très-manifeste après l'action de l'acide acétique. Cet acide a la propriété de coaguler le sang dans les vaisseaux nourriciers de la verrue, de sorte qu'il y devient noir; si on coupe alors la verrue, elle offre l'apparence de ces cannes de bois des îles, c'est-à-dire une multitude de points noirs séparés par une matière grisâtre ramollie. D'où il est permis de conclure que cette sorte de verrue est constituée par un petit système vasculaire qui lui est propre; les vaisseaux sont disposés parallèlement les uns aux autres et dirigés perpendiculairement vers la peau; ils sécrètent une matière particulière, inorganique, qui est la verrue proprement dite, de même que le système vasculaire situé à la base des ongles sécrète l'ongle lui-même.

Une seconde espèce de verrue est celle qui, quoique dure comme la précédente (ce qui la distingue des nævus) est constamment rouge dans toutes les parties; assez souvent cette rougeur est plus prononcée que celle des tissus environnants; elle pâlit par la pression du doigt et s'injecte de nouveau aussitôt que cette pression cesse.

La première variété est ordinairement guérie par les applications d'acide acétique; la seconde, qui est plus rare, n'est nullement modifiée par cet agent. Voici maintenant le mode d'emploi.

On commence par couper les verrues aussi profondément que possible sans produire de suintement sanguin. On applique ensuite des compresses vinaigrées qu'on renouvelle dès qu'elles sèchent : si le malade ne les veut garder que la nuit, le traitement sera plus long. Le lendemain, on trouve les verrues ramollies, présentant une couche grisâtre avec un piqueté noir très-prononcé qui est l'orifice des vaisseaux où le sang s'est coagulé. On peut alors couper plus profondément sans effusion de sang. Lorsqu'on arrive près des parties vivantes, on cautérise avec l'acide acétique pur. Il ne faudrait pas pratiquer cette cautérisation, si on avait coupé trop profondément de manière à faire saigner, car alors les douleurs seraient très-vives. On réapplique les compresses vinaigrées pendant toute la journée. Il y a, le lendemain, une nouvelle portion de la verrue qui est mortifiée; on l'excise et on continue ainsi. Au bout d'environ huit jours, la verrue a considérablement diminué de volume, si elle n'a pas déjà disparu. Il faut persévérer jusqu'à la guérison complète. S'il survenait un peu d'inflammation, on devrait suspendre les cautérisations pour lui laisser le temps de se dissiper.

Les œils de perdrix, siégeant entre les orteils, disparaissent aussi avec facilité sous l'influence de ce traitement. Malheureusement la cause qui les a engendrées, la pression des orteils subsistant toujours ne tarde pas à les reproduire.

— Ce procédé semble fort rationnel; mais nous devons faire remarquer que son idée mère, c'est-à-dire les cautérisations et les excisions alternées à courts intervalles, ne sont qu'une réminiscence du système de traitement déjà appliqué avec succès par M. Dubroca contre les cors aux pieds. (Voy. GAZ. MÉD., 1834, p. 773.) Nous n'en approuvons pas moins l'heureuse extension donnée par M. Neucourt à cette petite opération contre une incommodité qui, quoique légère en elle-même, brave si souvent toutes les ressources de l'art.

RECHERCHES SUR LES POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS QUI COMPLIQUENT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, ET SUR LE TRAITEMENT QU'ILS RÉCLAMENT; par M. DANYAU.

M. Danyau s'est ici proposé de déterminer la conduite à suivre lorsqu'un polype de l'utérus a été entraîné au dehors à la suite de l'accouchement. Pour élucider ce point de pratique, il n'en a pas seulement appelé au raisonnement, mais à une laborieuse et sévère analyse des faits de ce genre connus. En voici d'abord un qui lui est propre.

OBS. — M. Danyau vit, le 2 décembre 1845, une jeune femme qui, après avoir eu trois fausses couches à intervalles assez rapprochés, la dernière il y a un an, venait d'accoucher depuis six heures d'un enfant de sept mois à sept mois et demi. Il reconnut hors de la vulve une tumeur offrant le volume de la tête d'un enfant de sept mois. La sage-femme avait vu cette tumeur sortir avant le fœtus : elle avait alors introduit la main et, rencontrant les pieds de l'enfant, l'avait ainsi attiré au dehors; la délivrance s'était ensuite effectuée sans peine.

Cette tumeur globuleuse, ferme, lisse et rougeâtre à sa surface, était un peu mobile dans tous les sens. Le doigt porté dans le vagin distinguait son pédicule qui allait s'insérer au côté droit de la lèvre antérieure du col : il était plat, court et large de deux travers de doigt. L'utérus attiré par la tumeur était descendu plus bas que de coutume.

L'état général étant très-bon et les douleurs locales très-modérées, M. Danyau se décida à couper le pédicule après s'être assuré qu'il ne contenait aucune branche artérielle importante. Il saisit donc la tumeur entre le pouce et l'index, puis trancha son pédicule avec un bistouri boutonné, très-près de ses doigts, afin de ne pas faire porter l'incision sur le col même. Une légère hémorrhagie fut arrêtée par une injection d'eau froide vinaigrée et l'application de quelques morceaux d'éponge. Tout alla bien, si ce n'est que le troisième jour un peu de fièvre avec douleurs à l'épigastre nécessita une application de sangsues. Au bout de quarante-huit heures, ces symptômes avaient fait place aux phénomènes ordinaires de la sécrétion laiteuse. La guérison fut complète au bout de peu de temps.

La tumeur était de nature fibreuse.

M. Danyau pense que lorsqu'un polype fait ainsi saillie au dehors soit pendant la gestation, soit à l'époque de l'accouchement, il faut attendre avant d'opérer que la parturition soit accomplie. Si on agissait plus tôt, on s'exposerait à voir l'avortement en être la suite, ainsi que l'a observé Hanck. Ce médecin ayant lié successivement trois polypes dans l'orifice utérin, la femme avorta à deux mois et demi de grossesse, huit jours après la dernière opération. De même, Koschny d'Ostrowo excisa chez une femme enceinte de cinq mois un gros polype dont le pédicule épais naissait de l'orifice

largement ouvert; l'avortement en fut la conséquence. La mère se rétablit.

Mais s'il convient de temporiser jusqu'après l'accouchement, M. Danyau ne pense pas que, dans les conditions ordinaires, on doive différer l'opération après ce terme. Le succès qu'il a obtenu en enlevant le polype immédiatement après la délivrance plaide d'abord en faveur de ce parti. M. Guiot a également réussi en liant, puis coupant le lendemain le pédicule d'un polype utérin chez une nouvelle accouchée. — Ramsbotham, au contraire, s'étant trouvé en présence d'un cas semblable, où la tumeur à la vérité égalait le volume d'une tête d'enfant de grosseur ordinaire, crut plus prudent de ne pas l'emporter tout de suite. Il préféra attendre que le volume acquis par le polype durant la grossesse, et qu'il présumait devoir être temporaire seulement, se réduisît sous l'influence du travail d'absorption qui devait ramener l'utérus lui-même aux dimensions de l'état de vacuité. Effectivement, trois mois après la tumeur et l'utérus ayant tous les deux repris un volume moindre, on put lier le polype, et la guérison fut achevée en cinq jours. Ce cas, assurément, mérite d'être pris en sérieuse considération.

Quelque précises que soient ces règles, il va sans dire que si la gestation était troublée par quelques accidents qu'on pût rapporter à la présence du polype, il faudrait en débarrasser au plus tôt la malade, comme Merriman le fit heureusement chez une femme où des métrorrhagies copieuses et fréquentes étaient le résultat de cette complication. De même si la tumeur gênait ou empêchait l'accouchement, on serait bien forcé de commencer par en faire l'ablation, ainsi qu'ont dû le faire Lapeyronie, Smellie et Pugh.

VI. ARCHIVES D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET DE PHYSIOLOGIE.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les articles originaux suisuivants: 1° *Considérations sur la circulation dans quelques groupes de la série animale;* par M. Souleyet. 2° *De la température de l'homme;* par M. Davy. (Extrait des journaux anglais.) 3° *Note sur les corpuscules gangliformes connus sous le nom de glandes de Paccini;* par M. Denonvilliers. (Simple résumé des recherches entreprises jusqu'ici sur ce point d'anatomie. M. Denonvilliers admet, avec Henle et Kœlliker, l'identité de la fibre corpusculaire avec la fibre nerveuse primitive.) 4° *Recherches sur les liquides de l'économie animale;* par M. Dumas. (Ce travail sera continué; nous en rendrons compte en temps et lieu.)

CONSIDÉRATIONS SUR LA CIRCULATION DANS QUELQUES GROUPES DE LA SÉRIE ANIMALE; par le docteur SOULEYET.

Une idée hardie et qui ne tendait pas à moins qu'à renverser une croyance contemporaine de l'origine de la zoologie a tenté de se faire jour depuis quelques années. D'après cette idée, les caractères extérieurs d'un animal seraient tout à fait indépendants de son organisation intérieure. La *forme*, considérée par les plus grands zoologistes, depuis Aristote jusqu'à nous, comme la traduction fidèle de la structure interne des animaux, ne serait plus, comme on l'a dit expressément, qu'un *masque trompeur*, *une sorte d'étiquette mensongère*.

Ce principe subversif est sorti des recherches toutes récentes de MM. Milne-Edwards et de Quatrefages sur les mollusques.

On avait cru jusqu'à présent l'organisation de ces animaux très-compliquée dans tous les groupes de la même classe et se rapprochant beaucoup de celle des animaux supérieurs. Aussi la plupart des zoologistes les avaient-ils placés très-haut dans l'échelle de la série animale. « Il n'est personne, disait Cuvier, en parlant du poulpe, qui ne soit frappé de cet appareil de parties organiques *tout aussi développées et de même nature* que dans les vertébrés..... Ces fibres, cette matière médullaire, ces artères, ces veines, ces valvules, ce parenchyme, ces intestins, cet œil, tout est semblable au fond, et tout est autrement entrelacé, autrement combiné. » Suivant Cuvier, les mollusques jouissent d'une circulation aussi complète qu'aucun animal vertébré : ils ont un cœur, des artères et des veines. M. Milne-Edwards, le premier, vint contredire ce principe. Sur un mollusque de la famille des éolides, il vit des canaux partir du tube digestif, comme chez les méduses, et se distribuer dans différentes parties du corps en donnant naissance à un grand nombre de branches; il imposa à ces canaux le nom d'appareil *gastro-vasculaire*, sans s'expliquer alors sur leur usage. Peu de temps après, M. de Quatrefages retrouva et décrivit l'appareil gastro-vasculaire chez un certain nombre d'autres mollusques plus ou moins voisins des éolides; et portant plus loin encore que ne l'avait fait M. Milde-Edwards l'analogie entre ces animaux et les méduses, il considéra cet appareil comme un organe tout à la fois *digestif et circulatoire*. Les aliments, après la préparation subie dans l'intestin, étaient directement emportés à travers les tissus par les canaux de prolongement. Dans ses premiers travaux sur ce sujet, M. de Quatrefages avait décrit, chez les mollusques, outre les ramifications de la cavité digestive, un cœur et un système complet d'artères; il y avait une sorte de contradiction à attribuer un appareil de circulation aussi parfait à des animaux déjà pourvus d'un appareil circulatoire intestinal : l'auteur le sentit, et, dans un travail ultérieur, il déclara qu'il n'avait plus trouvé aucune trace d'appareil circulatoire, et que la circulation était nulle chez les mollusques. Quant à la respiration, elle s'exécuterait de la manière suivante : d'abord le tube intestinal n'extrairait plus seulement des aliments le *chyle* réparateur, mais *ferait en outre subir au produit de la digestion un degré de plus de préparation;* puis, ainsi préparé, ce produit serait porté par l'appareil gastro-vasculaire jusque dans les appendices branchiformes du dos de l'animal, où il serait soumis immédiatement au contact de l'air. Après quoi, suivant M. Milne-Edwards, transsudant à travers les parois des ramifications intestinales, il irait directement se mêler au sang qui baigne la surface externe de ces ramifications. « Ainsi, ajoute le même auteur, les substances assimilables arrivent à leur destination plus promptement et plus sûrement que si leur transport du centre du corps jusque dans les points les plus éloignés s'effectuait par la seule influence des courants sanguins; et il faut conclure que chez les mollusques, de même que chez les nymphons, l'appareil digestif fonctionne comme un appareil d'*irrigation organique*, aussi bien qu'à la manière d'un appareil d'élaboration chimique pour la préparation des sucs nourriciers. »

M. de Quatrefages appelle *phlébentérisme* cette disposition organique dans laquelle la digestion, la circulation et la respiration se confondent, pour ainsi dire. « Ce mode de dégradation, dit M. Souleyet, regardé jusqu'alors comme un des derniers termes de la simplification progressive que présente l'organisation dans l'ensemble du règne animal, était considéré par conséquent comme l'apanage exclusif des animaux placés au bas de l'échelle zoologique. La nouveauté de la théorie du phlébentérisme consistait donc dans l'application de ce mode de dégradation à des groupes plus élevés, et l'auteur de cette théorie allait même jusqu'à dire qu'*on trouverait peut-être des exemples de phlébentérisme jusque chez les animaux vertébrés.* » Ces termes expriment très-exactement la pensée de M. de Quatrefages; et si l'on ajoute que ce naturaliste, après avoir tenté de faire remonter le phlébentérisme, comme on vient de le voir, jusqu'aux degrés les plus élevés de l'échelle, a voulu le rattacher aux échelles inférieures en supposant que, dans quelques gastéropodes, l'*appareil digestif est une cavité à une seule ouverture, et les résidus de la digestion sont rejetés par la bouche* (absolument comme chez les méduses), on comprendra comment il a été conduit à ce principe du désaccord entre la forme des êtres et leur organisation intérieure.

Tous ces détails étaient nécessaires pour mettre le lecteur à même de comprendre le sens et la portée des objections qu'élève M. Souleyet et contre la théorie et contre les faits qui lui servent de base. Disons, avant tout, que l'auteur a reconnu, chez tous les mollusques dits phlébentérés, un appareil circulatoire et une circulation complète aussi bien que chez tous les autres animaux de la même classe; tous aussi possèdent des organes spéciaux pour les fonctions respiratoires. D'autres naturalistes, notamment MM. Alder, Hancok, Embleton, Almann, sont arrivés à des résultats identiques; et si l'on tient compte, d'ailleurs, du caractère d'exactitude dont sont empreintes certaines descriptions de ces appareils, antérieures à l'idée du phlébentérisme, on ne pourra guère douter que M. de Quatrefages n'ait été quelque peu aveuglé dans ses observations par l'éclat d'une nouveauté hardie. Or, il est impossible de le méconnaître, l'existence d'un cœur, d'artères, de veines, chez les mollusques, constitue presque, *à priori*, une *fin de non-recevoir* contre sa théorie. Mais M. Souleyet va plus loin, et cherche à démontrer l'impossibilité physique des fonctions attribuées à l'appareil gastro-vasculaire. Il faut d'abord rappeler une particularité remarquable de l'organisation interne des mollusques qui présentent la disposition ramifiée du tube digestif. Le foie, qui est ordinairement si volumineux chez les mollusques, semble d'abord manquer dans ce groupe particulier; mais en suivant les canaux qui naissent de l'estomac, on les voit se terminer dans les appendices dorsaux par des cœcums recouverts d'une substance granuleuse que M. de Quatrefages a considérée le premier comme le foie. Or c'est cette disposition qui fournit à M. Souleyet ses principaux arguments contre le phlébentérisme; on peut les réduire à deux.

1° Les cœcums gastro-vasculaires ne peuvent conduire les produits de la digestion au contact de l'air, attendu qu'ils sont séparés *des surfaces respirantes* par la substance du foie *qui les enveloppe de toutes parts.*

2° La même raison s'oppose à ce que ces canaux puissent fonctionner à la manière d'un appareil d'irrigation; car la substance du foie ne peut permettre l'exosmose des matières assimilables à travers les parois qu'elle double extérieurement, et pourtant il n'y a pas d'autre passage, puisque les canaux nés du tube digestif ne se rendent que dans les appendices dorsaux des mollusques et ne se distribuent pas dans le reste de l'économie.

Quelle est donc la fonction de ces canaux? Suivant l'auteur, ils sont tou t

simplement destinés à verser le produit de la sécrétion hépatique dans la cavité digestive; ils constituent un appareil *gastro-biliaire* et non *gastro-vasculaire*.

Nous ne saurions dire si cet usage assigné par l'auteur aux ramifications gastriques est aussi réel qu'il est vraisemblable. Il ne faut pas oublier que M. Milne-Edwards dit avoir vu les matières nutritives passer directement de l'estomac dans ces canaux et les parcourir rapidement dans toute leur longueur. Sur ce point, la science ne nous paraît pas encore fixée. Ce qui paraît seulement démontré aujourd'hui, c'est que la théorie du phlébentérisme et du désaccord entre la forme et l'organisation intérieure ne repose pas encore sur des fondements solides.

VII. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Le numéro d'avril 1846 renferme les travaux originaux suivants : 1° *Études d'hygiène publique sur l'état sanitaire et la mortalité des armées de terre et de mer;* par M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles. 2° *Assainissement des amphithéâtres d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris;* par M. Guérard. (Appréciation des divers procédés de conservation des cadavres proposés dans ces derniers temps, et des conditions d'assainissement introduites dans les amphithéâtres de la Faculté depuis l'application des procédés de M. Sucquet.) 3° *Monographie générale de l'empoisonnement par l'acide sulfurique;* par MM. Chevallier et Jules Barse. (Travail considérable, dont une partie seulement a été publiée, et sur lequel nous aurons occasion de revenir.) 4° *De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés, vagabonds et criminels;* par M. Brierre de Boismont. 5° *De la possibilité de reproduire après la mort quelques caractères des brûlures faites pendant la vie;* par M. J.-A. Champouillon, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. 6° *Quelques remarques sur le suicide;* par M. Brierre de Boismont. (Réfutation très-judicieuse d'une brochure publiée sur ce sujet par M. Bourdin, dans laquelle l'auteur considère le suicide comme un acte d'aliénation ou le résultat d'une maladie.)

ÉTUDES D'HYGIÈNE PUBLIQUE SUR L'ÉTAT SANITAIRE ET LA MORTALITÉ DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER; par M. BOUDIN.

M. Boudin, dont on connaît les importants travaux en pathologie, en hygiène publique, en géographie médicale et en thérapeutique, avait adressé ce mémoire pour le concours ouvert en 1845 par les rédacteurs des ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE. La commission d'hygiène lui a décerné le prix, et a voté l'insertion, qui a eu lieu dans le numéro d'avril que nous analysons. Dans ce travail de longue haleine et dont la statistique fait la principale base, l'auteur s'est proposé d'étudier les causes et l'étendue des pertes que subissent les armées, indépendamment du fer et du feu de l'ennemi, et sous le seul empire des maladies. Après avoir réuni les nombreux documents épars ayant trait à ce sujet, il a examiné successivement les pertes des armées de terre et de mer, dans des conditions variées de temps et de lieux, d'âge, de race et de nationalité. Les résultats généraux auxquels M. Boudin est parvenu dans chacune des conditions diverses sous lesquelles il a envisagé cette vaste question, sont trop importants pour que nous ne fassions pas connaître au moins les principaux d'entre eux, indépendamment des conclusions qui résument l'ensemble de ce grand travail.

Tout le monde sait combien les pertes qu'occasionnent les maladies, dans les armées, sont considérables. Pour n'en citer que les exemples les plus récents et qui nous touchent de plus près, il résulte du relevé du mouvement général de l'Algérie, pendant les années 1841, 1842 et 1843, que le rapport du nombre de soldats morts de maladies a été, pour 1,000 hommes d'effectif, de

104 en 1841,
69 en 1842,
60 en 1843.

Ces pertes considérables ne sont pas le triste et exclusif apanage de l'Algérie; les autres armées servant hors d'Europe payent à l'action meurtrière du climat un non moins large tribut. Ainsi la proportion de la mortalité dans les troupes anglaises servant dans les colonies s'élève, dans une période de vingt ans, au chiffre énorme de

57,2	décès sur	1,000 hommes	d'effectif	à Ceylan.
63,	Id.	Id.	Id.	au Bengale.
85,	Id.	Id.	Id.	aux Antilles.
143,	Id.	Id.	Id.	à la Jamaïque.
200,	Id.	Id.	Id.	à Bahama.
483,	Id.	Id.	Id.	à Sierra-Leone.

Les pertes par maladies, comparées avec les pertes par les combats en temps de guerre, ont donné un résultat contraire à l'opinion généralement répandue dans le monde et dans les armées mêmes, que les pertes causées par le fer et le feu de l'ennemi seraient de beaucoup supérieures à celles qui résultent des maladies. M. Boudin a trouvé, en effet, en prenant les moyennes des pertes éprouvées dans les expéditions les plus meurtrières, que les pertes par maladies excèdent considérablement celles de la mortalité causée par les combats.

Un point digne d'intérêt était l'appréciation de l'influence du séjour extérieur sur les maladies et la mortalité des armées. Pour arriver à cette appréciation, il fallait préalablement être fixé sur l'état sanitaire correspondant au séjour dans la mère patrie. Voici sur ces deux questions les résultats constatés par M. Boudin.

D'abord, il est bon de rappeler que les chances de maladies, et, partant, celles de mortalité, sont loin d'être les mêmes pour les indigènes des diverses contrées de l'Europe vivant dans leur pays respectif. Ainsi il résulte des documents officiels consultés par l'auteur que l'Angleterre est, parmi les cinq principaux États de l'Europe, le pays où la mortalité est la plus faible, tandis que la Russie présente une proportion de décès qui dépasse de beaucoup celle des quatre autres États. Quant à la population militaire, M. Boudin a trouvé que, pour l'armée française servant dans son pays et en temps de paix, la mortalité moyenne est de 19,4 décès sur 1,000 hommes d'effectif, c'est-à-dire juste de 100 p. 100 plus considérable que la moyenne de la mortalité de la population civile, mâle, du même âge, qui est de 9,91 sur 1,000. Pour l'armée prussienne, le chiffre moyen de la mortalité du soldat, en temps de paix, ne dépasse guère celui de la population civile du même âge; il est de 10 environ par 1,000, c'est-à-dire presque moitié inférieur à celui de l'armée française. Dans l'armée anglaise, la mortalité moyenne est de 9 sur 1,000 pour les corps les plus favorisés, ceux qui ne servent qu'à la police intérieure; elle s'élève à 15,5 sur 1,000 pour les troupes anglaises servant en Irlande. Quant aux troupes anglaises auxiliaires servant dans leur pays natal, elles donnent en général un chiffre de mortalité très-élevé.

On a vu, par les exemples cités plus haut, de combien les chiffres de mortalité des troupes servant hors de leur pays natal dépassent ces derniers. L'auteur, pour arriver à une plus grande précision dans ce dernier genre d'appréciation, a cherché à déterminer les termes *maxima* et *minima* de la mortalité des armées européennes servant dans les pays placés sous différentes latitudes. Il est arrivé à ce résultat que, tandis que le chiffre moyen de mortalité des troupes françaises, anglaises et prussiennes, présente une certaine uniformité, qu'il diffère très-peu d'une annuité à l'autre, et que les oscillations entre les maxima et les minima s'écartent peu de la moyenne, on observe un contraste frappant dans ce qui se passe à cet égard dans les mêmes troupes servant dans les contrées qualifiées *chaudes*. La mortalité annuelle moyenne diffère, dans nos contrées, de la manière la plus notable non-seulement dans les diverses annuités relatives à la totalité des stations militaires, mais encore dans diverses annuités correspondant à une seule et même station. Ces différences toutefois ne sont pas tellement arbitraires qu'il n'ait été possible d'en saisir plus d'une fois les causes dans l'analyse des conditions climatériques et topographiques. L'auteur est arrivé, à l'aide de cette difficile analyse, à obtenir des appréciations approximatives des diverses influences qu'exercent sur l'état sanitaire des armées les saisons, l'exposition du sol, son élévation, sa nature géologique; il a cherché en outre à déterminer l'influence de la prolongation du séjour des troupes européennes dans les pays chauds, les rapports de l'état sanitaire du soldat avec la densité de la population civile des places, l'influence de la race, de la nationalité, de l'âge, etc., toutes questions accessoires qui compliquent considérablement ce difficile problème, et qui n'auraient pu être négligées sans amoindrir ou altérer la validité des résultats et leur véritable signification. Ne pouvant suivre M. Boudin dans l'examen particulier de chacune de ces questions, nous nous bornons à citer les conclusions générales qui en présentent la solution, et qui résument l'ensemble de cet important travail.

Les pertes que subissent les armées sous l'influence des maladies excèdent de beaucoup celles que leur font éprouver en temps de guerre le fer et le feu de l'ennemi.

Les pertes les plus faibles correspondent, en thèse générale, au séjour des troupes dans leur pays natal; elles augmentent, pour les armées européennes, en raison directe du rapprochement de l'équateur. L'inverse a lieu pour les troupes nègres, dont la mortalité s'accroît d'une manière sensible en raison directe de l'éloignement des tropiques.

Même pendant le séjour dans leur patrie, les armées européennes sont soumises à une mortalité qui excède d'une manière sensible celle de la population civile de l'âge qui correspond au service militaire.

Dans les localités les plus rapprochées entre elles, la mortalité diffère souvent d'une manière très-notable. Ce fait doit être pris en sérieuse con-

sidération dans la détermination des stations militaires et des places de garnison, ainsi que dans le choix des lieux destinés au casernement et aux hôpitaux.

Dans les régions tropicales, le nombre annuel des décès oscille dans des limites très-larges d'une année à l'autre, en sorte que la mortalité d'une année ne peut servir de base à l'évaluation de la mortalité moyenne de ces contrées.

Dans les contrées tropicales les plus insalubres, le choix judicieux de bonnes positions sur des lieux élevés suffira souvent pour assurer aux armées composées d'hommes de race caucasienne un état sanitaire parfait et digne des pays les plus salubres des régions tempérées.

Le degré d'élévation exigé varie d'une manière notable avec la latitude et la longitude géographiques des lieux. Le séjour sur les lieux élevés est fatal aux troupes nègres.

La nature géologique du sol exerce une influence prononcée non-seulement sur l'état sanitaire et la mortalité des armées, mais encore sur la présence ou l'absence de certaines infirmités qui rendent l'homme impropre au service militaire.

L'accroissement de la mortalité des armées, spécialement dans les pays chauds, est déterminée en grande partie par l'influence marécageuse des localités occupées.

La mortalité des armées de terre, considérée sur les divers points du globe, excède de beaucoup la mortalité qui pèse sur la marine.

Dans les régions tempérées de l'Europe, la densité des populations des places de guerre tend à aggraver l'état sanitaire et à augmenter la mortalités des troupes. La densité relative de la population des divers quartiers et des rues d'une grande ville doit être sérieusement considérée dans le choix des lieux destinés au casernement et aux hôpitaux.

Des faits nombreux militent contre l'hypothèse qui admet une amélioration progressive de l'état sanitaire des troupes européennes dans les pays chauds en général, et dans les régions tropicales en particulier, sous l'influence de la prolongation du séjour.

Au point de vue militaire, la connaissance de la marche pathogénique des saisons sur les divers points du globe et des rapports de l'état sanitaire des armées avec les diverses influences météorologiques, est d'un intérêt immense et qui n'a pas obtenu jusqu'ici l'attention qu'elle mérite.

L'influence pathogénique des saisons est dans une dépendance étroite de la qualité du sol, de la latitude, de la longitude et de l'élévation des lieux, de leur position dans l'hémisphère boréal ou austral, enfin de la nationalité et de la race du soldat.

Dans toutes les contrées où l'influence de l'âge a été étudiée, jusqu'ici la mortalité la plus faible a été reconnue être celle des militaires de 18 à 25 ans.

La nationalité et la race favorisent ou neutralisent l'action pathogénique des climats, de telle sorte que, sous l'empire de circonstances identiques, des troupes de race et de nationalité distinctes, peuvent souffrir ou mourir dans des proportions différentes et de maladies différentes.

De la possibilité de reproduire après la mort quelques caractères des brulures faites pendant la vie ; par M. Champouillon

Il est souvent nécessaire, en médecine légale, de formuler une opinion précise sur la gravité des brûlures ; leur intensité se mesure depuis la simple rubéfaction de la peau jusqu'à la carbonisation plus ou moins complète des tissus. Mais entre ces limites extrêmes, il y a des nuances intermédiaires qui se manifestent sous l'apparence de phlyctènes et d'escarres superficielles ou profondes. Ces signes, que l'on donne comme caractéristiques d'une brûlure faite pendant la vie, ne peuvent-ils pas aussi se reproduire après la mort ? Telle est la question que s'est proposé de résoudre M. Champouillon. Cette question, soulevée en différentes occasions devant les cours d'assises, a été diversement résolue par les experts. Les observations de M. Christison, entre autres, paraissaient avoir établi que les caractères de vitalité dans les brûlures sont un cercle rouge entourant la partie affectée et ne disparaissant pas par la pression ; en second lieu, les phlyctènes contenant de la sérosité sanguinolente. Cependant ces observations applicables aux cas les plus ordinaires n'établissaient pas d'une manière absolue qu'il ne pût en être autrement sur des sujets placés dans des conditions particulières. Le hasard, en effet, a permis à M. Leuret de voir des vésicules remplies de sérosité rougeâtre, volumineuses et en grand nombre, se former sur un cadavre vingt-quatre heures au moins après la mort. Prenant ces divers faits en considération, M. Champouillon s'est livré à des expériences de combustion dans lesquelles il a varié les essais, afin de reconnaître les modifications que ce singulier phénomène peut subir dans son mode de reproduction ou dans ses caractères.

Ce n'est pas, dit M. Champouillon, par le contact immédiat d'un réchaud avec un membre infiltré, comme on l'a prétendu, qu'il est possible de provoquer des phlyctènes chez un cadavre ; dans ce cas, on obtient des vésicules, il est vrai, mais elles ne contiennent que des gaz et jamais de sérosité. Le nombre et le volume des ampoules lui ont paru dépendre de la quantité de combustible employé, de la distance du corps chaud par rapport à la peau, de la durée et de l'intensité du rayonnement.

« Si l'on charge de calorique un corps bon conducteur, ajoute-t-il, soit en chauffant un boulet jusqu'au rouge, soit en remplissant d'eau chaude un vase métallique, et qu'on place ces différents appareils à quelques centimètres d'un cadavre infiltré, comme on le fait avec un réchaud, on n'obtiendra aucune apparence de vésication. La chaleur, par ce procédé, n'est point remplacée à mesure qu'elle se dissipe ; son action étant purement passagère, il manque donc une des conditions nécessaires au succès de l'expérimentation : voilà sans doute pourquoi il n'y a aucun effet produit. Si, au contraire, le sujet se trouve placé à distance convenable d'un foyer à rayonnement continu, il se manifestera constamment une ou plusieurs phlyctènes d'un diamètre variable. »

Une étude attentive des causes qui donnent naissance à ce phénomène lui a montré qu'il se rapportait au mode d'action que le calorique exerce sur les tissus pénétrés par la sérosité. Cette action n'est autre que la raréfaction que tout corps incandescent produit dans la couche atmosphérique qui l'environne, raréfaction dont le degré et l'espace sont proportionnés à l'intensité et à la limite du rayonnement calorifique. Dans l'anasarque, la partie aqueuse du sang, qui s'est dérobée à la circulation capillaire, tend en vertu de cette loi, à diminuer l'adhérence qui unit les différentes couches de la peau, et à les séparer, soit par un effort expansif, soit par l'effet destructeur de la macération. L'épiderme lui-même participe à cette imbibition générale et perd en consistance ce qu'il gagne en extensibilité. Le mécanisme de la vésication séreuse sur les cadavres hydropiques s'explique par ces données théoriques. En effet, aussitôt que la chaleur diminue, la pression atmosphérique sur un point quelconque du tronc ou des membres, la sérosité afflue dans cette direction, soulève l'épiderme et forme des collections qui ont la plus parfaite analogie avec les phlyctènes qui caractérisent les brûlures faites sur un sujet vivant.

Comme conséquence de ces faits et de ces considérations, M. Champouillon considère le vide comme la cause occasionnelle unique des phlyctènes que la chaleur développe chez les sujets qui ont succombé dans un état d'anasarque.

M. Champouillon remarque que les phlyctènes n'apparaissent pas, en général, instantanément; la durée de leur formation lui a paru être, en moyenne, de deux à six heures; mais il ne doute pas qu'on ne puisse hâter le moment de leur production, en employant une grande quantité de calorique. Une circonstance qui l'a frappé, dans ses expériences, c'est qu'il a toujours obtenu des vésicules, quoiqu'il ait indifféremment opéré, tantôt au moment où l'individu venait de succomber, tantôt pendant la durée même de la rigidité cadavérique, d'autres fois enfin lorsque la putréfaction avait déjà envahi les tissus. Quant au cercle rouge permanent que Christison et la plupart des experts, d'après lui, considèrent comme un indice certain que la brûlure a été faite pendant la vie, il n'a pas fait une seule fois défaut sur le cadavre, dans les expériences de M. Champouillon, d'où il conclut que ce caractère n'a pas la valeur séméiotique qu'on lui a accordée; il regarde même sa formation comme étant nécessairement liée à celle des vésicules. Mais il ne manque pas d'ajouter que, bien que cette ligne rouge ait chez le sujet mort comme chez l'individu vivant, un aspect à peu près identique, l'analogie n'est que superficielle ; l'incision de la peau suffit pour lever tous les doutes. Dans le premier cas, il y a une simple injection des capillaires cutanés, tandis que dans le second on trouve le sang extravasé dans les tissus et combiné avec eux. Ici il y a eu réaction vitale, là fluxus mécanique.

En résumé, l'auteur conclut de ses recherches qu'entre les brûlures faites pendant la vie et celles qui résultent de l'action du calorique sur un cadavre infiltré, il n'y a aucun caractère différentiel *apparent ;* que la distinction n'est possible que par une dissection attentive de la peau ; que cette dissection elle-même ne fournit que des indices assez variables et trop subtils pour être toujours aperçus ; qu'enfin les données établies par M. Christison perdent toute leur valeur lorsque l'expertise a pour objet un cadavre infiltré.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 septembre.

Système lymphatique du foie.

M. Daniel adresse de nouvelles observations sur la structure du foie, à l'occasion du travail de M. Guillot. L'auteur rappelle la lacune qui existe dans la

science sur les vaisseaux lymphatiques en général et ceux du foie en particulier, circonstance qu'il attribue en partie à l'imperfection des procédés d'injection employés jusqu'à présent.

A l'exemple de M. Pappenheim, M. Daniel s'est servi pour injecter les vaisseaux lymphatiques, comme pour les vaisseaux sanguins, d'une substance prise en masse et qui ne s'écoule pas comme le mercure, et il dit avoir observé, à l'aide d'injections faites par ce procédé, que les vaisseaux lymphatiques dans l'état naturel forment un réseau extrêmement riche et se ramifiant jusqu'à couvrir presque toute la superficie; on trouve ce réseau au-dessous de la membrane séreuse propre qui recouvre immédiatement le tissu glanduleux du foie. Ce réseau s'évanouit quand le foie a été exposé à l'air atmosphérique pendant une demi-heure et même moins, à l'exception de quelques troncs qui, alors même, n'ont pu être distingués au microscope du tissu cellulaire de la membrane. Après avoir fait une pareille injection dans les vaisseaux lymphatiques du foie d'un cheval tué à l'instant, M. Daniel a pu poursuivre, avec le microscope, les troncs jusqu'aux capillaires. Quant à ces derniers, ils étaient bien limités, ce qui les distinguait de la masse extravasée; pour rendre leurs parois visibles, il a suffi d'ôter la membrane séreuse de la substance glanduleuse et de la regarder, soit à l'œil nu, soit au moyen de verres, d'un grossissement assez fort. Les vaisseaux capillaires se trouvent à la surface inférieure de la membrane, et les plus considérables laissent des sillons profonds sur les lobes hépatiques.

Les vaisseaux lymphatiques superficiels du foie, dit M. Daniel, possèdent donc des parois propres jusqu'aux capillaires y compris, ce que l'on aurait déjà pu supposer, puisque là il n'existe pas autre chose que des fibres. Les vaisseaux profonds sont en continuité avec les vaisseaux superficiels, et il est probable qu'ils ne diffèrent pas des superficiels.

Quant à l'origine des vaisseaux lymphatiques dans les vaisseaux sanguins capillaires, dont M. Guillot parle dans son mémoire, cette opinion est appuyée sur la circonstance que l'injection sort des vaisseaux sanguins pour entrer dans les vaisseaux lymphatiques. Mais quand on connaît la finesse des parois capillaires, on ne doit point être surpris de ce résultat, car on sait que ces injections trop forcées déchirent les parois membraneuses et pénètrent dans d'autres systèmes. Quant à la communication des grands vaisseaux lymphatiques avec les vaisseaux sanguins, M. Daniel n'a pu en saisir encore les rapports exacts.

LOIS SYNTHÉTIQUES DU MOUVEMENT VITAL.

M. Durand (de Lunel), médecin adjoint de l'hôpital militaire de Blidah (Afrique), adresse un mémoire intitulé : Lois synthétiques du mouvement vital.

L'auteur se propose d'établir que les lois de l'organisme ne sont autres que les lois qui président à tout mouvement matériel, et que la force d'attraction a une grande part d'influence dans le système vital: c'est un développement nouveau d'un travail déjà paru.

Voici en quels termes il résume sa synthèse.

L'appareil nerveux, qui est un conducteur continu, est un conducteur à pôle négatif dans l'impression générale nutritive, à pôle positif dans toutes les autres impressions permanentes. Ainsi le sang artériel est un foyer vital irradiant, à travers les nerfs, du fluide électro-positif vers tous les appareils pour exciter les impressions négatives desquelles dépend l'exercice de leurs fonctions (sang veineux au poumon et au foie, fibre musculaire au cœur, acides et membranes musculeuses à l'estomac, impressifs viscéraux, fibre musculaire, air et température atmosphérique aux extrémités de l'appareil cérébro-spinal, substance blanche dans l'appareil de ce nom, etc.), et à leur tour et par la même voie tous ces impressifs envoient du fluide électro-négatif vers le sang pour en exciter l'impression.

Tel est le mécanisme du mouvement vital, l'impression nutritive sanguine en est la force centrale, les autres impressions permanentes en sont les forces multiples gravitantes.

L'auteur trouve, dans le fait déjà constaté par Johnstone, Legallois, Gall, etc., que la substance grise nerveuse est un imparfait conducteur, l'explication de divers phénomènes d'intermittence et de rémittence vitale (sommeil, veille, etc.).

Enfin, poursuivant son parallèle entre la force attractive animale et la force attractive générale, cette force, dit-il (force attractive générale), présentant des spécialités de prédilection selon la nature de certains corps en présence, comme ailleurs, elle devait s'offrir souvent spécialisée dans la matière vivante : de là les variétés dans les impressions, les sécrétions, les absorptions, les compositions, les maladies, etc., pourtant toujours liés à un type électrique commun, positif ou négatif.

Ainsi, dit-il en terminant, l'attraction répond à tout ce qui n'est pas métaphysique dans la vie, et nous proclamons cette large synthèse:

L'organisme vivant est un système en tout semblable au système universel.

ACTION DU PHOSPHORE SUR LES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT A LA FABRICATION DE CETTE SUBSTANCE.

M. Chevallier écrit que, s'occupant avec MM. Bricheteau et Boys de Loury d'un travail sur les ouvriers qui fabriquent les allumettes chimiques, leur attention s'est portée sur l'air dans lequel respirent ces ouvriers; ils ont dû rechercher quelle était l'influence des vapeurs du phosphore sur les individus qui y sont soumis. A cet effet, ils ont fait diverses recherches et consulté des fabricants de phosphore. De ces recherches et de ces renseignements, il résulte : 1° que les ouvriers qui travaillent à la fabrication du phosphore ne sont point sujets à la carie dentaire qui a été observée chez les ouvriers qui fabriquent les allumettes chimiques; 2° que ces ouvriers, lorsque l'air des ateliers contient des vapeurs phosphorées, sont pris d'accès de toux, mais que ces accès cessent dès que la cause qui les suscite a disparu; 3° que la fabrication du phosphore ne donne lieu à aucune maladie particulière.

ABSENCE DE CUIVRE ET D'ARSENIC DANS LES EAUX DE PASSY.

M. Flandin adresse une note relative à la non-existence du cuivre et de l'arsenic dans les eaux minérales ferrugineuses de Passy.

On se rappelle que, dans la dernière séance, M. Dumas a communiqué, au nom de M. Walchner le résultat de nombreuses analyses desquelles il résulte qu'il existe du cuivre et de l'arsenic dans tous les minerais de fer et spécialement dans les eaux minérales ferrugineuses. M. Flandin a analysé six litres et demi d'eau de la source de Passy; il a employé d'abord la méthode dont s'est servi M. Walchner, et ensuite, pour la recherche spéciale de l'arsenic, la méthode de Marsh. Dans les six litres et demi d'eau qu'il a analysée, il n'a pas découvert la moindre trace ou apparence de cuivre ni d'arsenic.

— M. Deleau écrit que le lendemain du jour où M. Dumesnil a présenté à l'Académie la description de son instrument destiné à la dissolution des calculs dans la vessie, il a montré le même appareil à la clinique de M. Velpeau. Il joint à sa lettre les modèles de cet instrument.

M. Velpeau témoigne de l'exactitude de l'assertion de M. Deleau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après quelques rectifications réclamées par MM. Dupuy, Rochoux, Gaultier de Claubry, Prus et Hamont.

M. le Président annonce que M. Duportal, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier et membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

M. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit successivement trois rapports officiels sur de nouvelles sources. Les conclusions sont adoptées sans discussion.

BUSTE DE DUPUYTREN.

M. Bégin lit, au nom d'une commission composée de MM. Husson, Cruveilhier et Bégin, rapporteur, un rapport sur la proposition qui a été faite à l'Académie de placer le buste de Dupuytren dans le lieu habituel de ses séances. La commission a décidé à l'unanimité que la proposition devait être soumise à l'adoption de l'Académie.

La lecture de ce rapport est accueillie par l'Académie avec une faveur marquée.

M. le président en met immédiatement la conclusion aux voix; elle est adoptée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les nouvelles conclusions du rapport sur la peste.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Prus demande, avant qu'il soit procédé à la lecture des articles en délibération, la permission de donner communication à l'Académie d'une lettre qu'il a reçue, en date du 7 septembre, de M. Clot-Bey.

Les termes de cette lettre se résument à dire que les réformes demandées par l'Académie ne sont pas assez radicales, suivant l'avis de M. Clot-Bey. Tout en tenant compte des concessions à faire à l'opinion, il pense que ces mesures ne devront être que transitoires et qu'il y aura lieu d'y revenir plus tard. Il signale, comme l'une des réformes les plus importantes à demander, la révision des intendances sanitaires, qu'il voudrait voir composées d'hommes plus éclairés et plus spéciaux. Il se plaint enfin qu'on n'ait pas suffisamment rendu justice, dans le rapport, à quelques-uns des médecins d'Égypte, et notamment à lui-même.

M. Prus a reçu une seconde lettre de M. Clot-Bey, accompagnée d'un mémoire en réfutation du discours de M. Pariset. Ce mémoire étant trop étendu pour en donner lecture, M. Prus propose d'en renvoyer l'examen à M. Pariset lui-même. Sur l'observation de plusieurs membres, ce travail est renvoyé à la commission.

M. le Président donne lecture de la quatrième conclusion, qui est conçue en ces termes :

« La peste se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades; ces miasmes, répandus dans des endroits clos ou mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

» De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

La discussion est ouverte sur le premier paragraphe.

M. Collineau : Ne serait-il pas plus convenable de dire, au lieu de : *miasmes qui s'échappent*, *miasmes qui s'exhalent*; car c'est une véritable exhalation qui a lieu dans ce cas.

M. Prus : Cette expression aurait l'inconvénient de préjuger le mode de transmission; or c'est ce que la commission a voulu éviter.

M. Hamont monte à la tribune et vient soutenir de nouveau, dans une note écrite, la doctrine de la contagion. Il rappelle l'expérience des cinq condamnés

à mort dont quatre eurent la peste, les expériences qu'il a faites lui-même sur des animaux auxquels il a inoculé la peste, les expériences de Ceruti, les faits rapportés par Gaëtani-Bey, Lasperanza, Heine; il rappelle enfin l'expérience de cet Égyptien qui donna la peste à ses enfants, et il conclut en disant que la peste est évidemment contagieuse et que l'Académie doit franchement exprimer cette opinion.

M. Rochoux n'a aucune objection à faire à cette proposition; il a admis les trente-deux premières conclusions, par conséquent il admet aussi les cinq nouvelles conclusions qui les résument. Il pense cependant que l'on eût été plus clair en se servant de l'ancien langage, en disant tout simplement : la peste est contagieuse.

M. Dupuy présente quelques observations relatives à l'inoculation. Il croit qu'on a conclu à tort, dans les expériences qui viennent d'être citées, de la présence de quelques pétéchies à la contagion de la peste, car les pétéchies ne caractérisent pas la peste; on les produit en quelque sorte à volonté, en injectant des substances septiques, et surtout de la matière cérébrale; ce qui caractérise spécialement la peste, ce sont les bubons.

M. Villeneuve : J'aurais voulu qu'on dît un mot de la transmissibilité de la peste par les cadavres. On a rapporté, lors de la grande épidémie de Marseille, des faits qui sembleraient témoigner que des cadavres de pestiférés ont pu transmettre la maladie.

M. Nacquart : Je ne pense pas qu'il soit parfaitement rigoureux de dire que la peste peut se transmettre à distance par les miasmes, tandis que dans un autre paragraphe on conteste que la peste soit transmissible par contact. Il y a là une sorte de contradiction, car lorsqu'un individu sain aura été en contact avec un pestiféré et qu'il aura contracté la peste, il sera fort difficile de dire si c'est par les miasmes exhalés du malade ou par le contact qu'il l'aura contractée.

M. Prus : M. Nacquart fait un raisonnement : je répondrai que nous n'avons pas d'objections théoriques à opposer à des raisonnements. Nous n'avons voulu d'autre guide que les faits précis; or les faits disent que des individus en rapport éloigné avec des pestiférés ont contracté la peste. Voilà un fait dont nous sommes certains et que nous exprimons. Quant à savoir si la peste serait transmissible par contact, du moment où la maladie peut être transmise par l'absorption des miasmes, il devient impossible de savoir si le contact influe ou non sur la transmission de la maladie. La commission ne dit pas que cela ne soit pas, elle dit qu'elle ne le sait pas.

M. Nacquart : En ce cas, la commission est trop affirmative; je demande qu'elle exprime son opinion avec plus de réserve.

M. Prus : Je ne crois pas qu'on puisse mettre plus de réserve qu'il n'y en a dans cette proposition.

M. Rochoux : M. Nacquart demande qu'on dise comment se transmet la peste. Il trouvera la réponse dans Lancisi, qui a dit que les miasmes étaient absorbables à la fois par la peau et par les muqueuses, c'est-à-dire par le corps tout entier. Mais si l'on compare la surface de la peau avec la surface pulmonaire, on trouve que celle-ci a soixante-cinq fois l'étendue de la peau; elle est, de plus, d'une ténuité extrême qui permet l'absorption bien plus facilement que ne le ferait la peau : on ne peut donc douter que ce soit surtout par les poumons que s'effectue l'absorption. Les plus ardents partisans de la contagion l'admettent ainsi; je crois que c'est une question résolue.

M. Castel : Je demande la suppression de la première partie de la conclusion, qui est, suivant moi, inutile et en contradiction avec une proposition déjà adoptée par l'Académie. On dit dans cette proposition : « La peste se transmet par les miasmes exhalés des corps malades. » Comment voulez-vous qu'elle se transmette autrement? D'un autre côté, vous avez dit ailleurs qu'elle ne se transmet que lorsqu'elle est épidémique; mais les maladies épidémiques agissent par une impression générale. En disant d'ailleurs que la peste n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique, vous vous ôtez le moyen de prouver qu'elle est contagieuse parce que l'influence épidémique domine tout. Je trouve dans cette proposition que la maladie n'est point transmissible par le seul contact immédiat; mais oubliez-vous donc que la peau est le principal émonctoire du corps? Je crois qu'il eût été plus prudent de ne pas toucher cette question, parce qu'on peut toujours soulever des doutes sur le mode de transmission. Quant à dire que la peste ne se transmet que par miasme, c'est, qu'on me passe le mot, une niaiserie; comment veut-on qu'elle se transmette autrement que par les miasmes exhalés des corps malades? Cette proposition est donc au moins inutile. Il n'y avait à dire que ceci : « La peste peut être à la fois épidémique et contagieuse. » Il fallait dire : « La contagion a ses modes et ses degrés, comme la peste, comme toute maladie. »

Le premier paragraphe est mis aux voix et adopté.

Deuxième paragraphe. — M. Gaultier de Claubry : Ce deuxième paragraphe est absurde, qu'on me permette le mot. Vous ne saurez jamais, en approchant un malade, si c'est par contact ou par absorption pulmonaire que l'on contracte la peste.

M. Nacquart rappelle une expérience de Bichat, qui tend à démontrer que l'absorption des miasmes n'est pas moins active par la peau que par les poumons.

M. Lagneau : Je ne demande pas la suppression de ce paragraphe, mais je voudrais qu'on le modifiât. Je vois deux choses : la transmission par les miasmes et la transmission par contact immédiat. La première suppose une accumulation, une concentration de miasmes dans un point, tandis qu'on peut très-bien concevoir la transmission par contact sans cette condition. Je voudrais qu'on fît sentir cette distinction dans la proposition.

M. Rochoux : Pour montrer quelle est l'importance de cette barrière que la peau oppose à l'absorption et que M. Castel croit si légère, je n'aurais qu'à rappeler les nombreuses expériences qui ont été faites sur des chiens. Pour tout argument, je ferai à M. Castel cette proposition : Je m'engage à tenir ma main dans un bocal d'acide hydrocyanique, à la condition qu'il en tiendra sa bouche pleine.

M. Bégin : Cette proposition est des plus importantes; elle a trait à la fois aux faits et à l'opinion que l'on doit chercher à répandre dans le monde sur la contagion. Si vous laissez répandre dans le public l'opinion qu'il suffit de toucher un pestiféré pour contracter la peste, c'est là un grave inconvénient; car, outre que les faits ne le démontrent pas, vous provoquerez en quelque sorte un acte d'inhumanité en empêchant les personnes qui entourent un pestiféré de lui donner les secours nécessaires. (Aux voix! aux voix!)

Le deuxième paragraphe est mis aux voix et adopté.

Troisième paragraphe. — M. Gaultier de Claubry : Je rappellerai à cette occasion un fait qui s'est passé à Gand lors d'une épidémie de typhus et qui tend à démontrer que cette maladie est transmissible par les hardes. Vingt-trois ouvriers furent occupés après des draps qui avaient enveloppé des individus atteints de typhus, dix-sept d'entre eux contractèrent la maladie qui n'existait plus alors dans la ville. L'analogie n'autorise-t-elle pas à penser qu'il en peut être de même pour la peste?

M. Prus : Pour admettre que les hardes peuvent transmettre la peste, il faut que les faits ou des expériences bien faites le prouvent. Or, jusqu'à présent, toutes les expériences sont frappées de nullité par ce seul fait qu'elles ont été faites dans les foyers d'épidémie. Cette proposition est de la plus haute importance, car l'administration est extrêmement embarrassée, plus embarrassée pour les hardes que pour toute autre chose; nous ne pouvons donc pas conseiller l'administration sans avoir nous-mêmes une certitude. Aussi proposons-nous de faire des expériences dans le lazaret de Marseille pour résoudre cette question. Il ne faut pas méconnaître d'ailleurs qu'il a été fait des expériences en grand en Orient, et partout par la vente publique des effets ayant appartenu aux pestiférés; or, jusqu'à présent, aucun fait authentique n'a démontré que ces effets aient communiqué la peste à quelqu'un.

M. Moreau : Il faut donc être conséquent cependant. Dans le premier paragraphe, vous dites que la peste se transmet par les miasmes émanés des corps des malades; mais si vous admettez ce mode de communication, vous devez rigoureusement aussi admettre que les hardes peuvent transmettre la peste; car il est difficile de concevoir que les miasmes qui s'exhalent des corps malades n'imprègnent pas les effets qui les recouvrent.

La commission propose des expériences. Ne semblerait-il pas que vous voulez sacrifier la vie de quelques-uns de vos semblables pour résoudre cette question? Il serait plus convenable, ce me semble, de substituer au mot *expériences* le mot *observations;* les expériences se présenteront d'elles-mêmes.

M. Prus : En 1835, lorsqu'après l'épidémie on restitua l'hôpital de l'Eskebié à sa première destination, cinq cents couvertures servirent aux nouveaux malades sans avoir été ventilées; il n'en résulta pas un seul cas de peste.

Quant aux expériences que la commission propose, qu'on se rassure, elle n'entend sacrifier la vie de personne. On peut être assuré que si elles sont agréées, on trouvera des personnes disposées à s'y soumettre.

M. Moreau : Je conviens que ce fait a une grande valeur, mais c'est un fait négatif et qui ne détruirait en rien la valeur d'un fait positif. D'ailleurs, s'il en était ainsi, il ne faudrait plus admettre l'existence de miasmes pestilentiels, et alors votre proposition se trouverait annulée.

M. Castel : M. le rapporteur cite constamment des faits; eh bien! je lui opposerai des faits dont il semble s'obstiner à ne pas tenir compte, ceux qui se sont passés dans l'armée d'Égypte. Les médecins de l'armée d'Égypte ont cité nombre de cas de transmission de la peste par les effets. Vous parlez d'expériences : en voilà; que ne les acceptez-vous? Quant à celles que propose M. le rapporteur, il a laissé entrevoir en partie le dessein qu'il a eu... Mais ces expériences ne seront pas accueillies par l'administration, on s'en moquera, on traitera la proposition de l'Académie de forfanterie. Nous n'avons pas besoin d'expériences, je le répète; assez de faits prouvent la transmissibilité de la peste par les hardes. Avons-nous donc oublié ce qui se passa aux assises d'Oxfort? Il ne faut pas consulter seulement ce que disent les faits, il faut tenir compte aussi de l'analogie.

M. Nacquart propose de substituer le mot *observations* au mot *expériences*, et d'ajouter ces mots : *en dehors des foyers de peste.* (Appuyé.)

M. Prus adhère à cette modification.

M. Moreau : Mais M. Hamont a cité des faits qui semblent assez concluants pour juger la question.

M. Prus : Les faits cités par M. Hamont ont déjà été produits devant la commission, qui ne les a pas jugés ainsi. (Aux voix! aux voix!)

Le troisième paragraphe, modifié par l'amendement de M. Nacquart, est mis aux voix et adopté.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS EN 1845.

DU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU; par M. Abel Simon Gay (12 août 1845).

Cette thèse paraît avoir été rédigée sous l'inspiration d'un professeur qui

a, des premiers, attaché son nom à l'étude du ramollissement cérébral; du moins peut-on dire qu'elle en reflète plus spécialement; au milieu d'un historique généralement exact, les opinions, les idées et les doctrines. C'est une des raisons qui nous engagent à consacrer à ce travail une mention particulière et une analyse qu'il pourrait d'ailleurs justifier par sa valeur propre. Non pas que nous voulions suivre de point en point, avec M. Gay, l'histoire du ramollissement; mais nous relèverons, dans les parties les plus importantes de cette histoire, quelques-unes des opinions de l'auteur; et, en les relevant, nous aurons occasion de montrer comment elles ont été parfois obscurcies, gênées, rétrécies, par la considération trop exclusive du point de vue anatomique.

Une première occasion se présente dans l'anatomie pathologique : il s'agit de l'étendue de l'altération. « Le ramollissement occupant toute l'étendue de la masse cérébrale est, dit M. Gay, extrêmement difficile à reconnaître et peut être souvent contesté; on peut nier qu'il soit une altération pathologique, et supposer soit un commencement de putréfaction dans un cas de ramollissement extrême, ou bien ne pas l'admettre dans un cas où, la lésion étant peu avancée, il ne pourrait bien être constaté que par sa comparaison avec une partie saine... Cependant deux faits bien observés par M. Rostan, et quelques autres publiés par M. Dechambre, ne permettent guère de révoquer en doute l'existence de ces ramollissements généraux. » Ce passage a été écrit sous la préoccupation d'une idée commune à plusieurs auteurs, à savoir, qu'en fait de ramollissement cérébral, celui-là seul mérite le nom de général, dans lequel toute la masse encéphalique, sans exception d'une fibre, est absolument désorganisée; et cette manière de voir cache elle-même une conception, suivant nous, vicieuse, de l'origine et du mode de formation du ramollissement. On suppose cette altération naissant, sous l'influence d'une condition locale, au lieu même où cette condition se rencontre, puis s'étendant de proche en proche et détruisant successivement de nouvelles portions de l'encéphale, à peu près (nous demandons grâce pour cette comparaison triviale, mais parfaitement exacte) comme pourrait faire un *rongeur*. Aussi loin s'étend la destruction, aussi loin s'étend la maladie, mais pas une ligne au delà. Que s'il existe plusieurs ramollissements séparés, c'est qu'il existe plusieurs maladies. Peu importe que les faibles portions de cerveau non encore réduites en bouillie, soient d'une extrême mollesse et s'en aillent en détritus sous un léger grattage, que ces parties inconsistantes se trouvent comme perdues au milieu d'une demi-douzaine de foyers liquides, qu'entre ces parties molles et ces parties liquéfiées la transition soit graduelle et presque insensible, que, dans les dispositions du système vasculaire encéphalique, dans la constitution ou l'état sanitaire de l'individu, dans les symptômes, se rencontrent des témoignages d'une influence morbide générale et débordant même la cavité cranienne, tout cela n'a aucune signification; *cette mollesse peut être l'effet de la putréfaction; il faudrait pouvoir la comparer à la consistance d'une partie saine du même cerveau*. Il n'y a de vrai ramollissement que dans l'étendue de la désorganisation.—Eh bien! nous soutenons, appuyé sur une étude très-sérieuse de la question et sur une observation attentive, que la condition anatomique morbide, dont le développement aboutit à la destruction de la fibre nerveuse, embrasse au début, plus souvent qu'on ne le pense, la totalité de la masse cérébrale. Les foyers dont on la trouve parsemée ne sont fréquemment, à nos yeux, que le dernier degré d'une lésion dont la mollesse des autres parties représente un degré moins avancé. Et c'est dans ce sens qu'on a pu dire (M. Dechambre en particulier) que le ramollissement général du cerveau n'est pas aussi rare qu'on le prétend et répète partout.

A l'article *symptomatologie*, et à l'occasion des phénomènes précurseurs, tels que céphalalgie, vertiges, somnolence, délire, agitation, aliénation mentale, démence sénile, etc. (l'alimentation et la démence seraient mieux placées parmi les prédispositions), M. Gay s'exprime ainsi : « Beaucoup de ces symptômes ne peuvent pas, à proprement parler, être considérés comme des signes précurseurs du ramollissement (il s'agit du ramollissement appelé *blanc*); ainsi la céphalalgie, à moins qu'elle ne soit locale et persistante, les vertiges, la tendance au sommeil, *n'indiquent qu'une congestion cérébrale*; le délire, l'agitation, sont plutôt des symptômes d'un état inflammatoire; l'aliénation mentale, la démence sénile, dénotent en effet une altération de la pulpe cérébrale; *mais sont-elles, dans la majorité des cas, dues à un ramollissement*, et ne les a-t-on pas vues précéder les signes de cette affection?.... Il n'en est pas de même de l'affaiblissement graduel de l'intelligence, de la perte de la mémoire, de la céphalalgie fixe et circonscrite, des engourdissements, des fourmillements; ces phénomènes *indiquent assez vraisemblablement l'existence d'un ramollissement*. » On le voit, la préoccupation de la lésion locale domine l'appréciation séméiologique. La céphalalgie, les vertiges, la somnolence, ne peuvent pas être regardés comme des signes précurseurs du *ramollissement*, parce qu'ils sont plutôt l'indice d'une *congestion cérébrale*, et l'on isole ces deux états morbides, on les confine, pour ainsi dire, en cellules séparées, sans s'inquiéter de savoir s'ils n'ont pas entre eux un rapport direct, essentiel, si le premier n'engendre pas le second, et si tous deux ne procèdent pas d'une condition morbide commune et plus générale. « L'aliénation mentale, la démence sénile, décèlent une lésion matérielle du cerveau (ce n'est pas le lieu de discuter sur ce point); mais, dans la majorité des cas, *sont-elles dues au ramollissement?* » Remarquez cette expression. L'auteur ne demande pas si l'aliénation, la démence, n'existent pas le plus souvent indépendamment des différents troubles encéphaliques, de circulation, d'innervation ou autres, dont le ramollissement est un des effets, mais bien si elles ne sont pas souvent indépendantes du ramollissement lui-même. Ainsi, le ramollissement est l'*alpha* de la maladie, c'est la maladie elle-même, et tous les états pathologiques, qui ne sont pas l'effet direct et immédiat de la désorganisation de la fibre cérébrale, fussent-ils liés à l'une des conditions morbides susceptibles d'engendrer cette destruction, comme une gêne générale ou partielle de la circulation cérébrale, tous ces états ne peuvent être rangés parmi les signes précurseurs du ramollissement. C'est entraîné par la même tendance que l'auteur regarde l'affaiblissement intellectuel, les engourdissements, les fourmillements, etc., *comme indiquant vraisemblablement l'existence d'un ramollissement*, ne se souvenant pas qu'il ne s'agit encore que des signes précurseurs, c'est-à-dire des signes qui annoncent le ramollissement plus ou moins longtemps avant sa formation.

Il serait facile de signaler dans d'autres endroits de cette thèse le cachet des doctrines scientifiques qui l'ont inspirée, plus peut-être que ne le pense l'auteur lui-même. Mais nous préférons consacrer encore quelques lignes à l'appréciation de la partie substantielle du travail, des opinions qui y sont soutenues, de la fidélité des descriptions.

Nous le reconnaissons volontiers, l'auteur a fait un judicieux usage des matériaux dont la science est en possession. L'histoire du ramollissement, un peu trop concise peut-être et pas assez raisonnée, renferme pourtant tous les éléments de quelque importance. Les traits de cette histoire sont, en général, bien groupés et fidèles. Nous signalerons notamment le tableau de la *marche du ramollissement* dans les différentes formes symptomatologiques qu'il peut présenter. En ce qui concerne spécialement les opinions de l'auteur sur les points controversés, nous serons presque partout d'accord avec lui. Avec lui, par exemple, et avec M. Rostan, à l'avis duquel il se range le plus souvent, nous regardons la céphalalgie circonscrite comme un symptôme beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit généralement et comme pouvant devenir en certains cas un excellent signe diagnostique; nous croyons que le ramollissement ou, pour mieux dire, le trouble cérébral qui doit aboutir au ramollissement, débute parfois d'une manière instantanée, comme l'hémorrhagie cérébrale; qu'alors les symptômes de paralysie diminuent pendant un ou plusieurs jours pour revenir ensuite graduellement et avec plus d'intensité; que les symptômes peuvent s'amender ou s'aggraver et offrir ainsi des espèces d'oscillations pendant le cours d'une maladie; nous ne doutons pas non plus que des fourmillements, de la contracture, de la paralysie, même bornée à un côté du corps, ne puissent se lier à une simple congestion encéphalique, sans ramollissement.

Sur beaucoup d'autres points encore, nous n'aurions qu'à répéter les assertions de l'auteur; mais nous ferons une réserve (et ce sera notre dernière remarque) au sujet de la curabilité du ramollissement. M. Gay croit, avec M. Rostan, que cette altération ne peut guérir qu'à la première période, quand la substance nerveuse n'est encore qu'infiltrée de sang, c'est-à-dire qu'il admet la curabilité du ramollissement du cerveau quand le cerveau n'est pas ramolli; car c'est toujours la même confusion de langage provenant de la même fausseté du point de vue. Quant à l'opinion qui admet, dans des circonstances données, la curabilité du ramollissement confirmé, c'est-à-dire, pour être clair, l'arrêt du travail morbide, la résorption de la substance liquéfiée et l'induration ou une organisation spéciale des parties voisines, cette opinion, pour M. Rostan, et, autant que nous avons pu en juger, pour M. Gay, ne repose que sur des erreurs de diagnostic ou de fausses appréciations anatomiques. Il y a ici un vice de raisonnement palpable : il se peut qu'on ait pris des congestions cérébrales ou des hémorrhagies pour des ramollissements; il se peut, d'un autre côté, qu'on ait cru voir sur le cadavre des cicatrices de foyers de ramollissements là où il s'agissait de foyers hémorrhagiques; mais si, par un concours heureux de circonstances, le même observateur a pu, sur le même malade, suivre la série des symptômes depuis leur début jusqu'à la guérison, et, la mort survenant par une cause inattendue, constater dans l'encéphale une cicatrice parfaitement en rapport par son siége, son étendue, son ancienneté approximative, avec les symptômes observés, et, de plus, exempte des caractères propres aux cicatrices de foyers hémorrhagiques, le raisonnement de ces messieurs tombe de lui-même. Or la science possède plusieurs observations de ce genre, qu'on pourrait trouver dans la Gazette Médicale.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE. — DYSSENTERIES.

Nous avons signalé, au mois d'août dernier, une constitution spéciale dont les caractères bien tranchés ne permettaient pas de méconnaître sa relation avec l'élévation insolite et continue de la température. Des observations ultérieures sont venues de toutes parts confirmer l'exactitude des caractères que nous avions assignés à cette constitution et des vues que nous avions émises sur son origine. Depuis lors la température a changé; un abaissement assez considérable et presque subit du thermomètre, accompagné de quelques variations et de quelques alternatives de pluie et de vents, a marqué d'une manière assez brusque la transition de l'été à l'automne. Avec ce changement dans les conditions atmosphériques a coïncidé un changement non moins manifeste dans le nombre, la fréquence et le caractère des maladies régnantes; en un mot, une constitution en quelque sorte nouvelle est venue se substituer à la constitution des deux mois précédents. Voyons en quoi elle en diffère, en quoi elle s'en rapproche, et quelles peuvent être leur relation et leurs rapports réciproques.

Parmi les caractères de la dernière constitution, nous insistions particulièrement sur ceux qui la distinguaient de la constitution la plus habituelle de nos climats à pareille époque de l'année. Les flux abdominaux, qui avaient d'abord fixé notre attention, et qui, dès le début, révélaient l'imminence d'une constitution spéciale à laquelle nous avons cru devoir donner le nom de constitution cholérique, ce que l'événement justifia plus tard, ces flux abdominaux différaient, disons-nous, autant par leurs caractères spéciaux que par l'appareil symptomatique dont ils étaient accompagnés, des flux que l'on observe habituellement à cette époque et en particulier de la dyssenterie. Aujourd'hui ce sont encore des flux abdominaux qui dominent, mais avec des caractères et un aspect général entièrement différents. Voici ce que l'on observe depuis une quinzaine de jours environ, tant dans les hôpitaux de Paris qu'en ville.

Des individus bien portants, mais plus souvent des convalescents ou même des sujets en traitement pour des affections diverses, sont pris tout à coup de diarrhée avec douleurs abdominales vives, épreintes, sensibilité très-grande de l'abdomen à la pression, surtout sur le trajet du colon; les selles sont muqueuses dès le début et striées de sang. D'abord assez abondantes, elles deviennent extrêmement fréquentes et de plus en plus ténues; elles s'accompagnent alors de ténesme. Les malades ne rejettent, après de violents efforts, que quelques mucosités sanguinolentes; quelques-uns même ne rendent qu'une petite quantité de sang presque pur. A ces symptômes se joignent de l'accélération du pouls, une chaleur vive et sèche, des vomissements bilieux, de la prostration. A cette rapide énumération tout le monde a reconnu, nommé la dyssenterie. C'est la dyssenterie, en effet, qui règne en ce moment, et elle règne avec une fréquence et une intensité qui ne permettent pas de méconnaître une influence générale d'autant plus active, qu'elle s'exerce sur des organismes qui y ont été en quelque sorte préparés de longue main. Dans un seul service de l'Hôtel-Dieu, celui de M. Louis, on en a compté environ une trentaine de cas depuis moins d'un mois, et il y en a eu jusqu'à seize à la fois dans une salle de soixante malades. Très-peu sont venus du dehors; la plupart des cas se sont développés sur des convalescents et plus particulièrement sur des convalescents de fièvre typhoïde. Quatre sur trente environ ont déjà succombé; nous dirons trois, pour plus d'exactitude, car le quatrième a présenté dans le cours de la maladie des symptômes douteux et des complications qui ne permettaient pas d'y voir une dyssenterie franche. Ce chiffre est plus que suffisant pour faire juger de la gravité de cette affection. Nous ne mentionnerons que pour mémoire seulement les résultats nécropsiques; ils ont présenté, chez ces trois sujets, trois nuances ou trois degrés différents des altérations que l'on rencontre habituellement dans la dyssenterie: chez l'un, les follicules seuls du gros intestin étaient sensiblement altérés; ils étaient tuméfiés, ramollis, leur orifice béant laissait suinter à la pression un mucus mêlé d'un liquide blanchâtre, puriforme; la muqueuse était injectée dans les intervalles des follicules: c'était le degré le plus léger. Chez les deux autres, l'altération était beaucoup plus étendue et plus profonde; les follicules étaient largement ulcérés jusqu'à la membrane musculeuse, qui était à nu dans plusieurs points. De vastes ulcérations s'étendaient tout le long du gros intestin; chez l'un d'eux, on en trouvait même jusque dans la dernière portion de l'intestin grêle. Les membranes intestinales étaient épaissies; cet épaississement était dû au tissu cellulaire sous-muqueux et à la tunique musculeuse elle-même. La muqueuse était ramollie et injectée dans presque toute l'étendue du tube digestif.

Un grand nombre de malades sont encore dans un état assez grave pour qu'il ne soit pas possible d'en prévoir l'issue; quelques-uns sont guéris ou en voie de guérison. Tous n'offrent pas la maladie au même degré d'intensité; chez certains elle est même assez légère, et quelques-uns des symptômes principaux manquent, tels que les ténesmes, la présence du sang dans les selles, bien qu'il ne soit pas possible de se méprendre sur l'identité de la maladie. Chez tous, l'affection a une durée moyenne assez longue; elle n'a pas été moindre de dix à douze jours, non compris la convalescence, qui est elle-même assez lente et qui s'établit difficilement. La guérison est ordinairement annoncée par le retour des selles bilieuses et par la diminution de leur fréquence; les vomissements bilieux persistent dans quelques cas avec une grande opiniâtreté, alors même que tous les autres symptômes ont cessé.

Aucun traitement n'a paru jusqu'à présent avoir une influence marquée sur la marche et sur l'intensité des symptômes. Les astringents, les opiacés, les saignées locales, les purgatifs, ont été successivement ou simultanément employés. Autant qu'il est possible d'apprécier des résultats sur d'aussi petites proportions, on peut avancer, sauf toutes réserves ultérieures, que si aucune de ces médications n'a eu une influence décisive sur la marche de la maladie, quelques amendemens du moins ont pu être attribués à l'emploi de l'opium et des purgatifs. Les saignées locales ne paraissent avoir eu d'autre effet que d'atténuer les douleurs et la sensibilité; quant aux astringents, leur influence a semblé être tout à fait nulle.

Si l'on rapproche les caractères de la constitution dont nous venons d'esquisser rapidement les principaux traits de ceux qui ont été assignés à la constitution précédente, on sera frappé tout à la fois du contraste qu'elles présentent dans leur physionomie et dans leur expression générale, et des relations qui semblent les unir et les rattacher néanmoins à une même cause commune à un même ordre d'influence modifiée seulement dans son intensité et dans sa manière d'agir. Les différences, nous n'avons pas besoin d'insister pour les faire sentir: elles ressortent assez d'elles-mêmes par le seul rapprochement des deux tableaux que nous avons présentés. Quant aux rela-

---

Feuilleton.

LES CHEMINS DE FER ET LA MÉDECINE.

Monsieur le rédacteur,

J'habite, à deux cents kilomètres de Paris, un petit bourg lié à la capitale par un chemin de fer. L'établissement de ce chemin a été, comme vous pensez, un événement. Les entendus de l'endroit font là-dessus des réflexions très-profondes; c'est le sujet de leur conversation tous les dimanches sur la place de l'Église. Ils prétendent que le commerce, au lieu de rester éparpillé tout le long des grandes routes en une foule de petits foyers, va se concentrer autour d'un certain nombre de localités; que chez nous, par exemple, le marché du lundi va devenir plus important aux dépens des bourgs voisins qui n'ont pas de chemin de fer, et que nous vendrons plus de jaconas et de petits couteaux qu'autrefois. Les aubergistes surtout se frottent les mains: ces excellentes gens espèrent renverser la marmite de leurs confrères des environs et les ruiner à fond de sac. Ils appellent cela, je crois, le déplacement des centres d'affaires. J'ai compris que c'était quelque chose comme ce que nous voyons très-souvent en médecine, quand l'irritation, d'abord disséminée sur toute la membrane muqueuse gastro-intestinale, finit par se concentrer sur certains points et produit une gastrite ou une duodénite.

Comme je n'ai jamais eu de disposition pour le commerce, et que c'est même ce qui a déterminé mes parents à me mettre dans la médecine, je me mêle peu à ces sortes de conversations. Je préfère m'en rapporter aux orateurs. Mais, tout en ayant l'air de ne songer à rien, il est un côté de la question sur lequel je crois en savoir plus long qu'eux. Vous en trouverez peut-être le sujet mesquin, baroque; dans ma commune, nous n'avons pas l'esprit aux questions élevées; mais enfin, je vous dis la chose comme elle est: il s'agit de *l'influence des chemins de fer sur l'exercice de la profession médicale*. Encore ce titre est-il quelque peu ambitieux; je serais bien embarrassé de traiter de cette influence à un point de vue général et sous toutes ses formes; mais les avantages de ma position m'ont donné sur ce point une certaine expérience personnelle et suggéré plusieurs remarques que je suis très-désireux de vous communiquer, sauf votre permission.

Il n'y a pas plus d'un an qu'il fallait, pour aller de chez nous à Paris, dix-huit heures, sans compter deux heures de chemin de traverse dans la carriole du *messager*, qui vous déposait sur le passage des grandes voitures. Supposez un malade allant consulter une de vos célébrités. Voilà d'abord, pour aller et retour, quarante heures ou environ; puis il fallait bien passer un jour ou deux à Paris, pour obtenir sa consultation et se reposer de ses fatigues. Mettons, en tout, trois jours et trois nuits. Pendant ce temps-là il fallait vivre, n'est-il pas vrai?

tions qui unissent ces deux constitutions en apparence si dissemblables, elles ne paraîtront peut-être pas au premier abord aussi aisées à saisir. Cependant si l'on veut un instant se transporter dans d'autres lieux et se rappeler ce qui se passe annuellement dans les contrées méridionales, on retrouvera une analogie parfaite dans l'ordre de succession des faits morbides et dans le rapprochement des caractères respectifs des deux constitutions dont il s'agit avec les conditions atmosphériques qui leur correspondent. On sait en effet que, dans les pays chauds, les affections cholériques correspondent aux jours caniculaires, et que les dyssenteries leur succèdent avec une régularité presque constante, ces dernières formant avec les fièvres intermittentes la constitution spéciale d'automne. Les maladies actuelles, comme celles qui les ont précédées, ne sont donc en définitive, comme on le voit, que l'expression des conditions atmosphériques insolites de la saison que nous venons de traverser, et leur succession traduit, exceptionnellement pour nous, le mode d'influence qu'exercent annuellement ces mêmes conditions dans les pays où elles sont normales et régulières.

PHYSIOLOGIE.

SUR LA NATURE DES ÉVACUATIONS ALVINES DE COULEUR VERTE CHEZ LES ENFANTS ; par le docteur GOLDING BIRD (1).

Bien que l'attention des praticiens se soit constamment portée sur la fréquence des déjections vertes dans les maladies des enfants, cependant il en est peu qui aient cherché à déterminer la nature réelle et la composition chimique de ces déjections. Il n'en existe jusqu'ici, à ma connaissance, qu'une seule analyse. J'ai souvent examiné ces évacuations vertes dans le but de vérifier l'exactitude de cette opinion populaire qu'elles sont principalement composées de bile ; mais je n'en avais jamais fait un examen minutieux quand, il y a quelques semaines, mon attention fut dirigée sur ce sujet par mon ami le docteur Forbes, qui me remit un des plus beaux échantillons de matières vertes que j'aie jamais vus ; elles provenaient d'un enfant atteint d'hydrocéphale, actuellement sous l'influence du mercure, et présentaient les caractères suivants. C'était un liquide trouble, de couleur vert sale, qui, par le repos dans un vase de verre, se séparait en trois parties très-distinctes : 1° à la surface, un liquide de consistance huileuse offrant une belle couleur d'un vert d'émeraude ; 2° une couche dense de mucus, d'albumine coagulée et de débris d'épithélium, mêlée de particules de sang encore rouges ; 3° au fond du vase, un dépôt de gros cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, sous forme de prismes de couleur vert pomme.

La couche superficielle, de couleur émeraude, fut décantée et examinée.

A. Elle était faiblement alcaline, de couleur analogue à celle du bouillon et d'une densité de 10°,20.

B. L'addition de quelques gouttes d'acide nitrique n'altéra pas sa couleur, même après ébullition ; mais une grande quantité d'acide, ajoutée à la liqueur bouillante, changea la couleur d'émeraude en une couleur jaune ; la couleur verte ne fut pas ramenée par l'addition d'un alcali.

C. L'acide acétique modifia à peine la couleur verte, et ne produisit pas de coagulation sensible de mucus.

D. Une solution d'acétate de plomb détermina un précipité vert grisâtre, abondant et tenace, laissant la liqueur elle-même incolore.

E. Sous l'influence du bichlorure de mercure, il se forma un précipité vert clair, et la liqueur devint pâle, mais non décolorée.

Voici maintenant les résultats de l'*analyse chimique*.

1° 1,000 grains de la liqueur verte, évaporés avec soin, donnèrent un extrait vert olive foncé, très-déliquescent, pesant 100 grains.

2° Cet extrait, plongé dans l'alcool à 0,837 de densité, forma une masse semblable à de la glu qui ne put se mêler à la liqueur ; même après une ébullition prolongée, elle parut à peine diminuée de volume. Cependant la liqueur décantée et évaporée laissa un extrait pesant 30 grains. Ce résidu offrait une couleur jaunâtre, *feuille morte*, une odeur analogue à celui du bouillon frais et une saveur légèrement astringente avec un mélange très-prononcé d'amertume.

3° L'extrait alcoolique incinéré avec soin donna 5,5 grains de cendres consistant principalement en chlorure de sodium avec des traces de phosphate tribasique de soude ($3 NaO, P_2O_5$). Il était alcalin et ne produisait aucune effervescence par les acides.

4° La portion non dissoute par l'alcool bouillant céda à l'eau 13 grains d'une matière presque insipide qui, par incinération, donna une cendre très-alcaline pesant 1,75 grains, non effervescente par les acides et presque exclusivement formée de phosphate tribasique de soude.

5° Le résidu, insoluble à la fois dans l'eau et dans l'alcool, pesait 57 grains, et consistait à peu près entièrement en albumine coagulée, mucus desséché et sang altéré. Il donna par incinération 1 grain seulement de cendres, formées presque exclusivement de sesquioxyde de fer couleur rouge brique.

Le tableau suivant expose les résultats de cette analyse.

Extrait alcoolique.	Matière organique . . .	24,50
	— inorganique . .	5,50
Extrait aqueux. .	Matière organique . . .	11,25
	— inorganique . .	1,75
Matière insoluble.	Matière organique . . .	56,00
	— inorganique . .	1,00
Eau et matière volatile.		900,00
		1,000

En ce qui concerne la composition chimique de la portion organique des résidus laissés par l'alcool et par l'eau, le premier est formé principalement de matière grasse, de cholestérine et d'une substance verte probablement identique à la *biliverdine* (1), avec des traces de bile à peine suffisantes pour communiquer à l'extrait une saveur amère, et en trop petite quantité pour laisser du carbonate de soude dans le résidu de l'incinération. L'extrait aqueux était formé principalement de *ptyaline* et des matières extractives comprises par Berzélius sous la dénomination générale *d'extrait de viande*.

(1) Extraits de THE LONDON MEDICAL GAZETTE, septembre 1845.

(1) MEDIZINISCH-ANALYTISCHE CHEMIE, von Franz. Simon : Bd. I., s. 333.

il fallait s'abriter et se coucher : frais d'hôtel, frais de restaurant, frais de toute sorte ; c'était ruineux. Vous comprenez qu'on ne se résignait pas facilement à une pareille campagne. S'agissait-il d'appeler la célébrité elle-même auprès du malade ; grand Dieu du ciel ! des honoraires de quinze cents à deux mille francs, des frais de poste fabuleux ! ces messieurs étaient hors de prix. Aussi, dans les cas les plus embrouillés, avions-nous pris le parti de tripoter notre affaire nous-mêmes. Nous nous réunissions, quatre ou cinq officiers de santé que nous sommes dans ma localité, et chacun donnait son avis. La majorité faisait loi, ou, quand il y avait cinq avis différents, ce qui n'était pas rare, on suivait celui du plus âgé. A présent, les choses se passent différemment : un malade qui sait bien distribuer son temps, va à Paris, consulte et revient en douze ou treize heures, presque sans fatigue et à peu de frais. De son côté, le médecin qu'on appelle de Paris, vu la rapidité du voyage, se contente de trois à quatre cents francs. Aussi nous permettons-nous assez souvent la célébrité, soit en l'appelant dans le pays, soit en lui adressant nos clients. Nous nous entêtons moins à débrouiller les cas compliqués. Dès que notre vue s'obscurcit, nous envoyons chercher de la lumière à Paris. Plus de casse-tête, de longues conférences, de disputes. Le maître nous dit du premier coup de quoi il s'agit, et il n'y a plus qu'à faire. C'est extrêmement commode.

Nous appelons presque toujours le même médecin ou le même chirurgien. On en est plus à son aise de part et d'autre. Ces messieurs paraissent se bien trouver de ces fréquentes occasions de montrer leur savoir-faire dans le même pays. Plus ils y sont venus, plus ils ont de chance d'y revenir ; le nom se répand, la réputation s'enracine, les relations s'étendent et se fortifient, et un fonds lointain de clientèle finit par se former. Ajoutez qu'ils n'ont pas l'air fâché de se trouver souvent avec nous et nous témoignent, chaque fois que nous les mandons, de très-vifs sentiments de confraternité.

Voilà, monsieur le rédacteur, ce qui se passe chez nous. Je ne voudrais pas en tirer des conséquences trop générales, ayant été élevé à l'école de Paris dans une saine défiance du raisonnement. Mais enfin, en voyant la France se couvrir d'un réseau de chemins de fer, je ne puis me défendre d'allonger un peu la tête hors de ma localité et de me figurer le changement que pourraient opérer à la longue, et dans la pratique et dans les relations inter-médicales, ces merveilleuses voies de communication.

Peu de temps, peu d'argent, peu de fatigue : ce sont les trois avantages principaux des voyages par voies de fer. L'économie d'argent est double ; elle porte à la fois sur celui qu'on ne dépense pas et sur celui qu'on gagne pendant le temps rendu aux affaires. Naturellement le malade qui pourra ainsi, en quelques heures, à bon marché et sans fatigue, venir d'une quarantaine de lieues prendre une consultation qui lui coûtait auparavant beaucoup de temps, beaucoup d'argent et les longues tortures d'une voiture publique, s'y décidera plus volontiers. Que si, retenu par le mal, il désire appeler à lui le médecin consultant, la diminution du taux des honoraires, nécessairement proportionnée à la rapidité et à la commodité du voyage, lui rendra cette satisfaction plus abordable. Ainsi, se raccourciront, pour ainsi dire, les distances entre malades et médecins ; ainsi se multiplieront leurs communications. Jusqu'ici, en France, les sources où l'établissement de chemins de fer permet d'aller puiser à ces eaux réconfortantes de la haute médecine, ne sont pas encore bien nombreuses ; mais qu'on suppose réa-

La composition de la partie fluide des évacuations vertes peut donc être ainsi exprimée :

Biliverdine, matière extractive alcoolique, graisse, cholestérine, traces de bile	24,5
Ptyaline, matière extractive aqueuse, colorée par la biliverdine	11,25
Mucus, albumine coagulée, hématosine	56,0
Chlorure de sodium, avec traces de phosphate tribasique de soude	5,5
Phosphate tribasique de soude	1,75
Sesqui-oxyde de fer	1,0
Eau	900,0
	1,000

Une analyse d'évacuations vertes produites par le calomel a été rapportée par Simon (1), qui n'a pas donné la proportion des matières solides et de l'eau, mais purement détaillé la composition de l'extrait sec, ainsi constitué :

Solubles dans l'alcool.	Bile, acide cholique, biliverdine	21,4	42,5
	Graisse contenant de la cholestérine	10,0	
	Extrait alcoolique	11,0	
Ptyaline, extrait aqueux			24,30
Albumine, mucus, débris d'épithélium			17,10
Matières salines			12,90
			96,7
		Perte	3,3
			100

Des recherches récentes sur la nature des selles vertes, qu'on dit être fréquentes chez les malades qui font usage des eaux de Marienbad et de Carlsbad, ont été publiées par le professeur Kerstin de Freiberg (2). Il nie absolument la présence de la moindre quantité de bile dans les évacuations de cette nature, et attribue la teinte verte à la présence du sulfure vert de fer, engendré dans l'estomac et les intestins par la réduction à l'état de *sulfure* du *sulfate* de soude contenu dans l'eau et l'action consécutive du fer existant dans les sources en question. Il établit, en concordance avec cette manière de voir, que l'acide hydrochlorique fait disparaître la couleur verte des selles en même temps qu'il dégage une grande quantité d'hydrogène sulfuré. Ces caractères dénotent une différence essentielle entre les évacuations vertes des malades de Marienbad et celles qui surviennent sous l'influence du mercure.

Les conclusions du professeur Kerstin ont été vivement combattues par le docteur Frankl, de Marienbad (3), qui attribue la couleur des déjections à « *la même cause* » que la teinte verdâtre de quelques écoulements muqueux du vagin dans la leucorrhée, de l'urètre dans la gonorrhée, et des fosses nasales dans quelques formes de coryza.

Que la bile puisse et doive souvent exister en grande quantité dans les déjections alvines, dans certaines maladies, cela est certain ; mais que sa présence soit nécessaire dans les déjections vertes si communes chez les enfants et produites par l'emploi du mercure, voilà ce qui peut être mis en doute. Dans l'analyse de Simon, on a trouvé une grande quantité de bile ; mais l'échantillon examiné par moi n'en a fourni que quelques traces. S'il y en avait eu une certaine quantité, l'extrait alcoolique aurait dû présenter une saveur amère prononcée, et la cendre eût contenu un carbonate alcalin ; comme aussi, en raison du peu de solubilité du phosphate de soude ($HO, 2 NaO, P_2 O_5$) dans l'alcool, ce liquide ne pouvait contenir une quantité de ce sel suffisante pour former, pendant l'ignition, avec la soude de la bile, un phosphate alcalin ($3 NaO, P_2 O_5$) (1).

J'ai avancé que la couleur verte de la matière examinée était due à la *biliverdine*, terme conventionnel désignant une substance très-imparfaitement connue et qui très-vraisemblablement s'applique à des substances essentiellement distinctes par leur nature. Berzélius a comparé la biliverdine à la chlorophylle ou matière colorante verte des feuilles, bien qu'elle doive être regardée plutôt comme participant de la nature de la cire que comme un simple extrait coloré. Quoi qu'il en soit, on peut concevoir qu'une matière colorante verte puisse être engendrée dans l'économie animale par l'action de certains éléments de l'hématosine ou matière colorante du sang. Ainsi il est bien connu que le sang, exposé à l'influence du gaz hydrogène sulfuré, acquiert une couleur *vert olive foncé* sous une lumière réfléchie, et *rouge obscur* sous une lumière directe : phénomène identique à celui que présente la matière colorante de la bile. L'attention a été appelée sur ce fait remarquable par le professeur Léopold Gmelin (2). Il y a maintenant plus de dix ans que des recherches sur l'action des agents *oxydants* (oxidating) sur le sang ont été publiées par le docteur Brett et moi-même (3). Nous avons signalé alors deux produits de l'action de l'acide nitrique sur le caillot sanguin : l'un, de couleur vert olive, douceâtre et astringent ; l'autre jaune et très-amer. Nous avons appelé le premier chloro-hématine et le second xantho-hématine.

Or, si la matière colorante du sang peut acquérir une couleur verte sous l'influence de différents agents, on peut admettre, je pense, que la coloration verte d'une excrétion animale n'implique pas nécessairement la présence ou la surabondance de la bile. Et quand l'analyse chimique ne peut déceler la présence de ce liquide dans une évacuation d'un vert très-prononcé, il devient tout à fait légitime de chercher ailleurs la cause d'une pareille teinte. Les proportions de la biliverdine se rapprochent beaucoup de celles de la xantho-hématine dont je viens de parler, et j'avoue être porté à regarder les selles vertes et couleur *épinards* des enfants comme dépendant de la présence d'un sang altéré, plutôt que d'un excès de bile.

Voyant donc dans ce genre d'évacuations une forme de *melæna*, j'ai souvent interrogé les nourrices sur l'aspect offert par les matières alvines avant et après l'apparition de la couleur verte, et je me suis assuré que presque constamment on avait observé des stries et même des caillots de sang.

Ainsi l'existence de selles vertes indique, non une sécrétion surabondante de bile, mais un état de congestion du système de la veine porte, état dans lequel le sang transsude lentement et en petite quantité, de manière à per-

(1) *Suprà citat.*, Bd. II., s. 496.
(2) HELLER'S ARCHIV. FÜR PHYSIOLOGISCHE CHEMIE, 1844, s. 273.
(3) HELLER'S ARCHIV., 1845, s. 105.

(1) J'ai indiqué, dans le PHILOSOPHICAL MAGAZINE, juin 1845, la nature des changements dont il s'agit ici.
(2) Tiedmann et Gmelin, RECHERCHES SUR LA DIGESTION, p. 19.
(3) MEDICAL GAZETTE, vol. XVI, p. 751.

lisé ce tracé gigantesque qui reliera entre eux les principaux centres de population ; quand, sur quelque point du sol qu'il se trouve et de quelque côté qu'il se tourne, le malade des villages, des bourgs, des petites villes, aura toujours devant lui, à peu de minutes ou peu d'heures de distance, une réputation médicale, européenne ou départementale ; quand, dis-je, par tout le territoire, les moyens de communication auront réalisé la même économie de temps et de dépenses déjà obtenue sur certains points, qui peut douter que la *consultation* ne puise dans cet état de choses un immense surcroît d'activité ? A en juger par ce qui se passe ici, je me figure que, par suite des relations de famille, de société, ou d'autres circonstances, les grandes célébrités s'impatroniseront plus spécialement dans telle ou telle partie du territoire. On pourra ainsi devenir médecin ou chirurgien en service extraordinaire d'un arrondissement ou d'un département. On vaquera dans la grande ville à sa besogne quotidienne ; puis, au premier trouble un peu grave qui agitera son empire sanitaire, on s'y transportera de sa personne pour rétablir l'ordre et la bonne harmonie.

Cette influence des nouvelles voies de communication se fera sentir aux célébrités médicales et chirurgicales tout ensemble. Mais, devant ces dernières, elle lèvera des difficultés spéciales qui, jusqu'ici, ont notablement restreint le cercle géographique de leur intervention dans la haute chirurgie. Actuellement, dans une localité éloignée des grands centres de population et dépourvue de chemins de fer, un malade affecté de pneumonie, de fièvre typhoïde, de rhumatisme, peut encore à la rigueur se procurer l'agrément d'une visite à 1,200 francs. C'est un agrément un peu cher, voilà tout. Mais celui qui doit subir l'amputation d'un membre, ou une désarticulation, ou l'extraction de la pierre, se trouve dans des conditions plus difficiles. Il ne s'agit plus seulement d'une visite ; l'opération pratiquée, tout n'est pas fini. Ne faut-il pas que la plaie soit pansée une fois, deux fois par jour ; que les résultats soient surveillés avec autant d'attention que d'intelligence ? N'est-il pas à peu près indispensable que les premiers soins soient administrés ou tout au moins dirigés par la même main qui a pratiqué l'opération ? Je suppose un malade qui ne veuille, en effet, s'en remettre de ces soins qu'à l'opérateur ; s'il ne peut se déplacer, si dix heures seulement (c'est trente lieues par les voitures) le séparent du chirurgien de son choix, force lui est de le retenir près de lui pendant deux, trois, quatre jours et plus, au prix de sacrifices énormes. Dupuytren a été plus d'une fois appelé à satisfaire de ces royales exigences, et les sommes historiques qu'elles ont coûté ne sont pas faites pour encourager les clients. On évite quelquefois les inconvénients de cette espèce de location d'un chirurgien au prix de journée, en ne demandant de lui que deux ou trois voyages successifs entre lesquels il peut expédier le gros de ses propres affaires ; mais deux ou trois voyages pèsent encore assez lourdement dans la balance des honoraires. Que si enfin le malade peut se déplacer et venir trouver le chirurgien, la chose ne se simplifie pas autant qu'on pourrait se l'imaginer. Une fois là, Dieu sait combien de temps on y restera. La cuisse amputée, il n'y a plus moyen de s'en retourner avec un moignon en suppuration. Il faut guérir ou mourir sur place. Or combien d'embarras, combien de dépenses n'entraîne pas un séjour prolongé dans une maison étrangère, loin de ses habitudes, de ses ressources accoutumées ! Puis il faut savoir la tristesse, l'effroi qui s'étendent sur une famille dont un membre se sépare pour aller courir au

mettre aux gaz et aux produits de sécrétion contenus dans les intestins de modifier sa couleur. Cet état peut facilement aboutir à un méléna dans lequel l'effusion du sang est trop abondante et trop soudaine pour pouvoir donner lieu aux modifications dont je viens de parler.

Il y a en outre, dans les déjections vertes des enfants et de tous ceux qui présentent une congestion de la veine porte, une circonstance qui, si je ne me trompe, est tout à fait distincte des proprietés que présente la bile pure dans de semblables circonstances : je veux dire l'effet de l'exposition à l'air. Dans la majorité des cas, les selles dites *couleur épinards* sont d'abord de couleur orange, et elles ne prennent la couleur *vert d'herbe* caractéristique qu'après avoir été exposées à l'air. Le temps nécessaire pour le changement varie d'une manière remarquable. J'ai vu des matières couleur orange devenir vertes en quelques minutes; et, chez le même malade, un jour ou deux plus tard, le même changement ne s'effectuait qu'en plusieurs heures.

THÉRAPEUTIQUE.

APPLICATION DES LOIS HYDRODYNAMIQUES DE LA CIRCULATION A LA DÉTERMINATION DU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DES GRANDES ARTÈRES ET EN PARTICULIER DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE; par M. GUETTET, D. M. P.

Différents voyages m'ont détourné des nouvelles médicales, et m'ont empêché de connaître un article qui a paru dans le numéro du 3 mai 1845 de la GAZETTE MÉDICALE sur ma dissertation inaugurale (1). Ce n'est qu'ici, à Lyon, qu'en faisant connaissance avec l'auteur même de cet article, M. Diday, et recevant son bon accueil, j'appris que j'avais eu l'honneur d'être lu et analysé par ce savant confrère. En lui adressant publiquement mes remercîments pour l'approbation générale dont il m'honore, je dois revenir sur certains points qui ont donné lieu à sa critique. Cette critique m'attaque en partie sur des principes que je n'ai pas du tout, et en partie sur des principes auxquels je tiens réellement et que je crois pouvoir défendre; mais je ne veux pas commencer sans dire que M. Diday a été pour moi d'une obligeance parfaite pendant mon séjour, de plusieurs mois déjà, à Lyon. En l'absence de tout ressentiment personnel, l'intérêt de la question soutiendra seul la discussion.

PREMIÈRE PARTIE. — ÉTAT DE LA QUESTION.

Il m'a paru que non-seulement le sujet, mais encore les intentions de la Faculté de médecine, réclamaient autre chose qu'une réponse par les faits connus sur l'anévrisme du tronc brachio-céphalique. Les conclusions que l'on peut déduire de ces faits, numériquement parlant, avaient été déduites avant moi. Il est vrai qu'ainsi présentées, elles ne sont pas péremptoires, et qu'elles ne sont pas non plus sans contradiction, selon les diverses interprétations des faits. Plus d'une fois les opérateurs ont attribué la mort de leurs opérés à d'autres causes que l'opération, soit sur le tronc brachio-céphalique, soit sur ses branches. En effet, à ne voir que les symptômes du moment de la mort, souvent ceux-ci ne touchent point au vaisseau ligaturé; et puis, sur ce vaisseau même, on les a regardés comme signes d'un retour de la première maladie, mais sans liaison entre l'opération et ce retour. Enfin, quand l'accident mortel, consécutif à cette opération, a échappé à ces excuses et qu'il a été une hémorrhagie à la chute de la ligature, on a encore eu la ressource d'accuser les caprices de la nature, qui ici guérit et là ne guérit pas. On s'appuyait alors sur la guérison d'autres artères que l'innominée, et même de grosses artères. Les partisans d'une opinion opposée ont bien fait valoir dans cette question la grande proximité du cœur à cette artère. Mais à cela les uns ont répondu que ce n'était qu'une théorie, et par conséquent rien; d'autres ont dit positivement que la théorie était fausse. Cette fausseté, ils ont prétendu la prouver par le principe d'hydrostatique en vertu duquel, dans un appareil rempli et fermé de toutes parts, les liquides éprouvent sur tous les points une égale pression; et enfin, comme démonstration très-spécieuse, ils ont rappelé les expériences remarquables de M. Poiseuille. A l'abri de cette dernière raison, il semblait incontestable qu'une ligature d'artériole ait le même effort à soutenir du flot circulatoire que la ligature du tronc brachio-céphalique même.

Dès lors l'indication pathologique devenant formelle, pourquoi n'aurait-on pas fait la ligature de ce tronc d'après la méthode d'Anel, par exemple, dans les anévrismes de l'origine des branches de bifurcation? — Je parle ici dans le sens de ceux qui croient pouvoir, sans grand inconvénient, supprimer la voie brachio-céphalique droite au courant circulatoire. Est-on suffisamment prévenu contre ce parti par les dix opérations connues? Elles ont, il est vrai, été toutes suivies de mort. Mais ce ne sont que dix cas; et, le nombre croissant, on a l'espoir que sur vingt, il y en aura autant pour que contre. Voilà ce que l'on dit par les faits; et tel est bien le langage des faits quand ils ne sont pas assez nombreux. Joignons-y ce que je rappelais tout à l'heure, que, sur les dix cas de mort, quelques-uns ont été considérés comme d'heureux succès au point de vue de l'opération.

Supposons, au contraire, qu'une théorie rationnelle et satisfaisante pour l'esprit établisse l'irrationalité de l'opération. Il suffira d'un seul insuccès pour la confirmer; et ce seul fait convaincra mieux que les dix dans lesquels on ne montre pas l'enchaînement théorique entre les conditions apportées par l'opération et la mort du patient.

La solution de cette importante question m'a donc paru dépendre aujourd'hui d'une bonne théorie; j'ai pensé aussi que je reconnaîtrais la justesse de cette théorie en contrôlant les principes qui la composent par les grandes lois naturelles, d'une part, et d'autre part par les faits particuliers qui se sont produits dans la voie que j'étudie. C'est ce que je me suis efforcé de faire.

Là s'offrait en premier lieu l'étude attentive de l'appareil circulatoire, son mécanisme, sa conformation, ses dispositions particulières, sa manière d'agir sur le liquide sanguin et sa manière d'en recevoir l'action; là s'est présentée l'obligation d'examiner les lois qui président au mouvement des liquides avec les effets de ceux-ci, purement physiques dans des appareils inertes, physiologiques dans des tubes modifiés par l'action de la vie, et pathologiques dans les parties de ces tubes où les conditions, soit anatomiques, soit physiologiques, ne sont plus en rapport normal avec les propriétés physiques du liquide en mouvement.

(1) Cette dissertation est intitulée : DÉTERMINER SI L'ON PEUT TENTER LA CURE DE L'ANÉVRISME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE AVEC QUELQUES CHANCES DE SUCCÈS. LA LIGATURE DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE EST-ELLE PRATICABLE?

---

loin les chances d'une grave opération. C'est bien pis qu'au départ du soldat pour une bataille; car ici la blessure est certaine; et, quant aux conséquences, ce n'est pas aux émotions du cœur qu'il faut demander de les calculer sagement.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore, les malades se livrent le plus souvent aux Ambroise Paré de leur endroit. C'est une chose avérée que les opérations les plus périlleuses de la chirurgie se pratiquent aux portes de Paris, dans les localités dépourvues de chemin de fer; *aux portes de Paris*, pour nous autres qui jouissons d'un railway, cela veut dire vingt ou trente lieues. Mais quand le même avantage aura été généralisé, rien ne sera plus praticable que de choisir son chirurgien à pareille distance, et même plus loin. Dès qu'on l'aura presque sous la main, les difficultés s'aplaniront, même celle des honoraires dont le taux finira par baisser. Qui empêchera, par exemple, un chirurgien d'aller opérer un malade à Rouen, de retourner au besoin le panser dans la soirée, puis de lui faire sa visite quotidienne aussi longtemps que cela sera nécessaire? J'ai vu, moi qui vous parle, un exemple tout particulier de la précieuse commodité des chemins de fer. Un chirurgien de la capitale, qui sera bien aise de garder l'*incognito*, vient un jour dans une ville dont il ne tient pas davantage à divulguer le nom, opérer la cataracte par extraction. La cornée incisée, le cristallin asticoté de gauche et de droite sous prétexte de le détacher, voilà l'œil brouillé comme un œuf battu. L'opérateur n'y voyait plus rien, non plus que l'opéré. Or supposons l'absence de railway. L'opération ne peut être reprise le même jour; tout au plus pourra-t-on y songer le lendemain; que devenir en attendant? Partir, aller donner un coup d'œil à ses affaires, impossible! C'est trente-six heures d'absence pendant lesquelles des accidents vont peut-être se développer. Il faut donc coucher là. Mais qu'il existe un railway comme dans le cas présent, tout se simplifie. Notre chirurgien applique sur l'œil des compresses froides (il avait jugé inutile de placer le patient dans l'obscurité), s'en va faire un tour à Paris et se retrouve à son poste le lendemain matin. L'œil commençait à se débrouiller; il charriait à l'intérieur toutes sortes de particules rouges, noires, bleues, grises, comme dans un kaléidoscope; la pupille avait une forme indescriptible. Quant au cristallin, il était perdu dans je ne sais quelles profondeurs inaccoutumées; on parvint pourtant à le saisir et à le mettre hors : c'est ce qu'on appelle, je crois, chez vous, l'opération de la cataracte en deux temps.

Mais laissons les circonstances de ce genre qui ne tiennent que faiblement au fond de la question, et pendant que nous sommes dans le pays des conjectures, avançons toujours. Les voies de fer multiplieront les consultations, voilà qui est convenu; mais la multiplication des consultations, quelles conséquences aura-t-elle quant aux malades et aux médecins?

Pour les malades, pas de difficulté; ils y gagneront. Non-seulement ils satisferont plus fréquemment un désir bien naturel, celui de s'adresser aux vendeurs de santé les plus renommés, et, comme on dit, d'avoir affaire à Dieu plutôt qu'à ses saints; mais il est à croire qu'ils trouveront parfois dans les hautes régions de la science un soulagement inutilement demandé aux régions inférieures. Et, dans l'impuissance de l'art, on verra du moins se ranimer plus souvent, sous le souffle de nouvelles paroles, la confiance des malades condamnés et l'espérance de ceux dont la médecine désespère.

Quant aux médecins, la question est plus compliquée. Et d'abord, il y a ici

Cette application des lois des liquides au phénomène circulatoire est d'un si grand intérêt en physiologie, que depuis Hales jusqu'en ces derniers temps elle a occupé à diverses époques des hommes d'un esprit éminent et d'un profond savoir. Ces hommes, tous calculateurs, sont arrivés à des résultats tellement différents, qu'il suffirait de les comparer pour n'oser plus croire à aucun d'eux. La cause en vient, comme l'a bien dit M. Poiseuille, de ce que quelques-uns se sont mépris sur la nature du résultat qu'ils ont obtenu, et aussi, puis-je ajouter, de ce que la solution qu'ils cherchaient, et que tous, y compris M. Poiseuille, ont cru avoir trouvée, est tellement difficile, qu'il est peut-être impossible de la trouver jamais. Il ne s'agit de rien moins que de représenter par une quantité absolue la puissance motrice du courant circulatoire.

Mais en admettant qu'on pût trouver ce chiffre, ce ne serait que la première donnée d'un problème infiniment long sur la conduite circulatoire complète d'un individu. L'anatomiste qui, calculant les divisions et les pertes de cette force initiale à tous les points du parcours circulatoire, voudrait connaître, toujours par un chiffre, l'effet dynamique du liquide en chaque point, devrait pouvoir observer, à travers l'épaisseur des tissus vivants, la configuration et toutes les dimensions de chaque vaisseau. Il faudrait, si l'on se servait des coefficients connus dans l'hydraulique ordinaire, augmenter ou diminuer chaque résultat des quantités dues à la nature des tissus, au mode particulier de progression des liquides dans les tubes vivants. Enfin ce travail écrasant serait à recommencer pour chaque individu, et pour chaque individu la donnée primitive, introuvable jusqu'ici, serait toujours la première chose à obtenir.

C'est ce résultat et cette difficulté qu'avait en vue d'Alembert quand il disait que chez les êtres vivants le mouvement des fluides échappe aux calculs de l'hydraulique. Mais ce grand géomètre était plus savant en physique qu'en physiologie, et il ne faisait pas attention qu'il suffit parfaitement aux inductions physiologiques, pathologiques et thérapeutiques qui ont trait à la circulation, de s'appuyer sur des quantités relatives, chose facile à voir. Je n'ai pas besoin de savoir que le flot sanguin qui vient frapper sur l'innominée, libre ou liée, est représenté par tel poids, et le choc sur la carotide libre ou liée, par tel autre poids; mais quels que soient ces poids, il me suffit de connaître leur rapport entre eux, et quelquefois tout simplement lequel des deux est le plus grand. Or on peut savoir, en ce qui concerne les chocs du sang contre les parois artérielles, que les molécules choquantes sont en nombre plus que double dans l'innominée que dans la carotide droite; que dans le premier de ces vaisseaux la vitesse est de 1/6 plus grande que dans le second, seulement à cause du rapport des sections, et que, à cause de l'angle de déviation, elle peut acquérir, en plus de ce sixième, un nouvel excédant égal aux trois quarts, c'est-à-dire qu'elle peut être très-voisine du double de la vitesse propre à la carotide; enfin, que les autres conditions à apprécier dans ce genre de phénomène, telles que l'éloignement du cœur, le frottement contre les parois, la réflexion contre les coudes, l'érogation, viennent toutes pour augmenter cet excès de vitesse dans le même vaisseau. On peut se convaincre par suite que *la puissance de choc propre au sang de l'innominée peut être de cinq à dix fois plus grande que celle qui est propre au sang de la carotide droite* (1).

Ainsi, à mes yeux, l'animal, en tant qu'organisme, étant une machine très-composée qui comprend des parties soumises à l'hydraulique comme

(1) Le calcul est facile à exécuter. Je n'ai qu'à extraire de ma thèse (page 129) une partie des mesures que j'y ai consignées, par exemple les aires de section des vaisseaux étant les suivantes :

Vaisseaux.	Sujet n° 1.	Sujet n° 2.
Tronc brach. céph.	60 millimètres carrés.	75 millimètres carrés.
Carotide droite	27 — —	35 — —
Carot. et sous-cl. dr. addition.	68 — —	95 — —

Pour le sujet n° 1, nous aurons, en comparant ce qui se passe dans le tronc brachio-céphalique et dans la carotide droite.

Le nombre des molécules choquantes dans l'innominée est au nombre des molécules choquantes dans la carotide

:: 60, section de l'innominée, : 27, section de la carotide.

La vitesse du sang dans l'innominée est dans la vitesse du sang dans la carotide, d'après le rapport inverse des sections,

:: 68, somme des sections des deux branches, : 60, section du tronc, ou :: 7 : 6.

La puissance du choc dans l'innominée est à la même puissance dans la carotide, d'après les expressions précédentes,

$:: 60 \times 7^2 ; 27 \times 6^2 :: 3675 : 972 :: 102 : 27$ environ, ou $:: 3\ 7/9 : 1$.

Le choc dont est capable le liquide du tronc brachio-céphalique, à raison seulement de l'aire de section et des effets y relatifs, est donc déjà presque quadruple du choc qui peut avoir lieu dans la carotide droite. Des autres causes qui en diminuent encore l'intensité dans ce dernier vaisseau, et augmentent par conséquent la différence entre les effets propres au tronc et les effets propres à la branche, nous allons seulement considérer celle qu'engendre la déviation du courant lorsqu'il entre dans la carotide L'angle de déviation ne peut jamais être nul; on conçoit qu'il puisse être quelquefois de 30°. Or, dans les tubes rigides, la force génératrice de la vitesse dans une direction primitive, est considérée comme entièrement détruite par une déviation de 90°. — Avec 30° de déviation, ce qui donne 0,67 pour le sinus de l'angle (l'unité étant 1,00), la vitesse proportionnelle des deux vaisseaux établie plus haut, au lieu d'être :: 7 : 6, deviendrait :: 7 : 4, et les chocs proportionnels deviendraient $:: 60 \times 7^2 : 27 \times 4^2$, :: 3675 : 332, :: 11 : 1 environ. En tenant compte de ces éléments et en acceptant leur action comme sur des tubes rigides, on voit qu'ils suffisent à démontrer la puissance de choc du sang dans l'innominée *onze fois plus grande* que celle qui peut exister dans la carotide droite.

Ces résultats sont surprenants, et ils seraient encore remarquables, lorsque supposant l'angle de déviation de 15° seulement, on arriverait à n'avoir dans l'innominée que *cinq fois* et demie plus de puissance de choc que dans la carotide. Mais avouons qu'il n'est pas moins remarquable de voir la différence de gravité qui existe entre une ligature sur l'une et une ligature sur l'autre de ces artères.

En calculant d'après les dimensions fournies par le sujet n° 2 consigné dans ma thèse, j'arrive à des termes voisins de ceux que je viens d'exposer; c'est-à-dire que le choc dans l'innominée, est au choc dans la carotide :: 3 1/2 : 1, sans tenir compte de l'angle de déviation. On voit qu'en ajoutant cet élément important au calcul, le résultat serait, à peu de chose près, celui du n° 1 exprimé ci-dessus. — La simple inspection des dimensions prises sur le troisième sujet m'indique qu'elles amèneraient un chiffre très-voisin des précédents.

Toutes ces quantités n'étant pas absolues, mais indiquant simplement des rapports entre les effets dus au calibre et autres dispositions de l'innominée et de la carotide, ne compromettent en aucune façon les influences dues à la vitalité des tissus. D'ailleurs je reviendrai sur ce point.

Le soin que j'avais eu, dans ma thèse, de passer sous silence les preuves de calcul ci-dessus avec beaucoup d'autres semblables, qui l'ont étayée par-devers moi, mais qui auraient été fastidieuses et entravantes à la lecture, me disculpera aux yeux de M. Diday de la tendance qu'il suppose exagérée chez moi à formuler les actes vitaux en termes de sciences exactes.

---

deux catégories de médecins en présence : les médecins consultants et les médecins ordinaires, les patriciens et les plébéiens.

Il n'est pas douteux que les premiers ne gagnent au changement. Chaque visite hors du lieu de la résidence rapportera un peu moins qu'auparavant, c'est vrai, mais le nombre des visites se multipliera dans une proportion supérieure; il y aura donc profit. Voyons, prenons les choses au prosaïque : au lieu de dix visites à 1000 fr., qui font, sauf erreur, 10,000 fr., mettez-en vingt-cinq à 200 écus, vous aurez 15,000 fr.; bénéfice net, 5,000 fr. Ce résultat est des plus probables. La loi d'Adam Smith s'étendra sur la pratique médicale comme sur le commerce des denrées; la *division* du travail en augmentera la *puissance productive*, parce qu'elle permettra *de faire plus et à bon marché*, suivant les expressions du célèbre économiste.

Il me vient à ce sujet une idée impertinente. Comme le mérite d'un médecin équivaut, aux yeux du vulgaire, au prix qu'on met à ses services, je me demande... comment dirai-je?... si cette sorte de menu débit de leur science et de leur temps ne leur enlèvera pas un peu, si peu que ce soit, du prestige naturellement attaché à la vente en gros; ou encore si leur trésor de savoir et d'habileté, ainsi converti en monnaie, conservera la même valeur apparente. Tous nos paysans ouvrent de plus grands yeux devant une pièce de 20 francs que devant quatre pièces de cent sous. Nos célébrités, qui étaient d'or jusqu'ici, vont-elles tourner à l'argent? Ajoutez, monsieur le rédacteur, les inconvénients d'une communication plus fréquente avec le public. On a bien raison de dire que l'habitude émousse le sentiment. Si le roi se promenait tous les jours à pied dans les rues, on ne se détournerait pas longtemps pour le voir. Une célébrité médicale à Paris fait le même effet; mandée au sein d'une famille, son apparition produit peu de sensation, et le premier boutiquier venu l'appelle pour son argent, à peu près comme il se passerait une fantaisie chez un traiteur en renom. Quelle différence en province! L'arrivée d'une renommée médicale est un événement. La famille qui doit le recevoir l'attend au grand complet; les amis mêmes demandent une place au salon; on se le montre dans les rues, et une bonne partie de l'ébahissement du public peut se traduire par ces mots : Voilà un homme qui va emporter d'ici 1,500 francs! Eh bien! quand la province aura, comme à Paris, la jouissance habituelle des personnages de la médecine, elle s'y fera, comme à Paris. C'est une manière de parler; car, même avec les chemins de fer, les illustrations seront toujours des curiosités plus recherchées loin des localités où elles se groupent d'ordinaire que dans ces localités mêmes. Mais je veux dire que la différence très-tranchée qui existe aujourd'hui entre l'effet qu'elles produisent de loin et celui qu'elles produisent de près, si elle ne peut s'effacer entièrement, tendra du moins à s'atténuer. Et tenez, dans mon pays, c'est déjà fait : le consultant le plus habituellement appelé y était venu une ou deux fois avant l'établissement du chemin de fer; il arrivait en poste; le roulement de la chaise faisait un train d'enfer dans les rues étroites et silencieuses; le postillon criait gare! le fouet claquait à toutes volées; on se mettait aux fenêtres; l'oracle descendait gravement, se communiquait une demi-heure aux mortels du lieu et repartait avec le même fracas : c'était imposant, solennel, magnifique! Aujourd'hui il est demandé beaucoup plus souvent; il arrive par le convoi avec les gens du pays, beaucoup de personnes lui serrent la main. Comme il est moins pressé, le voyage étant plus court, il cause volontiers; il dîne même quelque-

des parties soumises à la mécanique des solides, à la physique pneumatique, à la chimie, etc., je crois que si un point de l'appareil hydraulique vient à se déranger ou se détériorer d'une manière ou d'une autre, il n'est pas indifférent, pour y remédier, de tenir compte ou non de la nature du phénomène qui se doit passer là normalement, et de l'intensité des actions de ce phénomène contre ce point. Dans une machine, s'il n'est pas besoin d'une longue préoccupation pour réparer un ajutage extérieur, il n'en est plus de même quand la partie est profonde, difficile à aborder, qu'elle forme une pièce importante et qu'elle est en rapport avec d'autres pièces importantes. Un homme versé dans les détails de la machine et du mécanisme aura sans contredit moyen d'agir avec plus de chances de succès pour rétablir le jeu enrayé de ces pièces. Je ne saurais donc, avec l'honorable M. Diday, borner l'avantage de ces considérations hydrauliques à élucider la pensée par des comparaisons et des images, dans la représentation des phénomènes physiologiques. Ce ne sont point des expressions figurées que j'ai employées, mais bien des dénominations appliquées aussi exactement que j'ai pu à des actes réels. De même M. Diday paraît croire que je me suis contenté d'exprimer en termes plus spéciaux les raisonnements de Dupuytren et de M. Wardrop en faveur de la suppression incomplète du courant sanguin, en liant entre l'anévrisme et les capillaires. Il n'en est point ainsi. Je montrerai plus loin combien j'avais peu de ressources pour mes démonstrations dans les travaux qui ont précédé le mien. Pour le moment je me borne à dire que les effets produits par le mouvement des liquides, dans une conduite longue et compliquée, sont très-divers aux différents points de la conduite, et que, dans la conduite artérielle, quoique la nature animée ait des ressources de réparation qui n'existent point dans les autres, il faut cependant, aux hommes qui connaissent la limite de ces ressources (1), la connaissance simultanée des efforts que les molécules matérielles font en sens contraire sous l'action inséparable des grandes lois physiques. C'est là qu'on peut trouver le guide pratique d'une thérapeutique avantageuse, et c'est par là qu'on peut élucider certains faits en particulier de la thérapeutique des anévrismes, qui passent autrement pour des caprices de la nature. Ces prétendus caprices, à leur tour, forcent l'homme de l'art à n'être qu'un interprète incertain des indications, un partisan plus ou moins vacillant, plus ou moins empirique de tel ou tel mode curatif.

Il s'agissait donc, pour remplir les vues de la Faculté de médecine dans la solution de cette question, de déterminer si l'opération de la ligature qui a réussi plusieurs fois sur des vaisseaux du calibre de l'innominée, n'a jusqu'à ce jour été malheureuse sur cette dernière artère qu'à cause de complications accessoires, ou si des conditions particulières inhérentes à elle la rendent incapable de réaliser l'oblitération artificielle par la ligature.

(1) On ne peut pas connaître la limite *précise* de ce que la nature réparatrice peut et ne peut pas; ainsi, la longueur de 3 centimètres de vaisseau sain, admise comme condition réclamée par la nature pour fournir le caillot obturateur convenable dans les ligatures de gros vaisseaux, n'est pas un terme tellement fixe qu'il ne se trouve des vaisseaux bien et dûment oblitérés par un caillot moindre ou plus grand de quelques millimètres; mais il est néanmoins juste de dire qu'une longueur de vaisseau sain beaucoup moindre, telle que serait celle de 1 centimètre, est une barrière insuffisante contre l'effort impulsif du liquide sanguin, et que dans une semblable condition l'hémorrhagie est imminente. C'est ainsi qu'en se plaçant dans des conditions extrêmes, *on connaît les limites* où l'art a prise sur les actes vitaux, et celles où les actes vitaux l'emportent sur les moyens de l'art.

Après avoir sur dix-huit sujets minutieusement étudié la conduite circulatoire depuis le cœur jusqu'au delà des ramifications des gros troncs sus-aortiques, après avoir exactement déterminé leur calibre et leur conformation, pour être à même d'apprécier la quantité relative de sang qui, dans un même temps, passe dans les uns et dans les autres; pour être à même aussi d'apprécier le plus ou moins de facilité qu'a ce liquide à s'y mouvoir; je suis arrivé à conclure d'une manière rigoureuse que *le nombre des molécules sanguines est plus grand et que la vitesse du mouvement circulatoire est plus grande dans le tronc brachio-céphalique que dans les autres troncs de la région sus-aortique.* Conséquemment j'ai conclu aussi que *le choc de l'ondée sanguine agit avec plus de force dans le premier de ces troncs que dans les autres.*

Les preuves sur lesquelles s'appuie cette double conclusion se tirent de la physique pure, de la physiologie et de la pathologie.

La partie physique n'est autre que les raisonnements par lesquels un hydraulicien, ayant affaire à des tubes inertes en tout semblables à ceux de l'anatomie humaine, démontrerait le résultat que j'invoque dans celui de ces tubes qui correspondrait à l'artère innominée (1).

La partie physiologique puise ses preuves dans la prédominance circulatoire de tout le système brachio-céphalique droit sur le gauche. Le bras droit est évidemment le siége d'une circulation plus active que le gauche. Je ne puis répéter ici les raisonnements que j'ai émis dans ma thèse, et qui détruisent l'hypothèse en vertu de laquelle la prédominance du bras serait primordialement la cause et non l'effet de la suractivité de circulation. La prédominance de calibre de la carotide droite sur la gauche, de la vertébrale droite sur la gauche, prouve dans le même sens que les artères du bras. Pour elles, on ne contestera pas, je crois. Il serait difficile de trouver que les muscles du cou et de la face, que quelque chose de la tête, fonctionne plus à droite qu'à gauche et amène consécutivement la différence de calibre en faveur des artères droites.

La pathologie parle par les faits accomplis dans le même sens que les théories physiques et physiologiques. Les anévrismes nous viennent dans les mêmes points que des ruptures surviendraient dans un appareil rigide calqué sur notre anatomie. Là où des irruptions soudaines du courant fatigueraient l'appareil inerte, là même les saccades physiologiques de la contraction ventriculaire produisent des anévrismes dans les tubes artériels; là où l'on prévoit qu'ils doivent être le plus nombreux, là même les autopsies les montrent en quantité plus grande.

(1) J'ai fait pressentir plus haut comment il se fait que les résultats de la physique inanimée soient applicables ici; c'est que je les cherche proportionnels, et non en quantités absolues. Quand je sais dans quel rapport les phénomènes se passent dans les différents tubes d'un appareil rigide, je le sais aussi pour un appareil semblable à tubes élastiques, à injection rémittente, parce que l'élasticité comme la rémittence étant, dans l'appareil artériel, communes à toutes les artères, les deux artères étudiées (soient l'innominée et la carotide droite) ne diffèrent entre elles que par les conditions non communes. Si les conditions non communes déterminent plus de vitesse dans la première artère que dans la seconde, la vitesse continuera d'être telle après l'intervention de l'élasticité de tissu et de la rémittence d'injection; car, soit que ces modifications augmentent la vitesse, soit qu'elles la diminuent comme elles agissent dans les deux artères à la fois, la vitesse propre à l'une et la vitesse propre à l'autre conservent entre elles leur premier rapport.

fois. Ce n'est pas plus désagréable, mais c'est moins héroïque. Le prestige n'est plus le même, l'autorité a baissé. Le savant est devenu une *connaissance*.

On sait le mot de cette bonne femme qui assistait avec indifférence au passage du cortége royal au commencement de la restauration: « J'en ai tant vu, des rois! »

Mais les médecins plébéiens, de quelle manière réagira sur eux la facilité des communications? Tout le monde ne peut gagner à la fois au même jeu; c'est un axiome incontestable. Si donc les hauts-barons de la chirurgie viennent accaparer au loin bon nombre des opérations, il est clair que ce sera autant de moins pour les vilains. Et pour ce qui est de la médecine interne, les consultations extraordinaires ne mettront pas un sou dans la poche de ces derniers. Sous le premier point de vue donc, le vulgaire médical ne peut qu'être lésé dans son intérêt matériel par le nouvel état de choses. Cela ne l'empêchera pas d'appeler le plus souvent possible la consultation à son aide; c'est que la consultation a deux buts: le premier, et le plus essentiel, d'être utile au malade; le second, de couvrir la responsabilité du médecin ordinaire. Dans mon infimité, je puis être franc sans danger. Or, je vous avouerai que la consultation d'un savant confrère quelconque a été plus d'une fois, pour moi, la chose du monde la plus agréable et la plus utile. Exemple: un homme porte une tumeur du ventre; voilà un an que je le traite suivant toutes les règles de l'art, d'après Roche et Sanson: sangsues, cataplasmes, bains de siége, lavements, je n'oublie rien; cependant la tumeur reste stationnaire, le malade commence à perdre patience et je crois m'apercevoir qu'il me regarde de travers; vite je l'expédie à Paris. Il me revient avec une consultation portant en substance: « *Diagnostic: tumor abdominis*. Monsieur prendra des lavements tous les soirs; monsieur appliquera des sangsues sur la tumeur tous les mois; monsieur tiendra le ventre couvert de cataplasmes, etc. » Avec une telle ordonnance, me voici tranquille pour au moins six mois. Le traitement suivi était le bon, seulement il n'avait pas encore eu le temps de faire son effet; il n'y a qu'à continuer. La consultation prescrit-elle des moyens thérapeutiques un peu différents des premiers, des ventouses au lieu de sangsues, une pommade au lieu de cataplasmes, c'est toujours le même résultat; je ne réponds plus de rien tant que ce traitement n'est pas épuisé. Vous voyez, monsieur le rédacteur, que je vous parle le cœur sur la main. Mes confrères du voisinage en disent autant et sont, ainsi que moi, fort reconnaissants, je vous jure, envers les illustrations qui leur rendent de tels services; c'est un avantage qui avait été jusqu'ici renfermé dans un cercle assez étroit, et que les chemins de fer vont rendre plus accessible à tous les membres de la famille médicale.

Enfin, à ne considérer la médecine plébéienne que dans sa propre république et indépendamment de son contact avec les illustrations, n'aura-t-elle aucun bénéfice réel à tirer du nouveau mode de communication? Mon âme confraternelle se plaît à supposer le contraire, du moins pour les contrées populeuses. Je suppose cent vingt kilomètres de voie de fer traversant un grand nombre de bourgs et de villages, et pas un centre de population un peu considérable; le parcours de la ligne entière n'étant que de trois à quatre heures, on comprend avec quelle rapidité le médecin pourrait parcourir chacune des sections marquées par les lieux d'habitation. Or il est impossible qu'il n'en résulte pas pour les médecins de ces localités, non pas pour un ou deux, mais pour tous, un agrandissement du cercle de leur pratique. La confiance des clients a des préférences

Enfin je considère le concours de ces preuves comme d'une valeur plus grande que leur somme, attendu que, provenant d'ordres différents, mais qui pourtant sont liés entre eux par des harmonies naturelles, la théorie qui enchaîne ces preuves doit, pour passer si aisément par tous ces ordres, avoir les mêmes harmonies dans ses propres parties, être l'expression vraie du phénomène dans sa nature intime. Je crois par conséquent que *le phénomène circulatoire, pour manifester ses effets suivant les lois de l'hydraulique*, dans l'appareil que l'anatomie lui fournit, avec les modifications que la physiologie doit logiquement lui imposer, et avec les traces matérielles que la physique justifie et que la pathologie met en évidence, *doit avoir le principe de son mouvement et de ses effets dans l'hydraulique elle-même*.

L'application pratique que j'ai faite de ces considérations se rapporte à toute opération qui change le mouvement du sang dans l'innominée. C'est ainsi que la méthode d'Anel, déjà condamnable dans la curation des anévrismes de cette artère par les raisons que Jones a fait valoir, l'est encore dans le traitement des anévrismes des branches de l'innominée, quoique la longueur due au caillot ne manque plus alors. C'est ainsi que la méthode de Brasdor peut, dans de certains cas, amener un résultat très-heureux, et, dans d'autres cas, aggraver singulièrement les conditions préexistantes, au détriment du malade.

Les conditions d'une opération avantageuse pour le malade, dans l'espèce que nous considérons, consistent en ce que le sang, passant par la portion anévrismatique de l'artère, puisse, au moyen de la modification apportée par le chirurgien, y retarder sa marche pour favoriser les dépôts de coagulum en même temps que le retrait des parois anévrismées; mais pour cela il faut que l'orifice d'entrée ou orifice aortique de l'innominée ne soit pas le siége d'une dilatation, et n'admette par conséquent pas plus de sang qu'à l'état normal. J'appelle *dépendance de la conduite aortique* la sorte d'infundibulum formé par l'innominée quand cette artère est évasée à l'orifice aortique, et reçoit par cet orifice plus de sang qu'elle n'en peut débiter par l'orifice opposé; car, en effet, la pression hydraulique propre à l'aorte et la percussion du liquide contre les parois aortiques s'exercent avec toute leur intensité contre les parois de cette sorte d'appendice infundibuliforme. — Si, au contraire, l'orifice aortique ne laisse entrer que le liquide qui peut se débiter par l'orifice de sortie, les parois de cette artère ne forment plus l'entonnoir; elles sont seulement touchées, non plus frappées, par les molécules liquides qui traversent d'un orifice à l'autre sous forme de filets fluides. La force motrice qui anime ces filets se dépense dans la progression, selon l'axe du vaisseau. Dans le cas d'entonnoir, tous ceux qui sont entrés sans pouvoir trouver d'issue se brisent contre l'entonnoir avec toute la force dont ils sont doués, et qui était destinée à les mouvoir jusqu'aux extrémités capillaires. — J'appelle *tête de la conduite brachio-céphalique* le point du vaisseau où la section est assez étroite pour n'admettre qu'une quantité de liquide convenable, un nombre de filets fluides tel qu'une fois entrés, ils puissent s'écouler en touchant les parois, ne les frappant point à moins que très-obliquement. Et je dis que, pour appliquer le principe de Wardrop, qui, le premier, a fait une méthode raisonnée de la suppression incomplète du courant sanguin brachio-céphalique, il faut se rappeler qu'on ne doit jamais faire de l'innominée une *dépendance de la conduite aortique*, et que, pour légitimer l'opération, cette artère doit pouvoir être conservée *tête de la conduite brachio-céphalique*.

Si l'orifice d'entrée est dilaté par l'anévrisme, il sera impossible de satisfaire à la condition que j'énonce, partant le principe de Wardrop ne pourra être appliqué.

DEUXIÈME PARTIE. — OBJECTIONS ET RÉFUTATIONS.

Ce n'est pas ce qu'a compris M. Diday : il pense que j'insinue par là de ne faire jamais qu'une suppression incomplète du courant sanguin brachio-céphalique, et de faire de cette manière d'agir une règle générale pour la cure des anévrismes brachio-céphaliques.

Cependant voici textuellement les expressions de ma thèse, telles que M. Diday les a citées lui-même : « Un soin donc qu'il ne faut pas perdre » de vue dans la pratique du principe de Wardrop, c'est qu'en désemplis- » sant ce tronc il faut s'y prendre de manière à le conserver tête de la con- » duite du courant brachio-céphalique, au lieu de le comprendre dans la » conduite du courant aortique (1). »

M. Diday ajoute par forme de commentaire : « En d'autres termes, lier » une seule des branches, au lieu de les lier toutes deux (2); » et c'est là le principe d'une critique que, de mon aveu, le savant chirurgien aurait été parfaitement fondé à m'adresser si j'avais eu la pensée qu'il me suppose. Mais si mon honorable confrère veut peser mes expressions, il verra que quand je dis : *Il faut, dans la pratique du principe de Wardrop, conserver le tronc brachio-céphalique tête de conduite*, cela ne peut signifier : *Il faut lier une seule branche*. Autant aurait-il valu que je disse : *Dans la pratique du principe de Wardrop, il faut pratiquer le principe de Wardrop*. Je ne pouvais pas avoir en vue une pareille idée ou un pareil langage; d'ailleurs, ce que j'ai voulu indiquer dans ce bref énoncé, je l'ai développé immédiatement après, comme on peut voir.

« *Comment remplir l'indication de la formule?* — Nous venons de » voir quelles conditions désavantageuses se rattachent à la dilatation de » l'orifice inférieur du tronc brachio-céphalique; elle constitue à elle seule » une contre-indication formelle à toute opération (3). »

Cette citation me dispense de me défendre des inculpations qui n'ont d'autre motif que l'erreur de M. Diday dans le passage où il interprète ma formule. Je ne viens donc point ériger un nouveau système et faire une révolution dans la thérapeutique des anévrismes. Je suis tout à fait de l'opinion de ceux qui, en général, préfèrent ne laisser aucune branche perméable entre la ligature et la tumeur anévrismale. Je compte comme eux pour beaucoup le danger de l'opération, pour beaucoup l'arrêt de la circulation brachio-céphalique droite, et je redoute d'autres éventualités encore dont je parlerai tout à l'heure. Je rejette l'opinion que M. Diday m'attribue d'établir que *la continuation d'un courant entre l'anévrisme et la ligature est en principe la meilleure conduite*; seulement j'ai dit et je dis encore que, *dans les anévrismes de l'innominée*, quand on juge à propos de recourir à la ligature au delà de l'anévrisme, il faut *en principe* ne lier qu'une des branches provenues de cette artère, non les deux.

Les raisons sur lesquelles je me fonde pour cette prescription, et qui sont précisément les éventualités dangereuses que je faisais pressentir tout à l'heure, les voici : 1° les faits ne donnent aucun exemple de guérison définitive par la ligature des deux branches provenues de l'innominée, non

(1) Extrait de ma thèse, page 159.
(2) GAZETTE MÉDICALE, année 1845, page 287.
(3) Même thèse, même page.

---

instinctives, et elle va souvent chercher bien loin l'humble praticien qu'elle a choisi. Dans l'état actuel des choses, la clientèle d'un médecin de province rayonne toujours à trois ou quatre lieues de sa résidence; il est tout simple que ce rayon s'étende à dix ou douze lieues (sauf l'inconvénient des frais), quand l'inégalité de distance aura été compensée par la rapidité du transport. L'influence étant, comme je le disais, commune à tous, et les résultats se contre-balançant, la position respective des confrères de la localité en sera peu modifiée. Mais il n'est pas impossible que la position particulière de chacun d'eux trouve une source d'amélioration dans le supplément d'honoraires que comporteraient nécessairement des visites à une grande distance. Un déplacement de douze lieues en chemin de fer serait sûrement plus rétribué qu'un déplacement de quatre lieues en voiture, malgré l'égale durée du voyage, et s'il se répétait souvent il pourrait se traduire au bout de l'année en un bénéfice appréciable. Il est d'ailleurs probable que les médecins contribueraient eux-mêmes à accroître le nombre de ces excursions en se réunissant, dans les cas difficiles, de plus loin et plus souvent qu'ils ne le font aujourd'hui.

Pour me résumer, monsieur le rédacteur, l'institution des chemins de fer aurait donc pour résultats principaux, en ce qui concerne la pratique médicale : 1° d'activer le mouvement des consultations au profit des célébrités et quelquefois au détriment du public médical; 2° d'étendre, pour la généralité des médecins, le champ matériel de la pratique, de rendre plus facile la réunion des confrères d'une même contrée dans les cas graves; double circonstance qui pourra, jusqu'à un certain point, compenser l'inconvénient précédent.

Vous allez me trouver l'esprit bien terre à terre et les instincts bien grossiers, monsieur le rédacteur. Voilà un temps infini que je parle honoraires, profits et pertes, et je ne vous ai pas dit un mot de je ne sais combien d'avantages plus relevés que les chemins de fer pourraient procurer, dit-on, à l'art médical : et la promptitude des secours en cas de sinistre lointain; et la commodité qu'offriraient les centres de communication pour la fondation de sociétés savantes ou d'associations professionnelles, dont les membres pourraient en un clin d'œil s'assembler à jour fixe de tous les points d'un département; et la facilité pour les travailleurs de province, pour les correspondants de l'Académie, d'aller se réchauffer de temps à autre au grand feu scientifique, et lire eux-mêmes les mémoires qu'ils envoyaient autrefois par le roulage accéléré. Je vous le disais en commençant, ce genre de questions m'effraye. Il est d'ailleurs trop tard; cette longue excursion m'a mis hors d'haleine — défaut d'habitude. Je mets cette lettre à votre discrétion. Je serais très-glorieux de me voir imprimé dans votre renommé journal; mais, quoi que vous fassiez, je suis et serai toujours

Votre abonné.

— Le congrès scientifique de Gênes, avant de se séparer, a choisi, selon l'usage, le lieu de sa prochaine réunion : c'est la ville de Rome qui a été désignée, sauf le consentement du gouvernement romain. En apprenant cette décision, le pape Pie IX a envoyé aussitôt son autorisation expresse et formelle.

plus que par la ligature de l'innominée elle-même ; 2° l'analyse raisonnée des phénomènes qu'une semblable opération (soit la simple, soit la double) peut déterminer me fait craindre, aujourd'hui comme au moment où je le disais dans ma thèse, la gangrène du bras droit, des hémorrhagies par la plaie, le développement ou l'aggravation d'autres anévrismes au tronc brachio-céphalique même, ou à la crosse de l'aorte, ou dans les gros vaisseaux sus-aortiques restants, ou des hémorragies cérébrales, des pneumonies, des pleurésies, des asphyxies. Ces accidents, qui terminent en effet la vie des patients qui ont échappé aux dangers immédiats de l'opération, sont amenés, quoique d'une manière indirecte, par l'opération même.

En effet, non-seulemant il peut arriver des hémorrhagies par la plaie ou une gangrène du membre droit superficiel, ce que tout le monde sait et admet ; mais en l'absence de ces effets, le courant brachio-céphalique n'ayant plus sa voie normale, il est naturel que la crosse aortique, que la carotide gauche, que la sous-clavière gauche soient distendues et fatiguées d'une manière anormale. Si le premier anévrisme est survenu dans l'innominée quand cette artère ne charriait que la quantité normale de sang, il est à craindre qu'il n'en survienne de nouveaux dans les parties que je viens de nommer quand elles seront soumises à un excès de pression ou de fonction. Elles y sont d'autant plus exposées que souvent leur tissu, légèrement altéré, n'attendait qu'une cause occasionnelle d'une certaine intensité pour céder. S'il survient des hémorrhagies cérébrales quand le sang est fourni au cerveau par quatre artères, à plus forte raison surviendront-elles quand les deux artères qui font plus de la moitié sont supprimées, et que, d'autre part, les deux qui restent doivent alimenter d'abord la tête entière et puis une partie du membre supérieur droit par les anastomoses. Le liquide nourricier, amené par un seul côté au cerveau, y afflue nécessairement avec plus d'activité que précédemment ; il pénètre avec plus de force la substance cérébrale de ce côté que celle du côté opposé, et il y occasionne les hémorrhagies qui ont été signalées plus d'une fois à la suite d'opérations semblables ou quelquefois tout simplement à la suite de la ligature d'une carotide. C'est ainsi que J. L. Petit en rapporte un exemple dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1765, et que M. Magendie, dans ses LEÇONS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DE LA VIE (t. 3, p. 153), en mentionne sept ou ou huit qui sont à sa connaissance, et, de plus, un qui lui appartient. Quoique l'autopsie du sujet auquel Morisson lia la carotide en 1832, et qui mourut subitement vingt mois après, n'ait point constaté l'état du cerveau, il me paraît logique de rapporter la mort à une hémorrhagie de cet organe plutôt qu'à toute autre cause.

Pour les accidents qui surviennent du côté des organes respiratoires, après l'oblitération artificielle du courant brachio-céphalique, ils sont nombreux et dépendent évidemment du nouvel état de choses. L'excès de pression qui s'établit dans la crosse de l'aorte et dépendances, agrandit les anévrismes qui y existaient de concomitance avec celui qu'on a traité, ou bien même en produit de nouvelle formation. Ces anévrismes gênent la trachée, pèsent sur le poumon, compriment ou distendent les plexus bronchiques, et amènent réellement les divers accidents qui se rattachent à ces lésions d'organes ou de fonctions respiratoires. Telle est la liaison entre la ligature du tronc innominé ou de ses branches et l'accident mortel qu'au premier abord on peut croire si indépendant de cette cause. Les exemples en sont d'une grande fréquence ; on peut voir à cet égard les observations analysées dans ma thèse (p. 171 et suiv.)

Ceux de ces cas qui sembleraient, au simple énoncé que je fais ici, fournir des arguments contre la ligature de la carotide que je conseille, ne font dans un examen sérieux que confirmer les règles auxquelles j'assujettis les déterminations du chirurgien. Je n'ai pas la place ici de répéter ce que j'ai dit à ce sujet. Mais on peut voir dans ma thèse où j'ai discuté ces faits que les conditions où se trouvent ces opérés sont celles que je signale comme mauvaises. Elles sont mauvaises soit comme indication d'opération, soit comme choix du vaisseau à lier, soit enfin comme complication malheureuse de lésions méconnues ou non reconnaissables avec l'affection que l'on traite. J'ai dit dans les conclusions de ma première partie (p. 180 et suiv.) combien l'exploration doit être minutieuse sur divers états de la maladie et du malade si le chirurgien ne veut pas s'exposer à des mécomptes graves sur les suites de ces sortes d'opérations. En intervertissant les voies d'un courant qui porte la vie dans toute l'organisation, non-seulement l'on a à examiner la quantité du liquide qu'on dévie, mais encore la route nouvelle qu'on lui fait prendre, et l'on doit considérer quelle forme on laisse par là à la conduite, parce que le liquide et la conduite forment un appareil d'hydraulique et qu'en vertu de lois inévitables les effets du liquide éprouvent des modifications très-intenses pour des modifications quelquefois très-légères de l'appareil.

Dans tout ce qui précède se trouvent les motifs qui m'ont fait conseiller la méthode de Wardrop dans le traitement de l'anévrisme brachio-céphalique, et qui me font rejeter dans ce même sujet la suppression totale du courant par la double ligature portant sur les branches du tronc, de même que pour des anévrysmes des branches je rejette encore la ligature simple du tronc. Ces motifs ne sont donc pas tirés de l'hydraulique seulement, mais aussi de la physiologie et de la pathologie. Ce n'est qu'après avoir contrôlé les faits de chaque ordre les uns par les autres, que j'ai émis les vues théoriques qui les relient tous dans l'histoire de la maladie en question.

Toute mon ambition en cela était de satisfaire modestement à l'obligation que m'imposaient, d'une part, l'inauguration de ma nouvelle carrière, d'autre part, le but bien compris de la mission médicale. Mais puisque le savant chirurgien de l'Antiquaille a bien voulu prêter à mon travail l'illustration de sa plume, j'y attache plus d'importance, et je pense que ce confrère admettra mes rectifications à quelques autres encore de ses critiques, rectifications dont je serais moins jaloux si sa parole avait moins d'écho. Il s'agit des raisonnements par lesquels je démontre l'avantage, et en certain cas la nécessité de pratiquer la ligature selon la méthode Wardrop. Ces raisonnements, M. Diday en attribue le fond à Dupuytren et à M. Wardrop, bornant dans ce champ ma propriété aux formules tirées de l'hydraulique par lesquelles je les exprime. De plus, il dit que chez ces chirurgiens comme chez moi le fond de l'argumentation n'est autre que la crainte d'augmenter l'effort du liquide contre l'artère anévrismatique, et que pour eux comme pour moi une pareille crainte est superflue, qu'elle est démentie par les faits.

M. Diday et moi n'interprétons pas le langage des faits de la même manière. J'y reviendrai. Dès à présent je dois dire que de même que l'honorable confrère avait plus haut présenté chez moi comme règle de principe ce qui n'était que règle de circonstance, il m'impute ici pour le tout ce qui n'est que la partie. Je dois répéter que mon raisonnement, quand je condamne la ligature de l'innominée ou celle de ses deux divisions, ne s'appuie pas uniquement sur la crainte qu'il m'attribue et que j'avoue, mais en même temps et avant tout sur les dangers inhérents à la suppression ou déviation du courant brachio-céphalique, dangers que j'ai énumérés plus haut et auxquels il faut joindre ceux d'une opération dont je ne méconnais point la gravité. Sans doute M. Diday semble ne point reconnaître avec moi la plupart de ces accidents consécutifs comme des conséquences de l'opération ; mais je crois avoir tout à l'heure relié l'une aux autres par une démonstration suffisante. De plus, j'ai déterminé les cas dans lesquels la ligature d'une seule branche est encore dangereuse : ce sont les cas de dilatation de l'orifice aortique de l'innominée. — Ce n'est certes pas là s'arrêter à des vues exclusivement spéciales, au risque d'être entraîné par elles dans l'erreur, comme l'insinue M. Diday. Mais si à des raisonnements essentiellement physiologiques et médicaux il vient dans le même sens se joindre une preuve physique pure, l'identité de conclusions par les deux voies est-elle un motif de croire l'une fausse et dangereuse ? Non, il me semble ; et quand la percussion du flot sanguin contre la ligature me paraît sérieusement de nature à empêcher une guérison que les autres causes empêchent de leur côté, je tiens compte de l'une comme des autres.

Cette percussion ayant lieu de soixante à quatre-vingts fois par minute, n'est assurément pas une circonstance à dédaigner. A mon sentiment, elle suffirait, en l'absence de toute autre cause, pour empêcher la formation du caillot. Dupuytren, Wardrop, et tous ceux qui se sont rapportés au sens commun relativement à son existence, ont pu tenir compte de ses effets, quoiqu'ils ne se soient jamais appliqués à les démontrer comme j'ai fait, par des études anatomiques *ad hoc* et par des preuves physiques-mathématiques ; mais ce qu'ils n'ont pas fait surtout, c'est de prouver la persistance de cette percussion après la ligature. Les dénégations que depuis on a faites à ce sujet reposant sur certaines applications des lois des liquides et sur des expériences récentes, il devenait autre chose de maintenir le principe condamné que d'avoir pu raisonner d'après lui avant toute contestation. Je renvoie aux preuves par lesquelles je l'étaye, pages 184 et suivantes de ma thèse, preuves que je ne crois pas que M. Diday ait trouvées dans un ouvrage quelconque antérieur.

Ce que je viens de dire a trait aux efforts de percussion exercés par le flot circulatoire contre la ligature. Quant à la question de savoir si en *principe* on *peut* ou l'on *doit* (1) laisser une voie d'écoulement entre un anévrisme et une ligature faite du côté des capillaires, je répondrai à M. Diday en disant d'une manière générale, avec Dupuytren, qu'on le *peut* quand il y a inconvénient à se servir de la méthode d'Anel et inconvénient à se servir de de la méthode de Brasdor pure ; je dirai avec Wardrop qu'on le *doit* dans les cas d'anévrismes du tronc brachio-céphalique. Je puis démontrer quand on voudra que les mêmes principes d'hydrodynamique par lesquels j'établis la nécessité de ne supprimer qu'une des deux voies d'écoulement dans les anévrismes de l'innominée, et quelquefois de les respecter l'une et l'autre, ces mêmes principes font en tout autre endroit préférer l'interruption complète de communication entre l'anévrisme et les capillaires, font, dans les

(1) Voir l'article de M. Diday, GAZETTE MÉDICALE, année 1845, p. 286.

cas de possibilité, préférer encore la méthode d'Anel à la méthode de Brasdor.

De ces éclaircissements il est loin de résulter que je doive à Dupuytren les raisonnements que j'applique à l'anévrisme spécial dont je traite, ni pour le fond ni pour la forme. Quant à ceux de M. Wardrop, je les ai implicitement reconnus, et les ai pris pour point de départ des miens propres que j'ai conduits dans des détails nouveaux. Ainsi je n'ai point reproduit cette excellente démonstration par laquelle l'illustre Anglais nous rassure contre la crainte qu'en liant la carotide droite, par exemple, on ne reporte sur la sous-clavière tout l'excès de pression correspondant au courant de sang arrêté ainsi. Il fait voir que cette pression se répartit sur les quatre voies d'écoulement qui restent, et que le surcroît de fonction de la sous-clavière droite ne sera égal qu'au quart ou au cinquième de la fonction remplie précédemment par la carotide, et transposée depuis l'occlusion de cette dernière, selon que la sous-clavière fournira par son calibre le quart ou le cinquième de l'aire totale de l'écoulement restant. Cela m'a paru acquis à la science. Quand j'ai dû rappeler ce que ce chirurgien ou d'autres ont fait afin d'étayer le niveau sur lequel j'édifiais, j'ai dénommé les travaux par les auteurs. Ce serait faire peu d'honneur à Dupuytren et à Wardrop que de vouloir les enrichir aux dépens d'un pauvre comme moi.

J'ai eu au reste l'honneur de correspondre avec M. Wardrop, dont les paroles aimables et flatteuses sur ce sujet même sont loin de me faire soupçonner qu'il ait cru avoir à me reprocher des larcins.

J'ai une réclamation de même nature à faire sur le passage où M. Diday regarde ce que j'ai dit de la ligature de l'innominée, par la méthode d'Anel, comme une répétition de la proscription généralement admise de cette opération, dans le cas qui nous occupe. J'ai considéré cette ligature sous deux aspects différents : 1° comme étant dirigée contre un anévrisme du vaisseau même; 2° comme étant dirigée contre un anévrisme de la carotide ou de la sous-clavière droite. Dans le premier cas, il est vrai que les motifs qui font rejeter la ligature tenant à la brièveté du vaisseau, ne me laissaient que l'office de les répéter. Mais dans le deuxième cas, les opinions étaient loin d'être aussi bien fixées. C'était dans le cours de 1844. Je me souviens que pendant toute cette année, que j'employai à composer mon travail, plusieurs chirurgiens distingués de Paris ne regardaient pas la question comme tellement tranchée qu'elle ne pût encore recevoir des solutions diverses, et qu'ils discutaient sur ce point. Elle l'était si peu que ma manière de la résoudre fut vivement controversée dans diverses conversations que le simple énoncé de mon travail provoquait. Les expériences de M. Poiseuille, faussement mais spécieusement interprétées, occasionnèrent un retard de trois mois à l'impression de ma thèse, par l'obligation où je me trouvai d'en concilier tous les phénomènes avec les principes que j'exposais et que l'on y croyait opposés.

Cette opinion de M. Diday a pu avoir sa cause dans l'ordre de mes matières, celles-ci ayant été rangées de telle façon que les raisonnements purement chirurgicaux, ceux qu'il a appréciés, se trouvent dans la première partie de ma thèse, et ma théorie nouvelle, celle que je viens de rappeler, se trouve dans la deuxième partie. L'honnêteté du caractère de l'homme, et depuis lors l'obligeance particulière de l'ami, ne me permettent aucun autre jugement. Si j'avais rapproché ces deux parties de la question, il n'aurait pu faire cette méprise; car il critique comme chose bien à moi cette même théorie quelques lignes plus loin. Je vais rappeler cette critique et y répondre (1).

« Ce qui nous paraît surtout avoir contribué à causer l'erreur de M. Guettet (l'erreur, selon M. Diday, c'est la préférence de la méthode Wardrop), » c'est la préoccupation qui semble lui avoir souvent fait subordonner dans » ses explications les phénomènes de la circulation chez l'homme aux règles de l'hydraulique. A chaque instant il parle de tuyaux de conduite, » du choc de la colonne liquide, etc. Nous n'avons rien à dire contre ces » expressions en elles-mêmes; elles offrent à l'esprit l'idée d'une comparaison juste sous beaucoup de rapports, et aident à l'intelligence des actes » de la physique vivante. Mais à force de les employer, on risque de s'illusionner sur leur valeur véritable, de prendre pour la réalité ce qui n'est » jamais qu'une peinture infidèle du jeu de l'organisme. C'est ainsi qu'à » notre auteur qui s'effraye de la percussion incessante exercée par le sang » sur les parois de l'innominée, on serait presque en droit de demander » s'il s'est suffisamment rappelé que le sang est un liquide coagulable, que » lorsqu'une issue lui est fermée, loin d'aller sans cesse battre contre l'obstacle, il forme au devant de celui-ci un caillot protecteur, et qu'enfin, » à moins de conditions toutes particulières et pathologiques, l'oblitération » définitive du vaisseau est le résultat régulier de ce travail. »

Je trouve là deux idées principales à réfuter : le reproche qui m'est adressé de trop croire à une communauté de lois entre la physique inanimée et la physique vivante, et l'argumentation de M. Diday sur les ressources de la coagulabilité du sang.

1° J'ai déjà dit pourquoi j'admets l'hydraulique dans les actes de la vie animale, comme j'y admets les effets de mécanique, les actions physiques et chimiques. Ce qui me fait croire que je ne suis pas dans l'*erreur*, c'est que je ne connais pas un seul fait, dans la physiologie circulatoire comme dans la pathologie du système vasculaire, qui ne s'accorde très-bien avec les lois de l'hydraulique. Je voudrais que M. Diday me signalât en quoi ces prémisses me conduisent à des conséquences absurdes ou contraires à l'expérience. Jusque-là je donnerai pour des expressions vraies, et non pour des métaphores ou *comparaisons*, les effets divers que je reconnais au liquide sanguin dans son mouvement de transport en différents points de la conduite artérielle. Ce dont M. Diday se défie comme d'une *peinture infidèle des actes de l'organisme*, je le crois une représentation d'autant plus vraie qu'on la prendra plus à la lettre. J'ai, dans le présent article, reproduit un des nombreux calculs par lesquels j'ai voulu pour moi-même étudier les résultats de ces principes de science exacte que j'introduisais dans un sujet physiologique (1) et dans la thérapeutique des anévrismes. Si je n'en ai pas hérissé ma thèse, c'est qu'elle était déjà très-volumineuse, et que j'ai pensé qu'on me saurait gré de parler uniformément un langage moins abstrait. M. Diday peut voir si le sens dans lequel se présentent les résultats de ce calcul répugnent aux faits admis par les théories physiologiques pures, constatés par les observations pathologiques.

2° Relativement à la coagulabilité du sang, l'objection de M. Diday ne serait sérieuse que si cette propriété du liquide avait une fois ou une autre obturé parfaitement le vaisseau où je dis qu'elle devient insuffisante. D'une manière générale je compte sur la formation du caillot; c'est pour démontrer qu'on n'y doit point compter rationnellement au point *particulier* que j'indique que j'ai fait le travail de ma thèse. Le même principe par lequel je démontre qu'on ne doit pas compter sur l'oblitération par le caillot dans le tronc innominé me sert à démontrer qu'on l'obtiendra sur une autre artère d'autant plus aisément qu'on s'avancera davantage vers les capillaires (2). Ces détails n'ont point été omis dans ma thèse; il était aisé de les voir pages 190 et suivantes.

Reste le contrôle de M. Diday relativement aux conclusions que j'ai tirées des faits cliniques à l'appui des préceptes théoriques exposés dans mon opuscule : il s'agit principalement de la ligature successive des deux branches de l'innominée. Je la condamne, quoiqu'à moins de titres que la ligature simultanée, c'est-à-dire que, rangeant les quatre procédés ou sous-méthodes de la méthode de Brasdor d'après leurs probabilités de succès, je mets la ligature simultanée au dernier rang et la successive à l'avant-dernier.

Dans un travail fort bien distribué, concis, et habilement déduit, travail dont, pour cette raison et pour la facilité de mes propres recherches, je regrette que l'impression ait été différée jusque après celle de ma thèse (3),

(1) Gazette Médicale, année 1845, p. 286.

(1) Une commission de l'Académie des sciences s'occupe dans ce moment-ci d'un mémoire dans lequel j'ai traité au long les points difficultueux de cette question, et soumis au corps savant des considérations générales sur l'ensemble de la circulation au point de vue de l'hydraulique proprement dite.

(2) Les différences vont dans le même sens pour tous les modes de curation. C'est ainsi que la compression pure et simple, qui est insuffisante pour de gros troncs, réussit à merveille sur l'artère temporale; on peut en dire autant de l'électro-puncture, ressuscitée par M. Pétrequin de l'oubli dans lequel l'avaient jetée des essais antérieurs sans succès. Je ne mentionnai ces tentatives, lors de l'impression de ma thèse, que pour en signaler le peu de fruit; aujourd'hui j'en dois parler différemment. En août dernier (1845), M. Pétrequin guérit un anévrisme de la temporale par cette méthode; mais quand il l'appliqua à des anévrismes de vaisseaux plus considérables, les résultats furent négatifs d'abord. Cependant, en augmentant l'intensité du moyen, en venant à son aide par l'application simultanée d'autres moyens, tels que la suspension de la circulation pendant l'action de la pile, tels que les réfrigérants et la compression à demeure, on est parvenu à guérir des anévrismes de la poplitée et de la radiale. J'ai eu ce matin même (3 juillet 1846) deux exemples de ce genre sous les yeux. — Je citerai fort à propos ici un conseil de M. Pétrequin sur ce chapitre. « La première » indication, dit-il, est de modifier par la compression la circulation dans les » vaisseaux afférents, sans quoi la colonne sanguine risquerait d'emporter le » caillot à mesure qu'il se produirait. » (Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes, premier mémoire, page 9.) — Cependant, pour la guérison de l'anévrisme de la temporale, cette précaution a pu être négligée. L'auteur, ainsi que nous, fait une grande différence entre les effets du sang dans une grosse ou dans une petite artère, la coagulabilité restant la même. M. Diday, en cas de pratique, sans nul doute en tient le même compte. Pourquoi m'objecte-t-il donc cette coagulabilité, lorsque le vaisseau où je la trouve insuffisante n'est rien autre que le tronc brachio-céphalique?

(3) M. Diday avait lu ce mémoire à l'Académie de médecine dès le mois de septembre 1842; mais je n'en avais point connaissance. Il a pour titre : Règles a suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique, et de l'origine de ses branches (Gaz. Méd., 1845.

M. Diday, loin de partager mon opinion sur la valeur relative de ces sous-méthodes, place au contraire à un rang fort honorable assurément (1) celle que je mets en dernier lieu, la ligature simultanée des deux branches. Ce sont pourtant les mêmes faits qui, chez lui et chez moi, sont appelés à étayer la doctrine. Je saisirai cette occasion de faire remarquer aux ennemis jurés des théories, partisans exclusifs des faits, combien est différent le langage d'un même fait chez différents observateurs, et combien il peut y avoir d'ambiguïté dans la voix de cet oracle aujourd'hui si vénéré. Un résultat, un fait, dans l'ordre physiologique ou dans la physiologie morbide, n'est pas l'effet d'une cause simple, de telle façon que par la nature du fait on puisse retrouver aisément la cause; c'est la résultante d'une multitude de causes ou forces, les unes principales, qui tiennent aux rapports essentiels entre l'organisation et les milieux de la vie; les autres accessoires, qui tiennent à des rapports éventuels entre ces organisations diverses et ces milieux variables. Il suffit d'ajouter ou de soustraire une de ces forces pour changer la résultante. Pour remonter de cette résultante terminée ou du fait accompli à sa véritable origine, de manière à posséder, à comprendre ce fait dans son entier et dans son vrai sens, il faut avec soin compter et mesurer les composantes, c'est-à-dire les influences; autrement on se trompe sur la direction et la grandeur de la résultante, c'est-à-dire sur la signification et la portée des faits.

Je dis donc que des vues très-différentes chez M. Diday et chez moi proviennent de l'observation des mêmes faits. Et ce sont bien les mêmes, quelque doute qu'on puisse en avoir par cette phrase de l'auteur cité : « L'aggravation des symptômes s'est-elle manifestée à l'époque et de la manière que M. Guettet annonce ici? » J'ai tiré les observations dont il s'agit des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE; M. Diday les a puisées dans la GAZETTE MÉDICALE. Or je ne vois entre cette dernière source et mes propres expressions aucune différence de portée relativement aux théories qu'on en peut déduire. Mais M. Diday, pourvu de plus amples informations que les miennes, fournit à mes raisonnements, ainsi que nous allons le voir, une force plus immédiate qu'il ne me l'avait fallu d'abord pour les présenter, et qu'elle ne m'est nécessaire pour les maintenir. Je rapporte d'abord l'observation abrégée de Wickham telle qu'elle est dans ma thèse.

ANÉVRISME DU TRONC INNOMINÉ TRAITÉ PAR LA LIGATURE SUCCESSIVE DE LA SOUS-CLAVIÈRE ET DE LA CAROTIDE.

OBS. — Un homme de 55 ans portait derrière l'articulation sterno-claviculaire droite une tumeur qui fut reconnue par Wickham et par sir Astley Cooper pour un anévrisme de l'innominée et de ses deux branches; la ligature de la carotide fut pratiquée le 25 septembre 1839. La tumeur diminua de volume et la dyspnée cessa immédiatement.

Quinze jours après l'opération, le malade se promène et quitte l'hôpital. Il refuse d'y rentrer lorsqu'à la vue du mal qui renait, les médecins lui en donnent le conseil. Il y rentre lorsque les symptômes se sont aggravés de la manière la plus fâcheuse; la tumeur avait doublé de volume, la dyspnée était très-grande, la toux fréquente et la déglutition difficile. C'est dans ces conditions qu'on lie la sous-clavière en dehors des scalènes. Amélioration de la santé. Il sort de l'hôpital.

Deux mois après la dernière opération, il éprouve d'atroces palpitations, puis deux hémorrhagies en vingt-quatre heures, à la suite desquelles il meurt.

AUTOPSIE. — Aorte dilatée et incrustée de matières calcaires. L'anévrisme n'existe que sur le tronc brachio-céphalique avant sa bifurcation. Le siége et l'étendue de la tumeur sont tels, dit l'auteur, qu'on aurait pu lier le vaisseau entre l'anévrisme et le cœur. Le sternum et la clavicule sont en partie érodés vers leurs points de contact. L'articulation sterno-claviculaire est détruite. Le sac anévrismal s'étendait jusqu'au cartilage tyroïde; il s'est rompu vers le côté gauche (2).

Dans le commentaire que je fais moi-même des suites de l'opération, je rattache à celle-ci les palpitations dont j'ai rappelé la violence d'après le texte que j'ai suivi, et qui ne sont pas qualifiées moins énergiquement dans la GAZETTE MÉDICALE. Selon cette dernière autorité (3), elles sont survenues le 7 décembre, douze jours après le 25 novembre où se fit cette ligature; ce qui les éloigne moins de l'opération que mon propre récit d'après mes documents. J'admets deux mois d'intervalle. Eh bien! dans son dernier article, M. Diday borne l'intervalle à quatre jours. « Cette amélioration persista *quatre jours* (1). » Cette différence de récit n'est pas de nature à infirmer mon argumentation. Si l'intervalle *de deux mois* ne m'empêchait pas de relier les palpitations à l'opération, celui de *douze jours*, et à plus forte raison celui de *quatre*, ne convient pas moins à cette explication. Enfin, ce que je n'avais pas dit dans une narration abrégée, mais qui me coûte peu à dire quand il s'agit de détruire toute objection spécieuse, c'est qu'un *état de mieux* sépara les *palpitations des deux hémorrhagies* de la tumeur qui finirent la vie du sujet.

Eh bien! aujourd'hui encore, je dis qu'il est impossible de ne pas voir d'une manière très-remarquable la relation qui existe entre les lésions de l'appareil respiratoire et les anévrismes de cette région. Avant toute opération ce malade éprouvait de la dyspnée; elle dépendait d'un état local, de la pression de l'anévrisme sur la trachée; car elle cessa après l'opération en même temps que la tumeur diminua. Elle revint plus considérable lorsque plus tard la tumeur reparut et fut trouvée du double plus grosse que la première fois. Alors la toux s'y joignit, et même la difficulté d'avaler. — Je ne puis nier que la ligature de la sous-clavière, que l'on fit alors, n'ait procuré un soulagement momentané; il y eut bénéfice pour l'anévrisme. En effet, l'autopsie nous montre que l'orifice aortique de l'innominée était sain. Cet anévrisme était dans les conditions que j'ai signalées pour que le flot circulatoire eût sur lui le moins d'action possible. Voilà pourquoi j'ai dit qu'après la ligature de la carotide ce malade me paraît avoir été dans des conditions excellentes pour guérir, s'il eût tenu un régime convenable. Mais après celle de la sous-clavière, en même temps que l'anévrisme, isolé presque entièrement du mouvement circulatoire, prenait du retrait, que les impulsions du cœur y étaient moins senties, que les parois artérielles n'avaient plus de systole à effectuer pour faire progresser le sang vers les extrémités, ces avantages étaient payés et au delà sur d'autres points.

Les forces naturelles de l'appareil circulatoire sont proportionnées aux effets qu'il doit produire à l'état normal. Il n'est pas indifférent, au point de vue de ces effets et des résistances y relatives, de faire couler un liquide en masse par la voie la plus droite, ou de l'assujettir au contraire à une marche irrégulière, complexe, tortueuse, récurrente. Ces palpitations, même après douze jours, ne témoignent-elles pas de la lassitude du cœur à supporter le surcroît de son rôle? Mais elles diminuent, me dira-t-on, sur le texte de la GAZETTE MÉDICALE, puisque c'est après cela que le malade sort de l'hôpital. — Soit; sans doute la violence des symptômes engage un malade à se ménager, et les symptômes s'améliorent. Mais la lutte entre le cœur et les obstacles apportés à la circulation n'était point finie; elle dut amener l'anéantissement des unes et des autres fonctions, en témoignant sa persévérance par les deux hémorrhagies mortelles qui la terminèrent et qui se firent par la tumeur même de l'anévrisme.

Relativement au cas de Fearn, M. Diday convient que ce fut une pleurésie qui emporta la malade. C'est tout ce que je veux. Quoique ce ne fût qu'au bout de quatre mois, quoique l'anévrisme fût *très-bien oblitéré* (je ne l'ai jamais contesté), je regarde la pleurésie comme suite de l'opération. Au reste, il n'y a qu'à voir. Le sort de ces opérés est toujours une mort peu éloignée, par des ruptures de la tumeur, ou des hémorrhagies cérébrales, ou des affections, soit générales, soit locales, des deux appareils intimement liés, la circulation et la respiration.

Je trouve à la circulation une fonction assez importante, et je trouve assez considérables les obstacles qui naissent de l'oblitération complète de la conduite brachio-céphalique, pour que le trouble fonctionnel inhérent soit une forte composante de l'accident mortel qui a suivi les faits de ce genre. C'est bien à tort que M. Diday, dans la partie de son article qui se rapporte au cas d'Evans, s'étonne de me voir compter pour quelque chose, à l'appui de mes théories, cette influence capitale de perturbations fonctionnelles, quand nous produisons nous-mêmes ces perturbations pour en faire un état permanent. Remarquez bien que j'estime au point de vue de la *fonction* les dérangements en question. La fonction ne serait que peu ou pas troublée, s'il s'agissait de lier une artère des extrémités et de rendre afférents certains rameaux que la nature avait faits efférents. Cela n'intéresse d'ordinaire que la partie. Mais tout le courant brachio-céphalique, c'est tout autre chose, c'est la plus forte moitié de toute la circulation supérieure. S'il y a une voie naturellement préparée à ce courant, on soupçonne aisément que la supprimer ne puisse être chose indifférente ni pour les parties que le courant alimente, ni pour les voies restantes qui se chargent d'un aussi fort excédant. Ce qui aurait pu encore empêcher la surprise de M. Diday à me voir dans de pareilles idées, c'est qu'elles ne se trouvent pas seulement et comme par hasard dans le passage qui le surprend, mais qu'elles sont répandues tout le long de ma thèse, et notamment précisées à la page 163.

Ainsi je persiste à regarder le cas d'Evans comme un modèle d'exécution. D'après cet exemple, je crois ne devoir tenter la guérison des anévrismes

(1) Il la regarde comme étant et devant être longtemps encore peut-être *le beau idéal des opérations de ce genre*. Toutefois, dans la même page, lorsqu'il s'agit de la pratique, il avoue qu'il hésiterait peut-être à imiter le chirurgien qui a fourni l'exemple proposé. Dans un article paru en mai 1846, sur l'article *Sous-clavière et innominée* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, la GAZETTE MÉDICALE revient sur cette opinion de M. Diday pour en repousser l'interprétation plus favorable à la double ligature simultanée qu'il ne prétend la professer.

(2) Guettet, thèse 1844, p. 176; ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉD., 1841, t. X, p. 595.

(3) GAZETTE MÉDICALE, année 1841, p. 365.

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1845, p. 288.

du tronc brachio-céphalique que par l'application de la méthode Wardrop, quoique par le résultat chez Evans il y ait ces transitions à l'état que fournit la méthode de Brasdor pure. Cette transition a été l'œuvre graduelle de la nature; le résultat en a été bon. Quand la main de l'homme a voulu par ses moyens brusques tenter le même résultat, elle a échoué. L'échec me paraissant la conséquence inévitable de la qualité du moyen, et le moyen n'ayant jamais les qualités de ceux de la nature, je crois sage et indiqué de laisser à la nature seule le soin d'opérer des phénomènes anormaux. Elle a fait en certain cas plus que l'oblitération du tronc brachio-céphalique: elle a oblitéré l'aorte même, et elle fait tous les jours des monstruosités. Ce n'est pas un motif pour que l'homme tente de pareils résultats. Ces cas dans lesquels la vie existe avec des dispositions anormales me paraissent à la portée des intentions ou des caprices de la nature et au-dessus de notre talent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES OPHTHALMIES DITES INTERMITTENTES; communiquée par M. le docteur TAVIGNOT.

Les auteurs qui ont voulu établir comme réelle l'*intermittence* dans les phlegmasies ont principalement choisi pour exemple une forme particulière d'ophthalmie qui présente, en effet, dans sa marche quelque chose d'analogue au *type* périodique, et dans ses caractères anatomo-physiologiques des rapports assez directs avec les inflammations ordinaires des yeux. Or il appartient aux ophthalmologistes de jeter quelque jour sur ce sujet encore mal connu, et d'indiquer dans quelle classe de maladie il faut définitivement ranger les ophthalmies prétendues intermittentes.

Je commence par établir en principe que l'ophthalmie dite intermittente est bien dans quelques cas une affection franchement périodique; mais je nie que ce soit une ophthalmie proprement dite.

L'ophthalmie intermittente des auteurs peut être considérée comme composée de deux éléments: l'élément *sanguin* et l'élément *nerveux*. Jusque-là cette affection ne présente, après tout, rien de bien insolite, puisque l'on rencontre un état congestif joint à une douleur plus ou moins vive dans la plupart des ophthalmies ordinaires. Cependant si l'on veut bien analyser davantage toutes les observations d'ophthalmies intermittentes qui ont été publiées, on reconnaîtra aisément deux choses: la première est que l'inflammation n'a pour caractère qu'une congestion plus ou moins prononcée de la conjonctive oculo-palpébrale, et de la partie antérieure de la sclérotique; la deuxième, qu'il existe des douleurs excessivement vives dans le fond de l'orbite s'irradiant dans le front, la tempe, etc., en même temps que l'on rencontre de l'épiphora, de la photophobie....

Voici déjà une anomalie importante à signaler: le défaut de corrélation entre la gravité de l'élément phlegmasique et l'intensité des douleurs. Ordinairement, en effet, il n'en est pas ainsi dans l'économie; et un tissu étant donné, plus l'inflammation qui l'a envahi est intense, plus les douleurs qu'elle détermine sont aiguës.

Il y a plus: les lésions anatomiques que l'on rencontre dans l'ophthalmie intermittente, lorsqu'elles existent dans l'ophthalmie que, par opposition, j'appellerai continue, sont loin de donner naissance aux mêmes perturbations fonctionnelles du côté du système nerveux.

Ainsi nous sommes forcément conduit à reconnaître que l'affection qui nous occupe diffère des autres inflammations oculaires moins par sa forme périodique que par sa nature fondamentalement différente, ainsi que nous allons l'établir dans un court parallèle.

Dans l'ophthalmie continue, les caractères matériels de l'inflammation précèdent dans leurs développements tous les autres symptômes, tels que douleurs intra et extraorbitaire, photophobie, épiphora.

Dans l'ophthalmie intermittente, les caractères matériels de l'inflammation ou plutôt l'état congestif n'apparaissent qu'après les troubles fonctionnels indiqués plus haut, tels que douleurs intra et extraorbitaires, photophobie, épiphora. Il résulte assez clairement de cet ordre de succession dans les phénomènes primordiaux de la maladie que la *lésion nerveuse* est l'affection principale, celle qui est primitive; tandis que la congestion des parties vasculaires ne se développe que consécutivement à la perturbation fonctionnelle des nerfs de l'œil. En un mot, il nous paraît rigoureusement rationnel de faire rentrer la prétendue ophthalmie intermittente des auteurs dans le cadre des *névralgies* de la cinquième paire de nerfs.

Il me suffira, pour établir la proposition que je viens d'avancer, de prendre au hasard un exemple d'ophthalmie intermittente, et de livrer à la sagacité du lecteur la signification des différents symptômes qui s'y trouvent consignés.

OBS. — « Le sujet a 38 ans; pendant cinq jours il fut pris régulièrement, à une heure de l'après-midi, de violentes douleurs dans l'œil gauche, s'irradiant à la tempe et au front du même côté. Il survenait de la photophobie, un grand écoulement de larmes; la conjonctive blépharo-scléroticale rougissait. Une heure plus tard, les vaisseaux de la conjonctive étaient comme injectés, et les douleurs de la région susorbitaire des plus violentes. L'œil droit ne participait nullement à cet état. Le soir, vers sept heures, les douleurs commençaient à diminuer progressivement; la nuit il survenait des douleurs, et le lendemain l'œil ne présentait plus le moindre signe objectif ou subjectif de maladie. Un sentiment de mal-être se manifestait dans la matinée avant l'accès. Des sangsues, des bains de pieds, des vésicatoires, des lotions froides, etc., avaient été employés inutilement. 60 centigr. de sulfate de quinine donnés dans la matinée prévinrent le retour de l'affection. » (Lohmann, ANN. D'OCCULIST., t. XV.)

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup pour démontrer jusqu'à la dernière évidence que cette observation ainsi que ses analogues doit être distraite du cadre des ophthalmies pour être rangée désormais dans la classe des névralgies oculo-circum-orbitaires. En effet, si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur la description succincte de la *névralgie ciliaire* que j'ai donnée dans ce journal (voy. GAZ. MÉD., sept. 1845), on reconnaîtra facilement que les symptômes assignés à l'ophthalmie dite intermittente y sont tous consignés, depuis les douleurs limitées au globe oculaire ou s'irradiant aux parties environnantes en suivant les divisions du nerf ophthalmique, jusqu'à la photophobie, l'épiphora, un état congestionnel de l'œil caractérisé surtout par l'existence du cercle radié péricornéal.

Après avoir suffisamment insisté sur le type quelquefois intermittent de la névralgie ciliaire, j'avais pensé qu'il ne serait plus désormais possible de méconnaître la nature primitive de cette affection, et de la classer avec les ophthalmies dont elle diffère du tout au tout. — Je m'étais fait illusion, à ce qu'il paraît, et la tenace obstination de quelques ophthalmologues me force aujourd'hui de revenir sur ce sujet.

L'ophthalmie intermittente, si tant est qu'elle soit véritablement une inflammation, n'a pas d'analogue parmi les différentes classes de phlegmasies, et je défie de trouver dans le cadre nosologique une seule inflammation qui puisse revêtir la forme franchement intermittente; pour un esprit non prévenu, cet argument mérite d'être pris en considération.

J'ajouterai qu'il n'existe pas une seule ophthalmie véritable qui disparaisse avec une rapidité égale à l'ophthalmie dite intermittente; car, quelque heureuse que soit la terminaison d'une *inflammation oculaire*, le rétablissement complet de l'équilibre fonctionnel de l'œil demande toujours un certain temps. Il n'en est pas de même d'une simple congestion; celle-ci peut cesser presque en même temps que la cause qui lui a donné naissance. Ainsi, qu'un corps étranger, quelque minime qu'il soit, soit fiché dans la cornée, il ne tardera guère à éveiller la sensibilité générale de l'organe, et à déterminer, par suite une véritable congestion du globe oculaire analogue, dans beaucoup de cas, à celle qui existe dans l'ophthalmie intermittente des auteurs. Que l'on enlève ce corps étranger avant qu'il ait pu produire, par sa présence trop prolongée, une inflammation traumatique, et l'œil reprendra presque aussitôt ses caractères normaux.

Dirai-je encore qu'il n'existe pas une seule ophthalmie simple qui, à désordres matériels égaux, donne lieu à des complications névralgiques aussi grandes que celle-ci, et qui s'accompagne comme elle de douleurs intra et extra-orbitaires de photophobie, de larmoiement, etc.?

En vérité, il n'est plus nécessaire d'insister davantage pour faire comprendre que l'ophthalmie dite intermittente ne diffère pas des autres ophthalmies seulement par sa *périodicité régulière*, mais qu'elle s'en distingue *radicalement* par sa nature qui est tout autre. Ainsi, tandis que partout ailleurs cette modification inconnue de la vitalité que l'on nomme l'*inflammation* met en jeu la puissance sensitive propre à chacun de nos tissus, à son tour l'*innervation*, lorsqu'elle est pervertie à un certain degré, peut agir sur les éléments vasculaires qui sont sous sa dépendance, faire affluer une quantité plus grande de sang; de sorte que si l'inflammation s'accompagne généralement d'une douleur *symptomatique* plus ou moins vive, la *douleur idiopathique* ou la névralgie produit ordinairement une congestion proportionnelle à son intensité; et la congestion est le premier degré de l'inflammation.

Malgré les différences si caractéristiques qui les séparent, on confond tous les jours entre elles les douleurs symptomatiques et les douleurs idiopathiques qui se manifestent dans les affections diverses de l'organe de la vue. Cette confusion est fâcheuse en thérapeutique; elle égare trop souvent le praticien, et c'est à elle que nous devons encore imputer l'existence de l'ophthalmie intermittente, qui doit être désormais rangée parmi les névralgies périodiques.

LETTRE SUR LA LOI QUI RÈGLE LES RECHUTES DE FIÈVRE INTERMITTENTE; par M. EUG. CORBIN, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Monsieur le rédacteur,

Un peu en retard dans mes lectures, c'est seulement dimanche 27 que j'ai eu connaissance, par la GAZETTE MÉDICALE (V. le nº du 12 septembre), des observations de M. Robin Graves *sur la loi qui règle les rechutes de fièvre intermittente*. Le nombre de jours qui compose les intervalles serait, suivant lui, un *multiplicateur* (je crois, sauf erreur de ma part, qu'il faut lire *un multiple*) de ceux qui constituent la période fébrile, de trois pour la fièvre tierce, et ainsi pour les autres. Si j'ai compris, dans l'exemple adopté on devra s'attendre à une récidive au douzième, au quinzième, au dix-huitième, au vingt et unième..., ou, si j'adopte l'addition proposée, de deux jours, au quatorzième, au dix-septième, au vingtième, au vingt-troisième (V. l'article cité), et tout aussi bien à l'un qu'à l'autre de ces jours. Dans cette attente, que fera le praticien? Évidemment rien. Peut-être y a-t-il dans l'auteur anglais des développements et des déductions pratiques auxquels vous n'avez pas cru devoir donner place; ses remarques, suivant vous, méritaient d'être soumises à de nouvelles recherches.

A ce sujet voici les miennes, qui ne sont pas nouvelles: elles datent pour moi de dix ans.

J'ai observé qu'*en général* et dans d'étroites limites de variations, *les intervalles des premières récidives de fièvre intermittente*, de la première, deuxième, troisième, par exemple, *sont égaux entre eux*. Ainsi l'intervalle du dernier accès à une rechute ayant été de douze, quinze, dix-neuf, vingt-deux ou trente jours (ce sont plutôt les moindres nombres ou les moyens que les plus élevés), celui de la rechute à une troisième attaque sera vraisemblablement le même, douze, quinze, dix-neuf, vingt-deux ou trente, quelquefois moindre, mais de peu, toujours en partant du dernier accès. Je cite des nombres au hasard, n'ayant pas relevé mes notes, qui sont nombreuses et éparpillées. De symétrie entre la durée de la période fébrile et celle des intervalles, je n'en ai point observé; et je crois que je l'eusse observée si le fait eût été tel. Cependant, n'en ayant pas même eu l'idée, je me garde de m'inscrire en faux contre les résultats de M. Graves.

En pratique, voilà où j'ai été conduit: *Traiter la périodicité des récidives comme celle des accès.* A cet effet, quand je coupe une fièvre, invariablement je fais prendre note par le malade du dernier accès. Si elle récidive, j'ai, par le nombre de jours écoulés, la durée présumée de l'intervalle à venir. Et comme cet intervalle tend plutôt à décroître qu'à croître, et qu'il importe d'ailleurs de prévenir le mal, si j'attends la fièvre, pour la troisième fois, au vingtième jour, dès le dix-septième je donne une dose moyenne de sulfate de quinine, trois décigrammes par exemple, et je la continue trois ou au plus quatre jours. Je réussis très-généralement à prévenir la troisième attaque et toute récidive, du moins pour la saison, printemps ou automne, quelquefois pour l'année ou pour toujours, si le malade n'est pas exposé à de nouvelles causes.

Il y a dix ans environ que j'ai adopté cette pratique, dans laquelle des succès de plus en plus nombreux m'ont fait persévérer. Je comprends ce qu'elle a de défectueux quant à la brièveté de la cure, puisque j'attends pour agir une première rechute. Je n'ai pu faire mieux jusqu'ici.

J'entrevois vaguement que les observations de M. Graves, s'il y donne suite, pourraient fournir sur la récidive à venir une appréciation anticipée, une loi qui éviterait ces retards. En attendant, je vous adresse les miennes, dont quelques praticiens peut-être voudront bien user. Si par hasard elles parviennent à l'adresse de M. Graves par la GAZETTE MÉDICALE, qui passe des mers plus larges que le détroit, et qu'il veuille bien en tenir compte, je lui garantis l'exactitude des faits. Cela se passe ainsi non toujours, mais généralement. Rien de si facile d'ailleurs que de vérifier.

Je ne saurais vous dire si j'ai inventé ou non cette méthode, et cela importe peu. Je ne l'ai apprise de personne; depuis dix ans j'en ai parlé souvent à mes confrères et nécessairement à mes malades. Si d'autres ont fait ou dit la même chose, tant mieux: c'est en faveur du fait.

DEUX CAS DE COURBURE TRAUMATIQUE DES OS DE L'AVANT-BRAS, TRAITÉS AVEC SUCCÈS; par M. le docteur BÉCHET fils, médecin en chef de l'hospice départemental de Nancy.

Monsieur le rédacteur,

Dans son numéro du 19 septembre (p. 740), la GAZETTE MÉDICALE, appréciant le procédé par lequel M. Loreau attire en dehors l'extrémité supérieure du fragment inférieur du fémur fracturé, indique tout le parti qu'on en pourrait tirer dans le cas d'un cal vicieusement formé. Ce précepte me rappelle l'application que j'ai faite, il y a quelques années et tout récemment encore, d'un procédé tout à fait semblable. Comme les faits pour lesquels je l'ai employé offrent par eux-mêmes quelque intérêt, au moins sous le rapport de la rareté, je vais les exposer succinctement en vous priant, si vous le jugez à propos, de les communiquer à vos lecteurs.

Il s'agit de la courbure forcée et permanente des os de l'avant-bras chez deux enfants.

OBS. I. — Un enfant, âgé de 4 ans, étant tombé d'une table sur le parquet, la paume de la main droite reçut le principal choc, et, sous l'influence d'une forte impulsion, les os de l'avant-bras se courbèrent sans se fracturer. Le membre était dans une position moyenne entre la flexion et la supination: il était coudé, vers son milieu, de manière à former un angle de 50 à 60 degrés ouvert à la face postérieure.

J'appliquai le bandage pendant un mois environ. Au bout de ce temps, le redressement du membre était très-avancé; il se compléta plus tard, en vertu de la force qui préside, dans l'organisme, à l'harmonie des formes.

OBS. II. — Le second fait ne date que de quelques mois: il est plus remarquable, tant par l'âge de l'enfant que par l'exagération de la courbure. Le sujet qui me l'a présenté est un enfant de 6 ans, d'un grand développement physique, mais d'un tempérament un peu lymphatique. Lorsque je l'observai, il venait de tomber d'un lieu assez élevé sur les deux mains; la droite avait reçu la plus violente impulsion et l'avant-bras était entièrement déformé. Il était dans la pronation complète et coudé presque à angle droit, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. L'extrémité inférieure des os était inclinée sur la face postérieure du membre; une saillie considérable existait à sa face antérieure. Il me fut impossible de ramener le membre dans la supination ou même d'obtenir, dans ce sens, quelque modification; je ne pus pas non plus opérer le moindre redressement de l'axe de l'avant-bras; mes tentatives à cet égard produisaient seulement l'effet que permettait l'élasticité des os; la difformité se reproduisait immédiatement et complétement dès que le membre était abandonné à lui-même. Je m'abstiendrai d'insister sur les détails de ce fait, les circonstances m'en paraissent si claires, et toute erreur de diagnostic est, dans ma conviction, si impossible à commettre dans l'examen d'une pareille lésion, que je ne comprendrais pas que le doute pût s'y attacher.

Il survint une tuméfaction assez considérable, une douleur modérée, quelque réaction. Après quelques jours consacrés à combattre, par des moyens antiphlogistiques, les premiers accidents, le gonflement avait disparu et j'appliquai le bandage dont je continuai l'usage pendant six semaines. Au bout de ce temps, j'avais réduit à un tiers ou à un quart la courbure primitive, l'avant-bras pouvait presque être ramené dans la supination complète; le bandage ne produisait plus aucun effet; le membre s'atrophiait. Je crus devoir confier le reste à la force de rectification dont j'ai parlé tout à l'heure. Depuis ce moment, depuis deux mois environ, l'état du membre s'est encore amélioré.

Voici maintenant en quoi consiste mon appareil, d'une simplicité primitive d'ailleurs.

J'applique un bandage roulé sur la main et sur l'avant-bras; je place deux coussins de volume variable, selon le lieu occupé par la lésion, au-dessus et au-dessous de la courbure, en laissant entre eux l'intervalle de quelques travers de doigt. Ces coussins sont appliqués sur le côté du membre où existe le sinus, par conséquent à la face postérieure dans les cas semblables à ceux que j'ai cités. Sur ces coussins, j'applique une solide attelle s'étendant de 2 centimètres au-dessous de l'olécrâne jusqu'à l'articulation radio-carpienne; je maintiens le tout au moyen d'une bande roulée et serrée autant que le permet la tolérance organique avec le soin d'appuyer davantage sur les doloires qui passent sur la saillie de la face antérieure du membre. Cet appareil doit être renouvelé tous les trois ou quatre jours.

Il est évident qu'un vide considérable existe, entre l'attelle et l'avant-bras, dans le lieu que les coussins limitent par leur écartement, c'est-à-dire au point où se trouve l'angle rentrant: il ne l'est pas moins que chaque tour de bande, en passant sur la saillie du côté opposé, tend puissamment à ramener les os vers l'attelle, à les redresser, par conséquent. Cette action est puissante et douce en même temps; car la bande exerce une pression continue, molle, étendue, uniforme.

Je vous livre ces faits dans toute leur nudité, m'abstenant d'entrer à leur égard dans une discussion pour laquelle je n'ai pas rassemblé les matériaux nécessaires, l'occasion seule m'ayant engagé à vous faire cette communication.

CATARACTE CONGÉNIALE D'UN SEUL ŒIL, SUITE DE LA PERSISTANCE DE LA MEMBRANE PUPILLAIRE DE WACHENDORF, GUÉRIE SANS OPÉRATION CHIRURGICALE; note communiquée par M. PAUL BERNARD.

Le cas de persistance de la membrane pupillaire sont assez rares dans les auteurs pour que celui que nous avons observé et que nous allons rappor-

ter puisse offrir quelque intérêt au double point de vue théorique et pratique, ou, si l'on veut, du diagnostic et du traitement.

En effet, pour nous, la cataracte congéniale ou de naissance peut être formée de deux manières distinctes : 1° soit par l'opacité du cristallin ou de sa capsule; 2° soit par la persistance de la membrane pupillaire seulement. On voit donc tout d'abord de quelle importance pratique il est de faire ces deux principales divisions de la cataracte de naissance, puisque de cette connaissance exacte devra dépendre la conduite du chirurgien, la gravité ou l'innocuité de son diagnostic, l'espérance fondée ou incertaine du succès dans le traitement, etc.

Quelques ophthalmologues, intéressés sans doute à opérer dans tous les cas, ont nié complétement la possibilité de la persistance de la membrane pupillaire; mais une négation n'est pas une preuve, et nous nous bornerons à leur répondre qu'ils se sont trompés, ainsi que nous espérons leur en fournir bientôt la démonstration péremptoire.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, qu'il nous soit permis de dire sommairement quelques mots sur la membrane pupillaire elle-même, que M. Jules Cloquet, entre autres, nous a si bien fait connaître par l'excellent mémoire qu'il a publié sur ce sujet, et qui a été reproduit en partie dans l'Œsthésiologie de M. Blandin, à laquelle nous empruntons quelques paragraphes.

« Cette membrane pupillaire forme un cercle complet; elle est grise et » demi-transparente; en avant, elle correspond à la chambre antérieure; » en arrière, elle est dirigée vers la chambre postérieure et le cristallin. Sa » circonférence adhère au contour de la pupille; elle est formée de deux » lames, une antérieure, qui n'est autre chose, suivant M. Jules Cloquet, » que la membrane de l'humeur aqueuse; une autre, postérieure, qui paraît appartenir en propre à la membrane pupillaire. Entre ces deux lames, » se prolongent les vaisseaux de l'iris, vaisseaux qui convergent vers le » centre de cette membrane, et qui s'y divisent chacun en deux rameaux » anastomosés en arcs avec les rameaux voisins, et disposés de telle façon » que la convexité des anses qu'ils forment, dirigée vers le centre de la membrane pupillaire, ne donne naissance à aucun rameau, et qu'un certain » *espace* existe où la membrane pupillaire est en quelque sorte dépourvue » de vaisseaux.

» A sept mois environ de la vie intra-utérine, la membrane pupillaire se » rompt dans son centre; les anses vasculaires qu'elle présente se rétractent » vers la circonférence de la pupille, et y forment par leur continuité le petit cercle vasculaire de cette ouverture. Suivant la plupart des anatomistes, » c'est par suite d'une véritable résorption qu'a lieu cette rupture. M. Cloquet pense en outre que la rétraction des vaisseaux de la membrane pupillaire, rétraction qui tiraillerait particulièrement son centre, n'est pas » étrangère à ce phénomène. Du reste, il paraît que la rupture de la membrane pupillaire est subordonnée à *l'absence de vaisseaux dans son* » *centre* et au défaut d'anastomoses entre la convexité des anses vasculaires opposées de cette membrane; une disposition contraire à celle-ci » détermine sa persistance complète ou partielle et une oblitération ou une » simple déformation de la pupille.

» Béclard a rapporté le fait d'un individu sur lequel il a observé un lambeau de la membrane pupillaire flottant à la partie supérieure de la pupille; *il supposait* que, dans ce cas, une anastomose unissait deux anses » voisines de la membrane pupilaire, et qu'ainsi ces deux anses n'avaient » pu se rétracter comme dans l'état normal. »

C'est d'après ces notions anatomiques que nous avons pu établir un diagnostic, qui a eu pour preuve de sa justesse l'efficacité du traitement suivi. Rapportons d'abord le fait, nous en tirerons ensuite les conséquences pratiques.

Obs. — Au mois de juillet 1843, un enfant, âgé de six semaines, est amené à la consultation publique de notre dispensaire. Ce jeune malade nous présente l'état suivant :

Les deux yeux sont en apparence bien conformés; l'œil droit est sain et n'a rien de remarquable; l'œil gauche, au contraire, examiné sans loupe, offre une occlusion complète de la pupille; la membrane obturatrice apparaît d'un blanc légèrement grisâtre et d'une finesse de texture extrême, à peu près semblable à une toile d'araignée.

Du premier abord, on pourrait croire à l'opacité de la capsule cristalline, mais avec un peu plus d'attention dans l'examen il est facile de reconnaître : 1° que cette membrane est placée plus avant que ne l'est ordinairement l'enveloppe du cristallin; 2° que l'iris exposé à la plus vive lumière est immobile. L'enfant, du reste bien conformé et bien portant, ne manifeste aucune aversion pour le grand jour, et l'œil n'a pas de ces brusques mouvements de rotation qu'on observe fréquemment chez certains cataractés de naissance. Ces deux premiers indices de la position particulière de la membrane opaque et de l'immobilité de l'iris étaient sans doute deux signes d'une grande valeur, mais insuffisants, suivant nous, pour établir un diagnostic rigoureusement exact. En effet, n'a-t-on pas vu souvent, dans des cas de cataractes dites morgagniennes, par exemple, la capsule cristalline distendue par le fluide qu'elle renferme, venir faire saillie en avant, à la manière d'une petite vessie remplie de liquide, et par suite de son contact presque hermétique, autour du bord de la pupille, neutraliser toute action de l'iris, soit à cause de cette pression exacte et complète, soit quelquefois à cause de quelques adhérences plastiques à divers points de son pourtour?

Les faits de cette espèce se présentent trop fréquemment à celui qui a l'occasion d'observer un grand nombre de maladies des yeux pour qu'il ne soit pas en garde contre une telle méprise. Or donc, pour lever toute incertitude à cet égard, nous eûmes recours à l'examen par la loupe, et voici ce qu'il nous fut possible d'apercevoir : au centre de la membrane obturatrice existe une très-petite solution de continuité, si petite qu'elle ne peut être vue qu'avec peine à l'œil nu; la forme en est ronde ou à peu près, et le fond du plus beau noir. Sur les côtés de ce petit trou apparaissent manifestement des vaisseaux en arcades et en tous points semblables à ceux décrits par M. J. Cloquet, dans la membrane pupillaire.

A ce nouveau caractère bien net, bien tranché, et nous pourrions presque dire modèle dans l'espèce, il ne pouvait plus rester aucun doute; c'était évidemment bien la membrane de Wachendorf qui persistait après la naissance et qui donnait lieu à cette forme si rare de la cataracte congéniale.

Fallait-il alors recourir à une opération chirurgicale, pour déchirer, détruire ou enlever cette membrane d'occlusion pupillaire? Non-seulement ce moyen extrême ne nous parut point nécessaire, mais encore nous le jugeâmes inopportun et dangereux, si nous pouvions atteindre le même but par des moyens plus doux quoique aussi efficaces (car on ne peut jamais répondre des suites d'une opération quelconque, si minime en apparence qu'elle puisse paraître), et nous nous décidâmes à employer les moyens mydriatiques en permanence de la manière suivante.

Prescription : Frictionner trois fois par jour le sourcil et la tempe du côté gauche avec la pommade de belladone; faire prendre un grain de calomel, divisé en deux doses, dont l'une donnée dans la soirée et l'autre le lendemain matin. Ramener l'enfant, après vingt-quatre heures, pour être soumis à un nouvel examen.

Le lendemain, quelle fut notre satisfaction et celle de la mère de notre jeune malade, en constatant que près du tiers interne de la circonférence de la membrane pupillaire est déchiré et détaché de l'iris! La pupille offre une forme triangulaire, frangée, avec un fond parfaitement noir.

Même prescription.

Le jour suivant, la déchirure est manifestement plus grande; elle a eu lieu plus particulièrement en haut et en bas, mais nullement au côté externe de l'iris.

Prescription : Continuation de frictions avec la pommade belladonée sur les paupières et autour de l'orbite et avec la pommade mercurielle sur la tempe. Interruption du calomel.

Chaque jour nous gagnons quelque chose en agrandissement de la pupille qui devient manifestement contractile dès le cinquième jour, sans aucune déformation.

Le même traitement est continué pendant trois semaines environ, époque à laquelle nous constatons l'état suivant :

Le bord pupillaire est libre dans les dix-neuf vingtièmes de sa circonférence; mais à sa partie moyenne et externe existe une dernière adhérence vasculaire qui retient *ce qui reste* de la membrane pupillaire; nous disons ce qui reste, car, soit par un effet de rétraction ou d'absorption, cette membrane est réduite à moins du tiers de son étendue primitive; elle flotte dans l'humeur aqueuse et ne peut en rien nuire à la vision, à cause de son exiguïté relative à l'étendue de l'ouverture pupillaire; d'ailleurs, il est très-probable qu'à une époque plus ou moins rapprochée, ce lambeau se roulera sur lui-même ou sera absorbé et finira par disparaître complétement, ce dont nous n'avons pu toutefois nous assurer, n'ayant plus revu le jeune malade, sujet de cette observation intéressante à plus d'un titre.

Il résulte, en effet, de ce qui précède : 1° que nous avons été conduit à employer des moyens thérapeutiques bien autrement innocents que ne peut l'être l'opération la mieux faite, et que ces moyens ont été si bien appropriés à la nature de la maladie, que nous avons eu le bonheur d'amener une guérison que nous regardons comme complète, sans avoir couru les chances de compromettre la vision ou la vie, comme cela n'a que trop souvent lieu à la suite de l'emploi des instruments;

2° Que ce résultat favorable est dû principalement à la justesse de notre diagnostic, basé lui-même sur des notions anatomiques que nous avons reproduites au commencement de ce travail, et sans la connaissance desquelles nous aurions pu être entraîné dans une erreur et une méprise déplorables;

3° Qu'en conséquence, dans des cas semblables, il est rigoureusement prescrit au chirurgien d'employer les moyens mydriatiques, dont nous avons eu tant à nous louer avant de recourir à l'opération chirurgicale.

M. Cloquet dit qu'à 7 mois de la vie intra-utérine, la membrane pupillaire *se rompt dans son centre*. Il n'en a point été ainsi dans le cas que nous rapportons; la déchirure a commencé et a continué par la circonférence, ce qui peut tenir soit à la dilatation artificielle de la pupille, soit encore à la modification apportée par l'âge, à la texture même de la membrane; car, en admettant que l'enfant soit venu au terme ordinaire de la gestation, ce qui semble probable d'après sa bonne conformation et son développement, il y aurait deux mois de plus, d'une part, et six semaines

après la naissance, époque du traitement commencé; total, trois mois et demi. N'est-il pas possible que chacune de ces circonstances, ou peut-être même toutes les deux réunies, n'aient exercé quelque influence sur la manière dont la déchirure s'est opérée? Cette explication paraîtra d'autant plus vraisemblable quand nous aurons fait remarquer que nous avons parfaitement constaté avec la loupe la petite solution de continuité au point de l'adossement des vaisseaux en arcade, espace où la membrane pupillaire était entièrement dépourvue de vaisseaux au moins apparents. Comment s'est-il fait alors que la rétraction des vaisseaux qui tirailleraient, suivant M. J. Cloquet, le centre de la membrane, n'a point eu lieu, si ce n'est que la dilatation forcée de l'iris en tous sens a fait sentir plus particulièrement son action sur la circonférence de la membrane?

M. J. Cloquet ajoute encore qu'il paraît que la rupture de la membrane pupillaire est subordonnée à l'*absence des vaisseaux dans son centre*, et, au défaut d'anastomoses, entre la concavité des anses vasculaires opposées de cette membrane; car, continue le même auteur, une disposition contraire à celle-ci détermine sa persistance complète ou partielle, et une oblitération et une simple déformation de la pupille.

D'après notre observation, les choses se sont passées tout différemment, puisque, d'une part, il y avait *absence de vaisseaux et d'anastomoses* dans le centre de la membrane, de l'autre, que sa *persistance était complète*, et que pourtant la déchirure n'a pas eu lieu par le centre. Nous ne faisons que constater ce fait, sans y attacher d'autre importance que celle qui résulte du mode d'action de la nature, quand elle est livrée à ses seules ressources, comparé à celui que l'art peut produire dans des conditions presque analogues, mais qui probablement, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, n'étaient plus identiquement les mêmes. En parcourant une monographie sur la cataracte congéniale, publiée en 1827 par le docteur Lusardi père, qui, à l'en croire (page 56), dans l'espace de vingt-quatre ans, de 1802 à 1826, aurait opéré cent cinquante-huit aveugles-nés des deux sexes, on lit à la page 5 le passage suivant :

« L'opacité congéniale se développe, chez le fœtus, dans le sein de la » mère. Cette altération est presque toujours capsulaire, laissant plus ou » moins d'intervalles lucides qui favorisent le passage de quelques rayons » lumineux. Voilà pourquoi presque tous les individus qui naissent avec » cette affection peuvent se conduire seuls et même reconnaître la forme de » quelques gros objets. Un assez grand nombre d'auteurs attribuent cette » opacité à la membrane pupillaire de Wachendorf, MAIS ILS SE TROMPENT; » s'il en était ainsi, *on trouverait le cristallin et sa capsule dans leur* » *état de transparence naturelle*, et cependant, *après l'opération*, il est » rare de rencontrer le cristallin dans cette affection congéniale; ou, s'il » existe, il est réduit à un très-petit volume, qu'on aperçoit à travers la » pupille, dans le centre de sa capsule. »

Il ressort évidemment de ce passage que l'auteur ne reconnaît pas de cataracte congéniale due à la persistance de la membrane pupillaire, et que, n'établissant à ce sujet aucune distinction, il a dû opérer *dans tous les cas*. C'est un *modus faciendi* peut-être plus profitable pour l'opérateur que pour l'opéré; mais assurément c'est une proposition fort peu soutenable au point de vue de la science et de la vérité pratique. « Tous les en» fants affectés d'opacités congéniales ont *toujours*, dit le même auteur, » page 7, *le globe de l'œil plus enfoncé dans l'orbite que les autres ca-* » *taractés*. »

On est vraiment surpris de la manière absolue avec laquelle cette proposition, qui n'est rien moins que vraie, est énoncée par un chirurgien qui compte par centaines les aveugles-nés qu'il dit avoir opérés; car, pour ne citer que deux faits diamétralement opposés, nous dirons que l'enfant dont nous venons de produire l'observation n'avait nullement l'œil gauche, c'est-à-dire celui qui offrait une cataracte congéniale par suite de la persistance de la membrane pupillaire, *plus enfoncé dans l'orbite que les autres cataractés*; le second exemple est pris sur une jeune fille de 11 ans, doublement cataractée de naissance par l'opacité de la capsule cristalline, et que nous avons opérée avec succès en 1845 en présence du docteur Taxil, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Toulon. Les yeux de cette jeune malade n'étaient également ni plus ni moins enfoncés dans l'orbite que ceux des autres cataractés..... Voilà donc comme certaines personnes écrivent l'histoire!

Mais revenons à notre sujet. Nous avons rapporté un fait rare, intéressant et heureux : *rare*, car c'est le *seul* que nous ayons pu observer sur plusieurs milliers de malades que nous avons été à même d'examiner jusqu'à ce jour; *intéressant*, puisque les auteurs en rapportent peu d'exemples, et que surtout le portrait de l'affection a été d'une ressemblance parfaite avec les traits caractéristiques qui lui avaient été attribués longtemps à l'avance; *heureux* enfin, puisque nous avons guéri notre malade par des moyens aussi efficaces dans leur action qu'innocents dans leurs effets.

Nous avons présenté ce jeune malade à l'examen des médecins et élèves qui suivaient notre cours de chirurgie oculaire à l'école pratique, à l'époque où un lambeau de la membrane pupillaire était encore flottant dans l'humeur aqueuse, ce que beaucoup d'assistants ont pu facilement vérifier par eux-mêmes, à leur grande satisfaction et à leur grand étonnement; car aucune des personnes présentes n'avait encore eu l'occasion d'observer un fait analogue.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Recherches, observations et expériences sur le scorbut;* par M. Novellis. 2° *Quelques recherches pathologiques sur la tuberculisation;* par M. Leone. (C'est une affection spéciale prédisposant, par l'influence d'une lente phlogose, les viscères aux dépôts d'une sécrétion particulière. Son siége spécial est dans le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques. Des révulsifs permanents et des antiphlogistiques modérés constituent le meilleur mode de traitement.) 3° *Notes thérapeutiques sur l'iode;* par M. Fantonetti. (Il cite une foule de cas d'aménorrhée, d'engorgement utérin et d'hydropisies guéris par l'iode.) 4° *Tableau médico-statistique des aliénées et aliénés guéris dans les hôpitaux de Brescia en 1842 et 1843*; par M. Girelli. 5° *Relation de quelques cas d'autoplastie;* par M. Chiminelli. (Observations assez ordinaires d'opérations de blépharoplastie, de génoplastie et de rhinoplastie, exécutées par MM. Minich, Petrali et par l'auteur.) 6° *Observations qui confirment l'efficacité du cathétérisme forcé;* par M. Barbieri. (Deux exemples de succès dû à ce procédé.)

RECHERCHES, OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR LE SCORBUT; par M. NOVELLIS.

L'histoire entière du scorbut est tracée dans ce mémoire, qui contient d'assez nombreuses observations et des réflexions bien plus nombreuses encore sur la cause et les caractères de cette maladie. Selon M. Novellis, le scorbut est toujours une même affection, et il n'existe pas un scorbut de terre et un scorbut de mer. Il se présente sous deux formes, l'une apyrétique ou chronique, l'autre accompagnée de fièvre. L'auteur propose de donner à cette dernière le nom de synoque scorbutique. En effet, elle n'est pas autre chose qu'une fièvre inflammatoire compliquée de symptômes de scorbut : quoique simple le plus souvent, elle peut amener la gangrène des gencives et des lèvres et causer la mort. Sa nature tout inflammatoire est principalement démontrée par son traitement; car les moyens qui réussissent le mieux sont les saignées générales, l'application de sangsues aux gencives, les boissons acides, de légers purgatifs, l'emploi de la glace tenue dans la bouche, etc.

Le scorbut n'est contagieux ni par le contact immédiat ni par le médiat. Son traitement prophylactique ne consiste pas à administrer tels ou tels médicaments, mais à mieux régler l'hygiène des individus exposés aux influences qui le développent. Tous les végétaux susceptibles d'être mangés crus, pourvu qu'ils soient de facile digestion, conviennent dans cette maladie : ainsi on donne avec avantage la laitue, la chicorée crues et les épinards, le cerfeuil et l'oseille cuits. Les légumes farineux doivent être proscrits. Quant aux végétaux âcres, tels que le céleri, l'ail, le poreau, etc., on sait que leur usage immodéré a plusieurs fois suffi à lui seul pour produire le scorbut.

Le nitrate de potasse est préférable à tous les autres agents pharmaceutiques qu'on a préconisés à titre de remède spécifique, et notamment aux préparations de fer. Pour l'extérieur, le meilleur topique est un collutoire fait avec la solution de chlorure de soude dans de l'eau commune. Il résulte enfin de l'expérience de l'auteur que le sel, loin de nuire aux scorbutiques ainsi qu'on le croyait autrefois, est d'une grande utilité pour leur guérison.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations montrant l'utilité de l'huile de foie de morue dans les affections scrofuleuses;* par M. Daveri. 2° *Extirpation d'une partie de la mâchoire inférieure, et résection d'une portion considérable du maxillaire supérieur pour une carie produite par la syphilis tertiaire;* par M. Tarlaferi. (On n'enleva en bas qu'une partie de la

hauteur de l'os, en haut qu'un segment de la voûte palatine. La guérison fut consolidée par l'administration de l'iodure de potassium durant cinquante jours.) 3° *Sur un nouveau compresseur des artères*; par M. Biagini. 4° *Essai pour éclaircir les tables de statistique médicale des maremmes toscanes*; par M. Marchetti. 5° *Nouveau procédé pour l'amputation de la verge*; par M. Rizzoli. 6° *Du tannate de fer dans le traitement de la chlorose*; par M. Benedetti.

OBSERVATIONS MONTRANT L'UTILITÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LES AFFECTIONS SCROFULEUSES; par M. DAVERI.

Depuis que l'huile de foie de morue a été reconnue indigne des éloges trop exagérés qu'on lui avait décernés, plusieurs médecins continuent cependant encore à l'administrer, soit par habitude, soit faute d'un agent plus efficace contre les mêmes maladies; mais il en est bien peu qui s'occupent aujourd'hui à soumettre les propriétés de ce médicament à une expérimentation régulière. M. Daveri a cependant entrepris à ce sujet quelques essais dont le résultat n'est pas sans intérêt. Depuis 1839, il avait successivement employé à l'hôpital de Saint-Orsola, contre la scrofule, le muriate de baryte, les préparations de feuilles de noyer et celles d'iode. Les feuilles de noyer ne lui procurèrent aucune guérison, et les deux autres agents, quoique plus avantageux, laissaient encore beaucoup à désirer, lorsqu'il commença, en mai 1845, à donner l'huile de foie de morue.

Vingt-neuf malades affectés de scrofules ont été depuis lors soumis à ce traitement; sur ce nombre, seize ont guéri, onze offrent une amélioration notable, un est demeuré dans un état stationnaire, et un dernier a succombé aux progrès d'une phthisie pulmonaire. Parmi ces sujets, quatorze étaient affectés de tumeurs blanches; les autres présentaient des engorgements glandulaires, des ophthalmies scrofuleuses, des éruptions de même nature.

La dose du remède a été en général de 30 à 45 grammes, à prendre dans les vingt-quatre heures.

SUR UN NOUVEAU COMPRESSEUR DES ARTÈRES; par M. BIAGINI.

L'importance bien sentie des moyens hémostatiques, appliqués localement sur les artères, a fait multiplier les instruments de ce genre; mais tous, y compris même le compresseur perfectionné de Dupuytren, laissent beaucoup à désirer. Ainsi leur volume fixe et invariable les rend presque tous impropres à agir sur des parties d'un diamètre trop grand ou trop petit; de sorte qu'il faudrait avoir un compresseur différent pour chacune des artères, et aussi un spécial pour les enfants et un pour les adultes. Ils ont surtout le grand inconvénient de ne faire porter la pression que sur un seul point isolé et très-limité du vaisseau, d'où peut résulter la mortification des parois de celui-ci quand l'application est trop prolongée, ainsi que l'auteur en a observé un exemple. Enfin, en même temps que l'artère, ils compriment toujours au voisinage des parties plus ou moins sensibles, et déterminent souvent par là des douleurs qui rendent impossible la longue continuation de ce moyen thérapeutique. Voici maintenant la description sommaire de l'appareil que M. Biagini a imaginé, et dont il s'est déjà servi avec succès.

Pour s'en faire une juste idée, on ne saurait mieux le comparer qu'à un compas d'épaisseur dont les branches métalliques et rigides seraient susceptibles d'être fixées solidement entre elles au degré d'ouverture que l'on voudra. Quant à leur extrémité libre, l'une de ces branches y porte une pelote assez large, destinée, comme dans l'instrument de Dupuytren, à s'appliquer sur le point du membre diamétralement opposé à l'artère. L'autre branche porte la plaque qui doit agir sur l'artère elle-même, et c'est surtout dans la configuration de cette plaque et dans son mode d'articulation avec la branche que réside l'idée originale du mécanisme de ce compresseur.

Qu'on se représente une plaque métallique ovalaire: à chacun des foyers de cette ellipse est percée une ouverture par laquelle s'engage une longue vis de pression dont un des bouts supérieurs est terminé en forme de clef pour permettre de la tourner plus facilement, et dont l'autre, inférieur, est muni d'une petite pelote allongée. Le but de l'auteur a été de faire que ces deux petites pelotes puissent s'appliquer au gré du chirurgien, soit dans la direction même de l'artère, soit transversalement, soit obliquement à son trajet. Pour cela, autour de chacune des ouvertures qui livrent passage à la vis, la plaque est percée de deux fentes en arc de cercle, concentriques à l'ouverture et qui l'enceignent de chaque côté comme deux parenthèses. Si l'on joint à cela un écrou de même diamètre que l'espace circonscrit par les deux parenthèses, et en outre deux tiges métalliques soudées à la face supérieure des petites pelotes traversant ensuite les fentes en parenthèses, et venant en définitive se fixer à l'écrou placé au-dessus de ces fentes, on comprendra que le chirurgien sera libre de donner aux pelotes telle direction qu'il jugera convenable, et de les y fixer ensuite au moyen de la vis de pression, de telle manière qu'elles appuient dans la direction de l'artère ou qu'elles la croisent plus ou moins obliquement.

Une autre difficulté était de donner aux pelotes une inclinaison telle qu'elles pussent toujours agir perpendiculairement au plan de la région où sont situées les artères à comprimer. Il fallait donc que la plaque elle-même pût affecter un angle variable selon l'obliquité de la surface et le volume du membre. On y est arrivé facilement par un mécanisme tel que l'articulation à charnière de la plaque avec l'extrémité de la branche du compas, soit, bien que mobile, solidement fixable à l'angle où l'on a besoin de la tenir.

Comme les branches peuvent être écartées l'une de l'autre d'une distance de 2 à 8 pouces, l'instrument servirait avec une égale facilité à comprimer l'iliaque externe d'un adulte et la brachiale d'un enfant très-jeune.

L'existence de deux pelotes situées l'une à côté de l'autre est l'un des plus grands avantages de ce mécanisme; car elle permet de n'exercer la pression sur le même point du vaisseau que pendant un temps peu considérable, sans diminuer en rien la sûreté de l'hémostase. Lorsque, par exemple, la pelote qui se trouve la plus éloignée du cœur comprime seule l'artère, les battements deviennent très-sensibles au-dessus et indiquent à l'opérateur l'endroit où il devra mettre la pelote plus rapprochée des capillaires lorsqu'il voudra rendre la liberté à la partie du vaisseau primitivement comprimée. Dans plusieurs cas où il suffit de ralentir la circulation sans la suspendre entièrement, l'appareil de M. Biagini fera ainsi atteindre ce but le plus commodément possible. Enfin, il n'est pas jusqu'à la forme allongée des pelotes qui, en faisant agir leur pression sur une plus grande étendue du vaisseau, ne permette de la rendre plus douce sans qu'elle soit pour cela moins efficace.

Les deux fentes concentriques à chaque ouverture sont surtout utiles en ce qu'elles donnent le moyen de diriger toujours le grand diamètre de la pelote transversalement au trajet du vaisseau, quel que soit d'ailleurs le sens que ce vaisseau affecte par rapport à l'axe du membre où il est situé.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'AMPUTATION DE LA VERGE; par M. RIZZOLI.

L'un des plus désagréables et des plus fâcheux accidents qui accompagnent l'amputation de la verge est l'impossibilité de retrouver l'urètre une fois que la section du membre a été faite. Quelle que soit la cause de cette difficulté, elle n'en est pas moins réelle, ainsi que le prouvent les exemples de Béclard, de M. Gimelle, etc. Le procédé de M. Barthélemy, qui place une sonde flexible dans le canal avant l'opération, suffit, il est vrai, pour prévenir tout danger. Néanmoins celui que propose aujourd'hui M. Rizzoli mérite aussi d'être connu; car il pourrait se présenter tel cas où l'introdution de la sonde serait rendue impossible par suite de l'altération des parois du canal.

La surabondance de peau étant l'une des causes qui viennent mettre obstacle à ce qu'on découvre aisément l'urètre, M. Rizzoli commence par formuler ce précepte (du reste généralement admis à présent) qu'il faut, dans l'amputation, laisser aux téguments leur longueur naturelle. Il se contente donc de faire tendre la peau en tirant lui-même vers le pubis celle qui recouvre le dos de l'organe et en confiant à un aide le soin de tirer en sens inverse, c'est-à-dire du côté du côté du gland, celle qui est en bas en rapport avec l'urètre. Cela fait, il porte le bistouri sur la partie inférieure et le dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, de manière à couper le canal de l'urètre en bec de flûte. Puis, une fois sa section terminée, il change la direction de l'instrument et achève de couper la verge en divisant perpendiculairement les corps caverneux. On comprend que le bistouri n'abandonnant point la partie, cette modification allonge à peine l'opération d'un seul instant.

Les téguments ainsi coupés se trouvent ensuite être conservés de telle sorte qu'en haut ils recouvent les corps caverneux sans masquer en bas l'urètre. Celui-ci étant d'ailleurs divisé obliquement, offre une surface de section tellement large qu'il est impossible de ne pas le reconnaître au premier coup d'œil.

M. Rizzoli a opéré, en février 1844, par ce procédé, un homme âgé de 62 ans, qui portait un cancer ayant envahi la presque totalité du membre viril. L'urine trouva un passage tellement libre qu'il n'y eut besoin d'y introduire ni sonde ni bougie. La cicatrice était formée dès le sixième jour, et la guérison fut parfaite.

DU TANNATE DE FER DANS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE; par M. BENEDETTI.

Cette substance est mise par l'auteur bien au-dessus de tous les autres médicaments préconisés contre la chlorose. D'après un certain nombre d'observations à lui personnelles, dont il cite six, et d'après des cas de la

pratique de M. Majocchi, il affirme que le traitement par le tannate de fer ne dure pas au delà de douze à vingt-cinq jours, selon le degré de gravité de la maladie. On peut le donner à la dose de 5 décigr. à 2 grammes par jour. Il agit plus rapidement chez les sujets à tempérament sanguin et à fibre sèche.

Le mode de préparation décrit par M. V. Gaddi est le suivant :

Prenez de la limaille de fer ; jetez-y, selon les procédés ordinaires, de l'acide sulfhydrique dilué, de manière à obtenir un sulfate de fer très-pur. On le précipite au moyen du carbonate de soude pour avoir un carbonate de fer, qu'on lave plusieurs fois et qu'on fait ensuite sécher à l'étuve. On le pulvérise ensuite, et après avoir pesé 440 grammes, on les jette peu à peu dans un vase de porcelaine qui contient une dissolution aqueuse bouillante de 90 grammes d'acide tannique très-pur. On agite continuellement la masse jusqu'à effervescence complète. On l'expose enfin à une chaleur de 80° R. jusqu'à consistance d'une bouillie épaisse. Alors on la retire du feu et on la verse du vase sur des assiettes de porcelaine, et on en provoque la dessiccation complète en la soumettant à une chaleur de 35° — On obtient ainsi une substance (qui est le tannate de fer) de couleur marron, insipide, insoluble et sans cristallisation, qui cependant, avant d'être desséchée, se présente en longues aiguilles.

On peut l'administrer, soit suspendu dans un sirop, soit plus commodément encore sous forme pilulaire.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1846, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur les propriétés médicinales des eaux de Recoaro ;* par M. Festari. 2° *Sur la probabilité d'un état électrique de ces eaux ;* par M. Fario. 3° *Entretiens de l'auteur avec quelques-uns de ses amis sur les maladies du cœur ;* par M. Biaggi. 4° *Sur la possibilité d'employer l'électricité pour désinfecter les marchandises suspectes de peste ;* par M. Pezzoni. 5° *Tableau clinique de la division chirurgicale des femmes à l'hôpital civil de Venise pour l'année 1845 ;* par M. Callegari. (Premier article.) 6° *Sur l'analogie et la différence diagnostiques qui existent entre les tumeurs fibreuses et le squirrhe glandulaire ;* par M. Chiminelli. 7° *Extirpation de la parotide squirrheuse et de la glande sous-maxillaire, compliquée d'introduction effrayante de l'air dans le cœur ; guérison ;* par M. Marzuttini.

SUR LA POSSIBILITÉ D'EMPLOYER L'ÉLECTRICITÉ POUR DÉSINFECTER LES MARCHANDISES SUSPECTES DE PESTE ; par M. PEZZONI.

Le procédé que propose M. Pezzoni ne s'apppuie, il le reconnaît lui-même, sur aucune preuve démonstrative, sur aucun essai. Aussi il le recommande seulement à l'étude des médecins, sans vouloir prendre sur lui d'en garantir dès à présent l'efficacité. La première pensée lui en est venue en apprenant que M. Henry (de Manchester) avait publié en 1831 l'idée de décomposer, au moyen du calorique, le virus variolique et celui de la peste. Une commission envoyée par le gouvernement russe en Égypte, dans ce but spécial, s'occupe actuellement à des expériences pour résoudre la même question.

Mais en supposant qu'elles conduisent à un résultat affirmatif, l'emploi du calorique comme désinfectant n'aurait-il pas des inconvénients majeurs ? Certains tissus ne pourraient-ils pas souffrir dans leur composition, d'autres objets dans leur forme ? Puis, comment venir à bout de déterminer le degré de chaleur que réclame chaque espèce de marchandise ? Faudrait-il donc dresser, sous ce rapport, un tableau où le degré nécessaire pour chacune d'elles serait fixé d'après leur conductibilité particulière ?.... Ces embarras disparaîtraient évidemment si l'électricité pouvait suffire à remplir la même indication.

Or, si l'on considère que dans plusieurs pays la peste naît, puis s'éteint d'elle-même après une certaine durée pour reparaître plus tard, il semble que parmi, toutes les explications données de ce fait, la moins invraisemblable est celle qui attribue la cessation en apparence spontanée du fléau à l'action décomposante de l'électricité qui enveloppe de toutes parts notre planète. C'est elle qui modifie sans doute notre vitalité de manière à ce que nous ne soyons plus accessibles à la contagion. Quand on voit cet agent produire de si grands bouleversements météorologiques, on ne peut guère lui refuser l'espèce de puissance particulière dont il s'agit ici.

Quoiqu'une thèse aussi peu solide jusqu'à présent ne paraisse guère en état de supporter la discussion, M. Pezzoni prend cependant le soin d'énoncer les objections qu'on pourrait diriger contre sa proposition. « L'électricité artificielle, dira-t-on, n'agit que sur la surface des corps et ne suit que ceux qui sont bons conducteurs : comment peut-on admettre qu'elle traverse toute l'épaisseur des objets, lesquels, cependant, pour subir une désinfection complète, devraient nécessairement avoir toutes leurs parties soumises à son action immédiate ? qu'elle pénètre, par exemple, toute une balle de coton ? » L'objection, nous l'avouons, paraît assez forte, d'autant plus que pour la résoudre M. Pezzoni ne trouve d'autre moyen que de se rejeter dans l'énumération des propriétés extraordinaires de l'électricité, et des effets merveilleux qu'on lui voit produire. — Concluons-donc et disons avec lui (cette fois l'approuvant sans aucune restriction) que la question étant une de celles où nul n'a encore posé le pied ni hasardé un coup d'œil, *il est tout aussi logique de nier l'influence de l'électricité sur le virus de la peste que de l'affirmer.*

EXTIRPATION DE LA PAROTIDE SQUIRRHEUSE ET DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE, COMPLIQUÉE D'INTRODUCTION EFFRAYANTE DE L'AIR DANS LE CŒUR ; par M. MARZUTTINI.

Quoique l'extirpation complète de la parotide ait été pratiquée plusieurs fois, de manière à ce que la possibilité autrefois contestée de cette opération soit depuis longtemps mise hors de doute, l'exemple suivant mérite d'être rapporté en détail à cause du volume des parties enlevées, de l'ablation de la glande sous-maxillaire, des accidents de l'opération, du beau et solide résultat qui l'a suivie, et enfin des modifications apportées par l'auteur au procédé généralement décrit.

M. Marzuttini commence par examiner les règles ordinairement admises pour l'extirpation de la parotide. M. Velpeau, dit-il, recommande de détacher la parotide en commençant par sa partie supérieure, puis par son bord postérieur, pour ne pas tomber dès le principe sur la carotide. Mais, ajoute l'auteur, malheur à mon opéré, si j'eusse suivi ce plan ! En commençant, en effet, par la partie supérieure, on divise dès le commencement l'artère temporale dont la ligature est très-difficile, vu sa profondeur, et qu'on est exposé à diviser encore derechef ultérieurement, ce qui nécessite de nouvelles ligatures et entraîne une inutile perte de temps. En outre, le flot de sang qui vient des parties supérieures gêne alors le chirurgien et fait qu'il ne peut reconnaître distinctement les tissus altérés qu'il convient d'enlever. Enfin, et c'est l'objection capitale, les connexions de la tumeur sont si intimes en haut avec le conduit auditif cartilagineux et osseux, avec l'aponévrose zygomato-temporale, le muscle sterno-cleido-mastoïdien, l'apophyse mastoïde, la capsule de l'articulation temporo-maxillaire, la branche de la mâchoire inférieure et la base de l'apophyse styloïde, que si l'on commence la dissection par en haut, l'immobilité absolue de la tumeur empêchera de discerner les points que doit respecter le bistouri, et exposera l'opérateur, quelque habile qu'il soit, à aller trop profondément et à couper en pure perte et non sans danger des parties saines et des organes importants.

Ces prémisses posées, l'auteur passe à la narration du cas où il a eu occasion d'appliquer les préceptes qui précèdent.

Obs. — Maraugoni Tommase, âgé de 46 ans, né de parents sains, doué d'une constitution sanguine, se fit il y a trois ans (en août 1842) arracher une dent molaire du côté droit. Il survint à la suite une forte inflammation, puis une tuméfaction de la fosse parotidienne du même côté, laquelle acquit bientôt le volume d'un œuf de poule.

En mai 1845, on essaya d'extirper cette tumeur et on la trouva *en partie lipomateuse, en partie athéromateuse.* La plaie se ferma, mais les bords de la cicatrice demeurèrent toujours gonflés, durs et douloureux.

Depuis cette époque le malade ne cessa d'accuser des douleurs, intolérables la nuit, au siége de la plaie, à son pourtour et surtout à l'apophyse mastoïde, ainsi que vers la clavicule. La tumeur se reproduisit. Vers le milieu de décembre, elle était parvenue au volume d'une fois et demie le poing d'un adulte. De forme ronde, lisse à sa surface, sauf quelques veines dilatées, elle soulevait d'un pouce le pavillon de l'oreille. Son diamètre horizontal était de 5 pouces, le vertical de 6. Elle était profondément adhérente et immobile.

La nature squirrheuse de cette tumeur paraissait évidente. Le malade avait essayé la compression, l'usage des préparations iodées, des sédatifs, sans aucun amendement local. Comme, d'autre part, la constitution était bonne, le système lymphatique intact, que l'affection avait primitivement succédé à une cause traumatique, M. Marzuttini se décida à tenter l'opération, quoique bien instruit des difficultés qu'elle devait présenter.

En conséquence, le 25 janvier 1846, le malade étant couché presque horizontalement sur le côté sain, il circonscrivit le centre de la tumeur entre deux incisions verticales semi-elliptiques ; puis, du centre de chacune de ces incisions, il en fit partir deux transversales, l'une en avant, l'autre en arrière, de manière à former quatre lambeaux tégumentaires, qui furent successivement disséqués et relevés. Il s'attache ensuite à mettre à découvert la face superficielle de la tumeur, et à détacher les adhérences, d'abord de son bord postérieur, puis de l'antérieur. Dans ces divers temps, il eut à lier l'artère mastoïdienne, une branche de l'occipitale, la transversale de la face et la maxillaire externe ; le tronc de la temporale fut lié vers l'extrémité supérieure de la branche de la mâchoire.

La tumeur ainsi isolée partiellement commençant à devenir un peu plus mobile, on entreprit alors de disséquer sa face profonde. Or, dit l'auteur, achever la séparation définitive du squirrhe des parties inférieure, postérieure et interne de la mâchoire ; diviser la parotide d'avec la glande sous-maxillaire qui participait

à l'altération; détacher par une fine dissection la tumeur du muscle digastrique et du ligament stylo-maxillaire; rompre ses adhérences avec le ptérygoïdien interne, le stylo-hyoïdien et le stylo-glosse, tels furent les actes si difficiles à accomplir dans cette forêt épaisse d'organes de première importance. On en vint à bout partie en coupant, partie avec le manche du scalpel, partie à l'aide de fortes tractions. Ce fut à ce moment qu'ayant ouvert la carotide externe, on la lia immédiatement. Cet événement, prévu d'ailleurs, fut plutôt heureux, en ce qu'il dispensa ultérieurement l'opérateur de s'inquiéter des lésions des autres branches de cette artère.

Restait encore à déraciner la tumeur à la partie supérieure de sa face profonde; entreprise pleine de dangers, car le squirrhe s'enfonçait par de longs prolongements sous la base du crâne, jusqu'à la racine de l'apophyse styloïde. En la poursuivant jusque-là avec le bistouri, on risquait de léser la carotide interne, la veine jugulaire profonde, le nerf pneumogastrique, le grand hypoglosse. L'idée de lier le pédicule se présenta alors; mais comme ce procédé aurait exposé à laisser en place des tissus malades, on se décida à poursuivre au moyen de l'instrument tranchant, en liant fortement la masse morbide en dehors. On la sépara ainsi de la carotide interne, dont les pulsations pouvaient être perçues très-distinctement du bord antérieur interne de l'apophyse mastoïde et de la fosse digastrique, de la scissure de Glazer et enfin de la base de l'apophyse styloïde, que le doigt put ensuite sentir parfaitement à nu.

L'état de la glande sous-maxillaire ayant engagé à en faire l'ablation, on prolongea dans ce but l'incision verticale en haut et l'antérieure vers la joue, de manière à donner plus d'étendue au lambeau qu'elles circonscrivaient. Mais pendant qu'on détachait la glande, tout à coup paraît une ondée de sang noir; le malade tombe expirant en criant : « oh Dieu! » Il devient pâle, la face cadavérique, l'œil tourné en haut, immobile, la pupille dilatée, la respiration courte, prête à cesser, le pouls filiforme. D'un seul coup, l'opérateur porte le doigt sur la plaie, comprime la veine jugulaire profonde, fait arroser d'eau le visage et approcher de l'ammoniaque des narines. Au bout de quelques minutes le malade reprend ses sens, et quoique encore d'une pâleur mortelle, il engage le chirurgien à terminer. Il ne restait qu'à extirper la glande sous-maxillaire et à exciser trois prolongements de la parotide squirrheuse, qui s'étendaient, l'un au delà du masséter, l'autre dans la fosse zygomatique, le troisième vers la tempe. On enleva enfin les diverses parties suspectes restées adhérentes.

Le vide résultant de l'opération offrait un aspect vraiment effrayant : il était limité en haut par le conduit auditif isolé, toute l'apophyse mastoïde dénudée, le sterno-cléido-mastoïdien, le crotaphyte, l'apophyse zygomatique, la capsule de l'articulation temporo-maxillaire, le tronc divisé du nerf facial, la base du temporal, jusqu'à la scissure de Glazer, la fosse digastrique, le conduit auditif osseux, l'apophyse styloïde; en avant, par une portion de l'os et de la fosse zygomatiques, le masséter, la région sous-maxillaire à découvert, la surface externe, inférieure et interne de l'angle et de la branche de la mâchoire inférieure; en bas, par le muscle digastrique, le ligament stylo-maxillaire, le ptérygoïdien interne, le stylo-hyoïdien, le stylo-thyroïdien, la bifurcation de la carotide, etc.

Comme on ne trouvait plus aucun vestige de tissu squirrheux dans cette vaste excavation, on procéda au pansement. Douze points de suture fixèrent les lambeaux en place, de manière à couvrir exactement toute la surface saignante.

L'opération avait duré en tout trente-cinq minutes. Le patient la supporta avec une admirable intrépidité.

La tumeur, examinée avec soin, présenta, tant à sa surface qu'à l'intérieur, tous les caractères anatomiques que Scarpa assigne au squirrhe des glandes conglomérées. Au centre existaient trois petites cavités rondes, de la capacité d'un grain de maïs, contenant un liquide ténu.

Reconduit à son lit, le malade fut soumis à des effusions froides locales. Tout médicament excitant fut proscrit. Au bout de six heures la réaction s'établit; quatre heures après il était survenu un mouvement fébrile, qui nécessita une saignée de 500 grammes. Il dormit ensuite quelques heures d'un sommeil réparateur, que depuis plusieurs mois les douleurs lancinantes lui avaient enlevé.

Le second jour, vers le soir, la fièvre revint. On fit une seconde saignée de 500 grammes, qui amena un léger collapsus des forces vitales pendant deux heures.

Du quatrième au neuvième jour, la réunion des lambeaux s'effectua presque dans toute l'étendue. On ôta peu à peu les points de suture. Gaieté, bon appétit, sommeil naturel. Dans la suite, un peu de suppuration se forma vers l'oreille et à l'angle inférieur de la plaie.

Le quarantième jour tout était cicatrisé. La joue, les paupières, l'aile du nez et l'angle labial correspondant au côté opéré étaient insensibles et immobiles (1). Du reste, avant cette dernière opération, et par suite de la première qu'il avait subie, le malade avait déjà une déviation de la commissure labiale, les paupières ne se fermaient pas complétement, et il ne pouvait siffler.

Le malade a été revu six mois après l'opération; rien n'annonçait qu'une récidive dût se manifester. L'état local était excellent, ainsi que la santé générale.

— On ne nous soupçonnera certainement pas de chercher à rabaisser, par une critique pointilleuse, le mérite de l'opérateur, car l'étendue de cette analyse prouve assez que nous regardons ce succès comme l'un des plus beaux dont puisse se glorifier la chirurgie italienne contemporaine.

(1) Le fait de l'*insensibilité* de ces parties a-t-il été bien constaté? Une circonstance porterait à penser qu'il est mentionné ici plutôt par suite d'idées préconçues que comme ayant été directement observé : en effet, l'auteur ajoute immédiatement à la suite de la phrase que nous avons rapportée : « Cette paralysie est le résultat de la division complète du tronc du nerf facial. » (NOTE DU RÉDACT.)

Cependant il serait imprudent d'admettre d'enthousiasme et sans exception quelques-unes des assertions de ce récit. Nous voulons seulement parler du fait de l'introduction de l'air, fait qui nous paraît possible, probable même, mais qui certainement n'est rien moins que démontré. Le bruit de *glouglou* ou de *sifflement*, caractéristique de cette espèce d'accident, n'est effectivement pas mentionné, et M. Marzuttini a donné trop de preuves d'habileté et de jugement pour qu'on puisse penser qu'il eût oublié de parler de ce bruit s'il avait été réellement assez fort pour se faire entendre. En second lieu, dans la plupart des cas où l'air a pénétré le système veineux, les malades ont succombé ou ont offert des symptômes graves. Ici rien de semblable : l'individu revient promptement à lui, et la durée de l'opération n'est pas sensiblement allongée. Nous le répétons, malgré ces omissions, l'introduction de l'air nous paraît encore la meilleure explication à donner des phénomènes observés ici. Seulement il est fâcheux que l'insuffisance des détails puisse autoriser quelques contradicteurs à attribuer cette syncope à l'hémorrhagie abondante, à une impression morale vive, à la longueur des souffrances endurées, au manque d'air, résultat de l'affluence des assistants, et peut-être à toutes ces conditions réunies.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE.

DIVERSES ESPÈCES D'HIPPOPOTAME. — SUR LES CAUSES ET LES CARACTÈRES DE LA VARIABILITÉ DES ESPÈCES.

M. DUVERNOY lit une note sur un tête d'hippopotame d'Abyssinie qui a été rapportée du royaume de Choa par M. Rochet d'Héricourt.

D'après les caractères zoologiques que M. Duvernoy a assignés à cette espèce fossile et les différences qu'elle lui a paru présenter avec l'hippopotame du sud de l'Afrique, il a été conduit à conclure : 1° que l'hippopotame du Cap appartient à une espèce particulière qu'il propose d'appeler l'*hippopotamus australis*; 2° que l'hippopotame du Sénégal et celui de l'Abyssinie forment une autre espèce à laquelle il croit devoir réserver le nom d'*hippopotamus typus*, comme étant la plus anciennement connue.

M. ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE fait remarquer à cette occasion, sans rien préjuger à l'égard des opinions et du travail de M. Duvernoy, qu'on est, en général, trop facilement disposé à admettre des espèces distinctes sur quelques dissemblances que peuvent présenter les sujets examinés. Sans doute, il arrive souvent que l'on trouve des différences considérables entre deux individus d'une même famille, lorsqu'ils proviennent de localités très-éloignées; mais si l'on étudie des individus placés sur des zones intermédiaires, on ne tarde pas à s'apercevoir que les différences s'amoindrissent et qu'elles finissent par disparaître par des gradations et des nuances insensibles. Que l'on admette ou que l'on rejette, dit M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, les idées souvent controversées de la variabilité ou de la fixité des espèces, le fait de l'influence modificatrice du milieu sur les caractères zoologiques, un peu exagéré peut-être par Lamarck, ne peut être contesté; ce fait est on ne peut plus manifeste pour certaines espèces, pour le chacal par exemple. Il me semble donc qu'il faut apporter beaucoup de réserve dans les conséquences que l'on pourrait se croire fondé à déduire de certains caractères différentiels.

NOUVELLE PROPRIÉTÉ DU SYSTÈME NERVEUX.

M. ISIDORE-GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente au nom de M. MANDL une note sur une particularité que cet observateur a constatée et qui a trait à une propriété vitale du système nerveux. On sait, dit M. Mandl, que la chaîne ganglionnaire qui constitue le système nerveux de la sangsue se trouve dans une enveloppe noirâtre, composée de tissu cellulaire et de pigment. On sait aussi que ces ganglions sont réunis par deux cordons nerveux et qui de chaque côté du ganglion portent des filets nerveux. M. Mandl a décrit la structure intime de ces nerfs dans son ANATOMIE MICROSCOPIQUE. En faisant quelques nouvelles recherches sur ce même sujet, il a constaté plusieurs fois le fait suivant.

M. Mandl a séparé sur une sangsue vivante un morceau de cette chaîne ganglionnaire, composée de deux ou trois ganglions, et il l'a placé dans une goutte d'eau après avoir déchiré l'enveloppe noirâtre. En examinant immédiatement à un grossissement de cinquante à soixante fois cette portion du système nerveux, il a aperçu très-distinctement des contractions vitales, soit dans les nerfs qui partent latéralement de chaque ganglion, soit dans la portion terminale du cordon de connexion. Ces mouvements rappellent complétement les contractions des fibres musculaires. La vivacité de ces mouvements est très-variable selon les individus. Sur quelques sangsues il n'a pas pu constater ces contractions de nerfs. Il lui a été impossible, avec les grossissements les plus considérables, de découvrir aucune trace de fibres musculaires, et il n'a jamais vu dans ces nerfs des fibres qui se rapprochassent par leur structure des fibres musculaires.

M. Mandl se propose de faire incessamment quelques expériences soit pour

constater ce fait sur d'autres animaux, soit pour connaître les stimulants qui pourront augmenter ou diminuer ces contractions des fibres nerveuses.

M. Serres rappelle à cette occasion qu'il a fait dans le temps une observation analogue sur les branches ciliaires du nerf ophthalmique. Il pense que les recherches qu'entreprend M. Mandl sur ce phénomène pourront conduire à des conséquences très-importantes en physiologie.

Pupille artificielle pratiquée avec succès malgré l'absence de chambre antérieure de l'œil.

M. Tavignot communique le fait et les réflexions qui suivent.

La plupart des chirurgiens regardent l'absence de chambre antérieure de œil comme une contre-indication formelle à l'établissement d'une pupille artificielle. J'ai pensé que les insuccès que l'on invoquait à l'appui de cette opinion dépendaient plutôt de l'imperfection des procédés mis en usage que de l'impossibilité matérielle de pratiquer convenablement cette opération. D'ailleurs je n'ignorais pas que Demours, malgré le peu de perfection du procédé mis en usage, avait réussi dans une circonstance analogue, il y a près d'un demi-siècle.

Un malade (dont l'histoire fort intéressante fera partie d'un travail sur les pupilles artificielles en général) ayant réclamé mes soins, je procédai à l'opération de la manière suivante :

1° A l'aide d'un kératotome, je fais à la partie externe de l'œil une incision de 5 à 6 millimètres, en procédant *pour la manœuvre* comme on le fait dans l'extraction ordinaire. Je laisse couler l'humeur aqueuse qui occupe l'espace compris entre l'iris juxta-posé à la cornée et la capsule antérieure du cristallin.

2° J'introduis par l'ouverture précédente une pince déliée à crochets, de manière à ce que l'une des branches de l'instrument passe en avant de l'iris et l'autre en arrière; une fois l'extrémité de cette pince arrivée au lieu choisi pour l'établissement de la pupille artificielle, il suffit d'une simple pression et d'un léger mouvement de traction en dehors, pour enlever un lambeau d'iris.

3° L'excision de ce lambeau est pratiquée ensuite à l'aide de ciseaux courbes et d'après les règles ordinaires.

Je ne veux pas insister longuement pour démontrer les avantages du procédé opératoire que j'ai mis en usage avec succès; il me suffira de dire que l'opérateur peut toujours suivre la direction qu'il imprime à son instrument, par la raison que si la section préalable de l'iris donne lieu à un écoulement de sang, celui-ci sort par l'ouverture voisine ou bien se répand dans la chambre postérieure de l'œil, considérablement agrandie aux dépens de la chambre antérieure.

Telle est du moins la manière dont les choses se sont passées dans le fait qui m'est propre. Dans le cas actuel, il y avait oblitération complète de la pupille naturelle, et accolement immédiat de la totalité de l'iris à la cornée, avec adhérence intime de ces deux membranes à leur partie interne et inférieure, lieu qui correspondait à une perforation antérieure de la cornée; la configuration de l'œil était d'ailleurs normale.

La nouvelle pupille a été pratiquée un peu en haut et en dehors.

Maladies des mineurs.

M. Delacoux, médecin à Mexico, adresse un travail intitulé : Aperçu sur l'état hygiénique et pathologique des mines argentifères du Mexique. Ce travail considérable se compose de quatre mémoires dans lesquels l'auteur examine successivement l'état sanitaire général des ouvriers employés aux travaux des mines, les maladies chirurgicales internes auxquelles ils sont sujets, celles qui leur sont plus spéciales.

Ces maladies sporadiques observées sur les mineurs sont la pneumonie sus-béante avec cyanose, la pneumonie gangréneuse, la phthisie des mineurs et des bocardeurs. Parmi les maladies propres aux mineurs, l'auteur signale la leucosie (maladie des maduros), les maladies mercurielles, la dyssenterie, cachexie et empoisonnement mercuriel, la stomatite aiguë et gangréneuse, l'hipponose mercurielle, etc.

— M. Pétrequin communique un quatrième mémoire sur la nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération, à l'aide de la galvanoponcture. Il rapporte deux observations nouvelles de guérison obtenue à l'aide de cette méthode sur des anévrismes poplités. (V. Gaz. Méd., numéros 39 et 40.)

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce annonce à l'Académie que M. Sanson vient d'appeler l'attention des autorités sur les dangers que peut présenter pour la sûreté publique l'introduction des serpents venimeux et particulièrement des serpents à sonnette ou *crotales*, qui pourraient se reproduire et s'acclimater en France. M. le ministre invite l'Académie à lui faire connaître son avis sur la question de savoir si les serpents à sonnettes sont les seuls reptiles venimeux auxquels la prohibition devrait être appliquée, et en supposant que d'autres serpents dussent être compris dans cette prohibition, indiquer leurs noms et leurs caractères distinctifs les plus apparents. (MM. Duméril et Valanciennes sont chargés de faire un rapport sur ce sujet.)

— M. Doullet écrit qu'ayant eu connaissance, par la réclamation de M. Deleau, de la présentation faite par M. Dumesnil d'un instrument et d'un sac ayant pour objet la dissolution des calculs dans la vessie, il croit pouvoir à son tour réclamer la priorité qui lui est assurée, dit-il, à la date authentique du 23 décembre 1844. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 octobre. — Présidence de M. Roche.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Legroux écrit qu'il se porte candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique.

M. le Secrétaire perpétuel annonce que l'Académie a reçu un mémoire de M. Berthulus relatif au sujet qui est actuellement en discussion, l'incubation de la peste. L'auteur demande comme une faveur qu'il soit donné lecture de son mémoire; il exprime le désir que ce travail ne soit point renvoyé à une commission, déclarant qu'il le retire si l'Académie en décide autrement. Afin de concilier autant que possible les désirs de l'auteur avec les usages académiques, il a été décidé en conseil que si l'Académie n'autorisait pas la lecture immédiate, M. Pariset en ferait l'objet d'un rapport verbal.

M. Prus : Malgré ce qu'il y a d'insolite dans la demande de M. Berthulus, qui semble mettre en suspicion les dispositions et la bonne foi de la commission, je demande cependant qu'il soit donné lecture des faits concernant la question de l'incubation; car la commission ne demande pas mieux, en définitive, que de s'éclairer, et si ces faits sont de nature à modifier ses convictions, elle est prête à en tenir compte.

M. Gérardin : Une personne étrangère à l'Académie ne peut pas ainsi dicter des conditions. Le règlement prescrit que tout mémoire qui est communiqué à l'Académie soit renvoyé à une commission. Il n'y a aucun motif pour s'écarter de la règle; je demande le renvoi à une commission.

M. le Président : Mais l'auteur s'y refuse; on ne peut pas le faire juger par une commission malgré lui.

M. Londe : M. Berthulus est-il correspondant? S'il est correspondant, on peut lire son mémoire, il n'y a aucun inconvénient; mais s'il n'est pas correspondant, on doit se conformer aux termes du règlement.

M. Rochoux : Vous avez une commission qui fonctionne depuis bientôt deux ans, et vous voulez que, sur un document qui vous arrive aujourd'hui, on remette tout le travail de la commission en question? Je ne vois pas de motifs pour qu'on agisse exceptionnellement en faveur de M. Berthulus; son mémoire doit être soumis à la règle commune.

M. Desportes : Le travail de M. Berthulus ayant spécialement trait à la question qui va se débattre, je demande que la commission prenne connaissance du mémoire pour en rendre compte à l'Académie, et que la discussion soit ajournée jusque-là. (Aux voix! le renvoi!)

M. le Président : On ne peut pas renvoyer à la commission, je le répète; l'auteur s'y refuse. Si l'Académie ne veut pas entendre la lecture, il faut renvoyer le mémoire à l'auteur.

M. Velpeau : L'Académie ne peut pas se départir du droit de juger un mémoire qui lui est adressé, c'est même pour elle un devoir. Je propose que, sans tenir compte du refus de M. Berthulus, son travail soit renvoyé à la commission. (Oh! oh!)

M. Pariset : D'après les vœux de l'auteur, l'Académie ne peut décider que deux choses : ou la lecture immédiate du travail en entier, ou un rapport verbal fait par moi. Dans le cas contraire, l'auteur déclare formellement qu'il entend retirer son mémoire. (L'ordre du jour!)

M. Gérardin : Je demande qu'on mette aux voix le renvoi à la commission. (Non! non! l'ordre du jour!)

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

Peste. — Quarantaines.

On passe à la discussion du quatrième paragraphe de la quatrième conclusion, ainsi conçu :

« Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

M. Collineau : Je désirerais qu'on mît, au lieu de ces mots : « ne transmettent pas la peste, » ceux-ci : « n'ont pas transmis la peste. »

M. le Rapporteur consent à cette modification.

M. Villeneuve présente quelques observations sur la transmissibilité de la peste par les animaux, et demande s'il n'y aurait pas lieu d'émettre au moins quelques doutes à cet égard.

M. Prus : La commission n'a pas eu d'opinion à émettre à ce sujet, rien n'autorisant à penser que ce mode de transmissibilité soit à craindre.

Le paragraphe, avec l'amendement proposé par M. Collineau, est mis aux voix et adopté.

Cinquième conclusion. — En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée chez les personnes compromises, plus de huit jours après un isolement parfait. »

M. Collineau : Dans les épidémies de fièvre jaune, on a observé que la maladie ne se déclarait jamais au delà de huit jours. Cette observation vient à l'appui de la conclusion.

M. Hamont : Je pourrais citer plusieurs faits qui seraient contraires à la conclusion qu'on vous propose; je n'en citerai qu'un seul, qui ne me paraît pas réfutable, quoiqu'il ait été contesté par M. Aubert-Roche : c'est celui du *Spiridion*.

Les développements dans lesquels entre M. Hamont sur les diverses circonstances de ce fait nous échappent presque entièrement.

M. Hamont rétorque ensuite l'argument de M. Aubert-Roche, lorsqu'il dit qu'il

n'a pas vu en Égypte un seul cas d'incubation qui ait dépassé huit jours; mais on peut répondre à M. Aubert-Roche et à la commission par la fin de non-recevoir qu'on nous oppose incessamment lorsque nous citons des faits observés en Égypte. Il est impossible, dans un pays où la peste règne endémiquement, de savoir quelle est la durée de l'incubation. La commission elle-même, d'ailleurs, n'ose accepter la conséquence de l'opinion qu'elle exprime dans cette conclusion, puisque, après avoir dit que l'incubation ne dépasse jamais huit jours, elle propose ensuite, dans le projet de règlement sanitaire, d'imposer, avec la patente nette, dix jours de quarantaine d'observation, et quinze jours avec la patente brute.

M. Prus : La commission connaissait le fait du *Spiridion*; elle l'a rigoureusement examiné; mais elle n'y a rien vu de probant.

M. le rapporteur entre ici dans de longs détails pour prouver que c'est après un mûr examen des faits que la commission a rédigé la cinquième conclusion. Cette opinion sur la durée de l'incubation de la peste n'est pas aussi récente qu'on pourrait le croire. D'après un passage de Diemerbrock, M. Prus fait voir que Mercurialis, Sarcône, André Cisalpin, Morellus et plusieurs autres observateurs ont nié que la peste pût rester cachée dans le corps humain pendant des mois ou même des semaines, et qu'ils admettaient au contraire qu'elle éclatait après deux ou trois jours, après sept ou huit au plus tard. Cependant Diemerbrock a cité comme une exception très rare un fait dont il a été témoin. L'Académie peut juger de la valeur de ce fait qui a fait illusion à cet auteur si recommandable : un seigneur de Leevenburg perdit de la peste son frère et sa sœur. Après cette peste, il quitta la maison et se retira à la campagne. Là il n'eut pendant près de trois mois qu'une santé languissante. Enfin, il parut un bubon à l'aine, mais sans fièvre. Ce bubon céda à l'application d'un emplâtre. Évidemment ce fait n'a de valeur aucune. Diemerbrock, après avoir cité ce fait exceptionnel, revient à l'opinion dont il a déjà parlé à l'appui de laquelle il cite le sentiment de Félix Plater, de Sennert, de Fabrice de Hilden, etc.

La durée de la période d'incubation est variable, sans doute, mais cette variabilité a des limites. Le cas ordinaire est de trois à six jours; la durée exceptionnelle est de huit jours.

De 1840 à 1843, 5240 personnes compromises furent reçues au lazaret d'Alexandrie. 43 eurent la peste, mais toujours dans les premiers six jours de l'isolement. Tel est le résultat annoncé par M. Grassi, qui déclare l'avoir constaté avec le plus grand soin. M. Delaporte, médecin de la marine, visita, le 15 mai 1841 et jours suivants, l'hôpital des pestiférés à Alexandrie. Quoiqu'il eût évité tout contact suspect, il tomba malade de la peste, et fut traité audit hôpital. Pendant son séjour, il vit la peste attaquer trois personnes compromises, mais toujours dans les sept premiers jours de l'isolement. M. Delaporte croit avoir pris la peste à l'hôpital le 15 mai au plus tôt; il en a ressenti les premiers symptômes le 22. Dans un autre cas dont il a été témoin, l'incubation a été de six jours au plus. Dans un troisième cas, elle n'a pas dépassé trois jours.

En 1835, un grand nombre d'habitants du Caire quittèrent la ville pour se rendre dans la Haute-Égypte. Parmi ces émigrants, tous ceux qui ont été frappés de la peste l'ont eue dans les premiers huit jours du départ.

En 1835, la peste épidémique a régné pendant deux mois au Caire sans se faire sentir à Abou-Zabel, distant du Caire de 16 kilomètres. MM. Duvigneau, Perron, Fischer et Seisson, alors professeurs à l'école de médecine d'Abou-Zabel, ont mis cette circonstance à profit pour étudier la durée de l'incubation. Tous les individus revenus à Abou-Zabel, après avoir contracté la peste au Caire, ont éprouvé les premiers symptômes de la maladie dans les huit jours qui ont suivi leur retour.

Toutes ces observations s'accordent avec celles recueillies par M. Ségur-Dupeyron, qui, dès 1839, disait ne connaître que deux faits d'incubation de la peste ayant duré plus de huit jours. Or, ces deux faits avaient été fournis par le docteur Bella (d'Alexandrie), qui a depuis déclaré que ces deux faits avaient été mal interprétés par lui. Ajoutons que c'est sur la proposition formelle de M. Grassi et de M. Bella lui-même, tous les deux médecins du lazaret d'Alexandrie, que la quarantaine a été réduite, en 1842, de onze jours à sept jours.

Sur les bâtiments quittant un port infecté pour se rendre en France, en Italie, en Angleterre, la peste a toujours éclaté dans les premiers huit jours de la traversée. Ce fait a été constaté en France par M. Aubert-Roche, en Angleterre par M. le docteur Bowring.

Enfin, M. F. de Lesseps annonce au rapporteur, par une lettre datée de Barcelone le 18 juillet 1846, que l'expérience lui a appris que l'incubation de la peste ne dépassait pas huit jours.

De cet ensemble de faits et de documents, M. le rapporteur conclut à la légitimité de la conclusion proposée par la commission, conclusion qu'aucun fait probant et authentique ne vient détruire.

M. Moreau : L'interprétation que M. le rapporteur vient de donner au fait du *Spiridion* ne me paraît pas satisfaisante. Je veux bien croire que dans la généralité des cas l'incubation ne dépasse pas huit jours; mais les faits exceptionnels que l'on oppose à cette règle n'ont pas été réfutés à mes yeux. Les faits exceptionnels ne peuvent faire règle sans doute, mais il faut cependant en tenir compte. Je proposerais donc de dire : « Il n'existe pas de faits suffisamment démontrés qui prouvent que la peste se propage au delà de huit jours. » Je crois qu'en s'exprimant ainsi on restera dans le vrai et on n'engagera pas l'avenir.

M. Prus : J'adopte volontiers l'amendement proposé par M. Moreau, sauf rédaction; c'est, en définitive, la pensée de la commission.

M. Hamont : La question de l'incubation est tellement importante que je ne puis pas ne pas y revenir. Les objections de M. le rapporteur contre le fait du *Spiridion* sont sans valeur. On dit : Il n'est pas prouvé qu'il n'y ait pas eu de malades en route dans l'intervalle qui a séparé la première attaque de la dernière; on ne peut pas admettre une pareille objection; s'il y avait eu d'autres malades dans cet intervalle il eût été impossible qu'on l'ignorât à l'arrivée du bâtiment. Ce fait est tellement flanqué de preuves, tellement précis, qu'il serait à désirer que tous ceux qui ont été avancés par la commission fussent aussi probants. D'ailleurs, je le répète, la commission a complétement manqué de logique; ses conclusions pratiques sont en contradiction avec cette proposition.

M. Prus : La question pratique sera traitée en son temps; ce n'est pas le lieu de l'aborder maintenant. Je dirai seulement que la commission *n'a pas voulu* être logique; elle a voulu être prudente en demandant pour les quarantaines plus de temps qu'il n'en faut dans ses convictions.

Quant au fait du *Spiridion*, sur lequel M. Hamont revient avec tant d'insistance, M. le rapporteur persiste dans ses objections.

M. Desportes : Si l'on veut des faits pour infirmer la proposition de la commission, je suis en mesure d'en donner. Au commencement de ce siècle, un soldat cypaie accompagne sa femme à l'hôpital des pestiférés, où elle meurt de la peste. Ce soldat est immédiatement mis en quarantaine; dix-sept jours après la peste se déclare et il meurt. Dans cette même épidémie de 1801 au Caire, une femme soigne son mari de la peste, à laquelle il succombe. Cette femme s'enfuit de la maison quarantainaire et se réfugie sous une tente abandonnée. On la poursuit, on l'atteint, et on la laisse en quarantaine sous cette tente. Rigoureusement observée, elle ne communique avec personne, et cependant le neuvième jour elle contracte la peste. Ces faits sont rapportés par Mac-Gregor With. Après de nombreuses recherches, il a constaté qu'en Valachie et en Moldavie la durée de l'incubation avait été de onze jours. Dans les îles Ioniennes, Mac-Gregor a fixé cette durée aussi à onze jours. D'après ces faits, vous ne pouvez plus maintenir que la durée de l'incubation ne dépasse pas huit jours. Je conclus à la révision de la proposition.

M. Prus : Les faits cités par M. Desportes sont puisés dans des lieux soumis à l'influence épidémique, donc ils ne sont pas concluants. Cependant je ne disconviens pas que ces faits ne méritent une certaine attention; j'en prendrai de nouveau occasion pour exprimer le regret que M. Desportes n'ait pas accédé à l'appel que j'avais fait dans le temps à tous les membres de l'Académie pour les prier de soumettre les faits qui seraient à leur connaissance à l'examen de la commission. Des faits ainsi jetés à la traverse de la discussion sans qu'on puisse en analyser les détails, en apprécier la valeur, ne peuvent que jeter la confusion dans la discussion au lieu de l'éclairer. Jusqu'ici, je le déclare, tous les faits que la commission a été à même d'examiner avec détails et maturité concourent à démontrer que la peste s'est toujours déclarée de trois à quatre jours après la communication avec des pestiférés, et jamais au delà de sept jours.

M. Castel : Quand l'incubation commence-t-elle? à quel moment le miasme pestilentiel a-t-il pénétré dans le corps? La commission le sait-elle? Nullement; vous ne pouvez pas le constater, et vous assignez une durée déterminée à l'incubation, vous affirmez qu'elle ne dépasse pas les limites que vous lui imposez. S'il n'y a pas un vice de logique dans cette proposition, il faut y reconnaître au moins un vice de rédaction. Par cela seul que la commission dit : A partir de l'isolement.... elle se met dans l'impossibilité de prouver que la durée de l'incubation ne dépasse pas huit jours; car elle ne sait pas si la peste n'a pas été contractée plusieurs jours avant cet isolement.

Je me suis plaint plusieurs fois déjà que la commission rejette toutes les objections, qu'elle répond toujours avec des chiffres ou avec des faits plus ou moins contestables; elle semble toujours oublier qu'elle parle à des médecins. A-t-elle tenu compte des nombreuses variations que peuvent offrir les phénomènes pathologiques, des dispositions individuelles? Nullement. La commission avait cependant un refuge; il faut bien le lui offrir, puisqu'elle n'a pas su le trouver : il fallait consulter l'analogie, l'analogie l'aurait convaincue. Du reste, je suis loin de rejeter l'article, j'abonde même volontiers dans son sens; mais je dis que, tel qu'il est rédigé, il manque d'exactitude; physiologiquement ni médicalement, il ne saurait être admis en ces termes. Mais il y a plus que du dévouement à discuter avec une commission qui a un parti pris. Cette discussion n'est qu'une véritable mystification; voyez plutôt comment la commission arrive à des votes qui sont de nature à compromettre l'Académie. La proposition la plus importante peut-être de tout le rapport a été votée à la fin de la dernière séance, savez-vous par combien de membres? par six membres, dont quatre ont voté pour et deux contre! Et l'on appellera cela une délibération académique! Cela est intolérable. En ce moment même on va vouloir nous faire voter, et nous ne sommes déjà plus en nombre. Je réclame l'ajournement.

M. Mélier (pour un fait personnel) : En ma qualité de membre de la commission, je ne puis laisser passer les paroles de M. Castel sans protester. Non, la commission n'a pas de parti pris; elle n'a pas d'autre but que de chercher et de faire prévaloir la vérité; elle est et sera toujours disposée à se rendre à l'évidence quand on la lui montrera. Si elle ne s'est pas rendue jusqu'ici aux objections qui lui ont été faites, c'est qu'elles n'ont pu changer ses convictions.

M. Rochoux entre dans quelques considérations sur l'étiologie de la peste et sur l'incubation qui s'y rattache d'une manière directe; il cherche à prouver que les anciens, et Diemerbroeck en particulier, qui a été cité tout à l'heure, avaient des idées beaucoup plus saines sur l'étiologie de la peste que celles que l'on professe aujourd'hui dans les lazarets. Il y a, dit-il, dans l'organisme une grande uniformité; on donne une livre et demie de pain par jour à chaque soldat, et cependant les appétits sont divers; ils ne s'en trouvent pas plus mal pour cela. Ceci peut s'appliquer à toutes les exceptions que l'on prétend opposer à la règle. Quand on a un certain nombre de faits, il faut les prendre pour base sans s'inquiéter des exceptions. Quand il en existerait, la connaissance qu'on en a apprend à les prévenir; mais on ne peut rien baser de fixe sur des exceptions.

M. Keraudren n'a pas d'objections à faire à l'article; il admet la proposition de la commission, mais il trouve que sa rédaction manque de clarté et que, telle

qu'elle est posée, il semble qu'on en tirerait de fausses conséquences. En spécifiant un isolement de huit jours, il semble qu'on veuille parler d'un isolement complet, d'une véritable quarantaine; or les matelots et les passagers à bord ne sont pas isolés.

M. Prus : Il est possible que, voulant être courts, nous ayons été un peu obscurs; mais il doit être bien entendu que lorsque nous disons que la peste ne se déclare plus après un isolement de huit jours, nous entendons dire après toute communication suspecte. J'ajouterai que nous ne voulons non plus nullement préjuger par là la durée réelle, absolue de l'incubation; nous exprimons seulement un fait qui résulte de l'expérience : c'est que huit jours après toute communication suspecte, on n'a jamais vu survenir la peste.

M. Barthélemy n'est pas satisfait des réponses de M. le rapporteur aux objections qui lui ont été adressées. Il rappelle le fait du *Spiridion*, qui laisse encore des doutes dans son esprit, et qui à ses yeux n'a point été réfuté.

M. Prus : Il n'est pas prouvé que la maladie qui a été observée à bord du *Spiridion* soit la peste.

M. Barthélemy : Je ferai remarquer, en outre, comme l'a dit M. Castel, que ce n'est pas à dater de l'isolement qu'il faut compter la durée de l'incubation; qu'on dise, si on le sait, à quelle époque a eu lieu l'invasion.

M. Prus : On persiste à vouloir placer toujours la question sur le terrain scientifique, quand il ne s'agit que de constater un fait brut, un simple résultat de l'expérience. La preuve que nous avons tenu surtout à éviter toute interprétation théorique du fait, c'est que nous n'avons même pas voulu nous servir du mot *incubation*.

M. Castel : Il est cependant en marge de votre article.

M. Hamont présente encore quelques objections empruntées au fait de Méhémet-Hussel, d'où il paraîtrait résulter qu'il y a eu une incubation de onze jours.

M. Prus repousse ce fait par la même fin de non-recevoir déduite de l'endémicité de la peste.

M. Bégin : La question me paraît épuisée. Les adversaires du rapport se placent toujours en dehors du terrain sur lequel s'est placée la commission. Elle a pris pour base de discussion deux points de fait, savoir : 1° les communications de peste en dehors des foyers épidémiques; 2° l'isolement de huit jours. Toute la question est là. Toutes les objections qui ne tiendront pas compte de ces deux faits seront sans valeur, et les faits exceptionnels plus ou moins contestables qu'on nous oppose ne sauraient avoir d'importance réelle en présence de la masse de faits sur laquelle la commission a basé sa proposition. On ne pourrait autrement établir aucune règle scientifique. Je demande donc qu'on mette la proposition aux voix.

Quelques membres demandent encore la parole. Vu l'heure avancée, M. Prus demande que le vote soit ajourné à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE; par le docteur A. Grisolles. — Deuxième édition, revue et augmentée. Deux volumes in-8°. Paris, chez Victor Masson.

Il n'y a pas plus de dix-huit mois que nous rendions compte de la première édition de cet ouvrage. L'épuisement si rapide de cette édition justifie les éloges que nous lui avions donnés et réalise heureusement les espérances de succès que nous avions conçues. Les longs développements consacrés alors à cette analyse, dans laquelle le livre a été commenté presque d'un bout à l'autre, nous dispensent de nous arrêter longuement sur la seconde édition. Cependant les changements et additions dont elle a été enrichie sont trop importants pour nous permettre de nous en référer entièrement à notre première appréciation. Nous pouvons même dire que, si nous voulions signaler tous ces changements, il nous faudrait refaire l'analyse du livre tout entier; car il n'y a, pour ainsi dire, pas d'article qui soit resté absolument intact, et ce n'est pas trop d'estimer à 250 pages au moins la somme totale des additions. Arrêtons-nous au moins sur les points les plus essentiels.

Et d'abord, dans le plan de l'ouvrage, nous avons remarqué une modification importante que nous avions nous-mêmes réclamée dans notre première analyse. Les hémorrhagies ont été distraites de la classe des sécrétions morbides et constituées en une classe spéciale. Il était trop évident que la simple sortie du sang hors de ses voies naturelles ne pouvait être assimilée au travail qui *engendre sur place* un liquide anormal par la qualité ou la quantité et caractérise la sécrétion pathologique. Peut-être ce sacrifice de M. Grisolle ne suffit-il pas encore à rétablir l'ordre et l'harmonie dans cette partie de sa classification; à nos yeux le vice est plus général et réside dans l'institution même d'une classe de sécrétions morbides. Si l'on veut absolument fonder une semblable classe, il faut en retrancher nombre de maladies qu'y a fait entrer M. Grisolle. Ce ne sont pas assurément des produits de sécrétion, ces épanchements séreux qui résultent de la compression d'un tronc veineux, ces pneumothorax survenus à la suite d'une ulcération de la surface du poumon, ces pneumatoses intestinales provenant d'une élaboration vicieuse du bol alimentaire, cet emphysème interlobulaire produit par la rupture de vésicules, etc. Toutes ces altérations sont pourtant rangées par l'auteur dans la classe des sécrétions morbides, à côté des hydropisies actives et des pneumatoses engendrées par une véritable exhalation. M. Grisolle a pensé sans doute que ce vice de méthode serait amplement racheté par l'avantage de réunir dans un même cadre des altérations identiques quant à leur nature, à leur composition matérielle, et ne différant que par leur mode de production. Nous convenons en effet qu'il y aurait inconvénient, surtout dans un traité *pratique*, à disgréger les différentes variétés d'hydropisies ou de pneumatoses pour les éparpiller tout le long de l'ouvrage, et qu'il vaut mieux au contraire mettre tout de suite le praticien en présence des différentes variétés d'une même altération, pour en mieux faire saillir à ses yeux les différences symptomatologiques, étiologiques et thérapeutiques. Mais tous ces motifs ne font pas que des épanchements purement mécaniques de gaz ou de sérosité puissent être appelés des sécrétions morbides; et puisque le défaut réside ici dans le sens trop restreint du mot, pourquoi n'en avoir pas adopté un d'un sens plus général? Nous dirons même que la logique le commandait expressément. Du moment que M. Grisolle prenait pour base de cette classe de maladies l'altération matérielle *toute formée*, comme la présence anormale de sérosité ou de gaz, et non le *mode d'origine* de cette altération, il était tenu, ce nous semble, à une désignation qui exprimât purement et simplement l'altération, et ne préjugeât rien sur ses modes étiologiques. Or, tout au contraire, le mot *sécrétion morbide* s'adresse arbitrairement à l'une des origines de la lésion matérielle et n'exprime que très-vaguement la lésion elle-même. Une expression plus générale, comme celle de *flux*, adoptée par quelques auteurs ou toute autre analogue, mais toujours dégagée de préoccupation étiologique, eût levé la difficulté et permis même de conserver, sans contradiction, dans la même classe de maladies, les hémorrhagies elles-mêmes. Les sécrétions morbides eussent constitué un genre dans cette classe.

Quant aux changements introduits dans le cours de l'ouvrage, voici les plus importants. Dans le premier volume, les articles Fièvres, Suette, Gastrite chronique, Œdème de la glotte, Apoplexie pulmonaire, Vaccine, ont reçu de nombreux développements; il en a été de même, dans le deuxième volume, des articles Pellagre, Kystes des ovaires, Calculs biliaires, Emphysème pulmonaire, Phthisie, Tétanos, Folie, Diabètes. De plus, ce volume renferme quelques articles tout à fait nouveaux sur les *perforations intestinales et de l'appendice du cæcum*, sur l'*incontinence d'urine chez les enfants*, sur quelques *paralysies musculaires* et sur les *concrétions du poumon*. Ces articles, aussi bien que ces additions, accroissent encore l'un des mérites les plus saillants de l'ouvrage : celui de présenter, dans un cadre nécessairement restreint, un tableau fidèle et impartial de l'état actuel de la science. L'espace a manqué souvent pour un examen approfondi de certaines questions litigieuses, et cette sobriété forcée a pu enlever, en certains endroits, à l'opinion personnelle de l'auteur, l'apparente autorité de la démonstration; mais nulle part les questions n'ont été dépouillées de leurs éléments essentiels; et telle est la conscience et l'exactitude historiques apportées à ce travail, qu'on retrouve dans cette seconde édition beaucoup de faits dont la connaissance est de quelques mois à peine antérieure à la publication de l'ouvrage. Nous ferons cependant une réserve en ce qui concerne les paralysies musculaires. En premier lieu, nous ne concevons pas bien pourquoi l'auteur ne s'occupe que des paralysies confirmées, celles dans lesquelles le muscle, frappé d'impuissance depuis longtemps, souvent même depuis la naissance, n'est plus actuellement sous l'empire d'un travail morbide. Ce genre d'affection n'a réellement d'importance qu'au point de vue des dérangements qui en résultent dans la configuration ou le rapport des parties, et appartient plus à l'orthopédie qu'à la médecine. Au contraire, il eût été très-naturel de traiter, dans un ouvrage de pathologie interne, des affections musculaires aiguës dont l'atrophie et la paralysie est une des terminaisons, et qui ont fréquemment pour point de départ une disposition morbide, tuberculeuse, rhumatismale, ou autre, de l'organisme. L'article consacré, dans l'ouvrage de M. Grisolle, au rhumatisme des muscles, est loin de rassembler toutes les formes étiologiques ou symptomatologiques des maladies dont nous voulons parler, et dont les exemples ne sont pourtant pas rares. En second lieu, l'auteur ne traite que de la paralysie du grand dentelé, se bornant à rappeler celles du grand pectoral, du droit antérieur de la cuisse et du deltoïde. Mais la science regorge aujourd'hui d'observations de difformités produites par la paralysie et l'atrophie musculaires; et dès lors qu'on jugeait utile de parler de la déviation du scapulum consécutive à la paralysie du grand dentelé, pourquoi ne pas parler du pied-bot *valgus* par paralysie des muscles adducteurs du pied, ou de la flexion permanente des doigts par paralysie des extenseurs? Nous recommandons ces remarques à M. Grisolle pour une troisième édition, qui, nous le disons avec confiance, ne se fera pas attendre.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

REMARQUES SUR LES DERNIÈRES CONCLUSIONS DU RAPPORT SUR LA PESTE; par le docteur BERTULUS, professeur d'hygiène navale à l'école de médecine de Marseille, médecin de la marine, etc., etc. (1).

L'Académie, en faisant imprimer le rapport de M. le docteur Prus avant qu'il eût été discuté dans son sein, a clairement manifesté qu'elle le soumettait au jugement du corps médical tout entier, et qu'elle recevrait avec plaisir toutes les observations qu'on pourrait lui présenter sur cet important travail; je crois donc lui être agréable en lui adressant ce mémoire, que je viens de rédiger en peu d'heures, et à l'occasion d'une lettre dont m'a honoré M. le docteur Prus. Je prie l'Académie d'être indulgente pour le style : j'étais trop pressé pour pouvoir faire mieux.

Vous connaissez, messieurs, mes antécédents, les recherches auxquelles je me suis livré au milieu de graves épidémies, les écrits que j'ai publiés sur la matière et les polémiques qui en ont été le résultat; vous ne serez donc pas surpris que je vienne exprimer aujourd'hui librement dans votre enceinte ma manière de voir. Vous ne déclinerez pas ma compétence, car, je peux le dire hautement, il est peu de médecins en France qui se soient plus occupés que moi de la *question vitale des quarantaines;* je l'ai professée très-longuement cet été, dans l'école de médecine de Marseille, devant un auditoire entièrement composé de médecins, et je crois avoir beaucoup contribué par mes paroles et par mes écrits à amener la remarquable fusion qui vient d'avoir lieu dans cette ville entre les contagionistes et leurs adversaires (2).

Quoi qu'il en soit, messieurs, je n'ai pas pris la plume aujourd'hui pour ressusciter de funestes querelles. Aidé par les lumières d'un sage éclectisme, je viens vous exposer le véritable état de la question sans blesser aucune susceptibilité, pas même celle de M. le docteur Prus, dont j'apprécie le caractère et le savoir, mais dont le rapport n'a pas mes sympathies. Vous avez entendu à votre tribune M. le docteur Aubert-Roche, qui est, je crois, étranger à l'Académie, et vous ne me refuserez pas la même faveur; j'en appelle à votre impartialité. Mon opinion ne saurait vous être indifférente : j'ai vécu quinze ans sur la mer, et *je suis chargé d'un enseignement spécial auquel se rapporte directement la question des quarantaines.*

I. Le point de départ fondamental pour arriver à la solution de ce problème et à une réforme sage de notre régime sanitaire, c'est sans contredit la détermination précise de la durée de l'incubation de la peste.

Je pense avec tous les médecins de Marseille, parmi lesquels je citerai en première ligne MM. Cauvière, Ducros, Martin, Rey, Robert oncle et neveu, Pirondi père et fils, Mathieu, Giraud, Roux (de Marseille), etc., etc., etc., je pense, dis-je, qu'il sera toujours impossible d'établir sur ce point une règle invariable, abstraction faite des conditions extérieures qui peuvent avoir quelque influence sur sa durée, et qui sont elles-mêmes assez difficiles à saisir. L'incubation de la peste est subordonnée à l'idiosyncrasie, et par ce motif, elle ne peut devenir le sujet d'un calcul certain. Comment ne pas admettre ce principe pour la peste, lorsqu'on l'admet pour la syphilis, pour la rage, pour la vaccine, la morve, etc., etc.? Qu'on l'appelle miasme ou virus, la cause morbifique n'est-elle pas toujours matérielle, et par conquent susceptible d'être élaborée, modifiée de différentes manières et avec plus ou moins de promptitude, selon l'âge, le tempérament du sujet, les conditions hygiéniques dans lesquelles il est placé, et une foule d'autres circonstances qu'il n'est pas toujours permis d'apprécier?

Le rapport de M. Prus a-t-il enfin éclairé cette grave question? Non, messieurs. Ce médecin lui a consacré trois pages de trente-deux lignes; après avoir rapporté quelques observations qui établissent que l'incubation de la peste ne dure que huit jours, et après avoir reconnu que, dans certaines exceptions, cette maladie s'est manifestée sur des matelots ou des passagers après quinze, vingt, trente jours et même plus, l'honorable rapporteur se décide pour cette conclusion : ***En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée, chez les personnes compromises, plus de huit jours après un isolement complet.***

A mon tour, messieurs, je crois devoir conclure de cette proposition de M. Prus :

1° Qu'en fixant à huit jours la durée de l'incubation de la peste, ce médecin a formulé une règle générale qui tombe devant les exceptions qu'il a lui-même établies et avouées ;

2° Qu'il n'a pas fait faire le plus petit pas à cette question fondamentale qui, dans l'état actuel de la science, doit être regardée comme insoluble. (Cette opinion est celle du congrès.)

Certes, messieurs, loin de moi la pensée de mettre en doute les excellentes intentions de M. Prus, mais dans l'impossibilité où il se trouvait de résoudre l'un des plus importants problèmes de la pathologie ne devait-il pas s'abstenir et ne se montre-t-il pas un peu trop oublieux des grands principes de la médecine lorsqu'il affirme avec assurance que l'incubation de la peste ne dure que huit jours. Quel est celui d'entre nous, messieurs, qui, lorsqu'il étudie les phénomènes morbides, ne se hâte pas de faire la part des prédispositions qu'établissent nécessairement la constitution, l'âge, le sexe, la situation morale des sujets? L'Académie pourrait-elle faire abstraction complète de ce grand principe de notre art, et admettre sans mot dire la conclusion de son rapporteur? Nous ne pouvons le croire à Marseille, et, dans le cas contraire, toute l'autorité de cette illustre compagnie ne serait pas suffisante à nos yeux pour nous faire accepter une théorie essentielle-

(1) Cet article avait été adressé à l'Académie; il n'a pas été lu en séance. Nous accueillons avec empressement les savantes et judicieuses remarques de notre honorable confrère comme un excellent résumé critique de la discussion.

(2) Parmi les médecins qui ont le plus contribué à la bonne harmonie qui n'a jamais cessé de régner dans le sein du congrès entre les contagionistes et les non-contagionistes, je citerai M. le docteur Mathieu, partisan éclairé de la non-contagion. M. Mathieu a défendu sa manière de voir avec beaucoup de talent et d'éloquence; mais bien qu'il ne soit pas partisan des mesures sanitaires, il s'est fortement prononcé contre les conclusions de M. Prus, qu'il regarde comme dangereuses. M. Mathieu pense comme moi que quinze jours de quarantaine, non compris la traversée, sont indispensables pour la patente brute, et il m'autorise à le déclarer en son nom.

Je crois pouvoir avancer ici que M. Mathieu est le médecin le plus avancé de Marseille sous le rapport de ses opinions anticontagionistes; il croit seulement que la question n'est pas assez éclaircie pour être résolue.

M. le docteur Pirondi fils, secrétaire de la section de médecine du congrès et praticien distingué, pense exactement comme M. Mathieu.

Feuilleton.

LES EAUX MINÉRALES DU GOLFE DE NAPLES.

LES SOURCES DE CASTELLAMARE, DE CHIATAMONE ET DE SAINTE-LUCIE.

On a beaucoup célébré le poétique ciel de Naples; on a beaucoup exalté l'influence que la douceur de l'air y produit sur les malades de notre brumeux Occident; mais on n'a pas peut-être assez parlé d'une des ressources les plus précieuses que les rives de ce golfe offrent à l'art de guérir. Je veux parler de la richesse et de l'efficacité des eaux minérales qui couvrent la côte, dans tout le développement de l'arc qu'elle décrit depuis le cap de Mysène jusqu'à l'extrémité du promontoire campanien. Je me trompe cependant; dans ces derniers temps l'attention s'est fixée sur les eaux minérales d'Ischia, l'une des îles qui font sentinelle à l'entrée du golfe. La science s'en était déjà occupée. Des livres de description, des analyses plus ou moins détaillées des différentes sources avaient été publiés; mais la foule médicale, ou, si l'on préfère, la masse des médecins paraissait ne pas s'en préoccuper beaucoup. Il a fallu, pour que médecin et public (je parle du public et des médecins français) songeassent enfin à classer Ischia au nombre des lieux les plus richement dotés de cette classe d'agents thérapeutiques, qu'un poëte soit allé pendant quelques saisons y prendre les eaux. Si le mystère avait couvert de son ombre les excursions périodiques de M. de Lamartine, cette île aux eaux salutaires n'aurait pas sans doute acquis encore la popularité qui commence à s'attacher à son nom. La médecine doit accepter avec reconnaissance ce service signalé qu'elle tient de la poésie. Des liens trop étroits unissent Apollon à Esculape pour qu'il puisse en être autrement.

Mais comme il est probable qu'une semblable circonstance ne retirera pas de l'obscurité qui les enveloppe les autres sources minérales du golfe, il convient de marquer leur place en donnant un rapide aperçu de leurs effets. Les médecins qui s'appuient avec raison sur les climats pour restaurer un corps affaibli ou pour combattre le travail de destruction que produit dans l'économie une lésion plus ou moins profonde, ne trouveront pas inutile de connaître ces ressources thérapeutiques, si dignes de servir d'auxiliaires à la médication par l'air et par les lieux. Il est probable en effet que les climats seraient plus bienfaisants, plus efficaces, si on ne comptait pas seulement sur le bien qu'ils peuvent amener. La nature est si prodigue dans quelques coins favorisés de notre globe, qu'à côté du bon elle n'oublie jamais de mettre le meilleur. Ainsi, sous ce ciel de Naples, si aimé par la poésie et si recherché par les malades, la douceur de la température, la transparence de l'air, les splendeurs du golfe et de la campagne, ne sont pas les seules choses qu'on doive admirer, et dont la médecine puisse retirer de grands avantages. Il y a encore ces nombreuses sources minérales qui naissent ou plutôt se montrent sous les pas du voyageur qui parcourt les îles et la côte; les unes méconnues ou négligées, les autres oubliées complétement, malgré leur vieille renommée des temps de l'ancienne Rome, mais pas assez cependant pour que, dans cette grande famille thermale, il ne s'en trouve pas comme l'établissement d'Ischia, par exemple, qui reçoive chaque année une affluence toujours croissante de visiteurs. Toutefois, le bien ne serait pas complet s'il n'existait pas

ment fausse et que l'autorité des plus célèbres médecins des temps anciens et modernes réprouve.

Notre compatriote Clot-Bey, dont la manière de voir sur la peste est connue, n'a pas osé, à l'exemple de M. Prus, trancher cette grave question de l'incubation. Voyez, en effet, ce qu'il dit (RÉSUMÉ SUR LA PESTE, ouvrage manuscrit adressé à notre Société de médecine) : « *Il est impossible de déterminer le moment de l'introduction du principe délétère dans l'économie; il est impossible également d'établir la durée de l'incubation. Toutefois il nous est permis de déduire des faits nombreux observés par nos confrères et par nous-même, qu'elle varie depuis un jour jusqu'à cinq et qu'elle dépasse rarement ce terme. Les cas cités de prétendue prolongation de cette période sont très-contestables; disons cependant qu'il existe des circonstances appréciables qui contribuent à retarder ou à précipiter la manifestation de la cause morbide; les différences d'intensité que présente la maladie, selon qu'elle est épidémique ou sporadique, à la période de début ou de déclin, celles d'âge, de constitution, d'impressionnabilité, en apportent forcément dans la durée de l'incubation.* »

Du reste, messieurs, je dois vous faire observer, en terminant ce qui se rapporte à l'incubation, que ce qui prouve encore mieux que tous les raisonnements l'impossibilité absolue de la fixer, c'est la dissidence qui règne entre les médecins qui se sont occupés spécialement de cette matière. Nous venons de voir que MM. Prus et Clot-Bey fixent la durée de l'incubation de la peste, le premier à huit et le second à cinq jours; si nous nous adressons à d'autres, nous pourrons nous convaincre qu'ils ne sont pas mieux d'accord entre eux. M. Grassi parle de six jours; M. Bella, M. de Ségur-Duperron de onze ; enfin l'illustre Pariset m'a affirmé qu'il connaissait des exemples d'incubation de trente-neuf jours. « Tant qu'on ignorera, me disait-il, la nature et la fixité des miasmes d'une part, et de l'autre les aptitudes et les dispositions intérieures, on ne fera que balbutier sur de telles questions; et, comme on n'en connaîtra jamais les premiers éléments, il s'ensuit qu'on n'aura jamais le droit de poser à cet égard une règle absolue. »

Telle est, messieurs, ma manière de voir sur l'incubation de la peste; elle a été appréciée au congrès et corroborée par des faits qu'ont présentés des médecins qui avaient vu cette maladie (1). Je poserai donc, en finissant cet article de mon travail, le principe suivant :

Dans l'état actuel de la science, M. Prus n'était pas plus fondé à adopter huit jours d'incubation que quinze ou vingt, et la province qui a jugé sévèrement cette partie de son rapport n'a pu s'empêcher de remarquer qu'il a été sans pitié pour les faits qui contrariaient sa manière de voir, tandis qu'il accueillait les autres avec une tendresse manifeste (2).

II. Je vais examiner maintenant, messieurs et savants confrères, si la manière de voir de M. Prus sur la transmission de la peste, et les conclusions qu'il en tire peuvent autoriser une réforme de notre régime sanitaire, aussi radicale, et je ne crains pas de le dire, aussi téméraire que celle que propose ce médecin.

A quoi servent vos murailles et vos barrières, me dira l'honorable rapporteur de l'Académie, dès l'instant qu'il est démontré que la transmission et la propagation de la peste s'effectuent à distance et par l'intermédiaire de l'air? C'est en vain que vous renfermerez dans un lazaret l'équipage d'un vaisseau épidémisé, l'état sanitaire de Marseille n'en sera pas moins compromis, et il suffira, pour que la peste éclate dans cette ville, que le vent soufflant du côté du lazaret se charge des émanations morbifiques dégagées par les malades qui y sont renfermés; ces émanations seront d'autant plus dangereuses que l'équipage séquestré sera plus considérable et le lazaret plus rapproché.

Vous avez raison, répondrai-je à mon tour; mais veuillez me dire s'il vous plaît, ce qu'il faudra faire de cet équipage malade? sera-t-il prudent de l'admettre dans les hôpitaux de Marseille, ou bien lui permettrons-nous de s'éparpiller dans le quartier Saint-Jean, si humide et si encombré? Dans l'un et l'autre cas, les pestiférés cesseront-ils de dégager des miasmes dont l'air deviendra le véhicule, et cet air empoisonné aura-t-il moins d'influence sur les personnes qui le respireront? Ne serait-il pas préférable de renfermer les malades dont il s'agit, non pas au lazaret, que je trouve beaucoup trop rapproché de la ville, mais bien à Pomègue, dont la situation offre toutes les garanties désirables? Dès le moment où vous aurez pris cette mesure de haute prudence, vos craintes sur le transport de la peste par le moyen de l'air deviendront chimériques; car il serait absurde de croire qu'un équipage séquestré à Pomègue y produira un foyer d'infection assez puissant pour que l'état sanitaire de Marseille soit compromis.

En effet, j'admets volontiers, messieurs, que les émanations parties d'un vaisseau épidémisé puissent être transportées par le vent sur un autre vaisseau placé à proximité, et qu'elles y développent la peste; j'admets encore que les employés du lazaret de Pomègue contractent ces maladies sans communiquer directement avec les sujets qui en sont atteints; mais ce que je nie, c'est que ces derniers, quelque nombreux qu'ils soient, puissent dégager assez de miasmes pour que leur action se fasse sentir à Marseille ; délayés à l'infini dans une grande masse d'air atmosphérique, ces miasmes perdront nécessairement de leur énergie et cesseront d'être dangereux. Ce fait est incontestable, et je ne crois pas qu'on puisse citer un seul cas dans lequel la peste se soit introduite dans une localité en franchissant les murs d'un lazaret.

Je suis le premier à convenir qu'au Mexique et aux Antilles la fièvre jaune éclate quelquefois sur des navires qui se trouvent à une lieue du rivage et

(1) Si le MONITEUR a dit que j'avais présenté au congrès certains cas d'incubation, c'est qu'il a été mal informé : ces cas ont été présentés par divers membres du congrès, mais non par moi. Je prierai M. Roux, secrétaire général, qui est actuellement à Gênes et qui a eu en main tous les documents du congrès, de réunir ces divers faits et de les faire connaître.

(2) Je me suis spécialement occupé pendant le cours de mes études de l'incubation des maladies, et ce n'est pas à la légère que je viens de me prononcer sur cette matière. Le professeur Jaumes (de Montpellier), chargé par la Société de médecine pratique de faire un rapport sur un mémoire que j'avais adressé à ce corps savant, s'exprimait en ces termes :

« M. Bertulus s'est beaucoup occupé de l'incubation des maladies pestilentielles; il traite dans son mémoire des circonstances qui la retardent ou l'accélèrent, et il développe avec beaucoup de sagacité les signes qui peuvent faire reconnaître la proximité de l'invasion. *Nulle part nous n'avions vu cette question posée d'une manière aussi nette et aussi large; à notre connaissance, elle n'avait jamais été aussi complétement étudiée.* » (JOURN. DE LA SOCIÉTÉ DE MÉD. PRATIQUE DE MONTPELLIER, t. VIII, f. 316.)

une certaine harmonie entre l'influence qui tient au climat et les effets que produisent les eaux; si, en d'autres termes, les maladies que le ciel et l'atmosphère de la Campanie peuvent heureusement modifier ne trouvaient pas aussi de précieux modificateurs dans les sources minérales. C'est ce qui existe dans le golfe de Naples. Il y a accord entre ces moyens d'action de nature si différente; ils peuvent mutuellement s'entr'aider pour atteindre le même but.

On sait que la composition du sol campanien est de nature volcanique. Partout on trouve des formations plutoniennes; et si on gravit les hauteurs qui dessinent le bassin de Naples, on reconnaît sur leurs cimes les vestiges à demi effacés de cratères éteints. Le soufre, cette formation volcanique par excellence, doit donc se rencontrer souvent au milieu des roches et des terrains. Il se présente en effet, dans tous les états et sous toutes les formes. Ici à l'état de pyrite et là en concrétions de la plus grande pureté et surtout du plus bel éclat, comme par exemple l'étrange décoration qui tapisse les parois du cratère du Vésuve, où le rouge vif et le jaune-serin étalent toutes les nuances que peut fournir le mélange de ces deux couleurs. Ne fût-ce que la présence, ou, si l'on aime mieux, la profusion de ce corps dans les épaisses masses des terrains volcaniques, elle expliquerait suffisamment le caractère de composition des eaux minérales. Le fer est aussi représenté en proportions considérables dans la minéralisation de ces sources. Ces données disent assez que les effets généraux de la plupart des eaux minérales ou minéro-thermales du golfe sont toniques ou résolutifs.

Il y a trop de sources, ainsi que je le disais tout à l'heure, pour qu'on songe à les conserver, à les recueillir comme dans les lieux où la nature procède avec moins de prodigalité. On s'aperçoit de cette sorte de négligence sur le chemin de Sorrente à Castellamare. La route est traversée et la roche jaunie par un courant d'eau minérale qui va se perdre dans la mer. L'odeur extrêmement prononcée d'hydrogène sulfureux qu'il exhale dénote assez la richesse de sa composition. Après avoir franchi ce ruisseau, on ne tarde pas à entrer dans le domaine réel des sources minérales. On passe sous les hauteurs boisées de Castellamare; et on ne tarde pas à voir les constructions qui protégent ces eaux bienfaisantes, prodigues dispensatrices depuis plus de trois mille ans de la force ou de la santé. Galien parle des eaux minérales de Castellamare avec éloge, et depuis lui d'autres auteurs ou poëtes, comme Columelle, ou naturalistes, comme Pline l'Ancien, sans parler des savants plus voisins de nous, comme Raimondo de Majo, qui a publié, vers le milieu du dix-huitième siècle, un traité sur les eaux de cette riveraine du golfe de Naples, ont confirmé dans la mesure de leur importance, l'opinion de l'illustre médecin de l'antiquité. Les principales eaux de Castellamare sont aujourd'hui connues sous les dénominations suivantes: d'eau média, de sulfuro-ferrugineuse, de ferrugineuse du Pozillo, de ferrugineuse nouvelle, d'acétosella, d'eau sulfureuse du Muraglione, et de la nouvelle eau du Muraglione. En tout, il y a sept sources, et parmi elles, il s'en trouve dont la découverte remonte aux temps les plus reculés. Les quatre premières jaillissent à l'extrémité orientale de la ville, c'est-à-dire à son entrée en arrivant par Sorrente. Elles sont abritées sous des portiques bien établis. Mais n'aurait-on pas pu mieux faire? Une construction de cette nature devrait avoir une étendue plus considérable pour réunir les avantages d'un établissement thermal. Il ne s'agit pas de conserver les eaux pures de tout mélange accidentel, d'empêcher la population d'y aller puiser avec une liberté qui ne serait pas sans inconvénient pour la conservation de son état sanitaire, mais de la

qui n'ont eu avec lui aucune communication; mais ce fait s'explique par la présence, sur ces côtes, d'immenses foyers d'infection, de marécages tellement affreux, qu'ils donnent lieu à des émanations miasmatiques dont l'énergie est inconcevable. Or il n'est pas possible d'établir une comparaison entre des foyers semblables et ceux qui peuvent résulter dans vos lazarets de la présence d'un équipage de vaisseau. D'ailleurs, il n'y a nulle comparaison à établir entre la peste et la fièvre jaune sous ce point de vue. Jamais la peste n'a éclaté à bord des croiseurs anglais qui bloquaient les divers ports de l'Égypte et de la Syrie pendant notre expédition dans ces contrées, tandis que plusieurs de nos croiseurs ont vu la fièvre jaune éclater sur leur bord pendant qu'ils bloquaient le port de Vera-Cruz, avec lequel ils ne pouvaient cependant communiquer (1).

Ainsi, vous le voyez, messieurs, si la théorie de l'infection, substituée par M. Prus à celle de la contagion proprement dite, peut apporter certaines modifications dans le régime intérieur des lazarets, dans leur situation et leur distribution, en un mot, dans le plan général de ces établissements, il n'autorise en rien à projeter leur suppression totale; que la peste soit contagieuse ou infectieuse, la solution de cette question ne doit pas influer sur l'existence des lazarets et sur le maintien ou l'abolition des mesures sanitaire. Ne pas reconnaître la justesse de ce principe, c'est nier l'évidence. Vainement répète-t-on que les intérêts généraux du commerce exigent une réforme radicale du régime quarantainaire, cette réforme n'est pas possible dans l'état actuel de la science. D'ailleurs, le salut de Marseille, celui de la France, doivent avoir le dessus sur des considérations purement mercantiles. Réduisons les quarantaines autant qu'il sera possible de le faire; veillons à l'exécution des mesures hygiéniques dans l'intérieur des lazarets; exigeons que les malades y soient aussi bien traités que dans les meilleurs hôpitaux; mais ne désirons pas qu'on abolisse une institution précieuse qui a préservé jusqu'ici les populations d'Occident, et à laquelle la Grèce, Constantinople, Candie, Smyrne, Tunis, Alger, le Maroc, qu'on accusait si souvent de peste, doivent aujourd'hui leur salut.

Mille faits démontrent que la peste est importable dans nos climats, et la mauvaise foi seule peut défendre l'opinion contraire. Pour ma part, je pense qu'elle est importable de deux manières différentes : 1° par les malades qui la puisent dans son foyer primitif et chez lesquels elle éclate pendant le voyage; 2° par l'accumulation des miasmes pestilentiels dégagés de ces malades et concentrés dans les parties les plus profondes et les moins aérées du navire. Ces deux principes étant posés, j'en fais découler, d'une part, qu'un pestiféré qu'on débarquera à Marseille *pourra* transmettre sa maladie aux individus qui l'approcheront, et devenir ainsi le principe d'une grave épidémie; d'autre part, que des gens de peine qui iront travailler dans le bâtiment qui a fourni les cas de peste en question pourront y contracter la même maladie.

La possibilité de la transmission de la peste est donc pour moi une vérité démontrée, et si l'on me demande par quel mode s'effectue cette transmission, voici ce que je réponds :

Je crois qu'elle a lieu par l'absorption des miasmes pestilentiels, exécutée : 1° par les voies aériennes; 2° par les voies digestives; 3° par l'absorption cutanée; car il m'est impossible d'admettre, messieurs, et je fais appel ici à vos profondes connaissances en physiologie, il m'est impossible d'admettre, dis-je, que la transmission de la peste s'opère autrement que par l'application simultanée des principes miasmatiques sur les trois grandes surfaces absorbantes. On ne peut pas concevoir, en effet, qu'une seule de ces surfaces entre en action tandis que les deux autres demeureront spectatrices de son travail, et il est rationnel de croire que chacune d'elles contribue pour sa part et selon ses facultés à l'intoxication générale de l'économie. Que l'illustre physiologiste de Paris, M. le docteur Adelon, dise si je suis dans l'erreur, et si nous ne devons pas admettre que tout individu qui habitera dans l'atmosphère d'un pestiféré pourra contracter la peste par toutes les voies d'absorption à la fois, qu'il touche le malade ou qu'il s'en tienne à une certaine distance; on ne peut mettre en doute ce fait qu'en faisant abstraction d'un principe de physiologie que l'on doit regarder comme un axiome.

Pour démontrer le peu d'activité de l'absorption cutanée, on met toujours en avant l'interposition de l'épiderme et des vêtements; mais cette activité, messieurs, est beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement : rappelez-vous l'expérience de Bichat à ce sujet. Il est indubitable que la peau est une voie d'introduction pour les miasmes, et la surface absorbante par laquelle se propagent une foule de maladies. Rien n'est mieux démontré que cette absorption, et il convient même que le médecin se la rappelle toujours lorsqu'il applique certains topiques à la surface de cette membrane. Que d'empoisonnements ont eu lieu par cette voie!

Je n'ai parlé jusqu'ici, messieurs, que de la transmissibilité de la peste par infection; mais je n'ai pas encore fait connaître mon opinion sur ce qu'on nomme le contact immédiat, c'est-à-dire sur l'absorption cutanée agissant isolément et dans une seule région du corps (chemises, vêtements divers appliqués sur la peau, etc.).

Un médecin, en tâtant le pouls en plein air et dans l'un des enclos du lazaret de Marseille, contractera-t-il la peste? En mon âme et conscience, je crois ce mode de transmission beaucoup moins facile que celui qui s'effectue par la respiration d'un air pestilentiel, mais je n'oserais dire qu'on ne puisse jamais l'observer. Comment M. Prus a-t-il pu trancher hardiment cette grave question? Parmi les médecins qui étudient la peste en Égypte, il en est deux dont l'opinion est d'un grand poids à mes yeux : ce sont MM. Clot et Gaëtani-Bey. Eh bien! l'un ne croit pas à la contagion, tandis que l'autre la professe avec une remarquable conviction. Or, si des médecins si bien placés pour observer la peste sont si peu d'accord entre eux sur la manière dont elle se transmet, comment M. Prus peut-il se prononcer définitive-

(1) Mes idées sur la transmission de la peste sont, à quelques nuances près, les mêmes que celles de M. Prus, mais avec cette différence que les conclusions que j'en tire en sont tout à fait opposées. Je conclus en effet au maintien des mesures sanitaires, tandis que le rapporteur de l'Académie rêve leur abolition.

Dans un ouvrage publié à Montpellier en 1843, sous le titre d'Observations et réflexions sur l'intoxication miasmatique, ouvrage dont j'ai fait hommage à l'Académie et à M. Prus lui-même, j'ai accusé les significations diverses données par les médecins aux mots *contagion* et *infection*, d'avoir apporté beaucoup d'obscurité dans le débat, et j'ai proposé de les remplacer par le mot *transmission*. J'ai établi ensuite que l'origine de la peste est due à de grands foyers situés en Égypte, et dont l'action, favorisée par des circonstances atmosphériques et autres, acquiert une puissance spécifique; j'ai admis enfin secondairement que les sujets atteints sont des foyers mobiles et partiels capables quelquefois de produire et de transporter au loin le germe morbide. J'avais pensé que ce travail, qui a été honoré d'une médaille d'or et qui émanait d'un médecin très-compétent, serait au moins cité par M. Prus; mais il s'est bien gardé de le faire, sans doute parce qu'il ne voulait pas attirer l'attention sur un écrit qui est la contre-partie de son rapport.

---

rendre aussi utile que possible dans l'intérêt de tous, indigènes malades comme malades voyageurs. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Des piscines ne sont pas encore ouvertes aux baigneurs qui voudraient aller se plonger dans leurs eaux salutaires. On paraît, à Castellamare, ne pas assez compter sur les visites des malades, lorsque ceux-ci ne demanderaient pas mieux que d'accourir, s'ils avaient l'assurance de pouvoir suivre sans obstacle les prescriptions du médecin. On va juger, du reste, de l'efficacité de ces eaux par les données générales de leur composition.

Dans l'eau Media, le soufre se trouve à l'état de sulfate de soude et de magnésie, ce qui lui donne une grande analogie avec l'eau de Sedlitz sous le rapport de sa constitution chimique et de ses effets thérapeutiques. C'est un dérivatif puissant des congestions des organes supérieurs, si communes à Naples pendant l'été. L'eau sulfuro-ferrugineuse contient de l'acide hydrosulfurique, des sulfates de soude et de magnésie et des carbonates ainsi que de l'acide carbonique libre; elle est donc à la fois acidule, sulfureuse et ferrugineuse. Analogue aux eaux de Pyrmont, elle peut réagir avec assez de puissance contre les maladies du système lymphatique, que le climat de quelques parties de l'Italie développe sans doute, mais que, sous certaines conditions, il peut aussi contribuer à guérir. Les sources ferrugineuses sont plus toniques; elles réveillent la débilité des organes, elles activent la digestion, elles produisent enfin, dans les conditions physiologiques, ces réhabilitations si complètes que la médecine obtient souvent des eaux minérales dont le fer constitue le principal élément. Je n'ai pas besoin de faire observer que le soufre joue toujours un rôle dans la composition générale de ces eaux; il s'y trouve uni avec la magnésie ou la soude. Les sources du Muraglione sont dans une autre partie de la ville que celles dont je viens de parler, et peuvent être rapprochées, sous le rapport de la composition et des effets thérapeutiques, de la source Media; elles sont seulement plus énergiques. On doit donc continuer avec les unes le traitement qu'on aurait commencé avec l'autre, à moins que l'affection n'exigeât tout d'abord l'emploi du moyen médicamenteux le plus actif. Enfin je ne dois pas oublier de parler à son tour de l'eau acetosella, qui mérite certainement qu'on s'en occupe. Cette source acidule, comme le dit son nom, est enveloppée d'une petite construction presque au centre de la ville. Si on ne jetait pas les yeux sur une inscription pompeuse qui brille sur le mur, on n'en devinerait pas assurément l'existence, à en juger par l'exiguïté du monument. Dans cette inscription, il ne s'agit de rien moins que de l'autorité de Pline, de Cotugno, de Vairo, qui, en accordant leur suffrage aux merveilleux effets de cette source, décidèrent les édiles de la cité à élever sur elle une mince construction (*ædiculam*). Pline, en effet, lui accordait la rare et assez problématique propriété de dissoudre les calculs de la vessie (*... calculosis mederi*). Sous ce rapport donc, elle aurait quelque analogie avec nos eaux de Vichy, qu'on a voulu doter, dans ces dernières années, de cette précieuse propriété. Je ne veux pas combattre la vieille opinion de Pline et de ceux qui sont venus après lui; mais je ne dois pas laisser ignorer que ces dissolutions calculeuses ne s'appuient pas sur des exemples bien nombreux et bien constatés. Toujours est-il cependant que cette eau est très-légère, et qu'elle peut être utile dans quelques engorgements des viscères et pour rétablir l'énergie épuisée du canal digestif.

Castellamare n'est qu'à quelques milles de Naples, à la distance à peu près de

ment sur ce point de pathologie, lui qui n'a jamais vu la peste que dans les livres, dont la lecture embrouille souvent les idées d'un médecin au lieu de les fixer? S'il est vrai, ainsi que je viens de le dire, qu'en examinant la grave question de la transmission de la peste, on trouve en faveur de la contagion immédiate des faits aussi notoires et aussi incontestables que ceux qui parlent pour l'infection, à quelle idée doit-on s'arrêter, sinon à celle-ci : la vérité est toujours une, toujours indivisible, et l'on ne peut pas admettre raisonnablement qu'une chose soit et ne soit pas en même temps? L'existence qui n'aurait pas une réalité absolue ne serait plus l'attribut essentiel de la nature. Puis donc qu'on ne peut pas révoquer en doute la certitude des faits allégués par les deux partis, tout médecin sage et impartial doit regarder la peste comme une maladie qui peut se transmettre à la fois par infection et par contact immédiat, ce dernier mode de transmission étant néanmoins le moins fréquent, surtout en Égypte.

Je crois pouvoir conclure de ce que je viens de dire sur la transmission de la peste :

1° Qu'elle se transmet le plus souvent par infection, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes qu'absorbent à la fois les muqueuses digestive, pulmonaire et l'enveloppe cutanée;

2° Que, dans l'état actuel de la science, et vu la dissidence qui existe entre les médecins les plus compétents en cette matière, il est impossible de décider que la peste ne se transmet pas par contact immédiat;

3° Que cette conclusion de M. Prus : *Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades*, est une assertion hasardée et trop peu rigoureuse elle-même pour qu'on puisse s'y arrêter un seul instant. Il faut donc espérer que l'Académie en fera justice;

4° Qu'en supposant même que la peste ne se propage que par infection les lazarets et les quarantaines peuvent seuls l'arrêter à nos portes.

Je vais maintenant examiner si nous devons être aussi tranquilles que le pense l'honorable rapporteur de l'Académie relativement à la peste dite sporadique.

III. La peste à l'état sporadique, dit M. Prus, ne paraît pas susceptible de se transmettre.

Je ferai observer d'abord que M. Prus ne dit pas positivement que la peste sporadique ne se transmet pas, il dit seulement qu'elle ne paraît pas susceptible de transmission, ce qui est bien différent.

Toutes les fois, messieurs, que la peste ne règne pas épidémiquement en Égypte, ses facultés contagieuses paraissent nulles ou peu appréciables. A quoi tient cette particularité? Je vais essayer de répondre à cette question qui se confond avec celle-ci : pourquoi la doctrine de la non-contagion de la peste est-elle émanée de l'Égypte.

Ou les habitants de cette contrée ont payé une fois dans leur vie leur tribut à la peste et sont devenus par ce seul fait infiniment moins aptes à la contracter une seconde fois ou bien l'habitude de respirer depuis leurs naissance un air vicié fait qu'ils sont moins susceptibles d'en ressentir les funestes effets. De ces deux circonstances il résulte nécessairement, d'une part, que les Égyptiens qui approchent et soignent les malades contractent beaucoup moins facilement la peste que les étrangers qui s'exposeraient au même danger, et d'autre part que les médecins qui exercent en Égypte sont généralement portés à refuser à la peste tout caractère transmissible; mais lorsque cette maladie éclate en Europe et par le fait d'une importation, ce caractère transmissible devient saillant pour tous parce que la peste s'exerce alors sur des populations qui ne sont pas habituées à lutter contre les causes de ce fléau, et qui par suite offrent très-peu de résistance.

Le même raisonnement explique pourquoi, dans les villes d'Europe qu'elle a ravagées, la transmissibilité de la peste a paru beaucoup plus manifeste au commencement et au milieu des épidémies que vers leur terminaison. Si à Marseille, en 1720, les cas de transmission devinrent plus rares dès que le mal fut parvenu à sa période de déclin, c'est uniquement parce que parmi les habitants de cette ville, les uns, et c'était le plus grand nombre, avaient payé leur tribut au fléau régnant, tandis que les autres étaient devenus moins accessibles et même tout à fait réfractaires aux causes miasmatiques par le seul effet de l'habitude.

Enfin, c'est encore par les même motifs que la transmission de la peste est nulle ou peu appréciable lorsque cette maladie se présente en Égypte avec le caractère sporadique. Ce caractère ne fait pas qu'elle soit différente dans sa nature et dans ses propriétés. Sporadique ou épidémique la peste demeure invariablement la même. C'est toujours un état pathologique aussi grave que dangereux; mais ce qui est différent, c'est l'état de la localité où elle se manifeste, état qui, dans certaines conditions, peut rendre facile ou impossible la propagation du mal. Ainsi, en 1720, la peste, après avoir ravagé épidémiquement les principales localités de la Provence, y est devenue sporadique et peu ou point transmissible pendant près de deux années. C'est surtout à Marseille que ce fait a eu lieu, et peut-on se l'expliquer d'une manière plus rationnelle qu'en se disant : La peste a pris en Provence le caractère sporadique et sa transmissibilité est devenue peu ou point appréciable parce que les masses avaient payé leur tribut à ce fléau, ou s'étaient accoutumées à lui résister. Il y a longtemps, a dit un auteur, que la fièvre jaune n'existerait plus aux Antilles s'il n'y débarquait plus d'Européens. Cette assertion, messieurs, est pleine de justesse, et elle n'est pas seulement applicable à la fièvre jaune; voici une observation qui la corrobore :

En 1835, lorsque le choléra-morbus éclata à Marseille et à Toulon, beaucoup de personnes cherchèrent leur salut dans la fuite. Lorsqu'elles rentrèrent dans leurs foyers, à la fin de l'épidémie, plusieurs contractèrent le choléra qui semblait encore debout pour elles, tandis qu'il n'existait plus pour les habitants qui n'avaient pas émigré et qui lui avaient payé leur tribut ou étaient devenus réfractaires.

De tout ce qui précède sur la peste dite sporadique, on peut conclure qu'un cas de ce genre qui serait peu compromettant en Égypte, le serait au contraire beaucoup s'il se développait en Europe au milieu d'une population neuve et à qui cette maladie est inconnue; que ce cas sporadique pourrait devenir l'origine de quelque affreuse épidémie; enfin que l'autorité ne saurait se contenter de l'assertion plus que chancelante de M. Prus pour ouvrir nos portes à cette forme de la peste.

IV. Je ne crois pas, messieurs, à la transmission de cette maladie par les marchandises, mais je ne saurais me prononcer pour ce qui concerne les effets et objets de literie ayant servi à des pestiférés. Pourquoi? Parce que la plus grande dissidence règne encore parmi les médecins sur cette importante question, et parce qu'il y a des faits qui infirment cette transmission, tandis que les autres la démontrent. Je n'ignore pas que ces derniers n'ont aucune valeur aux yeux de M. Prus; mais l'appréciation que j'en fais moi-même est bien différente. J'ajouterai aussi que, d'après ce que j'ai dit dans le cours de ce mémoire sur l'absorption cutanée, je suis obligé de croire que ce ne serait pas sans un immense danger qu'un individu se re-

---

Versailles à Paris; mais comme Paris et Versailles, cette ville jouit du moyen de communication qu'a trouvé l'industrie moderne : depuis quelques années déjà, elle a un chemin de fer. C'est assez, ce me semble, pour encourager les édiles de Castellamare à ne pas négliger une richesse que la nature a placée dans leurs mains. Si des édifices plus considérables s'élevaient sur toutes ces sources, si, au lieu de tailler dans le marbre de magnifiques inscriptions, on creusait des baignoires et on construisait des appareils pour chauffer des eaux qui n'ont jamais plus de 12 ou 15 degrés, les voyageurs n'iraient pas dans l'ancienne Stabia comme des curieux qui vont voir le pays en passant, mais comme des malades qui vont y placer leurs pénates pendant quelques semaines. Puisque tout marche vers une amélioration progressive, même dans les lieux où le progrès pénètre avec le plus de difficulté, il est probable que la cité ne s'en tiendra pas pour l'eau acetosella à l'inscription et à la chétive maison qui lui sert de piédestal, qu'elle créera un établissement sur les eaux sulfureuses du Muraglione, et enfin qu'elle agrandira les humbles portiques des sources Media et ferrugineuses pour y recevoir des malades et leur offrir des baignoires en même temps que des verres d'eau.

En se dirigeant vers l'est, c'est-à-dire du côté de Naples qui occupe le centre du golfe, on s'approche de plus en plus du volcan, dont la tête s'élève à mesure que la distance diminue. La base de la montagne est entourée, tant du côté de la terre que de la mer, par Pompéia, la ville submergée dans un déluge de cendres, Torre-dell'-Annunziata, Torre-dell-Greco, et enfin Portici, qu'on peut considérer comme un faubourg de Naples. Toutes ces villes n'ont pas, que je sache, des eaux minérales près de leurs murs, à l'exception cependant d'une source que la sonde artésienne a fait jaillir, et qui se trouve dans les dépendances du volcan; elle a une température assez considérable, et est très-riche en carbonates alcalins et en sels de fer. Le professeur Ricci en a fait l'analyse, mais l'expérience ne s'est pas encore prononcée sur ses propriétés médicales. Cependant, à cause de son voisinage de Naples, on pourrait, peut-être, en tirer quelque avantage; sa composition chimique, où dominent l'acide carbonique et les sels neutres, témoigne d'ailleurs en faveur de son efficacité.

Je me hâte d'arriver à Naples, qui mérite aussi une place sous le rapport des sources minérales. Elle en possède trois qui sont merveilleusement placées. Loin d'être obligé d'aller les chercher dans l'intérieur de la ville, au fond de quelqu'une de ces rues étroites ou tortueuses qui exhalent le méphitisme à chaque instant du jour et qui sont habitées par la classe la plus pauvre de la population, elles sont dans le plus beau quartier. A quelques pas de la bruyante rue de Tolède, leurs eaux s'écoulent auprès des quais habités par l'aristocratie et les riches voyageurs. On les trouve entre l'arsenal et le magnifique jardin de la Villa Réale, c'est-à-dire dans les quartiers de Sainte-Lucie et de Chiatamone. Chiatamone n'a qu'une seule source; le quai Saint-Lucie en possède deux. Celle de Chiatamone a 16 degrés et quelques fractions et présente dans sa composition un excès de sels purgatifs; elle a assez d'analogie avec cette eau Média de Castellamare que j'ai comparée d'après les médecins de la localité qui se sont occupés de la question, comme Sementini, Vulpes et Cassola, que j'ai comparée, dis-je, avec l'eau de Sedlitz d'un usage si commun et même si populaire. Des deux sources du quai Sainte-Lucie, l'une est sulfureuse et l'autre acidule. La première présente une température moyenne qui est au-dessous de celle de Chiatamone, et

vêtirait de la chemise d'un pestiféré. J'appelle de tous mes vœux des expériences à ce sujet, mais je ne m'exagère pas leur portée. Pour qu'elles soient concluantes, il faut qu'elles aient lieu en Europe et sur une grande échelle : or cette dernière condition sera toujours difficile à remplir, et je ne sais si la première peut être conciliée avec les règles de la prudence.

Quoi qu'il en soit, messieurs, je crois devoir poser ici en principe que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de se prononcer d'une manière définitive sur la question de la transmissibilité de la peste par les effets qui ont servi aux malades, et que l'on doit continuer à prendre les mesures les plus sévères contre l'introduction de ces objets. Dans le doute, il faut s'abstenir.

V. Peut-on admettre, messieurs et savants confrères, la possibilité du développement spontané de la peste dans nos climats?

Je n'hésite pas à résoudre cette question par la négative.

Lorsque l'entière population d'un pays maritime jouit d'une santé parfaite, et que des maladies inséparables de leur caractère exotique paraissent dans ce pays toutes les fois que des navires provenant de certaines contrées arrivent avec des malades à bord et entrent en communication avec les habitants; lorsque, dis-je, un pareil événement a lieu, on est forcé de convenir que ces navires ont apporté le mal en question, et que ce mal est éminemment transmissible, puisqu'il s'est répandu dans une localité dont l'état sanitaire avait été parfait jusqu'à ce moment, et où d'ailleurs il était auparavant tout à fait inconnu. Certains médecins se sont toujours efforcés d'attribuer l'apparition des maladies exotiques à des causes locales, afin de pouvoir plus facilement nier leur caractère transmissible; mais le bon sens et l'observation ont fait justice de cette manière de voir. J'ai démontré, dans mes écrits et sur des faits irrécusables, que la fièvre jaune avait toujours été importée dans la Péninsule. Je n'y reviendrai pas ici, puisque je ne dois m'occuper que de la peste; qu'il me suffise d'exprimer brièvement que si la question de la fièvre jaune était de nouveau agitée, j'apporterais contre la possibilité de son développement spontané de terribles arguments. Depuis deux ans, j'ai visité toutes les villes du littoral de l'Espagne de Cadix à Barcelone; je m'y suis mis en relation avec les Facultés et les Académies de médecine, et j'ai acquis au contact de ces corps savants des convictions profondes. J'ajouterai que leur manière de voir me paraît mériter au moins autant de confiance que celle de quelques médecins qui tranchent hardiment la question de la fièvre jaune, mais qui n'ont jamais vu cette maladie que de très-loin. Quant à moi, comment pourrais-je flotter encore dans le doute? J'ai étudié la fièvre jaune aux Antilles et au Mexique; de plus, j'ai voyagé dans la Péninsule pour m'éclairer définitivement sur une œuvre célèbre et sur la moralité de trois hommes que je me suis toujours proposés pour modèles, de MM. Bally, François et Pariset.

Quoi qu'il en soit, messieurs, laissons la fièvre jaune et revenons à la peste et au rapport de M. le docteur Prus. Marseille, dit ce médecin, présente dans son climat, dans son port si encombré d'immondices et contenant un mélange d'eau douce et d'eau salée, dans la ceinture de montagnes qui l'enveloppe presque de toutes parts, et qui empêche la libre circulation de l'air; enfin, dans le voisinage de grands étangs, des conditions favorables au développement de la peste. Pauvre Marseille! qui se serait jamais douté de ta triste situation et de ton affreuse insalubrité? et que de reproches ne dois-tu pas adresser à tes médecins, qui te laissaient dans l'ignorance de tant de dangers : la peste, l'horrible peste couve dans tes murs, et c'est un médecin de Paris qui t'en donne l'avertissement!

Quelle que soit, messieurs, la source où votre honorable rapporteur a puisé son idée, voici ce que j'ai à y répondre, et je vous prie de m'accorder d'autant plus d'attention que les médecins les plus distingués et les plus anciens de Marseille, et notamment MM. Cauvière et Giraud-Saint-Rome père, notre doyen, me sont venus en aide lorsque j'ai émis devant le congrès les assertions suivantes.

Si la peste apparaît jamais à Marseille, elle ne viendra pas de la Darce, et l'été de 1846 sera la meilleure preuve à l'appui de cette opinion. En effet, malgré l'infection incontestable du port, malgré des chaleurs insolites et véritablement tropicales, l'état sanitaire de la ville n'a pas été troublé un seul instant. Jamais, depuis longues années, on n'y avait vu moins de malades. J'en appelle à tous mes confrères! on serait même en droit d'admettre que c'est à l'excès de la chaleur que cette heureuse circonstance doit être rapportée. Que les confrères étrangers qui nous ont honoré de leur visite aillent aux informations auprès des capitaines de navires qui stationnent dans la Darce (école des mousses, garde-pêche, poste de la patache, etc.), et chez les habitants des maisons voisines, ils pourront se convaincre que je n'avance rien qui ne soit parfaitement exact. Mais je dirai plus, messieurs, il résulte de renseignements authentiques pris à l'état civil que la santé est meilleure et la mortalité moins grande (toutes choses égales) dans les environs du port que dans les autres quartiers de la ville.

MM. Cauvière et Giraud-Saint-Rome, qui exercent tous les deux dans Marseille depuis plus de trente années, sont convenus de la justesse de cette dernière observation en présence de plus de soixante médecins, et pas une voix ne s'est élevée pour l'infirmer (1).

Soyez-en bien convaincus, messieurs et savants confrères, la génération spontanée de la peste par le port de Marseille n'est pas plus admissible que celle de la fièvre jaune. On dit et l'on répète chaque jour qu'un foyer d'infection maritime joint à une chaleur de 20° Réaumur suffisent pour engendrer la fièvre jaune; eh bien! ce foyer d'infection maritime, cette chaleur de 20°, existent depuis longtemps à Marseille, et cependant cette maladie y est encore inconnue. On a dit à M. Prus, pendant son séjour dans notre ville, que le contraire avait lieu et qu'on y observait toutes les années, pendant la canicule, des cas de fièvre jaune bien caractérisés; mais messieurs, il y a derrière cette assertion émise par des médecins honorables sans doute, mais qui ne sont jamais sortis de Marseille, une grave erreur de diagnostic. Ils ont confondu la fièvre jaune, qu'ils n'ont jamais observée, avec certaines formes de la fièvre bilieuse que l'on voit pendant la canicule

(1) Je peux joindre au témoignage de MM. Cauvière et Giraud-Saint-Rome père celui de M. le docteur Roberty, professeur à l'École préparatoire et chirurgien de l'École des mousses. Ce médecin m'a répété dans plusieurs occasions que cette corvette qui est ancrée dans la partie la plus infecte de la Darce est dans l'état sanitaire le plus satisfaisant, et qu'il n'y a jamais observé aucune maladie qui dût être attribuée aux miasmes du port.

Il est inutile d'ajouter, du reste, que nous ne proclamons pas ici cette vérité trop haut, et que nous sommes tous d'avis qu'il est urgent d'assainir le port, qui déshonore notre ville et nous prive d'une promenade agréable.

M. Ducros s'est joint à M. Cauvière pour affirmer au congrès que l'infection de la Darce n'influait en rien sur l'état sanitaire de Marseille; mais il a ajouté que, pendant le règne du choléra-morbus, les cas fournis par la population flottante lui ont paru plus graves. Il en conclut que si la Darce ne peut produire aucune épidémie, elle peut rendre plus graves celles prenant naissance par d'autres causes.

---

sa composition, où le fer est à peine représenté par quelques atomes qui échappent à l'analyse, se réduit à des carbonates et à des sulfates de magnésie, de soude et de chaux. Cette eau, qui est appelée sulfacide dans la table comparative dressée par le professeur Ziccardi à cause de l'excès d'acide carbonique qu'elle contient, n'a pas d'analogue parmi celles qui coulent sur les rives du golfe. Si on en juge par l'analogie, elle peut être utile dans des affections de bas-ventre, en favorisant les digestions et en calmant en même temps l'irritabilité gastro-intestinale. Mais les expériences ne sont pas nombreuses, que je sache; et si la médecine indigène recommande, dans des circonstances qui se présentent assez souvent à Naples, cette boisson minérale, il est à craindre que la clientèle ne suive pas fidèlement les prescriptions du docteur. Quant à la seconde, c'est-à-dire à l'eau acidule, on va voir que le public n'a pas même besoin de conseil ni d'encouragement à cet égard.

La population de Naples, intime ou élevée, a la plus grande sympathie pour cette source. Il n'y a pas d'habitant qui n'en ait bu au moins une fois dans sa vie. Quand la chaleur commence à se faire sentir, beaucoup de personnes vont la visiter; et, comme tout le monde est libre d'y puiser l'eau salutaire, elle est à la discrétion du premier venu. Je ne crois pas que le gouvernement napolitain expose le public à de fâcheuses erreurs thérapeutiques, en le laissant l'arbitre suprême de la distribution de cette boisson minérale. Elle jouit d'une innocuité à peu près absolue; et si des buveurs commettent quelquefois des imprudences, elles ne peuvent jamais avoir de gravité. Cette source a beaucoup d'analogie avec l'eau acetosella de Castellamare que Pline croyait excellente pour les calculeux. Ce serait une raison pour que l'eau de Sainte-Lucie fût utile à ce genre de maladies; mais la tradition n'en dit pas un mot, et les croyances actuelles n'en parlent pas davantage. Jusqu'à présent l'eau acidule est considérée comme un tempérant très-agréable, et comme un auxiliaire à la manière des eaux de Seltz de cette élaboration digestive de l'estomac que le Napolitain a un si grand intérêt de conserver dans toute son énergie. C'est une eau froide, comme on le pense bien (14 degrés de température), mais où le fer n'existe pas et qui présente, soit à l'état de combinaison, soit à l'état libre ou de dissolution, une quantité très-considérable d'acide carbonique. Sous ce rapport, elle est six à huit fois plus active que l'acetosella de Castellamare. Ainsi cette eau mérite certainement qu'on ne la confonde pas avec celles dont les propriétés sont faibles ou problématiques. Elle possède des propriétés très-utiles dans les localités où la température se fait sentir avec autant de force que de constance. C'est vraiment la source qui convient le mieux au caractère et aux effets physiologiques du climat. Pourquoi donc le roi de Naples qui fonde des observatoires, trace des routes, crée des chemins de fer et ouvre les portes de la capitale aux savants italiens, pourquoi ne couvre-t-il pas d'un monument protecteur cette source, qu'il faudrait ne pas laisser à la discrétion du lazzarone pour qu'elle rendît de plus grands services au public étranger ou indigène? pourquoi le roi ne le fait-il pas? La raison en est bien simple : il a voulu le faire, mais il n'a pas réussi. Le peuple tient à quelques-uns de ses priviléges et surtout à ceux qui ne sont pas importants; il n'a pas voulu se laisser enlever celui-là.

Dr Ed. C.

(La suite au prochain numéro.)

sur tout le littoral méditerranéen, et qui ont quelques points de contact avec le fléau des Antilles; mais ces analogies n'en imposent jamais aux médecins qui ont vu ce fléau de près. J'ai soutenu cette opinion au congrès, messieurs, et aucune voix ne s'est élevée pour me contredire, pas même celle des médecins qui s'étaient si bien avancés auprès de M. Prus.

Quant aux grands étangs dont se préoccupe tant l'honorable rapporteur, je les cherche en vain sur une carte du département des Bouches-du-Rhône, que j'ai actuellement sous les yeux; s'agirait-il par hasard de l'étang des Martigues, situé à huit lieues dans le nord-ouest de Marseille? S'il en était ainsi, messieurs, je ne pourrais m'empêcher de vous faire observer que M. Prus va chercher ses arguments un peu trop loin; l'étang dont il s'agit est très-vaste, très-ventilé, et l'infection n'y est pas appréciable; s'il ne donne lieu aux Martigues qu'à des fièvres intermittentes, comment pourrait-il produire la peste à Marseille?

Mais je m'arrête, messieurs, car je crois en avoir assez dit sur cette matière pour émettre les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science, mille faits prouvent l'importation de la peste du Levant en Europe, aucun ne peut être mis en avant pour étayer la possibilité de la génération spontanée de cette maladie.

2° L'infection de la Darce de Marseille, aidée par une chaleur insolite n'a pas influé le moins du monde sur son état hygiénique pendant le brûlant été de 1846.

3° De l'avis des plus anciens médecins de Marseille, et d'après des données statistiques, la santé est meilleure et la mortalité moins grande dans les environs du port; donc la génération spontanée de la peste par ce port n'est pas admissible.

Un danger bien plus grand pour Marseille que celui qui résulte de l'infection de la Darce, c'est le triste état de ses établissements hospitaliers; l'Hôtel-Dieu de notre ville, séjour favori de la fièvre typhoïde et de la pourriture d'hôpital, est un vieux bâtiment, mal percé, mal distribué, et dont la seule vue suffirait pour rendre un individu malade. De simples indispositions y deviennent des maladies graves, et les opérations de chirurgie, dont le succès serait assuré partout ailleurs, y ont presque constamment une issue funeste.

Supposons un instant que les illusoires mesures proposées par M. Prus (quinze jours, traversée comprise, pour la patente brute) étant adoptées par le gouvernement, des cas de peste se développent à bord de quelques bâtiments déjà admis à la libre pratique, qu'arrivera-t-il? que ces cas, méconnus d'abord ainsi qu'on l'a toujours observé, seront traités à l'Hôtel-Dieu, et que, favorisés par l'insalubrité de ce vieil édifice, ils y créeront un foyer des plus dangereux. La peste s'établira d'abord dans l'hôpital; elle se répandra ensuite dans les quartiers sales du voisinage, et finira par y allumer une affreuse épidémie. Les choses se passeraient-elles ainsi si l'Hôtel-Dieu de Marseille était digne de la richesse de cette ville? Non, messieurs; des cas de peste pourraient y prendre une marche favorable et s'y terminer même heureusement sans se propager à d'autres individus; car si la transmissibilité de cette funeste maladie est un fait malheureusement trop certain, il ne serait pas rationnel d'admettre qu'elle puisse se manifester en tout lieu et en tout temps. Il serait donc possible que, dans le cas que j'ai supposé et qui n'est que trop probable si le gouvernement prend au sérieux les idées de M. Prus, Marseille en fût quitte pour la peur, et dût son salut au bon état hygiénique de son hôpital.

Il serait donc temps, messieurs, que l'on songeât à doter Marseille d'un Hôtel-Dieu établi d'après les règles de l'hygiène, et auquel on donnerait une vaste succursale *extra muros* spécialement destinée pour les cas d'épidémies. Les médecins les plus estimables de cette ville réclament ce bienfait depuis plusieurs années, et jusqu'ici l'autorité a été sourde à leurs pressantes sollicitations; espérons que le même vœu, exprimé au nom du corps médical marseillais par l'Académie royale de médecine, sera enfin écouté. La position topographique de Marseille, le voisinage du Levant, enfin la diminution ou la suppression imminente des mesures sanitaires, l'exposent à la peste; il faut donc songer sérieusement à lui fournir les moyens d'étouffer dès son début cette maladie si elle y était importée, ou du moins de lui faire tête avec d'immenses ressources.

Conclusions. — Je vais reproduire ici, messieurs et savants confrères, les diverses conclusions éparses dans le cours de ce travail, et je les ferai suivre par de courtes propositions sur les moyens qu'il convient de prendre pour préserver Marseille et la France des funestes atteintes de la peste; le temps ne me permettrait pas d'adopter un ordre différent.

1° En fixant à huit jours la durée de l'incubation de la peste, M. Prus a formulé une règle générale qui tombe devant les exceptions qu'il a lui-même établies et avancées.

2° Dans l'état actuel de la science, la question de l'incubation est insoluble. Telle est l'opinion du congrès scientifique de France, qui a eu la sagesse de la mettre de côté.

3° M. Prus n'était pas plus fondé, du reste, à adopter huit jours d'incubation que quinze ou vingt, et la province qui a jugé très-sévèrement son travail n'a pas pu s'empêcher de remarquer qu'il a été sans pitié pour les faits qui contrariaient sa manière de voir, tandis qu'il a accueilli les autres avec une tendresse manifeste.

4° La peste est importable en Europe par les malades et par les miasmes qu'ils ont dégagés, lorsque ces miasmes se sont accumulés dans les parties profondes et inaérées d'un navire. Quiconque entre en communication avec les malades dont il s'agit ou respire les émanations qu'ils dégagent, *peut* contracter la peste.

5° La peste se transmet le plus souvent par infection, c'est-à-dire par l'air pestilentiel absorbé à la fois par les muqueuses digestive et pulmonaire et par l'enveloppe cutanée.

6° Dans l'état actuel de la science, et vu les dissidences qui existent entre les médecins les plus compétents en cette matière, il est impossible de décider définitivement si la peste ne se transmet pas par le contact immédiat.

7° Cette conclusion de M. Prus : « Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades, » est une assertion hasardée et trop peu rigoureuse pour qu'on puisse la prendre au sérieux; il faut donc espérer que l'Académie en fera justice.

8° En supposant que la peste ne soit transmissible que par infection, c'est encore aux lazarets et aux quarantaines qu'il faut recourir pour l'arrêter à nos portes.

9° La peste sporadique, que l'on dit être peu ou point transmissible en Égypte, pourrait le devenir beaucoup en Europe, et l'autorité ne saurait s'appuyer sur l'assertion chancelante de M. Prus pour ouvrir nos portes à cette forme de la peste.

10° Il n'est pas probable que la peste se propage par les marchandises.

11° Dans l'état actuel de la science, il est impossible de se prononcer sur la question de la transmissibilité de la peste par les objets qui ont servi aux malades et l'on doit continuer à prendre les mesures les plus sévères contre l'introduction de ces objets. Dans le doute, il faut s'abstenir.

12° Aucun fait positif ne démontre la possibilité du développement spontané de la peste en Europe.

13° L'infection de la darce de Marseille, aidée par des chaleurs tropicales, n'a pas influé le moins du monde sur son état sanitaire pendant l'été brûlant qui vient de s'écouler.

14° De l'avis des plus anciens médecins de Marseille et d'après des données statistiques, la santé est meilleure et la mortalité plus faible dans les environs de la darce; donc la génération spontanée de la peste par cette darce n'est pas admissible.

15° Le danger le plus grand que puisse courir Marseille, en cas d'importation de peste, résulte de la déplorable situation et de l'horrible insalubrité de ses hôpitaux.

16° L'étang des Martigues, situé à huit lieues dans le nord-ouest de Marseille, est vaste, bien ventilé, l'infection n'y est pas appréciable; il ne produit aux Martigues que des fièvres intermittentes, comment donc pourrait-il causer la peste à Marseille? D'ailleurs aucun marais d'Europe, quelque infect qu'il soit, a-t-il jamais donné naissance à cette maladie?

Mesures a prendre contre l'importation de la peste. — 1° Règles fondamentales et immuables :

Maintien des lazarets et des quarantaines, quel que soit le mode de transmission de la peste;

Détermination de la nature de la patente, non pas au point du départ, mais bien à celui de l'arrivée;

Grande liberté pour la patente nette; extrême sévérité pour la patente brute; beaucoup de prudence dans le régime de la patente suspecte.

Le nouveau code sanitaire dont le besoin est si généralement senti ne saurait être rédigé et adopté que dans un congrès européen; établi d'après l'état actuel de la science, ce nouveau code serait signé et juré par les délégués des différentes nations, et si l'une d'entre elles faisait une opposition déraisonnable et persistait à compromettre par son imprudence l'hygiène de l'Europe, il n'y aurait pas de meilleur moyen à prendre pour la faire rentrer dans le pacte que de mettre ses provenances en quarantaine. Cette mesure signifiée d'un commun accord par toutes les puissances signataires et maintenue avec énergie ne pourrait rester sans effet.

Le congrès européen qui s'occupera du code quarantainaire avisera aussi aux moyens d'assainir l'Égypte. Cet assainissement intéressant l'Europe entière, elle doit entrer pour sa part dans les dépenses qu'il nécessitera.

2° *Mesures que l'on doit prendre en attendant le renouvellement du pacte sanitaire :*

Tout navire dont la patente sera déclarée *brute* à son arrivée à Marseille devra être soumis à une quarantaine de quinze jours pleins non compris la traversée.

Tout navire qui proviendra du Levant et dont la patente sera déclarée nette devra être soumis à cinq jours de quarantaine; mais pendant le cours

de cette séquestration qui aura lieu à Pomégue et non dans le port de Marseille, ce navire sera obligé de prendre les mesures suivantes :

Ouvrir et remuer la cale ; établir des manches à vent ; pomper et renouveler l'eau du fond de cale ; laver le linge de corps et les objets de literie à l'usage des matelots et des passagers ; exposer à l'air libre et sur des *cartahus* tous les effets contenus dans les malles et autres bahuts.

Il serait très-avantageux, dans l'intérêt de la santé publique, que les marchandises fussent débarquées à Pomégue sur des *chalands* mouillés le long du bord, et que des paquebots à vapeur remorqueraient dans le port à la fin de la quarantaine. La cale du bâtiment serait ainsi absolument vidée, lavée, assainie, et il n'y aurait plus de craintes à conserver sur l'existence d'un foyer d'infection.

Tous les bâtiments du commerce devraient avoir des *hublots* destinés à établir des courants d'air dans la cale pendant la traversée et au mouillage ; une *coursive* suffisante y serait ménagée tribord et bâbord, afin de pouvoir surveiller, ouvrir et fermer lesdits hublots.

Pendant le cours de la quarantaine, les passagers devraient toujours être séparés de l'équipage, afin de ne pas les exposer sans motifs au danger qui pourrait résulter du remuement et du débarquement de la cargaison.

L'institution des médecins sanitaires, dont j'ai donné l'idée il y a plus d'un an dans mon mémoire sur l'hygiène navale, ne saurait constituer une garantie complète pour l'hygiène publique, et je pense, avec le congrès scientifique, que dans le Levant les consuls de France seront toujours mieux informés de l'état de la constitution hygiénique, à cause de leurs relations avec les autorités locales, que des médecins isolés et sans influence. On devrait donc se borner à en embarquer sur les bâtiments qui trafiquent avec les lieux suspects, afin d'avoir quelque garantie sur la traversée du Levant en Europe, et de pouvoir déterminer avec plus de certitude le caractère de la patente.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE MODE DE FORMATION DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR ; par le docteur PARCHAPPE, médecin en chef de l'hospice d'aliénés de la Seine-Inférieure.

I. — DES DIVERSES THÉORIES RELATIVES A LA NATURE DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR, ET AUX CONDITIONS DE LEUR FORMATION.

Les concrétions fibrineuses, généralement désignées sous le nom de concrétions polypiformes, ont été constatées pour la première fois dans le cœur par Benivieni (quinzième siècle) (1), dans le cœur et les veines par Helidée (de Padoue) (seizième siècle) (2).

Depuis ce temps elles ont habituellement attiré l'attention des anatomo-pathologistes, et leur existence dans le cœur après la mort est si fréquente que Laennec a pu dire avec vérité : « Les trois quarts des cadavres en présentent, quelle que soit la maladie qui ait causé la mort (3). »

La nature de ces concrétions a été fort diversement appréciée, et a été, aux diverses époques de la science, le sujet de discussions qui ne sont pas encore terminées.

Ainsi tout d'abord celles de ces concrétions qui étaient libres, allongées, cylindriques, ont été prises pour des vers ; puis celles qui adhéraient plus ou moins intimement aux parois du cœur ont été assimilées aux polypes. Bientôt cette dernière opinion devint dominante. En 1633, Barletti donna le nom de polype à ces concrétions. En 1654, Pissini mit au jour un traité spécial sur le polype du cœur. Gaspard Bauhin en publia le premier une figure.

Il était si ordinaire de rencontrer des concrétions polypiformes dans le cœur des cadavres, que la nouvelle maladie semblait, dès son admission dans le cadre nosologique, destinée à l'envahir tout entier, au grand détriment de la pratique, et surtout du perfectionnement de l'anatomie pathologique.

Les auteurs étaient en dissentiment sur la nature de la matière des polypes ; on considérait cette matière comme graisseuse, charnue, membraneuse, pituiteuse. Les uns regardaient le polype comme une excroissance, les autres comme une concrétion du sang.

Enfin cette dernière opinion prévalut.

(1) Benivieni, DE ABDIT. MORB. CAUS.
(2) Morgagni, DE SED. ET CAUS., epit. 24, art. 22, t. I, p. 520.
(3) Laennec, DE L'AUSCULT., 3e édit., t. III, p. 289.

Dès 1567, Coïter (1) avait avancé que les concrétions dont il s'agit sont formées de pituite blanche, c'est-à-dire de cette partie du sang qui est la matière de la croûte sanguine désignée plus tard sous le nom de croûte inflammatoire, de couenne, et qui, d'après les recherches des modernes, n'est autre chose que la fibrine du sang.

Malpighi développa cette doctrine en 1666 (2).

La nature et la source des faux polypes du cœur étant déterminées, une réaction contre la doctrine qui avait exagéré au delà de toute mesure leur rôle pathologique se produisit sous l'influence des travaux d'André Pasta, et cette réaction, comme de coutume, dépassa la vérité (3).

Non-seulement Pasta regarda les polypes du cœur comme de simples concrétions sanguines, mais encore il considéra leur formation comme un phénomène cadavérique, comme un effet de la mort, et contesta absolument la réalité de leur formation pendant la vie.

C'est à peine si Morgagni (4), qui a discuté cette question avec sa sagacité et sa profondeur accoutumées, fait remonter jusqu'à l'agonie la formation des concrétions polypeuses ; au moins n'admet-il les concrétions sanguines durant la vie que dans les cavités anévrismales. Depuis Morgagni jusqu'à Kreysig (1814-1816), la science semblait être fixée en ce qui touche la nature sanguine des concrétions polypiformes ; seulement, de nombreuses observations avaient mis hors de doute que certaines concrétions se forment non-seulement avant la mort, mais encore avant l'agonie, et peuvent même se développer pendant la vie de manière à déterminer, sinon une maladie essentielle, au moins une épiphénomène morbide susceptible de hâter ou même de causer la mort.

La question anatomo-pathologique se réduisait dès lors à distinguer, dans les concrétions sanguines, celles qui se rattachent à l'un ou l'autre de ces trois moments, l'état de vie, l'état d'agonie, l'état de mort ; c'est ce qu'avait fait Corvisart avec une exactitude qui semblait suffisante (5).

Quant à la conception théorique de la formation des concrétions sanguines, l'assimilation du phénomène à ce qui arrive au sang se coagulant hors des vaisseaux expliquait suffisamment les concrétions cadavériques ; la stase sanguine et une prédisposition spéciale du sang rendaient compte de la formation des concrétions pendant la vie et pendant l'agonie. Le mécanisme de cette formation et des transformations graduelles des concrétions n'était pas encore devenu une question d'importance première.

Une conception nouvelle de la nature des concrétions du cœur, préparée ou confirmée par les recherches de Burns (de Cheston), fut mise au jour en Allemagne par Kreysig, de 1814 à 1816.

Kreysig assimila la plupart des concrétions fibrineuses du cœur aux pseudomembranes des séreuses et des muqueuses, et les considéra comme le produit d'un travail de sécrétion morbide dans la membrane du cœur enflammée. Cette doctrine fut adoptée par MM. Bertin et Bouillaud en 1824 (6).

Plus tard, M. Bouillaud (7) a restreint l'application de la doctrine de Kreysig à un plus petit nombre de concrétions. Mais il a cru qu'on pouvait distinguer des concrétions sanguines ordinaires, les concrétions sanguines qui se produisent sous l'influence de l'endocardite. Il a ainsi rattaché, comme Kreysig, la plupart des concrétions du cœur à l'inflammation de sa membrane interne, en séparant toutefois celles dont le sang coagulé fournit la matière de celles qui consistent en un produit sécrétoire.

Malgré les efforts de Laënnec pour combattre la théorie inflammatoire de la formation des concrétions du cœur, cette théorie s'est répandue, s'est accréditée, et aujourd'hui, avec des restrictions variables, elle constitue une doctrine généralement adoptée.

Tout en contestant la part que Kreysig et M. Bouillaud attribuent à la formation des concrétions du cœur, Laënnec ne s'est pas éloigné des vues de ces pathologistes en ce qui concerne le développement d'organisation dont ces concrétions sont par eux jugées susceptibles. Il a même consacré ces vues en n'hésitant pas à expliquer positivement la formation des végétations verrugueuses par un développement organique des concrétions fibrineuses du sang.

Les nouvelles doctrines ont rendu aux concrétions polypiformes du cœur l'importance pathologique dont Pasta, Morgagni et la plupart des pathologistes du siècle [illegible] avaient dépouillées.

En effet, l'existence des concrétions fibrineuses est fréquemment invoquée aujourd'hui comme une preuve de l'inflammation de la membrane interne du cœur, même à défaut d'autres altérations, et ce caractère anato-

(1) OBS. ANAT.
(2) DE POLYPO CORDIS.
(3) EPISTOLÆ DUÆ, etc., 1739.
(4) *Loc. cit.*, art. 30, p. 534.
(5) Corvisart, ESSAI SUR LES MALADIES DU CŒUR, 1806.
(6) TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR ; par MM. Bertin et Bouillaud. 1824.
(7) TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR ; par M. Bouillaud. 1835.

mique fort équivoque n'a pas peu contribué, ce semble, à faire exagérer dans le temps présent la fréquence de l'endocardite.

La question d'anatomie pathologique qui concerne les concrétions du cœur s'est donc fort compliquée depuis Corvisart.

Il ne s'agit plus aujourd'hui de distinguer les concrétions entre elles suivant qu'elles se sont formées avant ou après la mort. Il faut que l'anatomie pathologique fournisse des caractères propres à faire distinguer sûrement les exsudations inflammatoires des concrétions sanguines, et à faire reconnaître parmi les concrétions de nature sanguine celles qui se sont produites sous l'influence de l'inflammation et celles qui se sont formées en l'absence de cette condition.

Quant à la conception théorique de la formation des productions concrètes du cœur, la doctrine de Kreysig implique une théorie fort simple de formation pour les exsudations inflammatoires; mais elle ne fournit aucune lumière nouvelle sur la formation des concrétions sanguines; elle a, au contraire, contribué à jeter de l'obscurité et de la confusion dans les questions à résoudre, en imposant la nécessité d'expliquer, de deux manières fort différentes, la formation de produits tellement analogues qu'ils ont pu pendant de longues années, et qu'ils doivent peut-être encore aujourd'hui être considérés comme identiques. L'opinion qui attribue un rôle à l'état inflammatoire dans la formation des concrétions sanguines n'explique pas ce rôle; et du reste elle complique encore les difficultés du problème, car elle suppose qu'on peut réellement distinguer les unes des autres des concrétions de même nature.

D'après ce rapide aperçu de la succession des doctrines qui a produit l'état actuel de la science, dans lequel prédomine la conception de Kreysig, il est facile de reconnaître que la valeur pathologique des productions concrètes du cœur a été constamment subordonnée à une question d'anatomie pathologique. Il ne pouvait en être autrement; car, pour les temps antérieurs à Kreysig, ces concrétions ne pouvaient avoir une valeur pathologique qu'à la condition de s'être formées pendant la vie, d'où la nécessité pour l'anatomie pathologique de déterminer les caractères différentiels des concrétions relativement à l'époque de leur formation. Depuis les travaux de Kreysig et de M. Bouillaud, ces concrétions ne peuvent être appréciées dans leur valeur pathologique qu'à la condition d'une distinction anatomo-pathologique rigoureuse entre les concrétions inflammatoires et les concrétions sanguines.

Toute la pathologie des concrétions du cœur est donc dominée par ces deux questions :

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions formées pendant la vie, ou *concrétions pathologiques*, des concrétions postérieures à la mort ou *concrétions cadavériques?*

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les *concrétions inflammatoires* des *concrétions sanguines?*

C'est à la solution de ces deux questions que tendent principalement les recherches auxquelles je me suis livré, et dont ce mémoire est destiné à exposer les résultats.

II. — DE LA NATURE DES CONCRÉTIONS DU CŒUR.

Les différences que présentent les productions concrètes des cavités du cœur, et qui peuvent servir à déterminer leur nature, se rapportent à leur matière, à leur couleur, à leur densité, à leur volume, à leur forme, à leur structure et à leurs relations avec le cœur.

C'est en discutant ces différences qu'on peut arriver à distinguer, s'il est possible, par des caractères positifs, les concrétions sanguines des concrétions inflammatoires et les concrétions pathologiques des concrétions cadavériques. C'est aussi par l'étude approfondie de ces diverses propriétés dans les productions concrètes des cavités du cœur qu'on peut éviter de de les confondre avec les excroissances qui se développent à la surface de ces cavités.

1° MATIÈRE DES CONCRÉTIONS. — Les concrétions qu'on trouve dans les cavités du cœur après la mort sont :

1° De simples caillots sanguins;

2° Des caillots sanguins qui offrent quelques traces de substance fibrineuse sous la forme de lames ou de flocons;

3° Une association en proportions variables de caillot fibrineux et de caillot cruorique;

4° Des formations dans lesquelles l'élément fibrineux prédomine, l'élément cruorique se trouvant restreint à des caillots emprisonnés dans la masse fibrineuse et à des prolongements terminaux de cette masse;

5° Des concrétions tout à fait blanches, qui sont complétement isolées des caillots rouges, ou qui ne paraissent avoir avec ces caillots que des rapports de contiguïté.

Il n'y a que les concrétions de cette dernière espèce qui puissent, en raison de leur matière, être distinguées des concrétions sanguines.

L'association intime de l'élément cruorique à l'élément fibrineux dans toutes les autres espèces démontre leur nature et leur origine. Ce sont de simples concrétions sanguines qui, en raison de la prédominance de l'élément fibrineux, mais surtout en raison d'autres considérations, peuvent être distinguées en concrétions antérieures ou postérieures à la mort.

Quant aux concrétions qui ne contiennent pas l'élément cruorique, il est impossible de trouver dans la nature de leur matière constituante un caractère vraiment différentiel; car l'exsudation d'albumine coagulée et la concrétion de fibrine peuvent être considérées comme identiques pour la nature de leur matière. Une concrétion fibrineuse du sang peut avoir été complétement dépouillée de son élément cruorique par le travail de modification auquel est soumis tout coagulum sanguin, soit dans les voies de la circulation, soit dans les autres régions de l'organisme.

Il est toutefois digne de remarque que les concrétions blanches du cœur n'offrent pas, même lorsqu'elles paraissent être fort récentes, les caractères de consistance molle, de ténacité faible, d'opacité et de couleur jaunâtre qui appartiennent aux exsudations inflammatoires, et se présentent au contraire avec les caractères de consistance ferme, de ténacité notable, de translucidité et de couleur grisâtre qui appartiennent à la fibrine séparée du sang par simple coagulation.

La présence d'une matière sanieuse ou puriforme dans l'intérieur de la masse concrète est un fait rare qui sera apprécié en même temps que les caractères relatifs à la structure.

2° COULEUR DES CONCRÉTIONS. — La couleur rouge brun caractérise, dans les concrétions, la présence de l'élément cruorique, qui prend la couleur du sang veineux dans les cavités gauches aussi bien que dans les cavités droites du cœur, par suite de la stase et de la coagulation.

Les diverses nuances de couleur blanche, grise, jaune, que peuvent offrir les concrétions, soit en partie, soit en totalité, ne prouvent qu'une chose : c'est qu'une partie ou la totalité de la concrétion est privée de l'élément séreux, variable lui-même pour la nuance de sa couleur.

Rien de véritablement caractéristique ne peut servir à distinguer par la couleur les concrétions fibrineuses sanguines des concrétions inflammatoires.

Les teintes rosées de la partie fibrineuse des concrétions sont dues à une imbibition de la matière colorante du sang, et se retrouvent avec les mêmes caractères dans l'épaisseur des couches de fibrine qui constituent la couenne du sang.

3° DENSITÉ DES CONCRÉTIONS. — Il y a entre les parties blanches et les parties rouges des concrétions sanguines les mêmes différences de densité, de consistance, de ténacité, qu'entre la partie fibrineuse et la partie cruorique du caillot ordinaire du sang couenneux.

Les différences de densité que la partie blanche elle-même peut offrir sont tout à fait analogues à celles que présente la fibrine coagulée. Les concrétions sanguines du cœur sont d'autant plus denses que la portion fibrineuse est plus abondante et plus exactement séparée, et les concrétions complétement décolorées sont en général les plus denses et les plus consistantes.

La densité plus grande de la partie blanche des concrétions du cœur peut tout au plus être un indice de l'ancienneté de leur formation, et ne peut en aucune manière servir à différencier les concrétions relativement à leur nature inflammatoire ou sanguine.

4°. VOLUME DES CONCRÉTIONS. — Le volume des concrétions, autant qu'il dépend de la quantité de la partie cruorique, est tout à fait insignifiant. La partie rouge des concrétions appartient généralement à une coagulation cadavérique. Il n'en faut excepter que les portions de caillot cruorique qui se trouvent emprisonnées dans la masse blanche ou revêtues de toutes parts par une couche fibrineuse, et que les portions qui sont continues à la masse blanche sous formes de franges ou de prolongements cylindriques.

Le volume des concrétions, en tant qu'il dépend de la quantité de la partie fibrineuse, a une certaine valeur comme indice de l'époque de la formation des concrétions sanguines. Lorsque la partie fibrineuse constitue la plus grande partie de la concrétion, et lorsque cette partie est absolument considérable, on ne peut guère douter que la formation de la concrétion ait eu lieu pendant la vie. Les concrétions complétement décolorées appartiennent évidemment à une époque antérieure à la mort; et lorsque leur volume est considérable, il n'est guère possible d'admettre qu'elles aient pu être le produit d'une exsudation inflammatoire.

5° FORME DES CONCRÉTIONS. — La forme des concrétions du cœur fournit des caractères différentiels qui ont une importance réelle quand il s'agit de déterminer l'époque de la formation; et sous ce point de vue, l'étude de la forme des concrétions a été beaucoup trop négligée. En effet, certaines conditions de forme, dans les concrétions sanguines, sont véritablement décisives en ce qui touche l'époque de leur formation.

Ainsi Jean-Louis Petit rapportait (1) la formation des concrétions sanguines à une époque postérieure à la mort, en se fondant sur ce que la partie blanche de la concrétion sanguine est séparée de la partie rouge et placée en dessus, à la manière de ce qu'on observe dans le sang extrait des vaisseaux.

Il affirmait avoir constaté le fait toutes les fois que le cadavre avait été maintenu pendant un temps suffisant dans la position horizontale, c'est-à-dire presque constamment. Si ce fait était aussi constant que Petit l'admettait, on ne pourrait se refuser à admettre comme lui que la formation des concrétions fibrineuses est habituellement un phénomène cadavérique.

La démonstration anatomo-pathologique d'une formation antérieure à la mort peut être plus évidemment et plus rigoureusement déduite, pour certaines concrétions, de la considération de leur forme, qui implique nécessairement l'influence des mouvements de la vie.

Ainsi j'ai souvent constaté, dans des concrétions sanguines de nature principalement ou presque exclusivement fibrineuse, une forme et des relations soit de position, soit de délimitation, soit d'adhérence, dont il ne pouvait être rendu compte que par l'influence plus ou moins longtemps continuée du mouvement du sang au contact du caillot, et autour de lui dans les intervalles ménagés entre sa surface libre et les parois des cavités du cœur. Et c'est précisément à cause de l'influence exercée sur sa forme et sur ses rapports par le mouvement du sang, que les concrétions fibrineuses qui résultent de cette influence et qu'on trouve après la mort, révèlent par leur forme et par leurs relations l'état du cœur au moment où, pendant la vie, la coagulation s'est produite, et peuvent même concourir à éclairer quelques détails de la circulation dans les cavités du cœur (2). Je reviendrai avec détails sur ces caractères de forme quand je traiterai du mécanisme de la formation et des transformations des concrétions sanguines.

Parmi les caractères de forme que peuvent offrir les concrétions du cœur, il n'en est qu'un qui puisse être invoqué comme pouvant se rapporter à une exsudation inflammatoire : c'est la disposition en couche membraneuse appliquée aux parois ; mais ce caractère pouvant appartenir aussi à des concrétions ou à des portions de concrétions de nature évidemment sanguine, il perd toute valeur de signe différentiel propre à faire distinguer les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines.

6° Relations des concrétions avec le cœur. — Certaines concrétions n'ont d'autres relations avec le cœur que celles du contenu au contenant. Ces concrétions, dans lesquelles prédomine l'élément cruorique, non-seulement sont des concrétions sanguines, mais encore sont des concrétions cadavériques. Il peut arriver néanmoins qu'une concrétion purement fibrineuse, bien que formée avant la mort, se trouve parfaitement libre de toute connexion avec les parois du cœur ; c'est alors que ses adhérences ont été rompues par l'influence des mouvements du cœur et du sang ambiant.

Le plus ordinairement les concrétions, soit par une de leurs faces, soit par des prolongements sous formes de racines, sont immédiatement juxtaposées aux parois des cavités, et souvent cette contiguïté immédiate entraîne une adhésion qui exige pour être vaincue l'emploi d'une force plus ou moins considérable.

Lorsque les concrétions ont la forme membraneuse, sont contiguës par une de leurs faces aux parois de la cavité, et ne peuvent en être séparées qu'à l'aide d'une traction plus ou moins énergique, elles ont des caractères de relation qui leur sont communs avec les exsudations membraneuses.

Lorsque les concrétions de forme variable n'ont des rapports de contiguïté et d'adhérence avec les parois du cœur qu'au moyen de prolongements, elles ont les caractères de relation qui appartiennent aux concrétions sanguines. Les points d'adhérence sont subordonnés, comme la forme des concrétions, à des influences mécaniques qui seront plus loin appréciées. Ces conditions de relation, aussi bien que celles de forme, peuvent fournir des caractères concluants relativement à l'époque de la formation des concrétions.

Mais le fait de l'adhérence est la seule condition de relation qui puisse être invoquée quand il s'agit de déterminer la nature sanguine ou inflammatoire des concrétions.

Pour que l'adhérence puisse être considérée comme un caractère de quelque valeur, il faut qu'elle constitue une adhérence de continuité ; car l'adhérence de contiguïté appartient à peu près également à toutes les concrétions pour leurs parties fibrineuses qui sont en contact immédiat avec la surface des cavités du cœur, aussi bien pour les racines et les expansions membraniformes des concrétions en partie adhérentes et en partie flottantes, que pour les concrétions de forme purement membraneuse. Cette adhérence de contiguïté tient à la nature fibrineuse de la concrétion et à des influences mécaniques d'état de la surface et de pression du sang sur le côté libre de la concrétion. L'adhérence de continuité par des filaments celluleux et vasculaires est un fait tellement rare que Morgagni ne l'a jamais rencontré et que les archives de la science n'en possèdent peut-être aucun dont l'authenticité ne puisse être révoquée en doute. L'adhérence de continuité serait au reste un des caractères les plus évidents d'un état de véritable organisation dans les concrétions du cœur. L'appréciation de sa valeur comme indice de la nature inflammatoire des concrétions ne peut-être convenablement séparée de la discussion des autres caractères qui peuvent démontrer l'organisation dans ces productions morbides.

7° Structure des concrétions. — Déjà certaines conditions de la structure des concrétions ont été appréciées lorsqu'il a été question de leur matière, de leur densité, de leur forme, de leurs relations avec le cœur.

La structure de l'élément fibrineux dans le plus grand nombre des concrétions est parfaitement semblable à celle de l'élément fibrineux dans le caillot du sang couenneux. C'est un tissu homogène plus ou moins dense, élastique, susceptible d'être déchiré en tous sens, de manière à se décomposer en fibres grossières et irrégulières, quelquefois plus lâche et comme infiltré de sérosité.

Dans celles de ces concrétions qui ont une certaine épaisseur, les parties adhérentes ou flottantes offrent fréquemment plusieurs couches superposées ou conjointes, non-seulement de parties fibrineuses et de parties cruoriques, mais même plusieurs couches de parties purement fibrineuses.

Cette disposition lamelleuse des concrétions n'est pas un caractère d'organisation ; car elle se retrouve dans les cavités anévrismales pour les concrétions fibrineuses déposées du sang, et même quelquefois dans les deux éléments fibrineux et cruorique du caillot de sang couenneux. Elle n'indique tout au plus qu'une formation déjà ancienne de concrétions successives. Et il n'y a aucune raison d'attribuer cette formation successive de concrétions par couches à une exsudation inflammatoire plutôt qu'à des dépôts successifs provenant des coagulations successives de sang, mode de formation des concrétions fibrineuses lamellées qui s'explique par une influence mécanique aussi bien dans le cœur que dans les poches anévrismales.

Les seuls caractères non équivoques de véritable organisation que l'anatomie pathologique puisse admettre pour les concrétions développées à la surface des membranes sont l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation. Or ces deux caractères ont fait défaut dans toutes les concrétions que j'ai eu l'occasion d'examiner.

L'adhérence et l'organisation des concrétions fibrineuses ont été et sont souvent encore admises sur de trompeuses apparences.

Morgagni (1) n'avait jamais eu l'occasion de rencontrer une véritable organisation des concrétions polypiformes, bien qu'il en eût examiné une quantité presque innombrable.

Il y a loin en effet, comme le remarque fort judicieusement l'immortel anatomiste, des apparences à la réalité de l'adhérence et de l'organisation. Les concrétions peuvent simuler l'adhérence, en ce que s'insinuant entre les plus petits interstices et dans les plus petites cavités de la surface interne du cœur, elles y sont comme enracinées ; elles peuvent simuler l'organisation, en ce qu'elles offrent quelquefois des apparences de vaisseaux à leur surface ou dans leur masse ; mais ce n'est là ni l'adhérence réelle qui se produit par la continuité de fibres, ni la vascularisation réelle qui se caractérise aux yeux et sous l'instrument tranchant par de véritables vaisseaux à membranes propres et déterminées. Valsalva, qui s'était laissé séduire par ces trompeuses apparences, n'a-t-il pas reconnu lui-même son erreur en approfondissant ses recherches, et n'a-t-il pas supprimé les dessins qu'il avait consacrés à reproduire, comme des vaisseaux réels, ces apparences de vaisseaux?

On trouve en effet, soit immédiatement au-dessous de la surface libre et polie des concrétions, soit dans leur épaisseur, des ponctuations, des marbrures, des stries d'une couleur rouge de sang ; mais ces ponctuations, ces marbrures et ces stries ne sont autre chose que de la matière cruorique emprisonnée dans la matière fibrineuse. Cette nature de caillot cruorique est facile à reconnaître dans celle de ces parties rouges qui ont un volume notable. Si on incise ces petites masses, une matière rouge moins solide se sépare d'une matière grise solide qui se présente sous la forme de petites granulations analogues à des verrues implantées dans la masse de la concrétion, et correspondant par leur face rugueuse et mamelonnée à la matière rouge qu'on en détache. Évidemment ces petits corps analogues aux verrues ne sont autre chose que le coagulum fibrineux de la masse sanguine emprisonnée, dont la matière rouge est le coagulum cruorique. Après avoir

(1) Mém. Acad. roy. des sciences, 1732.

(2) Parchappe, Du cœur, de sa structure et de ses mouvements, 1844, p. 127.

(1) *Loc. cit.*, art. 26, p. 526.

exprimé la matière rouge, ce qu'on trouve constamment dans tous ces cas, ce sont les parois fibrineuses plus ou moins lisses de ces espèces de loges qui ont emprisonné des caillots rouges soustraits pour un temps plus long au travail qui tend à transformer tous les caillots sanguins en concrétions blanches.

C'est à cet état des concrétions sanguines que Laennec fait allusion quand il parle de leur organisation, et quand il ajoute : « Je n'ai pas trouvé de grosses concrétions polypiformes dans un état d'organisation plus avancé (1). »

La seule observation que je connaisse où il soit fait mention d'un état de véritable vascularisation est celle du docteur Senn (de Genève), qui, en y regardant de plus près, aurait peut-être fini par imiter Valsalva, et qui aurait dû indiquer par quel procédé d'investigation il avait reconnu la nature des vaisseaux dans la concrétion, et ne pas réduire une observation d'une telle importance à ces quelques mots : « Cette concrétion polypiforme était parcourue par une infinité de vaisseaux injectés en rouge vif ou noir. »

Ainsi, ni l'adhérence, parce qu'elle ne représente pas une continuité organique, ni la disposition lamelleuse, parce qu'elle n'exprime qu'une influence mécanique de formation successive, ni la présence de points, de marbrures, de lignes rouges, parce qu'elle n'indique que le fait de l'emprisonnement de caillots cruoriques dans la masse concrète, ne sont des caractères de véritable organisation.

Et quand des caractères plus positifs auraient été réellement rencontrés dans quelques concrétions, ils n'auraient pas encore une valeur absolue pour prouver la nature inflammatoire de ces concrétions; car rien ne s'oppose à ce qu'on puisse admettre qu'à la longue de véritables concrétions sanguines ne puissent s'organiser tout aussi bien que des produits d'une exsudation inflammatoire.

Ce qui confirme cette vue, c'est qu'une nature sanguine et une formation par coagulation appartiennent véritablement aux concrétions qui paraissent les plus voisines d'une organisation réelle et qui sont de l'espèce de celles auxquelles Laennec a fait allusion en disant que ces concrétions (qu'il n'a trouvées que sur les parois des oreillettes ou dans leurs sinus) « sont adhérentes aux parois du cœur et ne peuvent même en être détachées quelquefois qu'en râclant avec le scalpel, et ressemblent parfaitement aux couches de fibrine décomposée que l'on trouve dans les anévrismes faux (2). »

J'ai eu l'occasion de rencontrer une de ces concrétions dont voici la description.

Chez une femme morte d'une maladie étrangère au cœur, le fond de la cavité de l'appendice auriculaire droite était rempli, pour la moitié de sa capacité, par une concrétion ainsi constituée. Plusieurs couches mal limitées de fibrine dure et blanche, avec des nuances de jaune doublent les parois de l'appendice jusqu'à la couche musculaire, qui est amincie, atrophiée ; au contact de la couche musculaire et de la concrétion, une couche mince de cette concrétion a une couleur rosée. La surface de la concrétion, du côté de la cavité de l'oreillette, est lisse, polie, continue avec la membrane interne de l'oreillette, de telle sorte qu'une pellicule membraneuse, transparente, peut être soulevée à la surface de la concrétion et détachée de cette concrétion, et au delà de ses limites, de la paroi de l'oreillette, sans rupture de continuité. Il n'y a dans la concrétion fibrineuse aucune trace de l'existence de vaisseaux sanguins. La concrétion et la paroi musculaire de l'appendice constituent dans leur ensemble une masse d'où on ne peut les séparer que par une sorte de clivage, qui, lors de la séparation des couches, ne laisse constater la rupture d'aucun lien véritablement organique.

La présence du pus dans les concrétions du cœur serait un caractère décisif de leur nature inflammatoire, si la présence de la matière purulente ne pouvait pas être expliquée autrement que par une sécrétion inflammatoire de la surface du cœur à laquelle la concrétion est contiguë ou adhérente.

M. Andral s'explique ainsi relativement à l'origine du pus qui a été quelquefois rencontré au sein de ces concrétions : « .... Ou bien il a été absorbé dans un lieu plus ou moins éloigné du cœur, et il est arrivé avec le sang dans cet organe ; ou bien il a été fourni par l'endocarde enflammé, puis du sang que sa présence a contribué à solidifier est venu l'entourer ; ou bien enfin ce pus s'est formé au milieu du sang lui-même, et sous l'influence d'une altération spontanée de ce liquide (3). »

J'ai eu l'occasion de rencontrer dans le cœur d'une phthisique, plusieurs vésicules du volume d'un gros pois, enchatonnées dans des fossettes ou des anfractuosités naturelles de la surface du ventricule droit. Ces vésicules, constituées par une enveloppe blanche, mince et molle, tout à fait semblable à une couche de fibrine, étaient remplies d'un pus liquide jaune verdâtre, qui jaillissait de la cavité lorsqu'on venait à en ouvrir l'enveloppe. On pouvait, sans les déchirer et sans rompre aucune adhérence, extraire ces vésicules des fossettes et des anfractuosités où elles étaient logées; et la membrane interne du cœur au fond de ces fossettes était dans son état parfaitement normal, lisse, transparente, incolore. Quelle qu'ait été la nature de ces vésicules purulentes, kystes tuberculeux, entozoaires (1), ou matière purulente transportée avec le sang dans le cœur et s'y étant enveloppée d'une couche fibrineuse, cet exemple de la présence dans le cœur de matière purulente renfermée dans une enveloppe concrète ne peut être rapporté à une formation locale par sécrétion inflammatoire (2).

La matière concrète qui provient d'une coagulation du sang et d'où les mouvements du cœur expriment la partie cruorique, en même temps qu'ils en condensent la partie fibrineuse, paraît susceptible d'éprouver un travail de transformation intérieure qui a des caractères analogues à ceux du ramollissement puriforme des diverses productions morbides, notamment des tubercules.

On a vu que la séparation de l'élément fibrineux et de l'élément cruorique s'effectue dans les caillots emprisonnés au sein de la masse fibrineuse concrète. Par suite d'une absorption d'imbibition, l'élément cruorique peut disparaître plus ou moins complétement et laisser à sa place des loges sous forme de kystes, qui ont pu faire croire à une organisation complète de la concrétion.

Un ramollissement intérieur de la concrétion, par suite de sa décomposition, peut avoir pour effet, en portant à la fois sur l'élément fibrineux et sur l'élément cruorique, de donner naissance à une sorte de sanie purulente. Il n'est pas certain qu'un ramollissement puriforme ne puisse pas se produire de toutes pièces par la décomposition spontanée du cruor et de la fibrine dans une concrétion sanguine du cœur (3).

Quoi qu'il en soit, un ramollissement de ce genre peut se produire au sein d'une concrétion blanche, et amenant une inflammation des parois contiguës, ou se produisant en même temps que cette inflammation et sous son influence, peut déterminer dans une concrétion d'origine sanguine et non inflammatoire une véritable suppuration. Des cas de ce genre ont pu être pris pour de véritables abcès du cœur. L'erreur est plus facile qu'on ne serait tenté de le croire. Je publie à la fin de ce mémoire une observation à propos de laquelle une première inspection m'avait fait tomber dans une méprise de ce genre, bientôt rectifiée par un examen plus approfondi.

Pour que la présence du pus dans les concrétions puisse être considérée comme un indice de la formation de ces concrétions par exsudation inflammatoire, il faut que l'origine du pus ne puisse être expliquée, dans le cas dont il s'agit, par aucune des deux circonstances qui viennent d'être indiquées, le transport du pus dans le cœur, ou la transformation purulente spontanée de la concrétion sanguine. Ne faudrait-il pas de plus que le pus se montrât répandu sous forme de couche à la surface de la membrane qui l'aurait fourni, et recouvert, seulement du côté de la cavité, d'une couche plus ou moins épaisse de matière fibrineuse ou cruorique provenant de la coagulation du sang, que le pus est jugé apte à déterminer?

Les végétations verruqueuses, que Laennec considérait comme représentant un degré d'organisation plus avancé des concrétions sanguines spontanées (4), et que Kreysig, Bertin et M. Bouillaud ont rapportées aux produits inflammatoires organisés, ont été ainsi par les uns et les autres rattachées aux productions concrètes du cœur.

Je regarde comme de pures hypothèses l'une et l'autre théorie de la formation des végétations verruqueuses, et je crois qu'on a mal à propos confondu des concrétions sanguines et des excroissances en cherchant à les rattacher par un lien imaginaire de transformation. Il est très-ordinaire de rencontrer dans les cavités du cœur, et surtout dans les cavités gauches, des concrétions fibrineuses d'un petit volume, de forme irrégulièrement arrondie, qui se sont attachées aux valvules et aux radiations tendineuses, qui ne s'en détachent qu'avec quelque difficulté, et qui ne doivent pourtant être considérées ni comme organisées ni même comme véritablement adhérentes. La nature souvent mixte de ces concrétions les assimile aux concrétions sanguines les plus ordinaires; et lorsqu'elles sont entièrement fibrineuses, elles ne diffèrent des concrétions sanguines de même nature que par la forme. Cette forme les rapproche des végétations verruqueuses; mais

(1) *Loc. cit.*, chap. 18, t. III, p. 295.
(2) *Loc. cit.*, p. 298.
(3) TRAITÉ DE L'AUSCULT. ; 3e éd. Note, p. 296.

(1) Voir Morgagni, ép. 21, art. 4. — KYSTES PURULENTS CONSIDÉRÉS COMME DES CYSTICERQUES, par Laennec, p. 263.
(2) Voir Laennec, VÉGÉTATIONS GLOBULEUSES, p. 344.
(3) Laennec, en parlant des altérations spontanées que l'observation permet de reconnaître dans les concrétions des sacs anévrismatiques, s'exprime ainsi : « Quelquefois les dernières couches sont ramollies à consistance de bouillie, sans perdre d'ailleurs leur autres caractères. Il est évident qu'elles sont formées par de la fibrine dans un état de décomposition plus ou moins avancée. » (*Loc. cit.*, p. 434.)
(4) *Loc. cit.*, chap. XX, p. 326.

elles en diffèrent réellement de toute la différence qui sépare une concrétion d'une excroissance. Il est digne de remarque que les caillots sanguins emprisonnés dans les concrétions blanches offrent pour leur partie fibrineuse, lorsqu'on en a séparé la partie cruorique, une forme qui rappelle aussi celles des verrues. Mais une similitude dans la forme ne peut motiver une assimilation de nature.

Les végétations verruqueuses vraies se déploient en divisions organisées à la manière de toutes les végétations, et elles ont un pédicule organisé qui se continue avec le tissu dans lequel elles sont implantées.

Rien de pareil ni même d'analogue ne se retrouve dans les concrétions de forme verruqueuse qui se détachent de la membrane à laquelle elles adhèrent sans rupture d'aucun lien organique, et en laissant à la place qu'elles ont abandonnée cette membrane parfaitement intacte.

Les végétations verruqueuses se développent souvent à la gorge de l'orifice auriculo-ventriculaire, c'est-à-dire dans un lieu où, par une cause mécanique, les concrétions sanguines ne peuvent se fixer (1).

Résumé. — Après avoir apprécié les différences que peuvent présenter les productions concrètes des cavités du cœur relativement à leur matière, à leur couleur, à leur densité, à leur volume, à leur forme, à leur structure et à leurs relations, et après avoir discuté la valeur partielle des caractères fournis par chacune de ces catégories de qualités, l'anatomie pathologique doit être en mesure de donner, suivant sa portée, la solution des diverses questions qui se rattachent à la nature des concrétions du cœur. Voici, en ce qui résulte de mes recherches, ces solutions :

1° Les productions concrètes du cœur diffèrent par leur nature des excroissances. Les similitudes de matière et de forme, qui ont conduit plusieurs observateurs ou à confondre les concrétions et les excroissances, ou à considérer les excroissances comme une transformation des concrétions, sont illusoires. Des caractères anatomo-pathologiques positifs séparent les excroissances des concrétions, et ces caractères sont, ainsi que Morgagni l'avait déjà solidement établi, l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation, qui appartiennent réellement aux excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions.

2° Il y a des caractères différentiels propres à faire distinguer facilement et sûrement les productions antérieures à la mort, ou concrétions pathologiques, des productions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques.

Les concrétions qui sont constituées exclusivement ou principalement par un caillot cruorique, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé en couche mince à la surface du caillot cruorique, dont la forme reproduit celle de la cavité contenante, qui adhèrent à peine aux parois des cavités, sont certainement des concrétions cadavériques.

Les concrétions qui sont constituées principalement par un coagulum fibrineux, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé comme une sorte de noyau à la périphérie duquel se développe l'élément cruorique, dont la forme est telle qu'elle n'a pu être produite que par l'action plus ou moins prolongée de la pression et du mouvement du sang, qui adhèrent avec force par des prolongements fibrineux aux anfractuosités et aux saillies des cavités, qui offrent les apparences de l'organisation telles que structure lamelleuse, loges intérieures, caillots emprisonnés sous forme de masses variables en volume, de points, de marbrures, de stries, qui contiennent une matière sanieuse ou purulente, se sont certainement formées avant la mort, et doivent être considérées comme des concrétions pathologiques. Les caractères empruntés à la forme, à la structure et aux relations, ont une valeur décisive, et peuvent même servir à faire apprécier approximativement l'ancienneté de la formation antérieure à la mort, et à faire distinguer par conséquent les concrétions de l'agonie des concrétions véritablement pathologiques.

3° Les différences que présentent les productions concrètes du cœur ne fournissent aucun caractère anatomo-pathologique qui puisse servir à faire distinguer sûrement les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines.

Pour l'immense majorité des cas, les productions concrètes des cavités du cœur, étudiées dans leurs diverses conditions de matière, de couleur, de densité, de volume, de forme, de structure et de relations avec le cœur, offrent un ou plusieurs caractères qui révèlent avec évidence leur nature de concrétion sanguine.

Le doute sur la nature sanguine des concrétions ne peut s'élever que pour celles qui, ne contenant dans leur épaisseur aucune trace d'élément cruorique, simulent des fausses membranes ou offrent les apparences de l'organisation. Mais la décoloration complète, la forme membraneuse, la structure lamelleuse, aréolaire, l'adhérence de contiguïté, les apparences de la vascularisation, se rencontrent dans des concrétions de nature évidemment sanguine. La présence de matière sanieuse ou puriforme n'est pas exclusive de la nature sanguine des concrétions. Enfin l'organisation véritable, c'est-à-dire celle qui consiste dans l'adhérence de continuité et dans la vascularisation réelle, n'appartient qu'aux excroissances, ou au moins est un fait si exceptionnel dans les productions concrètes, qu'il n'a été rencontré ni par Morgagni, ni par Laennec, ni par Joseph Franck, ni par tant d'autres anatomistes, et qu'il n'a peut-être été démontré par personne.

S'il fallait restreindre les concrétions inflammatoires à celles des productions concrètes du cœur, qui, n'étant pas des excroissances, offriraient réellement les caractères d'une véritable organisation, le nombre des concrétions inflammatoires se trouverait tellement restreint qu'il n'y aurait plus guère à en tenir compte que pour mémoire dans l'histoire des concrétions du cœur.

4° Les différences que présentent les concrétions sanguines du cœur ne fournissent aucun caractère positif qui puisse conduire à distinguer sûrement celles de ces concrétions qui auraient pu se produire sous l'influence d'un état inflammatoire de l'endocarde de celles qui se seraient formées indépendamment de cette influence.

Il suffit pour se convaincre de l'impossibilité réelle d'une telle distinction de rappeler les caractères qui ont été considérés par M. Bouillaud comme propres à faire reconnaître les concrétions sanguines formées sous l'influene de l'état inflammatoire de la membrane interne du cœur.

« Les concrétions sanguines formées sous l'influence d'une endocardite aiguë ne sauraient être confondues avec les caillots ordinaires que l'on rencontre dans le cœur, avec ceux surtout qui ne se sont développés qu'après la mort. Les concrétions consécutives à l'endocardite aiguë sont blanches, décolorées, élastiques, glutineuses, adhérentes aux parois du cœur, entortillées autour des tendons valvulaires et des colonnes charnues. Elles sont en quelque sorte à demi organisées, et, comme nous l'avons déjà dit, fort analogues soit à la couenne inflammatoire du sang, soit aux pseudo-membranes elles-mêmes ; quelques-unes offrent parfois des points ou des lignes rouges, qui ne sont réellement autre chose que des rudiments de vaisseaux (1). »

Évidemment ce sont là les caractères qui appartiennent aux concrétions formées avant la mort, quel qu'ait été pendant la vie et quel que soit après la mort l'état de l'endocarde. Certainement ces caractères se trouvent fréquemment dans les concrétions sanguines, en l'absence de tout état inflammatoire de la membrane interne du cœur.

5° En définitive, ce que l'anatomie pathologique permet de conclure relativement à la nature des productions concrètes du cœur, d'après les données fournies par l'étude de leurs caractères matériels, c'est que ces productions consistent purement et simplement en des concrétions sanguines, tantôt cadavériques, tantôt pathologiques, parfaitement distinctes des excroissances organiques, et non moins parfaitement distinctes des exsudations inflammatoires, si ce n'est dans un très-petit nombre de cas où leur nature inflammatoire ou sanguine est impossible à déterminer directement.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

LE TOURNIQUET DE J.-L. PETIT APPLIQUÉ PAR M. LAUGIER AUX LUXATIONS EN HAUT DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE ; note communiquée par M. ROLLET, interne des hôpitaux.

Il est en général facile de réduire les luxations en haut de l'extrémité externe de la clavicule ; mais la difficulté que l'on éprouve à les maintenir réduites a de tout temps frappé les chirurgiens : un grand nombre, en désespoir de cause, laissent à la nature le soin de la guérison.

Lorsque cette luxation est abandonnée à elle-même les douleurs cessent peu à peu, le gonflement produit par les fluides épanchés à la suite de la déchirure des parties molles de l'articulation se dissipe d'une manière graduelle, et il s'établit dans la nouvelle position de l'os un travail de réparation qui lui fait recouvrer la fixité qu'il avait avant son déplacement ; mais il reste toujours une difformité marquée de l'épaule correspondante ; elle est plus rapprochée du cou que celle du côté opposé, l'extrémité de la clavicule y fait une saillie proportionnelle à l'étendue du déplacement. Les mouve-

(1) C'est ce que j'ai eu récemment l'occasion de constater dans un cas où deux végétations étaient implantées sur la face auriculaire de l'anneau valvulaire gauche, à quelques millimètres au-dessous de la zone d'attache de l'anneau, l'une sur la partie de l'anneau correspondante à la valvule aortique, l'autre sur la partie de l'arc postérieur intermédiaire aux valvules. (Voir l'obs. 35 de Corvisart, l'obs. 50 de Laennec.)

(1) Trait. clin. des mal. du cœur, t. II, p. 178.

ments du bras ne se rétablissent pas avec toute leur intégrité, et ceux d'élévation surtout restent toujours plus ou moins bornés.

Il ne suffit pas, pour éviter ces inconvénients, d'appliquer à cette luxation les différents appareils qui ont été imaginés jusqu'à ce jour; tous en remplissent mal les indications.

Le bandage de Desault pour les fractures de la clavicule a été conseillé ici moyennant une légère modification. Elle consiste à recouvrir l'épaule malade de compresses suffisamment épaisses et à faire passer sur elle quelques jets de bande, dans le but d'abaisser l'extrémité saillante de la clavicule. On sait combien ce bandage se relâche facilement; il n'a ici aucun bon résultat.

L'appareil de Boyer est meilleur : il se compose d'un bandage de corps pour maintenir contre le tronc le bras préalablement fléchi, et d'une fronde en cuir dont le plein est appliqué sur le coude et dont les quatre chefs sont arrêtés, deux sur l'épaule malade, les deux autres sur l'épaule du côté sain. Mais la compression exercée par cet appareil sur l'extrémité de la clavicule n'est pas assez forte pour le maintenir en place, surtout quand les mouvements du membre ont relâché les courroies.

Le bandage dont se servait A. Cooper dans ces luxations est celui qu'il conseille pour les fractures de la clavicule. Sans décrire ici ce bandage bien connu, nous pouvons dire qu'il a les mêmes inconvénients que celui de Boyer; les courroies qui passent sur l'épaule malade ne la compriment que médiocrement, et cette compression devient à peu près nulle quand elles ont subi leur inévitable relâchement.

Depuis longtemps M. Laugier avait une opinion bien arrêtée sur l'insuffisance de ces divers bandages, et il n'entrevoyait la possibilité de maintenir en place l'extrémité saillante de la clavicule que dans un appareil mécanique qui la repousserait énergiquement de haut en bas. Il écrivait en 1834, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE : « Peut-être serait-il facile de modifier l'appareil de M. Mélier pour la luxation de l'extrémité interne, et le rendre propre à refouler la clavicule en bas dans la luxation de l'extrémité externe. »

M. Laugier n'a pas modifié l'appareil de M. Mélier, mais il a rempli cette indication capitale avec un instrument beaucoup plus simple, aussi exact, et que tous les chirurgiens ont sous la main, le tourniquet de J.-L. Petit.

Tel que M. Laugier l'emploie dans cette luxation, il ne se compose que d'une pelote et d'un lacs.

La pelote est formée de deux plaques métalliques superposées, dont l'inférieure matelassée est fixe, dont la supérieure mobile peut être rapprochée ou éloignée de la précédente, au moyen d'une vis de rappel.

Le plein du lacs est appliqué sur le dos de la plaque supérieure, et ses deux chefs, descendant de chaque côté, peuvent former un circuit non interrompu au moyen d'une boucle adaptée à l'un d'eux. Du reste, le circuit peut varier d'étendue suivant le point où on arrête la boucle et suivant l'écart que l'on fait subir aux deux plaques.

Je passe les détails; on les trouve dans tous les ouvrages classiques de chirurgie, et cette description générale du tourniquet suffit pour exposer la manière dont on doit l'appliquer et faire comprendre son action.

Quand la luxation est réduite, un aide fléchit le bras à angle aigu et l'applique contre la poitrine en ayant soin, autant que possible, de repousser le coude en haut. Le chirurgien, après avoir recouvert de compresses l'épaule malade, y dispose la pelote de telle manière que des deux chefs du lacs, l'un regarde en avant et l'autre en arrière. Le premier est conduit de haut en bas sur l'interstice qui sépare le bras du tronc en avant sur le coude, puis de haut en bas sur l'interstice qui sépare le bras du tronc en arrière; il rencontre l'autre au voisinage de la pelote : c'est là qu'on ferme le circuit au moyen de la boucle dont nous avons parlé.

Mais deux choses restent à faire : il faut rendre le bras immobile et fixer le tourniquet.

Pour rendre le bras immobile, il s'agit de le comprendre dans un bandage de corps assez serré pour l'appliquer exactement contre le thorax. En plaçant au préalable le coussin de Desault sous l'aisselle malade, on pourrait utiliser ce bandage pour porter l'épaule en dehors. Supposons, par exemple, qu'au moment où on l'applique, un coussin soit disposé dans le creux de l'aisselle, l'humérus basculera comme un levier du premier genre; et tandis que son extrémité inférieure se rapprochera des parois thoraciques, l'extrémité supérieure se portera en dehors, entraînant le scapulum avec elle.

Le tourniquet deviendra fixe si on s'oppose à ce que la partie supérieure du circuit se porte en dehors et sa partie inférieure en dedans, suivant le plan incliné de l'avant-bras. Pour cela on passe un lacs sous l'aiselle du côté sain, et on vient fixer ses deux extrémités à la partie supérieure du circuit en avant et en arrière; on en passe un autre près du coude sur la face postérieure du bras, et on vient le fixer également sur le circuit en avant et en arrière.

Une fois ces précautions prises, on tourne la vis, et les deux plaques du tourniquet s'écartant, rétrécissent le circuit dans lequel sont compris aux deux points extrêmes le coude et l'épaule. Que se passe-t-il alors?

Le circuit, au moment de sa coarctation, représente une force dont les deux points d'application, situés, le premier sur le coude, le second sur l'extrémité scapulaire de la clavicule, sont sollicités l'un vers l'autre. De cette manière l'humérus et le scapulum sont portés en haut, la clavicule est portée en bas.

Ainsi, avec cet appareil, l'épaule est à la fois entraînée en dehors et enlevée avec force; la clavicule est énergiquement abaissée.

Et qu'on n'aille pas comparer ces effets avec ceux qu'on obtient au moyen des autres bandages; ici nous disposons d'une force considérable, et il nous est possible de lutter avec avantage contre le relâchement de l'appareil au moyen de la vis, que nous pouvons mouvoir à chaque instant pour l'arriérer.

Les indications formulées par Desault, pour les fractures de la clavicule, ont fait l'admiration de tous les chirurgiens qui les ont suivies; c'est un bel exemple d'une exactitude toute mathématique apportée dans une question de chirurgie. Celles des luxations de l'extrémité externe du même os, qui, du reste, diffèrent peu des précédentes, ont une formule aussi rigoureuse, et un esprit exact ne peut voir sans intérêt l'appareil que nous venons de décrire, le réaliser avec toute la précision qu'il mérite.

D'ailleurs l'expérience, qui, dans toutes les questions pratiques, doit juger en dernier ressort, est ici complétement d'accord avec la théorie. M. Laugier a eu l'occasion d'appliquer onze fois son appareil; il a guéri tous ses malades sans difformité, et tous sont sortis de l'hôpital avec une intégrité complète des mouvements des articulations de l'épaule et du coude; l'appareil n'a jamais causé la moindre excoriation sur un point quelconque du membre.

Vers l'époque où M. Laugier commençait ses essais, M. Malgaigne publiait une observation qui heureusement n'est pas venue à sa connaissance dès le principe; car elle était de nature à l'en détourner.

Chez un malade, dont on peut lire l'histoire dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1836, p. 168), le tourniquet de J.-L. Petit fut appliqué par M. Malgaigne pour une luxation en haut de l'extrémité externe de la clavicule qui datait de quinze jours. Le déplacement était considérable, le malade d'une taille et d'une constitution athlétiques.

Cette application, faite le 6 octobre d'une manière un peu différente, il est vrai, de celle que nous avons indiquée, eut d'abord pour résultat des douleurs vives qui causèrent de l'insomnie au malade dès les premières nuits qui suivirent.

L'appareil fut un peu relâché : néamoins le cinquième jour le coude était le siége d'une ulcération douloureuse, étendue, et qui nécessita une disposition nouvelle et assez compliquée de l'appareil primitif. L'épaule s'ulcéra à son tour au niveau de la saillie osseuse, et pour éviter la nécrose on fut obligé de porter la compression sur le corps de la clavicule; dès lors la réduction cessa d'être parfaite.

Les ulcérations ne furent cicatrisées qu'au mois de décembre, et à cette époque les articulations de l'épaule et du coude étaient d'une roideur remarquable; le bras était plus long du côté malade que du côté sain, l'épaule plus rapprochée du sternum; la saillie de la clavicule persistait et le bras se trouvait dans un état d'émaciation et d'atrophie qui ne cessa que vers la fin du mois de février : à cette date les mouvements d'élévation restaient presque complétement abolis.

Comment s'expliquer ces résultats en présence de ceux qu'a obtenus M. Laugier? On ne peut en trouver la raison que dans l'étendue du déplacement, dans la constitution vigoureuse du malade, enfin dans des circonstances particulières qui ont nécessité le déploiement d'une force énorme pour maintenir la réduction. Ces cas doivent être très-rares, puisque M. Laugier n'en a pas eu de semblables dans ses onze observations.

Il est probable que si M. Malgaigne n'avait pas eu affaire à une luxation exceptionnelle, le succès qu'il n'aurait pas manqué d'obtenir l'aurait engagé à faire de nouvelles applications de cet appareil, et au lieu d'en détourner les chirurgiens, en leur annonçant comme *inévitables* les ulcérations du coude et de l'épaule, il aurait travaillé à le populariser.

Cette observation ne saurait donc déprécier en rien cette heureuse application du tourniquet de J.-L. Petit; elle ne servira qu'à prémunir les chirurgiens contre l'abus qu'ils pourraient faire de la puissance que cet appareil met entre leurs mains.

C'est à l'occasion du fait suivant que j'ai publié ces remarques.

OBS. — Sadier (Casimir), commissionnaire, âgé de 42 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, est entré à l'hôpital Beaujon le 8 juin 1846.

Quatre jours avant son entrée, ce malade, occupé à soutenir avec les mains un fardeau qu'il portait sur sa tête, fit un faux pas et tomba sur l'épaule droite. Quand il se releva, il éprouvait une vive douleur dans cette région et avait perdu

une partie des mouvements du bras droit; c'est ce qui l'engagea à venir à l'hôpital.

Le 9, à la visite, on lui reconnaît une luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule aux signes suivants :

Le bras droit est un peu plus descendu que le gauche; l'épaule droite est sensiblement abaissée; l'espace qui s'étend de l'acromion au sternum est moindre du côté droit que du côté gauche; une saille anormale apparaît sur l'acromion; en suivant avec le doigt le corps de la clavicule, on reconnaît qu'elle est formée par l'extrémité scapulaire de cet os qui s'est portée d'environ un pouce en dehors.

Les mouvements de rotation et de circumduction sont à peu près conservés dans l'articulation scapulo-humérale; le mouvement d'élévation est en partie aboli; le malade ne peut porter son bras sur sa tête.

M. Laugier opère la réduction de la manière suivante :

Il fait saisir le bras à sa partie supérieure par un aide; celui-ci lui imprime un mouvement de bascule qui porte son extrémité inférieure contre la poitrine et son extrémité supérieure en dehors et en arrière. De cette manière l'acromion abandonne la clavicule sur laquelle il repose, et M. Laugier, expulsant avec le pouce l'extrémité scapulaire de ce dernier os, la rejette en bas et en dedans, et de cette façon lui rend ses rapports naturels.

Le tourniquet de J.-L. Petit est immédiatement appliqué suivant les principes que nous avons longuement développés.

Le malade a pu se promener avec son appareil pendant tout le temps qu'a duré le traitement. Comme il se livrait quelquefois à des exercices immodérés, on a été obligé de le réappliquer à plusieurs reprises. Du reste, la guérison a été complète; et le 15 juillet, dix jours après la levée de l'appareil, le malade est sorti de l'hôpital ne conservant aucune difformité et jouissant de tous les mouvements de son articulation scapulo-humérale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

IV. GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Les numéros de mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1845, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Souvenirs de clinique médicale*; par M. Bonafini. 2° *Sur la constitution morbide observée à l'hôpital de Venise pendant les dix premiers mois de 1845*; par M. Trois. 3° *Sur l'origine et les progrès de l'orthopédie opératoire sous-cutanée*; par M. Cappelletti. (Analyse extrêmement succincte où souvent l'auteur juge les faits et les doctrines au lieu de les faire connaître.) 4° *De l'existence simultanée de deux entités morbides différentes dans notre organisme*; par M. Longo. (Après de longues discussions de doctrines, l'auteur arrive à établir qu'il peut exister à la fois une névrose et une phlegmasie.) 5° *Constitution morbide observée au petit Lussin dans le courant de l'année 1844*; par M. Nicolich. 6° *Observations cliniques sur le valérianate de zinc*; par M. Namias. 7° *Nouvelle manière de suppléer à l'opération de la pupille artificielle par la section des muscles oculaires*; par M. Baroni. (Nouvel exemple de l'heureuse application de cet ingénieux procédé dont la connaissance est due à MM. Cunier et Pétrequin.) 8° *De l'emploi des sels de quinine dans l'arthritis et les douleurs rhumatismales*; par M. Fantonelti. 9° *Éléphantiasis volumineux du scrotum opéré avec succès*; par M. Cappelletti. 10° *Des maladies traitées à Cortona*; par M. Bufalini. 11° *De la nature toute locale de certaines tumeurs fongueuses et de leur curabilité; observations extraordinaires de guérisons permanentes obtenues au moyen de la potasse caustique*; par M. Marzuttini.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE VALÉRIANATE DE ZINC; par M. NAMIAS.

Toutes les promesses faites au nom de ce médicament n'ont pas été tenues par l'expérience; mais il faut cependant reconnaître que, somme toute, le contrôle de l'observation lui a été beaucoup moins défavorable qu'à tant d'autres remèdes prônés à leur naissance avec le même acharnement. Aujourd'hui que les voix les plus passionnées pour et contre commencent à garder le silence, il est permis d'affirmer que le valérianate de zinc restera dans la pratique, sinon comme un spécifique antinévralgique, du moins à titre de ressource extrêmement précieuse, surtout dans certaines affections où la mobilité, la ténacité, la bizarrerie des symptômes déconcertent le diagnostic, quoique leur point de départ soit bien évidemment dans le système nerveux. C'est principalement par la citation de quelques exemples de ce genre que se fait remarquer la communication présente de M. Namias. En rapportant ici les principaux, nous devons ajouter que l'auteur, d'ailleurs l'un des meilleurs observateurs de la Péninsule, est un juge tout à fait désintéressé dans le débat, car à côté de faits favorables à l'emploi du valérianate, il en cite d'autres où cet agent n'a produit entre ses mains que peu ou point d'amélioration.

Obs. I. — Madame M... ressentait depuis quelques mois une douleur à la région précordiale, accompagnée d'une sensation telle de resserrement de la poitrine qu'elle se trouvait près de suffoquer. Comme elle avait eu auparavant une fièvre intermittente, on attribuait son état actuel à une obstruction de la veine-porte. Mais l'intermittence des accès, l'intégrité de la langue et des hypocondres qui étaient insensibles à une forte pression convainquirent M. Namias qu'il ne s'agissait point là d'une congestion veineuse, mais d'une névrose pour laquelle l'emploi du valérianate de zinc était rationnellement indiqué. Il le prescrivit donc d'abord à 8 centigr. par jour en deux prises; et plus tard il doubla la dose. Cette médication n'amena pas immédiatement d'amélioration; mais ses effets, une fois commencés, se prononcèrent lentement jusqu'à la parfaite guérison. On le continua sans interruption durant six semaines. Au bout de ce temps, la santé était si complétement revenue que madame M..., sur laquelle les secousses morales avaient un effet constamment fâcheux, se trouva exposée à de vives émotions sans en ressentir la moindre atteinte morbide.

Obs. II. — Un dame se plaignait depuis plusieurs semaines d'une sensation pénible de constriction à la gorge, de céphalée momentanée et d'abattement des forces. Après quelques spasmes cloniques, cette prostration avait beaucoup augmenté et le pouls était très-faible. Elle s'était déjà autrefois délivrée des mêmes symptômes au moyen du musc. M. Namias lui donna le valérianate de zinc pendant quinze jours et à la même dose que chez la malade de l'observation précédente. Elle s'en trouva parfaitement, et affirmait ensuite que depuis longtemps elle n'avait été aussi bien qu'après l'usage de ce médicament.

Les cas suivants nous semblent instructifs, en ce qu'ils tendent à établir dans quelle mesure et selon quel ordre les émissions sanguines et le valérianate doivent être employés chez les malades où l'état nerveux a été ou est actuellement compliqué de phénomènes inflammatoires.

Obs. III. — J'ai soigné, dit l'auteur, une dame qui était sujette non-seulement aux névroses, mais encore aux fièvres rhumatismales et aux phlegmasies de la gorge. Après avoir été débarrassée par la méthode antiphlogistique d'un retour de ces deux dernières maladies, elle avait une insomnie invincible et un sentiment de resserrement du thorax. Le valérianate de zinc, à la dose de 15 centigr. dans les vingt-quatre heures, y mit fin complétement dans l'espace de six jours. Comme elle cessa d'en prendre au bout de ce temps, il survint une douleur de l'œil gauche qui reparaissait plusieurs fois par jour et durait au moins deux ou trois heures. Le valérianate fut recommencé d'abord à 15, puis à 30 centigr., et cinq jours après la guérison était complète.

Le valérianate de zinc réussit-il à faire cesser le désordre de l'action nerveuse qui persiste quelquefois après une congestion cérébrale domptée par la saignée? Cela semble résulter du fait suivant :

Obs. IV. — Chez une dame soignée par M. Minich, les soustractions sanguines avaient triomphé d'une congestion qui avait amené une hémiplégie. La malade, cependant, souffrait encore d'une douleur siégeant à l'occiput, douleur non périodique, mais intermittente. Une application de sangsues à l'anus n'apporta aucun soulagement. On donna le valérianate de zinc en en augmentant, dans l'espace de huit jours, la quantité de 15 centigr. à 3 décigr. pour les vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, la douleur avait disparu.

Obs. V. — Tout au contraire, le valérianate ne fut d'aucune utilité chez un capitaine de marine affecté d'étourdissements et de pesanteur à la tête par suite d'un afflux sanguin très-prononcé vers le cerveau. Les sangsues, quelques purgatifs, l'infusion de digitale suffirent pour mettre fin à cet état.

M. Namias, désirant savoir quelle était la propriété toxique de ce médicament, et s'il est toléré aussi bien ou mieux que les autres préparations de zinc, a entrepris sur les animaux quelques expériences propres à éclairer cette question. Il en a fait prendre 4 grammes à un lapin de moyenne grosseur et à un autre 2 grammes et n'a pas remarqué que leurs fonctions paraissent ensuite être sensiblement altérées. Après avoir laissé passer plusieurs jours, il a donné au lapin qui en avait avalé 2 grammes, des fleurs de zinc à la dose de 4 grammes. L'animal a succombé en moins de deux jours, et l'on a trouvé la membrane interne de son estomac colorée d'un rouge très-vif.

DE L'EMPLOI DES SELS DE QUININE DANS L'ARTHRITIS ET LES DOULEURS RHUMATISMALES; par M. FANTONETTI.

M. Fantonetti rapporte dix-huit observations de rhumatismes articulaires aigus où le sulfate de quinine, quoique administré à une dose bien moindre que celle à laquelle on s'est élevé dans quelques hôpitaux de Paris, n'a pas laissé, dans la grande majorité des cas, que d'augmenter la fièvre, de déterminer de la céphalalgie, des vertiges, délire, surdité, yeux brillants, etc. En conséquence, il a pris la résolution de le donner seulement à la dose de 10 centigr. toutes les deux heures, associé à 10 centigr. d'acide tartrique cristallisé, et de ne presque jamais dépasser cette quantité. Employé selon ces principes, le sulfate de quinine a souvent produit un bien manifeste et abrégé d'une manière évidente la durée de la maladie.

ÉLÉPHANTIASIS VOLUMINEUX DU SCROTUM OPÉRÉ AVEC SUCCÈS; par M. CAPPELLETTI.

Nous rappellerons seulement le principales circonstances de ce fait, qui

n'est qu'une application du procédé imaginé et exécuté par Delpech dans un cas semblable.

Obs. Le sujet de l'observation est un israélite âgé de 50 ans, natif de Brodi, en Pologne.

A l'âge de 19 ans, il partit pour Keschenow, en Bessarabie, et y demeura quatorze années; de là il passa à Buckarest, puis à Constantinople, et enfin à Jérusalem, où il habitait depuis cinq ans. Son tempérament est lymphatique, et il a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a environ douze ans qu'il s'aperçut au pourtour de l'anus de petits abcès qui s'ouvrirent, et laissèrent ensuite des sinus fistuleux. Alors commença le développement du scrotum, qui augmenta de plus en plus sans causer la moindre douleur. La tumeur ayant acquis le volume de deux fois une tête d'adulte et gênant beaucoup la marche, le malade vint en Europe pour s'en faire débarrasser. La peau était de texture normale; le pénis rétracté avait presque disparu. Il s'exhalait une odeur nauséabonde insupportable. Deux sinus fistuleux partaient de la fesse gauche, et pénétraient profondément dans la tumeur.

Dans l'opération, qui fut faite le 11 août 1845, M. Cappelletti se proposa de conserver assez de peau pour recouvrir la plaie, et même pour servir d'enveloppe aux testicules, si on les trouvait sains et qu'on pût les conserver. Il incisa donc d'abord longitudinalement sur le raphé, puis sur cette première incision, en fit tomber deux autres partant chacune d'une des régions inguinales. De cette manière, il détacha de chaque côté une sorte de tablier tégumentaire adhérent par la base à l'aine, lequel fut disséqué et relevé sur le ventre. Alors, prenant pour guide le cordon spermatique, il arriva au testicule droit, qu'il reconnut être sain. Il le disséqua, ainsi que la tumeur vaginale, comme pour une préparation anatomique, passa ensuite à celui du côté gauche, qu'il isola de même; enfin il détacha le reste de la tumeur, qui tenait encore au périnée.

Les lambeaux cutanés appliqués sur la plaie la couvraient partout, excepté au périnée; ils furent maintenus au moyen de points de suture. Une hémorrhagie survenue après le pansement obligea d'en enlever quelques-uns; mais on les réappliqua ensuite. La réunion marcha si rapidement que, le vingt-sixième jour, le malade put se lever, la cicatrisation étant complète.

L'examen de la pièce pathologique démontra que la tumeur consistait uniquement dans l'hypertrophie du tissu cellulaire des bourses. En effet, la peau, d'un côté, et, de l'autre, la tunique vaginale, avaient conservé leur texture normale.

Les cas de ce genre commencent à devenir très-nombreux dans la science, ainsi que le prouvent les observations de Larrey, de Delpech, de Key, de Coffort, de Delonnes, de Raymondon, de Stadler, de Lallemand, de Roux, de Clot-Bey, etc.

V. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'angine gangréneuse observée à Vasto;* par M. Barbarotta. 2° *Études sur le typhus;* par M. Mammi. 3° *Note sur le mercure et les préparations mercurielles;* par M. Zarlenga. (L'auteur cherche à établir par le raisonnement que les mercuriaux n'agissent pas d'une manière purement dynamique, excitante ou déprimante, mais que leur action est chimico-dynamique ou altérante. Il admet aussi que l'iodure de potassium convient mieux que le mercure pour combattre les phénomènes de la syphilis tertiaire.) 4° *De l'épidémie de Crucoli;* par M. B. Mercurio. 5° *Deux observations médico-légales de rupture de la rate et de l'intestin grêle à la suite de contusions;* par M. Salluce. (Nous n'avons pas découvert le côté par lequel ces cas auraient pu donner lieu à des discussions capables de faire progresser quelque point de la science médico-légale.) 6° *Sur les effets consécutifs des fièvres intermittentes automnales, pernicieuses ou bénignes;* par M. Filacchione. 7° *Histoire d'une trépanation pour une douleur fixée au vertex, etc.;* par M. Riboli. (Nous avons déjà rapporté et critiqué cette observation dans le n° 27, 1846, de la Gaz. Méd.) 8° *Note historico-thérapeutique sur un spécifique antigoutteux;* par M. Agostinacchio. 9° *Remède antigangréneux;* par M. Paolino Macchia. (Il s'agit tout simplement d'une décoction de myrrhe, d'aloès et de quinquina dans du vin, décoction avec laquelle on panse les plaies gangréneuses.) 10° *Sur l'idiopathie des fièvres pernicieuses d'accès;* par M. Filacchione. 11° *Sur les prétendues complications des fièvres pernicieuses intermittentes;* par le même.

Sur les effets consécutifs des fièvres automnales, pernicieuses ou bénignes; par M. Filacchione.

Les altérations viscérales que l'auteur a le plus souvent observées à la suite de ces fièvres avaient pour siége le foie, la rate, le pancréas; il les regarde comme étant sous la dépendance d'une lésion des plexus ganglionnaires qui président à la vitalité de ces organes. Une autre division plus pratique est celle qui se fonde sur leur nature même, et c'est surtout d'après cette considération que le traitement doit être institué. Ainsi, s'il y a hypérémie, il administre le sulfate de quinine associé à la rhubarbe, à l'extrait de gentiane avec d'autres amers. A-t-on affaire, au contraire, à une hypertrophie commençante, on a recours au muriate de chaux, au calomel avec l'extrait d'aconit et le taraxacum; on couvre la région de cataplasmes de mauve et de ciguë, et on fait boire une décoction de fleurs de mauve avec l'acétate de potasse et le sirop de chicorée et de taraxacum. L'auteur a toujours réussi de cette manière à prévenir les récidives de la fièvre. Il avertit formellement que lorsqu'on veut, dans de tels cas, insister sur l'emploi du sulfate de quinine, on aggrave la condition pathologique, et on ne fait qu'augmenter la ténacité de la fièvre.

Si les altérations consécutives persistent trop longtemps, s'il s'y joint des collections séreuses dans l'abdomen, les frictions mercurielles sur le ventre, la scille unie au colchique et au calomel, forment avec la diète lactée le meilleur système de traitement.

Note historico-thérapeutique sur un spécifique antigoutteux; par M. Agostinacchio.

Ce remède, dont la préparation était jadis tenue secrète dans les officines de quelques couvents d'Italie, aurait une origine très-ancienne, s'il faut s'en rapporter aux renseignements qu'a recueillis M. Agostinacchio. Il aurait été autrefois transmis à Cirillo par un riche Anglais, qui lui-même en apportait la recette de Montpellier. Voici comment il se compose et s'administre.

Prenez 180 grammes de plantes de *teucrum pollium*, autant de celles de *ajuga iva*, autant de l'*artemisia vulgaris;* mettez-les infuser pendant vingt-quatre heures dans 10 kilogrammes et demi d'eau. Faites ensuite bouillir le tout à un feu lent dans un pot de terre verni, jusqu'à réduction du tiers ou de la moitié. On passe avec expression; puis on ajoute à la décoction 3 kilogrammes de térébenthine de Venise. On fait de nouveau bouillir jusqu'à réduction d'encore un tiers ou une moitié. Le vase étant enlevé du feu, on le laisse refroidir; on en enlève toute l'eau. La masse qui reste au fond doit être mise dans un autre pot également de terre verni en dedans et en dehors, et là on la conserve pour l'usage.

Le goutteux doit prendre de cette masse, tous les matins avant de manger, un bol du poids de 4 grammes, buvant par-dessus un verre d'eau fraîche. Il faut qu'il continue ainsi pendant toute sa vie. Pour en mieux ressentir l'effet, il pourra, au commencement des quatre saisons, se mettre pendant une vingtaine de jours à l'usage quotidien de 2 grammes de salsepareille en poudre, tout en continuant les bols. Il s'abstiendra en outre d'excès d'huile, de vin, de spiritueux, d'aromates ou condiments, de café, chocolat, viandes ou poissons salés, en un mot d'aliments très-azotés. Somme toute, la tempérance est avec ce traitement, comme avec les autres remèdes contre la goutte, une condition de première nécessité.

Le médicament que nous venons d'indiquer a une réputation populaire à Naples. M. Agostinacchio n'affirme pas qu'il guérit toujours et radicalement; mais il assure, avec une modération qui nous semble de très-bonne foi, avoir, dans la plupart des cas, soulagé ainsi les accès présents et rendu leur retour plus éloigné; il y a eu aussi des cas de cure complète, dont il cite quelques observations.

S'il y a de la constipation, on satisfait à cette indication en donnant en général la préférence aux purgatifs salins.

VI. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur la folie mélancolique;* par M. Porporati. 2° *Reproduction annotée de la critique de la médecine misontologique de M. Geromini, faite dans la* Revue européenne; par M. Geromini. 3° *Sur les maladies de l'oreille interne considérées dans leurs rapports avec l'encéphale et les méninges;* par M. Silvano. 4° *Des ulcères de la cornée;* par M. Arata. 5° *Observations théorico-pratiques sur quelques cas de strabisme et de torticolis;* par M. Caire. (Guérisons obtenues par la section des muscles rétractés.)

Sur les maladies de l'oreille considérées dans leurs rapports avec l'encéphale et les méninges; par M. Silvano.

Ce travail consiste en trois observations; mais la première seule nous paraissant avoir un rapport direct avec le titre du mémoire, nous ne rapporterons qu'elle.

Deux opinions contraires sont défendues par ceux qui se sont occupés des suppurations de l'oreille interne coïncidant avec une collection de pus intra-crânienne. Les uns pensent que le pus est originairement formé dans le crâne et ne coule qu'ensuite à travers les cavités de l'oreille; les autres professent que le point de départ de la suppuration est au contraire le plus souvent dans l'oreille; mais il y a entre eux divergence sur un point secondaire; car, tandis que M. Lallemand regarde comme possible que la maladie

se propage des cavités auriculaires au cerveau par la simple extension du processus inflammatoire, Itard était d'avis qu'il fallait pour cela une perforation préalable du rocher, et que le transport du pus de l'oreille sur les méninges est nécessaire pour qu'une inflammation pyogénique se développe à la surface de celles-ci. L'observation suivante servira peut-être à éclaircir sur ces différents points l'étude des maladies compliquées dont il s'agit.

Obs. — Un homme âgé de 50 ans, de constitution débilitée, vint consulter M. Silvano pour un écoulement purulent de l'oreille droite, dont l'apparition avait été précédée par de vives douleurs. Il jouissait du reste d'une bonne santé. L'auteur lui conseilla de se tenir l'oreille propre, de faciliter la sortie du pus en se couchant sur le côté malade, et de suivre un régime nutritif sans être échauffant.

Au bout de quelques jours de ce régime, le malade commença à éprouver, sans cause connue, des douleurs aiguës revenant d'abord à intervalles, puis plus vives et continues. En même temps la fièvre s'alluma et l'écoulement par l'oreille devint moins considérable. (Saignée, fomentations émollientes sur la région malade, repos, diète, eccoprotiques.)

A la visite suivante, l'inflammation persistant et le sang de la première saignée offrant une couenne, on réitéra la phlébotomie, qui calma les douleurs. Le flux purulent ne reparut plus ; mais, après une courte trêve, de nouvelles douleurs revinrent, s'étendant à toute la tête. Le tempérament et l'état des forces de l'individu contre-indiquant les émissions sanguines, on s'en tint aux révulsifs. Bientôt se montrèrent les signes d'une congestion séreuse encéphalique, la stupeur de la face, la parole lente et difficile, l'affaissement du pouls, les mains portées fréquemment vers les yeux et à la tête, etc. Ces symptômes augmentèrent peu à peu pendant deux jours et se compliquèrent de paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure gauche, aphonie, stupeur complète jusqu'à la mort.

A l'autopsie, injection des veines des méninges et de la masse cérébrale, de telle sorte qu'en retirant le cerveau de sa boîte, il sortit une grande quantité de sang noirâtre. Forte adhérence des méninges avec le cerveau à la région médiane supérieure ; ramollissement, comme par suite d'une macération prolongée, des méninges et du cerveau dans celles des parties qui portaient sur le rocher de l'un et de l'autre côté. On trouva dans ces différents points des traces de pus, quoique les deux rochers fussent intacts. Après avoir scié le rocher du côté droit, on trouva du pus dans la cavité tympanique, au voisinage des restes de sa membrane, dont il ne restait que des vestiges. Les osselets étaient sains, ainsi que les autres parties de l'oreille interne.

L'encéphale était généralement ramolli et ses petits vaisseaux injectés. Les ventricules latéraux contenaient une grande quantité de sérosité limpide : les plexus choroïdes infiltrés et engorgés. Rien à noter de particulier dans les troisième et quatrième ventricules.

Le péritoine offrait des granulations, des fausses membranes et de l'injection, laquelle s'étendait, en quelques points, à la surface interne des intestins. Beaucoup des glandes mésentériques étaient transformées en autant d'athéromes de la grosseur à peu près d'une orange ordinaire. Foie atrophié ; rate engorgée de sang noir. Les autres organes à l'état sain.

VII. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Emploi du tannate de fer dans le traitement curatif de la chlorose* ; par M. Benedetti. (Voy. ci-dessus l'analyse de ce travail.) 2° *Des avantages de l'ellébore noir en particulier contre la mélancolie* ; par M. Gozzi. 3° *Annotations au compte rendu des cas cliniques observés aux bains de Montecatini* ; par M. Malacelli. 4° *Des effets salutaires de la* ballota-lanata *et des fumigations de camphre dans une arthrite très-grave et opiniâtre* ; par M. Angelo. 5° *Quelques articles sur les fièvres intermittentes et sur le quinquina* ; par M. Ottaviani. 6° *Un mot contre le seigle ergoté et un autre contre l'état actuel de la thérapeutique moderne* ; par M. Torelli. (L'auteur révoque en doute les propriétés générales hyposthénisantes que l'école italienne moderne attribue au seigle ergoté. Il lui reconnaît seulement une action sur la moelle, particulièrement sur sa portion inférieure et consécutivement sur l'utérus.) 7° *Sur un ostéotome, aussi nommé scie à deux demi-rondelles ou à trépan* ; par M. Bellini. (Nous nous sommes déjà occupé à deux reprises, en 1841 (Voy. Gaz. Méd., pages 443 et 605), de cet instrument, dont nous donnâmes alors la description. L'auteur avait déjà consacré un article spécial à réfuter notre critique. Il s'attache, dans celui-ci, à discuter quelques objections que lui a adressées M. Malle. Mais il pourrait avoir ainsi cent fois raison en droit, sans que le public lui donnât gain de cause ; car les procédés opératoires ne se jugent pas par le raisonnement, mais à l'application, et nous n'avons point vu que M. Bellini ait encore demandé à l'expérience de prononcer sur la valeur de son innovation. Nous croyons vraiment lui rendre service en [illegible] soumettant pour la troisième fois cette observation. 8° *Sur le mode [illegible] des préparations de quinquina* ; par M. Giovanni Franch.

DES A[illegible] L'ELLÉBORE NOIR EN PARTICULIER CONTRE LA MANIE ET LA MÉLANCOLIE ; par M. Gozzi.

L[illegible]m de l'ellébore contre la folie a été populaire chez les anciens : on le trouve cité à ce titre dans la plupart des écrivains classiques, et si quelque chose égale sa célébrité passée, ce ne peut être certainement que l'oubli profond dans lequel il est tombé de nos jours. Les observations que publie M. Gozzi tendraient à réhabiliter ce médicament, et à constater l'existence de celle précisément de ses propriétés qu'on est maintenant plus d'accord à regarder comme tout à fait imaginaire. Elles sont trop intéressantes, soit sous ce rapport, soit comme ouvrant un nouveau jour au traitement d'une maladie contre laquelle on n'a guère proposé jusqu'ici de spécifique, pour que nous ne les rapportions pas avec tous leurs détails.

Obs. I. — Pendant que j'étais à Modène, dans l'été de 1804, raconte M. Gozzi, j'assistais tous les matins à la visite de mon ami le professeur Bignardi. Parmi les aliénés se trouvait un certain Casolati, officier, âgé de plus de 24 ans, de constitution athlétique, affecté de manie depuis deux ans. Pendant ce temps, qu'il avait passé à l'hôpital, on l'avait traité par les méthodes déprimantes les plus énergiques, les saignées générales et locales, y compris l'artériotomie et les drastiques. Mais on en avait retiré si peu de bénéfice qu'on s'en était depuis lors tenu à un traitement palliatif.

A l'instigation de M. Gozzi, M. Bignardi consentit à essayer l'ellébore. Après avoir choisi de la racine de bonne qualité, on en donna un jour, à jeun, 12 décigrammes réduits en poudre. Peu de temps après, le malade éprouva de légères nausées, et, à ce qu'il parut, quelques douleurs de ventre, puis il eut une selle copieuse. A partir de ce moment, ses intervalles de calme furent plus longs. Deux jours après, on lui fit prendre, encore en une seule fois, 24 décigrammes de la même poudre. Nausées, vomiturations, coliques, selles d'abord noires puis teintes de sang. Le lendemain, il y eut assez de calme pour qu'on pût lui ôter ses liens : il commença ensuite à se lever, à demander à manger, et devint, en un mot, assez raisonnable. Mais au bout de deux semaines, il retomba tout à coup dans un état pire que jamais. Résolus de tenter l'essai d'une manière décisive, les médecins lui firent prendre 4 grammes d'ellébore de la même manière. Les effets du remède eurent cette fois une gravité voisine du danger. Le malade sembla frappé du choléra : les évacuations par haut et par bas étaient sanguinolentes, et à la fin presque sanguines. Cet état dura quelques heures ; enfin, il commença à avoir du repos et s'endormit. Le jour suivant, on chercha à dissiper la faiblesse qui subsistait encore avec de bonne nourriture, qu'il prit volontiers.

Depuis ce moment il alla de mieux en mieux, si bien qu'au bout d'un mois on jugea convenable de le placer dans une autre salle de l'hôpital, parmi les malades ordinaires. Il y resta deux mois et reprit alors son service militaire.

M. Gozzi eut depuis lors de ses nouvelles ; il apprit qu'il avait toujours joui d'une bonne santé, remplissant exactement tous ses devoirs, jusqu'à ce que, il y a trois ans, il mourut d'une blessure faite par un éclat de mitraille.

Obs. II. — Une femme de 17 ans, non réglée, de constitution grêle, de tempérament nerveux, habitant Bologne, fut prise d'une mélancolie prononcée au commencement de l'été, à la suite de souffrances morales. Pendant plus de deux mois, elle fut soumise sans succès aux purgatifs, surtout aux drastiques, aux émissions sanguines locales et générales, aux médicaments nervins. Son médecin, de guerre lasse, l'avait abandonnée en portant un fâcheux pronostic, lorsque M. Gozzi fut appelé auprès d'elle. Il lui ordonna par jour deux pilules, contenant chacune 10 centigrammes de racine d'ellébore, à prendre une le matin et une le soir. La quantité fut ensuite portée à 8 pilules. En moins d'un mois, la guérison fut obtenue, le ventre s'étant toujours maintenu libre. On n'observa durant le traitement que quelques troubles du côté de l'estomac et du bas-ventre ; et c'était surtout d'après ces symptômes que l'on se guidait pour augmenter ou pour diminuer la dose du remède.

Obs. III. — Un nommé Gaetano Bacchetti, d'âge moyen, de bonne constitution, employé aux finances, était depuis plusieurs années sujet à une mélancolie intermittente. Vers le milieu du printemps, il commençait à devenir sérieux et taciturne, fuyait la société, refusait ordinairement de boire et de manger. Interrogé, il gardait le silence ou répondait avec difficulté, manifestant en général des idées désordonnées et confuses ; il restait dans cet état jusqu'au milieu de l'automne, où il reprenait peu à peu sa gaieté, qui était le fond de son caractère habituel. Les choses allaient ainsi en empirant d'année en année, de sorte que pendant son accès il était inhabile aux devoirs de sa charge.

Les purgatifs, les saignées, les nervins, employés en temps opportun, n'eurent aucune prise sur cette affection.

M. Gozzi, ayant été appelé à le traiter, vers le milieu d'avril, au début de ces symptômes, commença à lui donner deux pilules, de 2 décigrammes chacune, de racine d'ellébore, à prendre une le matin et l'autre le soir. Successivement il en éleva le nombre à six, qu'on administrait à intervalles plus ou moins longs, suivant les circonstances. Par ce seul moyen l'accès fut coupé et le malade put reprendre les travaux de sa profession dès les premiers jours de juin.

Comme l'année suivante l'accès avait tardé à paraître, et qu'on espéra qu'il se dissiperait de lui-même, M. Gozzi ne fut appelé qu'à la fin de mai et lorsque le mal avait déjà atteint sa plus haute période. Malgré la difficulté de lui faire prendre des remèdes dans cet état, il parvint cependant encore par le même moyen à changer la mélancolie en une simple apathie et à faire cesser en même temps une certaine tendance au suicide, qui ne s'était jamais manifestée jusque-là. Il aurait probablement réussi à guérir radicalement la maladie en continuant l'usage de l'ellébore à doses plus fortes, mais il eut peur des vomissements et des autres désordres intestinaux qui en auraient été la suite, le malade étant porteur d'une oschéocèle volumineuse irréductible. Cependant l'accès de mélancolie fut plus court que d'ordinaire, car il commença à décliner vers la fin de l'été, et cessa ensuite complétement en quelques jours.

L'année suivante, M. Gozzi ne manqua pas au printemps de commencer le traitement dès la première invasion du mal. Il est ainsi parvenu avec ce remède à arrêter l'accès et à guérir la maladie, de telle sorte que depuis plusieurs années consécutives il n'a plus vu reparaître cette mélancolie.

DES EFFETS SALUTAIRES DE LA BALLOTA LANATA DANS L'ARTHRITE; par M. ANGELO SANTINI.

Dans un cas de rhumatisme articulaire général très-opiniâtre, qui avait résisté à diverses médications énergiques, l'auteur s'est bien trouvé du moyen suivant : il mit 12 grammes de *ballota lanata* (plante de la famille des labiées) dans 320 grammes d'eau, et ayant versé le tout dans un ballon de verre, qu'il couvrit d'un papier épais pour empêcher l'évaporation, il le fit bouillir environ un quart d'heure. Cette colature fut donnée matin et soir au malade, en lui faisant prendre durant la journée une infusion de fleurs de tilleul. L'usage de cette boisson fut continué quelques semaines; tous les jours le patient en éprouvait de l'amélioration, grâce à l'excessive quantité de sueur visqueuse et d'urines safranées que ce médicament provoquait.

Ce même traitement a encore réussi à l'auteur dans plusieurs autres cas de rhumatisme articulaire. Il en cite vingt observations plus ou moins détaillées.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Ernest Cloquet sur le choléra qui sévit en ce moment en Perse.

M. VELPEAU dépose sur le bureau deux notes qui lui ont été communiquées, l'une par M. Bouchacourt (de Lyon) : elle est relative à l'extraction d'un corps étranger de la vessie, faite avec succès dans des conditions difficiles, à l'aide d'un brise-pierre; la seconde, par un médecin de Malte, ayant trait à un cas d'emphysème spontané.

Ces deux notes seront renvoyées à une commission.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle devra avoir lieu prochainement; il invite les diverses commissions des prix qui n'ont point encore fait leur rapport à se hâter.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les nouvelles conclusions du rapport sur la peste.

PESTE. — QUARANTAINES.

La discussion porte sur la cinquième conclusion, relative à l'incubation.

M. HAMONT : La commission nous reproche de ne pas nous placer sur le même terrain qu'elle; elle oppose à nos objections des faits et des noms; c'est par des faits et des noms aussi que nous combattons sa proposition. L'orateur cite ici les opinions de Félix Plater, d'Hoffmann, de Diemerbroeck et quelques autres auteurs anciens, et rapporte quelques-uns des faits sur lesquels ces auteurs motivent leur opinion, faits desquels il résulte que l'incubation de la peste, le plus ordinairement de sept à huit ou neuf jours, a eu dans quelques cas une durée de quinze à vingt jours, quelquefois même d'un mois. Les opinions des anciens ne sont pas les seules qu'il invoque. On peut voir, dit-il, dans le livre d'un auteur que la commission ne récusera pas, M. Aubert-Roche, des faits cités par des médecins contemporains, qui viennent à l'appui de cette opinion.

M. LONDE : M. Hamont oublie de dire que tous ces faits, qu'il cite, ont été observés en temps d'épidémie et dans les foyers épidémiques; il ne fait pas attention que c'est précisément parce qu'on ne pouvait déduire rien de positif de ces faits, qu'on a cherché à résoudre la question par l'observation de ce qui se passe en dehors des foyers de peste; or on sait quel a été le résultat de ces recherches, qui ont été faites, non-seulement à Marseille, mais dans tous les lazarets d'Europe et sur une période de cent cinquante ans.

M. BÉGIN : Nous devons faire en sorte que la discussion ne dévie pas de la seule ligne où il soit utile de la maintenir. On oppose sans cesse des raisonnements, des déductions physiologiques à des faits, et l'on ne conclut pas, l'on ne propose rien; c'est là une manière d'argumenter qui ne peut qu'entraver la discussion sans aucun avantage. La commission a exprimé un fait brut, en disant que la peste ne s'est jamais manifestée au delà de huit jours. Ce fait est-il certain, oui ou non? Là est toute la question, et nous ne pensons pas qu'il puisse être contesté. Si, dans les conclusions pratiques, nous avons élevé à dix jours la durée de la quarantaine, au lieu de huit, c'est que nous avons voulu faire la part des aberrations naturelles, des exceptions possibles. Nous savons tous que le terme naturel de la grossesse est de neuf mois, qu'il varie tout au plus de quelques jours, et cependant la loi, dans la prévision d'exceptions possibles, a dû en étendre les limites au delà de ce terme. C'est par un motif semblable que nous avons fixé le chiffre du temps d'observation au delà du terme que l'expérience assigne à l'incubation. Mais, je le répète, la commission n'a nullement entendu résoudre la question scientifiquement, elle s'est renfermée purement et simplement dans la question de fait.

M. CASTEL : La commission repousse les déductions médicales et physiologiques, elle s'appuie uniquement sur des données historiques. Je maintiendrai donc tout ce que j'ai dit dans la dernière séance relativement à la valeur des faits et des chiffres.

Les mots « en dehors des foyers épidémiques » dont on fait précéder la proposition me semblent tout à fait superflus; ils constituent un non-sens et deviennent une cause d'obscurité, puisque l'on convient qu'en temps d'épidémie et dans les foyers de peste, il est impossible de reconnaître la durée de l'incubation. Voici la rédaction que je propose :

« Physiologiquement on ne saurait assigner à l'incubation d'un miasme ou d'un virus des limites invariables. Toutefois la peste, en tant qu'elle était le produit de la contagion, ne s'est presque jamais déclarée après un isolement de huit jours. »

M. PRUS réclame en quelques mots la discussion sur cette conclusion, et répond à M. Hamont que tous les faits qu'il objecte ayant été observés dans les pays où la peste est endémique, restent dans la question.

M. ROCHOUX : Je demande qu'on vote la proposition si nettement posée par M. Bégin. (Aux voix!)

M. LE PRÉSIDENT : Je vais d'abord mettre aux voix l'amendement proposé dans la dernière séance par M. Moreau. Cet amendement est conçu en ces termes : « Aucune observation suffisante ne prouve jusqu'à présent que la peste se soit communiquée après huit jours d'isolement. »

M. MOREAU : Je demande à développer mon amendement. En substituant au mot *jamais* les mots *jusqu'à présent*, et en ajoutant ces mots : *aucune observation suffisante*, j'ai surtout en vue de mettre la proposition d'accord avec toutes les éventualités possibles et de n'engager nullement pour ce qui pourrait avoir lieu à l'avenir.

M. PRUS : La commission adopte le principe de l'amendement de M. Moreau; elle prie l'Académie de s'en rapporter à elle pour la rédaction de la proposition.

M. LE PRÉSIDENT : En ce cas je vais mettre le principe de l'amendement aux voix.

La cinquième proposition ainsi amendée est adoptée.

M. CASTEL : Et mon amendement?

M. LE PRÉSIDENT : Il n'a pas été appuyé.

M. CASTEL : On ne m'a pas laissé le temps de le développer. Je réclame qu'on mette mon amendement aux voix.

M. LE PRÉSIDENT : On le renverra à la commission, qui en tiendra compte.

M. PRUS donne lecture de la sixième proposition, ainsi conçue :

« 6° PROPHYLAXIE DE LA PESTE. PAR L'HYGIÈNE. Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en combattant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore naissance. »

M. MOREAU : Je proposerai de dire : « en combattant les causes *présumées* de la peste. » En vous exprimant autrement, il semblerait que les causes de la peste sont bien connues.

M. LE PRÉSIDENT : Cet amendement est-il appuyé?

M. PRUS : Je demande à le combattre. Il y a une raison qui nous a fait adopter cette rédaction. Par cette proposition, la commission a eu en vue d'appeler l'attention du gouvernement sur les moyens de détruire la peste dans ses foyers actuels. Si vous exprimez des doutes plus que vous n'en avez réellement sur les causes de la peste, ce n'est pas le moyen d'inspirer de la confiance au gouvernement et d'obtenir de lui les mesures que vous sollicitez. Le mot que l'on propose d'ajouter aurait inévitablement pour effet d'atténuer la valeur du conseil que vous donnez; ce serait dire : faites ce que nous vous conseillons, mais il n'est pas sûr qu'en le faisant vous réussissiez. D'ailleurs, plus nous avons réfléchi sur les causes que nous avons assignées à la peste, plus nous restons convaincus de leur réalité.

MOREAU : Je ne conteste pas la valeur de ces causes; mais vous ne pouvez cependant méconnaître qu'il n'y ait dans l'origine des épidémies de peste, comme dans toutes les épidémies, un *quid divinum*, ainsi que le disait Sydenham, qui échappe à votre appréciation et dont vous devez néanmoins tenir compte.

M. COLLINEAU voudrait qu'on effaçât les mots *dans les lieux qui lui donnent encore naissance*, parce que ces mots, dit-il, préjugent une question qui, à son avis, n'est pas complétement résolue. D'un autre côté, on admet une peste épidémique et une peste sporadique; mais sont-elles l'une et l'autre dues aux mêmes causes?

M. PRUS : La commission n'a pas reconnu d'autres causes de la peste que les causes locales, et elle ne croit pas qu'il y en ait d'autres. M. Collineau dit : « Vous admettez cependant une peste épidémique! » Mais cette peste épidémique nous l'attribuons aux mêmes causes que la peste sporadique. A-t-on vu une seule peste survenir dans des lieux salubres? Nous n'en connaissons pas un seul exemple. Il y a plus : toutes les fois que les causes que nous avons signa-

lées se sont trouvées réunies dans un pays, il y a eu la peste. Quand ces causes ont cessé d'exister, la peste a disparu, et jamais elle ne s'est développée en leur absence. Je crois, en résumé, que la restriction que l'on propose n'est pas fondée. En mettant *causes présumées* vous affaibliriez sans aucun motif la valeur de vos conseils.

M. Rochoux : Nous n'avons été ni voulu être logiques, a dit M. le rapporteur dans la dernière séance ; et par ces paroles, il a prétendu justifier la contradiction qui existe entre les conclusions pratiques et les propositions scientifiques. Je suis loin de partager cette manière de voir : je crois qu'il ne faut jamais se brouiller avec la logique. Vous avez longuement discuté le rapport, et il est résulté de la discussion que les propositions de la commission étaient inattaquables ; elles ont donc été votées en toute connaissance de cause. Mais il n'en est pas de même des dernières conclusions : celles-là sont des déductions d'une partie du rapport qui n'a point été discutée, que personne ne connaît. Cette partie du rapport, qu'on y fasse attention, est un code sanitaire tout entier. Or, je vous le demande, vous sentez-vous capables d'improviser ainsi un code sanitaire, et vous croyez-vous suffisamment éclairés pour substituer aux anciennes mesures celles qu'on vous propose ? Pour moi, je ne le crois pas, et j'avoue mon incompétence. Ce qu'on vous propose, c'est de réglementer ; je ne crois pas que vous en ayez le droit. Je demande en conséquence le rejet pur et simple de ces dernières conclusions.

M. le Président : Cette proposition est-elle appuyée ?

M. Castel : Oui.

M. Dubois (d'Amiens) : On ne peut pas proposer l'adoption ou le rejet simultané des deux conclusions ; on ne délibère actuellement que sur la première.

M. Bégin : Je ferai remarquer, comme M. Dubois (d'Amiens), que ces deux conclusions ne sont pas connexes ; il faut voter séparément sur chacune d'elles. La première proposition renferme une question d'humanité. Qu'est ce qu'on vous demande ? Après avoir établi quelles sont les causes de la peste, on vous propose de dire à tout l'univers éclairé : Il y a là un foyer de peste qu'on peut attaquer et détruire ; attaquez-le et détruisez-le. L'Académie ne peut rejeter cette proposition.

M. Prus : Dans un entretien qu'eut sir Robert Peel avec Ibrahim au sujet des quarantaines, celui-ci dit au ministre anglais : « Il ne doit point y avoir de quarantaines ; nous devrions avoir détruit la peste. » Vous ne voudrez pas qu'après ces paroles d'Ibrahim, nous nous montrions plus timides et plus réservés que lui sur cette question.

M. le Président : Je vais mettre la sixième conclusion aux voix.

M. Moreau : Et mon amendement ?

L'amendement de M. Moreau est mis aux voix et rejeté.

L'article de la commission est adopté.

Septième conclusion. — M. Prus lit la septième conclusion ; elle est conçue en ces termes :

Prophylaxie de la peste. 7° Par la législation sanitaire. — Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

Leur délivrer :

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existerait pas ou n'existerait qu'à l'état sporadique ;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Avec la première patente, leur imposer dix jours de quarantaine d'observation. — Avec la seconde, quinze jours de quarantaine d'observation.

Compter cette quarantaine de l'instant du départ, en d'autres termes y comprendre le temps de la traversée.

Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée.

Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences décisives aient pu être faites relativement à la transmissibilité ou à la non-transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée.

Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage dans le but de purifier les marchandises.

Enfin disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront, d'ailleurs, y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

M. Gaultier de Claubry : Je demande la suppression complète de la septième conclusion. L'Académie, en adoptant le deuxième paragraphe de la troisième conclusion, établissant que la peste est transmissible, donne suffisamment à entendre que, dans son opinion, certaines mesures sanitaires sont nécessaires. En adoptant la cinquième conclusion, elle établit ce grand principe, que la période d'incubation de la peste est limitée à un très-petit nombre de jours. C'est déclarer explicitement que de grandes modifications doivent être apportées à la législation sanitaire actuellement en vigueur.

L'Académie ne doit pas aller plus loin, et elle doit s'abstenir de formuler un projet de code sanitaire ; c'est une affaire qu'il faut laisser l'administration régler comme elle l'entendra. Si cette dernière se montre logique dans la confection des nouveaux règlements, l'honneur des importants changements qui seront effectués reviendra tout entier à l'Académie qui aura fourni les bases scientifiques. Si l'administration reste trop en deçà, l'Académie pourra élever sa voix puissante pour réclamer des mesures plus larges et plus en rapport avec l'expérience et l'observation dont elle a fait connaître les résultats.

Mais si l'Académie formule elle-même un plan de législation sanitaire et que, comme la commission le lui propose, elle ne demande pas tout ce que la science et l'observation sont en droit d'exiger aujourd'hui, sur elle retomberont tous les reproches, et l'administration se déchargera sur elle de toute responsabilité.

Il faut donc se borner à dire que les résultats incontestables de l'expérience et de l'observation rendent indispensables de grands changements dans la législation sanitaire actuellement en vigueur.

Si cette proposition n'est pas adoptée par l'Académie, je demande au moins qu'en opposition avec la prétention étrange qu'a la commission de n'être pas logique, de ne vouloir pas être logique dans ses conclusions d'appréciation, pour éviter, dit-elle, jusqu'au soupçon du danger, l'Académie, ne perdant pas de vue le grand et important principe qu'elle a posé dans la cinquième conclusion, que l'incubation de la peste est limitée à un très-petit nombre de jours, demande qu'avec *patente nette*, c'est-à-dire quand il n'y a pas de peste en Orient, les bâtiments soient admis immédiatement à la libre pratique, et non pas soumis à une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, comme le propose la commission, puisque s'il n'y a pas de peste en Orient, les bâtiments n'ont pu importer cette maladie ;

Qu'en cas de *patente brute*, c'est-à-dire quand la peste règne en Orient, tout bâtiment qui n'aura à bord ni cas de peste ni maladie suspecte ne subisse qu'une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, conformément au principe établi par la cinquième conclusion, et non une de quinze jours, ainsi que le propose la commission, qui semble faire à plaisir le sacrifice de ses convictions relativement au peu de durée de l'incubation de la peste ;

Qu'enfin, s'il y a eu des cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée, ou s'il y en a encore au moment de l'arrivée du bâtiment, ou enfin s'il y a des motifs légitimes de suspicion de l'exactitude des papiers du bord, il soit imposé une quarantaine d'observation de dix jours, à compter du jour de l'arrivée, et non pas qu'on laisse à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine, comme le propose la commission qui, cette fois encore, ne rougit pas de renier ses doctrines les plus arrêtées.

M. Dubois (d'Amiens) : Cette septième conclusion reproduit ce qui était énoncé dans la seizième conclusion. Elle porte en principe que l'importation de la peste est à craindre pour la France ; et, pour prévenir cette importation, elle propose de maintenir les lazarets et les quarantaines.

C'est évidemment ici la grande question du rapport, et il serait à jamais regrettable qu'elle ne devînt pas l'objet d'une discussion approfondie dans le sein de l'Académie. Tout le rapport aurait dû être consacré à son développement ; c'est là ce que j'ai dit dès nos premières séances.

Il s'agit d'examiner si la commission a justifié ce qu'elle demande à l'Académie par l'art. 7 et les paragraphes qui le suivent.

Ce qu'elle demande, c'est le maintien des lazarets et des quarantaines. Pourquoi cela ? Pour prévenir, dit-elle, l'importation de la peste en France. Mais qui lui prouve que cette importation est réellement à craindre ? Est-ce parce que déjà cette importation aurait eu lieu ? Mais c'est précisément ce qui est en question ; et quand cette importation aurait eu réellement lieu en d'autres temps, est-ce une raison pour qu'elle soit encore à craindre aujourd'hui ?

Je ne veux pas traiter ici cette dernière question, qui demanderait de longs développements ; je m'en tiens à la première qui a été traitée dans le rapport.

Le rapporteur croit l'avoir complétement résolue ; et pour cela il a voulu s'en tenir à *dix* faits, tant ceux-ci lui ont paru concluants. Et ces dix faits, nous avons été tout d'abord obligés de les réduire à quatre ! Et c'est là l'unique base de la principale conclusion du rapport ; quatre faits, je le répète, dont aucun n'a pu soutenir la discussion.

M. Dubois rappelle les objections qu'il a déjà présentées contre ces faits, et les réponses de M. le rapporteur, et il ajoute :

C'est à quatre observations, je l'ai déjà dit, que se réduisent les fameux documents venus de l'intendance de Marseille ; on sait que six autres avaient été produits par la commission. J'ai fait connaître les raisons qui m'avaient empêché de les admettre. En supposant qu'on ait eu réellement affaire à des cas de peste, comme ces cas s'étaient déclarés dans les équipages de bâtiments venus de lieux infectés, il y avait à se demander si ces cas ne devaient pas être attribués à une longue incubation. A cela, on a objecté que ce serait exiger une quarantaine indéfinie ; aussi, en faisant cette objection, on n'a pas réfléchi qu'un autre fait resterait à établir, à savoir, la réalité de la contagion en dehors des foyers épidémiques.

Quoi qu'il en soit, l'Académie sait maintenant à quoi s'en tenir relativement à la valeur du fait invoqué pour mettre hors de doute l'importation de la peste en France, et partant, la nécessité des mesures préventives. Ces faits, jusqu'à présent, n'ont trouvé qu'un seul défenseur dans l'Académie ; ce défenseur est notre honorable collègue M. Poiseuille.

Si nous nous reportons à l'exposition que M. Poiseuille a donnée de ces faits, nous verrons d'abord que cette exposition est tout aussi incomplète, tout aussi équivoque que celle donnée dans le rapport ; mais en un certain point, M. Poiseuille a été plus loin que le rapporteur ; celui-ci avait déploré la profonde incurie, la pusillanimité des médecins de Marseille à l'égard des malades renfermés dans les lazarets, il avait vu un acte de barbarie dans les visites faites à travers des grilles, à 12 mètres de distance ; M. Poiseuille a trouvé cela tout simple, et il a pris la défense des lunettes d'approche.

Mais pourquoi M. Poiseuille a-t-il été au delà du rapporteur dans cette appréciation des faits de Marseille ? Le voici : M. Poiseuille tenait avant tout à établir

un point de doctrine tout particulier; suivant lui, tout bâtiment qui vient d'un pays où règne la peste, ou qui reçoit à bord des personnes qui viennent de ces lieux, peut devenir un foyer d'infection; ce point de doctrine a paru d'autant plus plausible à notre confrère qu'on peut ici faire intervenir un moyen emprunté à la physique médicale. En effet, dit-il, un bâtiment dans cet état doit être soumis à un bon système de ventilation; mais de quel système, de quel procédé faudra-t-il user? Faudra-t-il employer ces ventilateurs mobiles, abandonnés dans un coin du bâtiment, qui s'y détériorent et ne peuvent plus fonctionner au moment opportun? Nullement, dit M. Poiseuille, il faudra aérer les navires à l'aide d'un appareil qui en fait en quelque sorte partie intégrante, analogue, par exemple, à celui qu'on a présenté à l'Académie des sciences en décembre dernier, et qui offre l'avantage de ventiler et de fumiger au besoin tous les points du navire.

M. Poiseuille me pardonnera sans doute de lever l'anonyme sous lequel il se couvre ici : cet instrument qu'il cite comme exemple, et dont il énumère les avantages, est de son invention; c'est lui qui a jugé à propos de le présenter en décembre dernier à l'Académie des sciences et non à la commission dont il faisait partie.

Je passe maintenant à ceux de mes collègues qui, sans avoir pris fait et cause pour les documents de Marseille, se sont déclarés partisans de la contagion de la peste et de son importation possible en France.

M. le rapporteur regarde ceux-ci comme des *ultra;* il les appelle des *contagionistes purs*. Nous allons voir ce qu'il faut en penser.

Ici M. Dubois critique les principes de MM. Bousquet et Pariset qui, suivant lui, n'ont apporté dans les faits qu'ils ont cités aucune preuve, aucun des caractères scientifiques que l'on doit exiger d'une bonne observation, et il continue en ces termes :

Maintenant je vais examiner la position que M. le rapporteur a voulu se faire entre ceux qu'il appelle des contagionistes, et ceux qu'il a désignés sous le nom de non-contagionistes. Il a voulu se placer dans un juste milieu entre la contagion et la non-contagion, entre M. Bousquet et M. Londe.

Mais M. le rapporteur ne s'est pas aperçu qu'il n'y a pas de place entre sa croyance à la contagion et sa croyance à la non-contagion. J'ai dit dans la discussion générale et d'une manière un peu trop acerbe, j'en conviens, que la majorité de la commission n'avait pas eu la *franchise* de son opinion; je me suis trompé; j'aurais dû dire qu'elle n'a pas eu l'*intelligence* de son opinion. Que veut en effet aujourd'hui son rapporteur? Il prétend, dit-il, se tenir dans un juste milieu; éviter les excès de M. Londe, d'une part, et les excès de M. Bousquet, d'autre part. Il avait voulu d'abord se retrancher dans un prétendu système d'infection pour échapper au reproche de contagion; mais nous l'avons fait sortir de cette impasse; il est forcé d'avouer qu'il est contagioniste, mais qu'il ne l'est pas à la manière des contagionistes purs. Quelle différence y a-t-il donc entre eux? Est-ce parce que les contagionistes purs veulent qu'on *touche* les malades pour contracter la peste? Mais la majorité de la commission soutient que pour peu qu'on s'en *approche*, on est exposé au même danger; donc elle est plus contagioniste que les contagionistes purs!

Est-ce que la majorité, dont M. le raporteur est l'organe, ne voudrait plus des moyens préventifs réclamés par les contagionistes purs? Loin de là, elle demande qu'on conserve les lazarets et les quarantaines, et si elle était conséquente avec elle-même, elle demanderait des mesures plus rigoureuses encore; elle demanderait surtout qu'on tînt les malades à distance des individus sains, puisque, suivant elle, pour contracter le mal il n'est plus besoin de toucher les pestiférés.

Maintenant que j'ai montré et la fausse position des non-contagionistes et la faiblesse de leurs arguments, il me reste à en signaler les conséquences.

M. le rapporteur nous en avait prévenus lui-même; il nous avait dit que si la question de transmissibilité de la peste était résolue d'une manière affirmative, ce serait le maintien des lazarets et des quarantaines. Or, comme c'est cette solution qui a été donnée, il propose à l'Académie d'engager le gouvernement à maintenir ce système.

J'ai souvent entendu dire au rapporteur qu'il n'avait d'autre ambition que de donner un *bon conseil* au gouvernement; eh bien! si c'est là le conseil qu'il se propose de lui donner, ce conseil est déplorable et tout à fait compromettant pour l'Académie, si elle y adhérait.

M. Bégin a dit que, quelles que soient les opinions qu'on se forme sur la nécessité plus ou moins grande des lazarets et des quarantaines, il n'est personne parmi nous qui oserait encourir la responsabilité de conseiller au gouvernement de les abolir; et M. le rapporteur s'est empressé de répéter la même chose.

Pour ma part, je n'hésite pas à déclarer que, si notre littoral était complétement assaini, que si les ports de la Méditerranée étaient dans les mêmes conditions que les ports de l'Océan, je ne me ferais aucun scrupule de conseiller au gouvernement de faire comme l'Angleterre et l'Autriche.

M. Bégin a dit que le rapport ne statue que pour le présent, qu'il n'engage pas l'avenir; il se trompe. Poser en principe que la peste est transmissible en dehors du foyer épidémique, c'est le maintien des lazarets et des quarantaines.

Et à quelle époque la commission vient-elle nous proposer de donner ce conseil? Dans quelles circonstances et à l'aide de quels documents? A l'époque où la raison publique elle-même, éclairée sur la valeur des faits, exige impérieusement des réformes radicales; en attendant le jour, peut-être peu éloigné, où elle demandera l'abolition complète de toutes les institutions.

Je demande en conséquence la suppression de l'art. 7 et de tous les paragraphes qui le composent.

Cet article institue un véritable code à l'usage des lazarets; il sanctionne l'institution des quarantaines; il donne un pouvoir illimité aux intendances sanitaires, et met ainsi obstacle à toute réforme radicale.

L'Académie a adopté les articles scientifiques, c'est à l'administration, c'est au gouvernement à en faire l'application s'il le juge convenable.

Notre mission à nous est terminée; qu'avons-nous besoin de dire au gouvernement qu'il doit encore imposer des quarantaines de dix et de quinze jours?

La science n'a pas dit son dernier mot sur ce point, il serait imprudent de se prononcer; mais ce qu'il faut bien nous garder de conseiller au gouvernement, c'est, comme le propose la commission, d'abandonner aux intendances sanitaires le soin de déterminer la durée des quarantaines en cas de maladie suspecte à bord.

Armées de cette dictature, les intendances trouveront tout suspect, rien ne leur échappera.

Ce serait l'arbitraire dans tout ce qu'il pourrait avoir de plus vexatoire et de plus odieux.

Je le répète, ce n'est pas un amendement que je propose, c'est la suppression pure et simple de ce prétendu code sanitaire, c'est-à-dire de la septième conclusion et de tous les paragraphes qui l'accompagnent.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'OPIUM CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA DOSE DE MORPHINE QU'IL CONTIENT.

L'analyse de l'opium a donné, quant à la quantité de morphine qu'il contient, des résultats très-divers. Dans ces derniers temps, M. Bussy a analysé deux échantillons d'opium de Smyrne, et a obtenu de l'un 3 grammes 925 °/. de morphine, et de l'autre 4 grammes 1; d'un autre côté, le docteur Mouchead, attaché à la compagnie des Indes, a établi que les opiums de l'Inde, qui sont exportés pour la Chine, contiennent des quantités de morphine qui varient depuis 1/2 jusqu'à 2 °/.. Le même observateur a trouvé dans des opiums de qualité supérieure 10 grammes 5 °/. de morphine. Cette richesse de certains opiums de l'Inde a été constatée récemment par M. Payen, qui a obtenu sensiblement la même proportion de morphine (10,7 °/.).

Des essais ont été récemment tentés en Algérie pour la récolte de l'opium. M. Hardy en a envoyé à l'Académie des sciences en 1843 et 1844 des échantillons qui, analysés par M. Payen, ont rendu, les uns 5,02, les autres 4,84 et 5,10 °/. de morphine. L'opium qui avait fourni 4,84 avait été obtenu par un temps pluvieux. M. Simon, de son côté, a recueilli en Algérie en 1844 des opiums qui ont donné 3,70 et 3,82. Un échantillon obtenu en 1843 et analysé à Alger avait fourni 12 °/.; mais après des corrections faites par M. Payen sur le produit qui n'avait pas été dosé dans un état de pureté assez complet, cette proportion a été réduite à 10,75.

Des recherches de M. Aubergier, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont, paraissent devoir rendre raison de la diversité de ces résultats. D'après ces recherches, le climat serait loin d'avoir sur la qualité de l'opium l'influence presque exclusive qu'on lui attribuait autrefois; la richesse de l'opium dépendrait et de l'époque à laquelle on le récolte et de la variété à laquelle il appartient, et il serait possible d'obtenir dans nos contrées de l'opium supérieur en qualité à celui que nous apporte le commerce étranger.

Voici en abrégé les résultats obtenus par M. Aubergier.

Le pavot blanc à tête ronde, que l'on cultive dans le midi de la France pour les besoins de la médecine, est la variété la plus productive. La richesse en morphine a varié dans les produits des diverses récoltes, et a paru diminuer à mesure que la capsule approchait davantage de sa maturité; fait, du reste, assez connu. L'opium de la première récolte a donné 6,63 de morphine, celui de la seconde 5,53, et celui de la troisième 3,27.

Un opium provenant du mélange du suc laiteux du pavot blanc à tête ronde et du suc du pavot blanc à tête longue, que l'on cultive dans le Nord, a donné 8,57 pour la première récolte, et les produits des récoltes suivantes ont été trouvés moins riches. Ce mélange des deux sucs avait été fait à une époque où l'auteur de ces observations croyait encore que deux variétés qui ne diffèrent que par la forme de la capsule devaient fournir des opiums identiques. Il n'en est pourtant rien. Contrairement à l'opinion généralement répandue, les pavots à tête longue du Nord sont plus riches en morphine que les pavots à tête ronde du Midi.

Une autre variété du pavot somnifère, le pavot brun pourpre, a donné à M. Aubergier des opiums dont plusieurs échantillons ont rendu 11,23-10,27-10,69 de morphine.

La variété désignée sous le nom de pavot-œillette, que l'on cultive dans le Nord pour retirer l'huile de ses graines, a donné un opium plus riche encore en morphine. Le produit de la première récolte a rendu 17,83, celui de la deuxième 13,87; mais la quantité d'opium que l'on peut retirer de l'œillette est si faible qu'on ne peut songer à la cultiver dans le but d'en retirer ce produit pour le commerce. Il n'en est pas de même du pavot brun

pourpre; ses produits sont, il est vrai, moins abondants que ceux du pavot à tête ronde, mais comme ils sont deux fois plus riches en morphine, il s'établit une compensation qui est tout en leur faveur.

A l'aide de procédés nouveaux, M. Aubergier est parvenu à économiser les deux tiers du temps employé jusqu'ici pour la récolte. La culture du pavot somnifère, dans le but d'en retirer l'opium, serait donc aujourd'hui possible en France et avantageuse au point de vue économique.

MODE DE PRÉPARATION FACILE ET ÉCONOMIQUE DE LA MANNITE.

Le prince L. Bonaparte conseille de traiter la manne en larmes par l'alcool bouillant, et après avoir laissé cristalliser la mannite, d'en tirer tout l'alcool par la filtration et la pression, puis de redissoudre dans l'eau bouillante le gâteau de mannite ainsi obtenu. Par le refroidissement, on obtient des cristaux superbes et d'une grande blancheur. M. Ruspini Giovanni (de Bergame) n'est pas satisfait de ce procédé; il y trouve trois choses à reprendre : 1° la perte d'une partie de l'alcool; 2° le peu de produit que l'on obtient; 3° l'emploi de la manne en larmes (canellata), dont le prix est toujours élevé. On évite ces inconvénients en opérant de la manière suivante.

On fait fondre au feu 6 livres (la livre italienne n'est que de 12 onces) de manne en sorte avec environ la moitié de son poids d'eau de pluie, dans laquelle on a préalablement battu un blanc d'œuf; on fait bouillir quelques minutes, et on passe à travers une chausse de laine. Le liquide ainsi obtenu se solidifie par le refroidissement. Il présente alors les caractères suivants : masse de couleur brun pâle, qui, par la trituration, se résout en un liquide pultacé et semblable à du miel commun. C'est après avoir transformé la manne en cet état que M. Ruspini en sépare la mannite par deux procédés différents.

Premier procédé. — Après avoir fortement exprimé dans un sac de toile la manne préparée comme il vient d'être dit, l'auteur fait sécher la mannite grenue et presque blanche qui resté dans le sac (la partie filtrée est au contraire très-colorée) et la réduit en poudre; il fait ensuite dissoudre celle-ci dans de l'alcool à 26°,13, et quand la dissolution est bouillante, il y ajoute du noir d'os et la filtre immédiatement au papier, en ayant soin de laisser tomber le liquide filtré dans une capsule de porcelaine où la mannite cristallise par le refroidissement. Il a ainsi obtenu 30 onces de cristaux qui, pour se servir de ses propres expressions, sont blancs comme la neige et resplendissants comme la nacre de perle.

L'alcool séparé par la filtration, et celui qu'on peut encore obtenir en pressant légèrement les cristaux, peut être mis de côté pour une autre opération, ou bien encore on peut le distiller et en séparer ainsi de la mannite qu'il tient encore en dissolution; mais comme cette dernière est toujours colorée, il faut la redissoudre et la blanchir de nouveau, ou, ce qui vaut mieux, la conserver pour une nouvelle opération.

Deuxième procédé. — Il diffère du premier en ceci, qu'au lieu de dessécher le gâteau de mannite amorphe pour le traiter ensuite par l'alcool, on commence par y ajouter un poids d'eau froide à peu près égal au sien, et on exprime de nouveau.

On obtient ainsi un produit qui est sensiblement moins coloré qu'il n'était avant cette dernière purification. Le liquide coloré qui s'en est écoulé peut être ajouté à celui de la première opération.

Enfin, au lieu de dissoudre cette mannite blanche et amorphe dans l'alcool, on la dissout dans une suffisante quantité d'eau bouillante additionnée de charbon animal; on filtre le liquide bouillant au-dessus d'une capsule de porcelaine qu'on reporte sur le feu afin de faire évaporer la solution jusqu'à pellicule, puis on la retire pour laisser la cristallisation se former. Les cristaux ainsi obtenus sont beaucoup plus volumineux que ceux qui sont déposés d'une dissolution alcoolique : ce sont des prismes quadrangulaires tronqués d'une blancheur et d'une transparence parfaites.

Pour l'usage de la médecine, M. Ruspini ne prépare pas la mannite en cristaux; il la vend en poudre qu'il prépare comme suit. Il fait tout simplement dissoudre à chaud la mannite amorphe et lavée dans une quantité d'eau à peine suffisante, et au lieu d'y ajouter du charbon et de filtrer ensuite, il laisse le liquide se prendre en une masse cristalline qu'il fait égoutter sur une toile et qu'il exprime ensuite légèrement. Il obtient ainsi une cristallisation confuse qui, étant séchée et pulvérisée, forme la mannite officinale. (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, septembre.)

DE L'ACTION PRÉTENDUE ABORTIVE DU SULFATE DE QUININE.

Plusieurs médecins ont paru croire que le sulfate de quinine donné aux femmes enceintes affectées soit de fièvres intermittentes, soit de toute autre maladie qui réclamât l'emploi de ce sel, avait l'inconvénient de provoquer l'avortement. Cette opinion paraît avoir été étayée sur quelques faits; mais dans les cas où l'avortement a eu lieu à la suite de l'administration du sulfate de quinine, est-ce à l'action de cette substance qu'il faut l'attribuer, ou à une simple coïncidence, ou bien enfin à l'influence de la maladie elle-même contre laquelle était dirigée la médication quinique? C'est ce qu'il serait peut-être difficile de déterminer dans les circonstances où cet accident a eu lieu. Mais ce qui paraît certain, c'est que si le sulfate de quinine a produit, dans quelques cas, une action abortive, ce n'a dû être qu'en raison de quelques circonstances particulières, exceptionnelles, car l'observation faite sur une grande échelle dans les pays où règnent les fièvres intermittentes paludéennes et où l'on fait par conséquent un grand usage du sulfate de quinine, est loin de confirmer ce fait et de justifier les craintes que l'on a pu concevoir à cet égard.

Voici, en effet, ce qu'on lit dans plusieurs notes publiées récemment dans divers journaux sur ce sujet :

M. le professeur Delmas (de Montpellier), dont la longue expérience a été consultée à cette occasoin par l'un de ses anciens internes, auteur d'une note publiée sur ce sujet dans le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, a répondu qu'il traitait les femmes enceintes frappées de fièvre paludéenne comme les autres malades, et qu'il n'avait jamais vu d'avortement. L'auteur de la note ajoute qu'il a soigné lui-même une femme enceinte pour un rhumatisme général; il a eu recours au sulfate de quinine à haute dose: le rhumatisme a cédé promptement et il n'y a pas eu d'avortement.

La GAZETTE MÉDICALE DE MADRID renferme une petite note de M. le docteur Alamo qui écrit qu'à Loria del Rio, pays où les fièvres sont endémiques, il a administré, dans un grand nombre de cas, le sulfate de quinine à des femmes enceintes, à la dose de 60 centigr. à 1 gramme par jour, et qu'il n'a pas eu à déplorer un seul cas d'avortement, bien que d'autres causes eussent pu donner lieu à cet accident.

Le rédacteur du JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, qui reproduit cette note, apporte le contingent de sa propre observation à l'appui de ces conclusions.

M. Thezet, médecin à Rochefort (Gard), qui, depuis 1813 jusqu'à 1845, a habité deux localités, Bellegarde et Paulet (Bouches-du-Rhône), où les fièvres intermittentes sont endémiques et qu'il compare, sous le rapport sanitaire, aux Palus-Méotides, affirme (BULLETIN GÉNÉR. DE THÉRAPEUT., juin) que, bien loin de s'abstenir de l'emploi du sulfate de quinine chez les femmes enceintes, leur état de grossesse était au contraire pour lui un motif de plus pour administrer le spécifique le plus tôt possible, considérant le frisson et surtout les vomissements qui se manifestaient bien souvent au début de l'accès comme une cause bien plus capable de déterminer l'avortement.

Durant ce long laps de temps, et sur un très-grand nombre de cas où il a donné le sulfate de quinine à des femmes enceintes, à la dose de 50 à 75 centigrammes, il n'a jamais vu un seul cas d'avortement produit par ce sel.

Enfin on lit, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (mai), les lignes suivantes, écrites par M. Ébrard (de Bourg-en-Bresse) : « Mon opinion formelle est qu'il y a danger à abandonner une femme enceinte aux accès d'une fièvre intermittente; que non-seulement le sulfate de quinine ne provoque pas l'avortement, mais arrête et suspend son imminence. » Cette opinion, M. Ébrard l'appuie sur la théorie et sur les faits.

La théorie se résume en ceci : Les désordres graves, les perturbations profondes que les accès de fièvre produisent sur toute l'économie, ne peuvent pas être sans inconvénients sur l'utérus. Les vomissements opiniâtres qui signalent nombre d'accès, la toux pénible, la diarrhée ou les coliques dont la fièvre est souvent accompagnée peuvent déterminer l'accouchement prématuré. La fluxion, la congestion que détermine si souvent cette fièvre, peuvent se porter sur l'utérus.

M. Ébrard rapporte plusieurs faits qui tendent à démontrer la réalité de ces effets et à prouver non pas seulement l'*innocuité* du sulfate de quinine par rapport à l'avortement, mais même son *utilité* pour prévenir cet accident lorsqu'il est rendu imminent par le fait de la fièvre intermittente.

Les faits que nous venons de citer nous paraissent de nature à juger la question.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE COMPARÉE ET DE PHARMACIE; par M. BOUCHARDAT. — Deuxième édition. Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE, POUR 1846; par le même.

Trois améliorations d'une importance réelle signalent cette deuxième

édition du MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE. La première est relative au plan de l'œuvre. M. Bouchardat s'est décidé à suivre sur ce point les errements de la plupart des autres auteurs d'ouvrages analogues, et à prendre pour base de la classification des médicaments l'action qu'ils exercent sur l'économie vivante. C'est là en effet la seule base qui puisse être adoptée pour un ouvrage qui, sous forme de manuel ou autrement, a la prétention d'être un *traité* de matière médicale et de thérapeutique. On comprend très-bien les raisons qui ont fait préférer, pour beaucoup de *formulaires*, la méthode alphabétique. Un formulaire n'est qu'un *memento;* mais un traité est une œuvre scientifique et doit être conçu et coordonné scientifiquement. Or, quelle que soit l'imperfection actuelle de nos connaissances quant au mode d'action des agents médicamenteux, quelque incomplète et mal dessinée que soit souvent, sous ce rapport, la division des groupes, quelle que soit la multiplicité d'actions dont jouisse parfois un seul et même médicament, toujours est-il qu'il est possible de déduire de l'ensemble des effets connus, une série de modes d'action très-différents (stimulation, narcotisme, etc.), dont chacun *prédomine*, s'il ne réside pas exclusivement, dans un certain nombre de médicaments. De là possibilité d'établir des classes distinctes, sauf à indiquer, quand il y a lieu, pour chaque médicament, les propriétés étrangères à la classe dans laquelle on l'a rangé; sauf encore à instituer une classe spéciale pour les agents dont le mode d'action ne peut-être clairement déterminé. Telle est en effet la méthode qu'a suivie M. Bouchardat.

La seconde amélioration à signaler dans le MANUEL, consiste dans l'introduction d'un principe qui n'avait pas encore été appliqué, que nous sachions, à la pharmacologie : c'est celui de la comparaison. M. Bouchardat étudie l'action physiologique des substances médicamenteuses, non-seulement sur l'homme, mais sur bon nombre d'individus de la série animale. Cette étude n'a pas pour but ni pour résultat de satisfaire une simple curiosité scientifique; mais en révélant, soit une similitude invariable, soit des différences tranchées et souvent inattendues, dans les effets d'un même médicament sur divers groupes de la série animale, elle jette un jour tout nouveau sur son mode d'action, et apprend à l'apprécier plus exactement. On sait d'ailleurs que l'auteur s'occupe avec zèle, depuis quelque temps, de l'action des poisons sur les végétaux et sur diverses classes d'animaux, et il donne même, à la fin de son ANNUAIRE, un extrait du mémoire qu'il a récemment présenté sur ce sujet à l'Institut.

Enfin, M. Bouchardat a notablement augmenté la matière de son livre en y rattachant plusieurs sujets qui avaient été laissés en dehors de la première édition. Voilà la longue série de notions actuellement données par le MANUEL sur chaque substance médicamenteuse : 1° une synonymie comprenant les noms vulgaires, les noms pharmaceutiques et les noms scientifiques; 2° lorsqu'il s'agit d'une substance végétale ou animale, ses caractères botaniques ou zoologiques, ou ceux de la plante ou de l'animal qui nous la fournissent; 3° les précautions employées pour la récolte et la conservation; 4° les propriétés physiques, c'est-à-dire la description de l'état dans lequel la substance se rencontre dans le commerce; 5° la composition chimique, avec de longs détails sur la nature des principes; 6° le mode d'action sur l'économie, en distinguant avec soin, pour les médicaments importants, l'action physiologique de l'action thérapeutique; 7° la valeur des diverses préparations dont la même substance peut être la base avec l'indication et l'examen des divers procédés employés.

Quant aux acquisitions scientifiques postérieures à la publication de la première édition du MANUEL, l'auteur les a toutes puisées, comme il le dit lui-même quelque part, dans ses ANNUAIRES DE THÉRAPEUTIQUE. Ces dernières publications ayant été chaque année l'objet d'une analyse de la GAZETTE MÉDICALE, nous n'y reviendrons pas; nous dirons seulement quelques mots de l'ANNUAIRE de 1846, qui n'a pu servir à la rédaction du MANUEL, et lui a même emprunté des passages importants sur les diurétiques, les alcalins, les tempérants, les émétiques et les purgatifs.

Disons d'abord que l'auteur a fourni lui-même à sa revue annuelle une large contribution; des notes plus ou moins longues sur les indications et contre-indications des *opiacés* dans les maladies de l'appareil digestif, sur les abus du *seigle ergoté*, sur les *elléborées*, les *alcooliques*, les *caféiques* et les *balsamiques*, ainsi que des remarques relatives à l'intoxication saturnine, au rôle des ferrugineux et à la préparation du fer réduit. Sur ces différents sujets, la plupart des opinions de l'auteur sont devenues publiques par la voie des académies ou de toute autre manière. Nous nous arrêterons cependant sur une note qui nous a paru être d'un grand intérêt pour la physiologie ou la thérapeutique; elle est relative à l'emploi des opiacés.

L'opium exerce sur les voies digestives une action particulière soupçonnée déjà par plusieurs physiologistes, et que M. Bouchardat vient de soumettre au contrôle de nouvelles expériences. Si l'on administre à un animal des doses d'opium insuffisantes pour l'empoisonner, mais assez fortes pour obtenir une action physiologique, et qu'on le tue trois heures après, on trouve toutes les sécrétions intestinales notablement diminuées. Le suc gastrique est moins acide et moins abondant; le suc pancréatique et la bile ne coulent qu'en faible proportion dans le duodénum; le liquide intestinal lui-même est en petite quantité. Or on peut fonder sur ces résulsultats un certain nombre d'indications et de contre-indications de l'emploi des opiacés. Dans certaines gastralgies, par exemple, quand le suc gastrique est très-acide et en quantité exagérée, et que tout l'acide qui n'est pas absorbé par la digestion stomacale s'oppose, en empêchant la réaction alcaline du suc pancréatique, à la digestion des matières amylacées, l'opium donné à faible dose (1 centigramme) au repas principal régularise admirablement la digestion en diminuant la sécrétion du suc gastrique acide. Mais dans les gastralgies qui sont sous la dépendance immédiate du système nerveux, les doses trop modérées ne produisent aucun résultat. Dans les diarrhées, l'emploi de l'opium peut avoir des effets ou avantageux ou nuisibles, suivant la nature de la maladie. La diarrhée est-elle entretenue par une sécrétion trop abondante des liquides versés dans l'appareil digestif, tels que le suc gastrique, la bile, le suc pancréatique et le mucus intestinal, les opiacés l'arrêtent facilement; mais si elle provient, au contraire, de ce que ces liquides sont en trop faible quantité pour dissoudre les aliments albumineux et féculents et pour émulsionner les corps gras, les opiacés ne peuvent qu'augmenter les accidents.

Parmi les remarques empruntées à différents auteurs, on lira surtout avec intérêt celles de MM. Morand, Schrœder, Philippe, sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la belladone, celles de M. Eardes sur l'aconit, de M. Fiévée sur le colchique, de M. Terrier sur la vératrine.

M. Morand dit avoir employé avec beaucoup de succès la belladone chez les enfants contre l'incontinence d'urine *par cause de faiblesse.* Habituellement il fait confectionner des pilules d'un centigramme d'extrait, et en administre d'abord une matin et soir aux enfants de 4 à 6 ans. Si au bout de huit jours aucun effet n'a été produit, il donne une troisième pilule vers midi. Au bout de quinze jours, si l'action ne se prononce pas encore, il ajoute une quatrième pilule vers le soir, en ayant soin de surveiller les effets toxiques. Pour les enfants de 8, 12, 15 ans, on peut commencer par trois pilules par jour, et dans la huitaine en porter le nombre jusqu'à six. Suivant M. Morand, deux, trois ou quatre mois suffisent ordinairement pour amener une cure radicale; s'il survient des récidives, de nouvelles doses en triomphent facilement.

L'incontinence d'urine chez les enfants est si souvent rebelle aux moyens les plus vantés, qu'on ne peut qu'accueillir avec plaisir l'annonce d'un nouveau remède. Nous l'avouerons cependant, nous concevons difficilement l'efficacité de la belladone contre l'incontinence d'urine par *cause de faiblesse.* Quand le sphincter de la vessie est véritablement faible, en vertu de quelles propriétés la belladone peut-elle le fortifier? Si ce médicament est aussi efficace que paraît le croire l'auteur, n'est-ce pas plutôt contre l'incontinence produite par l'excès de sensibilité du sphincter, lequel ne lui permet pas de résister longtemps aux sollicitations de l'urine accumulée dans la vessie? Cette question demanderait de nouvelles recherches.

Nous avons rencontré dans cet Annuaire, touchant l'emploi du colchique contre la goutte, quelques remarques extraites des MÉMOIRES DE MÉDECINE PRATIQUE de M. Fiévée, dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte l'an dernier. Nous avions trouvé un peu hardie cette proposition de l'auteur, que *les préparations de colchique sont pour la goutte* (non tophacée) *ce que le sulfate de quinine est pour les fièvres intermittentes.* M. Bouchardat ne paraît pas trouver cette opinion exagérée, mais il appelle l'attention sur les doses auxquelles M. Fiévée recommande d'employer le colchique. Ce praticien porte du premier coup la dose à 16 grammes de teinture de bulbe pour une journée, à prendre en quatre ou cinq fois, et y ajoute même, dans certains cas, 6 grammes de teinture de semence. « Depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, dit à ce sujet M. Bouchardat, j'y ai vu apporter plusieurs goutteux qui sont morts par suite de l'administration du colchique, par des empiriques, à des doses qui n'étaient pas beaucoup plus élevées que celles que M. Fiévée préconise. Il faut surveiller attentivement les effets du colchique; il faut aussi toute l'habileté pratique de M. Fiévée pour n'avoir pas à redouter les accidents que je signale. »

Nous terminons ici cette analyse que nous pourrions prolonger longtemps sans la rendre complète. Signalons seulement encore une analyse scrupuleuse des documents relatifs à l'emploi thérapeutique du sulfate de quinine et de l'arsenic, ainsi qu'à l'antagonisme des fièvres paludéennes et de la phthisie pulmonaire, et une note sur les travaux de M. Leuret et l'instrument de lithotritie récemment inventé par M. Arthaud.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

SUR LA VALEUR DES RECHERCHES CHIMIQUES APPLIQUÉES A LA PHYSIOLOGIE.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà eu maintes fois l'occasion de signaler les tendances qui se manifestent depuis quelques années dans les hautes régions de la physiologie; elle a dû même, dans plusieurs circonstances, exprimer ses défiances et ses appréhensions à l'égard des envahissements de plus en plus actifs de la chimie dans le domaine de la physiologie et de la médecine. Tant que les recherches chimiques n'ont eu d'autre objet que de nous faire connaître la composition élémentaire de nos tissus et de nos humeurs, d'enrichir la séméiotique de caractères nouveaux, de découvrir les agents actifs des substances médicamenteuses, etc., physiologistes et médecins ont accepté avec pleine confiance et avec gratitude des résultats d'une aussi évidente et incontestable utilité, et, à ce point de vue, on a pu les considérer comme d'excellents matériaux mis en lumière par des méthodes d'investigation nouvelles. Mais du moment où la chimie, élevant plus haut ses prétentions, ne tend pas à moins qu'à se substituer aux procédés scientifiques dont la physiologie avait jusqu'à présent fait usage pour résoudre toutes les grandes questions de la dynamique organique et de la pathogénie elle-même, les médecins ne sauraient plus accepter aveuglément des résultats dont les conséquences vraies ou fausses, quelles qu'elles soient, ne peuvent manquer tôt ou tard d'exercer une grande influence sur la médecine pratique. Cette défiance est d'autant plus légitime et la réserve d'autant plus impérieusement commandée à cet égard, qu'on est trop généralement disposé à accorder aux procédés et aux résultats de la chimie une rigueur et une certitude qu'ils n'ont pas toujours.

Trois grandes questions de cette nature sont actuellement pendantes devant l'Académie : l'une a trait à la structure et à la composition des organismes végétaux; la seconde à la nutrition; la troisième à la respiration ou à l'hématose. Toutes ces questions sont envisagées sous un même point de vue commun : c'est à l'aide de procédés chimiques que l'on cherche à résoudre chacun de ces phénomènes dans ses éléments constitutifs, et c'est à des lois chimiques qu'on cherche à ramener leur mécanisme. S'agit-il de résoudre la question depuis longtemps débattue entre les botanistes touchant le mode de développement des organismes végétaux, c'est l'analyse chimique qui intervient pour lever toutes les difficultés; c'est aux proportions relatives d'azote et de substances azotées que renferment les diverses couches successives d'un bourgeon qu'on en appelle pour prononcer en dernier ressort sur les points en litige. S'agit-il de la question si complexe et si obscure de la digestion, c'est par les réactions chimiques des divers principes dont se composent les humeurs salivaires et gastriques sur les éléments que renferment les substances alimentaires, qu'on cherche à expliquer toutes les phases de cette opération. S'agit-il de la formation de la graisse dans nos tissus, de la formation des parties calcaires et des diverses bases salines constitutives du tissu osseux, on sait comment les chimistes résolvent ces différents problèmes : c'est par le transport mécanique, à travers les voies de l'organisme, de matières grasses ou de substances salines toutes formées dans les aliments ou les boissons, que s'opèrent ces diverses compositions. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été déjà dit dans nos colonnes sur cette dernière question, les résultats nouveaux qui ont été produits ne nous paraissant en rien avoir changé l'état et la nature de la question, ni détruit la valeur des objections et des difficultés qui y ont été opposées. Toutes ces recherches ont un caractère commun, et elles sont toutes passibles du même reproche, celui de ne tenir aucun compte ni du mode spécial suivant lequel l'organisme réagit sur les agents extérieurs, ni des nombreux éléments de complexité que le fait même de la vie introduit dans tous les phénomènes dont elle est à la fois la cause et l'objet, et de conclure de résultats et d'effets partiels d'un phénomène au phénomène tout entier. Mais du moins, si des résultats observés en dehors des conditions d'organisme sous l'influence desquelles la nature les produit n'ont aucun droit à être admis comme l'expression exacte et complète de faits physiologiques, ces résultats n'en ont pas moins une valeur réelle, indépendante des conséquences fausses ou prématurées qu'on en déduit, et dont il peut être utile de rechercher la véritable signification. Or les faits invoqués ont-ils un tel caractère d'exactitude et de démonstration, qu'on doive les admettre provisoirement comme des éléments acquis à la question. Quelques exemples, empruntés aux communications les plus récentes de l'Académie sur ces divers sujets, feront voir combien il est nécessaire de ne se prononcer même à cet égard qu'avec une extrême réserve.

On connaît les nombreux et importants travaux par lesquels les chimistes, depuis quelques années, s'efforcent d'éclairer la question de la digestion. Parmi les faits les plus saillants qui sont ressortis de ces recherches, il en est un surtout qui a plus spécialement fixé leur attention et auquel ils ont attaché une importance tout à fait capitale par le rôle qu'ils lui font jouer dans la digestion, nous voulons parler des transformations chimiques que subissent les aliments en divers principes immédiats, par l'action de ferments organiques, de la propriété dite catalytique qu'ont la salive, le suc gastrique et la liqueur pancréatique, de changer, par leur simple contact, l'amidon des aliments en sucre et en dextrine. De là des théories plus ou moins ingénieuses sur les opérations chimiques qui se passent dans l'estomac, sur la liaison qui existe entre la composition du sang et celle des résidus organiques éliminés par les reins, sur l'origine de certaines affections dans lesquelles tels éléments du sang seraient éliminés, etc. D'après ces théories, un principe actif contenu dans la salive humaine, et que M. Mialhe désigne sous le nom de *diastase animale*, par son analogie avec la diastase végétale, un second principe constitutif du suc gastrique, la pepsine, et un acide particulier contenu dans le même suc, tels sont, suivant les chimistes, les éléments actifs et indispensables de la digestion : transformation des substances amylacées en glucose par la diastase, des matières albumineuses par la pepsine en *albuminose*, produit homogène seul propre, avec le glucose, à l'assimilation et à la nutrition; assimilation des matières grasses constituant le troisième groupe alimentaire, par une réaction chimique semblable, par un ferment spécial qui reste encore à déterminer, telles sont les opérations chimiques dans lesquelles se réduit le travail de digestion et d'assimilation.

Cette théorie ne laisse pas que d'être certainement très-ingénieuse; elle tend à rétablir dans son véritable rôle le phénomène de la digestion préparatoire, de la chymification, nié par quelques physiologistes modernes; mais tient-elle compte de tous les éléments, d'une part? et, d'autre part, quelles sont les preuves qui témoignent que les choses se passent réellement ainsi dans nos organes, qu'elles puissent et qu'elles doivent se passer toujours et dans toutes les conditions de la même manière?

Feuilleton.

LETTRE SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

I.

Monsieur le rédacteur,

Dans l'entretien que j'ai eu l'honneur d'avoir récemment avec vous sur le malaise dans lequel languit depuis si longtemps le corps de santé militaire, après m'avoir fait connaître que l'illustre Savart, votre ami, qui fut un instant médecin de l'armée, exprimait souvent le regret de voir périr tous les germes de vie et de prospérité que contient cette grande corporation, vous voulûtes bien me demander si les médecins militaires connaissent les causes d'une pareille situation, si tant d'hommes éminents que l'on compte dans leurs rangs ne tentent rien ou n'ont rien tenté pour remédier à des souffrances qui ne sauraient se prolonger sans péril, et par quelle fatalité, après trente années d'une paix qui a donné à toutes les choses utiles un développement qui fait sa gloire, cette importante institution se débat encore dans des langes qui semblent destinées à devenir son linceul.

Pour satisfaire votre bienveillante curiosité, pour vous exposer toutes les phases d'une existence qui n'est, depuis la fin de l'empire, qu'une agonie longue et douloureuse à laquelle rien n'aura manqué, pas même les humiliations, j'ai dû entrer dans des détails qui vous ont paru dignes d'une sérieuse attention; vous avez même pensé qu'ils méritaient d'être communiqués à vos lecteurs, et dans l'intérêt de l'art tout entier, aussi bien que dans l'intérêt du corps qu'un grand effort peut seul sauver, vous m'avez engagé à résumer en quelques pages l'affligeant tableau que je venais d'esquisser. Ce résumé, je vous l'apporte, monsieur; tous mes soins ne sont pas parvenus à le réduire autant que je l'espérais, c'est qu'aussi, et j'en fais l'aveu, je me suis passionné pour la tâche difficile que j'avais acceptée, et j'ai cru que, dans un plaidoyer qui sera peut-être l'un des derniers qui se feront entendre, je ne pouvais omettre aucun fait, négliger aucune considération propres à jeter la lumière sur une cause presque désespérée. J'ai la conscience d'ailleurs de n'avoir obéi qu'à un sentiment de justice et de vérité. Si quinze années passées dans la médecine militaire m'ont appris ce que je sais de ses misères, le temps qui s'est écoulé depuis que, comme tant d'autres, j'ai dû l'abandonner, me permet d'en être l'historien impartial.

L'institution de la médecine militaire est d'origine toute moderne : l'oubli des sciences médicales a été, en France, plus complet qu'on ne le pense. Au commencement du seizième siècle, les personnages les plus illustres de l'histoire manquaient souvent, à la guerre, des secours de la chirurgie; après la prise de Bresse, le chevalier Bayard, blessé à la cuisse, supplie une noble Vénitienne d'envoyer quérir un chirurgien de la cité pendant que son barbier accoudra les bandes. (CHRONIQ.) Plus tard, frappé à mort par une flèche espagnole, il refuse les offres du connétable de Bourbon, qui veut faire chercher les meilleurs chi-

M. Magendie, répétant les expériences sur lesquelles repose cette théorie, ne tarde pas à reconnaître que la puissance transformatrice attribuée aux principes contenus dans les sucs salivaires et gastriques était loin de leur appartenir exclusivement; il reconnaît cette propriété dans tous les liquides de l'économie : la bile, l'urine, le sperme, le sérum du sang, le sang lui-même au sortir de la veine; de plus, en faisant infuser dans de l'eau à 40 degrés, comme MM. Sandras et Bouchardat l'ont fait pour le pancréas, des parcelles de cerveau, de cœur, de poumon, de foie, de reins, de muscles, de rate, etc., il constate que toutes ces matières jouissent, comme le pancréas, de la propriété de transformer l'amidon. D'autres expériences ont également prouvé à M. Magendie que le sang peut créer et probablement aussi détruire le glucose. Que deviennent dès lors ces principes auxquels on avait reconnu la propriété spéciale d'opérer ces transformations? Quels étaient les agents de la transformation de l'amidon sur ce pigeon chez lequel on avait détruit les canaux pancréatiques, et dont le sang renfermait cependant le produit de la transformation amylacée, au dire de M. Magendie? D'un autre côté, en admettant que les réactions soient telles qu'on le dit, a-t-on tenu compte de l'influence qu'exerce le système nerveux de l'appareil digestif sur les opérations chimiques qui s'y consomment? Comment expliquerait-on en ce cas la cessation en quelque sorte instantanée de toute action chimique par le seul fait de la section des nerfs de la huitième paire chez un animal qui digère, ainsi que l'a constaté M. Bernard?

Passons à un autre exemple.

Il s'agit d'un fait nouveau de chimie physiologique, auquel M. Dumas a cru pouvoir donner le nom de *respiration du sang*. Étant parvenu à obtenir des globules sanguins purs de tout mélange, il a remarqué que tant que les globules du sang ont le contact de l'air ou de l'eau aérée, tant qu'ils sont, comme il le dit, à l'état artériel, la dissolution qui les renferme passe incolore à travers un filtre, et les y laisse tous en passant. Au contraire, dès que ces mêmes globules ont pris l'aspect violet qui caractérise le sang veineux, la liqueur coule colorée. M. Dumas est parvenu à maintenir les globules à l'état artériel pendant toute la durée de la filtration, en dirigeant sur eux, à l'aide d'un tube, un courant d'air constant et rapide à travers la liqueur contenue sur le filtre. Les globules du sang se comportent dans cette circonstance, dit M. Dumas, comme s'ils constituaient des êtres véritablement vivants, capables de résister à l'action dissolvante du sulfate de soude, tant que leur vie persiste, mais cédant à cette action dès qu'ils ont succombé à l'asphyxie, qui résulte pour eux de la privation de l'air, et qui se manifeste, soit par leur changement de couleur, soit par leur prompte dissolution.

Ainsi, suivant M. Dumas, le sang ne perdrait pas, après sa sortie de l'animal, les deux caractères qu'il possède pendant la circulation, l'intégrité des globules et la propriété qu'ont ces globules de rougir par leur contact avec l'oxygène; la faculté de prendre la couleur brillante du sang artériel appartiendrait spécialement aux globules, elle serait indépendante de l'albumine du sérum, de la fibrine du sang, de l'action vitale de l'animal.

Ces conclusions ne sont pas les seules que M. Dumas déduit de ses recherches. L'expérience lui ayant démontré que certains sels, le sel marin, par exemple, détruisent cette propriété des globules, tandis qu'ils la conservent par leur mélange avec quelques autres, notamment les sels produits par des acides organiques, M. Dumas a été conduit à se demander s'il n'y aurait pas quelque rapport entre les diverses réactions observées sur le filtre par le mélange du sang avec ces différents sels et certains phénomènes morbides qui se développent sous l'influence de l'action de ces mêmes agents.

Ne semblerait-il pas, en effet, d'après ces résultats, que la manière dont se comporteront les globules sanguins vis-à-vis des différents réactifs, devra donner la mesure de l'influence que doivent exercer ces mêmes substances sur le sang en circulation? c'est du moins jusqu'à un certain point la prétention que laisse entrevoir M. Dumas. Des essais entrepris dans cette même direction par M. Bonnet, avant que M. Dumas eût fait connaître les résultats de ses dernières recherches, sont loin cependant de justifier cet espoir. M. Bonnet a reconnu, comme M. Dumas, la propriété qu'ont les globules du sang de se conserver intacts et de rougir sous l'influence de l'air dans des conditions données. Il a constaté, comme M. Dumas, que certaines substances altéraient les globules et faisaient immédiatement passer la matière colorante du sang à travers le filtre, tandis que d'autres substances, même parmi les plus actives sur l'économie, restaient sans action sur ces globules; mais il est remarquable que parmi ces substances, en présence desquelles les globules ont conservé leur intégrité, se trouvent précisément celles qui, pendant la vie, exercent la plus funeste influence lorsqu'elles sont accidentellement introduites dans le torrent circulatoire, la ciguë, la noix vomique, l'acétate de morphine, le seigle ergoté, la noix de galle, parmi les substances végétales; l'urine, le pus frais, etc., parmi les substances animales. D'un autre côté, M. Bonnet a soumis au même genre d'épreuve du sang retiré de la veine de sujets affectés de différentes maladies, en particulier le sang d'un individu en proie à une résorption putride consécutive à une plaie gangrenée. Il avait reconnu déjà que le pus fétide et l'eau dans laquelle ont macéré des matières en putréfaction enlèvent au sucre la faculté de conserver les globules du sang et agissent sur celui-ci à la manière des sels ammoniacaux. Or le sang de ce malade, non plus que celui des autres sujets en proie à diverses autres affections, n'a présenté aucune différence d'avec le sang des personnes en santé, et M. Bonnet a été conduit par ces résultats négatifs, non pas à conclure, mais à croire que, dans tous les cas où le sang veineux rougit au contact de l'air, il se comportera de la même manière après son mélange avec de l'eau sucrée ou le sulfate de soude, quelles que soient les différences que présente l'état des malades.

Quelle est, en définitive, la signification réelle d'un pareil fait? Nous ne contesterons certainement ni l'importance, ni la valeur du fait en lui-même; mais est-il possible de l'accepter comme l'expression ou comme la reproduction d'un fait physiologique? les déductions qu'en a tirées M. Dumas sont-elles autre chose qu'une brillante hypothèse? Pour nous, nous l'avouons, nous ne saurions voir là qu'un fait chimique, et un fait chimique ne constituera jamais à nos yeux un phénomène physiologique. La respiration comme la digestion, comme tous les phénomènes physiologiques, est un fait complexe dont les nombreux éléments peuvent jusqu'à un certain point être saisis et analysés par la pensée à l'aide des données expérimentales fournies par nos divers moyens de recherches, mais ces éléments ne sauraient jamais être reproduits dans leur ensemble et dans leurs rapports respectifs à l'aide des seuls procédés de la chimie. Il y aura toujours quelques-uns de ces éléments qui échapperont à son action. La chimie, essentiellement désorganisatrice par sa nature, ne procédant que par désagrégation et dissociation, est impuissante pour révéler les causes et les effets immédiats des actes organiques. Tout au plus en peut-elle constater des effets partiels; les faits qu'elle produit ne sont jamais que des faits fragmentés, sans lien et sans rapport direct avec les faits qui se réalisent

---

rurgiens du pays. Il fallut les efforts de Fernel et d'Ambroise Paré pour la restauration des sciences médicales, pour que, sous les règnes suivants, les principaux chefs pussent mener à leur suite des chirurgiens qui parfois étendirent à tous les bienfaits de leur art, comme le fit au siége de Metz l'illustre chirurgien du duc de Vendôme. Mais, en général, les soldats blessés qui ne trouvaient pas la mort dans la mêlée, se retiraient du champ de bataille pour aller implorer la pitié sur le seuil des maisons religieuses, marquant leur triste passage par ceux de leurs compagnons qui périssaient le long de la route, leur lit d'honneur étant le fossé où l'arquebusade les avait jetés. C'est ainsi que succombèrent sans secours, en 1544, les blessés de la journée de Cerizolles. (Chron. hist.)

Ce délaissement barbare dura aussi longtemps que les armées furent composées de compagnies franches et de bandes mercenaires; l'organisation des régiments réguliers, en 1629, et la création des hôpitaux d'armées, en 1630, mirent enfin un terme à cet oubli des droits de l'humanité.

Les premiers régiments réunissaient tout ce que la noblesse avait de jeunes gens riches et distingués; les mestres-de-camp qui les commandaient étaient tous de grands personnages qui choisirent directement les chirurgiens, auxquels ils assurèrent une haute protection et une indépendance à peu près complète; la fortune des officiers, qui rétribuaient eux-mêmes les secours dont ils avaient besoin, contribuait à accroître les avantages d'une position honorée et bientôt dignement remplie, comme l'attestent les noms de Garengeot, de Bagrieu, de Lafay, de Fages, etc.

La création des hôpitaux eut lieu dans le même esprit de patronage et d'isolement : réglés par entreprises, ils étaient soumis à la surveillance d'un ministre ou d'un surintendant; le ministre de la guerre avait celle de l'hôtel royal des Invalides; monseigneur l'archevêque de Bordeaux eut à présider à la création des hôpitaux d'Italie, en 1630, et à pourvoir à leur personnel médical.

L'indépendance de personnes haut placées, le défaut d'administration et surtout la pénurie des sujets, ne permirent pas qu'on bornât son choix aux chirurgiens d'armée; on prit tout ce qu'on trouva d'hommes de savoir et de dévouement, et ainsi fut préparée, dès l'origine, la scission de la chirurgie des régiments d'avec celle des hôpitaux. Les nécessités du temps, peut-être l'inexpérience administrative, concoururent d'abord à ce résultat, qui, pour avoir été fortuit, ne s'en est pas moins perpétué fatalement jusqu'à nous.

Au début, les inconvénients de cette création séparée ne se firent pas sentir; les attributions ne furent pas tout d'abord déterminées; on était d'ailleurs à une de ces époques de renaissance où l'intelligence se produit partout où elle se rencontre. A l'armée comme à Paris, partout éclatait cette activité d'esprit, cet amour des sciences chirurgicales dont les mémoires de l'Académie de chirurgie nous gardent les impérissables monuments.

J.-L. Petit, qui n'était que chirurgien sous-aide, fit, pendant toute la durée de la campagne de Hollande, des cours d'anatomie à Lille, à Mons, à Cambrai; les chirurgiens de tous grades accouraient à ces leçons; les chefs d'armée encourageaient ces premiers efforts; les magistrats des villes y concouraient. En 1733, le fils de l'illustre élève de Littre jouit des mêmes priviléges accordés alors sans conteste au mérite quel que fût son âge ou son origine. Toutefois, comme aux époques de renaissance les hommes de savoir sont rares, il arriva, par la marche des choses, que les chirurgiens amoureux de leur art recherchèrent et

de toutes pièces sous l'influence de la vie. Jusqu'à ce que la chimie ait produit synthétiquement les effets dont elle nous fait voir épars et isolés quelques produits analytiques partiels, nous serons autorisés à penser qu'elle est impuissante à le faire, et cette impuissance sera pour nous la preuve que dans les actions organiques il y a des éléments et des conditions qu'il n'est pas donné à la chimie de réaliser. Ce n'est pas à dire que les faits qu'elle met en lumière soient à nos yeux sans valeur et que la physiologie et la médecine n'en doivent tenir aucun compte ; loin de là, nous les acceptons avec pleine confiance sous la seule garantie des noms éminents qui les patronisent, mais nous les acceptons comme faits, c'est-à-dire avec leur valeur intrinsèque et non avec les conséquences qu'on en déduit ou qu'on semble vouloir en laisser déduire. Nous nous défions surtout des applications prématurées que des esprits impatients et avides d'innovations, comme il s'en trouve partout et toujours, auraient hâte d'en faire à la médecine pratique. En tant que faits scientifiques purs, ils nous paraissent renfermer des éléments importants des questions physiologiques auxquelles ils se rapportent, mais ces questions ne résident et ne sauraient résider tout entières dans la solution des problèmes chimiques.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CAUSES ORGANIQUES ET LE MÉCANISME DE PRODUCTION DES AFFECTIONS APPELÉES HYSTÉRIQUES; par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22, 23, 25, 39 et 40.)

B. DÉTERMINATION DES CONDITIONS DE L'ORGANISATION NERVEUSE QUI JOUENT LE RÔLE DE CAUSES DANS LES PERTURBATIONS FONCTIONNELLES DITES HYSTÉRIQUES.

Nous abordons maintenant une autre série de faits cliniques qui démontrent que l'affection désignée, dans l'état actuel de la science, par le nom d'hystérie, procède quelquefois, très-souvent même, de conditions spéciales des organes de l'innervation.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, rien n'annonçait, dans les cas relatés, un état pathologique quelconque, ni du système nerveux en général, ni des organes centraux.

Sans doute il faut admettre, pour qu'une excitation locale se propage, des conditions organiques favorables à cette propagation; pour que des mouvements réflectifs se développent, il faut admettre, ce qui du reste est un fait démontré, que la moelle, en vertu de son organisation, possède la faculté de transmettre les excitations sensitives qui lui arrivent à un des nerfs moteurs qui en émanent. Cette *réflectibilité* est sans contredit variable, suivant la constitution organique primitive, sans cesser d'être physiologique.

Il est des individus qui, en raison de leur constitution nerveuse, tombent en convulsions quand on leur chatouille la plante des pieds, et d'autres qui n'éprouvent rien de pareil sous l'influence de la même cause. Leur *susceptibilité* diffère, mais elle n'est pas pathologique dans le premier cas, et cela n'empêche certes pas que l'excitation des nerfs sensitifs de la plante des pieds ne soit la cause essentielle des accidents provoqués sous leur influence. Il en est de même dans certains cas de l'excitation locale qui provoque le spasme hystérique; elle peut provoquer réflectivement, en raison de la constitution nerveuse primordiale, des phénomènes convulsifs qu'on n'observe pas chez d'autres malades, sans que la moelle épinière ou le système nerveux en général soient dans des conditions *pathologiques spéciales*.

L'effet d'une cause excitante ne dépend pas seulement de la nature et de l'intensité de cette cause, mais encore, et avant tout, de la *disposition* ou du degré d'*excitabilité* de l'organe ou des organes excités. Cette disposition peut incontestablement varier dans de certaines limites, sans cesser d'appartenir à l'état de santé; mais elle peut aussi devenir *pathologique* ou *morbide*, et nous la considérons comme telle quand les *excitants habituels* produisent des *effets insolites extraordinaires*.

Or il est incontestable que certains états pathologiques qui, eux aussi, portent le nom d'hystérie, sont précisément caractérisés par une excitabilité morbide, soit du système en général, soit plus spécialement de la moelle épinière seulement.

L'excitabilité morbide, qu'il ne faut pas confondre avec l'excitation, représente un état pathologique *sui generis*. Ce n'est pas un être imaginaire inventé pour les besoins de la théorie, c'est un fait reconnu par tous les bons observateurs.

Ce fait a sans doute sa raison d'être dans l'organisation nerveuse et dans les modifications que cette dernière peut éprouver; mais ces modifications, nous ne les connaissons pas; nous n'en connaissons que quelques causes éloignées; aucun anatomiste n'a pu saisir les variétés d'organisation qui président incontestablement aux différences de l'excitabilité physiologique; les conditions matérielles de l'excitabilité pathologique sont tout aussi inconnues. Tout ce que nous savons de positif, c'est que, sous l'influence de certaines causes éloignées, le système nerveux se trouve dans des conditions spéciales en vertu desquelles les causes excitantes les plus légères, les excitants physiologiques mêmes, provoquent localement des manifestations fonctionnelles qui, à l'état normal, ne surviennent pas dans ces circonstances. C'est ainsi qu'une simple pression produit dans les nerfs sensitifs une impression douloureuse, et des *hyperesthésies* plus ou moins généralisées se manifestent comme caractères dynamiques de l'affection.

D'un autre côté, les excitations locales, si facilement éveillées qu'elles paraissent spontanées, agissent elles-mêmes comme causes excitantes des organes centraux. La *réflectibilité* est exagérée de telle sorte que toute excitation locale périphérique retentit, si je puis dire, au loin, et se trouve réfléchie par les organes centraux sur d'autres nerfs sensitifs ou moteurs.

Dans ces conditions organiques l'excitation locale la plus légère peut provoquer des perturbations fonctionnelles étendues, les *points de départ* des troubles de l'innervation se *multiplient*, et par cela même perdent de leur *importance pratique*.

L'excitation locale devient encore cause de spasmes, mais elle ne joue plus qu'un *rôle secondaire* et ne représente plus l'*élément essentiel*, la cause organique principale de la perturbation fonctionnelle.

L'excitabilité morbide peut être localisée exclusivement dans la sphère sensitive, et dès lors ne produit pas de convulsions hystériformes, tout en se révélant par des perturbations fonctionnelles variées. L'utérus est le

---

obtinrent toutes les positions de chirurgiens d'hôpital; les médiocrités restèrent dans les corps, et peu à peu toute la considération s'attacha aux premières positions; le grade de chirurgien-major des camps et armées fut bientôt le grade supérieur et le seul vraiment honoré et vraiment digne de l'être. C'est au milieu de toutes ces circonstances, œuvres du temps ou du hasard, que les premiers administrateurs eurent à régler les dispositions qui devaient assurer l'existence des chirurgiens d'armée et en préparer le recrutement.

En général, on se laisse facilement aller à adresser à l'administration le reproche d'incapacité ou de mauvais vouloir. C'est, je crois, commettre une erreur et méconnaître un des plus beaux privilèges de notre nature : le désir que nous avons de fonder des œuvres bonnes et durables. Seulement les esprits créateurs sont rares et les habitudes pratiques des administrateurs les font reculer devant toutes les dispositions que le temps n'a pas sanctionnées; les erreurs des premiers règlements sont entièrement empreintes de ces caractères de timidité et de défiance.

Bien que Louis XIV eût déjà fondé les cours de chirurgie des collèges Saint-Côme et du Jardin du Roi, on en était encore aux habitudes de l'éducation particulière des écoles hippocratiques; les premières ordonnances se contentèrent de régler l'instruction médicale sur ces anciens errements; les chirurgiens des régiments durent choisir des élèves parmi les jeunes soldats; ceux-ci devaient encore aux hommes de la compagnie un service qui n'a plus rien de chirurgical. Il en était à peu près de même pour les hôpitaux. L'ordonnance de 1718 prescrit les dispositions suivantes :

« Le chirurgien-major fera autant qu'il pourra un cours d'opérations, de chirurgie et d'anatomie tous les ans, auquel les chirurgiens d'hôpital seront obligés d'assister pour s'entretenir et se fortifier dans l'exercice de leur art, et pour y former des élèves qui puissent devenir utiles. »

L'ordonnance de 1742 renouvelle cette mesure insuffisante, et ce ne fut qu'en décembre 1747 que furent créés, par ordonnances, les amphithéâtres de Metz, de Strasbourg et de Lille; la première expérience ayant bientôt démontré que l'éducation suppose des ressources en malades, en cadavres, et surtout la présence d'hommes instruits formés par une pratique suffisante.

Du reste, ces premières ordonnances abondaient en mesures libérales : il me suffira pour le prouver de citer quelques articles.

Art. 6. — « Aucun élève en chirurgie ne pourra être admis et suivre comme surnuméraire les malades et blessés, ni les cours qui se feront, qu'il n'ait fait au moins deux années d'apprentissage chez un maître chirurgien. Il sera examiné par le médecin inspecteur ou, à son défaut, par le premier médecin ou chirurgien. »

Art. 7. — « Lorsqu'il vaquera une place de garçon chirurgien, il sera ouvert un concours. »

Art. 11. — « La première année les chirurgiens surnuméraires étudieront et s'appliqueront à l'ostéologie sèche et fraîche et à la myologie; pendant l'été ils étudieront les principes de chirurgie et des bandages.

» La deuxième année, ils feront une étude particulière de la splanchnologie, de l'angiologie et des opérations pendant l'hiver, et repasseront pendant l'été les principes de chirurgie et de bandages.

» La troisième année ils répéteront les parties de l'anatomie précédente, et y

ovaires ne jouent absolument aucun rôle dans cet état, et c'est à tort qu'on lui a imposé le nom d'*hystéricisme*. Dans l'hypocondrie chez l'homme, quoiqu'elle se caractérise plus spécialement par l'état mental des malades, l'existence d'une excitabilité pathologique est un fait incontestable, et c'est cet élément commun entre l'hypocondrie et certaines affections dites hystériques qui a fait confondre ces deux affections par tant d'hommes distingués. Mais, pour l'hypocondrie, la question est de savoir si les foyers de sensibilité névralgiques ou d'excitabilité sensitive sont consécutifs à l'état mental, comme le pense M. Dubois (d'Amiens), ou si, comme nous inclinons à le croire, au moins pour certains cas, l'état mental, la *nosomanie* hypocondriaque n'est pas l'effet des sensations anormales que les excitants physiologiques provoquent incessamment dans le domaine des nerfs sensitifs.

Il est inutile de rapporter beaucoup d'observations pour mettre en évidence la spécialité de l'état pathologique en question. Chaque praticien a observé de ces femmes dites nerveuses, véritables sensitives pour lesquelles les excitants physiologiques sont devenus de véritables causes de torture. Souvent idiopathiquement développé sous l'influence d'une hygiène physique et intellectuelle vicieuse, cet état s'enchaîne d'autres fois comme élément consécutif à d'autres causes organiques. Les plus fréquentes sont sans contredit l'anémie chlorotique, et l'anémie consécutive à certaines maladies aiguës. Je n'en rapporterai pas d'exemple, je me bornerai à l'observation suivante, qui représente l'excitabilité sensitive dans sa plus grande simplicité.

OBS. VII.—Burges (Catherine), âgée de 45 ans, sœur au couvent du Bon-Pasteur, entra dans notre service le 20 janvier 1845. D'une constitution primitive délicate, habituellement bien réglée, et ayant joui autrefois d'une assez bonne santé, cette personne, sous l'influence d'une vie de privation et de pénitence, vit depuis plusieurs mois sa santé s'altérer; d'abord elle devint excessivement impressionnable, et cette impressionnabilité augmenta notablement à la suite d'une frayeur éprouvée quelques semaines avant son entrée; des sensations douloureuses variées se développèrent tantôt à la tête, tantôt dans la poitrine ou l'abdomen.

A l'examen de la malade, nous constatons l'état suivant : peu d'embonpoint, membres grêles, face un peu pâle, muqueuses normalement colorées; appétit conservé, digestion facile, selles régulières, abdomen souple, indolent pourtant, menstruation régulière; rien du côté de la poitrine, seulement la malade se plaint d'éprouver quelquefois des palpitations avec bouffées de chaleur, matité précordiale et bruits du cœur normaux; pouls petit et vif, sub-fréquent; pas de souffle carotidien; troubles dans la vision, vertiges, bourdonnements fatigants dans les oreilles, douleurs continues avec exacerbations s'étendant depuis la nuque jusqu'au sommet de la tête, et se faisant sentir, comme par battements isochrones, avec ceux du pouls. La douleur suit assez bien la direction du nerf occipital et auriculaire postérieur gauche. Il n'existe cependant pas de point douloureux à la pression; quelquefois le col est comme roide, parce que les mouvements augmentent la douleur. La malade s'effraye au moindre bruit, et son moral est d'une grande impressionnabilité; souvent insomnie.

Un vésicatoire appliqué à la nuque produit une syncope pendant l'action de l'emplâtre irritant, et, plus tard, un mouvement fébrile qui se manifeste ne peut être rattaché à aucune autre cause excitante.

Dans la suite de l'observation, les troubles de sensibilité se multiplient et changent souvent de place; outre les douleurs de tête, on note des agacements et des tiraillements douloureux dans les membres, des gastralgies, de l'hypéresthésie dans différentes parties du tronc, au dos, au sternum, dans la région épigastrique, des dysuries douloureuses; quelquefois des palpitations, mais *jamais* de phénomènes convulsifs; menstruation toujours *régulière*, *jamais d'ovaralgie*. Tout se borne à une alternance de lésions de sensibilité, à des sensations douloureuses qui, à peine calmées d'un côté, se manifestent ailleurs. L'exploration la plus attentive ne démontre aucune lésion d'organe, la malade est faible, délicate, incapable de travailler, mais non chlorotique.

Depuis seize mois, des médications variées, telles que ferrugineux, toniques, calmants, bains, etc., etc., n'ont amené que des améliorations momentanées. L'état général ne s'est pas aggravé, mais il persiste avec ses manifestations phénoménales variées, et tout semble faire croire à son incurabilité.

Les faits de ce genre ne sont rien moins que rares; il en est certainement qui offrent des lésions de sensibilité autrement localisées, plus générales encore, et qui, s'étendant à la sphère sensoriale et affective, ont servi à compléter cet indigeste ensemble de phénomènes considéré comme une des expressions symptomatiques de l'*hystérie*.

En relatant l'observation précédente, nous avons voulu simplement montrer que cet état organique que nous appelons *excitabilité sensitive* peut exister seul, idiopathiquement, si l'on préfère cette expression, et qu'il représente un état pathologique *sui generis* qui n'a rien de commun avec l'excitation des organes de la génération, un élément pathologique enfin qu'il faut apprendre à connaître dans sa simplicité, afin de le retrouver, par l'analyse rationnelle, dans les cas complexes de l'observation clinique.

Nous avons prouvé jusqu'à présent par des faits que, d'un côté, des excitations nerveuses et locales et notamment celle des ovaires sont susceptibles de produire *réflectivement*, et sans autre état pathologique concomitant appréciable, des perturbations fonctionnelles généralement considérées comme caractérisant l'*attaque hystérique*. Nous avons prouvé, d'un autre côté, que le système nerveux peut subir une modification spéciale, inconnue dans son élément matériel, mais qui se caractérise, dynamiquement, par une excitabilité morbide plus ou mois généralisée. Nous avons prouvé de plus que, *localisé* dans la sphère sensitive, cet état représente un *élément* pathologique *particulier* qui peut exister *idiopathiquement* ou s'enchaîner comme effet à l'anémie, sans produire d'accidents spasmodiques analogues à ceux de l'excitation ovarique propagée. Mais il suffit d'un peu de réflexion pour comprendre :

1° Que l'excitabilité morbide étendue aux organes centraux, et notamment à la moelle, représente incontestablement la *condition organique* la plus favorable à la *propagation* des excitations locales;

2° Que les excitations locales se développeront elles-mêmes d'autant plus facilement et même sous l'inflence des simples excitants physiologiques, que les nerfs périphériques participent davantage et dans une sphère plus étendue à l'excitabilité pathologique.

Or ces deux causes organiques se trouvent incontestablement quelquefois combinées et représentent dès lors des états pathologiques complexes, offrant, d'un côté, les caractères permanents, non équivoques, de l'excitabilité plus ou moins généralisée; de l'autre, ceux d'excitations locales incontestablement propagées et jouant le rôle de causes productrices des attaques.

Les cas les plus simples de cette catégorie sont ceux où l'excitabilité morbide de la moelle épinière se trouve associée avec l'excitation ovarique. En voici un exemple :

OBS. VIII. — Bodemer (Marie), de Willé, âgée de 18 ans, brune lymphatique, fortement constituée, soumise à d'assez bonnes conditions hygiéniques, mais

---

» ajouteront la névrologie; ils emploieront l'été de la troisième année à une « étude appliquée de la physiologie et de la pathologie. »

Art. 14. — « Afin d'assujettir davantage tous les chirurgiens et exciter leur » émulation et s'assurer de leurs progrès, il sera fait chaque année un examen » général au commencement du mois de mai. »

Art. 15. — « A l'assemblée du mois de juin, le médecin inspecteur en nommera deux qui se seront le plus distingués par leur examen, et ayant égard aux » mœurs, il leur distribuera à chacun un prix de la valeur de cinquante livres. »

Ainsi, ni la bienveillance ni la libéralité, ne manquèrent aux premiers administrateurs, et si l'on voulait admettre que l'éducation médicale doit en rester à ces premiers principes on ne peut nier que l'ordonnance n'en fût réglée par des esprits droits et habitués à la matière. Le côté vicieux de ces premières dispositions tenait à une seule condition, le défaut des ressources, le manque d'hommes capable de suffire à cet enseignement si modeste qu'on l'eût fait. D'ailleurs les parties de ces ordonnances qui réglaient l'avancement et les attributions de chaque grade devaient arrêter dans son développement la génération la plus laborieuse et la plus savante. J'ai dit comment les chirurgiens des régiments avaient appartenu à une autre fondation que ceux des hôpitaux, comment l'insuffisance des hommes avait peu à peu déconsidéré et amoindri la position. L'administration fut forcée de subir ce triste état des choses, et, en éloignant à jamais de la pratique des hommes que la pratique seule eût pu former, elle arrêta dans son germe la sève qui devait porter à la tête les éléments de l'existence et de l'expansion. J'ai promis de montrer les causes de la décadence précoce des corps de santé militaire, et je croirai presque y être parvenu quand j'aurai soumis à l'appréciation des médecins les articles suivants de l'ordonnance de 1780.

Art. 37. — « Les chirurgiens-majors des régiments sont établis pour veiller » sur la santé des soldats, dont le soin leur est confié, pour empêcher qu'elle ne » s'altère, pour traiter les indispositions et les blessures légères, prévenir par » là les maladies qui pourraient s'aggraver, etc. »

Art. 22. — « Les places de chirurgiens-majors des hôpitaux seront données » de *préférence* aux chirurgiens-majors des régiments qui pourront y prétendre » après vingt années de service. »

L'exclusion de toute pratique médicale à l'âge où les facultés d'observation se développent, où la vigueur de l'esprit et l'activité du corps sont dans toute leur force, et le rappel à l'exercice de l'art après vingt années de service, alors que l'homme commence à comparer avec regret l'étendue de la science et la brièveté de son existence, était une mesure si contradictoire, si destructive de toute émulation et de tout avenir, que de toutes parts s'élevèrent de justes réclamations. La plupart des membres de l'Académie de chirurgie voulurent bien en être les interprètes; et, grâce au zèle de Colombier et de Louis, on revint contre les premières dispositions par la création des hôpitaux régimentaires en 1788. Malheureusement les temps étaient difficiles, les finances obérées, les régiments dans une activité continuelle, de sorte qu'on ne put mener à bien les premiers essais qui en furent tentés. Cela ne prouvait rien contre l'institution en elle-même, et c'est à tort qu'on opposerait l'insuccès de ces premières tentatives aux partisans des créations analogues.

Je m'arrête à cette première époque de la médecine militaire; tout ce que j'ai cherché à établir, c'est l'origine des difficultés qui retardent encore aujourd'hui

menant une vie sédentaire s'était, sauf quelques irrégularités dans la menstruation, toujours bien portée, lorsque, sans cause connue, elle fut atteinte pendant le mois d'avril d'accès convulsifs hystériformes. Ces accès pendant six semaines revenaient journellement quelquefois une, d'autres fois plusieurs fois dans la journée; leur durée et leur intensité étaient variables.

Avant les attaques, la malade ressentait dans l'abdomen, sans pouvoir spécifier la place, une douleur se transformant en boule qui, remontant de la région épigastrique au col, était suivie d'étouffements, de perte de connaissance incomplète et de convulsions généralisées.

Dans l'intervalle des attaques, fatigue, excitabilité générale, agacements fréquents dans les membres, palpitations de cœur, douleur épigastrique, appétit capricieux et digestion difficile.

Lors de l'entrée de la malade, le 30 octobre 1845, sept mois après l'invasion, on constate l'état suivant : Facies pâle, lèvres peu colorées, pouls subfréquent, battements du cœur, souffle carotidien continu et grande impressionnabilité morale. A la pression des apophyses épineuses des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, douleur assez vive; cette douleur n'irradie pas ailleurs et ne provoque pas de phénomènes réflectifs. La région épigastrique est également douloureuse, mais la pression ne provoque pas d'accès. Le reste du ventre est indolent à l'exception de la région *ovarique gauche*. Une pression même légère exercée dans ce point provoque une douleur vive, et presque immédiatement après la sensation de constriction épigastrique, des spasmes de la glotte et du diaphragme, enfin des convulsions généralisées avec perte incomplète de connaissance.

Cette expérience répétée à différentes reprises, entre autres en présence de notre collègue M. le docteur Hirtz, reproduit constamment la même succession phénoménale. Plusieurs fois, la propagation s'est effectuée avec la rapidité de l'éclair, de telle sorte qu'entre la douleur ovarique provoquée et les convulsions, il n'y avait que l'intervalle de quelques secondes, et que les douleurs épigastriques et la sensation de boule faisaient complétement défaut. Certaines impressions morales, la frayeur produite par la chute d'un corps, la contrariété, etc., faisaient aussi naître rarement des attaques, mais jamais nous n'avons pu les produire en agissant ni sur les vertèbres dorsales ni sur l'épigastre. La médication qui nous avait réussi dans les cas de simple excitation ovarique propagée, les lavements d'assa fœtida, les vésicatoires volants, l'assa fœtida à l'intérieur, etc., restèrent complétement sans effet.

Sous l'influence d'un traitement ferrugineux par les pilules de Vallet, nous avons vu le souffle carotidien disparaître, la coloration de la peau redevenir normale et la menstruation se régulariser; mais les phénomènes nerveux persistaient toujours avec le même caractère et la même intensité.

L'assa fœtida repris à haute dose, la valériane en poudre et en infusion, les pilules de méglin et d'autres antispasmodiques, tous continués chaque fois pendant plusieurs semaines à dose croissante, ne furent pas plus efficaces. Jusque vers la fin de février, les attaques persistèrent avec le même caractère et la même violence. A cette époque, nous commençâmes par ordonner le matin et le soir des lotions froides, des immersions froides pendant les attaques, et enfin des bains froids deux fois par jour, de cinq à dix minutes chacun. A l'intérieur, on prescrivit le chlorure d'étain, d'abord administré à la dose de 5 centigr., il fut successivement porté jusqu'à 40 centigr. Sous l'influence de cette médication, l'excitabilité générale diminua, les attaques devinrent de plus en plus rares, plus courtes et moins violentes.

Le 10 mai, la malade quitta l'hôpital pour se rendre à la campagne. La pression ovarique et vertébrale était encore douloureuse; des attaques très-légères de perte incomplète de connaissance avec spasme de la glotte, mais sans convulsions généralisées, se manifestaient encore tous les dix jours et pouvaient également encore être provoquées à volonté. Mais l'amélioration obtenue nous fit espérer que, sous l'influence de la vie de la campagne et des bains froids, cette jeune fille guérirait tout à fait de sa cruelle affection.

Il suffit de réfléchir aux détails de cette observation pour apprécier les éléments constitutifs du cas spécial. Sans doute ici encore l'ovaralgie propagée était la cause organique productrice la plus fréquente; mais cette sensibilité extrême de l'ovaire n'était-elle pas elle-même, comme celle des vertèbres et de l'épigastre, l'expression de l'excitabilité morbide des nerfs sensitifs? D'un autre côté, la facilité même dans la propagation de l'excitation locale doit faire admettre une exagération de la *puissance réflective* de la moelle, une *excitabilité pathologique* de cet organe central. L'anémie chlorotique ne paraît pas avoir été la cause première de cet état dynamique des organes nerveux; car il a persisté au même degré après la disparition des signes caractéristiques de l'anémie. Mais il est possible, et certes il en est souvent ainsi, que l'excitabilité pathologique de la moelle ne soit néanmoins qu'un état consécutif, développé sous l'influence même de la reproduction des attaques primitivement provoquées par l'excitation toute locale de l'ovaire. Cette idée n'a rien qui ne cadre parfaitement avec les lois connues de la dynamique nerveuse. La dextérité merveilleuse d'un Listz n'a pas d'autre raison d'être que celle de la facilité de reproduction des mouvements pathologiques. Dans une direction donnée, les mouvements sont d'autant plus faciles à exciter qu'ils se sont déjà reproduits un plus grand nombre de fois. Cet état acquis des organes, que nous appelons *habitude*, est une des lois de l'activité nerveuse qui trouvent plus d'une application en pathologie.

En vertu de cette *excitabilité*, évidemment morbide, et aussi très-souvent en vertu de cette facilité de plus en plus grande de la moelle de reproduire, sous l'influence de faibles excitants, les mouvements pathologiques dont elle a pris l'*habitude*, se développent, chez beaucoup de femmes dites hystériques, des *foyers multiples* d'excitation susceptible d'être propagée et réfléchie dans une même direction. *Dans ces cas*, les attaques naissent non-seulement sous l'influence de l'excitation ovarique, elles se développent encore avec une facilité extrême sous l'influence d'impressions morales; on *peut les faire naître* quelquefois par la pression de la région épigastrique, par la pression du dos, dans les différents points enfin où des nerfs sensitifs sont atteints d'hypéresthésie. Tout récemment nous avons vu une fille chez laquelle la pression du nerf frontal et sous-orbitaire droit, à leurs points d'émergence, produisait des pertes de connaissance avec tremblement convulsif; quelquefois enfin une impression quelconque, n'importe sur quel nerf sensitif, produit le même effet. Citons des faits. En ce moment encore nous avons dans nos salles une malade chez laquelle existaient trois foyers de sensibilité dont l'excitation est susceptible de se propager dans une même direction, et reproduit constamment la même série de phénomènes. Voici le résumé de cette triste histoire.

Obs. IX. — Haeffner (Élisabeth), actuellement âgée de 36 ans, d'une constitution grêle, impressionnable, avait été maladive dans son enfance. A l'âge de 12 ans, deux années avant sa première menstruation, elle éprouvait déjà, à la suite des fortes émotions, survenant par des causes légères et quelquefois sous l'influence de la marche, des tremblements convulsifs de la mâchoire inférieure, des claquements de dents, des palpitations, des étouffements. La menstruation, qui s'établit à 14 ans, n'exerça pas d'influence sur ces accidents qui paraissaient de loin en loin, et que la malade considérait comme inhérents à sa constitution.

Après son entrée à l'hôpital civil en 1830, à l'âge de 24 ans, pour un point douloureux de la poitrine, les accès augmentèrent notablement d'intensité et de fréquence à la suite de l'application d'un vésicatoire; ils étaient toujours carac-

---

le développement du corps de santé. J'ai fait voir comment les mœurs, les habitudes administratives, l'insuffisance des hommes, avaient préparé et continué la scission qui a toujours séparé la chirurgie des corps et celle des hôpitaux; en cela l'administration fut dominée par la nécessité du moment, et il serait aussi injuste de lui en faire le reproche que de ne pas admirer ses premières tentatives pour la construction des amphithéâtres d'instruction, mesure incomplète sans doute, mais pleine cependant de bienveillance et de libéralité. Aussi, dans le principe, l'institution de la médecine militaire a réalisé quelques espérances; si les hommes instruits furent rares, les principales positions furent dignement occupées. Lamartinière, Ledran, Morand, Garengeot, y représentaient cette admirable société de chirurgie qui, à l'origine, eut ses fondements dans la chirurgie des armées.

Mais le tocsin des guerres civiles et le canon des batailles devaient arrêter toutes ces espérances; pendant vingt-cinq années elle put à peine suffire aux besoins incessants de la plus grande guerre que les nations eussent soutenue jusqu'alors. Un moment des hommes de génie et d'activité suppléèrent à ce qu'il manquait de ressources et de personnes, tant la grandeur des événements élevait et les caractères et les courages! L'empire vécut de demi-mesures, et on manqua encore d'organisation et de service régulier; d'ailleurs l'esprit militaire à cette époque, subjugué par les circonstances elles-mêmes, dédaignait tout ce qui pouvait faire obstacle à ses fins ambitieuses. Pourvu que les douleurs n'éclatassent pas publiquement, on était tranquille sur un délaissement qui rappelle souvent les scènes affligeantes des guerres du moyen âge. Je passerai donc sur ces temps qui appartiennent à l'histoire, et j'arriverai par une brusque transition à l'ordonnance royale du 25 novembre 1814.

La restauration hérita de toutes les difficultés que lui léguèrent les régimes précédents : l'empire laissait des cadres immenses; il fallait des positions convenables aux hommes qui avaient honoré la France dans nos longues guerres; il fallait donner asile à tous ces hommes sans savoir, sans profession, qu'un jour de nécessité avait fait admettre à l'emploi de chirurgiens militaires; il fallait préparer pour l'avenir des ressources nouvelles, et satisfaire à ce besoin de travail et de progrès qui était comme le génie de l'époque. On était d'ailleurs disposé à toutes les mesures qui pouvaient flatter l'armée et témoigner de la bienveillance du gouvernement pour le pays. Tous les règlements sont empreints de ce double caractère.

Le 25 novembre 1814, Louis XVIII rétablit les hôpitaux militaires; le 30 décembre de la même année, les hôpitaux de Metz, Strasbourg et Lille furent érigés en hôpitaux d'instruction.

Le 10 janvier 1816, une ordonnance rétablit le conseil de santé; les termes en sont pleins de sollicitude pour le corps.

Mais les difficultés paralysèrent le bon vouloir; l'insuffisance des positions convenables fit que la plupart des hommes distingués de l'empire cherchèrent ailleurs une carrière qui pût mieux suffire à leur activité et aux besoins de leur avenir. D'un autre côté, les hommes que l'empire avait laissés dépourvus de fortune et de savoir débordaient sans cesse. Chaque position disputée par les hommes anciens et les hommes nouveaux était trop souvent enlevée par la faveur, qui montrait moins d'intelligence que d'esprit de parti; les jeunes gens laborieux, découragés par les difficultés et les limites étroites dans lesquelles

térisés par le même tremblement de la mâchoire et des étouffements. Dans l'intervalle des attaques, déjà à cette époque, la malade était tourmentée par des phénomènes de sensibilité divers, tels que douleurs dorsales, épigastriques, agacements douloureux dans les membres, etc., etc. Traitée pour une *irritation spinale* par des antispasmodiques divers, des ventouses le long du rachis et des vésicatoires volants, elle n'obtint aucune amélioration de ces médications.

Depuis six ans seulement, les accès ont fréquemment débuté par une sensation douloureuse qui, partant des parties inférieures du ventre, remontait le long du col sous forme d'une boule. Espérant qu'une grossesse modifierait, comme on le lui avait fait croire, sa triste situation, elle devint enceinte en 1839. Pendant la gestation, les accès étaient effectivement devenus plus rares; mais ils reparurent avec la même intensité et la même fréquence à la suite de l'accouchement. Admise dès lors dans la salle des *épileptiques*, elle resta confondue sans traitement, depuis cette époque, avec les malheureuses atteintes de cette cruelle affection. C'est de là que nous avons fait sortir cette femme pour l'admettre dans les salles de la Clinique, le 4 avril 1845.

Voici le résumé de notre propre observation.

Constitution grêle et délicate; embonpoint conservé, mais peu considérable; intelligence parfaite et très-développée; grande sensibilité; fonctions digestives en bon état; rien d'anormal à l'exploration physique des organes de la poitrine; menstruation assez régulière.

A l'examen de la colonne vertébrale, on constate de la douleur vive à la pression de toutes les apophyses épineuses cervicales et dorsales; la douleur est surtout intense à la nuque. En *continuant la pression*, il survint un tremblement convulsif de la mâchoire inférieure produisant un claquement de dents plus fort que celui du stade de frisson de la plus forte fièvre intermittente. Ce phénomène, qui dure près d'une minute, est suivi de constriction du pharynx et de la glotte, puis d'une toux analogue à celle de coqueluche. Le spasme de la glotte augmente, et la malade, en proie à une anxiété extrême, fait de vains efforts d'inspiration; la face devient bleue et gonflée; la femme se tord et comprime, pour se soulager, avec les deux poings, la région épigastrique. Après les efforts d'inspiration, nous remarquons une série de hoquets suivis d'éructations, puis de souffle, avec efforts considérables d'expiration. Les accès d'étouffement continuent et semblent menacer d'asphyxie prochaine; enfin tout se termine par l'expuition d'une grande quantité de *mucosité spumeuse*. Pendant l'accès, l'auscultation ne fait découvrir aucun bruit vésiculaire; le pouls est fréquent, vif et petit. Intelligence parfaitement conservée et réponses par signes. Aucun autre phénomène spasmodique que ceux mentionnés ne se manifeste; mais des convulsions, des mouvements forcés de la respiration, se produisent dans une certaine succession et avec une remarquable intensité.

Quelque temps après, nous cherchons à compléter notre observation par l'exploration de l'abdomen; en voici le résultat. Le ventre est généralement un peu sensible à la pression; mais la région ovarique droite l'est à un degré extraordinaire. En la comprimant, la douleur irradie vers l'estomac et s'y concentre sous forme d'une constriction douloureuse. A cette sensation succède celle d'une boule et du resserrement du pharynx; on cesse la pression, et les phénomènes se suspendent. A la reprise de la pression ovarique, les mêmes sensations se reproduisent. Cette fois elles sont suivies de la succession des mêmes phénomènes respiratoires spasmodiques que ceux précédemment mentionnés, à l'exception du tremblement de la mâchoire qui fait défaut dans la série, mais qui se reproduit plusieurs fois, comme phénomène initial, dans des expériences ultérieures.

Nous constatons un troisième foyer d'irradiation dans la région épigastrique, dont la pression, également très-douloureuse, provoque des attaques; c'est à volonté que les accès peuvent être produits par l'excitation des trois points mentionnés, et la malade, comme toutes les hystériques que nous avons examinées jusqu'à présent, le sait si bien qu'elle nous a instamment prié de ne plus répéter ce genre d'investigation dans les points douloureux.

Les accès se produisent fréquemment en outre : 1° à la suite d'impressions morales; 2° en partant du ventre par des sensations douloureuses spontanées; dans ce cas les accès ne sont pas toujours complets; 3° à la suite d'une sensation d'inquiétude et de crispation générale; 4° à la suite d'impressions sensoriales un peu vives ou brusques.

Les attaques reviennent tous les quelques jours; quelquefois il se passe une à plusieurs semaines, mais l'époque menstruelle les ramène sûrement. Les intervalles des attaques ne sont jamais complétement libres. Des phénomènes de sensibilité variés tourmentent la malade : ce sont des douleurs de tête, de la sensibilité à la lumière, au bruit; des bourdonnements d'oreille, des tiraillements douloureux dans les membres, dans l'abdomen; des oppressions de poitrine, de la constriction à la base du thorax, des palpitations, des frissonnements, des bouffées de chaleur, etc., etc.

Depuis plus d'un an que cette malheureuse fille est soumise à notre observation, des médications variées, qu'il serait trop long d'énumérer, ont été employées, sinon sans produire de soulagement, au moins sans succès durable.

Évidemment, dans ce cas complexe, les éléments pathologiques sont multiples.

1° Nous retrouvons au plus haut degré, dans l'intervalle des attaques, tout cet ensemble phénoménal qui caractérise l'*excitabilité sensitive* : état pathologique que nous avons vu exister seul et moins généralisé chez la nommée Burges (obs. VII).

2° Plusieurs foyers permanents de sensibilité névralgique susceptibles d'irradier l'excitation, et de produire avec une facilité extrême des attaques convulsives de la respiration.

3° Par conséquent une *excitabilité morbide* incontestable de l'appareil central, qui réfléchit avec une merveilleuse facilité, dans une même direction, toutes les excitations qui lui arrivent.

Après cela, qu'on appelle encore cela de l'hystérie, nous le voulons bien; mais qu'on ne confonde pas les états pathologiques de ce genre avec ceux précédemment décrits. Sans doute il y a de l'analogie dans la perturbation fonctionnelle, de l'analogie dans le mode de production des attaques; mais il existe aussi des conditions organiques spéciales, expérimentalement susceptibles d'être déterminées. Il y a là quelque chose de plus qu'une simple excitation locale propagée : il y a un état général du système, une excitabilité qui n'est *plus adéquate avec les causes excitantes physiologiques.* Aussi quelle différence dans le pronostic! quelle différence dans les indications thérapeutiques! Ce n'est plus une excitation locale qu'il s'agit de combattre ou d'enlever. Pour guérir, il faudrait pouvoir refaire la constitution nerveuse par une ordonnance hygiénique toujours difficile, mais impossible dans un hôpital.

Obs. X. — Au fait que nous venons de rapporter, nous pouvons ajouter celui d'une autre malade qui, depuis plus d'un an, est atteinte de convulsions hystériques d'une remarquable intensité. L'affection, survenue à la suite d'une frayeur, s'est caractérisée dès le début par une remarquable *excitabilité* pathologique de la moelle et des nerfs qui en émanent. Chez cette malade aussi existaient en permanence plusieurs foyers de sensibilité susceptibles de propager l'excitation périphérique. On a pu faire naître des attaques convulsives : 1° par la pression de la région ovarique gauche; 2° par la pression de l'épigastre; 3° par celle du dos; 4° dans certains moments, l'hypéresthésie est généralisée dans l'abdomen, et le moindre attouchement provoque des douleurs vives et des spasmes de la glotte.

M. le professeur Romberg mentionne l'observation d'une jeune Polonaise

---

s'usait leur vie, faisaient chaque jour défection, et créaient des vacances remplies bientôt par des hommes qui ne promettaient rien à l'avenir. L'institution incomplète des hôpitaux d'instruction n'était pas un remède, puisqu'ils jetaient incessamment dans la carrière des sujets à demi-éducation, bientôt descendus au niveau des chirurgiens de l'empire; de sorte que si l'émulation et le travail avaient encore quelques lieux où ils fussent cultivés, la masse était mauvaise et l'ensemble du corps frappé de stérilité et d'impuissance.

Du reste, la restauration n'eut pas à souffrir de ces voies d'organisation; quinze ans de paix et les ressources immenses que lui avait laissées l'époque précédente, suffirent largement aux nécessités du service, en tenant plus compte du nombre que de la valeur des hommes. Les difficultés ne devaient venir que plus tard.

Après 1830, les éventualités de la guerre, la campagne de Belgique, l'occupation de l'Algérie, eurent bientôt montré dans quelle sécurité trompeuse avait vécu la restauration. On usa d'abord de ses ressources, et Dieu sait dans quelle profession on alla rechercher les anciens serviteurs de l'empire, pour lesquels on était pris d'une estime que le temps a dû contribuer à affaiblir. Encore est-il que ces hommes ne pouvaient toujours durer et qu'il fallait songer à des nécessités très-prochaines; on se mit donc à l'œuvre, et voici à peu près de quelles connaissances et de quels moyens on pouvait profiter.

L'esprit militaire avait fait place à un plus juste sentiment de la dignité de la vie humaine; les jeunes princes de la dynastie nouvelle avaient surtout contribué à ce résultat et manifesté souvent leur estime pour les médecins militaires; il y avait là une haute influence dont on pouvait user. D'un autre côté, le mouvement de 1830 avait ranimé dans le pays les grandes idées qui avaient élevé si haut les destinées de la France, quand elle s'inspirait du bon sens de Voltaire et de l'amour de Rousseau; on pouvait compter sur les largesses de la nation pour un corps qui, destiné à secourir le soldat malade, ouvrirait une porte à tous ces hommes jeunes, amoureux du travail et avides des carrières libérales.

On avait d'ailleurs plus d'un siècle d'expérience; on connaissait l'insuffisance des premiers établissements créés en 1747 et restaurés en 1814; on savait tout ce que la médecine avait eu de grandeur par la science, sous Louis XV, tout ce qu'elle avait montré de dévouement dans sa vie militaire. Le but paraissait tout indiqué : il fallait rattacher la médecine militaire à la science par la création d'établissements convenables, et fixer les hommes instruits à l'armée, en leur préparant cette vie assurée et remplie par le travail, qui, à défaut de fortune, suffit à ceux qui ne s'abusent pas sur la part de bien qui est faite à chacun.

J'ai voulu faire précéder de ce court exposé historique l'examen de l'organisation actuelle, afin qu'on sût sur quelles bases ont été édifiées les constructions fragiles dans lesquelles nous vivons. Sous Louis XV, les hommes manquent; sous la république, le zèle seul trouve à se produire dans le tourbillon qui entraîne les hommes et les sciences; l'empire est satisfait du luxe extérieur de quelques grands noms, et nul ne songe dans la prospérité à profiter pour le corps de quelqu'une de ces journées de soleil qui éclairent parfois le front du maître. Enfin, la restauration meurt avant d'avoir achevé l'inventaire des fausses richesses de l'empire. Tout était donc à refaire en 1836, car si on construisait sur un terrain recouvert de décombres, les fondations manquaient pour un édifice solide et durable.

atteinte depuis longtemps d'hystérie. Les accidents nerveux, singulièrement aggravés à la suite de la section de la plique, pouvaient être provoqués, sous forme de convulsions généralisées, avec la rapidité de l'éclair, par le plus léger attouchement. « A peine, dit Romberg, avais-je appliqué le doigt pour examiner le pouls, que tout aussitôt il survenait du clignotement des paupières, des phénomènes spasmodiques des muscles de la respiration et du larynx. » Brodie rapporte plusieurs observations d'hystériques chez lesquelles la pression du *sternum* suffisait pour produire des attaques convulsives. « Il n'est nullement nécessaire, ajoute Romberg qui signale ces faits, que l'impression soit douloureuse ; mais une excitation brusque semble agir plus fortement. L'excitation cutanée n'est pas la seule qui puisse produire des convulsions ; d'autres irritations, et notamment les irritations gastriques, sont susceptibles de provoquer des attaques. J'ai souvent observé que l'acte de la défécation suffit quelquefois pour faire naitre l'attaque hystérique. » Que l'on admette comme vrai ce qu'avance Romberg, ou que l'on s'en tienne à ce que nous avons positivement constaté, non pas une, mais un très-grand nombre de fois, il faut nécessairement en conclure que, dans l'ordre de cas de ce genre, l'irritation périphérique à foyers multiples, ovarique, épigastrique ou autre, n'a plus qu'une importance secondaire, et ne joue véritablement plus le rôle de condition organique essentielle, mais seulement celui de cause occasionnelle. La condition organique réelle, la cause véritablement essentielle, celle qui ramène incessamment la perturbation fonctionnelle, c'est l'état d'excitabilité pathologique des nerfs sensitifs d'abord, puis aussi et surtout *celle de la moelle ;* c'est l'exagération, dans une direction donnée, de cette propriété physiologique de l'organe médullaire en vertu de laquelle il est susceptible de transmettre aux nerfs moteurs l'excitation qui lui arrive par les nerfs sensitifs.

Il y a donc aussi quelque chose de vrai et de fondé dans cette idée qui veut que le système en général et les organes entre eux en particulier soient malades *dans l'hystérie* seulement faute d'analogie physiologique suffisante ; on a méconnu la nature de l'affection d'abord, puis on l'a étendue à tous les cas, ce qui n'est vrai que pour quelques-uns.

CONCLUSIONS.

En résumant les idées théoriques et pratiques qui découlent naturellement des considérations qui précèdent et des observations cliniques recueillies, nous croyons pouvoir établir les propositions suivantes :

1° La dénomination d'hystérie a, historiquement, deux significations : l'une symptomatique, l'autre étiologique.

2° Sous le point de vue symptomatique, l'hystérie n'est rien moins qu'un état pathologique rigoureusement déterminé ; car, si tous les auteurs proclament l'extrême variabilité de son expression phénoménale, les uns la restreignent plus spécialement aux attaques convulsives plus ou moins généralisées, tandis que d'autres l'étendent à presque toutes les perturbations nerveuses observables chez les femmes ; de sorte qu'en pratique le diagnostic symptomatique et purement nominal est lui-même souvent une déception, personne ne sachant au juste ce qu'il faut entendre par hystérie.

3° Envisagée sous le point de vue étiologique, l'hystérie n'est pas plus exactement spécifiée. Si l'on n'est pas d'accord sur les symptômes, on l'est encore moins sur leur cause. Admise par induction seulement, et ne pouvant généralement pas faire l'objet d'un *diagnostic pratique*, l'idée étiologique n'a eu guère de la rigueur scientifique que l'apparence.

4° Dans ces circonstances, sans rompre avec la tradition, il peut paraître licite de secouer son joug trop pesant, de s'affranchir des étreintes de la *spécification plus nominale que scientifique* qui domine le libre essor des recherches, et d'étudier les perturbations fonctionnelles nerveuses, moins en nosologiste qui cherche les variétés d'une maladie donnée et connue, qu'avec l'esprit indépendant du clinicien physiologiste.

5° Que d'une première série de recherches faites dans cet esprit, il résulte :

A. Que certaines excitations nerveuses locales, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux en général soient atteints d'un état pathologique permanent démontrable.

B. Que, chez les femmes, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation, dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflectifs et s'explique par la même loi physiologique.

C. Qu'on peut, cliniquement, reconnaître l'existence de cette cause et la réalité de son influence par l'excitation mécanique de l'ovaire, dont la compression profonde produit localement de la douleur et réflectivement le phénomène des attaques.

D. Que d'autres excitations locales sont susceptibles de produire des phénomènes analogues, et qu'une investigation attentive pourra révéler ces foyers d'excitation locale.

E. Que, dans leur état de simplicité, les excitations locales propagées, et notamment l'excitation ovarique sont des affections peu graves, à moins qu'elles ne soient négligées ou ne soient elles-mêmes liées à des états organiques incurables.

F. Qu'en pratique, il est de la plus haute importance de déterminer la cause de l'excitation nerveuse locale qui souvent n'est pas consécutive.

G. Que pour l'ovaire, elle peut dépendre d'une congestion, d'une inflammation, d'une dégénérescence, ou être purement nerveuse ou névralgique.

H. Que, bornée sur ces données, l'indication causale de la perturbation nerveuse est double et doit avoir pour but : 1° de faire disparaître l'affection qui détermine l'excitation locale, si cette affection est appréciable ; 2° de diminuer directement l'excitation ou l'excitabilité des nerfs qui représentent le foyer de l'irradiation.

I. Que les moyens de remplir la première indication causale sont variables, comme les causes elles-mêmes (ovarite, irrégularité dans la congestion menstruelle, hypérémie, névralgie, etc., etc.).

J. Que certaines substances, et notamment l'assa fœtida, le castoreum, le galbanum, paraissent exercer une influence sédative sur l'excitabilité ovarique ; mais que leur emploi n'exclue en aucune façon l'application d'autres agents empruntés aux principes généraux de la thérapeutique en vue de calmer une excitation nerveuse locale.

K. Que la perturbation nerveuse intermittente ou l'accès n'offre que des indications secondaires et palliatives ; que leur retour cesse avec l'excitation locale qui joue le rôle de cause, à moins que, sous l'influence même de la reproduction fréquente de la propagation pathologique, il ne se soit développé *consécutivement* une excitabilité morbide de la moelle, susceptible dès lors d'être mise en jeu par de simples excitants physiologiques, cas qui, quoique consécutif à de simples excitations locales fréquemment propagées, constitue néanmoins un état pathologique tout nouveau.

6° Une seconde série de recherches cliniques nous autorise à rattacher une foule de perturbations fonctionnelles développées dans la sphère sensitive à un *état pathologique* spécial, inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité exagérée* des nerfs sensitifs. La dénomination d'hypéresthésie déjà admise dans la science peut servir à désigner cette condition organique.

A. On peut reconnaître cliniquement l'existence de cette condition organique *quand les excitants physiologiques* ou *des causes légères d'excitation* produisent dans les nerfs sensitifs des manifestations fonctionnelles qui paraissent *spontanées* ou *exagérées.*

B. Cet état organique nerveux est quelquefois idiopathique, lié à la constitution primitive ou développé sous l'influence d'une hygiène mal entendue. Dans ces cas, l'hygiène offre aussi à peu près seule les plus précieuses ressources à la thérapeutique. Les médicaments employés en vue de diminuer directement l'excitabilité générale ne procurent qu'un soulagement momentané, et le traitement des excitations locales ne peut être considéré que comme symptomatique et purement palliatif.

C. D'autres fois l'excitabilité morbide des nerfs sensitifs est la *conséquence et l'effet de l'anémie simple ou chlorotique.* C'est là ce qui a pu faire dire avec une exagération qui n'en renferme pas moins un grand fond de vérité, que la chlorose domine toute la pathologie nerveuse de la femme ; que l'hystérie n'est qu'une espèce de chlorose, ou, comme le veut Sydenham, la chlorose une affection hystérique.

La médication dirigée contre la *cause* de l'excitabilité pathologique est seule efficace et curative. Le *fer* peut être considéré comme le remède souverain de ces maux de nerfs, tandis que les médications dirigées directement contre l'excitabilité ou les excitations nerveuses ne sauraient remplir qu'une indication secondaire et palliative.

7° Une troisième série d'observations cliniques révèle l'existence d'un état pathologique plus complexe, dans lequel l'hypéresthésie se trouve associée à un état morbide particulier de la moelle, inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité pathologique,* en vertu de laquelle la *propriété réflective* de cet organe se trouve exagérée et que l'on peut sans inconvénient appeler *excitabilité réflective.*

A. Cet état complexe se reconnait au lit du malade : 1° par les caractères précédemment attribués à l'hypéresthésie ; 2° par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de *foyers permanents* de sensibilité dont l'*excitation artificielle et mécanique* est susceptible de produire avec facilité des *mouvements réflectifs* sous forme d'accès ou d'attaques convulsives.

B. Comme pour l'hypéresthésie simple, l'anémie simple ou chlorotique

joue souvent le rôle de cause de l'excitabilité réflective spinale; mais celle dernière peut aussi se développer d'emblée, ou bien être consécutive à la reproduction fréquente d'une excitation spinale intermittente, à point de départ primitivement local.

C. Dans les cas de ce genre, les points de départ multiples des attaques ne jouent qu'un rôle secondaire, et ne fournissent que des indications palliatives dont l'importance est en raison inverse de la multiplicité des foyers d'excitation périphérique.

D. L'indication fondamentale consiste à modifier les conditions organiques qui ramènent incessamment la perturbation fonctionnelle, l'hypéresthésie d'un côté, l'excitabilité réflective spinale de l'autre.

E. Les moyens de combattre l'hypéresthésie ont déjà été mentionnés, et trouvent naturellement leur emploi dans les cas où le diagnostic pathologique retrouve cet élément comme une condition essentielle.

F. Nous ne connaissons aucun moyen d'abattre directement l'excitabilité réflective de la moelle. Les émissions sanguines sont généralement inefficaces ; elles peuvent même devenir nuisibles, et ne sont réellement avantageuses que dans les cas exceptionnels où l'excitabilité spinale se trouve liée à un état de congestion de la moelle ou de pléthore générale. Les narcotiques n'exercent aucune influence durable, et les antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa fœtida, le castoreum, etc., etc., ne nous ont paru exercer aucune influence bien évidente sur la disposition de la moelle. Les préparations métalliques, telles que l'oxyde de zinc, le chlorure d'étain, le cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, etc., etc., ainsi que l'influence du sulfate de quinine, n'ont pas encore été suffisamment expérimentées dans des cas exactement spécifiés. Le moyen qui jusqu'à présent nous a paru exercer le plus d'influence sur l'excitablilité réflective de la moelle, c'est l'application du froid sous forme de lotions froides, de bains froids ou d'immersions. Plusieurs de nos malades se sont très-bien trouvées de ce moyen, dont l'emploi exige néanmoins de la prudence.

Il est certain également que la volonté peut dominer jusqu'à un certain point l'excitabilité excessive de la moelle, et que les mouvements volontaires, *pratiqués avec méthode*, sont un des meilleurs moyens d'empêcher la reproduction des mouvements réflectifs. En principe, on peut établir que la réflectibilité diminue à mesure que l'influence de la volonté sur la moelle se fortifie, et *vice versâ*.

Il résulte de ce qui précède que l'existence bien constatée de l'*excitabilité générale* rend le pronostic sérieux. Quoique la guérison ne soit pas impossible, elle ne saurait être, en général, que le fruit d'un traitement en grande partie hygiénique, longtemps suivi avec persévérance et méthode.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE ; par A. MATTEI, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-chef interne à l'hôpital civil et militaire de Nîmes, etc.

Il arrive souvent, en médecine opératoire, qu'il y a plusieurs procédés pour faire une opération ; cependant il est des circonstances dans lesquelles l'état des parties ne permet de suivre exactement aucun de ces procédés, et l'opérateur est obligé de les combiner, de les modifier ; quelquefois même il est forcé d'en chercher un nouveau. C'est précisément ce qui est arrivé dans le cas suivant.

Il s'agissait de pratiquer une opération qui permît de faire la désarticulation humérale ou la résection, selon l'état dans lequel on aurait trouvé l'os ; de plus, les parties molles, malades dans une grande étendue, ne laissaient pas de choix pour la section des lambeaux. Ce cas étant intéressant à plusieurs titres, nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'observation.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS NON CONSOLIDÉE; DÉGÉNÉRESCENCE DES FRAGMENTS; MORTIFICATION SPONTANÉE DES PARTIES DÉGÉNÉRÉES AVEC DES SYMPTÔMES DE RÉSORPTION PURULENTE; DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU; GUÉRISON.

OBS. — Un grenadier de la garnison de la ville de Nîmes, âgé de 28 ans, bien constitué, mais d'un tempérament un peu lymphatique, est entré à l'Hôtel-Dieu de la même ville le 20 avril 1844 pour une fracture du bras.

Interrogé sur les antécédents de sa maladie et sur l'accident qui lui a donné lieu, ce militaire répond qu'il est né d'une famille exempte de maladies transmissibles par l'hérédité, et que lui-même n'a pas eu de maladies graves ; il n'a jamais eu non plus de maladies vénériennes.

Quelques moments avant son entrée à l'hôpital, ce malade montait la garde dans un lieu où le pavé était mal uni ; un coup de vent violent lui a fait faire un faux pas et l'a fait tomber, le bras droit étant resté sous le poids du corps. Une vive douleur s'est fait sentir immédiatement dans cette partie, et le malade n'a plus pu se servir de son membre.

Apporté à l'hôpital, on constate une fracture transversale de l'humérus siégeant à l'empreinte deltoïdienne ; il n'y a aucune trace d'ecchymose, très-peu de gonflement. La réduction est facile ; on met le bandage ordinaire des fractures.

Le malade n'offre rien de particulier : tout, au contraire, semble aller vers la guérison ; mais chaque fois qu'on examine la partie ou qu'on renouvelle l'appareil, on trouve que les fragments, quoique maintenus en rapport, ne contractent pas d'adhérence. Déjà le quarantième et le soixantième jour s'écoulent sans qu'on voie l'ombre de consolidation ; rien cependant n'explique ce phénomène. La partie n'est pas le siége d'un travail morbide apparent ; elle est, au contraire, dégorgée, et on ne sent même pas tout autour cette masse empâtée qui fait les frais du cal provisoire. La crépitation peut être produite encore, et elle est presque aussi nette que le premier jour.

Deux mois et demi après l'accident, le bras commence à devenir le siége de douleurs peu intenses et de courte durée ; la fracture commence à se tuméfier ; la pression des parties n'est pas très-douloureuse. La tuméfaction fait des progrès, mais elle marche très-lentement et sans produire de rougeur notable à la peau. Ce gonflement fait éprouver la sensation d'une induration plutôt que de la turgescence d'une inflammation franche. La crépitation peut être toujours produite, mais le bruit qui la caractérise devient de plus en plus obscur ; elle est peu douloureuse ; pas de fièvre.

M. Pleindoux aîné, chirurgien en chef, fait faire à diverses reprises des frictions mercurielles sur la tumeur ; on y met des cataplasmes émollients, et le membre est maintenu immobile sur un coussin. Ce traitement, au bout de huit jours, produit de la résolution sur plusieurs points, tandis qu'il en fait passer d'autres à la suppuration. Deux ouvertures sont faites, et l'on voit sortir du pus séro-sanguinolent mêlé à du pus phlegmoneux. Ces ouvertures restent fistuleuses.

La maladie reste stationnaire jusqu'à la fin du mois de juillet. M. Pleindoux voyant qu'aucun autre vice général apparent ne peut expliquer cette pertinacité de la maladie, se demande s'il n'y aurait pas là quelque chose de syphilitique, et malgré les antécédents négatifs donnés par le malade, il fait soumettre celui-ci à un traitement interne par les mercuriaux. Tout cela ne donne aucun résultat. Pendant le temps du traitement, la tumeur continue à augmenter de volume, les tissus se condensent ; l'os, exploré par les trajets fistuleux, se trouve ramolli ; tout l'aspect du mal démontre qu'il tend à la dégénérescence. Voyant cela, M. Pleindoux propose l'amputation ; mais le malade, qui voit son avant-bras et sa main encore libres, ne veut pas permettre l'ablation du membre.

Vers le mois d'août, et sans cause appréciable, la tumeur s'enflamme ; il y a un mouvement fébrile léger ; une grande partie des tissus indurés est frappée de mort. Cette mortification marche comme la gangrène d'hôpital, dont elle a, du reste, toutes les apparences. Trente sangsues sont appliquées au-dessus de la tumeur ; sur la plaie, on fait des douches avec le jet d'un arrosoir tenu à 1 mètre de hauteur. L'eau de ces douches est froide et contient du chlorure d'oxyde de calcium (20 grammes sur un litre d'eau). Après ces lavages, on couvre la partie avec une couche de charbon animal. Le pansement est renouvelé matin et soir.

Ce traitement arrête la mortification au bout de trois jours ; les parties gangrenées tombent successivement ; la peau seule conserve sa vitalité sur une large étendue, et après la chute de tous les tissus mortifiés, elle se recolle aux parties sous-jacentes. Le traitement par l'eau chlorurée et le charbon est continué pendant une trentaine de jours ; le bras se dégorge un peu dans les parties non mortifiées, de sorte que tout porte à croire qu'on obtiendra la guérison.

Les mois de septembre, octobre, novembre et décembre se passent à peu près dans le même état ; il y a toujours des trajets fistuleux qui laissent échapper du pus séreux. Le pourtour des fistules, ainsi qu'une partie de la peau de la tumeur, sont bleuâtres et luisants ; les fragments osseux sont toujours mobiles ; la plaie ne donne jamais de mauvaise odeur. Pendant que le bras est dans cet état, la santé générale est assez bonne ; la partie malade n'est le siége d'aucune douleur.

Dans les derniers jours de janvier 1845, une exacerbation vient se manifester encore ; gonflement ; les veines deviennent variqueuses et donnent même des hémorrhagies abondantes ; il y a de la fièvre ; de la tension et de la rougeur se manifestent à la partie supérieure de la tumeur, et l'inflammation a de la tendance à se porter vers l'aisselle ; les ganglions axillaires externes ou brachiaux s'engorgent ; le malade commence à tousser ; il y a des redoublements fébriles qui viennent d'une manière périodique ; le tube digestif est en mauvais état ; diarrhée ; langue rouge sur les bords et sèche au milieu ; il y a quelques douleurs vagues dans la poitrine ; l'auscultation et la percussion font reconnaître un point pneumonique au sommet du poumon droit.

Cette fois-ci le malade demande lui-même à être opéré ; mais, comme on le pense, ce n'était pas le moment. On applique vingt sangsues sur le devant de l'aisselle et des cataplasmes après ; on donne de la tisane pectorale adoucie avec du sirop de gomme, de la pâte de guimauve pour tenir dans la bouche, des demi-lavements amidonnés avec cinq à six gouttes de laudanum, un vésicatoire au bras gauche ; et enfin, comme le malade n'aurait pas supporté le sulfate de quinine à l'intérieur, on le lui administre en frictions sur l'épine du dos et à la partie interne des membres, à la dose de 2 grammes par jour dans une pommade.

Ce traitement continué pendant huit jours enraye les symptômes généraux, et

l'inflammation de la partie supérieure du bras disparaît. La pneumonie se résout; cependant il est toujours resté de l'obscurité de la respiration dans le point indiqué. Pendant que la santé générale était dans un si mauvais état, les parties indurées de la tumeur étaient frappées de mortification. Cette seconde fois la gangrène est plus étendue, les parties osseuses ramollies sont elles-mêmes frappées de mort, la peau est celle qui conserve le plus d'intégrité. Douches d'eau chlorurée et poudre de charbon.

Cette fois-ci encore la gangrène est arrêtée; les parties mortes une fois tombées, il reste dans l'épaisseur de la tumeur une cavité apparente capable de contenir un œuf de poule; les bouts osseux sont séparés l'un de l'autre de la distance de 5 centim.; la peau qui recouvre la partie externe de la tumeur est persillée d'ouvertures. La partie interne, dans laquelle sont les principaux vaisseaux et nerfs du membre, est la seule partie saine, le membre ne tient plus à la partie supérieure du bras que par la peau et le paquet interne dont je viens de parler.

Le traitement local est continué; l'état général s'améliore, mais d'une manière très-lente. (Consommés, des œufs frais, du chocolat au salep, des viandes rôties et tout ce qui peut flatter le goût du malade sans lui être nuisible; à ses repas du vin de Langlande.) Malgré ce régime, les forces viennent lentement; le malade est dans un état anémique. (Ferrugineux, sirop de quinquina). Au bout de deux mois enfin on parvient à reconstituer l'état général d'une manière assez satisfaisante.

Pendant le temps que je viens d'indiquer, l'état local a pris un meilleur aspect, mais il ne tend nullement à se cicatriser, aussi on ne cesse pas de dire au malade que le moment opportun pour pratiquer l'opération est arrivé; s'il le laisse échapper une troisième rechute le fera périr.

Malgré toutes ces considérations et d'autres qu'il est inutile d'indiquer, le malade hésite encore, et il ne se décide qu'après avoir obtenu un traitement pécuniaire qui lui assurera désormais ses moyens d'existence. L'opération est pratiquée le 11 avril; mais avant de décrire le manuel opératoire, je vais m'arrêter un instant sur la description des parties.

Le moignon de l'épaule à sa partie externe présente la peau saine jusqu'à 8 centim. au-dessous de l'acromion. En arrière, la peau est en moins bon état; une ouverture fistuleuse se manifeste à 2 centim. au-dessus du niveau que je viens d'indiquer; en avant, la peau est saine aussi bas qu'elle l'est en dehors. J'ai déjà dit que la partie interne du membre n'a jamais pris part au travail morbide.

Le tissu cellulaire qui double la peau est dépourvu de graisse; on sent que le muscle deltoïde est atrophié; cependant l'épaule est plus volumineuse qu'à l'état normal : ceci tient au gonflement de la tête de l'humérus que l'on peut circonscrire avec les doigts. Cette tête, ainsi que le restant de l'os qui la continue, sont restés toujours immobiles et collés contre le tronc; aussi est-il difficile de glisser les doigts et surtout un instrument tranchant dans le creux de l'aisselle. Je ne décrirai pas la plaie parce qu'elle a été déjà décrite; je passe au manuel opératoire.

Le malade est étendu sur un lit assez bas; le dos et la tête sont relevés par des coussins; le côté malade (droit) est rapproché du bord du lit, de manière à laisser le membre tout à fait en dehors.

Un aide comprime la sous-clavière sur la première côte. Pour cela, cet aide se met à genou derrière la tête du malade et appuie les trois doigts du milieu de la main droite sur le trajet du vaisseau, de cette manière le poids de son corps aide insensiblement à la compression; la clavicule sert d'arc-boutant et empêche les doigts de glisser. La compression faite de cette manière est plus facile et plus efficace qu'avec les compresses graduées ou avec le cachet comme on l'a conseillé. C'est moi-même qui faisais cette compression.

Un autre aide soutient le membre et l'écarte du tronc; un troisième saisit l'épaule et relèvera les lambeaux.

M. Pleindoux, placé en dedans du membre, fait avec le bistouri une incision de 6 centim. de longueur. Cette incision part d'un centimètre en avant, en dedans et en bas du sommet de l'acromion pour descendre parallèlement à l'axe du membre jusqu'aux parties saines de la plaie; elle intéresse successivement tous les tissus jusqu'à l'os. L'état de celui-ci ne permet pas de faire une résection comme on l'avait supposé, car il est si mou que le scalpel s'y enfonce à la moindre pression, c'est la désarticulation que l'on opère.

Pour cela, l'opérateur fait une incision antéro-postérieure, qui part de l'angle inférieur de la plaie verticale et va perpendiculairement à l'axe du membre jusqu'à la partie la plus interne de ce dernier. Une seconde incision antéro-interne part du même point de la plaie verticale pour se diriger vers l'extrémité interne de la plaie postérieure. Ces deux plaies transversales sont la continuation l'une de l'autre, et si l'état de l'aisselle permettait le passage de l'instrument, elles se réuniraient par leur extrémité interne. Ces plaies intéressent la peau, le tissu cellulaire qui la double et une partie des muscles; cependant l'antérieure ne va pas jusqu'aux troncs vasculaires et nerveux.

Deux lambeaux triangulaires sont circonscrits par ces plaies, l'un antéro-interne, l'autre postéro-externe; ces lambeaux, disséqués et relevés, la tête de l'os reste à découvert. Alors l'opérateur, armé d'un couteau à deux tranchants, divise les tendons musculaires qui s'insèrent à la grande tête de l'humérus; il divise le tendon de la longue portion du biceps, et enfin toute la partie supérieure de la capsule articulaire. Cette section faite, l'opérateur croyait pouvoir luxer la tête humérale, mais elle est ankylosée; le peu d'étendue du fragment supérieur de l'humérus fait qu'on n'a pas de prise sur lui; on essaye d'y implanter un tirefond à manche afin de lui imprimer des mouvements, mais le tissu osseux est ramolli et le tirefond ne tient pas. L'opérateur est obligé de saisir la tête osseuse avec les doigts de la main gauche et de couper avec la droite tous les liens qui entourent cette tête et la maintiennent adhérente. Cela fait, l'os devient mobile; le couteau est alors glissé entre les surfaces articulaires; il contourne la tête humérale, descend en détachant les chairs de l'os et coupe complétement les tissus au niveau des deux lignes transversales de la peau qui sont ainsi réunies en une seule. Pendant que l'instrument tranchant parcourt l'espace compris entre l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde et le bord inférieur de la plaie, l'aide, qui soulevait les lambeaux, pince l'artère brachiale en passant les deux seconds doigts dans l'aisselle et le pouce sur le point de la plaie qui correspond à l'artère; cette compression est continuée jusqu'à la ligature du vaisseau.

Le membre une fois tombé, on peut voir qu'il ne s'agissait pas d'une vraie, mais d'une fausse ankylose; la cavité glénoïde est lisse et de couleur normale; le cartilage qui la tapisse est intact; le bourrelet glénoïdien et la capsule qui s'y insère sont un peu altérés. A la partie supérieure et externe surtout, on observe sur ces tissus une couleur bleuâtre qui se prolonge de 3 ou 4 millimètres sur la cavité glénoïde; quelques ganglions axillaires externes sont engorgés. Toutes ces parties malades sont emportées avec le bistouri. On porte une ligature sur l'artère brachiale et sur trois autres petites branches; la plaie reste ainsi tout à fait à sec.

Les divers temps dont il a été question ont duré en tout une douzaine de minutes; le malade, à part la perte du sang veineux du membre et d'un peu de sang artériel provenant des branches anastomotiques de la sous-clavière et des artères du thorax, le malade, dis-je, n'est pas affaibli; du reste, il a voulu suivre du regard tous les temps de l'opération, et n'a pas poussé un seul gémissement.

La plaie est lavée avec de l'eau tiède et desséchée par des éponges; on attend quelques minutes pour voir si d'autres vaisseaux ne donnent pas de sang; enfin, on réunit au moyen de trois points de suture entrecoupée. Un de ces points est mis au bas de la plaie verticale. A la partie supérieure de cette plaie, les lambeaux restent affrontés par leur seule position et n'ont pas besoin de suture.

Le bord inférieur des lambeaux, affronté à la partie correspondante des plaies transversales réunies, forme une plaie longitudinale dirigée d'arrière en avant et de dehors en dedans. Les deux autres points de suture sont placés vers la partie moyenne de cette plaie antéro-postérieure, et chacun près de l'angle du lambeau correspondant. La plaie, considérée dans son ensemble, offre la figure d'un T renversé. Plusieurs bandelettes agglutinatives sont placées sur cette plaie et achèvent d'en rapprocher les bords; on couvre le tout de gâteaux de charpie et de longuettes; quelques tours de spica de l'épaule et de circulaire du tronc servent à contenir l'appareil.

Le pansement étant fait, le malade éprouve une légère défaillance qui disparaît en lui donnant à boire un peu de vin généreux. Après qu'il s'est remis, on lui administre par cuillerées une potion antispasmodique contenant 18 gouttes de laudanum de Sydenham et 10 gouttes d'éther.

Le malade n'est transporté sur son lit ordinaire de la salle que deux heures après l'opération, c'est-à-dire après que les douleurs et l'émotion de l'opération se sont apaisées.

Autopsie du bras amputé. — L'humérus, soit au-dessus, soit au-dessous de la fracture, a augmenté d'épaisseur. Son tissu compacte est réduit à une coque qui se confond avec le périoste. La substance spongieuse est très-raréfiée; elle est friable, et les aréoles dont elle est formée sont remplies d'un liquide opaque, sanieux et de couleur rougeâtre; le canal médullaire est lui-même représenté par des aréoles encore plus raréfiées que les précédentes et remplies du même liquide. Près du siége de la fracture, les deux fragments sont carnifiés et retroussés en champignon; quand on les divise dans le sens de l'axe osseux, on voit qu'ils sont infiltrés de substance jaune rougeâtre, dans l'étendue d'un centimètre et demi. Cette substance crie sous le scalpel et est évidemment du cancer passant au ramollissement; elle est également étendue sur les deux fragments. Qui sait si, existant en germe lors de la fracture, elle ne s'est pas opposée à la consolidation? On pourrait même se demander si elle n'a pas été une cause prédisposante de la solution de continuité de l'os.

Les vaisseaux brachiaux n'offrent rien de remarquable.

Les nerfs présentent ceci de particulier qu'ils ont considérablement augmenté de volume au niveau de la fracture, et cette hypertrophie va en diminuant insensiblement jusqu'aux extrémités. Le musculo-cutané est plus gros que ne l'est ordinairement le médian; les autres troncs nerveux ont augmenté en proportion. Quand on divise ces nerfs dans le sens longitudinal, on voit qu'ils sont homogènes, et on dirait que cette hypertrophie tient à l'augmentation de volume des fibrilles nerveuses elles-mêmes, plutôt qu'au névrilème. Nous regrettons beaucoup de ne pas les avoir soumises au microscope.

Les autres parties molles ne présentent rien de remarquable; au niveau de la plaie, elles sont adhérentes entre elles et avec les excroissances des os dont elles partagent la dégénérescence. Retournons au malade.

L'opération a eu lieu à neuf heures du matin; le reste de la journée se passe très-bien; douleur modérée de la plaie; pas de réaction fébrile. On achève de lui donner sa potion en éloignant de plus en plus l'administration des cuillerées. La nuit est calme, le malade a dormi par intervalles.

Le 12 avril, lendemain de l'opération, le pouls est nerveux (un peu fréquent, petit et tendu) comme la veille au soir; moignon de l'épaule peu douloureux; visage calme; pas de chaleur ni de soif fébriles. Le soir, le pouls commence à se développer; le malade a un peu soif; tisane pectorale. La nuit, il es un peu agité, mais il peut encore dormir à diverses reprises pendant des demi-heures.

Le 13, même état; la fièvre n'augmente ni dans le jour ni dans la nuit.

Le 14, le malade est plus calme que les jours précédents; on défait l'appareil.

On trouve la plaie verticale réunie par première intention; de la plaie antéro-postérieure, il n'y a de non réunie que la partie moyenne, dans laquelle sont les points de suture et l'extrémité antérieure par laquelle passent les fils des ligatures. Les points non réunis sont couverts d'une légère suppuration. On renouvelle quelques bandelettes de diachylon, et on panse de la même manière que le jour de l'opération. Le malade prend quelques bouillons.

Le 15, le bien-être continue; pas de fièvre, pas le moindre accident. On renouvelle toutes les bandelettes, on coupe le point de suture supérieur, et on permet au malade de prendre des soupes.

Le 16, on coupe les deux autres points de suture; on renouvelle encore toutes les bandelettes, mais l'on trouve un peu de rougeur érysipélateuse au-dessus de l'épaule, ce qui était dû probablement au diachylon des bandelettes; aussi on les fait plus courtes. Soupes.

Tout va bien jusqu'au huitième jour après l'opération. Ce jour-là, en faisant le pansement, on trouve qu'une légère pression sur le milieu de la plaie fait sortir par l'angle antérieur deux cuillerées environ de pus phlegmoneux. Ce pus venait évidemment de l'inflammation des restes malades et de la surface articulaire. Une plus grande quantité de charpie est placée vis-à-vis du foyer, de manière à exercer une douce compression expultrice. Le reste du pansement est fait de la même manière. Les quatre ligatures tombent du 15 au 18.

Les jours suivants, la rougeur érysipélateuse disparaît; le pus du foyer va en diminuant de plus en plus; on augmente les vivres du malade, et pour favoriser l'écoulement du pus, on lui recommande de rester assis dans son lit.

Le 25, en défaisant l'appareil, on trouve les lèvres non cicatrisées de la plaie un peu décolorées; on aurait dit que sur un point elle présentait le gris jaunâtre de la pourriture d'hôpital. Il y avait précisément un cas de cette maladie dans la même salle. On lave la plaie avec de l'eau chlorurée avant de la panser. Le lendemain, toute la surface était vermeille. M. Pleindoux quitte le service à la fin du mois, laissant le malade presque guéri. M. Fontaine, qui lui succède, fait continuer les lavages d'eau chlorurée; voyant que le foyer ne s'oblitère pas, il y fait faire des injections émollientes d'abord, puis enfin des injections avec de l'eau chlorurée, et la cavité s'oblitère complétement.

Le malade sort guéri le 12 mai 1845, treize mois après sa chute et trente jours après l'opération.

Les détails que nous venons de donner parlent assez eux-mêmes pour que nous n'ayons pas à nous arrêter sur la valeur de cette observation. Nous allons seulement rapprocher ce fait d'un nouveau procédé pour la même désarticulation, indiqué par M. le docteur Fleury. (Voir le dernier numéro du JOURNAL DE CHIRURGIE.) Ce procédé, décrit un an et demi après l'opération de M. Pleindoux, et seulement d'après des expériences qu'on a faites sur le cadavre, nous paraît être le même que celui du chirurgien de Nîmes. Le lecteur en jugera d'après ce qui va suivre.

L'intention des deux chirurgiens est d'inciser les parties molles de manière à permettre une résection ou une désarticulation, selon l'état dans lequel on trouvera les os.

L'un et l'autre commencent par une incision verticale de même longueur, et qui part et aboutit aux mêmes points. Cette incision divise tous les tissus et va jusqu'à explorer l'os. Ici M. Fleury divise aussi la capsule articulaire; mais si M. Pleindoux eût voulu réséquer l'humérus à son col chirurgical ou plus haut, il aurait été, sinon dangereux, du moins inutile d'ouvrir la capsule.

M. Fleury fait une incision circulaire du membre qui part et aboutit à l'angle inférieur de la plaie verticale. Cette incision intéresse d'abord la peau; puis il faut revenir dans cette même incision pour diviser les muscles en biseau. M. Pleindoux ne pouvant pas passer librement le couteau sous l'aisselle avant la désarticulation, fait une plaie demi-circulaire antérieure et l'autre postérieure. Ces deux incisions sont réunies en une seule, lorsque le couteau achève de détacher le bras du tronc. La plupart des muscles sont ici coupés en même temps que la peau; quant à faire leur section en biseau, nous ne la croyons nécessaire que sur le cadavre.

M. Fleury dissèque le lambeau externe, et il en a assez pour entrer largement dans l'articulation. M. Pleindoux, à cause de l'ankylose, est forcé de disséquer aussi un peu le lambeau interne et d'attaquer l'articulation dans plusieurs sens avant de pouvoir mettre la tête osseuse en mouvement. L'articulation une fois ouverte, l'opération est la même pour les deux.

D'après ce rapprochement, on voit que le procédé est le même; seulement des circonstances particulières ont nécessité, chez M. Pleindoux, des nuances qui ne se trouvent pas dans la description de M. Fleury. L'opération du chirurgien de Nîmes a non-seulement le mérite de la nouveauté, mais elle se fait remarquer par une foule de circonstances pratiques pleines d'intérêt.

Tout ce que je viens de dire ne diminue en rien le mérite de M. Fleury, qui a certainement décrit ce procédé sans connaître l'opération de M. Pleindoux. Cette observation, au contraire, doit l'encourager à appliquer le procédé sur le vivant avec plus de sécurité, et à le recommander encore plus aux yeux de nos confrères.

REVUE CLINIQUE.

REVUE DU SERVICE CHIRURGICAL DE M. JOBERT (DE LAMBALLE) A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, ANNÉE 1846; par M. Rozé, interne des hôpitaux.

1° ÉRYSIPÈLE.

Nous avons dit dans notre *Revue clinique* (voir GAZ. MÉD. du 30 mai, n° 22) que l'érysipèle était une complication fréquente des plaies; nous en avons cité des exemples qui nous font un devoir de revenir aujourd'hui sur ce sujet important, et d'appeler l'attention des praticiens sur le mode de traitement employé par M. Jobert depuis plusieurs années.

Il n'est peut-être pas de maladie où l'on ait admis un plus grand nombre de variétés que dans l'érysipèle : cela se conçoit d'autant plus facilement que la plus petite circonstance, le moindre phénomène, sert à fonder une division nouvelle. Ainsi, lorsque l'érysipèle se développera dans les points qui environnent une solution de continuité, on le regardera comme une variété particulière à laquelle on donnera le nom de *traumatique*, expression essentiellement vicieuse par cela même qu'elle préjuge une question qui est loin d'être démontrée, à savoir que la plaie est la cause efficiente de l'érysipèle. Aussi M. Jobert n'admet-il que des érysipèles spontanés, et cette opinion est partagée par la plupart des auteurs. Ainsi MM. Blache et Chomel, dans leur article du DICTIONNAIRE EN 30 VOLUMES, s'expriment de la manière suivante :

« L'érysipèle n'est jamais le résultat d'une cause externe, ou du moins si » quelquefois une cause externe concourt à sa production, elle n'a qu'une » part secondaire à son développement; elle suppose le concours d'une » cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons » pas. »

M. le professeur Bouillaud, dans sa NOSOGRAPHIE MÉDICALE, établit également que l'érysipèle de cause externe est excessivement rare, et que le plus souvent la plaie n'a d'influence que sur le siége de l'éruption.

« L'érysipèle de cause externe est assez rare, dit Boyer; presque tou- » jours cette espèce d'inflammation dépend d'une cause interne très-peu » connue. Cependant si l'on considère les avantages que procurent dans » l'érysipèle les vomitifs et les légers purgatifs, si l'on fait attention à l'état » de la langue qui est presque toujours couverte d'une couche limoneuse » jaunâtre, on sera tenté de croire que cette cause a ordinairement son » siége dans les premières voies. »

MM. Roche et Sanson ne parlent pas de l'érysipèle traumatique; mais ils admettent que le plus fréquemment l'érysipèle dépend de la phlegmasie des voies digestives. Les pathologistes que nous venons de nommer vont donc plus loin que Boyer, qui ne s'expliquait nullement sur la nature de l'état gastrique.

Cet état, précisé d'une manière remarquable par Stoll, obtint plus tard la sanction puissante de Broussais, qui proclama ce grand principe que presque toutes les maladies inflammatoires sont précédées d'un état gastrique et s'y lient intimement; mais Broussais a-t-il eu raison de prononcer que cet état était inflammatoire? M. le docteur Duchassaing ne le pense pas, et le regarde, à juste titre suivant nous, comme une cause prédisposante d'une maladie quelconque, susceptible de faciliter son développement, mais incapable de lui donner naissance. Il faut toutefois en excepter la fièvre gastrique. Nous ne partagerons donc pas l'opinion de Boyer, encore moins celle de MM. Roche et Sanson, sur la cause qu'ils assignent à l'érysipèle; pour nous, cette cause est indépendante de l'état gastrique, quoique ce dernier puisse rendre son action plus efficace; elle est surtout indépendante d'une lésion traumatique quelconque. Mais alors pourquoi, dans ce dernier cas, l'éruption se montre-t-elle d'abord aux environs de la solution de continuité? La réponse à cette question nous paraît facile : il arrive dans cette circonstance ce que l'on observe dans beaucoup d'autres cas. Ainsi le froid, l'humidité, sont susceptibles de donner naissance à des maladies inflammatoires; pourquoi l'action morbide se fixera-t-elle tantôt sur un organe, tantôt sur un autre? Pourquoi produira-t-elle ici une pneumonie, là une pleurésie, plus loin une arthrite, alors que les individus auront été placés dans les mêmes conditions et soumis à la même cause? On ne peut se rendre compte de ces différences qu'en admettant une disposition particulière des organes, une susceptibilité plus ou moins grande qui les rend plus ou moins aptes à ressentir les effets de la même cause. Cette susceptibilité peut être le résultat ou d'une disposition physiologique particulière ou d'un état pathologique préexistant. Ainsi tout le monde sait qu'une personne qui a été plusieurs fois affectée de bronchite, de rhumatismes articulaires aigus, etc., est constamment exposée à voir reparaître la même maladie sous

l'influence de la cause la plus légère. Eh bien! il arrive absolument la même chose pour l'érysipèle qui survient chez un malade présentant une solution de continuité quelconque; si, dans ce cas, l'éruption se montre de préférence aux environs des bords de la plaie, c'est que, dans ces points, la peau a été le siége d'une inflammation qui, bien que disparue, a cependant augmenté la susceptibilité de l'organe, et par cela même l'a rendu plus apte que toute autre partie du corps à devenir le siége de l'érysipèle. Mais avant tout, il faut une cause productrice dont l'action est si peu locale, que souvent elle commence par modifier l'état général du malade avant de se manifester à l'œil observateur du chirurgien. Cela est si vrai que l'érysipèle même, celui qu'on désigne généralement sous le nom de traumatique, est toujours précédé des mêmes prodromes que les fièvres dites éruptives. Cette considération nous semble confirmer l'opinion de ceux qui, comme M. Jobert, pensent que la plaie ne saurait être regardée comme la cause occasionnelle de l'affection érysipélateuse.

Quant aux causes productrices, sans avoir ici la prétention de préciser leur nature, il nous paraît logique de la rechercher parmi celles qui donnent naissance aux fièvres éruptives, d'autant plus que le plus souvent nous avons vu l'érysipèle régner épidémiquement dans les salles de M. Jobert, et survenir indistinctement sur les malades qui présentent des plaies comme sur ceux qui n'en présentent aucune, cela nous autoriserait à regarder la constitution atmosphérique comme la principale cause de l'affection. Je sais très-bien que l'on peut controverser cette manière d'envisager la question; mais les objections que l'on pourra faire ne détruiront pas ce fait matériel et remarquable que l'érysipèle et la pourriture d'hôpital sont deux complications plus fréquentes dans la salle de M. Jobert que dans aucune autre de l'hôpital Saint-Louis, et qu'en même temps cette salle (celle des hommes) est la plus malsaine, la moins bien aérée, celle en un mot où les malades sont placés dans les plus mauvaises conditions atmosphériques, ce qui ne permet pas de méconnaître, entre ces dernières et l'affection qui nous occupe, un rapport de cause à effet.

Du reste, ce n'est pas seulement à notre époque que l'on observe des épidémies d'érysipèle. Dans le dernier siècle, Tozzi en vit une qui régna à Naples durant l'automne et l'hiver de l'année 1770. En 1773, Guillaume Bromfield parle d'une épidémie d'érysipèle qui persista pendant deux ans. En 1831, M. Velpeau publia, dans la Gazette des hôpitaux, des observations d'érysipèles épidémiques.

Quelle que soit la nature de l'éruption, quelle que soit sa forme, le traitement employé par M. Jobert est toujours le même; son application est des plus faciles; on en jugera en lisant l'observation suivante.

PHLEGMON DU GENOU; ÉRYSIPÈLE; ONCTION AVEC LA POMMADE AU NITRATE D'ARGENT; GUÉRISON.

Obs. — Au n° 36 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Bernard, âgé de 33 ans, serrurier en voitures, entré le 9 février 1846, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme, d'une bonne constitution, dans la journée du 7 février, fit une chute dans laquelle le genou gauche vint frapper contre le moyeu d'une voiture; il se releva immédiatement et continua de travailler le reste de la journée; mais le soir le genou se tuméfia, devint rouge et excessivement douloureux à la pression; Bernard alors se coucha, garda le lit pendant toute la journée du lendemain, et le surlendemain il est admis à l'hôpital Saint-Louis, où nous constatons l'état suivant :

Le genou gauche est tuméfié, plus volumineux que celui du côté opposé; il a, en effet, 38 centim. de circonférence, tandis que le genou droit n'en présente que 35; il est rouge à la partie antérieure, douloureux à la moindre pression. La douleur est exaspérée lorsqu'on imprime le plus petit mouvement au membre, au point que le malade pousse des cris; elle est lancinante et s'irradie le long de la cuisse jusqu'à sa partie supérieure. Au devant de la rotule, au niveau du point qui est le siége de la rougeur, on constate une fluctuation manifeste. Le pouls est fréquent, la langue sèche, la soif vive, l'appétit nul. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accident. M. Jobert diagnostique un phlegmon ayant débuté par la bourse muqueuse sus-rotulienne.

Le 10, le genou est dans le même état que la veille; il a encore augmenté de volume et présente 39 centimètres et demi de circonférence. (Gomme édulcorée avec le sirop de gomme, lavement purgatif, onction sur le genou avec la pommade de nitrate d'argent n° 3.)

Le 13, le genou malade a 40 centim. 20 mill. de circonférence. Les douleurs sont toujours vives et lancinantes et ne se trouvent plus seulement limitées à la partie antérieure du genou. A sa partie externe, en effet, on constate par la pression une douleur très-intense. Les parties noircies par la pommade au nitrate d'argent ne permettent pas de constater la rougeur de la peau.

Le lendemain, même état. La santé générale s'est cependant un peu améliorée.

Le 15, le genou a un peu diminué de volume; il n'a plus que 39 centimètres de circonférence; mais à la partie externe on constate une fluctuation manifeste. M. Jobert pratique dans cette région, et suivant l'axe du membre, une incision de 8 centimètres de long, laquelle donne issue à une quantité assez considérable de pus sanguinolent. Le foyer étant vidé, on reconnaît qu'il existe au devant de la rotule une fluctuation qui indique que le liquide contenu dans l'intérieur de la bourse muqueuse sus-rotulienne ne communique pas avec celui qui était situé à la partie externe du genou. Après avoir laissé les tissus se dégorger, on introduit une petite mèche entre les lèvres de la division et on panse avec de la charpie trempée dans de l'eau de guimauve.

Les jours suivants, il ne survint rien de particulier; la plaie se déterge peu à peu et ne tarde pas à prendre un aspect de bonne nature.

Le 23, à la visite le malade se plaint de n'avoir pas dormi; il n'a cependant pas souffert et ne sait à quoi attribuer cette insomnie. La plaie elle-même est moins vermeille que les jours précédents, les bourgeons charnus aplatis paraissent recouverts d'une pellicule mince et transparente. La suppuration, beaucoup moins abondante, est aussi de moins bonne nature. On passe sur la plaie le crayon de nitrate d'argent. Une demi-heure après environ, Bernard est pris d'un frisson intense qui dure jusqu'à onze heures. A la suite de ce frisson, il se déclara une céphalalgie violente qui ne le quitta que le soir. L'appétit se perd; dans la journée même il y eut des nausées et des envies de vomir. Le pouls est fréquent, la langue saburrale; sentiment de fatigue dans tous les membres existant déjà depuis hier.

Le soir, nous constatons autour de la plaie une érysipèle qui s'étend supérieurement jusqu'au milieu de la face externe de la cuisse; de plus, les ganglions inguinaux sont tuméfiés, douloureux. Interrogé sur l'origine précise de cette ganglionite, le malade nous dit que déjà, depuis la veille, il s'est aperçu qu'il avait dans l'aine une grosseur dont il n'a pas parlé par la raison qu'elle était fort peu douloureuse; la douleur a surtout augmenté à partir du moment où est apparu le frisson.

Le soir même on fait sur la tumeur de l'aine une onction avec la pommade au nitrate d'argent n° 2.

Le 24, l'érysipèle s'est étendu vers la partie externe de la jambe; les ganglions inguinaux, quoique toujours tuméfiés, sont beaucoup moins douloureux que la veille; la plaie est recouverte d'une matière blanchâtre; le malade se plaint d'élancements dans toute la longueur de la jambe: ces douleurs ont plus particulièrement leur siége à la partie externe. L'état général est le même : pouls fréquent, envies de vomir, langue saburrale. La céphalalgie cependant a un peu diminué depuis hier soir. (Onctions avec la pommade au nitrate d'argent sur les points érysipélateux, eau de veau avec addition de 32 grammes de sulfate de magnésie, diète absolue.)

25. L'érysipèle est arrêté; les ganglions inguinaux ne sont presque plus douloureux; les élancements que le malade ressentait dans la jambe et dans la cuisse ont complétement disparu; mais la céphalalgie qui a reparu depuis hier soir l'a empêché de dormir. La plaie est toujours recouverte d'une matière blanche. Il n'y a pas eu d'envies de vomir; cependant la langue est toujours fortement chargée. (Eau de veau, bouteille d'eau de Sedlitz, diète absolue.)

26. Pendant la nuit, il est survenu à la partie interne de la cuisse une douleur très-vive qui suit exactement le trajet de la veine saphène interne. A la visite, on sent dans le point que nous venons d'indiquer un cordon excessivement douloureux à la moindre pression, facile à reconnaître sur la peau à une traînée rouge qui suit exactement sa direction. On fait sur les parties douloureuses une onction avec la pommade au nitrate d'argent n° 2.

27. L'érysipèle est complétement éteint; la douleur qui existait à la partie interne de la cuisse a considérablement diminué d'intensité. Le cordon dont nous avons parlé existe cependant encore; mais la plaie prend un aspect meilleur; l'état général est plus satisfaisant; le malade est mis à l'usage des bouillons et des potages. (Limonade vineuse, une pilule d'extrait aqueux d'opium de 0,01 centigramme.)

Les jours suivants, la plaie prend un aspect vermeil; les douleurs qui existaient à la partie interne de la cuisse cessent; le cordon constaté sur le trajet de la veine saphène disparaît complétement; les ganglions inguinaux reviennent à leur état normal. L'état général permet de donner au malade des aliments.

Le 8 mars, le malade se plaint de n'avoir pas été à la garde-robe depuis plusieurs jours, et de ressentir des douleurs assez intenses à la partie antérieure du genou, au niveau de la bourse muqueuse sus-rotulienne où il existe toujours une fluctuation manifeste. (Eau de Sedlitz.)

Le 11, M. Jobert pratique dans cette région une incision qui donne issue à une assez grande quantité de pus; il en résulte une plaie qui, pansée comme la première, ne tarde pas à prendre un aspect de bonne nature et à marcher vers la cicatrisation, qui est presque complète le 20 mars. Il en est de même de la plaie qui existait à la partie externe du genou.

Depuis le 9, le malade est à l'usage de l'eau de veau avec addition de 8 grammes de sulfate de magnésie, et mange quatre portions.

Le 26, il survint une douleur rhumatismale dans l'épaule droite; cette douleur cède bientôt sous l'influence de 4 ventouses scarifiées et de frictions faites avec un liniment volatil.

Enfin, le 5 avril 1846, le malade sort de l'hôpital entièrement guéri.

Comme on le voit, l'application de la pommade au nitrate d'argent ne présente aucune difficulté, puisqu'il suffit de faire sur les parties malades une onction qui est bientôt suivie d'une éruption de pustules plus ou moins nombreuses, suivant le degré de la pommade. M. Jobert, en effet, fait usage de trois espèces de pommades : la première contient, sur 30 grammes d'axonge, 4 grammes de nitrate d'argent; la seconde 8 grammes; la troisième 12 grammes. Quelle que soit la quantité de sel argentique, l'action de cette pommade est toujours la même; M. Jobert la regarde comme un

antiphlogistique puissant. Telle est aussi l'opinion de M. le docteur Biéchy (de Strasbourg), qui ne connaissait pas sans doute le travail que le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis inséra dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, n° du 15 juillet 1841, lorsque, dans un mémoire publié par la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, et reproduit en partie par le JOURNAL DE MÉDECINE et la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, numéro du 15 août, il revendiqua comme lui appartenant la formule d'une pommade composée de 30 grammes d'axonge, 4 grammes de nitrate d'argent et d'eau distillée une quantité suffisante pour dissoudre complétement le sel, pommade qu'il préconise dans le traitement des maladies chroniques des articulations, et que l'on peut, ajoute-il, employer efficacement dans le traitement de l'érysipèle. Comme on le voit, la formule de M. Biéchy ne diffère de celle que nous avons donnée plus haut que par une certaine quantité d'eau à laquelle il fait jouer un très-grand rôle, puisqu'elle aurait pour effet d'empêcher l'action irritante de la pommade, et d'arrêter le développement de l'éruption vésiculeuse ou pustuleuse. Nous avons dit ailleurs pourquoi cette modification nous paraissait peu importante. Nous pouvons ajouter qu'après avoir pris des renseignements auprès des pharmaciens de l'hôpital Saint-Louis, nous nous sommes assuré que jamais le mélange de l'axonge et du sel n'a été opéré avant que ce dernier n'ait été préalablement dissous entièrement dans de l'eau distillée. Mais alors pourquoi avons-nous ici une éruption, tandis que M. Biéchy n'en observe jamais? C'est là une question à étudier qui peut tenir à la plus ou moins grande quantité du nitrate d'argent.

Du reste, quel que soit l'auteur de la formule, toujours est-il que cette pommade constitue un moyen efficace, et nous pouvons déclarer ici qu'après son emploi, nous n'avons jamais vu survenir aucun accident grave à la suite d'érysipèle.

2° POURRITURE D'HÔPITAL.

La pourriture d'hôpital complique souvent aussi les plaies même les plus simples ; nous en avons cité plusieurs exemples dans le numéro du 30 mai de ce journal. Depuis cette époque, nous avons été à même d'en observer de nouveau. Il n'est donc pas hors de propos de revenir aujourd'hui sur ce sujet d'autant plus important que, dans certains cas, la maladie acquiert un degré de gravité tel, que les efforts du chirurgien pour la combattre restent quelquefois impuissants. Aussi, en consultant le relevé de nos observations, nous pouvons presque poser en principe que si l'érysipèle est une complication plus fréquente, la pourriture d'hôpital en est une incontestablement plus grave.

Il faut arriver à la fin du dix-huitième siècle pour trouver dans les auteurs une description détaillée de la pourriture d'hôpital ; c'est, en effet, seulement en 1771 que Delamotte, dans son TRAITÉ DE CHIRURGIE, parla, à l'article *Gangrène*, d'une disposition à la mortification, qu'on appelait vulgairement pourriture à l'Hôtel-Dieu de Paris. Depuis cette époque, beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Thomson et Home Blackader en Angleterre, Delpech et Ollivier en France, se sont occupés de cette question et ont publié des traités fort étendus.

En général, dans ces différents ouvrages, on reconnaît que la pourriture d'hôpital ne se manifeste que sous deux formes : 1° la forme ulcéreuse, décrite par Delpech ; 2° la forme pulpeuse, décrite par Dussaussoy. Après ces deux formes principales, on trouve bien encore à la vérité plusieurs variétés, dont l'une, observée par Delpech, Percy et Ollivier, peut être désignée sous le nom de pulpeuse hémorrhagique, tandis que l'autre, remarquable par son origine, est caractérisée à son début par l'apparition de petites vésicules, comme Blackader l'a observé, ou d'un petit bouton, d'une pustule, ou d'une petite phlyctène, ainsi que l'ont vu Trotter, Dowal et Ollivier. Mais ces deux variétés sont excessivement rares ; aussi MM. Bérard et Denonvilliers n'hésitent-ils pas à regarder les deux premières formes comme fondamentales.

M. Jobert regarde cette division comme insuffisante, et, se fondant sur les faits nombreux qu'il a été à même d'observer, il admet trois formes principales de pourriture d'hôpital : 1° la forme ulcéreuse ; 2° la forme albumineuse qui correspondrait à la forme pulpeuse de Dussaussoy ; 3° enfin la forme par ramollissement.

Sans attacher aux mots une importance plus grande qu'ils ne méritent, nous dirons cependant qu'il n'est pas sans utilité qu'ils soient la représentation aussi exacte que possible de ce qu'ils expriment, et, sous ce rapport, nous ne craignons pas de déclarer que la dénomination d'albumineuse a cet incontestable avantage de fournir immédiatement à l'esprit une idée exacte et vraie de ce qui existe ; on s'en convaincra facilement en lisant la description que donnent MM. Bérard et Denonvilliers de la pourriture d'hôpital affectant la forme pulpeuse. « A la surface des bourgeons charnus, disent ces auteurs, s'étale une couche blanche ayant quelque ressemblance avec du pus concret. » N'auraient-ils pas pu ajouter : avec du blanc d'œuf? C'est à cette forme de pourriture que Delpech a donné le nom de couenneuse. Nous ne rejetons pas entièrement cette dénomination pas plus que celle de Dussaussoy ; nous les adoptons même volontiers comme exprimant des degrés différents de la forme albumineuse, qui se trouverait ainsi divisée en trois périodes : la première serait la forme albumineuse proprement dite ; à la seconde appartiendrait plus particulièrement la forme couenneuse ; la dernière enfin serait caractérisée par la forme pulpeuse de Dussaussoy. Dans ce dernier cas, en effet, la couche couenneuse se trouve remplacée par une espèce de pulpe grisâtre, molle, dont le développement est en général tellement rapide que, du jour au lendemain, les tissus mortifiés dépassent le niveau des chairs, au point qu'on les croirait au premier abord insufflées avec de l'air. L'observation que nous rapportons plus bas est un exemple de cette pourriture d'hôpital.

Quant à la pourriture par ramollissement, qui ne se trouve décrite nulle part, elle est caractérisée par des plaques d'une étendue variable, grisâtres, ramollies, parsemées de petits points noirs qui paraissent formés par de petites ecchymoses. Les bourgeons charnus sont complétement détruits ; ils sont eux-mêmes le siége de la mortification, tandis que, dans la forme précédente, on peut, à l'aide d'un pinceau, enlever la couche couenneuse qui laisse apercevoir au-dessous les bourgeons charnus plus ou moins altérés, qui saignent avec la plus grande facilité. Comme on le voit, la pourriture par ramollissement est une forme particulière parfaitement distincte qui doit trouver sa place dans un traité de nosographie.

De ces trois espèces de pourriture d'hôpital, la forme albumineuse est incontestablement la plus fréquente, celle dont la gravité, en rapport avec l'état général du malade, la constitution atmosphérique, est d'autant plus grande, comparée à l'une des deux autres formes que nous avons mentionnées plus haut, qu'elle tend à envahir davantage les parties voisines restées saines. Les auteurs ne sont cependant pas d'accord sur le pronostic que l'on doit porter en pareil cas ; ainsi Boyer et Richerand la considèrent comme une maladie qui peut s'arrêter d'elle-même en huit, dix ou quinze jours ; Delpech la regarde au contraire comme une complication fâcheuse, alors même qu'elle n'est encore que superficielle. Cette divergence d'opinion s'explique par la différence des conditions dans lesquelles se trouvaient placés les chirurgiens.

Au nombre des causes qui nous ont paru avoir le plus d'influence sur le développement de la pourriture d'hôpital, nous rangeons en première ligne la constitution atmosphérique, et à ce propos nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit précédemment en parlant de l'érysipèle.

Quant au traitement, nous n'avons rien à ajouter à tout ce qu'on trouve dans les auteurs ; voilà celui dont M. Jobert fait usage pour combattre cette terrible complication. La plaie est pansée avec de l'eau-de-vie camphrée ou du jus de citron ; si la pourriture résiste à ces premiers moyens, les parties recouvertes de la matière albumineuse sont cautérisées avec le nitrate acide de mercure. Enfin, lorsque la maladie atteint sa première période, M. Jobert n'hésite pas à faire usage de la cautérisation avec le fer rouge. Nous l'avons vu employer deux fois dans les deux cas que nous allons maintenant rapporter.

PLAIES CONTUSES ; POURRITURE D'HÔPITAL ALBUMINEUSE ; PHÉNOMÈNES TYPHOÏDES ; MORT.

OBS. I. — Le 22 juin 1846, fut apporté à l'hôpital Saint-Louis le nommé Nicolo (Antoine), âgé de 17 ans.

Cet enfant, qui n'est pas d'une constitution très-forte, et qui cependant n'a jamais été malade, était occupé à servir les maçons, lorsque, se trouvant à la hauteur d'un deuxième étage, son pied glissa tout à coup ; il tomba alors sur le sol qui était recouvert de moellons. Apporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, nous constatons les lésions suivantes :

A la partie interne de la jambe droite, et au niveau à peu près de son tiers inférieur, il existe une plaie de 12 centimètres d'étendue ; la peau a été violemment arrachée des parties sous-jacentes et comme coupée suivant une ligne courbe partant de l'angle supérieur de la plaie et aboutissant à son angle inférieur. Il en résulte un large lambeau de peau qui se trouve recoquillé vers la partie interne de la plaie, où il adhère au reste des téguments. On ne saurait donner une meilleure idée de la forme de cette plaie qu'en disant qu'elle forme un segment de cercle, circonscrit d'un côté par par la ligne courbe décrite plus haut, et, de l'autre, par une ligne droite représentant tous les points où le lambeau adhère aux téguments. Nulle part le tibia n'a été dénudé ; mais dans les deux tiers inférieurs de la plaie, on aperçoit une corde tendue légèrement soulevée au-dessus des tissus sous-jacents ; cette corde est formée par la veine saphène interne, qui a été disséquée. Il n'existe pas de fracture. Au moment de l'accident, le malade a perdu une assez grande quantité de sang.

A la partie moyenne du bord externe de l'avant-bras du côté droit, il existe une seconde plaie contuse plus superficielle que la précédente, d'une forme irrégulière. Dans quelques points la peau a été gangrenée.

Outre ces deux plaies, il en existe encore deux autres : l'une qui intéresse toute l'extrémité inférieure du doigt annulaire de la main gauche (celle-ci est profonde, et semblerait plutôt produite par un écrasement) ; l'autre existe sur la partie supérieure et antérieure du pied gauche, au niveau du troisième et

du quatrième orteil. Cette plaie est superficielle, et ne présente rien de particulier.

Toutes ces plaies sont pansées avec un linge troué enduit de cérat et de la charpie trempée dans l'eau de guimauve. M. Jobert jugea inutile de réappliquer le lambeau et d'en opérer la réunion. Quelques jours après, ce dernier est complétement gangrené. Le 28 juin, il est presque entièrement détaché; M. Jobert en pratique l'excision. Jusque-là, à part la fièvre traumatique qui a duré quelques jours, nous n'avons eu rien de particulier à noter. Les plaies se sont détergées en même temps que l'état général s'est amélioré. Le 28 juin, cet état général est satisfaisant; la suppuration est abondante et de bonne nature.

2 juillet. Le malade se plaint d'une céphalalgie intense depuis la veille au soir; il n'a pu dormir de la nuit. Le pouls est fréquent, la langue blanche, l'appétit nul, la soif ardente; il n'a d'ailleurs pas souffert de ses plaies, et n'y a ressenti aucun élancement; cependant leur aspect est moins satisfaisant; les bourgeons charnus sont aplatis, leur couleur est moins vermeille; on aperçoit même, dans quelques points de peu d'étendue à la vérité, une teinte légèrement blafarde. M. Jobert, sans reconnaître là tous les signes de la pourriture d'hôpital, fait laver et panser les plaies avec de la décoction aromatique et de l'eau-de-vie camphrée, et prescrit la diète absolue.

3 juillet. Hier, dans la journée, le malade a eu un frisson assez intense qui a duré environ une demi-heure; il a été suivi d'une chaleur modérée. Il n'y a pas eu de sueurs. Pendant la nuit, il s'est plaint de coliques et a été pris d'un dévoiement abondant. Le matin, à la visite, la céphalalgie persiste, les traits du visage sont sensiblement altérés; le pouls est toujours fréquent, le ventre douloureux, tendu; les plaies sont toutes recouvertes de plaques blanches couenneuses, qui ne permettent pas de méconnaître la pourriture d'hôpital; aussi M. Jobert cautérise-t-il toutes ces plaques avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure, et fait-il panser plusieurs fois par jour les plaies avec du jus de citron. (Riz gommé sucré, un quart lavem. laudanisé, une pilule sulfate de quinine, cataplasmes sur le ventre.)

4 et 5. Même état.

6. Le dévoiement continue, ainsi que la céphalalgie et la fièvre, mais il n'y a plus eu de frisson. Les plaies sont entièrement recouvertes de plaques blanches couenneuses et ont occasionné des élancements tels que le malade leur attribue son insomnie. (Cautérisation avec le nitrate acide; même pansement, renouvelé plusieurs fois dans le courant du jour; un quart de lavem. laudanisé, une pilule d'opium d'un centigr., décoction blanche et addition de 10 grammes de sirop de pavot blanc.)

Le 8, les plaies paraissent avoir subi une heureuse modification, surtout celle du pied gauche. Cependant l'état général n'est pas sensiblement amélioré, le ventre est toujours ballonné, la lange est blanche, légèrement fendillée. En examinant attentivement les parois abdominales, M. Jobert croit reconnaître quelques taches pétéchiales. (Même traitement.)

Le 9, l'état général ne se modifie pas; les plaies sont toujours envahies par la pourriture d'hôpital, surtout celle de la jambe; là, en effet, les plaques couenneuses ont au moins 2 lignes d'épaisseur.

Le 10, la plaie de la jambe est entièrement recouverte par une masse considérable de chairs fongueuses, d'un gris terne; elles sont boursouflées, molles, tremblotantes, et s'élèvent au moins à un demi-centimètre au-dessus des bords de la solution de continuité. Devant une pareille altération, M. Jobert n'hésite pas à recourir à la cautérisation avec un fer rougi à blanc. De temps en temps, le malade accuse une forte douleur qui indique que le cautère, jusque-là insensible, est arrivé sur des tissus non-gangrenés. Il résulte de cette cautérisation une escarre profonde qui dès le surlendemain commença à se détacher. Chaque jour M. Jobert en enlève une portion, soit en l'excisant avec des ciseaux, soit en exerçant une simple traction. La plaie d'ailleurs est pansée avec de la poudre de quinquina. (Limonade vineuse, crème de riz.)

Les jours suivants, l'état général reste le même; le dévoiement qui avait semblé céder un peu redevient aussi abondant; le ventre est toujours tendu, météorisé; les traits du visage sont plus altérés, les yeux sont enfoncés dans leurs orbites, les pommettes sont saillantes; les plaies, cependant, ont un meilleur aspect; celle de la jambe suppure abondamment et donne un pus qui répand une odeur fétide. (Limonade vineuse; deux quarts de lavement laudanisé, un le matin, l'autre le soir; pilule de sulfate de quinine avec addition de 1 centigramme d'extrait aqueux d'opium.)

Le 18. Le malade a eu hier un frisson qui, comme le premier, n'a pas duré plus d'une demi-heure; il a été d'ailleurs léger et n'a été suivi ni de chaleur ni de sueur. Le matin, à la visite, on constate une altération profonde des traits. Le teint est jaune, ainsi que les conjonctives; le malade ne répond qu'avec peine aux différentes questions qu'on lui adresse. Il a toujours le dévoiement et va sous lui. Les plaies sont presque desséchées, celle de la jambe surtout offre sous ce rapport une très-grande différence, comparée aux jours précédents. (Même pansement; limonade vineuse; 2 pilules d'opium; quelques bouillons et quelques potages.)

Les jours suivants, l'état du malade empire, les forces diminuent, les traits du visage s'altèrent de plus en plus; la diarrhée persiste toujours, la langue est recouverte d'un enduit noirâtre, les dents sont fuligineuses, le facies est celui de l'infection purulente; la faiblesse est telle que le malade n'a plus même la conscience de ce qu'il éprouve. Quant aux plaies, elles restent dans le même état.

M. Jobert soutient autant que possible les forces du malade, qui, malgré tous ses efforts, succombe le 25 juillet 1846.

Le père s'est formellement opposé à ce que l'autopsie fût faite.

Nous regrettons bien sincèrement, pour notre part, de n'avoir pu faire cette autopsie, laquelle, par ses détails, nous aurait montré d'une manière évidente et matérielle ce que l'on devait attribuer aux phénomènes typhoïdes et à l'infection purulente. Malgré l'absence de ces détails anatomiques, l'observation qu'on vient de lire ne nous en a pas moins paru intéressante sous plusieurs rapports. Elle nous a semblé d'abord confirmer pleinement les idées que nous avons émises précédemment sur la pourriture d'hôpital albumineuse. En second lieu, il nous paraît difficile de ne pas voir, dans les symptômes qui ont précédé l'apparition de la maladie, autre chose que les prodromes de la pourriture d'hôpital, qui, en général, débute assez insidieusement et n'est annoncée que par des élancements qui en constituent le symptôme le plus constant; or, le 2 juillet, nous n'avons pas noté d'élancements, et cependant c'est ce jour-là même que nous avons constaté cette perturbation dans la santé qui nous paraît d'autant mieux se rapporter au début d'une fièvre typhoïde que les symptômes consécutifs nous semblent autoriser un pareil diagnostic: ainsi, ventre douloureux, ballonné, dévoiement, pétéchies. Si maintenant nous recherchons quelle a été l'influence de l'état typhoïde sur la pourriture d'hôpital, nous dirons que, sans vouloir trouver dans l'un la cause immédiate de l'autre, nous croyons qu'on peut affirmer, sans trop s'avancer, que cet état typhoïde a favorisé le développement de la gangrène et contribué pour sa part à empêcher l'efficacité du traitement qui a été mis en usage. Cependant la cautérisation avec le fer rouge avait incontestablement arrêté la pourriture d'hôpital, mais les symptômes typhoïdes persistant, la suppuration continua à être de mauvaise nature, lorsque survinrent des symptômes plus graves que nous croyons pouvoir rapporter à l'infection purulente. Nous le répétons, il est fâcheux que l'autopsie n'ait pas été faite, elle nous aurait permis d'établir notre manière de voir sur des lésions anatomiques qui, nous n'en doutons pas, auraient confirmé notre opinion. Quoi qu'il en soit, ce qui nous paraît incontestable, c'est que la cautérisation avec le fer rouge aurait triomphé de tous les accidents si l'état général n'était venu contre-balancer son efficacité.

FRACTURE DE LA JAMBE DROITE; POURRITURE D'HÔPITAL ALBUMINEUSE; CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE; GUÉRISON.

OBS. II.—Le nommé Davennes (Parfait), âgé de 30 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 29 novembre 1842.

Cet homme, d'une bonne et forte constitution, voulant monter sur l'impériale d'une diligence qui allait au pas, tomba immédiatement au devant de la roue, qui lui passa sur la jambe droite. Apporté de suite à l'hôpital Saint-Louis, on constate à la partie moyenne de la jambe une fracture comminutive compliquée d'un épanchement considérable; la peau est fortement tendue, mais il n'y a aucune plaie.

Le lendemain matin, M. Jobert, après avoir constaté la fracture et fait appliquer son appareil de fracture des membres inférieurs, pratique, suivant l'axe du membre, deux longues incisions, dans le but d'éviter l'étranglement de l'organe malade. Ces deux incisions donnèrent issue à une assez grande quantité de sang liquide et en caillots. Les plaies qui en résultent sont pansées avec un linge enduit de cérat et de la charpie trempée dans l'eau froide.

Les jours qui suivirent ne furent marqués par rien de particulier, si ce n'est la fièvre traumatique, qui ne tarda pas à s'éteindre; les plaies se détergèrent, la suppuration devint de bonne nature et des bourgeons charnus se développèrent à la surface des plaies.

Mais tout à coup et sans cause matérielle appréciable, la fièvre se rallume sans être accompagnée de frisson; l'appétit se perd et le malade se plaint d'élancements, qui l'ont empêché de dormir. Les plaies sont recouvertes d'une matière blanchâtre, la suppuration est de mauvaise nature; à tous ces signes M. Jobert reconnaît l'existence de la pourriture d'hôpital. Il cautérise avec le nitrate acide de mercure et panse les plaies avec du jus de citron.

Le lendemain l'état des plaies est le même; elles sont recouvertes d'une couche épaisse de matière couenneuse. Le malade se plaint d'élancements violents. M. Jobert cautérise de nouveau avec le nitrate acide et fait panser les plaies avec du jus de citron.

Le lendemain de cette cautérisation la couche couenneuse est transformée en une matière molle, fongueuse, boursouflée. Malgré cette grave altération, l'état général reste cependant assez satisfaisant. M. Jobert cautérise alors avec le fer rouge.

Dès le surlendemain, l'escarre se détache, et à peine est-elle complétement tombée que les plaies ne tardent pas à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature. A partir de ce moment, il n'est plus survenu aucun accident qui vint entraver la consolidation.

Le malade sort complétement guéri de l'hôpital.

Cette observation est remarquable lorsqu'on la compare à celle que nous avons rapportée plus haut; elle nous a paru fournir une preuve évidente de l'efficacité de la cautérisation pratiquée sur un malade chez lequel l'affection, restée locale, n'a encore modifié que médiocrement l'état général, qui ne tarde pas à s'améliorer du moment que la pourriture d'hôpital est arrêtée.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

VIII. GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur la syphilis ;* par M. Rizzi. 2° *Nouveau cas d'amélioration de la vue, produite par l'emploi des lunettes chez un sujet opéré de pupille artificielle à la circonférence de l'iris ;* par M. Quaglino. (Fait confirmatif des idées de M. Trinchinetti que nous avons reproduites cette année même, GAZ. MÉD., 1846, p. 530.) 3° *Rate tombée dans le bassin ; symptômes de péritonite suraiguë et d'étranglement intestinal ; mort ; autopsie ;* par M. Bozzi. 4° *Compte rendu des séances mensuelles tenues à l'hôpital Majeur de Milan, pendant l'année 1844 ;* par M. Bertani. 5° *Guérison d'une pleuro-pneumonie aiguë, sans qu'on ait pu faire une seule saignée locale ni générale, obtenue par les seuls moyens pharmaceutiques ;* par M. Zanetti. (Les veines du bras étant trop petites et les sangsues manquant, on se borna à ordonner le tartre stibié.) 6° *De l'emploi des préparations de noyer contre la diarrhée et la dyssenterie ;* par M. Scotti. 7° *Compte rendu des malades reçus dans la salle Saint-Jacques de l'hôpital Majeur de Milan, en novembre et décembre* 1845 ; par M. Prandina. 8° *Note pour l'étude de la pellagre ;* par M. Triberti. 9° *Tableau et histoire des opérations chirurgicales pratiquées en 1845 à l'hôpital civil de Lodi ;* par M. Cotta. 10° *De la morve et du farcin chez l'homme ;* par M. Casorati. (L'auteur admet la parité de l'affection chez l'homme et chez le cheval.) 11° *Accouchement de quadrijumeaux ;* par M. Migliavacca. 12° *Cas compliqué d'albuminurie guérie par l'acide nitrique ;* par M. Labus. 13° *Cas d'empoisonnement par l'acétate de morphine guéri par une dose énorme d'infusion de café ;* par M. Frua. (7 décigrammes d'acétate de morphine avaient été avalés en une seule fois ; 20 centigrammes de tartre stibié n'ayant point amené de vomissements, on commença au bout de trois heures à donner une infusion très-concentrée de café avec le marc. En douze heures, le malade prit ainsi 320 grammes de café. Il fut tiré par là du coma où l'avait plongé l'action du sel de morphine.) 14° *Cas de chorée guérie par le sulfate de quinine ;* par M. Triberti. 15° *Observation de plaie produite par un éclat de capsule fulminante ;* par M. Pertusio. (Cet éclat avait pénétré dans le mollet à un pouce et demi de profondeur, où il avait déterminé un abcès.) 16° *Histoire d'une angine laryngée sur un cheval ;* par M. Eletti. 17° *Sur la paralysie du nerf facial ;* par M. Gola. 18° *Fièvre typhoïde artificielle ;* par M. Casorati. 19° *Cas d'hypertrophie avec dilatation du colon ; météorisme péritonéal assez grave pour faire soupçonner une perforation intestinale ; mort au bout de seize heures ;* par M. Favalli. 20° *Histoire d'un cas de morve aiguë ;* par M. Morandi. 21° *Hernie inguino-scrotale, doublement étranglée par un anneau comme cartilagineux situé au milieu du sac et formé aux dépens de cette membrane ; herniotomie ; guérison ;* par M. Brescianini. 22° *Fracture de la première vertèbre cervicale et de l'apophyse odontoïde ; mort le huitième jour ;* par M. Barbieri.

CAS D'ALBUMINURIE COMPLIQUÉE, GUÉRIE PAR L'ACIDE NITRIQUE ; par M. LABUS.

Un médecin aussi consciencieux qu'éclairé, Dalmas, écrivait en 1843, à propos de la maladie de Bright, ou albuminurie : « Dans les cas où cette affection revêt la forme chronique, la guérison est beaucoup plus rare et le traitement à peu près impuissant... Tous les soins n'aboutissent le plus souvent qu'à une amélioration passagère. » La thérapeutique n'étant guère plus avancée aujourd'hui, c'est sans doute avec le plus vif intérêt qu'on lira l'observation suivante, exemple bien rare d'un cas tranché d'albuminurie, où un agent médicamenteux ait exercé une influence curative entièrement incontestable.

OBS. — Une femme, âgée de 32 ans, née de parents sains, eut à 13 ans une fièvre intermittente, à type quarte, qui dura neuf mois. Mariée à 21 ans, elle eut jusqu'à 29 ans quatre accouchements heureux. Vivant dans la misère et les fatigues, elle fut prise, en mai 1845, de vomissements continuels, pour lesquels on lui fit, en six jours, huit saignées et une application de dix sangsues à l'épigastre. Elle était alors enceinte de huit mois, et, guérie de cette indisposition, elle accoucha sans accidents. Mais les vomissements reparurent à intervalles et s'accompagnèrent de diarrhée. On lui fit de nouveau trois saignées. La diarrhée et la faiblesse continuant, elle entra à l'hôpital le 8 septembre. Là des douleurs se déclarèrent à l'abdomen ; il se manifesta de l'œdème aux jambes et aux cuisses, plus tard à la face, de l'ascite, des douleurs aux reins, dyspnée, palpitations, etc. Traitée sans succès par l'ipécacuanha, la magnésie, l'infusion de digitale et la racine de colombo, elle fut déclarée *malade chronique*, et changée de salle le 2 octobre.

M. Labus, qui la vit alors pour la première fois, considérant l'émaciation, la faiblesse, l'anasarque et le mouvement fébrile léger, mais continu, qu'elle présentait, la regarda comme affectée d'une hydrohémie négligée et la mit d'abord à l'usage d'une décoction de quinquina avec la sulfate de fer ; il recourut ensuite à la digitale avec le fer, lui donnant en même temps de la nourriture avec du vin de quinquina. Mais malgré ces divers moyens, l'état, loin d'aller en diminuant, s'aggrava au contraire, surtout du côté de l'infiltration séreuse. Ce fut alors (le 14 octobre) qu'après un examen plus attentif, M. Labus fut appelé à diriger son observation sur les reins qu'il trouva, surtout le gauche, très-sensibles à la pression. La malade elle-même accusait une douleur vive dans la région lombaire. Les urines, qui étaient copieuses le jour, donnèrent par l'ébullition un précipité floconneux abondant, qui en refroidissant descendit au fond du vase. Traitées par l'acide nitrique, elles blanchirent aussi en flocons très-ténus.

Le diagnostic étant ainsi établi, M. Labus se décida à essayer l'acide nitrique à l'intérieur. Il fit verser 4 grammes d'acide nitrique médicinal (1) dans 750 grammes d'eau commune, avec sirop simple et mucilage de gomme arabique, de chaque 15 grammes. On commença à donner cette boisson le 16 octobre. Le lendemain la nuit avait été tranquille, les douleurs abdominales dissipées, le pouls moins vibrant. On continua le remède ; sous son influence, la diarrhée diminua, l'appétit reparut, les urines augmentèrent de quantité.

Le 26, il y eut un peu de fièvre ; mais on ne suspendit pas pour cela l'acide.

Le 27, on reconnut une diminution de l'œdème des membres inférieurs, l'urine plus abondante. On mit dans la boisson 60 grammes de gomme arabique.

Le 6 novembre, le ventre était redevenu presque normal ; sommeil, plus de fièvre, appétit, pas de diarrhée. (Le quart d'aliments.)

Le 8, un frisson d'une heure engage à diminuer les aliments et à donner le sulfate de quinine, tout en continuant l'acide nitrique.

Le 10, la fièvre n'a pas reparu ; l'anasarque n'existe presque plus.

Le 12, la malade commence à se remuer dans son lit. Il n'y a plus d'ascite ; il n'y a plus de traces d'albumine dans l'urine.

Le 19, on cesse l'acide nitrique ; on prescrit une émulsion avec l'eau de laurier-cerise et 30 grammes de pulpe de tamarin.

Le 21, les règles, qui n'avaient pas paru depuis le mois de mai de l'année dernière, sont revenues.

L'albuminurie était dissipée ; mais quelques douleurs de ventre, l'état de rougeur et de fendillement de la langue, faisant soupçonner l'engorgement des glandes mésentériques, on prescrivit des pilules de calomel et de jusquiame, plus tard un régime généreux, du vin de quinquina, et 2 décigrammes de sulfate de fer par jour.

Peu à peu la faim revint très-vive. On permit alors du vin. Le traitement fut terminé le 28 janvier 1846. A cette époque, les urines étaient normales, la nutrition excellente, l'embonpoint revenait. Enfin, le 4 mars, elle quitta l'hôpital pour se placer comme domestique. On lui recommanda d'user d'aliments sains et nourrissants.

SUR LA SYPHILIS CONGÉNIALE ; par M. RIZZI.

Tous les spécialistes connaissent les graves difficultés, les lois exceptionnelles que présente à l'étude du médecin l'évolution de la syphilis congéniale. M. Rizzi, chargé à l'hôpital Majeur de Milan d'un service où abondent les cas de ce genre, a eu souvent occasion de reconnaître que la maladie s'éloigne alors de la marche régulière qu'elle suit dans les autres circonstances. Si une femme a contracté des ulcérations spécifiques du mamelon en donnant le sein à un enfant infecté, il se développe très-fréquemment chez elle des tubercules muqueux à la vulve ou à l'anus. Or cette complication est d'autant plus fâcheuse pour la malheureuse victime, qu'elle l'expose à être soupçonnée d'avoir pris la maladie par le coït et manqué à la foi conjugale. Ce n'est pas tout encore : ici la syphilis, quoique appartenant par la forme aux symptômes consécutifs, est transmissible par le contact ; de telle sorte qu'une femme parfaitement innocente peut communiquer par le coït à son mari la vérole la mieux caractérisée. L'homme de l'art doit être bien prévenu de cette possibilité ; il est souvent appelé dans ces familles à faire une médecine morale, à trancher des questions d'où dépend non-seulement la santé, mais le repos et l'honneur de tout un ménage. S'il n'admettait pas ces faits qui sont évidents, si des préoccupations théoriques pouvaient le rendre capable de les nier, son ministère deviendrait souvent un instrument de perturbation et d'injustice.

Revenons au mémoire de M. Rizzi. Sur 100 femmes qui avaient eu des chancres au sein par suite d'un allaitement impur, ou à la bouche et au gosier par suite de baisers donnés à leur nourrisson, 34 ont ensuite présenté des tubercules à la vulve ; 19 ont eu une angine syphilitique ; 2 une

(1) L'auteur appelle-t-il de ce nom l'acide nitrique dilué, ou plutôt l'acide nitrique alcoolisé ?

iritis; 14 des tubercules à la vulve et l'angine simultanément; 5 des tubercules à la vulve et d'autres disséminés sur quelques parties du corps; 7 divers phénomènes compliqués de succession; 6 des tubercules à la vulve, l'angine, des tubercules à la peau et l'iritis; 19 n'ont offert aucun accident secondaire.

Chez les nourrices, de même que chez les hommes infectés par elles consécutivement, l'auteur a remarqué que les tubercules sont la forme de prédilection; l'angine s'y joint aussi assez souvent. L'écoulement, les végétations, les exostoses sont alors très-rares. Quant aux bubons, ils consistent seulement dans le gonflement et la tension des ganglions sous-maxillaires dans le cours de l'angine (1), et de ceux de l'aisselle lors de l'apparition des chancres du mamelon.

M. Rizzi a aussi dirigé ses observations sur la période à laquelle se manifestent ordinairement les symptômes syphilitiques chez les nouveau-nés. Sur 53 enfants, le mal s'est déclaré un mois après la naissance chez 33; au bout de deux mois chez 11; de trois mois chez 4; de quatre mois chez 4; et chez un dernier au bout de huit mois seulement. Cette proportion montre combien l'on peut facilement être trompé sur l'état des nouveau-nés soumis aux conditions d'infection vérolique, et combien les nourrices sont exposées à recevoir le germe contagieux d'enfants qu'elles ont reçus sans appréhension et que les parents mêmes avaient pu leur livrer de bonne foi.

RATE TOMBÉE DANS LE BASSIN; SYMPTÔMES DE PÉRITONITE SURAIGUE ET D'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL; MORT; par M. BOZZI.

Nous avons déjà publié, il y a trois ans (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 499), une observation semblable de M. Verga. Un autre cas a été cité par M. Pétrequin dans son TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (voy. p. 349); celui que nous allons rapporter, d'après M. Bozzi, est le troisième bien incontestable venu à notre connaissance. Peut-être les détails dans lesquels entre l'auteur mettront-ils sur la voie pour arriver à déterminer les causes et le mécanisme de cette transposition bizarre.

OBS. — Une femme, âgée de 27 ans, affectée de déviation de la colonne vertébrale, par suite de rachitis, ayant l'épaule gauche plus basse que la droite, de tempérament sanguin nerveux, mariée depuis trois ans, avait eu depuis lors deux accouchements heureux. Elle n'avait eu précédemment d'autre maladie que quelques fièvres intermittentes, endémiques dans son pays.

Le 24 mai 1845, étant alors enceinte de trois à quatre mois, et sujette à des vomissements quotidiens depuis le commencement de cette dernière grossesse (elle n'en avait pas éprouvé dans ses premières gestations), elle raconta que ces vomissements avaient été remplacés, depuis huit à dix jours, par des douleurs lombaires et de la fièvre, symptômes qu'elle avait cru dissiper en prenant de l'huile de ricin. Le soir du 25 et la nuit suivante, les douleurs passèrent à l'épigastre, d'où elles s'étendaient dans le reste du ventre, et principalement à la région iléo-cœcale.

A sa première visite (le 24, à onze heures du matin) M. Bozzi trouva le ventre tuméfié et douloureux dans toute son étendue; à l'épigastre, l'utérus petit, grêle, contracté; un peu plus haut, des espèces de pelotons, qu'il jugea être l'intestin grêle contracté en quelques points; coliques plus fortes de temps en temps, agitation, pouls large et peu accéléré. (Forte saignée, cataplasmes émollients, décoction de tamarin à l'intérieur.)

Quatre heures après, les symptômes acquirent plus d'intensité, la figure anxieuse, les hoquets continuels, le gonflement du ventre, la dureté du pouls, firent croire à une hernie étranglée. (30 sangsues sur le ventre, 60 grammes d'huile de ricin dans de la limonade, lavements irritants.)

Le 25, à trois heures de relevée, il n'y avait pas encore eu de selles et le mal allait en empirant. (Troisième émission sanguine, un purgatif composé de 30 grammes de sulfate de magnésie avec 40 grammes de manne dans 180 grammes d'infusion de séné.)

Nuit très-mauvaise, pas de selles, vomissements copieux, grande anxiété.

Le 26, on prescrit 12 décigrammes de jalap et 12 de calomel, un bain à 27° Réaumur, et à la sortie 30 sangsues sur le ventre. Nonobstant ces diverses et actives médications, les vomissements devinrent stercoraux et l'état plus dangereux. (Une goutte d'huile de ricin et un lavement avec l'infusion de tabac.)

Le 27 au matin, abattement extrême après une nuit très-inquiète. Mort à une heure de relevée.

AUTOPSIE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. — En ouvrant le ventre, on aperçoit à sa partie inférieure, au-dessus de la région iliaque droite, un corps qu'on reconnut aisément pour la rate, énormément grossie (du poids de 6 livres) et d'une couleur noirâtre. Elle appuyait en partie sur l'utérus, en partie sur la portion inférieure de l'iléon et du cœcum. En descendant, ou tombant, elle avait entraîné avec elle cette partie du colon qui fait l'angle entre le transverse et le descendant. Par son poids elle comprimait et oblitérait l'iléon et le cœcum, qui étaient très-injectés. Le cordon des vaisseaux spléniques était deux fois entortillé sur lui-même, circonstance qui, en mettant obstacle au retour du sang veineux, tout en permettant l'abord du sang artériel dans la rate, rend compte du volume qu'avait acquis ce viscère. Le péritoine parut injecté principalement dans les points sur lesquels la rate appuyait. Rien d'anormal à l'intérieur des intestins.

(1) Il nous paraît très-probable que sous le nom d'angine, l'auteur comprend aussi sciemment ou à son insu les chancres et les tubercules muqueux de la bouche et de l'arrière-gorge. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE NOYER CONTRE LA DIARRHÉE ET LA DYSSENTERIE; par M. SCOTTI.

Les diarrhées et dyssenteries sont très-communes à la campagne pendant l'été et l'automne, soit à cause de la nourriture en grande partie végétale des paysans, soit à cause des refroidissements auxquels leurs travaux les exposent durant cette saison. M. Scotti avait beaucoup de ces affections à traiter. Or, ayant remarqué que chez quelques scrofuleux qu'il traitait par les préparations de noyer, il y avait une constipation habituelle, il conçut l'espoir de trouver dans cet agent un remède contre la diarrhée. Effectivement il y a soumis 30 malades, dont il rapporte ici les observations, et toujours il a obtenu, soit la guérison, soit au moins un amendement immédiat chez ceux où la diarrhée était entretenue par des lésions organiques. Voici la préparation et les doses du médicament qu'il emploie.

On choisit l'extrait préparé avec le brou de noix et les feuilles vertes de noyer, et obtenu par décoction et évaporation successives; on en fait dissoudre de 8 à 12 grammes dans un kilogramme de limonade minérale, et l'on fait prendre un tiers ou la moitié d'un verre de cette boisson quatre fois par jour.

L'auteur affirme que ce remède convient dans la plupart des espèces de diarrhées, excepté dans celles qui sont accompagnées de symptômes inflammatoires.

CAS DE PARALYSIE DU NERF FACIAL AVEC PERTE COMPLÈTE DU GOUT; par M. GOLA.

Les observateurs qui ont eu occasion de constater l'altération du goût à la suite d'une paralysie du facial, MM. Montault, Diday, Bernard, sont d'accord à dire que, dans ces cas, la faculté gustative est diminuée, mais non pas abolie. Il y a plus : l'intervention du facial pour la perception des saveurs a une importance tellement secondaire dans toutes les hypothèses proposées par ces auteurs, que l'absence absolue du goût, dans un cas de paralysie du facial, est, on peut le dire, un fait non prévu par la théorie et même un fait embarrassant pour elle. Quelle que soit cependant sa signification, notre devoir est de le rapporter, laissant au lecteur le soin de décider s'il convient, pour s'en rendre compte, de supposer qu'il existait simultanément, chez le malade de l'observation de M. Gola, une paralysie soit du lingual, soit du glosso-pharyngien.

OBS. — Une femme âgée de 80 ans, d'un tempérament robuste, fut, vers la fin de 1846 et à la suite de refroidissements, saisie d'une douleur très-aiguë à la partie postérieure de l'oreille gauche, douleur qui, les jours suivants, s'étendit à la tempe, au front, au sourcil et à la région malaire. Au bout de quatre jours, pendant lesquels elle produisit une salivation et un larmoiement abondants, elle diminua; mais la malade commença alors à éprouver quelque difficulté à prononcer, à avaler, et elle sentit les traits de sa figure tirés à droite.

M. Gola l'ayant vue le septième jour de la maladie, trouva tous les caractères d'une paralysie faciale prononcée. Impossibilité de fermer l'œil gauche; déviation de la commissure labiale du côté opposé ainsi que de la pointe du nez; dans les contractions et les grimaces, la moitié gauche reste immobile. La malade dit que la narine gauche est plus sèche et sent moins vivement l'action du tabac. *La langue est portée à gauche.* Si on lui demande de souffler, elle ne peut le faire qu'en laissant échapper l'air d'un côté, en fumant la pipe. La température de la joue gauche est plus basse; mais la sensibilité est égale des deux côtés. La pupille est plus dilatée à gauche. *La luette n'incline ni d'un côté ni de l'autre.*

Ayant fait tirer la langue, on s'assura, en la piquant avec la pointe d'une aiguille, que les deux côtés percevaient également bien l'impression; on appliqua ensuite un grain de sel de cuisine sur la moitié gauche de l'organe dans les deux tiers antérieurs. Une, deux et trois minutes se passèrent, et la malade dit qu'elle ne sentait rien, tandis qu'à droite la saveur était ressentie au moindre contact.

Le jour suivant, on réitéra la même expérience avec de l'aloès finement pulvérisé, le surlendemain avec de l'acide tartrique; toujours la moitié gauche de langue se montra étrangère à toute saveur.

La malade n'avait aucune réaction fébrile; mais elle manifestait une grande inquiétude, une sorte d'exaltation cérébrale. Deux saignées successives, puis une large application de sangsues à l'apophyse mastoïde, lui rendirent le repos et calmèrent les douleurs locales.

Après ce traitement, et six jours s'étant écoulés depuis les premières expériences, M. Gola voulut les réitérer; il déposa donc sur la moitié gauche de la langue un peu de poudre d'aloès. Cette fois la malade commença, au bout d'une minute, à sentir un goût amer qui toutefois était assez obtus. Le même résultat fut obtenu avec l'acide tartrique et l'acide citrique.

La malade est encore aujourd'hui (2 juin) entre les mains de M. Gola, qui l'a soumise depuis une semaine à des frictions avec une pommade contenant de l'extrait de noix vomique; elle prononce déjà mieux les *s*, mâche avec moins de difficulté et peut retenir les liquides dans la bouche. Tout, en un mot, fait présager qu'avec le temps on obtiendra une guérison complète.

IX. GAZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Diagnostic différentiel et thérapeutique des affections de l'organe de l'ouïe*; par M. Bargellini. 2° *Description et analyse d'une eau gazeuse saline existant dans le voisinage de Poggibonsi*; par M. Cozzi. 3° *Compte rendu statistique des cas observés dans les salles de chirurgie des hôpitaux de Saint-Boniface et de Sainte Lucie pendant cinq ans, de 1841 à 1845*; par M. Torracchi. (Relation des cas les plus intéressants de ce service, dont les principaux ont déjà été publiés isolément dans ce journal.) 4° *Sur la fécondation des plantes phanérogames*; par M. Calamai. 5° *De la tradition thérapeutique*; par M. Masini. 6° *Pleuro-pneumonie convulsive*; par M. Mostardini. (Il s'agit d'une pleuro-pneumonie développée chez un sujet qui, à la suite de fièvres intermittentes, avait conservé une hypertrophie de la rate. Cette disposition aux accès périodiques jeta un peu de trouble sur la manifestation des symptômes de la phlegmasie thoracique.) 7° *Histoire d'un cas de défaut notable de sang*; par M. Lanini. (L'individu avait une sorte de chlorose occasionnée par des fièvres intermittentes et une hépatite.) 8° *Mémoire sur l'état morbide qui constitue les fièvres et les inflammations*; par M. Puccianti.

CAS DE SYPHILIS TRÈS-GRAVE; par M. TORRACHI.

On entend dire et répéter tous les jours que la syphilis a généralement perdu son intensité primitive, qu'affaiblie comme les autres virus par tant de transmissions successives, elle serait aujourd'hui incapable d'opérer ces désordres, ces mutilations horribles qui autrefois en étaient la suite fréquente. Quoique cette assertion soit vraie dans un sens absolu, de malheureuses exceptions se montrent encore de loin à loin, où, malgré le traitement le plus méthodique, on retrouve l'exemple de ces ravages affreux que l'histoire de la maladie au seizième siècle offre en si grand nombre. Le cas suivant est instructif à méditer sous ce rapport.

OBS. — Un militaire âgé de 21 ans, né dans les Maremmes toscanes, avait déjà eu plusieurs fois au gland des ulcérations dont il avait guéri sans s'être soumis à aucun traitement. Il fut reçu le 3 juin 1841 à l'hôpital de Sainte-Lucie pour des bubons qu'on ouvrit; mais tandis qu'ils marchaient heureusement vers la guérison, il se manifesta à la base du gland une ulcération qui fit de jour en jour des progrès incessants sans qu'on pût l'arrêter par aucun moyen. Aussi, dans la nuit du 28 juin, une hémorrhagie artérielle se déclara, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à la faire cesser à l'aide de la compression et des applications de glace. Bientôt l'on vit l'urine sortir par cette ulcération. Des ulcères à la gorge, aux lèvres, aux ailes du nez, au front, aux membres inférieurs, au scrotum, des exostoses aux os du nez et aux tibias, des douleurs arthritiques, vinrent compliquer ces premiers symptômes. Les médications les plus énergiques, telles que les frictions mercurielles poussées jusqu'à salivation, la liqueur de Van Swieten, le protoïodure de mercure, les bains, etc., furent employées pendant trois mois sans pouvoir triompher de cet état. Cependant il y eut quelques alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Durant l'une des premières, le malade voulut être transporté dans son pays. On le laissa partir; mais l'on apprit ensuite que la syphilis avait continué de résister pendant encore quelques mois aux agents thérapeutiques. Enfin la toux, la dyspnée, l'émaciation, venant se joindre aux lésions extérieures, montrèrent que les poumons participaient à leur tour à l'infection générale. La mort en fut la suite assez rapide.

X. IL SARCONE, GIORNALE DI MEDICINA E DELLE SCIENZE AFFINE.

Les numéros de janvier, février, mars et avril 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les maladies de consomption*; par M. Marini. 2° *Sur la nature des cornes cutanées*; par M. Dorotea. (Il pense que la génération des poils et celle des cornes sont identiques, et que les productions cornées ne sont qu'un assemblage de poils.) 3° *Palpitation nerveuse guérie par un emplâtre de belladone appliqué à la région précordiale*; par M. Laprano. (La maladie, d'origine assez ancienne, ne céda qu'à l'application de l'emplâtre suivant : Extrait alcoolique de belladone, 4 grammes; cire jaune et résine élémi, de chacune 6 grammes; faites fondre lentement la cire et la résine et incorporez-y l'extrait. L'emplâtre était changé tous les trois jours; la guérison fut obtenue au bout d'un mois.) 4° *De la signification de la phlogose dans les exanthèmes*; par M. Tommasi. (Les exanthèmes ne sont pas des affections phlegmasiques; ils ont pour but l'élimination hors de l'organisme d'un principe morbifique. Or la phlogose qui se déclare à la peau est nécessaire pour opérer la maturation de ce principe. Il faut donc respecter cette phlogose, tout en la maintenant dans de justes bornes, lorsqu'elle tend à les dépasser. Quoiqu'elle ne constitue pas la maladie elle-même, elle est cependant indispensable à son heureuse solution, comme en témoignent les fâcheuses terminaisons des exanthèmes chez les sujets trop affaiblis pour que le travail d'éruption puisse s'accomplir convenablement.) 5° *Études sur les causes des maladies chez les prisonniers*; par M. Del Guidice. 6° *Sur une altération singulière de la circulation*; par M. Semmola. (Chez un jeune homme atteint d'une maladie du cœur, on fut tout étonné de compter cinquante pulsations aux radiales et d'en trouver cent aux carotides. On s'aperçut enfin qu'un *pouls veineux* assez prononcé était la cause de cette différence.) 7° *Un cas de roséole goutteuse*; par M. Tommasi. 8° *Observations thermométriques sur la température chez les malades*; par M. Prudente.

CAS DE ROSÉOLE GOUTTEUSE; par M. TOMMASI.

OBS. — M. N..., âgé de 75 ans, de constitution robuste, mais affecté d'une goutte héréditaire, contracta, *par une cause rhumatismale légère* (sic), une fièvre aiguë qui, soit en raison de sa cause, soit pour les douleurs musculaires et articulaires dont elle s'accompagna, fut considérée comme rhumatismale. Le troisième jour de cette fièvre, à la suite d'une sensation générale de chaleur, de cuisson et de démangeaison à la peau, parurent des taches rouges avec un léger soulèvement au centre, tenant pour la largeur le milieu entre celles de la rougeole et celles de la scarlatine. La teinte n'était pas écarlate, mais d'un rouge de cuivre brillant. Loin de calmer le prurit, cette éruption l'augmenta au point de le rendre très-incommode au malade. La fièvre cependant parcourut ses périodes sans aucun changement : l'exanthème resta aussi immobile avec les mêmes caractères pendant six jours. Alors il commença à abandonner d'abord les membres supérieurs, puis trois ou quatre jours après les inférieurs, et parvint ainsi au quatorzième jour sans aucune desquammation. Vers le onzième jour, des sueurs profuses s'étaient déclarées.

Le quatorzième jour, la fièvre perdit de sa continuité et prit la forme rémittente, puis ensuite intermittente quotidienne, le paroxysme revenant à minuit et se terminant le matin par des sueurs. Les urines, rouges pendant que la fièvre était continue, devinrent limpides et d'un jaune de paille.

Le dix-septième jour, il se déclara une douleur très-vive, lancinante et brûlante aux tendons et aux aponévroses des muscles de l'avant-bras, douleur qui augmentait surtout lorsque le malade fléchissait le coude. Toute fièvre avait cessé le vingt et unième jour, mais cette douleur persistait encore, lorsque la goutte étant alors revenue, la douleur cessa peu à peu, tandis que la goutte suivait son cours, mais avec moins d'intensité cependant que lors des accès précédents. — Le traitement consista dans l'emploi du nitre, de doux purgatifs huileux, puis, à partir du quatorzième jour, dans l'administration du citrate de quinine et des pédiluves sinapisés.

Ce cas, quoique rare, n'est pas unique. Bateman, Petzold, Hemming, Schœnlein, Rayer, rapportent aussi des exemples de roséole acccompagnant la goutte. Mais l'observation précédente offre des particularités qui manquaient ou qui du moins n'ont pas été mentionnées dans les autres faits de ce genre. Ce sont : 1° la couleur spéciale des taches et la démangeaison qu'elles causaient; 2° l'absence de desquammation à leur surface, vers la fin; 3° la persistance de la fièvre au même degré malgré l'apparition de l'éruption. De l'ensemble de ces caractères, M. Tommasi conclut, et avec raison selon nous, qu'ici la roséole n'était pas l'indice d'un effort de dépuration, mais une lésion appartenant à l'affection générale au même titre que les douleurs articulaires : ce n'était pas une crise de la goutte, c'en était seulement un symptôme.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce à l'Académie la double perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres, MM. A. Bérard et Poirson.

M. Gimelle est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de Bérard.

M. Bégin lui succède à la tribune et lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Poirson.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste. M. Prus étant absent, la parole ne sera donnée qu'à ceux des orateurs inscrits qui ont à parler dans le sens du rapport ou sur des questions incidentes. La parole est à M. Mélier.

M. MÉLIER : La discussion si grave que poursuit en ce moment l'Académie, et à laquelle elle a déjà consacré tant de temps, semblait toucher à son terme : deux discours, prononcés à la fin de la dernière séance, sont venus la ranimer. Il ne faut pas s'en plaindre. Sauf un peu de fatigue peut-être, ces longs débats, qui présentent la question sous des aspects variés, sous des faces nouvelles, ne peuvent que l'éclairer davantage et conduire à une solution meilleure et plus certaine; ils prouvent d'ailleurs à quel point l'Académie est pénétrée de l'importance, je dirai volontiers de la sainteté de sa mission. Elle a eu de l'attention pour tous les discours, pour toutes les raisons. J'ose espérer qu'elle voudra bien en avoir encore quelques instants, et écouter la réponse que je viens essayer de faire aux objections de MM. Gaultier de Claubry et Dubois (d'Amiens). Je répondrai en même temps à M. Rochoux.

En partant de points divers, ces trois honorables collègues sont arrivés au même but, à la même conclusion, à savoir qu'il faut supprimer la dernière partie du travail de la commission, c'est-à-dire la *septième conclusion*, actuellement en discussion.

« Ce n'est pas un amendement que je propose, a dit textuellement M. Dubois, » c'est la suppression pure et simple de ce prétendu code sanitaire, c'est-à- » dire de la septième conclusion et de *tous les paragraphes* qui l'accom- » pagnent. »

M. Gaultier de Claubry va un peu moins loin : il conserve le dernier paragraphe.

La question à examiner en ce moment est donc de savoir si cette septième conclusion sera conservée ou retranchée; en d'autres termes, il s'agit de décider si l'Académie, ayant posé des principes, doit s'en tenir là, et livrer ces principes à qui voudra bien se charger de les interpréter et de les appliquer, ou bien si, complétant son œuvre, elle indiquera elle-même les conséquences contenues dans les prémisses qu'elle a posées.

Au premier abord, la question a quelque chose qui étonne. Si l'on disait à un médecin : Vous avez établi un diagnostic, vous avez fait connaître le mal et ses causes, vous avez précisé les indications, c'est assez; n'allez pas plus loin, ne donnez pas de conseils, on trouverait ce langage étrange. C'est un peu là cependant ce que l'on vient nous dire. Quels motifs fait-on valoir à l'appui d'une semblable proposition ? Ils ne sont pas les mêmes pour nos trois collègues : chacun a fait valoir les siens; le but seul est le même. Les raisons alléguées par M. Dubois étant les plus graves, c'est par lui qu'il faut commencer; elles sont tellement graves, en effet, que si elles étaient fondées, ce n'est pas seulement la septième conclusion qu'il faudrait retrancher, ce serait en quelque sorte tout le travail qu'il faudrait supprimer. La commission a posé ce principe : *La peste est transmissible;* c'est, comme on le dit, une maladie qui *se gagne*, qui *s'attrape*. M. Dubois l'avait admis d'abord; entré non-contagioniste dans la commission, il en était sorti contagioniste : il l'a déclaré ainsi. Redevenu ensuite non-contagioniste, il s'était inscrit pour combattre la seizième conclusion, résumée aujourd'hui dans la troisième. Son discours n'ayant pas pu être prononcé, il l'a réservé pour la septième conclusion, actuellement en discussion, au risque d'un anachronisme de trois semaines. M. Dubois n'a pas craint de venir mettre en doute devant vous une chose déjà votée, ou du moins, s'il a respecté le vote, il conteste les motifs sur lesquels il est fondé. Toutes les mesures sanitaires sont basées, comme on sait, sur ces deux suppositions, d'une part, que la peste peut être introduite en France, et, d'une autre part, qu'une fois introduite, elle peut se propager et faire de nombreuses victimes. Si l'on prouvait que cette double crainte est chimérique, tout serait fini : la peste, à la gravité près, serait une maladie comme une autre; il ne faudrait plus ni lazarets ni quarantaines. En est-il ainsi ? La peste peut-elle, oui ou non, sortir des foyers qui l'engendrent et se propager en dehors de ses foyers?

Je ne chercherai point à me prévaloir ici du vote de l'Académie dont je parlais tout à l'heure; je ne veux point de ce qu'on appellerait au palais, une fin de non-recevoir : ce serait refuser le débat; je l'accepte au contraire. De pareilles questions, d'ailleurs, ne sauraient être trop discutées. Puisque l'Académie a permis l'attaque, elle voudra bien, je l'espère, permettre la défense. Je me présente avec de simples notes; d'autres soins, d'autres devoirs, ne m'ont pas permis de faire mieux. J'ai donc besoin de toute l'indulgence de l'Académie. Je ne songeais pas d'abord à prendre la parole; c'est la tournure de la discussion qui m'y oblige. Je sens que, dans une question de cette importance, il est bon que chacun manifeste son opinion, et bien que la mienne n'ait pas assez d'autorité pour mettre un grand poids dans la balance, je tiens à la dire.

Précisons bien la question; pour moi, elle est double : la peste est-elle importable? Une fois importée et sortie du foyer qui l'a engendrée, peut-elle se propager, peut-elle se communiquer de l'individu qui en est atteint à d'autres individus?

A l'égard de l'importabilité, M. Dubois ne s'est pas formellement expliqué; il a laissé dans l'ombre ce premier point. Il n'irait pas, je pense, jusqu'à soutenir que la peste ne peut pas être importée ou apportée en France, ne peut pas entrer dans nos ports; trop de bâtiments, venus du Levant, l'ont déposée dans nos lazarets et y ont laissé des malheureux qui y sont morts. Il ne faut pas remonter bien haut pour en trouver des exemples; le fait du *Léonidas*, présent à la mémoire de tous, ne date que de 1837. Je ne pense donc pas que l'on veuille contester ce premier point.

Ce que M. Dubois conteste, ce qu'il nie formellement, c'est que la peste ainsi introduite puisse se communiquer, s'étendre. Demandez-lui si un pestiféré arrivant en France, il y aura à craindre que sa maladie se communique à d'autres personnes, il vous dira non.

M. DUBOIS : Je ne dis pas formellement non : je dis que ce n'est pas prouvé; je doute.

M. MÉLIER : Vous doutez; la commission, elle, ne doute pas; elle affirme, elle dit oui, et le dit de la façon la plus précise et la plus ferme, sans hésitation et sans restriction; et elle le dit, non point par *entêtement*, mais par pure conviction.

Sur quoi se fonde-t-elle? et sur quoi me fondé-je moi-même pour la défendre et pour repousser la proposition de M. Dubois? Il ne faut pas se le dissimuler, c'est là le point sérieux du débat, le nœud de la question; c'est, avec l'incubation, la partie capitale du travail auquel se livre en ce moment l'Académie.

Avons-nous des faits concluants, positifs? Pour qu'ils aient ce caractère et puissent être acceptés, il faut qu'ils n'aient été puisés, ni au sein des foyers générateurs de la peste, ni recueillis en temps d'épidémie; dans le premier cas, on pourrait justement invoquer l'action des causes locales; dans le second, l'influence de l'épidémicité, pour ceux qui l'admettent. Il faut que ces faits soient recueillis en dehors de tout foyer, loin de ces foyers, et en temps ordinaire.

Avons-nous de tels faits? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement. Ces faits, vous les connaissez : ce sont ceux de Marseille.

Ils sont contenus dans douze volumineux dossiers que l'intendance de Marseille nous a livrés, à la demande du ministère. Ces douze dossiers embrassent une période de plus d'un siècle, de 1741 jusqu'à nos jours; ils se composent de plus de cinq cents pièces, déclarations des capitaines ou certificats des médecins, toutes authentiques, écrites jour par jour, sur les lieux, sans dessein de venir en aide à une opinion quelconque, et uniquement pour rendre hommage à la vérité, dont elles ont toutes les caractères, vérité qui perce partout et vous saisit, à laquelle nous n'avons pas résisté et qui est devenue finalement la base de l'opinion bien arrêtée que je viens défendre. J'oserai dire que ceux de nos collègues qui ont nié ou mis en doute la valeur de ces faits ne les ont pas lus avec une suffisante attention; je ne l'affirme pas pour M. Dubois, mais j'en suis sûr pour M. Londe. Je sais leur bonne foi; s'ils avaient bien étudié les pièces en question, ils auraient été convaincus et ne feraient pas aujourd'hui minorité.

Je les ai lues avec le plus grand soin et la plume à la main, sans omettre une seule des cinq cent trente pièces dont se composent les dossiers. L'Académie va voir si ces faits sont concluants.

Mais auparavant, disons un mot du lazaret de Marseille, lieu des événements, théâtre des observations : il ne faut pas le confondre avec le port; il est dans des conditions totalement différentes, je devrais dire opposées.

Prenant au sérieux les devoirs de membre de la commission, je suis allé visiter cet établissement, comme au reste M. Prus, M. Dubois, M. Bégin, M. Ferrus, l'ont fait eux-mêmes. C'est un lieu isolé, entouré, on pourrait presque dire fortifié, sévèrement gardé; une falaise nue, aride, sans eau, presque sans végétation, ouverte à tous les vents, salubre par excellence. Je cherche à quoi le comparer : un des forts qui entourent Paris en peut donner une idée.

N'est-il pas évident que si un pestiféré arrivant là donne la peste, que s'il la donne malgré toutes les précautions dont on s'y entoure, malgré ce luxe de précautions que l'Académie connaît, c'est que la peste est transmissible? Il faudra bien le reconnaître, comme on le reconnaîtrait si un pestiféré arrivant à Paris et déposé dans un de nos forts y communiquait la peste.

On a proposé, pour tirer à clair cette question si vivement controversée de la transmissibilité de la peste en dehors de ses foyers producteurs et épidémiques, d'établir au loin, en pleine Méditerranée, un vaisseau-hôpital, un *vaisseau-observatoire*, dans lequel on transporterait des pestiférés. M. Alphonse Sanson en renouvelait ces jours-ci la proposition dans une lettre adressée à l'Académie. L'expédient serait décisif, sans aucun doute; mais ne voit-on pas que ce que l'on demande se trouve précisément réalisé dans le lazaret de Marseille, avec des garanties de plus, résultant, et de l'éloignement plus grand de l'établissement, et de son organisation même, où tout semble calculé comme à souhait pour donner un résultat concluant.

Maintenant, abordons les faits. Je le répète, je ne veux prendre que des exemples fournis par des hommes du lazaret. En se réfugiant dans des incubations exceptionnelles de vingt et trente jours, on pourrait contester les faits pris sur des hommes des équipages ou les passagers; on pourrait dire : ils avaient le germe de la maladie à l'état latent; ils l'avaient apporté de l'Orient. Je ne veux pas que l'on puisse me faire cette objection.

Des douze dossiers en question, il en faut écarter deux, le n° 3 et le n° 8; ils avaient eu des pestiférés pendant la traversée; mais il ne s'en est pas déclaré de nouveaux pendant la quarantaine; conséquemment, n'ayant eu personne à envoyer au lazaret, ils n'ont pu y propager la peste; il n'y a pas à en tenir compte.

Les dix autres ont tous envoyé des pestiférés au lazaret. Sur ces dix, la peste s'est incontestablement propagée quatre fois; *je dis incontestablement, sur des gens du lazaret, n'ayant pas même été à bord.*

Un document envoyé de Marseille, depuis que la discussion est ouverte, rectifie en un point important le rapport de M. Prus. Pour divers malades, M. Prus

avait cru qu'ils avaient été à bord, et dès lors on aurait pu conserver quelques doutes; mais il est dit formellement dans le document en question, document dont je demanderais l'impression, il est dit, et cela d'après le registre des délibérations du lazaret, qu'ils n'avaient pas quitté le lazaret: *la peste est venue les y chercher.*

Ces faits de communication, d'incontestable communication, sont les suivants; ce sont précisément eux que M. Dubois conteste, dont il nie la valeur :

1° *L'Étoile du Nord*, capitaine Coutel (premier dossier, premier fait du rapport). Il envoie successivement jusqu'à cinq malades au lazaret: les uns meurent, les autres guérissent. Que s'ensuit-il? Deux personnes attachées au service de ces malades prennent la peste, savoir : un chirurgien et un garde. Comme le chirurgien appartenait à l'équipage, je le laisse; en invoquant une incubation de dix-neuf jours, on pourrait dire qu'il avait déjà la peste, à l'état latent, en entrant au lazaret; mais il ne saurait y avoir aucun doute pour le garde; il est dit positivement dans ce document qu'il n'avait pas été à bord. C'est donc un premier cas bien certain et bien constaté.

Maintenant que devient ce garde? M. Prus dit dans le rapport qu'il guérit; erreur! *il mourut*, ayant des bubons aux aines et tous les symptômes de la peste. (Document.)

2° Le deuxième fait de communication de la peste aux gens du lazaret est fourni par le navire *l'Assomption*, capitaine Millich (quatrième dossier, troisième fait de M. Prus). Rien de plus intéressant et en même temps de plus triste que cette histoire du capitaine Millich. M. Prus l'a résumée dans son rapport; mais on ne s'en fait une juste idée qu'en lisant les pièces elles-mêmes.

Envisagé au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue de la propagation en dehors des foyers épidémiques, il résulte de ce fait que la peste introduite dans le lazaret par le capitaine Millich s'y est communiquée à cinq personnes, dont quatre sont mortes.

3° Le troisième exemple de communication de la peste dans le lazaret est fourni par le vaisseau *la Providence*, capitaine Bernardy (sixième dossier, cinquième fait du rapport). Trois de ses hommes entrent aux infirmeries du lazaret et y meurent. La peste se communique à deux personnes du service, l'une est le chirurgien Paul, qui meurt, l'autre un matelot. Celui-ci ayant appartenu à l'équipage, je le laisse encore, comme le chirurgien du premier fait.

4° Le quatrième exemple est fourni par le navire *la Continuation*, capitaine Anderson (dixième dossier, huitième fait du rapport). Après avoir perdu plusieurs hommes pendant la traversée, il fait entrer un malade au lazaret. Un garde est atteint et meurt.

En résumant ces faits, on trouve que sur dix fois que la peste a été introduite dans le lazaret, elle s'y est propagée quatre fois; que huit personnes en ont été atteintes et que de ces huit il en est mort cinq.

Que veut-on de plus concluant?

Remarquez la sévérité que j'y mets; je fais toutes les concessions possibles. Je pourrais certainement et justement compter et le chirurgien du capitaine Coutel, et le chirurgien Germain du capitaine Bilon. Il est plus que probable qu'ils avaient pris la peste en soignant les pestiférés dans ce triste enclos Saint-Roch, où ils s'étaient enfermés avec eux; je les écarte cependant. En supposant une incubation exceptionnelle de dix-neuf jours pour l'un, de vingt jours pour l'autre, on pourrait dire qu'ils avaient déjà le germe de la peste en entrant au lazaret. Si je les comptais, comme il serait naturel de le faire, on aurait cinq exemples de communication sur dix cas de peste, et neuf malades, dont cinq morts.

Mais était-ce bien la peste? M. Dubois en doute; c'est un de ses arguments; il l'a reproduit dans ses deux discours. Il se demande, à propos de l'un de ces malheureux, du chirurgien Blanc, si ce n'était pas un bubon vénérien qu'il avait. J'ai voulu savoir à quoi m'en tenir; or il résulte des certificats des médecins, certificats donnés jour par jour, quelquefois deux fois par jour, que le chirurgien Blanc avait non pas seulement un bubon, mais deux bubons et un charbon, car on parle d'une escarre. Il n'y a donc aucun doute à avoir. J'ai ici les certificats où sont consignés ces détails; je pourrais en donner lecture à l'Académie si elle le désirait.

Pour d'autres, M. Dubois demande si ce n'était pas la fièvre typhoïde ou bien des fièvres malignes.

En vérité, c'est porter trop loin l'esprit de doute.

On dit, d'une autre part, c'est bien peu de faits. Bien peu! Remarquez d'abord que c'est la moitié ou presque la moitié des cas. Je ne sais pas s'il y en a une plus grande proportion dans la syphilis. Mais loin de vous étonner qu'il y en ait peu, étonnez-vous plutôt qu'il y en ait, car avec tant de précautions il semblerait tout naturel qu'il n'y en eût pas du tout, et puisqu'il s'en rencontre, c'est que la maladie est essentiellement transmissible. Remarquez ensuite la valeur de ces faits, les conditions dans lesquelles ils ont été recueillis, et c'est bien ici ou jamais le cas de dire : *non numerandæ.*

Cependant, M. Dubois persiste à dire que ces faits ne sont pas concluants, qu'ils ne sauraient supporter un examen sérieux. Je dis, au contraire, qu'ils ont toute la valeur possible, toute la valeur qu'auraient des expériences, que ce sont de *véritables expériences*. Et comment s'y prendrait-on autrement, en effet, si on voulait faire des expériences, pour savoir si la peste est transmissible? M. Louis, M. Rayer, M. Bricheteau, tous ceux de nos collègues qui passent pour mettre le plus de sévérité dans l'étude des observations et dont on a invoqué le témoignage, en admettraient la valeur, j'ose l'affirmer.

M. Londe a dit : la fièvre jaune vous fournit mille observations pareilles, aussi concluantes en apparence, aussi insignifiantes en réalité. Je soutiens qu'il n'y a pas de comparaison à établir. Les faits de Marseille sont d'une authenticité incontestable. On a vu entrer la cause, on voit l'effet s'ensuivre. Les malades sont là, on constate leur état jour par jour; rien de plus rigoureux.

Ces faits de Marseille peu nombreux si l'on veut mais concluants, ont pour moi une grande signification; ce sont comme des faits modèles, des faits types, à l'aide desquels on se rend compte de ce qui se passe ailleurs, sur une grande échelle. Ils expliquent ce qui a lieu à Tanger quand y arrivent les pèlerins de la Mecque, ces malheureux *hadjy* qui tant de fois ont introduit la peste en Maroc. C'est en grand ce que l'on observe en petit dans le lazaret. Lisez d'ailleurs les rapports de M. Ségur-Dupeyron; ils contiennent des faits pareils à ceux de Marseille, recueillis dans différents lazarets, à Venise, à Gênes, à Livourne. Tout ces faits, de même nature, se fortifient les uns les autres, et de leur ensemble résulte, ce me semble, un démonstration complète.

Que faut-il conclure de tout cela, de cette trop longue discussion? Évidemment que la peste est transmissible en dehors de tout foyer; elle l'est, car cinq fois sur dix elle s'est propargée dans le lazaret. Je répète que dans la syphilis la proportion n'est peut-être pas plus grande. Et ainsi tombe toute l'argumentation de M. Dubois contre la septième conclusion; il n'a pas fait valoir d'autre raison pour en demander la suppression. Le reste de son discours s'adresse à MM. Pariset, Bousquet et Poiseuille.

M. Dubois ne veut plus de lazarets; ils ont fait leur temps, dit-il. Une supposition : s'il n'y avait pas eu de lazaret à Marseille dans les circonstances que je viens de rappeler, dans ces dix cas où la peste a été apportée en France, que serait-il arrivé? N'est-il pas probable que l'on aurait vu se renouveler plus ou moins les malheurs de 1720? Et que l'on dise maintenant que l'on aurait tort de s'effrayer à l'idée de la suppression de ces établissements!

M. Dubois a reproché quelque part, à la commission de n'avoir pas eu l'*intelligence* de son opinion. C'est à l'Académie d'en juger; c'est à elle de dire si nous avons bien compris, bien interprété les faits, et si les conséquences que nous en tirons en découlent réellement.

Je passe à MM. Gaultier de Claubry et Rochoux; comme M. Dubois, ils demandent que la septième conclusion soit supprimée, mais ils le demandent par d'autres motifs.

Et d'abord, ils pensent l'un et l'autre que l'Académie ne doit pas ainsi présenter de *plan* à l'administration, qu'elle doit se borner à poser des principes et s'abstenir de donner des conseils, de faire un règlement, de *réglementer*, de *légiférer*, ce sont les expressions dont on s'est servi.

Je dois le dire ici, cette question a été agitée au sein de la commission. Un de nos collègues, M. Begin, si essentiellement versé dans les questions administratives, a facilement démontré que ce serait un tort de s'en tenir aux principes seuls et de ne pas indiquer nous-mêmes les conséquences: et cette opinion, parfaitement motivée, a tout d'abord prévalu. Et pourquoi donc l'Académie hésiterait-elle? Est-ce réglementer en effet, est-ce légiférer, que de venir dire à l'autorité : Cela posé, ces principes établis, voilà ce que l'Académie juge que l'on devrait faire? Evidemment non; ce n'est en quelque façon que continuer de poser des principes, c'est établir de simples bases sur lesquelles on laisse ensuite à l'administration le soin d'instituer les règlements. Nous n'avons pas prétendu autre chose.

Un autre tort plus grave que l'on nous reproche, et sur lequel M. Gaultier de Claubry se fonde particulièrement pour demander la suppression de la septième conclusion, c'est que la commission s'y montre en contradiction avec elle-même, c'est qu'elle elle est *illogique*; c'est là le grand grief aux yeux de notre collègue; il l'a particulièrement à cœur; il ne comprend pas qu'ayant dit huit jours pour l'incubation, nous en demandions dix et quinze pour la quarantaine. Comment croire à une conviction qui se donne ainsi à elle-même un pareil démenti? *C'est à se voiler la face*, a dit en propres termes M. Gaultier de Claubry; *c'est anéantir d'avance tout le crédit qu'un corps savant est en droit de réclamer pour ses décisions.* Songez donc à l'avantage que vous allez vous ôter : supposez que l'Académie, supprimant la septième conclusion, se borne à poser le principe des huit jours : de deux choses l'une, ou ce principe sera accepté par l'administration ou il sera rejeté; s'il est accepté, vous en avez tout le mérite, tout l'honneur; s'il est rejeté, vous êtes en droit d'élever la voix et de réclamer. Supposez au contraire que conservant la septième conclusion et bravant la logique, vous demandiez dix jours et quinze jours, c'est à vous que l'on s'en prendra dans l'avenir, c'est sur vous que l'on fera retomber ces retards apportés aux relations des peuples. Voilà ce qu'a dit avec beaucoup de chaleur et de talent notre honorable collègue, M. Gaultier de Claubry.

Et d'abord, il y a là, que l'Académie me passe l'expression, une singulière préoccupation du *qu'en dira-t-on*, une préoccupation qu'il faut écarter. Nous devons faire de notre mieux et laisser dire. Mais est-il donc vrai qu'il soit si fort illogique de poser, d'une part, huit jours, et d'une autre part d'en demander dix et quinze? Eh quoi! dans une matière aussi grave on ne donnerait rien à la prudence. C'est huit jours, donc huit jours; ni plus ni moins. Depuis quand est-il permis d'être aussi absolu en médecine? On vous a cité l'exemple parfaitement choisi de la grossesse; sa durée est de neuf mois; le législateur en a demandé dix; a-t-il été illogique pour cela? Et êtes-vous illogiques aussi quand vous dites : une seule pustule vaccinale préserve aussi bien que plusieurs, et que vous en faites cinq ou six. En quoi l'Académie courrait-elle le risque de se déconsidérer, de perdre le crédit qui lui est dû, parce qu'elle aurait donné une garantie de plus à la santé publique. Je ne le vois pas; j'y verrais au contraire un titre de plus à ce crédit, à cette considération.

Où vous êtes surtout illogiques et en contradiction avec vous-mêmes, poursuit M. Gaultier de Claubry, c'est dans ce qui est relatif à la peste sporadique. Après l'avoir déclarée non transmissible, vous n'en demandez pas moins dix jours de quarantaine. Si vous ne voulez pas supprimer toute la conclusion, si

vous persistez à proposer des mesures, soyez au moins conséquents en ce point et demandez la libre pratique, quelque courte qu'ait été ou que puisse devenir la traversée.

Il faut d'abord remarquer une première chose, c'est que la commission n'affirme rien positivement au sujet de la peste sporadique; il y a dans la troisième conclusion, relative à la transmissibilité, les mots *ne paraît pas*... Dès lors, à cet égard, la commission est loin d'être aussi inconséquente qu'on le suppose.

Il faut remarquer ensuite que, dans l'état actuel des choses, une quarantaine de dix jours, traversée comprise, équivaut en réalité à une admission immédiate, puisque la traversée la plus courte ne dure jamais moins de dix jours. En fait donc, la quarantaine se trouverait supprimée.

La commission a tenu compte d'une autre raison, d'un petit détail qui n'est pas sans importance : c'est qu'on est dans l'usage de compter le jour du départ, aussi avancé qu'il soit, et le jour de l'arrivée, fût-il à peine commencé; il en résulte qu'une quarantaine de dix jours se trouve réduite à huit jours, une quarantaine de neuf jours à sept, etc. : c'est ainsi que les choses se passent à Trieste, à Syra, partout.

Nous ne croyons donc pas avoir été si fort illogiques en demandant dix jours.

Mais du moins n'en demandez pas quinze pour les temps d'épidémie, continue M. Gaultier de Claubry; ce surcroît de précaution est inutile. Qu'il me soit permis de le dire, j'avais fait moi-même cette réflexion au sein de la commission; j'avais dit : s'il ne faut que huit jours à la peste sporadique pour se déclarer, pour faire son évolution, il ne doit pas falloir plus de temps à la peste épidémique; théoriquement même, on serait porté à croire qu'il en faut moins; car, plus le miasme, ou principe quelconque qui la produit, sera intense, actif, plus il devra rapidement produire ses effets, révéler sa présence. A ce raisonnement spécieux furent opposées de si bonnes raisons, tirées de la gravité des épidémies de peste, des circonstances exceptionnelles qu'elles créent, de la terreur qu'elles inspirent, etc., que je dus me rendre. Du reste, pratiquement parlant, et vu la rareté des épidémies qui ne reviennent guère, en général, qu'une fois en dix ans, cette disposition, toute de prudence, n'a pas une grande importance.

M. Gaultier de Claubry a fait une autre critique, et celle-là je m'y associe pleinement. Il a blâmé le paragraphe qui laisse à l'administration la libre disposition des mesures à prendre au port d'arrivée, en cas de peste à bord pendant la traversée.

J'avais moi-même blâmé cette latitude laissée à l'administration; elle pourrait amener des abus. On a vu en pareille occurrence imposer des quarantaines, non pas seulement de trente jours, comme le dit M. Gaultier de Claubry, mais de quatre-vingts jours; car il faut qu'on le sache, il est de règle dans nos lazarets, à chaque accident, à chaque mort nouvelle qui y arrive, de faire recommencer la quarantaine à tout le monde, l'accident fût-il fortuit, la mort fût-elle le résultat d'une chute.

M. Keraudren fait un signe d'assentiment.

M. Mélier : Je suis bien aise de cette adhésion que donne à mes paroles notre très-honorable collègue M. Keraudren, qui sait si bien ce qui se passe dans les lazarets. Pour prévenir de pareils abus, j'ai déposé depuis longtemps sur le bureau un amendement à ce sujet, amendement que je me réserve de développer quand viendra la discussion du paragraphe.

Telles sont les réponses que j'ai cru devoir faire aux critiques qui nous ont été adressées dans la dernière séance. On répand ce bruit, fondé ou non, que l'Académie, une majorité de l'Académie, serait portée à faire rentrer la commission dans les voies de la sévère logique dont elle a l'air de s'être écartée. L'Académie est souveraine : ce qu'elle fera sera bien fait par cela même qu'elle l'aura fait; mais elle en aura pris sur elle la responsabilité; la commission en sera déchargée; la commission d'ailleurs, ne se refusera à aucune modification dont on lui démontrera la nécessité ou la convenance.

Ce qu'elle désire seulement, ce que je demande en ce moment, c'est que la septième conclusion soit maintenue. Elle est nécessaire, si on ne veut pas que le travail de l'Académie reste infécond et pour ainsi dire à l'état *de lettre morte*. Elle ne constitue ni un règlement ni une immixtion quelconque dans les choses de l'administration; elle est essentiellement dans les attributions, je dirais même dans les devoirs de l'Académie. Je vote pour son maintien.

M. Poiseuille ne comptait pas parler dans cette discussion déjà si prolongée; mais les assertions de M. Dubois (d'Amiens), dans la dernière séance, ont été tellement contraires à la vérité, qu'il lui est impossible de garder le silence, soit comme membre de la commission, soit comme membre de l'Académie.

L'orateur reproche à M. Dubois de n'avoir fait que reproduire, dans son argumentation, ce qu'il avait dit dans son premier discours, sauf les erreurs qu'il va signaler. M. Poiseuille rappelle ici les nombreux changements par lesquels est passé M. Dubois, qui, alternativement contagioniste et non-contagioniste, transmissioniste ou antitransmissioniste, est devenu, d'ultra-contagioniste qu'il était dans le principe, anticontagioniste ultra qu'il est à présent. Mais cette inconstance est moins ce qui préoccupe M. Poiseuille que les erreurs et les altérations de faits à l'aide desquels M. Dubois soutient sa nouvelle opinion.

M. Dubois, dit-il, prétend que l'exposition que j'ai donnée des faits de Marseille est entièrement incomplète et équivoque. S'il avait signalé la moindre omission, la plus petite erreur, dit-il, je serais le premier à la reconnaître.

Mais on a invoqué les lumières de MM. Rayer, Louis, Bricheteau, et de beaucoup d'autres membres de l'Académie; qu'ils veuillent bien examiner les pièces dont il est ici question; tous vous diront, je ne crains pas de l'affirmer, que les gardes de santé Charles Olive, Sylvestre Aymès, Isnard et Fabre, de service à bord de bâtiments contaminés, qui ont succombé en quelques jours, après avoir présenté des bubons inguinaux et axillaires, sont morts de la peste et non de la fièvre typhoïde, comme le voudrait *maintenant* M. Dubois; leur conviction sera la même à l'égard de l'affection pestilentielle des chirurgiens quarantainaires Blanc et Paul, qui avaient donné des soins aux pestiférés.

M. Dubois s'abuse au point de penser que seul, dans cette enceinte, j'ai défendu les faits de Marseille; mais l'Académie les a acceptés en adoptant la troisième conclusion.

Quant à ce qui concerne la prétendue *apologie* des lunettes d'approche, M. Poiseuille rectifie les assertions de M. Dubois et les réduit à leur véritable valeur, ainsi que les insinuations relatives au système de ventilation des navires soumis à l'appréciation de l'Académie des sciences. Abordant ensuite la septième conclusion, M. Poiseuille termine en ces termes :

La discussion qui a précédé l'adoption de la cinquième conclusion ayant démontré qu'il est impossible de prouver que le temps de l'incubation de la peste surpasse jamais huit jours,

Je proposerai, pour la *patente brute*, lorsque aucun cas de peste ni de maladie suspecte n'aura éclaté pendant la traversée, *une quarantaine de huit jours pleins*, comptés à partir de l'instant du départ, au lieu de quinze jours, comme le veut la commission.

Je ferai la même proposition, à plus forte raison, dans le cas de patente nette.

Admettre une quarantaine de plus longue durée pour l'une et l'autre patente, c'est anéantir la cinquième conclusion que nous avons votée.

Quand aux médecins sanitaires imposés aux bâtiments marchands, cette mesure me paraît tout à fait impraticable. C'est un étranger, me disaient dernièrement, à ce sujet, des armateurs, que vous installez dans notre maison; l'indépendance de notre personnel est trop connue pour qu'un médecin puisse jamais accepter de pareilles fonctions.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De la vascularité et de l'inflammation; par E. Küss, agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg. — 1846, 56 pages.

L'analyse de ce travail nous a pris probablement plus de temps que l'auteur n'en a mis pour le rédiger, et cela tient sans doute à la circonstance que M. Küss, imbu de son idée depuis des années, s'est tellement identifié avec elle qu'il a cru qu'il lui suffirait de la jeter sur le papier telle qu'il la comprenait lui-même pour être compris de tout le monde. Qu'on ne se laisse pourtant pas effrayer par la difficulté de suivre l'auteur dans son travail, qui, pour être mis à la portée de toutes les attentions, aurait exigé une rédaction plus explicite et plus étendue; car on sera amplement dédommagé du petit labeur de la lecture par les idées neuves, hardies et ingénieuses qui sont émises sur la nature de l'inflammation.

M. Küss, quoique jeune encore, n'est pas à son coup d'essai; ses petits écrits, fruits de longues recherches et d'expériences nombreuses, dénotent en lui un homme laborieux et plein d'avenir. La science a déjà profité de ses travaux, qui ont été mis à profit et vulgarisés par une main habile dans l'examen de questions très-obscures jusqu'ici: nous voulons parler du cancer. Nous souhaitons vivement que M. Küss poursuive ses belles études, dont le travail que nous allons analyser ne doit être regardé que comme un spécimen isolé.

L'idée fondamentale de M. Küss, c'est que l'inflammation n'est pas une altération de la circulation, mais bien la substitution de la nutrition par une autre fonction qui, à la place des tissus normaux, produit une substance anormale toujours la même : le phlogome, élément primitif du tissu inodulaire, des fausses membranes, du pus, etc. Cette idée est fondée sur ce que la circulation n'est pas indispensable à la nutrition, et que les organes peuvent naître, se développer, devenir malades et mourir sans recevoir des vaisseaux. Les tissus cornés, osseux, les cartilages et le tissu cellulaire, n'ont pas de vaisseaux. Ce n'est pas le sang qui est leur aliment immédiat, mais bien son suc nourricier, plasma, qui pénètre toutes les parties vivantes. La vie peut donc exister sans circulation : celle-ci n'a lieu que dans des appareils perfectionnés et complémentaires annexés à certains tissus et pouvant manquer dans d'autres. Au reste, la circulation elle-même ne nécessite pas toujours l'existence des vaisseaux; l'échange des éléments peut se faire par des courants invisibles, moléculaires, résultat de la diffusion ou endosmose. De là la conséquence que l'inflammation peut aussi exister dans des appareils et dans des tissus où il n'y a pas de vaisseaux. En refusant des vaisseaux aux tissus celluleux ou osseux, M. Küss n'est pas en désaccord avec les auteurs qui décrivent les vaisseaux qui sillonnent les os et les organes celluleux; mais il n'admet pas que le sang pénètre dans les tissus os-

seux et celluleux eux-mêmes, là où on peut les examiner dans toute leur pureté, comme dans le rocher, les exostoses éburnées, les lames de l'arachnoïde rachidienne, etc.

Pour étudier l'inflammation. M. Küss reproche aux expérimentateurs d'avoir choisi les tissus composés; quant à lui, à l'exemple des chimistes, il procède du tissu le plus simple au tissu le plus compliqué. Partout où il y a irritation, il se fait un afflux du plasma ou suc nourricier (*ubi stimulus ibi fluxus*); le plasma s'organise si le stimulus est modéré, et donne lieu à l'hypertrophie; s'il est excessif, il arrête l'activité du solide et donne lieu à la nécrose; si l'irritation est d'un degré intermédiaire, elle occasionne la substitution d'un tissu à un autre. Le suc nourricier s'organise, devient tissu nouveau et finit par remplacer complétement l'organe normal. C'est ce double travail qui constitue pour M. Küss le phénomène essentiel de l'inflammation, dont il trouve, au reste, des analogies dans la conversion des muscles en graisse, dans la tuberculisation, etc.

Lorsqu'on examine des lames de tissu cellulaire fibrillaire pur sans vaisseaux, continu à un foyer d'inflammation, on voit à une certaine distance, entre le tissu cellulaire sain et celui qui est très-enflammé, une partie intermédiaire qui est gonflée, opaque, et qui a perdu son élasticité; elle est donc enflammée sans qu'il y ait des vaisseaux. L'épithélium, où certes il n'y a pas de vaisseaux, peut aussi s'enflammer.

L'auteur traite de cette forme de la phlogose dans un chapitre intitulé : *Inflammation de l'épithélium*, titre qui surprend le lecteur; car il s'introduit brusquement dans un cercle d'idées nouvelles, nous dirions presque étranger, si elles n'étaient pas le résultat d'une pure observation anatomique et physiologique. Fort de ces recherches sur cet objet, recherches en partie publiées dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, l'auteur attribue à l'épithélium intestinal un rôle fort important, celui de produire la graisse, l'élément caractéristique du chyle, aux dépens des substances végétales sucrées et amylacées; bien que l'épithélium manque de nerfs et de vaisseaux, il offre trop d'analogie de structure avec les tissus végétaux doués à un degré si éminent du pouvoir transformateur. Le tissu des épithéliums se rapproche ensuite à plusieurs égards des tissus véritablement producteurs de l'économie animale, tels que la substance nerveuse grise, et des éléments caractéristiques des glandes (cellules). Ajoutez à ces analogies le rapport intime des origines des lymphatiques avec les couches épithéliales; car l'auteur prétend que ce n'est que sous ces dernières que naissent les vaisseaux lymphatiques. Une preuve non moins importante de la vitalité des épithéliums, ce sont leurs nombreuses dégénérescences. Le cancer de la lèvre est, dans l'immense majorité des cas, une affection de l'épithélium; l'auteur prétend qu'il en est de même de la forme de cancer cutané désigné par M. Jean Müller sous le nom de cancer réticulé.

L'épithélium, qui présente une foule d'altérations morbides, peut-il s'enflammer? Sans aucun doute, quand on se place au point de vue de l'auteur, en n'admettant dans l'inflammation que deux symptômes essentiels : la disposition de la partie solide d'un tissu et l'organisation indépendante de son suc nourricier. De cette dernière résultent ici les *fausses membranes*. L'inflammation pseudo-membraneuse serait donc celle de l'épithélium. Dans la même catégorie viendrait se ranger un certain nombre de dermatoses aiguës dans lesquelles le sang ne présente pas d'excès de fibrine; car, selon l'auteur, la fibrine n'est point la partie essentiellement plastique du sang : ce serait un produit de la résorption, et sa quantité serait en rapport avec celle de solide organique résorbé. Or, dans les inflammations de l'épithélium, en raison de sa position superficielle, ce dernier n'est pas résorbé; il tombe et se trouve entraîné. Voilà pourquoi il n'y a pas d'excès de fibrine dans le sang dans certaines maladies qui, d'ailleurs, se rapprochent en tout des affections inflammatoires.

Cette proposition nous donne aussi la clef des grands avantages que le praticien retire de la cautérisation des muqueuses dans les inflammations pseudo-membraneuses. Dans ces maladies, la muqueuse n'est pas enflammée, comme le prouve d'ailleurs la pâleur de celle des voies aériennes dans le croup; car, dit l'auteur, si elle était enflammée, soyez certains qu'elle ne céderait pas son suc nourricier à une couche voisine; ce suc y resterait, s'y organiserait en phlogome. L'indication thérapeutique de l'inflammation de l'épithélium consiste donc à enflammer la membrane cellulo-vasculaire qui le supporte. L'épithélium meurt alors d'atrophie et d'inanition.

Arrivons à l'histoire du tissu inflammatoire; et, pour comprendre ce qu'il faut entendre par celui-ci, disons que, pour l'auteur, le suc nourricier est nommé plasma tant qu'il est liquide, et devient tissu normal lorsqu'il est solidifié. Le plasma irrité devient phlogome; celui-ci ne peut parcourir plusieurs phases, et devenir blastome amorphe, soit liquide, soit solide. Lorsqu'il fait des progrès, il devient cellule ou cytoblaste. Les cytoblastes peuvent disparaître de nouveau et retourner dans le torrent circulatoire; c'est un mode de terminaison de l'inflammation (résolution); ou ils peuvent s'allonger en rubans, en écheveaux; deuxième mode de terminaison de l'inflammation : formation de cicatrice, formation du tissu inodulaire. Lorsqu'on observe des vaisseaux dans le tissu de cicatrice, on ne peut pas décider si l'élément vasculaire est cause ou effet de la transformation fibreuse du tissu inflammatoire; enfin les globules peuvent mourir à la place où ils ont été déposés, et devenir globules de pus : suppuration, troisième mode de terminaison.

Dans toute plaie suppurante, on voit quatre couches superposées; la plus externe est la couche purulente; la deuxième globulaire, privée de vaisseaux; la troisième vasculaire, dans laquelle le globule est en voie de transformation fibrillaire, et enfin la quatrième inodulaire, dans laquelle cette transformation est achevée, et qui est relativement exsangue quand on la compare à la couche précédente.

Quelle que soit la partie du corps d'où vient le pus, les globules du pus sont toujours les mêmes; il est impossible de s'assurer par le microscope de quel organe provient le pus; et la raison en est bien simple : c'est que la suppuration n'est que la mort d'un même tissu, le phlogome.

L'inflammation se reconnaît aux deux caractères essentiels : l'organisation du plasma anormal et la disposition du tissu normal. Si l'organisation du plasma anormal est en excès, il y aura dégénérescence lardacée, transformation fibreuse, etc.; si c'est la disposition du tissu normal qui prédomine, il y aura ulcération, nécrose, etc.

Si un os est exposé à un irritant très-vif, il sera frappé de mort dans ses couches en contact immédiat avec l'irritant; parce que le phlogome, qui tend à pénétrer ce tissu inextensible, y éprouvera de l'étranglement. Dans les couches plus profondes, où l'irritation est plus modérée, le phlogome s'interposera avec plus de facilité et de lenteur; il s'organisera en se substituant à l'ancien tissu, et ses molécules en contact avec la couche externe de l'os frappé de mort se changeront en pus par leur mort nécessaire pour être de nouveau remplacées par des globules de la couche plus profonde; c'est ainsi que se forme la ligne de démarcation entre le tissu nouveau et le séquestre. Ce travail est encore plus simple dans le *derme*; l'irritant fera arriver le plasma malade dans les mailles du tissu cutané; le tissu normal sera remplacé par le tissu inflammatoire qui deviendra tissu inodulaire s'il persiste, ou pas si ses éléments meurent. Les phénomènes sont les mêmes dans les autres organes; dans la pneumonie, par exemple, la lymphe plastique, le plasma s'infiltre dans les intestins du parenchyme, les globules inflammatoires y font apparition, remplacent le tissu normal, et le poumon devient compacte, charnu, hépatisé; le nouveau tissu se montre de plus en plus dense, les globules comprimés meurent, le blastème amorphe se liquéfie, et nous assistons à la fonte purulente, non du poumon, mais de la masse étrangère qui s'est substituée à cet organe.

Voyons maintenant comment M. Küss se rend compte des différents symptômes de l'inflammation. La rougeur inflammatoire est due à la diminution de l'élasticité des capillaires qui, cédant aux efforts du cœur, se laisse pénétrer d'une plus grande quantité de sang; cette perte d'élasticité est due à la loi générale de toute inflammation, le tissu ancien est substitué par le phlogome, le vaisseau se ramollit, se laisse plus facilement distendre, se rompt même.

L'augmentation de chaleur doit être attribuée aux changements moléculaires des éléments de la masse enflammée; plus la stase du sang sera complète, plus la chaleur sera forte : elle surpasse même celle du sang en circulation dont le courant, loin d'augmenter, diminuera plutôt la température du siége de la phlogose.

Quant aux pulsations des parties enflammées, elles sont encore dues à la diminution de l'élasticité des parois capillaires.

— La Société médicale du premier arrondissement a adressé la lettre suivante à M. le docteur Leroy-d'Étiolles :

« Monsieur et cher collègue,

» La Société du premier arrondissement a vu avec un profond chagrin la polémique engagée entre vous, son président, et M. le docteur Heurteloup. Elle regrette vivement qu'une question scientifique, détournée de son véritable terrain, ait été débattue dans la presse politique et soit devenue une source de provocations entre deux hommes qui ont rendu l'un et l'autre des services signalés à la science. Elle a le ferme espoir que, déplorant le premier le fâcheux résultat de cette discussion, vous y mettrez un terme en ne répondant pas au dernier mémoire de M. Heurteloup.

» Nous serions doublement heureux si notre invitation était également entendue de M. Heurteloup et s'il n'existait désormais entre vous d'autre rivalité que celle de perfectionner de plus en plus une découverte qui a fait rejaillir tant d'honneur sur la chirurgie française.

» Recevez, monsieur et cher président, l'assurance des sentiments dévoués de vos affectionnés collègues.

» Signé : FAUCONNEAU-DUFRESNE, vice-président.
» LETALENET, secrétaire général.
» FOISSAC, secrétaire particulier. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ARSENIC DANS LES EAUX MINÉRALES.

Un chimiste allemand, M. Valchner, vient d'annoncer qu'ayant découvert des traces d'arsenic dans presque tous les oxydes de fer, il avait eu l'idée de chercher ces métaux dans les dépôts ocreux des eaux minérales acidules, et qu'il avait réussi à constater dans ces dépôts la présence de l'arsenic et du cuivre.

Ce fait a vivement excité l'attention des chimistes et des médecins, et M. Flandin s'est empressé de répéter les expériences de M. Valchner. Il a opéré sur les eaux de Passy, et a conclu de ses recherches qu'il n'existe dans cette eau minérale aucune trace d'arsenic.

Il était nécessaire cependant pour vérifier, avec certitude, le fait important annoncé par M. Valchner, d'agir sur les eaux mêmes que ce chimiste avait examinées. Un de nos collaborateurs, M. le docteur Figuier, auquel la science est redevable de plusieurs travaux importants de chimie, se trouvant en mesure d'exécuter ces essais, s'est empressé de s'y livrer, et il a communiqué à l'Académie des sciences le résultat de diverses expériences qui confirment en tous points le fait annoncé par M. Valchner.

A l'occasion d'un travail étendu sur les eaux minérales d'Allemagne, que M. Figuier a exécuté cette année avec M. Mialhe, à la demande de M. le professeur Trousseau, ces deux chimistes avaient fait l'analyse des principales sources de Viesbade. Parmi les objets envoyés de Viesbade, se trouvaient 500 grammes environ du résidu de l'évaporation spontanée de la grande source : c'est sur ce résidu que M. Figuier a opéré.

M. Valchner démontre l'existence de l'arsenic dans les dépôts des eaux acidules en dissolvant ce résidu dans l'acide chlorhydrique, et traitant la liqueur par l'hydrogène sulfuré gazeux. Comme l'acide chlorhydrique est avec raison suspect aux chimistes sous le rapport de sa pureté, il a préféré agir d'abord avec l'acide sulfurique, dont il est très-facile de constater la pureté; comme d'ailleurs l'acide sulfurique est indispensable quand on se sert de l'appareil de Marsh, son usage dans cette circonstance avait l'avantage de diminuer le nombre des réactifs employés.

100 grammes du résidu de l'eau de Viesbade ont été traités par l'acide sulfurique bouillant jusqu'à dissolution complète de l'oxyde de fer. On a filtré pour séparer un dépôt abondant de sulfate de chaux, et la liqueur acide a été saturée par de la potasse parfaitement pure employée en excès, pour précipiter les oxydes de fer et de manganèse. L'arsénite et l'arséniate de fer étant solubles dans un excès de potasse, l'arsenic devait se trouver tout entier dans la liqueur alcaline. Traitée alors par un excès d'acide sulfurique, elle a été introduite dans un appareil de Marsh, qui, en activité depuis une demi-heure, n'avait déposé dans le tube soumis à la chaleur rouge aucune trace métallique. Dès que les premières portions du liquide sont arrivées dans l'appareil, il s'est manifesté une zone métallique brillante, dont l'étendue n'a cessé de s'accroître avec la durée de l'opération. Le gaz, enflammé à sa sortie, déposait encore, malgré l'application de la chaleur rouge, des taches métalliques abondantes sur des capsules de porcelaine. Enfin, le dégagement du gaz étant devenu beaucoup plus abondant et un peu tumultueux, des vapeurs à odeur alliacée se sont répandues dans le laboratoire.

L'anneau métallique obtenu dans le tube était très-volatil; sa dissolution dans l'acide nitrique, évaporée à siccité, a donné, avec le nitrate d'argent et l'hydrogène sulfuré, les précipités qui caractérisent l'arsenic.

L'emploi de l'appareil de Marsh, en raison de sa sensibilité excessive, pouvait laisser des doutes à quelques personnes sur la certitude des résultats de l'expérience précédente; M. Figuier a donc essayé d'obtenir directement l'arsenic à l'état de sulfure. Il a dissous dans de l'acide chlorhydrique pur 100 grammes du même résidu, et la liqueur filtrée a été traitée par un courant d'hydrogène sulfuré dans l'appareil de Wolf. L'hydrogène sulfuré était dégagé à froid, à l'aide du sulfure de fer et de l'acide sulfurique distillé. Le premier flacon contenait de l'eau pour laver le gaz; le second 500 grammes du même acide chlorhydrique qui avait servi à dissoudre le dépôt, dans le but de constater rigoureusement l'absence dans cet acide, de tout produit précipitable par l'hydrogène sulfuré. La dissolution chlorhydrique du résidu de l'eau minérale était placée dans le dernier flacon. Les premières bulles de gaz ont déterminé, dans la dissolution ferrique, un précipité d'un jaune vif, qui est ensuite devenu terne en raison du dépôt de soufre occasionné par la présence du sel de fer au *maximum*. L'acide chlorhydrique, que traversait le courant gazeux, s'est conservé parfaitement limpide; sur la fin de l'opération, il a présenté seulement un léger louche provenant d'un peu de soufre précipité.

Le sulfure précipité de la dissolution ferrique se dissolvait dans l'ammoniaque en laissant un dépôt de soufre. L'acide chlorhydrique précipitait cette dissolution ammoniacale en jaune-serin. La dissolution de ce sulfure dans l'eau régale, évaporée à siccité, a donné avec le nitrate d'argent le précipité rouge brique de l'arséniate d'argent. Dans un appareil de Marsh, elle donnait un dépôt considérable d'arsenic.

Les expériences précédentes ne laissent aucun doute sur la présence de l'arsenic dans le résidu de l'eau minérale de Viesbade. Mais à quel état l'arsenic existe-t-il dans ces eaux? M. Figuier est porté à penser qu'il se trouve dans l'eau minérale à l'état d'arsénite de soude et par conséquent sous forme soluble. Par le fait de l'évaporation spontanée au contact de l'air, l'oxyde de fer contenu dans l'eau minérale, passant à un état supérieur d'oxydation, et se précipitant au sein de la liqueur, change l'équilibre chimique du mélange, et provoque la précipitation de l'acide arsénieux à l'état d'arsénite de fer insoluble. Quant à l'état d'oxydation de l'arsenic, il n'est pas douteux que ce métal ne se trouve réellement dans les eaux à l'état d'acide arsénieux; car l'hydrogène sulfuré détermine immédiatement, comme on l'a vu dans l'expérience citée plus haut, la précipitation du sulfure; circonstance qui ne se présenterait pas avec l'acide arsénique.

Après le fait de l'existence de l'arsenic dans les eaux minérales de Viesbade, la question la plus intéressante à éclaircir était évidemment la détermination de sa quantité. Voici les résultats des essais exécutés par M. Figuier dans cette direction.

Les résidus insolubles de l'eau de Viesbade, qui ont servi aux expériences précédentes, proviennent de l'évaporation spontanée de l'eau minérale, et ont été recueillis aux bords de la source. Ce résidu peut donc, jusqu'à un certain point, représenter un volume fixe de cette eau, si on le compare aux poids de matières insolubles laissées par un volume déterminé de cette eau. Si donc l'on détermine la quantité d'arsénite de fer que renferme un poids donné de ce résidu, on peut en conclure la proportion de ce composé dans un volume d'eau correspondant. M. Figuier a exécuté cette dé-

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

(N° XXVII.)

VIREY (JULIEN-JOSEPH.)

Mens sibi conscia recti..... (ÆNEID. I. 608.)

Chaque époque a ses opinions, ses idées, ses formes sociales prédominantes; dans la nôtre, tout est à l'industrie, à ses combinaisons, à son activité, à ses étreintes. Le contact et le froissement des intérêts sont en effet plus vifs, plus pressés, plus ardents qu'autrefois. Il semble qu'on ne vit que pour calculer, pour comparer ses calculs avec les calculs des autres, et qu'il n'y a de lutte sérieuse qu'avec la fortune. Toutefois, il est encore des hommes qui, épris des charmes de la science, retirés dans les *templa serena* de la philosophie, connaissent le prix des jouissances intellectuelles, et les préfèrent à celles de l'ambition et des richesses. Le savant qui fait l'objet de cette esquisse en est un exemple remarquable. Satisfait d'une honnête aisance, la science eut ses hommages les plus purs comme les plus constants : étudier, connaître, produire, tel fut le but, l'emploi, la fin de sa vie entière.

Virey était fils d'un notaire de Hortes, près de Langres, et il naquit en 1775. Son père le fit élever avec un soin tout particulier. Cependant, quoiqu'il ne fût pas sous le poids de cette *sæva paupertas* qui donne de si grandes, mais de si rudes leçons aux esprits supérieurs, le jeune Virey sentit de bonne heure qu'il avait besoin de beaucoup de travail pour se faire une place honorable dans la société. Cet aiguillon, joint à l'aptitude méditative, à cet amour de l'étude comme inné en lui, le poussa vivement dans ce qu'on nomme si bien et si à propos *faire ses humanités*, et il s'y distingua. Son éducation à peu près faite, il resta indécis sur la carrière qu'il devait suivre. Ce fut alors que la révolution éclata de toutes parts. Bienfaisante sous quelques rapports, elle amena des malheurs incalculables, même pour le peuple, qui n'y a obtenu que des misères et des flatteurs. Un vent de folie destructive ne tarda guère à s'élever sur toutes les institutions scientifiques, et aucune ne resta debout. Dans ces cruelles circonstances, nulle carrière ne s'offrait aux jeunes gens, même les plus studieux; le désordre, l'incertitude étaient partout; et puis, dans le bruit que faisait l'ouragan populaire, dans le trouble universel des imaginations, comment discerner le sentier à suivre, comment choisir une profession en rapport avec ses goûts, ses penchants, ses habitudes? Cependant Virey, on ne sait pour quel motif, adopta la pharmacie. Bientôt la guerre eut lieu, et comme la France avait besoin de tous ses enfants, de leur sang et de leurs talents, Virey passa dans les rangs de la pharmacie de l'armée. Il parcourut différents pays, puis il fut employé à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Il y avait alors à Paris, dans le conseil de santé des armées, un homme doué des plus rares qualités, surtout d'un incroyable amour de l'humanité. Cet homme

termination : il fait remarquer toutefois que ces résultats ne doivent être considérés que comme une approximation. Il est bien établi que le poids du résidu insoluble d'une eau minérale ne peut jamais représenter exactement un volume d'eau déterminé ; car ces dépôts présentent une composition chimique un peu différente de celle des résidus insolubles obtenus en épuisant par l'eau bouillante le produit de l'évaporation de l'eau minérale. En effet, pour le cas actuel, le dépôt sur lequel on a opéré, diffère par sa composition de celui que fournit l'eau de Viesbade évaporée et privée de tous les principes solubles. Il contient plus de fer et moins de silice que ce dernier. M. Figuier ne présente donc ses résultats qu'à titre d'indication.

Cependant, comme il s'agit d'apprécier des quantités extrêmement minimes de substances, on peut accepter, sans trop d'inconvénients, la question ainsi posée.

1 litre d'eau de la grande source de Viesbade (Kochbrünnen) laisse 0,557 de résidu insoluble dans l'eau bouillante ; 200 grammes du résidu précédent épuisés par l'eau bouillante représentent donc, si l'on admet la donnée précédente, 359 litres d'eau.

Ce résidu a donné à l'analyse 0,124 d'arsenic métallique.

Or 0,124 d'arsenic métallique transformés par le calcul en acide arsénieux donnent 0,163. Ainsi, en admettant la proportionnalité indiquée plus haut, c'est-à-dire le rapport du résidu analysé avec un volume déterminé d'eau minérale, 359 litres d'eau de Viesbade contiendraient 0,163 d'acide arsénieux, ou, si l'on veut, 100 litres d'eau renfermeraient 0,045 d'acide arsénieux.

45 milligrammes d'acide arsénieux disséminés dans 100 litres d'eau peuvent-ils représenter une dose thérapeutique de ce composé ? C'est ce qu'il est facile de décider en consultant la formule des préparations arsenicales le plus habituellement employées. Or la liqueur arsenicale de M. Boudin, dont l'usage tend de jour en jour à s'étendre, et qui est considérée à juste titre, dans le traitement des fièvres intermittentes, comme un médicament héroïque, est administrée dans des proportions telles, que les malades prennent chaque jour 5 milligrammes d'acide arsénieux. Pour représenter une dose quotidienne de la liqueur de M. Boudin, il suffirait donc de prendre 11 litres de l'eau minérale de Viesbade.

Ainsi, en admettant comme vraies toutes les données indiquées plus haut, on voit que l'arsenic existant dans les eaux minérales de Viesbade doit nécessairement leur communiquer les qualités thérapeutiques des arsenicaux.

Les résultats qui précèdent montrent que l'arsenic doit jouer un rôle actif dans l'action thérapeutique des eaux de Viesbade. Ils rendent nécessaire une détermination directe de cette quantité sur l'eau minérale elle-même, et non sur les résidus de son évaporation spontanée, recherche qui ne peut être exécutée, comme on le conçoit, que sur les lieux mêmes, puisqu'il s'agit d'évaporer 4 à 500 litres d'eau. Le but que s'est proposé M. Figuier, en faisant connaître son travail, est seulement de provoquer une recherche de ce genre.

En résumé, le fait indiqué par M. Valchner doit être considéré maintenant comme tout à fait hors de doute. Ce fait ouvre une voie nouvelle à l'appréciation thérapeutique de l'action des eaux minérales, et par conséquent il promet aux chimistes des résultats très-dignes d'encourager leurs travaux. On connaît un grand nombre d'eaux minérales qui, chimiquement, ne diffèrent pas de l'eau de puits, et qui cependant produisent les effets les plus énergiques de réaction générale, et exercent consécutivement sur l'économie les modifications les plus profondes. Ces faits singuliers, qui tous les jours frappent les médecins de surprise, n'ont jusqu'ici trouvé aucune explication plausible, et ont contribué à élever, contre la valeur des indications chimiques appliquées aux eaux minérales, certaines défiances que le temps apprendra à surmonter. Quelques médecins vont, en effet, jusqu'à faire honneur de l'efficacité thérapeutique des eaux dont nous parlons à leur thermalité particulière. Il devient maintenant très-probable que ces effets remarquables sont dus en partie à quelques substances actives à faible dose ; et sans doute les chimistes pourront ajouter quelques noms à la liste de ces agents méconnus jusqu'ici, et dont l'acide arsénieux nous aura appris à rechercher la présence.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE MODE DE FORMATION DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR ; par le docteur PARCHAPPE, médecin en chef de l'hospice d'aliénés de la Seine-Inférieure.

(Suite et fin. — Voir le n° 42.)

III. — DES CONDITIONS DE LA FORMATION DES PRODUCTIONS CONCRÈTES DU CŒUR.

Les conditions de la formation des productions concrètes du cœur ne peuvent être cherchées que dans le cœur lui-même ou dans le sang, et ne peuvent être conçues que comme des conditions vitales ou mécaniques. Les conditions vitales se rapportent dans le cœur à l'état de ses surfaces et à la nature de ses mouvements ; dans le sang à la proportion de ses principes et à sa coagulabilité. Les conditions mécaniques se rapportent, dans le cœur, aux effets des mouvements et à l'influence des altérations de sa structure ; dans le sang, au ralentissement ou à la suspension de son mouvement.

Ces vues *à priori* se retrouvent comme principes dominants dans les diverses théories que la science a proposées pour l'explication de la formation des concrétions du cœur, soit qu'on ait attribué cette formation à l'inflammation de l'endocarde, soit qu'on l'ait fait dépendre d'une prédisposition spéciale du sang ou de l'altération de son mouvement.

L'appréciation anatomo-pathologique de la nature des concrétions considérées en elles-mêmes a restreint la possibilité d'appliquer la théorie de Kregsig à un nombre de cas, relativement très-peu considérable, aux cas dans lesquels les productions concrètes, ne révélant immédiatement leur nature sanguine par aucun caractère positif, offrent, par l'ensemble de leurs qualités physiques, chimiques et physiologiques, une analogie plus ou moins grande avec les exsudations qui se forment à la surface des membranes enflammées.

Cette analogie ne pouvant suffire à déterminer la nature vraie de ces concrétions, il est important de rechercher si d'autres indices ne pourraient pas lever les doutes et conduire à admettre comme une condition réelle de la formation de cette classe de concrétions, l'état inflammatoire des surfaces.

---

illustre, qui comme de raison, fut ignoré, raillé, bafoué, persécuté même pendant sa vie, et auquel on élève maintenant une statue, recherchait et protégeait les jeunes gens instruits et appliqués à leurs devoirs. Il distingua Virey de bonne heure, le fit venir à Paris, et l'attacha en qualité de pharmacien au service de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

L'illustre Parmentier ne s'était pas trompé. Une fois dans la capitale, à la source même des arts et des sciences, le jeune pharmacien s'adonna à l'étude avec une ardeur, une persévérance, une application dont il est difficile de se faire une idée. A la lettre, il passait sa vie dans les bibliothèques, dans les musées, dans les hôpitaux, dans les laboratoires de chimie et de pharmacie. Dévoré par une sorte d'ambition de savoir universel, accumulant dans sa tête les faits et les idées recueillis de toutes parts, il ne voulait rester étranger à aucune des branches de l'histoire naturelle. Aussi chaque instant, chaque heure, la nuit, le jour, étaient-ils consacrés à l'étude ; sans trêve, sans lassitude, sans satiété, il s'instruisait, il se pénétrait de savoir par tous les moyens possibles. C'était son bonheur, ses jouissances, son existence même ; tout autre plaisir lui inspirait du mépris, toute autre distraction lui était en dégoût. Le savant Chaumeton, de caustique mémoire, que nous avons connu en Hollande, médecin à l'hôpital militaire de Delft, se plaisait à nous dépeindre cette vie d'un labeur perpétuel dans l'étude. C'était là son modèle ; aussi quand il se promenait quelques instants, sa conscience le lui reprochait aussitôt : *Je suis un débauché*, disait-il, en comparaison de Virey.

Cependant cet immense acquis se trouvait méthodiquement classé dans l'esprit de notre jeune savant. Beaucoup ont vu et entendu, beaucoup ont lu, mais leur intelligence ne sait pas composer un miel de ce butin, il n'en fut pas de même de Virey. La publicité, ce baptême de l'écrivain, fit voir qu'il avait réfléchi sur ce qu'il avait appris et qu'il pouvait à son tour communiquer aux autres le fruit de ses méditations. Ses premiers essais ayant été goûtés, cet accueil l'encouragea. Ce fut alors qu'il entra dans cette carrière de savant et d'écrivain qu'il a parcouru si librement, si largement pendant près de quarante ans. Chimie, pharmacie, histoire naturelle dans presque toutes ses branches, médecine théorique et pratique, philosophie médicale, métaphysique, Virey a écrit sur ces divers objets des connaissances humaines des ouvrages qui ont été remarqués. Son érudition immense, variée, fut louée, admirée à juste titre. Son nom ne se rattache il est vrai, ni à une découverte importante, ni à une idée transcendante, bien moins encore à une hypothèse, à un système brillant par la profondeur ou l'originalité ; mais il sut répandre de bonnes idées, d'excellents principes, présenter le vrai, l'utile, sous des formes attrayantes. Il n'entre pas dans le plan d'une simple esquisse, de donner l'analyse des nombreux ouvrages de ce savant, nous dirons seulement, à l'exception de son TRAITÉ DE PHARMACIE tout à fait pratique, le caractère distinctif de ces écrits. Parmi les hommes adonnés à la science, les uns sont doués de l'observation qui découvre, les autres de l'imagination qui vivifie ; Virey était de ces derniers. Peu soucieux d'expériences directes, de recherches minutieuses, voyant de haut la plupart des questions scientifiques, il s'attacha aux principes qui sont l'âme de la science. Il pensait que la claire vue des choses de la nature était celle des lois et des forces ; aussi adopta-t-il les opinions spiritualistes, scientifiques et philosophiques. Voyant avec peine la science de l'homme s'engager sans fin et sans cesse, dans les voies matérielles,

Ces indices ne peuvent être demandés qu'à l'appréciation anatomo-pathologique de ces surfaces après la mort, ou à l'interprétation physiologique des symptômes observés pendant la vie.

La considération de l'état des surfaces au contact desquelles s'observent les concrétions du cœur n'est rien moins que favorable à la théorie de Kregsig. Laennec a discuté avec beaucoup de sagacité la valeur des rougeurs de diverses nuances que peut offrir la surface des cavités cardiaques et vasculaires, et a conclu avec beaucoup d'exactitude « que la rougeur des membranes internes du cœur et des gros vaisseaux ne peut, dans aucun cas, et quelle qu'en soit la nuance, prouver seule l'inflammation, et qu'on peut affirmer que cette rougeur est un phénomène cadavérique ou d'agonie, toutes les fois qu'elle se trouve jointe aux circonstances suivantes : agonie longue et accompagnée de suffocation, altération manifeste du sang, décomposition déjà un peu marquée du cadavre (1). »

Ainsi la rougeur des membranes, considérée absolument, n'est en réalité qu'un caractère fort équivoque d'inflammation. Si on cherche à apprécier cette rougeur dans ses rapports avec la présence des concrétions du cœur, on est conduit à reconnaître que ce caractère, tout équivoque qu'il soit, ne peut même être invoqué quand il s'agit de déterminer la nature pathologique de ces concrétions. En effet, dans tous les cas où j'ai constaté l'existence de concrétions dans les cavités du cœur, constamment la couleur rouge de l'endocarde, lorsqu'elle a existé, était limitée à la partie de la surface touchée par les portions cruoriques de la concrétion ; constamment aussi la partie de la surface à laquelle était immédiatement contiguë, ou à plus forte raison plus ou moins adhérente, la portion fibrineuse de la concrétion était parfaitement incolore ; le plus souvent surtout pour les concrécrétions formées un certain temps avant la mort, la rougeur manquait aussi bien au contact des portions cruoriques qu'au contact des portions fibrineuses ; enfin, dans tous les cas, la membrane avait conservé son poli et sa transparence.

L'appréciation anatomo-pathologique de l'état des surfaces auxquelles touchent ou adhèrent les productions concrètes du cœur confirme donc les conclusions déduites de la discussion des caractères matériels propres à ces concrétions, et on peut affirmer que le défaut de lésion inflammatoire dans les surfaces semble exclure tout appel fait à la théorie de Kregsig pour l'explication de la formation des productions concrètes du cœur, même dans les cas où les caractères matériels de ces productions ne révèlent pas immédiatement la nature sanguine.

Mais si la concrétion dont la nature sanguine ne se révèle pas immédiatement manque de caractères qui pourraient appartenir exclusivement aux produits de l'inflammation, et si la surface à laquelle adhère cette concrétion n'offre aucune des lésions qui caractérisent l'état inflammatoire, quelle valeur pourraient avoir, pour assigner à cette concrétion une nature inflammatoire, des considérations empruntées à la nature des symptômes observés pendant la vie ? Loin que les symptômes observés pendant la vie puissent conduire par induction à la détermination pathologique de la condition essentielle à la formation des concrétions du cœur, c'est à peine si l'interprétation des troubles fonctionnels peut conduire à faire reconnaître pendant la vie le fait de la formation et de l'existence de ces concrétions.

La doctrine qui assimile les concrétions du cœur à des pseudo-membranes produits d'une exsudation inflammatoire de l'endocarde doit être abandonnée comme n'étant justifiée ni par l'état des surfaces, ni par la nature des concrétions, ni par la nature des symptômes.

Dès lors le problème de la formation des concrétions du cœur se trouve réduit à la détermination des conditions qui provoquent ou favorisent la coagulation spontanée du sang dans les cavités du cœur.

Les anciens avaient parfaitement saisi les deux conditions principales de la formation des concrétions sanguines, la stase et la nature hyperfibrineuse du sang ; les modernes ont admis une troisième condition : l'inflammation de la membrane interne du cœur. Si ce sont là réellement les trois conditions principales de la formation spontanée des concrétions sanguines, il resterait encore à leur assigner un ordre relatif d'importance.

L'état hyperfibrineux du sang et l'état inflammatoire des surfaces ne peuvent être considérés que comme des conditions prédisposantes ; au contraire, la stase sanguine est, dans le cœur comme dans les vaisseaux, la condition essentielle de la coagulation spontanée du sang.

La prédominance de la fibrine dans le sang favorise la formation des concrétions sanguines en général, puisque c'est la fibrine du sang qui fournit la matière principale de ces concrétions. Ce n'est même que par un état hyperfibrineux du sang qu'on peut se rendre compte de la formation des concrétions fibrineuses cadavériques. De plus, les concrétions pathologiques se rencontrent fréquemment dans le cœur des individus qui ont succombé à la suite du rhumatisme aigu, de la pneumonie, de la pleurésie, de la phthisie, des maladies avec état hyperfibrineux du sang. Mais pour que l'état hyperfibrineux du sang fût conçu comme ayant une influence déterminante dans la formation des concrétions sanguines, il faudrait admettre que cet état entraîne une prédisposition à la coagulation spontanée du sang, ce qui est loin d'être démontré ; et alors même, pour que la prédisposition se changeât en acte, pour que la concrétion se formât, il faudrait encore l'intervention d'une condition déterminante. Or cette condition déterminante est précisément la stase du sang, qui suffit à déterminer la formation des concrétions sanguines, même en l'absence de l'état hyperfibrineux du sang, ainsi que le prouve l'existence des concrétions fibrineuses du cœur dans une foule de cas où la maladie qui a causé la mort n'était pas de celles qui font prédominer la fibrine dans le sang.

Quant à l'influence attribuée à l'état inflammatoire, rien ne prouve que cet état, dans les surfaces vasculaires et cardiaques, ait directement pour effet de déterminer la coagulation du sang qui touche ces surfaces. D'ailleurs, cet état d'inflammation des surfaces manque évidemment dans l'immense majorité des cas de concrétions sanguines cardiaques ; et pour les cas où l'inflammation aurait été réellement constatée, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, tout porte à croire que l'influence exercée sur la coagulation du sang par l'état inflammatoire des surfaces a consisté dans une action exercée, non pas sur la coagulabilité du sang, mais bien sur son mouvement.

Toutes les données de l'observation tendent au contraire à établir que la condition essentielle de la formation des concrétions du cœur est la stase sanguine, quelle que soit la cause qui ait amené cette stase.

En effet, dans quelles circonstances les concrétions sanguines se forment-elles ? Après la mort, lorsque le sang, devenu immobile dans les cavités du cœur, s'y coagule à la manière du sang sorti des vaisseaux et reçu dans un vase inerte ; au moment de l'agonie, et lorsque sa longue durée a pour effet de rendre, pendant un temps long, la circulation du cœur entravée et lan-

(1) *Loc. cit.*, chap. 9, § I, p. 302.

---

il combattit cette direction qu'il croyait fausse avec une constance, une ferveur inébranlables ; volontiers il se fût écrié avec un auteur moderne : *préservez-vous, défendez vous, gardez-vous du sommeil de l'esprit*, et les armes qu'il employait étaient assez bien trempées. On le sait, l'érudition n'accable que les esprits faibles, elle alimente et fortifie au contraire les esprits vigoureux, Virey en est un exemple ; il n'oublie rien de tout ce qui se rattache aux questions qu'il traite ; les travaux des anciens et des modernes lui étant parfaitement connus, il s'en sert avec art pour la manifestation et l'appui de ses idées. En général, perdre le sens du passé scientifique, c'est ignorer l'intelligence philosophique du présent et de l'avenir. Or, Virey n'ignorait ni la vérité, ni la force de ce principe ; aussi l'activité de son esprit s'étend-elle sur tous les points. Il sait ce qu'on a fait, ce qu'on a pensé ; dès lors il embrasse, il étreint ses sujets avec art, avec puissance, mais toujours à sa manière, c'est-à-dire en se maintenant dans les régions élevées et par conséquent quelquefois nuageuses. « La vie, dit-il, n'appartient point à l'individu ; c'est comme une liqueur d'immortalité qu'on rend telle qu'on l'a bue dans la coupe inépuisable du temps ; elle contient en elle-même le germe de sa destruction et se perd en se communiquant. » (DE LA PUISSANCE VITALE, p. 125.) Belle idée, noblement rendue, mais qui manque de cette sévérité scientifique tant recherchée aujourd'hui.

Ainsi, sans négliger les faits et les observations, dans beaucoup de ses écrits, Virey promène souvent le lecteur sur les ailes de l'imagination ; il fait entrevoir des horizons immenses ; des idées profondes, de lointains aperçus. Sa pensée abstraite est en certains cas subtilisée jusqu'au spiritualisme le plus élevé. Mais s'il plaît presque toujours, parfois aussi il éblouit et fatigue ; où l'on cherche le vrai, le démontré, au moins le probable à une certaine puissance, on ne trouve que des conjectures, des assertions assez vagues. Son style se ressent même de cette manière de voir. Jamais il n'est ni commun ni rampant ; on y sent partout l'homme profondément instruit, l'écrivain exercé, la plume féconde. Mais souvent une exubérance d'érudition et de savoir excède le lecteur. Sa diction, loin d'être pédante et lourde, est au contraire trop brillante, trop apprêtée ; il y manque un certain *fini* qui en eût doublé le prix. Des phrases coulées dans un moule poétique, des expressions ambitieuses et recherchées, quelquefois même le ton de l'enthousiaste et de l'illuminé, font perdre de vue les questions principales. Virey, écrivain profond et savant, est en général prolixe et discoureur ; il n'a pas le don de la *concision ornée*, le plus haut point de perfection du style scientifique, mais aussi le plus difficile, car il exige l'union d'une imagination vive et du goût le plus épuré.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, et l'on pourrait nous dire : *Qui t'a donné le droit de faillir comme lui ?* les ouvrages de Virey, ses nombreux articles dans les journaux et le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, fixaient sur lui l'attention du public ; on les lisait avec intérêt, et l'auteur acquit bientôt de la célébrité comme savant et comme écrivain. Remarquons qu'à cette époque ces deux titres de gloire s'acquéraient assez difficilement. Aujourd'hui les couronnes sont à si bon marché qu'on en fait à la mesure de toutes les têtes, laissant à la vérité et au temps à les estimer ce qu'elles valent. D'ailleurs, pour Virey, le succès qui d'ordinaire étourdit et enivre fut, au contraire, un puissant aiguillon pour continuer ses travaux, et toujours sur les sujets les plus variés. Pharmacien et chimiste distingué, il voulut aussi être docteur en médecine, et il en ob-

guissante, et l'évacuation des cavités incomplète : et c'est ainsi que se forme l'immense majorité des concrétions du cœur. Pendant la vie, dans les maladies qui ont pour effet de déterminer la stase du sang dans le cœur, soit en raison de l'existence d'obstacles à la circulation, ayant leur siége aux orifices ou même au dehors du cœur, soit en raison d'une rupture d'équilibre de capacité entre les diverses cavités du cœur, soit enfin en raison d'une perturbation quelconque de l'action impulsive et expulsive du cœur et surtout en raison de la suspension momentanée de cette action comme dans les arrêts de mouvement du cœur et la syncope. C'est ainsi que se forment, à une époque souvent fort éloignée de la mort, les concrétions fibrineuses des cavités anévrismales artérielles et cardiaques, et dans les derniers temps de la vie, chez les individus atteints de maladies du cœur, les concrétions des cavités cardiaques, concrétions qui ne constituent qu'un épiphénomène peu important et au point de vue de la pathogénie, et surtout au point de vue de la thérapeutique; enfin, c'est ainsi que se forment aussi, dans des cas infiniment plus rares, en l'absence de toute maladie du cœur, et sous l'influence d'une syncope plus ou moins prolongée, ou d'un allanguissement durable des mouvements du cœur, des concrétions qui constituent alors une véritable maladie contre laquelle les ressources de la nature sont le plus souvent insuffisantes, et les ressources de l'art tout à fait nulles.

Après la mort, durant l'agonie, pendant la vie, toujours, quelles que soient d'ailleurs les causes prédisposantes, la cause qui détermine immédiatement la formation des concrétions sanguines, c'est un ralentissement, une suspension, un arrêt de mouvement du sang, c'est en un mot la stase sanguine.

Un fait d'observation, la fréquence infiniment plus grande des concrétions fibrineuses dans les cavités droites du cœur, s'explique tout naturellement par la doctrine qui admet que la stase est la condition essentielle de la formation des concrétions sanguines pendant la vie. Ce fait ne s'expliquerait par l'influence de l'état hyperfibrineux du sang que si, ce qui n'est pas prouvé, le sang artériel ne participait pas à cet état dans les maladies qui ont pour effet de le produire dans le sang veineux. Il serait contradictoire avec la théorie de l'inflammation, qui, existant plus souvent dans le cœur gauche que dans le cœur droit, si on doit rapporter à son influence les excroissances, les épanouissements, les ossifications, les déformations des valvules, devrait produire là aussi plus souvent les concrétions fibrineuses. C'est parce que la stase est plus facile et plus fréquente dans la carrière du sang veineux et notamment dans les cavités droites du cœur, plus difficile et plus rare dans la carrière du sang artériel, que les formations de concrétions sanguines sont fréquentes dans les veines et le cœur droit, rares dans les artères et le cœur gauche, où on ne les rencontre guère que coïncidant avec des dilatations anévrismales entraînant *ipso facto* la stase sanguine. Cela est surtout évident pour les concrétions qui se forment pendant les agonies longues. Les agonies longues sont ordinairement celles dans lesquelles la mort arrive par le trouble de la fonction respiratoire. Si la maladie n'est pas une de celles qui ont pour effet de diminuer la coagulabilité du sang, telles que l'asphyxie, constamment il se forme dans les cavités droites du cœur des concrétions fibrineuses pendant l'agonie. L'obstacle au cours du sang est dans le système pulmonaire; la stase est dans le cœur droit. Dans presque toutes les agonies, au contraire, il n'y a pas d'obstacle au cours du sang du côté du système aortique, et partant point de stase dans le cœur gauche.

IV. — DU MÉCANISME DE LA FORMATION PREMIÈRE ET DE LA TRANSFORMATION SUCCESSIVE DES CONCRÉTIONS SANGUINES DU CŒUR.

La condition essentielle de la formation des concrétions sanguines étant la stase du sang, c'est-à-dire une condition mécanique, non-seulement la formation de ces concrétions doit pouvoir être expliquée mécaniquement, mais encore ces productions doivent offrir dans leurs qualités de forme, de structure et de relations, des caractères propres à révéler le nature mécanique de la cause qui les a engendrées; c'est ce qu'une étude attentive des concrétions sanguines, fécondée par l'intelligence du mécanisme de la circulation, peut en effet conduire à reconnaître avec la plus entière évidence. Les concrétions purement cadavériques doivent ressembler aux caillots ordinaires du sang, c'est-à-dire avoir revêtu la forme des cavités dans lesquelles la coagulation s'est faite, être constituées par un caillot cruorique entouré d'une couche mince et transparente de fibrine, et offrir seulement à leur surface, dans les cas d'état hyperfibrineux du sang, une couche plus ou moins épaisse de caillots fibrineux.

Ces caractères se retrouvent en effet dans toutes les concrétions cadavériques, et leur ensemble suffit pour distinguer sûrement ces concrétions de celles qui ont pu se former pendant la vie; mais ils se retrouvent aussi dans une partie de la masse des concrétions formées avant la mort, c'est-à-dire dans la partie purement cruorique de ces concrétions, et là encore, ces caractères ont la même valeur; ils attestent que cette portion cruorique de la concrétion mixte s'est coagulée après la mort, et provient d'un caillot cadavérique qui s'est soudé à une concrétion antérieurement formée.

Les concrétions formées pendant la vie par suite de la stase sanguine, soit qu'elles résultent de coagulations partielles et successives dues au ralentissement du mouvement du sang, soit qu'elles aient été engendrées par une coagulation plus considérable et plus soudaine due à la suspension de ce mouvement, doivent par leur forme, leurs relations et leur structure, non-seulement garder les traces de la condition mécanique qui les a produites, mais encore montrer les traces de l'action mécanique qui les a modifiées depuis le moment de leur formation première jusqu'au moment de la mort. C'est ce que l'étude attentive des concrétions permet de reconnaître certainement dans le plus grand nombre des cas.

La formation successive se révèle par la structure lamellée des concrétions fibrineuses qui revêtent les parois des cavités du cœur dilatées, soit au fond des appendices, soit vers le sommet des ventricules, et par les soudures de formations plus récentes, à des formations plus anciennes dans les concrétions volumineuses et flottantes.

L'influence exercée sur la stase et la coagulation du sang par les obstacles mécaniques qui résultent de la configuration des cavités se révèle par le lieu de l'adhérence et par la forme des petites concrétions. Tantôt ces concrétions, sous la forme de petites masses, de flocons, de lanières, de membranes en partie flottantes, en partie entortillées, adhèrent aux radiations tendineuses, aux colonnes musculaires, c'est-à-dire aux parties qui font obstacle au mouvement latéral du sang; tantôt, sous la forme de membranes et de racines, elles adhèrent au fond des anfractuosités et entre les interstices des réseaux et des pilastres, c'est-à-dire aux parties où le sang échappe plus facilement à l'action expulsive, et où il se trouve plus facilement retenu quand cette action languit.

Les concrétions volumineuses qui se sont formées pendant l'agonie ou à

---

tint le diplôme en 1814. Sa thèse, intitulée : ÉPHÉMÉRIDES DE LA VIE HUMAINE, fut remarquée, et elle méritait cet honneur pour le fond et pour la forme. Ce nouveau titre ajouta beaucoup à la renommée de Virey ; il eut même, à une certaine époque, une telle réputation que, s'il se fût livré à l'exercice de l'art, soit comme pharmacien, soit comme médecin, la faveur publique lui était assurée, et avec elle la fortune et les richesses. Il n'en fut rien ; Virey, convaincu que le secret d'être heureux tient uniquement au secret de bien faire et de bien agir, ne succomba pas à la séduction. Loin de lui la pensée que l'art doit céder la place au métier, l'honneur au profit, la noble ambition du progrès à la convoitise du bien-être, la science eut tous ses hommages, tous les efforts de son intelligence. Il voulut toutefois s'adonner au professorat, et, en 1815, il fit un cours d'histoire naturelle à l'Athénée. Quelques années plus tard, présenté par l'Institut et l'École de pharmacie à une chaire de cette partie de la science, il éprouva un refus du gouvernement, on ne sait par quel motif. Lors de la formation de l'Académie royale de médecine, il était du nombre des fondateurs, et il tint la plume de secrétaire de la section de pharmacie. Bien plus, après les événements de 1830, il fut choisi par le département de la Haute-Marne et obtint l'honneur de siéger à la chambre des députés. Avouons-le en toute franchise, sa carrière législative n'a laissé aucun souvenir; elle ne fut signalée que par deux événements : dans le premier, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, et dans le second, officier du même ordre. Toutefois il ne sollicita jamais ni places ni missions rétribuées; il remplit son devoir de député assidûment, mais silencieusement. La parole facile, vibrante, accentuée, le geste animé, l'entrain qui gagne l'auditeur, force et dompte son attention, telles sont les qualités sans lesquelles il n'est pas possible d'avoir l'*oreille d'une assemblée*, selon l'expression consacrée; or la nature n'en avait pas fait don à Virey. Son esprit, au contraire, avait besoin de recueillement et de calme : c'est par une réflexion soutenue qu'il s'animait, se fortifiait et faisait valoir ses trésors d'érudition.

Cette disposition tenait sans doute à son caractère et à l'espèce d'isolement où il avait vécu dans sa jeunesse. Toujours livré à l'étude, il y avait contracté cette sorte de sauvage timidité particulière à ceux qui ont plus de commerce avec les livres qu'avec les hommes. Plus tard, accueilli par ses confrères dans le corps des pharmaciens, où l'on remarque tant d'hommes aussi instruits qu'honorables, Virey put se frotter à l'esprit des autres, adoucir les aspérités du sien, connaître la société, participer à sa vie, à ses opinions, à son mouvement. Cependant presque toujours réservé, il n'eut jamais cette prudence active, parfois la traduction pratique de l'égoïsme, ou cette bonhommie avisée et sagace qui ne croit que ce qu'il lui est utile de croire. Il était au contraire de ces hommes qui se tracent d'avance une règle de conduite et n'en dévient que très-rarement. Cette vie si une, si homogène dans sa direction morale, tenait à ses opinions et à sa manière de voir et de penser. Il avait de la cordialité, mais sans vive expansion, de la bienveillance, des formes simples, mais sans entraînement. Il aimait les bons ouvrages, même ceux des autres aussi bien que les siens. Quand on n'était pas de son avis et que la différence d'opinion devenait publique et vive, il répliquait avec convenance, mais avec force et une certaine ardeur prouvant du moins sa conviction. Son argumentation avait de la force, de la verve, mais la raillerie n'était pas son arme favorite, elle manquait chez lui de ses qualités essentielles, la finesse et l'à-propos, il appuyait trop.

une époque plus ou moins éloignée de la mort portent encore plus évidemment les caractères du mode mécanique de leur génération, soit instantanée, soit successive.

Pendant les suspensions momentanées des mouvements du cœur et pendant la syncope complète, le cœur demeure à l'état de diastole simultanément dans les deux ordres de cavités oreillettes et ventricules (1); le sang, qui continue à affluer par les vaisseaux veineux, pénètre sans obstacle dans les oreillettes, et passe ainsi sans obstacle des oreillettes dans les ventricules, et ainsi se produit une distension énorme du cœur.

Si la syncope se prolonge, et surtout si le sang, par une cause quelconque, est prédisposé à la coagulation, il peut arriver que la fibrine se précipite de sa dissolution dans le sérum, et ce fait réalise le premier degré de la coagulation du sang. Dès lors la masse du sang, plus ou moins voisine de l'état solide, doit avoir pris la forme des cavités qu'elle remplit, et doit se continuer sans interruption de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire, au travers de l'orifice auriculo-ventriculaire. Si la mort survenait immédiatement sans que le cœur reprît ses mouvements, cette disposition, tout à fait semblable à celle que produit la coagulation cadavérique, se retrouverait pour cette coagulation de l'état de vie. Mais ordinairement le mouvement se rétablit dans le cœur plus ou moins complétement et pour un temps plus ou moins long, et alors l'influence de ces mouvements et le retour de leur effet, la circulation du sang, doivent imprimer successivement au coagulum sanguin des modifications faciles à concevoir *à priori*.

D'abord, si un commencement de coagulation du sang, en précipitant la fibrine, doit ôter à cet élément du caillot la possibilité de reprendre l'état fluide, il n'enlève ni au sérum interposé ni aux globules la possibilité de se mêler et de s'incorporer de nouveau au sang fluide et vivant. Dès lors l'action mécanique du cœur doit agir sur la partie coagulée du sang contenu dans les cavités de manière à en exprimer le sérum et les globules, c'est-à-dire de manière à isoler et à condenser de plus en plus la fibrine.

Le sang stationnaire demeuré fluide et le sang circulant doivent se mouvoir autour du coagulum ou à travers le coagulum dans le sens de la circulation, et de manière à imprimer successivement à ce coagulum une forme qui se rapporte à l'influence mécanique de ces courants déterminés. Ainsi le sang doit pouvoir passer de la cavité de l'oreillette dans la cavité du ventricule, et dès lors le caillot sous forme de bouchon, qui occupe cet orifice, doit se séparer du pourtour de l'orifice de manière à livrer passage au sang entre sa propre périphérie et le pourtour de l'orifice.

Le jeu de rapprochement et d'éloignement alternatifs, dans les colonnes mobiles de l'appareil valvulaire, doit avoir pour effet d'empêcher l'adhérence du caillot dans l'intervalle qui sépare ces colonnes.

Le sang, en se frayant passage, doit écarter le caillot des parois de manière à se creuser un lit entre ces parois et la périphérie du caillot.

Les parties du coagulum qui se trouvent engagées dans les anfractuosités, dans les interstices, sous les pilastres et les brides, dans les réseaux qu'offrent les diverses régions des parois, doivent résister à l'action mécanique du cœur et du sang qui, en les dépouillant de l'élément cruorique et les réduisant à l'état fibrineux, doit les transformer en autant de racines par lesquelles la masse du caillot adhère aux régions des cavités qui présentent cette disposition, c'est-à-dire au fond des appendices auriculaires, le long des sinus et au sommet des chambres ventriculaires.

Enfin, dans les parties de ces cavités qui n'offrent pas cette disposition, le coagulum doit se séparer complétement de leur surface lisse, et doit devenir lui-même lisse par suite du frottement du sang.

Mais, de plus, l'action du ventricule pendant sa systole doit avoir pour effet de presser de toutes parts le coagulum contre l'appareil valvulaire fermé, colonnes, radiations, face ventriculaire de l'anneau, de manière à déterminer l'adhérence à ces diverses parties du coagulum, qui doit dès lors les entourer comme d'une gaîne adhérente.

En définitive, l'action mécanique des mouvements du cœur et des mouvements du sang sur le coagulum doit avoir pour effets de donner naissance à un corps qui se continue de l'oreillette, par l'orifice auriculo-ventriculaire, dans le ventricule jusqu'à l'orifice artériel, qui adhère par des prolongements fibrineux, sous forme de racine, au fond de la cavité de l'appendice auriculaire, d'une part, au sommet de la cavité ventriculaire et dans les anfractuosités de ses parois et de ses sinus, d'autre part; qui soit libre et comme flottant dans l'ouverture auriculo-ventriculaire, dans l'intervalle des colonnes, dans l'ouverture de communication des deux chambres, dans l'ouverture de l'orifice artériel, et dans toutes les parties de la cavité à parois lisses; qui entoure extérieurement l'appareil valvulaire comme par une gaîne adhérente aux radiations tendineuses et à la face ventriculaire de l'anneau.

Toutes ces dispositions devraient appartenir aussi à une concrétion qui se formerait par solidifications partielles et successives de la fibrine du sang, le premier coagulum fibrineux devenant une sorte de noyau auquel se souderaient successivement d'autres caillots, et se développant ainsi à la manière d'une cristallisation, ou, plus exactement, à la manière d'un dépôt graduel de matières solides dans une eau courante. La formation successive semble devoir être considérée comme un mode plus fréquent que la formation soudaine; car sans cela on ne voit pas pourquoi les concrétions volumineuses seraient infiniment plus communes du côté droit que du côté gauche.

Quel que soit, au reste, le mode de la formation première du caillot, qu'il provienne d'une coagulation soudaine ou de coagulations successives, les changements successifs que lui imprime graduellement l'action du cœur et du sang représentent les efforts d'une influence mécanique, uniforme et constante et doivent offrir essentiellement les mêmes caractères.

Or ce que devraient être les concrétions sanguines si l'hypothèse mécanique de leur formation et de leur transformation était fondée; c'est précisément ce que sont les concrétions sanguines telles qu'elles s'offrent à l'observation. Elles peuvent toutes être rapportées à un type conforme à celui qui vient d'être construit *à priori* dans cette hypothèse, et qui peut, en quelque sorte, tenir lieu d'une description générale de ces concrétions.

En effet, quel est le type des concrétions sanguines du côté droit? Un caillot mixte continu de la cavité auriculaire à la cavité ventriculaire, quelquefois, interrompu au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, adhère au fond de l'appendice auriculaire par une partie fibrineuse, traverse l'orifice auriculo-ventriculaire sous la forme d'un cylindre principalement cruorique, libre par sa périphérie qui se propage entre la colonne antérieure et le pilastre postérieur par l'ouverture de communication des deux chambres jusque dans la chambre pulmonaire; au niveau des radiations tendineuses, la

(1) Parchappe, Du cœur, de sa structure, etc., page 127.

Quant à l'homme physique, il faut avouer que Virey ne révélait en rien, surtout dans les derniers temps de sa vie, l'écrivain brillant, chaleureux, qu'on avait lu avec intérêt; sa taille épaisse, sa démarche pesante, son allure assez vulgaire, frappaient aussitôt. Dans cette tête ronde et commune, sous ce crâne assez peu développé, on se refusait à croire qu'il y eût toute une encyclopédie de savoir. Sa figure avait peu de physionomie, ou du moins ce n'était sous aucun rapport la physionomie de son esprit et de son mérite; il fallait soulever cette écorce pour trouver un immense réservoir d'érudition, d'intelligence et d'imagination. Comme chez beaucoup d'hommes supérieurs, l'extérieur simple et modeste cachait les richesses et la beauté de l'intérieur.

Malgré ses travaux continuels, Virey, doué d'une constitution robuste, jouit longtemps d'une bonne et forte santé. Mais enfin il fut atteint de douleurs asthmatiques et de palpitations du cœur. *Mors ostia pulsat....*, disait dans ce cas Baglivi, lui qui mourut si jeune. Mais à force de frapper, la mort finit par arriver brusquement, et Virey en fut un exemple. Il languissait, mais il vivait, puis tout à coup, saisi d'une violente oppression, il tomba frappé d'une apoplexie pulmonaire, le 9 mars 1846. Ainsi mourut cet homme excellent, d'un savoir immense, d'une application infatigable, doublement estimé de ses confrères et par ses travaux et par la dignité de sa conduite. Qu'il repose en paix dans sa tombe, sa mémoire ne périra pas, c'est l'espoir de ceux qui l'ont connu et aimé. Les livres saints nous en avertissent : *Modicum plora super mortuum, quoniam requievit.* « Pleurez modérément celui que vous avez perdu, car il est en paix. » (Eccl., cap. 12, v. 11.)

R. P.

— Mercredi a eu lieu la distribution des prix à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens militaires de la garnison de Paris, plusieurs membres du conseil de santé, parmi lesquels nous avons remarqué MM. Gasc, Bégin, Pasquier, etc., assistaient à cette solennité.

A midi, M. Évrard de Saint-Jean, directeur de l'administration de la guerre, assisté de M. Villemain, sous-intendant militaire, a ouvert la séance.

M. le professeur Lacauchie, dans un discours remarquable, aussi profondément pensé que spirituellement et élégamment écrit, a jeté un coup d'œil rapide sur l'histoire de quelques-uns des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie, et plus spécialement sur l'étude des maladies syphilitiques, envisagée au point de vue de la thérapeutique.

Après ce discours, M. Évrard de Saint-Jean a fait une courte allocution dans laquelle il a exposé quelques améliorations introduites récemment dans ce service, et a promis, au nom du ministre, la continuation de son active sollicitude.

Les prix ont été proclamés dans l'ordre suivant :

Prix des chirurgiens sous-aides : M. Dujardin (Albert).

Prix des chirurgiens aide-majors : M. Vallette (Dominique).

Prix des pharmaciens aide-majors : M. Dupuis.

— Le gouvernement prussien vient d'arrêter quelques dispositions nouvelles relatives à l'exercice de la profession de pharmacien. Ainsi, pour être admis à posséder une pharmacie, il faudra avoir fait deux ans d'études universitaires.

portion cruorique se continue à travers leurs intervalles avec la masse principale de la portion ventriculaire du caillot.

Cette masse entoure les colonnes et les radiations sous la forme d'une gaine fibrineuse qui envoie des prolongements fibrineux, adhérents dans les réseaux des sinus droits antérieur et postérieur et du sommet du ventricule; elle laisse entre elle-même et les parois postérieure et antérieure un espace libre; elle rejoint, au niveau de l'ouverture de communication latérale, le caillot cruorique, et les deux caillots soudés traversent sous la forme cylindroïde cette ouverture, puis dans la chambre pulmonaire se propagent, vers le sommet de cette chambre par un prolongement qui s'enracine dans les réseaux, vers l'orifice pulmonaire par un prolongement cylindrique qui continue le corps de la concrétion et se termine en s'atténuant au delà de cet orifice dans l'artère pulmonaire. Des prolongements fibrineux se rendent du bord supérieur de cette partie flottante dans la fossette de l'espace triangulaire et dans la fossette de l'angle pulmonaire, et lui forment comme des racines supérieures.

Le type des concrétions du ventricule gauche est essentiellement le même et ne diffère qu'en raison de la différence de la configuration des cavités.

Il est donc vrai de dire que les concrétions du cœur révèlent, par leur forme, par leurs relations, par leur structure, non-seulement leur nature de concrétion sanguine, mais encore le mode mécanique de leur formation pendant la vie sous l'influence des mouvements du cœur et du sang.

Les transformations successives qu'éprouvent les concrétions sanguines du cœur sont dues pour la plus grande partie à la prolongation de cette même influence. Ainsi, l'expression de la matière cruorique, la condensation de la matière fibrineuse, l'augmentation de l'adhésion, représentent des effets de la pression du sang, effets d'autant plus prononcés que cette pression s'est exercée plus longtemps et qui peuvent par conséquent servir à mesurer en quelque sorte l'ancienneté des concrétions.

Si une partie du cœur offre une dilatation accidentelle ou une excavation naturelle dans laquelle la coagulation ait été plus prononcée, le coagulum peut y être tassé par la pression du sang, de manière à y constituer une concrétion aplatie d'épaisseur variable, à la manière des couches fibrineuses des anévrismes vasculaires, qui peut s'augmenter par juxtaposition de nouvelles couches provenant de nouvelles coagulations, c'est ce qui arrive quelquefois au sommet des cavités ventriculaires (1) et au fond de la cavité des appendices.

Dans tous les cas, le travail de modification et de transformation qui se produit dans le sang coagulé des cavités du cœur et qui donne naissance à des concrétions fibrineuses adhérentes, ou en partie adhérentes et flottantes, est produit par une double cause : 1° la pression du caillot par un mouvement qui en exprime les parties liquides et qui, étant un mouvement régulier et longtemps répété, tend à imprimer au caillot une forme déterminée; 2° la disparition des parties liquides qui, pour le caillot du cœur, est surtout une expulsion par expression aidée pourtant d'une absorption d'imbibition et d'une sorte de lavage par le sang ambiant.

C'est un travail analogue à celui qui se produit dans le sang épanché de la cavité arachnoïdienne et qui donne naissance aux kystes hémorrhagiques de cette cavité longtemps et encore aujourd'hui confondus avec des pseudomembranes inflammatoires. Les deux causes de modification et de transformation de caillot se retrouvent là comme dans le cœur, sauf quelques différences : 1° pression du caillot par les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement du cerveau, mouvements qui étendent le caillot sous forme de membrane, qui en expriment les parties liquides et cruoriques, et qui tendent à dédoubler la membrane fibrineuse en une partie qui adhère à la surface crânienne, de manière à former un kyste; 2° absorption des parties liquides et décomposition des globules qui réduisent plus lentement que dans le cœur la concrétion sanguine à ses éléments fibrineux (2).

Quant à la décomposition graduelle de la fibrine condensée et à sa transformation purulente, elles se rapportent à ce travail d'élimination des corps hétérogènes que la nature sait établir par des procédés qui nous sont inconnus, dans les produits morbides non vivants au moyen des parties vivantes qui les touchent ou les entourent. Ce travail dans les concrétions fibrineuses du cœur est d'ailleurs l'analogue de celui qui se produit dans les concrétions des poches anévrismales.

CONCRÉTION SANGUINE PATHOLOGIQUE, SANS MALADIE DU CŒUR, AYANT DÉTERMINÉ DES SYMPTÔMES D'ASTHME ET LA MORT.

OBS. I. — Une femme, âgée de 69 ans, atteinte de folie chronique depuis plusieurs années, paraissait jouir d'une bonne santé.

Le 13 décembre 1845, elle est trouvée par la sœur de service dans un état de maladie extrême, consistant en dyspnée, accablement des forces, perte de la chaleur. Transportée à l'infirmerie, la malade est soumise à mon observation le 14 décembre, à huit heures du matin, et offre les symptômes suivants : dyspnée extrême, comme dans un accès d'asthme des plus violents, coloration violette des lèvres, des joues et des mains; refroidissement du nez et des extrémités; altération des traits du visage; la malade ne peut parler; elle n'avale qu'avec une difficulté extrême.

Point de matité exceptionnelle dans la région du cœur; les battements sont confus, tumultueux, faibles.

Le pouls est irrégulier, petit, faible.

La mort arrive le 16, à quatre heures du matin.

AUTOPSIE. — L'encéphale, les poumons, les viscères abdominaux, si ce n'est le foie, n'offrent aucune altération considérable.

Le foie est ramolli; sa substance, d'un jaune brun, est marbrée de petites taches d'un rouge vif, comme étoilées. La membrane propre du foie se détache de sa substance dans certains points avec une grande facilité; en d'autres points elle entraîne avec elle des portions plus ou moins considérables de la substance du foie, qui se déchire sous forme de petites masses ou d'une couche plus ou moins épaisse.

Le cœur, de volume ordinaire, chargé de graisse, quoique l'individu soit maigre, n'offre dans aucune de ses parties constituantes aucune altération organique notable. On trouve quelques plaques jaunes dans l'épaisseur des anneaux valvulaires, surtout à gauche.

Quelques concrétions, sous forme de flocons gris, adhèrent aux radiations tendineuses de l'appareil valvulaire gauche.

Une concrétion volumineuse existe dans les cavités droites; elle s'étend, sans interruption de continuité, de la cavité de l'oreillette jusque dans la cavité de l'artère pulmonaire.

Dans l'artère pulmonaire et dans la cavité de l'appendice pulmonaire jusqu'au niveau de l'ouverture de communication des deux chambres elle est libre de toutes parts, cylindrique, et du volume du petit doigt dans le vaisseau, aplatie dans la cavité de l'appendice.

A partir de l'ouverture de communication des deux chambres, la concrétion embrasse de toutes parts les colonnes et les tendons jusqu'au niveau du bord libre de l'anneau valvulaire; elle est libre et lisse par sa face antérieure, par sa face postérieure et par son bord supérieur. Par son bord inférieur, qui suit les sinuosités de la cavité ventriculaire, elle envoie des prolongements dans les anfractuosités des vaisseaux internes du sommet des cavités pulmonaire et auriculaire, du sinus gauche et des sinus droits, antérieur et postérieur, prolongements qui, enchevêtrés avec les faisceaux, fixent la concrétion comme par autant de racines.

Tout en embrassant les colonnes et les radiations tendineuses, de manière à resserrer le bord libre de l'anneau, la concrétion se propage par l'ouverture de l'anneau, qu'elle remplit jusque dans la cavité de l'oreillette, où elle se termine en constituant une sorte de cloison libre par deux faces, droite et gauche, et par deux bords, antérieur et postérieur, fixée par son extrémité supérieure au fond de la cavité de l'appendice, où des prolongements sous forme de racines s'enchevêtrent avec les colonnes musculaires.

La cavité du ventricule se trouve ainsi constituée pour la plus grande partie par l'intervalle qui sépare les parois antérieure et postérieure de la masse concrète de l'appareil valvulaire, et pour une très-petite partie de l'intervalle qui sépare cette masse et l'appareil valvulaire de la paroi de la cloison. C'est par le premier intervalle que le sang passait pour sa plus grande quantité de la chambre auriculaire dans la chambre pulmonaire, d'où le sang, entourant de toutes parts le caillot cylindrique, passait dans la cavité de l'artère en gardant dans son mouvement les mêmes relations avec la prolongation cylindrique du vaisseau artériel.

La communication de la cavité ventriculaire avec la cavité de l'oreillette est réduite aux intervalles des insertions tendineuses entre le pourtour libre de l'anneau valvulaire et le bord supérieur de la concrétion, et à l'intervalle qui sépare dans l'ouverture même et au-dessous de cette ouverture le prolongement de la concrétion de la face interne de l'anneau valvulaire et des parois de l'oreillette. Cette communication est plus largement ouverte dans la région droite de l'anneau, au niveau de la fossette de l'angle droit. C'est par ces intervalles que le sang devait se frayer passage au moment de la systole de l'oreillette pour pénétrer dans la chambre auriculaire du ventricule.

La concrétion est très-ferme, très-dense dans l'artère et dans le ventricule; sa couleur est grisâtre, mêlée de teintes jaunâtres; elle est dans quelques points marbrée de ponctuations, de stries et de taches rouges de sang. Dans l'oreillette, la concrétion est plus molle, constituée par des parties grises et par des parties rouges, qui prédominent, si ce n'est dans la cavité de l'appendice, où elle est plus ferme et où elle reprend la couleur grise.

Les adhérences des prolongements ne sont véritablement que des adhérences d'enchevêtrement et de juxta-position. Quand les prolongements ont été détachés, et pour cela une simple traction convenablement menagée suffit, on trouve la membrane du cœur lisse, transparente et sans coloration anormale.

SANIE PURIFORME DÉVELOPPÉE DANS L'ÉPAISSEUR D'UNE CONCRÉTION SIMULANT UN ABCÈS DU CŒUR.

OBS. II. — Un homme, âgé de 55 ans, et atteint de folie chronique, succomba le 25 juillet 1843, après avoir offert, pendant plusieurs mois, les symptômes généraux d'une maladie du cœur, et pendant les derniers jours de la maladie les symptômes suivants : oppression; coloration violacée de la face; toux avec ex-

(1) Voir l'obs. 2.

(2) Voir, pour cette théorie de la formation des kystes hémorrhagiques de la cavité arachnoïdienne, mon TRAITÉ DE LA FOLIE, 1841, p. 307.

pectoration muqueuse; pouls petit, régulier, battements du cœur faibles, sans bruits anormaux; infiltration des extrémités.

Deux jours avant la mort, la respiration n'est possible que dans la position assise. Œdème général, bouffissure de la face, hydrothorax.

AUTOPSIE. — Poids du cœur, 412 grammes.

Dimensions du cœur.

LONGUEUR.	Du sommet de l'oreillette droite à la pointe du ventricule droit	130 mill.
	Du sommet de l'oreillette gauche à la pointe du ventricule gauche	144
LARGEUR.	Du bord droit au bord gauche, un peu au-dessous de la base des ventricules	100
	A la pointe du cœur	35
ÉPAISSEUR.	De la paroi ventriculaire gauche près de la base	18
	Idem, à la partie inférieure	5
	Idem, à la pointe	2
	De la paroi ventriculaire droite près de la base	10
	Idem, à la pointe	7
	De la cloison interventriculaire à sa partie moyenne	7

Le cœur est volumineux, à pointe mousse.

La pointe constituée par le sommet du ventricule gauche, qui descend de 14 millim. plus bas que le sommet du ventricule droit, est arrondie; dans une étendue égale à une pièce de cinq francs, à partir du sillon interventriculaire antérieur et de la pointe, la surface antérieure et le bord gauche du ventricule gauche offrent une coloration d'un rouge foncé, forment une saillie bombée et se dépriment plus facilement qu'ailleurs sous la pression du doigt qui donne une sensation de fluctuation.

Une incision suivant la longueur donne issue à une sanie épaisse, rouge, analogue à de la lie de vin claire qui s'échappe d'une cavité particulière existant à la pointe du cœur, cavité qui pourrait loger une noix. Cette cavité est constituée en bas et dans sa circonférence latérale par la paroi ventriculaire amincie, revêtue d'une couche mince de fibrine floconneuse et sanieuse à sa surface, en haut par une couche fibrineuse compacte, épaisse de 4 à 5 millim., adhérente par tout son pourtour avec les parois du ventricule et se continuant là avec la couche fibrineuse plus mince qui tapisse le reste de la cavité accidentelle. La couche fibrineuse supérieure sépare la cavité accidentelle de la cavité du ventricule. Il résulte de cette disposition que le sommet de la chambre aortique, notablement dilaté, est rempli, à partir du niveau de la base des colonnes, par une concrétion fibrineuse dans l'épaisseur de laquelle était contenu le liquide sanieux qui s'est écoulé au moment de l'incision.

Là où elle touche la paroi interne du ventricule, la fibrine se moule exactement sur cette paroi, s'insinue dans les interstices de colonnes et sous leurs réseaux. C'est par suite de cette exacte application et de cette sorte d'enchevêtrement que l'étroite contiguïté simule l'adhérence. La paroi du ventricule, partout parfaitement lisse, a une couleur rose très-pâle dans la cavité supérieure et une couleur rouge foncé dans toute la portion qui correspond au caillot fibrineux. La substance musculaire n'est nulle part ramollie.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU VÉSICATOIRE DANS LES VARIOLES CONFLUENTES (recueillie dans le service de M. PIORRY); par M. PAGÈS, interne.

Au nombre des fléaux les plus meurtriers qui pèsent sur la pauvre humanité, nous devons placer la variole.

Que n'aurait pas mérité de notre reconnaissance cet homme, aussi cher peut-être à la famille qu'à la science, si, non content d'avoir imposé des limites à ce génie destructeur, d'avoir détruit le mal dans son germe, il avait pu le détruire dans sa fécondation, s'il avait pu, enfin, guérir la variole manifestée?

J'entends par guérir la variole, non-seulement faire avorter cet état grave de réaction qui se manifeste sous l'influence d'un levain morbide, mais encore ces cicatrices indélébiles qui, surtout chez les femmes, compromettent si souvent la position sociale de l'individu; car, plus cruelle que les autres fléaux, la variole stigmatise ceux qu'elle n'a pu entraîner au tombeau.

Ce n'est pas que marchant sur les traces de Jenner, on n'ait fait de généreux efforts pour compléter son œuvre, mais la science, malgré de nombreux travaux du plus haut mérite, est restée sinon toujours impuissante, du moins dans le plus grand nombre de cas. Ce n'est pas encore que certaines complications n'aient pu être levées par un traitement *ad hoc;* mais les agents qui ont eu une influence sur la variole elle-même, ne nous paraissent avoir agi qu'autant qu'ils ont rempli quelques-unes des conditions qui forment la base de la méthode du traitement que nous devons exposer par les résultats que j'en ai vu obtenir; il mérite de fixer l'attention des gens qui veulent réellement être utiles.

Pour moi, je regarde comme un devoir de conscience de le publier. Pour suivre la marche qui a conduit M. Piorry à son moyen (la priorité quant au but connu, on va le voir, ne peut lui être contestée), quelques détails nous paraissent indispensables.

S'il était permis d'analyser l'état sous lequel se présente à nous la variole confluente (c'est celle dont nous voulons surtout nous occuper), nous pourrions facilement en isoler deux éléments essentiels; voyez la face d'un varioleux: œdème, coloration rouge, livide dans l'intervalle des pustules, boursouflement, congestion des paupières, sécrétions purulentes entre leurs bords libres, muqueuses rouges, quelquefois couvertes de pseudomembranes tuméfiées, souvent saignantes. N'avons-nous pas là les caractères d'une véritable cutite; cet état de la peau n'a-t-il pas des rapports infinis avec un érysipèle.

Qu'il nous suffise pour le moment d'avoir fait remarquer ce point; nous y reviendrons bientôt.

Passons au second élément: pustules nombreuses remplies d'un pus opaque semblable au pus ordinaire (nous supposons la variole à son époque d'évolution complète); la base de chacune de ces deux pustules est en contact avec le derme; c'est depuis quelquefois trois ou quatre jours; ce pus n'est plus de la sérosité: celle-ci a dégénéré; ce produit est depuis longtemp en contact médiat ou immédiat avec l'air. Car une véritable endosmose, la membrane fût-elle intacte, peut parfaitement s'accomplir à travers la vésicule pustuleuse, et ces pustules sont nombreuses, quelquefois d'un diamètre assez étendu; elles peuvent se réunir, s'entasser, de manière à former de véritables foyers purulents. Que de sources d'infection! que de motifs pour avoir à craindre une véritable résorption purulente et putride en même temps! Purulente, car le pus ou ses éléments sont dans des conditions à être absorbés; putride, car depuis longtemps ces produits sont en contact avec l'air.

Ceci établi, passons en revue les diverses méthodes de traitement jusqu'ici employées, et voyons ce qu'elles ont de bon et en quoi elles sont insuffisantes.

Qu'est la variole, sinon une sorte d'empoisonnement dont l'agent nous est inconnu dans son essence? Où prendre le contre-poison d'un poison dont nous ignorons la nature? (Piorry, Bouillaud.) — Jenner a répondu: Et, quoi que nous en disions, nous serons empiriques dans nos grandes découvertes médicales.

De La Metrie, Jamson, saignaient abondamment dans les varioles confluentes. M. Bouillaud saigne aussi, je crois qu'il a raison, quand existent des complications inflammatoires ou quand la variole affecte un cachet congestionnel des plus prononcés; j'en dirai autant, dans leurs circonstances respectives, des vomitifs, des purgatifs, des toniques, etc. Mais passons à l'examen de quelques moyens locaux qui ont été proposés, soit pour empêcher l'apparition des pustules, soit pour les faire avorter, soit pour prévenir la résorption du pus qu'elles contiennent: empêcher l'apparition de l'exanthème variolique suppose l'admission de la variole sans pustule, *variola sine variolis*. Ce point étant en litige, les résultats ne sauraient être concluants.

Les moyens dont on a invoqué le secours pour faire avorter les pustules varioliques, une fois développées, sont: 1° la cautérisation; 2° l'application des préparations mercurielles (1).

La première méthode (Bretonneau, Serres, Velpeau), fondée sous un rapport, est impossible à mettre à exécution dans une variole confluente.

2° EMPLATRES MERCURIELS DE M. BRIQUET. — Il est un fait avéré que ce moyen a été utile; mais l'interprétation qu'a donnée ce savant praticien de sa méthode nous paraît défectueuse.

M. Briquet, en effet, explique les résultats avantageux de ses emplâtres par l'action dissolvante du mercure; ce n'est pas là pour nous le secret de ce moyen. Appliqué vers la première période quand la variole ne fait qu'effleurer la peau sous la forme d'érithème, l'application mercurielle, suivant M. Briquet, a entravé l'évolution de la variole. En fait de métastase, M. Briquet, sans en nier la possibilité, ne l'a pas observée.

(1) La méthode des emplâtres de Vigo est très-anciennement connue: on la trouve mentionnée tout au long dans un ouvrage de Dessard, 1782. Alibert parlait souvent des avantages des emplâtres de Vigo dans la variole confluente (cet auteur attribuait le développement des pustules à l'air et à la lumière).

En 1831 ou 1832, un élève de M. Piorry, Chanut (de Dijon), fut frappé d'une variole confluente. Se rappelant les conseils d'Alibert, des emplâtres de diachylum furent appliqués sur la face. M. Garrue, alors interne de M. Piorry, donna connaissance à M. Serres, son chef de service, des résultats obtenus, et des emplâtres de Vigo furent substitués à ceux de diachylum. Plus tard des expériences comparatives furent faites avec le diachylum et l'emplâtre de Vigo par MM. Briquet et Nonat: j'en ignore les résultats. Tout ce que je sais, c'est que ces messieurs, à cette époque, ne furent pas convaincus de l'identité des résultats.

OBS.— Dans la salle Sainte-Geneviève, est venue une femme âgée de 28 ans, affectée d'une variole des plus confluentes; la tuméfaction des paupières était telle, que la sortie du pus se faisait difficilement à travers les bords. Les douleurs étaient si violentes que l'on fut obligé d'appliquer un vésicatoire du côté de la joue le plus douloureux. Le lendemain, le côté de la face où était appliqué le vésicatoire était détuméfié et les pustules de ce côté détruites. Les accidents divers qui avaient nécessité le vésicatoire avaient disparu.

L'idée qui avait conduit M. Piorry à l'application de son vésicatoire n'était ici que celle qui lui faisait appliquer le même moyen dans les cas d'érysipèle, lorsque l'inflammation, envahissant les paupières, menaçait de si près les méninges. Quoi qu'il en soit, non-seulement l'état de congestion inflammatoire fut détruit, mais notre étonnement fut grand quand nous vîmes le côté sur lequel le vésicatoire avait été appliqué, lisse, poli, faisant un contraste remarquable avec celui auquel on n'avait pas appliqué de vésicatoire.

Cette observation ne fut pas perdue, et le lendemain, la même expérience fut faite sur un nouveau sujet.

OBS. I. (Salle Saint-Raphaël, n° 6.) — Pigy (Fréderic), 19 ans, non vacciné; tempérament sanguin, constitution robuste. Entré le 1er septembre, avec une variole des plus confluentes; évolution complète.

Application d'un vésicatoire sur la joue droite et sur le front.

Aujourd'hui, 15 septembre, les parties sur lesquelles le vésicatoire a été appliqué sont lisses et polies; les autres sont dans l'état qui caractérise les cicatrices varioliques.

OBS. II. (Même salle, n° 22.) — Courtois (Baptiste), corroyeur, 18 ans, tempérament sanguin; non vacciné. Entré le 1er septembre; variole confluente.

Vésicatoire sur la joue droite. Ce vésicatoire a été appliqué à deux reprises différentes, à cause du ramollissement de l'épiderme.

La joue droite ne présente aucune trace de cicatrice. Le malade regrette beaucoup qu'on n'ait pas traité par les vésicatoires les autres parties de la face.

OBS. III. (Même salle, n° 33.) — Pellès (Jacques), tisserand, 22 ans. Entré le 17 août; variole légère; non vacciné.

Vésicatoires sur la joue et le front; anciennes traces de cicatrices sur la place occupée par les vésicatoires.

OBS. IV. (Même salle, n° 30.) — Quenesac (Jean), maçon, 18 ans, tempérament sanguin; variole très-confluente; il n'a pas été vacciné.

Application d'un vésicatoire sur la joue droite; les pustules laissent écouler le pus; pas de croûtes sur la place occupée par le vésicatoire; peau au contraire lisse et unie.

OBS. V. (Même salle, n° 40.) — Pelissier (Charles), 18 ans, tempérament lymphatique; non vacciné. Entré le 29 août.

Variole assez confluente; pustules complètes ombiliquées; vésicatoire appliqué sur le front et la joue droite.

Le lendemain, dessiccation des pustules non-seulement à la face, mais sur tout le corps. Il est vrai que les pustules de la face et du front le sont plus complétement que celles du corps.

On observe aussi un nouvel avortement de la variole, parvenue néanmoins à une période avancée.

Aucune autre circonstance ne nous révèle la cause de ce fait important.

OBS. VI. (Salle Sainte-Geneviève, n° 12.) — Revat (Rose), 21 ans, tempérament sanguin; vaccinée; variole confluente.

Des vésicatoires appliqués sur la face; réaction intense; mal de tête.

Ces accidents se calment (la variole était arrivée à la période pustuleuse) dans l'espace de deux jours; véritable avortement de la variole; dessiccation complète. Les pustules du corps, surtout des bras, sont néanmoins plus tardives à se cicatriser.

Le pus est doué de propriétés corrosives; on conçoit sans peine que plus il sera en contact avec le derme dénudé de son épiderme, plus sera profonde l'ulcération à laquelle il donne lieu.

D'un autre côté, le pus engendre le pus; véritable corps irritant, il enflamme les parties qui pourront à leur tour se convertir en abcès, surtout dans les parties renfermant une quantité considérable de tissu cellulaire.

Si le pus normal produit par son contact irritant de véritables ulcérations, que ne devons-nous pas attendre du pus altéré par le contact de l'air, ce pus devenu, comme on le dit, putride.

Certes, voilà bien l'indication formelle d'évacuer le plus tôt possible, à leur naissance même, les pustules recouvrant la surface du corps; et la méthode ectrotique de M. Bretonneau ne suffit pas, car les pustules cicatrisées se reforment sous l'influence du virus, particule qui lui a donné naissance. Il faut un moyen qui agisse aussi longtemps que se fait le mouvement varioleux sur la peau.

D'un autre côté, on conçoit la difficulté de cautériser, une à une, chaque pustule et le danger de les cicatriser toutes ensemble.

On peut appliquer le reproche d'impuissance à la méthode première de M. Piorry qui consistait à ouvrir les pustules avec des ciseaux.

Il n'en est pas de même du vésicatoire; la pustule meurt à sa naissance; quand elle ne contient que de la sérosité, elle est vidée complétement; de plus, elle l'est à tout instant à proportion que le pus se forme.

De là, un contact moins prolongé de pus avec le derme, par conséquent cicatrices moins difformes, si toutefois elles sont apercevables.

Le pus n'ayant pas le temps de s'altérer, les propriétés en sont moins corrosives; par conséquent encore moins de chances pour les ulcérations profondes, et surtout difficulté d'une intoxication putride et purulente en même temps.

Si nous passons en revue actuellement les bienfaits qui peuvent suivre l'application des vésicatoires dans la variole, ne voyons-nous pas qu'il peut être utile pour calmer cet état de congestion, d'œdème aigu qui l'accompagne, pour fixer l'inflammation érysipélateuse quand elle envahit les paupières et menace de près les méninges? (Piorry.)

Enfin, dans le cas où une répercussion de la variole serait un fait non contesté, fait qui peut-être à tort a fait blâmer la méthode des emplâtres de M. Briquet, ne voyons-nous pas dans le vésicatoire un véritable moyen révulsif à l'abri de ces objections!

Enfin, dans le vésicatoire bien fait, ne trouvons-nous pas un véritable masque qui met la face endolorie et ulcérée à l'abri du contact de l'air.

C'est là, je crois, tout l'avantage de l'emplâtre de M. Briquet; c'est par ce moyen ainsi interprété que ce médecin a rendu un véritable service.

Il nous resterait à parler de deux observations sur lesquelles nous ne voulons pas nous prononcer (obs. 3 et 6). Nous avons, dans ces deux cas, observé une véritable délitescence de l'affection varioleuse; croyant avoir affaire à une simple coïncidence, nous ne faisons qu'indiquer le résultat, mais obtenu coïncidemment à des vésicatoires.

Voilà ce que j'ai observé chez des adultes; chez un enfant, j'ai vu obtenir un résultat bien moins favorable; plus tard, j'en rechercherai la cause.

REVUE CLINIQUE.

REVUE DU SERVICE CHIRURGICAL DE M. JOBERT (DE LAMBALLE) A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, ANNÉE 1846; par M. ROZÉ, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

3° LUXATION SUS-ACROMIALE DE LA CLAVICULE GAUCHE.

Cette espèce de luxation est incontestablement moins rare que celle de l'extrémité externe de la clavicule en bas: c'est là une vérité qui a été relevée par M. Morel-Lavallée qui en a observé cinq cas à l'hôpital de la Pitié. Nous en avons vu deux exemples à l'hôpital Saint-Louis: un dans le service de M. Jobert et que nous allons rapporter d'abord, en nous réservant de le faire suivre de quelques réflexions.

OBS. — Le 16 janvier 1846 entra à l'hôpital Saint-Louis la nommée Nobls, âgée de 48 ans, ouvreuse de loges.

Cette femme, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut renversée hier soir par un cheval qui marchait à sa rencontre; elle ne se rappelle nullement comment elle est tombée; elle est restée plus d'une heure sans connaissance.

Apportée le lendemain à l'hôpital, elle présente l'état suivant:

La malade étant sur son séant, l'épaule gauche paraît un peu plus basse que celle du côté opposé; lorsqu'on l'examine par derrière, l'omoplate paraît aussi un peu plus saillant.

Au-dessus et un peu en dedans du moignon de l'épaule qui a conservé sa rondeur normale, il existe une petite tumeur dure, qui correspond à l'extrémité externe de la clavicule; on peut facilement interposer le doigt entre la face inférieure de cette extrémité et la face supérieure de l'acromion.

Cette tumeur, presque immobile, suit cependant les quelques mouvements qu'on peut faire exécuter à la clavicule.

L'acromion déborde environ de 2 centimètres en dehors l'extrémité de la clavicule.

De l'extrémité interne de la clavicule au sommet de l'acromion, 14 centim. 1/2 à gauche, 15 centim. 1/2 à droite.

De l'extrémité externe de la clavicule à l'épicondyle, 33 centim. à gauche, 31 à droite.

Une légère excoriation se remarque à la peau dans l'endroit qui correspond à l'articulation acromio-claviculaire.

Les mouvements de rotation de l'humérus sont restés possibles; la malade

ne peut porter la main sur sa tête plutôt à cause de la douleur qu'elle éprouve que de l'impossibilité où elle se trouve. Une saignée de trois palettes a été pratiquée à l'arrivée de la malade. Un bandage convenablement serré tient le bras rapproché du corps dans une direction parallèle à l'axe du corps, le coude est légèrement soulevé.

7 février. Aucun accident n'est survenu dans le courant du séjour à l'hôpital, d'où elle sort, le 7 février, dans l'état suivant:

L'extrémité externe de la clavicule a conservé les rapports que nous avons décrits plus haut, elle paraît cependant un peu moins saillante. La mensuration nous fournit les mêmes chiffres.

Cependant l'écartement entre l'extrémité de la clavicule et la face supérieure de l'acromion paraît moins considérable qu'à l'entrée de la malade.

Les mouvements du bras sont encore gênés, mais aucun n'est impossible; la malade peut porter sa main gauche à sa tête.

Cette observation mérite que nous nous y arrêtions un instant; et d'abord comment s'est produite la luxation? A défaut des renseignements que la malade n'a pu nous donner, nous trouvons dans le point qui correspond à l'articulation acromio-claviculaire une légère excoriation qui nous indique que l'accident est arrivé à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, et, comme cette articulation est placée plus en avant qu'en arrière, nous croyons pouvoir dire qu'à cette chute s'est ajoutée une forte impulsion du tronc en avant. Ce fait, sur lequel M. Morel-Lavallée, le premier, a appelé l'attention des chirurgiens, est regardé par lui comme une condition presque indispensable pour la production de la luxation, le choc direct étant la condition la plus favorable à la production de la fracture.

Quant au traitement, qui est le point le plus important et en même temps le plus difficile, c'est encore un sujet de controverse parmi les chirurgiens, les uns prétendant que l'on ne doit appliquer aucun appareil, les autres, au contraire, étant d'avis que l'on doit toujours remédier à la difformité qui résulte du déplacement des surfaces articulaires. On a pu voir, en lisant l'observation, quelle était à cet égard l'opinion de M. Jobert.

Il nous paraît difficile d'émettre sur cette question une opinion absolue. S'il est des cas où l'on peut remédier à la difformité au moyen d'appareils toujours assez difficiles à appliquer pour le médecin et à supporter pour le malade, nous croyons qu'il y en a d'autres où, tout bien considéré, il est encore préférable d'abandonner une difformité qui ne doit en définitive nullement gêner les mouvements du bras. Or, si l'on fait attention que chez la malade, dont nous avons rapporté l'observation, la réduction était difficile à obtenir, plus difficile encore à maintenir, que d'ailleurs sa constitution détériorée n'aurait peut-être pas permis d'appliquer un bandage qui aurait eu pour effet d'exercer une forte pression sur un point limité de la peau et peut-être de produire dans cette région une complication beaucoup plus grave que la luxation elle-même : je veux dire la gangrène. Si, de plus, on considère que la position sociale de cette pauvre femme lui permet de cacher facilement la difformité sans lui imposer aucune privation de coquetterie, on louera la prudence dont M. Jobert a fait preuve en n'appliquant aucun appareil contentif, et cela d'autant plus que lorsque la malade sortit de l'hôpital, on constata avec soin la conservation de tous les mouvements de l'épaule.

4° CORPS ÉTRANGER A L'ENTRÉE DE L'ŒSOPHAGE.

La disposition anatomique de l'œsophage, le rétrécissement brusque qu'il présente à son orifice supérieur, c'est-à-dire au niveau du premier anneau de la trachée, permet de comprendre et d'expliquer pourquoi les corps étrangers s'arrêtent de préférence dans cette région, lorsque c'est par suite de leur volume trop considérable qu'ils ne peuvent parcourir ce conduit dans toute son étendue. Ce résultat indiqué par l'anatomie a été bien des fois confirmé par la pathologie. La forme de ces corps peut d'ailleurs varier, et cette considération est d'autant plus importante à noter qu'elle fournit une explication rationnelle et logique des symptômes différents qu'on observe du côté des voies respiratoires. Si dans certains cas, en effet, il existe de la dyspnée, voire même des accès de suffocation par suite de la compression exercée sur le conduit aérien; dans d'autres, la respiration ne se trouve nullement gênée bien que cependant ce soit le volume seul du corps qui l'ait empêché de franchir l'ouverture œsophagienne. Dans ces derniers cas, il faut bien que le corps étranger présente une forme particulière qui lui permette de se fixer sans exercer aucune compression sur le larynx. Or es pièces de monnaies sont dans ce cas. Nous ne prétendons pas dire par là que, dans ces circonstances, jamais le larynx ne sera comprimé; nous voulons seulement constater la possibilité de la présence d'une pièce de monnaie volumineuse, comme une pièce de cinq francs, par exemple, engagée dans l'ouverture de l'œsophage sans qu'il en résulte pour cela aucune gêne de la respiration.

L'observation que nous allons rapporter offre un exemple de cette disposition, et sous ce rapport elle mérite de fixer l'attention des chirurgiens.

PIÈCE DE CINQ FRANCS ENGAGÉE DANS L'ŒSOPHAGE; EXTRACTION AVEC LE DOUBLE ANNEAU DE GRAEFE; GUÉRISON.

Obs. — Le 8 avril 1836 entra à l'hôpital Saint-Louis, le nommé Christophe, âgé de 21 ans, vidangeur.

Cet homme, d'une constitution forte et vigoureuse, se trouvant, il y a deux jours, réuni avec des camarades, prétendit qu'il était impossible qu'on avalât une pièce de cinq francs. Pour le prouver, il en mit une dans sa bouche sans toutefois chercher à l'avaler, lorsque, dans un mouvement d'inspiration, celle-ci franchit brusquement le gosier. Immédiatement le malade sentit une douleur à la région cervicale. Il y eut alors un accès de suffocation accompagné de nausées, de toux, de larmoiement. Cet accès dura environ une heure, après quoi le calme se rétablit; mais il resta à la hauteur du cartilage cricoïde, au commencement de l'œsophage, une douleur qui depuis lors a persisté dans ce point.

Immédiatement après l'accident, la déglutition de la salive et des liquides était possible, mais douloureuse.

La respiration n'a pas été notablement gênée.

Dans la soirée, un médecin administra un vomitif qui détermina trois ou quatre vomissements, sans que le malade constatât le moindre changement dans le siége de la douleur.

La première nuit, il y eut insomnie complète déterminée par la douleur qui était presque insupportable, surtout lors de la déglutition.

Dans la journée du 7, cet homme qui était levé et marchait, ayant essayé de manger du pain, celui-ci ne put passer, il fut obligé de le rendre; mais la déglutition des liquides reste facile quoique douloureuse. Une chose remarquable, c'est que la douleur est en raison inverse de la quantité de liquide ingérée.

Dans la nuit du 7 au 8, le malade dormit.

Dans la journée du 8, il ne survint rien de particulier; le malade prit une panade très-claire qui passa sans trop de difficulté. Il entra alors à l'hôpital Saint-Louis.

En cherchant à constater par le toucher le siége précis de la pièce de monnaie, on ne sent dans la région cervicale aucune résistance, aucune tumeur anormale, on ne voit aucune déformation, M. Jobert cependant, en faisant exécuter à la masse laryngo-pharyngienne des mouvements de latéralité, dit avoir éprouvé une sensation particulière anormale qu'il attribue au corps étranger.

Le doigt, introduit dans l'arrière-bouche aussi loin que possible, ne peut arriver jusqu'à lui.

Du reste, la voix n'est nullement altérée, et il n'existe aucun signe de compression des voies aériennes.

M. Jobert a d'abord introduit une sonde en gomme élastique de moyen calibre, mais il n'a pu constater la présence de la pièce de monnaie. N'ayant pas réussi davantage avec le double anneau de Graefe, il a fait lever le malade, et après l'avoir fait asseoir sur une chaise, il a de nouveau introduit l'instrument de Graefe, lequel en frottant contre le corps étranger a fait entendre aussitôt une sorte de bruit métallique. M. Jobert alors a continué de pousser la tige de baleine, de manière à faire descendre le double anneau au-dessous de la pièce de cinq francs et à l'arracher en retirant l'instrument : c'est ce qui arriva en effet : par cette manœuvre, elle fut ramenée dans l'arrière-bouche. Alors faisant brusquement pencher en avant la tête du malade, la pièce tomba immédiatement sur le plancher.

A l'instant même, la douleur fixe que le malade ressentait à la région cervicale disparut, et la déglutition se fit sans aucune difficulté.

Quelques heures après, il a pris un potage qui a parfaitement passé. (Eau de Sedlitz dans la journée.)

10 avril. Le malade n'a éprouvé aucun accident; il a mangé sans douleur aucune. La nuit il a bien dormi.

11 avril. Il sort de l'hôpital.

Pour peu qu'on réfléchisse aux détails de l'observation qu'on vient de lire, il est, je crois, facile de se rendre compte des différents phénomènes observés. Ainsi l'accès de suffocation survenu au moment de l'accident s'explique naturellement par le mécanisme suivant lequel le corps étranger est arrivé dans l'œsophage. On n'a pas oublié sans doute que la pièce de cinq francs placée dans l'intérieur de la cavité buccale fut tout à coup transportée dans le pharynx au moment d'une inspiration; or il me paraît logique de supposer qu'une fois arrivé dans l'arrière-bouche, le corps étranger, placé sur un plan incliné formé par la partie postérieure de la langue, descendit tout à coup dans le pharynx, en obéissant purement et simplement à son propre poids; et comme ce mouvement descendant s'exécuta au moment même où l'épiglotte était soulevée, son passage dut nécessairement produire une contraction spasmodique de l'ouverture supérieure du larynx, et par suite cet accès de suffocation, qui ne dura et qui ne pouvait durer que quelques instants.

Quant à la constatation du corps étranger au moyen du cathétérisme, bien qu'en général elle n'offre aucune difficulté, lorsqu'on a affaire à un corps d'un certain volume, on a pu voir que M. Jobert, dont personne ne contestera l'habileté, a été obligé d'y revenir à trois fois, et cela en plaçant le malade dans des positions différentes. Cette difficulté s'explique je crois facilement par la forme du corps étranger et sa position dans le conduit alimentaire. En effet, la palpation ne faisant rien découvrir sur les côtés du larynx, et la respiration ne se trouvant nullement gênée, il est naturel de penser que la pièce de cinq francs est située de champ derrière le larynx,

obliquement, de manière à diviser dans ce point le canal en deux moitiés : l'une qui regarde en arrière et à gauche, l'autre en avant et à droite. Il résulte de cette disposition que si l'on vient à introduire une sonde en gomme élastique, le malade étant couché, cette sonde suivant exactement la face postérieure du pharynx et de l'œsophage, arrivée dans le point où existe la pièce de monnaie passe librement entre elle et la paroi postérieure du conduit, et cela sans donner aucune sensation de résistance. Si, au contraire, le malade est debout et que l'on se serve, au lieu d'une sonde en gomme élastique, du double anneau de Graefe, il arrive que, par son propre poids, l'instrument est légèrement ramené en avant et vient en passant effleurer la pièce de monnaie, en faisant entendre le bruit particulier que nous avons noté.

Après tous les détails dans lesquels je viens d'entrer relativement à la position précise de la pièce de cinq francs, il est je crois inutile de rien ajouter pour faire comprendre comment le passage des liquides est toujours resté facile, tandis que les aliments, présentant un certain volume et une certaine consistance, ont été rejetés sans pouvoir parvenir jusqu'à l'estomac.

Quant à l'instrument dont M. Jobert a fait usage pour retirer le corps étranger, nous avons dit plus haut que c'était le double anneau de Graefe; nous devons mentionner ici, pour être juste, la modification que M. Charrière a fait subir à cet instrument, et qui consiste à rendre le double anneau mobile à l'extrémité de la tige de baleine. Cette modification, quelque peu importante qu'elle soit, a cependant pour effet de rendre plus facile l'introduction dans l'œsophage, et de doubler les chances de réussite en augmentant de moitié l'étendue de la gouttière qui existe entre l'anneau d'une part et la tige de l'autre. Pour qui connaît l'instrument dont nous parlons, il est trop évident que c'est celui qui remplissait le mieux les indications, pour que nous ayons besoin d'insister sur ce point, il est incontestablement supérieur à celui de J.-L. Petit. Son introduction cependant exige quelques précautions; ce qui en exige bien davantage encore, c'est lorsque la pièce de monnaie est arrivée dans l'arrière-gorge : là, en effet, elle quitte l'instrument et retomberait inévitablement dans l'œsophage, si, comme l'a fait M. Jobert, on ne commandait au malade de pencher immédiatement la tête en avant.

5° PUSTULE MALIGNE.

Bien que la pustule maligne soit rare dans les hôpitaux de Paris, il est cependant peu de chirurgiens qui n'aient eu au moins une fois l'occasion d'observer cette redoutable affection. Pour notre part, nous en avons vu trois cas dans le service de M. Jobert : le premier sur une femme ouvrière en crin; le second sur un boucher; le troisième enfin, dont nous allons rapporter l'histoire, sur une femme qui entra à l'hôpital Saint-Louis le 25 janvier de cette année. Voici le fait.

PUSTULE MALIGNE; CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE, GUÉRISON.

OBS. — La nommée Chenu, âgée de 38 ans, ouvrière en crin, s'aperçut, le 20 janvier dernier, qu'elle avait à la face un petit bouton rougeâtre qui lui causait des picotements et des démangeaisons incommodes. Comme elle y portait fréquemment la main et qu'elle frottait fortement la partie malade, le bouton se trouva bientôt transformé en une petite plaie qui devint noirâtre à sa partie centrale et le siége de douleurs vives. Néanmoins cette femme put encore vaquer à ses occupations pendant trois jours; mais le quatrième, elle fut prise d'une céphalalgie si violente et d'une si grande faiblesse qu'elle fut forcée de s'aliter.

A partir de ce moment, les symptômes locaux et généraux allèrent rapidement en augmentant d'intensité. La malade alors se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis le 25 janvier, dans l'état suivant :

Au niveau de la partie moyenne du corps du maxillaire inférieur du côté droit, on voit une escarre noirâtre, grande comme une lentille, d'une dureté remarquable et occupant toute l'épaisseur de la peau de cette région. Toutes les parties molles qui environnent l'escarre sont fortement engorgées, et les téguments sont le siége d'une rougeur qui a quelque chose de spécial et de caractéristique. L'engorgement s'étend jusqu'aux ganglions cervicaux sus-claviculaires. Toutes ces parties sont douloureuses à la pression. A la circonférence de l'escarre existent sept ou huit petites vésicules remplies de sérosité jaunâtre. Ces phénomènes locaux sont accompagnés d'une grande céphalalgie, de malaise, de courbature et d'un état de prostration extrême; de temps en temps se manifestent des frissons et des nausées sans vomissement. La face est pâle, les extrémités refroidies, la soif vive, le pouls à 90, peu développé.

M. Jobert ayant reconnu dans cet ensemble des phénomènes l'existence d'une pustule maligne, fit immédiatement, sur l'escarre et sur les parties environnantes, une large incision cruciale, au fond de laquelle il plongea un cautère rougi à blanc. Des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, souvent renouvelées, furent appliquées sur les parties malades, et à partir de ce moment, les accidents toxiques cessèrent de faire des progrès.

Le lendemain de la cautérisation, l'engorgement et la tuméfaction avaient au moins diminué de moitié, et les phénomènes généraux avaient également perdu de leur intensité; mais ils persistent. (Limonade vineuse, lavement purgatif.)

Le 27, il n'y avait pour ainsi dire plus de rougeur à la peau; l'engorgement était circonscrit et concentré autour de l'escarre; mais on observait encore une grande faiblesse, de la céphalalgie, un peu de somnolence et quelques nausées.

Le 28, les symptômes inflammatoires avaient complétement disparu; l'escarre commençait à se dessécher; la céphalalgie et les autres phénomènes généraux n'existaient plus.

Le 2 février, l'escarre était réduite à un gâteau solide qui commençait à se soulever dans divers points de sa circonférence.

Les jours suivants, la malade pouvait se lever; elle reprenait de l'appétit et des forces de jour en jour.

Le 8, elle quittait l'hôpital parfaitement guérie de tous les accidents qu'elle avait éprouvés : l'escarre était alors réduite à une petite croûte jaunâtre et racornie dont la chute complète s'opéra quelques jours après sa sortie.

Cette observation, rapprochée des deux autres cas dont nous avons été témoin, confirme donc les idées qui ont été émises sur la pustule maligne considérée sous le point de vue de son étiologie. Nous la voyons en effet survenir dans les trois cas, sur des individus qui, par leur profession, étaient exposés au contact de corps ayant appartenu à des animaux qui eux-mêmes avaient pu être atteints d'une affection charbonneuse. La profession est donc une considération qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'il s'agit de porter le diagnostic, d'autant plus que la maladie débute toujours d'une manière insidieuse, puisque la première période est uniquement caractérisée par une petite rougeur ressemblant à une morsure de puce, et accompagnée de simples démangeaisons. Il existe bien à la vérité, dans les parties environnantes, une tuméfaction qui a quelque chose de caractéristique; mais cette tuméfaction elle-même peut être, dans certains cas, une cause d'erreur dépendant du siége de la pustule. Ainsi nous avons vu une femme entrer dans le service de M. Jobert avec une tuméfaction considérable de tout le côté droit de la face; l'œil était complétement caché par les paupières, qui étaient le siége d'un gonflement énorme; on pouvait croire au premier abord avoir affaire à une affection érysipélateuse de la face, lorsqu'en interrogeant la malade, M. Jobert apprit qu'elle travaillait dans le crin. L'attention du chirurgien éveillée par cette circonstance, il examina plus scrupuleusement toutes les parties, et finit par découvrir, en écartant fortement les paupières, une pustule maligne siégeant un peu au-dessous du cartilage tarse inférieur. Il appliqua immédiatement un bouton de feu qui arrêta presque aussitôt les progrès du mal. La gangrène se limita; l'escarre tomba, et la malade sortit guérie de l'hôpital.

Une différence qui existe et qui a été notée par les auteurs entre la pustule maligne et le charbon, c'est que, dans ce dernier cas, les symptômes généraux précèdent toujours les phénomènes locaux, tandis que, dans le cas de pustules malignes, les symptômes généraux ne surviennent que quelques jours après le début de l'affection. Ce fait, que nous avons noté sur notre malade, n'a pas empêché l'efficacité de la cautérisation, et cela contrairement à l'opinion de M. Rochoux, qui pense que du moment que les symptômes généraux surviennent, il est nécessaire de recourir à un traitement général, la cautérisation ne suffisant pas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU CAS DE MORVE AIGUE CHEZ L'HOMME, OBSERVÉ A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU; communiquée par M. Burguières, agrégé, chargé par intérim du service de M. le professeur Rostan.

Les observations de morve aiguë chez l'homme sont aujourd'hui assez nombreuses pour qu'il ne soit plus possible d'élever le moindre doute sur la transmission de cette terrible affection à l'espèce humaine. D'un autre côté, il résulte de la spécificité de cette maladie que ses manifestations symptomatiques, ainsi que les altérations qu'elle laisse après la mort, se présentent dans les différents cas avec une identité presque complète.

Il n'est pas inutile cependant de publier succinctement, comme on l'a fait jusqu'ici, les faits de ce genre qui s'observent, ne fût-ce que pour tenir en éveil sur un sujet important à tous égards l'attention des médecins, des vétérinaires et des autorités chargées de la police sanitaire.

Dans le cas actuel, bien que l'étiologie soit restée entourée de quelque obscurité, les renseignements recueillis suffisent pour faire admettre que le malade a contracté la morve par suite de ses rapports avec des chevaux infectés. A ce propos, il faut remarquer qu'il devient chaque jour plus difficile de remonter exactement aux antécédents des malades atteints de la morve. La plupart des entrepreneurs qui emploient des chevaux morveux n'ignorent pas que la maladie de ces animaux est susceptible de se transmettre aux personnes qui les approchent; lorsqu'un cas de morve se déclare chez

eux, ils déguisent presque toujours avec le plus grand soin, dans le but de se mettre à l'abri de toute responsabilité, les faits qui pourraient établir l'origine de la maladie. On voit aussi quelquefois les malheureux atteints de la morve affirmer qu'ils n'ont eu aucun rapport avec des chevaux suspects. Il ne faudrait donc pas se hâter de conclure des renseignements négatifs d'une enquête superficielle à la possibilité du développement spontané de la morve dans l'espèce humaine.

Obs. — Le sujet de notre observation est un nommé Gretten, âgé de 45 ans, doué d'une bonne constitution. Il a déclaré exercer la profession de carrier. Malade depuis environ dix jours, se plaignant de douleurs vagues dans les membres, de frisson et de fièvre, il est entré le 2 octobre à l'Hôtel-Dieu, où il est resté couché salle Sainte-Jeanne, n° 4. Il reste dans le décubitus dorsal, dans un état de demi-somnolence et de délire tranquille. Lorsqu'on l'interroge vivement, il répond avec assez de netteté. Il déclare ne point souffrir. La langue est rouge et sèche, les narines pulvérulentes, la soif vive. Il y a du dévoiement. Le pouls est fréquent, dur et résistant. On pratique une saignée de 500 grammes.

Le 3 octobre, on constate l'état couenneux de la saignée de la veille. Le malade a tenu toute la nuit des propos incohérents, restant cependant tranquille dans son lit. Même état général. (Nouvelle saignée de 350 grammes.)

4 octobre. Le sang de la deuxième saignée est moins couenneux que celui de la première. On constate sur le devant de la poitrine plusieurs vésicules semblables à celles qu'on observe au début d'une variole. Il en existe une plus large sur le nez. La langue a de la tendance à se sécher; la prostration est grande.

5 octobre. Même état général. Les vésicules ont augmenté de nombre et de volume; quelques-unes sont régulières et renferment un liquide purulent. Autour de celle du nez s'est développée une inflammation assez étendue, avec rougeur violacée et gonflement. Sur l'épaule gauche, on constate pour la première fois une tumeur mal circonscrite, peu saillante, large comme la paume de la main, d'un rouge foncé. Au centre de cette tumeur, on voit deux ou trois pustules irrégulières entourées d'une rougeur violacée. L'éruption est devenue générale.

6 octobre. Prostration et délire tranquille. La langue est fuligineuse; la respiration est bruyante et paraît embarrassée par des mucosités accumulées dans le pharynx. Haleine très-fétide, narines sèches en avant et pulvérulentes. L'éruption a pris sur toute la surface du corps la forme pustuleuse; quelques pustules sont très-larges et ont l'aspect de bulles de pemphigus; plusieurs sont entourées d'un cercle rougeâtre. L'inflammation s'est étendue au nez, une phlyctène s'est ouverte; le liquide qui y était renfermé s'est desséché et forme une large plaque d'un aspect framboisé. La tumeur de l'épaule gauche s'est élargie; à son centre, on remarque une plaque noirâtre recouverte de plusieurs phlyctènes. A la partie externe de la cuisse droite existe une tumeur moins considérable, présentant le même aspect. Dans différents points du corps, et notamment à la partie antérieure de la poitrine, à l'angle de la mâchoire, le long des membres, on constate plusieurs petites tumeurs molles, fluctuantes, ayant tous les caractères d'abcès superficiels.

Mort le 7 octobre, à quatre heures du matin.

Autopsie le 8, à neuf heures. Rigidité cadavérique très-considérable.

Fosses nasales. La partie antérieure du côté gauche est saine; mais à la partie postérieure de la cloison, on trouve une large ulcération (de 4 centim. de large sur 3 centim. de hauteur) couverte d'une sanie purulente épaisse, et au-dessous de celle-ci, d'une membrane violacée, tombant en détritus à la plus légère traction. Sur la partie correspondante des cornets inférieur et moyen, ainsi que sur le plancher, on remarque plusieurs pustules peu saillantes, entourées d'une auréole rougeâtre. Le centre de quelques-unes de ces pustules est déjà ulcéré.

Du côté droit, on trouve également sur la cloison une large ulcération violacée et plusieurs pustules.

La partie postérieure de la cavité est obstruée par un mucus sanguinolent très-dense qui se prolonge jusque dans le pharynx.

Le larynx, l'épiglotte, ne présentent aucune altération.

Les poumons sont très-engoués, d'une sérosité sanguinolente.

On trouve en différents points des noyaux de pneumonie circonscrite au second et au troisième degré. Ces noyaux, situés pour la plupart vers la surface, varient en grosseur, depuis le volume d'une noix jusqu'à celui d'un pois. Aucun ne contient de pus rassemblé en foyer.

Les cavités droites du cœur sont remplies de caillots fibrineux.

La rate, petite et dense, présente plusieurs noyaux durs formés par du sang et de la fibrine très-dense combinés avec le tissu splénique.

On ne rencontre rien d'anormal dans tous les autres organes splanchniques.

L'examen des tumeurs du nez, de l'épaule et de la cuisse fait voir que la peau, plus que doublée d'épaisseur dans une grande étendue, y est noirâtre et sphacélée dans toute son épaisseur.

Le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré de pus.

Les autres tumeurs du tronc et des membres sont formées par des abcès développés dans l'épaisseur des muscles.

Le muscle masseter est le siége d'un abcès qui, avant son ouverture, avait l'aspect d'une parotide.

Dans le membre supérieur gauche correspondant à la tumeur de l'épaule, les foyers purulents sont tellement nombreux qu'il eût été impossible de les compter.

Les articulations, les systèmes veineux et lymphatique ne nous ont rien offert d'anormal.

Il ne peut rester aucun doute à la lecture de cette observation sur la nature de la maladie à laquelle a succombé Gretten. Ce sont bien là tous les symptômes et toutes les altérations anatomiques de la morve aiguë. Cependant notre malade avait déclaré exercer la profession de carrier, et malgré nos questions pressantes et réitérées, il avait toujours affirmé n'avoir point été en rapport avec des chevaux sains ou malades. Les renseignements que nous avons recueillis depuis sont tout à fait en contradiction avec les déclarations du malade. Ses parents et ses camarades nous ont dit qu'il était bien plus occupé à panser les chevaux et à transporter les pierres qu'à exploiter la carrière. Nous avons en outre acquis la certitude que le maître carrier chez qui il travaillait, à la barrière Charonne, et qui occupe plus de trente chevaux, en avait eu plusieurs malades; on en avait même abattu un quelques jours avant notre visite. Ces renseignements, qu'il nous a été impossible d'avoir plus complets, suffisent pour établir que la morve a été communiquée à notre malade par des chevaux infectés.

Lettre sur le traitement des empoisonnements par les sulfures alcalins; communiquée par M. A. Larocque, préparateur des cours de l'École de pharmacie.

Les sulfures alcalins ne sont guère employés comme poisons pour attenter aux jours d'autrui; leur odeur et leur saveur détestables seraient bien suffisantes pour, le cas échéant, garantir les victimes. Ce n'est que par de fatales méprises que l'on a eu à traiter ces sortes d'empoisonnements, qui ont été presque toujours suivis de mort : tant il est difficile de s'opposer à l'action désastreuse d'une classe de poisons qui tuent par asphyxie, par corrosion et par absorption!

Les auteurs citent des observations où l'on constate avec un sentiment de vif regret l'insuffisance de l'art pour traiter ces sortes d'empoisonnements. Aussi ai-je saisi avec empressement l'indication donnée par M. le professeur Caventou, dans ses leçons de toxicologie, relativement à la possibilité de trouver un agent chimique propre à annihiler à l'instant les effets de ces poisons lorsqu'ils viennent d'être avalés.

Ayant obtenu des résultats satisfaisants par des expériences physiologiques auxquelles je me suis livré, je m'empresse d'en donner connaissance.

Dans un cas d'empoisonnement désespéré par le foie de soufre, M. Caventou a proposé l'emploi de l'acétate de plomb comme annihilant à l'instant l'action vénéneuse de ce composé chimique, ainsi que le prouvent deux expériences que je vais faire connaître plus loin. J'ai eu l'idée d'expérimenter l'acétate de zinc, qui, indépendamment de sa propriété vomitive, est moins toxique que l'acétate de plomb et tout aussi efficace.

Parmi les sels de zinc à acides végétaux et précipitables par l'acide sulfhydrique, j'ai donné la préférence à l'acétate sur le valérianate et butyrate, parce qu'il est beaucoup plus répandu que ces deux sels et qu'il est moins cher. Quant au sulfate, je n'ai pas cru devoir le prendre, parce que, étant presque toujours acide, il n'est pas précipité par l'acide sulfhydrique.

Si nous jetons un coup d'œil sur les observations qui se trouvent consignées dans quelques ouvrages de toxicologie et notamment dans celui de M. Orfila, on est frappé du peu d'efficacité des moyens proposés pour combattre les empoisonnements par le foie de soufre. Ainsi le docteur Chantourelle cite deux observations qui prouvent la vérité de mes assertions, puisque ce médecin emploie le chlorure de soude (eau de javelle) comme antidote de ce composé toxique. Et d'abord, dans l'eau de javelle, quel est le corps qui agit comme antidote? C'est le chlore. Le chlore, il est vrai, décompose l'hydrogène sulfuré libre en soufre et en acide chlorhydrique, qui, en présence du foie de soufre, ne cesse de le décomposer en mettant constamment de l'acide sulfhydrique à nu, lequel, pour ne pas asphyxier, a besoin d'être toujours en présence d'un excès de chlore, ce qui n'a jamais eu lieu dans la méthode proposée par le docteur Chantourelle. Ce médecin attache une grande importance à l'emploi du chlorure de soude, parce qu'il détruit, dit-il, l'odeur désagréable de l'acide sulfhydrique : odeur insupportable et qui fatigue d'une manière pénible le malade. Mais l'acétate de zinc ou celui de plomb ont une action beaucoup plus énergique, puisqu'ils détruisent immédiatement le foie de soufre et le transforment en sulfure de zinc ou de plomb, corps sans odeur, ce que ne fait pas aussi complétement le chlorure de soude; et puis, il faut le dire, le chlorure de soude est un mauvais médicament, à cause de son peu de stabilité, puisqu'il suffit de le laisser exposé à l'air pendant quelque temps pour qu'il soit entièrement décomposé. Je le répète : c'est un pauvre moyen que l'emploi du chlorure de soude pour combattre les empoisonnements par le foie de soufre, et, du reste, deux expériences que je relate plus bas m'ont démontré l'inefficacité de cet antidote. Ces expériences ont été faites comparativement avec l'acétate de zinc et l'acétate de plomb, puisque deux chiens, traités par le chlo-

rure de soude, sont morts, l'un après quelques secondes, l'autre après douze heures de souffrance.

Un autre médecin, le docteur Lafranque, a cité aussi une observation qu'il a été à même de faire sur un homme qui, lui aussi, par mégarde, avait avalé du foie de soufre. Le traitement que ce médecin prescrit est assez curieux et mérite d'être cité; en effet, pour combattre l'empoisonnement par le foie de soufre, le docteur Lafranque administre des boissons mucilagineuses *additionnées de jus de citron*. C'est un traitement que je conseillerai de ne jamais suivre, et pour cause, laissant à chacun à en tirer une conclusion.

D'après ces faits, l'on peut voir que les moyens proposés par ces médecins ne sont et ne peuvent être considérés comme des antidotes, puisqu'ils ne détruisent pas le poison non encore absorbé, et qui, en continuant d'agir, condamne le patient à une mort certaine; car le foie de soufre ne tue pas, ainsi que je l'ai dit, seulement par asphyxie, mais il tue encore par absorption et par corrosion. J'aurai même un fait assez curieux à citer, et que j'ai observé en faisant des expériences sur des chiens, dont les résultats font l'objet de cette note.

Les sels de zinc ont un avantage, ai-je dit, sur les autres corps proposés pour combattre les empoisonnements par le foie de soufre, par la propriété vomitive qu'ils possèdent tous à un degré assez élevé, propriété importante, puisqu'il est important de rejeter tout ce qui se trouve dans l'estomac.

Les expériences que j'ai faites sont nombreuses, et ne laissent, je pense, rien à désirer.

Douze chiens auxquels j'ai fait avaler 8, 10, 12 et 15 grammes de foie de soufre récemment préparé, dissous dans 30 à 60 gr. d'eau distillée, et auxquels on a donné de suite 45 à 60 gr. d'acétate de zinc dissous dans 120 gr. d'eau, ont été sauvés; tous ceux, au contraire, qui ont avalé le foie de soufre sans l'antidote, sont morts presque immédiatement, un seulement dix heures après, dans des souffrances atroces; un deuxième a succombé environ deux heures après.

J'ai dit que le foie de soufre était un des poisons qui tuent par asphyxie, par absorbtion et par corrosion. Le fait suivant nous prouve qu'il en a été ainsi pour l'individu qui fait l'objet de cette observation et que la mort a dû arriver par suite de la corrosion de l'estomac.

En effet, un chien ayant avalé 40 gr. de foie de soufre anciennement préparé, quoique assez bien conservé, dissous dans 100 gr. d'eau, éprouva presque de suite des symptômes fort alarmants; je lui administrai aussitôt 40 gr. d'acétate de zinc dans 100 gr. d'eau : il parut revenir à la santé; des vomissements blanchâtres eurent lieu, puis il vomit d'autres matières sanguinolentes. Ce caractère était d'un mauvais augure et prouvait que l'antidote était en trop faible proportion par rapport au foie de soufre, puisque ce dernier agissait sur les parois de l'estomac; toutefois, il vécut quarante-huit *heures* sans prendre le moindre aliment : après ce temps il succomba. J'en fis l'autopsie : l'estomac était perforé dans plusieurs endroits et plusieurs parties étaient presque complétement détruites; l'estomac contenait encore, dans une de ses parties, un liquide rouge brun d'une odeur d'œufs pourris. Ce fait nous prouve qu'il faut employer toujours un excès d'acétate de zinc afin d'éviter cette action du foie de soufre sur les organes de l'estomac; il n'y a pas d'inconvénient à faire prendre un excès d'acétate de zinc puisqu'il est rejeté par les vomissements.

J'ai expérimenté comparativement l'acétate de plomb et le chlorure de soude, et les résultats obtenus avec l'acétate de plomb ne laissent rien a désirer, puisque les chiens ont été sauvés. Avec le chlorure de soude les résultats ont été négatifs : les deux chiens sont morts, l'un, ai-je dit, presque de suite, le deuxième après douze heures; et cependant, dans les deux cas, j'avais donné un excès de chlorure.

Quant au sel de plomb, j'en donnais 40 gr. dissous dans 100 gr. d'eau.

Tous les chiens qui ont servi à faire mes expériences ont tous vomi aussi bien ceux qui sont morts que ceux qui sont revenus; on ne peut donc pas en tirer cette conclusion, que si ceux qui sont morts avaient vomi ils auraient survécu. Cette observation, qui, dans d'autres circonstances, a une grande importance, n'en a aucune lorsqu'on a affaire à des poisons qui tuent par asphyxie.

Je conclus de ces expériences :

1° Que le chlorure de soude comme antidote du foie de soufre ne doit pas être employé;

2° Que l'acétate de plomb peut être employé pour combattre les empoisonnements par le foie de soufre, ainsi que le recommande M. le professeur Caventou;

3° Que l'acétate de zinc doit être préféré, d'abord parce qu'il est moins toxique, et aussi à cause de ses propriétés vomitives.

Peut-être objectera-t-on que les deux corps que j'ai expérimentés comme antidotes sont des poisons eux-mêmes; mais je ferai observer que les empoisonnements par le foie de soufre étant presque toujours suivis de mort, il vaut mieux tenter un dernier moyen qui réussit bien, puisque douze chiens sur treize ont été sauvés; il faut donc essayer cette dernière planche de salut, qui bien certainement rappellera à la vie un patient condamné à une mort certaine.

QUELQUES OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA RESECTION DU GENOU, AVEC INDICATION D'UNE NOUVELLE MACHINE POUR DES CAS SPÉCIAUX; par le docteur BROENNER, ancien aide-chirurgien de l'hôpital Saint-Julien à Wurzbourg.

Un article du JOURNAL DE CHIRURGIE (février 1846), reproduit par la GAZETTE DES HOPITAUX, n° 46, 1846, rapporte un cas de resection du genou pratiqué par Gurdon-Burk (de New-York). Cet article se termine par la remarque « que ce cas est unique dans la science. »

En réponse à cette assertion, je crois devoir rappeler que plusieurs cas analogues sont consignés dans les ouvrages allemands. Bien que je n'aie pas fait récemment des recherches à ce sujet, je puis cependant affirmer avoir, pour ma part, connaissance de dix cas de ce genre.

Le plus grand nombre de ces opérations, c'est-à-dire huit, ont été pratiquées par M. le professeur Textor (de Wurtzbourg); le neuvième appartient à Jager, ancien professeur à Erlingen, et le dixième au professeur Bruns (de Tubingen) (1),

Sur ces dix cas, cinq ont été couronnés de succès, cinq ont eu la mort pour issue. Celle-ci n'a été causée par l'opération que deux fois seulement; les trois autres malades ont succombé à d'anciennes affections des organes intérieurs. — Une seule opération a été faite pour cause d'ankylose: toutes les autres pour des caries ou névroses. — Un de ces individus avait dix ans; tous les autres avaient de vingt à quarante ans.

Voici comment M. Textor procède à l'opération : Il fait une incision parallèle au rebord inférieur de la rotule jusque dans l'articulation, en divisant les liens qui retiennent cet os inférieurement. Il dégage ensuite les extrémités fémoro-tibiales des parties qui les recouvrent, et enfin opère la résection de toutes les parties malades, de manière à conserver intacts les gros vaisseaux et nerfs, les insertions des muscles fléchisseurs et la peau de toute la demi-circonférence postérieure du membre. L'opération terminée, il réunit la plaie, place le membre soit sur son *attelle à résection*, ou ce qu'il a fait de préférence dans ces derniers temps, il maintient le membre dans une position demi-fléchie, n'opérant l'extension que quelques jours plus tard, dans le but de prévenir les accidents qui peuvent résulter de la distension des parties molles du jarret.

Le procédé de Park, des deux Moreau et de Syme sont plus compliqués que celui de M. Textor et n'offrent aucun avantage sur ce dernier.

Le but de la resection du genou est l'enlèvement des parties malades et la guérison par ankylose en ligne droite. Ses conséquences possibles sont : *a.* la consolidation par ankylose anguleuse ou le chevauchement des extrémités sans consolidation; *b.* la nécessité d'une amputation consécutive de la cuisse; *c.* la mort, soit qu'elle arrive par le fait même de l'opération, ou qu'elle soit le résultat de l'aggravation d'une maladie préexistante de quelque organe intérieur.

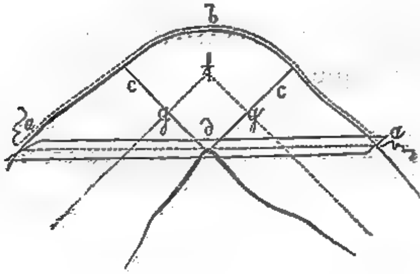
La consolidation en ligne droite peut ne pas offrir de difficultés dans les cas où le membre avait cette direction avant l'opération. Je dois cependant faire observer que, pour atteindre ce but, il serait à désirer qu'on pût conserver l'attache des muscles antérieurs, aussi bien que celles des muscles postérieurs. On pourrait y arriver peut-être en pratiquant deux incisions latérales à travers lesquelles on isolerait les extrémités osseuses des parties molles qui les recouvrent. La resection serait alors opérée au moyen d'une scie à chaînette ou la scie à deux roues que j'ai décrite (GAZETTE MÉDICALE, 1844, n° 45). Ce procédé est sans doute plus difficile à exécuter que ceux employés jusqu'à ce jour et il serait inapplicable dans tous les cas où une maladie simultanée de la rotule exigerait aussi l'ablation de cet os. Mais dans les cas appropriés, il aurait l'inappréciable avantage de parer aux inconvénients résultant de la prédominance d'action des muscles fléchisseurs sur les extenseurs.

Si, avant l'opération, le genou est dans une flexion permanente, il ne s'agit pas seulement de l'ablation des parties malades; il faut encore, pour atteindre au but désiré (le redressement du membre), avoir égard à la somme de rétraction des muscles, pour ne pas s'exposer à la fâcheuse nécessité de répéter à plusieurs reprises des excisions partielles de portions osseuses, ainsi que cela est arrivé dans le cas rapporté par la GAZETTE DES HÔPITAUX, ci-dessus indiqué. La division préalable des muscles sur un membre ankylosé ne peut avoir aucun résultat; car ces muscles ne tardent pas à se réunir sans

(1) Sans mentionner les faits déjà plus anciens de Roux, des deux Moreau, de Crampton, de Syme, de Park et de Mulder.

s'allonger sensiblement, si après la ténotomie le membre reste dans son ancienne position; d'autant plus que les muscles ne sont pas seuls raccourcis, mais, ainsi que l'a constaté M. J. Guérin, les nerfs et même les téguments participent souvent à la rétraction.

Quand le membre est fléchi, il devient indispensable de reséquer une étendue plus grande de tissu osseux que dans les cas contraires. La forme et les dimensions des parties à enlever peuvent être déterminées à l'avance avec une rigueur presque mathématique en tirant deux triangles.



Au point de vue pratique, ce résultat peut s'obtenir de la manière suivante : Une ligne droite *a a* coupant à angles égaux les axes de la cuisse et de la jambe, et passant immédiatement sous le sommet de l'angle rentrant (*d*) que la jambe forme avec la cuisse. Cette ligne, prolongée jusqu'au niveau des faces antérieures de la jambe et de la cuisse, donne la mesure de la longueur normale qu'aura le membre quand il sera redressé, eu égard à la rétraction musculaire. Une autre ligne tirée des deux extrémités (*a. a.*) de la précédente et contournant le genou (*b.*), donne la mesure de la longueur anormale, celle des os. La première mesure (*a. d. a.*), déduite de la dernière (*a. b. a.*), donne la mesure, sauf une différence insignifiante, de la longueur d'os à reséquer. De cette manière la longueur des os se trouve harmonisée avec celle des muscles rétractés, et le membre peut être immédiatement placé en ligne droite sans aucun tiraillement des parties molles. (Ce mode de mensuration pourrait aussi donner la somme d'allongement que devraient subir les muscles, après ténotomie faite pour remédier à une flexion musculaire.)

On pourrait encore arriver à un résultat satisfaisant si l'on prenait pour point de repère le sommet *d* de l'angle rentrant formé par la jambe sur la cuisse. De ce point, si l'on tire des lignes perpendiculaires *c c* aux angles longitudinaux *g g* du fémur et du tibia, l'on obtient également la somme de la portion à exciser, c'est-à-dire la portion *g f g*. Par ce procédé on obtient en même temps aussi la *direction* à donner au trait de scie (lequel doit être toujours perpendiculaire à l'axe longitudinal des os).

Dans les cas où il y a à la fois flexion du membre et maladie des extrémités articulaires, il convient de n'enlever du tibia que tout juste la quantité que la maladie exige, tandis qu'il faudra prendre sur le fémur tout ce qui sera nécessaire pour le redressement du membre. Mais quand même il n'y aurait aucune maladie du tibia, il faudrait néanmoins enlever toute la surface articulaire de cet os. Ma première recommandation est faite dans le but de conserver les insertions inférieures des muscles; la seconde, pour faciliter la réunion, qui serait nécessairement entravée par le décollement des cartilages.

CONSÉQUENCES FACHEUSES POSSIBLES DE L'OPÉRATION. — La première et la moins défavorable de ces conséquences est :

A. *La guérison du membre avec une légère courbure ou avec chevauchement des extrémités osseuses, sans consolidation.* A la courbure légère on peut encore remédier à un certain point, dans les premiers temps, par les efforts d'extension; mais si la courbure était considérable, il faudrait renouveler l'opération. L'un ou l'autre de ces résultats est inévitables quand on n'a pas réséqué une quantité suffisante des extrémités osseuse, et que l'extension n'a pas été faite ou l'a été avec violence. Mais ils peuvent aussi arriver, ces resultats, soit à la suite d'une inflammation et suppuration considérables survenues après l'opération, soit encore par suite de l'indocilité de l'opéré, d'un pansement ou appareil mal appliqués, ou bien enfin à la suite de certaines maladies générales ou internes qui entravent le traitement consécutif approprié à cette opération.

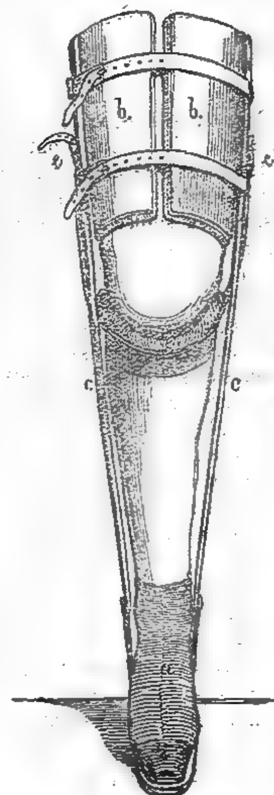
La première cause (résection insuffisante) est facile à éviter en calculant, d'après la méthode que nous avons indiquée, la longueur de la portion à enlever. Le résultat de ce calcul pourrait quelquefois effrayer le chirurgien qui pratique cette opération pour la première fois, et le faire hésiter à emporter une aussi grande quantité de tissu osseux. Mais que chacun songe qu'il vaut mieux, dans ces cas, enlever un peu trop que trop peu; car le retrait des parties molles, et surtout des muscles, a bien vite comblé la lacune, tandis qu'une resection insuffisante entraîne nécessairement, sans compter les accidents généraux, une courbure consécutive du membre ou le chevauchement des os.

Dans les cas de non-consolidation avec chevauchement des os, le malade a besoin, après cicatrisation de la plaie, d'une machine qui lui permette de marcher sans entraver pour cela la soudure consécutive des os. Dans ce but, j'ai imaginé un appareil qui a été employé avec le plus grand succès; avant d'en faire la description, je crois devoir rapporter l'observation sommaire de la malade qui en a fait usage.

OBS.—E. K., âgée de 21 ans, d'une bonne santé d'ailleurs, avait depuis plusieurs années une ankylose angulaire du genou droit, survenue à la suite d'une affection rhumatismale. Le jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse. Cédant à ses instances, M. le professeur Textor fit la resection, en emportant plus de 4 pouces de substance osseuse. Le membre fut étendu et maintenu en ligne droite, à l'aide d'un appareil approprié. Aussitôt après l'opération, il se développa des accidents locaux et généraux tellement graves que tout le monde désespérait du salut de la malade. Pendant toute la durée de ces accidents, il fallut laisser au membre la direction que la malade désirait; de cette manière, il s'opéra un chevauchement des extrémités osseuses. Après la cessation des accidents, la guérison s'opéra lentement, mais sans accidents, de manière que la cicatrisation était complète au bout de quatre mois. Mais la consolidation des os n'avait pas commencé et la malade garda le lit encore cinq mois, pendant lesquels plusieurs appareils mécaniques fort chers furent essayés, mais sans succès.

A cette époque (octobre 1843), je fus chargé du service chirurgical des femmes, et fis construire, du consentement de mon chef de service, un appareil à extension et contre-extension ayant pour but de prévenir un plus grand chevauchement. J'eus en effet le bonheur d'atteindre mon but de la manière la plus simple et la plus satisfaisante. Immédiatement après l'application de cette machine, la malade put marcher sans aucun secours étranger, et acquit une telle dextérité au bout de quelques semaines qu'elle put vaquer à toutes ses occupations domestiques et même porter d'assez lourdes charges. Elle remplit à partir de ce moment les fonctions d'infirmière dans l'hôpital. Elle porta cette machine jusqu'en décembre 1845, ne pouvant s'en passer plus tôt, quoiqu'on l'eût constamment sous les yeux et qu'elle eût fait, tant de son propre mouvement qu'à l'instigation des médecins, de nombreuses tentatives pour marcher sans le secours de son appareil. Dans toutes ces tentatives, elle accusait la sensation du chevauchement des os et une douleur que ce chevauchement déterminait dans les parties molles, ce qui l'empêchait de faire supporter à ce membre tout le poids du corps.

Dans ce cas donc la consolidation parfaite ne s'est établie qu'après la deuxième année. Pendant tout ce temps, il est à présumer que le défaut d'exercice aurait développé une maladie qui eût enlevé la malade, d'autant plus qu'avant l'opération elle avait déjà éprouvé un dérangement considérable dans les digestion, et de la diarrhée. La soustraire à l'influence nui-



sible du défaut d'exercice, c'était évidemment lui rendre un service signalé de plus.

Description de la machine. — L'appareil se compose de trois parties essentielles :

1° Un brodequin *a* débordant les malléoles de trois travers de doigt et pourvu d'une semelle élevée en proportion de raccourcissement du membre. Ce brodequin est destiné à faire l'extension.

2° Deux montants latéraux en bois, ou mieux, en acier (*c. c.*), qui sont fixés à la semelle du brodequin et articulés au niveau du cou-de-pied. Ils supportent à leur extrémité supérieure deux larges attelles en bois (*b. b.*) creusées en gouttière. Celles-ci sont matelassés à l'intérieur. Elles embrassent presque toute la circonférence de la cuisse, à laquelle elles sont fixées à l'aide de deux courroies. Ces attelles commencent immédiatement au-dessus de la rotule, et recouvrent les deux tiers inférieurs de la cuisse. — Les montants latéraux sont destinés à servir de point d'appui pour l'extension et la contre-extension.

3° Une courroie *e c e*, large de 2 pouces, un peu rembourrée, contournant par en bas la saillie en avant que forme la cuisse. Elle est destinée à opérer la contre-extension.

Les avantages de cette machine sont évidents. Son but, c'est-à-dire d'empêcher une augmentation du chevauchement et les accidents inflammatoires qui en pourraient résulter, se trouve atteint d'une manière simple et sûre. Cette machine est applicable, sans autre modification que celle déterminée par la longueur ou le volume du membre, à tous les cas de chevauchement; car ce déplacement de la jambe sur la cuisse ne se fait qu'en arrière et en haut. Quand aux avantages qu'elle offre aux malades, nous n'en parlerons pas davantage, l'observation ci-dessus relatée contenant des détails suffisants à cet égard.

B. *Nécessité d'une amputation consécutive.* L'indication pour cette fâcheuse extrémité se montre quand après la resection survient la gangrène de la jambe ou quand on craint la résorption purulente déterminée par des fusées profondes d'un pus de mauvaise nature. Sous ce dernier rapport, il convient d'avoir observé plusieurs cas au lit des malades ou au moins d'être au courant de la marche de cette maladie, pour n'avoir point à s'accuser de s'être trop hâté. Pour prévenir ces accidents, rien ne me paraît plus convenable, non-seulement dans les resections du genou, mais encore dans toutes les autres, qu'un pansement bien fait. Les conditions des premiers pansements qui suivent l'opération doivent être les suivantes : *a.* maintien exact et permanent du membre dans la direction et position qu'on lui a donnée, pour favoriser par l'immobilité la réunion des parties et prévenir le chevauchement; *b.* extension modérée, dans le but de s'opposer à la contracture musculaire, afin que les extrémités osseuses ne viennent pas irriter de nouveau les parties molles qui les entourent; *c.* assez d'espace libre au niveau de l'opération pour permettre l'écoulement du pus, le renouvellement du linge et l'application de substances médicamenteuses. Ce qui me paraît le mieux répondre à ces indications, c'est un appareil analogue à celui que j'ai décrit ci-dessus, modifié suivant les régions du corps où l'on a pratiqué la resection. Je me réserve de le décrire à une autre époque.

C. *Mort des suites de l'opération ou d'aggravation de maladies préexistantes d'organes internes.*—S'il est vrai, ainsi que le porte notre relevé, que, sur 10 cas de resection du genou, 5 ont la mort pour conséquence, cette proportion serait aussi effrayante que pour l'amputation de la cuisse, même dans les cas défavorables. Cette dernière devrait donc, dans le plus grand nombre des cas, être substituée à la resection. Cette considération nous porte naturellement à nous demander si la resection du genou peut et doit être faite. Mais si l'on met en balance le petit nombre de ces opérations faites jusqu'à ce jour, combien sont encore incertaines les indications pour cette opération, et combien le procédé opératoire et le traitement consécutif sont encore peu éclairés, on sera peut-être en droit de donner la préférence à la conclusion suivante : La résection du genou ayant pour but et pour résultat de conserver au malade un membre dont il peut faire usage sans secours étranger, lui donne de si grands avantages que ce résultat seul est digne des efforts réunis de tous les chirurgiens. Ce but pourrait être atteint à l'aide des moyens suivants :

a. En substituant la resection à l'amputation de la cuisse dans tous les cas de maladies osseuses sans une trop grande altération des parties molles;

b. En ayant soin de bien peser toutes les circonstances accessoires avant de se décider pour la resection. Que l'on tienne compte surtout de l'état des poumons; car, après les grandes résections, la resorption purulente arrive assez fréquemment, surtout à un âge avancé, et c'est l'organe pulmonaire en particulier qu'elle semble choisir pour théâtre;

c. D'enlever, par l'opération, toutes les parties malades, tant des os que des parties molles;

d. De reséquer, dans les cas de courbure, une étendue suffisante d'os, en suivant la mesure que nous avons indiquée plus haut, et de s'arranger de manière, là où la chose est possible, à faire supporter au fémur les deux tiers et au tibia le tiers seulement de la resection;

e. D'appliquer un appareil convenable qui puisse contribuer à obtenir une réunion immédiate de la plus grande partie de la plaie, et qui remplisse toutes les indications exposées ci-dessus;

f. Finalement, d'établir avec les plus grands soins un traitement local et général qui se propose pour but de prévenir la résorption purulente, le plus terrible ennemi des resections.

NOUVEAU PROCÉDÉ SUR LA DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE; par M. le docteur Bonnafont, chirurgien-major à l'armée d'Afrique.

Le dernier numéro de la Gazette Médicale publie l'observation d'un grenadier de la garnison de Nîmes auquel M. Pleindoux, chirurgien en chef de l'hôpital, a dû pratiquer la désarticulation de l'épaule par un procédé que M. Mattei décrit comme *nouveau*. Ce mode opératoire étant le même que celui que j'ai décrit et démontré pendant que j'étais chargé du service chirurgical de l'hôpital de Mustapha (Algérie) en 1840, et qui est inséré dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, mai 1841, page 203, je viens vous prier de vouloir bien insérer cette lettre dans votre prochain numéro, afin que la priorité reste à qui de droit. Je pense, du reste, que ni M. Pleindoux ni M. Mattei n'avaient aucune connaissance de mon procédé, qui fut pourtant reproduit en extrait par la plupart des journaux de médecine et même par la Gazette Médicale, 1841, page 520 (1). Il est vrai que l'occasion ne s'était pas présentée o' je pusse le pratiquer sur le vivant, et je remercie M. Pleindoux d'avoir eu l'heureuse pensée de remplir cette lacune et de prouver, ainsi que moi, qu'au milieu de tant de procédés pour l'amputation scapulo-humérale il y avait de la place pour un nouveau, dont l'application peut être aussi heureuse et plus peut-être que la plupart des autres.

L'observation de notre savant confrère de Nîmes, intéressante sous plus d'un rapport, confirme en tous points les avantages que nous avions prévu devoir se rattacher à ce procédé, tant pour la resection que pour la désarticulation de l'épaule, et l'utilité de nouvelles pinces, fabriquées par M. Charrière, dans le but de saisir la tête de l'humérus lorsqu'elle est entièrement séparée du corps de cet os. Si M. Pleindoux eût été pourvu de nos pinces, il aurait été moins embarrassé qu'avec le tire-fond, car les pointes aiguës dont elles sont armées les rendent plus propres à saisir très-solidement toute espèce de fragment osseux, quels que soient sa dureté ou son ramollissement, et d'exercer des tractions aussi fortes et aussi variées qu'on le juge convenable. Cet instrument a en outre l'avantage de se prêter mieux que le tire-fond à la manœuvre de l'opération et de ne pas gêner, comme les doigts, les mouvements du couteau.

Agréez, etc.

(1) La même observation s'adresse à M. le docteur Fleury, de la marine royale, qui a inséré, comme nouveau, le même procédé dans le dernier numéro du Journal de chirurgie. Ces procédés, s'ils présentent quelque différence dans la description du manuel opératoire, sont, pour le résultat, complétement identiques au mien.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

(Numéros d'avril, mai et juin.)

DE LA VARIOLE, LA VACCINE, LA VARIOLOÏDE, LA VARICELLE, LA VACCINATION ET LA REVACCINATION; par le docteur Koesch, à Urach.

Un travail de M. le docteur Ritter sur la varioloïde, que nous avons rapporté en extraits (Gaz. Méd., p. 350, 1846), a engagé M. Roesch à publier, sur le même sujet, un mémoire dont nous allons aussi donner les conclusions, qui sont en partie contraires à celles de son compatriote.

1° La vaccine n'est autre chose que la variole de l'homme transmise à la vache par contact.

2° Des individus bien vaccinés peuvent contracter, dans quelques cas rares, une variole très-dangereuse.

3° La variole qui survient chez des individus vaccinés est le plus souvent bénigne et modifiée.

4° La variole sera d'autant plus rare et plus bénigne qu'elle attaquera un individu plus récemment vacciné.

5° La variole se montre plus rarement après l'âge de 30 ans, mais pas toujours moins violemment.

6° Le plus grand nombre des individus vaccinés sont préservés pour toujours de la variole, lors même qu'ils ont été exposés à la contagion.

7° L'identité de la varioloïde avec la variole est démontrée par les phénomènes de la maladie, par son développement à la suite de contagion ou d'inoculation. La varioloïde n'est donc qu'une modification de la variole.

8° La varicelle est une maladie éruptive, fébrile, particulière, distincte, qui n'a de commun que le nom avec la variole vraie ou modifiée.

9° La variole et la varioloïde ne se déclarent jamais spontanément, mais toujours à la suite de contagion.

10° La vaccination est le seul moyen pour éteindre la variole.

ONZIÈME COMPTE RENDU DE L'HÔPITAL DE HEILBRONN, DE 1844 A 1845; par le docteur SICHERER.

Nous extrayons de cette revue les faits suivants comme les plus intéressants.

TEINTURE D'IODE CONTRE L'INFLAMMATION DES OS.

Dans les cas d'inflammation avec gonflement des os, on a employé avec un succès étonnant, après avoir pratiqué les incisions indiquées, la teinture d'iode en frictions deux fois par jour, jusqu'à ce que l'épiderme prenne une couleur brun foncé; chaque fois, avant de renouveler la friction, on détache la croûte épidermique formée en la frottant légèrement avec les doigts.

PHLÉBITE UTÉRINE.

OBS. — Ch. W. de B., âgée de 22 ans, d'une constitution forte, se disant malade depuis deux jours, entra à l'hôpital le 1er octobre 1844. Elle avait une forte fièvre, un état saburral très-prononcé, des douleurs vives dans les articulations du bras et du pied gauches. La malade prétend être à l'époque menstruelle : yeux hagards, teint jaunâtre, quelques vomissements, accès de dyspnée; le cinquième jour, douleur dans le bas-ventre, mou et à peine sensible à la pression. (Calomel, sangsues et cataplasmes sur le bas-ventre.) Pas de diarrhée; constipation sur la fin; fièvre et dyspnée devenant toujours plus fortes. Mort le 6.

La malade avait rejeté toute supposition de grossesse ou d'avortement.

AUTOPSIE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT. — Face jaune; seins volumineux, durs et pleins, laissant découler de la sérosité à la pression du mamelon, grand et brun; phlyctènes noires sur le ventre; petit abcès dans le tissu cellulaire au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite; poumons fortement œdémateux, riches en sang, mais cependant mous; 12 onces de sérosité dans la cavité pleurale; cœur flasque; sa surface interne droite et tuniques internes des veines correspondantes rouges; œsophage si mou qu'il se rompt pendant l'autopsie et est en partie converti en une matière gélatineuse; diaphragme d'un rouge sale; estomac et intestins, surtout le cœcum, sains à l'intérieur; foie flasque; rate ramollie, changée en une bouillie rouge; petit abcès dans le tissu cellulaire des vaisseaux courts; péritoine d'une couleur sale : la face externe des intestins injectés; 43 onces de sérosité sanguinolente dans l'abdomen; peu d'adhérences et de perforations; reins mous et flasques; psoas iliaque bleu; utérus de la grandeur d'un poing, avec une cavité spacieuse, ramolli et flasque, orifice entr'ouvert, présentant plusieurs échancrures; au fond et à droite, il existe un espace de la grandeur d'une pièce de quarante sous, couvert distinctement par des granulations floconneuses hautes d'une demi-ligne et d'une odeur de gangrène; ovaires mous et d'un rouge foncé; le gauche rempli d'une bouillie jaune: entre celui-ci et l'utérus, il existait dans le tissu cellulaire du ligament large, une tumeur enkystée de la grandeur d'un poing, noirâtre, et contenant une sérosité jaunâtre. La tête ne fut pas ouverte.

Cette autopsie, appuyée sur des renseignements positifs, ne laisse pas de doute sur un accouchement provoqué qui occasionna une inflammation de l'utérus, principalement dans le siége du placenta, et donna lieu ensuite à une phlébite, avec toutes ses suites, telles que abcès métastatique dans le tissu cellulaire, et probablement aussi ramollissement de l'œsophage, de la rate, et la suppuration de l'ovaire. Le kyste dans le bassin paraît être d'une date plus ancienne.

Cette autopsie serait plus complète si l'auteur nous avait décrit l'état des veines hypogastriques et caves inférieures.

DU SUBLIMÉ CORROSIF DANS LES FISTULES LACRYMALES.

Dans les ophthalmies scrofuleuses, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'affections des voies lacrymales, M. Sicherer a trouvé dans le sublimé corrosif, administré d'après la méthode de Dzondi, un moyen héroïque; il en fait usage, comme dans les cas des maladies syphilitiques, en mettant les malades à la diète, les tenant au lit et s'abstenant de tout topique sur les yeux.

PERFORATION DE L'ESTOMAC.

OBS. — Élisabeth K. (de Brackenheim), servante, âgée de 26 ans, d'une constitution forte, fut prise, trois jours avant son entrée à l'hôpital, de plusieurs vomissements de sang; en même temps ses règles se supprimèrent par suite de refroidissement. De plus, elle se fatigua beaucoup en remuant des planches; sauf quelques légères douleurs à l'estomac, elle avait toujours joui d'une bonne santé. Le 14 février, à son entrée à l'hôpital, elle se plaignit le soir de symptômes gastriques; goût amer, anorexie, vomituration. Un vomitif amena beaucoup de bile (le médecin ignorait alors les hémorrhagies qui avaient eu lieu); elle prit son souper avec plaisir, était gaie et dormit tranquillement toute la nuit. Le 15 au matin, elle se réveilla avec des vomissements de sang et mourut subitement.

AUTOPSIE LE 16.—Cerveau, poumons, rate, foie, pancréas, reins et utérus à l'état normal; dans l'ovaire gauche, un épanchement de sang noir, probablement suite de la menstruation supprimée; œsophage sain; membrane interne de l'estomac d'un rouge intense, uniforme, comme imbibée; l'estomac contenait un coagulum de sang noir de 20 onces; entre la grande et la petite courbure, vers le milieu en avant, il existait deux petits endroits ronds, ulcérés, privés de la muqueuse et de la musculaire, avec bords unis, non durs, légèrement rouges; le fond de ces ulcères n'était formé que par la péritonéale facile à déchirer; dans un de ces ulcères il y avait un caillot haut d'une demi-ligne qui, enlevé, fit voir distinctement l'ouverture d'un petit vaisseau; d'autres petits vaisseaux injectés se trouvèrent à la face externe de l'estomac, tout près de ces ulcérations; quelques parties des intestins étaient colorées par du sang, et il y avait des caillots adhérents aux parois du rectum, mais nulle part des ulcères.

Ce cas de perforation simple de l'estomac répond à la description faite par Cruveilhier et Rokitansky; celui-ci dit que « cette maladie peut être aiguë, mais le plus souvent elle est chronique; de plus, qu'il survient après la perforation une ou plusieurs hémorrhagies qui enlèvent les malades. Aussi longtemps que les parois de l'estomac ne sont pas complétement trouées, les hémorrhagies ne sont pas importantes. » Pourtant, dans notre observation, la malade a été enlevée par l'hémorrhagie; la tunique péritonéale était encore intacte. Selon M. Rokitansky, ces ulcérations se rencontrent principalement dans la jeunesse et surtout chez les filles de 15 ans, peuvent guérir assez souvent, et s'observent même fréquemment avec les cancers de l'estomac.

SUR LA VARIOLOÏDE.

OBS. — Une fille de 19 ans entra à l'hôpital atteinte d'une varioloïde intense, mais d'une marche régulière; elle était accompagnée de sa sœur, âgée de 17 ans. Celle-ci, couchée avec elle les deux premiers jours de la maladie, et séquestrée d'avec elle, n'eut pas la varioloïde. Les deux sœurs portaient des cicatrices d'une bonne vaccination; la cadette fut revaccinée avec succès pendant la quarantaine qu'elle fit à l'hôpital. Il est difficile d'expliquer pourquoi cette fille, qui, pendant deux jours, a partagé le même lit et pendant cinq semaines la même chambre que sa sœur, affectée de varioloïde, n'a pas été atteinte de la maladie, tandis qu'une nouvelle vaccination a donné de beaux et grands boutons de vaccine.

CAS REMARQUABLE DE CATARACTE.

OBS. — Ch. H. (de Heilbronn), boulanger, maintenant âgé de 67 ans, trapu, avec des épaules larges, d'un flegme impassible, fut atteint aux deux yeux, dès l'âge de 30 ans, d'un obscurcissement de la vue dû à un commencement de cataracte qui fit des progrès très-lents. Il abandonna son état pour vivre de ses rentes. Sa santé était toujours très-bonne; pourtant il faut noter que, depuis plusieurs années, il avait, principalement sur la tête auparavant couverte de cheveux, des loupes dont plusieurs, de dimension considérable, se sont ouvertes et ont suppuré pendant quelque temps, ce qui arriva avant et pendant le développement de la cataracte. Plusieurs de ses enfants et autres membres de sa famille ont également des loupes à la tête. En 1840, la vue était complétement abolie. La cataracte, complète aux deux yeux, était lenticulaire, plutôt blanche que grise; la cornée, la chambre antérieure, l'iris, étaient bien conservés; celui-ci n'était pas adhérent à la capsule. Le pronostic était favorable pour l'opération. Celle-ci décidée, on instilla de la belladone, qui produisit une toute légère inflammation de la paupière inférieure. L'opération fut remise; mais lorsqu'on voulut y revenir plus tard, le malade refusa de s'y soumettre en disant avoir été averti dans un rêve de ne pas se laisser opérer. Fin décembre 1844, la vue, jusqu'alors tout à fait noire, reparut peu à peu et augmenta chaque semaine. D'après le dire du malade, en automne 1844, son barbier, en lui coupant les cheveux, lui aurait enfoncé le peigne dans une de ses loupes qui donna issue à du pus, et le barbier dit avoir trouvé dans le kyste un ver mort, à moitié sorti de la cavité et couvert de pus; il était long d'un pouce et gros comme le tuyau d'une plume, semblable aux vers qu'il dit avoir rencontrés souvent sur les bêtes à cornes. La vue s'est améliorée, toujours sans le secours de l'art, au point qu'à la seconde moitié de 1845 le malade put se promener seul dans les rues et reconnut même les passants, et déjà au printemps 1846, il put lire les grosses lettres des affiches du théâtre. M. Sicherer examina de nouveau les yeux le 7 mai 1846. La cataracte existe encore aux deux yeux; elle n'est pas déprimée ni inclinée vers le fond de la chambre postérieure; mais il existe un travail de résorption de la périphérie vers le centre, en sorte que l'opacité, très-étendue au-

paravant, se trouve réduite en tous sens, et qu'il existe entre le bord pupillaire de l'iris et la cataracte un anneau transparent d'une ligne de large par où la lumière peut facilement arriver plus sur l'œil gauche que sur l'œil droit. Le centre opaque paraît se diviser en plusieurs fragments et prendre une forme étoilée, et se trouver encore sous l'influence de la résorption.

Les exemples, cités par les auteurs, où la cataracte a disparu spontanément ne sont pas excessivement rares; peut-être, dans le cas actuel, la déchirure de la loupe a-t-elle eu une influence sur la résorption de la cataracte en agissant comme un exutoire. Quant à la présence d'un ver mort trouvé dans le kyste, rien n'est si commun que de voir prendre des lamelles de tissu cellulaire, des sécrétions sébacées, etc., pour des vers.

II. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE;

Publié par les docteurs Roser et Wunderlich.

Le second cahier trimestriel de 1846 contient: 1° *De l'anatomie du rhumatisme aigu*; par le docteur Griesinger. (Analyse critique d'un ouvrage de M. Gottschalk sur le même sujet; Cologne 1845.) 2° *Des obscurcissements de la cornée sous le rapport histologique, avec application à la pratique oculistique;* par le docteur Szokalski. 3° *Sur l'inflammation du tissu cellulaire;* par le docteur Seuhr. (Trois observations d'inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique de la jambe; forte suppuration, destruction d'une partie du périoste, nécrose, guérison, épaississement de la portion restante du tibia.) 4° *Description d'une nouvelle machine pour rouler les bandes;* par le docteur Broenner. (Appareil que nous avons déjà rencontré dans plusieurs hôpitaux, en France.) 5° *Sur l'hématose;* par le professeur Schlossberger. (Énumération des différentes théories émises sur la version du sang veineux en sang artériel par la respiration, et discussion de l'opinion de M. Magnus que l'auteur est très-disposé à partager.) 6° *Sur les acéphalocystes dans le cœur;* par le docteur Griesenger. 7° *Transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire sur le cœur d'un enfant de 75 heures;* par le docteur Beck. (Cyanose pendant la vie; artère pulmonaire naissant du ventricule gauche, et aorte du ventricule droit; trou de Botal et conduit artériel ouverts.)

DES OBSCURCISSEMENTS DE LA CORNÉE SOUS LE RAPPORT HISTOLOGIQUE AVEC APPLICATION A LA PRATIQUE OCULISTIQUE; par le docteur Szokalski, à Paris.

Le titre de cet article indique suffisamment sa tendance. L'auteur fait voir d'abord que la cornée est composée de trois membranes: épithélium (feuillet conjonctival), cornée, membrane de Demours. Il examine les altérations que les éléments de ces tuniques peuvent éprouver et en tire des conclusions pratiques.

Dans les obscurcissements nuageux, il a vu les cellules épithéliales plus petites et leurs couches plus compactes, plus intimement adhérentes à la cornée. Le staphylome total de la cornée consiste principalement dans un développement anormal des cellules d'épithélium; l'adhérence de l'iris à la cornée n'est pas essentielle, car on voit des staphylomes exister sans elle.

Le cérosis conjonctival est une altération de l'épithélium, analogue à celle qui constitue le pityriasis du cuir chevelu. Les points rouges qu'on observe quelquefois dans la cornée enflammée ne précèdent pas le développement des vaisseaux, comme quelques auteurs l'ont cru.

L'inflammation du parenchyme de la cornée occasionne le trouble de celle-ci; l'inflammation du feuillet conjonctival, au contraire, ne donne lieu qu'au développement de phlyctènes. Le liquide contenu examiné au microscope est limpide; quelquefois on y découvre des globules inflammatoires, surtout lorsque le fond de la phlyctène est trouble. Il se fait dans ces cas un dépôt fibrineux qu'on doit enlever avec une aiguille à cataracte; car si on le laisse, la suppuration qui l'entraîne trouble en même temps la cornée. Le pannus consiste dans une hypertrophie des vaisseaux et une dégénérescence de l'épithélium. Le ptérygion est formé par l'hypertrophie du tissu sous-muqueux qui recouvre la sclérotique et par le développement de tissu cellulaire entre la substance de la cornée et son épithélium.

L'obscurcissement de la cornée et son ulcération, par suite de la section de la cinquième paire, n'est pas le résultat d'une véritable inflammation; l'auteur n'a jamais pu découvrir dans les cornées ainsi altérées ni des globules inflammatoires, ni des globules de pus.

L'inflammation se caractérise de la même manière dans la cornée que dans d'autres tissus: accumulation de sang dans les vaisseaux, exsudation granuleuse, globules inflammatoires, pus. Lorsque l'exsudation granuleuse, au lieu de se changer en pus, s'organise en filaments qui réunissent les lamelles de la cornée et leur font perdre leur transparence, c'est ce qui constitue le leucome. Le traitement indiqué par l'auteur est celui généralement employé et ne se base point sur les recherches histologiques; disons toutefois que M. Szokalski recommande surtout la salivation qu'il cherche à produire le plus vite possible, en associant au mercure la mastication de la racine de pyrètre, du raifort, etc.

La membrane de Demours ne se réfléchit pas sur la face antérieure de l'iris; l'inflammation, connue sous le nom d'*aquocapsulite*, n'est donc qu'une inflammation simultanée de l'iris et de la face postérieure de la cornée, simultanéité qui tient à ce que les vaisseaux sanguins et les nerfs sont communs à ces deux parties.

La face interne de la cornée est couverte d'un épithélium pavimenteux, dont les cellules détachées nagent dans l'humeur aqueuse et constituent les globules que M. Donné a considérés comme la cause prochaine des mouches volantes. La couche fibreuse de la membrane de Demours n'est jamais altérée; elle manque là où des abcès de la cornée ont percé à l'intérieur.

SUR LES ACÉPHALOCYSTES DANS LE CŒUR; par le docteur Griesinger.

Obs. — Une femme de 37 ans fut frappée, il y a quelques années, dans une rixe, sur la région précordiale et sur la tête; depuis, elle se plaignit de céphalalgie intermittente, n'accusa aucun symptôme du côté de la poitrine, même après les plus grandes fatigues. Le 30 octobre au matin, elle se plaignit pour la première fois d'un sentiment d'anxiété et de pression sur la poitrine; une demi-heure après, elle fut trouvée morte dans son lit.

Autopsie. — Forte adhérence de la dure-mère avec le crâne; sinus gorgés de sang; celui-ci, très-fluide dans tout le corps, sans traces de coagulation. Cœur en apparence sain à l'extérieur, couvert de beaucoup de graisse; ses dimensions, ses parois, ses cavités et ses valvules à l'état normal. La cloison ventriculaire, vue par sa face droite au-dessous de la naissance de l'artère pulmonaire, présente une ouverture irrégulière, comme rongée, longue de 3 lignes et une déchirure parallèle au grand diamètre du cœur conduisant dans une cavité qui s'étend presque à toute la cloison; le bord supérieur de cette cavité n'est qu'un renflement transversal au-dessous de l'orifice pulmonaire; le bord inférieur n'est indiqué que par un faible relief qui fait saillie dans le ventricule gauche. La cavité pouvait contenir une grande noix et est tapissée d'une membrane lisse, blanche, mate, plissée sur les fibres musculaires sous-jacentes dont on peut facilement la détacher. Un sac d'acéphalocystes ayant la même dimension que la cavité de la cloison interventriculaire s'est trouvé implanté dans la plèvre gauche en arrière, sur le diaphragme; ses parois sont dures et épaisses et ses bords renversés.

Cette pièce envoyée à l'auteur par un de ses amis, M. le docteur Fabre, est très-curieuse; car il ne peut guère y avoir de doute que l'espèce de cavité trouvée dans la cloison du cœur ne fût un cas d'acéphalocyste qui s'est rompu vers le cœur droit et a produit ainsi une mort subite par l'entrée des vésicules parasites dans l'artère pulmonaire; ce qui vient confirmer cette opinion, c'est que parmi les détritus il y avait des fragments de vésicules dont les bords avaient de la tendance à se rouler.

M. Griesinger, dans ses recherches bibliographiques, n'a pu recueillir que 15 cas analogues:

3 fois les kystes étaient logés dans l'oreillette droite;
3 fois dans le ventricule droit;
1 fois dans la cloison interventriculaire avec rupture du côté droit;
1 fois dans la pointe du cœur droit;
1 fois dans la cloison interventriculaire sans rupture;
2 fois dans la paroi du ventricule gauche;
1 fois à la face externe du ventricule gauche;
1 fois dans la substance musculaire sans autre indication de siége;
1 fois dans le péricarde.

Les auteurs cités sont les suivants:

Rokitansky, Handbuch der pathol. anatomie, II, p. 465.
Price, Med. chir. transact., XI, 1821, p. 274.
Morgagni, De sed. et caus. morb. ep., XXI, 4. Ed. Chaussier et Adelon, t. III, p. 4.
Otto, Neue seltene Beobachtangen zur anatomie, etc., Berlin, 1824, 4, p. 57.
Dupuytren, Journal de médecine, par Corvisart, t. V, p. 139.
Thomas Trotter, Sammlung auserl. abhandl., t. XVII, Leipz. 1795, p. 103.
Herbert Evans, Med. chir. transact., XVII, 1832, p. 507.
Meckel, Handb. der pathol. anatomie, II, 2, 1818, p. 437.
Andral, Anatomie pathologique.

III. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE;

Publié par Busch, de Ritgen et de Siebold.

Le premier cahier du XXe volume contient: 1° *Éloge funèbre d'Outrepont.* 2° *Sur l'écoulement muqueux de l'utérus et du vagin;* par le professeur Osiander. (A. Maladie chronique toujours précédée d'un état aigu; causes difficiles à apprécier; traitement principalement local par l'in-

troduction dans le vagin d'éponge ou de linge imbibés d'une décoction de chêne, 8 onces, avec 2 gros d'alun ou sans alun. B. Critique amère du TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS de M. Moreau, et en particulier du chapitre sur les rétroversions de l'utérus et leur réduction avec la baguette de tambour.) 3° *Réponse à la critique du docteur Stein sur la version après application infructueuse du forceps.* (Article de polémique.) 4° *Compte rendu de la clinique d'accouchement de Wurtzbourg, de 1842–1845*; par le professeur Hoffmann. (Article non achevé.)

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

(Avril, mai et juin.)

SUR L'AFFECTION DES MACHOIRES DUE AUX ÉMANATIONS DU PHOSPHORE; par le docteur GEIST, à NUREMBERG.

Ce long travail se résume dans les propositions suivantes :

Les émanations du phosphore doivent être exclusivement regardées comme la cause de la carie des mâchoires.

Les vapeurs du phosphore agissent localement sur le périoste.

Les dents cariées doivent être regardées comme des voies par lesquelles le phosphore arrive aux os.

La régénération de l'os n'est pas à mettre en doute, et s'opère par un travail inflammatoire qui peut être aigu et chronique.

La nécrose est consécutive, et se fait par la séparation mécanique du périoste d'avec l'os, et par l'interposition de la substance osseuse nouvelle.

Le traitement est absolument celui de toute autre nécrose.

Parmi les précautions à prendre contre la maladie, outre les soins hygiéniques ordinaires, on fera bien de choisir des ouvriers dont les dents ne soient pas cariées.

SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE DE MUNICH EN 1845; par le docteur SEITZ.

La mortalité a été en 1845 de 2,564 (1,349 hommes et 1,215 femmes). Les mois où elle a été la plus forte furent : mars, 256; avril, 248; mai, 238; juin, 230, et janvier, 226; la plus faible : septembre, 164; novembre, 192, et août, 193. La maladie aiguë qui compte le plus de décès est la fièvre muqueuse, 124 (75 hommes et 49 femmes); le plus grand nombre tombe en août, 17, et le moindre en mai, 6. Les décès par suite d'inflammations de la poitrine n'ont pas atteint la moitié du chiffre de la fièvre typhoïde. La phthisie, et en général la tuberculisation, est de toutes les maladies chroniques la plus meurtrière.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE.

ACTION PHYSIOLOGIQUE COMPARÉE DU CHLORURE, DU BROMURE ET DE L'IODURE DE POTASSIUM.

MM. BOUCHARDAT et STUART-COOPER adressent un mémoire sur l'action physiologique comparée du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium.

Cinquante expériences exécutées sur des animaux divers les ont conduits au résultat imprévu, *qu'introduit à des doses égales dans le torrent circulatoire, le chlorure de potassium avait une action toxique plus puissante que le bromure et l'iodure du même métal.*

Ce résultat est en contradiction avec les observations cliniques recueillies après l'administration de ces sels à l'homme malade. Voici les explications que les auteurs donnent de ces différences.

Si on mêle du suc gastrique avec du chlorure, du bromure et de l'iodure de potassium, rien d'apparent avec le premier sel; avec l'iodure sous l'influence de l'acide du suc gastrique, de l'iode est mis à nu, et du brome avec le bromure. L'iodure, le bromure, le chlorure de potassium, sont-ils introduits en dose suffisante dans l'appareil circulatoire, ils agissent uniquement comme sels potassiques, et plus la combinaison contient de potassium, plus l'action toxique est énergique. Ces substances sont-elles introduites à doses altérantes dans l'appareil digestif, avec le chlorure on n'observe rien; avec le bromure et l'iodure, l'action est manifeste, du brome et de l'iode sont mis à nu, et ces composés n'agissent plus comme combinaisons potassiques, mais comme combinaisons bromique ou iodique.

REMÈDE CONTRE LE MAL DE MER.

M. JOBARD (de Bruxelles) adresse une note dans laquelle il propose un remède contre le mal de mer.

Le mal de mer, dit-il, n'est point une affection pathologique dont on puisse se préserver avec des remèdes. Ses causes sont purement mécaniques : ce n'est ni l'air de l'Océan, ni l'odeur du navire qui le provoque, puisqu'on l'éprouve à terre, et particulièrement sur certaines balançoires avec lesquelles il est parvenu à se rendre un compte plus exact de ses sensations que sur la mer même. Quand assis ou debout on se trouve élevé et abaissé par un mouvement alternatif, c'est toujours pendant l'abaissement et jamais pendant l'ascension, que la crise se fait sentir, d'où M. Jobard a conclu qu'elle est causée par le soulèvement de la masse des intestins, qui jouit d'assez de mobilité dans la cavité abdominale pour aller chatouiller le diaphragme et provoquer le hoquet vomitif, en même temps qu'elle comprime le foie et force la vésicule du fiel à verser son contenu dans l'estomac, qui le rejette à l'instant. C'est en effet au moment où le navire plonge que le mal se fait sentir, tandis qu'il y a répit quand le navire se relève, parce qu'alors les intestins s'appuient sur le bassin en s'éloignant du diaphragme; la différence d'intensité de la masse intestinale et de la charpente qui l'enferme motive assez la différence d'inertie que trouble l'isochronisme de leur mouvement de translation.

Le moyen de se délivrer de cette incommodité, c'est d'empêcher les intestins de s'élever jusqu'au diaphragme; pour cela, il suffit de les assujettir sur le bassin par un procédé mécanique quelconque. M. Jobard n'en a pas trouvé de plus simple qu'une ceinture serrée à la base du thorax, avec la précaution de ne pas comprendre l'estomac sous la ligature. On ne réussirait pas en plaçant la ceinture au milieu ou sous l'abdomen, c'est nécessairement au-dessus qu'il convient de la serrer, modérément d'abord, puis de plus en plus si cela devient nécessaire.

L'expérience, suivant M. Jobard, a confirmé l'efficacité de ce moyen. Tous les passagers d'un navire, qui avaient suivi ses conseils, furent à l'abri du mal de mer pendant une longue et pénible traversée.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DU CHLORURE DE SODIUM (SEL MARIN).

M. PLOUVIERS (de Lille) adresse un travail sur le chlorure de sodium (sel marin) considéré comme fortifiant et comme agent thérapeutique.

L'auteur a fait, depuis 1842, quelques expériences pour résoudre les trois questions suivantes : 1° Le sel marin peut-il nuire à trop haute dose dans l'alimentation? 2° Peut-il donner des forces aux personnes affaiblies, épuisées, soit par des maladies, soit par d'autres causes? 3° Peut-il aider à l'alimentation si elle est insuffisante?

D'après des expériences faites sur lui-même, M. Plouviers a remarqué qu'après avoir, pendant six semaines, fait usage d'une cuillerée, puis d'une cuillerée et demie de sel tous les matins dans une tasse de lait, il était devenu plus fort, plus dispos, et il avait acquis 5 kilogrammes de plus qu'il n'avait avant. Mais en continuant l'usage du sel, il n'a pas tardé à éprouver les symptômes d'une pléthore dont les progrès se faisaient sentir tous les jours, et qui l'obligea à en cesser l'usage. Ces premiers résultats obtenus sur lui-même l'ont engagé à multiplier et varier ses expériences, qui l'ont conduit à reconnaître que le sel marin était un puissant fortifiant, un digestif d'une haute importance; que c'est enfin un modificateur, un dépurateur du sang dont l'action bienfaisante n'est pas appréciée autant qu'elle devrait l'être, et qui peut, en cas d'insuffisance d'aliments, être un coadjuteur utile, pour l'alimentation. Il conclut de son travail 1° que le chlorure de sodium, pris à haute dose par des personnes d'un tempérament sanguin, apoplectique, est nuisible; 2° qu'au contraire, chez les personnes affaiblies et cependant sans être malades, il est d'une incontestable utilité; 3° qu'il peut venir, chez les ouvriers et les malheureux, en supplément de nourriture, pris à doses fractionnées et associé aux aliments.

CATARACTE.

M. GUÉPIN (de Nantes) adresse un mémoire ayant pour titre : N'EST-IL PAS POSSIBLE DE RÉDUIRE DE PLUS DE MOITIÉ LE CHIFFRE HABITUEL DES INSUCCÈS DANS LES OPÉRATIONS DE CATARACTE?

M. Guépin rend compte, dans cette note, des résultats comparatifs qu'il a obtenus par la méthode d'abaissement de M. Cunier, et par la méthode d'extraction.

Voici en quels termes il formule les règles qu'il croit devoir suivre à l'avenir :

L'abaissement, légèrement modifié selon les circonstances, peut donner plus de dix succès contre un insuccès, même en opérant des gens indociles et imprudents, et de mauvais cas; aussi doit-il être employé comme méthode générale.

Afin de ne piquer et de ne déchirer sans nécessité absolue l'iris, la choroïde ou les procès ciliaires, l'opération sera faite avec une aiguille coudée à peu près à angle droit, et le coude sera toujours présenté à l'iris et à la choroïde une fois l'aiguille introduite dans l'œil.

Afin d'éviter le tremblement consécutif de l'iris et de l'amaurose, l'aiguille sera introduite dans l'œil à 3 millimètres de la cornée, un peu au-dessus du plan de l'axe des yeux.

Le cristallin, quand faire se pourra, sera conduit avec sa capsule dans le corps vitré, la face antérieure deviendra inférieure, et la face postérieure sera tournée vers la partie supérieure de l'œil.

Si le cristallin est mou, il sera broyé sur place, et huit ou dix jours plus tard, à l'époque où l'irritation produite par la piqûre de l'aiguille sera dissipée, on le broiera de nouveau et l'on pourra procéder à une ponction destinée à faire sortir de l'œil ses principales parties.

Cette ponction sera faite près du cercle de la cornée avec un couteau à lame étroite; elle pourra nécessiter une section de cornée de 5 à 7 millimètres; mais l'on évitera de se placer dans la jonction de la cornée à la sclérotique, afin de n'avoir pas de hernie de l'iris.

Dans les cataractes compliquées d'iritis avec atrésie pupillaire complète ou incomplète, l'opération artificielle précédera celle de la cataracte qu'elle rendra plus sûre et plus facile, en permettant de voir les mouvements de l'aiguille.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un paquet cacheté relatif à de nouvelles bougies dilatantes de son invention.

— M. Pappenheim adresse une note additionnelle à ses précédents travaux sur le développement des corpuscules de Paccioni et leur comparaison avec les tumeurs gangliformes de M. Serres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Après la lecture du procès-verbal, M. Londe demande la parole.

M. le Président : Est-ce *sur* ou *à l'occasion ?*

M. Londe : Cela dépend : une attaque a été dirigée contre moi par M. Mélier. Il vient de la passer sous silence dans le procès-verbal; s'il consent à faire de même dans le bulletin, je ne répondrai pas. S'il en est autrement, je demande que la parole me soit réservée à l'occasion du procès-verbal.

Après la lecture de la correspondance, la parole est accordée à M. Londe.

M. Londe : Messieurs, dans la dernière séance, et après ma sortie de cette enceinte, M. Mélier s'est ainsi exprimé, du moins d'après la Gazette Médicale : « J'oserai dire que ceux de nos collègues qui ont nié ou mis en doute la valeur de ces faits (les faits de Marseille) ne les ont pas lus avec une suffisante attention; je ne l'affirme pas pour M. Dubois, mais j'en suis sûr pour M. Londe. » A mon tour, j'oserai demander à M. Mélier de quel droit il se permet de donner la mesure de mon attention, pourquoi il m'en suppose moins qu'à lui.

M. Mélier : Si je me suis ainsi exprimé, c'est parce que M. Londe lui-même a dit à plusieurs personnes, et n'en a pas fait mystère, qu'il n'avait pas lu le dossier de Marseille.

M. Londe : Il est très-vrai que je n'ai point lu l'original des pièces venues de Marseille; mais M. Mélier a dit lui-même que tous les faits de Marseille ont été insérés dans les documents à l'appui du rapport, d'une manière fidèle et complète; or, si je nai pas lu le manuscrit, je déclare que j'ai lu avec une grande attention tous les documents imprimés.

Messieurs, il y avait un moyen de me combattre sans me taxer d'inattention. Le moyen c'était d'infirmer les faits généraux et les chiffres dont je me suis servi, lorsque j'ai dit, par exemple : la peste ne se transmet pas des pays où elle règne, dans un pays sain, puisque lorsqu'elle ravage la basse Égypte, elle n'atteint point, malgré la fréquence des communications, la Nubie, l'Abyssinie, et ne remonte pas au delà de la première cataracte; lorsque, dis-je, j'ai avancé ces faits, il fallait prouver que j'avais été trompé. Lorsque j'ai dit que les hardes ne communiquent pas la peste, puisque 70 à 80,000 pèlerins, partant annuellement de tous les points de l'empire musulman pour se rendre à la Mecque, n'y ont jamais porté la peste, il fallait me citer une année où, à la suite de ces invasions de pèlerins, la ville de la Mecque eût été ravagée par le fléau. Lorsque j'ai dit que les lazarets ne servent absolument à rien, puisque dans les trois siècles qui précèdent l'établissement des lazarets en Europe, on y compte 105 épidémies de peste, et que dans les trois siècles qui suivent cet établissement, on en compte 143; lors, dis-je, que me suis appuyé sur ces chiffres, il fallait établir qu'ils étaient entachés d'erreur : voilà comme il convenait de me réfuter, et non pas en me taxant d'inattention.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures.

M. Chevallier lit une série de rapports sur des remèdes secrets; les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Renauldin fait un rapport verbal favorable sur un ouvrage de physiologie, écrit en allemand, et communiqué à l'Académie par M. Hass, professeur de clinique à Bone. Cet ouvrage est relatif à la théorie de la combustion respiratoire.

M. Velpeau présente, de la part de M. Roux (de Marseille), un instrument destiné à faciliter l'introduction et le jeu de la scie à chainette dans des parties profondes et dans des circonstances difficiles, telles que celles de l'amputation des mâchoires, par exemple. Cet instrument, dit M. Velpeau, est très-simple et d'une application facile. L'auteur accompagne cet envoi d'un mémoire sur l'amputation de la mâchoire.

RECHERCHES CLINIQUES SUR DIFFÉRENTS POINTS DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DE L'AFFECTION SATURNINE.

M. Legroux lit un mémoire qui se résume dans les propositions suivantes :

1° *L'affection saturnine* est une maladie générale et non une maladie locale du tube digestif.

2° La symptomatologie de cette affection, malgré la prédominance fréquente *de la colique et de la constipation*, phénomènes qui peuvent manquer, accuse une perturbation de l'innervation et de la nutrition.

L'analyse chimique démontre dans les organes des malades qui succombent l'existence du plomb, même après deux mois et demi de maladie, comme cela a eu lieu chez un malade cachectique mort au bout de ce temps, après avoir subi divers traitements.

D'un autre côté, l'élimination du plomb absorbé a lieu par la peau, comme le prouve la formation du sulfure du plomb, à la surface de cette membrane, sous l'influence de bains sulfureux, et cela à plusieurs reprises, malgré l'interposition de bains savonneux à l'aide desquels on enlève le sulfate déjà formé.

Il résulte de ces trois ordres de faits que l'affection saturnine est un empoisonnement et non une névralgie, et que, dans un cadre nosologique, elle doit être rangée parmi les maladies nerveuses, mais à côté des empoisonnements.

3° La guérison de cette affection s'opère par dépuration; elle peut être spontanée.

4° Le nombre et la rapidité des guérisons obtenues par l'expectation, dans des expériences faites sur douze malades, doivent rendre très-réservé sur les conclusions à tirer des diverses méthodes thérapeutiques.

5° Le traitement de l'affection saturnine comprend cinq indications.

La première est la destruction du foyer extérieur d'intoxication; c'est-à-dire le nettoyage des objets, de vêtements; la neutralisation du plomb déposé à la surface de la peau, à l'aide de bains sulfureux, sur lesquels il convient d'insister, même longtemps après la guérison réelle ou apparente.

La deuxième est la destruction du foyer intérieur d'intoxication, ou la neutralisation et l'expulsion du plomb déposé à la surface de la membrane muqueuse. L'alun, les eaux sulfureuses, l'acide sulfurique, l'hydrate de persulfure de fer satisfont à cette indication; mais l'action de ces moyens ne va pas au delà : ils sont prophylactiques et non curatifs.

La troisième indication est *curative;* elle est dirigée vers l'élimination du plomb absorbé. Il s'agit de provoquer les sécrétions ou de les favoriser. L'organe cutané pourrait prêter un utile concours à la thérapeutique; mais l'expérience a appris que les résultats les plus promps sont obtenus par les évacuants, et notamment par le *traitement de la Charité.*

Une quatrième indication consisterait à contre-balancer l'action toxique du plomb par des agents ou une médication qui aurait une action opposée. Pour la doctrine italienne, l'opium serait précisément cet agent; mais l'usage de ce médicament, comme base de traitement chez quelques malades, a été loin de répondre à l'opinion que l'école italienne a donnée de lui.

Une cinquième indication surgit des états morbides que l'affection saturnine laisse après elle, et dont la plus constante est un état d'anémie qui appelle l'intervention des préparations ferrugineuses et d'un régime fortifiant.

Toute médication qui laisse de côté l'une ou l'autre de ces indications n'atteint qu'imparfaitement le but. Les deux premières sont purement prophylactiques, et l'expectation, avec elles, fait à peu près tous les frais de la guérison. La troisième, sans les précédentes, sans la première surtout, expose aux récidives. La quatrième, isolée, a le même inconvénient, et les guérisons obtenues avec elle ne sont que des effets d'une dépuration spontanée. Enfin, sans la cinquième, plus d'une guérison laisserait après elle un état morbide plus ou moins sérieux, et une débilitation qui prédispose singulièrement aux récidives les ouvriers qui reprennent leurs travaux au sortir de l'hôpital.

(Commissaires : MM. Caventou, Renauldin et Bricheteau.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES DE L'ANNÉE 1845.

DE L'ACCLIMATEMENT, DES MODIFICATIONS DIVERSES QU'IL PEUT IMPRIMER A LA SANTÉ, DES PRÉCAUTIONS HYGIÉNIQUES QU'IL IMPOSE; par M. NICOLAS PERRIN. (Thèse présentée et soutenue le 6 novembre 1845.)

Ce serait un travail digne d'être entrepris et qui ne serait pas, ce nous semble, sans avantage pour la médecine pratique, que l'étude comparée des modifications, durables ou passagères, apportées dans l'organisme par les changements de climats, et de celles que produisent, dans un climat donné, les variations météorologiques. Cette étude devrait porter non-seulement sur les influences générales affectant la masse de l'organisme, la constitution, le tempérament, mais encore sur celles qui, plus circonscrites, se prennent particulièrement à certains appareils et à certains organes; et ces deux ordres d'influences devraient être suivis à travers toutes les diversités de lieux, de saisons, de conditions atmosphériques, d'alimentation, d'habitudes, de conditions sociales, etc. En quatre mots, le problème se réduirait à ceci : faire servir les données de la géographie médicale du globe, qui a été dans ces derniers temps l'objet de travaux remarquables à l'intelligence des constitutions médicales dans une contrée donnée.

M. Perrin n'a pas précisément envisagé son sujet sous ce point de vue. L'*acclimatement*, c'est-à-dire l'ensemble des modifications organiques produites par le passage d'un climat à un autre, voilà l'objet unique de son

travail; mais en présentant un tableau général de l'acclimatement, il fournit souvent des matériaux à l'étude dont nous parlons. Pour cette raison, nous résumerons ce tableau le plus brièvement possible, en l'accompagnant à l'occasion de quelques remarques.

Déterminons d'abord, avec l'auteur, ce qu'on doit entendre par climats chauds et climats froids, et les conditions particulières aux uns et aux autres.

Les *climats chauds* comprennent toutes les contrées situées entre les deux tropiques, et celles qui s'étendent au-delà jusqu'au 30e ou 35e degré de latitude dans les deux hémisphères. La chaleur moyenne, dans les pays intertropicaux, est de 25 à 35 degrés; la plus forte qu'on ait observée est de 48 degrés et la plus faible de 12 degrés. La plupart des auteurs y distinguent deux saisons bien tranchées : celle des pluies, appelée *hivernage*, et celle de la chaleur et de la sécheresse. Mais M. Perrin, trouvant avec raison cette division trop générale, reconnaît dans les climats chauds quatre saisons, comme dans les pays tempérés. L'hiver s'étend de novembre à février. La température moyenne est de + 21; elle est quelquefois abaissée subitement par des vents froids qui amènent des gelées blanches et des rosées abondantes. La seconde saison dure jusqu'au mois de mai, et se distingue par un haut degré de température et une grande sécheresse. Dans la troisième saison, se prolongeant jusqu'en août, et appelée *renouveau* aux Antilles, on remarque des oscillations fréquentes de la température, et la sécheresse diminue. Vient enfin la quatrième saison, caractérisée par la chaleur humide. La quantité d'eau qui tombe aux Antilles du commencement d'août à novembre est énorme : un seul mois en fournit autant qu'il en tombe en France et en Angleterre pendant toute l'année.

Par *climats froids*, on entend toute la partie du globe qui s'étend depuis le 55e degré de latitude australe et boréale jusqu'aux pôles. La température n'est pas la même dans les deux hémisphères : celle du pôle nord a pour moyenne 16°—0, celle du pôle austral 23°—0. D'après plusieurs observateurs, le point le plus froid du globe ne se trouve point à l'extrémité de l'axe, mais à 10 degrés du pôle boréal. Inutile d'insister ici sur la division et les caractères des saisons dans ces climats.

Quelles modifications organiques, soit chez les indigènes, soit chez les émigrés, correspondent à ces deux ordres de climats et aux différentes saisons dans chacun d'eux?

Dans les climats chauds, le tempérament est généralement bilioso-lymphatique; la peau est décolorée. En raison de la raréfaction habituelle de l'air, le travail chimique de la respiration est peu actif; aussi la calorification se maintient-elle à un faible degré, et M. Milne-Edwards a établi par des expériences qu'elle est en raison inverse de la chaleur ambiante. Malgré le peu d'activité de la respiration, la circulation est rapide, le pouls est fréquent. Si la sécrétion de la peau est abondante, celle des reins est presque nulle. D'un autre côté, l'appareil biliaire fonctionne avec une énergie extrême, ce que beaucoup d'auteurs attribuent à l'excès de carbone contenu dans le sang par suite de l'insuffisance de l'hématose. Le système nerveux est très-excitable et sujet à de graves désordres.

L'Européen qui arrive dans ces climats éprouve d'abord un sentiment de fatigue, de l'accablement, de la disposition au sommeil, fréquemment de la céphalalgie et une chaleur fébrile, avec sécheresse de la langue et amertume de la bouche. Ces symptômes sont un peu calmés par l'air frais du matin et se raniment avec la chaleur; le pouls prend une accélération constante, et l'on voit s'établir peu à peu une sorte de pléthore artificielle, accompagnée de congestions et d'hémorrhagies. Le plus souvent, cet état aboutit à l'explosion de quelque maladie grave du foie, du tube digestif ou de l'encéphale. Que l'acclimatement n'ait donné lieu qu'à un malaise plus ou moins pénible ou qu'il ait engendré des affections déterminées, l'émigrant finit par prendre une teinte fiévreuse caractéristique. Le sang perd de sa plasticité; la calorification diminue à tel point que, suivant Haller, la température du corps des acclimatés est de trois ou quatre degrés au-dessous de celle des arrivants.

Quant aux influences morbides propres aux diverses saisons, voici ce qu'on observe. L'*hiver* amène des affections à forme inflammatoire (plus particulièrement des bronchites et des pleuro-pneumonies), quelques dyssenteries et fièvres intermittentes légères. La gravité de ces affections est proportionnée à l'intensité du froid. Par contre, l'appareil hépatique est moins excité, les maladies du foie sont plus rares : c'est l'époque la plus favorable pour débarquer aux Antilles. *La seconde saison* dispose les arrivants aux affections hépatiques et aux fièvres intermittentes graves, tandis qu'elle est de toutes la plus salubre pour les indigènes. Avec la *troisième saison* se montrent les fièvres graves et spécialement la fièvre jaune, qui augmentent d'intensité et de fréquence jusqu'en août, et diminuent graduellement dans le cours de la *quatrième saison*.

Dans les climats froids, c'est le tempérament sanguin qui prédomine; la calorification est très-active, et croît en raison directe de l'abaissement de la température. L'appareil musculaire est très-développée; la digestion se fait avec vigueur. La sécrétion de la peau s'exécute faiblement et est en partie suppléée par celles des reins et de la surface pulmonaire. Le système nerveux est peu développé, peu actif, l'imagination presque nulle. La puberté se déclare tardivement. Les maladies propres à ces climats sont surtout les phlegmasies aiguës, les affections catarrhales et principalement celles de l'appareil respiratoire. L'acclimatement, dans les pays froids, est beaucoup plus facile que dans les pays chauds. « On en trouve la preuve, dit M. Perrin, dans les établissements créés par les Hollandais au Spitzberg, au seizième siècle, pour la pêche de la baleine; ils parvinrent tous à un haut degré de prospérité. Le capitaine Parry a séjourné pendant deux ans dans l'île de Melville, où la température moyenne de l'année est de—17°, sans que les hommes de l'équipage y eussent éprouvé le moindre malaise. En 1597, des Hollandais passèrent l'hiver dans la Nouvelle-Zemble, sous le 76° de latitude. Il est vrai qu'il en mourut quelques-uns, mais ce furent ceux qui ne se donnèrent pas assez de mouvement; car, pour les autres, ils ne furent atteints d'aucune maladie. » L'émigrant, dans les pays froids, parvient donc souvent à s'acclimater sans trouble grave de la santé. Il résulte même des observations de M. Milne-Edwards que les arrivants résistent plus facilement au froid que les indigènes, par suite d'une réaction qui s'opère à la peau, semblable à celle que provoque un bain froid; mais il est à croire que cet effet n'est pas général, et ne s'observe guère que chez les individus vigoureux. Peu à peu cette force de résistance se perd; l'organisme se modifie; la respiration, la calorification, l'exhalation pulmonaire, la sécrétion rénale, deviennent plus actives, la digestion plus facile, l'assimilation plus complète. Le système musculaire prend du développement; la graisse s'amasse dans le tissu cellulaire; le système nerveux perd de son excitabilité.

Tels sont les traits les plus essentiels du tableau des modifications organiques corrélatives aux diverses influences climatériques. Nous n'avons pas la prétention de montrer ici leur analogie avec celles qui résultent, dans un climat donné, des variations météorologiques. Cette étude, nous l'avons dit en commençant, est encore à faire, du moins en grande partie. Nous ne voulons que préciser par quelques exemples le but où elle pourrait conduire et le genre de lumière qu'elle pourrait jeter sur la pathologie.

Les climats chauds sont fertiles en affections bilieuses et ataxiques, en congestions, en hémorrhagies. Quelles sont les maladies amenées dans nos climats par les grandes chaleurs? Précisément des maladies analogues, sinon semblables. Et l'on a pu en juger surtout cette année où la température s'est élevée de si bonne heure et pendant si longtemps à un degré considérable. On peut consulter sur ce point nos *Revues sanitaires;* on y verra que les fièvres bilieuses et les maladies ataxiques ont prédominé pendant tout le cours de la saison chaude. En outre, le rapport entre les diverses saisons et les formes morbides est à peu près le même (sauf les différences intimement liées aux conditions locales) dans les pays chauds que dans nos contrées. Dans la saison froide (relativement), et féconde en brusques variations atmosphériques (hiver des Antilles), des affections inflammatoires, des bronchites, des pleurésies, des pneumonies; dans la saison sèche et médiocrement chaude (printemps), état sanitaire satisfaisant *pour les indigènes;* dans les deux saisons tout à la fois chaudes et humides (été et automne), fièvres rémittentes de mauvais caractère.

Ici se peut vérifier une remarque que l'étude des constitutions médicales nous a déjà suggérée plusieurs fois : c'est que l'influence des conditions atmosphériques sur la production des maladies et sur la détermination des formes morbides, dépend moins de telle ou telle qualité de l'air considérée en elle-même que des variations plus ou moins brusques de l'atmosphère et de leur succession dans un ordre et suivant une gradation plus ou moins insolites. En voyant, à la fin de l'hiver et au commencement du printemps dernier, des chaleurs très-faibles en elles-mêmes, mais précoces et extraordinaires pour la saison, donner lieu à des maladies ordinairement propres à l'été, nous nous disions qu'une semblable température, si elle avait lieu au mois d'août ou dans un pays chaud, amènerait probablement des maladies propres à l'hiver. C'est à peu près ce que nous voyons ici. Dans un climat où la température moyenne de toute l'année est d'environ 30 degrés, une chaleur de+20°, qui donnerait ici des fièvres graves, des affections gastro-intestinales, amène des bronchites et des pneumonies. De même, l'émigrant qui arrive dans la saison sèche ou seconde saison, prend la fièvre jaune dans une atmosphère qui est, au contraire, favorable à la santé de l'indigène. Cette vue ne doit pourtant pas être exagérée; des conditions atmosphériques bien prononcées glissent toujours quelques traits dans les formes morbides; et l'hiver encore si chaud des Antilles montre à côté des bronchites et des pneumonies quelques dyssenteries et quelques fièvres intermittentes.

Nous nous bornerons à ces simples remarques qui, nous en avons la conviction, mériteraient d'être étendues et approfondies.

VARIÉTÉS.

— BANQUET OFFERT A M. ORFILA, A MADRID. — Les médecins de Madrid ont offert un banquet splendide à l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris. Nous empruntons au journal la FACULTAD de Madrid quelques extraits de la relation de cette fête médicale. Outre l'intérêt puissant qu'excitent les honneurs rendus au représentant de la médecine française, on trouvera dans les discours prononcés quelques précieux indices sur l'état de la science et des esprits dans la Péninsule.

Après un toast porté à la santé de S. M. la reine Isabelle, le docteur Rubio, médecin de la reine, s'est levé et a dit :

« Messieurs, j'ai l'honneur de porter la santé du célèbre doyen de la Faculté de médecine de Paris, notre digne compatriote, au nom de tous les médecins espagnols. Je ne prends pas la parole, comme on pourrait le croire, pour faire une longue énumération des mérites de notre illustre représentant auprès de la Faculté de médecine de Paris, le docteur Orfila est au-dessus de tout éloge, et les médecins espagnols s'entendent mal à la louange.

» Pour nous qui aspirons à la confraternité scientifique universelle, qui avons foi dans les incommensurables bienfaits que l'humanité doit en retirer, nous donnerons à nos paroles un but plus élevé. Nous le dirons sans détour : Les médecins espagnols n'ont pas lieu d'être complétement satisfaits des médecins français. Les médecins français ne nous connaissent pas ; ils font peu de cas de nous, et, ce qui est pis encore, ils condamnent à l'oubli tout ce que nous avons fait et tout ce que nous faisons ; ils sont à notre égard d'une notable injustice, et nous nous flattons, monsieur le doyen, qu'après ce que vous avez vu vous n'hésiterez pas à le reconnaître. Nous étions jadis montés bien haut, nous sommes déchus depuis ; mais nous espérons reconquérir ce que nous avons perdu. Il n'y a pas trois siècles, quand nos armées dominaient le monde, nos médecins, comme nos guerriers, comme nos littérateurs faisaient la loi en Europe. Une série de malheurs bien connus et bien déplorables ont mis notre pays au bord de l'abîme. Cependant l'Espagne d'aujourd'hui n'est pas l'Espagne de Charles II : on peut le voir à la protection souveraine et aux institutions bienfaisantes qui favorisent chez nous le développement de la civilisation. Nous avons fait des efforts dont vous avez bien voulu reconnaître l'efficacité pour ressaisir notre splendeur passée, et ces efforts ont déjà porté leurs fruits. O vous qui êtes si haut placé dans l'heureux pays, le centre de la civilisation européenne, acceptez, nous vous en supplions, la mission de faire connaître à la France nos efforts et leurs résultats. Faites-le, et vous resserrerez les liens de la confraternité scientifique entre les deux peuples. Nous nous adressons à vous avec une entière confiance ; car bien que votre gloire appartienne à la France, votre cœur n'a pas cessé d'être espagnol. »

M. Orfila a répondu à peu près en ces termes :

« Messieurs, j'accepte du profond de mon âme l'honneur que vous me faites avec tant de courtoisie. Je déclare avec bonheur que votre établissement n'a pas son égal en Europe. J'ai été charmé de tout ce que j'ai vu, et je prends aujourd'hui l'engagement de le faire connaître à la France. La médecine française n'ignorera rien de ce que j'ai vu et entendu. J'emporterai vos ouvrages, je ferai rendre justice à vos travaux, et j'aurai soin qu'ils soient répandus dans toute l'Europe. Enfin, j'emploierai à ce noble but tous les moyens que ma position pourra m'offrir. »

M. le doyen de la Faculté de Madrid a répondu en ces termes :

« A l'union et à la sympathie mutuelle de la Faculté de Paris et de celle de Madrid, et à la bonne harmonie de leurs représentants, M. D. Mateo Orfila et M. D. Pedro Castello, fondateur non moins digne de la Faculté de médecine de Madrid ! »

M. le docteur Argumosa s'est ensuite exprimé en ces termes :

« Il est, je crois, utile de rectifier quelques-unes des opinions exprimées par le docteur Rubio. Si les étrangers n'apprécient pas les Espagnols à leur juste valeur, il ne faut pas en rejeter la faute entièrement sur eux. Nous n'écrivons pas : les circonstances dans lesquelles l'Espagne s'est trouvée ne l'ont pas permis. Il n'y a que peu de temps que nous en avons le droit. Ceux qui sont loin de nous ne peuvent pas se former d'opinion sur notre compte autrement que par les faits ostensibles, c'est-à-dire par nos œuvres. Confessons également que si nous devons à nos maîtres une grande partie de ce que nous savons, nous en devons aussi une grande partie aux étrangers ; et, pour ma part, je conviens volontiers d'avoir beaucoup appris d'eux. »

Ces paroles ont été suivies d'un discours de M. Perez, qui a abondé dans le sens de M. Argumosa.

M. GUTTIÈRES, doyen de la Faculté de Madrid :

« Quoique les médecins espagnols ne soient pas prodigues de leurs œuvres imprimées, il ne serait pas juste de juger d'après ce fait de l'état de la médecine à Madrid, d'autant plus que les médecins français ont eu tout le loisir de venir se renseigner dans les livres vivants de l'état de la science de ce côté des Pyrénées. Nous faisons des vœux pour qu'à l'avenir une harmonie fraternelle règne entre les médecins de ces deux nations. »

M. OBRADOR : « Je bois à la santé de Leurs Majestés, du médecin illustre fondateur de cet établissement, des médecins espagnols qui par leur science se sont placés à la tête des corporations étrangères ; je bois à la santé *de tous les médecins de l'univers*, véritable république humanitaire. »

M. LE DOYEN GUTTIÈRES : « Deux époques ont marqué surtout dans l'histoire de la Faculté de médecine et de chirurgie espagnole : la restauration de cette Faculté et la création des colléges royaux. Toutes deux sont l'ouvrage du zèle scientifique de l'excellent D. D. Pédro Castello. En voici une troisième, son association à la Faculté de médecine de Paris, la preuve d'affection que le doyen de l'Académie de Madrid a donnée au célèbre doyen de l'école de Paris en sollitant pour lui le titre de docteur. Union et sympathie des deux Facultés, c'est la meilleure condition de progrès pour la nôtre. »

— L'administration des hôpitaux vient de prendre une décision en vertu de laquelle, sur la demande de M. le préfet de la Seine, une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe (rue de Charenton) va être immédiatement convertie en hospice, à l'instar de celui de La Rochefoucauld, destiné à recevoir des vieillards payant pension.

Pour suppléer à la diminution des lits de l'Hôtel-Dieu annexe, résultat de cette mesure, l'administration a loué les bâtiments occupés pendant ces dernières années par l'hôpital militaire de Charonne, lesquels seront, sous peu de jours, mis en état de recevoir des malades. L'intention de l'administration est de convertir peu à peu en hospice de vieillards la totalité de l'Hôtel-Dieu annexe, aussitôt que pourra être habité l'hôpital Louis-Philippe, que l'on construit en ce moment.

— Les nouvelles de Téhéran jusqu'au 1er septembre nous apprennent que le choléra, qui a sévi avec tant de violence dans cette capitale, avait cessé à cette époque d'exercer ses ravages. La population, dont une grande partie s'était réfugiée dans les montagnes voisines, commençait à revenir et reprenait le cours de ses occupations. La population indigène de Téhéran aurait perdu, d'après les évaluations des autorités locales, environ 7,000 individus, un dixième à peu près du total, car la ville ne compte avec sa banlieue que 70,000 habitants. On sait que le shah a perdu le plus jeune de ses trois fils. Le docteur Cloquet a pu sauver la mère du prince royal et la fille unique du shah, qui avaient été atteintes du fléau. Six princes et plusieurs princesses de la descendance de Felhi-Ali-Shah ont succombé. On compte parmi les victimes : Mirza Aboul-Assan-Khan, ministre des affaires étrangères et chargé, en 1820, d'une mission en Angleterre. Un autre ministre du shah, le visir du prince royal, plusieurs dignitaires et généraux ont été aussi les victimes de ce fléau. — Le choléra a rayonné dans toutes les directions ; il s'est même avancé sur la route d'Astrakhan et de Moscou ; mais on espère que le froid le fera rétrograder, car l'hiver dernier l'a arrêté pendant plusieurs mois sur les frontières de la Perse.

— Dans le concours pour les places de chirurgien sous-aide-major, qui vient de se terminer au Val-de-Grâce, M. A. Dujardin a obtenu la première place ; viennent ensuite sur la liste de classement MM. Didiot, Claveau et Comon. Conformément à une disposition spéciale de l'ordonnance organique, ces messieurs seront envoyés directement dans les hôpitaux d'instruction en qualité de sous-aides-majors. Treize élèves sur soixante-quatorze n'ont pas obtenu le chiffre d'admission.

— La commission de l'Académie de médecine pour le prix d'Argenteuil vient enfin de faire son rapport si impatiemment attendu. Voici le résultat du travail de cette commission : Le prix n'a point été accordé. — La somme de 10,000 fr., léguée par le fondateur, a été partagée, à titre de récompense seulement, entre les quatre compétiteurs dont les noms suivent : MM. Perrède, 4,000 fr. ; A. Mercier, 3,000 fr. ; Delcroix, 2,000 fr. ; Béniqué, 1,000 fr.

— Le roi vient de faire présent à l'Académie de médecine d'un très-beau tableau copié à La Haye, aux frais de S. M., par un peintre français, M. Cottereau. C'est la reproduction fidèle de l'un des chefs-d'œuvre de Rembrandt, la *Leçon d'anatomie* de Tulpius. Ce grand tableau a été placé dans la salle des séances de l'Académie.

— M. le docteur Chauffard fils vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital civil militaire d'Avignon, en remplacement de M. Chauffard père, démissionnaire.

— Le concierge de l'administration des postes, à Paris, était en possession de temps immémorial et de père en fils, de la pommade pour les yeux, dite *pommade de madame Schérer*, qui est composée à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et de paquets de vulnéraire suisse. Le procureur du roi a trouvé, avec juste raison, que cet abus devait cesser. Le sieur Jacquet a été traduit en police correctionnelle et condamné à 25 fr. d'amende et à tous les dépens.

— Le pape vient d'accorder à M. Renzi, condamné politique auquel il a fait grâce, le grade de chirurgien militaire dans la garde pontificale.

— La réunion de MM. les professeurs pour la désignation des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu à la Faculté de médecine le mardi 10 novembre, à midi précis.

— M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ouvrira son cours au muséum d'histoire naturelle le jeudi 5 novembre à trois heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi. Il traitera cette année des oiseaux. Le cours sera ouvert par plusieurs leçons sur la zoologie générale et l'anatomie philosophique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

LETTRES SUR L'ÉTAT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE; par M. ORFILA.

PREMIÈRE LETTRE.

Madrid, ce 23 octobre 1846.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de parcourir une grande partie de l'Espagne, dans le but d'examiner les divers établissements d'instruction publique, et notamment ceux qui ont pour objet les sciences médicales; j'ai pensé qu'il serait utile de faire connaître à la France les modifications heureuses qui ont été introduites en Espagne, depuis quelques années, dans les lois relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, et, d'un autre côté, qu'il était du plus haut intérêt pour ce dernier pays de profiter, s'il y avait lieu, des améliorations notables que l'on a fait subir en France aux institutions médicales, surtout en ce qui concerne l'enseignement, le service des hôpitaux, les Académies, etc. Permettez-moi de vous adresser le résultat de mes observations, en vous priant de les insérer dans votre journal. Le moment est d'autant plus opportun que la France est sur le point de modifier une législation surannée, contre laquelle tant de voix ne cessent de s'élever à si juste titre. Vous verrez, monsieur, que, sous le rapport des études et de l'exercice de l'art, l'Espagne jouit déjà de certains avantages que les gens sensés réclament depuis longtemps en vain pour la France. Espérons que la nouvelle loi ne se fera pas plus longtemps attendre, et que l'année 1847 ne s'écoulera pas sans qu'elle ait été votée par les pouvoirs législatifs.

Après bien des vicissitudes, le décret du 17 septembre 1845 a fixé à cinq le nombre des Facultés de médecine, qui ont été établies à Madrid, à Cadix, à Valence, à Barcelone et à Santiago; quoique ces Facultés soient à peu près instituées sur le même principe, celle de Madrid cependant offre une organisation plus large et plus complète; aussi me bornerai-je à la faire connaître en détail.

Le local où elle est située, sous le nom de *collége royal de Saint-Charles*, est un des plus beaux édifices que l'on puisse imaginer. Les bâtiments du même genre que j'ai vus en France, en Angleterre, en Hollande, en Allemagne et en Italie, sont loin de pouvoir lui être comparés. Placé dans la rue d'Atocha, à côté de l'hôpital Général, ce local a 340 pieds de longueur et autant de profondeur. Sous le péristyle, et avant d'entrer dans une vaste cour carrée dont chaque côté a 200 pieds, on trouve quatre grands escaliers, deux à droite et deux à gauche, qui conduisent aux cabinets d'anatomie, à la bibliothèque, aux bureaux d'administration à certaines cliniques, etc. Le rez-de-chaussée est occupé par quatre beaux amphithéâtres élégamment construits, et dont l'un est très-vaste; par une salle d'actes immense, qui sert aussi pour les leçons; par deux grandes salles de dissection, et enfin par quelques cliniques. Tout est donc disposé pour que l'on puisse faire à la fois plusieurs cours, ce qui est indispensable dans une Faculté où les élèves, classés par années, sont tenus de suivre les leçons correspondantes aux matières indiquées par le programme pour chaque année. La construction de ce bel établissement, qui a coûté 4 millions de francs environ, est due au vénérable et savant Don Pedro Castelló, premier médecin de la reine, autrefois professeur de l'école et médecin de Ferdinand VII. Ce vieillard, entouré d'une considération aussi grande qu'elle est méritée, n'a jamais usé de l'influence qu'il exerce et qu'il a exercée sur les souverains dont il a eu la confiance que pour servir la profession et ceux qui la cultivent. Puissent ces paroles lui donner une faible idée du respect que m'ont inspiré son noble caractère, ses vertus et son talent!

ÉTUDES MÉDICALES.

La durée des études médicales est de *neuf* années lorsque l'élève veut obtenir le titre de docteur, et de *sept* s'il n'aspire qu'à la licence; ce dernier grade donne le droit d'exercer dans toute l'Espagne, et ceux qui le possèdent sont *medicos-cirujanos* (médecins-chirurgiens). Les docteurs seuls peuvent aspirer aux places de professeurs, d'agrégés et de médecins des eaux minérales. Il est probable que le doctorat sera également exigé pour devenir médecin des hôpitaux et médecin par quartier de la maison royale (*medico de familia*). Je n'oublierai pas de dire qu'à la fin de la cinquième année d'études, les élèves sont tous tenus d'acquérir le titre de bachelier en médecine, qui ne leur confère aucun droit d'exercice.

Voici comment sont distribuées les matières de l'enseignement pendant ces neuf années d'études.

PREMIÈRE ANNÉE. — Physique et chimie médicales; trois fois par semaine. Professeur : M. *Usera*.

Chimie générale, trois fois par semaine. Professeur : M. *Masarnau*.

Conférences sur l'ostéologie; dissections depuis onze heures jusqu'à deux, tous les jours.

Anatomie descriptive et générale, tous les jours. Professeur : M. *Castelló* neveu.

DEUXIÈME ANNÉE. — Histoire naturelle médicale, tous les jours. Professeur : M. *Obrador*.

Physiologie, cinq fois par semaine. Professeur : M. *Ysern*. Ce cours est à la fois théorique et expérimental; à l'aide d'une centaine de vivisections opérées sur des chiens et sur des moutons, le professeur fait connaître les travaux qui lui sont propres et ceux des savants qui se sont occupés du système nerveux, de la respiration, de la circulation, de la digestion, du vomissement, etc.

Hygiène privée, deux fois par semaine. Professeur : M. *Perez*.

Dissections, depuis midi jusqu'à deux heures.

Anatomie descriptive et générale.

TROISIÈME ANNÉE. — Pathologie générale, quatre fois par semaine pendant quatre mois.

Clinique générale, pendant quatre autres mois.

Anatomie pathologique générale, deux fois par semaine pendant huit mois. Professeur : M. *Lopez*.

Thérapeutique, matière médicale et art de formuler, cinq fois par semaine. Professeur : M. *Capdevila*.

Dissections comme pendant la deuxième année.

QUATRIÈME ANNÉE. — Pathologie et clinique générales. — Anatomie pathologique générale. — Bandages. — Anatomie chirurgicale. — Clinique générale chirurgicale. — Opérations, tous les jours. Professeur : M. *Toca*.

Pathologie chirurgicale, tous les jours. Professeur : M. *Frau*.

Feuilleton.

LETTRES D'AFRIQUE.

N° VII.

Tlemcen, 8 octobre 1846.

Monsieur et cher confrère,

La médecine a suivi les mêmes phases que les sciences ses sœurs. Dès l'origine, partie intégrante du faisceau primitif qui représente les notions scientifiques rudimentaires des sociétés naissantes, elle n'a que peu à peu acquis son individualité par suite de l'œuvre de morcellement qui est la conséquence nécessaire du perfectionnement progressif, ou, si l'on aime mieux, de l'éducation graduelle de l'intelligence humaine; œuvre qui dessine d'abord les sciences, les arts, les professions, leur donne une existence à part et limitée, et qui, plus tard, fait sortir de chaque individualité des spécialités distinctes.

Chez les peuples qui commencent à sortir de la barbarie, la médecine ne consiste, pratiquement, qu'en un petit nombre d'arcanes; théoriquement, elle n'est qu'un des éléments du tout peu homogène qui constitue les connaissances de cette époque; politiquement, elle rentre dans les nombreuses attributions des chefs et des prêtres, et se mêle aux invocations et aux pratiques cabalistiques dont ils déploient, en hommes habiles, l'appareil fascinateur sous les yeux des masses superstitieuses. L'antre de Trophonius rendait des oracles médicaux à ceux qui venaient, souffrants, interroger ses sombres entrailles; les sibylles et les pythonisses des temples de Delphes et d'Épidaure, les prêtresses d'Esculape et d'Hygie, lançaient, dans leur fureur divine, des phrases ambiguës dans lesquelles le fidèle cherchait l'indication du moyen qui devait le guérir. La médecine tenait donc à la religion par de nombreux liens; plus tard, elle s'en sépara pour ne former qu'une science avec la philosophie, dont l'en sépara à tout jamais le vieillard de Cos.

L'enfance de l'Égypte, comme celle de la Grèce, sa fille, dépose en faveur de l'idée que nous cherchons à mettre en relief. Mais, à côté de ces exemples fournis par le passé, faisons figurer ceux que l'Algérie nous présente tous les jours.

Chez les Arabes, on ne distingue que trois classes sous le rapport de l'instruction : les uns vivent dans une entière ignorance; les autres savent lire et écrire, ou lire seulement; enfin, il est des hommes qui se consacrent à l'étude des principes que leur ont transmis leurs devanciers. La médecine fait partie de ces connaissances encore embryonnaires, de sorte que tout *lettré* est capable, plus ou moins, de donner des conseils aux malades. Mais il est des hommes qui s'occupent plus particulièrement de l'art de guérir : ce sont le marabout, pour lequel pourtant la médecine est un accessoire, et le tébid, qui en fait sa spécialité.

Exercices pratiques relatifs à l'application des appareils et des bandages, aux opérations et à l'anatomie topographique.

Cinquième année. — Clinique chirurgicale, tous les jours. Professeurs : MM. *Argumosa* et *Solis*.

Pathologie interne, tous les jours. Professeur : M. *Drumen*.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants, tous les jours. Professeur : M. *Saura*.

Exercices pratiques comme dans la quatrième année.

Sixième année. — Clinique chirurgicale, tous les jours.

Clinique médicale, tous les jours. Professeurs : MM. *Gutierrez*, doyen de la Faculté, et *Callejo*.

Accouchements.

Médecine légale et toxicologie, tous les jours. Professeur : M. *Mata*.

Septième année. — Clinique d'accouchements, tous les jours. Professeur : M. *Corral*.

Clinique médicale, tous les jours.

Hygiène publique, deux fois par semaine. Professeur : M. *Perez*.

Médecine légale, tous les jours.

Huitième année. Analyse chimique, trois fois par semaine. Professeur : M. *Pou*. Ce cours a particulièrement pour objet la recherche des poisons, l'analyse des aliments, des boissons, des eaux minérales et de l'air, les sophistications, la fausse monnaie, les taches de sang, de sperme, etc.

Hygiène publique, deux fois par semaine.

Neuvième année. — Analyse chimique, trois fois par semaine.

Histoire et littérature médicales, trois fois par semaine. Professeur : M. *Asuero*.

Conférences. — Indépendamment des études ci-dessus indiquées, les élèves de cinquième, de sixième et de septième années, se réunissent pendant deux heures, le jeudi de chaque semaine, sous la présidence d'un professeur, pour discuter certains points théoriques. Un élève de septième année lit un mémoire sur un sujet qui a été désigné par le sort huit jours auparavant. Trois élèves au moins, l'un de septième année et deux de sixième, argumentent ensuite l'auteur de ce mémoire, au moins pendant vingt minutes chacun.

Excepté les cours de clinique qui se font tous les jours pendant douze mois, tous les autres commencent le 2 octobre et finissent le 31 mai. Il n'y a jamais de leçon théorique le jeudi, si ce n'est celle de chimie générale.

Je vais maintenant jeter un coup d'œil sur les hommes et sur les choses. Les professeurs parlent tous d'abondance et sans notes; la plupart d'entre eux sont doués d'une prodigieuse facilité, et le style de quelques-uns est d'une élégance remarquable; tous font des leçons riches de faits et avec un ordre qui ne laisse rien à désirer. Je vous avouerai que, sous ce rapport, j'ai été pleinement satisfait; après avoir beaucoup entendu enseigner dans divers pays de l'Europe, je ne balance pas à dire qu'en ce qui concerne le personnel des professeurs, la Faculté de Madrid n'a rien à envier à la plupart des écoles existantes. Déjà à Barcelone, et surtout à Cadix, j'avais pu me convaincre que les hommes préposés à l'enseignement médical avaient une grande valeur scientifique et qu'ils n'ignoraient rien de ce qui avait été publié concernant la science qu'ils étaient chargés de faire connaître.

Vous remarquerez, monsieur, qu'il existe dans les Facultés de l'Espagne une chaire d'*histoire et de littérature médicales*, et une autre de *clinique générale;* l'utilité de la première étant depuis longtemps reconnue, je me bornerai à parler de la seconde, qui est, à mon avis, une excellente institution; on met à la disposition du professeur un nombre considérable de stéthoscopes, de plessimètres, de spéculum, de cathéters, de microscopes et tous les réactifs chimiques nécessaires pour analyser les humeurs, etc.; presque tout ce que l'on apprend dans le cours de pathologie générale est journellement constaté au lit des malades par les élèves, distribués en séries et sous la direction du professeur. C'est un bel exemple à montrer à celles des administrations des hospices de France, qui opposent d'incessantes difficultés aux médecins chargés de propager l'enseignement clinique, sous le prétexte mal fondé que les malades sont fatigués, et je dirai presque meurtris par les investigations auxquelles ils sont soumis.

Les cliniques médicale, chirurgicale et d'accouchements, sont organisées de manière à présenter d'incontestables avantages, si l'on remédie à quelques inconvénients que je signalerai bientôt. Les élèves de chacune de ces cliniques sont distribués par les professeurs en séries de cinq ou six; chaque série est chargée de suivre un malade, de l'observer *autant de fois par jour qu'il le désire* (ce qui n'est pas permis en France), et de rédiger l'observation relative à ce malade. Après la visite, le professeur se rend dans l'amphithéâtre et appelle l'un ou l'autre des élèves de la série, lequel est tenu de rendre compte de tout ce qu'il a vu, de porter un diagnostic, de disserter sur les causes de la maladie, de proposer un mode de traitement, etc. Il est inutile de dire que souvent l'élève est interrompu par le maître, qui se livre à des développements des plus intéressants ou qui rectifie les erreurs commises par l'étudiant. L'attention religieuse avec laquelle les assistants suivent ces conférences prouve assez qu'ils les considèrent comme excessivement utiles. Ici, comme dans les autres Facultés d'Espagne, les professeurs de clinique ont le droit de choisir, dans toutes les salles de l'hôpital général, les malades qui leur conviennent le mieux, et presque toujours cet article du règlement s'exécute sans difficulté.

L'institution qui a pour objet de réunir les élèves des trois dernières années, pour discuter des mémoires écrits par eux, offre de tels avantages, qu'il n'est pas nécessaire de les faire ressortir : on conçoit en effet que ces conférences forcent les élèves à réfléchir sérieusement, à mûrir ce qu'ils ont appris et à l'exposer avec ordre et méthode. J'applaudirai également à ces *exercices pratiques* sur les opérations, sur l'application des appareils et des bandages, auxquels prennent part tour à tour tous les élèves de la Faculté, sous la direction du chef des travaux anatomiques, des prosecteurs et des aides. Quant aux dissections, il me suffira de dire que le local destiné à cet effet, attenant à la Faculté, est aussi beau et presque aussi vaste que celui de Clamart, à Paris, qu'il est parfaitement éclairé, pourvu d'une grande quantité d'eau, et que les cadavres surabondent. Les élèves ne dissèquent jamais en dehors de la présence du chef des travaux anatomiques et de plusieurs aides d'anatomie.

Après avoir fait la part de ce qui, à mon avis, est parfaitement conçu, je vais faire ressortir les vices de certaines parties de l'organisation de cet enseignement; quelle que puisse être la portée de mes observations à cet égard, j'ai cru devoir les communiquer au gouvernement de la reine, qui les appréciera, je n'en doute pas, à leur juste valeur.

J'ai d'abord été frappé du peu de temps que l'on consacre aux dissections (trois heures par jour pendant la première année et deux seulement pendant cinq mois des deux dernières années), et j'ai demandé que ce temps fût au moins de trois heures; j'ai également pensé qu'il ne suffisait pas

---

Le marabout est un solitaire passant ses jours dans la vie contemplative et occupé uniquement des affaires du ciel, comme nos anciens anachorètes de la Thébaïde. La vie exceptionnelle qu'il mène, le prestige de sainteté qui l'entoure, les relations qu'on lui suppose avec l'Être suprême, ont naturellement porté l'indigène barbare et superstitieux à lui attribuer une puissance surnaturelle, le don des miracles et partant la faculté de guérir les maladies. De plus, comme il est admis qu'une grande partie des affections pathologiques est produite par les djinouns (démons) qui se logent dans notre corps, le marabout, qui converse avec Allah, que Mahomet visite et qui commande aux génies du mal, le marabout est nécessairement appelé à exorciser le patient pour le débarrasser de ses hôtes infernaux.

Agissant surtout dans ce but, l'anachorète musulman néglige le peu de moyens que possède la thérapeutique arabe, et dirige contre les démons parasites des batteries d'amulettes et de talismans. Quand il est fort en vogue et très-occupé, il a quelquefois la précaution de préparer à l'avance une petite pacotille, dans laquelle il puise au hasard, semblable à ces teneurs d'officine qu'on a accusés de prendre tous les onguents dans le même pot. Mais si le client veut *bien faire les choses*, ou s'il a affaire à un guérisseur de bonne foi, on lui fabrique une amulette toute neuve et appropriée à la circonstance. Le marabout griffonne, sur un petit carré de papier enjolivé, un verset du Coran contenant une allusion à la maladie ou le nom de l'organe affecté, mais n'ayant quelquefois pas plus trait à l'état du malade que l'épigraphe de la moitié de nos livres n'a de rapport avec les sujets qu'on y développe. L'intention tient alors lieu du fait. Le précieux grimoire est renfermé dans un sachet de marocain doré ou dans une petite bourse bariolée de vives couleurs; puis il est suspendu au cou du malade ou placé sur sa coiffure à l'aide d'un cordon orné de glands de soie ou de laine. Si la guérison survient, c'est le fétiche qui a chassé les démons qui avaient établi leur malfaisante nichée dans le corps du malheureux; si l'affection continue, il faut en accuser la rage des djinouns, qui ont lutté contre la puissance du talisman en demandant du renfort aux enfers. Le marabout, dans ce cas, délivre une autre amulette plus efficace et conséquemment plus chère.

Je conseille fort cette adroite façon de se tirer d'affaire, de se disculper de ses insuccès et de *pousser à la vente*, à ceux qui emploient un spécifique contre tous les maux, par exemple à nos confrères, — confrères non légalement, mais scientifiquement, comme ils disent, — qui entonnent l'hymne en faveur du produit d'un Laurus dont nous tairons l'épithète en *ra*. Comment! vous n'allez pas mieux! Prenez-en un peu plus; car les voraces animalcules et la pernicieuse flore cryptogame, qui fourmillent dans notre économie *intus et extra*, ont la vie très-dure et repullulent avec une incroyable activité.

Nous savons que les augures romains ne pouvaient se regarder sans rire; les marabouts en font peut-être autant. Mais, mon cher confrère, comment a-t-on pu dire que le Parisien est léger et mobile? comment a-t-on osé appeler nouvelle Athènes notre bonne Lutèce, se fondant sur la versatilité de ses habitants, quand on voit depuis si longtemps déjà d'impassibles et graves promeneurs se croiser dans tous les sens sans sourciller, en aspirant dans un tuyau de plume l'air embaumé par le suc fragrant dont je tairai jusqu'au bout l'épithète en *ra*. *Turba vult decipi, decipiatur*. En tout cas, je conteste au *vulgum pecus* le droit de tourner en ridicule les amulettes arabes.

d'une étude pratique de l'anatomie descriptive pendant trois ans, alors que les études durent sept années au moins, et qu'il fallait la prolonger jusqu'à la fin de la cinquième année; comment supposer en effet qu'au moment d'aspirer à la licence, à la fin de la septième année, les élèves qui n'ont pas disséqué depuis quatre ans puissent se rappeler les détails importants d'une science qu'à mon avis ils n'ont pas suffisamment étudiée? J'ai également demandé que l'hygiène privée ne fût enseignée que plus tard, à moins qu'on ne réduise cette étude à quelques considérations physiologiques générales, et dans ce cas il faudrait la confier au professeur de physiologie. Quant à l'anatomie et à la thérapeutique *générales*, si l'on se borne à des généralités qui se résument presque en des définitions, je comprends qu'on puisse en occuper les élèves avant de leur avoir fait étudier la pathologie interne et externe; mais ce ne peut être qu'à la condition de leur enseigner plus tard, et lorsqu'ils auront acquis les notions préliminaires indispensables, les particularités si importantes de ces deux sciences. L'anatomie générale chirurgicale m'a paru un hors-d'œuvre qu'il fallait rayer du cadre, dès qu'il y a un cours de clinique générale médicale.

J'ai longuement insisté sur la nécessité de diminuer le nombre des leçons qui, suivant moi, ne doivent avoir lieu que trois fois par semaine. Les élèves, dont la tenue, du reste, est excellente, sont obligés de suivre tous les cours de l'année à laquelle ils appartiennent, et ils sont tellement surchargés par le nombre de leçons qui leur sont données qu'il ne leur reste pas le temps de lire, de réfléchir ni de rédiger les principaux faits qui leur ont été communiqués; il résulte évidemment de là une confusion qui ne peut tourner qu'au détriment des études. L'inconvénient que je signale est surtout remarquable pour les cliniques; il arrive souvent qu'après les visites les professeurs entrent dans les amphithéâtres pour se livrer à ces exercices, que j'ai tant loués, et qu'ils sont obligés de quitter la place au bout de dix à quinze minutes, parce que les élèves sont appelés à suivre d'autres professeurs. Que les leçons cliniques n'aient lieu, comme les autres, que trois fois par semaine et cet inconvénient grave disparaîtra.

A propos des cliniques, je demande avec instance que le nombre de lits de chacune d'elles soit augmenté au plus tôt. Qu'est-ce, en effet, pour la clinique chirurgicale que 25 lits pour un des professeurs et 31 pour l'autre, et pour la clinique médicale que 26 lits pour l'un d'eux et 14 pour l'autre? Le gouvernement ne saurait trop se hâter de prendre à cet égard une décision favorable aux vœux de la Faculté. Il faut également que la clinique d'accouchements, dans laquelle doivent se trouver les femmes enceintes, les femmes accouchées, celles qui sont atteintes de maladies propres au sexe et les nouveau-nés, soit notablement agrandie, et qu'au lieu de 30 à 32 lits elle en compte au moins 80 ou 100. Je ferai encore remarquer que les élèves n'ont aucun moyen pratique d'étudier les maladies syphilitiques et cutanées, les affections mentales et les maladies des enfants, les malades atteints de syphilis et de lésions cutanées étant relégués à l'hôpital de *San Juan de Dios* où les étudiants ne pénètrent pas, et les aliénés, en fort petit nombre, étant concentrés à l'hôpital général, c'est-à-dire dans un établissement où rien n'est disposé pour l'instruction. Un tel état de choses ne saurait être plus longtemps toléré; il faut de toute nécessité que les élèves puissent étudier les maladies de la peau et que l'on construise un hôpital d'aliénés et une maternité.

J'ai également signalé un autre moyen de rendre l'enseignement plus fructueux, c'est d'engager les élèves, qui se bornent actuellement à écouter les professeurs, à prendre des notes et à répondre à la leçon suivante à un certain nombre de questions qui leur seraient adressées sur le sujet de la séance de la veille. Les élèves ne sont pas assez nombreux dans chaque classe pour qu'il y ait la moindre difficulté à adopter cette mesure.

J'ai encore demandé que les réunions si utiles, connues sous le nom d'*académie*, eussent lieu tous les jeudis, non-seulement pour les élèves des trois dernières années, comme cela se pratique actuellement, mais aussi, *et séparément*, pour les élèves de chaque année; il suffirait pour obtenir de cette mesure tout le bien qu'on peut en attendre, d'indiquer, dans un article réglementaire, les objets des conférences qui devraient avoir lieu pendant chacune des quatre premières années d'études.

EXAMENS.

Les *examens de fin d'année*, institués en Espagne depuis l'année 1801, ont pour objet de s'assurer que le travail des élèves a été fructueux. Voyons maintenant si le plan actuellement suivi dans les Facultés répond suffisamment à ce besoin. Je ne balance pas à me prononcer pour la négative; en effet, on tire au sort six questions pour chaque candidat, et on lui demande de traiter ces questions comme il l'entend, sans que les examinateurs puissent l'interroger ni l'aider. Qu'arrive-t-il? Les élèves instruits parlent sur chacune des questions pendant quelques minutes; d'autres, éludant la question, prouvent qu'ils savent autre chose que ce qu'on leur a demandé; il en est un grand nombre qui, n'ayant pas l'habitude d'exposer les faits scientifiques avec ordre, traitent les questions avec une confusion sans exemple; ceux qui auraient pu répondre d'une manière satisfaisante sur d'autres points, et qui ne connaissent pas les sujets sur lesquels ils sont interrogés, restent muets, et muets au point que j'en ai vu dont l'examen était terminé au bout de trois ou quatre minutes. Il est aisé de s'apercevoir qu'en suivant une pareille marche on est exposé à ajourner des candidats qui auraient pu être reçus et à en admettre d'autres que le hasard a favorisés et qui auraient été refusés si l'examen eût été plus sérieux. J'ai demandé avec la plus vive instance la modification du règlement à cet égard, pour revenir à ce qui se faisait en 1843, époque à laquelle le jury interrogeait les candidats, en leur adressant des questions variées et en nombre suffisant pour pouvoir s'assurer de leur capacité réelle. Un pareil examen ne saurait durer moins d'une demi-heure pour chaque candidat.

EXAMENS DE RÉCEPTION POUR LA LICENCE. — Si les examens de *fin d'année* sont illusoires, et si les *examens de réception* sont insuffisants, il est évident que les épreuves laisseront beaucoup à désirer. Or les examens de réception sont loin d'être sérieux, comme je vais le démontrer. Après les sept années d'études, on fait subir *à huis clos* un premier examen dit de *tentative*, dans lequel on est censé parler de tout, et où l'on néglige nécessairement des parties importantes. Comment supposer, en effet, que, dans un espace de temps assez court, on puisse s'assurer de la capacité des candidats sur toutes les branches théoriques de la science? Peut-on même exiger d'un élève qu'il réponde coup sur coup et d'une manière satisfaisante à des questions relatives aux sciences accessoires, aux sciences anatomiques, physiologiques, médicales, etc.? D'ailleurs cet examen est déjà grandement vicié pour être fait en l'absence du public. Après cette épreuve, les candidats tirent au sort trois questions, et choisissent l'une d'elles pour la résoudre par écrit; au bout de quatre jours, l'élève vient lire son travail, et immédiatement après, des objections lui sont faites pendant une heure par les quatre examinateurs qui composent le jury; tel est le deuxième examen.

Iliacos intra muros peccatur et extra.

Par l'odeur alléché, comme dit le fabuliste, nous avons perdu de vue notre ermite médecin. Il est mort dans l'intervalle; on lui bâtit, pour dernière demeure, une sorte de chapelle sépulcrale surmontée d'un dôme, et les populations accourent de bien loin déposer leurs morts autour des reliques du saint homme, du grand médecin. Ses enfants héritent de son nom de marabout, quand même, quittant la solitude paternelle, ils rentrent dans la vie commune. La race des Asclépiades est fondée; la foule leur attribue les mêmes pouvoirs miraculeux qu'à leur père: de sorte que, entourés d'une haute considération, redoutés à cause du mal qu'ils peuvent accumuler sur la tête de leur ennemi, recherchés et fêtés pour le bonheur qu'il leur est donné de répandre sur les familles en guérissant les malades et en rendant les moissons fécondes, consultés sur les plus importantes affaires en vertu de la science de divination qu'on leur suppose, les marabouts qui habitent les douars passent fréquemment de la puissance spirituelle au pouvoir temporel: on les voit caïd, c'est-à-dire juges; aga, c'est-à-dire chefs militaires; d'où il suit que chez les Arabes, comme chez les Grecs de la guerre de Troie et chez les croisés du moyen âge qui avaient les chevaliers hospitaliers, il peut arriver que les plus illustres guerriers prodiguent leurs soins après la bataille, ou traitent, dans les temps d'épidémie, ceux qui ont été blessés dans l'action ou qui éprouvent les atteintes du fléau. Remarquable rapprochement, à travers les siècles, entre l'enfance des sociétés naissantes!

Le marabout ne se confine pas dans le domaine de la médecine curative: il aborde les préventifs; il débite des amulettes contre la fièvre, la dyssenterie, les ophthalmies et même contre la mort. Un jour, un spahis, tristement agenouillé près du cadavre de son cheval, tué par la balle de l'ennemi, entonnait le chant de mort sur les restes de son fidèle compagnon; un soldat, sans pitié pour sa naïve douleur, riait de l'amulette pendue sur le poitrail du coursier qu'elle devait garer de tout accident. Or le soldat portait au cou une de ces petites médailles que Notre-Dame de Fourvières, du haut de son roide coteau, jette à Lyon superstitieux et débauché, et que Lyon mercantile répand dans nos provinces; au doigt de notre homme verdissait une vieille bague de cuivre bénite par saint Hubert, et destinée à guérir de la morsure des chiens enragés; plus d'une fois peut-être aussi, il avait consulté le devin du village dont l'*abracadabra* délivre des fièvres. Singularité de l'esprit humain! la différence des lieux nous fait trouver de l'étrangeté, de la nouveauté, dans les choses qui, chez nous, se passent journellement sous nos yeux.

Le tébib est un savant qui possède les connaissances générales, mais qui cultive plus spécialement la médecine et la chirurgie; comme le marabout, mais à un moindre degré, il passe pour avoir des relations cabalistiques, et on lui accorde la puissance de faire des actes miraculeux: c'est dire qu'il est révéré comme un être au-dessus du vulgaire, tant à cause de ses services réels ou imaginaires que comme un inspiré, et pour ainsi dire un chargé de pouvoir d'Allah. Plusieurs de nos collègues, saisis par les Arabes, ont dû la vie ou un adoucissement aux souffrances de la captivité à la vénération qui entoure les tébibs. Le collet velours cramoisi brodé d'or et le serpent d'Épidaure qui estampille nos boutons sont parfaitement connus des Arabes amis et ennemis.

Dans le troisième, les élèves sont interrogés sur un cas pratique ; ici l'examen a lieu au lit des malades d'abord, puis dans l'amphithéâtre, et tout le monde voit qu'il a dû mériter mon approbation.

Je dirai plus : en supposant que la durée des examens de *fin d'année* fût d'une demi-heure, et que ces examens fussent aussi sérieux qu'ils doivent l'être, les *examens de réception*, tels qu'ils sont institués (au nombre de trois), seraient encore insuffisants ; en effet, les sciences que le médecin doit connaître sont nombreuses et difficiles, et l'expérience apprend tous les jours qu'on les oublie en partie, du moins lorsqu'on néglige de s'en occuper pendant tout le cours des études. Personne ne croira qu'un élève de septième année se rappellera, par exemple, l'anatomie descriptive qu'il n'a pas étudiée depuis la troisième année, s'il n'a pas continué à disséquer.

Un bon système d'examens, ai-je dit au gouvernement, consiste à prouver chaque année que l'on a mis le temps à profit, et, à la fin des études, que l'on n'a rien oublié. Pour acquérir cette dernière preuve, il faut *de toute nécessité* que, par des examens probants, on s'assure de la capacité actuelle des candidats, en renonçant à l'examen dit de *tentative*, et en le remplaçant par quatre examens de trois quarts d'heure chacun pour chaque candidat. Dans ce cas, les examens de réception seraient au nombre de six.

Premier examen. Sciences anatomiques et physiologiques.

Deuxième. Pathologie interne et externe, opérations et anatomie pathologique.

Troisième. Sciences physiques et chimiques. Hygiène privée et publique et pharmacologie.

Quatrième. Accouchements, médecine légale et thérapeutique.

Cinquième. Examen de clinique chirurgicale, après visite de deux malades.

Sixième. Examen de clinique médicale, après visite de deux malades.

L'examen d'anatomie serait à la fois théorique et pratique, c'est-à-dire qu'avant d'interroger le candidat dans l'amphithéâtre, celui-ci aurait préparé pendant trois ou quatre heures, et sans aucune assistance, une question qui aurait été tirée au sort, et qu'au moment même de l'examen, il aurait mis à nu, en présence du jury, tantôt un ou plusieurs nerfs, tantôt une ou plusieurs artères, certains muscles, etc. — Dans le deuxième examen, on exigerait, avant le commencement de la partie orale, que le candidat fît sur le cadavre une ou plusieurs opérations. — Dans le troisième, il faudrait faire reconnaître à l'aspirant des plantes et des drogues médicinales. — Enfin, dans le quatrième, il serait nécessaire que le candidat rédigeât, séance tenante, un rapport médico-légal, une ou plusieurs formules, et qu'il se livrât à des manœuvres obstétricales sur le mannequin.

On dira peut-être que c'est exiger des professeurs un temps beaucoup plus considérable que celui qu'ils consacrent en ce moment aux devoirs qui leur sont imposés. Il est aisé de prouver qu'il n'en est rien : en effet, si, d'un côté, les professeurs se trouveront surchargés, d'un autre côté, leur travail sera singulièrement diminué par la mesure qui réduirait à trois par semaine les leçons, et surtout par l'immixtion dans le jury d'un agrégé en remplacement d'un professeur, ainsi que je le proposerai bientôt. D'ailleurs les hommes distingués et consciencieux qui composent actuellement le personnel de la Faculté tiennent trop à l'honneur de la profession et de l'école dont ils sont la gloire pour reculer devant un léger sacrifice de leur temps, en admettant qu'il leur fût demandé.

EXAMENS DE RÉCEPTION POUR LE DOCTORAT. — Ils sont au nombre de deux. Dans le premier, le candidat rédige un mémoire écrit, d'après les formes indiquées en parlant de la licence, et dont le sujet porte sur la matière des cours de la huitième et de la neuvième années d'études. Dans le deuxième, le licencié fait une leçon, après une heure de préparation, sur un point tiré au sort et choisi parmi cent autres relatifs aux matières enseignées pendant les deux dernières années. L'Université de Madrid *seule* reçoit des docteurs.

AGRÉGÉS.

Il existe près de la Faculté de Madrid huit agrégés : l'un d'eux a la direction de la bibliothèque ; un autre est secrétaire de la Faculté ; les autres sont chargés de faire les visites et les cliniques médicale, chirurgicale et d'accouchements pendant les vacances. Tous sont appelés à remplacer les professeurs malades ou absents ; mais ils ne font partie des jurys d'examens qu'autant qu'il manque un professeur, et alors ils ne peuvent y entrer que pour un tiers. Ils ont 2,000 fr. d'appointements fixes, et ne touchent aucun traitement éventuel. On paraît les considérer comme étant *à vie*.

J'ai fait à cet égard deux observations auxquelles j'ai cru devoir attacher beaucoup d'importance : j'ai demandé que les agrégés fissent nécessairement partie des jurys de tous les examens, et qu'ils fussent renouvelés tous les neuf ans. En les appelant à faire partie des jurys, on a l'avantage d'avoir des examinateurs jeunes, pleins de zèle et au courant des découvertes les plus récentes ; ils représentent d'ailleurs le corps des médecins étrangers à la Faculté, et contribuent à donner au public les garanties qu'il est en droit d'exiger.

J'ai vivement combattu le système d'une agrégation à vie : ce serait, ai-je dit, éteindre l'émulation et priver d'avantages réels une foule de jeunes gens capables, dont les efforts ne peuvent que tourner au profit de la science et de l'humanité. Comment supposer que les générations à venir, si elles ne voient pas en perspective la possibilité d'arriver à des positions honorables, cultivent avec ardeur les diverses branches de l'art de guérir ? Que si l'on objecte que les agrégés actuels ont été nommés à vie, et que dès lors on ne pourrait pas leur appliquer une mesure rétroactive, je répondrai que, sans chercher à discuter si tel est le caractère de leur nomination, je reconnais qu'il pourrait être injuste de les remplacer ; mais alors je demanderai que dès à présent on entre dans une autre voie, que l'on pose en principe qu'à dater de ce jour les agrégés, nommés à mesure que les places deviendront vacantes, seront temporaires, et que l'on procède immédiatement, par la voie du concours, à la nomination de quatre agrégés dont les fonctions expireront dans neuf années.

NOMINATIONS AUX PLACES DE PROFESSEUR ET D'AGRÉGÉ.

Toutes les places sont données au concours ; il y a plus : les médecins par quartier de la famille royale (*medicos de familia*), ceux des hôpitaux et les professeurs du Jardin des Plantes sont nommés par la même voie. Je ne puis qu'approuver une pareille disposition ; mais ce que je ne saurais assez blâmer, c'est l'institution du concours pour faire passer les professeurs des Facultés d'une classe à une autre plus élevée. Il faut savoir qu'ici les professeurs sont divisés en trois catégories : professeurs *d'entrée* (*de entrada*), professeurs du deuxième degré (*de ascenso*) et professeurs du troisième degré (*de termino*). Ces derniers touchent 2,000 fr. de plus que les premiers, et ceux du deuxième degré 1,000 fr. de plus. Voici maintenant la malheureuse disposition du règlement concernant cette matière :

Les tébibs ont une sorte de système informe de pathogénie et d'étiologie générale. Nous avons vu qu'ils font consister beaucoup de maladies dans la possession de notre corps par les djinouns ; mais ils attribuent aussi un grand rôle au froid, au vent, pour traduire littéralement, qu'ils accusent de produire la plupart des autres affections. Nous avons souvent entendu des malades nous dire : J'ai froid dans la tête, dans la poitrine, etc., pour nous indiquer que ces régions étaient affectées ou douloureuses. Il est à remarquer que cette manière de parler est fort usitée, chez nous, parmi le peuple. A Lyon surtout, nous avons maintes fois été consulté par des gens, d'ailleurs éclairés, qui prétendaient avoir *un chaud et froid* et ne voulaient pas entendre parler de saignée, quoiqu'ils fussent réellement atteints de pleurésie ou de pneumonie, soutenant que la sueur seule devait être provoquée pour la curation de leur mal. Ce n'est pas là le seul rapport qui existe entre les erreurs et les inexactitudes de la populace française plus ou moins civilisée et celles de l'Arabe barbare. Les indigènes confondent le cœur et l'estomac, et appellent, comme chez nous, *mal de cœur* les envies de vomir, le malaise épigastrique et les difficultés d'une laborieuse digestion.

Il faut bien convenir que le système pathogénique qui met sur le compte du froid la génération de presque toutes les maladies, est plus fondé dans nos possessions africaines qu'en France. Quand on considère les rosées abondantes et froides qui viennent terminer des nuits fraîches séparant des jours très-chauds, on est subitement frappé des grandes perturbations que doit amener dans notre économie l'action centripète et déprimante du froid succédant à la chaleur dont le pouvoir centrifuge et épanouissant exalte, excite et porte le sang à la périphérie. Le costume de l'Arabe est heureusement des plus propres à le garantir de la trop vive influence de ces oscillations atmosphériques si tranchées. Il peut à volonté rejeter en arrière les pans de son bournous ou les ramener en avant pour s'envelopper dans ses larges plis. Quand le soleil ardent brûle la terre, il ne garde que son bournous blanc qui renvoie les rayons sans en absorber le calorique ; le soir, il revêt en outre son épais bournous noir ou brun, et enveloppe sa tête dans un double capuchon. Les jambes sont peu ou pas garanties, mais c'est précisément la région qu'il importe le moins de protéger ; la poitrine et l'abdomen surtout sont, au contraire, entourées, sous le bournous, des longs circuits du haïck.

Les tébibs suivent fidèlement les conséquences de leur système et emploient principalement les moyens antagonistes du froid, c'est-à-dire les remèdes excitants et la provocation de la sueur par une surcharge de tapis et de vêtements et même par des boissons diaphorétiques chaudes. Les espèces aromatiques, telles que l'absinthe, la sauge, le thym, la lavande, sont administrées sous toutes les formes possibles, en infusion, en masticatoire, en cataplasme, en poudre à priser. Il n'est point rare de rencontrer un malade qu'on stimule ainsi à la fois par tous les pores et par tous les sens. Les femmes, quand leurs règles coulent difficilement, les hommes qui veulent se rendre plus aptes aux plaisirs de l'amour, objet capital pour eux, vivent, pour ainsi dire, au milieu des ombellifères, des labiées et des scrofulariées. Mais la plante la plus usitée, c'est le henné (*lausonia inermis*), arbrisseau du désert dont les femmes, les juives surtout, emploient le suc pour se teindre en jaune rougeâtre les ongles et les pieds. Le henné est mis à toute sauce : le médecin arabe l'ordonne pour les cas les plus disparates.

« Les professeurs qui voudront appartenir à une catégorie plus élevée devront se présenter au concours.

» On ne pourra passer d'une catégorie à une autre qu'après trois années d'exercice dans la catégorie qui est immédiatement au-dessous.

» En changeant ainsi de catégorie, on reste pourtant chargé du même enseignement.

» Le concours ne roulera pas sur le sujet de la chaire vacante, mais bien sur tout autre point de la science médicale. »

Ainsi, supposez que le professeur d'anatomie soit de troisième classe (*de termino*) et qu'il vienne à mourir, on ouvrira deux concours, l'un pour la chaire et l'autre pour faire arriver à la troisième classe l'un des professeurs de deuxième classe; un troisième concours aura également lieu pour faire passer à la deuxième classe un professeur de première.

Peut-on imaginer un système plus bizarre que celui-ci? Un homme de mérite, qui a concouru une première fois pour obtenir une chaire, occupera cette chaire pendant douze ou quinze ans avec honneur; déjà il aura conquis la confiance du public; sa position sociale sera élevée, et telle qu'il était en droit de l'attendre de ses travaux, de ses talents, du zèle qu'il aura déployé dans l'enseignement, et il faudra, pour que cet homme monte d'un degré dans le professorat, qu'il descende de nouveau dans l'arène avec des compétiteurs de la localité ou avec d'autres de la même catégorie appartenant aux diverses Facultés du royaume; et si le hasard fait qu'il ne soit pas nommé, il reparaîtra le lendemain devant un auditoire qui aura été témoin de sa défaite, et qui, à coup sûr, n'aura plus pour lui ni pour ses talents la déférence et le respect qu'il est si avantageux d'inspirer aux élèves. Ces considérations ont tellement frappé les professeurs de première et de deuxième catégories, que j'ose affirmer qu'aucun d'eux ne voudra entrer en lice, et qu'ils préféreront tous mourir au poste le plus inférieur plutôt que de s'exposer à un échec. — S'il en est ainsi, quel avantage espère-t-on tirer d'une pareille institution? Il y a en ce moment à la Faculté de Madrid sept professeurs d'entrée (première classe), neuf de deuxième classe et deux de troisième (*de termino*).

NOMINATIONS AUX PLACES DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES ET DE PROSECTEUR.

Ces places sont également données au concours, ce qu'il est impossible de ne pas approuver; mais il y a lieu de faire tourner ce concours au profit des collections anatomiques. Pourquoi, par exemple, n'établit-on pas que la première épreuve consistera en une série de préparations fraîches ou sèches sur un certain nombre de points d'anatomie humaine et comparée? La Faculté ou le jury du concours indiquerait, quatre mois avant l'ouverture des épreuves orales, le nombre et la nature des pièces que ch que candidat aurait à préparer pendant ces quatre mois; ce serait là un moyen peu dispendieux et certain d'enrichir les cabinets et d'exciter l'émulation des travailleurs, dont les noms seraient inscrits sous chacune des pièces qu'ils auraient fournies.

CONDITIONS D'ADMISSION AUX ÉTUDES MÉDICALES, ET FRAIS DE CES ÉTUDES ET DES RÉCEPTIONS.

Pour être admis à étudier la médecine, il faut : 1° être bachelier en philosophie; 2° avoir étudié pendant un an au moins la chimie générale, la minéralogie, la zoologie et la botanique; 3° avant de se présenter à la licence, l'élève devra prouver, en outre, qu'il a suivi un cours de langue grecque, soit avant d'être inscrit à la Faculté, soit pendant qu'il fait ses études médicales, ce qui est motivé sur ce que les études exigées pour être reçu bachelier en philosophie ne comprennent pas le grec.

Il suffira, pour faire sentir l'insuffisance du grade de bachelier en philosophie, de donner le tableau des matières qui sont enseignées, et de dire que la plupart des élèves obtiennent ce grade à l'âge de 15 ans.

PREMIÈRE ANNÉE, à l'âge de dix ans. Grammaire espagnole; rudiments de la langue latine; exercices du calcul arithmétique; notions de géométrie; éléments de géographie; mythologie et principes d'histoire générale.

DEUXIÈME ANNÉE. — Langue espagnole; langue latine : syntaxe et principes de version; principes de morale et de religion; continuation de l'histoire et en particulier de celle d'Espagne.

TROISIÈME ANNÉE. Continuation des langues espagnole et latine, version; composition dans les deux langues; principes de psychologie, d'idéologie et de logique; langue française.

QUATRIÈME ANNÉE. Continuation de la langue espagnole; traduction des classiques latins; composition. Complément de l'arithmétique : algèbre jusqu'aux équations du deuxième degré inclusivement; géométrie, trigonométrie rectiligne, géométrie pratique; continuation de la langue française.

CINQUIÈME ANNÉE. Traduction des classiques latins; éléments de rhétorique et de poétique; composition; éléments de physique avec quelques notions de chimie; notions d'histoire naturelle.

Il ne s'agit pas ici de faire ressortir les vices nombreux de ce programme; je me bornerai à dire qu'il est incomplet et que l'on force des enfants très-jeunes à étudier des matières qu'ils ne sauraient comprendre; aussi arrive-t-il que les bacheliers reçus après de pareilles études ne sont aucunement préparés à aborder l'enseignement des Facultés de médecine et de droit. Non-seulement il est urgent de refaire ce programme, mais encore faut-il prolonger au moins de deux années les études qu'il doit comprendre.

Les frais d'études et de réception se composent d'une rétribution annuelle

de.	50 francs
Pour droits d'examen de fin d'année.	5
Total	55
Lesquels multipliés par sept années donnent. .	385 francs
Le titre de bachelier en médecine coûte. . . .	100
Celui de licencié	750
Total des frais de licence. . .	1,235
Le diplôme de docteur coûte.	750 francs
Il faut ajouter deux ans d'études	60
Total des frais du doctorat. .	2,045

NOMBRE DES ÉLÈVES INSCRITS ET DES LICENCIÉS REÇUS.

Le nombre des élèves aspirant à la licence et au doctorat, inscrits pour l'année 1845 à 1846, a été de 1,030, et celui des élèves dits *practicos* (1)

(1) On appelle *practicos* un certain nombre d'élèves existant en vertu de dis-

En général, les tébibs affectionnent les applications externes aux dépens des modificateurs médicaux, ce qui se conçoit parfaitement; en eff t, l'appréciation de l'influence de ces derniers exige qu'on apporte des connaissances plus approfondies et une attention bien plus éclairée que pour l'étude des résultats de la médication externe et locale.

Si nous faisons abstraction du *datura*, dont nous parlerons plus tard, des excitants, des émollients, en tête desquels figure la mauve, nous ne voyons guère que les purgatifs et les vomitifs dont quelques tébibs parmi les plus éclairés ou parmi ceux qui ont eu des relations avec nous, connaissent exactement les propriétés et administrent dans un but bien défini. Encore est-ce par exception qu'ils sollicitent des évacuations alvines et plus rarement qu'ils poussent l'estomac à se débarrasser des matières qu'il contient. Sans doute chaque tébib a un certain nombre de remèdes auxquels il accorde surtout confiance, de même que nos médicastres et nos charlatans vantent une plante par-dessus toutes les autres; mais ils ne savent pas le pourquoi de leur enthousiasme et ne se rendent même pas compte de l'action physiologique du médicament employé. Ainsi, demandez à tel Tébib dans quel but il conseille la scille et l'asperge, il vous répondra que c'est bon, utile, efficace, mais il ne saura pas vous dire que ces végétaux poussent aux urines.

La connaissance précise de la vertu des plantes médicinales qui croissent en foule dans leurs plaines humides et sur leurs montagnes desséchées et l'appréciation des propriétés des substances minérales qui effleurissent à la surface du sol ou se cachent dans le sein de la terre, ne leur seraient pas, au reste, d'une grande utilité, puisque la science capitale de l'indication est encore à naître, et que, bien loin de savoir déterminer la nature et le siége des maladies, ils donnent à peine un nom différent à chaque organe. Qui croirait que les coreligionaires des Albucasis et des Avicenne confondent sous la même dénomination les artères, les nerfs et les veines?

Quoique les affections inflammatoires profondes et franches ne dominent point dans le règne pathologique de l'Algérie, les évacuations sanguines ont pourtant leur utilité, car l'élément phlegmasique complique beaucoup de maladies endémiques ou accidentelles de ces régions. Néanmoins la saignée de la veine est bien rarement pratiquée; elle passe pour une opération difficile et dangereuse; bien peu de tébibs osent l'entreprendre, bien peu de malades consentent à s'y soumettre. Dans les villes, il répugne moins à ceux-ci de se faire tirer du sang, parce qu'il y a des juifs qui ont couru le monde et qui, plus instruits et plus adroits, savent leur inspirer une confiance qu'ils méritent jusqu'à un certain point, car ils exécutent avec une certaine habileté l'opération tant redoutée dans les douars et les tribus de l'intérieur.

Les évacuations sanguines locales sont, au contraire, fort usitées sous forme de ventouses scarifiées ou de simples incisions superficielles. Dans les tribus éloignées des grands centres, on ne connaît guère que ces dernières; on favorise l'écoulement du sang, principal but du tébib, en pratiquant des frictions énergiques et répétées, ou en engageant le patient à contracter fortement les muscles de la partie sur laquelle on opère. On est peu difficile pour le choix de l'instrument destiné à labourer la peau. Le couteau-yatagan que l'Arabe porte à la ceinture lui sert à couper la tête de l'ennemi tombé et à dépecer le bétail abattu; il l'emploie pour les travaux domestiques les plus grossiers comme pour

de 815; total: 1,845; tandis qu'en 1841-1842 il avait été de 2,305. En 1843-1844 il n'avait été que de 1,539 et en 1844-1845 de 1,765.

On reçoit à peu près 100 licenciés par an. Quant au nombre des docteurs reçus, on ne saurait encore le fixer, même d'une manière approximative, le décret de septembre 1845 qui institue le nouveau doctorat étant trop récent pour que l'on puisse juger de ses effets; mais d'après le petit nombre d'élèves inscrits pour acquérir le titre de docteur, on peut prévoir que ce nombre sera fort restreint. Ne pourrait-on pas, ne devrait-on pas pour parer à cet inconvénient, si l'on veut conserver le doctorat, réduire les études à huit années au lieu de neuf, et quel inconvénient verrait-on, par exemple, à supprimer le cours d'analyse chimique qui serait exclusivement réservé aux aspirants au doctorat en pharmacie? Quels avantages peuvent tirer d'un pareil cours des licenciés en médecine, déjà praticiens et livrés à des travaux d'un tout autre genre, lorsqu'ils doivent avoir oublié presque tout ce qui leur avait été enseigné sur la chimie *théorique* seulement, sept années auparavant?

Je désirerais aussi, et cette réforme me paraît indispensable, que les frais de réception fussent notablement diminués, tandis que la somme payée tous les ans par les élèves serait augmentée; en recevant un droit de présence, à peu près insignifiant, les examinateurs n'ont aucun scrupule d'ajourner les élèves qui n'ont pas satisfait aux examens, tandis qu'il peut ne pas en être ainsi si les frais d'examens sont par trop considérables; mais en adoptant cette mesure, l'équité veut que les professeurs ne soient pas lésés dans leurs intérêts, et il importe de leur attribuer un traitement fixe, digne de la haute position qu'ils occupent, quel que soit le nombre des examens qu'ils seront appelés à faire subir.

Durée des études; licence; doctorat. — Les gens de l'art qui exercent actuellement la médecine et la chirurgie en Espagne sont tellement nombreux que l'on peut affirmer sans crainte que les secours médicaux ne manqueraient pas aux populations, alors même que les écoles seraient fermées pendant quinze ans. Cette surabondance de médecins a dû engager le gouvernement, dans l'intérêt de tous, à rendre plus difficile l'obtention des grades. Je pense que l'on a bien fait d'exiger sept années d'études pour la licence, la durée de chaque année scolaire ne pouvant être que de huit mois à cause des chaleurs excessives qui règnent en été dans ce pays; mais je crois aussi que l'on a poussé trop loin cette exigence, comme je l'ai déjà dit, en demandant deux années de plus pour le doctorat. Suivant moi, il serait préférable de porter à sept années au lieu de cinq la durée des études classiques (instruction secondaire), et de supprimer l'année d'études ayant pour objet les sciences physiques et naturelles, qui est actuellement exigée entre le baccalauréat en philosophie et l'étude de la médecine proprement dite; cette suppression serait d'autant plus rationnelle, qu'avant d'être reçu bacheliers, les élèves doivent avoir étudié ces sciences, et qu'on les leur apprend de nouveau et avec plus de détail dans la première année des études médicales. Par ce moyen, les élèves en médecine commenceraient leurs études à 17 ans et pourraient obtenir à 24 ans le titre de licencié en médecine. Si l'on tient à conserver la licence et le doctorat, ce que je n'approuve pas par des motifs que je ferai connaître en parlant des docteurs en pharmacie, on pourrait n'exiger, comme je l'ai déjà dit, qu'une année d'études de plus, pendant laquelle les élèves seraient tenus de suivre l'hygiène et l'histoire de la médecine. Je dirai, à l'occasion du doctorat, que c'est à peine s'il y a actuellement quelques élèves inscrits pour obtenir ce titre.

positions antérieures au décret du 17 septembre 1845, lequel ne reconnaît plus que des licenciés et des docteurs. Ces élèves terminent actuellement leur scolarité en recevant des leçons des agrégés. On n'a plus dû en inscrire un seul cette année.

BIBLIOTHÈQUE ET CABINETS.

La bibliothèque de la Faculté, toute médicale, m'a paru suffisante; elle est fréquentée par un assez grand nombre d'élèves.

Les cabinets, au contraire, sont loin de répondre aux besoins de l'époque. Il n'existe rien en anatomie comparée; on ne voit aucune de ces pièces sèches qui font l'ornement des musées de France. Les pièces fraîches sont disposées de telle façon et au milieu de liquides tellement colorés qu'elles ne peuvent pas servir à l'étude. L'anatomie pathologique est à peine représentée. Il n'y a presque rien sur le *rachitisme*, et l'on n'a pas encore la magnifique collection de Thibert. Les pièces en cire, fort nombreuses, sont pour la plupart belles et très-instructives; mais plusieurs d'entre elles, qui ont dû coûter des sommes considérables, sont inexactes et ne peuvent qu'induire les élèves en erreur. J'ai indiqué au gouvernement des moyens efficaces pour remédier promptement à cet état de choses, et je ne crains pas d'affirmer que sous peu le musée anatomique de la Faculté de Madrid présentera un tout autre aspect.

En terminant l'exposé de tout ce qui se rapporte à l'enseignement de la médecine en Espagne, il serait injuste de ne pas reconnaître, malgré les imperfections et les lacunes que je viens de signaler, les services notables qui ont été rendus dans ces derniers temps par les hommes éclairés qui s'occupent spécialement de cette branche de l'enseignement. Don Antonio Gil de Zarate, directeur de l'instruction publique, et nos honorables confrères les docteurs Séoane et Rubio, membres du conseil royal de l'Université, n'ont pas cessé, depuis quelques années, de proposer au gouvernement des mesures d'autant plus utiles, qu'il était indispensable de réformer un plus grand nombre d'institutions vicieuses. Animés des meilleures intentions, ces hommes distingués ne voudront pas laisser leur œuvre inachevée, et je ne doute pas qu'ils ne saisissent avec empressement l'occasion d'introduire dans les règlements des améliorations que je crois indispensables.

Dans une prochaine lettre, j'examinerai l'enseignement de la pharmacie, l'école vétérinaire, l'institution des sages-femmes, l'état des hôpitaux et tout ce qui a rapport à l'exercice de l'art de guérir, aux Académies, etc.

Agréez, etc. ORFILA.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur Rilliet (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc., etc.

SECONDE PARTIE.

Dans un précédent mémoire (1), nous avons décrit les symptômes aux-

(1) Voy. Gazette Médicale. Janv. 1846.

la délicate opération qui consiste à promener son tranchant sur les parties souvent les plus visibles de notre corps. Nous devons dire pourtant que certains tébibs réservent, pour les scarifications, de petits couteaux courts et légers qui semblent avoir été fabriqués *ad hoc*, et que les barbiers (car les barbiers arabes se mêlent aussi de chirurgie) font les incisions avec leur rasoir.

Les tébibs sont hydrophobes, en ce sens qu'ils n'emploient jamais les applications d'eau froide, ni les affusions, ni les irrigations: l'eau froide, à leur dire, détermine les plus funestes accidents, amène la pourriture et la désorganisation des parties. Ils ont, pour les plaies, une médication irritante et quelquefois très-bizarre qui nous rappelle l'irrationnelle manière dont nous traitions, en Europe, les plaies d'armes à feu, avant qu'Ambroise Paré ne changeât la face de la thérapeutique, guidé, dans ces premiers pas, par le succès du *baume de petit chien* dont un médecin italien lui avait indiqué la recette.

La cautérisation à l'aide du fer rougi au feu joue un rôle capital dans la médication externe des Arabes: c'est un moyen aussi vulgaire en Algérie que le cataplasme peut l'être chez nous. Non-seulement, en effet, la cautérisation actuelle est familière au tébib, mais on la pratique entre soi, dans les familles, comme une petite opération usuelle, simple et inoffensive. On fait le plus souvent chauffer un couteau: on se sert de son dos rougi, non comme d'un cautère transcurrent, mais en donnant de légers coups sur la partie malade. Il est rare qu'on le laisse appliqué quelques secondes pour produire une brûlure profonde; on ne cherche le plus souvent qu'à obtenir une escarre superficielle. Quand, reprenant chaque affection en particulier, nous viendrons à parler des blessures, nous aurons à enregistrer quelques autres particularités relatives à la cautérisation. Nous ajouterons seulement, pour le moment, que l'application du fer rouge, usitée aussi dans quelques affections internes, rend souvent de très-grands services comme révulsif, à défaut du vésicatoire et du séton, que les tébibs ne paraissent pas connaître. Nos confrères arabes donnent plus d'extension encore, en médecine vétérinaire, à l'usage du moyen énergique dont il s'agit: ils l'emploient comme préventif. On rencontre fréquemment des chevaux qui portent, sur l'une ou l'autre épaule, presque comme un ornement, des traces de cautérisation sous forme d'une circonférence coupée de cinq à six rayons. Ils m'ont assuré que cette brûlure de précaution prévenant les maladies, donnait un jeu plus libre à l'articulation et augmentait la force des muscles.

Il est bien rare que le médecin consulté fasse quelques recommandations diététiques ou hygiéniques. Le régime frugal et régulier de la plupart des Arabes n'est guère susceptible de variété à cause de la pénurie de ses moyens; et son hygiène lui est, pour ainsi dire, commandée par la nature de ses habitations, de ses vêtements, de son alimentation, et par l'urgence de pourvoir à la subsistance et à la sûreté de sa famille.

On comprend que le succès ne doit pas souvent couronner les tentatives du tébib ignorant et si étroitement limité dans ses moyens thérapeutiques, surtout quand il s'agit des maladies internes. Il est heureusement servi par une certaine habileté à prévoir l'issue favorable ou fatale d'une maladie, habileté qu'il doit plutôt à l'habitude qu'à des données précises. L'exclamation de l'Arabe fataliste, « *Allah! c'était écrit!* » arrive fort à propos pour rapporter à un arrêt céleste la mort dont le tébib est souvent seul coupable. Chez le musulman, la résignation est sœur de l'adversité: l'une ne marche jamais sans l'autre. Quand un

quels les auteurs ont donné le nom de prodromes, et démontré qu'ils étaient le résultat de la tuberculisation. Maintenant nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs la description générale de la méningite en insistant surtout sur deux points jusqu'ici incomplétement étudiés : son mode de début et les anomalies de sa marche. Sous ce dernier rapport, nous aurons à présenter quelques remarques intéressantes sur l'intermittence de certains symptômes.

ARTICLE I. — MODE DE DÉBUT ET MARCHE DE LA MÉNINGITE.

Les différentes circonstances, au milieu desquelles la méningite tuberculeuse prend naissance, ayant une grande influence sur le mode de début de la maladie et sur sa marche, nous rappellerons que les symptômes aigus peuvent apparaître (1) :

1° A la suite de prodromes plus ou moins prolongés ;
2° Au milieu d'une santé en apparence parfaite ;
3° Dans le cours d'une phthisie confirmée, pectorale, abdominale ou cérébrale.

A. MODE DE DÉBUT A LA SUITE DES PRODROMES.

1° DÉBUT LENT PAR EXAGÉRATION DES SYMPTOMES PRODROMIQUES.

Lorsque la méningite se développe à la suite des prodromes, le début aigu n'est marqué dans certains cas que par l'exagération de quelques-uns des signes précurseurs; ainsi la céphalalgie, si elle existait, augmente, elle a lieu par accès dont la violence s'accroît progressivement. La tristesse est plus grande ; l'enfant reste de longues heures immobile ; il refuse de marcher ; il commence à être agité ; la nuit il a quelques soubresauts et des grincements de dents; puis surviennent des vomissements et de la constipation ; le pouls est irrégulier, ralenti, et la maladie est déclarée.

2° DÉBUT PAR DES SYMPTÔMES BIEN TRANCHÉS ET DISTINCTS DES PRODROMES.

Dans des cas beaucoup plus nombreux, le passage des prodromes aux symptômes aigus est brusque sans avoir cependant rien de violent. Pendant une période de sept, dix, quinze jours environ, rarement moins, rarement plus, on observe l'ensemble des symptômes qui appartiennent à cette phase de la maladie à laquelle les auteurs ont donné le nom de première période. Les enfants qui, la veille encore, malgré leur amaigrissement, leur tristesse et la diminution de leur appétit, avaient vaqué à leurs occupations ou fait leur promenade accoutumée, se plaignent dès le matin ou dans la journée d'une céphalalgie frontale qui n'est pas très-vive. Le plus souvent le premier jour, quelquefois le second ou le troisième, presque jamais plus tard, ils vomissent spontanément, ou bien ils rejettent leur boisson ou les remèdes qu'on leur donne pour amener des évacuations alvines. La constipation est en effet opiniâtre dès le premier ou le second jour, ou bien, si elle a cédé pendant un ou deux jours, elle devient ensuite réfractaire aux purgatifs répétés. Quelques enfants, les plus jeunes surtout, sont irritables et anxieux, on a grand'peine à leur compter le pouls à cause de leur agitation ; le plus léger attouchement leur fait pousser des cris aigus. Malgré cela, ils ont conservé toute leur connaissance. D'autres, plus nombreux et en général plus âgés, ont de la tendance à la somnolence ; si l'on cause auprès de leur lit, ils restent les yeux fermés; ils ne prennent aucune part à la conversation, et après avoir répondu juste, mais brièvement et sèchement à la question qu'on leur adresse, ils se retournent d'un autre côté et se rendorment. Le médecin ne peut s'empêcher d'être frappé de cet état de somnolence, que n'explique pas suffisamment la fièvre, car le pouls n'est pas très-élevé : 108, 112, 120 au plus ; quelquefois même il est déjà ralenti et vibrant ou irrégulier. La chaleur de la peau est presque toujours médiocre. La faiblesse est assez grande : les enfants ne peuvent se soutenir sur leurs jambes. Dès le début, ils gardent le lit ou la chambre; d'autres fois ils marchent encore deux ou trois jours. Les vomissements ont en général cessé à partir du troisième ou du cinquième jour; quelquefois cependant ils se répètent nombreux pendant huit jours consécutifs. La constipation persiste opiniâtre : c'est à peine si de violents purgatifs amènent quelques selles dures. L'enfant refuse les aliments; il n'a pas soif ; le ventre est quelquefois un peu douloureux, mais il a conservé sa forme ou bien il est légèrement déprimé; la langue est le plus souvent humide et ordinairement sans enduit; la douleur de tête continue pendant plusieurs jours et se fait sentir vers le front, rarement aux tempes et à l'occiput, puis elle disparaît; l'irritabilité fait place à la somnolence, et si ce symptôme existe déjà, il va en augmentant, dans la journée surtout; car dans la nuit il y a de l'agitation, des grincements de dents et parfois des soubresauts. L'expression du petit malade peut être encore naturelle; mais le plus souvent le regard est incertain, étonné, par moments un peu fixe, ou bien triste, abattu, voilé, et de profonds soupirs donnent au visage quelque chose de plus triste encore. La coloration de la peau change fréquemment; la pâleur et la rougeur se succèdent tour à tour sur les joues amaigries. Le pouls, qu'il ait été ou non accéléré les premiers jours, est devenu irrégulier, inégal, offrant les plus grandes différences dans son accélération, surtout du matin au soir ou du jour au lendemain; il varie de 100 à 140, puis revient à 100 ou 60. La respiration est le plus souvent naturelle, parfois un peu inégale et suspirieuse.

3° DÉBUT TYPHOÏDE.

Dans des cas rares, les symptômes du début de la première période sont plus aigus, plus fébriles; la peau est un peu plus chaude, le pouls un peu plus accéléré. L'enfant se plaint à la fois de mal de tête et de mal de ventre; il ne vomit pas, mais il est *constipé d'une manière opiniâtre;* il ne pousse pas de cris, il ne soupire pas et ne grince pas les dents. Pendant huit à dix ou douze jours les symptômes persistent, la fièvre est continue, la langue couverte d'un enduit épais, le ventre un peu gros et légèrement douloureux. L'enfant a de la tendance à l'assoupissement, mais on l'en tire facilement; il répond aux questions avec une netteté parfaite; la lumière n'est pas pénible; les pupilles sont naturelles, le pouls régulier, égal, atteint ou dépasse 120; l'expression du visage est bonne; on ne trouve de taches et de sudamina en aucun point du corps. Le médecin diagnostique une fièvre typhoïde; mais il est cruellement détrompé par l'apparition ultérieure des symptômes caractéristiques de la seconde période de la méningite.

B. MODE DE DÉBUT AU MILIEU D'UNE SANTÉ PARFAITE.

1° DÉBUT BRUSQUE.

Lorsque la méningite n'a pas été précédée de prodromes, le début peut

(1) Journ. cité.

---

malheur vient frapper lui ou les siens, la maxime fatidique s'échappe de sa poitrine et, sans accuser personne, il se plonge dans une mélancolique et silencieuse rêverie. Les affaires de nos confrères se sont pourtant gâtées au froissement de notre civilisation, car les parents du malade ne poussent plus guère l'exclamation que si le patient guérit : *c'était écrit !* est alors tout à fait de circonstance pour leur bourse avare. En effet, rejetant ainsi l'issue favorable sur la volonté du ciel, ils arguent de là pour ne point payer le médecin qui n'a été que le spectateur impuissant d'un événement inscrit depuis longtemps sur le livre du destin. Quand, au contraire, la mort visite la tente de l'Arabe nomade ou la maison du citadin, on accuse l'inhabileté du tébib qui, dans ce cas comme dans le premier, quitte, les mains vides, l'ingrate famille de son client.

Une plaie qui affecte aussi bien les médecins de l'Algérie que nos confrères des pays civilisés, c'est le charlatanisme et les bonnes femmes. Quoique la science du tébib soit bien peu de chose, elle repose pourtant sur des bases, tant fragiles qu'il plaira, elle s'appuie sur la tradition, elle se marie à d'autres connaissances variées; de sorte que tout individu ignorant qui sort tout à coup de la tourbe et se met à prôner ses succès et ses remèdes, est aussi bien un médicastre et un charlatan, par rapport au tébib, que le rebouteur de nos villages peut l'être à l'égard de nos savants professeurs. Les bonnes femmes sont chose aussi calamiteuse chez les Arabes que chez nous : chacune a son secret, son amulette, son spécifique, et le tébib affamé ne voit souvent le malade recourir à ses soins qu'après que celui-ci a épuisé tous les arcanes et goûté de tous les breuvages que lui indique le voisinage. Les faiblesses et les misères humaines sont donc les mêmes partout ! On caresse, on choye le tébib quand on a besoin de lui; puis, quand ses soins sont devenus inutiles, la reconnaissance et le souvenir s'envolent. Un tébib disait un jour à un de mes collègues chargé de donner des soins aux Arabes du goum; et qui, par suite, a de fréquentes et intimes communications avec les indigènes : « On fait avec nous comme avec un cheval qui a rompu ses liens et court loin du douar : on le flatte, on l'aborde doucement, on lui prodigue les plus jolis noms, mais, sitôt qu'on l'a saisi et rattaché, on ne s'occupe plus de lui. » Cette naïve comparaison valut une invitation au tébib, dont les dents blanches paraissaient privées depuis longtemps du plaisir de la mastication. Il mangea avec les mains et déchira la viande avec l'aide de ses doigts; mais, transgressant la loi du prophète, il but comme tout le monde, ou plutôt plus que tout le monde. En sortant, il avait oublié le plus court chemin d'un point à un autre, et il disait voir les houris.... Je crois qu'il ne voyait plus rien du tout.

Z. X.

— Par suite du refus de plusieurs des médecins et chirurgiens des hôpitaux désignés pour être juges du concours de l'internat, on a dû procéder à un nouveau choix, et voici comment le jury se trouve définitivement constitué :

MM. Auvity, Marjolin père, Cullerier, Monneret, Nonat, Barthez, Roger.

Le sujet de la composition écrite, qui a eu lieu lundi dernier, était celui-ci :

« Décrire les rapports de l'artère axillaire; indiquer ses branches; faire le diagnostic différentiel des tumeurs de l'aisselle. »

être brusque, et alors il est tellement semblable à celui que nous avons décrit (n° 2) que, pour éviter d'inutiles répétitions, nous renvoyons aux pages qui précèdent.

2° DÉBUT LENT.

Il est cependant loin d'en être toujours ainsi, et les symptômes du début peuvent se rapprocher, par leur développement lent et insidieux, de la marche des prodromes. Ainsi, les enfants se plaignent d'une céphalalgie dont l'intensité, d'abord médiocre, augmente ensuite progressivement ; d'autres fois le mal de tête est accompagné de vomissements qui persistent pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Malgré le mal de tête et quelquefois malgré les vomissements, l'appétit est encore conservé, les malades n'ont pas de fièvre ; ils vont et viennent, font leurs promenades accoutumées. Nous en avons vu qui, au bout d'une quinzaine de jours, ayant déjà le pouls ralenti, irrégulier, inégal, se rendaient à pied à l'hôpital, ou venaient en ville nous consulter, et répondaient avec une parfaite netteté à nos questions. Cependant ils dorment mal la nuit; dans la journée ils sont un peu accablés; puis, au bout de quinze à vingt jours, et plus encore, surviennent des symptômes qui annoncent d'une manière positive la nature et la gravité de la maladie.

3° MARCHE DE LA MÉNINGITE SE DÉVELOPPANT A LA SUITE DES PRODROMES OU DANS LE COURS D'UNE BONNE SANTÉ.

Quels qu'aient été les symptômes de début, à partir du septième, quinzième ou vingtième jour, la scène change. L'intelligence, qui s'était jusqu'alors maintenue nette, ou presque nette, est pervertie ou abolie; l'assoupissement est profond; s'il cesse, il est remplacé par des cris aigus et prolongés, par de l'agitation ou du délire agité; le petit malade est couché sur le dos immobile, sa respiration est lente, interrompue par de grands soupirs; il a l'air par moments d'oublier de respirer; il ouvre les yeux avec peine, fronce les sourcils de temps à autre, puis referme les paupières. Si on lui demande de montrer sa langue, il ouvre largement la bouche et la laisse ouverte jusqu'à ce qu'on lui dise de la refermer; le ventre, qui jusqu'alors avait conservé sa forme, a changé; il est aplati, rétracté, les régions hypocondriaques se dessinent en relief, et la partie centrale déprimée donne à l'abdomen la forme d'un bateau. Puis à mesure que la maladie marche et pendant les trois ou six jours qui précèdent la mort, on voit les pupilles se dilater inégalement et être peu contractiles. Les yeux sont entraînés dans un strabisme divergent; il y a des soubresauts de tendons, de la carpologie; les selles et les urines sont devenues involontaires. L'intelligence, de plus en plus obtuse et fatiguée, ne se manifeste plus que par des lueurs passagères. L'enfant reconnaît encore sa mère par intervalles, puis il l'appelle sans la reconnaître; alors son délire est agité, il se tourne et retourne sans cesse dans son lit, on a peine à le contenir, il est couché sur le dos ou le côté, les cuisses fléchies sous le ventre, et ne se laisse examiner qu'avec difficulté. Dans des cas plus fréquents, c'est l'assoupissement qui prédomine, et peu à peu se change en un véritable coma. L'immobilité du facies est effrayante, les yeux sont à demi ouverts, sans expression, le globe oculaire oscille en divers sens, comme s'il obéissait à une force plutôt mécanique que vitale. Parfois aucun trait, aucune ride ne se montre sur le visage, qui ressemble à une figure de cire, et qui, sauf de fréquentes alternatives de rougeur et de pâleur, a un aspect cadavéreux. En même temps le pouls, qui avait été ralenti et irrégulier et qui avait offert de grandes inégalités de nombre, devient très-petit et accéléré (120, 140), d'une manière permanente. La peau est tantôt chaude, tantôt froide; la sueur perle sur le front; les pommettes ont une teinte violacée; la respiration est très-irrégulière, alternativement accélérée ou ralentie. On entend quelquefois un léger stertor permanent ou temporaire. Les membres, le tronc et le col ont souvent une roideur anormale ou tombent en résolution ou en paralysie. La sensibilité tactile ou sensoriale est émoussée. Une diarrhée verdâtre involontaire a remplacé la constipation; le ventre est devenu mou et flasque, de dur et rétracté qu'il était. Il survient aussi quelquefois de la toux, qui augmente la dyspnée et le stertor.

Malgré ces symptômes si alarmants et qui semblent annoncer une fin prochaine, on voit quelques enfants reprendre momentanément connaissance, reconnaître les personnes qui les entourent, répondre à certaines questions; mais cette rémission trompeuse et momentanée est bientôt suivie de la réapparition d'une anxiété et d'une agitation extrême, et quelquefois d'une violente attaque de convulsions. D'autres fois ils retombent dans le coma; la figure est violacée, inondée de sueur; l'œil est cave, la cornée terne, couverte d'un mucus jaunâtre qui s'accumule dans le grand angle de l'œil; la conjonctive est rouge, le regard éteint, le nez effilé, les narines sèches, le pouls d'une petitesse extrême, la peau humide et chaude, la respiration stertoreuse, et l'enfant meurt asphyxié.

C. MODE DE DÉBUT ET MARCHE DE LA MÉNINGITE QUI SURVIENT DANS LE COURS D'UNE PHTHISIE CONFIRMÉE.

Lorsque la méningite se développe dans le cours d'une phthisie chronique confirmée, ce n'est que par exception que les symptômes aigus suivent la marche régulière que nous venons de décrire. Le plus souvent la première période est très-courte; quelquefois même elle manque complétement, et le délire, le coma, quelques mouvements convulsifs et de la contracture ouvrent et terminent la scène. Les cas de cette espèce se rapprochent par des nuances insensibles de ceux où la maladie cérébrale n'est révélée par aucun symptôme (méningite latente).

Il n'y a rien d'étonnant à ce que presque toutes les méningites qui se développent dans le cours d'une phthisie confirmée soient irrégulières. On comprend aisément, en effet, que les troubles profonds de l'économie produits par une tuberculisation chronique considérable doivent apporter une grande perturbation dans la manifestation et l'enchaînement des symptômes de la méningite.

(*La suite au prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DE LA GASTRO-STOMIE; par le professeur C. SÉDILLOT, membre correspondant de l'Institut.

Je donne le nom de *gastro-stomie* (bouche stomacale : γαστηρ, estomac; στομα, bouche) à une opération par laquelle on établit aux parois de l'estomac une ouverture permanente, pour fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir d'inanition.

Les mots de gastrotomie fistuleuse et de gastro-syrinxie (γαστηρ, estomac; συριγξ, fistule) nous paraissent moins bien indiquer le but de l'opération.

On pourra s'étonner, au premier abord, de l'idée de déplacer l'orifice alimentaire et de le transporter à la paroi abdominale. Comment oser diviser cette paroi, inciser le péritoine, rechercher et trouver l'estomac, le perforer, maintenir les plaies en contact, éviter l'hémorrhagie, les épanchements et l'inflammation, conserver la fistule ouverte, et non-seulement prévenir la sortie des matières gastriques, mais introduire directement par la même voie des substances nutritives, et entretenir ainsi l'alimentation et la vie?

L'opération que je propose n'est exempte, sans doute, ni de difficultés, ni de dangers, mais un examen approfondi des conditions anatomo-pathologiques qui s'y rapportent, montre la possibilité de surmonter les obstacles, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'aucune tentative chirurgicale d'une aussi grande valeur n'a peut-être offert plus d'indications rationnelles et plus de probabilité de succès.

Si l'on me faisait un reproche de ne pas avoir attendu l'occasion de soumettre cette opération au contrôle de l'expérience pour la décrire et la conseiller, j'aurais plusieurs réponses à cette objection.

Les cas dans lesquels l'introduction des aliments par les voies normales est complétement empêchée sont assez rares pour qu'un chirurgien, même placé à la tête d'un grand service clinique, n'en rencontre aucun pendant plusieurs années. Les méthodes les plus utiles seraient en outre exposées à rester ignorées, si leur application seule donnait droit à la publicité. N'est-ce pas au contraire un devoir de signaler hautement à l'attention toute opération susceptible de fournir à l'art de nouveaux moyens de salut, et n'est-il pas à désirer que chaque malade, dans le cas d'en profiter, trouve un chirurgien capable de lui en assurer le bénéfice?

Les résultats heureux ou malheureux d'une opération pratiquée pour la première fois ne permettent nullement d'en apprécier la valeur. L'ingénieux et habile M. Récamier guérit la malade à laquelle il avait enlevé la totalité de l'utérus, et cependant personne aujourd'hui n'est tenté de suivre son exemple, et on a même justement caractérisé ce succès de malheur chirurgical, en raison des funestes et trop nombreuses tentatives qu'il parut momentanément autoriser.

A. Cooper lia une première fois, en 1805, la carotide primitive sur un malade qui succomba. La ligature de cette artère ne compte néanmoins aujourd'hui aucun opposant, et si l'on en publie encore quelques cas, comme j'ai pu le faire, c'est qu'ils présentent des complications spéciales et un intérêt particulier. L'on voit qu'une opération ne saurait être jugée en dernier ressort d'après un premier résultat; succès ou revers n'ont qu'une importance restreinte et tout à fait subordonnée aux conditions opératoires elles-mêmes.

Qu'importe donc que nous ayons ou non pratiqué la gastro-stomie! ce sont les conditions de cette opération que nous devons étudier et elles nous paraissent si rationnelles et si favorables que nous nous étonnons seulement d'être le premier à la proposer et à en signaler tout le prix.

DES CONDITIONS OPÉRATOIRES DE LA GASTRO-STOMIE. — Toute opération est douloureuse et offre plus ou moins de gravité; elle est donc un mal d'une manière absolue; mais ce mal est compensé par les avantages auxquels il conduit. Si la vie n'est pas compromise, le chirurgien doit borner ses opérations aux cas où les résultats sont très-supérieurs à la douleur et au danger; mais si la mort est inévitable, il opère malgré les chances les plus redoutables; car un seul succès domine les revers, et il n'est personne, dans un naufrage, qui ne s'applaudisse d'avoir sauvé une victime, quel que soit le nombre de celles qui vont succomber.

Les mêmes considérations sont applicables à la gastro-stomie. Les rétrécissements œsophagiens atteignent dans quelques cas un tel degré d'étroitesse que le passage normal ou artificiel des substances alimentaires devient impossible, et que les malades meurent nécessairement d'inanition.

Tous les hommes de l'art ont été témoins de pareils faits, et jusqu'à ce jour on n'a découvert aucun moyen de remédier à cette fatale terminaison. Morgagni (ép. XXVIII, t. IV, p. 36) rapporte que Stoffel avait imaginé d'ouvrir la partie supérieure de l'œsophage pour nourrir les malades par la fistule ainsi établie. Malgré la réprobation de cet illustre anatomo-pathologiste, Taranget (DICT. DE MÉDECINE, article *Œsophage*) mit à exécution l'opération de Stoffel, et parvint à faire vivre pendant seize mois une religieuse de l'abbaye des Prés chez laquelle la déglutition ne pouvait plus s'effectuer. Cette ressource si précieuse, et dont le fait précédent démontre l'incontestable utilité, est forcément limitée aux cas où les rétrécissements sont situés assez haut pour que l'œsophage reste accessible à l'opérateur. Or ce sont malheureusement les plus rares, comme nous en donnerons la preuve, et dès lors l'œsophagotomie devient impossible. On n'a donc pas le choix entre plusieurs procédés curatifs, et l'indication de la gastro-stomie est formelle et impérieuse, si cette opération offre quelques chances de succès.

Les raisons sur lesquelles on peut fonder les probabilités de réussite d'une opération nouvelle sont de plusieurs sortes:

A. Tantôt la nature nous a précédés dans la voie à parcourir, et a institué des expériences qu'il nous reste seulement à imiter;

B. Tantôt l'analogie des faits pathologiques, d'un rapport plus ou moins direct avec l'opération projetée, nous permet d'en prévoir les résultats;

C. Tantôt enfin nous pouvons nous éclairer par des expériences sur les animaux.

Nous avons interrogé avec soin ces trois ordres de démonstration au sujet de la gastro-stomie, et nous les avons trouvés concordants.

A. Nous devions nous demander d'abord si les plaies de l'estomac étaient curables, et si l'on possédait des exemples de fistules gastriques compatibles avec la vie. L'histoire de la science résout cette question affirmativement. Les cas de fistules spontanées de l'estomac sont assez communs. Ceux de fistules par traumatismes sont plus rares; mais j'en citerai cependant un assez grand nombre, et celui, entre autres, rapporté par le docteur Beaumont, d'un jeune Canadien qui eut la poitrine, l'abdomen et l'estomac ouverts par une large plaie d'arme à feu, et qui guérit avec une fistule gastrique. Des plaies de même nature, ou produites par des épieux et d'autres instruments, furent suivies des mêmes résultats; on ne serait donc pas admis à nier la possibilité d'établir artificiellement des fistules ventriculaires, à moins de soutenir que les procédés éclairés et méthodiques de l'art sont plus dangereux que les traumatismes aveugles et violents.

B. La possibilité de la gastro-stomie ne faisant plus doute, d'autres questions se présentent à élucider.

a. Les aliments introduits dans l'estomac par la fistule ne s'échapperont-ils pas au dehors?

b. Seront-ils digérés?

c. Quelles seront les modifications imprimées à la nutrition par l'absence de la mastication et de l'insalivation, et quels seraient les moyens de remédier aux inconvénients de cet état?

a. Les observations de fistules gastriques dont je rappellerai l'histoire démontrent que les malades parvenaient aisément à fermer l'orifice de leur plaie par des tentes, des bandages ou des plaques métalliques d'une forme et d'un volume appropriés. La plupart jouissaient de toutes les apparences de la santé, et les aliments et les boissons ne s'échappaient pas involontairement. S'il en est ainsi dans les cas de fistules accidentelles souvent considérables, il sera évidemment plus facile encore de fermer complétement, pendant l'intervalle des repas, des fistules produites par l'art.

b. Il n'est pas douteux que des aliments réduits en pâte molle ou semi-liquide ne soient aisément injectés de dehors en dedans dans l'estomac. Il est également certain qu'ils y seront convertis en chyme.

« Joubert, dit Thomassin, conservait dans son cabinet l'estomac d'un » homme mort à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui avait une ouverture fistu» leuse à l'estomac. Cet homme injectait dans son estomac des aliments li» quides qu'il digérait parfaitement. Il portait cette incommodité depuis » plusieurs années, et l'on ne dit pas à quelle occasion elle lui était surve» nue. » (OBS. IATRO-CHIRURGIQUES de J. Covillard, avec notes de Thomassin. Strasbourg, 1791.)

Tout le monde connaît les usages de la sonde œsophagienne pour porter des aliments dans l'estomac. Taranget nourrit son opérée pendant seize mois. J'ai entretenu pendant plusieurs mois la vie d'un homme, atteint de perforation œsophagienne avec communication dans la trachée, en injectant les matières alimentaires à l'aide de la sonde. Les faits de ce genre sont nombreux et la digestion s'accomplit alors très-régulièrement. La longueur de la sonde est manifestement sans influence, et, s'il y avait une différence à noter entre le parcours des aliments introduits dans le ventricule par une sonde œsophagienne ou une sonde traversant l'abdomen, l'avantage serait en faveur de ce dernier procédé. Dans les deux cas, au reste, les résultats définitifs sont comparables et identiques; l'estomac reçoit les substances nutritives et les chymifie.

c. La mastication est une simple trituration mécanique facile à reproduire artificiellement. L'insalivation resterait donc seule en cause. Mais rien n'empêcherait les malades de préparer eux-mêmes le bol alimentaire qu'ils porteraient ensuite dans l'estomac, et s'ils étaient cacochymes, privés de dents ou atteints de quelque lésion de la bouche, ils confieraient cette première préparation à des personnes jeunes et saines, et les conditions de la nutrition n'en deviendraient que meilleures.

C. J'ai prouvé, par des considérations empruntées à la pathologie et à la physiologie humaines, que la gastro-stomie était une opération parfaitement fondée sur la théorie et sur les faits; je pourrais donc m'abstenir d'invoquer encore les expériences entreprises sur les animaux. On réussit sans peine à établir sur des chiens des fistules gastriques. M. Blondlot possède un de ces animaux, qui porte depuis deux années une fistule de ce genre. J'ai pratiqué trois fois la même opération par des procédés différents, et toujours avec un succès complet. Dans ce moment, je conserve dans mon amphithéâtre un chien que je nourris entièrement par sa fistule.

Après cet aperçu sommaire des questions soulevées par la gastro-stomie, nous traiterons d'une manière plus approfondie:

1° Des cas dans lesquels cette opération est praticable;

2° Des fistules gastriques accidentelles;

3° De l'état de la nutrition chez les malades dont les aliments sont introduits par une sonde œsophagienne;

4° Des effets de l'alimentation entretenue sur les animaux au moyen d'une fistule gastrique;

5° Des procédés opératoires de la gastro-stomie;

6° Des règles de l'alimentation artificielle par une ouverture à l'estomac.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Cas d'anévrisme disséquant de l'aorte*; par M. Théoph. Thompson. 2° *Observations et remarques sur le traitement des maladies apoplectiques et paralytiques*; par M. Copeman. 3° *Considérations sur la gravelle siliceuse*; par M. Venables. 4° *Observations pratiques sur diverses formes de dyspepsie*; par M. Robert Dick. 5° *Considérations sur les ligatures et les anévrismes*; par M. Wilkinson King. 6° *Cas de pleurésie aiguë ayant produit un épanchement puriforme abondant; opération de paracentèse du thorax, suivie de guérison complète*, par M. Grayling. (Deux ponctions furent faites, à six jours de distance, à l'aide d'un trocart. Il ne paraît pas qu'on ait pris beaucoup de précautions pour éviter l'entrée de l'air; car on parle d'une canule qui fut retirée et changée extemporanément contre une plus large. Cependant, malgré quelques accidents immédiats assez vaguement décrits dans l'observation, la guérison eut lieu.) 7° *Cas de hernie étranglée se représentant un an après une opération de herniotomie, et accompagnée de quelques circonstances curieuses*; par M. Benj. Phillips. (Une maladie organique du rectum (indiquée et non décrite dans le texte), avec rétrécissement considérable de son calibre, simula les symptômes d'une hernie étranglée et ne fut reconnue qu'à l'autopsie.) 8° *Sur l'emploi de l'oxyde d'argent*; par M. Butler Lane. 9° *Sur la paracentèse du thorax*; par

M. Hughes. (L'auteur, considérant la thoracentèse comme peu dangereuse, conseille de la pratiquer non-seulement dans les cas où l'on pense qu'elle peut sauver le malade, mais même dans ceux où la coexistence d'une phthisie apprendrait clairement au médecin que l'évacuation de l'épanchement pleurétique ne fera que pallier un symptôme et retarder de quelques semaines une mort d'ailleurs inévitable.) 10° *Sur les tumeurs de la face;* par M. Crompton. 11° *De la gravité proportionnelle des conséquences qu'ont les moindres blessures autour de la pointe du coude;* par M. W. Brown. 12° *Cas d'empoisonnement par l'opium;* par M. Mann. 13° *Cas de terminaison du rectum dans l'urètre, où l'enfant vécut au delà de huit mois;* par M. Williamson. 14° *Relation de cas de médecine;* par M. Mayo. 15° *Un cas d'insertion du placenta sur le col;* par M. Stickings. (L'hémorrhagie, qui durait depuis plus de trois heures, cessa aussitôt que le placenta eut été détaché et extrait par l'accoucheur. C'est un nouveau fait en faveur du système de traitement qu'a proposé M. Simpson.) 16° *Sur une affection folliculeuse de la vulve;* par M. Oldham. 17° *Analyse du liquide du spina-bifida;* par M. John Percy. 18° *De certaines conditions pathologiques du sang, telles qu'elles existent dans la phthisie pulmonaire;* par M. W. Camps. 19° *Tableau des dépôts urinaires;* par M. Golding. 20° *Nature et traitement des hémorrhagies qui suivent la délivrance;* par M. Copeman. (L'auteur fait observer que, quoique l'application du froid puisse être souvent ici un moyen hémostatique utile, il y a cependant des cas où la perte de sang a amené un affaiblissement tel, qu'il importe au contraire de réchauffer et de stimuler au plus tôt tout l'organisme.) 21° *Dissection d'un fœtus pseudo-encéphalique;* par M. Handfield Jones. 22° *Cas de chirurgie;* par M. W. Brown. 23° *Observations d'accouchements où le galvanisme a été appliqué;* par M. Dorrington. 24° *Sur la fièvre épidémique d'Écosse;* par M. Wardell. 25° *De certaines méprises qui sont la conséquence de l'emploi de l'acide iodique pour découvrir la présence de l'acide sulfurique dans les matières organiques;* par M. Alfred S. Taylor. 26° *Tableau des inflammations secondaires, etc.;* par M. Henry Lee. 27° *Cas de colique de Poitou;* par M. Evans. 28° *Cas de maladie des valvules des cavités gauches du cœur, accompagnée pendant la vie d'un bruit de mugissement continu entendu à la base du cœur, et causé par la confusion des bruits systolique et diastolique, de manière à simuler un seul bruit;* par M. Ch. Golding. 29° *Considérations pratiques sur quelques-unes des maladies spéciales de la peau les plus importantes;* par M. John Erichsen.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR DIVERSES FORMES DE DYSPEPSIE ; par M. ROBERT DICK.

Depuis plusieurs trimestres, M. Dick publie, avec une louable persévérance, une série d'articles sur les diverses formes de la dyspepsie. L'extrême longueur de ce travail ne nous permet pas d'en donner une analyse complète. D'ailleurs, on comprend qu'en passant ainsi en revue toutes les formes de dyspepsie, l'auteur a dû faire assez souvent des emprunts aux notions courantes de la science, et que conséquemment nous n'avons pas à le suivre dans toutes les directions où il s'est engagé; bornons-nous à signaler quelques-unes des vues et observations qui lui appartiennent plus particulièrement.

On peut dire, du reste, d'une manière générale, que le travail de M. Dick se distingue par un caractère marqué d'originalité. Bien qu'après des considérations générales il s'occupe tour à tour des maladies de l'estomac, du foie, du pancréas, de la rate, des intestins, comme on le ferait dans une monographie ordinaire, il se garde bien de présenter méthodiquement une centième histoire des causes, symptômes, terminaisons, lésions anatomiques, propres aux diverses affections de ces viscères. Mais il examine de quelle manière chaque viscère peut, par son état morbide, concourir à la production de ce phénomène commun : *la dyspepsie;* comment chacun de ces modes étiologiques se revèle par des symptômes qui lui sont propres, et quelles indications la thérapeutique peut tirer du siége et de l'origine connus de la maladie.

Ces quelques mots suffiront pour montrer l'excellent esprit dans lequel ce travail a été conçu. On ne saurait trop répéter qu'un des besoins les plus pressants de la science est précisément la recherche expérimentale de l'origine essentielle et des caractères particuliers des états pathologiques, organiques ou fonctionnels, qui se présentent journellement à l'observation du praticien, et des moyens thérapeutiques corrélatifs, aux différents modes étiologiques. Si M. Dick n'applique pas ce principe dans toute sa rigueur, au moins peut-on dire qu'il s'en inspire le plus souvent, et cela seul méritait d'être remarqué.

Nous avons relevé de ses considérations générales sur les symptômes concomitants de la dyspepsie chronique, plusieurs remarques qui témoignent d'une observation sagace et attentive, celle-ci, par exemple : « La débilité musculaire est de deux sortes : la première consiste dans une faiblesse soudaine, mais passagère, survenant quelquefois pendant le jour, mais plus communément le soir, fréquemment après avoir pris le thé, ou pendant la promenade ou le travail du cabinet...; la seconde consiste dans une langueur permanente, un défaut d'aptitude à l'exercice du corps ou de l'esprit, un rapide épuisement des forces par la moindre excitation physique ou morale. » Cette distinction est de toute vérité. La pratique la justifie pleinement. La première forme de faiblesse, celle dont les défaillances subites forment le caractère propre, est même un signe presque infaillible d'une affection chronique des voies digestives. Il ne serait pas très-exact de n'y voir jamais que l'indice d'une *dyspepsie* réelle; car beaucoup de ces malades mangent et digèrent bien. Mais ils sont sujets à des flatuosités, à de la constipation, en un mot à cet ensemble de symptômes qui a été si bien décrit par plusieurs auteurs anglais et rapportés avec raison par eux à un état d'inertie du tube digestif. Il y aurait, en outre, à examiner si cet état des intestins est toujours primitif, et s'il est vraiment le point de départ des défaillances, ou bien si les défaillances et l'inertie intestinale ne sont pas fréquemment l'effet commun d'une affection plus générale du système nerveux, principalement du système nerveux ganglionnaire. Nous croyons fermement qu'il en est souvent ainsi ; nous croyons que plus d'un cas de dyspepsie ou de semi-paralysie des intestins a sa source dans le cerveau, ou la moelle, ou l'ensemble du système trisplanchnique, et qu'à cet égard il existe une lacune regrettable dans les travaux, si utiles d'ailleurs, dont les affections intestinales ont été depuis quelque temps l'objet de la part des médecins anglais. Mais nous n'en admettons pas moins un rapport habituel, sinon de cause à effet, au moins de coïncidence, entre les affections intestinales chroniques et les défaillances soudaines.

Le docteur Philip a décrit, sous le nom de *tightness* (le mot français correspondant, *roideur*, *tension*, ne représente pas exactement l'expression anglaise), un état particulier du pouls qu'il décrit de la manière suivante : « Si l'on diminue graduellement la pression de l'artère jusqu'à la faire cesser complétement, on sent souvent une certaine *tightness* du pouls avant qu'il cesse tout à fait d'être perçu par les doigts. » Pour M. Philip, cet état du pouls indique le passage d'une maladie de l'état purement fonctionnel à l'état inflammatoire. MM. Copland, Johnson et autres ont fait des observations analogues et M. Dick les confirme en ce qui concerne la dyspepsie. En outre, il remarque que les malades dyspepsiques se plaignent parfois d'un malaise dans la région du cœur, lequel augmente, diminue ou disparaît suivant les effets des moyens de traitement appliqués à l'estomac et aux instestins ; mais cette observation, vraie en fait, n'a peut-être pas la signification que lui donne l'auteur. Les malades rapportent en effet la sensation dont il s'agit à la région sternale et parfois, il faut le reconnaître, jusqu'à une hauteur considérable; mais il ne nous paraît pas démontré que ce malaise n'ait pas son siége directement dans l'estomac, d'où il irradierait seulement aux plexus ganglionnaires.

Nous parlions tout à l'heure de constipation par inertie intestinale. M. Dick décrit une forme de constipation dont la nature serait, suivant lui, tout opposée. Elle précède souvent des dérangements de l'estomac, du duodénum, du foie; mais de si loin, qu'elle paraîtrait n'avoir avec eux aucune relation. On l'observe principalement chez les jeunes gens des deux sexes, de 14 à 20 ou 22 ans. Elle reconnaît comme cause prochaine une trop grande dureté des excréments, et, comme cause éloignée, un excès de puissance digestive qui, en enlevant aux aliments tous leurs principes nutritifs, ne laisse qu'un résidu petit et très-solide. Compatible avec la santé la plus florissante, elle disparaît généralement à la période de la vie où l'on prend moins d'exercice et où par conséquent l'on perd moins de fluide par la perspiration ; alors, l'absorption intestinale devient moins active et les parois du tube digestif sont lubrifiées par une plus grande quantité de mucus. Cette espèce de constipation, on le voit, impliquerait une activité surabondante des fonctions digestives et serait précisément l'inverse de celle qui appartient au *mimosis acutus*. Existe-t-elle réellement telle que l'entend M. Dick? Il est hors de doute que certaines personnes ne rendent que tous les trois, quatre, cinq jours ou plus, des matières petites, sèches et noires, sans trouble apparent dans la santé (si ce n'est parfois un état habituel de congestion cérébrale). On ne peut guère se refuser à admettre, dans ces cas, une insuffisance de lubrifaction des parois intestinales. Mais cette circonstance a-t-elle sa source dans un surcroît d'activité des fonctions assimilatrices? Voilà ce dont on peut douter. Cette sorte de voracité des intestins qui épuisent jusqu'à la dernière molécule des principes nutritifs des aliments aurait, ce semble, pour conséquence de déterminer, le travail d'assimilation achevé, un vif et impérieux appétit. Et pourtant beaucoup des individus en question sont remarquables, au contraire, par la facilité avec laquelle ils supportent un long jeûne. Nous en connaissons qui, habitués à bien vivre, peuvent, à l'occasion, rester impunément douze, quinze, dix-huit heures, sans manger. Il semble, à l'inverse de l'interprétation donnée par l'auteur, que chez eux la muqueuse gastro-intestinale ne sécrète pas en quantité suffisante les liquides lubrifiants. Ce serait comme

une sorte d'*inertie organique*, pouvant servir de pendant à l'inertie musculaire généralement admise aujourd'hui.

Au milieu de très-bonnes considérations sur les *dérangements des sécrétions* du tube digestif, nous avons regretté que l'auteur ne se soit pas plus étendu sur la *gastrorrhée* et surtout qu'il n'ait pas cherché à la distinguer du *flux pancréatique*. A lire sa description, il semblerait qu'il n'existe absolument aucune différence entre les produits des vomissements dans les deux cas. Or le liquide *muqueux* de la véritable gastrorrhée et le liquide *salivaire* du flux pancréatique ne se ressemblent pas complétement. Comme aussi on se figure à tort que le liquide rendu, dans l'un et l'autre cas, ne l'est que par intervalles et au moyen de vomissements plus ou moins éloignés. Il arrive parfois que le liquide est rejeté presque d'une manière continue sous l'influence de vomituritions répétées, à tel point qu'on serait tenté d'en chercher la source dans la bouche même, si l'ensemble des symptômes n'éclairait pas suffisamment, d'ailleurs, le diagnostic.

La *sensibilité morbide des intestins* a fourni un intéressant chapitre à M. Dick. A propos des affections de l'appareil hépatique, il discute assez longuement la théorie de Liebig sur les usages de la bile et rend justice aux travaux de Schultz, Kemp, Bouisson et autres. On lira encore avec beaucoup de fruit le chapitre relatif aux troubles de l'*assimilation*, dans lequel les travaux récents de la chimie organique se trouvent largement mis à contribution. Il est facile de voir pourtant que l'auteur n'a pas eu à sa disposition les travaux récents qui, en France surtout, ont jeté sur ces questions les lumières de l'expérience et l'intérêt de la controverse.

Mais où l'on reconnaît la sagacité pratique avec laquelle M. Dick a su analyser les éléments les plus délicats de la question, c'est dans l'étude de l'influence des troubles digestifs sur les principaux viscères, le cœur, le poumon, le cerveau. Il signale avec raison la gêne qu'une distension trop grande de l'estomac par des gaz ou des matières solides, peut apporter dans la circulation centrale, soit en pressant le cœur de bas en haut, soit en empêchant l'abaissement du diaphragme, soit encore, ajoute-t-il, par la pression exercée sur l'aorte. Et il pense, en conséquence, que la distension habituelle de l'estomac peut amener à la longue non-seulement l'hypertrophie du cœur, mais encore l'anévrisme de la crosse aortique. Cette dernière vue n'a pas encore été, que nous sachions, confirmée par l'expérience, et elle est susceptible, théoriquement parlant, de plus d'une objection. On sait que l'estomac, dans l'état de distension, exécute un mouvement de bascule qui porte son bord inférieur en avant; la pression qu'il peut exercer porte donc principalement sur la paroi abdominale antérieure. On conçoit bien, à la vérité, que l'aorte reçoive un peu sa part de cette pression; mais il est difficile d'admettre qu'elle puisse être comprimée à tel point, par une cause de cette nature, qu'il en résulte une dilatation de sa partie supérieure; on aurait d'ailleurs à peu près autant de raisons de soutenir que la distension de l'estomac et du duodénum peut produire la compression de la veine cave inférieure, et, par suite, la dilatation variqueuse des veines hypogastriques. Or ni M. Dick ni aucun autre observateur n'ont soutenu rien de semblable. A notre avis, la plénitude de l'estomac n'exerce de gêne sérieuse sur la circulation centrale que par le refoulement du cœur et des poumons et l'obstacle apporté à l'abaissement du diaphragme. La sensation d'étouffement dont cet état s'accompagne toujours témoigne de la vérité de cette explication.

L'auteur combat avec raison l'opinion des auteurs qui attribuent *exclusivement* à une congestion sanguine du cerveau les troubles encéphaliques consécutifs aux affections des organes digestifs; il croit, au contraire, que l'assoupissement passager qui accompagne une digestion difficile est dû à un appel trop considérable du sang vers l'estomac, les intestins, le foie, aux dépens du cerveau; en d'autres termes, qu'il est lié à un état d'anémie du cerveau. C'est être un peu affirmatif. La congestion n'est pas la cause essentielle, nécessaire, de l'engourdissement cérébral dont la digestion s'accompagne souvent : la cause est dans une influence sympathique dont la congestion sanguine n'est qu'une manifestation tout accidentelle et non nécessaire; voilà ce qu'on peut affirmer, mais il ne faut pas aller au delà. M. Andral a constaté, il est vrai, dans un cas de ce genre, une anémie réelle du centre encéphalique; mais c'était sur un cadavre, tout naturellement, et le cadavre ne laisse pas la circulation dans l'état où la mort l'a surprise. Puis, dans d'autres cas, le même observateur a constaté un état de congestion. Il y a apparence qu'il en est ainsi ordinairement. Nous ne voulons pas dire que cette congestion soit de nature active, le contraire nous semble même plus probable; nous ne faisons qu'exprimer le fait, dégagé de toute interprétation.

Signalons enfin d'excellentes considérations thérapeutiques, que l'espace nous permet à peine d'indiquer, sur la nécessité de n'employer les médicaments qu'à petites doses dans les dyspepsies chroniques, d'éviter les moyens trop débilitants, et de continuer le traitement pendant un temps très-long, même après avoir obtenu des améliorations considérables.

Cette analyse ne donnera sans doute qu'une idée bien imparfaite du long et consciencieux travail de M. Dick; mais telle qu'elle est, elle suffira pour en faire saisir l'importance et l'originalité. Plus qu'aucune autre, la classe des maladies du tube digestif a besoin d'être revisée en dehors du point de vue trop étroit de l'anatomisme. On est aujourd'hui sur la voie d'une théorie de la digestion plus complète et plus vraie que celles dont la science a été longtemps bercée. Ce progrès, s'il se réalise définitivement, rectifiera bien des idées sur la nature et le traitement des affections abdominales.

DE LA GRAVITÉ PROPORTIONNELLE DES CONSÉQUENCES QU'ONT LES MOINDRES BLESSURES AUTOUR DE LA POINTE DU COUDE; par M. W. BROWN.

Le fait sur lequel l'auteur appelle ici l'attention est d'observation vulgaire dans les hôpitaux, où se rencontrent surtout les hommes exposés par leur profession aux contusions et aux violences extérieures; c'est aussi dans cette classe, parmi les mineurs, qu'il a vu le plus de cas de ce genre. Les suites de la moindre plaie dans la région olécrânienne sont souvent hors de rapport avec l'étendue et la profondeur de celle-là. Ainsi un homme reçoit sur le coude un coup qui entame à peine les téguments; il continue à travailler, et, au bout d'un ou deux jours, il se présente au chirurgien avec une tuméfaction considérable et une rougeur prononcée autour du point contus, symptômes qui s'accompagnent de sensibilité et de douleur. L'inflammation gagne souvent l'avant-bras et la main, ou bien elle se propage vers le haut du membre, aux glandes de l'aisselle.

En général, ces petites plaies se ferment très-rapidement, mais sous la croûte qui les recouvre, on trouve souvent un peu de pus. Dans quelques cas, outre les accidents dont nous venons de parler, la bourse superficielle de l'olécrâne s'enflamme, se tuméfie de manière à acquérir le volume d'un œuf, devient tendue et sensible; mais ceci est une complication accidentelle plutôt que la lésion constante, celle qui devient cause génératrice des autres désordres.

Une autre forme, comparable à celles-ci sous beaucoup de rapports, est celle où on ne trouve aucune plaie, et où le mal débute par une ulcération s'établissant peu à peu dans la région. L'observation suivante en offre un intéressant exemple.

OBS. — Un homme âgé de 65 ans, de faible constitution, occupé à casser les pierres sur le grand chemin, portait depuis trois semaines un ulcère qui s'était manifesté sur la pointe du coude. Il y entretint d'abord des cataplasmes jusqu'à ce que la peau se fût ouverte, puis il voulut recommencer à travailler; mais il fut obligé de s'arrêter. Le coude, l'avant-bras et la main étaient énormément tuméfiés; le coude, en particulier, offrait une teinte livide. L'avant-bras était plutôt froid que chaud. Au premier abord, on pouvait présumer qu'il y avait une suppuration diffuse dans la plus grande partie de ce membre. Il n'en était rien; mais il existait seulement un foyer purulent volumineux sur la face postérieure du coude, foyer assez profond et circonscrit. Les ganglions de l'aisselle étaient engorgés. On fit une incision de 4 centimètres de longueur le long du bord interne du coude. Cataplasmes sur cette région et fomentations chaudes sur la partie inférieure du membre; plus tard, un liniment spiritueux sur les points œdémateux; repos absolu de l'avant-bras. — Guérison.

Il n'est pas rare, dans les cas où l'inflammation a été la suite d'une violence extérieure, d'observer que si le malade veut recommencer à se servir de son membre aussitôt après que les plus violents symptômes sont dissipés, les accidents se reproduisent immédiatement.

Le traitement doit être simple, mais en même temps actif. Le bras sera maintenu élevé et immobile. La meilleure application à faire sur la blessure sera celle d'onguent mercuriel étendu sur un linge. Le coude et la plus grande partie de l'avant-bras doivent être enveloppés d'un cataplasme fait avec du son ou de la farine d'avoine et renouvelé souvent, en fomentant le membre chaque fois qu'on le découvre pour changer le cataplasme. Une ou deux purgations conviendraient à merveille. — Une fois que la première intensité de l'inflammation est tombée, que la chaleur, la rougeur et la tension ont cessé et que la tuméfaction des parties devient œdémateuse, il faut substituer à ce topique quelque stimulant tel qu'une pommade camphrée, en continuant à étendre sur le coude même un peu d'onguent mercuriel.

Lorsqu'il s'agit d'une tuméfaction inflammatoire de la bourse muqueuse, l'auteur préfère aux autres médications locales des onctions avec une pommade stibiée. Les vésicatoires lui paraissent tout aussi efficaces, mais plus douloureux.

— A ces considérations toutes pratiques, dont nous avons pu nous-même vérifier nombre de fois la justesse dans les hôpitaux de Paris, il nous semble utile d'ajouter une remarque également puisée dans l'expérience clinique : c'est que, comme la bourse muqueuse touche immédiatement le perioste de l'olécrâne, il faut ouvrir de très-bonne heure les abcès qui s'y forment. L'oubli de cette règle pourrait exposer à des altérations organiques consécutives de la couche osseuse sous-jacente.

CAS DE TERMINAISON DU RECTUM DANS L'URÈTRE OU L'ENFANT VÉCUT AU DELA DE HUIT MOIS; par M. WILLIAMSON.

OBS. — Une femme remarquablement bien portante et constituée, ainsi que l'était également son mari, accoucha, le 3 juin 1845, d'un enfant à terme. Pendant la première nuit il *téta avidement*, mais il criait et paraissait souffrir. Le jour suivant la sage-femme découvrit qu'il était imperforé, et l'on fit appeler M. Williamson.

En examinant le périnée, on ne put apercevoir aucune trace de l'ouverture anale. Le raphé de cette région était saillant; le pénis, le scrotum et les testicules ne présentaient rien d'anormal. En plaçant la pointe du doigt à l'endroit que l'anus aurait dû occuper, on pouvait le porter très-haut en lui faisant refouler la peau devant lui, ce qui semblait indiquer que la fin de l'intestin n'était séparée de l'extérieur que par une faible épaisseur de parties. Cependant on ne voyait là aucune proéminence se former lorsque l'enfant criait, et la peau n'y changeait jamais de couleur, ainsi que cela a été observé quand le cul-de-sac rectal n'est qu'à peu de distance. L'urine avait coulé naturellement et librement et l'abdomen n'était point distendu; mais les vomissements étaient fréquents et l'état de souffrance évident.

Avec l'aide du docteur Derr, M. Williamson fit une incision à la place indiquée et divisa successivement les diverses couches de tissus dans une hauteur de près de 2 pouces, le long du sacrum, soit avec le bistouri, soit au moyen du doigt. Malgré la profondeur de l'incision, il fut impossible d'atteindre l'intestin, ni même de percevoir avec le doigt cette sensation de plénitude qui annonce qu'on en est proche. On laissa une mèche de linge dans la plaie. L'opération avait été pratiquée vingt-quatre heures après la naissance.

Le jour suivant (7 juin) l'enfant était plus mal; il avait continuellement vomi le lait. L'exploration du fond de la plaie avec le bout du doigt ne donna pas de résultats plus satisfaisants que la veille.

Le 8 juin, la douleur parut être encore plus vive et le ventre commença à se gonfler. Ce fut seulement alors qu'on remarqua dans l'urine une matière brunâtre. Le prépuce ne pouvait être retiré derrière le gland, mais en le pressant on fit sortir une petite quantité d'une matière, qu'on reconnut pour du méconium.

Instruit par là qu'une communication existait entre le rectum et l'urètre, ou la vessie, le médecin comprit pourquoi, l'intestin étant probablement situé chez cet enfant plus antérieurement que d'ordinaire, l'incision faite en arrière n'avait pu l'atteindre. Il se proposait donc de la recommencer dans un lieu plus convenable, en s'aidant pour cette recherche d'une sonde passée par l'urètre; mais les parens n'y voulurent pas consentir. En conséquence on se borna à retirer la mèche de linge, qui dès lors n'était plus qu'un agent d'irritation inutile.

Depuis lors, le ventre continua à se tuméfier, l'enfant à crier et à vomir une matière jaunâtre. Mais ces symptômes, qui semblaient être les avant-coureurs d'une mort prochaine, furent calmés par la sortie d'une petite quantité de méconium et de quelques vents à travers l'urètre. Cette évacuation liquide augmenta ensuite peu à peu de quantité et de consistance.

Pendant les cinq mois qui suivirent, ces évacuations furent assez faciles, et l'enfant devint fort et vigoureux. Les vomissements seuls persistèrent très-fréquents. Un léger laxatif fut administré de temps en temps. L'urine, toutes les fois qu'on l'examina, était claire et sans mélange de matières fécales; de même celles-ci en général coulaient sans contenir d'urine.

En décembre, l'une et l'autre de ces deux excrétions éprouvèrent des obstacles à diverses reprises. Cependant on ne s'aperçut jamais dans ces cas que la vessie devint distendue. Le retour des libres évacuations ramenait immédiatement le calme.

Les mêmes difficultés se reproduisirent pendant le mois de janvier, et alors la santé de l'enfant commença à décliner. Mais ceci peut être aussi attribué en grande partie à la dentition. Depuis sa naissance il n'avait pris que le lait de sa mère. Toute autre nourriture était vomie de suite. Cependant, à partir de cette époque, il put supporter un peu d'œuf et quelques substances farineuses.

Le mois de février ne présenta rien qu'une rétention accidentelle d'urine et de matières pendant deux jours. On put reconnaître à ce moment que la vessie était distendue. Un cathéter qu'on fit pénétrer à travers l'urètre parut être entré dans le rectum; du moins il n'en sortit point d'urine, quoiqu'on l'eût poussé assez profondément pour qu'il fût arrivé jusque dans la vessie. Une débâcle remédia, comme les autres fois, à ces symptômes fâcheux. Mais huit jours après une nouvelle interruption se déclara, accompagnée de vomissements incessants, d'oppression, chaleur à la peau, fréquence du pouls, odeur urineuse de tout le corps. Il mourut dans cet état le 17 février, ayant vécu huit mois et vingt-deux jours.

AUTOPSIE. La partie inférieure du scrotum présentait l'apparence d'un tissu où commence l'infiltration urineuse. L'abdomen étant ouvert, on vit le colon coloré en rouge et assez distendu pour cacher les autres viscères. L'intestin grêle était pâle et resserré. Le rectum passait directement au-dessous du col de la vessie, laquelle était vide et contractée. Cet intestin, vers son milieu, qui était la portion la plus large, avait 6 ou 7 pouces de circonférence.

L'ouverture qui conduisait du rectum dans l'urètre s'ouvrait entre la partie membraneuse et la prostatique. Elle avait un quart de pouce de diamètre, mais paraissait avoir été récemment agrandie par ulcération. Tout autour d'elle et à la place des conduits prostatiques se voyaient plusieurs points ulcérés; c'était sans doute par eux que l'infiltration d'urine avait eu lieu. Le rectum avait ses tuniques, et surtout la musculeuse, fortement hypertrophiées. Inférieurement il se terminait par un cul-de-sac, comme si une ligature avait été appliquée sur lui. Le canal de communication de l'urètre à l'intestin se dirigeait en haut et en avant, passant à travers la pointe de la prostate: il avait près d'un demi-pouce de longueur.

L'auteur fait avec raison observer qu'en pratiquant une incision au périnée, avec la précaution de donner pour guide au bistouri une sonde préalablement passée à travers l'urètre, on serait sûrement parvenu au rectum. Il rappelle un cas observé par M. Fergusson, où l'enfant vécut neuf mois avec les mêmes symptômes, et où l'on trouva à l'autopsie une disposition anatomique toute semblable, si ce n'est que l'ouverture de communication avait été accidentellement bouchée par un noyau de cerise.

Une autre observation, publiée par M. Fergusson, fait pressentir l'heureux résultat qu'aurait eu l'opération proposée par M. Williamson, s'il lui avait été permis de la pratiquer. Voici ce cas:

OBS. II. — Un enfant bien constitué et de bonne santé en apparence, fut vu par M. Fergusson douze heures après sa naissance. L'anus manquait; mais, à sa place, la peau avait une couleur brune. On sentait profondément une tumeur peu distincte. On fit une incision depuis le scrotum jusqu'au coccyx; mais le doigt ne put rien découvrir de nouveau. L'incision fut rendue plus profonde, en la portant dans la direction ordinaire du rectum, sans qu'on pût parvenir à l'intestin. Alors on mit à découvert le col de la vessie, en se gardant bien de l'endommager, ce dont une sonde maintenue dans l'urètre et la vessie permit de venir à bout sans grande difficulté. L'instrument tranchant ayant divisé les parties le long du sacrum, à la profondeur d'un pouce et demi, sans rencontrer le rectum, on regarda comme inutile d'insister davantage.

Cependant, en pressant sur le ventre, on avait vu, à la fin de l'opération, sortir par l'urètre un liquide un peu foncé ressemblant à l'urine colorée par du méconium. Le lendemain, il sortit par la même voie du méconium pur, de sorte qu'il devint évident qu'une communication existait entre le rectum et la vessie. On résolut alors d'inciser le bas-fond de ce réservoir, et on l'ouvrit en effet un peu derrière la prostate, utilement guidé dans cette recherche par une sonde qui avait été introduite préalablement. Aussitôt après l'incision faite, le méconium coula au dehors. Une sonde fut introduite pour empêcher la plaie de se fermer. L'enfant continua à se bien porter. Les matières passaient en partie par la plaie du périnée, en partie par l'urètre; mais la plaie ne livrait jamais passage à une seule goutte d'urine.

Cet enfant ne mourut qu'à 8 ans, par suite d'une affection pulmonaire. Lorsqu'il avait de la diarrhée, quelques gouttes de matières stercorales sortaient par l'urètre; l'ouverture périnéale livrait passage à un peu d'urine, souvent aussi à des concrétions urinaires dont il fallut un jour extraire une qui avait le volume d'une noisette. Plusieurs fois également sa mère dut retirer des graines ou quelques petits fragments, provenant de ses aliments, et qui étaient engagés dans l'urètre.

On trouva à l'autopsie que le rectum se terminait par une petite ouverture, du diamètre d'une piqûre de lancette, dans la portion membraneuse de l'urètre et non dans la partie supérieure de la vessie, comme on l'avait pensé au moment de l'opération.

Sous le rapport pratique, les observations précédentes conduisent à cette conclusion importante que, quoique l'expulsion du méconium avec l'urine soit un signe certain que le rectum s'ouvre dans quelque point de l'appareil urinaire, cependant l'absence de ce phénomène ne serait pas une preuve suffisante que cette communication n'existe point. L'ouverture peut être trop étroite pour permettre le passage du méconium, ou, même quand elle est large, ce liquide peut ne s'y point introduire pendant les premiers jours qui suivent la naissance. Ceci a été constaté dans l'observation de M. Williamson. Dans celle de M. Fergusson, on ne vit de liquide fécal sortir par l'urètre qu'après l'incision faite au périnée. Enfin, un enfant soigné par M. Hutchison avait vécu trois mois sans qu'on eût remarqué l'issue du méconium par l'urètre. (Cet enfant, qui était imperforé et chez lequel le rectum s'ouvrait à une demi-ligne en avant du *caput gallinaginis*, ne mourut qu'à 10 mois et d'une maladie étrangère à ce vice de conformation.)

Il résulte de l'examen de ces divers cas que, lorsqu'on incise le périnée pour aller à la recherche du rectum chez un enfant imperforé, on s'attache en général trop à diriger le bistouri vers le coccyx et le sacrum. La crainte de léser la vessie est sans doute très-louable; mais il est certain qu'elle expose souvent à passer derrière l'intestin sans l'atteindre. Aussi n'éprouverions-nous aucune répugnance à appuyer le conseil que donne M. Williamson de porter l'instrument tranchant plus en avant qu'on n'en a ordinairement l'habitude dans ces opérations. Il est bien entendu que ce précepte devrait être suivi sans restriction aucune, s'il existait des symptômes indiquant que le rectum s'abouche dans la vessie ou l'urètre.

SUR LES CONDITIONS PATHOLOGIQUES DU SANG DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur WILLIAM CAMPS.

Ce travail, qui résume les travaux de MM. Andral, Gavarret, Simon, Becquerel et Rodier sur l'état du sang dans la phthisie pulmonaire, ne con-

tient de propre à l'auteur que la réflexion suivante: « Si, comme on l'admet généralement, les globules rouges du sang ne sont autre chose que les corpuscules lymphatiques transformés, et si cette transformation a lieu en grande partie sous l'influence de la respiration, on conçoit que des causes susceptibles d'enrayer plus ou moins cette fonction aient pour résultat de diminuer la proportion des globules sanguins. Or la phthisie pulmonaire à toutes ses périodes, depuis son début jusqu'à sa terminaison, et quel que soit le siége précis des tubercules, apporte précisément une grande gêne à la fonction respiratrice. »

On voit que d'après cette théorie, à laquelle l'auteur ne donne aucun développement, la diminution proportionnelle des globules du sang dans la phthisie ne serait qu'un phénomène consécutif, un effet de l'affection pulmonaire. C'est, du reste, ce qui résulte positivement des recherches de MM. Becquerel et Rodier, récemment publiées dans la GAZETTE MÉDICALE.

OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENTS OU LE GALVANISME A ÉTÉ APPLIQUÉ; par M. DORRINGTON.

Cette communication a pour objet de montrer, par l'observation de plusieurs cas de dystocie d'origine diverse, l'efficacité et l'importance de l'emploi de l'électricité. Dans un court préambule, l'auteur faisant plus particulièrement allusion à l'insertion du placenta sur le col, dit que le plan thérapeutique sur lequel M. Simpson a récemment appelé l'attention (extraire d'abord le placenta, puis attendre la sortie du fœtus) ne doit que rarement être appliqué, parce qu'il compromet la vie de l'enfant. Le galvanisme, au contraire, n'a pas cet inconvénient, et le résultat de son emploi est aussi sûr qu'énergique, ainsi que le prouvent les observations suivantes.

HÉMORRHAGIE INTERNE PENDANT LE TRAVAIL.

OBS. I. — M. Dorrington fut appelé, le 27 septembre 1844, auprès d'une femme en travail depuis six heures. Les eaux étaient rompues depuis quelques heures. Elle était épuisée par la perte de sang; les douleurs avaient actuellement cessé; l'orifice utérin était très-rigide et dilaté seulement de la largeur d'une demi-couronne; l'utérus exploré à travers les parois abdominales fut trouvé mou et sans tonicité. (2 grammes de teinture d'opium; un bandage serré.) L'écoulement continuant à se faire sous forme de sérosité sanguinolente, ce qui annonçait (dit l'auteur) une hémorrhagie interne, on donna 2 grammes de seigle ergoté avec une infusion de thé. Au bout de vingt minutes, il se manifesta des contractions, et l'écoulement cessa.

M. Radfort, qui arriva en ce moment, éleva un peu avec le doigt la tête du fœtus, ce qui fit sortir beaucoup de liquide amniotique, dont les dernières gouttes étaient fortement teintes de sang. Les médecins réunis furent d'avis qu'opérer l'accouchement de force serait vouloir tuer la femme, alors même que l'orifice aurait été assez large pour permettre d'y songer; en conséquence ils résolurent d'appliquer le galvanisme de manière à réveiller l'action de l'utérus, et à arrêter en même temps la perte du sang. On mit l'un des conducteurs de l'appareil électro-magnétique sur le museau de tanche, et l'autre sur la paroi abdominale au niveau du fond de l'utérus. Immédiatement la malade accusa des douleurs comme si on la coupait, et l'utérus se contracta. Ayant suspendu la galvanisation au bout de quelques minutes, on reconnut que la contraction tonique des fibres utérines était déjà établie. On revint encore par intervalles à l'application de ce puissant agent, tantôt par secousses, tantôt par courants, durant vingt minutes environ. La tête étant poussée avec une force manifestement beaucoup plus considérable qu'avant l'emploi de l'électricité, la femme, d'ailleurs, reprenant des forces sous l'influence d'une alimentation plus réparatrice, on attendit: l'écoulement sanguin était arrêté.

Six heures après, le travail commença et dura trois heures et demie. L'action de l'utérus ayant cessé après que la tête eût été expulsée aux deux tiers, il fallut achever l'extraction artificiellement. On retira aisément le placenta, qui fut suivi d'un caillot pesant 500 grammes; on mit un bandage serré, qui fit encore sortir un second caillot deux fois plus volumineux. La femme, très-épuisée, mourut trois jours après.

L'autopsie, qu'on ne put faire assez à loisir, ne fit reconnaître ni traces de péritonite ni inflammation des veines utérines.

On serait peut-être disposé ici à attribuer en partie le retour de la contraction utérine au seigle ergoté qui fut administré avant qu'on eût eu recours à l'électricité; mais l'auteur dit que l'emploi successif de ces deux agents a, au contraire, permis de bien préciser ce qui, dans l'effet produit, revenait à chacun d'eux. Ainsi les contractions dues au galvanisme se distinguent de celles que provoque l'ergot en ce qu'elles se développent immédiatement, qu'elles sont plus fortes, et que, pendant leurs intervalles, l'utérus reste dans un état de contraction tonique qui est le plus sûr remède contre l'hémorrhagie. Si l'on ajoute à cela que le seigle ergoté exerce sur l'organisme une action générale déprimante, on n'hésitera pas à accorder une grande supériorité au galvanisme, surtout dans les cas semblables à celui-ci, où la femme est déjà réduite à une faiblesse extrême par la longueur du travail ou par l'abondance de l'hémorrhagie. Enfin, l'effet excitant du galvanisme étant plus prompt, l'enfant a moins longtemps à souffrir de la pression qu'exerce sur lui l'utérus contracté, et par conséquent sa vie est moins compromise que sous l'influence de l'ergot.

HÉMORRHAGIE ACCIDENTELLE AVANT LE TRAVAIL.

OBS. II. — Sarah Dawson, âgée de 29 ans, avait eu huit grossesses, dont deux terminées par avortement. Actuellement enceinte et à terme, elle avait éprouvé pendant les trois derniers mois une douleur fixe dans la fosse iliaque gauche. Il y a cinq semaines qu'une légère hémorrhagie s'était déclarée à la suite d'un effort, et elle avait depuis lors reparu à trois autres reprises sans cause appréciable. Le 17 février 1845, après une marche un peu prolongée, elle eut une perte soudaine et considérable, suivie de syncope et de vomissements. Vue à ce moment par M. Foxley, elle fut trouvée très-faible et presque sans pouls. Il n'y avait plus de perte; aucune douleur n'existait, et l'orifice n'était dilaté que de la largeur d'une demi-couronne, et rigide. Le médecin ne sentit aucune partie du placenta, et ne rencontra avec le doigt que les membranes, qu'il perça. Bientôt l'utérus devint plus ferme qu'il n'était auparavant.

Cependant, comme au bout d'une demi-heure le travail ne s'établissait pas, que les vomissements continuaient et qu'il n'était pas impossible qu'une perte insidieuse se fît à l'intérieur, on décida d'appliquer le galvanisme par courants et par secousses, selon les axes longitudinal et transversal de l'utérus. L'effet sur les fibres utérines fut des plus prononcés; une contraction tonique très-énergique se manifesta aussitôt après l'action du stimulus, et lorsqu'on enleva les conducteurs, un état tonique très-satisfaisant persistait, ce dont on s'assura tant par la plus grande dureté de l'organe, constatée à travers la paroi abdominale, que par l'opposition plus intime, le contact plus immédiat qui s'établit dès lors entre la tête fœtale et la face interne de l'orifice. L'effet général sur l'état des forces fut des plus avantageux; la malade se sentit comme réveillée, et déclara qu'elle se trouvait mieux qu'elle n'avait été depuis plusieurs mois. Le pouls monta à 96, devint plus fort, et la face moins pâle qu'auparavant; on mit un bandage serré.

Le travail commença dix-neuf heures environ après l'application de l'électricité, sans qu'il y eût eu aucun retour de l'hémorrhagie; il se termina en deux heures et demie par la naissance d'un enfant vivant. Le placenta sortit sans être accompagné de beaucoup de caillots sanguins; la femme se rétablit bien.

Dans quelque mesure que le lecteur croie devoir rabattre sur les éloges que l'auteur accorde au galvanisme dans ces deux cas, il n'en est pas moins vrai que c'est là un agent bien digne d'être ajouté à ceux que la médecine possède déjà pour remédier aux hémorrhagies et combattre l'inertie dont se complique si souvent le travail de la parturition. — Voici maintenant un essai tout particulier et non moins intéressant, malgré son insuffisance dans ce cas, du même moyen.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ PAR LE GALVANISME.

OBS. III. — Jane Ward, âgée de 23 ans, était enceinte de son second enfant. Lors du premier accouchement, l'angustie pelvienne qu'elle offrait avait forcé de le terminer par le perforateur et les crochets. Mais comme les diamètres n'étaient pas diminués de plus d'un demi à trois quarts de pouce, on jugea convenable de la laisser aller cette fois jusqu'au huitième mois.

A cette époque, on se proposa de déterminer l'accouchement, et pour cela on introduisit une éponge dans le col; mais, elle ne produisit aucun effet à cause de sa mauvaise préparation, et on la retira en conséquence le troisième jour.

Le lendemain (1er avril 1845) on appliqua le galvanisme pendant environ vingt minutes, mais à différents intervalles. L'utérus durcit et la malade sentit de véritables douleurs expultrices; mais elles ne durèrent que pendant que le galvanisme agissait.

Huit heures et demie après, les membranes se rompirent, le col ne s'étant que peu ou point dilaté.

Le 3 avril, quarante-huit heures après l'application du galvanisme, on fit une exploration par le vagin, mais on ne trouva pas l'orifice dilaté. On sentit à travers la paroi abdominale que la tête de l'enfant occupait le fond de l'utérus. Au bout de trois heures, le travail commença, l'enfant se présenta par le siége. Le travail dura neuf heures et se passa bien du côté des contractions utérines; mais l'enfant vint mort, et la sage-femme (personne expérimentée) affirma qu'ayant touché le cordon dès qu'elle avait pu l'atteindre, elle n'y avait trouvé aucune pulsation. La face était de couleur pourpre par l'effet de la congestion, et les fesses ainsi que le scrotum très-échymosés. Le placenta vint une heure après la sortie du fœtus.

La femme eut, au bout de douze jours, une ménorrhagie grave dont elle fut heureusement traitée par les moyens ordinaires et par le tamponnement.

Ici l'auteur convient que le galvanisme n'a pas amené de véritables douleurs expultrices, puisqu'elles ne se sont développées qu'après la rupture spontanée des membranes. Mais cette rupture n'a-t-elle pas été due en partie à l'état de tonicité que l'emploi de l'électricité avait déterminé dans le tissu utérin?

Cas d'altération des valvules du côté gauche du cœur, avec souffle continu ; par le docteur Charles Golding.

Chez un homme de 24 ans, présentant les symptômes ordinaires d'une affection organique du cœur, on entendait entre la troisième et la quatrième côte du côté gauche un bruit de souffle continu dont il fut impossible d'établir la relation précise avec les bruits normaux du cœur, et même tellement continu et tellement prolongé, qu'il paraissait appartenir à la fois aux deux bruits. Plusieurs observateurs, ajoute M. Golding, auscultèrent le malade et furent divisés d'opinions, les uns attribuant le souffle à la systole, les autres le rapportant à la diastole ; mais à mesure qu'on se rapprochait de la pointe du cœur, le souffle devenait, pour tout le monde, manifestement systolique.

L'auteur croit que ce bruit n'appartenait exclusivement ni à la systole, ni à la diastole, mais qu'il était double et que la continuité résultait de la succession non interrompue, ou, en d'autres termes, de la fusion des deux bruits, se fondant principalement sur la rapidité des battements cardiaques et la longue durée du bruit de souffle.

A la mort du sujet, l'on constata une hypertrophie du cœur. La valvule mitrale était épaissie, ratatinée, et contenait des concrétions calcaires. Les valvules aortiques offraient les mêmes altérations, sauf les dépôts crétacés.

L'hypothèse de la présence de deux bruits anormaux nous paraît, comme à M. Golding, la plus probable. Peut-être même le souffle n'existait-il pas constamment à chaque systole et à chaque diastole ; car il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'affirmer que l'altération d'un orifice cardiaque, et à plus forte raison l'altération de plusieurs orifices, devront, à tous les instants de la vie, produire un trouble identique dans le passage de la colonne sanguine. On pourrait même, vu la mobilité des éléments du problème, affirmer le contraire en toute assurance ; et cela expliquerait pourquoi les observateurs qui ont ausculté le malade ont varié entre eux sur le rapport du bruit de souffle avec les bruits normaux.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique.

MM. Charles Robin et Marchal (de Calvi) adressent un mémoire sur les éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique et sur la présence de ce tissu dans une nouvelle espèce de tumeur. Le but de ce mémoire est, premièrement, de compléter l'histoire des éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique; secondement, de signaler la présence de ce tissu dans une espèce particulière de tumeur, qu'il forme presque en entier, fait anatomique qui ne paraîtra point sans importance lorsqu'on saura que, chaque jour, les chirurgiens assistent au développement de cette espèce de tumeur et à sa disparition sous l'influence d'un traitement approprié.

L'étude de ce produit pathologique à ses diverses phases d'accroissement et de décroissement pourra nous amener, disent les auteurs, à connaître le mode de formation d'un élément qui n'existe pas à l'état normal, ce qui n'a pu encore être réalisé pour aucun tissu morbide.

L'examen de ce dernier ordre de faits, un des plus intéressants de la physiologie, sera l'objet d'un travail ultérieur.

M. Lebert, le premier, a séparé nettement l'élément fibro-plastique des autres éléments morbides. Il a rendu par là un service signalé à la science et aussi à la pratique ; car il importe beaucoup de savoir que, si beaucoup de tumeurs hétéromorphes se reproduisent, il en est qui ne se reproduisent pas quand on les a enlevées en entier, et que ces derniers sont les tumeurs fibro-plastiques.

L'élément fibro-plastique est double : il comprend le globule fibro-plastique et la fibre fibro-plastique.

a. Le globule est composé :

1° D'une masse pâle, sphérique ou ovoïde, de 15 millimètres de diamètre;

2° D'un noyau ovale, rarement rond, pâle aussi, mais facile à distinguer, à cause de ses contours, qui sont très-marqués, très-noirs sous le microscope, réguliers ou très-légèrement denticulés, ayant de 7 à 10 millimètres de longueur, sur 5 à 6 ou 7 millimètres de largeur quand il est ovale, et de 5 à 7 millimètres en tout sens quand il est rond, et contenant de 1 à 4 nucléoles, et quelquefois accessoirement deux ou trois granules extrêmement fins.

b. La fibre est allongée, fusiforme, de 3 à 4 millimètres de longueur au moins, et contenant un noyau toujours placé au niveau de sa partie renflée. Quelquefois le noyau est étroit, allongé, comme si la fibre le comprimait ; il peut contenir un peu plus de 1 à 4 granules plus fins que les nucléoles.

L'élément fibro-plastique se trouve dans les tumeurs suivantes, qu'il caractérise : tumeurs molles rouges, vasculaires, de la conjonctive; tumeurs fibreuses simples du sein ; tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané des membres ; tumeurs des interstices musculaires ; tumeurs fibreuses adhérentes au périoste ou aux os; fongus de la dure-mère ; condylome et çà et là, dans le lupus, formant des faisceaux mêlés à des groupes de cellules épithéliales.

Un fait non encore signalé, et sur lequel les auteurs appellent l'attention, c'est la présence de l'élément fibro-plastique dans l'induration du chancre, dont il constitue à lui seul presque toute la masse. Ils rapportent des observations à l'appui de ce fait.

Voici les conclusions par lesquelles MM. Robin et Marchal résument et terminent leur mémoire.

1° Il y a deux sortes d'éléments anatomo-pathologiques : les éléments homœomorphes et les éléments hétéromorpes (Lebert).

2° Les éléments hétéromorphes sont les produits, tantôt d'un trouble local, tantôt d'un trouble général de la nutrition.

3° Dans les éléments hétéromorphes il n'y a jamais de cellule proprement dite autour du noyau. Quand l'enveloppe existe, elle se réduit à une substance homogène, représentant la pulpe d'un fruit autour du noyau, sans épicarpe ou enveloppe extérieure de la pulpe. L'épicarpe dans cette comparaison représente la cellule.

On dirait après cela que la cellule est un degré supérieur de développement, auquel la nature ne peut atteindre dans ses écarts.

4° L'induration du chancre est formée presque en entier d'éléments fibroplastiques.

5° Le plus souvent la substance homogène enveloppante manque autour du globule fibro-plastique, dans l'induration et dans les autres tumeurs fibro-plastiques que nous avons pu étudier.

Action des produits de sécrétion sur les tissus, et en particulier des larmes sur les membranes de l'œil.

M. Martini (de Wurtemberg) adresse une note intitulée : De l'action des larmes et des fluides de sécrétion en général sur les tissus vivants, considérée sous le point de vue physiologique et pathologique. Cette note, qui n'est qu'une première partie d'un travail que l'auteur consacre à l'étude de l'action de tous les fluides de sécrétion en général sur les tissus vivants, a spécialement pour objet la sécrétion des larmes et leur influence sur le globe de l'œil.

L'humeur lacrymale, suivant M. Martini, joue un rôle immense dans toutes les affections de l'œil. Les larmes sont la véritable cause de l'inflammation.

Voici quelques-uns des faits sur lesquels l'auteur appuie cette manière de voir.

Si l'on fait une incision de la conjonctive seule, il en résulte une inflammation qui, en général, n'est pas dangereuse, et qui reste concentrée sur la membrane blessée ; mais si l'on pratique sur la surface convexe de la cornée une incision assez large pour qu'elle ne puisse pas se cicatriser sitôt, sans toutefois perforer la membrane, on en produit non-seulement l'inflammation, mais même l'ulcération. Si l'on fait, au contraire, une incision sur la surface concave de la cornée, en évitant de la perforer, il n'y a point d'inflammation. Si la plaie de la cornée est perforante, il en résulte non-seulement l'inflammation de la cornée et de la conjonctive, mais aussi l'inflammation de la membrane si délicate qui tapisse les chambres de l'œil. Si l'on déchire intérieurement cette membrane des chambres sans injecter de l'humeur lacrymale, la membrane ne s'enflamme pas. Il suffit qu'une ou deux gouttes seulement d'humeur lacrymale soient introduites dans le corps vitré, aussitôt la plus violente ophthalmie se déclare, et un hypopion accomplit la destruction de l'œil. Enfin, d'autres faits que cite l'auteur lui semblent établir la simultanéité de l'inflammation et de l'infiltration de l'humeur lacrymale et le rapport de causalité qui existe entre ces deux faits.

En résumé, dit l'auteur, les différents états inflammatoires que peuvent présenter l'organe de la vue et l'appareil conducteur des larmes lui-même sont pour nous le résultat de l'action irritante des larmes sur les divers tissus dont se composent ces organes, que ce soit une cause mécanique ou chimique, une pustule ou un exanthème, de nature scrofuleuse, varioleuse, syphilitique, et qui aient amené une solution de continuité et par là ouvert un passage aux larmes. Toutes les distinctions spécifiques des ophthalmies établies par beaucoup d'auteurs nous paraissent, par cette raison, sans valeur pratique et scientifique.

Quant aux autres fluides de sécrétion, ils produisent, suivant M. Martini, les mêmes phénomènes que l'humeur lacrymale, c'est-à-dire l'inflammation lorsqu'on les met en contact avec les tissus qui, à l'état normal, ne sont pas destinés à être baignés par eux. Les mêmes liquides qui causent l'inflammation produisent un état fébrile lorsqu'ils s'épanchent en quantité plus considérable, ou pendant plus longtemps, dans les tissus voisins. L'inflammation et la fièvre sont, par conséquent, conclut M. Martini, le résultat de l'action de substances délétères sur l'organisme. Elles peuvent être considérées comme de véritables empoisonnements. L'une est comme un empoisonnement partiel ou local, l'autre comme l'empoisonnement de l'organisme tout entier.

Sur quelques ossements trouvés dans des tombeaux d'origine inconnue dans le nord de l'Afrique.

M. Serres présente, au nom de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, une note relative à de nouveaux tombeaux, d'origine inconnue, situés au Ras-Aconater (cap des Ponts), entre Alger et Sidi-Ferruch. Les Arabes n'ont aucune idée sur l'origine de ces monuments et sur le peuple auquel on doit les

rapporter. Ces tombeaux ont, d'après M Guyon, l'aspect des monuments druidiques de Saumur et de quelques autres points de la France. Quelques archéologues les attribuent aux Gaulois qui servaient dans les armées romaines. M. Guyon pense qu'on serait tout aussi autorisé à les rapporter aux Vandales qui ont occupé l'Afrique pendant un siècle. L'examen des os renfermés dans ces monuments aurait pu jeter un grand jour sur la question, mais cet examen n'a pu porter malheureusement, jusqu'à présent, que sur des os incomplets. La seule circonstance que M. Guyon ait pu remarquer, c'est que le coronal, chez les squelettes du cap Aconater, se fait remarquer par son étroitesse et sa dépression, et que les dents présentent cette usure qui a été signalée par M. Serres sur les dents des squelettes trouvés dans les monuments de Meudon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le Président annonce que M. Sédillot, membre correspondant, est présent à la séance.

EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE NOIX VOMIQUE CONTRE LA DANSE DE SAINT-GUY.

M. Trousseau, candidat à la place vacante, lit un mémoire sur l'emploi des préparations de noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy. Il établit d'abord que MM. Lejeune, Niemann, Cazenave, avaient cité quelques faits isolés; mais que c'est à lui et à MM. Fouilhoux et Rougier (de Lyon) que l'on doit d'avoir nettement formulé ce traitement. Les expériences publiques se faisaient en même temps à Lyon et à Paris dans le service de l'hôpital Necker.

M. Trousseau a été conduit à employer ce traitement par deux motifs : le premier, parce que dans la danse de Saint-Guy il y a presque toujours paralysie incomplète de l'un des côtés du corps ; le second, parce que les préparations de noix vomique provoquent des contractions toniques tétaniformes; il y avait lieu d'espérer que l'on substituerait la modification nerveuse déterminée par la strychnine à celle qui accompagne la chorée.

Il a traité 13 malades, 10 avec un plein succès. L'amélioration s'est manifestée ordinairement après huit ou dix jours de traitement; la guérison a été complète, le plus souvent, au bout d'un mois.

M. Trousseau rapporte deux observations : l'une a trait à un enfant de 12 ans adonné à la masturbation, et chez qui la danse de Saint-Guy était portée tellement loin qu'il avait fallu laisser le malade nu dans un cabinet, dont le plancher et les côtés avaient été garnis de matelas. Il fut guéri dans l'espace de cinq semaines.

L'auteur insiste avec grand soin sur la préparation du remède et sur son mode d'administration. Il a renoncé à l'extrait de noix vomique, qui est souvent mal préparé et qui d'ailleurs s'altère facilement lorsqu'il est converti en masse pilulaire. Il exclut également la strychnine, qui, n'étant soluble que dans 6,600 fois son poids d'eau froide, peut être regardée comme à peu près insoluble, et expose par conséquent à des mécomptes et à des dangers. Il adopte exclusivement le sulfate de strychnine, qu'il dissout dans du sirop simple, dans la proportion de 5 centigrammes pour 100 grammes de sirop. Il donne d'abord 10 grammes de sirop, soit 5 milligrammes ou un dixième de grain de sel de strychnine, divisés en quatre ou six doses, dans le courant des vingt-quatre heures. Tous les jours, il augmente de 5 grammes, jusqu'au moment où il se manifeste des démangeaisons à la tête et de légères roideurs musculaires. Il faut toujours aller jusqu'à cette roideur. On augmente ou l'on diminue les doses du sirop en raison de l'effet produit. Quand la chorée est à peu près guérie, on reste aux mêmes doses pendant quelques jours; on diminue ensuite, et l'on cesse enfin quand il ne reste plus que ces légères grimaces que les choréiques conservent si souvent.

M. Trousseau regarde le sirop de sulfate de strychnine comme la médication principale; toutefois, il satisfait aux indications : la saignée, s'il y a aménorrhée avec pléthore; les martiaux, si la chlorose est unie à la danse de Saint-Guy, comme cela arrive si souvent; les antispasmodiques, si l'hystérie vient compliquer la chorée.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

M. Castel : Les derniers produits d'un laborieux enfantement rendent plus manifestes les inconséquences, les contradictions qui ont été reprochées à l'œuvre de la commission, et l'intervalle qui sépare les conclusions du rapport de ses prémisses. A la vérité, elle n'a point nié la transmissibilité de la peste; mais elle a révoqué en doute presque toutes les voies par lesquelles la transmission s'opère. Elle a admis que les miasmes peuvent adhérer aux parois d'un vaisseau, y rester longtemps fixés, et elle a contesté qu'ils puissent trouver un support dans les vêtements d'un pestiféré. Dans l'opinion de la commission, il n'est pas prouvé que les molécules d'un air infect puissent pénétrer un tissu qui est susceptible d'être pénétré, de rester dépositaire de molécules odorantes. Si la commission a conservé le nom de peste, qui est très-significatif, elle a proscrit celui de contagion, qui ne l'est pas moins (1). Après avoir reconnu de l'analogie entre la peste et d'autres maladies, quant aux phénomènes et quant à la transmissibilité, elle l'a placée dans une catégorie particulière, quant à la transmission; elle a fait dépendre celle-ci d'une circonstance accessoire, du nombre des malades déjà atteints. Comment concilier avec une telle restriction la permanence des lazarets? La nouvelle d'une épidémie est prompte à se répandre, et, selon les statistiques, les épidémies de peste ne sévissent que tous les dix ou douze ans. Où conduira ce luxe de subtilités, de circonlocutions, de restrictions, de paradoxes, qu'on s'efforce d'accréditer? Aurait-il pour but d'ériger la contagion de la peste en hypothèse? La commission serait entrée dans un chemin plus sûr, moins semé d'écueils, si, admettant la transmissibilité de la peste comme un fait constaté, elle avait choisi ce point de départ, et considéré la transmissibilité dans ses rapports avec la position topographique et le climat de notre patrie. Alors elle eût trouvé, dans les rapprochements et les données scientifiques, des explications qui sont restées ou fausses, ou obscures, ou incomplètes, après de pénibles recherches dans les chroniques et l'examen des témoignages des contemporains; alors nous n'aurions pas entendu de la bouche de M. le rapporteur un aveu qui nous laisse des regrets. Il nous a dit avoir évité de se placer sur le terrain de la science. Être médecin, parler devant une Académie, au nom d'une portion de l'Académie, et ne point se placer sur le terrain de la science, qui donne aux paroles plus de retentissement et d'autorité, certes, il y aurait là un généreux sacrifice, et il faudrait louer le désintéressement de notre honorable collègue, si quelque chose, dans la question qui s'agite, pouvait tenir lieu de la science!

Elle nous apprend que la peste se communique à la manière des autres maladies contagieuses, à la manière du typhus, à la manière surtout des maladies éruptives, de celles notamment qui ont un caractère aigu et des périodes à parcourir; elle nous apprend à craindre la contagion de la peste beaucoup moins qu'on n'est disposé à la craindre quand on ne fonde son jugement que sur des documents historiques; elle peut nous apprendre pourquoi la peste, quoiqu'elle soit éminemment contagieuse, est rarement importée dans notre France; pourquoi la contagion ne doit pas être considérée sous un point de vue absolu; comment l'absorption d'un miasme peut être neutralisée par les moyens de réaction inhérents à l'organisme, par le mouvement, par l'embarcation même.

Après l'aveu que je viens de citer, on éprouve moins d'étonnement de ce que la commission n'a résolu aucune question avec netteté, de ce qu'elle a laissé planer le doute sur les interprétations, de ce qu'elle a appelé des expériences sur la plupart des faits, qui jusqu'à présent avaient joui de l'autorité de la chose jugée. Est-ce pour faire cesser les doutes, est-ce pour acquérir des notions certaines par l'expérimentation sur le théâtre même de la maladie, qu'elle demande l'institution de médecins français dans les ports étrangers où elle a coutume de régner, comme si nous en étions à commencer l'étude des symptômes de la peste et des chances de sa propagation? Je n'ai point à scruter les motifs de cette proposition; je suppose qu'elle doit être attribuée aux inspirations d'une louable philanthropie et d'un beau dévouement : toutefois elle me paraît manquer de convenance et d'utilité. Son adoption susciterait de nouvelles entraves dans les relations commerciales, un surcroît de lenteur dans les expéditions, des divergences, de fréquentes réclamations. Par quels moyens prévenir tout conflit entre les consuls et les médecins? Comment établir une hiérarchie entre les uns et les autres? D'un autre côté, l'intervention de l'Académie dans la création ou le perfectionnement des réglements sanitaires me semble une anomalie en tout ce qui dépasse les strictes limites de la médecine. Reposons-nous sur le zèle et les lumières de l'administration; j'unis ma voix à la voix de ceux de nos collègues qui ont demandé la suppression des dernières conclusions du rapport.

Quiconque n'en aura lu que la première partie, celle qui se rapporte à l'origine de la peste et à sa communication, sera disposé à croire que la majorité de la commission a eu le dessein de favoriser les prétentions et les intérêts du commerce. Au contraire, celui qui n'en aura lu que la deuxième partie, celle qui se rapporte aux quarantaines, restera convaincu que la commission n'a repoussé des anciennes traditions que ce qu'elles avaient de barbare, qu'elle s'est abstenue de froisser ouvertement des usages chers aux populations, qu'elle les a respectés, souvent avec prudence, quelquefois avec timidité. En rapprochant les deux parties du rapport pour les juger dans leur ensemble, on reconnaîtra qu'il ne sert ni le commerce ni l'administration.

M. Guéneau de Mussy : Je ne viens pas réclamer la suppression de la conclusion; j'en adopte le principe, mais je demande qu'elle soit modifiée. L'Académie, après une discussion longue et animée, est parvenue à formuler six conclusions; je regarde ce résultat comme assez important pour que nous ne devions pas le considérer comme non avenu; or c'est ce que nous ferions en adoptant la septième conclusion dans les termes où elle est rédigée. Les conclusions du rapport ne sont pas des principes absolus, elles ne sont que l'expression de faits généraux, assez nombreux, mais qui n'excluent pas les faits contraires qui pourraient se présenter à l'avenir et qui viendraient les démentir; il est donc utile de faire quelques réserves à cet égard. L'état sanitaire d'un pays n'est pas toujours facile à constater; l'imminence d'un danger qui n'existe pas encore peut très-bien n'être pas aisé à reconnaître; enfin, pense-t-on qu'il serait toujours sûr, pour ce qui concerne l'état sanitaire d'un navire, de s'en rapporter aux déclarations des préposés? ces déclarations vous inspireront-elles une entière confiance? Ajoutez encore qu'il est des localités qui sont opposées à toute tentative de réforme. Tout cela doit, ce me semble, être pris en considération et ne faire admettre qu'avec restriction les conclusions un peu trop absolues de la commission. D'un autre côté, ne devrait-on pas mettre un peu plus

(1) Cette répugnance a amené un contre-sens; car la transmissibilité ne doit s'entendre que des maladies héréditaires.

de concordance entre ces dernières conclusions et les propositions scientifiques déjà votées? Irons-nous, par exemple, après avoir dit que la peste n'est pas susceptible de se transmettre à l'état de sporadicité, irons-nous proposer d'imposer une quarantaine d'observation aux provenances d'un pays où la peste ne régnera qu'à l'état sporadique? Après avoir dit que la peste ne se transmet pas passé le septième jour, irons-nous réclamer un isolement de dix jours? Enfin, soumettrons-nous la détermination de la durée de la quarantaine à l'arbitraire d'un corps dont vous suspectez vous-même l'impartialité? Je ne pense pas que cela fût sage.

Il appartenait à l'Académie de rechercher ce qu'indique la science sur les divers points relatifs à l'importation de la peste; elle l'a fait : elle doit se borner maintenant, à mon avis, à indiquer le terme qu'il conviendrait, d'après les données scientifiques, d'assigner à la durée des quarantaines, mais en laissant à l'administration le soin de fixer elle-même les chiffres. Du reste, cette conclusion renferme quelques dispositions que j'approuve et que je soutiendrai de tout mon pouvoir. L'institution de médecins sanitaires, par exemple, peut, à mon avis, rendre de très-grands services. Je pense également qu'un bon système d'aération et de ventilation des navires serait d'une très-grande utilité.

M. Rochoux : Nous n'avons pas été logiques, nous n'avons pas voulu être logiques, a dit M. Prus.

Tant que M. le secrétaire annuel n'aura pas forcé M. le secrétaire de la commission à se rétracter, je me croirai fondé, comme plusieurs de mes collègues, à voir entre la partie scientifique du rapport et les applications pratiques, une véritable contradiction, que M. Bégin lui-même a reconnue, en vous en donnant la clef (1). Je puis donc laisser là comme épuisé un sujet en quelque sorte personnel, et aborder sur-le-champ celui qui doit seul nous occuper.

Ç'a été une très-grande erreur de croire que la discussion du rapport pourrait, suivant l'usage adopté pour les travaux législatifs, être partagée en discussion générale et en discussion de détails ou d'articles. Les questions scientifiques posées par la nature elle-même ne sauraient se prêter à cette manière de procéder très-convenable à la confection des lois, œuvres entières de l'homme, qu'il peut manier comme bon lui semble. Si la discussion actuelle ne vous eût pas déjà complétement démontré la justesse de cette remarque, vous auriez achevé de vous en convaincre par le discours très-remarquable et très-remarqué de M. Dubois, discours qui pour le fond rentre dans le premier et n'en diffère ni n'en pouvait différer essentiellement. En effet, vous n'avez pas trois questions à élucider, comme l'a dit avec un peu trop de hâte, M. Moreau (2), ni même deux, comme l'a assuré M. Mélier, dans la dernière séance; mais une seule que voici : *Quelles sont les causes de la peste?* N'est-il pas évident dès lors que la question restant toujours la même, la manière de la traiter ne saurait changer? Il n'est pas moins évident que la connaissance de ces mêmes causes doit servir de base à tout règlement sanitaire tant soit peu rationnel.

Dans cette persuasion, j'ai consacré d'abord une partie de ma première lecture à une étude détaillée des causes de la peste. J'ai été conduit par là à les placer originairement dans l'infection, puis ensuite dans la contagion : deux agents morbifères dont seul ici j'ai osé donner une définition qui ôte toute prise à l'équivoque. Appuyé sur cette base étiologique, plus ou moins complétement admise par la commission et l'Académie elle-même, j'ai pu logiquement dire : Il faut supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines et voire même les purges (3) ; maintenant la même raison me porte à dire : Il faut rejeter la septième conclusion comme faisant de beaucoup trop grandes concessions à un système contre l'absurdité duquel on ne saurait trop s'élever, et que personne n'ose défendre dans son ensemble. Mais, M. Mélier ayant dit avoir réfuté mes objections par sa réponse à M. Gaultier de Claubry, il me faut bien montrer qu'il n'en est rien.

Si la peste reconnaît vraiment l'infection pour cause, les cordons sanitaires, les quarantaines, etc., ne peuvent, il faut bien en convenir, l'empêcher de naître. Si la contagion contribue ensuite à la répandre, l'ensemble des mesures dont se compose notre police sanitaire est plus propre à augmenter les ravages du mal qu'à en arrêter les progrès. Un seul remède est efficace, c'est la dispersion des malades, la ventilation, l'aération, l'extrême propreté des lieux où on les place.

Quand cette règle de conduite, proclamée par la haute sagesse de Mead, a depuis longtemps pour elle la sanction de l'expérience, me faudra-t-il répéter jusqu'à satiété que le moyen capable de dompter le mal au fort de sa violence est aussi le plus propre à arrêter ses premiers progrès? Mieux vaut sans doute montrer dans ce précepte la conséquence d'une doctrine étiologique, qui accueille tout fait bien avéré, n'a besoin d'en rejeter aucun, et contraste singulièrement, par la fixité de ses principes devenus mieux depuis plus de trente ans, avec ces changements d'opinion déjà signalés plus d'une fois à cette tribune; qui enfin peut se résumer en disant : *Bien que la peste soit contagieuse, il n'en faut pas moins proscrire notre système sanitaire, car il a fait plus de mal que de bien.*

Vous le voyez, messieurs, notre secrétaire annuel n'a évidemment rien objecté contre la manière générale dont j'ai combattu la septième conclusion. A-t-il mieux réfuté mes objections de détail? Les quatre remarques suivantes suffiront, malgré leur brièveté, pour vous mettre aisément à même de juger la question.

1° La seconde partie du rapport est un véritable code sanitaire, à la confection duquel on ne peut se livrer sans avoir sur l'administration des lazarets, leurs règlements, leurs usages, etc., des connaissances de détails qu'à peu près personne de nous ne possède et fait très-bien de ne pas chercher à acquérir. Pour ma part, je connais à fond les bases du système fracastorien, mais ses détails d'application, mais cette collection de règlements, d'arrêtés, de mesures prophylactiques, etc., appelés *opus aureum* par M. Robert, m'inspireraient à la lecture plus de dégoût que ne le ferait le rituel des prêtres d'Osiris, si quelque malencontreux déchiffreur d'hiéroglyphes venait à en appauvrir nos bibliothèques; et pourtant vous ne sauriez codifier avec connaissance de cause sans être parfaitement au courant de ces inutilités, de ces inepties.

2° La création de médecins résidants, sorte de petits pachas destinés à faire le pendant des médecins nomades ou voyageurs, décentralise la police sanitaire; et, dans notre système administratif, c'est là un inconvénient immense. Il me dispense de vous parler d'une foule de faits auxquels l'annonce du projet de la commission a donné naissance. Les caquetages d'ailleurs devraient toujours être bannis de cette enceinte; l'essai n'ayant jamais manqué d'en être malheureux. Je m'en tiendrai donc à signaler un autre grand vice inhérent à l'institution des médecins sanitaires résidants : leur inutilité. En effet, c'est presque uniquement en considération de la santé actuelle des sujets arrivant des lieux exposés à la peste que doivent être réglées les mesures prophylactiques pour chaque cas en particulier. Quant à ces lieux eux-mêmes, si une épidémie grave y règne, elle n'est un secret pour personne. Si, au contraire, il ne s'y montre que des cas sporadiques en petit nombre, les médecins résidants pourraient bien ne pas être les premiers à le savoir; dans l'une comme dans l'autre supposition, ils ne serviraient donc à rien.

3° Dans une question d'intérêts mercantiles, car pour le commerce dont la commission se préoccupe avec raison, il ne s'agit pas d'autre chose, on vous laisse ignorer si les règlements projetés entravent ou facilitent les rapports commerciaux, si à l'égard du budget de l'État ils l'allégent ou le grèvent. Vous a-t-on soumis le tableau de ce que coûte l'ancien système et de ce que coûterait le nouveau? La commission est encore à y songer.

4° M. Mélier l'a dit avec raison, il appartient aux médecins de poser les bases des lois sanitaires. Mais il y a une immense différence entre établir des principes et faire les lois ou règlements qui doivent en être la conséquence. A aucune époque, les médecins n'ont été chargés de ce dernier soin; à la vérité il y a eu un abus intolérable à les bannir de l'intendance sanitaire; malgré cela il y en aurait peut-être davantage à les appeler à légiférer, à réglementer, comme le fait la commission. Sur ce terrain, vous n'auriez pas le pied sûr; à chacun son métier : laissez l'autorité faire le sien.

Ainsi, messieurs, vous n'en sauriez douter, M. Mélier n'a combattu mes objections, ni au point de vue de leur généralité, ni dans leurs détails. Je me crois donc plus que jamais fondé à vous demander le rejet de la septième conclusions, conjointement avec la portion du rapport qu'elle résume. Persuadé que vous ne pourriez, sans vous compromettre réellement, repousser ma proposition ou mon amendement, je ne me lasserai pas de reproduire les raisons irréfutées et irréfutables qui l'ont motivé, dans l'espoir qu'à force d'insister, ma voix sera enfin entendue, la répétition étant, comme l'a dit Napoléon, la plus éloquente des figures de rhétorique.

M. Gérardin : L'Académie peut-elle prendre l'initiative en matière administrative? Cette question s'est présentée plusieurs fois, et notamment à propos de la fièvre jaune et du choléra-morbus; elle a été toujours résolue par la négative. L'Académie a toujours pensé avec raison qu'elle devait s'en tenir aux termes de l'article 2 de l'ordonnance royale en vertu de laquelle elle a été instituée; elle a toujours compris qu'elle devait éclairer l'autorité dans les limites de ses attributions, c'est-à-dire dans toutes les circonstances qui intéressent la santé publique, mais elle n'a jamais cru qu'elle dût s'immiscer dans les choses de l'administration. Elle ne doit pas, ce me semble, agir autrement à l'égard de la peste; elle doit dire tout ce que les recherches scientifiques lui ont appris, mais s'en tenir là, sous peine d'empiéter sur des prérogatives qui ne lui appartiennent pas. La commission elle-même paraissait avoir d'abord envisagé la question sous ce point de vue, puisque, dans sa première rédaction, elle avait présenté ses conclusions sous forme de vœux. Je ne sais pourquoi, plus hardie aujourd'hui, elle a adopté la forme réglementaire. Je demande donc qu'avant d'entamer la discussion sur la septième conclusion, l'Académie décide cette question préjudicielle, savoir si elle doit ou non s'occuper de ce qui concerne les règlements sanitaires de la peste.

M. Prus : Vous avez entendu plusieurs membres réclamer la suppression de la septième conclusion; je viens au contraire vous en demander le maintien, sauf à en modifier les termes, si l'Académie le juge nécessaire. Les propositions dont se compose cette septième conclusion ne sont en définitive autre chose que des vœux qu'exprime la commission au nom de l'Académie, vœux qui se trouvent émis déjà dans le corps du rapport; la commission n'a jamais eu d'autre idée, d'autre prétention que celle-là. Si, dans la nouvelle rédaction, nos propositions ne sont pas sous la même forme, si l'expression de vœux ne s'y trouve plus, c'est que nous avons dû chercher à les contracter, à les resserrer le plus possible. Mais je laisse là cette question préjudicielle, sur la valeur de laquelle l'Académie ne peut plus se méprendre, pour aborder la question de fond.

Y a-t-il utilité à ce que l'Académie adopte cette septième conclusion? C'est ce que je vais examiner. Que désire et demande l'Académie? Trois réformes importantes qui doivent naturellement découler de l'exposé des faits que renferme le rapport.

Une première, qui est immédiatement applicable, qui résulte des données de la science relativement à la durée de l'incubation de la peste, et qui a pour but de diminuer la durée des quarantaines;

Une deuxième, qui pourra se réaliser plus tard, quand on saura que la peste sporadique est ou n'est pas transmissible, si les vêtements et les hardes peuvent la transmettre;

Une troisième enfin, qui est relative aux moyens à prendre pour obtenir la destruction de la peste.

(1) Bull. de l'Acad. de méd., etc, t. XI, p. 1209 et suiv.
(2) Op. cit., p. 1441.
(3) Bull. de l'Acad., t. XI, p. 911.

Eh bien! comment parviendra-t-on à obtenir ces réformes? Est-ce en se drapant dans sa dignité? Cela n'est pas probable. Ainsi, pour la première réforme, on ne l'obtiendra que par l'institution des médecins sanitaires, qui seuls peuvent offrir toutes garanties d'indépendance. On sait que les médecins du Levant ne sont pas toujours libres dans leurs opinions. Sans la présence sur les lieux où naît la peste, sur les bâtiments qui en viennent, de médecins éclairés et indépendants des lazarets, impossible de réaliser la première réforme. Pourquoi donc l'Académie n'exprimerait-elle pas son opinion à cet égard?

Pour la seconde réforme, où est le moyen de savoir si la peste sporadique est ou non transmissible, si les médecins n'étudient pas cette question?

Quant à la destruction de la peste, qu'on se rappelle que les médecins d'Égypte, et Clot-Bey lui-même, demandent l'intervention de médecins européens pour arriver à ce but si désirable.

Ces réformes seraient compromises par le silence de l'Académie. Le gouvernement, qui ne demande pas mieux que de les opérer, serait entravé dans ses bonnes dispositions si l'Académie ne les demandait pas.

Quant à la question de la transmission de la peste par les vêtements, quelques personnes se sont effrayées des expériences que la commission propose pour la résoudre. Mais qu'on se rassure, il se trouvera toujours des médecins pour les faire, et la commission ne croit pas qu'il y ait là de grands dangers à courir, ni par conséquent qu'il faille faire preuve d'un grand héroïsme. Mais croit-on que le gouvernement prendra l'initiative de ces expériences si l'Académie ne l'y engage pas?

Sous tous les rapports il y a donc convenance et opportunité à ce que l'Académie fasse connaître ses vœux relatifs aux mesures d'application à prendre. Voilà ce qu'il s'agit de décider en ce moment, tout en déclarant que chacun peut faire ses réserves sur la rédaction définitive des paragraphes de la septième conclusion. Que l'Académie adopte le principe de cette conclusion, elle regretterait amèrement d'avoir laissé échapper la seule occasion de faire connaître ses vœux au pouvoir. (Aux voix! aux voix!)

M. Castel : Mais il y a une question préjudicielle à vider avant d'aller aux voix.

M. le Président : C'est précisément sur cette question préjudicielle qu'on va voter.

Après une discussion assez confuse sur les termes de la question préjudicielle, M. Bégin la formule ainsi :

« Admettra-t-on ou non une conclusion dans laquelle l'Académie formulera l'indication des moyens sanitaires? »

L'Académie consultée vote pour l'affirmative. Plusieurs membres demandent la parole.

L'heure étant avancée, la discussion de la septième conclusion est renvoyée à la prochaine séance.

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

Les journaux judiciaires des mois d'août et septembre contiennent la relation des affaires suivantes : 1° *Double assassinat. — Question d'aliénation mentale.* 2° *Parricide. — Prescription. — Rapports contradictoires de l'expert.* 3° *Infanticide; coups de couteau sur la tête de l'enfant. — Ces coups avaient-ils été portés pendant la parturition, ainsi que le prétendait l'accusée, ou après la parturition?* 4° *Infanticide par strangulation.* (Une jeune fille se présente chez une sage-femme avec un enfant qu'elle vient, dit-elle, de mettre au monde mort. L'enfant, soumis à l'examen de médecins, il résulte de leurs investigations que l'enfant était né vivant et viable, qu'il avait respiré, mais que sa mort avait suivi de près sa naissance. Le cou était ecchymosé dans presque toute son étendue, mais plus particulièrement au côté gauche et sur la partie antérieure. Une très-forte dépression existait dans l'espace compris entre le bord postérieur de la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde du même côté, et le pouce s'adaptait parfaitement à la dépression qui existait de ce côté. — Cour d'assises de l'Aveyron, audience du 17 août. — Gaz. des Trib. du 20 septembre.) 5° *Infanticide; momification.* (Le cadavre d'un enfant fut trouvé gisant dans une cave et en partie momifié. Une expertise médico-légale constata que l'enfant était né à terme, viable et vivant; que l'un des os du crâne, le pariétal droit, était rompu en plusieurs endroits par fragments, et que la mort était le résultat de cette violence exercée pendant la vie; le procès-verbal d'autopsie constatait en outre que le cadavre était desséché et comme momifié; qu'il paraissait avoir été enfoui dans les cendres, qu'on retrouvait en plusieurs parties du corps. La femme R..., accusée d'être l'auteur de ce crime, avoue qu'étant accouchée d'une fille à laquelle elle avait ouvert le crâne d'un coup de pelle à feu, elle l'avait ensuite cachée dans les cendres pendant huit ou dix mois, puis enfin jetée par un soupirail dans la cave où on l'avait trouvée. — Cour d'assises d'Indre-et-Loire, aud. du 3 septembre. — Gaz. des Trib. des 7 et 8 septembre.) 6° *Assassinat.* (Le corps d'un jeune enfant est soumis à l'examen des médecins; il présentait extérieurement de nombreuses traces de violence; il avait cinq côtes brisées, de larges ecchymoses sur la poitrine, quatre ecchymoses sur la région du cœur, qui, par leur distance respective, représentaient assez bien la trace qu'aurait pu produire la main d'un homme. Un très-grand nombre d'ecchymoses existaient en outre sur les membres. Le ventre était très-saillant; une incision en fit sortir une grande quantité de sang provenant du foie et des reins, qui étaient en partie lacérés et broyés; le cœur était également écrasé. L'enfant était d'ailleurs fort, bien constitué, et ne présentait aucune trace de maladie. En présence de ces résultats, il était impossible d'attribuer la mort à une cause naturelle. Était-elle le résultat d'une chute qu'aurait faite l'enfant de son berceau ou de sa chaise, comme le prétendait le père accusé du meurtre de son enfant, ou des violences exercées par l'accusé, ainsi qu'il résultait d'ailleurs des dépositions et des faits acquis aux débats? La réponse ne pouvait être douteuse de la part des experts; elle fut affirmative dans ce dernier sens. — Cour d'assises de Maine-et-Loire, aud. du 15 août. — Gaz. des Trib. des 21 et 22 septembre.) 7° *Assassinat et viol.* (Au milieu des débris d'un incendie furent trouvés les corps à demi consumés de la dame M... et de sa fille. L'état dans lequel furent trouvés les deux cadavres, et ce qu'il en restait encore de parties intactes, permirent de constater que la jeune fille avait été frappée au cœur par une balle qui avait dû la faire périr immédiatement, et que quelques-unes des parties que l'on supposait avoir appartenu à la mère contenaient de la grenaille de plomb. L'accusation portait en outre que la fille M... avait dû être victime d'une tentative de viol avant l'assassinat. L'état du cadavre de la jeune fille ne permit pas aux médecins de se prononcer sur cette circonstance. — Cour d'assises de la Dordogne, aud. des 2, 3, 4, 5, 6 et 7 septembre. — Gaz. des Trib. du 12 septembre.) 8° *Tentative de viol et assassinat.* (Il s'agit de l'affaire Petry, dont tous les journaux ont entretenu le public. Les médecins experts avaient à constater, indépendamment des lésions qui avaient causé la mort, les traces qui pouvaient révéler une tentative de viol. D'après l'existence de nombreuses ecchymoses sur les seins, sur les cuisses et d'autres parties du corps, ecchymoses dont la nature indiquait qu'elles avaient précédé la mort de la victime, les experts n'hésitèrent pas à déclarer qu'une tentative de viol avait précédé le meurtre. — Cour d'assises de la Seine, aud. du 13 août. — Gaz. des Trib. du 14 août.) 9° *Tentative d'empoisonnement par les cantharides.* 10° *Empoisonnement; homicide par imprudence.* (Un soldat mourut au Val-de-Grâce, après avoir avalé une fiole de teinture d'opium qui lui avait été donnée au lieu d'une fiole de sirop sudorifique. La dose du poison était telle, que ce malheureux succomba en trois quarts d'heure. Par suite d'une enquête ouverte sur ce funeste événement, l'élève chirurgien F..., chargé du service de la salle, a comparu devant le conseil de guerre de Paris, sous la prévention d'homicide par imprudence. Il a été établi aux débats que F..., en qualité d'élève, est placé sous la surveillance d'un sous-aide qui doit contrôler ses opérations; que l'accident avait eu lieu par suite d'une substitution faite dans un laboratoire où l'inculpé n'avait point accès, etc. Il a été démontré, en un mot, par la défense : d'une part, que le fait d'imprudence reproché à F... ne pouvait être légalement constaté; d'autre part, qu'en sa qualité d'élève, placé sous la surveillance de ses chefs immédiats, il était dégagé en droit de la responsabilité de ses actes. En conséquence l'élève F... a été renvoyé absous.) (1er conseil de guerre, audience du 5 septembre, Droit, 6 septembre.)

I. MÉDECINE LÉGALE.

DOUBLE ASSASSINAT. — QUESTION D'ALIÉNATION MENTALE.

La cour d'assises de l'Ardèche a eu à juger une affaire dans laquelle la question d'aliénation mentale a dû être posée et a été résolue négativement. Voici les circonstances principales qui sont ressorties de l'acte d'accusation et des débats.

J. J. A... comparaissait le 22 juin dernier devant la cour d'assises, sous la prévention d'un double assassinat commis sur la personne de sa femme et de son beau-père. A... est d'un caractère violent et farouche, l'acte d'accusation constate qu'en diverses occasions il s'est porté envers sa femme à des voies de fait graves. Des questions d'intérêt avaient brouillé momentanément le beau-père et le gendre, mais une réconciliation avait eu lieu, lorsque le 12 juin 1845, peu de temps après cette réconciliation que tout le monde croyait sincère, eut lieu la consommation du crime. Le 11, A... se rendit avec sa femme chez B..., son beau-père, qu'il embrassa en entrant, paraissant être avec lui dans les meilleurs termes. Le 12, pendant que B... était en affaire avec deux experts, A... conduisit sa femme au jardin sous prétexte d'une promenade. Celle-ci, se trouvant fatiguée, s'assit sur le bord d'une mare; son mari la saisit aussitôt, lui porta trois coups de couteau dans la poitrine et la précipita ensuite dans l'eau. Sans perdre de temps, il se dirigea vers la maison, ouvrit la porte de la pièce où était son beau-père, l'appela en l'invitant à descendre au jardin. Sur un premier refus de B..., A... insista tellement que B... se décida à descendre. A peine était-il arrivé dans la cour que A... lui plongea à deux reprises son couteau dans la poitrine, et aussitôt, profitant de la nuit, il se sauva en jetant son couteau sur le toit d'une

remise et courut se cacher sous une voûte obscure, où personne n'eût l'idée de l'aller chercher. B... mourut le jour même; la femme A..., sa fille, mourut le lendemain. L'instrument du double crime fut retrouvé sur le toit de la remise; c'était un couteau que A... avait eu le soin d'aiguiser la veille de manière qu'il coupât par le bout des deux côtés comme un poignard.

Aucun doute ne pouvait être élevé sur l'existence matérielle du crime. Le système de défense d'A..., soutenu par sa famille et par plusieurs témoins, consiste à le faire considérer comme atteint d'aliénation mentale. A... lui-même, dans les premiers moments de son arrestation, se livrait à des actes et à des propos d'aliéné. Cependant, après avoir longtemps refusé de répondre, il finit par faire l'aveu de son crime, en le rejetant sur une hallucination que lui aurait causée la vue de la chaîne que portait un des experts réunis chez son beau-père. Devant le tribunal le maintien de l'accusé est calme; il répond avec assez de précision et de lucidité aux questions qui lui sont adressées. A... réitère l'aveu de son crime, persistant à le rejeter sur une hallucination passagère. Il reconnaît n'avoir jamais eu à se plaindre de son beau-père ni de sa femme qu'il aimait beaucoup; s'il l'a par fois rudoyée ou maltraitée, c'était dans des moments où il était malade et où il ne savait ce qu'il faisait. A... était constamment souffrant; il passait depuis longtemps pour hypocondriaque; il avait entre autres idées bizarres une sorte de terreur chimérique qui l'obsédait presque continuellement; bien qu'il n'eût jamais rien eu à démêler avec la justice, il avait une crainte continuelle des gendarmes, qui étaient, disait-il, toujours à sa poursuite pour le conduire en Afrique ou aux Antiquailles. Le couteau dont il s'était servi, il l'avait aiguisé non pour assassiner ses parents, mais bien pour se défendre contre les gendarmes. C'était même pour les éviter qu'il était allé chez son beau-père; et en voyant chez B... l'un des experts portant une chaîne, il avait cru que c'était un renfort pour le prendre, et c'était cette vue qui l'avait déterminé à sortir et à aller au jardin avec sa femme qui, quelques instants après, tombait sous ses coups.

Tels sont les faits qui servirent de texte à la défense pour soutenir que l'accusé ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles au moment de la perpétration du crime.

Parmi les dépositions des témoins, quelques-unes tendaient à fournir de nouveaux motifs à ce système de défense.

Le docteur Desgrand dépose qu'en 1842 il fut appelé à donner des soins à A..., atteint d'une fièvre typhoïde; la maladie fut longue. Dès l'année suivante, l'accusé vint le consulter à différentes reprises et manifesta des craintes très-vives sur son état; à l'entendre, c'était un homme perdu. Un jour A... se mouilla; il eut peur et exagéra encore sa position. Il parlait d'enflures aux jambes et il n'y en avait pas; il prétendait avoir une maladie de cœur; il parlait de l'Afrique, des gendarmes, etc. A ces propos, M. Desgrand crut reconnaître des symptômes d'hypochondrie. Bientôt après, dans une visite qu'il fit à l'accusé, au mois de mars 1845, un entretien qu'il eut avec le père et la femme d'A..., le convainquit qu'il était plus qu'hypochondriaque et qu'il y avait chez lui un peu d'aliénation mentale. Il conseilla de le faire placer dans une maison de santé de Lyon. C'est le jour de cette visite qu'A... lui dit qu'il était d'accord avec son père, sa femme et les gendarmes pour le faire envoyer dans l'Algérie où l'on jetait tous les mauvais sujets. Huit jours avant la catastrophe, le père d'A... vint dire au médecin que le mal empirait.

Le curé G..., proche parent de l'accusé, dépose que, dès 1841, il s'était aperçu qu'A... donnait des signes d'aliénation mentale. En 1844, celui-ci vint le voir et lui dit qu'il était très-malade, qu'il était perdu, qu'il allait mourir, que sa femme ne savait pas administrer ses biens, et une foule de choses incohérentes qui lui firent croire qu'A... avait réellement perdu la tête. Le mal alla toujours en empirant jusqu'au moment de la catastrophe.

Une autre personne rapporte qu'A... « depuis cinq ou six mois paraissait *ennuyé*; il se frottait le front en disant qu'il était malade, qu'il allait mourir. Il n'était pas absolument fou; mais il disait des *raisons* qui ne se suivaient pas. »

La plupart des témoins à décharge, en très-grand nombre, assurent que l'accusé tenait souvent des propos inconhérents et s'était même livré parfois à des actes de folie.

Il était indispensable, en présence de ces témoignages, de s'éclairer de l'opinion des hommes de l'art. Plusieurs médecins furent appelés à se prononcer sur l'état moral actuel de l'accusé et sur son état probable au moment de la perpétration du crime. Voici qu'elles furent leurs réponses :

Le docteur Molière déclare de prime abord qu'A... était fou; puis après quelques observations du ministère public, il conclut que l'état moral de l'accusé a été pour lui l'objet de quelques doutes.

Trois autres médecins, appelés à constater l'état actuel d'A... croient que sa folie dans la prison était simulée; ils n'osent point se prononcer sur son état probable au moment de la perpétration du crime.

— L'opinion des médecins ne prêtait, comme on le voit, qu'un bien faible appui au système de la défense. Aussi ce système échoua-t-il devant le jury qui rendit un verdict de culpabilité tempéré par l'admission de circonstances atténuantes.

On a cherché depuis à faire ressortir des faits que nous venons de rapporter les preuves qu'A... était réellement aliéné, et qu'il n'avait commis le double crime dont il avait à répondre à la justice, que sous l'influence d'une hallucination. De pareilles preuves nous paraissent fort difficiles à administrer dans l'espèce. Ni l'hypocondrie dont A... était évidemment atteint, ni les incohérences des propos qui lui sont attribués à diverses époques, ne semblent suffisantes pour établir qu'A... ait cédé à une idée délirante ou à un accès de monomanie, en un mot, qu'il ait agi sans son libre arbitre, soit lorsqu'il a prémédité son crime, soit lorsqu'il l'a exécuté, soit lorsqu'après son exécution il a cherché à se soustraire aux poursuites de la justice, et qu'il a cherché plus tard à simuler l'aliénation.

(Cour d'assises de l'Ardèche, aud. des 22, 23, 24 et 25 juin. — GAZETTE DES TRIBUNAUX des 1, 3, 5 et 7 juillet.)

PARRICIDE; PRESCRIPTION; RAPPORTS CONTRADICTOIRES DE L'EXPERT.

Le nommé G., comparaissant devant la cour d'assises de l'Aude sous la prévention d'incendie volontaire, a été reconnu, par suite des informations auxquelles l'instruction a dû recourir sur ses antécédents, coupable de parricide, crime qui se trouvait à cette époque couvert par la prescription. Cette instruction rétrospective a révélé, entre autres circonstances, la légèreté avec laquelle avait procédé le médecin qui avait été appelé à faire un rapport sur cet événement, dont voici les principales circonstances.

Le 12 octobre 1835, on trouva le cadavre de G. père dans un puits. G. ayant quelquefois menacé de se tuer, on attribua généralement sa mort à un suicide; cependant quelques vagues rumeurs accusaient G. fils d'être l'auteur de la mort de son père. L'examen du cadavre fut ordonnée. Le médecin chargé de cette opération remarqua des fractures nombreuses au crâne, à la mâchoire, aux vertèbres dorsales. Le corps était dans un état complet de rigidité, et les pieds s'élevaient en ligne perpendiculaire contre les parois du puits. Cette rigidité existait évidemment avant la chute dans le puits, ce qui prouvait que la mort l'avait précédée. Cependant le médecin, après avoir constaté cet état de rigidité, des plaies contuses à la face, des fractures considérables à la mâchoire, aux os du crâne, une fracture des trois dernières côtes du côté droit, une large contusion dans le dos, des esquilles provenant de la rupture des dernières vertèbres, avait conclu qu'on pouvait attribuer tous ces désordres soit à des coups avec des corps contondants, soit à une chute sur des corps durs, qu'il était probable que G. père, qui avait menacé de se suicider, s'était précipité dans le puits d'où on avait retiré son cadavre.

Ce rapport empêcha toute poursuite judiciaire; cependant l'opinion que G... avait tué son père avait pris une telle consistance dans le pays par suite de divers propos échappés à l'accusé, que G... était généralement craint et méprisé par tous les habitants. De nombreux témoignages ne laissaient aucun doute à cet égard. L'homme de l'art qui avait signé le rapport, entendu dans le cours de la dernière instruction, ne persista point dans ses conclusions; il déclara que lorsqu'il l'avait rédigé, on *croyait* généralement à un suicide; que plus tard, la rumeur publique avait accusé G... d'avoir tué son père, et que, s'il avait fait son rapport à cette dernière époque, il aurait conclu aussi bien au crime qu'au suicide. Il ajouta enfin qu'il avait omis de constater dans ce rapport qu'il existait aux régions dorsales, lors de l'autopsie, des lividités cadavériques assez considérables, qui indiquaient que le cadavre avait dû être étendu sur ces parties un certain espace de temps. Il résultait, en effet, des dépositions de la femme de l'accusé et des aveux de l'accusé lui-même, que le corps de G... père, auquel ce dernier avait donné la mort à l'aide d'un canon de fusil dont il lui avait asséné plusieurs coups sur la tête et sur les reins, était resté pendant une journée entière et une nuit étendu sur le dos dans une cave où il avait été caché avant d'être jeté dans le puits.

Les faits révélés par cette instruction montrent combien il importe que les experts, dans la grave et souvent très-difficile mission qu'ils ont à accomplir, se tiennent en garde contre les préventions de la rumeur publique et les fausses conséquences auxquelles peut les conduire une opinion préjugée sur les faits dont l'examen leur est confié. (Cour d'assises de l'Aude, aud. du 22 août. — GAZETTE DES TRIBUNAUX, 30 août.)

INFANTICIDE; COUPS DE COUTEAU SUR LA TÊTE DE L'ENFANT; CES COUPS AVAIENT-ILS ÉTÉ PORTÉS PENDANT LA PARTURITION, AINSI QUE LE PRÉTENDAIT L'ACCUSÉE, OU APRÈS LA PARTURITION?

La fille Jeanne C. comparaissait devant la cour d'assises de la Moselle sous l'inculpation d'infanticide. Voici les faits principaux sur lesquels les médecins experts eurent à s'expliquer devant la justice.

Quelques instants après l'accouchement de la fille C., l'une des femmes qui

assistaient l'accouchée s'aperçut que l'enfant était blessé à la tête et qu'il paraissait souffrant. Il avait sur la tête une large plaie en forme de T; une partie du cuir chevelu était divisée dans toute son épaisseur et détachée du crâne, de telle sorte qu'en soulevant le lambeau l'os était mis à nu.

Questionnée sur la cause de cette blessure, la fille C... dit qu'étant accouchée debout, l'enfant était tombé sur le sol, et que sa tête avait porté sur une saillie du plancher, d'où était résultée la plaie. L'enfant n'ayant pas tardé à succomber, un médecin fut appelé à procéder à l'autopsie, qui n'eut lieu que trois jours après la mort. Examen fait des parties, le médecin conclut que l'enfant était né viable, qu'il avait vécu, et que sa mort devait être attribuée à la plaie qu'il portait au crâne; on remarquait en outre qu'il existait sur le crâne des sillons en forme de hachures qui ne pouvaient provenir que de l'action d'un instrument tranchant; le médecin ajouta qu'il était impossible d'admettre que la blessure à laquelle l'enfant avait succombé fût le résultat d'une chute, et qu'elle avait été produite par des coups volontairement portés sur la tête. Cette déclaration fut confirmée par deux nouveaux médecins appelés à contrôler ce premier rapport.

A l'instruction, la fille C... revenant sur sa première déclaration, s'accusa d'avoir elle-même porté un coup de couteau sur la tête de son enfant; mais, pour expliquer le fait, elle prétendit qu'en l'absence de tout secours et souffrant de vives douleurs, elle s'était servi d'un couteau pour se soulager, croyant ne frapper que sur une poche et non sur l'enfant lui-même.

Les médecins, appelés par le juge d'instruction à se prononcer sur la question de savoir si, à raison des accidents qui avaient rendu l'accouchement si pénible et si douloureux, la fille C.... avait pu conserver assez de force physique et de présence d'esprit pour se rendre coupable de tentative criminelle sur la personne de son enfant. Les médecins ont été d'avis qu'il était peu probable que la mère eût pu frapper et blesser son enfant pendant la parturition ou immédiatement après; ils ont même cherché à établir l'impossibilité pour la fille C... de frapper son enfant alors qu'elle était debout, et dans le moment où la tête seule commençait à franchir le passsage.

Pour bien apprécier la valeur de cette déclaration, il est utile de rappeler que le père et la mère de la fille C... étaient aussi accusés de complicité. Quoi qu'il en soit, bien que le fait de l'infanticide fût démontré, la déclaration des médecins ayant été insuffisante pour établir les circonstances qu'il importait de connaître, le jury a rendu contre les trois accusés un verdict d'acquittement. (Cour d'assises de la Moselle, séance du 20 août.—GAZETTE DES TRIBUNAUX du 10 septembre.)

BIBLIOGRAPHIE.

NOTICE TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICALE DE LA VILLE D'HYÈRES; par le docteur BARTH.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU COMTÉ DE NICE; par le docteur CÉSAR PROVENÇAL.

L'hiver se dessine depuis quelques semaines; les grands froids sont à la veille de commencer, et les malades affectés de ces affections chroniques qui s'aggravent sous l'influence de la température hibernale se préparent à fuir notre climat pour un ciel moins nuageux et une moins glaciale atmosphère. Cette époque est donc celle où les voyageurs qui vont chercher loin du sol natal une amélioration à leurs souffrances, s'enquièrent avec soin des lieux qui peuvent le mieux leur convenir. L'Italie a depuis longtemps le juste privilége de les attirer. C'est vers les différentes villes qui touchent les golfes de la Péninsule qu'ils soupirent comme après des lieux d'où ils espèrent pouvoir revenir guéris. Cependant, que de difficultés pour le choix de la localité la plus favorable! Les maladies ne se ressemblant ni dans leur nature, ni dans leurs périodes, et les malades présentant des tempéraments très-variés, telle ville qui conviendra parfaitement dans une condition donnée ne fera qu'exaspérer le mal dans une condition différente. Je pourrais citer plusieurs exemples de cela, et entre autres celui-ci. La phthisie, dans une organisation nerveuse, est calmée sous l'influence d'un air humide et chaud; la même maladie, dans une organisation lymphatique, loin de s'amender dans un climat comme celui-là, s'aggrave bientôt et ne tarde pas à atteindre le funeste dénoûment de la dernière période. Ces difficultés peuvent être tranchées par le médecin qui a fait, ou par lui-même, ou à l'aide de bonnes monographies, une étude des diverses localités climatériques. Mais, outre que les bonnes monographies ne sont pas communes (je dirai bientôt pourquoi) et que jusqu'ici aucun travail complet n'a été publié sur la matière, il est rare que le malade parte pourvu de bonnes indications; et puis, sous le rapport du choix de la cité qui peut convenir à la maladie, on est encore dans la fâcheuse habitude de se fier à l'opinion générale. Telle ville a une renommée populaire, on croit devoir se passer de conseil et aller l'habiter. Quelques semaines après, on expie l'imprudence qu'on a commise, et on se hâte de fuir un climat qui aggrave l'affection au lieu de la faire rétrograder. J'ai vu des malades accusant hautement le ciel de Naples ou le climat de Florence, parce qu'ils avaient cru à cette opinion erronée qui leur attribue une influence salutaire sur la phthisie. A ce compte, il est à propos, autant pour redresser les erreurs répandues dans le public que pour mettre de bons guides dans les mains des malades au moment où ils commencent leur émigration, il est, dis-je, à propos de publier des monographies en attendant un guide général qui groupe et compare les constitutions climatériques des principales villes de la Péninsule. Deux médecins, MM. Barth et Provençal, viennent de le faire en publiant, le premier une deuxième édition de sa NOTICE TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICALE SUR LA VILLE D'HYÈRES, et le second une TOPOGRAPHIE DU COMTÉ DE NICE, qui comprend des études sur cette dernière ville et sur Menton et Monaco, localités du plus grand intérêt au point de vue médical.

Avant d'entrer dans les détails sur la valeur relative de ces deux publications, on me permettra de dire quelques mots sur les causes qui rendent assez rares les bonnes monographies des climats. Les médecins qui les écrivent sont le plus souvent en présence de deux grands intérêts : l'amour un peu vif pour la ville dans laquelle ils exercent leur art, et qu'ils élèvent au plus haut, car c'est ou leur patrie ou leur cité d'adoption; et puis la reconnaissance un peu trop forte pour le climat où leurs souffrances se sont amendées, et auquel ils doivent peut-être la guérison de quelque maladie. Ces deux sentiments, très-louables au fond, nuisent en s'exagérant à l'exactitude des appréciations. Et une monographie qui devrait être l'analyse fidèle des conditions variées d'un climat et de leurs effets sur l'économie, devient dans ce cas, malgré le témoignage des chiffres, un panégyrique qui place l'objet du travail au-dessus de tout éloge et en dehors de toute comparaison. Toutes les monographies qui existent sur chacune des villes climatériques de l'Italie ne méritent pas certainement ce reproche; mais il est rare que celles qui ont été écrites dans le seul état d'éclairer l'opinion et de remplacer l'illusion par la vérité, n'en portent pas quelque trace dont il faut ne pas oublier de tenir compte, si, à son tour, on ne veut pas s'exposer à tomber dans l'erreur. Cela posé, je m'empresse de dire que la monographie d'Hyères de M. Barth est un bon travail, et un travail aussi complet qu'il était possible de le faire dans l'espace un peu trop réduit de quelques feuilles d'impression. Écrit en très-bons termes, joignant comme pièces à l'appui des travaux suffisants de météorologie et une flore du territoire, le jugement qui sert de conclusion paraît bien motivé. Il y a en effet de l'harmonie entre les prémisses et la conséquence. Hyères, selon l'auteur, mérite les louanges que l'opinion lui accorde et mérite même au delà. C'est une ville qui, loin d'être au-dessous d'autres cités climatériques de la Péninsule italienne, ne perd pas et gagne même à la comparaison. Enfin, à cause de l'égalité et de la modération de sa température, de la sérénité habituelle de son beau ciel, elle exerce une influence salutaire très-puissante sur la phthisie pulmonaire et les affections qui se développent et s'aggravent dans les climats septentrionaux. D'une manière absolue, M. Barth a raison. Hyères est un lieu très-favorisé par la nature, et qui mérite certainement le suffrage des médecins et la reconnaissance des malades; mais, dans la nomenclature des affections que cette région circonscrite de notre territoire peut heureusement modifier, cet auteur n'est-il pas allé trop loin, n'a-t-il pas étendu outre mesure son action curative? Je le crois; et si M. Barth a réellement commis quelques exagérations, c'est probablement parce qu'il s'est senti pénétré d'une grande reconnaissance, comme il le dit lui-même, pour la santé que le climat d'Hyères lui a rendue.

Ainsi, bien qu'Hyères n'ait pas une atmosphère humide, malgré le voisinage de la mer, il ne faut pas admettre que cette sécheresse relative, jointe à la douceur ordinaire de la température, puisse produire de bons effets sur les sujets scrofuleux. Il faut un peu plus de sécheresse et de mouvement dans l'air pour apporter de l'amélioration dans les engorgements glanduleux, par exemple, où cet état cachectique général est l'un des caractères et des effets de l'exagération morbide du tempérament lymphatique. Un séjour tel que celui-là peut agir efficacement contre certaines névralgies, mais il y en a d'autres qu'il doit certainement empirer : celles qui résultent, par exemple, d'un état de faiblesse profonde, d'un défaut de résistance dans les forces radicales de l'économie, ne font que se continuer ou même s'aggraver d'une manière notable dans les climats caractérisés par la douceur et l'égalité pour ainsi dire inaltérable de la température. Il faut, pour combattre cette condition, un air salubre, une température un peu froide et une atmosphère moins paisible que celle dont on jouit pendant une partie de l'année, à l'abri des gracieuses collines d'Hyères. Voyez plutôt ces femmes du monde, qui s'épuisent pendant les mois d'hiver dans les bals et les spectacles, et atteignent rarement la fin de cette saison de mouvement et de plaisirs, sans éprouver des troubles plus ou moins graves dans l'innervation. Ce genre de souffrance, qui se joint presque toujours à de la faiblesse et de l'anémie, prend

même quelquefois un caractère alarmant. Eh bien! le correctif le meilleur et le plus prompt de ces déchéances douloureuses de l'organisme, ce sont les promenades sur les hautes croupes des Pyrénées ou de la Suisse. Les bains d'air agité qu'on y prend sont l'antidote souverain de ces névralgies, suite ordinaire ou plutôt nécessaire de la faiblesse de la constitution et de l'épuisement des forces. Cette différence entre les affections nerveuses qui peuvent être heureusement modifiées par le climat d'Hyères et celles qui n'y pourraient trouver au contraire qu'une aggravation, méritait d'être notée dans l'ouvrage, si consciencieux d'ailleurs, de M. Barth. S'il ne l'a pas fait, et s'il a été conduit à donner à cette partie de notre territoire la valeur un peu trop exagérée d'un remède propre à tous les maux, ce n'est pas seulement à cause du sentiment si respectable de la reconnaissance pour un lieu où il a trouvé la santé; il y a je crois un autre motif qui mérite qu'on s'y arrête.

Il existe une sorte de lutte entre deux villes rivales et voisines touchant l'excellence de leur climat : l'une, c'est Hyères, et l'autre Nice. Lorsqu'on passe quelques jours à Nice, on y voit tout le monde célébrer d'un commun accord la supériorité de la vue, de l'air, des conditions climatériques au détriment de la ville française; lorsqu'on va visiter Hyères, on y retrouve les mêmes idées et le même sentiment d'appréciation à l'encontre de la ville étrangère. Pour arriver à la connaissance de la vérité, il faut s'isoler de toutes ces opinions plus ou moins passionnées ou plus ou moins intéressées, feuilleter les observations météorologiques, et surtout étudier avec soin l'ensemble, les accidents, le caractère de la topographie. M. Barth a consulté et rapproché différents travaux sur la météorologie de Nice; mais il me paraît avoir eu trop de confiance dans les observations et le jugement de personnes dont quelques-unes sont même étrangères à la médecine. Ce qui est plus grave, il n'a pas visité la rivale d'Hyères. Si ce médecin avait voulu vérifier par l'étude des lieux les assertions ou les témoignages qu'il a rassemblés, il est probable qu'il se serait montré moins sévère dans l'appréciation d'un climat qui a des inconvénients et peut même avoir des dangers, mais qui présente aussi des avantages. Personne ne niera que les vents du Nord n'aient plus d'accès dans le bassin de Nice que dans celui d'Hyères, dont le territoire est surtout exposé au souffle des vents méridionaux; cependant cette condition est moins défavorable qu'on ne pense. Les vents du Nord agitent les couches supérieures de l'atmosphère, vont battre au loin la haute mer, et laissent en paix le magnifique jardin qui s'étend du rivage jusqu'au pied des montagnes. Quant à ces transitions brusques dont parle M. Barth, c'est surtout au printemps et non dans l'hiver qu'elles ont lieu, ce qui ne peut pas nuire aux malades, puisqu'ils sont déjà partis au commencement de cette capricieuse saison. Une preuve d'ailleurs que ces vicissitudes si incriminées par d'autres que par M. Barth et par ce médecin lui-même, ne sont pas très-redoutables, c'est l'état de la végétation qui couvre le bassin. Tous ces produits de la Flore indigène présentent les plus beaux types; et parmi cette population d'orangers et de citronniers qui se presse dans les jardins et au bord des routes, il y en a peu qui présentent cette taille réduite et cette complexion délicate qu'on remarque sur les mêmes arbres des jardins d'Hyères. Rien n'éclaire aussi bien que la comparaison. Je ne désapprouve pas cependant d'une manière absolue l'opinion de M. Barth; mais il aurait dû faire la part du climat de Nice qui peut être très-utile dans des affections ou des états morbides que le ciel d'Hyères ne pourrait efficacement modifier : je puis donner pour exemple ces névralgies dont je parlais tout à l'heure.

La monographie de M. Provençal n'a pas la même valeur, sous le point de vue de la netteté du style, de l'ordre des idées et de l'économie de la démonstration, que celle de M. Barth. L'auteur s'est livré à son enthousiasme, et ne s'est pas donné le temps de digérer les faits qu'il a rassemblés et les conséquences qu'il a tirées d'un groupe peut-être un peu trop considérable d'observations. Il n'a pas même bien choisi son terrain; car il a cru devoir donner une place énorme à l'appréciation des tempéraments et des caractères dans les différentes classes de la population; l'auteur va même jusqu'à pénétrer dans les salons pour y chanter le sexe indigène et ses grâces non pareilles. Tout cela est sans doute d'un grand attrait pour les étrangers malades qui aiment à joindre l'utile à l'agréable, mais ne devrait avoir cependant qu'une place très-accessoire dans un livre qui se propose un but sérieux; on n'a pas d'ailleurs feuilleté dix pages de cette brochure, qu'on reconnaît bientôt, dans le monographe du comté de Nice, un malade plein de la plus vive reconnaissance pour un climat qui l'a sauvé. Cela explique suffisamment toutes les exagérations dithyrambiques qui forment épisode dans le livre, et l'hommage que l'auteur croit devoir offrir aux personnes dont il a reçu un bienveillant accueil. Mais ces effervescences d'imagination et de style expliquées une fois pour toutes, il faut s'empresser de dire que la partie sérieuse, la partie réellement pratique et médicale du travail, mérite considération.

L'auteur a eu un but très-louable en prenant la plume, et que, pour ma part, j'apprécie à sa juste valeur : il a voulu faire sortir de sa ténébreuse obscurité un des séjours les plus agréables, un des gîtes climatériques les meilleurs du golfe de Gênes et de la péninsule italienne : je veux parler de la petite ville de Menton, de la principauté de Monaco. Lorsque je visitai ce charmant pays, que j'en eus embrassé la topographie, que j'eus admiré les belles productions de son territoire, je m'étonnai de l'abandon dans lequel l'avaient laissé les voyageurs et la médecine. En effet, les voyageurs passent sans s'arrêter, et la médecine fait comme les touristes : elle passe à son tour, et préfère aller poser le champ de ses observations dans les villes de l'Italie. J'avais déjà signalé, dans la GAZETTE MÉDICALE (1), les avantages du climat de Menton; je suis heureux d'avoir à dire que le docteur Provençal est entré dans de très-grands détails sur ce sujet. Ainsi l'époque de la réparation commence à luire pour cette ville. Menton n'est qu'à quatre lieues à peu près de Nice; sa position est admirable : près de la mer, il regarde le couchant, l'orient et le midi; de hautes barrières s'élèvent au nord et le défendent contre les vents qui soufflent de ce côté. Une preuve, prise entre toutes, de la douceur de son climat, c'est la beauté des citrons qu'on y récolte. Ces fruits y sont aussi beaux que ceux de Naples et de Sorrente; j'ai pu comparer ces produits, et certainement ceux de la principauté de Monaco ne perdent pas à la comparaison. Des observations thermométriques ont été recueillies avec soin dans cette localité, et fournissent des témoignages concluants sur la douceur et l'égalité de la température. Il résulte de ces tableaux, qui comprennent vingt-sept années (1818 à 1844), que le thermomètre n'est descendu que trois fois au-dessous de zéro, et que l'extrême chaleur a été de 25 degrés, même dans les étés les plus chauds. Les vents qui soufflent sur cette vallée contribuent principalement à cette température, dont les oscillations ne s'exercent que dans les limites d'une très-courte échelle. D'après M. Provençal, en effet, le nord ne fait que de courtes apparitions durant le cours de l'année, et pendant près de trois cents jours, l'atmosphère est sous l'influence des vents du sud et de ses collatéraux. Cette appréciation n'a été faite que sur une année prise au hasard; mais elle donne une idée suffisante des conditions fondamentales d'un climat qui mérite assurément une préférence marquée sur des localités célèbres de la péninsule. Ces généralités disent suffisamment quelles maladies Menton peut combattre avec avantage, puisqu'elles placent cette cité délicieuse à côté de Pise et des villes connues pour exercer une influence favorable sur la phthisie.

Mais l'analyse du climat de cette cité riveraine du golfe de Gênes ne forme qu'un épisode du livre de M. Provençal. Cet auteur ne s'occupe pas seulement de Nice, de Monaco, il pénètre aussi dans l'intérieur des terres jusque dans les villages exposés aux vents du nord qui sifflent dans les défilés de l'Apennin et des Alpes, et constituent des conditions climatériques si différentes de celles dont on jouit au fond des vallées. Ce travail est utile pour le voyageur qui parcourt en curieux, les beaux sites qui commencent dans la zone des orangers et finissent sur les hauteurs couronnées de neiges permanentes. Le malade ne s'expose pas à d'aussi dangereuses excursions; il n'y a d'intéressant pour lui que les gîtes où il pourra s'abriter contre ces froids piquants ou ces secousses violentes qui caractérisent l'atmosphère des régions septentrionales et des lieux élevés. Monaco et Nice ont donc seulement une certaine importance; je ne parle pas de quelques villages peu populeux qui couvrent çà et là la côte ou la campagne. Monaco touche presque à Menton; toutefois leur position est très différente, et les effets qui en résultent sur l'économie ne se ressemblent pas. Moins abritée que Menton, la capitale de la principauté est exposée à une ventilation plus active. Ce climat est donc défavorable en hiver aux malades affectés de la poitrine; mais en été il se distingue par une certaine fraîcheur de l'air qui se fait rarement sentir dans la ville dominée par les montagnes. Le docteur Provençal en tire la conséquence que les phthisiques pourraient y trouver des conditions favorables pendant la chaude saison. Je ne suis pas de cet avis, car le vent y est quelquefois trop rapide et même trop vif pour ne pas exciter avec trop de force les organes pulmonaires. Mieux vaut le recommander contre certaines affections chroniques du bas-ventre, que les influences de cette nature guérissent ordinairement. Je ne parle pas de la monographie de Nice, qui a aussi une place assez large dans le volume. Le docteur Provençal, qui paraît connaître parfaitement tout le comté, défend ce climat avec l'autorité des observations poursuivies avec soin par MM. Risso et Ribaudi, et ne conclut pas comme le docteur Barth, qui n'est pas suffisamment juste pour Nice. Dans tous les cas, l'un et l'autre ont fait, malgré les taches que j'ai signalées, un travail qui mérite le suffrage de la critique. On est toujours utile lorsque, malgré les lacunes ou les exagérations, on parvient à faire connaître et à fixer solidement une vérité.

Dr Ed C.

(1) IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE : la *Rivière de Gênes*, année 1845.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

LETTRES SUR L'ÉTAT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE; par M. ORFILA.

Paris, ce 8 novembre 1846.

DEUXIÈME LETTRE.

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE.

Le *local* où est située la Faculté de pharmacie est beau, vaste et largement pourvu d'amphithéâtres, de salles d'actes et de laboratoires; ceux-ci sont même assez nombreux pour que l'un d'eux puisse être exclusivement consacré aux travaux pratiques auxquels devront incessamment se livrer tous les élèves de la Faculté, sous la direction du professeur Camps. Les cabinets de minéralogie, de zoologie et de drogues médicinales répondent à tous les besoins; il est à regretter que le jardin destiné à l'étude de la botanique n'offre pas autant d'étendue qu'on pourrait le désirer, et que les élèves soient par conséquent obligés d'aller étudier les végétaux loin de la Faculté, au jardin botanique, établissement magnifique, du reste, qu'ont illustré tour à à tour les Cavanilles, les Lagasca, etc.

La *durée des études* pharmaceutiques est de neuf années lorsque l'élève veut obtenir le titre de docteur, et de sept, s'il n'aspire qu'à la licence. Comme pour les médecins-chirurgiens, ce dernier grade donne le droit d'exercer dans toute l'Espagne. Les docteurs *seuls* peuvent aspirer aux places de professeur et d'agrégé.

A la fin de la cinquième année d'études, les élèves sont tenus d'acquérir le titre de bachelier en pharmacie, titre qui ne confère aucun droit d'exercice.

Il n'y a en Espagne que deux Facultés de pharmacie, l'une à Madrid et l'autre à Barcelone. La première seule reçoit des docteurs.

DISTRIBUTION DES MATIÈRES DE L'ENSEIGNEMENT PENDANT LA DURÉE DES ÉTUDES. Pour être admis à s'inscrire, il faut justifier du diplôme de bachelier en philosophie et d'une année d'études en chimie générale, en minéralogie, en zoologie et en botanique générales.

PREMIÈRE ANNÉE. Minéralogie et zoologie appliquées à la pharmacie, et description spéciale de tout ce qui concerne la pharmacie, trois fois par semaine. Professeur : M. *Lallana.*

DEUXIÈME ANNÉE. Botanique appliquée à la pharmacie, et matière médicale relative aux diverses parties des végétaux, trois fois par semaine. Professeur : M. *Leon*, doyen.

TROISIÈME ANNÉE. Chimie organique et pharmacie chimique relative à cette partie, trois fois par semaine. Professeur : M. *Ximenes.*

QUATRIÈME ANNÉE. Chimie organique et pharmacie chimique relative à cette partie, trois fois par semaine. Professeur : M. *Rioz.*

CINQUIÈME ANNÉE. Pratique de toutes les opérations pharmaceutiques. Professeur : M. *Camps.*

SIXIÈME ET SEPTIÈME ANNÉE. Stage chez un pharmacien.

HUITIÈME ANNÉE. Analyse chimique des aliments, des boissons, des eaux minérales, des poisons, etc. Professeur : M. *Pou.*

NEUVIÈME ANNÉE. Bibliographie, histoire de la médecine, littérature médicale, etc. Professeur : M. *Asuero.*

Ce cours est fait à la Faculté de médecine.

Ici, comme au collége royal de San-Carlos, tous les professeurs parlent d'abondance et sans notes, et ne laissent rien à désirer sous le rapport de la solidité et de l'utilité de leur enseignement.

Il m'a semblé convenable de modifier ce plan d'études; la théorie y occupe évidemment une trop grande place, et, pendant les premières années, les élèves n'ont presque rien à étudier. Qu'est-ce, en effet, que trois leçons par semaine de minéralogie et de zoologie pendant la première année, et autant pour la botanique et la matière médicale pendant la deuxième? Si j'examine maintenant la nature des cours, je vois que ni la toxicologie, ni l'histoire naturelle médicale des drogues, ni la pharmacie, n'ont d'enseignement spécial, et que les objets qu'ils comprennent sont divisés et morcelés de telle façon que rien ne prouve qu'ils soient complétement faits; d'ailleurs est-il possible qu'un même professeur puisse, dans une année scolaire qui compte à peine quatre-vingt-dix leçons, enseigner la botanique médicale et l'histoire naturelle des drogues fournies par les végétaux? J'ai donc cru devoir proposer les modifications suivantes, en fixant à huit années, y compris le stage, le cours d'études.

PREMIÈRE ANNÉE. Chimie inorganique, trois fois par semaine.
Minéralogie et zoologie, id.
DEUXIÈME ANNÉE. Chimie organique, id.
Botanique, id.
Répétition des cours de première année.
TROISIÈME ANNÉE. Histoire naturelle des drogues, id.
Botanique, id.
Chimie organique, id.
QUATRIÈME ANNÉE. Pharmacie, id.
Toxicologie, id.
Histoire naturelle des drogues, id.

CINQUIÈME ANNÉE. Pratique de toutes les opérations de chimie et de pharmacie, tous les jours.

SIXIÈME ET SEPTIÈME ANNÉE. Stage chez un pharmacien.

HUITIÈME ANNÉE, *pour le doctorat.* Cours d'analyse comme il a été dit plus haut.

Je ne suis pas de ceux qui pensent devoir multiplier outre mesure les années de stage et faire précéder les études théoriques de ce stage; si les élèves sont déjà préparés par de bonnes études et par une année de pratique dans laquelle ils auront fait sinon toutes, du moins la plupart des opérations, sous la surveillance et la direction d'un professeur éclairé, à quoi bon les tenir pendant plusieurs années dans une officine, où l'on ne voit presque jamais faire que des potions, des mixtures et d'autres composés assez insignifiants? Je comprendrais que cela fût éminemment utile si, dans ces officines, on préparait, comme autrefois, la majeure partie des produits chimiques et pharmaceutiques; mais nous savons qu'il n'en est pas ainsi aujourd'hui, et que presque partout les pharmaciens se sont affranchis de ce travail, parce qu'il leur est plus commode et plus économique de se procurer dans les grands centres de fabrication les objets tout préparés. Et comment pourrai-je admettre, d'un autre côté, qu'il y ait avantage pour les

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les associations du congrès et l'association de prévoyance. — Le prix d'Argenteuil et la guerre de Troie. — Question de principe. — Question de mœurs. — Un compétiteur évincé. — Malheur financier de l'Association des médecins de Paris. — Question de propriété. — Des vessies ne sont pas des lanternes. — Démence contagieuse. — Ordonnance d'un tribunal. — Un cordonnier et un chimiste. — Projet d'association. — M. Mayor et la guillotine.

— Le tout est de s'entendre. Il a fallu beaucoup de temps pour cela; mais le temps ne fait rien à l'affaire. Jusqu'ici, on s'était demandé ce que voulait cette propagande d'association dont on étourdissait le corps médical. Quel but a tout ce fracas? Voulait-on reconstruire les priviléges de l'ancienne corporation, ou bien prétendait-on faire du fourriérisme médical? ou bien, chose plus innocente encore, avait-on simplement envie de prolonger le bruit trop vite éteint du congrès médical *de France?* Vaines et gratuites suppositions! On ne voulait qu'étendre sur une vaste échelle les bienfaits de l'Association de prévoyance des médecins de Paris. Qui s'en serait douté pourtant? Ce n'est certes pas nous. Notre clairvoyance à cet endroit était si obscure, que nous opposions à nos adversaires ce qu'ils prennent maintenant pour modèle, que dis-je! nous les poursuivions avec les armes qu'ils appellent aujourd'hui à leur secours et qu'ils regardent comme leur ancre de salut. Vraiment oui. Ces jours derniers, on a pu voir, dans le journal *officiel* de l'ex-congrès, une belle lettre à l'adresse de M. Orfila dans laquelle on dit, entre autres choses infiniment mielleuses, « que le plus beau titre de l'illustre doyen (et c'est beaucoup dire) à la reconnaissance de la postérité, est d'avoir créé l'Association de prévoyance des médecins de Paris. » Cela peut bien être, et nous n'avons aucune raison de le contester; mais les gens qui ont bonne mémoire n'ont pas oublié comment à certaine époque, dans le même journal, on qualifiait cette noble institution, et comment on traitait l'homme qui lui a donné le jour. Quoi qu'il en soit, nos adversaires sont de ceux qui croient qu'il n'est jamais trop tard de bien faire, et ils ont fini par où ils auraient pu commencer. Ils viennent donc de supplier publiquement l'illustre doyen de la Faculté de Paris d'absorber leurs gigantesques projets d'association dans sa modeste et paisible association de prévoyance. Nous ne voulons que ce que vous avez voulu, disent-ils. Cette amende honorable ne mérite que des éloges! Il est à regretter seulement qu'elle vienne un peu tard. Que ne s'expliquaient-ils plus tôt. Nous aurions été heureux de mettre nos efforts à leur service; et, de même que nous n'avons jamais perdu une occasion de faire ressortir les bienfaits de l'Association de prévoyance, de même nous nous fussions empressés de faire valoir toutes les conséquences, voire même les contrefaçons

élèves à les faire commencer par un stage assez long, lorsqu'ils ne possèdent pas encore les premiers éléments de la matière qu'ils vont étudier, et qu'on ne les occupe qu'à des opérations fort simples, sans avoir même souvent la ressource d'une direction intelligente et zélée?

Je ne quitterai pas ce sujet sans féliciter les auteurs du plan d'études d'avoir institué un cours pratique auquel la cinquième année est entièrement consacrée; c'est là une heureuse conception qui ne manquera pas de fournir d'excellents résultats, si l'on sait mettre le temps à profit. J'ai conseillé à M. Camps, chargé de ce cours, de diviser en séries de dix, les soixante ou quatre-vingts élèves de cinquième année, de faire manipuler tous les jours une de ces séries pendant cinq heures au moins, et d'obliger une autre série à assister aux manipulations, de manière que vingt élèves profitent tous les jours de ces exercices. A la fin de ces séances, trois fois par semaine seulement, le professeur donnerait une leçon qui serait suivie par tous les élèves de cinquième année, et dans laquelle il consacrerait une heure à faire connaître les procédés employés pour préparer les corps, ainsi que les diverses théories qu'il jugerait convenable d'indiquer, et une demi-heure à interroger quelques-uns des dix élèves d'une série sur les détails les plus importants de chaque opération. Ces conférences me paraissent indispensables pour faire pénétrer dans les esprits, de manière qu'elles ne soient jamais oubliées, les circonstances les plus essentielles des nombreuses opérations chimiques et pharmaceutiques qui auront été exécutées; elles donneront aux élèves, ce qui leur manque en général, la facilité d'exposer leurs idées avec ordre, et les prépareront ainsi à mieux subir les examens. Il est bien entendu que le cours pratique dont je parle devra être dirigé et surveillé par l'agrégé spécialement attaché à la section des sciences chimiques et pharmaceutiques. Rien ne manque à la Faculté de pharmacie pour que les choses se passent comme je viens de le dire, et ce sera un immense bienfait pour les élèves que de les avoir mis à même de pratiquer les opérations que les pharmaciens sont appelés à faire. Le gouvernement ne reculera pas, j'en suis certain, devant une dépense infiniment minime, si on la compare aux heureux résultats qu'elle doit produire. Qui ne voit, à l'instant même, que des élèves ainsi préparés pourront sans inconvénient abréger beaucoup le temps de stage, et suivre avec fruit les leçons d'analyse chimique qui leur seront données plus tard, s'ils veulent obtenir le titre de docteur?

EXAMENS.

Les *examens de fin d'année* devraient être faits par deux professeurs et un agrégé, et non par trois professeurs; tout ce qui a été dit sur la forme et la durée de ces examens, à l'occasion des candidats en médecine, trouve ici son application.

Examens de réception. — Quoiqu'ils soient faits plus sérieusement que ceux de la Faculté de médecine, ils sont insuffisants; en effet, ils ne se composent que d'un examen de *tentative* sur toutes les matières et à huis clos, d'un autre analogue à celui que subissent les élèves en médecine sous le titre de deuxième examen, et d'un troisième qui consiste à reconnaître des drogues et des plantes et à préparer deux médicaments, l'un chimique et l'autre pharmaceutique; les examinateurs ont le droit d'interroger sur ces opérations pendant une heure.

Voici les modifications que j'ai cru devoir proposer à ce sujet. Il y aura quatre examens de licence qui dureront une heure chacun:

1° Un sur la chimie et la pharmacie;
2° Un sur l'histoire naturelle médicale et sur la matière médicale;
3° Un sur la toxicologie;
4° Un sur la pratique de la pharmacie et de la chimie.

Les docteurs auront à subir un cinquième examen sur l'analyse chimique, qui fait l'objet du cours de la huitième année.

On voit que je supprime l'examen sur l'histoire de la médecine, parce que je ne pense pas que l'on doive obliger les licenciés en pharmacie à étudier cette science. Quelle peut être l'utilité d'un pareil enseignement pour des docteurs pharmaciens, et n'est-il pas à craindre qu'en multipliant ainsi les entraves, on ne diminue aussi par trop le nombre des aspirants au grade supérieur? Le nouveau règlement est en vigueur depuis l'an dernier, et cette année aucun candidat ne s'est fait inscrire pour suivre les cours du doctorat. Dans mon opinion, ce dernier titre, exigé pour concourir aux places de professeur et d'agrégé, sera fort peu recherché par les licenciés, soit en pharmacie, soit en médecine; on conçoit, en effet, que peu de familles consentent à faire de nouveaux sacrifices de temps et d'argent lorsque déjà les élèves ont étudié pendant sept années, et cela pour obtenir un titre qui ne leur confère que le droit de concourir pour un nombre de places fort limité. D'ailleurs n'est-il pas évident qu'une pareille institution peut influer d'une manière fâcheuse sur les concours, en les affaiblissant? Si vous voulez que les concours soient forts, ne rendez pas par trop sévères les conditions d'admission; en exigeant le doctorat, vous courez grand risque de n'avoir qu'un petit nombre de compétiteurs, parmi lesquels plusieurs pourront n'être pas dignes d'entrer en lice, tandis que si vous n'aviez qu'un seul ordre de pharmaciens ou de médecins, ceux qui ne sont que *licenciés* aujourd'hui et qui se trouvent exclus viendraient souvent disputer la place avec succès, et les concours seraient plus solides, plus brillants et partant plus fructueux.

AGRÉGÉS.

Il existe trois agrégés à la Faculté de pharmacie de Madrid: l'un est secrétaire, l'autre bibliothécaire et le troisième directeur du laboratoire. Il serait préférable de confier les places qu'occupent les deux premiers à d'autres personnes, et de limiter les fonctions de ces deux agrégés à remplacer les professeurs absents ou malades, à faire partie des jurys d'examen de *fin d'année* et de *réception*. Du reste, je répéterai sur les attributions des agrégés, sur la durée de l'agrégation, ce que j'ai dit dans ma première lettre concernant l'agrégation médicale.

NOMBRE D'ÉLÈVES INSCRITS; FRAIS DE RÉCEPTION.

Les élèves inscrits cette année sont au nombre de 280; ce nombre s'était élevé à 650 en 1842 et à 780 en 1843. Depuis cette dernière époque, il a constamment été en diminuant.

Les frais d'études et de réception se composent de:

1° Année préparatoire de sciences physiques et naturelles . .	55 fr.
2° Cinq années d'études pharmaceutiques.	275
3° Grade de bachelier en pharmacie.	125
4° Grade de licence.	750
Total des frais pour la licence.	1,205 fr.

de cette utile création. Ne soyons pas dupes cependant. Il y a des gens qui prétendent que quand les perdrix chassées par l'oiseau de proie se réfugient dans la maison du chasseur, ce n'est point par amour de l'hôte ou du logis; et ils assurent que, quand l'oiseau de proie a passé outre, les perdrix reprennent leur vol vers la campagne. De plus avisés encore prétendent que quand les perdrix sont une fois entrées au domicile du chasseur, elles courent grand risque de n'en plus sortir. On verra plus tard ce qu'il faut penser de ces deux opinions.

— La lutte pour le prix d'Argenteuil est ouverte depuis le 22 septembre 1838. Encore un peu, et elle aura duré autant que la guerre de Troie. Sans méconnaître en aucune façon l'importance du but ni établir le moindre parallèle entre la femme de Ménélas et une somme ronde de 10,000 francs; sans médire de la valvule urétro-vésicale ou de l'embauchoir de bottes appliqué à la dilatation de l'urètre, on pouvait penser qu'il était temps d'en finir.

.... Et longo fessi discedere bello.

C'est bien ainsi que l'a entendu la commission académique. On sait qu'elle a donné lecture de son rapport dans la séance secrète du 27 octobre, que le prix n'a pas été adjugé, mais seulement partagé entre quatre des compétiteurs. Or voilà que de graves complications viennent menacer de nouvelles longueurs la troupe des élus. Beaucoup de membres de l'Académie contestent à la commission le droit de partager le prix, et voient dans ce morcellement du legs une atteinte portée à la volonté du testateur. Cette nature d'objections a paru si grave que l'Académie a suspendu son vote définitif sur les conclusions du rapport, et arrêté, assure-t-on, que la question de légalité serait soumise à des jurisconsultes éclairés. *Adhùc sub judice lis est.*

Quant à nous, avec tout le respect que ces messieurs nous inspirent, nous leur demanderons la permission de dire notre avis sans attendre le leur. Il n'est pas besoin, ce semble, d'être profondément versé dans la science du droit pour décider si, en thèse générale, celui qui accepte un legs, sous des conditions déterminées par le testament, est tenu de se conformer à ces conditions, et si, en particulier, le partage du prix institué par le marquis d'Argenteuil est ou non conforme aux termes et à l'esprit du testament.

La question générale, si elle n'était tranchée par le bon sens et l'équité, le serait par un seul article du Code civil: c'est l'article 900, qui ne reconnaît de *conditions impossibles, dans les donations entre vifs ou par testament, que les conditions contraires aux lois et aux mœurs.* Parcourez tous les titres et chapitres relatifs aux successions et aux donations, vous n'y trouverez pas un mot dont on puisse couvrir la moindre infraction aux vœux du testateur; et, pour qu'on ne se prévale pas ici de circonstances exceptionnelles, vous y trouverez un article qui soumet aux mêmes dispositions et les donations entre particuliers et celles faites au profit des hospices, des pauvres d'une commune ou d'*établissements d'utilité publique.* L'Académie rentre-t-elle dans cette dernière catégorie? A-t-elle une utilité publique? là est toute la question. Nous nous en rapportons avec confiance au jugement de l'Académie elle-même.

La question particulière ne laisse pas plus de prise à l'incertitude. La clause testamentaire qui porte institution du prix est ainsi conçue: « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 francs, pour être placée, avec

SAGES-FEMMES.

Le règlement de 1827 porte que pour se présenter aux examens de sage-femme, il faudra : 1° savoir lire et écrire et être veuve ou mariée; 2° avoir pratiqué les accouchements pendant quatre ans sous un docteur ou sous une sage-femme reçue, ou bien pendant deux ans seulement si les élèves ont suivi deux cours dans l'un des colléges de médecine et de chirurgie du royaume. Ces cours, faits par un des professeurs du collége, auront lieu tous les jours pendant le mois de juin seulement et ne rouleront que sur les données nécessaires pour connaître l'accouchement naturel et les secours à prodiguer aux nouveau-nés; pendant leur durée, les élèves suivront les visites des femmes en couches. L'examen de réception, fait par trois professeurs du collége, durera trois quarts d'heure et sera à la fois théorique et pratique.

Il est aisé de voir combien l'instruction donnée aux élèves sages-femmes est insuffisante; en France, l'on exige avec raison qu'elles aient suivi deux cours théoriques et pratiques dont la durée n'est pas moindre d'une année; mais, dira-t-on, la profession de sage-femme est tellement peu recherchée en Espagne que c'est à peine si, depuis six ans, deux élèves se sont présentées au collége royal de Madrid pour y suivre les cours; ne sait-on pas que la plupart des femmes se font accoucher par des médecins et dès lors quelle importance y a-t-il à établir des règles d'études et des réceptions si sévères? Je suis loin de contester que, dans certaines parties de l'Espagne, la profession de sage-femme soit à peu près réduite au néant; mais aussi il en est d'autres, l'Andalousie, par exemple, où les femmes, en grand nombre, ne veulent pas être accouchées par des hommes, et là il faut de toute nécessité qu'elles s'adressent à ces sages-femmes dont l'instruction est si bornée ou bien à des matrones, ce qui est encore pire. Il me semble indispensable de modifier la législation à cet égard et de prescrire :

1° Qu'aucune élève ne pourra être inscrite si elle n'est âgée de 18 ans au moins, et si elle ne justifie d'avoir suivi un cours complet d'instruction primaire; 2° qu'elle sera tenue de suivre, au moins pendant un an, deux cours théoriques et pratiques d'accouchements, lesquels cours devront avoir été faits par un professeur d'accouchements ayant un service de femmes en couche dans un hôpital; 3° qu'elle devra subir deux examens d'une demi-heure chacun, l'un sur la théorie et l'autre sur la pratique des accouchements.

DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE.

Il n'existe en Espagne que l'école vétérinaire de Madrid. Le local, sans être très-vaste, renferme cinq amphithéâtres, un pour chaque professeur, une belle salle d'Actes, un cabinet d'anatomie normale et pathologique, un atelier de forge suffisamment spacieux, une chapelle et des dortoirs dans lesquels il y a assez de lits pour loger soixante élèves internes environ. La salle des dissections et des vivisections est tellement restreinte qu'elle ne remplit aucunement le but auquel elle est destinée. Il est urgent d'en construire une dans un local de l'établissement qui pourrait parfaitement servir à cet objet; j'en dirai autant du cabinet d'anatomie, dans lequel on admire sans doute de fort belles pièces d'anatomie pathologique en cire, mais qui est tellement exigu que c'est tout au plus s'il contient la quarantième partie de ce qu'il serait indispensable d'avoir dans un musée de ce genre.

NOMBRE DES PROFESSEURS. — Il y a cinq professeurs et un vice-professeur. Dans la *première* année, on enseigne l'anatomie générale et l'anatomie descriptive; dans la *seconde*, la physiologie, l'anatomie pathologique, l'extérieur du cheval et la jurisprudence vétérinaire; dans la *troisième*, la pathologie générale et spéciale; dans la *quatrième*, la chirurgie, les accouments et l'art de ferrer; enfin dans la *cinquième*, la thérapeutique générale, la matière médicale et l'hygiène. Les cours durent depuis le 1er octobre jusqu'au 30 juin. Indépendamment de ces leçons, les élèves sont exercés tous les jours aux travaux de forge et de ferrure, et tous les dimanches ceux de troisième, de quatrième et de cinquième année, se réunissent, sous la présidence du vice-professeur, pour discuter un point de la science, comme j'ai dit que cela avait lieu pour les élèves en médecine.

Il est à regretter que l'on n'ait pas compris dans ces études la physique, la chimie, la pharmacie, l'agriculture et la médecine opératoire, sciences qui font partie du programme de l'école vétérinaire d'Alfort, ainsi que les cliniques médicale et chirurgicale.

Le vice-professeur, le chef des travaux anatomiques, le préparateur de pièces en cire et le chef de la forge (*oficial de Fragua*) sont nommés au concours; le vice-professeur devient professeur de droit dès qu'il y a une chaire vacante.

Conditions d'admission des élèves. Pour être admis à l'école en qualité d'élève vétérinaire, il faut être âgé de 16 ans révolus, jouir d'une bonne constitution et justifier d'études régulières, faites sous des professeurs autorisés à cet effet, sur la grammaire espagnole, sur la logique et sur l'arithmétique. Ces élèves sont internes ou externes; les premiers, au nombre de 60 environ, sont logés et nourris moyennant 1 fr. par jour. On compte de 350 à 400 externes.

TITRES EXIGÉS POUR EXERCER LA PROFESSION DE VÉTÉRINAIRE. — Il existe en ce moment plusieurs sortes de titres.

1° Les vétérinaires proprement dits; 2° les *albeytares herradores;* 3° les *herradores;* 4° les *castradores.*

Les *vétérinaires* subissent chaque année un examen dit *de fin d'année*, qui est assez sérieusement fait, mais qui malheureusement n'est pas public. Après les cinq années d'études ils sont examinés par un jury composé de trois professeurs. Les épreuves, au nombre de trois, roulent: la première sur la théorie, la deuxième sur la théorie pratique, et la dernière sur la pratique. Dans la deuxième, l'élève est tenu de déterminer, après une demi-heure d'exploration, la nature de la maladie dont est atteint un animal, les causes qui l'ont fait naître et le meilleur mode de traitement à employer; puis il est interrogé par les examinateurs pendant un temps illimité. La dernière épreuve consiste à forger un fer et à l'appliquer à un animal donné.

Les *albeytares herradores* n'ont pas besoin d'avoir suivi les cours de l'école pour se présenter aux examens; il suffit qu'ils justifient d'avoir étudié pendant cinq ans sous un vétérinaire, ou sous un *albeytar herrador*, et d'être âgés de 21 ans. Les examens auxquels ils sont soumis sont également au nombre de *trois*: le premier roule sur la théorie; dans le second, le candidat se borne à diagnostiquer la maladie dont un animal est atteint, et dans le troisième il ne s'agit que d'appliquer un fer à un animal donné.

Los herradores. Pour se présenter aux examens de *herrador*, il faut prouver que l'on est âgé de 18 ans révolus et que l'on a pratiqué pendant trois ans toutes les opérations relatives à la ferrure sous un vétérinaire, sous un *albeytar herrador*, ou simplement sous un *herrador*. L'aspirant subit deux examens : l'un théorique, sur l'art de ferrer les animaux, sur les dé-

---

les intérets qu'elle produira, du jour de mon décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné *tous les six ans, à l'auteur* du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, *l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires.* »

L'intention du testateur est flagrante : il veut que le prix soit adjugé tout entier à un seul auteur. En prévoyant lui-même le cas où l'art ne se serait pas enrichi, dans l'espace de six ans, d'un perfectionnement digne du prix, et en déterminant, pour cette éventualité, l'emploi qui devrait être fait des fonds, il frappe d'avance de nullité les motifs de partage allégués par la commission. La commission a fait plusieurs parts du prix parce que, à ses yeux, aucun des candidats ne le mérite tout entier. Or telle est justement la condition dans laquelle le testateur a voulu expressément que la somme léguée fût détournée, non pas partiellement, mais en totalité, vers un autre but, et allât récompenser l'*auteur* d'un autre genre de perfectionnement de la thérapeutique des voies urinaires. C'est là, comme on le dirait en termes de palais, une condition *résolutoire* qui annule la première disposition de la clause au profit de la seconde. Dès que le prix n'est pas gagné par un expert en *rétrécissements de l'urètre*, il doit l'être par un pourfendeur de toute autre affection des voies urinaires : fistule, catarrhe, engorgement, etc. Et notez bien que, dans cette hypothèse, le degré du perfectionnement n'est pas déterminé. Il n'est pas nécessaire, aux termes du testament, que ce perfectionnement soit jugé par l'Académie proportionné à l'importance du prix; il suffit qu'il soit supérieur à ceux qui se présentent concurremment, tant a été explicite, de la part du testateur, l'intention d'adjuger le prix quand même, et de l'adjuger à un seul.

Ces principes portent avec eux deux conséquences.

La première est que la commission, à l'heure qu'il est, a déjà sensiblement faussé les conditions du legs en n'accordant pas le prix il y a deux ans. Le concours était ouvert pour six années; jusqu'ici il en a duré huit. Or le motif ostensible de la commission (l'insuffisance des travaux) ne justifie pas mieux la prolongation du concours que le partage du prix. L'expédient spécifié par le testateur pour cette éventualité obligeait à une solution quelconque dans le délai prescrit. On l'a vu tout à l'heure, et nous le répétons à dessein, c'est très-expressément au bout de six ans que l'Académie est tenue de fixer ses faveurs sur un perfectionnement quelconque. Nous ne pensons pas qu'on veuille sérieusement attribuer un autre sens, un sens facultatif, au mot *pourra*, qui exprime tout simplement l'alternative où le cours des choses pouvait placer forcément l'Académie.

La seconde conséquence est que, si la commission maintient sa première opinion sur l'insuffisance des travaux explicitement relatifs *aux rétrécissements de l'urètre*, elle va reprendre par cela même toute sa liberté. La base d'appréciation étant changée et se trouvant transportée d'une maladie déterminée de l'urètre à une maladie quelconque des voies urinaires, tout est remis en question. Le classement actuel des compétiteurs n'a plus la même signification, et l'Acadé-

fants et les maladies que l'on peut corriger à l'aide de la ferrure; et l'autre pratique, qui consiste à ferrer un animal. Les attributions de *los herradores* sont limitées à ce qui concerne l'art de ferrer; s'ils les outre-passaient, le titre pourrait leur être retiré.

Los castradores. Pour être admis aux examens, ils devront justifier qu'ils ont étudié pendant deux ans auprès d'un *castrador*. Ils subiront deux examens, dont le premier portera sur l'organisation et les fonctions des testicules, sur les accidents que peut entraîner la castration et sur les divers procédés opératoires; le deuxième examen consistera, lorsqu'il y aura possibilité de le faire, dans l'ablation des testicules.

Des réclamations nombreuses ont surgi contre ces diverses dispositions, et l'on a demandé : 1° qu'au lieu d'une seule école vétérinaire, il en fût établi deux autres, l'une à Saragosse et l'autre à Cordoue : ce que j'approuve fort; 2° que l'on nommât au concours deux professeurs surnuméraires, en supprimant la place du vice-professeur, ce qui me paraît utile au bien du service; 3° que pour être admis en qualité d'élève, l'on fût âgé de 17 ans révolus, que l'on justifiât d'avoir étudié la logique, une année de mathématiques élémentaires, l'histoire naturelle, et d'avoir suivi, au moins pendant deux ans, la pratique d'un vétérinaire, conditions qu'il y a lieu d'accepter; 4° que les deux classes d'*albeytares herradores* et *de herradores* fussent supprimées, ce qu'il est urgent d'adopter; 5° enfin, que l'on conservât *los castradores*, ce que je ne saurais admettre. J'aurais également voulu que le premier examen *de reception* qui roule sur la théorie fût mieux défini, et qu'au lieu de rester dans le vague, on eût dit qu'il se composerait au moins de deux épreuves : l'une ayant pour objet les sciences anatomiques et physiologiques, et l'autre les sciences médicales et chirurgicales.

Il faut espérer que le gouvernement ne tardera pas à faire droit aux demandes si justes et si bien motivées de l'École vétérinaire, et que ce bel établissement, déjà si fécond en résultats heureux, marchera de pair avec les institutions du même genre les mieux accréditées.

HÔPITAUX.

Il n'y a à Madrid que deux hôpitaux : l'Hôpital général et *San Juan de Dios*; ce dernier, spécialement affecté au traitement de la syphilis, de la gale, de la teigne et des autres maladies cutanées, peut contenir 200 malades. Il est parfaitement tenu par des religieux éclairés, et je n'aurais pas la moindre observation à faire à son égard s'il était ouvert à un certain nombre d'élèves en médecine pendant quelques mois de l'année seulement, et s'il servait ainsi, sous la direction d'un maître éclairé, à l'enseignement d'une branche aussi importante de l'art de guérir.

HÔPITAL GÉNÉRAL. — C'est un vaste établissement attenant à la Faculté de médecine, dans lequel peuvent être admis au moins 1,200 malades; les salles sont nombreuses et pour la plupart fort longues, d'un aspect assez sombre; plusieurs d'entre elles ne sont éclairées que d'un seul côté; les lits sont bas, suffisamment espacés et sans rideaux; on comprend qu'il y ait avantage à laisser les lits découverts dans un pays où la température n'est jamais assez basse pour que les malades souffrent du froid, et où elle est assez élevée en été pour les incommoder s'ils étaient enfermés; toutefois, dans la plus belle salle de l'hôpital, les lits, au nombre de 10 environ, sont tous garnis de rideaux fort proprement tenus. L'une des salles de cet établissement, entièrement consacrée à recevoir des malades atteints de cataracte et d'autres maladies des yeux, a été convenablement disposée à cet effet; je n'en dirai pas autant de deux autres salles situées dans la partie inférieure du bâtiment, mal éclairées et mal saines, destinées, l'une à l'aliénation mentale, et l'autre aux femmes en couche; ces salles, indépendamment des inconvénients que je viens de signaler, sont beaucoup trop petites pour les besoins de la population. Toutes les autres parties de l'établissement sont affectées aux maladies internes et externes aiguës et chroniques, si l'on en excepte la syphilis et les maladies cutanées, qui, comme je l'ai déjà dit, sont reléguées à *San Juan de Dios*.

Les aliments et les boissons sont de bonne qualité; j'ai seulement demandé que, pour obtenir du bouillon plus nutritif, on substituât aux chaudières, beaucoup trop profondes, dans lesquelles on le confectionne actuellement, des vases de même nature plus larges et peu profonds. La pharmacie, sans être vaste, suffit à tous les besoins; elle est tenue aussi proprement que possible.

Service médical. — Il existe dans cet hôpital quatre médecins-chirurgiens *sédentaires*, nommés au concours, recevant chacun un traitement de 1,500 fr., et qui ont pour mission de secourir, au besoin, les malades de l'hôpital, après l'heure des visites, et de donner les premiers soins à ceux qui sont admis, soit dans la journée, soit pendant la nuit; aussi est-on assuré qu'à toute heure, des secours éclairés ne manqueront pas aux malades; non pas que les quatre médecins se trouvent constamment à la fois dans la maison, mais leur service est tellement organisé qu'il y en a toujours au moins un. La France devrait bien imiter cet exemple, surtout pour les grands hôpitaux, où le mouvement est considérable, et nommer, non pas un médecin sédentaire, comme cela a déjà lieu pour quelques maisons, mais un assez grand nombre d'entre eux, pour qu'à toute heure le service dont je parle fût régulièrement fait; ce serait profit pour les malades et pour une foule de jeunes médecins instruits qui trouveraient là un moyen de s'éclairer encore davantage. Quoi qu'il en soit, les quatre médecins sédentaires de l'Hôpital général obtiennent, au bout d'un certain temps, sans un nouveau concours, les places vacantes de médecins et de chirurgiens *titulaires*; leurs appointements sont alors augmentés graduellement et à mesure que leur service se prolonge, de manière cependant à ne jamais dépasser 2,500 fr. par an.

Médecins et chirurgiens titulaires. — Ils sont au nombre dix et ne suffisent par conséquent pas pour faire le service de tant de malades. L'un d'eux, le plus ancien, est décoré du titre de *protomédico* (premier médecin); ses attributions sont purement administratives; ainsi il veille à ce que les visites soient faites journellement et aux heures fixées par les règlements, à ce qu'il règne le plus grand ordre dans les salles, à ce que les prescriptions de ses collègues soient parfaitement exécutées; mais il ne s'immisce en aucune façon dans ce qui concerne le traitement des malades confiés à ses collègues, ceux-ci conservant à cet égard le commandement absolu de leurs salles et la liberté la plus entière. Je suis heureux de pouvoir dire que les hommes préposés au service médical de l'Hôpital général méritent tous la confiance de l'administration, qu'ils sont au courant des découvertes faites en Espagne et à l'étranger, et qu'ils sont animés du plus grand zèle; j'ai vu là, pour ce qui concerne la chirurgie, des malades opérés d'affections très-graves avec une sûreté, une dextérité et un succès qui ne laissent rien à désirer, et j'ai également constaté, comme je l'avais déjà vu aux cliniques de la Faculté et en ville, qu'en Espagne comme ailleurs, les procédés opératoires subissent souvent des perfectionnements remarquables, tant sous le rapport de la manière de faire que sous celui de l'invention d'instruments nouveaux.

---

mie est encore libre d'élire à son choix, parmi eux, sans en excepter même ceux qu'elle n'avait pas admis au partage, le vainqueur unique exigé par le testament.

Telle est, à nos yeux, la question de principe. Nous n'ignorons pas qu'elle a été souvent comprise d'une autre manière par les corps savants; le partage du prix est chose passée en coutume; et c'est même un des procédés les plus innocents, à l'aide desquels on ait faussé et l'on fausse journellement les intentions des donataires et les conditions expresses des donations. L'Académie des sciences donne à cet égard un exemple qui mérite d'être remarqué, sinon encouragé. Tout le monde sait qu'elle affecte à la publication de ses *comptes rendus* une partie des fonds Monthyon. L'Académie a sans doute pensé que des fonds destinés à l'encouragement des sciences et de la vertu ne sauraient être mieux employés qu'à la divulgation de ses faits et gestes; et, en fin de compte, le raisonnement n'est pas si mauvais. Nous doutons seulement que ce raisonnement soit venu à l'esprit du fondateur. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit en ce moment.

La question du partage des prix légués par testament aux Académies n'est pas seulement une question de principe; c'est encore une question de mœurs. Quant à nous, nous n'avons aucun goût pour ce système d'équilibre qui consiste à faire servir les candidats de contre-poids les uns aux autres, de manière à ne permettre à aucun d'eux de l'emporter trop complétement. C'est une chose fâcheuse, à notre sens, que cet esprit d'irrésolution qui ne sait pas opter nettement entre des prétentions rivales et inégalement fondées. Le sentiment qui porte à cette sorte de justice distributive, peut être fort respectable. On ne veut pas priver de tout encouragement des travaux modestes. Mais on ne songe pas que la part dont on les gratifie est prise à celui qui les avait surpassés et qu'ainsi la générosité ne s'exerce qu'aux dépens de l'équité. On dérobe ainsi du même coup aux talents élevés, et la juste récompense de leur mérite, et, ce qui est plus grave, l'occasion de se produire : l'occasion! cette chose inconstante et fugitive que les anciens représentaient sous la forme d'une femme chauve, avec un mince toupet sur le devant de la tête, pour montrer qu'il n'est pas facile de la prendre aux cheveux. Dieu nous garde de toute allusion désobligeante; mais assurément, s'il y eut jamais une circonstance où l'indépendance et la résolution fussent de mise, c'était dans le concours pour le prix d'Argenteuil. A quoi bon dissimuler que la plupart des membres de la commission ne pouvaient élever un des candidats sur le pavoi sans se créer un rival? La remarque en a été faite bien des fois, et tout haut, au sein même de l'Académie; et nous ne commettons, en la répétant, aucune indiscrétion. Que cette position délicate de certains juges ait influencé plus ou moins leur décision, personne n'a le droit de le supposer; mais, à notre sens, mieux eût valu cent fois prouver le contraire. Un jury scientifique ou autre ne doit pas plus être soupçonné que la femme de César. Or le soupçon se fût évanoui, si la commission se fût d'abord abstenue de certaines exclusions trop significatives, et si elle eût ensuite décerné la couronne entière au lieu de l'effeuiller sur plusieurs têtes.

—L'un des compétiteurs évincés, M. Leroy d'Étiolles, vient d'exposer ses réclamations dans une brochure adressée à l'*Association de prévoyance des médecins de Paris*. Cet honorable confrère est un de ceux qui ont le plus de raison pour réclamer, puisque son exclusion a été motivée, si nous ne nous trompons, sur la

Élèves de l'hospice général (*practicantes*). — Le service qui est confié à Paris aux internes, aux externes et aux stagiaires de la Faculté, est concentré ici entre les mains d'une centaine d'élèves auxquels on donne le nom de *practicantes;* c'est là une institution qu'il est urgent d'abolir au plus tôt; on en jugera par les détails suivants. Il y a dans chaque salle trois ou quatre élèves en médecine et en chirurgie et un élève en pharmacie; ils sont nourris et logés; toutefois, le plus ancien d'entre eux, dans chaque salle, touche en outre environ 200 fr. par an. Ces places ne sont pas données au concours, mais bien à la faveur, et, ce qui pis est, on choisit pour les occuper des élèves, n'importe de quelle année; de plus, rien n'oblige à les remplacer, de telle sorte qu'il se pourrait, et cela s'est vu, qu'un même élève restât chargé du service pendant six ou sept ans, c'est-à-dire pendant toute la durée des études médicales, au détriment de ses camarades, qui ne peuvent par conséquent pas jouir des avantages attachés à ces sortes de places. Les vices de cette organisation sont tels, que, par la manière dont les choses se passent, je ne crains pas de le dire, les trois quarts des élèves de la Faculté (500 ou 600 au moins) ne recueillent pas le bénéfice de l'internat, que dis-je! ne trouvent même pas l'occasion d'apprendre à saigner ni à faire les opérations de la petite chirurgie. Il faut de toute nécessité adopter les mesures qui suivent :

1° *Los practicantes* seront nommés au concours et choisis parmi des élèves d'une autre série, correspondant aux *externes* de France et également désignés par le concours; 2° pour être externe, il faudra nécessairement justifier d'une année d'études à l'une des Facultés du royaume; 3° les fonctions d'externe dureront au moins deux ans, et celles de *practicantes* trois; 4° à l'expiration de ce délai, les externes, aussi bien que *los practicantes*, seront remplacés; 5° à la fin de chaque année, des prix seront donnés aux deux *practicantes* et aux deux *externes* qui auront le mieux fait leur service et qui auront rédigé le meilleur mémoire clinique sur une des maladies qu'ils auront été à même d'observer durant l'année; à l'appui de ce mémoire, on devra joindre les observations qui en sont la base; 6° les élèves de la Faculté de médecine qui n'auraient été nommés ni *externes* ni *practicantes* ne pourront pas être inscrits pour suivre la quatrième année d'études, s'ils ne justifient d'avoir fait dans l'hôpital général, pendant une année, les pansements et tout ce qui est du ressort de la petite chirurgie.

Les avantages d'un pareil système sautent aux yeux : exciter l'émulation de tous, n'exclure personne des bénéfices immenses attachés à la vue quotidienne des cas les plus intéressants, et obliger tous les élèves à se rendre familières les pratiques de la petite chirurgie; que l'Espagne entre dans cette voie, qu'elle persiste à rendre obligatoires les études cliniques, et je suis certain qu'avant peu d'années elle n'aura qu'à s'applaudir des résultats obtenus.

HOSPICE DES ORPHELINS (*inclusa y colegio*). — Je ne saurais assez faire l'éloge de cet établissement, dont la direction est confiée à un vénérable et savant ecclésiastique. Organisé à peu près comme en France, cet hospice reçoit tous les ans un grand nombre d'enfants; des nourrices, en nombre suffisant, les allaitent pendant quelques jours, puis ils sont envoyés à la campagne où ils sont parfaitement soignés et surveillés. Pendant leur séjour dans la maison, ces nouveau-nés sont logés dans des dortoirs d'une propreté remarquable, et couchés dans des berceaux qui ne laissent rien à désirer. Sept ans après leur départ pour la campagne, ceux qui n'ont pas été réclamés par leurs mères et ceux qui ne trouvent pas d'emploi dans les campagnes reviennent à Madrid, les garçons pour aller dans les ateliers où ils apprennent un métier, et les filles pour rentrer à l'hospice, où elles sont réunies dans la partie de l'établissement désignée sous le nom de *colegio;* là elles sont exercées à des travaux manuels de tout genre jusqu'à ce qu'elles se marient. Celles qui restent célibataires continuent à vivre dans l'établissement. Je le répète, il serait difficile de concevoir que l'on pût mieux faire.

Je ne terminerai pas ce que j'avais à dire sur les hôpitaux sans réclamer de nouveau avec la plus vive instance la construction d'un *hôpital d'aliénés* et d'une *maternité;* le premier de ces établissements est d'autant plus nécessaire, qu'il n'existe pas à Madrid une seule maison de santé consacrée au traitement de l'aliénation mentale, et que les gens aisés, lorsqu'ils ont le malheur d'avoir dans leur famille un membre frappé de cette cruelle maladie, sont obligés de le garder chez eux et de le priver par conséquent des ressources qu'offrent les établissements destinés au traitement de la folie. Quant à la *maternité*, il suffit de rappeler combien est grand le nombre d'enfants trouvés, et combien il doit y avoir par conséquent de femmes pauvres qui accouchent chez elles, au milieu de la misère et privées de tout secours, pour faire sentir l'urgence de la création que je sollicite; ajoutez à cela qu'un pareil asile serait encore avidement recherché par une foule de femmes qui veulent conserver leurs enfants. D'ailleurs cet établissement tournerait grandement au profit de l'enseignement médical. Et qu'on ne dise pas qu'on reçoit des femmes enceintes à l'hôpital Général; ce serait une dérision, le nombre de lits affectés à ce service étant par trop minime.

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Le décret du 17 septembre 1845 porte qu'à l'avenir il n'y aura en Espagne *qu'un seul ordre* de praticiens, sous la dénomination de médecins-chirurgiens, qui devront être licenciés ou docteurs. Depuis, il a été publié un ordre de la reine, en date du 27 juin 1846, portant création de *chirurgiens mineurs* ou *ministrants*, dont les attributions seront : 1° de faire des saignées générales ou locales; 2° d'appliquer des caustiques, des cautères et de faire des scarifications; 3° de nettoyer les dents et de les extraire, et 4° de soigner les cors. A l'exception de la pratique relative aux dents et aux cors, les *ministrantes* ne peuvent opérer sans encourir la pénalité fixée par la loi, s'ils n'ont pas reçu un mandat exprès d'un médecin ou d'un chirurgien. Pour se présenter aux examens de *ministrante*, il faut avoir servi pendant deux ans au moins dans un hôpital de cent lits, en qualité de *practicante de cirugia* et prouver : 1° que l'on a étudié, dans un cours particulier, la phlébotomie, les accidents qui peuvent en être la suite et les moyens d'y remédier, ainsi que l'art d'appliquer les caustiques et les bandages les plus usuels et de faire des injections médicamenteuses par les voies naturelles; 2° que l'on a suivi pendant six mois au moins, chez un chirurgien-dentiste, la pratique concernant le nettoyage et l'extraction des dents. Les candidats subiront un examen théorique et pratique d'une heure de durée au moins sur tout ce qui est relatif à la connaissance des veines et des artères de toutes les parties du corps où l'on peut saigner, sur les bandages les plus usuels, sur l'application des divers caustiques, sur les scarifications, sur les moyens d'injecter les liquides par les voies naturelles, sur le nettoyage et l'extraction des dents et sur l'art du pédicure. Les frais de cet examen seront de 200 fr., et il sera délivré à l'impétrant, par le directeur de l'instruction publique, un titre de *sangrador*.

---

direction spéciale de ses travaux vers les maladies des voies urinaires autres que le rétrécissement de l'urètre, et que, précisément, c'est *à l'auteur du meilleur perfectionnement apporté au traitement des maladies des voies urinaires*, en général, que le prix doit être réservé dans le cas (aujourd'hui réalisé, de l'aveu même de la commission) où les travaux relatifs au rétrécissement ne seraient pas dignes du prix. Chose singulière! La commission mise, par le testateur, en présence de deux clauses, dont le choix est réglé par des conditions rigoureuses et nettement formulées, n'en retient qu'une dont elle vicie le sens pour la rendre applicable, et exclut ceux des compétiteurs qu'elle juge peu propres à remplir cette clause, fussent-ils, de son propre aveu, parfaitement aptes à remplir l'autre. Mais nous voulons surtout signaler dans la nouvelle brochure de M. Leroy-d'Étiolles un côté piquant et d'une incontestable originalité.

Il y a dix-huit mois environ, M. Leroy avait déposé entre les mains du trésorier de l'Association de prévoyance une délégation, par laquelle il investissait la Société de ses droits éventuels au prix d'Argenteuil. L'auteur expose très-spirituellement les motifs de sa détermination : « A moins d'admettre, dit-il, que l'Académie, en plaçant dans la commission MM. Amussat, Civiale, Jourdan, Ségalas, eût dépouillé ces honorables membres de toutes les faiblesses humaines et de toute préoccupation des intérêts matériels, il était évident pour tout le monde..... que je serais peu favorisé. Si donc j'avais attendu, comme l'on m'y engageait, l'issue du rapport, pour faire à l'Association l'abandon de ma part, on voit que je n'aurais rien à offrir. » On n'est pas plus logique, ni plus prévoyant. Du moment que M. Leroy était bien assuré de n'avoir aucune part aux libéralités de la commission, c'eût été une sottise à lui d'attendre le rapport pour faire ses générosités à l'Association. En se pressant un peu, il avait du moins la ressource de pouvoir faire cadeau de ses *chances*. Une politesse n'est jamais de trop.

Maintenant que les chances se sont évanouies (sauf événement), M. Leroy entreprend de montrer à l'Association quelle bonne aubaine elle a manquée, et de combien au juste elle se trouve frustrée par les mauvaises suggestions de la faiblesse humaine. Or, prenant un à un les procédés qui ont été jugés dignes de récompense, il trouve que *les neuf dixièmes au moins* lui appartiennent. *Ergò*; c'est 9,000 fr., ni plus ni moins, qu'il avait donnés à l'Association, sous forme de chances. Sur ces questions de propriété, le *feuilleton*, naturellement peu versé dans les cathéters litholabes, porte-caustiques, scarificateurs antérogrades ou rétrogrades, ne peut que laisser la parole aux habiles du genre. Le peu qu'il en sait lui permet de regretter tout haut l'élimination, par la commission académique, du laborieux et ingénieux auteur de la brochure; mais c'est tout ce qu'il peut se permettre. Sa faible tête s'ahurit un peu au milieu de toutes ces disputes, de toutes ces affirmations contradictoires, sa vue se trouble parmi tous ces procédés, et il a toujours regretté, pour son compte, que des vessies ne fussent pas des lanternes.

— Voici un curieux exemple de folie épidémique, ou, pour mieux dire, contagieuse. Marcellin Isnard, cultivateur à Lioux, hameau de la commune de Senez, arrondissement de Castellane, se figure tout à coup, en entendant sonner les cloches de l'église, que sa dernière heure est venue, et que, si la célébration de la messe s'achève, c'est fait de lui. Toute sa famille et celle de son frère, Jean Isnard, le comblent de soins sans pouvoir le calmer. Le lendemain

Avant de donner mon opinion sur ces deux ordres de praticiens, je crois devoir jeter un coup d'œil rapide sur les diverses classes de médecins et de chirurgiens qui exercent aujourd'hui l'art de guérir en Espagne; les règlements ont été si variés à cet égard depuis cinquante ans, les conditions d'études, les examens et les titres conférés ont été si différents, qu'il serait difficile de trouver un pays où il y eût autant de sortes de praticiens que dans celui-ci. Nous voyons d'abord les *médecins-chirurgiens*, créés en 1827, qui étaient reçus licenciés après sept années d'études, et qui avaient le droit d'exercer dans toute l'Espagne; ils devenaient docteurs à l'aide d'une rétribution, et dès la sixième année, ils avaient obtenu le titre de bachelier. Les conditions d'admission aux études médicales consistaient pour eux à présenter le diplôme de bachelier en philosophie, et des certificats constatant qu'ils avaient suivi un cours de physique expérimentale et un cours de botanique.

Depuis 1824 jusqu'en 1827, on reçut des *médecins* qui étaient licenciés ou docteurs, suivant la somme qu'ils avaient payée. Pour obtenir ce titre, il fallait produire un certificat de trois années de philosophie (humanités, etc.), d'une année de physique expérimentale, de chimie, de grec et de botanique, de quatre années d'institutions médicales et de deux années de clinique médicale.

Le 31 mars 1836, on réduisit à trois classes les chirurgiens qui avaient été créés en 1804 ou postérieurement à cette époque.

1° Chirurgiens de première classe, dits *latins*. Ils devaient être bacheliers en philosophie, avoir étudié pendant six ans dans un collége royal, et ils pouvaient être licenciés ou docteurs.

2° Chirurgiens de deuxième classe ou *romancistas*. On n'exigeait de ceux-ci que cinq années d'études dans un collége royal de chirurgie; ils ne subissaient que deux examens sur la chirurgie, l'un théorique, l'autre pratique.

3° Chirurgiens de troisième classe ou *sangradores*. Il fallait, pour être reçu, savoir lire et écrire, connaître la grammaire espagnole, avoir pratiqué pendant trois ans avec un chirurgien et avoir étudié pendant trois ans dans un collége de chirurgie; ils ne subissaient qu'un examen théorique et pratique.

Il y avait encore : 1° les chirurgiens de *pasantia* ou *sans études*; il suffisait de justifier de trois années de pratique pour être admis à l'examen; 2° les chirurgiens *phlébotomes* et *practicantes*, qui ne subissaient qu'un examen de petite chirurgie.

On voit donc qu'en ce moment il y a au moins dix ordres de praticiens; peu à peu sept de ces ordres disparaîtront, et il ne restera plus que des docteurs, des licenciés et des chirurgiens *ministrantes*. Je ne puis qu'approuver, sous le rapport de l'exercice, les deux premiers ordres établis par le décret du 17 septembre 1845; mais je pense que l'on s'est gravement trompé, en juin de cette année, lorsqu'on a institué des chirurgiens *ministrantes*, la médecine et la chirurgie ne devant être exercées que par des praticiens ayant donné des preuves de capacité suffisante. On m'objectera sans doute que les *ministrantes* ne jouissent d'aucun des droits des médecins, qu'ils ne peuvent agir que sous les ordres de ceux-ci, et qu'ils sont indispensables pour faire la petite chirurgie. A cela je répondrai qu'il est à craindre que des hommes autorisés à exercer une partie quelconque de l'art de guérir n'enfreignent les lois et n'aillent au delà des limites qui leur sont imposées, et si cela arrive, faudra-t-il donc les poursuivre à chaque instant et les traduire devant les tribunaux, qui leur infligeront des peines insignifiantes et dès lors sans effet? Mais je vais plus loin, et j'admets que ces *ministrantes* ne dépassent pas les attributions que leur confère l'ordonnance de juin dernier, n'est-il pas évident que, dans ce cas encore, ce serait une malheureuse conception que d'avoir créé des praticiens ayant le droit de saigner *dans toutes les parties du corps* où l'on pratique la phlébotomie artérielle ou veineuse, et ne connaissant pas, il faut le dire, les premiers éléments de l'anatomie ni de la chirurgie, comme si la piqûre maladroitement faite des artères et des veines ne pouvait pas entraîner quelquefois les accidents les plus fâcheux?

On aurait plus sagement agi en s'en tenant au décret de 1845, et en prenant les mesures nécessaires pour fournir aux petites localités les hommes instruits qui se formeront indubitablement si l'on reçoit les licenciés comme je l'ai indiqué; en faisant quelques sacrifices pécuniaires, le gouvernement obtiendrait facilement que, même dans ces localités, il y eût des médecins instruits. Et comment reculerait-il devant un pareil avantage; les gouvernements ne sont-ils pas tenus de procurer aux citoyens nécessiteux et hors d'état d'indemniser les gens de l'art, les moyens de rétablir la santé; quel intérêt peut être placé au-dessus de celui-ci? Que l'on ne balance donc pas à créer des médecins cantonnaux suffisamment rétribués par les communes, par les provinces et par l'État, qui en tout cas devrait garantir les traitements; et si l'on craint que le nombre des licenciés ne soit pas assez considérable pour subvenir aux besoins des petites localités, que l'on organise un système d'*élèves boursiers* entretenus aux frais du gouvernement, et qui, après avoir été reçus licenciés, devraient, comme cela a lieu pour l'instruction primaire, résider et exercer la médecine et la chirurgie pendant huit ou dix ans dans les communes qui manqueraient de gens de l'art, et qui leur seraient désignées.

On peut dire que déjà l'Espagne est entrée dans cette voie, quoique je sois loin d'approuver la manière dont le principe est mis en pratique. Nous savons que depuis fort longtemps il existe dans ce pays des médecins *de partido* (communaux) entretenus et soldés d'abord par les conseils municipaux, et aujourd'hui par les préfets; mais les règles de leur nomination et leurs conditions d'existence sont tellement défectueuses, que ce ne sont pas là de véritables institutions : d'abord ces praticiens sont choisis en quelque sorte au rabais; on peut leur enlever leur emploi et leur imposer l'obligation de visiter tous les malades *riches* ou pauvres gratuitement; conçoit-on que l'on exige un pareil sacrifice, souvent pour 400 ou 500 fr. par an, et que l'on permette même quelquefois, qu'au lieu d'une somme pécuniaire, on paye en nature? Cette parcimonie amène les désordres les plus scandaleux : l'homme de l'art, après avoir fait le métier de barbier, est souvent obligé de disputer son pain. A la vérité, dans les communes plus aisées, et qui sont certainement les moins nombreuses, le sort des médecins est plus supportable, puisqu'ils reçoivent, dans certaines localités, depuis 1,500 jusqu'à 2,500 fr. par an; presque toujours ces communes sont desservies par des médecins-chirurgiens ou par des chirurgiens *latinistes*, tandis que, dans les autres, on ne trouve que la portion la plus infime de la hiérarchie médicale, les *passantistes* et les *chirurgiens-barbiers*. Un pareil état de dépréciation ne pouvait pas manquer d'amener les plus grands abus; l'homme qui ne peut pas satisfaire ses besoins, en exerçant loyalement l'art de guérir, cherche par des moyens sans dignité à sortir de la malheureuse position dans laquelle il se trouve; aussi voyons-nous quelques-uns d'entre eux se placer comme domestiques et se livrer à des actes de charlatanisme qui, pour ne pas ressembler à ceux qu'emploient les som-

---

matin, notre homme monte à son grenier, se déshabille, et se plaçant tout nu à la lucarne, il se met à faire un long discours désordonné, avec accompagnement de gestes à l'avenant. Jusque-là, tous ceux qui l'entourent ne songent qu'aux moyens d'arrêter le cours de ces folies; mais, dans l'après-midi, voilà toute la famille Marcellin et celle de Jean, en tout treize personnes, dont deux jeunes filles de 15 à 18 ans, et sept garçons plus jeunes encore, qui se dépouillent de leurs vêtements, et, dans toute la richesse de leur enveloppe naturelle, se rendent processionnellement à l'église. On parvint à les empêcher d'entrer; mais ils ne se retirèrent qu'en poussant des vociférations et en se livrant aux gestes les plus obscènes. Ce n'est pas tout. Le lendemain, Marcellin et sa femme, vêtus cette fois d'une chemise, se rendirent à un petit oratoire, y déposèrent une pièce de cinq francs où ils croyaient voir les portraits de leurs pères et mères, et se prosternèrent devant cette pièce en récitant des patenôtres. La prière finie, ils se firent apporter, par un de leurs enfants, du pain, du vin et du fromage, et se mirent à manger en narguant les spectateurs accourus à cette scène étrange.

A Lioux, toute la population s'enferma et se barricada, bien convaincue que le malin esprit était descendu sur le hameau. Il n'est pas bien certain qu'on n'ait pas bouché tous les trous de serrure, tous les tuyaux de cheminée, et plus d'une vieille a dû voir sa batterie de cuisine s'agiter d'elle-même ou son balai marcher tout seul. Le tribunal de Castellane, composé d'esprits forts, a vu dans cette affaire matière à emprisonnement : huit mois à Marcellin, six mois à Jean, trois mois à la femme du premier et à l'aîné de ses enfants. Le jugement, si nous en avons sous les yeux la traduction fidèle, n'établit pas cependant que la folie ait été simulée, et il n'y en a pas apparence. Le savant tribunal aura voulu essayer un peu du traitement moral. S'il a *ordonné* la prison au lieu de douches ou du pain sec, c'est par pure habitude. On ne peut qu'applaudir à d'aussi louables intentions, et s'il y a à chicaner, c'est uniquement sur le choix du moyen thérapeutique. N'aurait-on pas pu, par exemple, faire entendre aux prévenus un peu de musique ou leur faire jouer *l'Ours et le Pacha?* Nous nous en rapportons à M. Leuret.

Après tout, il ne faut pas trop s'apitoyer sur le sort des prévenus. Eux, du moins, en sont quittes pour quelques mois de prison, pendant lesquels ils pourront manger du pain et du fromage ou réciter des patenôtres tout à l'aise. Tant d'autres, pour pareil méfait, ont été rôtis!

— Un chimiste... non... un cordonnier, avait entendu dire que le camphre... non... le jalap convenait à certaines maladies. Il s'imagina que la même drogue devait les guérir toutes et se mit à en distribuer de gauche et de droite. Quelques guérisons ayant été par trop radicales, le bruit en vint aux oreilles du procureur du roi par la bouche du fossoyeur. Quelle fut la réponse du chimiste... je veux dire du cordonnier devant le tribunal correctionnel de Lyon : « C'est l'humanité qui m'a fait agir. » — Ils se ressemblent tous.

— Un médecin anglais, le docteur C..., annonce dans tous les journaux un ouvrage sur *la virilité*, sur les causes de son déclin prématuré, *avec des conseils complets pour sa parfaite restauration*.

Un médecin français a imaginé le moyen de procréer des enfants vigoureux, songeant sans doute, suivant le mot de ce philosophe, que si la vie a cent mille

nambules et les magnétiseurs, n'en sont pas moins blâmables. N'est-il pas déplorable, par exemple, de lire partout, à Madrid et ailleurs, d'énormes enseignes bornées à droite et à gauche par un plat à barbe, et portant : M. X..., *professeur de chirurgie et accoucheur*. J'appelle sérieusement l'attention de l'autorité sur un état de choses aussi odieux, afin qu'elle fasse disparaître aussitôt des annonces mensongères qui sont loin de disposer les gens du monde à accorder à la profession médicale l'estime et la considération qui lui sont dues. Je l'exhorte surtout à trancher dans le vif, et à révoquer l'ordre royal de juin dernier qui établit les chirurgiens *ministrantes*.

MÉDECINS ÉTRANGERS. — Pour exercer la médecine en Espagne, les médecins reçus dans des Universités étrangères doivent prouver qu'ils ont étudié *toutes* les matières du programme adopté par l'État, et subir les examens de la licence ou du doctorat, c'est-à-dire l'examen de *tentative* et les deux examens pratiques; il faut le dire, ces examens sont encore moins sérieux que ceux que soutiennent les candidats nationaux. On n'exige aucuns frais d'étude; mais les aspirants sont tenus d'acquitter les examens. A mon avis, il faut que l'on fasse subir, à Madrid comme ailleurs, aux praticiens étrangers qui demandent un diplôme de docteur ou de licencié, toutes les épreuves de réception, sauf celles qui concernent les deux baccalauréats ès lettres et ès sciences; toutefois, je pense que le gouvernement doit se réserver le droit d'accorder, *dans des circonstances rares, à la vérité*, la faculté d'exercer la médecine à des savants éminents que les tempêtes révolutionnaires ou d'autres motifs auraient forcés à s'expatrier : aurait-il donc fallu que Scarpa, Astley Cooper, Tomasini, etc., s'ils se fussent trouvés dans ce cas, eussent été obligés de s'asseoir à côté d'écoliers imberbes pour faire preuve d'une capacité déjà si bien établie? Ce ne serait pas digne de notre temps. J'adopte volontiers que, dans ces cas, et avant d'accorder la permission d'exercer, le gouvernement soit tenu de consulter la Faculté, l'Académie de médecine, et au besoin le Conseil d'État; ces avis préalables offriraient des garanties plus que suffisantes.

ACADÉMIES.

ACADEMIA MEDICA DE CASTILLA. — Cette Académie, composée d'une quarantaine de membres, tous docteurs en médecine ou médecins-chirurgiens, est la seule qui soit instituée par le gouvernement, dans le but de répondre aux consultations qui lui sont demandées par la junte de santé, sur des questions de médecine légale et d'hygiène publique. Convenablement organisée, elle pourrait rendre d'utiles services et se placer au même rang que les sociétés savantes du même genre établies dans la plupart des pays de l'Europe. Il n'en est pourtant rien, comme il sera aisé d'en juger par ce que je vais dire. Cette Académie n'a pas un local pour tenir ses séances, en sorte que celles-ci ont lieu dans une des chambres du vice-président; elle ne reçoit aucune subvention du gouvernement, ce qui est d'autant plus extraordinaire, que dans l'origine, et d'après les décrets, une partie des frais de réception des aspirants au doctorat était affectée à l'entretien de ce corps savant. Ses membres ne perçoivent aucun droit de présence; on n'y lit jamais de mémoires sur des points scientifiques, et par conséquent ses travaux sont exclusivement bornés à la discussion des rapports qui doivent être adressés à la junte de santé. L'intérêt qui s'attache à cette institution est tellement minime que les réunions sont fort rares, et qu'à peine voit-on quelques membres y assister lorsqu'elles ont lieu. Nulle part une réforme radicale n'est plus urgente, et je propose de la tenter comme il suit.

Article 1er. L'*Academia medica de Castilla* est composée de cinquante membres titulaires divisés en quatorze sections, savoir :

1re section	:	Pathologie et clinique interne.	6 membres.
2e	—	Pathologie et clinique externe	6 —
3e	—	Anatomie pathologique	3 —
4e	—	Thérapeutique et matière médicale	3 —
5e	—	Médecine opératoire.	3 —
6e	—	Médecine légale.	3 —
7e	—	Hygiène.	3 —
8e	—	Anatomie	3 —
9e	—	Physiologie	3 —
10e	—	Accouchements.	3 —
11e	—	Pharmacie.	5 —
12e	—	Physique et chimie médicale	3 —
13e	—	Histoire naturelle médicale	3 —
14e	—	Médecine vétérinaire	3 —

Art. 2. Lorsqu'il y aura une place vacante, l'Académie nommera au scrutin secret sur une liste de présentation, sur laquelle seront inscrits trois candidats au moins et six au plus. Le membre nommé devra nécessairement appartenir à la section où se trouve la vacance.

Art. 3. L'Académie se réunit une fois par semaine, dans un local fourni par le gouvernement; ses séances durent au moins deux heures et elles ont pour objet les discussions des rapports faits par les commissions et notamment ceux qui sont demandés par la junte de santé, les lectures des mémoires des académiciens et des personnes étrangères à l'Académie.

Art. 4. L'Académie publie tous les quinze jours les procès-verbaux de ses séances dans un recueil qui portera le titre de BOLETIN DE LA ACADEMIA MEDICA DE CASTILLA. Les travaux les plus intéressants sont recueillis ainsi que les mémoires originaux pour être publiés tous les deux ou trois ans, en un volume, sous le titre de MEMORIAS DE LA ACADEMIA MEDICA DE CASTILLA.

Art. 5. Chaque membre qui assiste aux séances reçoit un jeton de présence.

Art. 6. Le bureau de l'administration est composé du président, du vice-président, du secrétaire perpétuel et du secrétaire annuel.

Art. 7. La comptabilité, le contentieux et tout ce qui est du ressort de l'administration, sont confiés à un conseil qui prend le titre de *conseil d'administration*. Le bureau de l'administration en fait nécessairement partie. Il en est de même du secrétaire de ce conseil.

Art. 8. L'Académie nomme 10 associés étrangers, 100 correspondants nationaux et autant de correspondant étrangers.

ACADÉMIE CHIRURGICALE DE MADRID (*Matritense*). — L'origine de cette Académie, qui ne date que de fort peu de temps, reconnait une double cause, d'un côté l'insuffisance et même la nullité de l'Académie de Castille où rien ne se fait pour avancer la science et d'autre part l'impossibilité où se trouvent ceux qui n'ont que le simple titre de chirurgien de faire partie de cette Académie. Après avoir obtenu du gouvernement l'autorisation de se réunir, les chirurgiens de Madrid, au nombre de 130 environ, ont constitué de leur propre mouvement, et sans aucune subvention de l'État, une société qui ne manque pas d'avoir son importance, puisqu'elle tient plusieurs

---

issues, elle n'a qu'une entrée, et qu'il importe de la faire bonne. N'oublions pas d'ajouter que sa méthode *n'oblige pas à une continence pénible*.

Ces deux confrères feraient bien de pratiquer entre eux l'*entente* cordiale et de s'associer. L'un enseignerait à faire des enfans dans sa vieillesse, l'autre à les faire bien dodus. Il ne leur resterait plus qu'à trouver enfin le moyen de faire à volonté des garçons ou des filles.

L'ouvrage du docteur anglais est, du reste, digne d'un compatriote de ce fameux Thomas Parre, qui se maria à 120 ans, se livra jusqu'à 140 aux plaisirs de l'amour, et vécut un siècle et demi.

— En parcourant, ces jours derniers, les éphémérides de la révolution suisse, nous avons vu sans le moindre étonnement, parmi les nouveaux membres de la *constituante* de Genève, le nom de notre célèbre confrère le docteur Mathias Mayor. Quand on a porté la révolution dans des usages aussi généraux et aussi profondément enracinés que ceux de panser les plaies avec de la charpie et de prendre des bains dans des baignoires, ce doit être un jeu que de révolutionner une constitution suisse. Toutefois, nous l'avouons franchement, nous ne nous attendions pas à voir M. Mayor parmi les *modérés* : c'est pourtant ce que dit notre journal. Cette nouvelle nous a été on ne peut plus agréable. Certaines habitudes de *tachytomie* nous avaient d'abord effrayé sur le compte des populations helvétiques; mais il paraît que notre confrère garde toute son audace pour la pratique chirurgicale, et ne veut appliquer la guillotine qu'à l'amputation des membres.

— Le docteur Pedro Mata, professeur de médecine à la Faculté de Madrid, vient de publier le tome Ier de la deuxième édition de son TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE LÉGALES en trois volumes. Celui que nous avons sous les yeux traite des questions relatives au mariage, à la défloration, au viol, à la grossesse, à l'accouchement, aux naissances précoces et tardives, à la superfétation, aux âges, à la viabilité, à la supposition et à la suppression du part, à la paternité et à la maternité, à l'identité, aux maladies simulées, prétextées, etc., ainsi qu'à l'aliénation mentale. Ce traité, adopté par l'autorité supérieure pour les études des diverses Facultés de médecine d'Espagne, est l'œuvre d'un professeur instruit dont la parole est à la fois nette, incisive et élégante, et dont les écrits se font remarquer par une grande précision et une justesse de vue peu commune. La première édition a été écoulée presque en un clin d'œil; celle-ci, corrigée et considérablement augmentée, obtiendra, nous n'en doutons pas, les suffrages de tous les hommes éclairés.

— Il paraît que, lors de la discussion qui a eu lieu au sujet de la question des aliénés, le conseil général ayant reconnu la nécessité d'établir un nouvel hospice gratuit pour les paralytiques, les épileptiques et les aliénés, l'administration municipale vient de décider que la question d'un hôpital annexe de Bicêtre, dans le département de la Seine, serait étudiée, et qu'une proposition serait soumise à cet égard au conseil général dans sa prochaine session.

séances par mois (souvent même ces séances ont lieu trois fois par semaine), qu'elle publie tous les huit jours un journal qui a pour titre ARCHIVOS DE LA ACADEMIA QUIRURGICA MATRITENSE, et qu'elle s'est mise en communication avec 300 correspondants nationaux qui lui adressent des travaux scientifiques ou lui font connaître des actes d'exercice illégal de la médecine. Cette institution, présidée actuellement par le docteur Alarcos, me paraît grandement viable et déjà d'une utilité incontestable; je voudrais, pour en convaincre le lecteur, pouvoir lui donner une idée de la manière savante et scrupuleuse avec laquelle on y a discuté des questions scientifiques des plus ardues, notamment celle de l'accouchement provoqué qui l'a occupée pendant vingt-cinq séances. Les honorables membres qui composent cette assemblée se cotisent pour couvrir les frais. Le gouvernement ne la consulte jamais.

Il existe encore à Madrid deux autres sociétés savantes, la *Société médicale d'émulation*, non subventionnée, qui se réunissait souvent il y a quelques mois, et la *Société des élèves* ou l'*Académie d'Esculape*; celle-ci est présidée par un professeur de la Faculté ou par un élève qui en est vice-président; elle se réunit trois fois par semaine et l'on y discute des mémoires, des observations, etc.

DE L'INSTRUCTION SECONDAIRE ET PRIMAIRE.

Il faut reconnaître que le décret du 17 septembre 1845 a singulièrement amélioré l'état de l'*instruction secondaire* en Espagne; jusque-là les règles étaient telles qu'il était impossible de regarder les études comme offrant quelque chose de sérieux. Il me suffira, pour le prouver, de dire qu'un élève pouvait avoir terminé ses études classiques à l'âge de 13 ans; aujourd'hui l'on n'est admis dans les colléges qu'à l'âge de 10 ans accomplis, et l'on ne peut se présenter aux examens du baccalauréat que dans la 16ᵉ année. J'ajouterai que l'exposé des motifs qui précède le dispositif de ce décret, dû aux soins éclairés du ministre de l'intérieur, M. Pidal, contient les vues les plus élevées et les plus justes sur la nécessité d'une réforme de l'instruction publique et notamment de l'instruction secondaire, ainsi que sur les moyens de l'opérer. J'admets aussi que, sous beaucoup de rapports, les dispositions adoptées sont parfaitement conçues et favorables à la liberté de l'enseignement; mais il est évident que l'on ne s'est pas encore suffisamment préoccupé de l'importance des études classiques, et que leur durée se trouve par trop réduite, vu le nombre considérable de matières que l'on enseigne : d'où il résulte nécessairement que l'on force les enfants à étudier des sciences par trop abstraites à un âge où elles ne sauraient être comprises. De toutes les réformes à introduire, celle qui consiste à prolonger le temps des études secondaires et à mieux le distribuer me paraît la plus urgente, comme il est aisé de s'en convaincre en lisant le programme que j'ai inséré dans ma première lettre. Ce n'est pas dans votre journal, monsieur, qu'un pareil sujet peut être développé et traité *in extenso*; je me propose de le faire bientôt ailleurs, me bornant ici à l'aperçu général que je viens de donner.

L'instruction primaire, organisée à peu près comme en France et par un décret qui a la plus grande analogie avec la loi du 28 juin 1833, laisse peu à désirer. Les écoles normales, instituées en grand nombre dans toutes les provinces, atteignent d'autant mieux leur but, qu'on ne cherche pas à y donner une instruction par trop élevée; on a compris qu'un moyen certain de fixer dans les petites communes les instituteurs qui sortent de ces écoles, c'était d'en faire des hommes suffisamment instruits et modestes, plutôt que des savants incomplets dont on aurait éveillé l'ambition outre mesure, et qui dédaigneraient de remplir les emplois auxquels ils sont destinés. Les écoles primaires élémentaires et les salles d'asile que j'ai visitées à Madrid, à Guadalajara et ailleurs, sont parfaitement tenues et fort bien dirigées; les enfants, en grand nombre, sont instruits dans des locaux vastes et bien aérés. Les maisons d'école déjà établies sont très-nombreuses.

J'ai demandé au gouvernement que le *chant* eût une plus grande part dans les exercices quotidiens, et que l'on plaçât à côté de chaque école normale un jardin où l'on ferait, pour les élèves instituteurs, un *cours pratique de culture des plantes* les plus importantes. Les avantages de cette mesure seraient incalculables dans un pays où l'agriculture attend de si notables améliorations.

Agréez, etc.

ORFILA.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur Rilliet (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc., etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

ARTICLE II. — DURÉE.

Les auteurs qui nous ont précédé, et nous-même dans notre TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, nous n'avons pas eu le soin de distinguer d'une manière exacte le rapport qui existe entre les circonstances au milieu desquelles la méningite prend naissance, et sa durée. C'est là cependant une question très-importante pour la pratique; car on ne peut pas porter un pronostic exact si l'on ne connaît pas approximativement la durée d'une maladie. Nous avons indiqué dans notre premier article quelle influence la durée des prodromes exerçait sur celle des symptômes aigus; mais pour envisager la question d'une manière plus générale, nous avons séparé en différentes catégories un grand nombre d'observations de méningites recueillies par nous et par d'autres, et nous en avons tiré les conclusions suivantes :

1° Lorsque la méningite est précédée des prodromes réguliers dont nous avons donné plus haut la description, elle ne dure presque jamais moins de quinze jours, et varie d'ordinaire entre quinze et vingt jours.

2° Lorsque la méningite débute sans prodromes d'une manière brusque et instantanée, sa durée est d'ordinaire de vingt à trente jours, rarement plus courte, à moins toutefois qu'il ne survienne quelque complication grave qui dérange la marche de la maladie. Lorsque, dans les mêmes circonstances, le début, au lieu d'être violent, est lent, insidieux, la durée est alors à peu près la même; quelquefois cependant elle est plus longue : alors elle dépasse trente jours, et peut aller même jusqu'à quarante-cinq jours et deux mois; mais ce fait est très-rare.

3° Enfin lorsque la méningite se développe dans le cours d'une phthisie confirmée, cérébrale, thoracique ou abdominale, sa durée est infiniment plus courte; de trois à huit jours en moyenne, très-rarement elle se prolonge jusqu'au douzième ou quinzième jour, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle dépasse ce terme.

On peut tirer des remarques précédentes cette conclusion générale, qui souffre cependant quelques exceptions, que la méningite a une durée d'autant plus longue que la maladie s'est développée dans un état de santé en apparence meilleur (1).

(1) Notre mémoire, faisant suite à celui que la GAZETTE MÉDICALE a publié au mois de janvier, était composé depuis plusieurs mois, lorsque, au moment de le livrer à l'impression, nous avons eu connaissance d'un travail de M. Legendre sur le même sujet. Nous avons été heureux de voir que cet honorable médecin avait adopté les deux divisions que nous avons établies, M. Barthez et moi, dans les affections tuberculo-inflammatoires des membranes cérébrales, méningite normale, méningite irrégulière et latente. Son travail confirme nos précédentes recherches; car les propositions principales qui y sont contenues avaient été déjà énoncées par nous et appuyées sur des faits incontestables.

1° La méningite régulière coïncide avec une tuberculisation peu avancée. (TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, p. 493, t. III.)

2° La méningite irrégulière ou latente coïncide avec une tuberculisation très-avancée. (*Loc. cit.*, p. 580, et GAZ. MÉD., janv. 1846.)

3° La méningite peut débuter dans le cours d'une santé en apparence parfaite. (TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, p. 493.)

Relativement à la fréquence proportionnelle de ce mode de début, je crois que l'opinion que nous avons jadis émise, M. Barthez et moi, et qui aujourd'hui est celle de M. Legendre, doit être modifiée. Les faits qui ont servi de base à mon premier mémoire, et ceux qui dès lors ont passé sous mes yeux, me font maintenir ma proposition, savoir, que le début à la suite de prodromes est le plus ordinaire. M. Legendre est trop bon observateur pour n'être pas de mon avis lorsqu'il aura recueilli quelques faits de méningite dans sa pratique particulière. Je crois qu'en étudiant de près les symptômes prodromiques, il sera également convaincu de leur identité avec ceux de la tuberculisation. De ce que ces phénomènes ne sont pas *univoques*, pour nous servir de son expression, il n'en résulte pas cependant qu'ils n'existent pas; et de ce qu'ils peuvent être confondus avec d'autres, on ne doit pas en tirer la conséquence qu'ils ne possèdent pas la valeur que je leur ai assignée.

4° Enfin cette quatrième proposition, que la tuberculisation est d'autant moins considérable que la santé est meilleure lors du début (GAZ. MÉDICALE, janv. 1846), a été de ma part l'objet d'un paragraphe spécial dans mon mémoire sur les prodromes de la méningite.

ARTICLE III. — DE L'INTERMITTENCE DANS LA MÉNINGITE.

Quelque fidèle que soit la description d'une maladie, elle ne peut en reproduire l'image complète. Aussi, bien que nous ayons tracé un portrait de la méningite aussi exact que possible, il est certaines particularités sur lesquelles nous n'avons pas suffisamment insisté, et qui doivent maintenant être l'objet d'un examen attentif.

Lorsque la méningite tuberculeuse est déclarée, elle suit en général une marche continue; mais presque tous les auteurs ont remarqué que plusieurs de ses symptômes offraient des rémissions remarquables, et que, dans certains cas, la maladie, prise dans son ensemble, suivait une marche intermittente. Ainsi Whytt dit en parlant de la fièvre (1) : « Dans d'autres cas, les paroxysmes reviennent assez régulièrement dans la soirée, et presque toujours alors la maladie a été prise pour une fièvre lente, nerveuse, irrégulière, ou pour une fièvre rémittente. » Odier affirme aussi que la fièvre du début prend quelquefois l'apparence d'une fièvre rémittente (2). Quin (3), parlant de l'intermittence des symptômes, s'exprime ainsi : « Medico cuidam quo non peritior alter, tales vidisse non nunquam contigit omnium signorum intermissiones, ut corticem peruvianum nec sine fructu interdum propineret. » Cheyne (4) trouve une grande analogie entre l'hydrocéphale aiguë et la fièvre rémittente des enfants. « L'hydrocéphale, dit ce médecin, ressemble à plusieurs espèces de fièvres, mais à aucune autant qu'à la fièvre aiguë, rémittente, des enfants. Cependant les symptômes particuliers à cette dernière maladie sont : 1° l'accès complet et régulier; 2° les évacuations fétides et colorées.

» Je dois reconnaître cependant, ajoute-t-il, que j'ai trouvé une ou deux fois dans la fièvre rémittente ce qu'on aurait pu appeler des matières hydrocéphaliques : une évacuation glaireuse vert foncé. »

Coindet (5) a souvent observé une rémission des symptômes qui peut induire en erreur : « Cette amélioration apparente et perfide a lieu, dit-il, sur la fin de la première période : on croirait que le malade n'a qu'une fièvre bénigne. Le mieux paraît s'établir, ce que l'on ne manque pas d'attribuer au traitement; mais tout à coup quelque symptôme nerveux paraît, le caractère de la maladie se prononce, et le malade est sans ressource. »

Hippolyte Cloquet (6) a reproduit les idées de Quin et de Cheyne en affirmant que la fièvre cérébrale des enfants est une fièvre pernicieuse, rémittente et ataxique; mais l'observation qu'il rapporte à l'appui de son opinion ne présente pas les caractères d'un méningite tuberculeuse.

Mareschal (de Nantes) partage les opinions de Cloquet, mais ses observations, bien que fort intéressantes, n'appartiennent pas non plus à l'hydrocéphalie aiguë (7).

M. Bricheteau (8) prouve que ceux qui ont décrit cette maladie sous le titre de fièvre hydrocéphalique, avec l'idée que c'était une affection cérébrale et périodique, ont confondu des exemples de fièvre rémittente et intermittente avec l'hydrocéphalie aiguë.

D'après M. Brachet (9), les symptômes de la première période prennent tous les soirs un accroissement bien marqué; ils s'exaspèrent et simulent un accès fébrile.

Les médecins que nous venons de citer n'ont guère mentionné que l'intermittence ou la rémittence du mouvement fébrile de la méningite; mais ils n'ont pas indiqué que d'autres symptômes pouvaient aussi suivre une marche intermittente qui donne à la maladie une physionomie toute spéciale.

M. Guersant (10) est le seul qui, en parlant de la *période chronique* de la méningite tuberculeuse, ait indiqué que la céphalalgie affectait, dans certains cas une forme intermittente remarquable. « Le malade, dit ce praticien, est pris de temps en temps de céphalalgie sus-orbitaire ou d'assoupissement et quelquefois même de symptômes de congestion cérébrale avec ou sans vomissements. Ces accès passés, il ne souffre plus de la tête et semble revenir à l'état de santé. La régularité de ces accès tierces ou quotidiens trompe souvent même l'homme de l'art le plus exercé, mais ces accès résistent à l'action des antipériodiques et sont bientôt suivis de symptômes cérébraux continus qui dissipent tous les doutes. » M. Guersant paraît croire que cette forme appartient exclusivement à la méningite chronique, tandis qu'elle peut se rencontrer aussi dans la méningite aiguë et constituer elle-même toute la maladie.

A l'époque où M. Barthez et moi publiâmes notre traité des maladies des enfants, nous n'avions recueilli aucun fait de cette espèce. Depuis lors j'ai eu l'occasion d'en observer un fort remarquable. Je le consigne ici *in extenso*, vu sa rareté.

(1) P. 234.
(2) *Mémoires sur l'hydrocéphale interne*, dans Mém. de la Soc. de méd., 1779, page 195.
(3) *De hydrocephalo interno*, dans Medicinæ praxeos systema de Verster, page 24.
(4) On hydrocephalus acutus, p. 34, essay III.
(5) Mémoire sur l'hydrocéphale, page 30.
(6) Nouveau Journal de médecine, t. I, p. 129, 1828.
(7) Même journal, t. IV, p. 298, 1819.
(8) Traité de l'hydrocéphale, p. 95.
(9) Essai sur l'hydrocéphalite, p. 68.
(10) Dict. de méd., F. G., p. 409.

ENFANT DE SIX ANS. — PRODROMES DE SIX SEMAINES; DÉBUT PAR UNE CÉPHALALGIE INTERMITTENTE DONT LES ACCÈS AUGMENTENT PROGRESSIVEMENT D'INTENSITÉ; ABSENCE DE VOMISSEMENT ET DE CONSTIPATION; SYMPTÔMES DE MÉNINGITE DANS LES DERNIERS JOURS. — MORT ET AUTOPSIE. — MÉNINGITE TUBERCULEUSE; PAS DE TUBERCULES CÉRÉBRAUX.

Obs. I. — Le nommé B..., âgé de 6 ans, garçon, est né de parents qui n'ont jamais eu d'affection cérébrale. Il a été nourri jusqu'à dix mois par une bonne nourrice. Cependant il était maigre lorsque ses parents l'ont repris; la seule maladie dont il ait été atteint est la scarlatine. Cet enfant est petit pour son âge, mais remarquable par son intelligence.

Dans le courant de l'année 1843, il a eu pendant deux mois des vomissements; il rejetait une fois chaque jour les aliments qu'il avait pris à son déjeuner. A cette époque, il ne présentait aucun autre symptôme. Les vomissements ont cessé; il s'est rétabli.

Trois mois plus tard (six semaines avant le début de la maladie), on a remarqué que l'enfant était maigre, triste, apathique, recherchait la solitude, cependant il continuait à aller à l'école. L'intelligence était parfaitement nette.

Dans le milieu de décembre 1843, il fut pris de céphalalgie par accès, et eut quelques rêveries la nuit. Dans les premiers jours, il ne se plaignait pas, afin, a-t-il dit plus tard, qu'on ne fit pas venir le médecin; cependant les douleurs devenant beaucoup plus vives, le docteur Bizot est appelé le 30 décembre.

Pendant plusieurs jours, il constate des accès de céphalalgie parfaitement intermittents, commençant à onze heures de l'après-midi et durant jusqu'à trois heures du matin. Dans les intervalles, l'enfant est dans un bon état de santé.

Pendant l'accès, la douleur de tête est frontale, très-intense, elle arrache à l'enfant des cris prolongés; il supplie qu'on lui serre la tête; les pupilles sont dilatées, la connaissance est intacte, la peau est chaude et sèche, le pouls accéléré et régulier; pendant l'apyrexie il bat 70 à 80. M. Bizot saisit à quelques reprises de légères irrégularités, l'intelligence est toujours parfaitement nette, sauf quelques rêveries dans la nuit. L'enfant joue dans son lit; il n'a *ni vomissement ni constipation*, ni aucun autre symptôme; l'appétit est conservé; en un mot il paraît bien portant. M. Bizot prescrit du sulfate de quinine qui diminue considérablement l'intensité de deux accès, mais n'a pas d'effets appréciables sur les autres, bien que les doses aient été augmentées.

Le 10 janvier 1844, à une heure, vingt-cinq jours environ après le début de la céphalalgie, je vois l'enfant avec le docteur Bizot. L'intermittence est depuis quatre jours moins bien accusée; cependant, au milieu des symptômes qui sont devenus continus, elle se dessine encore.

L'enfant est dans l'état suivant : Il a les yeux bleus, les cheveux blonds, les cils assez longs, la peau sèche et médiocrement fine, les membres grêles, la tête est bien proportionnée, il ne porte aucune trace d'affection scrofuleuse.

Il est couché dans le décubitus dorsal, un peu incliné à gauche, les cuisses ramenées sous le ventre. La face est pâle ou alternativement pâle et rouge, le facies exprime la souffrance, la chaleur est vive, le pouls régulier, peu développé, 124; la respiration est entrecoupée, irrégulière, à 36. L'enfant pousse de grands soupirs et de temps en temps des cris plaintifs prolongés. Il se plaint spontanément d'une vive douleur frontale, offrant les caractères susindiqués. Il est anxieux, mais il a toute son intelligence. La sensibilité tactile est généralement exagérée, les pupilles sont un peu grandes, mais bien contractiles. On n'observe pas d'autres symptômes cérébraux. L'abdomen est rétracté sans dureté; il n'y a pas de selles depuis vingt-quatre heures; la soif est vive.

L'accès de céphalalgie, qui avait commencé à une heure, dure jusqu'à minuit; alors l'enfant s'endort, mais il a du délire; il parle sans cesse de son école; le délire dure deux heures; il est remplacé par de la somnolence qui dure encore à notre visite du lendemain. Cette somnolence est légère, car, à une question que nous lui adressons, il se réveille, ouvre les yeux et nous répond avec une grande justesse. Le seul nouveau symptôme cérébral que nous constations est une photophobie peu prononcée. Le pouls est parfaitement régulier, à 116; peu de chaleur, peu de soif, une évacuation naturelle.

Les jours suivants, du vingt-huitième jour au trente-deuxième (jour de la mort), nous continuons à examiner le malade avec le plus grand soin; nous notons les modifications suivantes dans les symptômes.

Dès le vingt-huitième jour, la céphalalgie est moins vive, l'accès moins distinct que la veille; il en est de même les jours suivants. Le 31, le mal de tête a disparu. Dans la nuit, il a toujours du délire. Calme le vingt-huitième jour, très-agité les jours suivants; il se frappait la tête, poussait des cris aigus et violents. Le matin, le délire est remplacé par de la somnolence qui persiste pendant une partie de la journée, alternant avec des plaintes ou de l'agitation. A aucune époque, nous n'observons de coma, car la veille de la mort on pouvait le tirer de sa somnolence. Dans ce moment il était affaissé et ne poussait plus de cris aigus comme les jours précédents. Depuis le 29, les pupilles ont été tantôt également, tantôt inégalement dilatées et peu contractiles. La sensibilité nous a toujours paru exaltée. Deux ou trois fois il a grincé des dents, et le 29 seulement il a eu un peu de roideur dans les avant-bras. Aucun autre symptôme cérébral n'a existé durant le cours de la maladie; ils ont cependant été recherchés avec soin. Le

pouls a toujours été *régulier*, variant de 100 à 120, de plus en plus petit à mesure que la maladie faisait des progrès; la respiration souvent inégale, en général médiocrement accélérée; la rétraction du ventre a persisté à peu près au même degré jusqu'à l'avant-veille de la mort; alors elle a disparu, et l'abdomen est devenu un peu gros, mou et souple. Les circonvolutions intestinales se laissent pincer comme dans l'entérite chronique. Chaque jour il y a eu des évacuations, au nombre d'une ou deux, le plus ordinairement moulées, involontaires la veille de la mort seulement. Les urines ont toujours été involontaires. Les forces ont progressivement diminué et la maigreur a augmenté. Le facies a exprimé tantôt la somnolence ou l'abattement, tantôt la souffrance. La veille de la mort, les yeux étaient croûteux, les deux cornées couvertes de mucosités purulentes.

Le traitement a consisté dans l'administration du sulfate de quinine pendant trois ou quatre jours, puis de calomel. A l'époque où j'ai été appelé, nous avons soumis l'enfant à un traitement iodé, il a pris chaque jour une potion contenant un quart de grain d'hydriodate de potasse, le deuxième jour trois quarts de grain, le troisième un grain, le quatrième un grain et demi, et les deux jours suivants la même dose. En outre, au bout de quatre jours, on a joint à la potion des frictions avec une pommade contenant de 12 à 18 grains d'hydriodate de potasse; nous avions indiqué, dans le courant de l'observation, que le sulfate de quinine avait considérablement diminué l'intensité de deux accès. Le calomel n'a eu aucun effet appréciable sur les gencives. Quant au traitement iodé, non-seulement il a complétement échoué, mais nous n'avons pas remarqué qu'il ait eu la moindre influence sur les symptômes et la marche de la maladie.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort, par un temps froid. — Flaccidité des membres et du col; roideur des extrémités inférieures.

La tête est bien proportionnée; les fontanelles sont ossifiées; la dure-mère est tendue; après qu'on l'a incisée et renversée à droite et à gauche, on aperçoit les circonvolutions complétement effacées et tassées. Les anfractuosités ont disparu; la pie-mère n'est pas injectée, la substance grise est plutôt décolorée. On a grand'peine à détacher l'arachnoïde des circonvolutions cérébrales. Dans les points où on peut le faire, on constate qu'elles ne sont pas ramollies. La partie supérieure interne et externe des hémisphères n'offre ni granulations ni traînée purulente, tandis qu'à la base, au niveau du chiasma et sur la protubérance, les membranes sont épaissies, d'un blanc jaunâtre; elles s'enlèvent tout d'une pièce et ont plus de 2 millimètres d'épaisseur; elles sont un peu élastiques; en les examinant de près, on retrouve le feuillet de l'arachnoïde mince et poli, et au-dessous de lui, la pie-mère, évidemment épaissie et parsemée de points blancs et jaunâtres arrondis du volume d'un petit pois, et rappelant la poussière tuberculeuse. Les fausses membranes, après avoir macéré dans l'eau pendant plusieurs jours, sont un peu épaissies et gonflées. On distingue aisément les points blancs sus-décrits. Ils sont parfaitement arrondis; examinés avec une forte loupe, ils forment comme une tache foncée faisant relief sur les parties voisines.

Dans les scissures de Silvius, qui sont très-légèrement adhérentes, on ne trouve pas de fausses membranes, mais des granulations grises du volume d'une petite tête d'épingle; elles sont assez nombreuses. On en trouve d'autres offrant les mêmes caractères sur les côtés de la moelle allongée. Les ventricules sont très-dilatés; ils contiennent 4 onces de sérosité transparente (1). Les parois ventriculaires sont parfaitement saines sous tous les rapports. Partout la substance cérébrale est de bonne consistance; elle n'offre pas trace de tubercules.

Les *ganglions bronchiques* ont le volume d'une petite noix; ils sont tuberculeux et commencent à se ramollir.

La plèvre costale droite est adhérente par quelques lamelles celluleuses. A la partie moyenne et externe de ce poumon on trouve un groupe de granulations jaunes, unies entre elles par du tissu gris.

Les trois lobes à peu près également contiennent des granulations grises du volume d'une petite tête d'épingle. La substance pulmonaire est un peu violette et congestionnée.

Légère adhérence de la plèvre au poumon gauche, qui est violacé à l'extérieur, et dont le lobe inférieur est congestionné; ce poumon contient quelques rares granulations.

Le cœur et le péricarde sont sains. La rate est parsemée de granulations à l'extérieur; on n'en aperçoit pas dans le foie.

Les autres organes ne sont pas examinés.

Le diagnostic de la maladie pouvait offrir des doutes pendant toute la période où les accidents ont été franchement intermittents, et l'on pouvait croire à l'existence d'une fièvre intermittente céphalique aussi bien qu'à une affection cérébrale. Cependant, dès le moment où il avait été appelé, M. Bizot, frappé de l'intensité de la céphalalgie et d'une légère irrégularité du pouls, avait soupçonné une affection cérébrale. Plus tard, lorsque les symptômes sont devenus continus, nous ne pouvions avoir d'incertitude sur le siége de la maladie. Il était évident que nous avions affaire à une lésion de l'encéphale.

L'apathie, la tristesse et l'amaigrissement, survenus six semaines avant le début, indiquaient l'invasion d'une tuberculisation générale. Le diagnostic d'une maladie tuberculeuse établi, quel était le siége de la lésion? Occupait-elle les méninges ou le cerveau?

Me fondant sur la marche intermittente des accès de céphalalgie, sur l'absence de la constipation et des vomissements, sur la régularité assez habituelle du pouls, j'ai cru à l'existence d'un tubercule cérébral; plus tard, lorsque les accidents sont devenus continus, j'ai pensé qu'une méningite compliquait l'affection tuberculeuse du cerveau. La marche que la maladie avait suivie et la nature de la céphalalgie offraient en effet une grande ressemblance avec quelques observations de tubercules du cerveau publiées dans les recueils périodiques. Nous allons reproduire deux de ces faits comme éléments de comparaison.

Obs. — « Un garçon de 6 ans éprouve de violents accès de céphalalgie qui se renouvelaient d'abord tous les huit jours, puis deux fois la semaine. La veille du jour de l'accès, ce petit malade paraissait languissant et soupirait souvent dans la soirée. Il se réveillait de bonne heure le matin avec de vives douleurs de tête et des nausées qui le mettaient en quelques minutes dans un état de souffrance excessif. Il demandait qu'on lui serrât la tête, il vomissait; les pupilles étaient dilatées, insensibles à la lumière; le pouls était lent, faible et irrégulier. La douleur commençait au-dessus de l'œil et se propageait à l'occiput; lorsqu'elle était très-intense, la tête se renversait en arrière. Pendant quatre mois sa santé se montra parfaite dans l'intervalle des accès; plus tard il survint des accidents urétraux chroniques graves. A l'autopsie, on constata des tubercules cérébelleux (1). »

Une observation d'Abercrombie offre la plus grande analogie avec la précédente.

Obs — « Un enfant de 9 ans commença à se plaindre de la tête dans le mois de janvier 1821. Cette céphalalgie revenait tous les jours, et était ordinairement accompagnée de douleurs vers l'ombilic. L'accès durait communément d'une demi-heure à deux ou trois heures: c'était d'abord vers les deux heures du matin que la céphalalgie se montrait; elle durait en général environ une heure, mais sa durée se prolongea progressivement jusqu'à trois ou quatre heures. Les accès retardèrent aussi progressivement, et vinrent enfin à cinq heures de l'après-midi; ils ne parurent pas plus tard. L'accès revenait ordinairement chaque jour, et se manifestait habituellement par des vomissements. Pendant l'accès, la douleur était si intense qu'elle rendait l'enfant incapable d'aucun exercice; mais pendant le reste de la journée, il avait toute sa gaieté, se livrait à ses jeux et ne se plaignait d'aucune douleur.

» Les accidents durèrent ainsi pendant six mois. Au commencement de juillet, il fut pris de fièvre et de douleurs intestinales qui le retinrent au lit; la céphalalgie devint alors continue, et il y eut de fréquents vomissements. Quelques jours après les vomissements cessèrent; il continuait cependant à avoir de la fièvre avec une céphalalgie permanente considérable. A la fin du quinzième jour de l'invasion de la fièvre, il périt subitement sans coma ni aucune affection des sens.

» Ouverture du cadavre. — Le cerveau ne présentait aucune lésion, et il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules. Le lobe gauche du cervelet contenait deux tubercules du volume de grosses noisettes. Une autre tumeur semblable se trouvait entre les deux lobes. Ces tumeurs étaient denses et sphériques, et présentaient intérieurement une consistance caséeuse et une couleur jaunâtre.

» Il existait dans la poitrine des adhérences étendues; mais la substance des poumons était assez saine. Il y avait dans l'abdomen de légères adhérences entre les viscères (2). »

Chez ces deux enfants, comme chez celui dont nous avons rapporté l'histoire, la céphalgie était régulièrement périodique, remarquable par son intensité, et laissait, lorsqu'elle avait disparu, le jeune malade dans un état de santé satisfaisant. Dans les trois cas aussi, les accidents cérébraux, d'abord intermittents, sont ensuite devenus continus.

La seule différence que l'on puisse remarquer dans ces maladies qui offrent une si grande similitude est une différence de durée. Dans les deux cas où la céphalalgie a été le symptôme d'un tubercule cérébral, elle s'est reproduite pendant plusieurs mois, tandis que dans le cas qui nous appartient sa durée a été beaucoup plus courte.

Lorsque la céphalalgie se montre sous forme d'accès aussi violents que ceux dont notre malade était atteint, elle est, en général, accompagnée de vomissements, quel que soit l'état du cerveau, que l'on ait affaire à une méningite, à un tubercule cérébral, ou à une simple migraine. Dans notre observation, il en a été autrement: le vomissement, ce symptôme si fréquent de la méningite, a manqué; et cependant l'enfant y semblait prédisposé plus

(1) M. Pyrame Morin, chimiste distingué de Genève, a bien voulu faire une analyse approximative de ce liquide; il a constaté qu'il était incolore, légèrement acide, produisant facilement de l'ammoniaque par son contact avec l'air. Il contenait: acide phosphorique libre, albumine et matière gélatiniforme, peu de chaque; matière animale précipitable par l'acétate de plomb, trois fois plus que des autres substances.

(1) Traité des mal. des enf., t. III, p. 562.

(2) Abercrombie, p. 245.

que tout autre, puisqu'il avait vomi pendant deux mois longtemps avant le début de l'affection cérébrale. Il est remarquable que la constipation, qui accompagne presque toujours les vomissementts, a aussi manqué. L'absence de ces deux symptômes et la nature de la céphalalgie font de notre observation un fait assez exceptionnel pour nous justifier d'être entré dans d'aussi longs détails.

MÉDECINE PRATIQUE.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE ; par M. HASPEL, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Mascara.

Dans un travail sur l'hépatite (inséré dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE MILIT.), j'ai essayé de tracer une histoire générale des symptômes, des causes et du diagnostic de ces hépatites si insidieuses, à marche si obscure, qui se développent dans les pays chauds. J'ai surtout cherché à fixer l'attention des praticiens sur la coïncidence remarquable des abcès hépatiques si fréquents sous notre climat de l'Algérie avec la phlegmasie de la partie inférieure du canal digestif; j'ai suivi alors l'hépatite, selon son caractère aigu ou chronique, dans tous les points du foie qu'elle a occupés, au centre de l'organe, à sa surface concave, à ses bords.

Étudiant aujourd'hui la question des tumeurs du foie sous un point de vue essentiellement pratique, je borne particulièrement mon travail à l'étude des inflammations partielles qui ont leur siége à la surface convexe du foie. Les occasions si nombreuses qui se présentent ici d'observer ces hépatites partielles et la nécessité où l'on se trouve d'opérer dans ces cas les abcès du foie qui en sont souvent la suite m'ont fourni la matière de ce travail que je divise en trois parties. Dans la première partie, je rapporte des observations pathologiques et tire des conclusions relatives au diagnostic différentiel des diverses tumeurs qui peuvent se présenter à la surface extérieure du foie. Dans la troisième, je m'occupe spécialement de la thérapeutique : je cherche à apprécier quelle est la meilleure méthode pour donner issue au pus et jusqu'à quel point il est permis d'espérer la guérison. Je ne préjuge rien des mêmes maladies en France où, lorsqu'elles existent, elles offrent en général moins de gravité, une complication moindre et par conséquent plus de chances de guérison. En Afrique, les abcès du foie sont quelquefois énormes ou disséminés en différents endroits de ce viscère; en France, au contraire, ils sont ordinairement plus circonscrits, plus solitaires, toute la matière est renfermée dans un seul foyer; ils reconnaissent plus particulièrement pour cause une violence extérieure ; en Afrique ils sont ordinairement *spontanés* (1), et la cause qui leur a donné naissance continuant à agir, il n'est pas étonnant que nous n'ayons pas obtenu les mêmes succès que certains praticiens de la France, puisque nous n'avons eu que trois guérisons sur huit opérés.

Une autre cause d'insuccès particulière à ce pays, c'est que la maladie ne se développe ou du moins ne devient apparente le plus souvent qu'à la suite de diarrhée ou de dyssenterie grave, de sorte que le début échappe facilement à la sagacité du médecin; quand donc après des opérations jugées nécessaires les chirurgiens verront leurs soins aboutir à tant d'insuccès, je leur aurai sauvé ce doute affreux par lequel j'ai été poursuivi d'abord, savoir que la mortalité est indépendante du chirurgien, mais tient à une disposition particulière introduite dans l'organisme par le climat, disposition qui donne à la maladie beaucoup plus de gravité.

Ces circonstances et d'autres encore, malgré les remarquables mémoires de Petit fils et de Morand publiés il y a plus d'un siècle et les vives lumières jetées par les travaux modernes, nous ont déterminé à publier ce petit travail; si nous parvenons, à l'aide des faits qu'il contient, faits entièrement neufs, à élucider quelques-uns de ces points de la science encore si obscurs, nous croirons n'avoir pas fait une œuvre complétement inutile.

TUMEUR FAISANT SAILLIE A L'HYPOCONDRE DROIT ET A LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE SANS TROUBLE DANS LES FONCTIONS DIGESTIVES, SANS MOUVEMENT FÉBRILE; LE QUINZIÈME JOUR FLUCTUATION; APPLICATION DE LA POTASSE CAUSTIQUE; SUPPRESSION DE LA SUPPURATION VINGT-CINQ JOURS APRÈS L'OUVERTURE DE L'ABCÈS. (Observation recueillie dans mon service par M. Meunier, chirurgien sous-aide.)

OBS. — Kèbres, soldat au 1er régiment de la légion étrangère, entre à l'hôpital de Mascara le 12 mars 1845. Depuis six jours environ il éprouve une douleur obtuse à l'hypocondre droit, qui est tendu et présente un développement anormal. La main y reconnait un corps dur, arrondi, lisse, qui semble avoir son point de départ derrière les côtes et se confondre avec la substance du foie, qui se termine en pointe un peu au-dessus de la région ombilicale et sur la même ligne et varie dans les diverses positions. La percussion de cette tumeur ne fait percevoir aucun frémissement particulier. Du reste, ces symptômes locaux ne sont accompagnés d'aucun trouble digestif, d'aucun mouvement fébrile.

Cet homme, d'un tempérament robuste, a toute la fraîcheur de la santé; aussi dès son entrée à l'hôpital, malgré sa tumeur, fut-il tenu à un régime peu sévère.

Cependant la tumeur devient de jour en jour plus considérable; elle forme bientôt une saillie très-apparente à la région épigastrique; sa base se circonscrit en même temps et le sommet s'avance en pointe ; elle a une forme oblongue et n'adhère pas à la peau.

Vers le huitième jour, la fluctuation, quoique encore obscure, était facilement perçue. Les téguments extérieurs étaient tendus, mais sans rougeur. La suppuration paraissait avoir son siége dans le lobe gauche du foie. (Frictions mercurielles, cataplasmes sur la tumeur.)

Le 24 mars, la fluctuation est encore obscure, néanmoins M. Haspel fut d'avis d'appliquer immédiatement la potasse caustique, et il nous fit observer à cette occasion combien il était dangereux de laisser faire des progrès à ces tumeurs.

Les jours suivants, continuation des cataplasmes émollients jusqu'au 1er avril, jour de la chute de l'escarre. Il sortit alors du foyer une grande quantité, un litre au moins, d'un liquide offrant d'abord l'apparence de lie de vin, puis bientôt épais, crémeux, sans odeur.

Un soulagement immédiat suivit cette évacuation. On pansa la tumeur ouverte simplement avec de la charpie, ayant soin de tenir les bords de l'incision écartés à l'aide d'une mèche.

La suppuration continue plusieurs jours sans offrir de changement remarquable, néanmoins sa quantité diminue graduellement; la matière devient plus séreuse et sans fétidité; on abandonne son expulsion aux seuls efforts de la nature.

Le 25 avril, le foyer est complétement tari ; on se borne à exercer une douce pression sur les bords de la plaie, à l'aide d'un bandage de corps; les bords se rapprochent et une cicatrice solide s'établit; mais on sent encore à travers la peau, à l'endroit de l'abcès, un bourrelet dur et saillant. Quelques frictions mercurielles le diminuèrent; cependant il n'avait pas encore disparu lorsque Kèbres sortit, le 9 mai, de l'hôpital.

Voilà donc un sujet qui ne présentait aucune trace de mouvement fébrile, aucun trouble dans la respiration et les sécrétions, aucun dérangement dans les fonctions digestives, point de dyssenterie, ni de diarrhée ; qui ne se plaignait que d'une douleur vague obscure dans la région épigastrique, et cependant chez cet homme existait une hépatite avec suppuration.

Cette absence de symptômes caractéristiques, qui pourra paraître extraordinaire en France, est très-commune dans ce pays où des troubles vraiment remarquables ne commencent à se manifester que dans la dernière période de la maladie (1); mais c'est surtout lorsqu'elles sont partielles que ces inflammations se dévelopent lentement, sans fièvre, sans douleur, avec un peu de gêne seulement. Les symptômes sont si peu tranchés alors que les malades s'en aperçoivent à peine ; ce n'est qu'au bout de quinze, vingt jours et plus qu'ils commencent à y faire attention. Si on abandonne à eux-mêmes ces engorgements, ils restent stationnaires pendant vingt-cinq, trente jours et plus et se terminent par résolution ou par suppuration. Cette dernière terminaison est assez commune.

Dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, il était facile de constater à l'épigastre une tumeur dure, à surface égale, lisse; elle ne pouvait avoir son origine dans les parois de l'estomac. Les tumeurs de cet organe ont ordinairement un développement moindre; de plus, il existe toujours des troubles digestifs plus ou moins prononcés. Elle n'avait pas pour siége non plus l'épiploon ; car la tumeur eût été située plus bas et au-dessous du bord tranchant du foie.

Sa position à gauche au-dessus du bord inférieur du foie ne pouvait non plus faire supposer la tumeur formée par la vésicule distendue par la bile; en considérant, au contraire, sa forme, sa position sur la convexité du foie, sa circonscription inférieurement par un bord tranchant, sinueux, ses mouvements qui sont intimement liés à ceux du foie, on avait autant de caractères qui ne permettaient pas de méconnaître une tumeur formée par le parenchyme hépatique. Le point difficile n'était donc pas de reconnaître si la tumeur était formée par le foie, mais de déterminer quelle était la nature de l'altération dont cet organe était le siége.

Elle pouvait être produite par une hypertrophie du foie, une dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, un kyste séreux ou hydatifère, une inflammation partielle du foie tendant à la suppuration. Quant à l'hypertrophie partielle du foie, si elle existe, elle doit être fort rare en Afrique, puisque je ne l'ai pas rencontrée une seule fois depuis sept ans que j'habite ce pays; l'hypertrophie de tout l'organe, au contraire, est un phénomène presque général chez l'homme qui a habité l'Afrique quelques années. Serait-ce une tumeur squirrheuse? Outre qu'elles sont rares ici, il n'est pas

(1) Cette expression de *spontanés* que nous employons ici ne veut pas dire qu'il n'y a pas de cause, elle signifie seulement que cette cause, quelle qu'elle soit, nous échappe dans la plupart des cas.

(1) RECUEIL DE MÉD. ET DE CHIR. MIL., t. LV et LIII.

ordinaire de voir les dégénérescences squirrheuses se développer d'une manière aussi rapide. Dans l'encéphaloïde, on le sait, la fluctuation n'est pas réelle : c'est une fausse fluctuation, une fluctuation fongueuse ; dans l'abcès, au contraire, elle est plus évidente. La marche de la maladie, dans ces cas, le caractère des accidents, la considération des phénomènes concomitants, serviront encore à déterminer la nature de l'altération.

Les tumeurs hydatiques ou autres sont peu communes ici relativement aux abcès qui peuvent attaquer cet organe ; la percussion, d'ailleurs, offrira un frémissement particulier dû aux oscillations des hydatides. La rapidité de la marche de la maladie, la fréquence des cas analogues en ce pays, tout nous portait à croire à l'existence d'une phlegmasie du tissu hépatique ; mais, dira-t-on, l'inflammation donnerait lieu à un mouvement fébrile plus ou moins intense. Or, chez notre malade, le pouls n'avait pas été ébranlé. Mais ne voyons-nous pas tous les jours en Afrique se former une collection purulente dans le foie sans qu'elle ait été précédée d'une phlegmasie bien caractérisée? On la voit même se développer chez des individus qui jouissent de toutes les apparences de la plus belle santé, et j'ai rapporté un grand nombre de faits de cette nature dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET CHIRURGIE MILITAIRES. La fièvre a moins de complications, ne se manifeste guère que vers la fin de la maladie ; elle est ordinairement produite par la résorption purulente, et offre tous les caractères de la fièvre hectique. En outre, cette phlegmasie du foie avec tendance à la suppuration, qui est très-rare sous notre climat tempéré de la France, est, au contraire, très-commune en Afrique. Dans le doute, il y aura donc mille probabilités en faveur de l'existence d'un abcès.

RÉCIDIVES NOMBREUSES DE DIARRHÉE; COUP DE PIED AU-DESSUS DE L'OMBILIC ; SUPPURATION DU FOIE; OUVERTURE DE L'ABCÈS A L'AIDE DE LA POTASSE CAUSTIQUE; OUVERTURE TRÈS-ÉTROITE; TRAJET FISTULEUX. (Observation recueillie sous mes yeux dans le service de mon collègue Martenet, médecin ordinaire.)

OBS. — H., soldat au 1er régiment de ligne, âgé de 26 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, rapporte qu'étant venu de France à Alger au commencement de l'année 1839, il fit un court séjour dans cette ville et arriva à Oran, où il ne tarda pas à être atteint d'une diarrhée opiniâtre. En décembre 1840, il fut de nouveau repris par la diarrhée. En janvier 1841, détaché au blokhaus d'Abd-el-Kader, il reçut d'un de ses camarades un coup de pied au-dessus de l'ombilic; il tomba à la renverse, et éprouva une vive douleur pendant une heure. Cette douleur cessa bientôt, et il reprit ses occupations ordinaires.

Le 10 avril, nouvelle invasion de la diarrhée. Envoyé le 18 à Mers-el-Kebir, il reçut de fortes averses, et dès cet instant la diarrhée fut supprimée. Bientôt se déclara une douleur à l'épigastre; elle devint si violente que le malade ne pouvait *se tenir debout*. Il était obligé de *marcher courbé ;* il éprouvait dans cette région des tractions violentes de haut en bas.

Le quatrième jour, une saignée et quatre ventouses scarifiées calmèrent un peu la douleur, et le lendemain 23 avril, le malade arriva à l'hôpital. Il présentait un léger gonflement à l'épigastre ; on appliqua pendant dix jours des cataplasmes émollients. Pendant ce temps une douleur se développa au point douloureux ; la respiration devint un peu gênée et la défécation impossible, tant les essais pour aller à la selle augmentaient la douleur.

Le 4 mai, une friction de pommade stibiée rougit la peau et fait sortir des boutons ; on continue les cataplasmes jusqu'au 13. Alors la tumeur avait acquis le volume du poing, et la fluctuation se faisait sentir.

Le 13, on applique la pommade caustique. Trois jours après, chute de l'escarre ; irruption d'une quantité considérable de pus ; cessation subite des douleurs. Ce pus, de couleur lie de vin, sortait tantôt très-fluide, tantôt très-épais.

Le 25 mai, la suppuration est de moins en moins abondante ; la tumeur est entièrement affaissée ; l'étendue du foyer diminue tous les jours, et chaque jour aussi la mèche qu'on introduit pénètre moins profondément que la veille. Dans les premiers jours de juin, il reçut un congé de convalescence; il n'était pas encore complétement guéri de sa blessure.

Cette observation présente un exemple remarquable de la lenteur qui préside quelquefois au développement des abcès du foie ; en effet, ce n'est guère que lorsqu'une tumeur se montra, que la fluctuation commença à se faire sentir, qu'on put préciser d'une manière plus certaine la nature de la maladie. Boyer avait déjà remarqué que ce n'est quelquefois qu'au bout de plusieurs mois que ces abcès se manifestent par des signes non équivoques, et si l'on veut remonter aux premières époques de la maladie du foie qui les a précédés, on compte quelquefois plus d'une année : tel est le cas d'un marin que j'envoyai en 1841 dans le service de M. Hutin, chirurgien principal. Il avait habité plusieurs années le Sénégal, où il avait contracté, nous dit-il, une affection du foie. Depuis cette époque, l'hypocondre droit était resté le siége d'une tumeur assez remarquable, et il éprouvait, à des intervalles plus ou moins éloignés, des douleurs très-vives dans la région hépatique qui s'accompagnaient chaque fois d'ictère. M. Hutin ayant reconnu une fluctuation évidente, fit avec un bistouri droit l'ouverture de l'abcès; il en sortit une quantité énorme de pus. Mais la fièvre hectique s'étant déclarée quelques jours après, le malade succomba avec tout le cortége des symptômes qui annoncent la résorption purulente.

Le caractère particulier qu'affecte la douleur dans ce cas pourrait bien tenir à la formation d'adhérences entre le foie et la paroi abdominale, et l'observation citée par Pringle me semble être dans le même cas. Je fus témoin, dit-il, d'un fait d'abcès du foie fort singulier par la grande difficulté qu'avait le malade à respirer, car il ne pouvait pas du tout se tenir *couché de son long, mais il s'appuyait sur les genoux et sur les mains* (1).

Si le pus eût été crémeux, bien lié, homogène comme dans les observations suivantes, on eût pu conserver du doute sur le lieu de son origine; mais la couleur fortement lie-de-vin de la matière purulente qui a été signalée comme particulière aux abcès du parenchyme hépatique est dans ce cas un signe caractéristique propre à nous mettre sur la voie ; car il est arrivé bien souvent que, croyant avoir affaire à un abcès dans la substance du foie, on a trouvé le foyer purulent dans la tunique péritonéale, soit entre le foie et les parties voisines, soit dans le ligament large. Il est assez commun d'ailleurs, ici, que les abcès auxquels donne lieu l'inflammation, soit aiguë, soit chronique du foie, se forment, non dans sa substance, mais dans le tissu cellulaire qui l'environne. Si l'on remonte alors plus haut dans l'histoire de la maladie, il est rare que l'on n'arrive pas à découvrir la préexistence des désordres dont le foie a été le siége antérieurement. Quoi qu'il en soit de la précision du point primitivement malade, les ravages que produisent ces abcès péribépatiques n'en sont pas moins à craindre. Deux fois à l'autopsie, j'ai rencontré de semblables suppurations que j'avais prises pour des abcès développés dans la substance même du foie. Dans un de ces cas, sous la face inférieure du foie, entre cet organe, le duodénum et la portion transverse du colon, dans le tissu cellulaire qui entoure les gros vaisseaux de cet organe, existait un abcès parfaitement circonscrit, complétement enveloppé par une membrane encore molle et friable, paraissant de formation récente.

Il n'y a, dit Morand (2), d'abcès en aucune partie qui, lorsque l'ouverture est faite, demande aussi peu et pendant aussi peu de temps, l'usage des onguents digestifs. La nature étant débarrassée de ce qui l'opprimait, le vide considérable se remplit avec une vitesse surprenante. Un des malades à qui l'on tira près d'une chopine de matière hépatique fut guéri, cicatrice entièrement faite en vingt-trois jours. C'est aussi ce qui arriva dans notre première observation ; dans la seconde, au contraire, nous avons eu une fistule ; or ces fistules, une fois formées, ne guérissent que lentement, après un temps assez long, lorsque l'affection qui a déterminé le développement de l'abcès a complétement cessé, la peau se recolle, reprend son aspect normal et l'ouverture fistuleuse se cicatrise. Il faut donc, autant qu'on le peut, s'opposer à ce résultat, et, selon Petit le fils, le seul moyen est de faire de larges ouvertures ; c'est presque toujours, dit-il, pour n'avoir pas ouvert suffisamment qu'il reste des fistules, et c'est en cela qu'il ne faut pas toujours s'en rapporter à la nature : elle procure rarement des ouvertures convenables.

Citons quelques faits à l'appui de l'opinion de Petit le fils; nous ne négligerons pas non plus, chemin faisant, ceux qui viennent infirmer cette opinion ; nous comparerons ces faits avec les nôtres, et nous tâcherons d'arriver, à la fin de ce travail, à une conclusion générale qui résume autant que possible la question.

Il se présenta, dit Pringle (3), un cas d'abcès du foie assez remarquable par la situation de l'abcès, qui était tout à fait sur le côté gauche de la ligne blanche; on fit néanmoins l'incision, et il en sortit une grande quantité de pus. Le malade fut soulagé, mais l'opération ayant été peut-être un peu trop longtemps différée, il mourut bientôt après. En ouvrant le corps, on trouva que l'incision avait pénétré dans le foie, mais *qu'elle était trop petite pour évacuer toute la matière.*

Petit le fils (4) rapporte qu'un homme fut plusieurs mois incommodé de la jaunisse, avec dégoût et fièvre accompagnée de douleurs médiocres et de dureté à la région du foie : la jaunisse et autres symptômes disparurent; la douleur et la dureté diminuèrent; mais la région du foie, qui jusqu'alors n'avait pas été saillante, s'éleva de jour en jour ; la saillie de la tumeur et la fluctuation indiquaient la nécessité d'en faire l'ouverture ; le malade n'y voulut pas consentir : il survint une inflammation à la peau, qui se gangrena; l'escarre s'étant séparée, la tumeur s'ouvrit ; on proposa au malade d'agrandir l'ouverture, mais le malade ne put s'y résoudre ; je la dilatai avec l'éponge et je fis des injections : malgré ces moyens, je ne pus obtenir un écoulement facile, *la plaie resta fistuleuse*, et le malade fut enfin con-

(1) OBSERV. ET CONSIDÉRAT. SUR LES MALADIES DES ARMÉES, Pringle.

(2) Mémoire de Morand SUR LES ABCÈS DU FOIE, inséré dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE.

(3) Pringle, OBS. ET CONSID. SUR LES MALADIES DES ARMÉES.

(4) Petit le fils, MÉMOIRES DE CHIRURGIE.

traint de se résoudre à une *incision* par laquelle il fut guéri radicalement après deux mois de pansements et de soins.

On a vu, dit Boyer (1), ces abcès s'ouvrir spontanément; mais, dans ce cas, l'ouverture *étant trop petite* pour permettre au pus de s'écouler librement, la plaie est restée fistuleuse, et le malade exposé à tous les inconvénients de la résorption du pus.

Un point important à considérer pour éviter ces fistules, c'est d'avoir le soin d'appliquer la potasse au centre même de la tumeur. Quand le fond de l'abcès est parallèle, ou à peu près, à l'ouverture extérieure, la guérison est rapide; mais lorsqu'il est éloigné, le pus ayant un long trajet à parcourir pour arriver à l'ouverture extérieure, il se forme une fistule longue à guérir.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

SUITE.

II. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février et mars 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'efficacité de lavements purgatifs copieux dans certaines formes de constipation obstinée, avec une série d'expériences sur le vivant et sur le cadavre, entreprises dans le but de déterminer jusqu'où les liquides peuvent être injectés par l'anus dans les intestins*; par M. Alfred Hall. 2° *Remarques sur un cas d'infanticide présumé*; par M. Rankin. (L'auteur montre par des faits que lorsque l'accouchement s'effectue en peu d'instants, la vie de l'enfant peut être compromise par l'imprudence de la mère qui ne s'attendait pas à une aussi prompte délivrance, sans que pour cela on doive qualifier l'événement d'infanticide.) 3° *Cas de chirurgie, avec réflexions*; par M. Syme. 4° *Sur le pouvoir curatif de l'huile de ricin dans les affections de la muqueuse intestinale, suivi de remarques sur quelques particularités de l'action thérapeutique de l'huile de croton*; par M. Spencer Thomson. 5° *Phthisie noire, ou ulcération produite par l'accumulation charbonneuse dans les poumons des ouvriers employés aux mines de charbon*; par M. Makellar. 6° *Cas d'ulcération et de perforation de l'estomac*; par Samuel Lawrence. 7° *Cas de fracture compliquée du crâne; séparation de la suture coronale; hémorrhagie provenant de l'artère méningée moyenne; exfoliation étendue des deux tables; guérison*; par M. King. On arrêta aisément l'hémorrhagie par une compression légère; mais, comme elle reparut sept jours après, on se décida à diviser complétement l'artère en travers dans la plaie même, ce qui prévint tout saignement ultérieur.) 8° *Observations de contusions immédiatement mortelles par un coup de poing porté sur la tête*; par M. Wharrie. (Trois cas de mort subite ou presque subite à la suite d'un coup de poing, et où l'autopsie ordonnée par l'autorité judiciaire, démontra l'existence d'un épanchement sanguin abondant dans le crâne.) 9° *Sur certaines maladies puerpérales*; par M. Samuel Lawrence. 10° *Note sur les maladies régnantes à Sanghae (Chine)*; par M. Lockhart. 11° *Observations montrant les avantages de l'amputation de la jambe faite à la partie moyenne*; par M. Lawrie.

SUR L'EFFICACITÉ DES GRANDS LAVEMENTS PURGATIFS DANS CERTAINES FORMES DE CONSTIPATION OPINIATRE; par le docteur ALFRED HALL.

La question traitée dans cet article se rattache à une autre question bien vieille et bien controversée, celle de savoir à quelle hauteur du tube intestinal peuvent pénétrer les liquides injectés par l'anus. L'opinion la plus répandue est qu'ils peuvent monter jusqu'à la valvule de Bauhin, sans jamais la dépasser; suivant d'autres auteurs, ils ne traversent jamais l'S iliaque. Cette diversité d'opinions devait nécessairement amener des différences dans le mode d'emploi des lavements; et en effet, si l'on consulte sur ce point les ouvrages de médecine pratique, on y trouve les assertions les plus variées sur les effets des lavements et la quantité de liquide qu'il peut être utile d'injecter. Cette question a surtout occupé les médecins anglais. Le docteur Christison, dans la dernière édition de son DISPENSATORY, dit que « si l'on se propose de vider l'intestin (*the gut*; il est probable que l'auteur n'a en vue ici que le rectum), le lavement ne doit pas être de moins de 16 onces ou une pinte. » Le docteur Burns, dans la huitième édition de son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENT, sans déterminer précisément la quantité de liquide à injecter en cas de constipation, distingue cependant entre les matières accumulées dans le rectum et celles qui sont encore contenues dans le colon. Contre ces dernières, il conseille de les amener d'abord dans le rectum, au moyen de laxatifs administrés par la bouche, puis de les chasser au dehors par des lavements. Il suppose donc que ces derniers ne pénètrent que peu ou point dans le colon. Suivant le docteur Anthony Thomson (ÉLÉMENTS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE, deuxième édition), le volume d'eau à injecter suivant les différents âges est d'une pinte pour un adulte et de 3 onces seulement pour un enfant. L'inefficacité des lavements tient souvent à ce qu'ils n'atteignent pas la partie obstruée du canal; car, ajoute le même auteur, ils dépassent rarement l'S du colon. Le docteur Denman (dans son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENT, quatrième édition) insiste également sur l'inutilité des lavements dans certains cas d'endurcissement des matières fécales, et n'en conseille l'emploi qu'après avoir divisé ces matières par des moyens mécaniques et pour en entraîner les fragments. A ces auteurs, partisans, comme on voit, des lavements à petites doses, on peut en opposer d'autres, en Angleterre même, qui conseillent au contraire d'abondantes injections, notamment MM. Graves (de Dublin), et Marshall-Hall. Ce dernier s'exprime à cet égard d'une manière très-catégorique. « Si l'on veut laver le colon, dit-il (PRACTICAL OBSERVATIONS, etc.), il convient d'employer la seringue de Read; *trois pintes* d'eau chaude seront suffisantes. L'injection doit être faite aussi lentement que possible..... De cette manière, l'intestin ne se distend qu'après avoir été rempli; son action péristaltique est excitée à la longue par la distension même, et, se contractant énergiquement dans toute sa longueur, il chasse d'un seul coup les matières accumulées. »

Il serait facile d'extraire des ouvrages de médecine français, particulièrement des traités d'accouchement et de thérapeutique, des exemples de la même diversité d'opinion, bien qu'en général les lavements à haute dose soient d'un usage commun en France, comme l'atteste l'emploi assez répandu des douches ascendantes. Nous nous bornerons toutefois aux citations précédentes, moins connues de nos lecteurs, et qui ont d'ailleurs servi de point de départ, ou, pour mieux dire, de prétexte aux recherches du docteur Hall.

Voulant enfin savoir à quoi s'en tenir sur cette double question de physiologie et de thérapeutique, le docteur Hall entreprit une série d'expériences propres à déterminer la hauteur à laquelle peuvent parvenir dans le tube digestif les injections pratiquées par l'anus, et, spécialement, la quantité de liquide que peuvent contenir les gros intestins. Voici, en abrégé, la relation des expériences rapportées dans son travail.

La *première* a été faite sur un cadavre. On put injecter facilement, au moyen de la seringue de Read, cinq ou six pintes d'eau mucilagineuse très-claire. Les gros intestins étaient complétement remplis. Le liquide avait même franchi la valvule iléo-cœcale.

Le sujet de la *seconde expérience* était un homme affecté d'un rétrécissement du rectum. Un tube élastique fut porté jusqu'au-dessus de ce rétrécissement; l'on pratiqua l'injection après avoir eu soin de constater par la percussion la vacuité des colons transverse et descendant. Cinq pintes d'un liquide huileux furent ainsi introduites, et la percussion, de nouveau pratiquée, donna un son mat sur toute l'étendue des colons.

La *troisième expérience* fut faite sur un jeune garçon vigoureux nouvellement guéri d'un anévrisme poplité. Le ventre ayant été préalablement percuté, et le cœcum, aussi bien que les trois portions du colon, ayant donné un son clair, le sujet fut placé horizontalement sur le côté gauche, et trois pintes de liquide furent injectées. Alors, on éprouva de la résistance, et l'injection ne put être portée plus loin. La percussion fit reconnaître que ce liquide avait pénétré jusqu'à l'union des colons transverse et descendant. Le sujet fut placé sur le côté droit, dans le but de s'assurer si le liquide ne se porterait pas du côté du colon ascendant et du cœcum; et, en effet, une nouvelle percussion donna un son obscur dans les régions correspondantes où l'on remarquait une distension manifeste, tandis que la région du colon descendant donnait maintenant un son clair. Trois nouvelles pintes de liquide furent injectées, et après que le sujet eut uriné deux fois, le son devint clair sur toute l'étendue du cœcum et des colons jusqu'à l'S iliaque.

Dans la *quatrième expérience*, une malade affectée de chlorose reçut par l'anus sept pintes d'un liquide huileux, avec addition de sel, qui furent gardées de quinze à vingt minutes. L'évacuation qui s'ensuivit remplit un bassin entier. La percussion pratiquée avant et après l'injection prouva encore que les gros intestins avaient été remplis. L'auteur resta même convaincu qu'une bonne partie du liquide avait pénétré dans les intestins grêles, s'appuyant sur ce fait que la distension de l'abdomen était très-considérable et uniforme, et sur le résultat de l'expérience suivante, qui établit que trois pintes de liquide suffisent à remplir les gros intestins.

La *cinquième expérience* a été faite sur un cadavre. La paroi abdominale ayant été préalablement ouverte, on put suivre de l'œil le cours du liquide injecté. Quand trois pintes eurent pénétré, les gros intestins se trouvèrent remplis et distendus. La distension diminua bientôt, le liquide s'étant

(1) Boyer, PATHOLOGIE CHIRURGICALE. DES ABCÈS DU FOIE.

épanché lentement dans la cavité péritonéale. Une observation attentive fit découvrir dans le *cæcum* et l'*iléon* plusieurs ulcérations dont deux étaient accompagnées de perforation ; d'où il résulte que le liquide avait franchi la valvule de Bauhin.

Dans la *sixième et dernière expérience*, faite également sur un cadavre, huit pintes d'eau furent injectées sans difficulté : le liquide parcourut toute la longueur des intestins et remplit même une portion de l'estomac ; une incision cruciale des parois abdominales avait permis de suivre rigoureusement, à travers les parois intestinales, la marche du liquide.

— Le premier fait qui résulte de ces expériences est que, sur le cadavre, un liquide poussé par l'anus peut non-seulement remplir les gros intestins, mais franchir la valvule de Bauhin, circuler dans toute la longueur des intestins grêles et remonter jusque dans l'estomac. Ce résultat matériel n'a rien qui doive étonner, et, pour notre part, nous n'aurions pas cru bien téméraire d'affirmer *à priori* qu'un liquide poussé par une force mécanique à l'extrémité inférieure d'un tube *inerte* (comme est le tube intestinal d'un cadavre) et supposé exempt de rétrécissement, pût arriver de proche en proche jusqu'à l'extrémité supérieure. Il suffit de jeter les yeux sur la valvule iléo-cœcale pour être convaincu qu'elle est par elle-même, et en l'absence de toute contraction des fibres circulaires de la portion intestinale voisine, incapable d'opposer un obstacle sérieux à un liquide poussé par une force mécanique.

Sur le vivant, le résultat des expériences de M. Hall n'est plus aussi clair. De ce que dans la quatrième, où sept pintes de liquide avaient été injectées, la distension de l'abdomen était uniforme ; de ce que, dans une autre expérience faite sur un cadavre, trois pintes avaient suffi à remplir les gros intestins, il conclut que chez le sujet (vivant) de cette quatrième expérience le liquide avait pénétré en partie dans l'intestin grêle. Mais d'abord l'uniformité de la distension est moins significatif au point de vue dont il s'agit que ne l'eût été la matité générale de l'abdomen ; et précisément les résultats de la percussion ne sont notés qu'en ce qui concerne l'état des gros intestins. Ensuite, comment l'auteur n'a-t-il pas remarqué que dans la troisième expérience, faite également sur un sujet vivant, cette même quantité de trois pintes n'avait rempli le gros intestin que *jusqu'à l'union du colon transverse et du colon descendant*, c'est-à-dire dans un tiers environ de sa capacité totale. Dans la seconde expérience, *cinq pintes* remplirent les colons, mais il n'est pas dit qu'elles aient fourni la moindre quantité de liquide aux intestins grêles. Rien donc n'autorise à fixer à trois pintes la quantité d'eau que peuvent contenir les gros intestins, et, partant, de ce qu'un sujet en a reçu plus de trois pintes, on ne peut en conclure, *ipso facto*, qu'il en ait pénétré une partie dans les petits intestins.

Ces remarques ne tendent pas à contester absolument la possibilité, chez un sujet vivant, de porter un liquide jusqu'au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il est présumable qu'avec un effort un peu considérable, on y parviendrait chez quelques-uns ; car, nous le répétons, la valvule ne nous paraît pas constituer à elle seule un obstacle invincible. Mais ce qu'on sait de l'effet ordinaire des lavements autorise à croire que la présence d'une grande quantité de liquide dans les colons et le cœcum détermine, dans la partie inférieure de l'iléon, des contractions qui, en rétrécissant le calibre de l'intestin, permettent le plus souvent à la valvule de l'oblitérer complétement. Au moins pouvons-nous affirmer que le contraire n'est nullement établi par les expériences de M. Hall.

La troisième expérience, en même temps qu'elle montre la possibilité d'injecter dans les gros intestins, chez certains sujets, jusqu'à six pintes de liquide, vient jusqu'à un certain point confirmer la vue physiologique que nous venons d'émettre. Trois pintes de liquide ayant été injectées, une résistance invincible se fait sentir ; le sujet est tourné du côté gauche sur le côté droit, et trois nouvelles pintes pénètrent sans difficulté. Comment attribuer au seul changement de position un dégagement si subit des voies intestinales? Adaptez une seringue à l'extrémité d'un tube recourbé ; est-ce que les différentes inclinaisons que vous donnerez à ce tube modifieront en quelque chose la facilité avec laquelle l'eau y sera poussée par le piston ? Il est plus naturel de penser que le changement de position du malade aura déterminé un relâchement momentané des fibres intestinales contractées, et permis au liquide de tomber dans les colons transverse et descendant. Pour ces raisons et pour d'autres encore, tirées de la présence des fèces et de gaz contenus dans les intestins, du plus ou moins de facilité avec laquelle leur quantité même ou la sensibilité du tube digestif permet de les refouler en sens contraire de leur cours physiologique, il nous paraît difficile de déterminer, même approximativement, la quantité de liquide qu'on pourra, chez un sujet donné, administrer en lavement.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES POPLITÉS ; par M. SYME.

Le traitement de ces anévrismes par la compression a, depuis quelque temps, repris en Angleterre une faveur marquée, et de nombreuses guérisons tendent à faire révoquer l'arrêt qui, jadis, avait presque généralement été porté contre cette méthode thérapeutique. Après avoir plusieurs fois rapporté dans nos colonnes de ces exemples de succès, il ne sera pas inutile de donner à son tour la parole à un adversaire de la compression ; et nous le faisons ici d'autant plus volontiers que la modération de ses paroles ajoute un nouveau poids à l'autorité qui s'attache à son nom. J'ai aujourd'hui, dit M. Syme, lié quinze fois l'artère fémorale pour des anévrismes poplités, sans qu'aucun accident ait suivi l'opération. On m'a beaucoup blâmé de n'avoir point adopté, au lieu de la ligature, la méthode rajeunie de la compression, et je n'ai pas échappé au reproche *d'ignorance* pour avoir dit que ce qu'on donnait comme un procédé nouveau avait depuis longtemps été rejeté de la pratique après un grand nombre d'essais faits avec soin. Je pense que si l'on voit plus d'anévrismes poplités guérir par la compression aujourd'hui qu'autrefois, c'est seulement parce qu'on applique plus souvent ce mode de traitement ; mais je sais que des revers ont eu lieu dans des circonstances où ils n'ont pu être attribués ni à l'impéritie ni à la négligence de l'opérateur. Le chirurgien d'un grand hôpital me disait dernièrement qu'il persévéra pendant un mois dans l'emploi de la compression, plein de confiance dans l'efficacité de ce moyen, mais qu'il fut enfin obligé de se rendre aux instances de son malade et de pratiquer la ligature. Je ne prétends ici blâmer aucun de ceux qui préfèrent la compression à la ligature, mais je réclame seulement pour moi, avec beaucoup d'autres chirurgiens, le droit de continuer à préférer l'opération et de dire que, bien exécutée, elle constitue un moyen de guérison moins pénible et tout aussi sûr.

DES SINUS FISTULEUX DÉPENDANT D'UNE EXFOLIATION DES OS DU BASSIN ; par M. SYME.

Depuis vingt ans déjà M. Syme a été à même d'observer et de publier plusieurs faits de ce genre. L'intérêt qu'il s'efforce particulièrement d'appeler sur eux vient des lumières que leur connaissance peut jeter sur le diagnostic et le traitement des maladies qui, trop souvent, demeurent méconnues et sont pour cela considérées comme incurables. D'après ce qu'a vu M. Syme, il paraît que la nécrose de l'ischion et du pubis peut survenir, vers les points où s'insèrent les muscles extenseurs et adducteurs de la cuisse, par suite d'exercice musculaire trop considérable ou d'une violence extérieure. Or la portion d'os mortifiée étant emprisonnée au milieu de tissus denses et fibreux peut entretenir un écoulement purulent pendant un temps indéfini, sans être éliminée. Dans un cas, il a vu cet état se prolonger durant six ans ; dans un autre durant cinq ans, et épuiser les malades au point de les rendre incapables de tout travail et de menacer sérieusement leur existence. L'extraction du séquestre guérit promptement ; et l'on voit souvent se rétablir par ce moyen en quelques semaines des malades qu'on croyait sur le bord de la tombe et que la gravité des symptômes faisait considérer comme affectés de carie des vertèbres ou de coxalgie. Les nouvelles observations que M. Syme fait aujourd'hui connaître ont pour but de mieux apprendre au praticien comment il pourra distinguer, parmi ces trajets fituleux des parois pelviennes, ceux qui sont curables de ceux qui ne le sont pas.

OBS. I. — John Robertson, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital d'Édimbourg le 13 décembre 1845, réduit à un état d'épuisement extrême par un écoulement abondant de pus qui se faisait à travers de petites ouvertures situées à la partie inférieure de l'abdomen et en haut de la cuisse. Il offrait tous les symptômes du *tabes dorsalis*, pâleur, émaciation, faiblesse, etc. La suppuration qui souillait ses vêtements était d'une fétidité insupportable. Il raconta que seize mois auparavant, étant en pleine santé, il s'était occupé pendant trois jours à charger des voitures de sable, et qu'il ressentit alors de violentes douleurs dans les cuisses, principalement à la partie interne. Au bout de deux mois, il s'était formé peu à peu, au-dessous de l'aine gauche, une petite tumeur qui, après deux autres mois, s'ouvrit et donna issue à une abondante quantité de suppuration. D'autres ouvertures se formèrent spontanément à l'hypogastre, et ne purent être fermées par aucun traitement.

M. Syme ne trouvant aucune différence de longueur entre les deux membres inférieurs, et ne reconnaissant pas les signes de la carie vertébrale, ou d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale, soupçonna qu'il s'agissait d'une nécrose de l'os iliaque vers l'insertion des muscles adducteurs et des fléchisseurs. En introduisant une sonde par l'ouverture de la cuisse, il sentit en effet distinctement une portion d'os mortifiée. Il agrandit alors le sinus avec le bistouri, et y ayant porté le doigt, il trouva le foyer circonscrit par des parois très-denses. Moitié en incisant avec un bistouri courbe boutonné, moitié en faisant agir le doigt, il obtint un espace suffisant pour extraire deux pièces d'os nécrosées, longues l'une d'un pouce, l'autre d'un pouce et demi, et larges de la moitié de cette dimension. Elles étaient formées de tissu spongieux ou celluleux, et l'une d'elles parut avoir fait partie de la tubérosité de l'ischion. La cavité, soigneusement explorée, ne contenait plus aucune parcelle osseuse.

La suppuration diminua presque immédiatement, et en quelques jours elle devint tellement peu abondante qu'elle n'occasionnait plus aucun inconvénient. Le malade reprit ses forces ; et se sentant tous les jours redevenir aussi bien qu'il

eût jamais été, les ouvertures ne laissant plus couler qu'un léger suintement, il voulut retourner dans son pays, n'étant pas resté à l'hôpital quatre semaines entières depuis le jour de l'opération.

Obs. II. — Alexander Paterson, âgé de 18 ans, fut admis à l'hôpital le 20 janvier 1845, pour un rétrécissement de l'urètre. Huit mois auparavant il avait reçu sur le bassin le choc d'une pièce de fer très-pesante qui tomba sur lui. Il s'ensuivit un épanchement urineux, puis une gangrène étendue du périnée, et au bout d'un mois il sortit une pièce d'os. La plaie se ferma graduellement, mais il se déclara en même temps une difficulté d'uriner, qui alla en augmentant. A la longue, l'urine cessa de couler par les voies naturelles, et elle sortait presque toute par une fistule au périnée située à droite, près de l'os coxal, au centre de la cicatrice résultant de la plaie contuse.

M. Syme reconnut l'existence d'un rétrécissement très-étroit au niveau du bulbe. Il parvint en peu de temps à y passer une petite bougie, mais il ne l'introduisit pas jusque dans la vessie, parce qu'une large cavité qui se trouvait derrière le rétrécissement aurait rendu incertaine la marche de l'instrument au delà. A la fin cependant, ayant pu faire pénétrer une bougie plus volumineuse, il la porta dans la vessie; mais il rencontra dans le passage un corps dur, n'offrant pourtant pas le son d'une pierre, et que par conséquent il jugea être une pièce d'os.

Le 5 février, il passa d'abord dans la vessie un petit cathéter cannelé, puis fit par l'extérieur une large incision sur le côté gauche du périnée. Il se décida à inciser, parce que le sinus qui s'ouvrait à droite aurait été trop long et trop tortueux pour pouvoir admettre l'instrument qui devait aller à la recherche de l'objet à extraire. Poussant ensuite le doigt à travers les tissus denses et épaissis, l'opérateur sentit une pièce d'os logée au milieu d'une cavité à parois de dureté cartilagineuse; après avoir suffisamment dilaté le trajet, il amena au dehors deux sequestres, ayant ensemble 2 pouces de longueur et un de largeur. Ils paraissaient avoir appartenu à la symphyse du pubis.

L'opération une fois terminée, le patient avoua qu'il avait jusque-là beaucoup souffert pendant qu'il urinait, mais qu'il n'en avait pas parlé de crainte que ce symptôme ne fût regardé comme nécessitant une opération. Il se trouva parfaitement bien à partir du moment de l'extraction des séquestres, et quitta l'hôpital le 10 mars.

Observations montrant les avantages de l'amputation de la jambe faite a la partie moyenne; par M. Lawrie.

Depuis les recherches statistiques de MM. Arnal et Martin (voy. Gaz. Méd. 1841, p. 669) et le bon mémoire de M. Tavignot (*ibid.*, 1840, p. 545), il demeure très-catégoriquement établi que la mortalité est beaucoup moindre après l'amputation sus-malléolaire de la jambe que lorsque ce membre a été coupé au lieu dit d'élection. Mais une objection adressée à l'amputation sus-malléolaire empêche encore plusieurs chirurgiens de l'adopter pour tous les cas : c'est la crainte, exprimée notamment par Larrey et M. Gimelle (voy. Gaz. Méd. 1841, p. 670 et 731), que la jambe artificielle qu'on adapte ensuite ne puisse permettre une station debout aussi prolongée que le pilon dont les amputés au lieu d'élection tirent, sous ce rapport, un usage si utile en y appuyant le genou fléchi. C'est cette crainte dont M. Lawrie a eu, dans ce mémoire, en vue d'examiner et de discuter les motifs; son travail est donc un plaidoyer en faveur de l'amputation au quart inférieur, mais un plaidoyer présenté avec tant de modération que l'opinion contraire y occupe sa place et y fait valoir ses droits avec une entière liberté : gage d'impartialité qui n'est pas l'un des moindres arguments en faveur des conclusions qui le terminent.

Le fond de ce mémoire se compose de vingt-quatre observations d'amputations de la jambe, racontées spécialement afin de montrer comment les individus se servaient de leur membre après l'opération. M. Lawrie a vu par lui-même le plus grand nombre de ces sujets; il n'en est guère que trois ou quatre sur l'état desquels il n'ait eu que des renseignements indirects. Or il divise ces observations en trois séries, savoir :

1° Cas d'amputation au milieu ou au-dessous du milieu de la jambe, où les opérés ont conservé, en marchant, l'usage des mouvements du genou.

Treize cas composent cette première classe. Tous les opérés se servaient d'un membre artificiel recevant le moignon dans une cavité sans exercer de pression sur lui, et allant prendre son point d'appui sur le genou, la cuisse et l'ischion. La plupart marchaient très-bien, faisaient aisément plusieurs lieues dans la journée. Un homme âgé de 60 ans, amputé depuis quatre à cinq ans, montait à cheval, jouait l'hiver sur la glace, et à la moisson s'amusait à lier des gerbes.

M. Lawrie a attaché une grande importance à prier tous les opérés de lui dire s'ils préféraient marcher avec un membre artificiel s'adaptant au moignon, ou porter le genou fléchi sur un pilon. Un seul, dans cette première série, répondit qu'il aurait désiré être amputé plus haut; mais il faut noter que, malgré ces regrets, il marchait très-bien et faisait son métier de scieur de long aussi commodément qu'avant l'opération. Il faut aussi remarquer que, chez lui, le lambeau tégumentaire antérieur s'étant mortifié après l'amputation, la cicatrice de cette partie du moignon était faible, adhérente à l'os et sujette à s'excorier. A cette unique exception près, tous les autres ont déclaré s'accommoder bien mieux de cette manière de marcher; plusieurs ne pouvaient comprendre qu'on s'assujettît à faire reposer le poids du corps sur le genou toujours fléchi. Un homme, employé à construire des roues de moulins, amputé depuis huit mois au tiers inférieur, marchait et travaillait sans fatigue avec un membre artificiel de son invention. Interrogé s'il n'aurait pas mieux aimé marcher à genou sur un pilon : « Quoi! répondit-il avec une énergie caractéristique, quand le Tout-Puissant m'a donné un genou, a-t-il entendu que je renoncerais de mon plein gré à m'en servir? » — La première observation contient surtout à cet égard des données positives, parce qu'il s'agit d'un homme fort intelligent, et qui, amputé vers le milieu de la jambe, essaya successivement de divers moyens de prothèse. Ainsi, désirant marcher aussitôt que possible après l'opération, et ayant entendu dire que la cicatrice ne pourrait pas supporter le contact d'une jambe artificielle, il se procura d'abord un pilon ordinaire avec lequel il marcha le genou fléchi : mais ce fut, disait-il, le pire et le plus fatigant de tous les mécanismes qu'il ait ensuite employés. Les moindres cahots lui étaient très-pénibles, et il ne pouvait vaquer à son état (agent d'une société pour les approvisionnements). Il prit en second lieu un pilon court emboîtant le moignon, mais dépourvu de pièce propre à prendre un point d'appui sur la cuisse. Malgré ses imperfections, ce support lui procura un immense soulagement; il le trouvait léger et usait librement de son genou. Bientôt il y fit ajouter une partie fémorale qui répartit sur deux points distincts le poids du corps. Enfin, s'étant procuré un membre artificiel pourvu d'un pied, il ne tarda pas à lui reconnaître, sur les autres mécanismes, une préférence motivée et par l'apparence plus satisfaisante qu'y gagna la partie, et par la solidité qu'apportait la plus grande largeur de la base de sustentation.

2° Cas d'amputation au-dessus du milieu de la jambe, où les opérés ont conservé, en marchant, l'usage des mouvements du genou.

Par ces observations, au nombre de cinq, l'auteur a voulu prouver que l'on peut adapter le membre artificiel nouveau à des moignons extrêmement courts, et conserver les mouvements du genou même à ceux qui ont été amputés au lieu d'élection. Il cite, entre autres, un M. J. (de Glasgow), qui, à l'âge de 20 ans, eut la jambe coupée immédiatement au-dessous du genou; on lui fit porter quelque temps un long pilon avec la jambe pliée. Maintenant il se sert d'un membre artificiel qui porte partie sur les condyles du tibia, partie sur la cuisse; mais quoiqu'il marche très-bien et qu'il puisse rester sur ses jambes un jour entier, il déplore beaucoup la brièveté de son moignon, qui l'empêche de pouvoir ajuster facilement sa mécanique. — Une jeune femme de chambre, amputée il y a sept ans immédiatement au-dessous du genou, s'était d'abord servie d'une béquille que, comme toutes les femmes, elle préférait au long pilon. Elle a pris actuellement un membre artificiel; mais, comme le précédent malade, elle regrette qu'on n'ait pas laissé à son moignon plus de longueur.

Les autres sujets de cette série, ayant eu la jambe coupée moins haut, ont conservé presque toutes les fonctions du membre et de l'articulation fémoro-tibiale.

3° Cas d'amputation faite immédiatement au-dessous du genou où le membre opéré repose sur le pilon ordinaire avec le genou fléchi.

Les individus de cette troisième catégorie, au nombre de six, appartiennent à des professions pénibles; on y compte un scieur de long, un boulanger, un ouvrier aux carrières, un chauffeur de machine à vapeur, un maçon et un plâtrier. Ils disent tous qu'ils marchent parfaitement et font de 4 à 30 milles (de 5 à 40 kilomètres) dans un jour. L'un d'eux surtout a étonné sous ce rapport M. Lawrie. Plâtrier de son état et âgé de 50 ans, il avait eu, à 19 ans, la jambe coupée au lieu d'élection. Avec son pilon commun, il montait une échelle simple, se tenait sur les échafaudages avec la plus grande aisance. Il marchait sur une solive ou sur une planche de 3 pouces de largeur, sans la moindre crainte de tomber, et pouvait soulever des fardeaux aussi lourds qu'un autre homme. Je n'ai jamais vu, ajoute l'auteur, aucun amputé de jambe remplir ses occupations avec aussi peu de gêne que celui-ci.

Plusieurs malades se plaignaient d'excoriations plus ou moins fréquentes du moignon.

On n'a pas manqué de demander à ces six individus s'ils n'aimeraient pas mieux avoir l'usage de leur genou. Deux ont répondu que oui, quoiqu'ils marchassent bien. Un troisième, amputé à 3 pouces au-dessous du genou, conservait les mouvements de cette jointure. Cependant, quoiqu'il pense qu'il vaut mieux avoir l'usage du genou, et que le sien joue en effet librement, il ne marche qu'avec un pilon et le genou fléchi. Lui, ainsi que les autres sujets de cette classe, sont d'avis que ce mode de progression et de

sustentation est le meilleur pour un homme qui est employé à de rudes travaux.

Il faut noter ici que les malades, dans ce cas, ne conçoivent pas la possibilité de garder les mouvements du genou en se contentant d'un pilon court; ils croient qu'il faudrait pour cela se faire confectionner et porter une jambe et un pied artificiels; et le prix élevé de cet appareil, ainsi que l'embarras de le fixer, influent toujours sur leur manière de juger.

Après avoir passé en revue ces trois séries d'opérés, l'auteur, formulant ses conclusions, établit qu'un membre artificiel emboîtant le moignon et laissant le genou mobile, convient à trois classes de personnes : d'abord aux femmes, à cause de la vie et des occupations sédentaires qui leur sont habituelles, et parce que, dans la station assise, un long pilon trahirait infailliblement leur infirmité; en second lieu, aux hommes riches ou aisés, qui sont absolument dans les mêmes conditions que les femmes; enfin, à ceux qui ne sont pas employés à des travaux fatigants ni assujettis à lever de lourds fardeaux. Quant aux individus dont la profession les astreint à un exercice pénible et à l'obligation de soulever des charges pesantes, la question devient moins facile à trancher. Il résulte cependant des exemples cités plus haut que, lorsque le moignon est *suffisamment long*, les surfaces osseuses *bien recouvertes par la peau*, et le membre artificiel *confectionné de manière à fournir un point d'appui solide et réparti sur plusieurs surfaces*, on doit préférer le mode de sustentation où le genou peut continuer à agir (1).

Quant à l'opération elle-même, M. Lawrie n'a pas dressé de statistique pour connaître la mortalité qui en résulte; il affirme seulement qu'il n'est pas venu à sa connaissance qu'un malade soit mort par suite de l'amputation de la jambe à la partie inférieure.

La longueur à donner au moignon est encore un point digne d'attention. Il est bien positif que plus on se rapproche du cou-de-pied, moins sera grand le danger attaché à l'opération. Mais, d'un autre côté, comme l'observation trop rigoureuse de ce précepte exposerait à couper trop près des parties malades, que les lambeaux formés de téguments altérés pourraient être frappés de gangrène et rendre ultérieurement la cicatrice moins solide, comme enfin plusieurs mécaniciens prétendent que les appareils de prothèse sont moins faciles à fixer sur de longs moignons, l'auteur pense qu'il suffit de couper la jambe un peu au-dessous de sa partie moyenne, sans attacher beaucoup d'importance à descendre plus bas.

— On ne peut qu'applaudir aux considérants comme au texte de ces conclusions, et l'étendue de notre analyse témoigne assez de notre entière adhésion aux principes qu'elles contiennent. Nous n'avons rien à ajouter : bien plus, nous ne pensons pas qu'un chirurgien consciencieux puisse désirer sur cette matière une solution plus absolue que celle à laquelle M. Lawrie a cru devoir se borner. Il y aurait cependant peut-être deux remarques à faire en faveur de l'emploi des jambes artificielles avec conservation du jeu du genou. La première, c'est que ce mode de prothèse est le seul qui, dans les observations de M. Lawrie, ait été préféré ouvertement par un opéré qui avait pu essayer successivement les deux; la seconde, c'est que les amputés qui marchent le genou sur un pilon, ne sont réellement pas compétents, ne sauraient avoir voix pour décider quelle est la meilleure méthode de sustentation, puisque leur articulation tibio-fémorale roidie ou ankylosée par l'habitude d'une longue flexion ne leur permettrait que bien difficilement d'adopter la jambe artificielle, pour l'usage de laquelle il est évident que la mobilité de cette jointure est indispensable.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le docteur G. Moij'disovics, premier chirurgien de l'hôpital impérial de Vienne, offre à l'Académie un exemplaire de son ouvrage, intitulé : Darstellung einer sicheren und schnellen Heilmethode der Syphilis durch Iodpraeparate, ou Exposé d'une méthode sure et rapide de traiter la syphilis par les préparations d'iode. M. le docteur Moij'disovics prie l'Académie de vouloir bien nommer une commission chargée d'expérimenter sa méthode et de vérifier les résultats qu'il annonce.

M. le Président propose, au nom du bureau, à l'Académie de souscrire pour les inondés de la Loire au moyen de l'abandon d'un jeton de présence.

Sur la proposition de M. Gaultier de Claubry, vivement appuyée, l'Académie décide par acclamation qu'elle fera l'abandon de deux jetons.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

PESTE. — QUARANTAINES.

M. Prus, après avoir rappelé en quelques mots l'état actuel de la question, par suite du vote de la dernière séance, par lequel l'Académie a adopté le principe de la septième conclusion, donne lecture du premier paragraphe, ainsi conçu :

« Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des mé» decins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux sus» pects. »

M. Moreau croit que l'institution de médecins sanitaires que l'on propose détruirait tous les avantages qu'on se promet de la réforme quarantainaire pour le commerce, chaque bâtiment du commerce étant obligé, à l'avenir, d'avoir un médecin à bord.

M. Prus : Bien que la considération que fait valoir M. Moreau soit, jusqu'à un certain point, étrangère à l'Académie, elle a dû néanmoins ne pas la négliger entièrement. Or les résultats économiques de la réforme quarantainaire seront tels, qu'on ne saurait les mettre en balance avec le surcroît de dépense occasionné par l'institution des médecins sanitaires.

M. Rochoux : Il a été convenu dans la dernière séance qu'il serait fait des modifications à cette partie des conclusions; que l'Académie ne réglementerait pas; qu'elle se bornerait à exprimer des voeux. Ces deux bases arrêtées, je demande qu'on en vienne de suite à la proposition de M. Gaultier de Claubry, à moins qu'on n'aime mieux commencer par la mienne, qui est plus radicale.

M. Prus : Il faut en finir avec les questions préalables. Qu'on fasse des propositions formelles.

M. Rochoux lit son amendement, qui équivaut à la suppression de l'article et de toutes les propositions qu'il renferme.

L'amendement de M. Rochoux étant implicitement rejeté par le vote de la dernière séance, ainsi que le fait remarquer M. Bégin, on passe outre.

MM. Prus et Moreau échangent encore quelques mots sur l'opportunité des médecins sanitaires et sur les attributions respectives de ces médecins et des consuls.

M. Castel reproche à la commission de marcher de contradictions en contradictions, de proposer des mesures réglementaires avant d'en avoir démontré l'utilité et après qu'elle a laissé dans le doute les principales questions de la peste. M. le rapporteur convient lui-même qu'il y a une question préjudicielle; qu'on la vide donc avant de voter sur les conclusions.

M. Prus : La question préjudicielle a été décidée dans la dernière séance. Si M. Castel demande la suppression de la proposition, il est dans son droit.

M. Castel : Je demande la suppression de toute la partie réglementaire.

M. Bégin : Je vais tâcher de réduire la question à sa plus grande simplicité. Plus on diminue les quarantaines, plus il nous paraît utile de redoubler de précautions et de surveillance à l'arrivée des bâtiments. C'est pour cela que la commission a insisté sur cette surveillance, qui est d'une indispensable nécessité. Or sur qui cette surveillance doit-elle reposer? Jusqu'à présent elle repose exclusivement sur l'administration. Eh bien! la commission est d'avis que cette surveillance ne peut être complète, efficace, qu'à la condition d'être faite par des hommes instruits, éclairés et indépendants, c'est-à-dire par des médecins. L'institution des médecins sanitaires ne serait pas seulement utile pour l'objet principal que doit se proposer l'Académie, mais elle serait utile encore au point de vue de la science, et je dirai même au point de vue de la civilisation. Si l'administration se refuse à nous accorder cette institution, laissez au moins à l'Académie l'honneur d'avoir fait une proposition qu'elle croit utile.

M. Adelon signale les nombreuses difficultés qui lui paraissent s'opposer à la réalisation de ce projet. Il faudra, dit-il, autant de médecins que de ports de départ et que de ports d'arrivée, autant de médecins que de bâtiments, et ce nombre ne suffira pas encore; car si vous n'avez qu'un seul médecin à chaque port, qu'arrivera-t-il lorsque ce médecin aura eu à constater des cas de peste à bord d'un bâtiment? On sera forcé de le mettre lui-même en quarantaine, et qui fera le service de surveillance pendant ce temps-là?

M. Adelon repousse l'espèce de suspicion que le rapporteur fait peser sur les consuls; il croit que les consuls sont parfaitement à même de remplir ce service.

Après quelques interpellations sur la forme à donner à la proposition, cette première proposition est mise aux voix, sauf rédaction. — Elle est adoptée.

L'Académie adopte successivement, après une courte discussion de peu d'intérêt, les deuxième et troisième paragraphes.

(1) Le langage que tient M. Lawrie n'est pas, à beaucoup près, aussi explicite que celui-ci; mais, quoiqu'il n'ait pas exprimé sa pensée avec la précision que nous lui prêtons ici, nous croyons cependant en avoir rendu le véritable sens. Nous n'hésiterions pas d'ailleurs à prendre pour notre propre compte la responsabilité de ce conseil ainsi formulé. (N. du Réd.)

REVUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. TOXICOLOGIE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS LES TISSUS ET DANS LES LIQUIDES ORGANIQUES.

M. Letheby, professeur de chimie à Londres, propose le procédé suivant, qui peut être divisé en trois parties : 1° l'extraction de l'arsenic ; 2° la conversion de ce métal en hydrogène arsénié ; 3° l'essai de ce gaz et de ses produits au moyen des réactifs.

1° Extraction de l'arsenic. — On acidule les matières arsenicales, et on fait bouillir la liqueur filtrée avec de la grenaille de zinc sur laquelle tout l'arsenic vient se fixer ; puis on les lave afin de les séparer complétement des matières organiques.

2° Conversion de l'arsenic en gaz hydrogène arsénié. — On introduit la grenaille de zinc avec de l'acide sulfurique étendu dans un appareil de Marsh modifié de la manière suivante. Cet appareil consiste en un tube à deux branches verticales entre lesquelles se trouve une courbure ; une de ces branches est garnie à son extrémité supérieure d'une boule qui sert de réservoir pour l'acide. L'autre branche a deux boules, l'une assez grande à la partie inférieure, et l'autre un peu au-dessus de celle-ci. La première est destinée à contenir le zinc, la seconde à s'opposer à l'ascension de la mousse et des bulles de gaz dans la partie supérieure de la branche. La courbure disposée entre les deux branches sert à empêcher les gaz de s'échapper par celle de ces branches qui est surmontée du réservoir. Pour que le zinc ne tombe pas au-dessous de la boule, il est bon d'introduire dans la partie inférieure de l'autre branche un morceau de tube de verre effilé à un bout. A la partie supérieure de la branche s'adapte une garniture dans laquelle se visse un robinet dont l'ouverture supérieure est disposée de manière qu'on puisse y adapter hermétiquement soit un ajutage pour brûler le gaz, soit un tube courbé à angle droit. Ce dernier communique avec un tube de verre de Berlin, long de 6 pouces et d'un huitième de diamètre intérieur, auquel on ajoute un tube courbé plongeant dans une solution de nitrate d'argent.

L'appareil étant monté, on introduit le zinc arsénifère dans la boule ; on visse le robinet sur la garniture et on y adapte les tubes. Lorsqu'on verse de l'acide sulfurique affaibli, d'une pesanteur de 1080, il se dégage de l'hydrogène arsénié qu'on fait passer à travers la solution de nitrate d'argent. Aussitôt que celle-ci commence à noircir, on peut fermer le robinet, remplacer le tube courbé par l'ajutage et enflammer le gaz, avec lequel on peut obtenir des taches.

Lorsqu'on tient au-dessus de la flamme des gouttes de différents réactifs suspendues à un morceau de verre, on y fait naître des précipités bien caractérisés ; on enlève ensuite l'ajutage et on adapte les tubes. On fait passer lentement le gaz à travers la solution de nitrate d'argent, et en même temps on chauffe le tube de verre de Berlin au moyen d'une lampe à esprit-de-vin. Le gaz se décompose, et l'arsenic vient se condenser sous forme d'anneau métallique ; on détermine la formation d'un anneau semblable dans une autre partie du tube ; on fend celui-ci entre les deux anneaux, on l'effile, on garde l'une des deux parties pour servir de preuve, et on soumet l'autre, d'abord à un courant d'hydrogène sulfuré pour le transformer en sulfure, puis à un courant d'acide chlorhydrique. Si l'anneau est arsenical, il n'éprouve aucun changement, tandis qu'un anneau d'antimoine se dissout. Enfin on peut encore exposer l'anneau à un courant de gaz ammoniac, qui dissout le sulfure d'arsenic et n'attaque pas celui d'antimoine ou de soufre, dans le cas où il s'en serait formé.

On peut aussi examiner la solution de nitrate d'argent pour s'assurer de la nature du gaz qui s'est dégagé.

APPRÉCIATION DU PROCÉDÉ DE MM. FRÉSENIUS ET BABO POUR LA RECHERCHE DE L'ARSENIC.

Dans son numéro de mai dernier, le Journal de chimie médicale rapportait la description d'un nouveau procédé de MM. Frésenius et Babo pour la recherche de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement. Ce procédé ayant été cité depuis avec éloges par un grand nombre d'auteurs, M. Cottereau fils a voulu essayer sa sensibilité, comparativement avec celui de MM. Flandin et Danger.

Le procédé de MM. Frésenius et Babo consiste dans les opérations suivantes :

1° Extraction de l'arsenic des matières organiques par l'acide chlorhydrique bouillant, et conversion de ce métal en acide arsénique au moyen d'une dissolution de chlorate de potasse ;

2° Filtration après le refroidissement de la masse ; lavage à l'eau bouillante du résidu insoluble, tant que l'eau devient acide ;

3° Évaporation de la dissolution arsénique et des eaux de lavage, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 500 grammes de liqueur ;

4° Mélange de cette dernière avec un excès d'acide sulfureux, et ébullition pour chasser cet excès de gaz ;

5° Saturation par l'hydrogène sulfuré de la liqueur, ainsi traitée par l'acide sulfureux, et son exposition pendant douze heures, à 30°, jusqu'à ce que l'odeur du gaz sulfhydrique ait disparu ;

6° Recueil du précipité sur un filtre, et sa dessiccation au bain-marie, puis son imbibition au moyen d'acide nitrique, toujours au bain-marie ;

7° Traitement du résidu de cette opération par l'acide sulfurique concentré ; le tout chauffé pendant trois heures, encore au bain-marie, et ensuite à 150° au bain d'huile, de manière à carboniser la masse et à la rendre cassante ;

8° Reprise de cette masse, au bain-marie, par dix à vingt parties d'eau ; filtration, lavage de la partie insoluble jusqu'à ce que l'eau ne devienne plus acide ;

9° Traitement de la dissolution et des eaux du lavage réunies, par un courant de gaz sulfhydrique, jusqu'à refus, et recueil du précipité sur un filtre ;

10° Dissolution par l'ammoniaque du précipité ainsi recueilli ; évaporation de la dissolution au bain-marie ; dessiccation du résidu à 100°, et pesée du sulfure avec le vase qui le contient, puis du vase lui-même, pour connaître, par la différence des deux pesées, le poids réel de sulfure ;

11° Mélange d'une partie de ce dernier avec un autre mélange préalablement préparé, de trois parties de carbonate de soude sec et d'une partie de cyanure de potassium préparé par la méthode de M. Liebig ;

12° Réduction, par la chaleur, de l'arsenic contenu dans ce mélange, en faisant usage d'un tube à baromètre étiré à l'une de ses extrémités, et dans lequel on fait passer avant, pendant et après l'opération, un courant très-lent d'acide carbonique desséché. Pesée de l'anneau obtenu.

On sait que le procédé de MM. Flandin et Danger se réduit à quatre opérations :

1° Traitement de la matière organique par l'acide sulfurique concentré ;
2° Traitement du charbon obtenu par l'eau régale ;
3° Reprise du résidu par l'eau bouillante, et filtration ;
4° Transformation de l'arsenic en gaz hydrogène arsénié, au moyen de l'appareil de Marsh, et décomposition de ce gaz par la chaleur. Pesée de l'anneau obtenu.

D'après la simple inspection de ces opérations, nous avons été conduit, dit M. Cottereau, à comparer les deux procédés, parce qu'il nous semblait impossible qu'une manipulation aussi longue et aussi compliquée que celle de MM. Frésenius et Babo pût donner des résultats aussi exacts que ceux fournis par la méthode de MM. Flandin et Danger. L'expérience a pleinement confirmé les doutes de M. Cottereau à cet égard.

Voici en quels termes il rend compte des résultats qu'il a obtenus par l'emploi comparatif des deux méthodes.

Deux expériences comparatives faites sur un foie empoisonné par l'arsenic, desséché ensuite et pulvérisé, puis partagé en deux parties égales, dont chacune a été affectée à la recherche du poison par l'une et l'autre méthode, nous ont donné les résultats suivants :

1° L'anneau obtenu en suivant le procédé de MM. Frésenius et Babo n'a pu être pesé ;

2° Celui obtenu en opérant d'après MM. Flandin et Danger a pu être pesé, et, de plus, il est bon d'ajouter que nous avons perdu une portion de l'arsenic, par suite de la non-décomposition par la chaleur d'une partie de l'hydrogène arsénié, et que nous aurions pu recueillir à l'état d'acide arsénieux, au moyen de l'appareil condensateur proposé par MM. Flandin et Danger, et conseillé, en cette occasion, par M. Chevallier.

Ce résultat devait être facile à prévoir, car l'on sait qu'une analyse chimique, pour être bonne, doit être faite dans le moins de temps possible, et, de plus, qu'il faut éviter de multiplier les opérations.

Or la méthode de MM. Frésenius et Babo pèche par ces deux défauts : elle est d'une longueur extrême, et les épreuves par lesquelles il faut passer pour arriver au résultat y sont nombreuses. De plus, et c'est une conséquence de ce qui précède, on est obligé de transvaser la matière suspecte dans un grand nombre de vases, et, quoi qu'on fasse, malgré l'habileté et l'habitude qu'on puisse avoir dans la pratique de la chimie, on ne peut nier qu'on perd toujours une petite quantité de substance dans ces diverses manipulations.

Tandis qu'en opérant comme l'ont conseillé MM. Flandin et Danger, le

même vase suffit pour la carbonisation de la matière organique, et l'extraction de l'arsenic qu'elle contient à l'état d'acide arsénieux. On n'a plus ensuite besoin de changer de vase que pour filtrer, et le liquide est immédiatement propre à la réduction du métal.

En opérant sur une masse organique empoisonnée pesant 16,5, j'ai été quarante-six heures, continue l'auteur, pour arriver au résultat définitif, en suivant la marche de MM. Frésenius et Babo, tandis qu'au bout de trois heures, j'avais un résultat plus complet en opérant comme l'indique M. Flandin, et toujours sur 16,5 de matière organique.

Enfin, ajoute M. Cottereau, en employant le procédé de MM. Frésenius et Babo, il faut s'assurer de la pureté de l'acide chlorhydrique, du chlorate de potasse, de l'eau distillée, de l'acide sulfureux, de l'acide sulfhydrique, de l'acide nitrique, de l'acide sulfurique, du cyanure de potassium, du carbonate de soude, de l'acide carbonique; tandis qu'en opérant par l'autre méthode, on n'a besoin de s'assurer de la pureté que de l'acide sulfurique, de l'eau régale, de l'eau distillée et de l'hydrogène dégagé ou du zinc.

(Journal de chimie, septembre.)

III. POLICE MÉDICALE.

VENTE DES POISONS. — LES ARTICLES 34 ET 35 DE LA LOI DU 21 GERMINAL AN XI S'APPLIQUENT A TOUTES LES SUBSTANCES RÉPUTÉES VÉNÉNEUSES, BIEN QU'ELLES N'Y SOIENT PAS NOMINATIVEMENT SPÉCIFIÉES.

La cour royale de Rouen a rendu un arrêt qui condamne un pharmacien à 3,000 fr. d'amende, pour avoir vendu, sans ordonnance de médecin, à un individu qu'il ne connaissait pas, pour 10 cent. de laudanum de Sydenham. Quelques pharmaciens s'étant récriés contre cette condamnation et ayant consulté un avocat pour savoir s'il n'aurait pas été possible d'acquitter le prévenu ou de mitiger la peine portée par l'art. 34 de la loi de germinal an XI, en invoquant le texte même de cet article, dans lequel l'opium et ses préparations ne se trouvent point mentionnés, voici quelle est la réponse qui leur a été faite par Mᵉ Lacoin, avocat à la cour royale :

« Les art. 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI n'étant pas encore abrogés, nous serons sous l'empire de ces articles tant que l'ordonnance promise par la loi des 19-25 juillet 1845 n'aura point été rendue. Or voici l'interprétation que la cour de cassation a donnée à ces deux articles, relativement aux questions posées :

» Elle a décidé, le 29 septembre 1830, que les termes employés dans l'art. 34 de la loi de germinal an XI, « et notamment l'arsenic, le réalgar, le sublimé corrosif, » sont purement démonstratifs et ne restreignent aucunement aux trois espèces de poisons désignées dans ledit article, le sens absolu qui est attaché au terme générique de substance vénéneuse.

» Elle a décidé, le 28 janvier 1830, que la peine de 3,000 fr. d'amende prononcée par l'art. 35 de la loi du 21 germinal an XI, contre les pharmaciens et les épiciers qui auraient vendu des substances vénéneuses, sans avoir constaté sur un registre à ce destiné les nom, qualités et demeure de l'acheteur, est applicable intégralement, quelle que soit la quantité de substances vénéneuses vendue sans remplir la formalité que la loi impose; et que les tribunaux ne peuvent, en appliquant cet article, modifier la peine, sous prétexte de circonstances atténuantes. »

REMÈDE BREVETÉ; FALSIFICATION.

« De ce qu'une formule nouvelle est tombée dans le domaine public par » suite de la connaissance qu'en a donnée son inventeur à l'Académie de » médecine, et qu'en conséquence tout pharmacien a le droit de préparer » des médicaments suivant cette formule, il n'en résulte pour personne le » droit d'usurper le nom de l'auteur, et de présenter à la consommation, » comme ayant été préparés par lui, des médicaments ayant été préparés » dans une autre officine. »

Ce principe a été appliqué par le tribunal de commerce de la Seine à la formule des pilules ferrugineuses de Wallet. Voici dans quelles circonstances et d'après quels motifs :

Les sieurs F. et J., droguistes, étaient cités devant le tribunal de commerce pour contrefaçon des flacons étiquetés dont se sert le sieur Wallet pour le débit de ses pilules ferrugineuses, et il était, pour ce fait, formé contre eux demande en dommages-intérêts. Les sieurs J. et F. repoussaient la demande en alléguant que les pilules ferrugineuses de Wallet devaient être comprises dans la catégorie des remèdes secrets; qu'en conséquence l'inventeur était sans action en justice. Il a été établi aux débats : 1° que les pilules de Wallet ne sont pas un remède secret, puisque leur composition est indiquée au Codex, et que, d'autre part, un arrêt de la cour de cassation, en date du 6 août 1842, a déclaré que la nouvelle formule de Wallet n'était qu'une amélioration dans le mode de préparation de ce médicament et ne constituait pas un remède secret, et qu'il y avait lieu par conséquent de rejeter l'exception; 2° qu'au fond il était constant que J. et F. avaient livré à différentes reprises à la consommation des pilules ferrugineuses enfermées dans des flacons semblables à ceux adoptés par Wallet et Frère, avec ces mots sur l'étiquette : *Pilules ferrugineuses de Wallet* (flacons et étiquettes dont Wallet et Frère avaient déposé un modèle au greffe), sans autre indication, ce qui faisait penser qu'elles étaient préparées par Wallet, tandis qu'il était certain qu'elles étaient préparées par une autre officine.

En conséquence de ces faits et d'autres circonstances qu'il est inutile de rappeler ici, et conformément au principe formulé plus haut, le tribunal a condamné J. et F. aux dommages réclamés.

DENTISTES; DIPLÔMES.

« La loi du 19 ventôse an XI, sur l'examen de la médecine, est applicable » même à ceux qui se bornent à extraire et à poser des dents sans se livrer » au traitement des maladies de la bouche. »

On se rappelle quelle a été la solution donnée à la question du diplôme des dentistes par la cour royale d'Amiens et par la cour de cassation, à l'occasion de l'affaire des dentistes contre William Rogers. Le tribunal correctionnel de Boulogne-sur-Mer vient de juger cette question dans un sens contraire aux conclusions de la cour de cassation. Les considérants sur lesquels s'est appuyé le tribunal méritent d'être rapportés; ils sont en tous points conformes à l'opinion que nous avons exprimée sur cette question dans notre revue du mois de janvier dernier :

« Le tribunal,

» Considérant que de l'instruction et des débats il résulte la preuve que, depuis plusieurs années, P..., se qualifiant dentiste-mécanicien, pratique, à Calais, l'extraction des dents malades et la pose des dents artificielles, la question du procès se circonscrit dans les termes suivants, à savoir si la simple extraction des dents par ledit P... constitue une infraction aux inhibitions de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine;

» Considérant que l'extraction des dents est de nature à entraîner des accidents consécutifs, selon qu'elle est exécutée avec plus ou moins d'habileté;

» Qu'avant d'y procéder, le dentiste est appelé dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire quand il y a douleur et carie de plusieurs dents, à découvrir quelle est celle de ces dents qui est le véritable siége du mal;

» Qu'il doit encore reconnaître, préalablement à l'opération : 1° si la douleur accusée ne reconnaîtrait pas pour cause une affection des nerfs dentaires, sur laquelle la dent signalée par le patient serait sans influence; 2° si l'état d'inflammation plus ou moins intense des gencives ou des parois internes de la bouche ne commande pas un ajournement;

» Qu'il doit aussi être à même d'apprécier, par l'examen de la bouche ou par la résistance qu'il rencontrerait dans le mouvement des lèvres, qui doit amener l'avulsion de la dent, si un accident de conformation ne lui prescrit pas de s'arrêter;

» Qu'enfin, dans certains cas, l'extraction des dents entraîne les hémorrhagies dangereuses et nécessitant des soins médicaux immédiats; que cette opération exige donc la connaissance de l'anatomie et de la pathologie de la bouche; qu'aussi fait-elle partie de l'enseignement chirurgical;

» Qu'il demeure dès lors évident que l'extraction des dents ne constitue pas un simple fait mécanique; qu'elle doit au contraire être classée parmi les opérations dites de petite chirurgie, et qu'elle forme ainsi l'une des branches de l'art de guérir.

» En droit,

» Considérant que les dispositions pénales de la loi du 19 ventôse an XI sont générales et absolues; qu'elles embrassent l'ensemble des faits dont la réunion constitue l'art de guérir considéré *in extenso;*

» Qu'elles portent dès lors virtuellement sur l'extraction des dents, qui n'est qu'une partie du tout;

» Que, loin donc qu'il puisse être argumenté dans l'intérêt du prévenu de l'absence de dispositions spéciales relatives aux dentistes, il faut reconnaître qu'une exception formelle eût été indispensable pour rendre leur art au domaine des professions communes;

» Que vainement on invoque cette circonstance qu'autrefois les dentistes formèrent un corps d'opérateurs spéciaux, pour prétendre que le silence de la loi de ventôse, en ce qui les concerne, les laisse en dehors des trois classes qu'elle crée, et n'impose à l'exercice de cette partie de la médecine opératoire aucune condition légale;

» Que ce serait supposer au législateur de l'an XI moins de vigilance qu'à ceux de 1669 et 1760, qui ne reconnaissent que les experts dentistes reçus en cette qualité;

» Que l'on doit d'autant moins admettre un pareil système que la loi de ventôse, qui porte l'empreinte d'une réaction salutaire contre les abus d'une liberté aussi dangereuse que déraisonnable, a eu pour objet de créer, en faveur de la santé publique, des garanties rendues plus nécessaires par l'état de la législation d'alors, qui laissait à l'ignorance ou au charlatanisme une plus grande prise sur la crédulité;

» Que cette loi, en instituant au-dessous du degré de docteur en médecine et en chirurgie celui d'officier de santé, a précisément voulu pourvoir par là au traitement des causes les moins graves de la médecine et de la chirurgie;

» Considérant enfin que les dispositions de la loi de l'an XI relatives aux sages-femmes n'autorisent nullement à prétendre que le législateur considérait cer-

taines branches secondaires de l'art de guérir, et notamment la pratique de l'extraction des dents, comme laissées en dehors des exigences de la loi, par cela qu'elle ne les reprenait pas nominativement ;

» Qu'en effet, l'exercice de l'art des accouchements n'a été autorisé comme spécialité que par exception au principe général de la loi qui le plaçait essentiellement dans les attributions des docteurs et officiers de santé ;

» Par ces motifs, etc. »

IV. HYGIÈNE PUBLIQUE.

DANGERS DE L'USAGE DES VASES EN ZINC POUR LA CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

Nous avons déjà signalé les inconvénients de l'usage de vases en zinc pour la conservation des substances alimentaires, et les graves accidents qui en ont été quelquefois le résultat. Le fait suivant, communiqué par M. Brifau au JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, vient encore grossir le nombre des faits déjà acquis à la science et démontrer l'urgente nécessité de proscrire un usage aussi dangereux.

Un marchand de cidre remarquant qu'il éprouvait des pertes considérables à cause de la facilité avec laquelle le cidre s'évapore dans les tonneaux de bois où on le renferme, fit confectionner des vases de zinc qu'il remplit de cidres de diverses qualités, qu'il abandonna ensuite durant l'espace de trois mois, après les avoir soigneusement bouchés. Au bout de ce temps, il examina les cidres ainsi conservés et remarqua qu'ils avaient acquis une saveur âcre et styptique dont il ne put s'expliquer la cause. M. C..., consulté sur ce point, reconnut immédiatement la présence d'un sel de zinc dans le cidre, et lui conseilla de borner là ses essais. L'échantillon remis à M. C... fournissait toutes les réactions des solutions de zinc, et par les alcalis et par l'acide sulfurique ; il donnait avec le ferrocyanure de potassium un abondant précipité blanc de cyanure de zinc qui, recueilli et pesé, démontra qu'un litre du cidre examiné contenait 3,80 d'acétate de zinc. Les cidres, après trois mois de séjour dans de semblables vases, étaient devenus de véritables poisons.

Il serait désirable que les mesures que l'Académie de médecine a sollicitées récemment de la part de l'autorité relativement aux vases destinés à la fabrication et à la conservation des eaux distillées de fleurs d'oranger, fussent adoptées et étendues d'une manière générale pour tout ce qui concerne la manipulation et la conservation des boissons et des substances alimentaires, et en particulier de celles qui sont acides et fermentiscibles.

DES DANGERS INHÉRENTS A L'EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE ARSÉNIFÈRE ; MOYEN DE PURIFIER CET ACIDE.

Depuis quelque temps les chimistes se sont préoccupés avec beaucoup de raison des dangers que peuvent entraîner pour la santé publique, la manipulation et la livraison au commerce d'acides sulfuriques non purifiés. On connaît les recherches qu'a faites sur ce sujet M. Dupasquier (de Lyon), et le moyen qu'il a proposé pour purifier l'acide sulfurique arsénifère pendant sa fabrication (1). Ce moyen, on le sait, consiste à faire usage de sulfures alcalins et en particulier du sulfure de baryum qui, sous le rapport de l'économie, comme sous celui de la pureté de l'acide sulfurique, lui a paru devoir être préféré. L'emploi de ce moyen est également préconisé par M. Lassaigne qui le considère comme le plus simple et le plus apte à être appliqué en grand dans les fabriques d'acide sulfurique. Il suffit pour obtenir une purification parfaite de cet acide, de délayer du sulfure de baryum dans une petite quantité d'eau et de l'ajouter à l'acide qu'on se propose de purifier. L'action est lente, mais elle est complète. Le sulfure d'arsenic qui se produit et rend trouble d'abord la masse liquide, se rassemble et se précipite au bout de plusieurs jours. Une simple décantation et la filtration du dépôt liquide à travers une couche d'amiante séparent totalement ce sulfure et le sulfate de baryte qui s'y est formé. L'acide sulfurique qui a été soumis, à ce mode de purification, est très-clair et limpide après avoir été chauffé ; essayé alors dans l'appreil de Marsh, il n'a produit aucune tache par la combustion du gaz qui s'est développé, tandis qu'avant cette opération il donnait aussitôt des taches nombreuses et brillantes d'arsenic.

Cette purification de l'acide sulfurique arsenical est suffisante, dit M. Lassaigne, pour l'acide qu'on emploie dans les arts ; mais elle serait incomplète pour celui qui est destiné à servir de réactif dans les laboratoires, et dont on fait usage dans les analyses chimiques. Il devient alors nécessaire de recourir à une seconde opération, la distillation.

Les essais qu'a tentés M. Lassaigne, d'après M. Dupasquier et M. Peret (de Lyon), lui ont donné à cet égard des résultats complétement satisfaisants.

(1) Voy. GAZETTE MÉDICALE, 1845.

BIBLIOGRAPHIE.

INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'HYDROTHÉRAPIE ; par le docteur BALDOU. — Paris, Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, 1846.

Il y a trois ans environ, après que quelques publications importantes eurent appelé l'attention en France sur la méthode hydrothérapique, alors que plusieurs établissements d'origine récente nous eurent permis de constater par nos propres yeux la réalité de quelques-uns des résultats annoncés par les partisans de cette méthode, nous cherchâmes, dans une série d'articles, à apprécier logiquement sa valeur scientifique, son efficacité réelle ou probable et ses chances d'avenir. Une semblable appréciation ne pouvait être faite avec quelque autorité qu'en se tenant également en garde contre les exagérations d'un enthousiasme irréfléchi et contre les suggestions d'une prévention aveugle et intéressée : c'est ce que nous croyons avoir fait. Fondés d'une part sur l'histoire et sur l'analogie, qui ne pouvaient faire défaut ni l'une ni l'autre en semblable matière, d'autre part sur l'autorité d'hommes éclairés et compétents qui avaient été témoins des faits observés en Allemagne, et enfin sur le petit nombre de faits dont nous avions pu être témoins nous-mêmes, nous n'hésitâmes pas alors à considérer l'hydrothérapie comme une méthode qui nous paraissait réunir tous les caractères d'une pratique prompte et énergique, possédant déjà un ensemble de faits qui justifiaient en général de son efficacité. « Mais, ajoutions-nous, ce qui lui manque encore, ce sont les indications claires et précises de son emploi, qui seules seraient capables d'en faire une méthode sûre et réglée. » Nous ne pensons pas aujourd'hui avoir à réformer ce jugement, du moins dans sa première partie. De nouveaux faits se sont produits depuis, les expériences se sont multipliées, bien que sans bruit et sans qu'il ait paru en résulter une grande émotion dans le monde médical ; et de ces nouveaux faits, de ces nouvelles expériences, il résulte pour nous une confirmation de l'opinion que nous avons exprimée déjà à plusieurs reprises. En effet, dans l'INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'HYDROTHÉRAPIE que vient de publier M. le docteur Baldou, nous trouvons des faits qui, bien que n'étant pas tous de nature à inspirer un égal degré de confiance, témoignent néanmoins dans leur ensemble, comme ceux qu'ont rapportés dans ces dernières années MM. Scoutetten, Schedel et quelques autres, en faveur de l'efficacité et de la puissance de la méthode. Mais quelles sont les limites de cette puissance ? où s'arrête l'action de l'hydrothérapie ? dans quelles affections, contre quels états morbides manifeste-t-elle plus spécialement son efficacité ? quelles sont, en un mot, ses indications et ses contre-indications ? C'est ce qui n'avait encore été que très-imparfaitement déterminé jusqu'à présent, et c'est vers la solution de ces importantes questions que M. Baldou paraît avoir surtout dirigé ses études.

M. Baldou, placé depuis plusieurs années à la tête d'un établissement qu'il a fondé au retour d'un voyage en Silésie, fait dans le but d'étudier la méthode de Priessnits, devait se trouver naturellement dans les conditions les plus favorables pour observer, étudier et constater les effets hydrothérapiques. C'est le résultat de sa pratique qui forme la base du livre qu'il vient de publier.

Exposons en deux mots le plan de l'ouvrage. M. Baldou étudie d'abord les divers agents dont se compose la méthode ; il expose la manière de les appliquer, leurs effets physiologiques d'après des expériences faites sur lui-même, leurs effets thérapeutiques dans les diverses affections auxquelles la méthode est applicable, d'après les observations de malades qu'il a vu traiter ou qu'il a traités lui-même. Cet exposé clinique est suivi de considérations générales sur la méthode au point de vue de la thérapeutique générale et philosophique et au point de vue de ses applications comme éléments d'hygiène, de l'étude comparée de ses effets avec les effets des autres moyens thérapeutiques connus, de la détermination des cas où son association avec ces autres moyens peut être avantageuse, d'un aperçu sur l'état actuel et l'avenir de l'hydrothérapie en France, enfin d'une série d'aphorismes qui résument les opinions de l'auteur et les principes qui, suivant lui, doivent diriger la pratique hydriatrique.

Nous ne reviendrons pas sur l'exposé des agents et des moyens dont se sert l'hydrothérapie. Ces agents et ces moyens sont suffisamment connus ; les modifications et les quelques additions que la pratique de M. Baldou lui a suggérées ne changent rien au fond de la méthode ; ce qu'il importe, c'est d'en connaître le mode d'action et les résultats. C'est dans la partie clinique de l'ouvrage de M. Baldou que nous avons dû d'abord chercher les éléments de cette appréciation. En jetant les yeux sur le tableau synoptique des diverses affections pathologiques contre lesquelles l'auteur a expérimenté la méthode hydriatrique, on serait tenté de croire d'abord à une véritable panacée, car on y trouve un cadre nosologique à peu près complet. On y voit figurer en première ligne parmi les affections chroniques : les rhumatismes,

la goutte, les névralgies et les névroses, les affections herpétiques, les maladies des voies respiratoires, du tube digestif, des organes génito-urinaires des deux sexes, les hydropisies, les affections scrofuleuses, syphilitiques, etc.; parmi les maladies aiguës, la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde, la méningite, la pneumonie, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, les inflammations locales, etc. Nous eussions désiré, dans l'intérêt même de la méthode qu'il préconise, que M. Baldou eût restreint son cadre clinique à un petit nombre de cas bien déterminés dont le diagnostic fut nettement posé et les résultats thérapeutiques évidents. La rigueur dans les observations était d'autant plus impérieusement commandée dans cette circonstance qu'il s'agit précisément de faits plus extraordinaires et qui heurtent les habitudes et les opinions médicales les plus générales. Comment persuader, par exemple, qu'on guérit la pneumonie par la méthode hydrothérapeutique, quand pour spécimen on rapporte des cas où il est à peine ou même nullement fait mention des signes stethoscopiques? Comment croire que c'est bien à un cas de fièvre typhoïde que l'on a eu affaire lorsque pour tous caractères on nous dit que le malade a de la fièvre, de la céphalalgie, la peau sèche et chaude, la bouche sèche, le ventre météorisé, douloureux à la région cœcale, de la diarrhée, etc.? D'un autre côté, alors même que les faits sont assez précis pour ne laisser aucun doute dans l'esprit à l'égard de la nature de l'affection que l'on a eu à combattre, sur quelles preuves manifestes, évidentes, sur quels éléments de certitude s'est-on appuyé pour conclure à la guérison par l'hydrothérapie? Autre question délicate, et sur laquelle il eut été important de ne laisser aucune prise au doute. Toutes les garanties contre ces deux sources d'erreurs ou d'illusions ont-elles été toujours suffisantes? Ici c'est une fièvre typhoïde guérie en trois jours; mais qu'est-ce qui nous dit que c'était une fièvre typhoïde? Aucun détail, aucune circonstance capitale de la maladie, aucun caractère pathognomonique, rien... que l'assertion de l'auteur. Là c'est une fièvre typhoïde; la description détaillée et circonstanciée de la maladie ne permet pas d'en douter; aussi la guérison n'a-t-elle lieu qu'après quarante jours; qui peut dire quelle a été dans ce cas l'influence du traitement hydrothérapique? Néanmoins, quelque sévérité que l'on montre à l'égard de ces observations, qui ne sont pas toutes passibles du reproche que nous n'adressons qu'à quelques-unes, si exigeant que l'on soit dans l'appréciation des résultats, on ne peut se refuser à y reconnaître le témoignage d'une action vraiment énergique et dont l'efficacité, dans maintes circonstances, n'est nullement contestable.

Dans la partie théorique ou dogmatique de son livre, l'auteur étudiant le mode d'action de chacun des éléments de la méthode, distingue en plusieurs effets principaux les diverses actions curatives de l'hydrothérapie, avouant du reste que ces divisions sont plutôt arbitraires que naturelles, et qu'elles peuvent être établies d'une autre manière, suivant le point de vue où l'on se placera : un effet éliminateur ou exphorétique, un effet calmant ou sédatif, un effet tonique, un effet double, tonique et calmant simultanément, un effet dérivatif, un effet résolutif et fondant, un effet vomitif et purgatif, un effet diurétique, enfin un effet moral. Il examine ce que chacun de ces effets offre de plus saillant et de plus spécial, et ce en quoi il diffère des effets analogues obtenus par les substances ou agents médicamenteux habituellement usités. Nous insisterons d'autant plus volontiers sur cette partie de l'ouvrage de M. Baldou, qu'elle constitue la partie la plus neuve et la plus originale de son livre, et nous dirons même de tout ce qui a été écrit jusqu'à présent sur l'hydrothérapie.

De tous les effets thérapeutiques de la méthode hydrothérapique, le plus remarquable sans contredit est l'effet éliminateur ou dépuratif; elle possède, en effet, au plus haut degré, le mode de dépuration par élimination que l'on cherche à obtenir par les diaphorétiques, les diurétiques, les évacuants; et, comparée aux moyens à l'aide desquels on cherche à obtenir ces effets dans la thérapeutique ordinaire, elle a sur la plupart d'entre eux l'incontestable avantage de déterminer l'exphorèse dépurative ou éliminatrice sans exciter ni sans affaiblir outre mesure les malades, comme le font souvent ces derniers. Comparée surtout aux bains de vapeur, ses avantages ressortent d'une manière plus évidente encore.

Les effets calmants et antiphlogistiques de l'eau, appliquée topiquement à divers degrés de température, n'ont certainement rien de nouveau; mais par une application plus régulière et plus méthodique de ce moyen, et par ses combinaisons diverses avec les autres agents de l'hydrothérapie, on conçoit qu'on en puisse obtenir des résultats plus complets et plus satisfaisants que ceux qu'on retire de la pratique ordinaire.

L'hydrothérapie est tonique; elle peut même devenir excitante, irritante, et voici dans quelles conditions : elle tonifie localement lorsqu'on soumet, par exemple, une partie du corps à l'action d'une douche ou d'une irrigation froide contre l'impression de laquelle l'économie ne tarde pas à réagir; elle tonifie l'organisme tout entier, autant par l'action répétée de ces réactions que par l'exercice méthodique et par l'alimentation substantielle, qui fait partie obligée du régime hydriatrique. On comprend encore qu'en graduant cette action, soit locale, soit générale, on la puisse porter jusqu'à produire même une excitation morbide. Avec l'habitude de mesurer, de combiner convenablement l'application de l'eau froide, en proportionnant sa température et la durée de l'application au degré d'irritation ou de faiblesse que l'on se propose de combattre, on obtient de ces applications un effet double, à la fois *tonique* et *calmant*, effet qui peut être de la plus grande utilité dans ces cas, qu'il n'est pas rare d'observer chez les sujets atteints d'affections chroniques, où la faiblesse et l'irritation se compliquent; mais pour obtenir ce résultat, ce n'est ni aux bains, ni aux enveloppements, ni aux douches qu'il faut avoir recours, mais à ce que les Allemands appellent l'*abreibung*, c'est-à-dire des frictions avec un drap mouillé.

Dans la pratique hydrothérapique, on remplace les dérivatifs attractifs, tels que les bains de pieds chauds et sinapisés, par des bains de pieds froids. Inutile de dire quelle est leur manière d'agir : c'est toujours par la réaction. Les bains de pieds froids ont sur les bains chauds l'avantage de maintenir beaucoup plus longtemps la fluxion dérivative, et de pouvoir être répétés fréquemment et à de courts intervalles sans affaiblir la vitalité des pieds, ce qui est un avantage réel et précieux lorsqu'il s'agit de combattre par la dérivation un état congestionnel habituel ou chronique. Les bains de siége froids produisent les mêmes résultats avec plus d'intensité encore. L'effet résolutif ou fondant que l'auteur attribue tant à la sueur qu'à l'action des applications froides ou des compresses que les Allemands désignent sous le nom de compresses *absorbantes* (ce sont des compresses froides bien exprimées et recouvertes de compresses sèches ou de tissus imperméables), cet effet résolutif ou fondant, disons-nous, ne nous paraît pas suffisamment établi, quoique l'auteur cite quelques observations où de semblables applications auraient eu pour effet de diminuer des engorgements articulaires et de rétablir, partiellement au moins, les mouvements des articulations engorgées. Quant aux effets vomitif, purgatif, diurétique, ils ne sont évidemment, sauf ce dernier peut-être, que des effets tout à fait accessoires, et qui ne peuvent être mis en parallèle avec ceux qui résultent de l'action des agents pharmaceutiques.

Voyons quelles sont les indications et les contre-indications formulées par l'auteur. Comme contre-indications se placent au premier rang et d'une manière absolue les affections tuberculeuses, cancéreuees, et en général toutes les dégénérescences. L'épilepsie n'est pas admise dans l'établissement de Priessnitz; quelques-uns de ses disciples cependant disent avoir obtenu dans ce cas de bons résultats; M. Baldou ne se prononce pas à cet égard. L'hypertrophie du cœur, les anévrismes, ne contre-indiquent pas non plus, d'après les hydriatres, d'une manière formelle, l'emploi de l'eau froide; des sujets anévrismatiques ont pu suivre sans inconvénient un traitement hydrothérapique. L'anévrisme avec amincissement et dilatation des parois, seul, impose les plus grandes réserves. Voilà pour les contre-indications majeures, absolues; la faiblesse du malade, la période à laquelle est parvenue la maladie, certains états morbides spéciaux imprévus peuvent constituer autant de contre-indications que l'on ne saurait formuler d'une manière précise. On voit qu'il reste un vaste champ pour les indications. Dans le principe, on crut généralement en France que la méthode hydriatrique ne s'adressait qu'aux affections chroniques, et plus spécialement aux affections herpétiques. L'expérience a démontré depuis que les affections cutanées chroniques étaient avantageusement modifiées par le traitement hydriatrique, sans doute, mais beaucoup moins utilement qu'on ne l'avait cru d'abord; et loin que ces affections soient de celles où la méthode montre sa plus grande efficacité, le plus grand nombre des hydriatres, et M. Baldou est de ce nombre, préconisent surtout leur méthode dans les affections aiguës. Ainsi, d'après le relevé clinique de M. Baldou, ce serait surtout dans les affections pyrétiques où il est utile tout à la fois de produire un effet critique et sédatif, de combattre l'élément fébrile et de provoquer des exphorises ou des évacuations critiques, ou de rappeler une éruption supprimée, dans les pyrexies éruptives, anormales ou irrégulières par exemple, que la méthode manifesterait ses effets avec le plus d'énergie et de succès. Il n'est pas jusqu'aux fièvres intermittentes où, à l'exemple de Giannini, l'auteur ne préconise l'immersion froide, qui est, suivant l'expression du médecin italien, « le remède du paroxysme, comme le quinquina est celui de l'intermittence, l'une arrêtant l'accès, l'autre l'empêchant de revenir. »

Nous ne poursuivrons pas plus loin cet examen; nous renvoyons au livre de M. Baldou les lecteurs désireux de connaître dans tous leurs détails et de contrôler à leur gré les résultats de sa pratique, les engageant toutefois à ne se prononcer en dernier ressort sur la valeur de pareils faits qu'après s'en être rendus témoins. Ils y trouveront, tant sur l'emploi et la direction de la méthode que sur ses effets immédiats, ses indications et ses résultats, une exposition détaillée, des renseignements et des considérations pratiques qui justifient le titre que l'auteur a donné à son ouvrage.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

Avec une persistance dont il y a peu d'exemples dans l'histoire des constitutions atmosphériques de ce pays-ci, la constitution estivale, qui s'était annoncée dès le mois de février, s'est prolongée, à un degré remarquable, pendant tout le cours du troisième trimestre. Tout le monde se rappelle combien l'atmosphère était encore étouffante et souvent orageuse dans les derniers jours de septembre, et quelle affluence se portait encore, à cette époque si avancée de l'année, aux établissements publics de bains froids. La constitution atmosphérique de ce trimestre est, du reste, précisée dans le tableau suivant, qui exprime le degré moyen de la température, de la pression atmosphérique et de l'humidité, ainsi que la direction et la violence des vents.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE 1846, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné, classés d'après leur ordre de fréquence. (Observés à midi.)
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Observ.	fois. fois. fois. fois.
Juillet	756,46	+ 21,5	756,23	+ 24,3	755,63	+ 24,9	755,91	+ 20,2	+ 20,8	2,348	2,195	S. 18. O. 9. N. 2. E. 2.
Août.	755,26	+ 20,4	754,87	+ 23,1	754,59	+ 23,8	755,28	+ 19,6	+ 20,1	8,558	7,837	S. 11. N. 10 O. 9. E. 1.
Septembre. . .	755,76	+ 17,3	755,31	+ 20,5	754,70	+ 21,4	755,26	+ 17,1	+ 17,7	6,690	5,998	N. 12. S. 10 E. 6. O. 2.

Ainsi qu'on peut le voir par ce tableau, la *température* s'est maintenue, d'un bout à l'autre du trimestre, à peu près au même degré moyen qu'à la fin du trimestre précédent. La moyenne du mois de juin ayant été de + 21,0, nous trouvons pour le mois de juillet + 20,2 ; pour le mois d'août, + 20,1; pour le mois de septembre, + 17,7. Et, si nous prenons pour terme de comparaison le moment de la journée où l'atmosphère est le plus échauffée (trois heures du soir), nous voyons la température, qui en juin était de + 25,7, se maintenir en juillet à + 24,9, en août à + 23,8 et en septembre à + 21,4. Ce degré de température est sensiblement supérieur à celui du trimestre correspondant de l'année précédente. En 1845, en effet, la moyenne générale n'a été que de + 17,1 en juillet, + 16,0 en août et + 15,2 en septembre ; et la moyenne, prise à trois heures du soir, a été de + 20,8 pour le premier de ces mois, de + 19,0 pour le second et de + 18,3 pour le troisième. Nous ferons remarquer en outre que l'excès de la température moyenne de cette année sur celle de l'année dernière a été sensiblement le même dans le troisième que dans le second. Si, pour le mois d'avril, 1846 le cédait de 1 degré à 1845, il l'emportait d'environ 3 degrés pour les mois de mai et juin. Cette dernière différence est, à très-peu de chose près, comme on vient de le voir, celle qui sépare aussi les deux années pour les mois de juillet, août et septembre.

La *pression atmosphérique* qui, après être tombée en avril à un degré assez bas (750,89), était remontée en mai et juin à un degré d'élévation peu commun (757,04), revient, dans le cours du troisième trimestre, et se maintient constamment à un degré moyen fort peu différent de celui du trimestre correspondant de l'année précédente. A neuf heures du matin, c'est-à-dire à l'heure où la colonne atmosphérique, en raison de son peu de raréfaction, est le plus pesante, la moyenne barométrique a été, pour le mois de juillet, de 756,46; pour le mois d'août, de 755, 26, et pour le mois de septembre de 755,76.

Les *pluies* ont été très-rares dans le cours de ce trimestre. Leur existence n'est signalée que cinq fois sur les tables de l'observatoire, où l'état du ciel n'est noté, comme on sait, qu'à *midi ;* mais le plus souvent le temps a été nuageux ou couvert. Le ciel n'a été noté comme *beau* que huit fois en juillet, trois fois en août et dix fois en septembre. Mais de ce que les pluies ont été rares, il ne s'ensuit pas que la quantité de pluie tombée ait été minime. Cette quantité a été, en effet, plus considérable que dans le trimestre précédent. Ainsi en avril, mai et juin, il est tombé 15c,522m de pluie dans la cour de l'observatoire et 12c,704m sur la terrasse ; en juillet, août et septembre, 17c,596m dans la cour et 16c,030 sur la terrasse : c'est à peu près la même quantité que pour les mêmes mois de l'année précédente (17,384 et 15,376). On peut voir sur le tableau ci-dessus que le maximum de quantité de pluie tombée appartient au mois d'avril (8,558 et 7,837); vient ensuite le mois de septembre (6,690 et 5,998), puis le mois d'août, où la quantité est fort minime (2,348 et 2,195).

Relativement aux *vents prédominants*, nous ne voyons pas, entre leur direction et la température, le désaccord que nous signalions dans la revue sanitaire du second trimestre (p. 674). Cette fois, la prédominance du vent du sud est bien en rapport avec l'élévation habituelle de la température. On se rappellera peut-être que ce vent avait déjà prédominé d'une manière remarquable dans les deux premiers trimestres ; qu'il avait régné à lui seul 42 fois de janvier à avril, et 30 fois d'avril à juillet. Dans le troisième trimestre, il a régné 39 fois contre 24 fois le vent du nord, 20 fois le vent d'ouest, et 9 fois le vent d'est. La rareté de ce vent mérite d'être remarquée. Il n'est peut-être pas inutile de dire brièvement de quelle manière les différents vents étaient distribués dans chaque mois. Or, en examinant avec soin les tables de l'Observatoire, nous nous sommes assurés que, dans le mois de juillet, où le vent du sud a soufflé si fréquemment, les autres se sont partagé le reste des jours de manière à ce qu'aucun d'eux ne régnât un certain nombre de fois sans interruption. En août, les dix jours pendant lesquels a soufflé le vent du nord appartiennent tous, au contraire,

Feuilleton.

UNE VISITE AUX PRISONS CELLULAIRES DE FRANCE (1).

Le travail dont je vais donner lecture à l'Académie est extrait d'un rapport qu'a bien voulu me demander M. le ministre de l'intérieur sur les résultats particulièrement physiologiques de l'emprisonnement cellulaire dans les maisons de détention, où il est depuis plus ou moins longtemps en exercice.

Le public en général ignore, et peut-être mes honorables collègues ne savent-ils pas tous, qu'il y a maintenant en France vingt-trois prisons cellulaires, soit d'arrondissement, soit de département, dont quelques-unes ont déjà cinq ou six ans de date. Je viens de visiter, dans plusieurs de nos provinces, les plus importantes de ces maisons, et ce que j'ai observé de leur discipline sur le corps et l'esprit des détenus forme plus spécialement la matière de mon rapport.

C'est un fragment de ce travail, sa partie la plus générale et en quelque sorte ses conclusions, que je soumets à l'Académie.

L'Académie n'a pas oublié que c'est devant elle, comme devant le tribunal le plus compétent, qu'a été portée, presque dès sa naissance, la question de la réforme des prisons ; que c'est dans son sein qu'elle a accompli ses principales phases, par ses discussions enfin qu'elle s'est mûrie avant d'être présentée, sous forme de loi, à celles de la législature. Elle ne s'étonnera donc pas que je vienne mettre sous ses yeux des faits nouveaux, des résultats graves, qui donnent aux dispositions de cette loi la sanction de l'expérience, et elle sera indulgente pour un travail écrit à la hâte, et auquel manquent quelques développements.

Il y a vingt-cinq ou trente ans qu'en France, au milieu du mouvement général des esprits, commencèrent à se faire jour de sérieuses idées de réforme des prisons et des malheureux qu'elles détiennent. Cela remonte, pour prendre une date, à l'année 1819, année de l'institution de la *Société royale des prisons*. A cette époque, ces maisons, considérées en elles-mêmes, étaient en général tellement mauvaises, leur régime tellement déplorable, qu'on dut se préoccuper d'abord d'amender leurs localités, et, du même coup, tout ce qui touche à la vie même des détenus, leur alimentation, leur vêtement, leur coucher. On se mit donc à l'œuvre avec une ardeur toute charitable. Des améliorations considérables furent opérées ; quelques-unes même ne tardèrent pas à prendre ce caractère d'exagération qui transforme le bien en mal, et dont les réformateurs ne savent presque jamais se défendre.

En travaillant à la réforme des prisons, on vit bientôt qu'il y avait à en opérer une autre, plus difficile, mais plus nécessaire, la réforme des prisonniers ; et cette idée une fois conçue, ses applications une fois tentées, l'entraînement et l'illusion vinrent de nouveau se mettre de la partie. Les prisons, pour beaucoup de réformateurs qui n'y avaient jamais pénétré, contiurent, non plus des criminels, mais des hommes plutôt égarés que coupables, qu'il ne fallait qu'éclairer pour les remettre dans le droit chemin.

(1) Travail lu à l'Académie des sciences morales et politiques, dans sa séance du 10 octobre 1846 ; par M. Lélut.

à la fin du mois. Enfin, en septembre, le vent du nord a soufflé pendant les trois premiers jours du mois, et sept jours de suite vers le milieu. On comprend aisément combien doit être différente l'influence d'un vent quelconque sur la santé publique, suivant ses différentes répartitions dans un espace de temps donné. Il est évident, par exemple, que l'influence du vent du sud sur la santé publique, si elle a existé en effet, a dû être d'autant plus prononcée en juillet qu'aucun des autres vents n'a pu, par une prédominance de quelques jours, contre-balancer son action; tandis que, en août, le vent du nord, en s'emparant de la dernière moitié du mois, a pu faire cesser l'action du vent du sud et influencer seule la constitution médicale. — Quant au degré de force des vents, il a été, en général, minime. Les tables de l'Observatoire ne notent qu'un seul vent *violent* le 18 août (ouest), deux vents *forts* les 18 juillet et 21 août (S. S.-O. et N. N.-O.), et un vent *assez fort* le 1er septembre (nord).

Examinons maintenant la constitution atmosphérique du troisième trimestre, sous le rapport des *variations météorologiques*. On trouvera ces variations exposées dans le tableau suivant, qui exprime, en premier lieu, les oscillations brusques du baromètre et du thermomètre survenues d'un jour à l'autre, et, en second lieu, les *minima* et les *maxima* des variations considérées par périodes de dix jours, à savoir, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20, et du 20 à la fin du mois.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES (1).

Mois.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm		°	°	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Juillet.	Du 4 au 5	»	8	Du 2 au 3	4,5	»	750,83	762,57	745,84	761,45	752,60	764,66	+16,6	+29,2	+15,2	+24,8	+16,7	+29,3
	Du 16 au 17	»	8	Du 5 au 6	»	11												
	Du 24 au 25	6	»	Du 7 au 8	5	»												
				Du 12 au 13	4,5	»												
				Du 16 au 17	»	5												
				Du 17 au 18	»	4												
				Du 18 au 19	5,5	»												
				Du 23 au 24	5	»												
				Du 24 au 25	»	10,5												
				Du 26 au 27	5	»												
Août.	Du 20 au 21	»	7	Du 1 au 2	»	8	749,71	760,41	751,13	760,98	748,38	761,00	+19,6	+28,7	+15,8	+22,5	+17,1	+20,0
	Du 21 au 22	8	»	Du 4 au 5	4	»												
	Du 29 au 30	6	»	Du 5 au 6	»	5												
				Du 14 au 15	4	»												
				Du 15 au 16	»	4												
				Du 18 au 19	»	7												
Septem.	Du 17 au 18	»	7	Du 12 au 13	»	4	755,86	762,94	742,43	764,63	746,45	755,53	+17,1	+22,0	+15,7	+20,3	+10,5	+18,8
	Du 19 au 20	»	8															
	Du 27 au 28	»	6															

Ce qui frappe dans le tableau précédent, c'est l'extrême rareté des brusques variations *barométriques*. L'oscillation d'un jour à l'autre n'a dépassé 6 millimètres que trois fois dans chacun des mois du trimestre. De ces neuf variations, six ont eu lieu dans le sens de l'abaissement, circonstance importante à noter toutes les fois qu'il s'agit d'étudier l'influence des variations de la pression atmosphérique sur l'économie. Que si l'on considère spécialement les *minima* et les *maxima* de la hauteur barométrique dans chaque période de dix jours, voici ce qu'on trouve : en juillet, la différence entre le *minimum* et le *maximum* a été de 12mm (1) pour la première période, de 16 pour la seconde et de 12 pour la troisième. En août, elle était de 11—9 et—13; en septembre, de 7—22—9. Ces différences, en général minimes, sont à peu près équivalentes à celles qui ont été notées à la fin du précédent trimestre, sauf la différence 22 appartenant à la seconde période de septembre, et paraissant ouvrir l'ère des perturbations atmosphériques ordinairement propres à l'automne. Sous ce rapport des différences entre les *minima* et les *maxima* barométriques, ce trimestre diffère peu également

(1) Nous négligeons les fractions trop minimes.

(1) Sauf les fractions.

Le tout était donc de savoir à la lueur de quel flambeau on tenterait cette œuvre difficile; par quelle nouvelle discipline on opérerait cette transmutation.

On sut que quelque part, au delà des mers, depuis quelque temps déjà, deux systèmes de reclusion avaient pour but de transformer dans le prisonnier le vieil homme, et l'on courut, cela en valait bien la peine, assister à l'expérience.

Ici le creuset était une cellule où, dans un isolement complet, le condamné, livré tout entier à lui-même, devait se livrer aussi tout entier aux conseils régénérateurs; là, au contraire, réuni de jour à ses compagnons de captivité, mais séparé d'eux par la loi du silence, le prisonnier recevait en commun, avec la bienfaisante distraction du travail, les préceptes de la morale et les enseignements de la religion. Les noms de Philadelphie et d'Auburn ont été si souvent prononcés à propos de ces deux systèmes, ils ont eu un tel retentissement, qu'à peine osé-je les rappeler.

Après avoir assisté à cette double expérience, appliquée par le Nouveau-Monde à l'amendement de ses criminels, les réformateurs revinrent en hâte procéder à la régénération de ceux de la vieille Europe. Ils transportèrent dans ses villes Auburn et Philadelphie, leurs prétentions, leurs rivalités, leur théorie et leur pratique; et tout cela certes était un grand bien. Il y avait loin des prisons anciennes, hideuses, malfaisantes, immorales, à ces nouvelles maisons, claires, propres, bien ordonnées, divisées en cellules, allongées en ateliers, et où le zèle le nouveaux agents puisait sa source dans une foi vive à l'efficacité de leurs efforts.

Mais auquel des deux systèmes devait-on donner la préférence? A celui d'Auburn, qui, n'isolant les détenus que la nuit, leur donne dans le jour, durant un travail et un enseignement collectifs, et malgré la règle du silence, la facilité de communication par les yeux, le geste et même la parole? A celui de Philadelphie, qui, séparant les détenus les uns des autres, de jour aussi bien que de nuit, ne les laisse communiquer qu'avec des membres de la société honnête? Laquelle de ces deux disciplines atteindrait le plus sûrement ce triple but, qui doit être désormais celui de tout système de reclusion : de ramener les détenus au bien, dans la mesure où ce retour est possible; de leur ôter les moyens d'accroître mutuellement leur corruption; enfin de prévenir dans la prison même ces associations jusqu'ici inévitables, terreur et plaie de la société?

La question ainsi posée se trouvait par cela même résolue. De ces trois fins de l'emprisonnement moderne, la règle d'Auburn était absolument impuissante à atteindre aux deux dernières, et devait par conséquent voir frapper de nullité tous les efforts de ses agents pour arriver à la première. Il était, au contraire, de l'essence même de la règle de Philadelphie de donner complétement et sûrement le dernier de ces résultats, tout aussi sûrement le second, et par suite de rendre bien plus facile la réalisation du premier.

Tout cela a été dit fort souvent et de plus en plus mis en évidence dans les innombrables discussions qui ont eu pour objet la comparaison des deux régimes. Mais tout cela ressort bien davantage encore de l'expérience qui se fait depuis cinq ou six ans en France dans les vingt-trois prisons complétement cellulaires qui y sont en activité, et dont j'ai visité les plus importantes.

L'emprisonnement cellulaire, pris au point de vue de l'amendement des détenus, tend à ce but par le travail, par l'instruction scolaire, par l'éducation, soit morale, soit religieuse, enfin par l'exercice régulier du culte.

Un mot d'abord sur la pratique de ce dernier moyen.

du même trimestre de l'année dernière, où l'on trouve 9—11—12 pour le mois de juillet, 7—15—8 pour le mois d'août et 5—8—11 pour le mois de septembre.

En ce qui concerne les variations *thermométriques*, on peut voir que si elles n'ont que très-rarement dépassé 4 degrés (d'un jour à l'autre), elles ont été assez fréquentes en juillet et août, surtout dans le premier de ces mois. Ainsi la presque uniformité de température, qui s'était établie en mai et avait déjà commencé à se troubler en juin, s'est dérangée plus encore au commencement de ce trimestre; mais en revanche, vers la fin, elle s'est rétablie d'une manière remarquable. En septembre, les oscillations barométriques n'ont atteint qu'une seule fois 4 millimètres. Les différences entre les *minima* et les *maxima* thermométriques ont suivi assez exactement les amplitudes des oscillations quotidiennes. Ainsi, en juillet, 13 degrés de différence pour la première période, 9° pour la seconde et 13° pour la troisième. En août les différences diminuent; elles sont de 9°—7°—3°. Enfin en septembre, elles s'abaissent jusqu'à 5° dans les deux premières périodes pour se relever dans la troisième. Les différences relatives aux mois de juillet et d'août sont supérieures à celles de l'année dernière, où elles étaient, pour le premier mois, de 10°—7°—7°, et pour le second de 5°—8°—7°; mais celles qui concernent le mois de septembre sont inférieures à celles de 1845, où elles étaient de 8°—6°—9°. Ce mois a donc été, en définitive, le plus exempt de variations barométriques et thermométriques, et comme il a été presque aussi chaud que les mois d'août et de juillet; comme il a été le plus exempt de nuages, et que la quantité de pluie qu'il a fournie appartient aux derniers jours, on peut dire qu'il a été réellement le plus beau des mois du trimestre.

D'après tout ce qui précède, les caractères généraux de la constitution atmosphérique du troisième trimestre de 1846 peuvent se résumer ainsi qu'il suit : élévation considérable de la température; — degré moyen de pression atmosphérique; — pluies rares, mais assez abondantes; — prédominance du vent du sud; — rareté extrême du vent d'est; — atmosphère calme; — peu de variations barométriques; — variations thermométriques peu considérables, mais assez fréquentes. Et quant aux modifications de la constitution aux diverses époques du trimestre, on peut dire : 1° que la température *moyenne*, tout en se maintenant à un haut degré, a diminué d'une manière non interrompue du commencement à la fin du trimestre; 2° que la pression atmosphérique *moyenne* s'est toujours maintenue à peu près au même degré; 3° que la quantité de pluie tombée a été plus considérable en août qu'en septembre et en septembre qu'en juillet; 4° que la fréquence du vent du sud a été en diminuant du commencement à la fin du trimestre, de telle sorte que, s'il l'emporte fortement sur les autres vents en juillet, il ne l'emporte plus que de 1 sur le vent du nord en août, et le cède de 2 au même vent en septembre; 5° que les oscillations barométriques ont été également rares dans les trois mois, tandis que les oscillations thermométriques ont toujours été diminuant de manière à devenir presque nulles en septembre.

En présence de ces résultats, voyons quel a été le génie de la constitution médicale.

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES CAS DE MORTS SUBITES OU TRÈS-PROMPTES, DÉPENDANT PROBABLEMENT DE MALADIES DU CŒUR OU DES GROS VAISSEAUX ; par le docteur H.-C. LOMBARD.

Il n'y a pas bien longtemps que tous les cas de morts subites étaient considérés comme des apoplexies, et par conséquent rapportés à une affection cérébrale. Maintenant, à la suite de recherches anatomiques plus complètes, l'on est généralement d'accord à considérer la majeure partie des morts subites ou très-promptes comme dépendant d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. En effet, si l'on excepte quelques cas d'hémorrhagie du pont de Varole et de la moelle allongée, il est infiniment rare que la mort soit instantanée dans l'apoplexie cérébrale, et presque toujours les malades survivent quelques heures à la rupture de la substance cérébrale et à la compression du cerveau par le sang épanché dans ses cavités ou dans sa substance. Il faut donc recevoir avec défiance plusieurs des cas désignés sous le nom d'*apoplexie foudroyante*, lorsque la mort est survenue très-promptement et que la nature de la lésion n'a pas été vérifiée par l'autopsie.

Il n'en est pas de même de la mort produite par un état morbide du cœur et des gros vaisseaux; en effet, l'expérience et la théorie se réunissent pour montrer que ces cas se rencontrent fréquemment et peuvent être facilemen' expliqués physiologiquement.

Un vieux praticien, qui a exercé la médecine à Genève avec une rar distinction pendant plus d'un demi-siècle, M. le docteur Butini, me disait, l'occasion d'une mort subite survenue chez un malade atteint de malad du cœur : « Ne vous étonnez pas de cette brusque terminaison : plus d » tiers des malades de ce genre succombent ainsi, les uns en se tourna » dans leur lit, d'autres (et c'est le cas le plus fréquent) en se levant po » aller à la selle ; en sorte que l'on peut considérer la mort subite comr » une des conséquences ordinaires des maladies du cœur et de l'hydr » thorax. »

J'ai eu de fréquentes occasions de vérifier l'exactitude de ces paroles q me furent dites au commencement de ma carrière médicale, et maintenar après dix-sept ans de pratique, je viens ajouter le résultat de mon exp rience à celle du médecin distingué dont je parlais tout à l'heure.

En effet, soit dans le service d'hôpital qui m'est confié, soit dans ma pra tique particulière, j'ai eu de fréquentes occasions de rencontrer ces brus ques terminaisons des maladies du cœur; j'ai vu les malades mourir subitement à toutes les périodes de cette affection morbide; tantôt lorsque les désordres organiques étaient assez peu prononcés pour permettre au malade de continuer ses occupations; tantôt lorsque des désordres considérables et des complications d'hydropisie avaient dès longtemps retenu les malades au lit, ou tout au moins dans la chambre. Et s'il fallait établir une proportion entre la fréquence des morts subites chez ceux qui paraissaient n'être que légèrement atteints et chez ceux qui l'étaient très-gravement, ce serait plutôt en faveur des premiers que nous serions appelés à nous prononcer; ou, en d'autres termes : moins la maladie organique est

---

Que n'a-t-on pas dit dans les livres, dans les académies, dans les congrès scientifiques, de l'impossibilité où serait le système d'incarcération cellulaire de faire participer à la fois tous les détenus au bienfait de l'office divin?

Que ne diraient pas à leur tour, de cette prétendue impossibilité, les plus vulgaires employés de nos vingt-trois prisons cellulaires?

La maison ne consiste-t-elle, comme à Versailles, qu'en une seule nef ou galerie, dont les cellules n'occupent qu'un côté, le milieu de l'autre étant occupé par l'autel, les seuls guichets des cellules s'ouvrent, et, sans se voir les uns les autres, mais voyant le prêtre et l'entendant, tous les détenus assistent ensemble au même exercice religieux.

La prison est-elle constituée par une seule nef, dont les deux côtés sont remplis par les cellules et dont l'autel occupe le fond, ce sont les portes mêmes des cellules qui s'entr'ouvrent, toutes d'un même côté, celui de l'autel, et tous les détenus, sans se voir encore, voient et entendent officier le prêtre. C'est ainsi que cela se pratique, par exemple, à Limoux, et que cela se pratiquera bientôt à Bagnères-de-Bigorre.

L'autel est-il placé au point de réunion de deux galeries, placées elles-mêmes sur un même axe, comme par exemple à Châlon-sur-Saône; se trouve-t-il au point de réunion de trois, quatre, cinq, six galeries ou plus, formant un T, une croix, une étoile, comme cela se voit à Tours, Montpellier, Bordeaux, comme cela se verra incessamment à la nouvelle prison de la Force; toujours même facilité pour les détenus de voir et d'entendre l'office divin par l'entre-bâillement de la porte des cellules, ensemble et pourtant isolément.

A-t-on volontairement, ou par suite d'une mauvaise disposition primitive de la maison, construit la chapelle en dehors de l'ensemble des cellules, comme cela existe à Pentonville, en Angleterre, ou, pour ne pas sortir de France, comme cela a lieu à Lons-le-Saulnier, et comme cela aura lieu bientôt au pénitencier des jeunes détenus de la Roquette, cette chapelle elle-même est cellulaire, et par l'effet de dispositions fort simples et fort sûres à la fois, les détenus, sans se voir et sans se communiquer, peuvent, plus facilement encore que de leurs cellules entr'ouvertes, voir et entendre le prêtre.

L'exercice du culte religieux dans les prisons cellulaires est donc une question résolue, et sur laquelle il n'y a plus à revenir.

L'éducation morale et religieuse des détenus dans le système cellulaire peut se faire de deux manières, qu'on peut en outre séparer ou unir : ou bien, du pied même de l'autel, comme dans l'office de la messe, la parole régénératrice s'adressera à tous les détenus à la fois, placés pour la recevoir à la porte entr'ouverte de leurs cellules; ou bien l'enseignement sera donné à chaque détenu dans sa cellule, soit par un instructeur moral, ainsi que cela a lieu aux États-Unis, soit par l'aumônier de la prison ou par des religieux qui le secondent, comme cela se pratique maintenant dans les prisons cellulaires de France. Tout cela ne saurait souffrir aucune difficulté sérieuse.

Quant au second de ces deux modes d'éducation morale, le mode en quelque sorte cellulaire, on n'oserait pas dire, je suppose, qu'il sera moins efficace que l'autre, que le laïque ou le prêtre, chargé de ces importantes fonctions, aura moins d'action sur le détenu dans l'isolement de la cellule qu'il n'en aurait dans la promiscuité de l'éducation en commun; car la plus simple réflexion indique le contraire, et c'est du reste ce qu'attesteront, à qui les interrogera, comme je les ai

avancée et plus fréquentes sont les morts subites. Tel est, du moins, le résultat de mon expérience personnelle.

La théorie rend facilement compte des morts subites chez les personnes atteintes de maladie du cœur. En effet, quand l'organe central de la circulation est à l'état normal, la cessation momentanée de ses fonctions est rarement suivie de conséquences fâcheuses; tandis que, lorsque ses cavités ou ses orifices sont malades, la suspension, quelque courte qu'elle soit, peut avoir les conséquences les plus graves. Une comparaison fera mieux comprendre ces effets d'une suspension momentanée des battements du cœur. Voyez ces deux charrettes pesamment chargées; elles paraissent rouler avec la même facilité si leur mouvement ne rencontre aucun obstacle; mais que les chevaux s'arrêtent un seul instant, et vous verrez alors la différence: l'une manque d'huile autour de l'essieu qui présente quelque irrégularité dans sa surface; chez l'autre, au contraire, l'essiéu tourne aisément sans bruit et sans frottement. Surviennent alors les efforts des chevaux pour mettre les roues en mouvement, et tandis que la charrette dont l'essieu glisse aisément sera entraînée avec la plus grande facilité, l'autre résistera obstinément à tous les efforts des chevaux les plus vigoureux; les deux surfaces qui devraient glisser l'une sur l'autre restent immobiles, et les chevaux s'épuisent inutilement pour rétablir le mouvement rotatoire. Quelque triviale que puisse paraître cette comparaison, elle peut assez bien rendre compte de ce qui se passe dans un cœur malade qui a jusqu'à présent fonctionné sans trop de difficultés; mais qu'il survienne une syncope, alors tous les efforts des nerfs cardiaques sur des muscles affaiblis ou genés par des obstacles à leurs orifices, tous ces efforts restent impuissants, et la syncope, qui eût promptement cessé avec un cœur sain, devient définitive, et par conséquent mortelle pour un cœur malade.

Quoi qu'il en soit de leur explication, étudions maintenant les faits, et nous verrons qu'ils doivent être divisés en deux classes bien tranchées; les uns se rapportent à la syncope simple et par conséquent à la mort subite, les autres à un trouble considérable dans la circulation qui n'entraîne pas la mort d'une manière instantanée, mais amène un tel désordre dans les fonctions vitales qu'elles doivent cesser dans l'espace de quelques minutes.

A la syncope mortelle se rapportent ces cas de mort subite chez les personnes atteintes de maladie du cœur et qui succombent en se tournant dans leur lit, ou, comme c'est le cas le plus fréquent, en se levant pour aller à la selle. Il est alors facile de se rendre compte de la mort par la gravité des lésions organiques et par l'affaiblissement de toute l'économie, en sorte que cette syncope mortelle ne peut étonner personne. Mais si c'est au milieu de la vie active que des personnes, en apparence bien portantes, sont ainsi brusquement emportées; alors on a tout lieu de se demander quelle peut être la cause d'une mort aussi prompte. Citons d'abord un exemple qui pourra servir de base à nos raisonnements sur ce sujet.

ANCIEN RHUMATISME ARTICULAIRE; PALPITATION FRÉQUENTE; HÉMOPTYSIE; MORT SUBITE PAR SYNCOPE.

OBS. I. — M. X..., âgé de 68 ans, d'une forte constitution, ayant beaucoup d'embonpoint et un teint très-coloré, a eu plusieurs attaques de rhumatisme goutteux qui ont déformé les articulations et rendu la marche très-difficile, a fréquemment des palpitations, surtout lorsqu'il monte un escalier, a souvent de l'enrouement et expectore quelquefois des filets de sang, principalement après quelque fatigue, s'enrhume très-facilement.

M. X... avait vécu comme à son ordinaire pendant les semaines qui ont précédé sa mort; il sortait tous les jours, mangeait de bon appétit et n'accusait aucun malaise.

Le. . . . . . ., il s'était levé, avait déjeuné avec sa famille, et paraissait être aussi bien portant que les jours précédents, lorsqu'au milieu d'une conversation à laquelle il avait pris part, il baisse la tête, pâlit et expire instantanément, sans pousser un cri, sans faire un seul mouvement. Son visage est pâle, et ses traits ne présentent aucune expression de souffrance. J'étais alors dans une maison voisine, et pus me rendre immédiatement quelques minutes après l'accident. Je trouvai M. X... couché sur son lit, et dans l'état que je viens de décrire. Le visage était calme et sans déviation; il n'y avait pas d'écume à la bouche, et il n'en est pas venu plus tard. Tous les moyens excitants propres à rappeler la vie furent inutilement mis en pratique.

Cette observation nous offre l'exemple le plus frappant d'une syncope mortelle survenue spontanément chez une personne en apparence bien portante et qui n'avait présenté aucun symptôme morbide pendant les jours qui ont précédé la mort. La pâleur du visage, l'absence de toute souffrance et la rapidité de la mort peuvent être considérées comme caractéristiques de la suspension brusque et définitive des mouvements du cœur. La cause prochaine de la syncope échappe à nos investigations; le malade étant assis et venant de prendre son repas, il n'y avait aucune circonstance apparente qui pût expliquer pourquoi la mort survint, chez M. X..., à ce moment-là plutôt qu'à tout autre. Quant aux causes prédisposantes, elles sont plus faciles à reconnaître; en effet, le sujet de cette observation avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Il avait des palpitations fréquentes, et expectorait souvent une écume sanguinolente; et quoique l'auscultation ne m'eût jamais révélé aucun bruit anormal dans les battements du cœur, il est infiniment probable que cet organe n'était point dans l'état normal, en sorte que nous croyons être autorisé à considérer cette observation comme un exemple frappant d'une syncope mortelle produite par un état morbide du cœur et des gros vaisseaux. Malheureusement, l'autopsie n'ayant point été faite, nous en sommes réduit à des conjectures plus ou moins vraisemblables.

Outre la *mort par syncope*, dont nous venons de rapporter un exemple frappant, les maladies du cœur et des gros vaisseaux entraînent aussi fréquemment un autre genre de mort, que j'appellerai *mort par spasme suffocant*, pour la désigner par son caractère prédominant. Nous allons en rapporter trois cas qui feront connaître la manière dont la mort survient quelquefois au milieu d'un état de santé satisfaisant en apparence, mais chez des personnes atteintes de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

RHUMATISME VAGUE SOUVENT FIXÉ SUR LA RÉGION PRÉCORDIALE; PALPITATIONS; CATARRHE DE VESSIE; MORT PROMPTE PAR SPASME SUFFOCANT.

OBS. II. — Madame veuve X..., âgée de 72 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, qui n'était dérangée que par des palpitations et des douleurs spasmodiques qui occupaient la région du cœur. Elle avait eu à diverses reprises des douleurs articulaires qui semblaient avoir diminué depuis l'apparition de la douleur précordiale dont nous venons de parler; elle se plaignait souvent d'avoir le sang à la tête, et quoique son teint fût fort pâle, elle était soulagée par quelques applications de sangsues. Madame X... était habituellement très-fatiguée après le repas, et elle éprouvait le besoin d'un repos un peu prolongé. Du reste, sa santé était assez bonne; elle était remarquablement forte et active pour son âge, et avait l'habitude de faire de longues courses à pied, soit dans la

---

interrogés moi-même, les directeurs des prisons cellulaires, ou les ecclésiastiques chargés de cette partie de la discipline de ces maisons.

On peut, dans le système cellulaire, donner aux détenus l'instruction comme on leur donne l'éducation, c'est-à-dire de deux manières. On peut leur faire l'école en commun, du pied de l'autel, par exemple: c'est ce que j'ai vu pratiquer à la prison cellulaire de Montpellier par M. de Villars, directeur de la maison centrale de cette ville, suivant ce qu'il pratiquait antérieurement au pénitencier des jeunes détenus de la Roquette, et ce qui s'y pratique encore maintenant. On peut remplacer cette sorte de classe ou suppléer à son enseignement par des leçons ou des rectifications individuelles, données à chaque détenu dans sa cellule, comme cela se fait en outre au pénitencier dont je viens de parler. On peut donner aux détenus la faculté d'utiliser par la lecture le temps de leur promenade en mettant sous leurs yeux, comme je l'ai vu faire à la prison cellulaire de Tours, un tableau où sont placés en gros caractères les lettres de l'alphabet. A mesure que le nombre des maisons cellulaires augmentera, à mesure que l'expérience s'y étendra et s'y affermira, ces procédés ou d'autres meilleurs rendront de plus en plus facile l'instruction supplémentaire des détenus.

Le travail, comme exercice de l'esprit et du corps, est la condition *sine quâ non* de la possibilité de l'emprisonnement cellulaire, en même temps qu'une des parties de l'instruction qu'il peut donner est un de ses moyens de moralisation. Pour ne parler que des prisons cellulaires qu'il m'a été possible de visiter, on peut déjà voir, d'une part, combien le travail en cellule peut être varié, combien, d'autre part, il est facile d'en fournir à tous les détenus. Dans les prisons cellulaires un peu considérables, dans les prisons départementales, dans celles de Montpellier, de Bordeaux, de Tours, le travail, organisé sur une grande échelle, anime toutes les cellules et donne lieu à des produits remarquables, en même temps qu'à des résultats importants pour le budget de la prison. Dans les maisons moins étendues, dans les maisons d'arrondissement, telles que celles de Limoux et de Belley, ou dans des prisons départementales situées dans un chef-lieu peu peuplé, peu industrieux, peu riche, dans celle de Lons-le-Saulnier, par exemple, il ne manque pas non plus aux détenus, et il leur manquera d'autant moins que la maison, devenue plus ancienne et conduite par un directeur plus expérimenté, aura pu établir des relations mieux entendues avec les fabrications les plus appropriées aux besoins du pays où elle est située. Je suis persuadé que c'est là ce qui aura lieu constamment, et qu'une prison cellulaire, toutes les fois qu'un directeur habile le voudra, pourra donner et maintenir du travail à tous ses détenus. Le meilleur marché de la main-d'œuvre dans la prison procurera un écoulement sûr aux résultats de leur fabrication. Le travail libre pourra en souffrir; mais, dans le cas même où il devrait en être ainsi, la société gagnerait encore à cette perte, car elle y gagnerait tout ce que le nouveau système des prisons retranche du tribut d'or et de sang que lèvent sur elle les délinquants et les criminels, soit en en rendant quelques-uns meilleurs, soit en empêchant les mauvais de corrompre les bons ou les passables, soit enfin en rendant impossibles les associations des pires et des incorrigibles.

Il reste donc prouvé en fait, comme il était clair à l'avance, que l'emprisonnement cellulaire comporte, au moins autant que tout autre système d'emprisonnement, l'emploi de tous les grands moyens qui peuvent opérer l'amendement des coupables: le travail, l'instruction, l'éducation morale et religieuse, enfin

plaine, soit à la montagne. Néanmoins elle s'était abstenue de ce dernier genre d'exercice depuis qu'un médecin des environs avait constaté des bruits anormaux à l'auscultation, et lui avait déclaré qu'étant atteinte d'une maladie organique du cœur, elle devait renoncer aux courses de montagnes et user de la course avec modération. Le pouls était petit, irrégulier, et présentait de fréquentes intermittences qui correspondaient aux palpitations qu'éprouvait fréquemment madame X....

Après deux mois d'un état de santé remarquablement bon, madame X... se plaignit, le matin du 24 février 1845, d'avoir eu pendant la nuit des palpitations qui reparurent à diverses reprises dans le courant de la journée et s'accompagnèrent de quelques nausées. Cependant elle continua à agir dans sa maison, et ne paraissait pas gravement atteinte; elle consentit néanmoins, sur la demande de ses proches, à écrire à son médecin qu'elle désirait le voir. A quatre heures de l'après-midi, madame X... ressentit une nouvelle palpitation accompagnée de nausées et de vomissements, et se plaignit d'une douleur à la région précordiale. Quelques moments après, la douleur reparaît avec force; madame X... appelle sa domestique, et à l'arrivée de celle-ci, elle perd connaissance, pâlit et expire sans faire un seul mouvement.

Quoique l'autopsie n'ait point été faite, les antécédents nous autorisent à considérer madame X. comme atteinte d'une maladie organique du cœur et comme ayant succombé à une attaque de spasme suffocant. Rien, en effet, ne peut faire supposer qu'il existât quelque autre lésion anatomique qui pût rendre compte de la mort survenue aussi brusquement. En effet, la durée totale des accidents n'a pas dépassé une ou deux minutes, la malade a conservé sa connaissance et a pu appeler à deux reprises sa domestique; il n'y a pas eu de déviation des traits ni de mouvements convulsifs, en sorte que, soit quant à la durée, soit quant à la nature des symptômes morbides, rien ne conduit à considérer cette observation comme une apoplexie cérébrale; tandis qu'en se rappelant les bruits anormaux reconnus à l'auscultation du cœur, les palpitations, les intermittences et irrégularités du pouls, la douleur précordiale et la sensation de pression sur la même région, et enfin les nausées et vomissements que nous avons fréquemment rencontrés chez les malades atteints de maladies aiguës ou chroniques du cœur, nous sommes naturellement conduit à considérer madame X. comme atteinte d'une maladie du cœur.

Maintenant, quelle fut la cause immédiate de la mort? C'est ce qu'il est fort difficile de dire en l'absence de l'examen microscopique; mais si l'on passe en revue les circonstances de cette attaque, on est amené à la considérer comme un spasme des muscles cardiaques, spasme qui, vu l'état morbide de l'organe central de la circulation a été cause de l'arrêt définitif des mouvements du cœur, et par conséquent de la mort.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, à laquelle nous n'attachons pas une grande importance, et qui est bien loin de nous satisfaire complètement, étudions encore, dans de nouvelles observations, le mécanisme de la mort chez les personnes atteintes de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, et qui paraissaient jouir d'une bonne santé quelques instants avant l'attaque foudroyante qui a causé leur mort. Ces cas ne sont point rares, puisque les deux qui suivent ont été observés dans l'espace de quelques mois.

PLUSIEURS ATTAQUES DE NÉVRALGIE FACIALE ET INTERCOSTALE; DOULEURS ARTICULAIRES; MORT TRÈS-PROMPTE PAR UNE ATTAQUE DE SPASME SUFFOCANT.

OBS. III. — Mademoiselle ..., âgée de 54 ans, ayant assez d'embonpoint, surtout depuis l'arrêt de la menstruation, jouissait habituellement d'une bonne santé, qui lui permettait de se vouer à l'enseignement pendant la majeure partie de la journée. Les seuls malaises auxquels mademoiselle ... fût sujette étaient de nature variable et à type tantôt irrégulier, tantôt périodique. Ces douleurs avaient fréquemment occupé le nerf sus-orbitaire et avaient été avantageusement combattues par les pilules de Méglin unies au sulfate de quinine. Les articulations des gros orteils et tibio-tarsiennes avaient aussi été douloureuses à diverses reprises; mais il n'y avait jamais eu de gonflement articulaire, ni rien qui ressemblât à des accès de goutte; le vin de colchique avait paru faire cesser ce genre de souffrances. Le siége le plus ordinaire des douleurs névralgiques était le trajet des nerfs intercostaux du côté gauche, et principalement la région précordiale. Mademoiselle ... y ressentait des élancements plus ou moins forts, ainsi qu'un poids incommode et la sensation d'une pression assez forte. Il y avait alors assez fréquemment des palpitations, mais le pouls n'était point irrégulier, et l'auscultation ne me fit jamais reconnaître aucun bruit anormal.

La douleur précordiale fut combattue par des applications extérieures, et notablement soulagée par des frictions de vératrin, de cyanure de potassium et de sulfate de morphine. Lors des premières attaques de cette douleur, on avait appliqué un emplâtre sur le côté gauche; mais il se développa immédiatement une éruption miliaire accompagnée d'un œdème considérable des joues et des paupières, en sorte qu'à la première vue on eût pu croire mademoiselle ... atteinte d'un érysipèle de la face. Cette singulière apparition d'œdème du visage se montra deux fois sous l'influence de la même cause, l'application d'un emplâtre aux lombes et au côté gauche. Elle ne présenta, du reste, aucune gravité et ne tarda pas à se dissiper.

Mademoiselle ... avait joui depuis plusieurs mois d'une santé parfaite, et, sauf une légère bronchite qui dura quelques jours, n'avait jamais interrompu ses occupations, lorsque, le 25 janvier, à sept heures du soir, ayant marché assez rapidement dans une rue montante, elle fut prise subitement d'une grande gêne dans la respiration, et obligée de s'asseoir sur un escalier. Les passants qui la virent ainsi respirant avec force et dans un état extrême d'angoisse, lui demandèrent inutilement qui elle était et où l'on pourrait la transporter; elle ne put répondre que ces mots: « J'étouffe, j'étouffe. » Elle fut alors immédiatement transportée au premier étage et placée sur un lit; les assistants essayèrent de couper ses vêtements pour faciliter sa respiration; mais, après trois ou quatre inspirations accompagnées de mouvements du bras, elle ne tarda pas à succomber.

Immédiatement après la mort, la bouche et les narines se remplirent d'une écume blanche, qui continua à sortir par un mouvement continu pendant plusieurs heures.

Le cadavre fut transporté au domicile de mademoiselle ..., et la putréfaction ne tarda pas à paraître, malgré le peu d'élévation de la température.

Appelé auprès de mademoiselle ..., j'arrivai peu d'instants après la mort; je trouvai le visage pâle et sans aucune trace de congestion ni de déviation des traits, et sauf l'écume qui sortait par la bouche et les narines, on eût pu croire à un simple évanouissement.

J'avais eu, quelques heures auparavant, une conversation avec mademoiselle ..., qui me parla longuement de la santé de son père, et qui m'eut sans aucun doute parlé d'elle-même si elle eût alors éprouvé le moindre malaise.

Cette observation nous offre un exemple frappant de ce que j'ai appelé plus haut *la mort par spasme suffocant*. En effet, il s'agit ici d'une personne jouissant d'une bonne santé habituelle, et qui n'avait d'autres malaises que des douleurs névralgiques souvent accompagnées de palpitations et d'un peu d'irrégularité dans le pouls. Quelques heures avant l'attaque qui a causé la mort, mademoiselle ... n'éprouvait aucun malaise et paraissait être aussi bien portante qu'à l'ordinaire, lorsqu'à la suite d'une marche un peu rapide dans une rue montante, elle éprouve une gêne croissante de la respiration, avec la sensation d'étouffement; puis, dans l'espace de quelques minutes, la mort survient sans déviation des traits et sans autre symptôme

---

l'exercice régulier du culte.

Il n'est pas moins évident, ou plutôt il l'est mille fois davantage, que seul l'emprisonnement cellulaire, empêchant les détenus de communiquer entre eux, peut les empêcher de se corrompre et de s'associer. Quelques vices dans la construction générale de certaines prisons cellulaires, ou dans les dispositions de quelques-unes de leurs parties, ont pu parfois donner lieu à des communications du reste bien peu dangereuses; des détenus ont pu, par exemple, se parler par les conduits des calorifères. Mais de telles communications doivent à peine entrer en ligne de compte, et l'on sent bien que rien n'est plus facile que d'en faire disparaître les moyens.

C'est cette efficacité certaine, exclusive, de l'emprisonnement réellement individuel d'empêcher la corruption mutuelle des détenus et plus tard des associations; c'est cette efficacité qui, de plus en plus sentie et appréciée à sa valeur, a fini par imposer son nom au système. Jadis et au commencement c'était l'emprisonnement *pénitentiaire*, et il ne faudrait ni lui disputer, ni lui ôter tout à fait ce nom. L'instruction, l'éducation des détenus, l'expiation de leurs fautes par la pénitence autant que par la souffrance, tout cela est de l'essence du système, et y entrera pour une part d'autant plus grande que, depuis plus longtemps en activité, il aura fini par faire disparaître de la société et des prisons elles-mêmes ce levain des vieux criminels, gangrenés par l'incarcération en commun, et pour lesquels la peine, quelle qu'elle soit, n'amène jamais la pénitence. Mais, à supposer qu'on se soit exagéré, soit pour le présent, soit même pour l'avenir, les effets pénitentiaires du système cellulaire, son efficacité pour la réformation des détenus, il y a un résultat qu'on ne saurait s'exagérer, c'est celui qui découle de leur séparation absolue, de l'impossibilité où elle les met de se connaître, de se corrompre, de se reconnaître et de s'associer. C'est ce mérite qui, comme un cercle plus large, embrassant le mérite pénitentiaire, et devenu évident pour tous, a fini par s'écrire au front même des nouvelles prisons sous le simple titre de *prisons cellulaires*.

C'est aussi sous ce titre que le nouveau système d'emprisonnement a eu à subir les plus vives attaques, les seules qui puissent désormais préoccuper l'administration, parce que ce sont au fond les seules qui aient jamais inquiété l'opinion publique. Je veux parler de ces assertions si obstinément répétées, que l'emprisonnement cellulaire est par lui-même de nature à altérer la santé et la raison des détenus, plus que ne les altère tout autre système d'emprisonnement, plus qu'il n'est permis à un système quelconque de peine de les altérer.

Voyons donc comment répondent à ces assertions et à ces attaques les faits qu'il m'a été donné d'observer dans les prisons cellulaires que j'ai visitées.

PREMIÈRE QUESTION, RELATIVE A LA SANTÉ DU CORPS. — Les prisons cellulaires ont-elles plus de malades et donnent-elles plus de morts que les prisons de l'ancien régime?

Pour ce qui est de la proportion des maladies, on peut établir, comme terme de comparaison, que, dans la vie libre, chez les classes pauvres et à un âge moyen de 30 à 40 ans, il y a environ, sur 100 individus, 2 malades.

Dans les prisons de l'ancien régime, il y a, approximativement, sur 100 individus de cet âge, 4, 5, 6 malades. C'est là, à peu près, la proportion des maladies dans une prison dont je suis le médecin, la prison du dépôt des condamnés. Son infirmerie contient, en moyenne, 20 à 25 malades sur une popu-

qui puisse être rapporté à une apoplexie ou à une congestion cérébrale, supposition que combat aussi la pâleur du visage et la rapidité de la mort. Il est vrai que l'autopsie n'ayant point été faite, la cause immédiate de la terminaison fatale doit rester inconnue pour nous; cependant, en comparant les détails qui précèdent avec ceux que nous allons raconter, l'on sera frappé de la parfaite identité des deux cas, et il nous sera sans doute permis d'attribuer à la même cause la mort survenue chez ces deux personnes, dans des circonstances qui présentent une si grande ressemblance.

SANTÉ EN APPARENCE PARFAITE, SAUF UN PEU DE GÊNE DANS LA RESPIRATION; MORT TRÈS-PROMPTE PAR SPASME SUFFOCANT.

OBS. IV. — Un officier anglais, d'une taille élevée, ayant beaucoup d'embonpoint et toutes les apparences de la meilleure santé, après avoir séjourné vingt-trois ans dans les Indes orientales, était revenu depuis quelques mois en Europe et voyageait sans autre but que son plaisir. Arrivé à Genève le 21 mai 1846, dans le courant de l'après-midi, il fit quelques tours de promenade, dîna de fort bon appétit, et, après avoir causé fort longtemps avec quelques-uns de ses compatriotes, monta dans sa chambre à neuf heures et demi pour se coucher. Il était déjà à moitié déshabillé lorsqu'il se sentit mal à son aise et sonna avec force; le sommelier, qui entra dans sa chambre à l'instant même, le trouva debout, fort pâle, respirant avec force et paraissant très-angoissé; il pouvait à peine parler et ne put articuler que le mot *docteur;* le sommelier ressortit pour donner l'ordre d'aller chercher le médecin, et rentrant immédiatement, il trouva M. ... chancelant et incapable de se soutenir; il le plaça sur son lit, et de ce moment la respiration cessa, et la bouche, ainsi que les ouvertures nasales se remplirent d'une écume blanche et incolore, qui continua à sortir pendant plusieurs heures.

Ayant rencontré le messager qui m'était envoyé, je pus arriver très-promptement auprès de M. ...; mais il s'était cependant écoulé plus de vingt minutes depuis le début de l'attaque, tandis que celle-ci ne paraît pas avoir duré plus de cinq ou six minutes. Aussi, lorsque j'arrivai, la circulation était complétement arrêtée; il n'y avait plus de battements du cœur ou des artères; le visage était pâle, calme et sans la moindre déviation ou expression de souffrance. Les lèvres étaient pâles et recouvertes d'écume. Des aspersions d'eau glacée, des titillations des orifices, des compressions alternatives du thorax et l'emploi de l'eau bouillante sur la poitrine, tout fut inutilement employé pour ramener la vie définitivement éteinte.

L'autopsie fut pratiquée trente-six heures après la mort et présenta les résultats suivants.

Il existe de la roideur cadavérique d'une manière prononcée. A la partie postérieure et sur les côtés, on remarque de légères plaques violacées. L'abdomen est tuméfié par des gaz, et il existe déjà une putréfaction très-manifeste.

TÊTE. Les vaisseaux crâniens sont, ainsi que les sinus de la dure-mère, remplis par un sang noir liquide. La grande cavité de l'arachnoïde ne contient qu'une très-légère quantité de sérosité transparente; la pie-mère et l'arachnoïde sont très-peu injectées; le tissu sous-arachnoïdien ne contient que fort peu de sérosité claire et transparente. Les ventricules ne présentent rien de particulier. La substance cérébrale est partout saine, sans injection, ni caillot, ni déchirure. Les hémisphères du cervelet et la moelle allongée, coupés par tranches minces, n'offrent aucune lésion.

THORAX. On trouve dans les deux plèvres quelques onces de sérosité limpide et transparente; il en existe aussi quelques cuillerées à café dans le péricarde. Les veines thoraciques sont, ainsi que celles de l'abdomen, remplies de sang noir semi-liquide. Les poumons crépitent dans toute leur étendue; la région postérieure présente un engouement évidemment cadavérique; du reste, ils sont parfaitement sains, sans tubercules ni adhérences. Les bronches et les autres parties des voies aériennes, à partir de la bouche, ne contiennent que quelques mucosités non écumeuses et non sanguinolentes. Le cœur est volumineux et d'environ un tiers plus gros que dans l'état normal; il est enveloppé d'une notable quantité de tissu adipeux, surtout autour des vaisseaux cardiaques; ceux-ci ne sont ni ossifiés ni cartilagineux, mais assez volumineux, principalement les veines cardiaques. Les parois ventriculaires ne sont pas épaisses, mais les cavités sont notablement plus grandes que dans l'état naturel, surtout le ventricule gauche, dans lequel on pourrait presque loger le poing du sujet.

Les valvules aortiques ont leur forme et leur consistance normales; elles ferment complétement l'orifice auquel elles sont situées; mais soit au-dessus, soit au-dessous de ces valvules, on remarque sous la membrane interne du cœur et sous celle de l'aorte un dépôt de matière albumineuse, opaque dans quelques points, de consistance cartilagineuse et même osseuse. Ailleurs, dans l'aorte, se voient un grand nombre d'ulcérations serpigineuses, de forme et d'étendue variables; à la partie inférieure de la crosse de l'aorte, on remarque une de ces ulcérations allongées, d'environ 2 à 3 lignes de longueur, paraissant comme produite par une déchirure des tissus, et dont le fond est formé par une couche légère de sang noir coagulé, située entre la tunique moyenne qui est rompue et la tunique externe, laquelle est intacte. Depuis sa crosse jusqu'à l'origine des artères iliaques, l'aorte présente les mêmes lésions; les ulcérations avec fond sanguinolent se rencontrent en grand nombre au bas de la portion abdominale de cette artère, et s'arrêtent brusquement à l'origine des iliaques, lesquelles sont saines. A l'orifice des artères rénales, les parois aortiques ont près de 3 lignes d'épaisseur, et 1 pouce plus loin elles ont à peine une demi-ligne.

ABDOMEN. Il existe quelques cuillerées de sérosité transparente dans la cavité du péritoine. La rate est très-volumineuse, son tissu est friable, sa partie inférieure s'étend jusque dans la fosse iliaque gauche; elle a 8 pouces de longueur sur 4 et demi de largeur. Le foie est volumineux, son tissu est sain; la vésicule du fiel ne contient pas de calculs. Les reins sont sains. L'estomac est volumineux et contient des matières alimentaires à moitié digérées, et ayant une odeur vineuse; la muqueuse est saine. Les intestins, examinés dans toute leur étendue, ne présentent aucune lésion.

L'observation qu'on vient de lire présente un nouvel exemple de ce que j'ai appelé *le spasme suffocant*. Nous y voyons une personne, en apparence parfaitement bien portante, et qui, d'après les renseignements très-précis que j'ai obtenus de sa famille, ne s'était jamais plainte d'autre malaise que d'un peu de gêne dans la respiration lorsqu'elle montait un escalier, être saisie brusquement d'un spasme de la poitrine, avec sensation d'étouffement, gêne croissante de la respiration, et se terminant promptement par la mort. Si l'on compare cette observation avec la précédente, l'on sera frappé de leur parfaite ressemblance; en effet, chez l'un et chez l'autre de nos malades, la durée totale de l'attaque n'a pas dépassé douze à quinze minutes; chez tous les deux l'angoisse était extrême, la respiration haute et bruyante, les bras étaient agités de mouvements convulsifs qui paraissaient destinés à faciliter l'entrée de l'air dans la poitrine. Chez tous les deux, il existait une angoisse extrême, une impression de terreur et de danger imminent qui se manifestèrent par le mot *j'étouffe*, chez mademoiselle ..., et par la demande instante du docteur chez l'officier anglais. L'un et l'autre ont conservé pendant l'attaque leur présence d'esprit; leur visage est resté pâle et n'a présenté aucune déviation. Enfin, chez nos deux malades, la bouche et les narines ont été, immédiatement après la mort, remplies par une écume blanche et incolore qui a continué à sortir pendant plusieurs heures. Celui des deux malades dont on a fait l'autopsie nous a présenté des lésions graves du cœur et des gros vaisseaux, tandis que le cerveau et ses membranes étaient parfaitement sains. On ne peut donc attribuer la mort à une apoplexie ou à quelque autre lésion cérébrale dont il n'existait aucune trace,

---

lation de 400 détenus. C'est une proportion analogue que j'ai rencontrée, le 24 août 1846, dans la maison centrale de Nîmes. Elle avait, ce jour-là, 52 malades à l'infirmerie, sur un total de 1,067 détenus adultes.

Or quelle est, dans les maisons cellulaires que j'ai visitées, la proportion des malades à la totalité de la population?

Dans la prison cellulaire de Lons-le-Saulnier, cette proportion était, le jour où je l'ai examinée, de 3 malades ou indisposés sur une population de 70 détenus.

Dans celle de Montpellier, elle était de 2 sur un total de 110 détenus.

Dans celle de Bordeaux, elle était de 9 sur un total de 209 détenus, y compris les 54 prisonniers encore abandonnés à la vie en commun. Mais, de ces 9 malades, 4 n'étaient atteints que d'affections honteuses, indépendantes du régime de toute prison.

Dans la prison de Tours, la proportion des malades était de 5 sur un chiffre de 110 détenus.

Dans celle de Versailles, enfin, il n'y avait pas de malades sur le total de ses détenus, lequel se montait à 45.

Toutes ces proportions sont manifestement inférieures à la proportion habituelle des maladies dans les anciennes maisons de correction et de reclusion.

Mais dire que les prisons cellulaires ont moins de malades que les prisons de l'ancien régime, c'est dire qu'elles donnent moins de morts, et c'est précisément ce qui a lieu.

Dans la vie libre, chez les classes pauvres et à un âge moyen de 30 à 40 ans, il meurt annuellement un peu moins de 2 individus sur 100. C'est là, et sans attacher à ce chiffre l'idée d'une exactitude mathématique que la statistique ne comporte pas, c'est là ce qui résulte des recherches qu'on doit sur ces matières aux hommes qui s'en sont le plus et le mieux occupés, et par exemple à M. de Montferrand, à M. Quételet, et à nos savants confrères MM. Ch. Dupin, B. de Châteauneuf et Villermé.

Dans les prisons de l'ancien régime, dans les maisons de correction, dans les maisons centrales, dans les bagnes, la mortalité est double au moins de ce qu'elle est dans la vie libre du pauvre, c'est-à-dire qu'elle va annuellement à 4, 5, 6, sur 100. Ce fait a été établi par les ÉTUDES récentes du docteur Chassinat, SUR LA MORTALITÉ DANS LES BAGNES ET DANS LES MAISONS CENTRALES DE FORCE ET DE CORRECTION. Il découle encore de mes propres observations dans la prison du dépôt des condamnés et dans diverses maisons centrales, notamment dans celle de Nîmes.

Dans la prison du dépôt des condamnés, par exemple, la mortalité, calculée sur une période de neuf ans, s'est trouvée de 4,21 pour 100. Le maximum a été de 8,10 : il correspond à l'année 1844. Le minimum a été de 2,47 : il correspond à l'année 1837.

Quoique ce chiffre de la mortalité dans la prison du dépôt des condamnés ne soit pas des plus élevés, aucune cependant des maisons cellulaires que j'ai visitées n'y atteint, à beaucoup près.

Ainsi, la maison cellulaire de Lons-le-Saulnier, qui compte 86 cellules, n'avait encore, à l'époque à laquelle je la visitai, aucun mort depuis trois mois qu'elle était en activité.

Ainsi, la maison cellulaire de Montpellier, composée de 84 cellules, n'a eu, depuis deux ans qu'elle est ouverte, qu'un seul mort sur plus de 1,000 détenus.

Ainsi, la prison cellulaire de Tours, constituée par 112 cellules, n'a eu que 2

et si nous nous en tenons aux lésions anatomiques, nous sommes forcés de reconnaître comme cause unique de la mort un état morbide du cœur et des gros vaisseaux. Mais quelle est, dans ce cas comme dans le précédent, la cause déterminante et le mécanisme de la mort. C'est ce qu'il est difficile de décider. Essayons cependant de jeter quelque jour sur cette obscure question.

Et d'abord, peut-on attribuer la mort à une syncope rendue mortelle par un état morbide de l'organe central de la circulation? Nous ne le pensons pas; car, lorsque le cœur cesse de battre d'une manière temporaire ou permanente, il y a bien un certain degré d'angoisse précédant ou accompagnant l'évanouissement; mais cet état n'est ni durable, ni surtout accompagné de mouvements inspiratoires aussi prolongés et aussi convulsifs que nous les ont présentés les malades dont nous avons raconté l'histoire. D'ailleurs, notre première observation nous a montré combien était prompte et instantanée la mort par syncope, et dans les autres cas que nous avons vus survenir sous l'influence de quelque effort ou de mouvements un peu brusques, la rapidité de la mort a toujours été beaucoup plus grande que dans nos deux dernières observations. En second lieu, chez le seul de nos malades dont nous avons fait l'autopsie, nous n'avons reconnu aucune lésion cérébrale, en sorte qu'en ce qui le concerne nous devons exclure cette cause et en chercher quelque autre pour expliquer la mort.

Quel est donc, dans nos trois dernières observations, le mécanisme de la mort? Est-ce la paralysie des nerfs cardiaques ou inspirateurs? est-ce un spasme des muscles cardiaques ou thoraciques? Telles sont les deux questions que l'on peut poser pour expliquer l'apparition d'accidents graves et promptement mortels survenus brusquement au milieu d'un état de santé en apparence satisfaisant.

La paralysie des nerfs cardiaques ou inspirateurs nous paraîtrait devoir amener une mort plus prompte que celle de nos trois derniers malades; si elle était complète, elle nous semblerait devoir entraîner une syncope nécessairement mortelle; si la paralysie survenait graduellement, elle causerait alors une asphyxie lente et qui n'amènerait la mort que dans l'espace de quelques heures, ou tout au moins dans un temps bien plus long que quelques minutes. Et d'ailleurs, la pâleur du visage observée chez nos malades semblerait contredire l'hypothèse d'une asphyxie graduelle, telle que devrait la produire une paralysie croissante des nerfs cardiaques ou inspirateurs.

Le spasme des muscles du cœur et du thorax peut-il mieux rendre compte du mécanisme de la mort chez nos trois derniers malades? Nous serions disposé à le penser. En effet, toutes les circonstances de cette attaque mortelle dénotent une sensation de pression, un étouffement par cause intérieure, un besoin de respirer que les plus fortes inspirations ne peuvent satisfaire, malgré ces mouvements presque convulsifs des bras qui sont destinés à remplacer l'insuffisance des muscles inspirateurs; enfin, cette écume blanche qui paraît après la mort et qui continue à sortir pendant plusieurs heures; tout cela ne semble-t-il pas annoncer ce que l'on est convenu d'appeler *un spasme?* Et la nature des symptômes qui entraîne une mort aussi prompte nous autorise à rapporter cet état spasmodique aux muscles cardiaques ou inspirateurs, et probablement aux uns et aux autres. C'est pour cela, et sans attacher une grande importance à cette hypothèse, que nous avons désigné ce genre de mort sous le nom de *spasme suffocant*.

Les cas qui nous ont servi à reconnaître cette cause de mort se rapprochent à certains égards de l'angine de poitrine; mais ils ne peuvent pas être complétement confondus avec cette maladie. En effet, chez les personnes atteintes d'angine de poitrine, la mort survient, il est vrai, brusquement; mais il est rare qu'elle ne soit pas précédée d'une ou de plusieurs attaques de cette sensation douloureuse qui a été considérée comme caractéristique de la maladie dont nous parlons. C'est en marchant ou pendant le sommeil que les attaques d'angine de poitrine se montrent le plus ordinairement; or deux de nos trois malades étaient fort tranquilles dans leur chambre, et aucun d'eux n'a été atteint pendant le sommeil. Et quant aux attaques antérieures, il ne paraît pas qu'aucun des trois ait présenté cet ensemble de symptômes qui a été désigné sous le nom d'angine de poitrine. La malade qui fait le sujet de notre deuxième observation avait fréquemment des palpitations et une douleur précordiale, mais ne s'était jamais plainte de cette pression sous-sternale, et n'avait jamais éprouvé ces attaques si aiguës et si douloureuses qui donnent aux malades qui en sont atteints la sensation d'un danger imminent; en un mot, il n'y avait chez madame X.. d'autres symptômes que ceux qui accompagnent fréquemment les maladies organiques du cœur. Chez mademoiselle ..., dont nous avons raconté l'histoire dans l'observation troisième, les symptômes du côté du cœur ont été encore moins marqués, et il est impossible de considérer comme caractérisant une angine de poitrine la douleur névralgique qui se fixait tantôt au visage, tantôt à la région précordiale, tantôt sur le trajet des nerfs intercostaux; il est vrai que l'attaque foudroyante qui a causé la mort est survenue pendant la marche, ainsi qu'on l'observe ordinairement dans l'angine de poitrine; mais en parcourant les ouvrages anciens et modernes sur cette maladie, et en particulier les recherches de notre compatriote M. Jurine, ainsi que l'article remarquable inséré par M. Forbes dans le CYCLOPEDIA OF PRACTICAL MEDICINE, je n'ai pas rencontré un seul cas où la mort fût survenue pendant la première et unique attaque d'angine de poitrine. En second lieu, je n'ai pas vu une seule fois mentionné le symptôme si remarquable de cette écume blanchâtre qui paraît immédiatement après la mort, et qui continue à sortir ainsi de la bouche et du nez pendant plusieurs heures consécutives; enfin deux de nos trois malades étaient du sexe féminin, tandis que les proportions contraires se rencontrent dans l'angine de poitrine, puisque sur *quatre-vingt-huit* cas analysés par le docteur Forbes, *quatre-vingts* appartiennent au sexe masculin et *huit* seulement au sexe féminin. Enfin le sujet de notre quatrième observation ne s'était jamais plaint d'aucun autre symptôme que d'un peu de gêne dans la respiration, et encore le mentionne-t-il à l'occasion de l'escalier du Panthéon. Or quel est l'habitant de Paris qui pourrait faire cette ascension sans éprouver de la gêne dans la respiration ?

Ainsi donc, en résumé, nos trois dernières observations ne peuvent être rapportées ni à une syncope ni à une attaque d'angine de poitrine; il a bien fallu les désigner par leur symptôme le plus caractéristique, et considérer leur mort comme la conséquence d'un *spasme suffocant* dont la cause prédisposante serait un état morbide du cœur et des gros vaisseaux, circonstance que nous avons reconnue par l'autopsie chez celui de nos malades qui avait présenté le moins le symptôme morbide dans la circulation (obs. IV), qui a été mis aussi hors de doute par les palpitations, l'irrégularité du pouls et les bruits anormaux du cœur (obs. II), et enfin qui présente quelque obscurité chez notre malade n° 3; mais si l'on rapproche nos trois dernières observations, l'on verra que la parfaite conformité des symptômes nous autorise à conclure qu'il existait aussi très-probablement quelque lésion organique du cœur et des gros vaisseaux chez notre malade n° 3.

---

morts en vingt-huit mois, et sur un total de plus de 1,200 détenus.

Ainsi, la prison cellulaire de Versailles, composée de 62 cellules, n'a pas eu un seul mort depuis qu'elle est en activité et sur un total de près de 300 détenus des deux sexes.

Ainsi, enfin, l'importante prison de Bordeaux a vu, depuis qu'elle est cellulaire, la mortalité diminuer de plus d'un tiers. Ce fait m'a été attesté à la fois par le directeur de cette maison, M. Bonnard, par son médecin, M. le docteur Arnozan, enfin, par un membre de sa commission de surveillance, M. le docteur Arthaud.

DEUXIÈME QUESTION, RELATIVE A LA SANTÉ DE L'AME. — Voici comment on avait posé et résolu cette question.

On avait dit : Dans la société libre et honnête, sur 1,000 individus, il y a un chiffre d'aliénés qui est 1. Sur le même nombre d'individus, dans l'emprisonnement cellulaire, ce chiffre est de 2, 3, 4. Donc l'emprisonnement cellulaire rend insensé.

C'était cette manière de résoudre la question qui était insensée.

Il fallait dire, et je crois avoir dit le premier dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie (1) :

Dans la vie libre et honnête, il y a, sur 1,000 individus, un nombre d'aliénés qui n'est pas de 1, mais de 2. Dans toute vie prisonnière, pour des raisons que j'ai exposées dans mon travail, et qu'il est bien facile de deviner, ce chiffre d'aliénés doit être beaucoup plus considérable.

Dans les prisons de l'ancien régime, dans celle du dépôt des condamnés à Paris, par exemple, ce chiffre est de 4, 5, 6, 7 et plus.

Dans les prisons du nouveau régime, il n'est que de 2, 3, 4, 5 au plus.

Donc ces prisons donnent moins d'aliénés que les anciennes.

Lors de la discussion de la nouvelle loi des prisons à la chambre des députés, M. le ministre de l'intérieur voulut mettre à l'épreuve la généralité de cette assertion. Il ordonna, en conséquence, qu'on lui fît savoir quelle était la proportion des aliénés dans les vingt et une maisons centrales de France. Il s'en trouva plus de 10 sur 1,000. Je pus l'année dernière vérifier *de visu* la réalité de cette proportion dans la maison centrale de Melun et dans la prison préventive de Roanne à Lyon. Cette année, je l'ai vérifiée de la même manière dans les deux maisons centrales de Nîmes et de Montpellier.

La maison centrale de Nîmes contenait, le jour où je la visitai pour la dernière fois, 967 détenus adultes. Le directeur, le sous-directeur, l'inspecteur de cette maison, m'avaient dit que dans ce nombre se trouvaient de 10 à 15 aliénés. Je voulus constater le fait. En présence de ces fonctionnaires et des frères qui font l'office de gardiens, je fis venir un à un les détenus qui m'étaient signalés comme frappés à un plus ou moins haut degré de trouble de l'intelligence, et dont j'avais déjà aperçu quelques-uns durant mes visites antérieures dans les diverses parties de la maison.

Le nombre des individus atteints ou soupçonnés de dérangement d'esprit se monta à 20. Parmi eux, quelques-uns n'étaient que bizarres, colères, difficiles à

(1) DE L'INFLUENCE DE L'EMPRISONNEMENT CELLULAIRE SUR LA RAISON DES DÉTENUS, mémoire lu à l'Académie des sciences morales et politiques, dans sa séance du 23 mars 1844. (Publié dans les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1844, t. III et IV.)

Après ces remarques théoriques, venons-en maintenant aux conclusions pratiques, et demandons-nous : Qu'y aurait-il à faire si l'on était appelé à temps dans un cas de *spasme suffocant?* Faudrait-il saigner, employer les antispasmodiques, les rubéfiants ou les dérivatifs? Je pense qu'en l'absence de toute notion certaine sur la cause des accidents, il faudrait se contenter d'une médecine symptomatique, et voici la manière dont je me conduirais si j'arrivais en temps utile. En premier lieu, je ferais asseoir le malade en soutenant sa tête; je ferais immédiatement disparaître toutes les ligatures, telles que cravates, boutons de chemise, corsets, etc.; j'appliquerais de larges sinapismes à la poitrine, aux cuisses et aux jambes, ou mieux encore, j'agirais comme je l'ai fait, inutilement il est vrai, chez l'officier anglais, je tremperais une serviette dans l'eau bouillante, et je l'appliquerais sur la poitrine pendant quelques secondes; je tenterais de faire avaler quelque eau aromatique, antispasmodique ou spiritueuse, et si le malade ne peut avaler, je verserais dans un linge de l'éther, du vinaigre, de l'eau de Cologne ou tout autre liqueur volatile tonique ou antispasmodique, et je ferais placer ce linge ainsi humecté à quelques pouces du visage de manière à imprégner l'air qui pénètre dans le poumon et à stimuler ainsi la muqueuse aérienne. J'aspergerais d'eau glacée le visage du malade, et je renouvellerais cette opération aussi souvent que le pouls baisserait ou que la respiration s'embarrasserait; enfin, quant à la saignée, je me laisserais complètement guider par les circonstances. La stase sanguine doit être sans aucun doute très-grande sous l'influence d'un état spasmodique aussi violent, et la théorie semble indiquer les déplétions sanguines comme utiles en pareil cas. D'autre part, la pâleur du visage, qui a été remarquée d'une manière très-précise chez deux de nos malades, semble dénoter un affaiblissement dans la circulation que toute déplétion sanguine ne pourrait qu'augmenter, en sorte qu'en définitive il me paraîtrait plus prudent de s'abstenir de toute déplétion sanguine, afin de laisser au malade le peu de chances qu'il peut avoir de rétablissement. Et ce qui peut ajouter quelque poids à cette conclusion, c'est le résultat défavorable de la saignée dans les cas d'angine de poitrine; en effet, quoique cette dernière maladie diffère notablement de ce que nous avons appelé le *spasme suffocant*, l'on doit cependant reconnaître une assez grande analogie pour que les effets fâcheux des déplétions sanguines dans l'un de ces cas puisse servir d'indication pour s'abstenir de la saignée dans la seconde de ces maladies.

En résumé, si j'ai réussi à appeler l'attention sur les diverses manières dont peut survenir la mort, soit subitement, soit tout au moins très-brusquement chez les personnes atteintes de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, et qui cependant paraissaient jouir d'une bonne santé quelques instants avant leur mort, mon but aura été rempli; il le serait surtout si les faits que j'ai fait connaître et les conclusions que j'en ai déduites mettaient sur la voie de quelque moyen, soit préventif, soit curatif, pour combattre les terribles accidents que j'ai été appelé à raconter. Dieu veuille qu'il en soit ainsi!

MÉDECINE PRATIQUE.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE; par M. HASPEL, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Mascara.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DOULEUR A L'ÉPIGASTRE ET A L'HYPOCONDRE DROIT QUI A PRÉCÉDÉ DE DEUX MOIS L'ENTRÉE A L'HÔPITAL; DIARRHÉE; DYSSENTERIE; CESSATION BRUSQUE DE CETTE DERNIÈRE EN MÊME TEMPS QUE SE DÉVELOPPE UNE DOULEUR VIVE DANS LA RÉGION DU FOIE; FRISSONS IRRÉGULIERS; TUMEUR AU-DESSOUS DU REBORD CARTILAGINEUX DES CÔTES; APPLICATION DE POTASSE CAUSTIQUE; ISSUE DU PUS PAR L'OUVERTURE EXTÉRIEURE; SIGNES DE RÉSORPTION PURULENTE. — MORT. — L'OUVERTURE DE COMMUNICATION DE L'ABCÈS AVEC L'EXTÉRIEUR EST TRÈS-PETITE; ISSUE D'UNE GRANDE QUANTITÉ DE PUS CRÉMEUX, FÉTIDE, ET D'AIR. (Observation recueillie par M. TESNIÈRE, chirurgien sous-aide.)

OBS. III. — Saunal, soldat au train des équipages, âgé de 25 ans, est en Afrique depuis sept mois.

Il y a environ deux mois, nous dit-il, qu'à la suite d'une sortie qui dura plusieurs jours, il fut pris d'une douleur dans la région épigastrique et hypocondriaque droite qui céda à une application de sangsues et de ventouses. Depuis vingt jours, il est tourmenté par un flux alternativement muqueux et sanguin. Celui-ci a entièrement cessé, mais une douleur sous le rebord des côtes droites s'est développée et devient d'autant plus vive qu'il se livre à des mouvements musculaires; il éprouve de temps à autre quelques frissons.

Il présentait l'état suivant lorsqu'il fut soumis à notre observation le 15 janvier :

Tempérament lymphatico-sanguin; amaigrissement marqué; langue rouge à la pointe, blanchâtre au centre; peu de soif; appétit; selles molles et jaunes; urines rouges; la région hypocondriaque, percutée, donne un son mat dans une grande étendue, mais surtout inférieurement, où l'on remarque au-dessous du rebord cartilagineux des côtes une tumeur assez considérable, fluctuante, molle, d'une certaine consistance, adhérente au foie. Elle occupe précisément le point de l'hypocondre qui avait été précédemment le siége d'une douleur vive; le pouls est développé et fréquent; le côté droit de la poitrine fait entendre un râle ronflant et muqueux; empâtement des téguments correspondants à la tumeur.

Application de potasse caustique.

Plusieurs jours se passent ainsi; puis la langue prend une coloration d'un rouge intense; la soif devient vive; l'appétit se perd; cependant il n'a ni vomissements ni douleur à l'épaule; on ne remarque aucune trace d'ictère ailleurs qu'aux conjonctives; la diarrhée devient plus intense et la toux a cessé complétement. Une certaine *quantité de pus s'échappe* par l'ouverture extérieure. Bientôt se manifestent tous les signes de la fièvre de résorption et la mort survient.

NÉCROPSIE. — L'abdomen contient une petite quantité de sérosité. A la surface convexe du foie, nous aperçûmes une tumeur assez volumineuse qui s'affaisse par une légère pression et donne issue à une grande quantité de pus crémeux, liquide et fétide et à de l'air qui s'échappe avec bruit. L'ouverture de communication de l'abcès avec l'extérieur est très-petite. Le foie adhère très-faiblement à la paroi abdominale ou du moins il est facile de rompre ces adhérences qui réellement ne consistent qu'en une couche de pus concret qui recouvre l'une et l'autre surface péritonéale, déterminées par l'inflammation récente que la potasse a peut être développée. Quoi qu'il en soit, il ne s'est pas échappé de pus par l'ouverture dans la cavité abdominale. En ouvrant le kyste, on le trouve formé par un tissu fibro-muqueux épaissi; l'abcès a 4 à 5 pouces de diamètre en

---

vivre. Pour d'autres, à la suite d'un examen qui ne pouvait pas être bien long, je dus rester dans le doute. Mais 9 étaient bien évidemment aliénés. J'épargne à l'Académie l'indication de leurs divers genres de folie; elle se trouvera dans mon rapport (1).

Dans la maison centrale de femmes de Montpellier, peuplée, en nombres ronds, de 500 détenues, existe une salle dite des *séparées*, des *séquestrées*, ou enfin des

(1) Je signalerai, à propos de la maison centrale de Nîmes, un fait curieux et important qu'on y observe, et qui est relatif à la manière différente dont le même mode d'emprisonnement peut agir sur deux races d'hommes différentes.

On sait que, pour motiver le reproche adressé à la prison cellulaire de Philadelphie, de tuer hors de toute proportion le corps et l'âme de ses détenus, on avait confondu dans le chiffre de ces deux sortes de morts les blancs et les noirs, les Caucasiques et les Africains. M. Moreau-Christophe fit observer que c'était là une confusion qui, si elle était sincère, était loin d'être légitime. Bientôt je fis toucher au doigt les raisons qui établissent que le chiffre des morts et des insensés dans le pénitencier de Cherry-Hill devait s'augmenter, dans une proportion considérable, de celui des morts et des insensés de race noire. Presque en même temps, un des médecins du pénitencier de Philadelphie, M. Hartshorne, se livrait aux mêmes considérations et arrivait aux mêmes conclusions.

Or ce qu'on observe au pénitencier américain pour deux races différentes, la blanche et la noire, on l'observe à la maison centrale de Nîmes pour les deux races qui l'habitent, les Européens et les Arabes.

Cette prison, sur sa population d'environ 1,000 détenus adultes, compte à peu près 70 Arabes.

Les morts et les fous, parmi ces derniers, sont proportionnellement bien plus nombreux que chez les détenus français ou européens.

La proportion des morts européens étant de 5 p. 100, celle des morts arabes est de 12; et il en est de même de la proportion des insensés de ces deux espèces de détenus.

Comment pourrait-il en être autrement? Comment, sans un immense péril pour la santé du corps et de l'âme, soumettre à la sévérité de notre emprisonnement une race essentiellement vagabonde, condamner au travail de la maison centrale des hommes qui, dans la liberté du désert, ne savent et ne veulent manier que leur cheval et leur fusil?

Aussi un de ces malheureux dont on voulait faire un bottier, passant successivement de la surprise à la colère, de la colère à la folie, avait-il fini, dans son délire, par coudre, pour tout travail, son bonnet à la peau de sa tête, et ses deux lèvres l'une à l'autre (*).

Un autre Arabe, ancien cavalier d'Abd-el-Kader, avait tué sa femme dans une correction un peu vive. La loi française le saisit et le condamne; on lui fait pourtant grâce de la vie, mais il la passera en prison. Dans son étonnement d'une telle justice, il devient furieux, se refuse à tout travail, à toute discipline : il se serait fait tuer; on lui cède, on tolère son oisiveté. Enveloppé de son burnous, accroupi dans une petite cour de la maison centrale, il ne communique avec personne, pas même avec ses coreligionnaires. Il ne m'a pas été possible de re-

(*) Je tiens ce fait du préfet du Gard, l'honorable M. Darcy, qui en a été témoin.

tous sens ; il occupe la partie inférieure du lobe droit du foie, fait saillie au-dessous du rebord cartilagineux jusqu'à quatre travers de doigt. Le tissu du foie est peu altéré dans sa texture ; il offre une couleur jaunâtre et conserve à peu près ses autres propriétés physiques. Rate petite, dense. Bien ailleurs.

Le malade se plaint d'une douleur à l'hypocondre droit : un médecin inattentif ou ignorant des maladies de l'Afrique négligera cette douleur comme peu importante ; pour moi, elle marque le moment où se développe l'affection du foie. Par suite de son impatience à sortir de l'hôpital avant la disparition absolue de tous les restes de son affection, l'hépatite marche sourdement, puis bientôt s'ajoutent à elle la diarrhée et la dysenterie; dès ce moment elle fait des progrès effrayants. En suivant cette génération de phénomènes, il devint évident que l'affection intestinale est consécutive à celle du foie. Mais quel rapport lie entre elles ces deux maladies? Sans vouloir résoudre ce problème, je dirai que cette coïncidence, qui est presque constante dans ce pays, n'est pas non plus très-rare en France. Petit fils, dans son MÉMOIRE SUR LES ABCÈS DU FOIE, n'a-t-il pas fait observer que le dévoiement précède ou accompagne ordinairement les tumeurs du foie? elles sont souvent même, ajoute-t-il encore, suivies de dyssenterie.

Lorsque Saunal se présenta à nous, l'affection du foie était déjà arrivée à une période avancée de ses évolutions, ayant franchi les limites de l'état aigu et atteint ce degré où d'ordinaire l'engorgement se transforme en abcès. La thérapeutique dès lors devait être peu puissante.

En appliquant la potasse caustique, je n'avais pas grande espérance dans ce moyen ; la diarrhée, l'étendue de l'abcès, la faiblesse du sujet, etc., m'inspiraient beaucoup de craintes sur l'issue de la maladie; mais que faire dans une semblable occurrence? abandonner la maladie à elle-même? Mais la suppuration se serait inévitablement étendue, aurait envahi tout le parenchyme de l'organe ; il eût succombé également. C'était donc encore une chance à courir. Quelle que soit d'ailleurs la cause de la tumeur, le pronostic ne varie guère; les malades sont voués à une mort certaine si l'art n'intervient. Si c'est la vésicule qui est distendue par suite d'un obstacle mécanique au libre écoulement de la bile, elle ne tarde pas à s'enflammer, à se rompre dans le ventre. Une péritonite nécessairement mortelle est la suite de cette rupture. La tumeur formée par la vésicule a, en outre, des caractères propres à la faire reconnaître. Il en sera de même de l'abcès s'il s'ouvre soit dans le péritoine, soit dans la plèvre. Est-ce un kyste séreux ou hydatique? celui-ci croît indéfiniment, se rompt encore dans le ventre ou dans la poitrine. Dans des affections qui toutes doivent se terminer d'une manière aussi fâcheuse, il faut donc songer à donner issue aux liquides qui peuvent se rencontrer dans ces diverses tumeurs ; mais bien que les auteurs et nous-même ayons rapporté quelques cas terminés, à l'aide de ce moyen, d'une manière favorable ; cependant comme ces terminaisons ont toujours été fort incertaines, qu'elles ne sont qu'en très-petit nombre, et qu'après tout elles n'arrivent souvent qu'après bien des souffrances, il est du devoir de tout médecin de s'opposer de toutes ses forces à la suppuration.

Parmi ces abcès, dit Morand, ceux qui donnent le plus de facilité pour l'ouverture et dont l'on peut tirer un pronostic plus favorable pour le succès de l'opération affectent le milieu de l'épigastre ; ceux que j'ai traités, ajoute-t-il encore, étaient tous dans cet endroit. Je dirai aussi, après Morand, que les trois seuls que j'ai guéris, et dont j'ai rapporté l'histoire de deux, avaient le même siége. Cependant on ne doit pas désespérer des ressources de la nature dans les abcès même les plus graves. Petit fils rapporte qu'ayant été appelé chez M. Taillard, âgé de 30 ans, il trouva une tumeur considérable qui occupait tout l'hypocondre droit et une partie de la région épigastrique. Il aperçut de la fluctuation dans trois points différents, savoir : un peu au-dessus de la pointe du cartilage xyphoïde du côté droit; le long du grand lobe du foie, en suivant le rebord du cartilage des fausses côtes, et dans la partie antérieure et un peu latérale de la poitrine entre les quatrième et cinquième côtes en comptant de bas en haut. La fluctuation qui était plus manifeste en cet endroit le détermina à y faire l'ouverture. Après en avoir évacué environ trois demi-setiers de pus couleur lie de vin, il introduisit son doigt dans la poitrine et le porta par un trou qu'il trouva au diaphragme jusque dans la partie convexe du foie où était le foyer de l'abcès. Son malade, pansé méthodiquement, fut guéri au bout de six semaines.

Un fait beaucoup plus curieux est celui rapporté par M. Maille, dans l'ENCYCLOPÉDIE DES SCIENCES MÉDICALES, à propos des abcès du foie. Ce fait est relatif, selon toute apparence, à un énorme abcès du foie qui aurait perforé l'extrémité droite du colon transverse.

Si donc les abcès du foie sont si graves en Afrique, s'ils guérissent si rarement, c'est que la cause qui en produit un en produit ordinairement plusieurs à la fois, si on la laisse agir; et malheureusement les moyens d'en paralyser l'action sont bien peu efficaces jusqu'ici. Une autre circonstance, c'est l'énorme étendue que prennent ces abcès dans ce pays, et c'est peut-être, de toutes les conditions, celle qui s'oppose davantage à ce que l'abcès puisse être guéri.

PENDANT DEUX MOIS, MALAISE INDÉFINISSABLE; INAPPÉTENCE, PUIS DIARRHÉE ET DYSSENTERIE; ENFIN, DOULEUR ET TUMEUR A L'HYPOCONDRE DROIT; OUVERTURE DE L'ABCÈS HÉPATIQUE A L'AIDE DE LA POTASSE CAUSTIQUE; MORT; ABCÈS ENKYSTÉ ÉNORME OCCUPANT LE LOBE DROIT DU FOIE.

OBS. IV. — Francolin, soldat au train des équipages, entre à l'hôpital le 10 février ; il paraissait d'une constitution délicate, lymphatique ; il était âgé de 25 ans et comptait treize mois de séjour en Afrique. Depuis environ deux mois, il éprouve un malaise indéfinissable et de l'inappétence ; pendant trois semaines il a été tourmenté par la diarrhée et la dyssenterie, qui se sont arrêtées d'elles-mêmes, sans cependant ramener l'appétit et la santé. Il n'a jamais eu de fièvre intermittente, mais des frissons irréguliers ; depuis dix jours, il se plaint d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, douleur qui simule assez bien celle qui serait produite par l'inflammation de la plèvre; il ne se plaint pas de l'épaule; il est constipé.

Le foie formait une saillie énorme au-dessous du rebord cartilagineux des côtes ; la pression faisait éprouver une sensation très-manifeste, mais profonde de fluctuation ; il y avait de l'empâtement aux téguments ; la peau était sèche et aride ; il n'y avait pas d'ictère : la langue, rouge sur ses bords, est jaunâtre et fendillée à sa base ; la soif est peu prononcée ; il n'y a pas d'appétit ; trois à quatre selles noirâtres dans les vingt-quatre heures ; urines jaunâtres ; pouls petit, filiforme, peu fréquent ; toux ; murmure respiratoire faible.

Application de potasse caustique au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, au centre de la tumeur. Deuxième application de potasse quelques jours après.

A la chute de l'escarre, une ouverture *assez large* donne issue à trois ou quatre litres de pus liquide, blanc, puis plus ténu et lie de vin ; le malade a été momentanément soulagé par cette évacuation ; mais la douleur persiste ; la tumeur s'est affaissée, mais non complétement ; la dyssenterie continue ; il ne tarde pas à succomber.

Nécropsie faite en mon absence par M. Fremy, chirurgien sous-aide.

Adhérences des deux feuillets du péritoine ; kyste énorme occupant le lobe

---

aliénées. Cette salle, au moment de ma visite, contient 10 détenues. Toutes ont au moins l'esprit faible, excitable, les idées peu suivies. Souvent elles refusent de travailler, et on les a ainsi réunies dans un local particulier, soit pour les surveiller plus étroitement, soit pour les empêcher de troubler le travail ou la tranquillité des ateliers.

Sur ces 10 femmes il y en a une qui, à une certaine époque, est en proie à un accès de folie. Une deuxième est atteinte d'hallucinations en vertu desquelles elle croit entendre ses enfants. Une troisième, condamnée pour infanticide, a été prise, à la suite de la mort de sa mère, d'accès de manie intermittente. Chez une quatrième existe un commencement de démence.

Je trouve, en outre, dans les cachots ou cellules de punition, deux détenues, dont l'une est dans un état d'exaltation religieuse réellement maniaque, et dont l'autre offre, avec une excessive loquacité, de la singularité, de l'incohérence même des idées.

Il résulte de là que, dans la maison centrale de Montpellier, même après un examen insuffisant, je rencontre sur une population de 500 détenues un chiffre de dérangement intellectuel qui peut être évalué à 5, chiffre, par conséquent, le même que celui que m'a offert la maison centrale de Nîmes.

Voici maintenant ce que j'ai constaté sur ce sujet dans les prisons cellulaires que j'ai examinées.

Dans les prisons cellulaires de Lons-le-Saulnier, de Montpellier, de Tours, de Versailles, je ne trouve, je ne dirai pas aucun cas de folie déclarée ou violente (on ne l'y eût pas conservé), mais aucun indice d'un dérangement intellectuel qui fût un acheminement à cette affection.

Dans la seule maison de Bordeaux, on me montre deux détenus chez lesquels semble exister un certain trouble de l'intelligence. L'un d'eux me paraît atteint d'une affection cérébrale seulement typhoïde; l'autre est un ancien infirmier de l'hospice des aliénés de cette ville, qui me semble simuler la folie. Le directeur et le médecin de la prison ont sur lui la même opinion.

Quant au nombre des aliénés observés dans ces diverses maisons, avant l'époque de ma visite et depuis leur mise en activité, je dirai qu'il n'y en a pas eu un seul dans la prison de Lons-le-Saulnier, durant une période de trois mois et sur un chiffre moyen de plus de 60 détenus ; pas un seul dans celle de Versailles, durant une période de quinze mois et sur un total de près de 300 détenus ; que la maison de Montpellier n'en a eu que quatre dans une période de deux ans et sur un total de près de 1,000 détenus ; que celles de Bordeaux et de Tours n'en ont pas vu une proportion plus grande, et que, suivant la remarque des directeurs et des médecins de ces deux établissements, aucun ou presque aucun de ces cas déjà si rares de dérangement intellectuel ne peut être considéré comme le résultat de l'emprisonnement cellulaire. J'ajouterai enfin que, l'année dernière, la prison cellulaire de Châlons-sur-Saône, à l'époque où je la visitai, n'avait pas eu un seul aliéné sur une population moyenne de 80 détenus, et dans une période de plus d'un an.

Maintenant qu'il est, ce me semble, bien établi par les faits que les prisons cellulaires, celles au moins que j'ai examinées, ne compromettent, par leur dis-

connaître si son invincible mutisme doit être attribué à l'obstination de la volonté ou au dérangement de la raison.

droit du foie, beaucoup plus étendu dans le sens vertical; tissu du foie altéré dans une grande partie de son étendue autour de l'abcès.

Rien ne paraît plus obscur que le début et la marche lente des engorgements du foie : la maladie, pouvant exister longtemps sans occasionner des troubles manifestes, laisse facilement perdre de vue les circonstances qui ont pu la faire naître et marcher la maladie vers une terminaison nécessairement funeste. Ordinairement, lorsque les malades entrent à l'hôpital, la maladie est déjà très-grave, de sorte que le traitement est employé à une époque très-avancée de la maladie. C'est probablement à cette circonstance défavorable qu'a tenu le défaut de succès.

Nous sommes convaincus que si tant de jeunes hommes sont emportés par la maladie, c'est qu'un grand nombre à constitution molle, peu habitués à s'observer, ne se présentent dans les hôpitaux qu'alors que le parenchyme commence à se convertir en suppuration, parce qu'alors aussi ils sentent les forces qui les abandonnent. C'est dans ces cas que le médecin, frappé de l'impuissance de l'art, est forcé de se retrancher dans le domaine des moyens palliatifs, et il voit presque tous ses malades succomber.

On lèvera bien de funestes découragements lorsqu'on pourra traiter ces maladies au début et lorsqu'elles ne seront plus, comme aujourd'hui, méconnues ou négligées comme de trop simples incommodités; on ne verra plus alors des officiers de santé des corps refuser aux hommes porteurs de phlegmasies très-graves des billets d'hôpital; car une fois de tels désordres produits, que faire? l'ouverture de l'abcès; mais nous avons vu combien le succès est incertain. A quoi nous sert ici l'anatomie pathologique? Elle nous montre, il est vrai, des abcès formés; mais c'est avant leur formation qu'on doit savoir ce qu'il faut faire, et ce n'est pas lorsque l'opération est indispensable qu'on doit apprendre ce que l'on aurait dû faire.

Depuis bientôt six ans que j'ai donné à ces maladies dangereuses une attention particulière, je puis assurer que j'ai vu mourir plus de cent personnes des suites de ces maladies jusqu'ici mal appréciées, et que le résultat en est d'autant plus fâcheux que leur germe s'est implanté depuis longtemps dans l'organisme, en même temps que de longs intervalles d'apparence de santé ont trompé les malades sur leur état.

Dans ce fait, nous avions une ouverture assez large, le pus s'échappait facilement; mais l'altération du parenchyme autour de l'abcès, mais la dyssenterie opiniâtre, ne nous permettaient guère d'espérer la guérison.

DIARRHÉE ET TUMEUR ÉPIGASTRIQUE AU DÉBUT; AMÉLIORATION APPARENTE; RETOUR DES SYMPTÔMES PRIMITIFS; MIEUX. LE 30 NOVEMBRE, DE NOUVEAU SENSIBILITÉ ET TUMÉFACTION A L'ÉPIGASTRE; DIARRHÉE; DIMINUTION DE LA DIARRHÉE EN MÊME TEMPS QUE SE DÉVELOPPE LA TUMEUR; SENSATION OBSCURE DE FLUCTUATION; DEUX APPLICATIONS DE POTASSE CAUSTIQUE; ISSUE PAR L'OUVERTURE D'UNE GRANDE QUANTITÉ DE PUS; SYMPTÔMES DE RÉSORPTION PURULENTE; MORT; ABCÈS ÉNORME DANS LE LOBE GAUCHE DU FOIE; INFLAMMATION ET RAMOLLISSEMENT DU LOBE DROIT; ULCÉRATIONS NOMBREUSES DANS LE GROS INTESTIN. (Observation recueillie par M. Long, chirurgien sous-aide à Oran.)

OBS. V. — Averan (André), soldat au train des équipages, entre à l'hôpital de Mostaganem le 3 octobre; il était atteint de diarrhée depuis quinze jours et se plaignait depuis la même époque d'une douleur obtuse à la région épigastrique; celle-ci offrit bientôt une tumeur légère arrondie, résistante au toucher, sans rougeur, sans augmentation de chaleur à la peau.

Le 21 octobre, Averan arriva au Château-Neuf à Oran, évacué de Mostaganem; il entrait, disait-il, en convalescence. Sa diarrhée avait disparu par l'emploi des moyens thérapeutiques ordinaires, et la tumeur était à peine sensible. La douleur épigastrique avait cédé à l'application de quatre ventouses scarifiées et des topiques émollients. Interrogé sur les antécédents de sa maladie, il ne se souvient pas d'avoir reçu le moindre coup qui eût pu occasionner cette affection. Il nous dit avoir été employé longtemps au chargement des sacs. Dans cette manœuvre, le froissement qu'exerçaient ces sacs sur les tissus de la région épigastrique explique aux yeux du malade la présence de cette tumeur.

Le 3 novembre, la diarrhée se montra de nouveau avec un sentiment obscur de douleur à l'épigastre; le même traitement eut un effet aussi heureux.

Le 30 novembre, le malade mangeait les trois quarts.

Le 1er décembre, il se plaignit une troisième fois de sa douleur épigastrique. On éprouvait, par la pression des doigts sur cette région, une sensation de résistance; la sensibilité n'y était pas encore très-développée; tuméfaction épigastrique. La diarrhée accusée alors par le malade devait exister depuis quelque temps; la crainte de voir diminuer son régime fit garder au malade le silence sur cette diarrhée.

Point de teinte ictérique; la langue est sans rougeur ni saburre; la soif n'est pas excitée. (D. riz gom., deux vent. scar., cat.)

Le 2, la tumeur, dont le sommet s'avance en pointe, offre une base plus circonscrite; résistance; tension des téguments; pas de rougeur ni de fluctuation; sensibilité légère au toucher, nulle dans le repos. (Crème de riz au lit; eau de riz gom., un quart lav. amyl. op., cat.)

Le 4, rien de nouveau. (Mêmes prescriptions.)

Le 5, la tumeur a grossi; la douleur est vive; saillie des cartilages des septième, huitième et neuvième côtes gauches; développement du lobe moyen vers l'hypocondre du même côté; marasme.

On se décide à appliquer au centre de la tumeur la potasse caustique.

Le 6, insomnie; douleur profonde; décubitus à gauche; développement considérable de la tumeur; plénitude et fréquence du pouls; la langue est sèche; la diarrhée paraît avoir cessé; le malade n'a eu qu'une selle.

Le 7, décembre, calme, absence de douleur pendant le repos; commencement d'ictère; engorgement du grand lobe du foie; affaissement sensible des téguments; résistance moindre au sommet; sensation obscure de fluctuation. (Crème de riz au lait; eau de riz gom.)

Le 8, le malade éprouve un sentiment d'amélioration; son état cependant ne paraît pas changé; développement d'un ictère général; la tumeur est moins résistante.

La potasse caustique a produit une escarre. En dehors de la ligne de circonscription on remarque quelques taches érythémateuses. La peau qui recouvre la tumeur est sensiblement colorée.

Le 10, chute de la première escarre; nouvelle application de potasse.

Le 12, issue par l'ouverture extérieure d'une grande quantité de pus crémeux, bien lié, phlegmoneux; les jours suivants il paraît soulagé, mais bientôt le dépérissement par la diarrhée, des sueurs nocturnes, la fièvre hectique, nous font rendre un pronostic fort grave.

Le 18 décembre, le malade succomba; il avait conservé intactes jusqu'aux derniers moments ses facultés intellectuelles.

NÉCROPSIE. — L'estomac et l'intestin grêle n'offrent rien à noter de remarquable.

Le gros intestin, dans toute son étendue, est épaissi, infiltré de sérosité et de pus; sa muqueuse est grisâtre et s'écrase sous le doigt avec la plus grande facilité; elle est criblée d'ulcérations de diverses grandeurs.

Le foie, à l'extérieur, offre une teinte noirâtre; son volume est considérable; le lobe gauche a contracté des adhérences avec la paroi correspondante de l'abdomen; ce lobe est creusé, dans toute son étendue par un vaste abcès tapissé à l'intérieur par une membrane fibreuse très-épaisse. Cet abcès forme, à la surface concave du foie, une saillie assez remarquable qui comprime les canaux biliaires. La lame mince de tissu hépatique qui entoure l'abcès est rouge lie de vin, comme ecchymosée; le lobe droit est hypertrophié, réticulé, fortement in-

---

cipline, ni la vie, ni la raison des détenus, ou, si l'on veut, les compromettent beaucoup moins que les prisons de l'ancien régime, on peut, interrogeant la logique, car la logique est de mise partout, se demander pourquoi ces maisons, telles qu'elles doivent être, telles qu'elles sont, telles que je les ai vues, produiraient un résultat contraire, c'est-à-dire donneraient plus de morts et d'insensés que les prisons de l'ancien régime.

Dans les prisons anciennes, les détenus ont des vivres maigres cinq ou six fois la semaine, des vivres gras une ou deux fois.

Dans les prisons cellulaires, les détenus ont des vivres maigres cinq ou six fois la semaine, des vivres gras une ou deux fois.

Dans les prisons anciennes, les détenus passent leur journée à travailler, leur nuit à dormir.

Dans les prisons cellulaires, les détenus passent leur journé à travailler, leur nuit à dormir.

Dans les prisons anciennes, les détenus se promènent au grand air environ une heure par jour.

Dans les prisons cellulaires, les détenus se promènent au grand air environ une heure par jour.

Jusque-là tout est identique dans la pratique des deux systèmes; mais voici en quoi ils diffèrent.

Dans l'emprisonnement cellulaire, le détenu mange, dort, travaille, se promène seul, je veux dire absolument séparé de ses compagnons de captivité.

Est-ce donc que cet isolement où on le tient d'hommes qu'il n'a jamais vus, qu'il ne connaît pas, qu'il ne doit pas connaître, parce que ce sont de malhonnêtes gens, serait capable à lui seul d'opérer sur son corps et son âme un tel ravage que de le rendre malade ou fou? Faut-il donc à un malfaiteur, sous peine de mort corporelle ou morale, la compagnie d'autres malfaiteurs? Ce serait une sociabilité singulière et une nécessité malheureuse; car, pour d'autres relations, l'emprisonnement cellulaire en offre beaucoup, et rien de plus facile que de les y multiplier. Visite du gardien qui, le matin, ouvre la porte des cellules lors de l'ablution et de la prière, et préside à leur nettoiement. Visite du gardien qui, deux fois par jour au moins, apporte les aliments. Visites du gardien ou du contre-maître qui distribue l'ouvrage, le visite ou enseigne à le confectionner. Visite du gardien qui mène le détenu à la promenade et le surveille pendant qu'elle a lieu. Visites enfin de l'aumônier, de l'instituteur, du médecin, du directeur, de quelqu'un des membres de la commission de surveillance, etc.

De toutes ces visites, que j'ai vues mises en pratique dans les maisons cellulaires, dix au moins sont inévitables. Il faut y joindre, le dimanche, indépendamment des offices divins dans lesquels le détenu voit et entend le prêtre, des conférences avec cet ecclésiastique ou les religieux chargés de le seconder.

Est-il possible, je le demande, d'appeler une telle incarcération, une telle vie, une vie d'isolement cellulaire; de voir dans sa tristesse et sa compression une cause de la maladie du corps ou de l'esprit?

Que ceux qui, dans leur ignorance, se sont faits de bonne foi les échos de cette opinion aillent donc visiter ces maisons cellulaires dont ils ont pris une si fausse idée; qu'ils interrogent ces détenus, objets de leur pitié chimérique, dont les uns, après avoir éprouvé par eux-mêmes la sévérité des deux régimes, ne craignent rien tant que de retourner à l'ancien; dont les autres, nouveaux ve-

jecté, friable, ramolli dans plusieurs points. Si l'individu eût vécu plus longtemps, nul doute que la suppuration ne se fût emparée de la substance du lobe droit, ainsi ramollie.

Les reins étaient le siége d'une hypertrophie jaunâtre; rien ailleurs.

Je ferai remarquer encore, en passant, la marche insidieuse de cette affection. Voyez quelle perfidie dans les symptômes! Toutes les traces de la maladie semblent avoir disparu, et cependant elle marche vers une terminaison fatale. Que de mécomptes n'éprouvera-t-on pas tous les jours en Afrique, si l'on n'est pas averti d'avance de ce résultat!

On a dit que l'ouverture des abcès hépatiques était un moyen extrême auquel on ne devait avoir recours que le plus tard possible. Dans le grand nombre d'abcès du foie que j'ai eu l'occasion d'observer en Afrique, je me suis convaincu, au contraire, de la nécessité d'opérer promptement, la mort n'ayant été, dans quelques cas, que la conséquence du retard apporté à l'opération. Dans le cas précédent, bien que l'ouverture ait été faite un peu tardivement, nous ne croyons pas qu'il y aurait eu ici de chances de guérison en opérant plus tôt. La plegmasie du foie était beaucoup trop étendue.

Il est donc important de saisir promptement toutes les nuances si peu caractéristiques, il est vrai, qui signalent dans ce pays la présence de ces abcès; car, en général, ils se développent lentement, presque sans douleur, à l'insu du malade; il faut d'ailleurs, pour que la fluctuation puisse être perçue qu'il y ait déjà une certaine quantité de liquide; il faut que la tumeur soit assez considérable pour soulever les muscles abdominaux; or ces conditions sont loin d'être toujours réunies dans ces cas douteux; cependant il ne faudrait pas faire comme certains praticiens, qui dans la crainte de voir séjourner le pus dans l'organe ont pratiqué une ponction jusque dans l'abcès, avant de s'être assurés si la suppuration était bien formée, si le foie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Si souvent le succès a couronné leur hardiesse, cette précipitation et ce mode opératoire ont dû entraîner quelquefois aussi des accidents.

Il faut aussi, dans ces cas, bien s'assurer qu'on a affaire au foie; car on pourrait rencontrer l'estomac. « Un abcès s'était formé dans la partie concave du foie, dit Pringle, et poussait l'estomac au dehors de telle manière que si l'on eût fait une incision avant la mort, il eût fallu traverser l'estomac avant d'arriver au sac. » (Pringle, CONSID. ET OBS. SUR LES MALADIES DES ARMÉES.)

C'est le seul, parmi les cinq cas d'abcès du foie que nous venons de rapporter, où nous ayons eu l'occasion d'observer un ictère, et nous en trouvons la raison dans la compression des conduits hépatiques par la tumeur purulente; c'est donc à une compression toute mécanique, et non à une altération véritable de la sécrétion biliaire, qu'il faudra attribuer cet ictère accidentel, exceptionnel, qui survient parfois pendant le cours des abcès du foie. « Je n'ai jamais vu, dit Cruveilhier, d'abcès du foie avec ictère sans trouver la cause matérielle de cet ictère dans des obstacles apportés à la circulation de la bile. » (DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES.) Stoll parle de l'espoir que donne la vue d'un pus blanc, homogène, inodore, quand on ouvre un abcès formé à l'hypocondre droit, et du peu d'espérance que laisse la sortie d'un ichor jaune, brun, livide, jaune, fétide.

Sous ce point de vue, nos observations ne sont pas conformes à celles de Stoll. Dans les trois cas de guérison d'abcès du foie que nous avons eu l'occasion d'observer, le pus était lie de vin, brunâtre; dans les cinq qui se sont, au contraire, terminés par la mort et où les abcès étaient déjà anciens, nous avons constamment rencontré du pus blanc, crémeux, homogène, et cela s'explique facilement. En effet, les cas qui se sont terminés par la guérison étaient en général récents, le sang était encore mêlé au pus; si ce dernier eût séjourné plus longtemps, la partie séreuse et la matière colorante du sang eussent été absorbées, et le pus aurait acquis par là plus de consistance et pris la coloration blanche crémeuse, homogène, que nous avons rencontrée dans les abcès plus anciens.

Maintenant que l'abcès est ouvert, on n'a remédié qu'à une partie de la maladie, on n'a fait qu'obvier à l'indication la plus pressante; il reste une caverne plus ou moins vaste où l'air, se mêlant à la matière purulente, va pénétrer et réagir chimiquement. Dans ces cas, on conseille une large ouverture; on a aussi recommandé de faire des injections dans le foyer de l'abcès et de le vider du pus qu'il contient. Voyons ce que dit l'expérience à ce sujet.

Je me suis abstenu, dit M. Cattel, médecin en chef de la marine qui a exercé plus de vingt ans dans les colonies, de faire des injections dans le foyer des abcès hépatiques; car j'ai vu, ajoute-t-il dans son MÉMOIRE SUR LA DYSSENTERIE DES PAYS CHAUDS, tous les malades auxquels j'avais fait ces injections succomber.

Je faisais des injections très-ménagées, dit Morand; car en général il n'en faut point faire dans les viscères, dont le tissu lâche est capable de s'abreuver aisément et de retenir des liqueurs injectées (MÉMOIRE SUR LES ABCÈS DU FOIE). A l'exemple de M. Cattel, je n'ai pas employé les injections; ce moyen m'a semblé avoir besoin d'être soumis encore à l'épreuve décisive et longtemps prolongée de la clinique chirurgicale.

Avant de terminer ce qui a trait à nos observations, citons un dernier fait où l'abcès s'est ouvert spontanément dans la cavité du péritoine.

D'ABORD DOULEUR SOURDE A L'HYPOCONDRE DROIT, S'ÉTENDANT PLUS TARD A L'ÉPAULE DROITE; SYMPTÔMES D'HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; VOMISSEMENTS; COLIQUES; VIVE SENSIBILITÉ DES PAROIS ABDOMINALES; ABCÈS PRÈS DE LA FACE CONVEXE DU FOIE OUVERT DANS LE PÉRITOINE; HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE ET DILATATION DU DROIT. (Observation recueillie dans mon service par M. Fremy, chirurgien sous-aide.)

OBS. — Dorliac, soldat au 2e régiment de chasseurs d'Afrique, âgé de 25 ans, éprouvait depuis une quinzaine de jours une douleur sourde dans l'hypocondre droit, lorsqu'il entra à l'hôpital le 25 novembre 1841. Examiné attentivement le lendemain, on découvrait à la région hépatique une saillie peu prononcée et fort étendue; les côtes fonctionnaient mal du côté droit pendant l'acte de la respiration. La percussion donna pour résultat une matité étendue au delà du bord cartilagineux des côtes; elle y développait une douleur assez vive. Le cœur frappait avec force et dans une grande étendue les parois gauches de la poitrine; le pouls était dur et fréquent.

Le 27, il n'y a pas d'amélioration. Le malade a pris 1 gramme de calomel; il a eu deux selles abondantes; les matières étaient colorées et homogènes; l'urine, colorée en jaune orangé, déposait des mucosités.

Le 29, il prit 4 pilules de digitale, et on lui fit une large saignée; la nuit du même jour, les palpitations et les douleurs augmentèrent.

Le 30, on fit une seconde saignée, et on appliqua vingt sangsues à la région hépatique; les douleurs de cette région diminuèrent peu. Il se plaignit deux jours après de douleurs lancinantes dans l'épaule droite; il ne pouvait plus se coucher sur le côté malade. Le décubitus à droite était également pénible; il resta donc constamment couché sur le dos. Les malléoles s'œdématisèrent, et tout à coup en même temps le ventre se gonfla.

Le 1er et le 2 décembre, il vomit tous ses aliments mélangés à de la bile; coli-

---

nus dans les prisons, après un, deux, trois ans d'incarcération cellulaire, demandent avec instance de finir dans leurs cellules les dix, douze, quinze ans de détention auxquels ils sont condamnés; qui tous enfin, dans cette solitude qui est si peu solitaire, déjà relevés à leurs propres yeux par les soins dont on les entoure, se font de leur cellule une sorte de petit chez soi, meublé d'un lit qui est le leur, d'un métier qui est le leur, d'une table, d'ustensiles, de livres qui sont les leurs. Et il est probable qu'à l'aspect de ces prisons, qui ressemblent si peu à des prisons, à celles au moins de l'ancien système, à l'aspect de ces cellules si propres et si bien ordonnées, à l'aspect de ces détenus si bien portants, si actifs, ils se diront à eux-mêmes ce qu'un spirituel député disait au directeur de la prison de Bordeaux : « En vérité, je n'avais pas idée de ce que peut être et de ce qu'est déjà en France le système cellulaire, et je dois avouer que j'ai combattu ce que je ne connaissais pas. »

Un autre membre de la chambre des députés, frappé, comme tous les autres visiteurs, de la tenue, de l'ordre et des résultats de la prison cellulaire de Tours, écrit sur le registre d'observations de cette maison que ce sont là d'immenses difficultés miraculeusement vaincues, et que, pour renouveler le même miracle, il faudrait trouver les mêmes hommes, les mêmes administrateurs, les mêmes ressources, ce qui lui paraît impossible. Que l'honorable député soit donc satisfait, ces mêmes hommes, ces mêmes administrateurs, ces mêmes ressources existent à Bordeaux, à Montpellier et bien ailleurs, et il serait singulier qu'il en fût autrement. Sans rien diminuer du mérite des directeurs de ces diverses maisons, sans rien retrancher des éloges qui leur sont si légitimement dus, il n'y a pas moyen de les regarder comme des créatures dont le moule aurait été brisé; il n'y a pas moyen d'accorder que, sur une population de plusieurs millions d'hommes, qui en compte, dans toutes les carrières, tant d'intelligents et d'inoccupés, officiers sans soldats, avocats sans procès, médecins sans malades, administrateurs sans administration, il n'y en a pas quelques centaines capables de diriger les nouvelles prisons, bien plus faciles, quoi qu'on en ait dit, à diriger que les anciennes, et par exemple que les maisons centrales. Les hommes honorables qui sont à la tête de ces prisons n'accepteraient pas un tel éloge, et il serait bon de le leur épargner. Pendant quelques années encore les maisons cellulaires manqueront plus aux directeurs que les directeurs aux maisons cellulaires. Là n'est pas la difficulté : elle est, si elle est quelque part, dans l'idée fausse qu'ont donnée du nouveau système des discussions qui n'ont pas toujours été sincères, et auxquelles manquait une condition capitale, la connaissance des faits. Pour éclairer l'opinion publique, pour ramener les hommes qui s'en sont faits les promoteurs ou les échos, il n'y a plus maintenant qu'une chose à leur dire : Il existe en ce moment en France vingt-trois maisons où l'emprisonnement cellulaire peut être apprécié dans ses œuvres; allez les visiter, et jugez.

L'état actuel de ces maisons a quelque chose de si remarquable, les résultats en sont si frappants, qu'on se réfugie dans une dernière objection.

On dit : Sans doute un an, deux ans, trois ans d'isolement cellulaire, nous le voyons, ne nuisent ni à la santé du corps ni à celle de l'esprit; mais qui nous répondra que cet isolement, étendu aux longues peines, aux peines de dix, quinze, vingt ans, et enfin aux peines perpétuelles, n'aura pas des résultats contraires, des résultats fâcheux, déplorables, pour la vie et la raison des détenus? L'expérience d'un tel isolement n'a pas été faite, et nous l'attendons pour nous

ques très-vives. (Deux grammes de calomel.) Il eut une selle bilieuse abondante. Le malade assis sur son lit, M. Haspel nous fit remarquer la déviation de la colonne vertébrale à droite, phénomène qu'il était facile d'apprécier en traînant un doigt sur la ligne des apophyses épineuses. Il a rencontré souvent cette déviation dans les altérations chroniques du foie.

Le 3, la teinte du malade est d'un jaune livide; les joues se creusent et le marasme fait des progrès effrayants. Les battements du cœur, la vive sensibilité de tout l'abdomen, surtout à l'hypocondre droit, l'ascite, prennent plus d'intensité.

Le 7 décembre, il se plaint d'insomnie; la nuit a été très-agitée; la respiration est gênée; il accuse des coliques atroces. Néanmoins, vers le matin, ces douleurs cessèrent; il reprit un peu de tranquillité et nous dit que son ventre diminuait, mais en même temps ses jambes s'infiltraient. Le lendemain, l'ascite augmenta rapidement; les parois abdominales devinrent tendues, dures, la respiration haletante, le pouls très-irrégulier, petit et fréquent le soir, développé et large le matin, les battements du cœur tumultueux.

Pendant quelques jours, délire et agitation la nuit. Mieux à la visite du matin. Il accusait toujours de grandes coliques, mais les vomissements avaient cessé.

Le 22, à la visite du soir, il était dans une anxiété effrayante; il avait les yeux vifs, hagards, agitait sa tête en s'efforçant de parler; ses inspirations étaient très-rapprochées; le pouls, irrégulier, battait avec violence; ses membres étaient flasques et il ne pouvait lever la main qu'avec peine. Il mourut à une heure du matin.

Nécropsie. — Poitrine. Une petite quantité de sérosité est épanchée dans la cavité des deux plèvres; le cœur a un volume considérable; son ventricule gauche est le siége d'une hypertrophie assez remarquable, tandis que le ventricule droit et l'oreillette correspondante sont considérablement dilatés. L'endocarde du ventricule gauche offre une injection anormale, surtout aux valvules qui sont épaissies. Cette injection se manifeste également dans quelques points de la portion supérieure de l'aorte; elle forme des plaques longitudinales.

Abdomen. A peine eut-on divisé les parois abdominales qu'une matière sanieuse purulente s'écoula avec abondance; ce même liquide remplissait les fosses iliaques et l'excavation du bassin. Les deux faces de l'estomac, le colon, les anses de l'intestin grêle, les reins, les deux surfaces concaves et convexes du foie et les portions correspondantes du diaphragme étaient tapissées par des exsudations blanchâtres purulentes se détachant en larges lambeaux, et au-dessous desquelles la surface viscérale du péritoine était injectée et, dans plusieurs points, noirâtre. Le tissu du foie était jaunâtre sans congestion apparente; il avait une extrême friabilité, et non-seulement il se déchirait très-facilement, mais même se réduisait en bouillie. Dans plusieurs points de sa substance incisée, s'écoulait en nappe un pus crémeux abondant qui l'infiltrait. En outre, un vaste abcès avait occupé une partie de la face convexe du foie et s'enfonçait dans son épaisseur. Du milieu de cette face, il s'étendait jusqu'au bord inférieur de cet organe; il s'était ouvert largement dans le péritoine, et des fausses membranes offrant plusieurs lignes d'épaisseur et recouvertes d'une couche purulente nous indiquaient encore la place qu'il avait occupée dans le foie.

Si donc on compare cette observation aux précédentes, quelle différence! D'abord la nouvelle complication dont elle offre un exemple et le développement des symptômes que nous n'avons trouvés aussi patents, aussi prononcés dans aucune des autres observations. Là tout est incertitude, obscurité; voyez comme ici tout est saillant. La douleur à l'hypocondre droit, s'étendant jusqu'à l'épaule droite et devenant plus forte pendant l'inspiration et les mouvements; l'impossibilité de se coucher sur le côté droit qui est gonflé et douloureux à la pression: voilà suffisamment de symptômes pour établir notre diagnostic. A cette période avancée de la maladie, sans doute celui-ci était facile; mais, en général, ce qu'il y a de difficile et surtout d'important, c'est de saisir la maladie à son début pour pouvoir l'attaquer efficacement; cette phlegmasie n'était certes pas née et arrivée à sa terminaison dans les quinze ou vingt jours que nous l'avons observée. Ces vastes désordres organiques, ces monstrueux abcès sont la conséquence d'un état bien antérieur qui lentement pendant la saison des chaleurs a amené la désorganisation du foie. Comment, en effet, pourrait-on se flatter d'énoncer brusquement sur ces lésions anatomiques, sur ces abcès si fréquents quelque appréciation légitime et claire sans un jugement préliminaire sur tout ce qui a précédé l'époque de leur formation. A quoi s'appliqueraient mieux ces paroles: *Proles sine matre creata*, qu'à ces observations ainsi tronquées, à ces épisodes de malades. Il n'est pas permis, sans un préjudice notable pour le traitement, de scinder par tranches arbitraires des faits dont la nature et les accidents doivent reporter notre esprit vers une origine plus éloignée. Pour comprendre ce présent, il faut remonter plus haut dans le passé.

Pour empêcher ces collections purulentes, il faut s'attacher à combattre les hypérémies du foie au début. Si donc, disais-je, dans les Mémoires de médecine et de chirurgie militaires, au lieu de s'endormir sur le peu de gravité apparente des premières phases morbides qui commencent dans la saison des chaleurs, on traitait le malade promptement et avec énergie, si l'on agissait lorsque la maladie jette ses premiers germes, peut-être arriverait-on à les détruire avant qu'ils ne donnent naissance à ces énormes abcès qui entraînent la ruine de l'organe par la suppuration. Des émissions sanguines générales et locales furent pratiquées; le malade prit du calomel; mais ces moyens devaient être infructueux; il était trop tard. Que pouvait-on espérer en présence de si graves, si étendus et si rapides désordres?

Quant aux accidents qui survinrent le 30 novembre et les premiers jours de décembre, ils marquèrent, selon nous, le moment où se fit l'ouverture de l'abcès dans le péritoine, du moins il est raisonnable de le penser, lorsqu'on voit tout à coup la face se gripper et prendre une teinte livide, enfin se manifester une vive sensibilité dans les parois abdominales, en même temps que se fait une exhalation considérable dans le ventre. Très-vraisemblablement donc la péritonite est consécutive à l'ouverture de l'abcès hépatique dans le péritoine.

Lors de l'entrée du malade le pus était déjà formé; il occupait une grande étendue du parenchyme hépatique. Je ne crois pas que l'ouverture immédiate eût été couronnée de succès; l'abondance excessive de l'épanchement purulent eût été certes une cause de mort.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE NÉPHRITE ALBUMINEUSE DURANT LA GROSSESSE; communiquée par M. E. Bouchut, médecin, interne lauréat médaille d'or des hôpitaux.

Les individualités morbides *simples* sont aujourd'hui fort bien connues de tous les médecins qui ont fait une étude attentive des maladies de l'homme. Il n'en est pas tout à fait de même de certaines individualités morbides *complexes* dans lesquelles une affection plus ou moins sérieuse

---

prononcer.

Il y aurait une première réponse à faire à cette difficulté; mais il faudrait aller la chercher au delà des mers. On ferait remarquer qu'en Amérique, dans l'État de Pensylvanie, ce n'est pas seulement à un ou deux ans d'encellulement, et d'encellulement plus rigoureux que le nôtre, qu'ont résisté la santé et la raison des détenus, mais bien à dix ou douze ans de la même peine. On sait maintenant à quoi s'en tenir, et j'ai, je crois, un peu contribué à ce résultat, sur cette fantasmagorie de cas de mort et de folie qu'on évoquait contre la discipline de Cherry-Hill; elle s'est évanouie au grand jour de la discussion. Dans les trois derniers rapports qui nous sont arrivés des États-Unis sur ce pénitencier, c'est à peine si, dans ce qui est relatif à ses résultats sanitaires, on trouve quelques vestiges de ces faits accusateurs que la société auburnienne de Boston grossissait au verre de sa loupe.

Mais laissons à l'Amérique ce qui appartient à l'Amérique, et pour juger et assurer l'avenir d'un système d'emprisonnement qui a déjà pu prendre le titre de français, n'invoquons que l'expérience française.

Sans doute, et je veux le dire tout d'abord, l'emprisonnement cellulaire donnera lieu à un nombre d'autant plus considérable de cas de mort et de folie que sa durée sera plus longue. Mais est-ce là un résultat particulier à ce mode d'emprisonnement? Croit-on que, dans l'incarcération ordinaire, la maison de correction, la maison centrale, le bagne, il soit indifférent pour l'esprit comme pour le corps que la peine soit de deux ans, ou de vingt, de trente ans, de toute la vie? Croit-on de plus que, pour un certain nombre de détenus, pour leur esprit plus encore que pour leur corps, ce ne soit rien que cette vie de quinze, vingt, cinquante ans et plus, passée dans une promiscuité abominable, qui fait des prisons en commun une société particulière, à tout jamais reniée par la grande, et au seuil de laquelle devraient être écrites les lignes désespérées que Dante lut sur la porte de l'enfer? On s'obstine à comparer les conditions et les effets de l'emprisonnement cellulaire à ceux de la vie ordinaire, comme si les peines, dans leurs conditions expiatoires et comminatoires, ne prélevaient pas et ne devaient pas prélever, dans tout système, un tribut, que j'appellerai légitime, sur la vie, la raison même des coupables.

Or ce tribut ne sera certainement pas plus considérable, il le sera beaucoup moins, quelle que soit la durée de la peine, dans l'emprisonnement cellulaire que dans l'emprisonnement en commun.

Il est un fait incontestable qu'a déjà donné l'expérience de nos maisons cellulaires, c'est que le moment où leur mode d'incarcération agit le plus sur l'esprit et par l'esprit sur le corps, ce sont les premiers jours, les premières semaines, les premiers mois de l'emprisonnement. C'est alors qu'a lieu exclusivement, quand elle a à se produire, l'explosion de la tristesse. Bientôt, par suite de la connaissance qu'acquiert le détenu de la peine à laquelle il est soumis, par suite du nombre et de la nature des communications qui la tempèrent, par l'effet du travail, de la prise de possession de la cellule et de ce qui la meuble, ces fâcheux mouvements se calment. L'habitude se prend, le bien-être la suit, et il en résulte ce que nous savons, ce que nous avons vu, c'est-à-dire des conditions physiologiques et pathologiques bien supérieures à ce que donne l'emprisonnement en commun.

Que ces conditions puissent persister durant cinq ans et même dix ans; qu'on

vient s'ajouter à l'état physiologique de la grossesse ou à un état pathologique préexistant. Ces affections, qui échappent par leur rareté à l'observation de tous, deviennent pour quelques-uns, dans l'occasion, la source d'une incertitude et d'un embarras que ne saurait dissiper la lecture des nouveaux traités de pathologie ou des encyclopédies modernes. C'est un champ d'étude en quelque sorte nouveau dans lequel chacun est appelé à produire sa part de jugement et d'observation, mais où se sont déjà distingués quelques médecins du plus grand mérite.

M. Rayer, en publiant son ouvrage sur les maladies du rein, a consacré de nombreuses pages à cet important sujet des complications de la néphrite albumineuse. Il a signalé en particulier la triste influence exercée par cette maladie sur les femmes grosses et sur l'œuf. Le petit nombre d'observations qu'il avait alors ne lui a pas permis d'établir les limites de cette influence; mais celles qu'il a recueillies depuis cette époque, et qu'on peut lire dans l'excellente thèse de M. Cahen, éclairent la question d'une manière très-satisfaisante.

La néphrite albumineuse qui se déclare dans le cours de la grossesse est toujours l'occasion d'accidents plus ou moins graves pour la mère et pour le produit de la conception : c'est là un premier fait, incontestable, et qui résulte des recherches de M. Rayer et de celles de M. Cahen, que j'ai déjà eu le plaisir de citer.

Néanmoins il ne faut pas se faire une idée du tableau et des conséquences de cette maladie dans la grossesse par ce que nous savons de sa gravité dans l'état habituel. On pourrait se tromper et tomber dans une exagération dangereuse. Trop souvent la maladie est sérieuse, aussi sérieuse même qu'on peut le prévoir ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et les accidents qui la caractérisent peuvent disparaître par le seul fait de l'accouchement, ainsi que le dit M. Rayer et ainsi que l'enseigne l'observation que je rapporte.

La néphrite albumineuse qui survient pour la première fois dans le cours d'une grossesse est nécessairement aiguë. Elle est signalée par un état fébrile plus ou moins prononcé, suivant l'acuité de la maladie. Elle détermine l'apparition de malaises, de fatigue générale et de douleurs lombaires; la manifestation de désordres gastriques, vomissements et diarrhée, différents des mêmes symptômes annonçant la grossesse; l'apparition de l'hémorrhagie utérine, et enfin l'accouchement compliqué ou non d'éclampsie, ayant pour résultat la sortie d'un fœtus mort ou vivant, suivant les circonstances, ou bien divers accidents capables d'occasionner la mort de la mère.

Tous ces accidents ont été signalés par M. Rayer et par M. Cahen, qui a insisté principalement sur les phénomènes cérébraux, dont la néphrite albumineuse peut être l'origine. L'éclampsie est en réalité fréquente chez les femmes ainsi affectées, et qui sont arrivées à peu près au terme de la grossesse; mais ce n'est pas un accident inévitable, et l'observation que je rapporte en est une nouvelle preuve.

Obs. — A..., en condition chez madame la comtesse de La B..., devint enceinte pour la première fois vers le 20 janvier 1846. Le commencement de sa grossesse ne présenta rien de particulier, et cette femme resta bien portante pendant assez longtemps; elle n'eut que de légères nausées et de faibles vomituritions.

Après avoir couché six semaines dans un rez-de-chaussée très-humide, le côté gauche du corps tourné vers la muraille, elle avait éprouvé, au deuxième mois, de vives douleurs musculaires dans le bras et la jambe gauches, douleurs apyrétiques, de peu de durée, qui disparurent par le changement d'habitation.

A part ce petit accident, la grossesse ne fut troublée que vers la fin du septième mois, par une pesanteur dans la tête, des envies de dormir et une diminution sensible de l'appétit. Les jambes étaient un peu enflées, le ventre bien dur, sans œdème et le fœtus très-vivant.

Au commencement du huitième mois, la température, qui avait été très-élevée pendant toute la saison, était encore très-chaude; les affections bilieuses s'étaient montrées fréquentes et sérieuses. Notre malade, qui depuis plusieurs jours avait la langue jaune et la bouche amère, eut tous les symptômes d'une indigestion : elle vomit plusieurs fois, et le lendemain, ainsi que tous les jours suivants, elle eut de la diarrhée et de la fièvre.

A partir de cet instant, la santé fut définitivement troublée; la fièvre persista continue, quoique légère; l'appétit ne se réveilla plus, et le goût resta perverti. La diarrhée se montra à plusieurs reprises; mais il n'y eut pas d'autres vomissements.

Au milieu de ce huitième mois, l'œdème, jusqu'alors borné aux extrémités inférieures, envahit le tronc; la face et les paupières en étaient toutes gonflées.

Le huitième mois se passe, et le 1er octobre, commencement du neuvième, il se déclare une violente hémorrhagie utérine, qui force notre malade à garder le lit. Cette hémorrhagie dura deux jours avec abondance, et était formée de sang noir à demi putréfié.

Les jours suivants, jusqu'au 9 octobre, jour de l'accouchement, l'écoulement fut peu abondant.

Lors de l'hémorrhagie, la malade était dans l'état suivant : pâleur de la face et injections de quelques veinules sur les pommettes; bouffissure des paupières et des joues, principalement de la droite; œdème du bras et de la main du côté droit; œdème des jambes; céphalalgie frontale assez intense, accablement de la pensée, somnolence, rêves tristes, aucune agitation du corps ou des membres, point de soubresauts ni de convulsions.

Chaleur de la peau; pouls petit et fort, de 100 à 110; soif fréquente; perte de l'appétit; point de nausées ni de vomissements; selles jaunâtres liquides.

Urine trouble, en apparence ensanglantée, donnant par la chaleur un précipité blanc, épais, des plus abondants.

L'auscultation ne pouvait découvrir ni les bruits du cœur du fœtus, ni le souffle utérin.

Trois saignées furent pratiquées dans ces neuf jours, compris entre celui où l'hémorrhagie parut et où un enfant mort et putréfié fut expulsé du sein de la mère

Sous l'influence de ces évacuations, l'œdème de la face disparut, et, avec l'œdème, le sommeil et la céphalalgie ; la fièvre persista. L'hémorrhagie, arrêtée au deuxième jour de son apparition et après la première saignée, ne se reproduisit que très-faiblement, juste assez pour marquer le linge.

C'est au neuvième jour de la perte, comme je l'ai déjà dit, et dans le neuvième mois de la grossesse, que la délivrance eut lieu; elle se fit sans beaucoup de peine; le travail dura six heures, et l'enfant arriva mort et dans un état de macération tel, qu'on pouvait le juger dans cet état depuis dix à douze jours environ, c'est-à-dire depuis l'apparition de l'hémorrhagie utérine.

Après l'accouchement, la malade conserva un léger mouvement fébrile qui augmenta au troisième jour de l'engorgement des seins. Postérieurement, la fièvre se mit à décroître, et le pouls oscillait entre 80 et 90; la langue resta couverte d'un enduit blanc-jaunâtre; la bouche était amère, et il n'y avait point d'appétit.

L'œdème des membres inférieurs, qui était déjà peu considérable au moment de l'accouchement, disparut au bout de huit jours.

Les urines restèrent albumineuses pendant deux septénaires, et l'on vit le précipité perdre progressivement de son opacité avant de disparaître d'une manière définitive.

---

puisse sans danger élever à ce chiffre la durée de l'emprisonnement cellulaire; on ne le conteste plus guère. Mais beaucoup d'opposants au système ne veulent pas aller au delà. Et ce qu'ils en redoutent, c'est infiniment moins son action sur le corps que son influence sur l'esprit. Ils se résoudraient bien à voir l'emprisonnement cellulaire tuer un plus grand nombre de détenus que n'en tue l'emprisonnement ordinaire; mais ils ne supporteraient pas qu'il eût le même effet sur la raison. Que si dans les longues peines la cellule était pour l'intelligence deux fois seulement plus meurtrière que l'ancien mode d'emprisonnement, ils reculeraient, et je ne dis pas qu'ils auraient tort, dans son application à toute l'échelle des condamnations.

Mais pour quelle raison les longues peines donneraient-elles lieu à un tel résultat? Pourquoi ce qui a duré cinq ans, dix ans, n'en durerait-il pas vingt, trente, quarante? Est-ce que, dans les longues détentions, le travail, la lecture, l'enseignement scolaire et moral, cesseraient d'animer la cellule? Est-ce que la solitude y serait plus profonde, moins rompue par ces communications dont j'ai donné plus haut la liste? Est-ce que la promenade au grand air n'y serait pas aussi fréquente et d'aussi longue durée?

J'ai dit combien sont nombreuses et variées ces communications qui annihilent la solitude de l'emprisonnement cellulaire. J'ajouterai que, si l'on voulait en tenter l'expérience, on pourrait les multiplier encore, aller en cela jusqu'à l'abus. Déjà, dans une de nos prisons cellulaires, celle de Tours, se mêle, durant l'office divin, à la voix du prêtre celle de l'orgue, aux consolations de la prière les adoucissements de la musique. Rien ne serait plus facile, durant la semaine, que d'user encore ou plutôt d'abuser de ce moyen de distraction. Qui est-ce qui empêcherait en outre d'imposer aux gardiens le devoir de faire aux détenus, indépendamment des visites nécessitées par le service, d'autres visites, qui seraient des visites du monde? Qu'est-ce qui s'opposerait à ce que chaque détenu, en sus de sa promenade quotidienne, vînt à tour de rôle, ou plutôt comme récompense de sa résignation, de l'amélioration de ses sentiments, communiquer quelques instants avec les gardiens, dans la pièce où ils se tiennent? etc., etc.

Mais je me hâte de le déclarer, je suis loin de recommander ces communications supplémentaires, qui seraient tout au moins inutiles. Je n'ai voulu, en les signalant, que montrer, par quelques exemples, que la solitude de l'incarcération cellulaire, déjà si peu solitaire, pourrait le devenir encore moins, si, dans l'intérêt de l'application de ce mode d'emprisonnement à toute la durée des peines, on croyait devoir faire quelque concession à des craintes exagérées. Pour moi, comme pour tous les hommes qui ont vu fonctionner le nouveau système, il est une autre crainte à concevoir, une crainte de nature opposée : c'est que cette prétendue rigueur de l'emprisonnement cellulaire ne soit déjà plus assez rigoureuse, et qu'elle ne tende à le devenir de moins en moins. Ce qu'il y a de sûr, et cette observation est assez importante pour que je la répète en terminant, c'est que les détenus qui en ont fait l'épreuve, qu'ils puissent ou non la comparer à celle de l'emprisonnement en commun, demandent, et cela en nombre considérable, à subir dans la cellule des reclusions de dix, quinze, vingt ans, des reclusions à perpétuité. Ils sentent bien que ni leur corps, ni leur esprit, n'auront le moins du monde à souffrir de ce mode de captivité. Or s'il peut y avoir sur ce sujet des inductions légitimes, des prévisions presque assurées, ce sont celles qui ont pour base l'expérience même des parties intéressées.

Au dix-septième jour, les urines ne donnaient plus aucun précipité; l'état général était assez satisfaisant pour que MM. Rayer et Lebreton, qui visitèrent la malade, lui permissent de prendre des aliments et de sortir de son lit.

CONCLUSIONS. — Cette observation démontre :

1° L'existence de la néphrite albumineuse durant la grossesse;

2° Son apparition coïncidant avec l'habitation dans un endroit humide;

3° L'influence fâcheuse que cette maladie peut avoir sur le produit de la conception, qui, dans ce cas, mourut prématurément dans le sein de la mère, et en fut expulsé au bout de neuf jours;

4° La possibilité de l'accouchement sans éclampsie, phénomène observé dans des circonstances analogues;

5° La guérison rapide de la maladie par les saignées, préalables à l'accouchement et par l'hémorrhagie de la délivrance, fait d'autant plus important à connaître qu'il est plus rare en dehors de l'état de grossesse.

OBSERVATION D'UN CRAYON DE BOIS ACCIDENTELLEMENT INTRODUIT DANS LA VESSIE CHEZ UNE FEMME, ET EXTRAIT A L'AIDE DU BRISE-PIERRE A PERCUSSION; par M. ANT. BOUCHACOURT, chirurgien en chef (désigné) de la Charité de Lyon.

Depuis l'époque où je publiai dans ce journal l'observation d'un passe-lacet introduit dans la vessie, et heureusement extrait au moyen du lithotriteur de M. Heurteloup (GAZ. MÉD. DE PARIS, année 1841, p. 700), quelques faits analogues ont été observés; plusieurs ont été rapportés dans les recueils scientifiques. J'en ai, pour ma part, rassemblé un grand nombre, soit plus anciens, soit plus récents, avec l'intention d'en faire un travail beaucoup plus étendu. En attendant la publication de ce mémoire, il m'a semblé opportun de faire connaître une observation toute récente, analogue, sous plus d'un rapport, à la précédente; elle suggérera sans doute de nouvelles et utiles réflexions aux hommes spéciaux qui ont déjà abordé ce sujet, et décidera peut-être la publication de faits semblables jusque-là gardés inédits. Je profiterai, pour ma part, avec reconnaissance des documents nouveaux qui me seront fournis.

CRAYON DE BOIS INTRODUIT DANS LA VESSIE PAR LE CANAL DE L'URÈTRE CHEZ UNE FEMME, EXTRAIT A L'AIDE DU BRISE-PIERRE A PERCUSSION; GUÉRISON SANS ACCIDENTS.

OBS. — Étiennette Blain, de Savigny (Rhône), âgée de 40 ans, est d'une petite taille, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin. Cette fille, qui n'a jamais été malade, se plaint de douleurs à l'hypogastre, d'envie fréquente d'uriner, qui motivent son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Couchée au n° 36 de la salle Saint-Paul, service de M. Barrier, on apprend qu'elle s'est introduit dans la vessie un crayon de bois, dans le but, dit-elle, de calmer de violentes coliques que rien ne pouvait soulager. Il est permis de supposer, par les aveux mêlés de réticences de cette fille, que ce crayon lui est échappé des mains pendant qu'elle se livrait aux manœuvres de l'onanisme. La présence du corps étranger dans la vessie a immédiatement développé des douleurs; faibles pendant le repos et dans le décubitus dorsal, s'exaspérant dans le travail et la marche, elles ont fini par acquérir un haut degré d'intensité. A son entrée, le 16 septembre, Étiennette Blain accuse les douleurs hypogastriques déjà signalées, de fréquents besoins d'uriner, des frissons alternant avec de la chaleur; les urines sont épaisses, troubles; la peau est chaude; le pouls est accéléré.

Le lendemain, cet état persiste. M. Barrier pratique le cathétérisme avec une sonde de femme, s'assure de la présence du corps étranger dans la vessie, et se décide à en tenter l'extraction immédiatement. — La malade est couchée sur un lit élevé, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin; une injection d'eau tiède est faite dans la vessie avant d'y renouveler l'exploration avec le trilabe de M. Civiale. C'est en vain qu'on essaye d'extraire le corps étranger placé transversalement derrière le pubis; on n'est pas plus heureux avec une pince à polype allongée et courbe, avec le lithotriteur de M. Heurteloup et avec d'autres instruments analogues, tout en s'aidant du toucher vaginal. Le corps étranger, situé obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite, est saisi plusieurs fois, mais il échappe constamment. M. Barrier et moi, nous reconnaissons successivement, par le toucher vaginal, la position du crayon dans la vessie, et c'est en vain qu'on s'efforce de l'amener au dehors en le saisissant par l'une de ses extrémités, toujours on éprouve un obstacle insurmontable lorsqu'on commence les efforts d'extraction. Durant ces diverses tentatives, on constate que le trilabe, qui vide trop facilement la vessie, ne peut saisir le corps étranger et pince la muqueuse vésicale; la pince à polype serre chaque fois et amène avec elle de petits lambeaux de la muqueuse urétrale. Le brise-pierre à percussion saisit très-facilement le corps étranger, l'amène à l'orifice vésical du canal de l'urètre sans pouvoir le dégager, à cause de sa présentation transversale. La malade est reportée au lit.

18 septembre. La malade a souffert des suites de ces tentatives d'extraction; douleurs à l'hypogastre augmentées; envie fréquente d'uriner; urines épaisses, mucoso-purulentes, mêlées de quelques caillots de sang. M. Barrier, s'absentant pour quelques jours, m'a confié son service. Je renouvelle les tentatives d'extraction après avoir fait pratiquer une injection d'eau tiède dans la vessie; je ne suis pas plus heureux que mon collègue par l'emploi des mêmes procédés et des mêmes instruments, auxquels j'ajoute la longue pince recourbée dont on se sert pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Je me décide alors à tenter une manœuvre qui, en théorie, me semblait pouvoir réussir, et dont l'événement devait bientôt démontrer l'efficacité. Introduisant dans la vessie un petit lithotriteur d'enfant, je constate la présence du crayon; je le saisis et le tiens fixé au-dessous et derrière le pubis, en reconnaissant sa position transversale et l'impossibilité de la modifier avantageusement. Confiant alors le lithotriteur à un aide qui le maintient immobile, je conduis, en me guidant sur lui par le canal de l'urètre, un autre instrument exactement semblable, avec lequel je saisis le crayon à droite du point où le premier l'a saisi; retirant alors celui-ci, je touche par le vagin et m'assure que je me suis rapproché de l'extrémité du corps étranger situé à gauche et en arrière de la vessie (à ma droite). Cependant ce n'est pas encore sur l'extrémité que porte la constriction. J'introduis une seconde fois le même lithotriteur, dans le but de saisir le crayon aussi près que possible de sa pointe, toujours à droite de celui qui reste dans la vessie; touchant de nouveau par le vagin, je reconnais la présence des mors du brise-pierre à l'extrémité gauche du corps étranger, qui fait à peine dans la vessie une légère saillie; je retire alors l'instrument introduit le second, puis celui qui a pénétré en dernier lieu, et qui amène avec lui le corps étranger : c'est un crayon de bois ordinaire, rougeâtre, non verni, cylindrique, de 10 centimètres de longueur sur 8 millimètres de diamètre, formé de deux parties inégales collées ensemble. Ces deux fragments se séparent d'eux-mêmes aussitôt après l'extraction. Un des bouts est taillé, la pointe est brisée, la mine de plomb forme encore une légère saillie; l'autre extrémité présente deux entailles. Le corps du crayon est recouvert, près de cette extrémité, d'une couche jaunâtre sédimenteuse. La malade retourne elle-même à son lit, très-satisfaite du résultat de l'opération.

Je prescrivis un bain de siége, des cataplasmes sur l'hypogastre, tisane de lin, potion calmante.

19. Pas de fièvre; la malade a dormi; envies fréquentes d'uriner; urines toujours troubles. (Bains de siége, lavement huileux, onctions sur l'hypogastre avec les huiles camphrée et de morphine, tisane de lin, injection avec la décoction de mauve et pavot.)

20 à 24. Cette médication est continuée; on augmente la quantité d'aliments; la malade se lève, marche, retrouve l'appétit et le sommeil. Elle ne rend plus que quatre fois par jour des urines devenues claires.

24. Une sonde introduite dans la vessie ne détermine pas la moindre douleur et laisse écouler une urine limpide. La malade demande et obtient sa sortie.

Le procédé opératoire suivi dans l'observation qu'on vient de lire repose en principe sur la possibilité de faire traverser le canal de l'urètre de la femme à des instruments plus volumineux étant réunis que la sonde ordinaire; il n'est donc pas applicable aux corps étrangers de la vessie chez l'homme, à cause de la différence de longueur, de direction de diamètre, de dilatabilité du canal de l'urètre. N'est-ce pas une raison de plus pour séparer avec soin, dans l'histoire théorique des corps étrangers de la vessie comme dans les procédés opératoires, ce qui appartient à la femme de ce qui s'applique à l'homme ? Ce n'est pas le lieu d'insister davantage sur cette distinction ; je dois me borner à constater les faits qui la justifient.

Je trouve à combiner l'action des deux lithotriteurs le grand avantage de fixer le corps étranger, ce qui permet d'aller chercher sa pointe, ou plus exactement l'une de ses extrémités avec beaucoup plus de sûreté, tandis qu'avec un seul instrument on n'agit qu'au hasard. Avec le doigt introduit dans le vagin, on sent très-distinctement les rapports du lithotriteur avec le corps saisi, la position transversale ou oblique de celui-ci, et enfin jusqu'à quel point on s'éloigne ou on se rapproche de celle de ses extrémités qu'on tente d'amener la première. Une fois qu'on a acquis la certitude d'être assez près de l'un des bouts du corps étranger, on serre l'instrument qui s'applique à ce point, on retire l'autre, et en dernier lieu celui qui doit entraîner le corps saisi. On peut tirer directement ou mieux d'un côté et de l'autre, comme pour dégager la tête du fœtus embrassée par le forceps.

Dans la manœuvre telle que je l'ai exécutée et décrite, j'ai eu trois introductions d'instrument; j'en ai retiré deux à vide, puis le dernier amenant le crayon. Si un cas semblable se représentait, je me bornerais à un simple changement de position dans la vessie, il serait facile de dégager le premier lithotriteur, de reprendre avec lui à droite ou à gauche, de dégager le second, puis le premier jusqu'à ce qu'on soit arrivé au point convenable pour tirer sans déchirure, en supposant qu'il fût possible d'arriver à l'extraction.

Je proposerais d'appliquer le procédé des deux lithotriteurs à l'extraction de tout corps étranger long et rigide (3ᵉ catégorie de M. Civiale, GAZ. MÉD., 1841, p. 746) qui aurait résisté à un premier instrument seul introduit. Avec la pince à trois branches comme avec les instruments de MM. Bianchetti et Spella, plutôt applicables aux corps étrangers flexibles, de même qu'à l'aide du brise-pierre à percussion employé isolément, on peut réussir, mais par hasard ; en combinant l'introduction des deux lithotriteurs, telle que je l'ai pratiquée et décrite, on agira rationnellement suivant des principes mécaniques sûrs, et l'on obtiendra dans des circonstances semblables, sauf des cas imprévus que je ne saurais d'avance apprécier, un résultat prévu et calculé comme celui de toutes les opérations régulières de la chirurgie.

LUXATION COXO-FÉMORALE SPONTANÉE ; GUÉRISON PAR UN APPAREIL DES PLUS SIMPLES ; observation communiquée par M. le docteur FOUCAUD.

OBS. — Une jeune femme, mademoiselle Daugiebem, âgée de 23 ans, demeurant carrefour de l'Odéon, 7, fut atteinte, dans le courant de l'été, quelque temps après une couche des plus heureuses, d'une affection qui avait tous les caractères d'un rhumatisme aigu, fixé dans la région coxo-fémorale.

Au dire de la malade, la cause de cette douleur violente était due à une chute faite à la danse, deux à trois jours auparavant. Mais la danse était en plein air : c'était par un beau soir d'été, conséquemment pendant une grande fraîcheur atmosphérique, et le corps en sueur, au moment de la chute, pouvait bien aussi, par un changement brusque de température, avoir gagné quelque chose d'indépendant de la chute. Rien ne laissait soupçonner le moindre dérangement du côté de l'articulation coxo-fémorale. La fièvre était forte et redoublait vers le soir. Un traitement antiphlogistique complet, secondé d'applications de ventouses sèches sur la région atteinte, faisaient, après cinq à six jours de repos au lit, entrevoir sous peu une heureuse issue à cette indisposition ; la langue s'était nettoyée, l'appétit revenait, la marche se reprenait sans trop de mal, quand la plus petite imprudence sembla venir ramener les plus graves accidents.

La douleur recommence dans la hanche droite, et plus forte que jamais. La fièvre revient. Apparaissent tous les caractères spéciaux d'une affection articulaire propre, caractères que jusque-là avaient complétement masqués ceux d'une affection rhumatismale, ayant son siége sur les muscles pelvi-fémoraux. Aussi la maladie pouvait bien n'avoir fait que changer de siége.

Quoi qu'il en soit, l'arthritis est soigné convenablement. La fièvre cesse et tous les accidents. La convalescence s'effectue ; mais la malade a le membre pelvien droit de 4 à 5 centimètres plus long que l'autre. Il y a eu luxation coxo-fémorale directement en bas ; cependant la tête du fémur ne semble pas avoir encore dérapé de dessus le rebord cotyloïdien inférieur. Malgré cet état de choses, la malade commençait à marcher, portant au large, la pointe du pied en dehors, ce membre dérangé, quand il me vint à la pensée de lui faire fabriquer un appareil à la fois contenteur et releveur, qui pût remplacer sa main, que je la voyais appuyer fortement contre le grand trochanter droit pour s'aider à marcher, appareil qui, en sollicitant sans cesse en haut la tête de l'os de la cuisse, pourrait finir par la replonger dans sa capsule articulaire. Je chargeai de l'exécution de ce travail un fabricant (1) d'appareils de ce genre, à qui je donnai toutes les explications possibles. La pièce est parfaitement confectionnée. Une plaque en fer, matelassée avec soin, appliquée en arrière vers le grand trochanter, tend à la fois à fixer solidement, à ramener en dehors, à entraîner légèrement en haut, la partie supérieure du fémur, au moyen de quatre courroies qui vont par couples se boucler sur la région correspondante opposée, les plus inférieures au-dessus de l'os iliaque du même côté.

Aidée de cet appareil, aussi simple que peu dispendieux, la malade a marché presque sans peine et sans douleur, éprouvant un soulagement général très-sensible, et aujourd'hui, vingtième jour de l'action de l'appareil, le membre malade a diminué en longueur de 3 centimètres. Il n'y a presque plus de claudication et le pied a la direction naturelle ; pas la moindre gêne.

Cette observation n'a pas besoin de réflexions. On ne sait que trop ce qui arrive en pareil cas pour ces sortes de luxations. J'ai donc cru que c'était servir la cause de la science que de l'informer de ce résultat.

(1) M. Simoneau, place de l'Odéon.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

SUITE.

III. THE LANCET.

Les numéros d'avril et mai 1846 contiennent les travaux originaux suivants 1° *Sur la structure et l'éclosion des œufs de poule* ; par M. David Tod. 2° *Sur les luxations de la mâchoire, avec l'indication d'un moyen simple pour prévenir le retour de cet accident* ; par M. Levison. (Chez un homme âgé, qui était très-sujet aux luxations, l'auteur est parvenu à les empêcher en lui faisant porter une sorte de fronde en cuir appliquée par son milieu sur le menton et se bouclant sur le sommet de la tête.) 3° *Empoisonnement par une solution aqueuse d'ammoniaque concentrée ; guérison* ; par M. Wilkins. 4° *Sur le traitement des maladies chroniques de la peau* ; par M. Th. Hunt ; *et remarques sur ce travail* ; par M. Cortis. 5° *Cas d'une disposition morbide du cœur extraordinaire découverte après la mort* ; par M. Hodson. 6° *Sur la méthode à suivre en pratiquant les autopsies* ; par M. Letheby. 7° *Considérations sur l'inflammation aiguë de l'estomac et des intestins, produite par le mélange du vert de gris aux aliments* ; par M. T. Moore. 8° *Sur un nouveau signe caractéristique de l'albumine, considéré quant à la possibilité de prendre cette substance pour la caséine* ; par M. Underwood. 9° *Des sels alcaloïdes et de leur influence relative sur l'économie* ; par MM. T. et H. Smith. 10° *Observation d'hydatides de l'utérus coïncidant avec la grossesse* ; par M. Yeates Hunter. (Le fœtus passa, et le placenta fut extrait à travers la masse hydatique en rompant leurs cellules. Il n'y eut aucun obstacle réel au travail malgré cette complication, et l'accouchée se rétablit bien.) 11° *Empoisonnement par le tartre émétique, avec l'indication des désordres trouvés à l'autopsie* ; par M. Hartley. 12° *Fracture de l'humérus survenue sans aucune violence extérieure* ; par M. Berncastle. 13° *De l'opération pour le strabisme* ; par M. Brett. (Description des divers temps de l'opération.) 14° *Quelques remarques sur les plaies des artères, les hémorrhagies secondaires et les anévrismes faux* ; par M. Liston. 15° *Cas de maladie encéphaloïde des organes contenus dans le bassin* ; par M. Hardy. (Cette affection, développée chez un enfant de 5 ans, avait envahi la vessie et le rectum ; la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic.) 16° *Cas d'anévrisme de l'artère fémorale guéri par la compression* ; par M. Mackern. (Anévrisme spontané du tiers inférieur de la fémorale, datant de seize mois. La compression, exercée avec un tourniquet au-dessus de l'arcade crurale, ne fut d'abord laissée qu'une heure chaque fois ; plus tard on la prolongea durant douze heures. Au bout de vingt-quatre jours, la guérison était complète.) 17° *Opération pour la cure de l'imperforation de l'anus* ; par M. G. Smyth. 18° *Cas d'obstruction intestinale grave* ; par M. Wilson. 19° *Cas de tétanos où l'aconit fut administré* ; par M. W. Newton. (C'était un tétanos traumatique, suite d'une plaie contuse au gros orteil ; 40 gouttes de teinture d'aconit ne produisirent aucun effet, et le malade mourut.) 20° *Des inconvénients de la malpropreté et de l'importance publique des ablutions* ; par M. Coventry. 21° *Cas rare d'abcès du cœur* ; par M. Chance. 22° *Hernie crurale étranglée depuis quatre jours ; gangrène de l'intestin ; opération ; mort par péritonite ; anomalie de l'artère obturatrice* ; par M. Coote. (Chez une femme, l'obturatrice, née d'un tronc commun avec l'épigastrique, se contournait sur le côté supérieur et interne de l'anneau crural de manière à avoisiner le bord interne du ligament de Gimbernat ; cependant elle n'avait pas été touchée par le bistouri : le débridement, multiple, avait été fait sur ce même ligament de Gimbernat.) 23° *Fracture de la branche descendante du pubis près de sa jonction avec l'ischion* ; par M. Hancock. (Cet accident, suite d'une chute de 14 pieds de haut sur l'ischion, ne fut reconnu qu'à la crépitation, à l'impossibilité de soulever le pied de dessus le plan du lit de plus d'un pouce, non plus que de le porter dans une abduction un peu forte. Le malade ne pouvait point s'asseoir sans supporter le poids du corps avec les mains. La guérison eut lieu sans autre appareil que la situation sur un double plan incliné.) 24° *Deux cas d'anévrisme poplité traités heureusement par la ligature* ; par M. Storks. 25° *Considérations sur l'inflammation aiguë de l'estomac et des intestins* ; par M. Moore.

LÉSION INSOLITE DU CŒUR DÉCOUVERTE APRÈS LA MORT ; par le docteur HODSON.

OBS. — Un forgeron, âgé de 36 ans, entra à l'infirmerie de *Union-House*. Il était très-émacié, avait la face jaune et se plaignait de diarrhée et d'une dyspnée intense. La diarrhée fut promptement arrêtée ; mais la dyspnée dura jusqu'à la mort qui eut lieu peu de temps après l'admission. Voici ce qui fut constaté à l'autopsie.

Le foie offrait le premier degré de la cyrrhose. L'estomac et les poumons étaient sains. Le péricarde contenait environ 6 onces de sérosité. Il existait une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, avec des *végétations* (c'est le terme employé par l'auteur) sur les valvules semi-lunaires. En outre, *ce ventricule contenait de cinquante à soixante sacs membraneux, de forme globuleuse (from fifty to sixty globular membranous sacs), remplis d'un fluide puriforme et variant en volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.* Ces petites outres, les unes entièrement cachées entre les colonnes charnues, les autres faisant une forte saillie dans la cavité du ventricule, étaient très-adhérentes aux valvules.

L'auteur a acquis la certitude que le sujet était malade depuis plusieurs mois et avait des habitudes d'intempérance.

Comme cette observation, très-succinctement relatée, n'est accompagnée d'aucune remarque, on en est réduit aux suppositions sur la nature de ces sacs membraneux contenus dans le ventricule gauche du cœur. Toutefois il est extrêmement vraisemblable qu'ils étaient constitués par autant de concrétions sanguines déterminées elles-mêmes soit par l'inflammation de la membrane interne des parois du cœur, soit par l'infection purulente du sang. La présence d'un liquide puriforme dans chaque poche membraneuse, par conséquent isolé de toutes parts, semble démontrer que ce liquide s'était formé au centre d'un caillot. L'histoire de l'infection purulente présente déjà quelques cas analogues. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est l'extrême minceur des parois de chaque cavité ; elle fait supposer, non pas que du pus s'était séparé du sang et avait formé une sorte de précipité au sein

d'un caillot, mais bien que le caillot lui-même s'était fondu en suppuration. Dès que la masse de fibrine, représentée par la coque appelée par l'auteur membraneuse, est trop petite pour qu'elle ait pu jamais contenir en suspension le pus trouvé au milieu d'elle, il faut, de toute nécessité, ou que le sang se soit concrété après coup autour du pus déjà formé, de manière à lui constituer une enveloppe; ou que le pus se soit formé aux dépens même du caillot. Or l'esprit ne conçoit pas une concrétion sanguine se formant autour d'un liquide, c'est-à-dire d'une chose sans forme déterminée. Donc, c'est le sang qui avait suppuré.

OBSERVATIONS SUR LES INFLAMMATIONS AIGUES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS PRODUITES PAR LE MÉLANGE DU VERT-DE-GRIS DANS LES ALIMENTS; par le docteur THOMAS MOORE.

Des ouvriers allant de la Guyane anglaise à Calcutta, furent atteints d'une maladie d'apparence épidémique qui présentait, dans ses symptômes, sa marche et sa terminaison, les traits caractéristiques d'une dyssenterie aiguë idiopathique. On attribua d'abord cette maladie au changement de nourriture et de climat, ainsi qu'aux mauvaises qualités de l'eau, les matières végétales et animales contenues dans cette eau étant alors en putréfaction. Malgré toutes les précautions prises pour arrêter ces funestes effets, la maladie continua de sévir. Pendant plusieurs jours successifs, des cas nombreux se présentèrent, tous semblables à ceux qui avaient les premiers attiré l'attention de l'auteur au début de son observation.

Préoccupé de cet état de choses, le docteur Moore parcourut le bâtiment pour voir s'il n'y rencontrerait pas quelque cause d'insalubrité. Apercevant plusieurs ouvriers qui portaient des assiettes pleines de riz froid, il fut frappé du mauvais aspect de ce mets, et apprit que ce riz, préparé deux ou trois jours auparavant, avait été mis de côté pour être mangé le matin avant la distribution des rations. M. Moore, après avoir fait jeter ce riz à la mer, examina les plats de cuivre qui le contenaient et y trouva une grande quantité de sulfate et de muriate de cuivre. C'est sans doute cette substance toxique qui, mêlée à tous les aliments de l'équipage, avait produit les désordres gastro-intestinaux signalés tout à l'heure.

Voici, en détail, les symptômes observés : violentes douleurs et crampes d'estomac, coliques, vomissements bilieux ; quand ceux-ci manquaient, les douleurs abdominales devenaient insupportables, et un sentiment de constriction se manifestait dans la partie inférieure de la poitrine et le long de l'œsophage. Toutes les vingt minutes, les malades se présentaient à la garde-robe pour ne rendre que du sang, des mucosités, et des matières de couleur cendrée. Ces évacuations ne procuraient aucun soulagement. Douleurs vers les reins, le sacrum, les régions iliaques; sentiment de brûlure insupportable à la partie inférieure du rectum. La moindre pression exaspérait les douleurs. Chez ceux qui avaient absorbé beaucoup de poison, la dépression des forces était très-prononcée, la face altérée, et tout l'organisme semblait en proie à de profondes souffrances. Le pouls était tout à la fois si rapide et si faible qu'on pouvait à peine en compter les pulsations. Peau froide; extrémités engourdies; sécrétion urinaire quelquefois supprimée; d'autres fois, accumulation de l'urine dans la vessie, etc.

Le traitement qui parut à l'auteur avoir le plus d'efficacité consista dans l'emploi de vomitifs (20 grains d'ipécacuanha et 1 grain d'émétique), avec recommandation de boire de très-grandes quantités d'eau d'orge. Au bout de six à huit heures, on tirait de 10 à 15 onces de sang, suivant les forces du malade. Le soir, nouvelle dose d'ipécacuanha, et, s'il était possible, bain chaud prolongé. On remplaçait parfois la saignée par des ventouses sur les régions épigastrique et ombilicale. Dans la forme sub-aiguë, l'opium et ses diverses préparations, mêlés à la teinture de rhubarbe, constituent un excellent remède.

Dans la majorité des cas, après la chute des accidents aigus, la guérison ne se faisait pas attendre plus de huit à dix jours. Quelquefois cependant, quand l'organisme avait reçu une atteinte plus profonde, la convalescence traînait en longueur. Chez d'autres sujets, l'affection prenait la physionomie de la dyssenterie chronique. Enfin, l'auteur rapporte un cas de mort dans lequel on a trouvé, à l'autopsie, les caractères de l'inflammation aiguë du tube digestif.

Il manque à ces observations de fournir la preuve chimique de la présence du cuivre *dans les aliments* ingérés par les malades, dans les matières des évacuations, et dans les organes du sujet qui a succombé. Le dénuement où se trouve un observateur à bord justifie suffisamment cette lacune. Nous devons dire toutefois que les caractères anatomiques de cette affection, autant qu'on en peut juger par un seul cas, ne sont pas exactement ceux de la dyssenterie essentielle, et que d'ailleurs la présence de sels de cuivre dans les vases de cuisine rend fort vraisemblable la supposition de l'auteur. Il va plus loin, et c'est là le principal intérêt scientifique de son travail (nous ne parlons pas des conséquences relatives à l'hygiène et à la police sanitaire, qui se déduisent d'elles-mêmes), il croit que si une surveillance plus rigoureuse était exercée à Calcutta (où l'on se sert beaucoup de vases de cuivre) sur les ustensiles de cuisine, beaucoup de ces affections qui frappent tout à coup plusieurs membres d'une même famille, et qu'on rapporte toujours à la dyssenterie, seraient reconnues pour des empoisonnements par le cuivre. Nous ne pouvons que rapporter cette opinion, basée sur des éléments qui ne sont pas à notre portée.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS SURVENUE SANS AUCUNE VIOLENCE EXTÉRIEURE; par M. BERNCASTLE.

Le cas suivant est un des plus curieux exemples qu'on ait observés de fractures dites *spontanées* : il est d'autant plus extraordinaire qu'on ne saurait l'attribuer à aucune diathèse concomitante, puisque la fracture se consolida très-rapidement et d'une façon régulière, et que, d'un autre côté, il n'y a réellement eu, au moment de l'accident, aucune contraction musculaire capable de produire un pareil effet.

OBS. — Un homme âgé de 30 ans, bien portant et d'une structure athlétique, employé comme manœuvre au chemin de fer d'Epsom, sentit un bruit de craquement en soulevant de terre avec la main gauche une pièce de bois d'un pied environ de longueur et qui ne pesait pas plus de 5 kilog. Il vint immédiatement se faire examiner, et l'on reconnut alors que l'humérus du côté gauche avait subi, vers le milieu de sa diaphyse, une fracture transversale. L'étrangeté de ce fait, le peu de rapport d'une semblable lésion avec une cause aussi légère engagèrent l'auteur à s'informer de la santé antérieure de cet homme. On apprit de lui qu'il avait eu six ans auparavant une gonorrhée dont il s'était traité par le mercure poussé jusqu'à salivation. Il y a trois ans, il vint à l'hôpital de Guy se faire traiter d'un rhumatisme. Deux ans plus tard, il eut une seconde attaque de rhumatisme au bras droit, et six semaines avant l'accident la même affection s'était portée sur le bras gauche, et y nécessita des applications de sangsues, de vésicatoires, etc.

La consolidation s'effectua sans aucun accident dans l'espace d'un mois; au bout de ce temps, on reconnaissait distinctement le cal au niveau du lieu de la fracture. Le blessé se servait parfaitement de son membre, et n'y sentant plus aucun reste de rhumatisme ; il se félicitait en plaisantant « d'avoir usé de ce nouveau mode de traitement pour ses douleurs. »

QUELQUES REMARQUES SUR LES PLAIES DES ARTÈRES, LES HÉMORRHAGIES SECONDAIRES ET LES ANÉVRISMES FAUX; par M. LISTON.

Ce n'est pas, à proprement parler, ici un travail *ex professo* sur ces points importants de chirurgie. L'auteur ne les traite qu'incidemment à propos d'une opération qui a fait quelque bruit à Londres et donné lieu à des critiques assez sévères contre la conduite tenue par lui. Voici les détails de ce cas, tels que les donne M. Liston.

OBS. — M. Seaton, âgé de 28 ans, très-corpulent, fut atteint le 20 mai 1845 par un coup de pistolet. La balle pénétra à la partie supérieure et externe de la cuisse droite et sortit au milieu du pli de l'aine gauche, traversant ainsi le lieu où siégent les vaisseaux cruraux. Le flot de sang, particulièrement celui qui sortit de la plaie du côté droit, fut, à ce que rapportent les assistants, très-abondant et impétueux ; il s'échappait en jet à une distance considérable. Ce ne fut qu'à grand'peine qu'on parvint à tirer le blessé de la syncope où l'avait jeté la perte de sang.

L'extravasation sanguine donna lieu à une tuméfaction considérable du bas de l'abdomen. Le 27 mai, cette tumeur commença à se circonscrire et à devenir pulsatile ; elle augmenta de plus en plus et devint ovale, élastique, ferme, comme composée de caillots et de sang liquide.

Ce fut dans cet état que M. Liston vit pour la première fois le blessé, dix jours après l'accident. La peau qui recouvrait la tumeur était mince, changée de couleur, incapable de supporter la pression. Les pulsations se percevaient fortes et distinctes dans toute l'étendue de l'anévrisme ; on pouvait réduire son volume par la compression, mais non l'effacer entièrement. La plaie de la hanche droite était occupée par une escarre sèche et déprimée ; celle de l'aine gauche offrait une cicatrice très-mince.

La nature du cas, dit M. Liston, était évidente. Un volumineux anévrisme faux, non encore bien circonscrit, augmentant rapidement et causé par une plaie de l'artère fémorale ou par celle de quelqu'une de ses branches divisée près de son origine, nécessitait un traitement actif, sous peine de voir périr soudainement le malade d'un moment à l'autre. Après en avoir délibéré avec les médecins présents, le 30 au soir et le 31 au matin, M. Liston lia l'artère iliaque externe, sans laisser échapper durant l'opération plus d'une cuillerée de sang. Les battements de la tumeur furent immédiatement suspendus, et elle perdit en grande partie sa tension. Des symptômes de péritonite se déclarèrent le soir du second jour et la mort eut lieu l'après-midi suivante.

On reconnut à l'autopsie que la balle avait divisé une des branches superficielles de l'artère fémorale, à un demi-pouce au-dessous du ligament de Poupart, et à un pouce environ du point où elle se détachait du tronc de la fémorale. Le sac anévrismal auquel avait donné lieu cette plaie contenait près de 90 grammes de sang. Aucun autre vaisseau artériel apparent n'avait été lésé. La cavité abdominale contenait une grande quantité de liquide séro-purulent ; il y avait également sur la surface des intestins les traces d'une inflammation aiguë. Le péritoine contigu à la plaie de l'opération était enflammé. Il n'avait point été lésé par le bistouri. La ligature avait bien porté sur l'iliaque externe. La fémorale était perméable. En examinant attentivement la branche artérielle lésée, on reconnut que la balle avait passé au-dessus et le long de son trajet pendant près

d'un demi-pouce avant de la diviser. Quoique non encore détachée, cette arère n'aurait pas supporté une ligature.

On doit voir, d'après les symptômes et la marche de l'affection, qu'il était impossible pendant la vie de ne pas croire à une lésion de l'artère fémorale. En conséquence la conduite de M. Liston nous semble de tout point justifiable. Loin de l'accuser, comme l'a fait M. Bainbridge au sein de la Société royale de médecine et de chirurgie, *d'avoir manqué de précautions et de jugement*, nous n'hésitons point à déclarer qu'il eût, au contraire, été condamnable aux yeux de la raison, s'il eût différé la ligature. Il est, à la vérité, surprenant, au premier coup d'œil, qu'une branche de petit calibre ait donné lieu sur le moment à une hémorrhagie considérable; mais M. Liston a très-clairement démontré comment ce phénomène a pu se produire : « La division d'une petite branche, dit-il, n'a aucune importance lorsqu'elle porte sur un point éloigné de son origine, parce qu'alors le petit vaisseau se contracte et suspend l'écoulement du sang; mais lorsque cette branche a été coupée très-près du tronc où elle naît, alors le sang s'écoule de la même manière qu'il le ferait si le tronc lui-même avait subi une perforation égale en diamètre à celui de la branche divisée. » Ajoutons à cette excellente considération que la désorganisation, constatée à l'autopsie, du bout supérieur du petit vaisseau a sans doute concouru à rendre l'hémorrhagie plus considérable, en ôtant aux tuniques artérielles la force de rétractilité, qui joue un si grand rôle dans l'hémostase spontanée.

Le chirurgien anglais peut donc se considérer comme tout à fait au-dessus des injustes attaques dont un malheur fortuit a été seulement le prétexte; mais, même au point de vue théorique et abstraction faite du cas particulier, on ne peut nier que le diagnostic entre la lésion d'un tronc volumineux et celle d'une branche peu considérable ne soit souvent extrêmement difficile à porter. Les cas ne sont pas rares où le sang coule d'un petit vaisseau avec une abondance et une ténacité qui en imposent aux praticiens les plus exercés pour la blessure d'une artère principale. Dans la discussion même qui a suivi la communication de ce fait, il s'en est produit quelques exemples. M. Quain en a cité un entièrement analogue à celui de M. Liston. M. Stanley a vu mourir d'hémorrhagie un malade auquel on avait, dans l'opération de la hernie étranglée, coupé une petite branche de l'épigastrique.

Dans ces divers cas, l'indication reste la même, et comme on n'a d'autre moyen à employer que la ligature du tronc principal, on se console de l'incertitude forcée du diagnostic en songeant que le traitement du moins n'en souffre pas; mais il peut en être tout autrement lorsque la blessure a eu lieu dans une région traversée par des branches artérielles provenant de diverses sources, parce qu'alors le chirurgien ne sait sur quel tronc il doit appliquer la ligature. Parfois la compression alternative de l'un, puis de l'autre de ces troncs vasculaires pourra lui apprendre, en suspendant momentanément l'hémorrhagie, duquel des deux provient la branche qui fournit le sang. Mais cette ressource n'est pas toujours praticable. Le fait le plus curieux de ce genre est le suivant, que nous avons entendu citer par M. Robert en 1838, dans ses cours de médecine opératoire. Un blessé de juillet avait eu le cou traversé par une balle; plusieurs hémorrhagies ayant mis sa vie en péril, Breschet était sur le point de lier la carotide primitive, croyant que c'était l'une des branches de la carotide externe qui entretenait la perte de sang. Sur ces entrefaites, le malade mourut d'hémorrhagie, et l'*autopsie montra une solution de continuité de la vertébrale.*

OPÉRATION POUR LA CURE DE L'IMPERFORATION DE L'ANUS; par M. SMYTH.

La hauteur à laquelle l'opérateur fut obligé de porter l'instrument tranchant avant d'atteindre l'intestin est la seule circonstance qui recommande ce fait à l'attention, et qui nous engage à en publier le résumé.

OBS. — Un enfant mâle, né depuis depuis deux jours, avait refusé le sein; il vomissait et criait; son ventre était devenu dur et tuméfié. A la place de l'anus, on ne trouvait ni ouverture ni aucun changement de couleur à la peau ou proéminence qui annonçât le voisinage du rectum. Les symptômes ne permettant pas de différer, M. Smyth fit une incision à la peau, au milieu du périnée; il divisa ensuite le sphincter et quelques fibres du releveur. Ne rencontrant pas d'intestin, il agrandit la plaie dans les sens antérieur et postérieur, et la fit peu à peu pénétrer jusqu'à 3 pouces de profondeur sans trouver de trace d'intestin. Cependant, comme le doigt porté au fond de cette excavation sentait, lors des cris de l'enfant, quelque chose qui semblait faire effort pour descendre de haut en bas, il poussa un trocart aussi mince qu'une aiguille exploratrice dans la direction présumée de l'intestin; au second essai, il eut la satisfaction d'observer que des gaz sortaient par la canule. Il voulait dilater l'ouverture avec le bistouri; mais l'espace manquant pour agir aussi profondément avec l'instrument tranchant, il dut se borner à substituer un trocart d'un plus grand diamètre. En pressant sur le ventre, il fit sortir une quantité considérable de méconium. Un stylet, passé dans la canule, servit à assurer cette évacuation.

Comme il aurait été impossible que les matières sortissent librement par un canal aussi long et tortueux, on attira au dehors les tuniques intestinales, et, sans qu'il fût besoin de les fixer par aucun moyen, elles restèrent en place. On laissa une canule dans la plaie pendant dix jours.

Un mois s'est écoulé; l'anus de nouvelle formation fonctionne parfaitement, le sphincter agit régulièrement. Il n'y a eu, depuis l'opération, aucun accident.

OBSTRUCTION CONSIDÉRABLE DES INTESTINS; par le docteur THOMAS WILSON.

OBS. — Un homme d'âge moyen souffrit beaucoup et pendant longtemps du côté des intestins. L'attaque décrite par le docteur Wilson commença par un sentiment de pincement douloureux vers l'ombilic; la douleur augmentait par le toucher. La région du colon était indolente, flasque et vide de gaz. Langue chargée; pouls fort, plein, à 100 pulsations. Les attaques précédentes avaient toujours présenté le caractère inflammatoire, et avaient été traitées avec succès par les antiphlogistiques unis aux apéritifs et aux lavements de térébenthine : on eut recours au même traitement. *Quinze sangsues* autour de l'ombilic; *fomentations chaudes;* administration d'*une goutte* d'*huile de croton* unie au *calomel* et à l'*extrait de coloquinte*, qu'on alternait toutes les quatre heures avec l'*huile de ricin*. Le jour suivant (24 février), le soulagement étant peu prononcé, lavement apéritif contenant du *sulfate de magnésie*, de l'*aloès* et de l'*huile de lin*. L'huile de ricin ayant été vomie, on la remplaça par une mixture au *sulfate de magnésie* et à la *teinture de colchique;* les pilules à l'huile de croton furent continuées. Dans la soirée, lavement contenant 3 *onces de térébenthine*, 2 *onces d'huile de lin*, 3 *gouttes d'huile de croton* et 2 *scrupules de poudre de jalap*. Aucun effet. Le 25, aggravation des accidents; vomissements se succédant à chaque dose de mixture, et amenant une matière semblable à du marc de café. La douleur abdominale continue, quoique peu augmentée par la pression. Air d'anxiété; voix faible; pouls à 110 et très-plein. (*Poudres de jalap et de scammonée*, 2 *scrupules; calomel*, 1 *scrupule*, à prendre en deux fois à deux heures de distance.) Ces médicaments furent gardés par l'estomac, mais ne produisirent aucun résultat par les voies inférieures. Sur le conseil du docteur Horner, appelé en consultation, on pratiqua une *saignée de* 12 *onces*, et l'on ordonna 1 *drachme de fiel de bœuf*, 12 *gouttes d'huile de croton*, le tout divisé en 18 pilules, trois de deux heures en deux heures. Lavement contenant encore 6 *gouttes d'huile de croton dans une pinte d'eau de savon*. Ces pilules n'ayant pu être supportées à cause de leur mauvais goût, on leur substitua les suivantes : *huile de croton*, 12 *gouttes; huile de Carraway*, 4 *gouttes; carbonate de magnésie*, quantité suffisante pour 12 pilules; à prendre 2 toutes les deux heures.

Le 26, on constate que le sang tiré de la veine n'est pas couenneux. Toutes les pilules ont été prises sans déterminer de vomissements, mais toujours sans produire d'action sur les intestins. Large sinapisme sur le ventre; bain de siége très-chaud; 10 *grains de poudre de gomme gutte* et 1 *scrupule de poudre de scammonée*, donnés d'heure en heure, alternativement avec *une forte infusion de séné*, contenant aussi des *sels purgatifs et du jalap*. La poudre fut conservée par l'estomac, mais l'infusion fut rejetée comme l'avaient été tous les autres remèdes liquides. *Poudre de gomme-gutte*, 50 *grains*; *poudre de scammonée*, 5 *scrupules;* le tout inutilement. On eut recours alors à un lavement contenant 4 *onces d'essence de térébenthine et* 4 *onces de teinture de séné*. Un quart d'heure après, légère évacuation. Dans l'espace de deux heures, évacuations nombreuses et abondantes. On cessa pour le moment les poudres purgatives et l'on administra un léger narcotique, dans le but de procurer quelque repos au malade; mais une heure après, *on revint au purgatif*. La liberté du ventre se rétablit définitivement, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence. La quantité considérable de médicaments pris à l'intérieur n'eut aucune influence fâcheuse sur la santé.

On trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE (1845, p. 772) un cas d'intussusception dans lequel on administra des quantités énormes de substances purgatives, et qui se termina par la séparation d'une portion d'intestin longue de 16 pouces; le tout sans conséquences graves pour la santé de l'individu. La convalescence fut même très-rapide. Dans l'observation qu'on vient de lire, nous sommes entrés dans le détail de moyens thérapeutiques, pour donner un exemple plus précis du degré auquel peut être porté sans inconvénient l'emploi des purgatifs, quand l'indication en existe formellement. Nous posons cette condition parce qu'il ne faut jamais oublier, en thérapeutique, combien l'indication est susceptible de modifier la sensibilité de l'organisme à l'action d'une substance médicamenteuse. Telle dose d'opium qui suffit à peine à calmer un éréthisme nerveux, sans procurer même le sommeil, narcotise le même sujet dans d'autres conditions de santé. Ici il est difficile, à la lecture de l'observation, de spécifier la cause qui obstruait les intestins. L'auteur la rapporte à un *état d'inertie momentanée* de leurs parois. L'existence de douleurs abdominales augmentant sous la pression, et généralement, l'acuité des symptômes, nous ferait plutôt supposer un état rhumatoïde avec astriction d'une partie du canal, quelque chose d'analogue à la *contracture aiguë* qu'on observe dans les muscles du tronc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE.

M. CHEVREUL donne lecture d'une note SUR PLUSIEURS RÉACTIONS CHIMIQUES QUI INTÉRESSENT L'HYGIÈNE PUBLIQUE. L'étendue et l'importance de ce travail nous obligent à attendre qu'il soit imprimé pour en publier un extrait.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE LIGNEUX ET LES PRODUITS QUI L'ACCOMPAGNENT DANS LE BOIS.

MM. FIGUIER et POUMARÈDE communiquent sur ce sujet un mémoire dont voici les principales conclusions :

1° La composition du ligneux débarrassé de tous les produits étrangers se représente par les nombres suivants :

Carbone.	43,70	100
Hydrogène	6,23	
Oxygène	50,07	

Cette composition est uniforme pour les ligneux provenant des origines les plus diverses.

2° L'acide sulfurique concentré, en agissant à froid sur le ligneux, et particulièrement sur le papier, le transforme en un produit chimique qui ressemble par ses caractères physiques à une membrane animale. Cette substance est probablement la même que M. Schœnein a récemment annoncée en se réservant le secret de sa préparation. C'est une modification des tissus ligneux qui recevra dans l'industrie des applications intéressantes.

3° Les produits qui accompagnent le ligneux dans le bois présentent la même composition que le ligneux lui-même. M. Payen, qui a décrit ces composés sous le nom d'*incrustations ligneuses*, leur avait attribué une composition très-différente.

Il paraît démontré qu'en étudiant ces produits, M. Payen avait opéré sur les produits de leur altération par les alcalis et par la chaleur.

4° La composition chimique de la pectine est identique à celle du ligneux. C'est elle qui constitue les incrustations ligneuses.

5° Le tissu du bois épuisé de tous principes solubles dans l'eau est donc essentiellement formé de deux substances, le ligneux et la pectine, et de produits en petit nombre, solubles dans l'alcool et rapprochés des résines. Ces derniers ne figurent d'ailleurs dans le bois que comme accidents de la végétation, et ne justifient en rien l'importance qu'on leur avait accordée dans la constitution des tissus ligneux.

6° La pectine représente le ligneux à l'état rudimentaire, c'est probablement le *cambium* des botanistes.

Le mémoire de MM. Figuier et Poumarède se termine par la discussion d'un principe d'une haute importance pour les faits de la physiologie chimique. Ils s'efforcent de prouver que les corps organisés échappent à la loi des combinaisons en proportions définies. Selon eux, la forme organisée est incompatible avec l'existence d'une capacité de saturation. Ils se fondent pour avancer cette idée nouvelle, qui probablement fournira matière à beaucoup de discussions de la part des chimistes, sur la variabilité de composition que présentent les combinaisons des corps organisés, sur l'inexactitude des résultats obtenus dans la recherche de leur poids atomique, et enfin sur les caractères physiques et chimiques qui distinguent les substances organisées de toutes les autres classes de composés chimiques.

(Commissaires : MM. Chevreul et Ballard.)

GASTRO-STOMIE ; SES INDICATIONS ; SON INFLUENCE SUR LA NUTRITION.

M. SÉDILLOT adresse un nouveau mémoire sur la gastro-stomie, intitulé : DES CAS AUXQUELS L'OPÉRATION DE LA GASTRO-STOMIE EST APPLICABLE (1).

M. Sédillot a mis à profit les expériences qu'il a faites sur des animaux pour s'assurer si la nutrition ne restait pas en souffrance. Il a fait, dans cette intention, l'expérience suivante : il a diminué la quantité des matières alimentaires injectées dans l'estomac d'un chien, qu'il avait nourri depuis quatre mois par sa bouche stomacale. L'animal a maigri en peu de jours de près de 300 grammes. Il a alors augmenté de nouveau la proportion des aliments, et en quelques jours le chien a recouvré les 300 grammes qu'il avait perdus. La nutrition s'opérait donc d'une manière complète et sans obstacle.

DERMITE VARIOLEUSE.

M. PIORRY adresse une note relative au traitement de la dermite varioleuse par les emplâtres, etc. (Voir le numéro du 31 octobre dernier.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

On se rappelle que l'Académie a adopté dans la précédente séance, sauf rédaction, les trois premiers paragraphes de la septième conclusion. La discussion est ouverte sur le quatrième paragraphe, ainsi conçu :

« Avec la première patente (*patente nette*), leur imposer (aux bâtiments venant de lieux suspects) dix jours de quarantaine d'observation. Avec la seconde (*patente brute*), quinze jours de quarantaine d'observation. »

M. GAULTIER DE CLAUBRY considère la première partie du quatrième paragraphe comme tout à fait inutile. Les précautions stipulées dans les paragraphes précédents rendent tout à fait superflue la quarantaine d'observation en cas de patente nette. Pourquoi cette mesure d'ailleurs, puisque la commission ne reconnaît point à la peste sporadique la propriété de se transmettre?

M. ROCHOUX reproche à la commission de ne pas avoir examiné le fond de la question. Il relève cette idée singulière du rapporteur qui semble admettre la possibilité de la transmission de la peste, alors même qu'elle n'existe point. La quarantaine lui paraît tout à fait superflue avec la patente nette, et elle serait tout aussi inutile avec la patente brute, lorsque, après une traversée de huit jours, il ne se sera déclaré aucun cas de peste à bord.

M. GUÉNEAU DE MUSSY demande la suppression de l'article, auquel il propose de substituer une phrase conçue à peu près en ces termes : « Les conclusions trois et cinq indiquant les circonstances dans lesquelles la peste est transmissible et la durée d'incubation, l'Académie s'en rapporte à l'administration pour déterminer la durée de la quarantaine d'observation qu'il convient d'imposer aux bâtiments provenant de lieux suspects. » M. Guéneau de Mussy motive cet amendement sur la convenance qu'il y aurait, à son avis, à ce que l'Académie se bornât à fournir à l'administration les bases scientifiques du règlement sanitaire pour lequel elle a seule le droit et l'aptitude nécessaires.

M. PRUS : La commission, avant d'arrêter les termes de la rédaction de cet article, a longuement débattu la question de savoir s'il y avait intérêt à laisser l'administration se décider comme elle l'entendra d'après l'opinion émise par l'Académie sur les faits scientifiques, ou bien s'il valait mieux que l'Académie énonçât elle-même, sous forme de vœux, ce qu'il conviendrait mieux de faire. La commission a adopté unanimement ce dernier parti, et elle y a été déterminée par cette pensée, que les médecins sont plus que qui que ce soit aptes à donner d'utiles conseils à cet égard. Quant à la contradiction reprochée à la commission, elle n'est qu'apparente ; elle est motivée au fond par la prudence, qui exigeait que l'on tînt compte de toutes les éventualités et des cas d'exceptions possibles. Qui nous dit, en effet, qu'un seul cas de peste importé dans nos ports ne pourrait pas répandre la peste dans toute la France? Je maintiens donc le paragraphe, persuadé, avec la commission, qu'il ne contient rien que de très-exact et de très-logique.

M. GAULTIER DE CLAUBRY persiste à considérer ce paragraphe comme inutile ; la réponse de M. le rapporteur ne change rien à ses convictions.

M. ROCHOUX : Si l'Académie s'arrête au parti d'exprimer des vœux et de renvoyer le règlement à faire à l'autorité, comme le propose avec raison M. Guéneau de Mussy, que ces vœux soient au moins les conclusions rigoureusement scientifiques du rapport ; sinon, qu'elle renvoie le tout à l'administration, ce qui serait beaucoup mieux encore.

M. ADELON n'accepte ni l'une ni l'autre de ces propositions, conservant, dit-il, encore des doutes sur les faits qui servent de base aux propositions de la commission.

M. MOREAU appuie la proposition de M. Guéneau de Mussy. La question dont il s'agit est une question complexe qui implique des intérêts politiques et des intérêts commerciaux, et qui ne peut, par conséquent, être résolue uniquement par la science. Ce qu'il y a donc de mieux à faire, c'est d'exprimer simplement des vœux, si toutefois l'Académie est bien convaincue de leur opportunité ; car pour mon compte, je le déclare, je partage les doutes de M. Adelon : je ne suis pas parfaitement convaincu, par exemple, que la peste sporadique ne puisse point se transmettre.

M. CASTEL demande que la question préjudicielle sur l'opportunité de la proposition, posée dans les précédentes séances par MM. Rochoux, Girardin et lui-même, soit de nouveau soumise au vote de l'Académie. C'est le seul moyen, suivant lui, de tirer la commission du mauvais pas où elle s'est engagée. La commission s'est lié les mains ; après avoir dit que la peste sporadique n'est point transmissible, elle propose des mesures d'observation qui sont dès lors sans objet ; mais ces mesures, ce n'est donc pas contre la peste que vous les dirigez, c'est contre un pays, contre un sol. D'un autre côté, on semble craindre la transmission de la peste.... par qui! par des individus qui ne peuvent pas l'avoir contractée. Pourquoi admettre des mesures sanitaires dans des circonstances où vous déclarez vous-mêmes que la peste n'est point à craindre? C'est un tissu de contradictions, un véritable chaos.

M. LONDE : Je crois avoir entendu dire à M. Guéneau de Mussy que c'était par une pure fantaisie que la commission avait demandé plutôt dix jours qu'un autre terme. Je répondrai à cela qu'il n'en est rien. La commission s'est basée, pour adopter ce chiffre, sur ce fait d'expérience irréfragable si souvent cité, savoir que depuis une période de 150 ans, aucun cas de peste ne s'est déclaré après huit jours d'observation. (De toutes parts : La clôture!)

La clôture de la discussion étant demandée et appuyée par un grand nombre de membres, est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'amendement de M. Guéneau de Mussy, appuyé par un grand nombre de membres. Cet amendement est adopté.

CINQUIÈME PARAGRAPHE. — «Compter cette quarantaine de l'instant du départ, en d'autres termes, y comprendre la traversée. »

M. PRUS : Le vote qui vient d'avoir lieu ne doit pas empêcher l'adoption du paragraphe suivant; car la réserve de la nouvelle rédaction ne s'oppose nulle-

(1) Nous insérerons textuellement ce mémoire, qui fait suite au travail publié sur ce même sujet dans le numéro précédent.

ment à ce que l'Académie dise que, dans son opinion, on peut faire compter le temps du voyage dans la quarantaine, sans préjudice pour la santé publique.

M. Bégin : Je ne reviendrai pas sur la chose jugée; cependant je ne puis m'empêcher de faire remarquer que les questions que nous ne voulons pas juger dans ce moment-ci nous reviendront suivant toute apparence, l'administration ne prenant habituellement aucune détermination, en ce qui concerne la santé publique, sans consulter les corps savants. Je crois donc qu'il n'y aurait aucun inconvénient à adopter le paragraphe en discussion.

M. Guéneau de Mussy propose un changement de rédaction qui lierait ce paragraphe avec l'amendement qui vient d'être adopté. Il s'agirait de dire qu'il n'y aurait aucun inconvénient à comprendre le temps de la traversée dans les limites que l'administration jugerait convenable d'assigner à la quarantaine d'observation.

M. Prus accepte cette rédaction comme conforme à l'opinion de la commission.

M. Rochoux : Il semble qu'on ait déjà oublié la portée de la proposition de M. Guéneau de Mussy. Vous ne voulez pas faire de règlement, et vous en faites encore. Soyez donc conséquents : ou rejettez la proposition de M. Guéneau de Mussy, ou l'article 7 tout entier, car cette proposition en est la condamnation formelle.

M. Bégin : Il a été décidé, dans l'une des précédentes séances, que l'Académie énoncerait, sous forme de vœux ou de renseignements, les mesures qu'elle jugerait convenable d'adopter. En rejetant ce paragraphe, vous semblez renoncer à un droit que vous vous êtes réservé. Ce qu'il s'agit de décider maintenant n'est nullement en contradiction avec l'amendement que vous avez adopté.

M. Moreau : Avez-vous prévu le cas où un bâtiment ferait une rencontre en mer?

M. Prus : Si cette rencontre était jugée suspecte, la quarantaine recommencerait à dater de cette rencontre.

M. Guéneau de Mussy est invité à formuler son amendement. Nous en avons reproduit le sens.

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR QUELQUES MALADIES DE L'ENFANCE; par le docteur F.-L. Legendre. — 1 vol. in-8°. Paris, chez Victor Masson.

Le mouvement qui, depuis un certain nombre d'années, a donné tant d'essor à l'esprit d'investigation, développé le goût pour les recherches spéciales et amené dans le domaine de la science, à mesure qu'il s'agrandissait, la nécessité d'un morcellement; ce mouvement, disons-nous, ne s'est manifesté nulle part, peut-être, avec plus d'activité que dans l'étude de la pathologie spéciale des différents âges. De nombreux travaux, d'importance diverse, ont été publiés sur les maladies de l'enfance et de la vieillesse. La première surtout a été l'objet d'une attention privilégiée. M. Legendre, ancien interne lauréat de l'hôpital des Enfants malades de Paris, vient à son tour apporter son tribut. On peut inférer de quelques passages de sa préface, que son intention avait été d'abord de donner un traité complet des maladies de l'enfance; mais, devancé dans cette tâche par MM. Barrier, Rilliet et Barthez, il s'en est tenu à rassembler, sous forme de mémoires détachés, les matériaux recueillis pendant son internat, et ce sont ces mémoires qu'il livre aujourd'hui au public. Voici leurs différents titres.

1° Étude sur les deux formes de la méningo-encéphalite tuberculeuse.

2° Mémoire sur les hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde.

3° Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon.

4° Mémoire sur quelques-unes des complications qui se manifestent a la suite de la scarlatine.

5° Mémoire sur la diarrhée des enfants.

6° Mémoire sur le développement simultané de la vaccine et de la variole.

7° Mémoire sur l'influence de la variole sur quelques affections chroniques de la peau.

Deux de ces mémoires, le troisième et le sixième, déjà publiés dans les Archives générales de médecine, ont été analysés par la Gazette médicale (1844, p. 352 et 723). Nous n'y reviendrons pas. Quant aux autres, dans l'impossibilité où nous met le défaut d'espace d'en donner l'analyse détaillée, nous nous bornerons à en signaler les parties les plus importantes.

Après que l'anatomie pathologique eut mis en lumière la nature tuberculeuse de la plupart des méningo-encéphalites des enfants, et leur relation avec la tuberculisation générale de l'organisme, on s'attendit tout naturellement à rencontrer principalement cette affection sur des enfants atteints de phthisie pulmonaire confirmée. L'auteur a été lui-même quelque temps dans ces dispositions. « Lorsque j'arrivai à l'hôpital des Enfants, dit-il, je m'attendais à voir sévir l'affection qui fait le sujet de ce travail sur des sujets phthisiques ou arrivés à un état de dépérissement avancé ; je pensais aussi pouvoir retirer de l'examen des organes de la respiration des signes diagnostiques propres à révéler la nature de l'affection cérébrale. » Ces présomptions durent s'affaiblir devant l'existence évidente de méningo-encéphalites tuberculeuses survenues au milieu de la santé en apparence la plus florissante; mais elles ne s'évanouirent pas entièrement, et les observateurs s'accordèrent à regarder ce dernier cas comme exceptionnel et constituant une sorte d'irrégularité. MM. Rilliet et Barthez sont les seuls, à notre connaissance, qui se soient inscrits contre cette opinion, et qui aient soutenu, au contraire, que le développement de la méningite tuberculeuse a lieu habituellement « chez des enfants d'une santé parfaite » et chez lesquels « le dépôt de matière tuberculeuse dans les autres organes est en général peu avancé. » (Traité des maladies des enfants, t. III.) Or le but de M. Legendre est précisément d'appuyer, du témoignage de sa propre observation, cette opinion de MM. Rilliet et Barthez, et, de plus, d'établir sur le degré plus ou moins avancé de la diathèse tuberculeuse concomitante, *deux formes* de méningo-encéphalite tuberculeuse. Suivant lui, quand cette affection se lie à une diathèse peu avancée et encore latente, elle est plus régulière dans son début, dans sa marche, dans la succession de ses périodes, que quand elle coïncide avec une tuberculisation générale profonde et une phthisie pulmonaire confirmée. De telle sorte que l'apparition d'une méningite régulière et facile à diagnostiquer, chez un enfant, devient, par cela même, l'indice d'une diathèse tuberculeuse; tandis que, par inverse, l'existence confirmée de la diathèse dévoile la nature tuberculeuse de la méningite irrégulière et moins facile à reconnaître. « Nous ne prétendons pas toutefois, ajoute l'auteur, qu'il ne puisse pas se développer de méningo-encéphalite tuberculeuse régulière chez des phthisiques; nous croyons seulement que le cas le plus fréquent et le plus ordinaire est celui où la maladie, débutant au milieu des apparences d'une bonne santé, peut être considérée dès lors comme le premier signe qui vient révéler l'existence d'une tuberculisation générale. »

Ces idées qui avaient déjà frappé plusieurs observateurs, notamment MM. Charpentier et Rillet, l'auteur leur donne, dans son mémoire, plus d'étendue à la fois et plus de précision, au moyen d'un certain nombre de faits recueillis et coordonné à ce point de vue spécial. Toutefois, nous devons le dire, nous avons éprouvé quelques embarras à mettre en saillie les caractères à l'aide desquels il prétend établir deux formes distinctes de méningite tuberculeuse. Nous nous attendions à rencontrer quelque part un tableau comparatif des deux ordres de caractères; nous n'avons trouvé qu'un résumé des symptômes propres à la première forme ou *forme régulière;* et quant à la seconde, l'auteur renvoie aux observations particulières. « Comme nous ne possédons pas, dit-il, un assez grand nombre d'observations de la seconde forme pour tracer une histoire complète de chacune de ses variétés, nous nous bornerons à rapporter en entier quelques-uns de ces faits..... Du reste, nous le répétons, *quelles que soient les différences que présentent chacun de ces cas en particulier, ils se ressemblent cependant tous par un caractère commun, par l'irrégularité que présente la maladie.* » (P. 25.) Mais quels caractères constituent la régularité de la première forme, quels caractères l'irrégularité de la seconde? L'auteur ne le dit pas expressément; il lui suffit qu'ils soient implicitement contenus dans son résumé des *symptômes* propres à l'une des formes, et dans les commentaires dont il a fait suivre chacune des observations relatives à la seconde forme. Mais la *symptomatologie* d'une maladie n'est pas, à proprement parler, sa *caractéristique ;* c'est l'ensemble de toutes les expressions phénoménales, obscures ou manifestes, insignifiantes ou significatives, communes à un très-grand nombre d'affections ou propres à une seule; ce n'est pas la réunion des signes qui impriment à une maladie son cachet particulier, la différencient de toutes les autres, lui assignent une case à part dans le cadre nosologique ou une place réservée dans un des compartiments d'une même case, et en font, en un mot, un genre, une espèce, une variété. Or, nous le répétons, M. Legendre n'a pas suffisamment spécifié la caractéristique différentielle des deux formes de méningite tuberculeuse. Dans cet état de choses, nous n'avions qu'un parti à prendre, c'était de suppléer nous-même à cette lacune et de relever, en parcourant les observations et les commentaires qui les accompagnent, les circonstances propres à différencier les deux formes.

Et d'abord, quant à la première, à celle qui se lie plus particulièrement à la tuberculisation commençante, ce que M. Legendre appelle sa *régularité* consiste dans un appareil phénoménal, une marche, une terminaison, analogues à ceux de la méningite essentielle, sauf les circonstances sui-

vantes indiquées par l'auteur lui-même, à un autre point de vue, dans le chapitre consacré au diagnostic différentiel. La céphalalgie et la photophobie sont, en général, moins vives ; l'agitation, le délire, l'appareil fébrile, sont beaucoup moindres et ne se manifestent pas ordinairement dès le début de la maladie. Le pouls et plus fréquent, moins régulier. L'affection marche moins rapidement et présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation qu'on n'observe pas dans la méningite essentielle. Enfin, tandis que cette dernière se prolonge rarement au delà du cinquième jour, la méningite tuberculeuse régulière ne dure guère moins de huit à dix jours et quelquefois quinze à vingt jours.

En ce qui concerne la seconde forme, voici en quoi elle a différé de la première dans les cinq observations rapportées par l'auteur. Dans un cas, la deuxième période de la méningite ne fut caractérisée que par un peu de loquacité, bientôt remplacée par une légère somnolence. Il n'y eut ni strabisme, ni dilatation des pupilles, ni paralysie. Le pouls resta fréquent et régulier; la somnolence ne se changea pas en un coma profond et l'intelligence, au lieu de s'abolir complétement, se conserva en partie jusqu'à la fin. — Dans un autre cas, « on voit que la somnolence est remplacée, par moment, par de l'agitation, du délire et des cris, puis la *cessation* de la diarrhée constituer les seuls symptômes propres à caractériser l'existence de la méningite tuberculeuse. » La troisième observation relative à un enfant de 4 ans atteint de tuberculisation générale aiguë, présente un appareil de phénomènes cérébraux tel qu'il était impossible, d'après eux seuls, de déterminer s'ils appartenaient à la méningite essentielle ou à la méningite tuberculeuse. — Dans la quatrième, le début ne fut annoncé que par un peu de céphalalgie, sans vomissement, ni constipation, et, au bout de quelques jours, les symptômes nerveux ne consistèrent qu'en un peu d'agitation et de délire pendant la nuit ; ni strabisme, ni dilatation des pupilles, ni contracture, ni paralysie même partielle. — Enfin, le cinquième cas est caractérisé d'abord par de la morosité, de la somnolence, un vomissement, une diminution de la diarrhée préexistante ; puis tout à coup, dès le surlendemain, perte de connaissance, pâleur de la face, résolution des membres, dilatation des pupilles, respiration stertoreuse. La mort survient dix heures après l'invasion de ces derniers accidents.

Telles sont donc les irrégulariiés de symptômes et de marche propres à la seconde forme de méningite tuberculeuse. Il est à regretter que, voulant donner une base plus étendue et plus stable à une opinion déjà exprimée par d'autres auteurs (celle de la marche irrégulière des méningites tuberculeuses liées à une diathèse peu avancée), il n'ait pu réunir tout de suite, dans son mémoire si riche d'ailleurs en faits bien observés, assez de matériaux pour tracer entre les deux formes une ligne de démarcation suffisamment tranchée. M. Legendre reconnaît, d'une part, que plusieurs auteurs *ont été frappés* avant lui de l'irrégularité habituelle de la méningite tuberculeuse consécutive à une diathèse confirmée, d'autre part, que la méningite liée à une diathèse commençante est elle-même quelquefois irrégulière. Avant donc d'être admis à introduire dans la science la division de la maladie en deux formes distinctes, il est tenu de démontrer que les observateurs n'avaient vu qu'incomplétement les différences symptomatologiques dont elle est susceptible, et que l'irrégularité, reconnue compatible avec la première comme avec la dernière périodes de la tuberculisation générale, appartient pourtant au second cas d'une manière si privilégiée, qu'il en constitue le caractère propre et le cachet distinctif. Or ce fait ne nous paraît pas suffisamment mis en lumière dans le mémoire de M. Legendre.

Avant de quitter ce sujet intéressant de la méningite tuberculeuse, signalons un résultat fort important, au point de vue étiologique, des recherches de M. Legendre. La plupart des auteurs ont signalé la coexistence *ordinaire* de la tuberculisation plus ou moins générale. MM. Guersant, Piet, Barrier, Rilliet et Barthez, Becquerel, ont fait la même remarque. M. Legendre va plus loin : soit hasard, soit observation plus attentive, sur les 28 cas de méningite tuberculeuse qu'il a recueillis, il a constamment rencontré ou des granulations miliaires, ou de véritables dépôts tuberculeux, ailleurs que dans le cerveau et ses annexes. Ainsi il a rencontré :

2 fois	des granulations ou des tubercules	dans	8	autres organes.
3	id.	id.	7	id.
6	id.	id.	6	id.
5	id.	id.	5	id.
6	id.	id.	4	id.
3	id.	id.	3	id.
1	id.	id.	2	id.
2	id.	id.	1	id.

Et quant à l'ordre de fréquence suivant lequel les différents organes ont été tuberculisés, voici le tableau dressé par l'auteur :

27 fois des granulations tuberculeuses. .	dans les poumons.
24 fois des tubercules.	dans les ganglions bronchiques.
18 fois des granulations tuberculeuses. .	dans la rate.
13 fois des granulat. ou des ulcérat. tuberc.	dans le tube digestif.
14 fois des granulations tuberculeuses. .	dans le foie.
10 fois des granulations tuberculeuses. .	dans les reins.
6 fois des granulations tuberculeuses. .	sous le péritoine.
6 fois des tubercules.	dans les ganglions mésentériques.
3 fois des tubercules.	dans les ganglions cervicaux.
2 fois des tubercules.	dans le cervelet.
1 fois des tubercules.	dans le cerveau.
1 fois des granulations tuberculeuses. .	sur les plèvres costales.

On voit par ce tableau que les poumons et les ganglions bronchiques sont, comme toujours, les organes au sein desquels les tubercules se déposent de préférence, puisque ces derniers n'ont manqué qu'une fois dans le poumon, et quatre fois seulement dans les ganglions bronchiques.

Nous ne nous arrêterons pas au MÉMOIRE SUR LES HÉMORRHAGIES DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE, lequel se distingue moins par la nouveauté des aperçus que par l'exactitude des descriptions. Disons seulement que les recherches de l'auteur confirment la plupart des opinions émises sur le siége, les caractères anatomiques, les symptômes, les causes de cette maladie, par les observateurs modernes, notamment par MM. Serres, Guersant, Tonnelé, Constant, Baillarger et Boudet,

Dans le travail SUR QUELQUES-UNES DES COMPLICATIONS DE LA SCARLATINE, nous avons surtout remarqué d'intéressantes recherches sur les urines. La plupart des auteurs ont noté l'altération des urines dans l'anasarque consécutive à la scarlatine. M. Legendre revient sur cette question avec un grand soin : il étudie l'état des urines sous le rapport de leur couleur, de leur transparence, de leur densité, de leur coagulabilité, du précipité formé, dans 14 cas d'anasarque, suite de scarlatine, observés à l'hôpital des Enfants. Ces recherches l'ont conduit à peu près aux résultats déjà signalés par Plenciz, Rosen de Rosenstein et Wells. Ce dernier surtout, dans ses travaux sur l'hydropisie, avait avancé que la coloration rouge des urines, notée par les deux premiers, était due à la présence du sang, et que l'action de la chaleur y déterminait un précipité floconneux d'un brun sale, après la séparation duquel les urines devenaient claires et d'une teinte pâle (TRANSACTIONS OF A SOCIETY FOR THE IMPROVEMENT OF MEDICAL AND SURGICAL KNOWLEDGE, vol. III, p. 16 and 194). M. Legendre a constaté, dans ses 14 observations, la coloration rouge des urines, remplacée au bout de huit à neuf jours par une coloration brunâtre qui à son tour s'efface peu à peu et disparaît du quinzième au vingtième jour. Quant à la coagulabilité des urines et au précipité formé, voici comment il s'exprime : « Les urines, traitées tour à tour par la chaleur et l'acide nitrique, fournissaient constamment un précipité... Très-abondant quand la couleur noirâtre ou rouge des urines indiquait la présence d'une grande quantité de sang, le précipité diminuait à mesure que les urines devenaient moins foncées.... Ce fait établit une différence fondamentale entre la cause de l'albuminurie qui succède à la scarlatine, et celle qui se manifeste comme un symptôme d'une dégénérescence granuleuse des reins. En effet, tandis que, dans le premier cas, la formation d'un coagulum.... diminue en proportion de la décoloration des urines, on voit au contraire, dans le cas de maladie de Bright, des urines pâles, décolorées, fournir un précipité *blanc* floconneux *très-abondant*.... Le précipité (dans le cas d'anasarque), au lieu d'être d'un blanc parfait, comme dans la maladie de Bright, était d'un brun sale ou d'un gris cendré, caractère indiquant que la coagulabilité des urines ne tenait qu'à la présence du sang dans ce liquide. S'il restait quelques doutes à cet égard, ils seraient levés par l'examen microscopique qui démontre dans les urines fournissant un pareil précipité, alors même qu'elles sont d'un jaune pâle, la présence de globules sanguins décolorés, mais parfaitement reconnaissables. »

Signalons enfin, dans le MÉMOIRE SUR LA DIARRHÉE DES ENFANTS, un chapitre sur la dégénérescence graisseuse du foie. Se fondant sur ce que cette dégénérescence s'observe fréquemment chez les enfants *non tuberculeux* atteints de diarrhée chronique, l'auteur se demande si la même altération, quand elle accompagne la phthisie pulmonaire, n'est pas plutôt l'effet de la diarrhée concomitante que de la diathèse tuberculeuse. Nous accordons, quant à nous, que l'existence d'une diarrhée longtemps prolongée peut devenir une cause éloignée de dégénérescence graisseuse du foie ; mais cette dégénérescence se rencontre dans tant d'affections diverses, soit chroniques, soit aiguës ; la condition intime et essentielle de son développement est si profondément ignorée, qu'on ne saurait sans témérité, quant à présent, dénier à la diathèse tuberculeuse, non plus qu'à bon nombre d'autres affections susceptibles de porter atteinte à tout l'organisme, la faculté de produire la même altération.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Ainsi qu'on a pu le voir dans notre *Revue sanitaire* du deuxième trimestre (p. 693), dès le mois de juin, en même temps que l'atmosphère devenait extrêmement chaude, pesante et sèche, les affections thoraciques et articulaires quittaient la scène et étaient remplacées par des maladies abdominales, des fièvres continues, des congestions cérébrales et des exanthèmes cutanés. Avec des conditions atmosphériques à peu près semblables, ce mouvement de la constitution médicale s'est continué, avec certaines modifications, pendant tout le cours du troisième trimestre. On en jugera par les développements dans lesquels nous allons entrer.

Dès le commencement de juillet, nous avons observé un grand nombre d'affections gastriques, différentes de celles qui régnaient depuis l'hiver en ce qu'elles étaient plus apyrétiques, plus localisées, et consistant dans un endolorissement de l'épigastre, du dégoût, de la dyspepsie et parfois des nausées. La langue était blanche et pâteuse; il y avait habituellement de la constipation. Quelques personnes affectées de *catarrhe stomacal*, soit idiopathique, soit lié à quelque lésion organique, et habituées à rendre de temps en temps par vomituritions de grandes quantités de liquide pituiteux, sans trouble sérieux de la santé, ont vu les symptômes gastriques prendre une acuité insolite; et ç'a été pour plusieurs le signal d'une détérioration rapide de l'organisme. Cet état se compliquait parfois d'ictère; mais il ne nous a pas semblé que cette complication fût fréquente, et méritât d'être signalée parmi les traits caractéristiques de la constitution.

Soit conjointement avec une affection gastrique, soit, au contraire, avec un état normal des premières voies, beaucoup de personnes se plaignaient de coliques vives offrant ceci de remarquable, qu'elles formaient un vrai contraste avec le bon état de la santé générale. Nous avons vu, entre autres, une dame qui, pendant toute la durée de juillet et d'août, n'a cessé d'accuser des douleurs abdominales assez intenses pour troubler le sommeil ou faire crisper les traits de la face, bien que la physionomie exprimât la santé, que l'appétit fût excellent, le pouls parfaitement normal, la peau fraîche, et que cette dame pût mener son train de vie habituel. La langue était seulement un peu blanche et les selles plus rares que de coutume. Dans les cas de ce genre, il était bon de débarrasser d'abord le tube intestinal à l'aide d'un ou de plusieurs laxatifs doux; mais en insistant davantage sur ce moyen, on exaspérait les coliques. Les moyens qui nous ont paru alors le plus efficaces sont les potions éthérées et anisées ou l'*élixir perégorique*, à la dose de 4 ou 5 gouttes, dans une tasse d'infusion de camomille romaine, répétées trois ou quatre fois dans la journée. Ces coliques offraient manifestement le caractère nerveux.

Chez d'autres sujets, il ne s'agissait plus seulement de douleurs erratiques et passagères, compatibles avec une bonne santé; mais le ventre devenait subitement le siége d'une douleur générale tellement aiguë que le moindre toucher arrachait des cris au malade; la douleur, malgré sa diffusion, paraissait pourtant irradier d'un des points de l'hypogastre; les parois abdominales étaient déprimées, tendues, résistantes au toucher, et ne cédaient qu'incomplétement au mouvement d'expiration. Nous avons vu trois cas de ce genre. La manière rapide dont ils se sont terminés par la guérison, l'absence constante d'épanchement intra-péritonéal, nous ont fait penser qu'il ne s'agissait pas d'une véritable péritonite, mais bien d'une de ces affections décrites par le professeur Schoenlein sous le nom de *rhumatisme aigu des muscles abdominaux*, et dont la péritonite est seulement, suivant cet auteur, un des effets *consécutifs*. En rendant compte des idées de M. Schoenlein (voy. GAZ. MÉD. 1846, p. 721), nous avons fait nos réserves sur cette manière d'envisager les faits; nous avons dit que ce genre d'affections se liait aussi souvent, au moins, au phlegmon du bassin qu'à l'inflammation du péritoine; qu'en tous cas, la contracture douloureuse des muscles abdominaux, d'une part, et de l'autre, la phlegmasie du tissu cellulaire ou du péritoine, au lieu de se subordonner comme le veut l'auteur, étaient deux produits simultanés d'une seule et même cause résidant sans doute dans le système nerveux. Ce n'est pas le lieu de revenir sur cette discussion que le lecteur pourra consulter; mais nous ferons remarquer que ces vues sont confirmées par les trois cas observés par nous dans le cours de ce trimestre. Comme nous venons de le dire, aucun n'a offert d'épanchement péritonéal. De plus, dans l'un d'eux, le plus grave des trois, la région iliaque droite est devenue *dès le premier jour* le siége d'un empâtement prononcé qui s'est terminé le troisième jour par une décharge de pus par le rectum. Ce n'est pas là la marche d'un rhumatisme.

Bornons-nous à signaler l'existence d'un grand nombre de fièvres bilieuses ou muqueuses, de fièvres typhoïdes confirmées et de congestions cérébrales avec ou sans névralgie faciale, toutes affections que nous avions notées à la fin du deuxième trimestre, et qui se sont continuées pendant celui-ci.

Les diverses manifestations morbides que nous venons d'esquisser se sont réparties à peu près également entre juillet, août et septembre; mais sur ce fond commun sont venues par intervalles se dessiner certaines formes extrêmement tranchées, et qui constituent les traits les plus remarquables de la constitution médicale de ce trimestre.

Le premier et le plus saillant consiste dans la forme *cholérique* d'un grand nombre d'affections intestinales. Cette forme a commencé à se montrer en juillet, peu fréquente encore et réalisant seulement l'ensemble des symptômes propres à la *cholérine* et au *choléra sporadique*. Cependant, dès cette époque, s'étaient déjà présentés, soit en ville, soit dans les hôpitaux, plusieurs cas de choléra algide, avec crampes, suppression d'urines, pouls très-petit et dépressible, cyanose, froid des extrémités, selles aqueuses, etc. Dans le cours du mois d'août, l'Hôtel-Dieu a offert plusieurs cas incontestables de choléra asiatique. Les dénégations dont ce fait a été l'objet ne sauraient prévaloir contre l'affirmation formelle et les renseignements positifs qui nous ont été donnés par les chefs de service. D'autres cas ont d'ailleurs été observés en ville; plusieurs ont été communiqués aux sociétés savantes, et notre correspondance nous a appris que la province n'avait pas été entièrement à l'abri du fléau (voyez GAZETTE MÉDICALE, numéros 34 et 35). A la même époque, les journaux de médecine anglais enregistraient des observations fort précises de choléra algide, dont une commission officielle, fort empressée de rassurer la population, niait également l'existence. Cet épisode de la constitution médicale, qui a fait plus d'une victime, a paru se terminer, du moins à Paris, vers la fin d'août. Aucun exemple n'est venu depuis à notre connaissance.

Feuilleton.

LES EAUX MINÉRALES DU GOLFE DE NAPLES.

II.

LES SOURCES DE LA CÔTE DE BAÏES ET DE L'ILE D'ISCHIA.

Le côté méridional du golfe de Naples jusqu'à la ville, ne contient, comme je l'ai dit précédemment, que des sources minérales froides. Il n'y a guère que l'eau artésienne des environs du Vésuve qui présente la température ordinaire des bains chauds. Cependant c'est là que fume le volcan; c'est au-dessous de ce terrain, si brillamment chargé de jardins et d'édifices, que brûle cette fournaise depuis une période si éloignée de nous qu'elle se perd dans les ténèbres de l'histoire. Dans la partie septentrionale, au contraire, où la solfatare, ce vestige curieux d'un ancien volcan étonne le voyageur par l'amas de ses concrétions sulfureuses, où le Monte nuovo, ce produit spontané d'une éruption, témoigne des violentes secousses qui ont agité cette terre; là, dis-je, sur toute l'étendue de la rive qui finit au cap Misène et qui semble se continuer au-dessous des flots avec l'île d'Ischia, les eaux présentent une température extrêmement élevée. Elle croît même en intensité jusque dans cette île où se dessinent les arêtes vives du mont Épomée. Ainsi, sur la terre ferme, les eaux ont de 26 à 32 degrés, et à Ischia elles atteignent une élévation thermométrique de plus de 45. Rien ne brûle à la surface où ne sont que cendres et produits volcaniques; mais le feu gît dans les profondeurs des terrains, soit qu'il résulte d'un travail chimique de décomposition sur des éléments inépuisables, ou qu'il soit un reste de ce foyer terrible qui a formé l'Épomée et constitué le sol des bords du golfe et de l'île. Je ne sais si Horace, qui aimait assez la côte de Baïes, pour ne pas en oublier le souvenir dans sa fraîche campagne de Tibur, pensait à ces mystérieux phénomènes lorsqu'il a parlé, dans une de ses odes, de feux souterrains et de cendre trompeuse, ... *per ignes suppositos cineri doloso.*

Toutes ces sources, à l'exception de celles d'Ischia, sont assez négligées. La côte tout entière, depuis les environs de Pausilippe jusqu'au cap Misène, est malsaine et communique la fièvre intermittente. C'est une raison suffisante pour qu'on évite d'y rester longtemps en automne ou en été. Cependant si des travaux bien entendus avaient dégagé les ruines qui s'opposent à l'écoulement des eaux, aéré les vallées profondes et créé des pentes où les pentes naturelles sont détruites par l'abandon et les éboulements, cette terre pourrait encore avoir des habitants sans reprendre toutefois l'aspect brillant et grandiose que lui avait donné l'aristocratie romaine. A cette époque, dont nous sommes séparés par plus de deux mille ans, les eaux étaient utilisées; et il paraîtrait même que Baïes dut en grande partie son ancienne importance à l'excellence de ses sources minérales. Malgré les événements qui ont bouleversé cette campagne mythologique où Virgile a placé les Champs-Élysées, il y a encore des traces des constructions thermales du temps. Des corridors s'ouvrent dans le flanc de la montagne près de Baïes; et les parois de la roche sont couvertes d'excavations où

Le second trait à signaler dans le tableau des maladies régnantes est l'existence de dyssenteries. Pendant le règne de la constitution cholérique, les dyssenteries réelles étaient rares à Paris. Les diarrhées étaient presque toutes séreuses. Mais dans le cours de septembre, la scène a changé ; les affections abdominales ont pris la forme dyssentérique. Cette nouvelle constitution s'est annoncée par quelques flux de sang, survenant tout à coup chez des personnes en apparence bien portantes, sans appareil symptomatique, local ou général, tant soit peu grave. Avec la diète et des boissons acidules, l'ordre se rétablissait bientôt. Plus tard, la dyssenterie se dessina plus franchement : douleurs abdominales vives, sensibilité du ventre à la pression, selles muqueuses striées de sang, parfois véritables hémorrhagies intestinales, ténesme, réaction générale, peau chaude et aride, prostration. La mortalité fut assez fréquente, et l'autopsie a constaté la tuméfaction, le ramollissement, l'ulcération profonde des follicules solitaires des intestins, l'injection et le ramollissement de la membrane muqueuse et l'épaississement des parois intestinales. (Voy. GAZ. MÉD., p. 787). Cette forme morbide, survenue à la fin du trimestre, ne s'est pas terminée avec lui, et nous la retrouverons au commencement du trismestre suivant.

Nous avons encore été frappé de l'extrême fréquence, depuis le milieu de juillet jusqu'à la fin d'août, d'une éruption cutanée vésiculeuse, accompagnée d'une vive rougeur et d'une démangeaison insupportable. Cette éruption occupait principalement les épaules, les avant-bras, les mains, et beaucoucoup de malades s'en tourmentaient, croyant avoir la gale. D'autres fois, elle siégeait sur un des flancs ou sur un des côtés de la poitrine et pouvait en imposer au premier abord par un zona. Le séjour à la campagne favorisait d'une manière remarquable son développement ; des personnes, qui étaient allées passer deux ou trois jours seulement aux environs de Paris, revenaient avec une éruption bien caractérisée, même sur des parties qui n'avaient pas été exposées au contact de l'air. Les lotions avec l'eau blanche froide, les onctions avec une pommade à la fois astringente et opiacée hâtaient le desséchement des vésicules et calmaient la démangeaison. Les bains tièdes, au contraire, augmentaient le mal.

Enfin, les fièvres intermittentes nous ont paru acquérir une fréquence notable dans le cours de septembre. Peut-être aussi la même remarque est-elle applicable aux congestions et aux inflammations de la moelle dont les hôpitaux ont offert à cette époque d'assez fréquents exemples.

En résumé donc, la constitution médicale du troisième trimestre se rapproche de celle du trimestre précédent par la fréquence des affections gastro-intestinales, des fièvres continues et des congestions cérébrales. Elle s'en distingue par la prédominance, à des époques diverses, d'affections cholériformes, d'affections dyssentériques, d'éruptions vésiculaires de la peau, peut-être enfin de fièvres intermittentes et de congestions de la moelle.

Reste à spécifier le rapport qui lie les différentes manifestations de la constitution morbide à celles de la constitution atmosphérique. Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit dans notre précédente REVUE TRIMESTRIELLE de la subordination des affections abdominales et des congestions encéphaliques à l'élévation continue de la température ; mais nous appellerons l'attention sur le mode de répartition des diverses formes de maladies intestinales dans le cours du troisième trimestre. Dans le mois de juillet, l'atmosphère est à la fois chaude et très-sèche, et le vent du sud prédomine. De simples coliques nerveuses d'abord ; puis des douleurs générales de l'abdomen, avec contraction des muscles et phlegmasies internes ; puis le choléra, d'abord sporadique et bientôt algide, tels sont les traits correspondants de la constitution médicale. La forme cholérique atteint son maximum dans la première moitié du mois d'août, qui n'est guère moins chaud que le mois précédent ; mais à cette époque surviennent des pluies assez abondantes ; ces pluies se continuent, quoique un peu moins abondantes, en septembre, en même temps que la température subit un certain abaissement, et que le vent du nord devient prédominant. Dès lors disparaît la forme cholérique et se développe la forme dyssentérique. Une remarque se présente ici. Tous les historiens des constitutions médicales et des maladies sporadiques ont fait l'observation que l'action des influences étiologiques demande, pour se faire sentir à la masse de la population, un temps plus ou moins long, et qu'ainsi la cause d'une constitution donnée remonte souvent au delà du temps où cette constitution s'observe. Or, dans le cas présent, il est probable que si la forme cholérique engendrée en juillet par une atmosphère chaude et sèche s'est prolongée en août, le plus humide des mois du trimestre, c'est uniquement en vertu de l'impulsion donnée précédemment et soutenue d'ailleurs par la continuation de la chaleur ; puis cette humidité aura préparé le développement des dyssenteries qui ont ensuite éclaté en septembre par une atmosphère assez humide encore, et, de plus, sensiblement moins chaude. Ainsi, la grande chaleur et la sécheresse seraient les conditions génératrices de la forme cholérique ; et l'humidité avec une chaleur moindre, mais encore assez élevée, seraient celles de la forme dyssentérique. C'est, du reste, ce qu'on observe dans les pays équatoriaux. Nous ferons seulement observer, pour rester rigoureux dans nos appréciations, que, dans ces pays, l'époque favorable au développement des dyssenteries se distingue par de grandes oscillations thermométriques, tandis que, dans le précédent trimestre, c'est au contraire le mois de septembre qui a été le plus exempt de variations atmosphériques de toute sorte.

Au prochain numéro, l'examen du mouvement des hôpitaux.

A. D.

PATHOLOGIE HISTORIQUE.

NOTE SUR LA SYPHILIS AU TREIZIÈME SIÈCLE ;
par É. LITTRÉ (1).

C'est à l'aide de documents historiques qu'on a discuté la question de savoir si la syphilis est une maladie importée d'Amérique, ou née subitement à la fin du quinzième siècle, ou existant de toute antiquité dans le genre humain. Une étude attentive des faits, combinée avec les données de la pathologie, a remis en doute des solutions qui avaient été généralement acceptées. Les trois hypothèses que je viens d'énoncer sont toutes également possibles. Nous savons que des maladies se transmettent d'un pays à un autre ; nous savons que des maladies surgissent tout à coup, et il n'est pas besoin de dire qu'il en est qui accompagnent le genre humain depuis son berceau. C'est aux textes à décider laquelle des trois doit prévaloir ; à cette fin, j'ai réuni

(1) Cet article a paru primitivement en Allemand, dans le JANUS (n° 3, p. 585), journal publié par M. le docteur Henschel, et consacré exclusivement à l'histoire de la médecine.

le baigneur plaçait ses habits et les huiles parfumées ; enfin, en entrant dans les profondeurs de cette crypte, on se trouve dans une atmosphère de vapeur d'une température si élevée, qu'on ne peut pénétrer sans risquer l'asphyxie, dans le passage étroit où coule bruyamment l'eau bouillante. Dans une autre direction, et sur un des côtés de ce cirque profond et boisé au fond duquel dorment les eaux brunes du lac Averne, une longue galerie s'ouvre une voie dans l'intérieur de la roche, où elle s'élargit en chambres spacieuses dont les murs laissent reconnaître encore des vestiges de mosaïques et de stucs. On appelle ces chambres les bains de la Sibylle ; et les grottes, à l'atmosphère saturée de vapeur brûlante, se nomment les bains de Néron ou les étuves de Tritoli. La tradition peut se tromper ; mais les monuments constatent au moins que les Romains savaient employer, au profit de leur hygiène, la température élevée de ces courants d'eau souterraine. La richesse minérale des sources qui existent entre le Pausilippe et les campagnes de Baïes, prouverait à son tour, à défaut de témoignages, que sous la domination romaine on avait dû faire l'application de ces eaux salutaires à l'art de guérir : l'expérience ne tarde guère, comme on voit, à exploiter pour le bien commun les trésors qu'elle découvre.

Les eaux minérales connues et analysées se réduisent aujourd'hui à cinq sources, qui sont placées dans l'intervalle assez long qui sépare le revers septentrional de Pausilippe de l'antique cité de Baïa. Voici comment on les désigne : l'Acqua della Pietra, Bagnoli, Lipposi, Subveni-Homini, phrase latine qui est le nom ou la devise d'une institution monacale dont cette source est la propriété ; enfin, la source de Serapis, ainsi nommée à cause du voisinage du vieux temple dont on peut voir encore les intéressants vestiges. En passant près de ces eaux thermales, on s'aperçoit bientôt que peu de personnes vont les visiter. Les unes sont exposées au grand air et abandonnées comme une source sans efficacité ou sans utilité reconnue ; les autres sont claquemurées dans l'enceinte d'une vieille masure qu'aucun gardien n'habite et qui ne s'ouvre aux rares visiteurs que pendant quelques jours de l'année. La source du temple de Serapis n'est pas la moins délaissée par les malades, malgré sa richesse en sels de fer. Elle sort du bassin naturel qu'elle s'est creusé au pied d'un monticule sans qu'une main prévoyante ait pris soin de lui tracer une voie au milieu des terrains argileux où elle ne tarde pas à disparaître. Celle-ci, comme les autres, ne mériterait pas cependant un pareil abandon. Si le malade doit fuir cette campagne à l'air insalubre, les eaux peuvent être transportées et exercer leur puissance thérapeutique à Naples, par exemple, comme aux bords de la source. L'analyse chimique a d'ailleurs fait connaître leur composition, qui exprime suffisamment les avantages que la médecine pourrait retirer de leur emploi. Ainsi, les eaux de Subveni-Homini, de Lipposi et de Serapis ont été classées, d'après les travaux analytiques de Lancelloti, parmi les eaux acidules, salines et ferrées, caractère complexe qui n'a d'analogue dans aucune des sources du golfe. Elles conviendraient beaucoup à certaines affections du bas-ventre qui réclament à la fois une action tonique et l'usage des purgatifs salins, et qu'il est souvent si difficile de guérir. On pourrait d'autant mieux expérimenter ce moyen thérapeutique, que le climat de Castellamare ou de Sorrente est très-favorable aux affections dont je viens de parler, et contribue, dans les limites de son influence, à les faire disparaître. L'Acqua della Pietra a beaucoup d'analogie avec la source de Chiatamone, qui est placée dans un des beaux quartiers de Naples. Elle contient du

quelques passages qui me paraissent avoir une véritable importance dans la question.

On trouve dans la première moitié du treizième siècle un médecin qui eut un assez grand renom, maître Richard. Richard est désigné tantôt par le surnom d'Anglais, tantôt par celui de Parisien, tantôt par celui de Salernitain; de plus, Gilles (de Corbeil) (1) cite avec éloge un Richard déjà vieux (Ricardus senior) qui faisait l'honneur de l'école de Montpellier. M. Choulant (2) pense que le Richard loué par Gilles est différent et du Richard Anglais et du Richard Parisien. Ailleurs, dans une notice destinée à paraître dans l'HISTOIRE LITTÉRAIRE DE FRANCE, j'ai examiné les divers ouvrages qui portent le nom de Richard; et bien qu'il subsiste des doutes sur la possibilité de distinguer en plusieurs personnages ou de confondre en un seul les Richard dont il reste des ouvrages dans les bibliothèques, néanmoins il demeure constant que ces livres ont tous une date reculée et qu'ils appartiennent au treizième siècle; cela me suffit ici pour les conséquences que je veux tirer.

Un de ces Richard, auquel du reste le manuscrit que j'ai sous les yeux attribue la qualification d'Anglais (3), avait composé un micrologue (micrologus magistri Richardi Anglici), dont voici le prologue: « Ce petit micrologue (parvus micrologus) traite des causes, des signes et de la cure des maladies qui y sont considérées. Il renferme, touchant les urines, des règles dont l'utilité n'est surpassée par aucun autre traité sur ce sujet. On y trouve une anatomie la plus parfaite et la plus abrégée de toutes celles d'aujourd'hui; de plus, les indications nécessaires pour corriger la violence des médicaments actifs et énergiquement purgatifs; enfin, il offre les signes pronostics des maladies, soit pour le salut, soit pour la mort. » Cette espèce de petite encyclopédie médicale que Richard avait composée sous le nom de micrologue ne se rencontre pas en son intégrité dans les manuscrits que j'ai eus à ma disposition; mais on en trouve fréquemment des portions détachées, et entre autres une *practica* qui fournit un passage important sur les accidents syphilitiques.

« Ulcerantur utraque, virga scilicet et testiculi, tempore menstruorum ex coitu ex salsis humoribus et acutis et incensis, quod satis ex colore cutis et pustularum vel saniei ex pruritu et punctura et ardore perpenditur (4). » On ne peut méconnaître, dans cette description, de véritables accidents syphilitiques: des ulcérations, des pustules, un écoulement, une douleur pongitive, de l'ardeur, tout cela survenant aux organes génitaux et après le coït. Le seul point dans lequel Richard diffère des médecins modernes, c'est qu'il attribue de pareils symptômes au sang menstruel, et non pas, comme cela est en effet, à une infection préalable de la femme. Voici le traitement qu'il propose: « Hic igitur primo prodest phlebotomia hepatica vel venosa in natibus vel scarificatio in tibiis. Postea lavetur cum decocto malvæ, salviæ, cunilæ et scabiosæ; sit autem tepida, et tunc inungatur cum populeon, addito oleo rosino vel violino vel oleo de vitellis ovorum, quod specialissimum est in hac cura; et tunc cooperiatur foliis caulium vel arnoglossæ. Prodest etiam, si cum vitellino oleo parum unguenti citri apponatur vel succus arnoglossæ, radix lilii, vitelli crudi, axungia gallinacea, medulla vitellina, rasura lardi abluta. Et nota quod in magno dolore et tumore prodest, si in muliere diu, quando in coitu, moretur; vulva enim sugendo, mollificando et quasi purgando, dolorem minuit et saniem attrahit; et hoc sæpe fiat. » Le dernier conseil de Richard serait vraiment incroyable, si on ne savait combien, au moyen âge, il y avait en médecine de pratiques absurdes, abominables et dégoûtantes, témoin cette recommandation que je trouve dans un poëme médical (1) de cette époque, au sujet de la pierre:

> Cum fomentatio longa
> Jam fuerit facta, sugendo ducitur ipse (lapis);
> Sed prius unge loca virgæ vicina caputque
> Unguento criseo; trahe post sugendo lapillum.

Au reste, on peut croire que les médecins de ce temps connaissaient beaucoup moins les maladies des femmes que celles des hommes, et qu'aux sages-femmes et matrones étaient généralement dévolues les affections du sexe; du moins je lis dans le poëme déjà cité:

> Et quod matricem morborum copia grandis
> Sæpius infestat, tractatus fiat ut inde,
> Est opportunum, cum sit plerumque necesse
> Atque decens, medico quod eas pudet ore fateri,
> Pandere matronis, de quo confidere possint
> Talibus auditis, quod sit sibi causa salutis.

Ce qui manque dans la description de Richard, à savoir la mention de l'état de la femme se trouve explicitement signalé par Guillaume de Salicet, chirurgien du même siècle. Il a (2) un chapitre intitulé: DE PUSTULIS ALBIS VEL RUBEIS, ET DE MILIO, ET DE SCISSURIS, ET DE CORRUPTIONIBUS VEL HUJUS MODI QUÆ FIUNT IN VIRGA VEL CIRCA PRÆPUTIUM PROPTER COITUM CUM FOETIDA MULIERE AUT CUM MERETRICE AUT AB ALIA CAUSA. Ici, aucun doute ne peut rester sur la cause des accidents; ils sont directement attribués au coït avec une *fœtida mulier*, une *meretrix*. Ce sont encore aujourd'hui les circonstances qui d'ordinaire donnent naissance aux affections vénériennes.

Il y a plus, Guillaume de Salicet expose avec détail les moyens par lesquels on peut espérer de prévenir l'infection (3): « Attende hic quod ablutio cum frigida et abstersio cum pecia munda, et iterum ablutio, dum incipit post coitum cum fœda muliere aliquid corruptionis futuræ vestigium, defendit perfecte virgam a corruptione futura saltem ob illam causam, maxime si post illam ablutionem fiat roratio et quædam ablutio, vel loci jam abluti aspersio cum aceto modico, aut peciis in aceto infusis virga totaliter involvatur. » Le manuscrit 218 fonds Saint-Victor dit d'une façon plus courte et plus claire: « Ablutio cum aqua frigida et continua abstersio cum eadem post coitum cum fœtida muliere vel meretrice perfecte defendit virgam a corruptione illa ex causa, et maxime si post ablutionem cum frigida aqua fiat roratio loci abluti cum aceto. » Des moyens analogues ont été, à diverses reprises, recommandés comme précaution bonne à prendre à la suite d'une conjonction suspecte. Il est évident, après cette citation, que Guillaume de Salicet n'avait aucun doute sur la nature de la cause qui donnait lieu aux ulcérations et aux pustules de la verge.

(1) DE COMPOSITIONE MEDIC., I, p. 53, ed. Choulant.
(2) Ægidius, p. 214.
(3) N° 6957, Bibl. roy.
(4) Manuscrit n° 7056, Bibl. roy.

(1) N° 8161, A, Bibl. roy.
(2) CHIRURGIA, I, 48.
(3) *Ibid.*

---

fer et des acides libres; mais elle est alcaline et agit comme les eaux qui renferment des sels à excès de base. L'Acqua della Pietra diffère aussi sous le rapport de la température; elle présente 26 degrés de chaleur, tandis que celle de Chiatamone n'en atteint pas 18. Enfin, Bagnoli, qui compte plus de 32 degrés, est classée parmi les eaux minérales alcalines. Il y en a de plus actives sans doute parmi celles qui coulent dans différents lieux de l'Europe; mais cette source n'en mérite pas moins l'attention du praticien indigène ou du médecin qui envoie des malades sous le ciel de l'Italie, ne fût-ce que parce qu'elle n'est comparable qu'à une seule dans tout le golfe de Naples, la source minérale de la Rita de l'île d'Ischia.

Un jour peut-être, la médecine tiendra un peu plus de compte de ces richesses thermales et saura complétement les utiliser. En attendant, les hommes de l'art du royaume attribuent une grande efficacité à un air saturé de gaz sulfureux qui se dégage non loin de ce lac d'Agnano, si connu par le voisinage de la grotte du Chien. Les étuves où les malades sont admis à respirer cette atmosphère bienfaisante, se nomment les étuves de San-Germano. Parmi les médecins qui ont fait le voyage d'Italie, il y en a peu qui ne les connaissent. Leur réputation n'est pas seulement établie dans la science, elle a encore pénétré les masses, car personne à Naples ne doute de l'authenticité des miracles qu'on leur attribue. Je n'ai pu feuilleter des statistiques qui peut-être même ne sont pas dressées avec toute la précision nécessaire. Toutefois, il n'est pas possible de révoquer en doute une longue expérience, et avec cette tradition des temps écoulés, les témoignages d'observateurs aussi habiles que consciencieux. Il paraîtrait donc que la vapeur sulfureuse de ces étuves agit efficacement contre les douleurs rhumatismales, la goutte et même certaines paralysies. On ajoute même qu'elle produit d'excellents effets sur la phthisie, ce mal qui fuit notre froid Occident pour le ciel de la Péninsule. L'opinion est probablement un peu trop favorable, pour ce qui regarde cette dernière maladie, à la juste renommée de l'établissement de San-Germano. Mais n'y eût-il de vrai qu'un amendement dans les symptômes sous l'influence de cette atmosphère sulfureuse; la respiration de cette vapeur ne donnât-elle en résultat qu'un temps d'arrêt momentané dans la marche parfois si rapide de l'affection; ne fît-elle briller qu'une faible espérance aux yeux découragés du malade, ce serait déjà beaucoup dans cette disette où nous sommes de moyens thérapeutiques qui puissent soutenir avec quelque avantage une lutte contre la phthisie.

De l'extrémité septentrionale du golfe jusqu'à l'île d'Ischia il n'y a qu'une faible distance; elle forme en quelque sorte, avec l'île de Procida, le prolongement de cette côte dans les eaux de la mer. L'île de Procida ne possède pas, que je sache, des sources minérales; mais Ischia, qui a une étendue assez considérable, et qui présente à peu près par sa configuration triangulaire la forme de la Sicile, est, sous ce rapport, d'une richesse à l'abri de toute comparaison. L'énumération des sources connues et visitées par les malades justifiera l'exagération dont on pourrait peut-être me soupçonner. On compte dans cette île, dont toute l'histoire se résume dans celle de l'Épomée, ce géant volcanique depuis longtemps éteint qui a fourni tous les matériaux du sol, on y compte, dis-je, dix sources et quatre étuves, dont voici les noms: ce sont les sources de Pontano,

La mention des bubons n'est pas moins explicite (1) : « De apostemate in inguinibus. Hæc ægritudo vocatur bubo vel draconcelli inguinis vel apostema inguinis....... et fit aliquando cum accidit homini in virga corruptio propter concubitum cum fœda muliere aut ob aliam causam. Itaque corruptio multiplicatur et retinetur in virga ; unde non potest natura mundificare virgam aut locum, primo propter multam plicaturam partium illarum, et propter strictam viam illius loci. Unde reddit (redit, manuscrit 218) et regurgitat materia ad locum inguinum, propter habilitatem loci illius ad recipiendum superfluitatem quamlibet, et propter affinitatem quam habent hæc loca ad virgam. » Ici encore, tout est consigné par l'auteur : le bubon, le rapport qu'il a avec la *corruption* de la verge, et cette corruption même attribuée au coït avec *fœda muliere*.

Le même auteur (2) parle d'une affection qu'il nomme *nodus in virga*. « Contra nodum hujus loci specialiter est procedendum propter timorem ne cauterisetur in hoc loco. Primo ergo medicus recipiat nodum in suis digitis aut cum instrumento aliquo, et trahat ad locum in quo nec venæ nec arteriæ apparent, pro posse, quia in tali membro multum timendum est de venarum, arteriarum et nervorum incisione, propter multitudinem ipsorum in virga. Et tunc pellem incidat super nodum, premendo semper nodum cum sinistra manu versus exteriorem ad superius ; et caveat ne incidat folliculum ejus, si ipsum habuerit, et tunc extrahat ipsum totaliter, si est possibile ; quo extracto, suat vulnus uno puncto vel duobus ; et ego ita multos sanavi meo tempore. »

Ce passage rappelle immédiatement à l'esprit un aphorisme d'Hippocrate qui aurait besoin lui-même d'éclaircissements ; cependant, comme deux passages se donnent toujours quelque appui, il ne sera pas inutile de mettre en regard l'aphorisme : Ὁκόσοισιν ἐν τῇ οὐρήθρῃ φύματα φύεται, τουτέοισι, διαπυήσαντος καὶ ἐκραγέντος, λύσις (IV, 82). La traduction qu'en donne Celse est exacte : « Quibus in fistula urinæ minuti abcessus, quos φύματα Græci vocant, esse cœperunt, iis ubi pus ea parte profluxit, sanitas redditur (II, 8). » M. Rosenbaum (3), avec beaucoup de sagacité, a rattaché l'aphorisme dont il s'agit à la blennorrhagie ; c'est aussi mon avis, et je regarde comme le meilleur commentaire et de la proposition hippocratique et du chapitre de Guillaume ce passage de M. Lagneau (4) : « Une ou plusieurs autres tumeurs plus ou moins volumineuses se développent quelquefois pendant le cours d'une blennorrhagie aiguë très-inflammatoire ; elles ont leur siége dans les glandes de Cowper ou dans le tissu graisseux qui recouvre le bulbe de l'urètre...... Si la suppuration ne peut être évitée, il faut se hâter d'évacuer le pus aussitôt qu'il est rassemblé, en pratiquant une incision dans la direction du raphé, afin de prévenir les fusées et les clapiers qui pourraient se former dans les bourses et le tissu cellulaire de la verge. J'ai vu assez souvent ces sortes de phlegmons, et quoique les auteurs en fassent en général un tableau fort rembruni, j'ai eu la satisfaction de les voir se terminer heureusement, soit qu'ils prissent la voie de la résolution, soit que la suppuration en fût le résultat. » Sans doute de pareils abcès sont produits par d'autres causes que la blennorrhagie ; mais ils accompagnent trop souvent cette affection, et l'existence des accidents syphilitiques est trop nettement signalée par le chirurgien du moyen âge, pour qu'on ne tienne pas compte de la mention qui en est faite. Dans les PRÉNOTIONS DE COS, il est une proposition parallèle à l'aphorisme cité ci-dessus : « Ceux chez qui la cause de la dysurie est une tumeur aux environs de la vessie souffrent, quelque attitude qu'ils prennent ; pour eux il y a solution, le pus se faisant jour (1) » : Οἷσι δὲ φῦμα περὶ τὴν κύστιν ἐστὶ τὸ παρέχον τὴν δυσουρίην, πάντως σχηματισθέντες ὀχλέονται· λύσις δὲ τούτου γίνεται, πύου ῥαγέντος. Ici l'auteur ne dit plus dans l'urètre ; il spécifie davantage le lieu, et on peut croire qu'il s'agit des abcès de la prostate.

Platearius, dans un passage de sa PRACTICA qui m'a été signalé par M. le docteur Daremberg, note l'habitude où l'on était de rompre les pustules de la verge (cap. *De pustulis in virga*) : « Pustulæ fiunt quandoque in virga ; quibus eruptis, fit ulceratio, et nonnunquam cancer vel fistula ibi exoritur.... Confricetur leviter virga super coxam extensa et repente comprimatur. Per talem enim compressionem quandoque rumpuntur pustulæ ; sic consueverunt facere mulieres salernitanæ. Si autem sic non possunt abrumpi, comprimatur cum acu vel fibula. » Ces pustules, que l'on rompt par une compression subite, doivent être ce qu'on nomme aujourd'hui vulgairement chaude-pisse cordée. Il y a, en effet, des gens du peuple qui, dans pareil cas, mettent la verge sur une table et la frappent du poing. Ce coup rompt la corde, rupture qui occasionne une hémorrhagie et amène parfois du soulagement. C'est l'équivalent de la compression subite des *mulieres salernitanæ*.

A des faits de ce genre, allégués plus d'une fois, on a répondu qu'en effet c'étaient bien là des accidents vénériens, c'est-à-dire produits par le coït, mais qu'en définitive cela ne constituait pas la syphilis telle que nous la connaissons ; que des ulcérations, des pustules, des écoulements, des abcès, des bubons, pouvaient se former par diverses causes dans le contact des organes génitaux, et qu'il n'y avait véritablement syphilis que du moment où les accidents primitifs étaient susceptibles d'engendrer des accidents secondaires. L'objection est certainement considérable, et il importe de l'écarter à l'aide de témoignages historiques. Il est un médecin du moyen âge sur lequel les auteurs varient beaucoup : c'est un certain Geraldus ou Gerardus. On le confond avec Gérard (de Crémone ou Carmone) qui traduisit tant de livres arabes, et avec Gérard de Solo. Le préambule du COMMENTAIRE SUR LE VIATIQUE DE CONSTANTIN, commentaire qui porte le nom de Girard (GLOSSULÆ GERAUDI ou GIRAUDI, ou VIATICUM CUM GIRAUDINA), donne des explications sur ce personnage. « Maître Géraud, dit notre auteur sur lui-même, maître Géraud, de la province du Berri, médecin, prié par ses compagnons, à Paris, de suppléer ce qui avait pu être négligé par nos prédécesseurs, a jugé convenable d'exposer les expériences de Salerne et de Montpellier dont il n'omet qu'un bien petit nombre, et qui ont été, sous la direction de la raison (*ratione præambula*) soumises à une longue épreuve. » Je cite d'après les manuscrits de la bibliothèque royale de Paris, bien que le livre ait été imprimé ; mais je n'ai pu me procurer l'édition. On le voit, Gérard ou Géraud était du Berri, et résidait à Paris. Distingué par cela seul de Gérard (de Crémone), il l'est aussi de Gérard de Solo ; car celui-ci est auteur d'un INTRODUCTORIUS JUVENUM (2) et d'un COMMENTAIRE SUR LE NEUVIÈME LIVRE D'ALMANZOR (3). De plus, Gérard du Berri est cité par Ber-

(1) CHIRURGIA, I, 42.
(2) *Ibidem*, 1, 49.
(3) DIE LUSTSEUCHE IM ALTERTHUM, Halle, 1839, p. 341.
(4) DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, 2e édition, t. V, p. 319, art. *Blennorrhagie*.

(1) Hippoc., t. I, p. 312, éd. Kuhn. ; t. V, éd. Littré ; Coaque, 463.
(2) N° 7062, Bibl. roy.
(3) N° 6910, *ibidem*.

des bains d'Ischia, de Castiglione, de Gorgitello et Cappone, de Bagno-Fresco, de Rita, de Santa-Restituta et Isabella, de San-Montano, de Francesco-Primo, de Citara, d'Olmitello et de Nitroli. Enfin, il y a de plus les étuves de Castiglione, de Cacciuto, de San-Lorenzo et de Testaccio. Je n'aurais pas besoin de dire que ces étuves et les sources qui bordent la côte ou sont disposées dans l'intérieur des terres se trouvent au milieu de sites ravissants, puisque Ischia est comme un fragment détaché de la campagne de Naples ; mais il y a quelque chose de plus : la végétation est plus riche, plus vigoureuse dans l'île que sur le continent. La merveilleuse décoration qui, du sommet du vieux volcan, s'étend jusqu'aux limites tracées par la mer, est relevée par les couleurs les plus tranchées, les plus brillantes. A quoi tient cette différence entre le sol d'Ischia et celui de la rive qui lui fait face? Les feux souterrains qui communiquent une température si élevée aux eaux minérales échauffent-ils aussi la terre pour lui imprimer une activité si rare dans d'autres régions ? C'est très-probable ; mais cela n'explique pas pourquoi les environs de Naples, qui sont entièrement volcaniques, ne présentent pas le même luxe, la même énergie de végétation que le territoire d'Ischia. Ce n'est pas exagérer que de dire combien on est surpris de la transition, lorsqu'en quittant les rives du golfe on aborde dans les belles parties de l'île ; on se croit transporté sous un ciel plus méridional, par exemple dans quelque région de cette Grèce d'où partirent les fondateurs des anciennes colonies italiennes. Les habitants d'Ischia n'ont pas d'ailleurs dégénéré de leurs ancêtres, ce qui ajoute, s'il se peut, une beauté de plus à la beauté naturelle des lieux. La conservation du vêtement traditionnel aux couleurs tranchantes et à la coupe orientale, donne à ces insulaires quelque chose de l'éclat et du prestige qui brille sur les champs merveilleux. Un autre héritage que cette population a gardé fidèlement, c'est cet instinct du beau qui a fait de la race de ses aïeux le peuple le plus artiste de la terre, et qu'elle applique aux soins de la culture, avec un goût plein d'originalité. Personne n'ignore en effet que l'île d'Ischia a le privilége, entre toutes les parties de l'Italie, de donner la disposition la plus heureuse et la plus poétique aux magnifiques produits qui couvrent son territoire. Cet attrait eût seul suffi, sans parler des eaux minérales, pour appeler les visiteurs ; les sources sont une cause de plus qui ne cessera d'augmenter le nombre de ces voyageurs valétudinaires dont la population se disperse sur toute la surface du pays. Cet accroissement progressif a multiplié les maisons de campagne, qui couvrent la côte en s'élevant sur les plateaux ombreux des collines. La médecine française est même représentée, dans une des plus agréables hôtelleries ouvertes aux touristes malades, par M. le docteur Chevalley de Rivas, esprit distingué et praticien habile, qui a publié une description excellente des eaux minéro-thermales d'Ischia (1).

Il est inutile de faire connaître la topographie de chacune des sources qui couvrent l'île : les unes sont très-près de la mer, les autres plus avant dans les terres ; celles-ci se groupent entre elles et ne sont séparées que par un petit espace ; celles-là sont isolées, et il faut aller les chercher dans les différentes zones du sol. Mais ces particularités n'ont d'intérêt que pour le géologue ; les malades accourent aux sources les mieux appropriées aux exigences de leur

(1) DESCRIZIONE DELLE ACQUE TERMO-MINERALI ET DELLE STUFE DELL' ISOLA D'ISCHIA, del cavaliere Stefano Chevalley de Rivas.

nard de Gordon (1), qui enseigna à Montpellier depuis 1285 ; au contraire, Gérard de Solo cite et Bernard de Gordon, et Lanfranc, et Arnaud de Villeneuve. Les deux Gérard sont donc distincts aussi bien par les dates que par les ouvrages. Notre Gérard du Berri appartient au treizième siècle, et probablement au commencement de ce siècle.

Cela établi, venons au passage qui nous occupe. On lit au livre 7, dans le chapitre intitulé : *De ulceribus et apostematibus virgæ* : « Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in collo matricis recepto ; nam virga inficitur, et aliquando alterat totum corpus. » La phrase est bien courte, mais elle n'en est pas moins décisive. Gérard, après avoir signalé l'infection des organes génitaux, remarque que parfois survient l'infection générale du corps. C'est, en effet, ce qui arrive de nos jours; la maladie, primitivement locale, devient générale en un certain nombre de cas, mais non toujours. Voilà très-certainement un médecin du moyen âge qui a rattaché des symptômes observés sur le corps entier à une infection primitive contractée dans un coït de mauvaise nature. L'observation est exacte, l'expression est juste; et bien que cette ligne, tirée d'un livre enfoui maintenant dans la poussière des bibliothèques, ne suffise pas pour montrer que les médecins alors avaient, comme ont aujourd'hui les modernes, une doctrine certaine et établie sur ce point, elle suffit néanmoins pour montrer que le fait de l'infection générale, à la suite de l'infection locale, était réel. On pouvait méconnaître d'une façon courante le lien qui unissait les accidents secondaires aux accidents primitifs; mais un médecin sagace l'a aperçu une fois, et ce fait positif, ainsi constaté, détruit tous les faits négatifs, frappés dès lors de nullité.

Ce n'est pas seulement dans les livres des médecins que l'on trouve une mention des accidents vénériens. M. Francisque Michel a publié un opuscule du treizième siècle en vers français (2) où on lit ce passage :

Que Diex lor envoit grant meschief,
Et mal au cuer et mal au chief,
Mal es bouche et pis es dens,
Et mal dehors et mal dedens,
Goutte rose, e fi pour fi !
Si en dirai li clergiés fi.
Le leu et la goutte volage,
Les escroeles et la rage!
Toutes vilaines et vilain
Aient tout le mal Saint-Gillain
Et goutte feske et goutte arthique,
Et le mal ke on dist étique,
Rogne, vairole et apostume !
Et si aient plenté de grume
Plenté de fièvre et de jaunisse!
Et si aient la chade-pisse,
Mal ki les faiche rechaner,
Et plaie ki ne puist saner. (Page 12.)

Je traduis ce passage en langue moderne : « Que Dieu leur envoie grand malheur, et mal au cœur et mal à la tête, mal à la bouche et pis aux dents, et mal dehors et mal dedans, goutte rose et fic sur fic (*ficus*, tumeur fongueuse), de sorte que le clergé en dirait fi ! le loup (*lupus*, ulcère rongeant), la goutte erratique, les écrouelles et la rage. Que les vilaines et les vilains aient tous le mal Saint-Gilles, et la goutte fixe et la goutte arthritique, et le mal qu'on dit hectique, la gale, la vérole, des abcès, et qu'ils aient en abondance la gourme, la fièvre et la jaunisse, et qu'ils aient la chaude-pisse, et mal qui les fasse gémir, et plaie qui ne puisse guérir. » A la vérité, dans ce passage, le mot *vairole* peut signifier la variole, et il n'y a rien à en conclure ; mais il n'en est pas de même du mot *chaude-pisse* qui, encore aujourd'hui, est la désignation vulgaire de la blennorrhagie vénérienne. Ce terme, on le voit, n'est pas d'origine récente dans le langage populaire ; il n'y a pas été introduit postérieurement au quinzième siècle, et il était usité dans le treizième et peut-être auparavant.

C'est sans doute à la chaude-pisse qu'il faut rapporter cette dysurie qui, comparée par Cicéron à la dyssenterie, suite de la gourmandise, était attribuée à une intempérance plus honteuse : « Ego autem, dit Cicéron dans une lettre à Gallus (1), quum omnes morbos reformido tum quo Epicurum tuum stoici male accipiunt, quia dicat δυσουρικὰ καὶ δυσεντερικὰ πάθη sibi molesta esse, quorum alterum morbum edacitatis esse putant, alterum etiam turpioris intemperantiæ. »

Je n'ai pas besoin de dire ici que les renseignements que je viens de réunir et de mettre sous les yeux du lecteur laissent complétement intacte la question concernant la grande épidémie qui sévit à la fin du quinzième siècle; ceci est tout à fait à part de l'existence des affections vénériennes. Je n'ai point l'intention d'entrer dans la discussion de ce point d'histoire. M. Rosenbaum, qui a fait un livre si intéressant sur les accidents vénériens pendant l'antiquité, doit au public médical la continuation de son œuvre, et il aura à examiner les caractères de la maladie qui effraya les populations européennes vers 1493 ; seulement je remarquerai qu'en dehors de ce grand événement pathologique on trouve des influences épidémiques exercées sur les organes génitaux. Ainsi en 1840 une colonne de troupes françaises éloignée depuis près d'un mois de toute population, et faisant une expédition dans la province de Constantine (2), eut beaucoup de soldats et bon nombre d'officiers atteints tout à coup d'uréthrites très-douloureuses avec difficulté plus ou moins grande d'uriner, parfois même avec suppression complète des urines ; l'écoulement concomitant était peu abondant ; les accidents se dissipaient ordinairement dans l'espace de quelques jours. Mais il n'y a pas de fait plus remarquable que celui qui est consigné dans le troisième livre des ÉPIDÉMIES d'Hippocrate, troisième section : Il régna alors d'une manière épidémique des fluxions sur les parties génitales, des ulcérations et des tumeurs au dedans et au dehors, des gonflements dans les aines, des fongosités sur les ulcérations de ces mêmes parties et en même temps des aphthes et des ulcérations à la bouche, des ophthalmies humides, des carnosités aux paupières et des éruptions considérables à la peau. Certes M. Rosenbaum (3) a été autorisé à rapprocher une pareille description de celle qui a été donnée de l'épidémie du quinzième siècle. Ce passage d'Hippocrate est venu se résumer en deux mots dans les APHORISMES : « En été règnent..... des pourritures des parties génitales (σηπεδόνες αἰδοίων). » J'ai, en effet, montré ailleurs (4) que de là provenait l'aphorisme en question. Au reste, ce n'est pas le seul exemple qu'on ait pour les livres hippocratiques de la transfor-

(1) LILIUM MEDICINÆ, LUGDUNI, 1569, p. 175.
(2) DES XXIII MANIÈRES DE VILAINS, Paris, 1833.

(1) Ad fam., VII, 26.
(2) GAZ. MÉD. DE PARIS, t. IX, 1841, p. 106.
(3) Ibid., p. 340.
(4) Hipp., t. IV, p. 436.

état. Quelques-unes d'entre elles ont beaucoup d'analogie sous le rapport de la composition ; elles peuvent être classées dans la même catégorie. D'autres s'en séparent complétement, et doivent être classées dans une catégorie différente. La température joue un grand rôle, comme je l'ai déjà dit, dans la famille nombreuse des établissements d'Ischia. Une ou deux de ces sources sont d'un ou deux degrés tout au plus au-dessous du niveau de la température du corps humain; les autres franchissent cette limite, et la plus chaude marque au thermomètre 54 degrés. Cette dernière différence posée, voici comment on les groupe. La source de Pontano est acidule et résolutive, ce qui la rapproche par un côté de l'acetosella de Castellamare et de l'eau de Sainte-Lucie. Les bains ou les sources d Ischia, de Cappone, de San-Montano, de Santa-Restituta, de Francesco-Primo et de Citara sont compris dans la classe des salins; ceux de Gorgitello et d'Isabella appartiennent aux eaux dans lesquelles l'iode est représenté en quantité assez notable pour qu'il soit permis de lui attribuer une certaine somme d'influence. La Rita, dont la température est la plus élevée de toutes les sources de l'île, est alcalino-saline. Nitroli et Castiglione sont acidules et ferrugineux, et ont quelque analogie avec l'eau napolitaine de Chiatamone. Enfin le Bagno-Fresco est alcalin, ainsi que l'Olmitello, qui n'a pas été, que je sache, analysé avec le même soin que les autres eaux. Il me reste à classer les étuves, qui doivent être entièrement séparées, sous le rapport de la composition, des sources dont je viens de parler; car elles ne présentent pas de traces, ou tout au plus n'ont que des traces légères de substances minérales : elles n'agissent que comme sudorifiques, c'est-à-dire comme les bains ordinaires de vapeur.

Cela suffit sans doute pour donner une idée des propriétés médicales des sources d'Ischia ; mais il importe surtout de connaître la mesure de leurs effets, qu'une longue expérience considère comme très-énergiques, et comme guérissant des affections que des eaux analogues n'ont pas pu guérir. Le climat doit jouer un rôle plus ou moins actif dans l'influence qui résulte de l'emploi de ce puissant moyen thérapeutique ; et il est probable qu'il compte, comme un élément assez important, dans les cures qui enrichissent les statistiques des établissements thermaux. Quoi qu'il en soit cependant de cette connexité d'influences ou de cette complication de causes, il vaut mieux passer outre et laisser parler l'observation. Le Pontano, qui est situé près de la ville d'Ischia a depuis longtemps une renommée assez grande, mais pour le traitement de maladies trop différentes les unes des autres pour qu'il ne règne pas sur ses véritables effets une réelle indécision. Ainsi, en la supposant tempérante d'après sa composition, comment pourrait-elle convenir au traitement des catarrhes chroniques? Il est plus probable, qu'à cause de l'hydrochlorate de soude et de l'oxyde de fer qu'elle renferme, elle agit sur les viscères abdominaux avec une certaine énergie. A un mille de la ville sont les bains d'Ischia, qui comptent plusieurs sources et sont considérés comme stimulants de la circulation et restaurateurs de l'énergie musculaire ; les sels qu'ils tiennent en dissolution, joints à l'élévation de la température, doivent donner ces résultats. L'eau de Castiglione est reconnue depuis longtemps pour avoir la propriété de relever les forces de l'estomac et d'exciter l'appétit. « Languentem reficit stomachum........ provocat usque famem. » L'eau du Gorgitello est une de celles qui tiennent le premier rang dans la nombreuse famille minéro-thermale d'Ischia, et qui jouissent aussi de la clientèle la plus

mation de cas particuliers en propositions générales. C'est ainsi que la maladie de Périnthe, si curieuse dans ses phénomènes, laquelle est décrite dans le sixième livre des ÉPIDÉMIES, septième section, a donné un aphorisme; que la luxation des vertèbres cervicales relatées dans le second livre des ÉPIDÉMIES, seconde section, en a donné un autre. Ce sont là des points curieux de l'élaboration hippocratique sur lesquels j'ai appelé l'attention (1).

Laissant donc de côté l'épidémie du quinzième siècle et celle d'Hippocrate et tirant la conclusion des passages que j'ai empruntés à des auteurs du moyen âge je crois pouvoir établir :

1° Que, dans le treizième siècle, on a observé des ulcérations des parties génitales par suite d'approches suspectes;

2° Que le terme, aujourd'hui vulgaire, de chaude-pisse était dès lors employé de la même manière;

3° Qu'à la suite des lésions survenues aux parties génitales, il se manifestait des lésions générales et une infection de tous le corps;

4° Que par conséquent dans le treizième siècle la maladie vénérienne avait une forme très-analogue à celle qu'elle a aujourd'hui.

(1) Ibid., t. V, p. 260, et t. IV, p. 435.

MÉDECINE PRATIQUE.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE; par M. HASPEL, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Mascara.

(Suite et fin.—Voir les numéros 46 et 47.)

TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS INFLAMMATOIRES DU FOIE.

Dans une inflammation qui peut avoir des résultats aussi fâcheux, il faut avant tout et d'abord chercher à en provoquer la résolution; pour cela, différents moyens ont été tour à tour employés.

Presque tous les auteurs sont à peu près d'accord pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement de l'hépatite; mais personne plus que M. Casimir Broussais n'a mis en relief, dans son remarquable travail inséré dans le JOURNAL DE MÉDECINE, les avantages que l'on obtient dans ces cas à l'aide des émissions sanguines générales et locales.

Les uns ont préconisé les saignées générales abondantes et faites à peu d'intervalle; ce moyen, qui est applicable dans un grand nombre de cas, doit être cependant employé en Afrique avec une certaine réserve. En effet, la considération du climat, l'étude des mille circonstances énervantes au milieu desquelles la maladie se développe, les complications si frequentes de diarrhée et de dyssenterie, doivent nous rendre très-avares des émissions sanguines générales. En outre, comme dit M. Casimir Broussais, la faiblesse de la constitution nous semblait souvent un obstacle a la phlébotomie.

Les émissions sanguines locales, les sangsues et les ventouses pouvaient, au contraire, être employées avec avantage dans presque tous les cas; elles calmaient la douleur, diminuaient la tension de la tumeur et amenaient souvent, dès la première application, un grand soulagement; c'est au début surtout que réussissait ce traitement abortif. Bien que souvent elles n'aient pas eu pour effet constant de produire la résolution de l'engorgement, elles le circonscrivaient néanmoins en diminuant la violence de l'inflammation locale, et rendaient la suppuration moins abondante. Mais si le malade est affaibli, si l'inflammation locale est avancée, si on suppose enfin déjà un commencement de suppuration, on devra être très-sobre dans l'emploi des émissions sanguines, afin de laisser à l'individu les forces suffisantes pour résister à l'affaiblissement considérable qui sera nécessairement la suite de la suppuration.

ÉMÉTIQUE.

M. Saiget, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Oran, a essayé d'appliquer à ces engorgements une révulsion énergique à l'aide de l'émétique à haute dose uni aux saignées générales proportionnées à la force de l'individu. Il a obtenu quelques résultats heureux. Dans le cas particulier qui nous occupe, je crois qu'on doit voir dans l'action de l'émétique autre chose qu'une simple révulsion; il y a encore une compression mécanique très-énergique sur l'organe hépatique. En effet, dans les efforts du vomissement, le diaphragme ainsi que les muscles abdominaux se trouvent si violemment contractés que le foie est pressé, comprimé entre deux puissances musculaires. Ne peut-on pas admettre que, dans certains cas, le dégorgement ait été le résultat de la compression exercée sur tout le système vasculaire veineux du foie, de la même manière qu'on favorise la résolution de l'érysipèle en comprimant fortement les parties qui en sont atteintes? Aussi l'émétique m'a-t-il paru agir d'autant plus efficacement qu'il n'y avait pas tolérance. J'approuve, dans un grand nombre de cas, l'emploi de ce moyen; cependant je ferai observer que la constitution débile des malades, l'état de faiblesse où les ont jetés une maladie longue et les fatigues continuelles de la guerre sur le sol brûlant de l'Afrique, obligent un médecin prudent à n'user de cette méthode qu'avec une grande réserve.

PURGATIFS.

Nous avons employé avec succès les purgatifs dans ces engorgements inflammatoires. En même temps qu'ils augmentent la sécrétion biliaire, ils exercent sur le gros intestin une révulsion favorable, et, comme nous l'avons dit ailleurs, il existe en Afrique entre ce dernier organe et l'appareil sécréteur de la bile une solidarité de vie qui les rend tributaires de leurs affections réciproques.

Parmi les nombreux purgatifs, le calomel est un de ceux qui ont été employés avec le plus d'avantage et le plus fréquemment; seulement, il l'a été dans des vues différentes. Il est bon de s'expliquer sur ce point. Souvent on le faisait prendre et on le fait prendre encore dans le but d'obtenir un effet purgatif, ou diminuer, selon quelques-uns, la plasticité du sang. Pour nous, depuis longtemps que nous l'employons, et après l'avoir essayé de toutes les façons dans la maladie qui nous occupe, notre conviction est qu'il offre ici une action toute spécifique sur l'organe sécréteur de la bile; qu'il produit une légère irritation de la portion supérieure du canal digestif.

Nous le donnons ordinairement à la dose de deux grammes, que nous associons fréquemment avec l'ipécacuanha, à la dose d'un ou deux grammes.

considérable. Elle contient de l'iode, comme je l'ai déjà dit, et elle est essentiellement résolutive. On raconte des cures merveilleuses procurées par les douches ou les bains qu'on prend dans cette source. Les paralysies s'y améliorent ou s'y guérissent; les contractions musculaires chroniques y disparaissent aussi. Les engorgements scrofuleux, les tumeurs blanches, et enfin toutes les affections du genre atonique y trouvent bientôt une terminaison prompte et heureuse. Quelque exagération qu'on puisse soupçonner dans la renommée que la faveur publique a faite au Gorgitello, l'expérience médicale fait foi de la plupart de ces cures; et c'est certainement une des eaux minérales de cette catégorie qui agissent avec le plus de puissance et d'efficacité. La source saline de Cappone, qui est voisine de la précédente, mérite d'être mentionnée pour ses propriétés légèrement purgatives; elle peut être du reste facilement remplacée. Le Bagno-Fresco, qui est onctueux comme s'il avait une assez grande quantité de sels magnésiens dans sa composition, a quelque analogie comme effet thérapeutique avec nos eaux des Pyrénées, si souveraines contre les maladies de la peau; les statistiques rapportent sur son efficacité une série de résultats très-concluants. La Rita, dont la température est si élevée, agit à peu près de la même manière que le Bagno-Fresco; mais il parait qu'elle est surtout résolutive et qu'on ne l'emploie guère contre les affections de l'enveloppe cutanée. Enfin, San-Montano, Santa-Restituta, Francesco-Primo, et Citara, ont entre elles beaucoup d'analogie, puisque ces sources sont renfermées dans la même classe; les plus chaudes sont employées à l'extérieur, et les tempérées sont prises à l'intérieur. A cause de l'hydrochlorate de soude et du fer qu'elles contiennent, elles rétablissent les forces digestives et agissent comme résolutives et fortifiantes. Avant de terminer cette rapide analyse, je dois parler de ces bains de sable (*bagni d'arena*) tout imprégnés d'eau minérale, qui exercent une action des plus intenses sur l'économie; il faut en effet que la vitalité partielle ou générale soit descendue bien bas pour oser les prendre sans s'exposer à un danger : les bains les plus renommés de cette espèce sont ceux de la source de Santa-Restituta. Tels sont les trésors thérapeutiques que renferme l'ancienne Pythécuse, cette île que les anciens estimaient aussi pour les propriétés curatives de ses eaux. Ce n'est pas exagérer, je crois, que de la placer au-dessus des lieux les plus favorisés de la nature sous le rapport minéro-thermal.

Mais Ischia n'est qu'une partie de cette longue côte campanienne qui comprend un long développement de près de vingt lieues. Or, comme je l'ai déjà fait voir, cette belle rive de la mer n'est pas privée d'eaux minérales. A Castellamare, au pied du Vésure, sur les quais de Naples, dans les environs de Pouzzoles, et au sein des ruines de Baïes, on trouve des sources d'une composition très-variée et d'une efficacité très-reconnue; il y en a en quelque sorte pour tous les besoins. Les entrailles irritées peuvent s'adresser aux eaux acidules, les estomacs délabrés aux ferrugineuses; les intestins privés de ressort et affaiblis par les souffrances d'une affection chronique, aux eaux froides et salines. Les eaux iodées, ainsi que les eaux sulfureuses, combattent les engorgements viscéraux, luttent avec avantage contre le vice scrofuleux, et ont, surtout les secondes, la propriété de rétablir cette vitalité nerveuse et cette force musculaire amoindries ou troublées sous l'influence de causes qui frappent le physique ou le moral. Les maladies de la peau ont des bains salutaires à Ischia; et près de Pouzzoles des exhalaisons sulfureuses peuvent, si on en croit l'expérience des praticiens de la localité, modifier

FRICTIONS.

Le professeur Eliotson vante beaucoup l'emploi de l'iode dans les engorgements du foie; il administre cette substance mélangée avec l'axonge : je n'en ai retiré aucun avantage bien remarquable. Les frictions mercurielles m'ont paru réussir beaucoup mieux; je faisais faire ces frictions, pendant sept à huit minutes, matin et soir.

RÉVULSIFS CUTANÉS.

Lorsque les émissions sanguines locales ont été impuissantes, que l'inflammation est sur son déclin, que la résolution a de la peine à se faire, on obtient de bons effets de l'application d'un large vésicatoire sur la tumeur. Dans plusieurs cas, à l'aide de cette énergique médication, les symptômes locaux se sont amendés, il y a eu diminution notable de la tumeur; mais il faut saisir le moment opportun : on doit l'appliquer sur le point qui correspond au siége de la phlegmasie. La guérison inespérée d'un grand nombre de cas que, dans les premiers moments, nous avions cru devoir se terminer par la suppuration, fondant notre opinion sur l'intensité des symptômes, sur l'étendue et le volume de la tumeur, nous porte à croire qu'il n'y avait qu'une congestion sans altération profonde de la texture de l'organe; de pareils cas sont encore assez communs ici. J'ai aussi obtenu quelque avantage du moxa.

OUVERTURE DE L'ABCÈS.

Nous avons enfin à parler de l'ouverture de l'abcès, dernière ressource du praticien.

CAUSTIQUE. Deux procédés principaux ont été imaginés pour ouvrir les abcès du foie, et l'on devine que tous deux ont pour but de déterminer ces adhérences, si nécessaires que sans elles l'opération tue inévitablement le malade. L'un appartient à M. Récamier; il consiste à appliquer sur la tumeur 20 ou 30 grammes de potasse caustique, de manière à produire une escarre de la largeur d'une pièce de 2 francs. Lorsqu'elle est bien formée, on la fend; on réapplique de nouveau le caustique trois, quatre et même cinq fois, si cela est nécessaire pour arriver jusque dans le foyer. Une inflammation adhésive se forme entre la poche de l'abcès et les parois abdominales lentement corrodées par la pierre à cautère, ou bien encore on pénètre directement avec l'instrument tranchant dès que les adhérences sont formées.

INCISION. Le deuxième procédé fut proposé en même temps par M. Bégin, en France, et par M. Graves, à Dublin, avec de légères modifications. L'opération est faite avec un bistouri droit; on incise, avec les mêmes précautions que pour la hernie, couche par couche jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la collection (Graves), ou jusqu'au péritoine, que l'on débride dans une certaine étendue (Bégin). On panse la plaie avec de la charpie. Au bout de quelques jours l'adhérence a lieu, et l'on peut hardiment plonger l'instrument dans le kyste.

Évidemment ces deux méthodes sont bonnes, car toutes deux tendent vers un but unique : produire des adhérences.

PONCTION. Mais si déjà la tumeur était élevée en pointe, si la matière purulente se trouvait presque immédiatement sous la peau, c'est sur ce point qu'on devrait plonger le bistouri droit, et en le retirant agrandir suffisamment l'incision, ainsi que le recommande Boyer. Mais si la fluctuation se faisait sentir plus profondément, il serait prudent de diviser successivement de dehors en dedans la peau, les muscles, leurs aponévroses, jusqu'au foyer de l'abcès, par le procédé de M. Bégin.

Plonger directement un bistouri quelquefois à plus d'un pouce de profondeur dans la région épigastrique avant de s'être assuré de l'existence des adhérences, ainsi que l'ont fait plusieurs praticiens, pour donner issue à une collection purulente dont l'existence est très-souvent douteuse, me paraît une pratique imprudente et peu rationnelle.

« Les faits racontés par Ruisch, dit M. Malle (ENCYCLOPÉDIE DES SCIENCES MÉDICALES), et dans lesquels des ponctions malheureuses ont fait périr le malade, sont bien de nature à justifier les craintes de ceux qui rejettent ce procédé comme exposant trop aux épanchements de pus dans l'abdomen. »

Une fois l'opération décidée, doit-elle être faite avec le caustique ou avec l'instrument tranchant?

L'emploi de la potasse caustique a rencontré de l'opposition dans les rangs des chirurgiens les plus distingués : « Aujourd'hui, dit Boyer (PATHOLOGIE CHIRURGICALE), on a renoncé à l'usage des caustiques, et l'on ne se sert plus que de bistouri pour ouvrir les abcès du foie. » On a reproché plusieurs inconvénients à l'emploi du caustique. « On peut craindre, dit M. Velpeau, que l'inflammation ne dépasse les limites dans lesquelles on la veut circonscrire, qu'elle ne s'étale dans le péritoine et ne détermine une inflammation de la séreuse. » On a dit aussi qu'il était possible que l'inflammation ne s'emparât que de la couche externe. « Ces craintes me paraissent fort exagérées, dit M. Malle, dans un travail très-remarquable sur les abcès du foie, à s'en rapporter aux expériences citées par M. Cruveilhier, qui, après avoir été un des antagonistes les plus décidés de la méthode Récamier, a fini par adopter son procédé pour un grand nombre de cas. » S'il faut me citer après de semblables autorités, je dirai que j'ai appliqué ou vu appliquer plus de quinze fois le caustique dans de semblables cas, sans avoir vu survenir aucun des accidents signalés. « Il résulte encore, ajoute M. Malle, qu'on ne saurait trop citer en cette circonstance, des expériences de M. Cruveilhier, que la péritonite générale et les accidents qui suivent l'entrée de l'air dans la cavité abdominale sont beaucoup moins à craindre par l'application de la potasse que par l'instrument tranchant. » Je partage entièrement cette dernière opinion.

Les douleurs que déterminent les applications successives de la potasse sont certes plus vives que dans l'opération en deux temps; mais, par cela même, on est plus assuré que le travail phlegmasique est porté au degré nécessaire pour produire des adhérences.

Un inconvénient non signalé, mais bien plus réel, attaché à l'emploi du caustique, c'est la lenteur de son action. Les tumeurs du foie ont quelquefois une marche rapide, ou bien ne sont reconnues qu'à une époque déjà avancée de leur développement; or on sait qu'il faut un temps assez long pour que le caustique se fasse jour jusque dans l'abcès; il est des circonstances où il faut nécessairement faire vite. C'est dans ces cas que le procédé de M. Bégin me paraît surtout applicable.

Après avoir passé rapidement en revue les principaux procédés opératoires, il nous reste enfin à apprécier le moment favorable pour l'ouverture de l'abcès; ceci ramène à la question de savoir s'il faut opérer dans tous les cas; selon nous, on doit toujours autant que possible opérer et enlever ainsi toute chance aux accidents consécutifs. On doit opérer, dis-je, parce

---

favorablement l'état des poumons rongés par les tubercules. On sait, et je le développerai dans un travail plus détaillé, que le climat de Naples ne convient pas aux affections pulmonaires, mais qu'il peut combattre avec avantage des maladies d'une autre nature, comme certaines affections nerveuses ou intestinales dont je demande la permission de ne pas parler avec plus de détail. La médecine française envoie ou enverra de plus en plus dans la péninsule ces malades qui aiment surtout à se soigner en changeant de lieu; et ce sera un avantage et une satisfaction pour le médecin de pouvoir ordonner, comme auxiliaire de l'air et des lieux, l'usage d'une eau minérale dont les effets contribueront, pour leur part, à presser le moment de la guérison. Toutes ces sources minéro-thermales ont été signalées depuis longtemps et sont certainement connues bien qu'on paraisse ne pas s'en occuper. Il était nécessaire cependant de les grouper et de les montrer les unes auprès des autres, comme on montre à des yeux étonnés ou prévenus un écrin richement composé. Voilà ce que j'ai fait, parce que j'ai pensé que cela pouvait être utile, autant au médecin qui recommande le doux climat de l'Italie qu'au malade qui rêve au moyen d'ajouter une condition favorable de plus à celles qu'il va chercher loin de sa terre natale.

Pour donner aux sources du golfe l'importance qu'elles méritent et les vulgariser hors du royaume, il y aurait une réforme à tenter. Il ne s'agit pas seulement de faire procéder avec soin à l'analyse chimique de toutes ces eaux; c'est un travail tout scientifique qui reste dans les livres spéciaux ou dans les annales des Académies; c'est une condition préliminaire qui sert de guide et de flambeau à l'expérience et qu'il est important de bien remplir. Mais le voyageur, l'étranger, qu'il soit en Italie pour le plaisir de voyager ou pour soigner sa santé, jugera de l'importance d'une eau minérale par l'importance du monument qui la renfermera. Comment croirait-il, par exemple, qu'un trésor puisse être gardé suffisamment sous une masure? Quelle confiance pourra-t-il avoir dans les propriétés médicales d'une source exposée aux caprices de l'air et abandonnée à la discrétion du passant? Il serait donc, je ne dis pas utile mais nécessaire, de faire dresser un tableau descriptif de toutes ces eaux par ordre d'activité, de mettre les plus efficaces sous la main de l'État, malgré les obstacles que susciteraient la propriété privée et surtout la propriété ecclésiastique, et de les doter d'établissements en harmonie avec les exigences des maladies et les habitudes du luxe. Cette réforme, dont le roi de Naples doit si bien comprendre la nécessité, comme il a compris celles que réclamait le bien de son royaume, augmenterait progressivement la richesse nationale et l'aisance de la population en attirant de plus en plus sous le ciel de la Campanie les touristes et les malades de notre brumeux occident.

ED. C.

— LE CHOLERA A BAGDAD. — Le cholera-morbus venu de la Perse par Kermanschah, avait commencé à sévir dans ce pachalik dès les premiers jours du mois de Ramazan. Medjib-pacha s'était hâté d'établir une quarantaine à Khankhyn, entre Khermanschah et Bagdad; toutes les précautions d'ailleurs très-louables de l'autorité furent inutiles; et dès le premier jour de la fête du Ramazan, la maladie commença à exercer de grands ravages et se répandit successivement à Bakouba, Hillé, Kerbla et sur les deux rives du Tigre. En moins de quinze jours, elle avait fait dans la seule ville de Bagdad 4,500 victimes. Les plus sages mesures avaient été prises par le gouverneur. Des distributions de

que l'abcès abandonné à lui-même tue presque inévitablement. Maintenant, quand faut-il opérer?

On recommande généralement de ne donner issue au pus que lorsque la fluctuation est bien manifeste, c'est-à-dire lorsque l'abcès est arrivé à son état complet de maturité.

Je crois, au contraire, qu'on doit opérer promptement; ici l'inaction a des chances dangereuses; la mort pourra survenir seulement parce que l'opération aura été pratiquée trop tardivement; ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille faire l'ouverture dès qu'une tumeur commence à se développer. Je pense qu'on doit pratiquer l'opération dès que l'on a acquis la certitude qu'il existe du pus. Je dis et je répète que si on éprouve tant d'insuccès à la suite de l'ouverture de ces abcès, c'est sûrement parce qu'on pratique beaucoup trop tard l'opération. L'amaigrissement du sujet, la diarrhée et la dyssenterie, ne sont pas toujours des contre-indications; si vous attendez que la fonte de l'engorgement soit complète, vous courez le risque de voir l'abcès s'étendre, des fusées purulentes se répandre dans le parenchyme hépatique, la résorption du pus s'opérer et bientôt surgir tous les symptômes de la fièvre hectique. Si vous l'ouvrez à une époque tardive, vous aurez un large foyer continuellement accessible à l'air dont l'action ne tardera pas à se faire sentir par la viciation du pus, la suppuration s'emparera inévitablement de la poche; dans ces cas, l'épuisement des forces de l'organisme, par suite de l'abondance excessive de la suppuration, sera la seule cause de la mort.

« Si l'on attendait, dit Boyer (PATHOLOGIE CHIRURGICALE), que la fluctuation se fît jour dans toute l'étendue de l'engorgement, et qu'elle fût aussi apparente que dans les abcès ordinaires; il serait à craindre que l'abcès ne s'ouvrît à l'intérieur et qu'il ne se fît un épanchement mortel dans le ventre, et, dans le cas même où cet accident n'aurait pas lieu, l'abcès étendrait ses progrès du côté du foie et détruirait une grande partie de son parenchyme, ce qui rendrait la maladie peut-être incurable. »

Quant à l'ouverture que l'on pratiquera, elle ne devra pas être trop étendue pour ne pas affaiblir les parois abdominales, ni trop étroite, car elle donnerait difficilement issue au pus, et l'on aurait des fistules interminables; pour prévenir ces fistules et les guérir, disent Petit le fils et Boyer, il faut agrandir l'ouverture par une incision assez grande pour fournir une libre issue au pus.

Après l'ouverture de l'abcès, si des signes d'inflammation menacent de persister, on se trouve bien d'une ou deux applications de sangsues, de cataplasmes émollients. Si l'inflammation est nulle et qu'il existe encore des traces d'induration de la glande, même après la cicatrisation complète; on établit une compression légère et on cherche à résoudre cette induration à l'aide des frictions faites avec l'onguent mercuriel, l'iode, l'emplâtre de Vigo, la ciguë, etc., une douce révulsion opérée sur le canal intestinal.

Pendant la suppuration, on doit prévenir les funestes effets d'une débilité progressive entretenue d'une part par la longue durée de la maladie, et de l'autre la répétition des selles diarrhéiques ou dyssentériques qui accompagnent si fréquemment ces abcès.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRES SUR QUELQUES POINTS DE TOXICOLOGIE, A PROPOS DE L'OUVRAGE DE M. FLANDIN; par M. ORFILA.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Paris, ce 25 novembre 1846.

Monsieur le rédacteur,

Dans un traité de toxicologie qu'il vient de publier, M. le docteur Flandin prétend *que je me suis retiré de la lice et que je n'ai plus fait de rapports devant les tribunaux*, parce que la commission de l'Institut a proscrit complétement la méthode des taches arsenicales dans les instructions qu'elle a données (p. 170). Cette assertion étant contraire à la vérité, je dois la repousser et dire au public quels sont les motifs qui m'ont porté à prendre, en 1844, le parti de ne plus me livrer à des expertises judiciaires. Afin que le lecteur soit à même de bien juger ces motifs, j'ai besoin de rapporter certains faits qui donneront la mesure du savoir de M. Flandin en toxicologie, en même temps qu'ils feront connaître la manière dont ce médecin comprend les devoirs d'un expert.

1° Le 23 novembre 1843, MM. Flandin et Rognetta soutenaient à Riom, devant la cour d'assises du Puy-de-Dôme, à l'occasion de l'affaire Pouchon, que j'avais reconnu, dans mon rapport, que la *potasse* employée par les premiers experts contenait du plomb. *Ce fait n'est pas exact*, puisqu'on lit dans ce rapport, bien connu de ces deux messieurs, *que je ne puis affirmer* que le plomb trouvé dans ladite potasse provienne de cet alcali, attendu que l'eau dans laquelle il avait été dissous renfermait une quantité sensible de plomb.

2° M. Flandin me fait dire que, dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, *l'urine coule librement* (p. 328 de sa TOXICOLOGIE) *et qu'elle est sécrétée et excrétée aussi abondamment que dans l'état normal* (p. 327). *Cette assertion n'est pas plus vraie que la précédente*, car je me suis constamment borné à combattre l'hérésie proclamée par M. Flandin, savoir: « que dans l'empoisonnement aigu par l'acide arsénieux, *les animaux n'urinent pas*, et qu'après leur mort on retrouve la vessie *vide et contractée*. » (V. le mémoire déposé aux archives de l'Académie royale de médecine.) Lisez les diverses éditions de ma TOXICOLOGIE et de ma MÉDECINE LÉGALE, vous y trouverez ces mots: l'urine, *souvent rare*, est rouge, et, dans certains cas, sanguinolente, ou bien ceux-ci: *difficulté d'uriner*. J'ai ajouté dans un de mes mémoires, parce que cela est exact, qu'on peut faire rendre des quantités considérables d'urine à des animaux empoisonnés par un composé arsenical, si l'on parvient à faire prendre à ces animaux d'abondantes boissons aqueuses et nitrées.

3° A l'occasion de la mort d'Auguste Ballet, que l'on a dit avoir été empoisonné par l'acétate de morphine, M. Flandin ose écrire que *j'ai conclu* à l'empoisonnement d'après l'examen de la maladie, quoique l'on n'eût point trouvé de morphine (p. 315 de sa TOXICOLOGIE). *Encore une assertion inexacte*. Je me bornai à dire aux débats, sur ce point, que l'on avait souvent observé dans certaines maladies aiguës *spontanées* des symptômes analogues à ceux dont Ballet avait été atteint, mais que, d'un autre côté,

---

lité avaient été faites aux indigents. Des chirurgiens du pays avaient été placés en différents lieux, chargés de saigner les malades; on dit que, par ce moyen, des 400 soldats qui ont été attaqués par le fléau, il n'y en a que 10 qui ont succombé; et l'on a pu ainsi soustraire un certain nombre de personnes aux fureurs du fléau. Parmi les victimes, on compte un religieux italien, le P. Alphonse, préfet de la mission de la Propagande, et le mectoubchi de la Porte, Rechad-Effendi, jeune homme plein d'avenir, dont la mort cause les plus vifs regrets. Rechad-Effendi était frère de Fuad-Effendi, premier interprète du divan impérial, dont les talents sont connus en Turquie comme en Europe, où il a rempli de hauts emplois diplomatiques.

Le consul général de France, qui, ainsi que le gouverneur de Bagdad et tous les fonctionnaires ottomans, s'était fait un devoir de rester à Bagdad, a été gravement atteint de la maladie régnante, et a dû son salut aux soins du docteur Annibal Foresti, de la Faculté de Bologne, venu de Tébriz et se rendant aux Indes par Bagdad. Ce médecin s'est distingué en cette circonstance par sa philanthropie, en donnant gratuitement, et sans distinction de nation, ses soins aux malades.

Un tiers de la population de Bagdad avait pris la fuite dès le début du fléau. On ne saurait trop louer la fermeté de Nedjib-Pacha, qui a assuré la tranquillité de la ville de Bagdad en continuant d'y résider et en présidant activement, dans ces circonstances difficiles, à toutes les mesures de l'administration.

Des nouvelles de Tébriz annoncent que le choléra a envahi cette ville; on voit que de Tehran il a suivi deux lignes, en dirigeant sa marche sur la Turquie. Après avoir éclaté à Bagdad, il menace Erzeroum, qui est distant de 130 lieues. Le 11 octobre, il y avait eu à Tébriz onze cas de choléra; mais les jours suivants, ses ravages avaient augmenté dans une grande proportion. Ainsi, le 12, le nombre des victimes avait doublé; le 13, il était déjà de quatre-vingts, et le 14, de 150.

Les nouvelles de Syrie arrivées ici par le paquebot du Lloyd autrichien ne confirment pas les bruits qui s'étaient répandus sur l'apparition du choléra à Alep et à Damas.

— La rougeole règne à Anvers; elle est assez bénigne, mais offre pour particularité d'attaquer aussi bien les adultes que les enfants.

— COURS PUBLIC D'ANGÉIOLOGIE ET DE NÉVROLOGIE. — M. le docteur AUZIAS-TURENNE commencera ce cours le lundi 30 novembre à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— COURS PARTICULIER D'ANATOMIE CHIRURGICALE. — M. le docteur AUZIAS-TURENNE commencera ce cours le mardi 1er décembre à une heure, dans le pavillon H, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Ce cours durera deux mois.

S'adresser, pour le suivre ou pour répéter les opérations de chirurgie, à M. Auzias, 12 rue d'Enfer, ou pavillon H.

ces symptômes pouvaient avoir été produits par une préparation opiacée; je n'hésitai pas dès lors à déclarer qu'il m'était impossible de me prononcer sur la cause de la mort. Pour tout homme de bonne foi qui sait lire, il y a une distance incommensurable entre cette conclusion et celle que me prête gratuitement M. Flandin.

4° M. Orfila, dit ce médecin (p. 164), qui *n'achevait jamais la destruction* des matières organiques, en brûlant ces matières par le *nitre* ou par l'acide nitrique, et qui soumettait tel quel à l'appareil de Marsh un liquide *sale* et *noir*, etc. *Encore une erreur*. Quoi! le liquide obtenu à la suite de la calcination avec le nitre est sale et noir! Si M. Flandin l'avait vu une seule fois, il se serait convaincu qu'il *est parfaitement incolore et transparent!!*

5° MM. Flandin et Danger avaient promulgué la loi suivante : « les poisons ne font jamais partie intégrante des solides et des liquides de l'économie animale. » Je combattis de toutes mes forces cette étrange assertion, et je m'appuyai, entre autres exemples, sur ce que le phosphore se trouve à l'état de phosphore dans le cerveau et dans la laitance de carpe, et la soude à l'état alcalin, et par conséquent libre dans la bile. La réponse de M. Flandin est assez curieuse pour devoir être rapportée; la voici : « Cela ne » peut avoir aucune valeur. Qui l'ignore en effet? *Ce n'est pas à l'état de* » *phosphore et de soude*, mais à l'état de *sels neutres*, que ces corps se » montrent à nous dans l'organisme (p. 206 de sa TOXICOLOGIE). » Si je ne craignais pas d'enlever à cette lettre le caractère grave que je veux lui donner, je dirais à M. Flandin que dans les cours de chimie élémentaire, dès les premières leçons, on enseigne, d'après les mémoires de Vauquelin sur la matière cérébrale, et de Thénard et Berzélius, sur la bile, qu'il s'est cruellement mépris.

Partant de ce principe faux, M. Flandin a nié l'existence du cuivre dans le corps de l'homme, et cela avec d'autant plus de chaleur qu'après l'avoir cherché bien souvent il ne l'a jamais trouvé. Ma réponse sera simple : le cuivre existe dans nos tissus et notamment dans le foie; et si M. Flandin n'en a pas constaté la présence dans cet organe, c'est que le procédé de son invention, qu'il déclare être le plus sensible et le plus parfait pour découvrir ce métal, est de beaucoup inférieur aux procédés déjà connus. L'Académie des sciences, après avoir assisté aux expériences que je ferai devant elle, reconnaîtra que M. Flandin s'est encore une fois grossièrement trompé (1).

6° J'avais dit que le sang des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux contient de l'arsenic. Attaqué sur ce point par M. Barse, M. Flandin répondit : *Nous* n'avons pas émis une proposition aussi *formellement absolue*; nous avons dit qu'on ne trouvait pas dans le sang *certains* poisons, etc. On jugera du prix qu'il faut attacher aux paroles de M. Flandin en lisant le passage *textuel* de son mémoire; le voici : « *Lorsqu'un composé métal-* » *lique* a été introduit dans l'estomac ou appliqué sous la peau, c'est particu- » lièrement dans le foie que l'analyse le fait découvrir. *Quel que soit le mo-* » *ment* où l'on saigne l'animal durant les phases diverses de l'empoison- » nement, *on ne retrouve pas* l'élément toxique. » (COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SCIENCES, t. XVIII, p. 173.) Aujourd'hui M. Flandin dit, dans sa TOXICOLOGIE : « *Sauf la présence du poison*, l'analyse chimique n'a » pas pu saisir la différence qu'il pouvait y avoir entre un sang dit normal » et le sang d'un individu mort par l'arsenic. » C'est très-bien de rétracter ce que l'on a dit d'erroné; mais ce qui est loin d'être bien, c'est de nier que l'on ait dit, ce que l'on a lu à l'Institut et ce qui a été depuis imprimé dans les COMPTES RENDUS.

7° M. Flandin m'accuse de plagiat, à la page 340. « Je me suis fait honneur, » dit-il, de la découverte du blanc d'œuf dans l'empoisonnement par les sels » mercuriels, tandis que Gmelin avait imprimé en 1777 dans son HISTOIRE » GÉNÉRALE DES POISONS, que cet empoisonnement pouvait être atténué par » l'emploi des huiles, des mucilages (*albumine*). » En lisant ces lignes, mon premier mouvement a été de douter; en effet, Gmelin était un savant trop éclairé pour considérer comme identiques les *mucilages* et l'*albumine*; tout dans ces corps est différent, composition, propriétés, action sur les sels mercuriels; mais cela ne suffisait pas, et j'ai voulu remonter à la source. Quoi que j'aie fait, il m'a été impossible de me procurer la première édition de l'ouvrage de Gmelin publié en 1777; je n'ai pu avoir que la seconde qui date de 1811, et là on lit, au lieu de la citation de M. Flandin : « les huiles douces, le lait, les *mucilages*; » *nulle part il n'est fait mention de l'albumine*. Dans un ouvrage intitulé: APPARATUS MEDICAMINUM, publié en 1795-96, le même auteur préconise les huiles grasses récentes, le lait et les mucilages, *sans que l'albumine y soit mentionnée*. Je laisse au lecteur le soin de rapprocher ces faits.

8° Le 31 mars 1845, MM. Flandin et Danger lisent à l'Institut un mémoire SUR LE SUBLIMÉ CORROSIF, dans lequel ils disent que « l'inventeur » d'un certain rob aurait été condamné par les tribunaux, parce que les » experts, ayant fait usage de la pile de Smithson, auraient conclu *à l'exis-* » *tence du mercure dans ce rob*, alors que cet instrument, *mal employé* » *par ces experts*, ne pouvait donner que des résultats fautifs. » J'étais rapporteur de la commission, et j'avoue que j'ai besoin de contenir mon indignation en présence de pareilles faussetés; au reste, le lecteur pourra juger en lisant la conclusion du rapport de MM. Pelletier, Chevallier et moi.

1° *Ni le sirop dépuratif régénérateur du sang, ni le rob antisyphilitique, ni la mixture, débités* par M...., ne contiennent aucune préparation mercurielle ni aucune substance vénéneuse !!! (V. au greffe de la cour royale la pièce enregistrée sous le n° 6925, année 1829, 16 juin.)

Quant à ce qui concerne le mauvais emploi que nous aurions fait de la pile de Smithson, je prouvai que, seize ans avant MM. Flandin et Danger, j'avais imprimé dans les ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE (t. XLI) ce que MM. Flandin et Danger venaient de débiter à l'Institut et de donner comme nouveau, concernant les précautions à prendre dans l'emploi de la pile de Smithson.

J'adressai ces deux réclamations à l'Institut le 7 avril 1845. (Voy. les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, p. 1029, année 1845.)

Je pourrais ajouter à tout ce qui vient d'être dit une foule d'autres données tout aussi vraies et tout aussi savantes que celles-ci; l'ouvrage de M. Flandin, et diverses expertises qu'il a faites avec M. Danger, me rendraient la tâche facile; mais comme celles que je viens d'exposer me suffisent, j'arrive à l'objet principal de cette lettre, qui est de faire connaître pourquoi je n'ai plus voulu accepter de missions judiciaires.

Le 8 février 1844, deux mois après les débats qui avaient eu lieu à Riom (affaire Pouchon), M. Salmon, juge d'instruction, m'écrivit pour m'annoncer que j'avais été désigné par le juge d'instruction d'Auch pour procéder à l'analyse chimique des matières extraites du corps de *Henri Lacoste*. Je répondis que mes occupations ne me permettaient pas d'accueillir cette demande. Le 27 avril suivant, M. le juge d'instruction Poux Franklin me pria de passer dans son cabinet pour y prêter serment à l'occasion d'une opération chimique qui me serait confiée ainsi qu'à MM. Lesueur et Ollivier (d'Angers). Je répondis que je n'accepterais plus de missions judiciaires, parce que tout me portait à croire qu'il faudrait désormais lutter, et plus que jamais, contre des adversaires qui n'étaient pas au courant de la science, et qui, à mon avis, n'appréciaient pas à leur juste valeur les devoirs d'un médecin chargé d'éclairer les jurés et les magistrats.

Vous êtes maintenant à même de juger, monsieur le rédacteur, si je me suis retiré de la lice parce que l'Institut, ainsi que le dit à tort M. Flandin, aurait proscrit les taches arsenicales le 14 juin 1841; en effet, non-seulement, je figurais, comme expert, devant la cour de Riom, *deux ans et demi après* (29 novembre 1843), mais aussi j'avais accepté plusieurs missions judiciaires en 1841, en 1842 et en 1843. Cette déclaration vous apprendra encore une fois jusqu'à quel point M. Flandin aime la vérité.

Je terminerai cette lettre, déjà trop longue, par une citation qui prouvera au public que tout le bruit que l'on a fait en 1841 sur *la non-valeur* des taches arsenicales, supposait, *au moins* une parfaite ignorance de la matière. Cette citation ne sera pas récusée par M. Flandin, car elle lui appartient. Dans l'affaire Lacoste, MM. Pelouze, Devergie et Flandin signent le rapport des diverses opérations auxquelles ils se sont livrés, et à propos des taches arsenicales qu'ils ont recueillies, ils disent, après avoir constaté leurs caractères : « *A l'ensemble de ces divers caractères, il était* IM- » POSSIBLE *déjà de ne pas reconnaître l'arsenic*. » (P. 643, DE LA TOX. DE M. FLANDIN.) Je n'ai jamais soutenu que cela, et vous voyez, monsieur, que M. Flandin est bien mal inspiré lorsqu'il persiste à vouloir faire croire au public que l'Institut a proscrit un moyen qu'il *reconnaît lui-même* être excellent; pour être conséquent, il aurait dû refuser de signer, avec MM. Pelouze et Devergie, une phrase qui est la plus éclatante condamnation de ce qu'il avait écrit et fait soutenir devant l'Académie de médecine en 1841.

S'il s'agissait d'un autre auteur que M. Flandin, j'aurais grand plaisir à vous adresser une analyse détaillée de son ouvrage; je ne le ferai pas par beaucoup de raisons, mais surtout parce que j'en ai dit assez pour que chacun sache ce qu'il faut penser de l'esprit qui a présidé à sa rédaction et de son mérite.

Agréez, etc.

ORFILA.

(1) Tout le monde est surpris du silence prolongé de l'Académie des sciences à l'égard des diverses communications qui lui ont été faites par MM. Flandin et Danger. Ce silence est d'autant plus fatal que les erreurs et les fautes grossières qu'il s'agit de combattre intéressent davantage l'ordre social. Deux fois déjà j'ai demandé à l'Institut qu'il voulût bien s'occuper d'un rapport aussi impatiemment attendu; je fais aujourd'hui une troisième et dernière tentative auprès du président de la commission.

A M. LE BARON THÉNARD, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE L'INSTITUT CHARGÉE DE FAIRE UN RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE MM. FLANDIN ET DANGER.

Paris, ce 25 novembre 1846.

Monsieur le président,

Deux fois déjà j'ai écrit à l'Institut pour demander qu'il voulût bien s'occuper de l'examen des travaux qui lui ont été présentés par MM. Flandin et Danger depuis cinq ans. La commission ayant gardé le silence, je viens aujourd'hui faire un dernier appel à votre zèle et à votre justice. Il est d'autant plus urgent de procéder sans délai, que M. Flandin persiste à donner comme exacts des faits que je me suis engagé à démontrer ne pas l'être. Permettez-moi de vous signaler les principales données sur lesquelles l'attention de la commission devra être attirée :

1° MM. Flandin et Danger prétendent avoir découvert une loi relative à la localisation des poisons. — Rien n'est plus contraire à la vérité. Quant à l'existence d'une plus grande quantité de substance toxique dans le foie, je l'avais démontrée deux ans avant eux.

2° Ils ont dit que, dans l'empoisonnement par les antimoniaux, on ne trouve pas l'antimoine dans les poumons non plus que dans les systèmes nerveux, musculaire et osseux. J'avais prouvé que les poumons et le cœur en contiennent, et depuis peu M. Millon a décelé ce métal dans tous les tissus.

3° Suivant eux, le sang des animaux empoisonnés ne renferme aucune trace de substance vénéneuse. Or, dès l'année 1839, j'avais démontré le contraire.

4° Ils ont annoncé que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas, et qu'après leur mort on trouve la vessie vide et contractée. Il est aisé de prouver que cette assertion ne soutient pas le plus léger examen.

5° Ils ont dit que les poisons ne font jamais partie intégrante des solides et des liquides de l'économie animale, ce qui n'est pas exact.

6° Ils ont nié l'existence du cuivre dans le corps de l'homme sain, ce qui est une erreur évidente.

Que reste-t-il donc désormais des travaux de MM. Flandin et Danger?

Je vous rappellerai, monsieur le président, que je suis prêt à répéter devant la commission toutes les expériences qu'elle jugera devoir tenter pour se convaincre de l'exactitude de ce que j'avance.

Agréez, etc.

ORFILA.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

SUITE.

IV. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, renferment les articles originaux suivants : 1° *Fracture du sacrum et des deux pubis, rupture de l'urètre*; par M. Fletcher. 2° *Lésion présumée de l'artère axillaire*; par M. Cherry. 3° *Extravasion d'urine*; par le même. 4° *Sur la pathologie du sang*; par M. Nicholson. 5° *Essai sur l'absorption purulente*; par M. Rayner. 6° *Suggestions pratiques*; par M. Deane. 7° *Sur les maladies des femmes*; par M. Rigby. 8° *Luxation avec fracture partielle de la quatrième vertèbre cervicale, paralysie et mort*; par M. Fletcher. (L'apophyse articulaire inférieure de la quatrième vertèbre avait été détachée à sa base du reste de l'os.) 9° *Cas de convulsions puerpérales*; par M. Watkins. (L'éclampsie, survenue quatorze heures après un cinquième accouchement accompli très-naturellement, fut guérie en deux jours par la saignée, la glace sur la tête et quelques purgatifs.) 10° *Sur l'albuminurie*; par M. Gregory. 11° *Phthisie avec pneumothorax*; par M. Panson. 12° *Cas d'apoplexie*; par le même. 13° *Cas d'empoisonnement*; par M. Ilott. 14° *Du pouvoir de l'esprit sur le corps*; par M. J. Braid. 15° *Cas de phthisie avec fistule pleuropulmonaire*, par M. Browne. 16° *Cas d'extraction d'un corps métallique engagé dans le gosier*; par M. Bulley.

ESSAI SUR LA RÉSORPTION PURULENTE; par le docteur THOMAS O. RAYNER.

Après avoir rapporté, comme spécimens, deux observations de résorption purulente empruntées aux travaux de Dance et de Rose, l'auteur entre dans l'examen des théories par lesquelles on a cherché à expliquer la formation simultanée d'un grand nombre de foyers purulents chez le même sujet, et il réduit ces théories aux trois suivantes : 1° Les abcès multiples proviennent du ramollissement aigu de tubercules préexistants; 2° ils sont le résultat d'un dépôt de pus en nature, lequel avait été soustrait par absorption à quelque point de l'économie; 3° ils dépendent d'une diathèse purulente.

M. Rayner résume avec quelques détails les objections dont sont susceptibles les deux premières théories et n'accorde pas les honneurs d'une réfutation à la troisième, « qui est, dit-il, si vague, si inintelligible et si contraire aux notions acquises sur la production du pus en général, qu'elle ne mérite aucun crédit. » A notre sens, cette fin de non-recevoir était plus applicable à la vieille théorie des tubercules qui ne compte plus aujourd'hui un seul partisan, qu'à celle de la diathèse purulente, soutenue en France avec beaucoup de talent et appuyée sur des considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques dignes d'une sérieuse considération. Quoi qu'il en soit, l'auteur oppose à la première théorie : 1° la rareté des tubercules dans certains organes où les abcès multiples se rencontrent très-fréquemment, tels que le foie, les lobes inférieurs des poumons, les muscles, etc.; 2° l'état non tuberculeux des tissus qui environnent les abcès ; 3° l'absence habituelle de matière tuberculeuse dans le pus des foyers, etc. La seconde théorie lui paraît reposer sur une observation incomplète des faits, les parties où siége le pus offrant toujours, pour un œil attentif, des signes non équivoques d'inflammation. L'auteur rejette donc successivement ces deux théories, et, comme il a condamné tout d'abord la troisième, il arrive à cette conclusion qu'il n'existe pas jusqu'ici d'explication satisfaisante de la formation des abcès multiples.

Le but spécial de son travail est précisément d'exposer une théorie qui rende un compte plus rigoureux et plus complet des faits. Et voici comme il entre en matière.

« Par un examen attentif des faits, on est conduit à reconnaître que, dans beaucoup d'entre eux, l'inflammation et la suppuration de quelque grosse veine sont le trait le plus frappant du début de la maladie; c'est, par exemple, une phlébite utérine, ou une phlébite consécutive à la saignée, à une amputation, à une opération de varices, etc. Il est possible cependant que l'infection du pus par le sang puisse être la cause des accidents; mais, pour arriver à prouver qu'il en est ainsi, il faut établir d'abord que cette infection *a eu lieu dans quelques-unes* des maladies susceptibles de donner naissance aux abcès multiples (l'auteur a fait plus haut la nomenclature de ces maladies), ensuite qu'elle *peut avoir lieu dans toutes.* » Dans cette vue, l'auteur se livre à quelques remarques sur l'anatomie pathologique de la phlébite et sur les circonstances propres à favoriser le passage du sang dans le torrent circulatoire.

A un point de vue général, l'auteur accorde bien que le premier effet de la phlébite est la coagulation du sang dans l'intérieur de la veine et la formation d'un caillot obturateur. Mais, suivant lui, dans les cas où l'inflammation des tissus veineux, au lieu d'être simplement adhésive donne lieu à la suppuration, les parois n'étant pas solidement réunies par une lymphe plastique, « le caillot est graduelllement absorbé ou passe dans la circulation, et sa place est occupée par du pus sans mélange. » Le pus peut donc dès lors s'unir au sang et voyager avec lui par toute l'économie.

A un point de vue local et spécialement relatif aux conditions plus ou moins favorables qu'offrent au passage du sang dans la circulation les diverses affections susceptibles d'engendrer des abcès multiples, voici, en abrégé, la série de considérations auxquelles se livre M. Rayner.

Ces diverses affections peuvent se diviser en trois catégories. Les premières occupent les veines libres (*free veins*, c'est-à-dire libres dans leur trajet). Les secondes ont leur siége dans les os. D'autres enfin consistent dans une inflammation spécifique.

La première catégorie comprend la phlébite utérine puerpérale et les varices. Or, après l'accouchement, les veines de l'utérus sont dans les conditions les plus favorables, d'une part, pour s'enflammer, de l'autre, pour livrer passage au pus. L'inflammation de ces veines peut être produite, soit par le contact de matières irritantes (lochies, caillots sanguins, portions du placenta), soit par extension d'une phlegmasie du tissu utérin. Le passage du pus dans le sang est d'autant plus facile que les veines sont devenues pendant la gestation larges et sinueuses, et ne reviennent à leur état normal qu'au bout de quelques semaines. Des réflexions analogues s'appliquent aux varices. B. Brodie et d'autres ont rapporté des observations d'abcès viscéraux consécutifs à des opérations pratiquées sur des veines variqueuses ; et la largeur insolite, aussi bien que la disposition flexueuse de ces veines, rend compte de l'immixtion du pus à la masse du sang. Si l'infection purulente est quelquefois la suite de la taille latérale, c'est que les plexus veineux prostatiques sont toujours divisés dans cette opération, et continuellement irrités par le contact de l'urine.

Relativement à la seconde catégorie (maladies des os), l'auteur rappelle

que les canaux osseux occupés par les veines sont relativement très-larges, principalement dans les os plats, décrivent des sinuosités, et présentent à des intervalles irréguliers des dilatations partielles. En cas d'inflammation et de suppuration des os, ces dispositions facilitent l'infection purulente de deux manières, et par la largeur des veines et par l'inflexibilité de leurs parois. La lymphe plastique épanchée ne pouvant, dans le retrait qu'elle ne tarde pas à subir, entraîner les parois vasculaires du centre à la circonférence de manière à en effacer peu à peu la lumière, se rompt vers sa partie centrale et ouvre ainsi un passage au pus. C'est de cette manière qu'on peut expliquer la production d'abcès multiples à la suite de plaies de tête ou d'amputation des membres. Il y a déjà longtemps que M. Cruveilhier avait dit dans le livre VI de son ANATOMIE PATHOLOGIQUE : « Ayant dirigé, en 1814, mes recherches sur la membrane médullaire des os longs, chez les nombreux amputés qui succombaient à l'Hôtel-Dieu dans l'état typhoïde, et qui présentaient des abcès dans les principaux viscères, je notai une suppuration de la membrane médullaire chez tous les amputés. Cette suppuration occupait quelquefois toute la longueur de l'os, et s'étendait même jusque dans le tissu spongieux de l'extrémité supérieure. Il n'y a pas longtemps qu'assistant à l'ouverture d'un individu qui avait succombé à une amputation de jambe et dont les poumons étaient farcis d'abcès, voyant qu'on cherchait vainement une phlébite pour point de départ, j'engageai à diviser le tibia et le péroné, et l'extrémité spongieuse de ces os, infiltrée de pus, donna immédiatement la solution de la difficulté. »

Quant à la troisième catégorie (inflammations spécifiques), l'auteur ne cite que l'érysipèle et la pourriture d'hôpital. Il voit, dans l'étendue habituelle de la phlegmasie erysipélateuse, dans la nature particulière de cette phlegmasie, une suffisante raison de l'infection purulente qui l'accompagne parfois. Des considérations analogues s'appliquent à la pourriture d'hôpital, que M. Rayner, du reste, déclare n'avoir jamais vue engendrer d'abcès viscéraux.

Cette argumentation conduit d'abord l'auteur à cette conclusion générale, que la présence du pus dans le sang, non pas de quelques éléments du pus, mais du pus en nature, est vraisemblablement la cause des abcès multiples dits *consécutifs ;* mais, pour mettre le fait hors de doute, il entreprend de démontrer, à l'aide d'expériences, que du pus artificiellement introduit dans la circulation peut produire les mêmes effets, et de dévoiler le mécanisme suivant lequel il les produit.

Relativement à la première question, les expériences faites sur les chiens établissent que du pus de bonne nature, mêlé artificiellement au sang, produit quelquefois, non pas toujours, dans différentes parties du corps des abcès absolument semblables, quant à leurs caractères extérieurs, aux abcès dits *consécutifs* qu'on observe chez l'homme. La seconde question est double : Pourquoi le pus, mêlé au sang, donne-t-il lieu à des abcès multiples ? Quel est le mode de production de ces abcès ?

Sur le premier point, l'auteur répète l'expérience de M. Cruveilhier, dans laquelle du mercure, introduit dans la veine jugulaire d'un chien, donne lieu au sein des poumons, et parfois d'autres organes, à une multitude de petits abcès dont chacun renferme un globule de mercure. De ce que le mercure, substance extrêmement divisible, s'arrête dans la trame des organes, l'auteur en induit que les globules du pus ne doivent pas y passer plus facilement, et qu'ainsi ils deviennent pour les parties où ils séjournent autant de corps étrangers. Quelques considérations, tirées des différences que présente la marche des inflammations suivant la cause qui leur a donné naissance, de la rapidité avec laquelle se forment les abcès consécutifs à l'infection purulente, de l'existence de phlébites épidémiques, etc., le portent à penser que le pus, engagé dans les vaisseaux capillaires, n'y produit pas seulement une obstruction mécanique, mais les enflamme en vertu de certaines qualités irritantes.

Sur le second point, relatif au mode de production des abcès consécutifs, un examen attentif des parties occupées par ces abcès a convaincu M. Rayner que ces tissus n'arrivent à la suppuration qu'à travers toutes les phases de l'inflammation ; de plus, se fondant sur les difficultés que les globules du pus doivent éprouver à passer dans les capillaires (nous ne dirons rien d'une théorie problématique exposée à cette occasion), sur certaines observations où l'on a trouvé des veinules remplies de pus à une époque où le travail phlegmasique préliminaire qui doit aboutir à la formation de petits abcès était à peine commencé, enfin sur les expériences bien connues de M. Cruveilhier sur la phlébite, l'auteur est d'accord avec ce dernier observateur pour placer dans les veines capillaires le point de départ de l'inflammation et de la suppuration consécutives à l'infection purulente.

Il termine en contestant l'exactitude des observations dans lesquelles MM. Andral, Lane, Gulliver et autres, ont cru apercevoir des globules de pus dans le sang, alors qu'il n'existait d'autre maladie qu'une scarlatine, une variole, un abcès froid, etc., sans la moindre trace d'inflammation veineuse ; et sa conclusion définitive, un peu timide peut-être, après la déclaration précédente, est qu'on ne trouve jamais dans le sang du pus *en quantité suffisante pour produire des abcès multiples,* hors les cas de phlébite.

— Nous n'avons pu passer sous silence un travail de longue haleine, formant sept ou huit articles du TIMES, et composé d'ailleurs avec soin. Nous ne saurions pourtant nous défendre d'un certain étonnement en voyant l'auteur tenir si peu de compte des recherches dont l'infection purulente a été l'objet en France depuis une quinzaine d'années, et s'imaginer présenter une théorie nouvelle en attribuant l'infection à une phlébite suppurative, et la formation des abcès multiples à l'action irritante ou *enflammante* du pus sur les tissus où le porte la circulation. La théorie purement mécanique de l'infection est née, on le sait, en Angleterre ; c'est ce qui explique pourquoi l'auteur a vu dans celle-ci le dernier terme de la science actuelle ; mais du moment que, pour l'interprétation des abcès multiples, il rejette *a priori* la diathèse purulente, on ne s'explique pas bien le luxe de considérations et d'exemples employés à démontrer la réalité du passage du pus dans le torrent de la circulation. Une simple observation microscopique en dit plus que tous ces raisonnements. Si elle démontre la présence de globules de pus dans le sang, c'est que le pus peut être absorbé par les veines, puisque, encore un coup, il est convenu qu'il ne peut prendre naissance dans le sang lui-même. On conçoit parfaitement que les partisans de la résorption se soient étudiés à démontrer qu'en effet le pus formé au voisinage d'une veine ouverte, ou dans cette veine même, peut être emporté par les courants sanguins ; mais c'était pour détruire l'ancienne théorie de la diathèse tuberculeuse ou la théorie nouvelle de la diathèse purulente. Quant à l'infection elle-même, elle n'est plus en doute aujourd'hui ; et si l'on commence, comme l'auteur, par admettre comme prouvé qu'elle n'a pas sa source dans le sang lui-même, on est par cela même affranchi du soin de démontrer qu'elle a sa source en dehors du sang, partant, que le pus est arrivé dans la circulation par les veines ou les lymphatiques ; car il n'y a pas d'autre voie possible.

Quoi qu'il en soit, l'auteur démontre-t-il réellement la réalité de l'infection purulente ? Ses considérations générales sur l'anatomie pathologique de la phlébite et ses explications sur la facilité que le pus trouve à passer dans les veines utérines après l'accouchement, dans les veines variqueuses des membres, dans le plexus veineux de la prostate, dans les veines des os, etc., ajoutent peu de chose, ce nous semble, aux données bien autrement précises sur lesquelles le débat est depuis longtemps établi, et l'a été particulièrement dans la GAZETTE MÉDICALE de 1842, par MM. Blandin et Tessier. La concrétion sanguine déterminée par l'inflammation veineuse obstrue-t-elle toujours et complétement la lumière du vaisseau ? En cas d'affirmative, le pus a-t-il le temps de se former et de passer dans le sang avant l'obturation complète ? Le caillot une fois formé, peut-il se ramollir au milieu de la suppuration, disparaître en partie et laisser un passage libre au pus ? Voilà les questions qu'il s'agirait d'établir à l'aide d'observations précises, et par l'étude comparée de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

Quant aux effets de l'infection purulente, les expériences instituées par M. Rayner prouvent, à la vérité, que du pus mélangé au sang peut produire des abcès multiples ; mais il y a longtemps qu'on le sait. Elles prouvent encore que ces abcès sont précédés d'un travail d'inflammation locale ; mais voilà plus de dix ans que M. Blandin a mis ce fait hors de doute. Et quant à fixer le siége de la phlegmasie dans les veines capillaires, M. Cruveilhier a été là-dessus fort explicite, et a même assez généralisé cette vue pour qu'il soit difficile de l'étendre encore.

TRAITEMENT DES ÉCOULEMENTS CHRONIQUES DE L'URÈTRE PAR L'APPLICATION D'UN VÉSICATOIRE SUR LE GENOU ; par M. DEANE.

Conseiller un vésicatoire contre les suintements urétraux que nul autre moyen n'a pu tarir, c'est là une pratique banale qu'on n'adopte guère que comme dernière ressource sans en espérer presque rien, et uniquement pour ne pas encourir le reproche d'avoir négligé une seule des médications prônées dans les classiques. En outre, on le place en général près du siége de la maladie, sur le périnée, à l'hypogastre, à la face interne des cuisses, etc. M. Deane a suivi une pratique toute différente. Ayant eu à traiter, il y a trois ans, un écoulement qui, pendant dix-neuf mois, s'était montré rebelle aux médications les plus variées, il eut l'idée d'appliquer un vésicatoire autour du genou. Le soir même, il se manifesta une strangurie prononcée ; l'urine contenait des fausses membranes. Le lendemain matin, l'écoulement avait considérablement diminué, et au bout de vingt-quatre heures, il avait disparu pour ne plus jamais revenir.

Depuis lors l'auteur a traité de la même manière vingt cas d'écoulements chroniques. Chez neuf de ces malades la guérison a été aussi prompte que ci-dessus, et aucun n'a résisté à cette médication. Dans quelques-uns de ces cas, il a fallu revenir deux fois à l'application du vésicatoire, et dans un seul, trois fois. Fort de ces succès, ajoute-t-il, le traitement des suinte-

ments urétraux ne m'inspire plus maintenant aucune inquiétude, quoique néanmoins je ne doive point espérer d'être toujours aussi heureux que je l'ai été jusqu'ici.

M. Deane attribue l'heureux effet de ces vésicatoires d'abord à la révulsion exercée sur ou près d'une articulation, partie dont les métastases blennorrhagiques dénotent, comme on sait, l'étroite sympathie qui les lie à l'urètre. En second lieu, il pense que la strangurie, c'est-à-dire l'irritation vésicale produite par une large application de cantharides, concourt également à déplacer ou à dénaturer le mode d'irritation spécial de l'urètre qui entretenait l'écoulement.

CAS D'EXTRACTION D'UN CORPS MÉTALLIQUE ENGAGÉ DANS LE GOSIER; par M. BULLEY.

OBS. — Le 7 février, dit l'auteur, je fus appelé au milieu de la nuit pour voir M. Jul., qui avait un corps étranger arrêté dans la gorge. Je le trouvai suffoquant, hors d'état d'expliquer intelligiblement la cause de son accident et ne pouvant que crier : « pièce... dent... os... » L'état menaçant d'un moment à l'autre de se terminer fatalement, je portai dans l'œsophage mon doigt indicateur, avec lequel je parvins à toucher un corps dur qui, au bout de quelques instants, tomba plus bas et m'échappa.

Cependant la présence continuelle du doigt dans l'œsophage déterminant des contractions anti-péristaltiques de ce conduit, le corps étranger ne tarda pas à remonter de manière à se laisser de nouveau atteindre. J'en profitai pour glisser sur le doigt une courte pince à polypes courbe, entre les cuillers de laquelle je réussis à charger le corps. Reconnaissant au contact que c'était une substance métallique et me rappelant que le malade avait prononcé pour la désigner le mot de dent, j'en conclus qu'il s'agissait d'une pièce supportant des dents artificielles dont il faisait usage. Moitié avec le doigt, moitié avec la pince, je fis cheminer cet objet de bas en haut dans l'espace d'un pouce sans beaucoup de difficulté; mais lorsqu'il fut arrivé en face de la portion centrale du cartilage thyroïde, je sentis qu'il était arrêté, probablement parce que quelqu'une de ses parties avait pénétré dans la paroi postérieure du canal. A ce moment, la suffocation augmentant de manière à mettre la vie en danger, je fus forcé de retirer mon doigt. Toutefois j'étais trop avancé pour reculer : comprenant donc que je ne pouvais amener ce corps au dehors que de vive force, je saisis la pince des deux mains et, en lui imprimant un mouvement de rotation, j'attirai jusque dans le pharynx l'objet de mes efforts. Alors l'instrument glissa; mais il fut aisé d'achever l'extraction avec les doigts. — C'était une pièce en or, supportant deux dents artificielles destinées à remplacer les incisives moyennes supérieures. Elle avait deux pouces et demi dans sa plus grande dimension et un et demi dans la plus petite; ses deux extrémités représentaient deux crochets qui se fixaient aux dents molaires naturelles, et c'était à l'usure ou à la vacillation de ces dents que le malade attribuait la chute de la pièce artificielle.

A la suite de l'extraction il y eut une hémorrhagie d'environ 120 grammes de sang que le malade arrêta en buvant de l'eau froide. Le rétablissement ultérieur fut rapide, et ne nécessita d'autre moyen thérapeutique qu'une application locale de dix sangsues faite le lendemain pour une douleur qu'il éprouvait au gosier, surtout en avalant. Il eut à peine la fièvre pendant toute durée de sa convalescence.

Une circonstance de ce fait, assez difficile à expliquer, mérite d'être mentionnée à part. Le malade racontant, après l'opération, les détails de son accident, dit qu'il avait été subitement éveillé par une douleur singulière dans le gosier, *comme si un cartilage de cette partie s'était détaché*. Il n'eut pas d'abord l'idée d'avoir avalé ses dents artificielles. Il poussa alors le corps étranger en bas avec le doigt, et l'ayant fait un peu avancer, se sentit assez soulagé pendant une demi-heure pour s'endormir. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il fut réveillé par la suffocation, qui ne le quitta plus jusqu'au moment de l'extraction.

M. Bulley fait remarquer que l'incertitude où il fut laissé, par l'impuissance du malade à s'expliquer sur la nature du corps étranger, aurait pu devenir funeste s'il s'était décidé, au lieu de s'efforcer de le retirer, à l'enfoncer dans les voies digestives; car bien certainement sa présence aurait déterminé des accidents très-graves. D'un autre côté, aurait-il osé tirer aussi vigoureusement sur cet objet s'il eût connu d'avance sa configuration inégale et acérée, surtout à ses extrémités ?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE.

SUR PLUSIEURS RÉACTIONS CHIMIQUES QUI INTÉRESSENT L'HYGIÈNE PUBLIQUE DES CITÉS POPULEUSES.

Voici en quels termes se résume le mémoire de M. CHEVREUL dans ce qu'il a de plus applicable à l'hygiène publique :

Après avoir constaté, par l'expérience directe, que partout où il existe des sulfates alcalins et certaines matières organiques au sein d'une eau privée du contact de l'air, il y a formation d'un sulfure, j'ai expliqué l'infection des eaux du bassin de Paris, qui contiennent du sulfate de chaux, celle de l'eau renfermée dans des futailles de bois de chêne pour l'usage des marins, et l'infection de l'eau de mer qui a pénétré dans la cale d'un vaisseau.

De l'altérabilité des matières organiques et de leur accumulation dans le sol des cités populeuses, j'ai déduit la cause de l'insalubrité et même de l'infection que ce sol et les eaux des puits qu'on y a creusés peuvent manifester au bout d'un certain temps, lorsque le terrain étant perméable, il n'est pas dans la position d'être incessamment lavé *per descensum*.

D'après cela les restes des animaux enfouis dans la terre, les matières qui s'échappent des fosses d'aisance, les urines répandues sur la voie publique, les matières organiques qui, de nos demeures, pénètrent dans le sol, les matières condensées à l'état liquide dans les conduites de gaz qui se répandent au dehors par des fuites : voilà l'origine des matières organiques altérables qui tendent à porter l'insalubrité et l'infection dans les couches terrestres où elles pénètrent. Ajoutons l'influence du calcaire poreux, pour produire des azotates de potasse, de magnésie et surtout de chaux dans des circonstances convenables, l'influence d'une certaine proportion de sulfate de chaux, et nous aurons des corps qui produiront, avec les matières organiques, des effets d'insalubrité ou d'infection qui n'auraient pas eu lieu sans leur intervention. C'est surtout le sulfate de chaux qui donne au sol de Paris un caractère particulier d'insalubrité ou d'infection qu'on ne remarque pas dans les villes dont le sol et les eaux sont dépourvus de ce sel.

Les moyens à employer pour assurer la salubrité des villes sont les uns *préventifs* seulement, et les autres *susceptibles d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle est déclarée.*

Les *moyens préventifs* consistent à diminuer autant que possible la quantité des matières organiques qui pénètrent dans le sol : tels sont l'établissement des sépultures et des voiries loin des villes; l'établissement des fosses d'aisance étanchées; le lavage incessant, au moyen de fontaines ou de bornes-fontaines des ruisseaux des rues; des égouts multipliés dans lesquels se trouveront les conduites d'eau et celles du gaz propre à l'éclairage.

Les *moyens capables d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle existe* ne sont pas nombreux.

Le premier de ces moyens consiste à porter l'oxygène atmosphérique et la lumière partout où existent des matières organiques susceptibles de devenir insalubres par un commencement de décomposition. La raison de cette prescription est la tendance de l'oxygène à convertir en définitive la matière organique en eau, en acide carbonique et en azote, par les combustions lentes sur lesquelles j'ai appelé depuis longtemps l'attention des chimistes, produits qui n'ont rien de dangereux pour l'économie animale, et l'influence de la lumière pour favoriser cette tendance. Une conséquence de cette prescription est la largeur des rues et l'étendue suffisante des cours des maisons pour que l'air et la lumière y pénètrent librement.

Un second moyen existe lorsque les puits sont assez multipliés et placés dans des conditions telles que l'eau s'y renouvelle souvent, parce qu'on l'y puise incessamment, soit pour les besoins qu'on en a, soit pour purifier le sol des matières qu'elle dissout. Au reste, dans tous les cas on peut considérer les puits comme tendant à la purification de l'eau qu'ils ont reçue du sol, puisqu'elle s'y trouve plus exposée au contact de l'oxygène atmosphérique qu'elle n'y était dans les couches de la terre, et que ce contact est une cause de salubrité. Mais si, en principe, on accorde aux puits cette influence de salubrité, il faut avouer que, tels qu'ils sont aujourd'hui dans des cités populeuses où le sol est infecté, leur efficacité réelle est extrêmement bornée.

Telle est la raison qui m'a fait attacher une si grande importance à un troisième moyen en quelque sorte l'unique que nous ayons aujourd'hui d'agir activement sur les sols qui ne sont pas dans la condition d'être incessamment pénétrés par les masses d'eau qui s'y renouvellent *per descensum* ou qui s'y introduisent comme partie d'un grand fleuve en raison de la perméabilité du sol à l'eau de ce fleuve. Ce moyen consiste à faire des plantations nombreuses dans le sein des villes. La grande influence des arbres sur la salubrité des terrains est incontestable, puisqu'ils ne s'accroissent qu'en y puisant des matières altérables, causes prochaines ou éloignées d'infection. Mais j'ai fait remarquer la nécessité de faire des plantations avec intelligence, quant à leur nombre, à leur répartition sur l'étendue de la cité et aux dispositions à prendre pour que les racines puissent, tout en s'étendant assez, satisfaire aux besoins du développement des espèces qu'on a plantées, sans jamais être exposées à atteindre un sol infecté déjà où l'oxygène atmosphérique ne saurait pénétrer.

INFLUENCE DU SEL SUR LA NUTRITION.

M. BOUSSINGAULT lit la relation d'une expérience entreprise pour déterminer l'influence que le sel, ajouté à la ration, exerce sur le développement du bétail.

Le chlorure de sodium, contenant un élément (la soude) que l'on retrouve dans tous les fluides animaux, on peut admettre au point de vue physiologique, dit M. Boussingault, qu'un sel de soude est nécessaire, indispensable même dans l'alimentation, et il devient tout naturel de voir dans l'usage modéré de cette substance un puissant moyen hygiénique. C'est dans ces limites que M. Boussingault a toujours compris l'utilité du sel marin; mais il ne partage pas les opinions exagérées qui ont été émises sur les facultés alimentaires du sel. Comme il n'existe aucune preuve à l'appui de l'une ni de l'autre opinion, il a cherché à déterminer par une expérience directe, quelle est l'influence du sel dans la nutrition du bétail. Ce savant chimiste a, à cet effet, choisi dix jeunes taureaux

ayant à peu près le même âge et le même poids. Il les a répartis en deux lots, qu'il a nourris avec une égale quantité de fourrage, en ajoutant pour l'un 34 gram. de sel par tête, tandis que l'autre n'a point reçu de sel.

D'après ces expériences, il résulte que le sel ajouté à la ration n'a produit aucun effet appréciable sur l'accroissement du poids vivant.

Comme on pouvait le prévoir, les animaux qui ont consommé du sel ont bu davantage que ceux qui n'en ont point reçu.

Un point important dans certains cas d'alimentation du bétail, c'est de faire ingérer la nourriture dans le moins de temps possible. Il convenait donc de constater si le lot auquel on donnait du sel, mangeait sa ration avec plus de rapidité que celui auquel on n'en donnait pas.

Il ressort encore de ces expériences que le sel aurait développé plus d'appétence, et l'on conçoit dès lors comment cette substance peut agir favorablement dans l'engraissement.

La nullité d'action du sel ajouté à la ration, sur la production du poids vivant, est un fait qui semble en opposition avec le principe physiologique qui admet que la soude est essentielle à l'organisme et par conséquent indispensable dans l'alimentation. Mais il faut remarquer que si l'on est généralement d'accord sur la nécessité de la présence d'un sel de soude dans les aliments, on ignore encore la limite de la dose à laquelle ce sel deviendrait insuffisant. Or cette dose peut être telle que la proportion de sel marin qui fait partie, comme chacun sait, des substances minérales contenues dans les aliments, soit suffisante et au delà pour satisfaire aux exigences de la digestion, surtout quand on n'a pas, comme dans l'engraissement, à surexciter l'appétit.

LITHOTRITIE.

M. Civiale adresse un mémoire dans lequel il expose les résultats de la lithotritie méthodiquement appliquée aux seuls cas qui la comportent. De 1836 à 1845, il a fait 266 applications de sa méthode, et il a obtenu 259 guérisons, dont quelques-unes incomplètes. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que le plus grand nombre des malades appartient à la vieillesse; il n'y a que 5 enfants. 79 calculeux ont en outre réclamé ses soins, mais il ne les a pas trouvés dans des conditions favorables à la lithotritie: 28 ont subi la taille, qui en a sauvé 17; les autres ont conservé leur pierre et la plupart ont succombé ensuite par les progrès ou les complications de la maladie.

En rapprochant les faits nouveaux de ceux dont il a déjà présenté le tableau à l'Académie, on trouve 582 calculeux lithotritiés par lui seulement. On aura remarqué que la mortalité est plus forte dans les nouvelles listes que dans les anciens tableaux. A ne voir que les chiffres, un tel résultat implique contradiction avec ce qu'on devait attendre des perfectionnements apportés, soit à l'appareil instrumental, soit au procédé opératoire. La différence, dit M. Civiale, tient à ce qu'au début de sa pratique il n'opérait que dans les cas très-favorables; il s'agissait du sort d'une nouvelle méthode sur le compte de laquelle on n'aurait pas manqué de mettre des événements qui auraient dépendu uniquement du mauvais choix des sujets. Des succès seuls pouvaient imposer silence à une opposition chaque jour plus menaçante, et pour les obtenir il fallait n'opérer que dans des cas où ils fussent à peu près certains. Aujourd'hui la nouvelle méthode est jugée. L'humanité commande au chirurgien de recourir à l'opération qui offre le plus de chances de sauver le malade, et quoique le résultat soit incertain, la lithotritie permet encore, plus que la taille, de compter sur le succès. En opérant dans des cas douteux, on ne peut manquer de donner lieu à une mortalité plus forte; mais ce que la lithotritie semble avoir perdu en sûreté, elle l'a gagné en extension. Autrefois on n'opérait que la moitié des calculeux qui se présentaient, aujourd'hui les trois quarts environ sont traités par elle. L'art, plus sûr de lui-même, ajoute M. Civiale, peut maintenant attaquer des cas que la prudence commandait autrefois d'abandonner.

LA XYLOÏDINE CONSIDÉRÉE COMME SUBSTANCE ALIMENTAIRE.

Dans l'une des précédentes séances, M. Pelouze avait annoncé que le produit de la réaction de l'acide azotique sur le ligneux en général donnait naissance à un composé particulier de cellulose azoté dont les éléments constitutifs se rapprochaient tellement de la fibrine, de la caséine et de l'albumine, qu'il ne lui était pas permis de douter de la propriété alimentaire de ce nouveau corps, mais qu'il n'osait rien affirmer à cet égard, puisqu'il n'avait point encore fait d'expériences.

M. M..., s'autorisant de cette déclaration, a entrepris des expériences dont il a rendu compte à l'Académie; mais les conditions dans lesquelles il les a effectuées ne permettent d'en tirer aucune conclusion.

Dans la dernière séance, MM. Bernard et Barreswil ont rappelé à cette occasion qu'ils ont, il y a plus de cinq ans, mis des animaux au régime de la xyloïdine; ils ont constaté que cette substance n'était, en aucune façon, altérable par son passage dans l'intestin: elle reste blanche, déflagrante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'acide acétique et l'alcool; elle se recouvre seulement d'une couche de mucus.

—M. Édouard Robin, dans l'intention de prendre date, adresse l'analyse de l'une des parties du mémoire qu'il a entrepris sur la fermentation putride, et en particulier sur la conservation des matières animales: il s'agit du pouvoir antifermentescible des huiles et de la théorie des procédés mis en pratique dans l'embaumement chez les Égyptiens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Martin-Solon, qu'une longue maladie avait retenu depuis longtemps chez lui, est présent à la séance. Il reçoit les félicitations de tous ses collègues.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

M. Prus occupe la tribune. La discussion est ouverte sur le septième paragraphe de la septième conclusion. Ce paragraphe est ainsi conçu:

« Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée » de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la » traversée. »

M. Mélier propose la rédaction suivante:

« Quelle que soit la patente, s'il y a à bord pendant, la traversée, un ou plu» sieurs cas de peste ou seulement de maladie suspecte, les passagers et l'équi» page devront être soumis à la même quarantaine que s'ils arrivaient d'un lieu » où régnerait actuellement la peste épidémique.

» Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

» Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les » conditions seront déterminées par l'autorité sanitaire. »

M. Prus adopte cette rédaction.

M. Moreau voudrait ajouter que la quarantaine, dans ce cas, ne daterait que de l'entrée au lazaret.

M. Londe: La proposition que vient de faire M. Mélier se trouve textuellement dans les instructions de la loi du 22 mars. C'est, à mon avis, un grand inconvénient de laisser à l'administration sanitaire le soin de fixer la durée de la quarantaine.

M. Prus: Le système de la commission est d'enlever le plus possible à l'autorité locale pour laisser plus de force aux règlements que devra rédiger l'autorité supérieure. Le désir de l'Académie est que les règlements à intervenir soient le plus détaillés possible, afin de ne rien laisser à l'arbitraire des intendances sanitaires.

M. Rochoux: On sait que le gouvernement vient de décider que les provenances de la Turquie seront à l'avenir admises en libre pratique au bout de douze jours s'il n'y a pas eu de malades pendant la traversée. Le gouvernement vous a prévenus et s'est montré plus large que vous ne l'êtes vous-mêmes. Admettez donc en principe que tout bâtiment, d'où qu'il vienne, après dix jours écoulés, n'a plus de quarantaine à faire. Il n'y a pas autre chose à dire.

L'amendement de M. Mélier est mis aux voix. L'Académie adopte successivement les trois paragraphes qui le composent.

Huitième paragraphe.— « Provisoirement et jusqu'à ce que des expériences décisives aient été faites relativement à la transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée. »

M. Dubois (d'Amiens): Il a été convenu en commission qu'on ne reviendrait pas sur cette proposition, que c'était une chose jugée.

M. Prus: Ce n'est pas au nom de la commission que je reproduis la proposition, c'est en mon propre nom.

M. Londe: Lorsque j'appuyai la proposition de M. Guéneau de Mussy, j'avais fortement raison; ce qu'on vient de dire le prouve. La ventilation que l'on propose est inexécutable; il faut n'avoir pas voyagé en mer pour faire une semblable proposition: elle ne serait accueillie au ministère qu'avec dérision.

M. Prus: Cette ventilation se fait sur les bâtiments anglais et autrichiens.

M. Mélier: J'ai eu l'occasion d'entretenir des marins sur cette question, et je dois dire ici que leurs avis sont partagés. Quelques-uns sont d'avis que si l'on ne pouvait pas aérer les effets, ce serait peut-être la seule cause pour laquelle on serait obligé de maintenir les quarantaines.

M. Prus fait remarquer que ce serait dans des circonstances tout à fait exceptionnelles que l'on serait obligé de recourir à cette mesure, les épidémies de peste n'existant qu'à de longs intervalles.

M. Adelon: Ce qu'on demande, le gouvernement le fait depuis longtemps. Dans son opinion, c'est beaucoup plus par les hardes et effets que par les hommes que la peste pénètre dans nos lazarets; c'est du moins ce que disent et écrivent ses agents.

M. Prus: C'est là une erreur. Il est certain que depuis 1720 on n'a jamais vu la peste être transmise par les vêtements.

M. Rochoux: Sans être amiral ni même capable de faire un bon matelot, j'ai cependant assez navigué pour savoir que ce que l'on propose est tout à fait impraticable, et j'ajouterai inutile et illusoire, vu qu'il n'existe pas un seul fait avéré de transmission de la peste par les vêtements. Il faut donc se borner à dire ce que la science enseigne à cet égard.

M. Gérardin parle dans le même sens. Il signale l'inconséquence de cette proposition avec les conclusions scientifiques du rapport, et en demande formellement la radiation.

La proposition de M. Gérardin, appuyée par quelques membres, est mise aux voix et rejetée. En conséquence l'article est adopté.

Neuvième paragraphe. — « Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage pour purifier les marchandises. »

Après une discussion très-confuse, dans laquelle la proposition est combattue par MM. Gérardin, Moreau et Adelon et soutenue par MM. Prus, Bégin et Mélier, l'Académie adopte la rédaction de la commission.

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA QUATORZIÈME SESSION DU CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES; par le docteur SIRUS-PIRONDI, secrétaire de la section des sciences médicales, vice-président de la Société royale de médecine de Marseille, membre correspondant des Sociétés médicales de Paris, Montpellier, Bruxelles, Florence, Hambourg, de l'Académie des sciences et belles-lettres de Rome, de l'Institut médical de Madrid, etc., etc. (1).

Messieurs,

La science ne s'improvise pas; elle ne saurait sortir, comme Minerve, du cerveau d'un seul homme, et si l'on a reproché, si l'on reproche encore aux médecins en général de peu s'entendre entre eux sur une question donnée, et de trop discuter la valeur des faits, c'est qu'on oublie la marche ordinaire de l'esprit humain. Il hésite souvent, dévie parfois, mais il avance toujours vers le but commun aux sciences, aux arts et aux lettres : le perfectionnement.

Si l'on voulait se montrer sévère sur les différentes phases de ce que l'on a paré du nom de sciences exactes, il ne serait peut-être pas impossible à ceux qui cultivent la médecine de parvenir à prouver que l'hésitation, l'incertitude et les contradictions n'ont pas toujours été du domaine exclusif de l'art hippocratique. Chaque branche du savoir humain a eu ses jours de crise, ses époques de gloire et ses temps d'arrêt! Et loin de critiquer ce qui reste encore en litige parmi nous, mieux vaudrait sans doute nous savoir gré de ce que l'on a fait déjà et obtenu d'un commun accord.

Il est des questions pour lesquelles l'unanimité du corps médical ne saurait avoir une grande influence sous le rapport de l'application pratique; il en est d'autres, au contraire, dont la solution est d'une importance presque exclusive pour la pratique, et dont la pratique est d'autant plus vitale qu'elle embrasse des intérêts multipliés.

Dans cette seconde classe de questions médicales, il faut indubitablement placer celle qui s'occupe de la transmissibilité et de l'importation de certaines maladies. La solution de cet important problème est depuis quelque temps le but vers lequel tendent de nombreux efforts.

Il faut convenir, en effet, que les relations internationales toujours croissantes, les besoins du commerce de plus en plus impérieux, ont dû vivement exciter la sollicitude du gouvernement. Il a dû sérieusement songer aux conséquences que peuvent avoir les modifications quarantainaires vers lesquelles marchent à grands pas les nations voisines, et son principal désir a dû être de concilier les intérêts du commerce avec ceux de la santé publique.

Dans ce double but, le gouvernement prit, il y a quelques mois, un parti fort sage, et s'étant adressé à l'un des premiers corps scientifiques de France, il le nomma en quelque sorte arbitre du code sanitaire, et sembla lui donner indirectement mission de trouver un moyen pour que le Levant, pour me servir d'une expression connue, ne fût pas plus près de l'Angleterre et de l'Autriche que de la France, tout en sauvegardant toutefois les droits sacrés des populations maritimes; en d'autres termes, il fallait maintenir le commerce du Levant à une ville dont la douane fournit trente et quelques millions de francs à l'État par an, et, en même temps, rester en mesure de protéger une grande population des atteintes d'un fléau qui, depuis plus d'un siècle, laisse encore parmi nous de si alarmants souvenirs.

Le problème ainsi posé n'était pas certes facile à résoudre; mais, disons-le franchement, la commission de l'Académie royale de médecine, composée d'illustrations médicales, a mal compris sa mission. Plus préoccupée de la partie purement scientifique de la question, elle s'est jetée dans de minutieuses et trop subtiles considérations qui devaient en rendre la solution de plus en plus difficile, sinon impossible; et, pour comble de malheur, elle a ôté à son travail toute l'influence morale dont il avait besoin.

En envoyant, en effet, son savant rapporteur dans le sein de la cité qui est la plus intéressée dans la solution de cette importante question, elle ne lui laissa malheureusement pas le temps nécessaire pour tout examiner par lui-même, et surtout pour *persuader* au public, toujours ombrageux sur certains arguments, que son voyage avait un but réel et sérieux.

Loin de là, le passage de l'honorable M. Prus fut instantané, et dès lors on put malheureusement croire à une prévention immuable, à des opinions préconçues. A tort ou à raison, le rapport de l'Académie royale, déclaré suspect *à priori*, s'est ressenti de cette tache originelle. Trop hardi peut-être sur quelques points, il a paru par trop timide sur d'autres, et, en résumé, n'ayant pu contenter personne, il pourra difficilement servir de base au nouveau règlement sanitaire que le commerce attend, et qu'une partie du public craint.

Le congrès scientifique de France, dont le but évident est d'exciter une noble émulation parmi toutes les intelligences spéciales, et de les faire concourir par leur association au perfectionnement et au bien-être général, le congrès ne pouvait rester étranger à une question d'un aussi haut intérêt. Il fit proposer par sa commission centrale la solution d'une partie de la question; et, en demandant *par quel système sanitaire on pourrait le mieux concilier les intérêts du commerce et ceux de la santé publique*, il a prouvé que, comprenant toute la portée de la lutte qui existe aujourd'hui dans les deux camps, il voulait écarter tout ce qui était trop hypothétique pour s'en tenir à ce dont on pouvait faire une application immédiate.

M. le docteur Bertulus, premier inscrit pour traiter cette question devant la troisième section du congrès de Marseille, comprit quelle avait été l'intention de la commission centrale, et lut un mémoire fort intéressant dont il a été rendu compte ailleurs. Par ce travail, on était amené à des conclusions fort modérées; mais l'assemblée n'y étant pas préparée, il s'ensuivit une discussion qui dut faire craindre tout d'abord à quelques esprits prudents que le moment ne fût pas propice ni peut-être le lieu bien choisi pour traiter un pareil sujet.

Ce fut en vain cependant qu'on voulut passer à l'ordre du jour; l'assemblée s'y opposa, après avoir entendu MM. Jules Roux et Bureaud-Riofrey. On fit prévaloir des considérations exceptionnelles et des circonstances vraiment rares qui engageaient à traiter à fond la question quarantainaire.

La réunion, en effet, à Marseille, d'un nombre considérable de médecins appartenant à des nations différentes, professant des doctrines diverses, et dont plusieurs jouissent à juste titre d'une réputation européenne, était placée de manière à pouvoir recueillir directement tous les renseignements et tous les documents nécessaires, et cette double circonstance pouvait ajouter quelque poids aux décisions que la section médicale du congrès pourrait prendre ultérieurement. Il fut donc décidé que la question quarantainaire serait étudiée à fond en séances extraordinaires, et M. le président Bally nomma une commission composée de MM. Bertini (de Turin), Bureaux-Riofrey, Jules Roux et Faure (de Toulon), Mathieu, Bertulus et Sirus-Pirondi (de Marseille), pour qu'elle eût à bien spécifier et poser les questions sur lesquelles l'assemblée aurait à se prononcer.

Après mûr examen, les membres de la commission décidèrent à l'unanimité qu'on s'occuperait plus particulièrement de la peste; car les nombreuses relations du commerce marseillais avec le Levant donnent plus de crainte sur ce côté que sur les fièvres d'Amérique. On décida également qu'on emploierait de préférence le mot *transmission*, malgré le reproche de subtilité qui a été fait à cette expression par quelques critiques de la presse médicale.

Le mot *contagion*, en effet, renferme l'idée explicite que le contact pur et simple suffit pour communiquer la peste. Or, si la chose est suffisamment prouvée pour les uns, elle n'est pas encore assez démontrée pour les autres, et, en attendant, c'est ajouter à la terreur que le nom seul de la peste inspire; car on semble prouver que le moindre attouchement avec un pestiféré suffit pour communiquer la maladie à un homme sain : ce dont on a maintes preuves contraires.

En disant, au contraire, qu'une maladie est susceptible de transmission, on généralise un fait sans le préciser, on ne cherche pas à expliquer l'inconnu, on constate seulement la possibilité ou la malheureuse faculté qu'a un corps malade de communiquer à un corps sain la maladie dont il est atteint.

Partant de ce principe, et pour donner à la discussion le plus d'intérêt pratique possible, la commission décida que la question principale, sous le rapport de l'application du régime sanitaire, serait subdivisée et soumise au congrès dans l'ordre suivant :

1° La peste est-elle transmissible?

2° L'est-elle par le contact immédiat de la peau du pestiféré avec la peau de l'homme sain?

3° L'est-elle par le contact des vêtements du pestiféré avec la peau de l'homme sain?

4° L'est-elle par la respiration et par l'absorption de l'air qui entoure le malade, ou bien encore de l'air vicié qui constitue un foyer d'infection, ou dont se trouvent imprégnés les tissus?

5° La peste est-elle importable des lieux où elle règne habituellement dans les contrées qui en sont plus ou moins éloignées?

6° Quelles mesures sanitaires faudrait-il prendre?

En présentant ces questions à l'assemblée un jour avant la discussion, M. le président a déclaré qu'après avoir consacré quelques séances à les élucider, les membres du congrès inscrits dans la troisième section seraient invités à déposer un bulletin non signé, dans lequel ils répondraient affirmativement ou négativement aux questions proposées. Il les a ensuite engagés tous à apporter à l'examen de ce grave sujet toute la réflexion et la sagesse qu'il réclame.

En 1803, dit M. Bally, j'eus la fièvre jaune à Saint-Domingue; en 1821, je l'eus pour la seconde fois à Barcelone; à dater de ces deux époques, je n'ai cessé d'étudier cette affection sous le rapport de la transmissibilité, et pourtant je n'ai pas encore de conviction bien arrêtée. Je pourrais en dire autant sur la contagion ou l'infection de la *choladrée lymphatique*, ne sachant encore auquel de ces deux modes devoir attribuer la transmission de la maladie. Depuis longtemps enfin l'Académie royale de médecine s'occupe de cette importante question sans

---

(1) Deux longues séances ont été consacrées à l'examen de la question quarantainaire par la section médicale du congrès scientifique réuni à Marseille. Le vote qui a clôturé la discussion ne sera peut-être pas sans importance lors de la révision du code sanitaire. C'est ce qui nous engage à publier le procès-verbal de cette discussion, qui nous a été adressé par M. le secrétaire du congrès.

arriver à aucun résultat; et notre honorable président aurait pu ajouter qu'on commence aujourd'hui à démolir à l'Académie le pénible échafaudage élevé par M. Prus. Enfin, a-t-il ajouté, en vous faisant sur ce qui est purement théorique quelques concessions réciproques, tâchez de vous unir dans la question pratique; vos décisions en acquerront plus d'autorité.

On verra dans la suite de ce rapport quel succès a obtenu l'exorde de l'honorable M. Bally, et, en rappelant tout d'abord les principaux arguments que l'on a fait valoir dans cette discussion solennelle, on appréciera davantage ce grand fait de conclusions presque unanimes auxquelles sont parvenues les opinions en apparence les plus divergentes.

M. Jules Roux a pris le premier la parole, et croit devoir examiner la première question sous deux points de vue: la peste est-elle transmissible, 1° dans les foyers épidémiques; 2° loin des foyers épidémiques où elle s'est primitivement développée?

Sur le premier point de vue, l'honorable professeur de Toulon s'efforce de montrer que la cause immédiate de la peste, résidant dans l'air, probablement elle menace tous les individus qui le respirent, que dès lors il est très-difficile, sinon impossible, de constater cette transmission.

Développant ensuite le second point de vue, et déclarant qu'il a puisé ses arguments surtout dans ce qui a été dit à ce sujet à l'Académie de médecine de Paris, il cherche à faire prévaloir que, loin des foyers épidémiques, comme dans nos lazarets de France, par exemple, il n'est pas scientifiquement démontré que la peste soit transmissible, mais il ajoute que dans l'état actuel de nos connaissances il faut, sous le rapport pratique, et provisoirement au moins, admettre que la peste est transmissible loin des foyers épidémiques primitifs où elle est endémique.

Abordant ensuite la seconde question, M. Jules Roux entre dans quelques détails physiologiques sur l'absorption de la peau, et cherche d'abord à prouver qu'à l'air libre, ou convenablement renouvelé, le tégument de l'homme absorbe beaucoup moins de principes miasmatiques que lorsqu'il se trouve dans des circonstances contraires. Mais pour que cette absorption cutanée ait une importance réelle, il faut qu'elle s'accomplisse sur une vaste étendue de la peau, étendue plus considérable que celle qu'offrent les faces palmaires des deux mains. Cette surface ne serait suffisante que dans le cas où un principe subtil absorbé en quantité infinitésimale, comme le virus-vaccin, syphilitique, etc., suffirait à la production de la maladie. Or, d'un côté, rien de semblable n'existe pour l'agent inconnu qui donne la peste. Les documents scientifiques que nous possédons (dit toujours M. Jules Roux), les expériences des hommes courageux qui se sont inoculé le sang, le pus, la sérosité des bubons des pestiférés, démontrent que tout rapport avec la vaccine, la pustule maligne, la syphilis et la peste est insoutenable.

Enfin, il faut bien remarquer qu'en même temps que la peau absorbe dans un air non renouvelé, la muqueuse bien plus vaste des voies respiratoires est douée d'un pouvoir d'absorption bien plus grand encore.

De toutes ces considérations, M. Jules Roux tire les conclusions que la peste n'est pas transmissible par le simple contact de la peau du pestiféré avec la peau de l'homme sain; il étend, en outre, cette conclusion à la troisième question, et il ne pense pas que les vêtements, hardes, etc., qui ont servi à un pestiféré puissent communiquer la peste à l'homme sain qui les touche ou les porte.

Relativement à la quatrième question, M. Jules Roux pense que la maladie est de l'ordre de celles qu'on appelle *infectieuses*, ou communicables par la respiration de l'air vicié directement par les causes productrices de l'épidémie, soit sur les lieux mêmes de l'épidémie, soit quand cet air a été importé au loin avec ses qualités délétères dans une cavité close ou presque close, comme dans les parties basses si incomplétement aérées d'un bâtiment.

La peste serait donc importable de cette manière, et il n'est pas scientifiquement démontré à M. Jules Roux qu'elle le soit autrement par des marchandises, des vêtements bien aérés et ventilés, ou par un pestiféré même soumis aux règles bien entendues de l'hygiène. Cependant il pense encore que provisoirement il est sage d'admettre comme possible ce mode d'importation, et termine par adopter, quant aux mesures administratives, les conclusions du rapport de M. Prus.

Par rang d'inscription, la parole revenait à M. Bertulus, et cet honorable confrère, en soumettant à l'assemblée un excellent commentaire à son premier mémoire sur cette grande question, a déclaré en termes explicites qu'il ne voulait se poser ni en contagioniste, ni en non-contagioniste, et qu'il espérait rester dans les bornes d'un sage et prudent éclectisme. Il admet que la peste peut être transportée dans nos contrées de deux manières:

1° Par des malades qui l'auront puisée en Égypte, c'est-à-dire dans le foyer primitif et chez lesquels le terrible fléau aura éclaté pendant la traversée;

2° Par l'accumulation des miasmes pestilentiels exhalés de ces mêmes malades et concentrés dans les parties les plus profondes et les moins aérées du bâtiment.

Et pour mieux expliquer sa pensée, M. Bertulus croit qu'un pestiféré qu'on débarquera à Marseille pourra transmettre la maladie aux personnes qui l'approcheront; d'autre part, que des gens de peine qui iront travailler dans le bâtiment qui a fourni le cas de peste en question, pourront y contracter la même maladie.

Quant au mode de transmission, M. Bertulus pense qu'elle a lieu par l'absorption des miasmes pestilentiels, exécutée par la muqueuse des voies aériennes, par celle des voies digestives et par la peau. Chacune de ces trois surfaces contribuerait pour sa part et selon ses facultés à l'intoxication de l'économie.

D'où il suit nécessairement que tout individu qui habitera dans l'atmosphère d'un pestiféré pourra contracter la peste par toutes les voies d'absorption à la fois, qu'il touche le malade ou qu'il s'en tienne à distance.

M. Bertulus n'ose pas se prononcer sur la transmission de la peste par contact immédiat, ni par les effets ou objets de literie ayant servi à des pestiférés; mais il ne croit pas à la transmission par les marchandises, et dans toute transmission, au reste, il fait jouer un rôle important aux prédispositions individuelles.

Pour ce qui est des lazarets et des quarantaines, M. Bertulus ne saurait mieux en faire sentir la nécessité qu'en rapportant le fait suivant. Au mois de juin 1839, il arriva à Brest sur la corvette *la Caravane*, dont l'équipage avait été décimé par la fièvre jaune pendant la traversée. Le bâtiment fut envoyé en quarantaine au lazaret, à trois lieues de Brest environ, et durant trente-cinq jours que dura la quarantaine, la fièvre jaune éclata avec violence sur un forçat envoyé de Brest et sur sept autres individus de l'équipage; faits d'ailleurs constatés par une commission médicale nommée par M. le ministre du commerce. Or, M. Bertulus se demande ce qu'il serait advenu si le navire, au lieu d'être confiné à une certaine distance de la ville, eût, au contraire, été reçu en libre pratique.

L'orateur termine par appeler l'attention du gouvernement sur les nombreux et puissants motifs qui depuis longtemps réclament la construction d'un nouvel hôpital à Marseille.

M. le docteur Turrel, chirurgien de la marine royale, a reproduit, dans un court mémoire, fort bien écrit d'ailleurs, les idées de M. Jules Roux, en les corroborant par de nouvelles observations. La peste se comporterait comme les grandes pyrexies, telles que le typhus et la fièvre jaune, et il n'admet qu'un ou plusieurs pestiférés puissent constituer un foyer d'infection et transporter la maladie à de grandes distances qu'autant qu'ils se trouveraient dans des conditions hygiéniques mauvaises, dans des navires mal administrés et mal aérés.

Le contact immédiat ne peut transmettre la maladie, d'après M. Turrel, qu'au centre même d'une grande épidémie, et le transport, dans un pays sain, des vêtements des pestiférés, n'offre pas plus de danger que celui des marchandises. M. Turrel voudrait enfin que chaque navire eût un agent chargé spécialement de surveiller et de provoquer des mesures hygiéniques reconnues nécessaires. Cet agent devrait appartenir naturellement au corps médical, et sa présence sur tout navire indistinctement provenant de pays où règnent parfois des épidémies, pourrait et devrait encourager à une modification quarantainaire.

M. le docteur Key, ancien intendant de la santé et médecin en chef de l'hospice de la Charité de Marseille, pense que la peste est transmissible par infection comme le typhus et la fièvre jaune, et il en distingue deux espèces: l'une bénigne qui ne se transmet pas, et l'autre maligne qui se transmet toujours. M. Key dit que les cas de peste non viables importés dans le lazaret de Marseille sont fort rares sans doute, mais qu'on en a observé deux sur lesquels il ne peut conserver le moindre doute. Il fait observer en outre qu'on a d'autant moins de raison pour nier l'importation de la peste, qu'il a pu constater, lui, l'importation et la transmission d'une maladie sur la transmissibilité de laquelle on est loin de s'accorder. Ainsi, il y a deux ans environ, que deux jeunes détenus, atteints de dyssenterie typhoïde, furent envoyés de Lyon dans le pénitencier de Marseille. Au bout de quelque temps, la maladie fut communiquée aux autres détenus, aux frères et aux servants, et il y eut 25 décès sur 60 malades. M. Key accorde une grande influence à l'absorption pulmonaire dans les affections transmissibles.

M. le docteur Mathieu succède au préopinant et s'exprime a peu près en ces termes:

Une loi sanitaire surannée, inexplicable, née sous l'empire de la frayeur et de l'ignorance et seulement modifiée par ordonnance, est encore le code qui nous régit. La France entière, par la voie de la presse, de la tribune et de la science, en demande la révision; Marseille seule paraît ne point comprendre cette nécessité et réclame pour le *statu quo* de la vieille routine.

S'il est dû du respect aux anciennes traditions, il est hors de discussion aussi que tout progresse dans le monde, et que ce qui était acceptable il y a un siècle ne peut plus l'être aujourd'hui. Marcher vers d'heureuses modifications, mais le faire avec réflexion, avec lenteur, avec sagesse, tel est notre devoir.

Reconnaissant hautement les questions de la contagion et de l'incubation des maladies pestilentielles encore mal étudiées, et par conséquent insolubles, nous devons reconnaître aussi la convenance incontestable de diminuer les quarantaines, lorsque les conditions d'un pays soumis à ce régime sont changées et offrent maintenant des garanties administratives et scientifiques propres à satisfaire les esprits les plus timorés.

Abordant ensuite les questions posées par la commission, M. Mathieu cherche à prouver que l'étude impartiale et réfléchie des faits observés dans les lazarets d'Europe, nous conduit à ne pouvoir admettre la contagion immédiate; selon lui, la propagation de la peste s'opère à la manière des maladies infectieuses, c'est-à-dire par l'absorption des miasmes qui se dégagent du corps d'un ou plusieurs pestiférés, dans des conditions favorables à leur accumulation et à la formation d'un véritable foyer d'infection.

M. Mathieu termine l'exposition de ses idées par les vœux suivants:

Liberté entière pour la patente nette;

Réalité et sévérité des quarantaines pour la patente brute;

Garantie des soins médicaux et hygiéniques dus aux pestiférés dans les lazarets.

M. le docteur Robert, qui est depuis plus de trente ans médecin du lazaret, rapporte sommairement tous les cas de peste qui ont été observés à Marseille depuis la funeste époque de 1720, et les faits qu'il cite sont tellement bien précisés et si concluants qu'ils paraissent produire la plus vive impression sur l'assemblée. Il ne compte pas moins de trente-trois bâtiments qui auraient importé la peste dans le lazaret de Marseille; quatre gardes de santé ont contracté la maladie et en sont morts; trois chirurgiens l'ont également contractée, deux

ont guéri. Cependant le lazaret est salubre, bien exposé, parfaitement aéré; que l'on ne dise donc pas que la première condition pour cette transmission est l'infection de l'air.

M. Robert reconnait cependant toute l'influence funeste que peut avoir une accumulation de pestiférés dans un même espace resserré et mal aéré; d'après lui, un cas isolé placé sur une élévation et au grand air ne serait pas à craindre.

Parmi les faits cités par l'honorable M. Robert, il en est un surtout relatif à un navire ragusien commandé par un nommé Millich, et qui, chargé de 150 pèlerins, partit d'Alexandrie en 1784, et se rendit dans le lazaret de Marseille où les pèlerins séjournèrent vingt-quatre jours sans maladie apparente. Cependant, au moment de leur départ pour Tanger, quatre gardes de santé employés à la surveillance et le chirurgien quarantainaire M. Germain furent atteints de la peste. Chez plusieurs pèlerins, au contraire, la peste ne se déclara qu'après leur départ du lazaret, et trois périrent en mer. M. Robert croit pouvoir en conclure que, dans cette circonstance, les pèlerins communiquèrent la peste aux gardes par leurs vêtements ou par leur approche, tandis qu'eux-mêmes n'eurent la peste qu'après leur départ du lazaret. Le respectable doyen des médecins du lazaret termine ce récit en présentant *l'état chronologique et statistique des différentes pestes et fièvres jaunes importées dans le lazaret de Marseille depuis* 1720. Nous transcrirons ce tableau dans une note à la fin du rapport, si le temps nous le permet.

Au reste, si M. Robert est d'avis que les hardes et objets de literie peuvent propager le principe pestilentiel, il n'en saurait dire de même des marchandises; car la presse et *l'Estivage*, auxquels elles sont pour la plupart soumises, détruit les miasmes pestilentiels qu'elles peuvent renfermer.

Il base sa théorie sur les expériences de Liebich et sur les essais de désinfection par la pression et la vapeur tentés dernièrement en Égypte par des médecins russes. D'après M. Robert, si le gouvernement français voulait lui aussi ordonner quelques expériences pour ce mode de désinfection, et que l'on parvînt à prouver, entre autres choses, que certaines marchandises fortement pressées dans les flancs d'un navire ne peuvent conserver aucun miasme ou germe de transmission pestilentielle, de grandes entraves pourraient être enlevées au commerce sans danger pour la santé publique.

M. le docteur MARTIN, tout en convenant que tous les travaux et dissertations recueillis sur cette importante matière n'ont pas encore amené à des résultats bien satisfaisants, appuie cependant les observations de M. Robert, et fait remarquer que s'il est parfois impossible de suivre le développement d'une épidémie, c'est que parfois les médecins eux-mêmes, fort innocemment sans doute, ont pu contribuer à la propagation d'une maladie transmissible, en apportant ailleurs des germes antérieurement ramassés.

M. le professeur BERTINI (de Turin), sans vouloir entrer dans de longues discussions, dit que, d'après ce qu'il a pu constater en 1810 et 1811, dans les registres de l'intendance sanitaire de Civita-Vecchia, et après tous les faits qui ont été fournis à une commission spéciale, soit au congrès de Naples, soit au congrès de Milan, il partage complétement l'opinion émise par M. Robert, et vote pour le maintien des lazarets, tout en apportant aux règlements quarantainaires les modifications permises par de sages mesures d'hygiène publique.

M. FAURE (de Toulon), médecin en chef de l'hôpital militaire, est d'avis que les charbons de la peste se communiquent par le simple contact, par absorption directe et par la voie la plus courte. En d'autres termes, si un homme sain touche par une partie de la surface de son corps découverte un charbon de pestiféré, il peut avoir un charbon de même nature, qui alors sera primitif, c'est-à-dire précédera l'affection générale qui constitue la peste. C'est sans doute sur l'observation de faits de ce genre qu'est fondée la coutume de certains peuples d'Orient d'extirper les charbons de la peste pour prévenir et arrêter dans sa marche cette maladie plutôt que pour la guérir. On conçoit d'ailleurs qu'il importe alors de distinguer de quelle manière le charbon a été produit.

Quant à la transmission de la maladie, M. Faure pense qu'elle s'opère beaucoup moins par le contact des mains que par la respiration du souffle du pestiféré, de l'atmosphère particulière qui l'entoure et qui lui est propre. Il importe donc que les appartements, salles d'hôpital ou de lazaret, où sont placés les pestiférés, soient bien aérés et bien ventilés, et de n'aborder les malades qu'avec les précautions dictées par la raison et non par la crainte.

Partageant, sur tous les autres points de la question, l'avis des infectionnistes, M. Faure désire que l'on purifie largement tous les corps suspects avant de leur accorder l'entrée de notre littoral, et qu'on isole les malades, qu'on ne devrait jamais laisser sortir des lazarets que longtemps après leur complète guérison.

M. Faure pense enfin que l'activité des consuls dans le Levant devrait beaucoup concourir à faire diminuer les chances de peste pour nous. Il faut, dit-il, qu'ils soient autorisés à réclamer l'exécution active des lois et des principes sanitaires de la part des peuples auprès desquels ils résident. On devrait en outre entretenir à demeure, dans ces contrées, quelques médecins français dans le même but, et faire inspecter chaque année les lieux les plus dangereux par des médecins qui partiraient de France pour faire leur tournée.

M. Faure termine en votant pour que sur tout navire soumis à la patente nette, on permette l'entrée en libre pratique des passagers et de l'équipage, et que les marchandises seules soient soumises à la quarantaine.

M. PIRONDI père rappelle en quelques mots plusieurs faits admis comme non niables dans le rapport de M. Prus, et en tire des conclusions diamétralement opposées à celles de l'honorable rapporteur de l'Académie de Paris. On a souvent répété, dit M. Pirondi père, que dans les lieux où la peste règne épidémiquement, il est très-difficile de pouvoir bien déterminer si elle a et conserve l'aptitude de se transmettre, par cela même que tout le monde se trouve sous l'influence de la même cause épidémique que l'on fait résider dans l'air. On a encore publié que la peste sporadique ne se transmet pas, et que l'incubation de la peste épidémique peut durer de six à huit jours seulement; cependant les documents qui ont été soumis à l'assemblée par M. le docteur Robert prouvent à l'évidence que la peste a pu se transmettre dans un lieu où elle ne régnait pas épidémiquement, que la peste sporadique a conservé sa transmissibilité, et que l'incubation a pu durer beaucoup plus du terme fixé par M. Prus, ainsi qu'on peut s'en convaincre en réfléchissant à ce qui s'est passé à bord du bâtiment du capitaine Millich. N'oublions pas, ajoute M. Pirondi, qu'en pareille matière un seul fait positif a plus de valeur que cent faits négatifs.

Ne discutons pas sur le mode de transmission; laissons à chacun le plaisir d'expliquer certains phénomènes morbides selon la nature particulière de ses idées. Du moment que le résultat final de ces phénomènes est admis, peu importe l'explication qu'on en donnera. Toutefois, l'idée de l'air vicié qui suivrait le sillage d'un navire n'ayant d'ailleurs aucun malade à bord, me paraît fort singulière, dit M. Pirondi, et peu admissible. Voulant bien admettre, en effet, que le pestiféré exhale des miasmes qui, absorbés par l'homme sain, peuvent lui communiquer la peste, on ne peut croire qu'un individu atteint dans le lazaret et guéri de la peste (maladie très-aiguë et qui se termine en peu de jours) puisse arriver à Marseille en conservant autour de lui une atmosphère morbifère. Il faut évidemment chercher ailleurs le principe de l'importation, et jusqu'à plus ample informé, M. Pirondi père vote pour qu'on modifie avec réserve et prudence l'ancien code sanitaire.

M. le docteur GASSIER voudrait, au contraire, qu'on supprimât les lazarets et que l'on abolît les quarantaines. Pour être exact, je dois ajouter qu'il a été seul de son avis.

M. le docteur FOUILLOT commence par citer une observation de M. Levicaire, chirurgien de marine, d'après laquelle on aurait pu découvrir *un bouton antipestilentiel se manifestant sur la région des pommettes*. Il paraîtrait en effet que toutes les personnes atteintes de cette légère maladie sont préservées de la peste. Comme conséquence de ce fait, M. Levicaire proposerait l'inoculation du pus de ce bouton, qui serait ainsi à la peste ce que la vaccine est à la petite vérole. M. Fouillot rappelle ensuite un fait assez intéressant relatif à la transmission de la peste, et qui se serait passé dans l'arsenal de Tunis. Un nommé Fassy, habitant Tunis et employé à l'arsenal, y dirigeant les travaux de gréement et de voilure des bâtiments du bey, se trouvait en rapport constant de contact direct et indirect avec les ouvriers de cet arsenal, où régnait déjà la peste. Ce chef d'atelier ne tarda pas à contracter la maladie et succomba dans la nuit. Il couchait d'habitude avec son jeune fils à peine âgé de 2 ans. Ce pauvre enfant n'ayant probablement pas la conscience de ce qui se passait autour de lui, et encore moins la force et les moyens d'en prévenir les voisins, resta étendu à côté du cadavre pendant une bonne partie du lendemain, et ce n'est que fort tard que l'on eut connaissance de ce qui arrivait dans ce malheureux réduit; cependant l'enfant ne prit point la peste et il est aujourd'hui capitaine marin.

Ce sont là, dit en terminant M. Fouillot, des choses imprévues, inexplicables, qui réduisent à l'impuissance les explications basées sur le simple raisonnement.

M. le docteur BUREAUD-RIOFREY, qui a pris la parole après M. Fouillot, commence par répondre affirmativement aux deux questions : La peste est transmissible et importable. Cela une fois reconnu, dit l'orateur, nous impose l'obligation d'être prudents. Il y a des germes que nous ne connaissons pas, il y en a qui se développent dans la fange lorsqu'une température élevée y amène un excès de fermentation.

Les germes peuvent rester, non pas huit jours, un mois, un an, sans se développer, ils peuvent rester des siècles, comme ces graines trouvées dans les mains des momies égyptiennes, graines ou germes qui sont restées sans se développer, jusqu'à ce qu'elles aient été confiées à la terre. Il en est de même des germes de la peste, ils peuvent rester longtemps à l'état inerte, tant qu'ils ne trouvent pas des conditions favorables pour se développer.

La peste, ajoute M. Riofrey, n'est en réalité qu'une fièvre maligne au plus haut degré d'intensité. Ce fut aussi l'opinion de Hodges, de Sydenham, de Desgenettes.

L'orateur répond affirmativement à la seconde question avec cette restriction que le contact immédiat ne suffit pas toujours. Il cite à l'appui de ce doute ce fait déjà connu du courageux citoyen Moustier, qui, à la peste de 1720, reçut sur la figure un cataplasme recouvert de pus bubonique et qui n'en fut pas plus malade pour cela. Il cite encore certain aveugle, racleur de violon, et connu en effet sous le nom de Fidler, qui, lors de la peste de Londres, en 1665, fut jeté dans la fosse publique après avoir été ramassé ivre-mort au coin d'une rue. Il sortit ou plutôt on le tira le lendemain de la fosse où il avait été enseveli par erreur, et il n'en a pas moins vécu plusieurs années encore.

M. Riofrey, après s'être rangé du côté des infectionnistes, termine par appeler sur l'assainissement de la ville et du port de Marseille toute l'attention des administrateurs et du gouvernement. Certes, on a beaucoup fait depuis 1720, mais il reste encore beaucoup à faire.

M. le docteur GIRAUD succède à M. Riofrey et résume son opinion en ces termes :

Ce serait une injustice, selon lui, qu'après avoir parlé longuement du rapport de M. Prus, il ne fût pas question du travail de M. de Ségur du Peyron, présenté à M. le ministre du commerce. La question de la transmissibilité par les hardes, la durée de l'incubation et les moyens de préservation, sont traités dans ce travail avec beaucoup d'esprit. Cependant, et sans entrer dans de trop longues discussions scientifiques, M. Giraud croit devoir aborder la partie du rap-

port de M. de Ségur du Peyron qui a trait aux moyens de défense mis en pratique contre le fléau dans la Grèce, la Turquie d'Asie et d'Europe. M. Girand pense que la peste qui naît spontanément près des embouchures du Nil est toujours et a toujours été transportée dans les contrées sus-mentionnées, où cependant elle s'est éteinte dans les lazarets depuis la sage institution de ces moyens quarantainaires. Conséquemment, il ne saurait assez approuver les conclusions de M. de Ségur du Peyron, si favorables à ces utiles moyens de défense contre le fléau.

M. Girand cite, lui aussi, des faits assez concluants pour prouver la transmissibilité et termine en demandant que l'on ne se permette des dérogations aux quarantaines que lorsque l'état sanitaire des nations orientales pourra nous laisser dans une complète sécurité.

MM. Ducros et Cauvière ont clôturé la discussion.

D'après M. Ducros, la peste est une affection typhoïde fébrile éminemment transmissible, qui nous vient de l'Orient et qui a pris naissance en Égypte, où elle reste endémique pour se propager de là sur tout le littoral de la Méditerranée, en conservant ce caractère spécifique qui la distingue de toutes les autres espèces de typhus.

Le caractère le plus distinctif de la peste, c'est l'apparition d'*intumescences* ou de bubons sous l'aisselle et au pli de l'aine, c'est l'engorgement énorme des glandes mésentériques, qui acquièrent un volume qu'on n'observe jamais dans le typhus ni dans les fièvres typhoïdes d'Europe.

Dans les épidémies les plus meurtrières, ces caractères anatomiques ne se sont jamais présentés depuis plus d'un siècle dans les garnisons de Mayence et de Torgau, qui perdirent par ce typhus plus de quarante mille soldats pendant les hivers de 1813 et 1814, les médecins des armées françaises enfermées dans ces places assiégées n'observèrent, chez ces nombreux malades, que deux ou trois cas d'engorgement du tissu cellulaire formant le pli de l'aine.

La peste avec bubon est donc le caractère anatomique le plus ordinaire du typhus d'Orient. Il est donc peu rationnel de soutenir que certaines pestes qui ont régné en Europe, et notamment à Marseille en 1720, ne provenaient pas de l'Orient, puisqu'elles ont toujours offert le caractère spécial que nous signalons.

La disette, la malpropreté, la misère, l'encombrement, peuvent produire des fièvres malignes ou putrides; mais on ne pourra jamais les confondre avec la peste. Ces mêmes conditions, ajoute cependant M. Ducros, peuvent faire que, dans une circonstance donnée, la peste importée soit plus grave, plus meurtrière, et se communique à un plus grand nombre d'individus.

M. Ducros pense que les miasmes qui s'exhalent du corps des malades, des hardes, des marchandises qui proviennent de l'Égypte, après une épidémie pestilentielle, ont presque atteint, dans leur mode de propagation, l'intensité des *virus*, de manière à reproduire chez les sujets qui y sont exposés, même à quelques distances, des caractères parfaitement identiques à ceux qu'on observe sur le sol d'Égypte.

Sous ce dernier rapport, la peste offrirait la plus grande analogie avec nos typhus; mais il n'y a point identité, il ne peut y en avoir, et M. Ducros nie formellement que la peste puisse se développer spontanément dans nos contrées. Certes, il ne conteste pas que Marseille, par son port et la malpropreté des vieux quartiers, ne puisse actuellement, comme à d'autres époques, favoriser le développement de quelque typhus; mais il ne croit pas que les fièvres malignes de notre pays puissent jamais revêtir la forme et les caractères de la peste bubonique d'Alexandrie.

M. Ducros termine par voter la conservation des lazarets, et de sages et prudentes modifications au code sanitaire.

M. le docteur Cauvière a soutenu, au contraire, que les cas de peste spontanée en Europe n'étaient pas si rares, encore moins voudrait-il, comme M. Ducros, les nier complétement. Néanmoins, en homme de science, d'expérience et d'esprit, M. Cauvière conclut pour le maintien des lazarets, en modifiant à fond les lois quarantainaires, et en faisant des vœux surtout pour qu'à l'exemple des Romains, on n'élève pas trop d'autels à la peur.

La discussion a été terminée par le scrutin, auquel on a procédé d'après l'ordre établi par M. le président et trois membres de la section.

MM. Trastour, ancien médecin principal d'armée, officier de la Légion d'honneur; Villeneuve, professeur à l'École préparatoire de médecine; et Turrel, choisis en dehors du bureau, en ont fait le dépouillement. En voici le résultat :

Nombre des votants, 60.

Première question. La peste est-elle transmissible?
58 oui, 2 non.

Deuxième — Est-elle transmissible par le contact immédiat de la peau du pestiféré avec la peau de l'homme sain?
27 oui (dont 4 ajoutent : selon l'intensité du foyer), 25 non, 6 douteux, 2 se sont abstenus.

Troisième — Est-elle transmissible par le contact des vêtements du pestiféré avec la peau de l'homme sain?
29 oui, 20 non, 6 douteux, 5 se sont abstenus.

Quatrième — Est-elle transmissible par la respiration et par l'absorption de l'air qui entoure le malade, ou bien encore de l'air vicié qui constitue un foyer d'infection, ou dont se trouvent imprégnés les tissus?
52 oui, 2 non, 1 douteux, 5 se sont abstenus.

Cinquième question. La peste est-elle importable des lieux où elle règne habituellement dans les contrées qui en sont plus ou moins éloignées?
50 oui, 5 non, 2 douteux, 3 se sont abstenus.

Sixième — Quelles mesures sanitaires faudrait-il prendre?
52 pour le maintien des lazarets, 2 contre, 1 douteux, 5 se sont abstenus.

Enfin, tous les bulletins indistinctement demandent que des modifications soient apportées au code sanitaire.

En face de ce vote, messieurs, un fait capital se présente à l'esprit de quiconque veut réfléchir à cet important résultat. Il faut en déduire, en effet, qu'il y a eu presque *unanimité* dans toutes les questions les plus importantes *pour leur application immédiate*, et il est facile de s'en convaincre.

En décidant d'abord que la peste est transmissible, et, en outre, qu'elle est importable, on a tranché la question des lazarets, car on ne pouvait admettre que la maladie pût être transportée des lieux où elle règne habituellement dans les contrées qui en sont plus ou moins éloignées sans comprendre la nécessité de la séquestration temporaire.

Du moment ensuite qu'on a reconnu qu'un homme sain pouvait contracter la peste, soit par la respiration, soit par l'absorption de l'air vicié qui entoure le malade, ou dont se trouvent imprégnés les tissus, on peut considérer le partage du vote sur les deuxième et troisième questions comme insignifiant, attendu que le mode de transmission, ne pouvant être démontré, les partisans du contact immédiat peuvent dire aux infectionnistes qu'on ne peut rester près d'un malade sans toucher à quelque chose qui lui ait servi, et avec bien plus de raison, les infectionnistes diront aux autres qu'il est impossible de rester auprès d'un pestiféré sans respirer dans son atmosphère et absorber les miasmes qui doivent émaner de son corps.

Je dirai même plus : de ce que l'absorption des miasmes, ou air infecté, peut se faire par les trois grandes surfaces, respiratoire, digestive et cutanée, cela n'exclue pas, sans doute, l'absorption par les mains qui sont recouvertes par une portion de tégument. Mais ajoutons alors que, moins la surface mise en contact direct ou indirect avec le pestiféré est large, moins il y a de chances de transmission, et le fait une fois bien acquis, ce serait d'une grande consolation et fort encourageant pour ceux qui seront appelés à donner des soins aux malades.

En résumé, la dissidence des membres du congrès sur le contact immédiat et sur l'influence directe des vêtements et hardes des pestiférés ne nuit en rien aux mesures de précaution qu'une haute prudence leur a suggérées à tous dans cette grave question. Et si l'on songe, d'un autre côté, que certains contagionnistes considèrent l'infection comme un contact s'exerçant par les surfaces respiratoire et digestive, on en viendra à cette consolante conclusion, que sur les trois points principaux de la question, et à part une distinction qui est peut-être plus dans les mots que dans les choses, l'opinion médicale du congrès aura acquis une grande force et quelque influence peut-être de son unanimité.

Quant à l'application toute pratique que l'on pourra faire du vote du congrès, il pourra manquer à la satisfaction de quelques esprits la fixation de l'époque ou terme de l'incubation de la peste, dont on a peu parlé. Mais, à cet égard, il suffira de se rappeler que si l'histoire offre des cas non niables de peste qui se sont déclarés quinze ou dix-huit jours après tout rapport suspect, il est bon d'ajouter que ce sont de rares et bien rares exceptions qu'on n'a observées d'ordinaire que lorsque la peste régnait épidémiquement au point de départ, et c'est là une condition qui doit modifier considérablement les dispositions réglementaires.

Lazarets.

Dans l'hypothèse que le congrès émît le vœu de conserver les lazarets, une demande avait été faite à Paris pour qu'il fût permis à une commission spéciale de visiter notre établissement sanitaire situé aux portes de Marseille. Par dépêche télégraphique, S. E. M. le ministre du commerce a bien voulu autoriser immédiatement cette visite, et l'on peut juger par cet empressement de son vif désir de concilier tous les intérêts. Une commission, composée de MM. Paul Gaimard, président de la commission scientifique du Nord, Bertini, Bureaud-Riofrey, Lespiau, chirurgien-major au 20e de ligne, Bertulus et Sirus-Prondi, présidée par M. Bally et accompagnée par MM. les intendants Mathieu et Émeric Party, s'est transportée au lazaret, et a pu visiter cet établissement dans le plus grand détail, grâce au bon vouloir et à la gracieuse obligeance de MM. les intendants.

Difficilement on trouverait une plus belle position que celle occupée par le lazaret. L'air y est extrêmement pur; les eaux de la ville y coulent abondamment dans tous les coins, et à moins d'une insigne mauvaise foi, il faut reconnaître que le service s'y fait avec la plus scrupuleuse exactitude. Il est toutefois deux observations que nous devons consigner ici.

La première est relative à la construction de la plupart des corps de logis, bâtis tous à un rez-de-chaussée. Les murs et les planchers en sont extrêmement humides, et certes il n'est nul besoin d'insister sur cet inconvénient pour en faire sentir toute la portée.

Mais il en est une, parmi ces constructions, sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention et la sollicitude du gouvernement : c'est celle désignée sous le nom d'*Enclos de Saint-Roch*, plus particulièrement destinée aux pestiférés. Nous nous abstiendrons de décrire cette enceinte; mais il est de notre devoir d'ajouter qu'on ne saurait assez se hâter de démolir cette suite de cabanons mal aérés. Il faudrait d'abord élargir l'enclos en empiétant sur la seconde enceinte qui est complétement inutile; on devrait bâtir ensuite au centre de ce large es-

pace une belle infirmerie où chaque malade isolé, bien aéré et proprement alité, pût recevoir les soins zélés et charitables qu'on sait si bien prodiguer dans tous nos hôpitaux. Le vœu que nous formons ici est depuis longtemps celui de l'intendance; espérons qu'il sera bientôt exaucé.

La seconde observation n'est pas moins importante : elle est relative aux médecins du lazaret.

Un article du règlement sanitaire permet qu'un ou plusieurs médecins, appelés de la ville pour donner des soins aux malades du lazaret, puissent rentrer en ville une fois leur visite achevée; mais, comme conséquence forcée de cet article, il en est un autre qui prescrit aux médecins de se tenir à la distance de plusieurs *mètres* des pestiférés. Réduits à inspecter les malades à travers une grille, lorsqu'ils peuvent quitter leur lit, les médecins ne peuvent s'en rapporter qu'aux récits des gardiens lorsque les malades sont alités. Et sans vouloir assombrir le tableau plus que de besoin, nous sommes forcés d'ajouter que les gens de l'art mus par de nobles sentiments, dont nos médecins du lazaret ont donné plus d'un exemple, se trouvent dans l'alternative ou de refuser les soins indispensables aux pauvres malades, ou de violer sciemment le règlement sanitaire.

Énoncer un pareil fait, c'est dire combien il importe qu'une sage révision mette le code et le règlement sanitaires en rapport avec nos mœurs actuelles, et combien il serait à désirer que le gouvernement se décidât à créer un médecin et un chirurgien du lazaret qui seraient tenus de résider toujours dans l'établissement, et auxquels on accorderait des émoluments convenables.

On nous a objecté que lorsqu'il y a des quarantaines qui datent de diverses époques, le médecin en quarantaine avec les uns ne pourrait donner des soins aux autres; mais ceci ne constituerait pas un empêchement sérieux. En effet, il est ici plus particulièrement question de la peste; or, dans le cas (qui ne se renouvellera jamais, il faut l'espérer) où il y aurait encombrement de malades, on pourrait éviter la promiscuité des quarantainaires en nommant trois ou quatre sous-aides temporaires pris à l'hôpital ou ailleurs, et qui seraient sous les ordres du médecin du lazaret, pouvant ainsi les distribuer où il croirait leur présence nécessaire.

Tout ce qui tient aux hangars pour l'aération des marchandises a paru parfaitement bien calculé à la commission, ainsi que la distance qui sépare le petit port où l'on débarque les marchandises des pavillons habités. Il serait cependant à désirer que les marchandises pussent être encore mieux aérées, du moins celles qui, par leur nature, paraissent plus disposées au recèlement des miasmes ou germes pestilentiels.

Sous ce rapport, si l'on réfléchit à ce que, d'une part, les nombreux gens de peine employés à ouvrir les balles de coton qui arrivent de l'Égypte n'ont jamais été atteints de la peste, du moins il n'en existe aucune observation non niable, si, d'ailleurs, il est facile de se convaincre que tous les cas de peste transmis loin du berceau de la maladie l'ont été constamment par des malades, ou parfois, dit-on, par des hardes ou autres objets ayant appartenu et servi à des pestiférés, on comprendra l'utilité qu'il y aurait à diviser les marchandises en deux grandes catégories, et simplifier ainsi l'application du code sanitaire actuel, qui est vraiment illogique, on pourrait même ajouter dérisoire, si l'on songe que le même article sera classé parmi les susceptibles ou les non susceptibles, selon qu'on le trouvera SEC ou HUMIDE.

Il serait donc possible de simplifier considérablement les dispositions quarantainaires sous ce rapport, en considérant comme susceptibles toutes les matières animales, et comme non susceptibles celles tirées des deux autres règnes. La soie et la laine appartiendraient conséquemment à la première catégorie, à laquelle on ajouterait les hardes ou objets de lingerie ayant servi à des malades.

Il existe au lazaret, pour l'aération des hardes, de vastes chambres bâties de façon à laisser circuler l'air partout, et offrant tout autour de nombreux moyens de suspension destinés à recevoir tous les objets qu'on veut aérer. Les quarantainaires ont seuls la clef de ces chambres; mais une espèce d'œil-de-bœuf, pratiqué dans l'épaisseur de la porte, permet au gardien de voir si l'on se conforme avec exactitude au règlement.

Enfin, et comme mesure de simple précaution, on doit approuver l'article du règlement qui fait soumettre le numéraire et les lettres au lavage et à la fumigation, attendu que ces articles sont trop souvent et trop longtemps maniés dans les pays suspects pour qu'on n'ait pas à user de quelque prudence à leur égard.

QUARANTAINES.

Le mot *patente* signifie, à proprement parler, le régime sanitaire sous lequel un navire doit être placé en arrivant dans nos ports. C'est conséquemment à tort que l'on dit que tel navire *est entré* avec une patente nette ou brute, attendu que c'est à l'intendance seule qu'il appartient de juger de l'état sanitaire d'un navire, d'après les certificats consulaires, d'après ceux des hommes de l'art, et enfin d'après la déclaration des capitaines.

C'est déjà indiquer toute l'importance d'une bonne intendance sanitaire, et toute la nécessité qu'il y a à conserver une administration qui, choisie au sein de la cité, a les mêmes intérêts que nous tous à faire respecter.

Il existe trois ordres de patente : nette, suspecte et brute. Pour que l'intendance puisse accorder à un navire la patente nette, il faut qu'il soit bien constaté pour elle que là d'où le navire vient, il n'y a pas eu un seul cas de peste depuis 365 jours. La patente suspecte est appliquée lorsque les certificats et renseignements ne peuvent pas constater cette longue interruption de cas pestilentiels. La patente brute, enfin, doit être rigoureusement appliquée dans tous les autres cas.

Cela dit, il semble résulter des opinions émises au sein de la section médicale du congrès et du vote qui s'en est suivi :

1° Qu'il est indispensable d'apporter des modifications à l'ancien code sanitaire;

2° Que ces modifications doivent surtout porter sur la patente nette;

3° Que l'assainissement progressif des contrées où la peste règne endémiquement permettra sans doute un jour de modifier également les lois sanitaires applicables aux patentes suspecte et brute. On s'en remet d'ailleurs à la sagesse et à la prudence du gouvernement pour décider *quand* et *comment* ces dernières modifications devront avoir lieu.

La magistrature de santé pourra être continuée aux consuls dans les pays étrangers; la position de ces agents gouvernementaux, le nombre d'employés qu'ils ont sous leurs ordres, l'influence enfin qu'ils exercent dans le Levant, les met à même de bien connaître tout ce qui peut et doit si hautement intéresser leur pays. Il serait conséquemment inutile de créer des médecins sanitaires, placés dans chaque échelle du Levant.

Il n'en est pas de même des médecins navigants : leur institution serait des plus utiles sous plusieurs rapports d'une facile appréciation. Mais pour que leur mission pût être complète, ils devraient être nommés par le ministre du commerce, agréés par les intendances sanitaires, et se trouver dans une indépendance complète des capitaines. Nous croyons que cette mesure, qui est de l'intérêt de tous, serait vue avec plaisir par les populations maritimes.

Telles sont, messieurs, les conclusions que l'on peut légitimement tirer des travaux auxquels s'est livrée la section médicale du congrès. C'est en quelque sorte une *consultation écrite* que le corps médical laisse à la cité qui vient de lui accorder une aussi bienveillante hospitalité. Qu'il soit maintenant permis au rapporteur d'ajouter que ce n'est pas sans quelque émotion qu'il a pu se charger d'un travail à la bonne rédaction duquel le temps manquait, et dont l'application touche à de si grands intérêts. S'il a pu réussir à quelque chose d'utile, c'est au congrès qu'en revient tout le mérite; dans le cas contraire, il lui restera au moins la satisfaction d'avoir consciencieusement rempli un devoir avec tout le zèle et toute l'impartialité dont il est susceptible.

Pour copie conforme,

Le secrétaire général du congrès,

P.-M. ROUX.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par le baron BOYER. Cinquième édition publiée par M. le baron PHILIPPE BOYER. — Tomes II et III, l'un de 1124, l'autre de 1094 pages. 1845, Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

Cette nouvelle édition, ou plutôt ce nouveau traité, dont nous annoncions il y a près d'un an le commencement (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 399), a déjà atteint la moitié de sa publication. Le jugement favorable que nous avions cru, d'après le début, pouvoir porter sur l'ensemble de l'œuvre, n'a pas reçu de démenti. M. Ph. Boyer continue sérieusement de travailler à rendre le livre de son père aussi utile à la génération présente qu'il l'a été à nos aînés. Sa collaboration s'était bornée, dans le premier volume, à écrire quelques chapitres entièrement ajoutés au plan primitif de l'ouvrage. Aujourd'hui, nous le retrouvons plus souvent discutant avec son auteur, soit pour le rectifier, soit plutôt pour le compléter et l'étendre. Une foule de morceaux de longue haleine permettent de mieux juger l'esprit et la manière du continuateur de Boyer, et lui donnent la responsabilité réelle d'un écrivain original. Laissant de côté le texte de l'ancien traité, que tout le monde a relu et apprécié, nous nous attacherons donc principalement à faire connaître les parties sur lesquelles l'annotateur a exposé ses idées particulières.

Le second volume abonde surtout en additions étendues et importantes. La nature des sujets qu'il contient indique du reste suffisamment une série de thèmes propres à mettre en relief la personnalité de l'écrivain : maladies de la peau et des membranes muqueuses, des tissus cellulaire et adipeux, des artères, des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des nerfs, des muscles et des tendons, des cartilages et des fibro-cartilages, du système séreux; le squirrhe, le cancer, les tubercules, les calculs, les corps étrangers, l'ulcération et les ulcères, les fistules, les scrofules, la syphilis, voilà assurément une collection de questions doctrinales aussi bien remplie que le pouvait désirer la critique. Mettons donc à profit cette bonne fortune, en entrant de suite en matière.

Les maladies du système cutané forment la première section. Pour en rendre l'histoire plus saisissable, M. Ph. Boyer les a fait précéder d'une description anatomique de la peau tracée d'après les découvertes les plus récentes; puis il passe en revue celles des principales espèces que, d'un commun accord, les nosologistes rapportent à la chirurgie, et notamment

les affections dont la détermination, le diagnostic, la nature, laissent encore quelques *desiderata*. Pour le furoncle, par exemple, deux opinions diverses sont en présence : l'une voit dans le bourbillon la gangrène d'un paquet adipeux des aréoles cutanées; l'autre ne le considère que comme un produit de sécrétion. Entre ces deux manières de voir, notre auteur en propose une troisième : le furoncle serait l'inflammation, et le bourbillon la gangrène d'une ou plusieurs glandes sudoripares. Ceci n'est, il est vrai, qu'une hypothèse; l'inventeur le reconnaît lui-même et ne songe pas à lui assigner d'autre valeur. Mais elle lui semble expliquer, mieux que les deux autres, quelques-uns des symptômes de l'affection, tels que l'inflammation de toute l'épaisseur de la peau dans toute l'étendue de la tumeur, les perforations séparées par des ponts résistants à peu près égaux en grandeur, et l'inutilité des incisions, qui sont, au contraire, si favorables dans l'anthrax. — Citons aussi, en passant, une observation rare et fort bien recueillie de pustule maligne siégeant sur la membrane muqueuse des voies digestives.

A propos des plaies du système tégumentaire, nous trouvons incidemment, mais assez complétement exposée, la formation des cicatrices, leur travail consécutif de resserrement, les difformités qui résultent de l'excès de cette contraction et les moyens d'y remédier, enfin, les maladies plus particulièrement propres au tissu de cicatrice. On voit là que les sources les plus récentes ont été soigneusement explorées pour cette partie qui, plus brillante cependant peut-être par la justesse instinctive des vues que par la solidité des arguments, sera utilement consultée par les physiologistes aussi bien que par les chirurgiens.

L'histoire de la morve dans l'espèce humaine occupe 36 pages. C'eût été peu pour indiquer tous les faits instructifs que la science a dernièrement conquis sur le développement et la propagation de cette redoutable maladie; mais c'est beaucoup, nous le disons à regret, relativement à la manière dont la question est présentée. Le lecteur ne verra pas sans étonnement les notions positives qu'il eût eu intérêt et droit à connaître remplacées par une longue argumentation où la *non-existence de la morve chez l'homme* est laborieusement défendue. Si l'auteur se fût par là proposé de rassembler, pour les réfuter ensuite, toutes les objections faites par les non-contagionnistes, nous aurions pu applaudir à la persévérance qu'a nécessitée l'échafaudage de ce spécieux paradoxe ; mais comme il prend cette opinion pour son propre compte, il ne sera pas surpris si, tout en recommandant ce chapitre à ceux qui voudront avoir une idée complète des objections adressées à une théorie aujourd'hui presque généralement admise, nous nous abstenons, dans son propre intérêt, d'en donner ici un compte rendu plus détaillé.

Un paragraphe sur les polypes en général manquait dans l'édition originale. En comblant cette lacune, l'annotateur a pris l'occasion de formuler son avis sur la classification des polypes. D'après lui, on ne doit donner ce nom qu'aux excroissances vésiculaires : les polypes dits fibreux ne seraient en réalité que des tumeurs fibreuses; et quant aux polypes sarcomateux et granuleux, il n'y voit que le cancer des membranes muqueuses. Rien de mieux sans doute que de simplifier une division aussi arbitraire et compliquée que nous a toujours paru l'être, dans les traités classiques, celle des diverses espèces de polypes. C'est donc là un véritable progrès. Mais n'y a-t-il pas cependant un excès de simplification ? Si les idées de M. Ph. Boyer font loi, il ne faudra donc plus désormais reconnaître de différence entre ce qu'on est habitué d'appeler polype et un cancer de l'utérus, ou bien il faudra regarder tous les polypes utérins comme de texture vésiculaire, ou bien enfin il faudra, pour ce qui concerne l'utérus, supprimer la dénomination de polype. Or, si les deux premières versions heurtent directement la vérité, la troisième ne serait pas non plus sans inconvénients; car elle romprait violemment avec toute la tradition du passé, en jetant la confusion dans l'interprétation d'une foule de faits anciens, de documents précieux qui font partie essentielle du domaine de la science.

Aux maladies du tissu cellulaire se fait remarquer un chapitre un peu bref, quoique substantiellement composé, sur le phlegmon diffus, un article sur la *phlegmatia alba dolens*, et un aperçu général sur les kystes. Avec beaucoup de sens, l'auteur fait observer que cette dernière désignation a souvent été étendue à des espèces morbides trop nombreuses et très-disparates entre elles. Ainsi il refuse le nom de kyste à un follicule sébacé distendu, à un ovaire hydropique ; car ce ne sont là que des parties naturelles augmentées de volume par la présence d'une sécrétion morbide dans leur cavité. Il ne le donnerait pas non plus aux tumeurs formées momentanément par le sang épanché dans le tissu cellulaire. Pour lui, le kyste est seulement toute tumeur formée par une vésicule cellulaire dilatée. Fort de cette définition, il réduit à leur juste valeur les exagérations auxquelles on s'est laissé entraîner en soutenant que la membrane des kystes peut subir toutes sortes de dégénérations, se convertir en tissus cartilagineux osseux. Si l'on poursuivait, dit-il, les recherches anatomiques avec grand soin, on trouverait peut-être que dans les cas où l'on a noté la transformation fibreuse, ce n'est réellement pas le tissu cellulaire qui prend cette consistance, mais un tissu fibreux environnant. Ainsi, dans certaines affections de la tunique vaginale, où elle présente une épaisseur et une consistance presque cartilagineuse, la disposition des parties porte à penser que ce n'est pas le tissu cellulaire ambiant qui est malade, mais la couche presque fibreuse qui enveloppe le testicule. Dans certains hygromas du genou, ce n'est pas la bourse qui est devenue épaisse de plusieurs millimètres, mais la couche aponévrotique qui l'entoure. Dans certaines loupes folliculeuses, c'est le tissu dermique qui les forme qui acquiert une grande épaisseur et devient cartilagineux.

M. P. Boyer a cru devoir rédiger un chapitre original sur les plaies des artères, se fondant sur ce que l'ouvrage de son père ne traite pas de ces blessures. Le chapitre de M. P. Boyer est fort bon, et nous avons sans doute à nous féliciter de la méprise qui nous l'a valu ; mais ce n'est pas moins une méprise. Dès son premier volume (voy. 2e édit., p. 247), Boyer parlait longuement des plaies des artères. La collaboration de M. Boyer se trouve, sous ce rapport, mieux justifiée en droit à l'article des lésions spontanées et dégénérescences artérielles. Sous le titre de *tubercules* des artères, il groupe les altérations stéatomateuses et athéromateuses des auteurs, formulant ainsi une opinion qui, toute vraisemblable qu'elle nous paraît, est peut-être émise sous une forme trop tranchée, vu le peu de preuves dont elle est appuyée, ajoutons, pour rester justes, le peu de preuves qu'elle comporte. — Quant aux anévrismes, leur histoire générale est demeurée à peu près intacte : la part des additions se réduit donc à quelques notions assez sommaires sur l'application de la méthode de Brasdor, puis, à propos des anévrismes en particulier, à des préceptes succincts, mais bien présentés sur la ligature de l'aorte, de la linguale, de la fessière, des radiale et cubitale, etc., etc., opérations que Boyer avait passées sous silence.

Les plaies des veines prêtaient à des considérations moins importantes que celles des artères. Après y avoir consacré quelques pages, M. P. Boyer passe à l'étude de la phlébite. Sous ce titre, il ne comprend que l'inflammation des troncs veineux d'un certain volume, l'infection purulente appartenant à une autre section de l'ouvrage. Enfin, il complète l'histoire des varices par une note où sont surtout approfondies les questions qui concernent l'anatomie pathologique et la thérapeutique de ces affections. Rectifiant la définition de son père qui nommait varices une dilatation contre nature et permanente des veines sous-cutanées, il insiste sur l'altération des parois vasculaires, caractère essentiel de la vraie varice, et montre la différence qui existe entre la dilatation symptomatique et la dilatation morbide des veines. Quant au traitement, nous avons lu avec plaisir la condamnation méritée que l'auteur porte contre une foule de méthodes nouvelles ou renouvelées pour la cure soi-disant radicale. C'est bien là le langage qu'eût tenu le chirurgien célèbre dont les doctrines revivent encore dans ces pages dignes de lui.

Le chapitre consacré aux maladies du système lymphatique est dû tout entier à la plume de M. Ph. Boyer. L'angioleucite y a été traitée sous un point de vue chirurgical, c'est-à-dire assez restreint et borné aux blessures, à quelques inflammations et aux intoxications. Malgré ces étroites limites, on trouve là d'excellentes choses, telles que la distinction diagnostique nettement établie par l'auteur entre l'oblitération des veines et celle des vaisseaux blancs, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas œdème des parties desservies par les vaisseaux. Les affections des glandes lymphatiques offraient à l'auteur un sujet avec lequel sa pratique en syphilographie l'avait déjà familiarisé de longue main; aussi l'inflammation de ces ganglions, leur tuberculisation et leur induration ont-elles été envisagées avec une supériorité relative incontestable. Nous y avons surtout remarqué l'indication intéressante d'un mode de traitement peu connu en France des ulcérations si rebelles qui succèdent à un bubon suppuré et décollé. M. Boyer a souvent appliqué sur ces ulcères un mélange de cire et de térébenthine de Venise en fusion; quelques pansements exécutés suivant les règles qu'il détaille très-minutieusement dans son ouvrage ont suffi pour lui procurer de beaux succès dans des cas où l'arsenal des topiques et des médications générales avait été infructueusement épuisé.

M. P. Boyer a également attaché son nom aux maladies des nerfs, dont la brièveté nous fait un devoir d'omettre l'analyse, mais parmi lesquelles nous demandons seulement la permission de recommander ce qui concerne la cicatrisation des nerfs, les névromes et la névralgie.

Passons, pour le même motif, sur diverses additions non moins nécessaires, et même sur les notes relatives au cancer et aux tubercules, où le travail de remaniement devenait une véritable création, et arrivons à des parties où les idées originales de M. Boyer fils soient plus en saillie : je veux parler de la scrofule et de la syphilis. Nous avons déjà assez souvent dû formuler contre différentes parties de cet ouvrage des remarques critiques pour que le lecteur puisse nous croire sur parole lorsqu'il nous est permis d'approuver. Or nous déclarons sans hésiter que parmi les sections les plus dignes d'éloges, le plus consciencieusement méditées, l'histoire de la scro-

fule se place au premier rang. Dans ce sujet si difficile, l'observateur attentif, le penseur libre du joug des théories, a pris une large revanche de l'infériorité relative de certains autres passages. On en jugera, du reste, par les extraits suivants, que nous avons choisis parmi les pensées les plus générales, les plus susceptibles de frapper par leur justesse et leur portée. La scrofule, dit M. P. Boyer, est une maladie du sang, innée ou acquise, dans laquelle les quantités proportionnelles de l'albumine et de la sérosité l'emportent sur celles de la fibrine et des globules rouges. De ces différences résulte une modification du sang, cause à son tour des diverses altérations propres aux scrofuleux. On entend souvent dire que la scrofule est une maladie du système lymphatique, qu'elle est l'analogue de l'affection tuberculeuse, du tempérament lymphatique.... Mais dans le tempérament lymphatique, il y a prédominance des globules blancs du sang et absence des globules rouges. Aussi nous voyons que, dans ce tempérament, ce ne sont pas les organes qui contiennent uniquement les globules blancs, qui sont prédominants; tandis que dans la scrofule c'est le système vasculaire, qui contient uniquement des globules blancs, qui est malade. Dans le premier, c'est le principe de la vie, le sang, qui manque de globules rouges et qui est presque uniquement composé de globules blancs; dans la seconde, ce sont l'albumine et la sérosité qui, étant en excès sur les parties rouge et fibrineuse du sang, rendent celui-ci impropre à la vie, par conséquent malade. — La scrofule diffère des tubercules en ce que, malgré la coexistence très-fréquente de ces deux maladies, elles se manifestent cependant l'une sans l'autre. Enfin, l'opinion que la scrofule a le système lymphatique pour siége, quoique vraie à quelques égards, ne peut être adoptée dans son ensemble; car alors la scrofule ne serait plus une maladie générale, une maladie du sang. —L'hérédité est une des plus puissantes causes du vice scrofuleux; mais cette influence agit de deux manières bien diverses. Tantôt, en effet, les parents transmettent la maladie elle-même à leurs descendants; tantôt ceux-ci ne reçoivent que la faiblesse dont les parents étaient frappés au moment de la conception, et cette faiblesse ne prédispose qu'indirectement à contracter l'affection spéciale. La grande différence d'âge entre le père et la mère a aussi été considérée comme pouvant donner lieu aux scrofules. M. Boyer réduit ce préjugé à sa valeur réelle, et prouve qu'il ne doit s'entendre que de parents débiles ou âgés ou trop jeunes. « Le pubère et l'adolescent, dit-il, l'homme viril à la fin de sa virilité et le vieillard ne peuvent procréer que des êtres faibles et par conséquent disposés à la scrofule, parce qu'ils ne peuvent donner ce qu'ils n'ont pas encore ou ce qu'ils ont perdu, la force et la santé, la fibrine et les globules rouges. » Quant à l'influence de la syphilis, elle est palpable. Quelques praticiens vont jusqu'à penser qu'une syphilis même bien guérie peut entacher de scrofule la génération descendante. Sans partager cette opinion, M. Boyer fait cependant observer avec raison qu'elle serait très-soutenable si on l'entendait de la syphilis actuellement assoupie, existent sans se manifester par des symptômes, mais dénotant plus tard par une jetée caractéristique qu'elle était dans l'organisme à l'époque où la conception a eu lieu. La marche de l'affection scrofuleuse, quoiquoi sujette à des variations nombreuses et tranchées, peut être ramenée à trois périodes successives bien distinctes : l'une d'*incubation*, pendant laquelle le principe maladif reste inactif ; une seconde de *localisation*, dans laquelle ce principe se réveillant, pour ainsi dire, se fixe sur une partie quelconque du corps ; enfin une troisième de *terminaison* dans laquelle les malades guérissent ou succombent.

Les développements donnés à l'étude de la syphilis méritent encore plus que les précédents d'être placés sous les yeux du lecteur : c'est là une monographie complète, un livre distinct dans un livre. M. Boyer avait publié en 1836 un TRAITÉ COMPLET DE LA SYPHILIS, fruit de ses observations personnelles à l'hôpital du Midi, où tous les organes de la presse médicale s'accordèrent à signaler l'indépendance des doctrines et la lucidité de la méthode. Le chapitre qu'il intercale aujourd'hui sur le même sujet ne saurait être envisagé comme une réimpression ni pour le fond ni pour la forme. Les idées de l'auteur sur plusieurs points se sont modifiées avec l'expérience, et presque toujours heureusement modifiées. Pour n'en citer qu'un exemple, l'auteur regardait encore en 1836 l'urétrite et la vaginite comme des affections syphilitiques; mieux inspiré maintenant, il les exclut du cadre des symptômes de la vérole. Sur maint autre principe capital, nous avons eu le plaisir de le voir rallié aux dogmes que nous professons. Ainsi il émet très-formellement l'opinion que « jamais on n'a vu un exemple certain de contagion par le pus de la syphilis consécutive. » Pour lui encore, la vérole d'emblée, ou intoxication de l'organisme sans accident local primitif, est une chimère. Il ne croit pas non plus aux bubons d'emblée. « Le bubon syphilitique primitif, écrit-il, est constamment la suite de l'absorption immédiate du virus syphilitique manifestée par le développement d'un chancre. Jamais il ne survient sans que cette affection ait paru. » Enfin, et avec grande raison selon nous, il rejette comme impuissante la méthode qui se flatte de prévenir la suppuration dans les bubons à l'aide de vésicatoires appliqués sur la tumeur.

A côté de ces préceptes si sages, il en est malheureusement d'autres qui ne nous paraissent point, à beaucoup près, aussi solidement démontrés. M. Boyer n'admet pas que le pus ganglionnaire des bubons puisse être inoculable ; et si M. Ricord a souvent reproduit la pustule caractéristique en introduisant ce pus sous la peau, notre auteur croit pouvoir expliquer ces résultats en disant que ces bubons s'étaient accidentellement inoculés par le contact du pus provenant de chancres voisins ! Mais tout au moins il sera bien forcé d'accorder que cette interprétation ne saurait convenir aux cas où M. Ricord avait inoculé le pus du bubon aussitôt après qu'il venait d'ouvrir celui-ci. M. Boyer nie que le vagin et le col utérin soient jamais le siége de chancres ! — Il repousse l'inoculation comme étant une pratique nuisible, et appuie ce jugement sur ce qu'il a vu des piqûres de sangsues et des pustules simples, fortuitement inoculées, se convertir en chancres dont on n'a pu arrêter les progrès. Mais quelle différence entre ces inoculations, accident imprévu, sans doute ignoré à son origine, où le virus, envahissant de prime abord de larges surfaces, a pu étendre impunément ses ravages, et les cas où le chirurgien, produisant volontairement la pénétration du virus sur un seul point bien déterminé, en surveille heure par heure l'évolution, et arrête celle-ci aussitôt qu'il le juge utile !

Il est surtout deux théorèmes exprimés avec une formelle insistance par l'auteur, et que nous devons plus sérieusement examiner, parce qu'ils touchent de plus près à la pratique : l'un est relatif au diagnostic, l'autre au traitement. M. Boyer donne le bubon ou engorgement ganglionnaire comme signe *constant* et comme signe *pathognomonique* du chancre. Cet accident, répète-t-il, est une conséquence *nécessaire* du chancre. Et ce caractère ne lui sert pas seulement à déclarer si une ulcération actuellement existante est oui ou non un chancre. Il va plus loin, et toutes les fois qu'il découvre une trace de bubon, il affirme qu'il y a eu un chancre. Or est-il vrai que le chancre s'accompagne toujours de bubon ? Est-il vrai que des ulcérations simples ne puissent pas produire l'engorgement des ganglions correspondants ? Est-il vrai que d'autres maladies, telles qu'une ophthalmie, un panaris, un herpès præputialis, ne déterminent jamais la tuméfaction inflammatoire des glandes du col, de l'aisselle, de l'aine, de manière à reproduire dans ces régions tout le cortége symptomatologique local et général des bubons syphilitiques ?... Tout praticien n'aura qu'à lire ces questions pour y répondre, et nous doutons fort que son langage concorde avec celui dont la théorie de M. Boyer aurait besoin pour obtenir l'assentiment général.

M. P. Boyer est du nombre des médecins pour lesquels tout chancre réclame impérieusement l'emploi d'une médication spécifique générale. Ses paroles sont formelles à cet égard. Je conclus, dit-il, que toutes les fois qu'un chancre apparaît, il faut avoir recours au traitement antisyphilitique, parce que dès cet instant il y a infection générale ou syphilis constitutionnelle. — Contre cette opinion, nous pourrions déduire ici les preuves, décisives à notre sens, qui nous font proscrire une telle pratique comme inutile et même dangereuse. Mais sans entrer dans des développements dont le moindre inconvénient serait de dérober à l'auteur, à notre profit, l'espace et l'attention qui lui sont exclusivement dus en ce moment, nous pouvons arriver à notre but en citant deux propositions textuellement empruntées au présent ouvrage, et dont le rapprochement nous paraît la meilleure condamnation de l'auteur. Nous les donnons sans commentaire : « Le mercure est sans action contre la syphilis lorsqu'il y a présence dans l'économie du virus syphilitique sans symptômes (p. 1079). » « On a proposé un grand nombre de moyens pour guérir les chancres ; ils réussissent, parce que les chancres guérissent comme des plaies simples (p. 1099). »

Nous avons démesurément étendu ces réflexions, parce que la longueur du chapitre auquel elles s'adressent justifiait en quelque sorte notre prolixité. Il faut cependant encore dire qu'une telle analyse ne donnerait de l'ouvrage qu'une idée erronée ; car nous avons relevé à peu près tout ce qui nous semblait répréhensible, et les passages si nombreux dignes d'éloge n'ont, au contraire, été mentionnés presque que par échantillons. Cette partie du livre mérite d'être étudiée d'une autre façon, et nous ne saurions trop engager à la méditer ceux que n'effraye point la perspective d'un vaste système, trop habilement coordonné peut-être, mais offrant, soit pour l'ensemble de sa contexture, soit dans les détails pratiques, d'amples dédommagements à la curiosité.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1846.

(Suite et fin.— Voir les numéros 47 et 48.)

Dans les deux articles précédents, nous avons exposé d'abord l'état de la constitution atmosphérique pendant le second trimestre de cette année ; puis les manifestations morbides qui ont prédominé pendant ce trimestre, sous l'action complexe des changements survenus dans les qualités appréciables de l'air, et de cette cause inconnue dont la météorologie ne donne pas la clef et qui imprime un cachet particulier à toute constitution médicale. Il nous reste aujourd'hui à rechercher l'influence exercée par les maladies régnantes sur le mouvement des hôpitaux.

Ce mouvement est représenté sous le triple rapport des entrées, des sorties et des décès, dans le tableau suivant.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1846.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Juillet . . .	Hôpitaux.	5,745	7,014	12,759	6,228	698
	Hospices.	10,615	1,038	11,653	860	162
Août	Hôpitaux.	5,833	7,125	12,958	6,822	579
	Hospices.	10,631	1,029	11,660	881	195
Septembre.	Hôpitaux.	5,557	6,529	12,086	5,915	541
	Hospices.	10,584	1,039	11,623	876	178
TOTAUX. . . .		48,963	23,774	72,739	21,582	2,353

Si l'on additionne les chiffres d'entrées fournis par les différents mois du trimestre, et représentant la *fréquence* des maladies, on arrive au total de 20,668. C'est, à très-peu de chose près, le même chiffre que pour le trimestre précédent (20,618) ; mais c'est presque 1,800 de plus que dans le troisième trimestre de 1845. Cette différence est une des plus considérables que nous ayons encore observées entre cette année et la précédente, pour un même trimestre. On peut s'assurer, en se reportant à notre dernière REVUE SANITAIRE, que, contrairement à ce qui arrive ordinairement, le chiffre des entrées, assez faible en avril (6,770), est devenu et s'est maintenu très-élevé en mai, juin, juillet et août, pour redescendre d'une manière notable en septembre. Or, les deux mois extrêmes de cette période, avril et septembre, ont été précisément marqués par une diminution sensible de la chaleur ; d'où il suit que le chiffre des entrées, partant la fréquence des maladies, a paru suivre assez exactement, pendant ces six mois, les variations de la température. Mais nous rappellerons ici les observations que ce fait nous a suggérées dans notre précédente REVUE (p. 713). Il n'en résulte pas du tout que l'élévation de la température soit par elle-même et directement une condition propre à accroître le nombre des maladies ; car si l'on se sentait disposé à voir une condition de ce genre dans une température moyenne de 20° à 21° centigrades, comme elle a été en juin, juillet et août, on serait aussitôt retenu par cette considération que le chiffre des entrées a été très-élevé pendant l'hiver, où la température a été de 5° à 7°. En sorte que si la chaleur a joué quelque rôle à ce point de vue particulier du nombre des malades, ç'a été uniquement en tant que disproportionnée avec la saison et les habitudes du climat.

Il suffit aussi de jeter les yeux sur le tableau des *variations météorologiques* (voir le numéro précédent) pour voir que le nombre insolite de malades reçus dans les hôpitaux ne trouve pas non plus son explication dans les oscillations plus ou moins brusques du baromètre et du thermomètre. Les oscillations barométriques ont été également rares pendant tout le cours du trimestre ; et les oscillations thermométriques, assez fréquentes en juillet, ont été en diminuant de fréquence dans les mois d'août et de septembre. Or ce n'est pas en juillet, mais en août, que les entrées ont été le plus nombreuses ; et si l'on objectait que le chiffre des entrées d'août a pu recevoir le contre-coup des variations du mois de juillet, on demanderait comment il se fait que le chiffre de juillet ait été encore si élevé quand les variations du thermomètre avaient été presque nulles dans le mois précédent, comme on peut s'en assurer dans le tableau relatif au second trimestre (page 673). Mais nous noterons une circonstance qui s'est déjà présentée plusieurs fois dans le cours de nos revues, c'est que le chiffre le plus élevé des admissions a coïncidé avec le mois le plus pluvieux. Le mois d'août, qui a donné le plus de pluie, est aussi celui qui a donné le plus de malades aux hôpitaux.

Le chiffre total des *sorties* pendant le troisième trimestre a été de 18,965 ; la population ayant été de 37,803 : c'est 1 sur 1,99. Cette proportion est exactement la même que pour le trimestre correspondant de l'année d rnière, et elle est un peu supérieure à celle du deuxième trimestre de cette année (1 sur 2,01). De ce que, dans les mois de juillet, août et septembre, le mouvement des sorties a été plus actif qu'en avril, mai et juin, on en pourrait conclure que l s maladies ont été, toutes choses égales, plus bénignes dans la première période que dans la seconde. Mais en se reportant au tableau ci-dessus, on voit le mouvement des sorties suivre si régulièrement celui des entrées, s'accélérant ou se ralentissant avec lui, qu'on est conduit à regarder le premier comme subordonné uniquement au second, et à penser que les sorties sont devenues plus fréquentes ou plus rares, selon que se faisait plus ou moins sentir la nécessité d'évacuer les salles. Au reste, la différence entre ce trimestre et le précédent, quant à la proportion des entrées, est si minime, qu'il serait difficile d'en tirer, au point de vue du degré de gravité des maladies, une induction de quelque valeur.

De même, la proportion des *décès* pendant l'été dernier a été sensiblement la même que pendant le printemps. Nous trouvons pour chiffre total 1,818 : c'est 1 sur 20,79 ; la proportion du précédent trimestre était de 1 sur 20,20. Constatons cependant ce fait que, proportionnellement, la mortalité dans les hôpitaux a été un peu moindre du 1er juillet au 30 septembre que du 1er avril au 30 juin. Mais, par contre, elle a été notablement plus considérable que dans l'été de 1845. La proportion, pour cette époque, n'était que de 1 sur 23,08. Une différence analogue, bien qu'un peu moindre, existait entre ces deux années pour le premier et le second trimestre ; d'où il suit que, jusqu'ici, la mortalité a été notablement plus considérable en 1846

Feuilleton.

DE LA FEMME CONSIDÉRÉE COMME CONSERVATRICE DU TYPE DE SA RACE (1).

Sous quelque point de vue que l'on observe la femme, on la trouve intéressante aussi bien pour les moralistes, les philosophes, en un mot, que pour les physiologistes.

Les hommes, en général, ne comprennent pas la valeur physique et morale de la femme. Ignorant l'importance du rôle qui lui est confié dans l'harmonie universelle, ils l'ont abaissée, et n'ont vu en elle qu'un instrument de reproduction. Un simple coup d'œil jeté sur les temps passés, et disons-le avec regret, sur le présent, justifie trop notre assertion.

Dans l'Orient, les femmes, toujours esclaves, soumises aux caprices et *aux coups, de par les lois religieuses* (1), d'un époux despote, sont bien dignes de notre commisération (2).

Les Égyptiens ont peu considéré les femmes.

Les lois de Manou ont soumis les Indiennes à une grande dépendance, leur interdisant même la faculté de s'instruire (3).

A quelle servitude les Chinois n'ont-ils pas condamné et ne condamnent-ils pas encore leurs malheureuses épouses, au point de les mutiler !

Nous devons rendre cette justice à Moïse, et reconnaître que son esprit judicieux le porta à améliorer la condition des femmes (4). Disons-le ici en passant, c'est de la race pélasge que sont sorties les deux autres races hébraïque et celtique qui ont toujours eu plus d'égards pour les femmes.

Les Grecs et les Romains n'ont pas été plus justes appréciateurs des femmes ; leur histoire et leurs lois témoignent assez de l'erreur dans laquelle ils ont vécu.

Les philosophes, les poëtes, les littérateurs de l'antiquité ont presque toujours maltraité les femmes ; je ne vois guère que Plutarque qui en ait dit du bien,

(1) Extrait d'un livre qui doit paraître prochainement sous le titre : DE LA FEMME AU POINT DE VUE DES APPAREILS GÉNÉRATEUR ET NERVEUX, SUIVI D'ÉTUDES CLINIQUES SUR L'HYSTÉRIE ET AUTRES AFFECTIONS NERVEUSES, ET LES DIVERSES MALADIES DE LA MATRICE ; par le docteur MATHIEU. — In-8°. — Paris, chez Moquet, libraire-éditeur, cour de Rohan, 3, passage du Commerce (Saint-André-des-Arts).

(1) Le KORAN, ch. IV, v. 38, *les Femmes*.

(2) Les musulmans croient que les femmes sont, sous le rapport de l'intelligence, dans un état d'infériorité très-grande eu égard à l'homme. (Clot-Bey, AP. GÉN. SUR L'ÉGYPTE, 1840.)

(3) Toute femme, disent les Indiens, qui sait lire et écrire, ne manque pas de devenir bientôt veuve ou d'éprouver de grands malheurs. (Marles, HIST DE L'INDE, t. III, p. 85.)

(4) EXODE, ch. XXI.

qu'en 1845. Ce triste privilége s'explique assez bien par la fréquence des fièvres typhoïdes, le caractère ataxique de beaucoup de maladies, et plus tard la présence d'affections cholériformes et de dyssenteries.

En résumant tout ce que nous avons dit sur les constitutions atmosphérique et médicale du troisième trimestre de 1846, on peut établir les propositions suivantes :

1° En même temps que l'élévation insolite de la température, la prédominance du vent du sud et la rareté des variations météorologiques, déjà notées dans le précédent trimestre, se prolongeaient dans celui-ci, on a vu d'abord se continuer les affections gastro-intestinales, les fièvres continues et les congestions encéphaliques, puis s'y joindre des affections cholériformes et des éruptions vésiculeuses de la peau. Enfin, quelques pluies étant survenues et la température ayant un peu baissé, les dyssenteries on fait invasion.

2° Le nombre des malades, à en juger par le chiffre des admissions dans les hôpitaux, est resté élevé, et notablement supérieur à celui du trimestre correspondant de l'année précédente.

3° Le mouvement des sorties a été un peu plus actif que dans le printemps, et tout à fait semblable à celui du troisième trimestre de 1845.

5° La mortalité été assez considérable, sensiblement égale au précédent trimestre, mais très-supérieure à celle de l'année dernière.

A. D.

ÉTIOLOGIE.

DES ÉMANATIONS PHOSPHORÉES ET DE LEURS EFFETS SUR LES OUVRIERS EMPLOYÉS DANS LES FABRIQUES DE PHOSPHORE ET LES ATELIERS OU L'ON PRÉPARE LES ALLUMETTES CHIMIQUES; mémoire présenté à l'Académie des sciences (Institut), séance du 31 août 1846, par M. ALPH. DUPASQUIER, professeur de chimie à l'École de médecine de Lyon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.

Quoique la fabrication des allumettes chimiques et le grand développement des fabriques de phosphore qui en a été la conséquence ne remontent pas à moins d'une dizaine d'années, c'est seulement depuis cinq ou six mois qu'on a commencé à signaler des maladies observées chez les ouvriers exposés à l'influence continuelle des émanations phosphorées.

Le docteur Heyfelder a parlé d'abord d'un médecin de Vienne (Autriche) qui a soigné un bon nombre de jeunes femmes atteintes de nécrose des os maxillaires, et qui, toutes, étaient ouvrières dans des fabriques d'allumettes phosphoriques. La maladie commençait par une douleur de dents, qui gagnait promptement toute la mâchoire et donnait lieu à l'inflammation des gencives, et, par suite, à la dénudation des os maxillaires. Quelques femmes d'une constitution forte guérirent par l'exfoliation des os affectés; celles qui étaient chétives périrent de phthisie pulmonaire. Le docteur Heyfelder attribue ces effets funestes à l'influence des *vapeurs d'acide phosphorique.*

Depuis, le docteur Théophile Roussel, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences (séance du 16 février 1846), a parlé des émanations phosphorées comme étant *la seule cause d'insalubrité* inhérente aux fabriques d'allumettes à friction. — L'examen des ouvriers exposés à l'action de ces vapeurs démontre, dit le docteur Roussel, l'existence, non-seulement d'*affections plus ou moins intenses des voies respiratoires*, mais encore d'*affections des gencives et des os maxillaires*, se terminant par *la nécrose*, et quelquefois par *la mort des malades.* — Un certain nombre de faits, ajoute M. Roussel, portent à croire que l'action continuée des vapeurs phosphorées détermine le *développement des tubercules* chez les individus prédisposés; ces vapeurs, du reste, paraissent agir uniquement comme corps irritant, et nullement en vertu de propriétés spéciales.

Le docteur Gendrin a rapporté aussi l'histoire de plusieurs affections très-graves des organes respiratoires qu'il a eu à traiter chez des ouvriers exposés aux vapeurs phosphorées, dans les fabriques d'allumettes chimiques. La maladie, suivant M. Gendrin, était une *bronchite opiniâtre, accompagnée de maigreur, de faiblesse générale, de dyspnée, de dyspepsie,* et quelquefois aussi *de dévoiement.* Ces symptômes devenaient plus ou moins alarmants, et quand les malades persistaient dans l'exercice de leur profession, leur affection bronchique se convertissait en *bronchorrhée* avec *emphysème*, et se terminait par la mort.

Du rapprochement de ces faits rapportés par des médecins dont on ne peut mettre en doute ni la sincérité, ni le savoir, ni l'habileté d'observation, il semblerait résulter : que les vapeurs phosphorées produisent généralement *des affections souvent graves et mortelles des organes pulmonaires*, et fréquemment aussi *des maladies également très-dangereuses des gencives et des os maxillaires.*

Ces effets si fâcheux attribués à l'action des vapeurs phosphorées dépendent-ils, en effet, de l'influence de ces émanations chez les ouvriers employés à la préparation des allumettes chimiques? — C'est ce que rendent au moins très-douteux les faits qui vont être rapportés dans ce mémoire.

Si les graves affections observées dans les fabriques d'allumettes chimiques de Vienne et de Paris dépendaient réellement des vapeurs phosphorées sur l'organisme des ouvriers, nul doute qu'elles ne se fussent produites aussi dans les ateliers lyonnais, où, depuis une dizaine d'années, on fabrique ces produits sur une très-grande échelle. Or rien de semblable n'y a été observé, ainsi que je vais l'établir par des faits irrécusables. Bien plus, il existe aux portes mêmes de Lyon, sur la commune de la Guillotière, une vaste fabrique de phosphore, la plus considérable et la plus importante peut-être de celles qui sont établies en France. Dans cet établissement, où se répandent nuit et jour des torrents de vapeurs phosphorées, on n'a observé jusqu'à ce jour, et depuis huit années environ qu'il a été fondé, *aucune maladie grave qui puisse être attribuée à l'influence de ces émanations.* J'ai pris à cet égard les renseignements les plus minutieux et les plus sévères, comme on en jugera par les détails suivants.

ENQUÊTE FAITE DANS LA FABRIQUE DE GÉLATINE ET DE PHOSPHORE ÉTABLIE AU TERRITOIRE DE BARRABAND, COMMUNE DE LA GUILLOTIÈRE.

Le 5 mai 1846, je me suis transporté à la fabrique de MM. Coignet père et fils, qui ont bien voulu me donner les renseignements suivants, en réponse aux nombreuses questions que je leur ai adressées relativement à la

---

tandis que le nombre de leurs détracteurs est considérable.

Nous sommes heureux de pouvoir dire que c'est dans l'Occident, et principalement chez nous, que les femmes ont toujours joui d'une plus grande dose de liberté et de considération. Les Gaulois et les Germains ont estimé leurs femmes; ils les ont fait entrer dans leurs conseils; ils ont interrogé leur esprit observateur et pénétrant. Si, dans la décadence des Gaulois, il s'est trouvé des philosophes et des poëtes dont la plume ou la muse ont été hostiles aux femmes, il s'est heureusement montré une foule de bons esprits, d'hommes de mérite et de génie qui les ont honorées et célébrées, et qui, à mon sens, leur ont rendu pleine et entière justice.

Aujourd'hui nous voulons tenter de prouver, par l'exemple d'un fait physiologique qui n'a jamais été traité par les naturalistes, et dont les éléments sont dispersés çà et là dans la science, que la femme, déjà si digne de notre attachement par ses qualités morales et physiques, appelle bien autrement notre attention par le rôle qui lui est confié dans l'harmonie générale. Ses fonctions sont d'une extrême importance, car c'est à elle qu'est dévolu le soin de conserver les types sortis des mains du Créateur; c'est elle, en un mot, qui est *conservatrice du type de sa race* (1).

Dans la création, le sexe féminin semble avoir une plus grande importance que son congénère. Ailleurs nous avons dit, d'après Burdach, que l'ovaire dans la monogénie engendrait de lui-même et par sa propre force (1). En général, une loi dans la nature ne se circonscrit guère; elle s'applique aux diverses classes des êtres vivants, et ici nous devions en trouver un reflet dans l'organisation de la femme. C'est, en effet, ce qui a lieu dans le don qu'elle possède d'imprimer à sa postérité les caractères indicateurs du type qui est le sien.

Les diverses familles des animaux étant construites sur un même modèle, il en résulte que les espèces les plus voisines diffèrent fort peu les unes des autres, et que la nuance intermédiaire est à peine sensible, partant les rapprochements sexuels sont possibles, advient la modification des types créés. La nature, ne voulant pas que son ouvrage fût remplacé, a toléré, il est vrai, ces modifications; elle les a même fait servir au bien-être des individus nouvellement procréés; mais elle les a rendus transitoires, et après un temps très-court eu égard à l'immensité des siècles, elle a fait reprendre aux animaux les formes et les caractères qu'elle leur avait assignés.

Le croisement parfois observé dans la nature libre n'a jamais été aussi multiplié que dans l'espèce humaine, la volonté de l'homme modifiant les instincts, et même y suppléant. Il en est de même des animaux soumis à sa volonté et vivant en domesticité. Il n'est pas jusqu'aux plantes que l'homme n'ait cherché

(1) Ce mot est de M. Serres. Il m'a été dit par lui sans *aucune* explication; mais pour moi venait de luire un éclair de vérité. Je me mis alors à la recherche de faits propres à élucider la question, et c'est ce travail, fort incomplet sans doute, mais entièrement de moi, que j'offre à mes lecteurs.

(7) On doit considérer l'ovaire comme l'organe générateur primordial. Ce qui est primordial doit porter en soi la pleine force de l'existence, contenir toutes les substances et formes diverses en équilibre les unes avec les autres. (Burdach, TRAITÉ DE PHYS., t. I, p. 158.)

santé des ouvriers employés dans leur établissement, depuis qu'ils y ont introduit la fabrication du phosphore.

La fabrication du phosphore dans cet établissement remonte à l'année 1838. Depuis, la production de cette matière n'a cessé de s'y accroître progressivement. Cette production n'est pas moindre actuellement de 3,000 kilogrammes par mois : elle s'élève donc à la quantité de 36,000 kilog. par année.

Parmi les opérations nombreuses que nécessite l'extraction du phosphore, il en est trois qui donnent lieu à des émanations de nature plus ou moins irritante : 1° le traitement par l'acide sulfurique des os calcinés et réduits en poudre ; 2° la distillation ou extraction du phosphore ; 3° le moulage du phosphore.

1° Quand on traite par l'acide sulfurique les os calcinés à blanc, réduits en poudre et mêlés à l'eau, de manière à former une bouillie un peu liquide, la chaleur vive qui résulte de la réaction fait dégager des vapeurs très-irritantes pour l'appareil respiratoire, et qui sont formées de vapeur d'eau entraînant de l'acide sulfurique et mélangée d'acide carbonique (1). Ces vapeurs déterminent, dès l'origine, quelques secousses de toux, mais qui cessent avec l'influence de ces émanations irritantes. Les ouvriers, d'ailleurs, ne tardent pas à s'y habituer et n'en souffrent nullement ensuite : elles ne pourraient être réellement nuisibles qu'aux individus atteints préalablement de catarrhe aigu ou chronique, de tubercules pulmonaires, ou de quelque autre affection des organes de l'appareil respiratoire.

2° La distillation, c'est-à-dire l'extraction du phosphore proprement dite du phosphate acide de chaux mélangé de charbon, est l'opération qui donne lieu au plus grand dégagement de vapeurs phosphorées.

Cette opération se pratique au moyen de huit fourneaux en activité jour et nuit, et qui contiennent 108 cornues, chacune de la capacité de 50 à 60 litres. Chaque cornue produit environ 4 kilogrammes de phosphore.

Dès que le phosphore commence à passer dans le récipient, c'est-à-dire après douze ou quinze heures de chauffage, et pendant tout le reste de la durée de l'opération, qui est de cinquante-cinq à soixante heures, il se dégage continuellement des vapeurs blanchâtres très-piquantes et d'une forte odeur phosphorée, Ces vapeurs forment comme un nuage épais dans les atelier où se pratique la distillation.

Ces émanations sont primitivement composées d'acide carbonique, de phosphure d'hydrogène, de phosphore en vapeur et de vapeur d'eau. Mais comme une partie de ces émanations s'enflamme au moment de leur arrivée au contact de l'air, il s'y forme un nouveau produit : de l'acide phosphorique. Ce sont les vapeurs blanches de cet acide qui rendent surtout les émanations phosphorées visibles à l'œil, et qui leur communiquent particulièrement la propriété d'irriter assez fortement la muqueuse bronchique.

La première impression de ces vapeurs irritantes est toujours assez pénible pour l'appareil respiratoire, et l'on y résiste d'abord assez difficilement. Cependant les ouvriers s'y habituent promptement et vivent ensuite au milieu de ces émanations sans en être impressionnés en aucune manière, et comme au milieu de l'atmosphère la plus pure.

3° Le moulage se pratique dans un atelier spécial. Cette opération consiste à purifier d'abord le phosphore des impuretés, et particulièrement de l'oxyde, qu'il contient toujours après la distillation, en le faisant passer en état de fusion dans l'eau, au travers d'une peau de chamois. Plusieurs ouvriers aspirent ensuite la matière purifiée et fondue, dans des tubes de verre, où elle se solidifie par le contact de l'eau froide, et se moule en petits cylindres d'un centimètre environ de diamètre.

Le local où se pratique le moulage du phosphore est peu spacieux ; le plancher est bas et présente vers le centre une ouverture pour faciliter le renouvellement de l'air et porter au dehors les vapeurs phosphorées qui remplissent l'atelier. Malgré cette disposition, l'odeur du phosphore est extrêmement forte dans cette partie de l'établissement.

Les émanations phosphorées produites par la purification et le moulage ne sont point aussi irritantes pour la muqueuse bronchique que celles des ateliers où se pratique la distillation, mais elles n'en introduisent pas moins dans l'organisme des ouvriers une notable quantité de phosphore, et si cette matière après son absorption, soit par la peau, soit par la muqueuse pulmonaire, était susceptible de produire les effets morbides qui ont été signalés dans les fabriques d'allumettes de Paris et dans les fabriques allemandes, nul doute qu'ils n'y eussent été observés, et d'une manière bien plus prononcée encore, vu l'étroitesse et l'humidité constante de l'atelier, vu surtout l'immense quantité de phosphore qui y passe journellement dans les mains des ouvriers. — Les vapeurs de cet atelier sont en effet de même nature que celles qu'on respire dans les fabriques d'allumettes chimiques, mais seulement bien plus abondantes et par conséquent plus susceptibles de produire des maladies qui n'auraient pour cause que l'influence immédiate du phosphore sur l'organisme.

Ces vapeurs qui se dégagent, soit de l'eau où l'on fond d'énormes quantités de phosphore, soit surtout de cette substance elle-même, toutes les fois qu'elle se trouve au contact de l'air, ce qui arrive assez fréquemment dans la manipulation du moulage et de la mise en boîtes, se composent surtout d'acide hypophosphorique, probablement mélangé à de petites quantités de phosphure d'hydrogène provenant de l'eau où se pratique la fusion. Nul doute aussi que le phosphore libre ne se trouve lui-même à l'état de vapeur, comme élément de ces émanations phosphorées. Un fait qui m'a été signalé par un fabricant d'allumettes semble du moins le démontrer : lorsque les ouvriers qui ont passé la journée au milieu des vapeurs de phosphore se trouvent le soir dans l'obscurité, les gaz qu'ils expulsent de l'estomac par des éructations, deviennent lumineux, de telle sorte qu'ils paraissent rendre des flammes par la bouche, et qu'ils se font un véritable jeu de ce phénomène remarquable, sans qu'ils ressentent du reste aucune incommodité de l'état d'imprégnation phosphorée où se trouve alors leur organisme. — Or de semblables effets ne peuvent guère s'expliquer que par l'absorption du phosphore à l'état de vapeur. On sait que M. Magendie a remarqué un phénomène analogue quand il injectait de l'huile phosphorée dans les veines d'un chien : l'haleine de cet animal ne tardait pas à devenir lumineuse dans l'obscurité.

Dans la fabrique de phosphore de la Guillotière, dix-huit ouvriers sont constamment employés, soit à l'extraction de cette matière par la distillation, soit à son moulage. Indépendamment de ces ouvriers, on en compte environ soixante-dix autres dans l'établissement, lesquels sont employés, soit à la préparation des matières nécessaires pour l'extraction du phosphore, soit à la fabrication de la gélatine et de la colle forte. Ces derniers, quoique moins exposés à l'action des vapeurs phosphorées que ceux employés directement à la distillation et au moulage, se trouvent cependant

(1) Quand les os sont imparfaitement calcinés, il s'en dégage aussi de l'acide sulfhydrique.

à refaire à sa manière. C'est sur ces faits que notre attention s'est portée ; de là nous avons jeté nos regards sur les masses, et les lois de la nature, avons-nous déjà dit, étant les mêmes pour tous, nous avons cru pouvoir en tirer des conséquences applicables au sujet que nous traitons spécialement.

Il est des plantes naturellement hybrides ; mais le plus souvent elles le deviennent par la main de l'homme. Ici l'observation démontre que ces espèces nouvelles tiennent habituellement *plus de la mère* que du père, et qu'abandonnées à elles-mêmes, quand toutefois elles sont fécondes, elles reviennent *spontanément au type maternel* (1).

Dans les animaux, mêmes résultats. Edwards rapporte les expériences de M. Coladon accouplant une souris grise à une souris blanche, et toujours le produit était une souris ou grise ou blanche, mais point de mélanges (2). L'observation malheureusement est ici bien incomplète ; mais je suis porté à croire par analogie que la souris naissait grise ou blanche selon que sa mère avait l'une ou l'autre de ces couleurs, les métis, dans les conditions d'égalité chez les parents, tenant plus habituellement de la mère que du père. Voyez les alliances du cheval et de l'ânesse ; elles produisent le *bardeau*, lequel est un âne ayant quelques-uns des airs et des formes du cheval ; voyez, au contraire, le fils de l'âne et de la jument, le *mulet*, il est bien autrement cheval que le bardeau. Je sais qu'il est généralement admis, et Buffon a donné à ce fait presque la force d'un axiome, que dans l'espèce chevaline le produit ressemblait toujours plus au père qu'à la mère ; mais ici la question est complexe. Rarement les qualités physiques des parents sont égales ; on est bien plus difficile sur le choix des étalons que sur celui des juments. La force, la vigueur, la beauté des formes, tout cela est de rigueur chez un étalon ; c'est à cela qu'il doit de s'être soustrait à l'opération que ses frères ont subie, tandis que la jument, surtout quand on ne tient pas à avoir des chevaux de luxe, telle qu'elle est, on la fait porter. Ces faits sont tellement vrais que quand on établit la parité, on a un produit qui tient également du père et de la mère, et que ce moyen est employé pour corriger certains défauts physiques. Ainsi un cheval a-t-il le cou trop long, on l'accouple à une femelle dont le cou est court.

Girou de Buzaringues a indiqué, dans un mémoire fort intéressant, dans quelles circonstances les animaux héritaient des qualités physiques de leurs parents, et quelles étaient les conditions propres à faire naître des mâles ou des femelles (1). Il établit que les femelles jeunes et les mâles vigoureux donnent plus de mâles que de femelles ; qu'à parité d'âge et de force, les rapports sont égaux ; enfin, lorsque les femelles sont vieilles, il naît plus de mâles. Il est probable que dans l'espèce cheval on obtiendrait des résultats entièrement semblables si les individus se trouvaient dans les mêmes conditions physiologiques.

(1) Virey, HIST. NAT. DU GENRE HUMAIN.

(2) DES CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES DES RACES HUMAINES CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HISTOIRE. (Lettre à M. Amédée Thierry, auteur de l'HISTOIRE DES GAULOIS, par W.-F. Edwards, p. 25. — Paris, 1829.)

(1) *Observations sur les rapports de la mère et du père avec les produits, relativement au sexe et à la ressemblance.* (ANN. DES SC. NAT., t. V, p. 21 et suiv., année 1825.)

aussi sous leur influence, tous les travaux de cette fabrique étant concentrés dans la même usine.

Or voici ce qui a été observé relativement à l'influence des vapeurs phosphorées dans cet établissement.

Depuis qu'on pratique l'extraction du phosphore dans cette fabrique, c'est-à-dire depuis environ huit années, aucun cas de maladie pouvant être attribué à l'influence des vapeurs phosphorées n'a été observé parmi les ouvriers, même chez ceux qui sont continuellement occupés à la distillation et au moulage. Ces travaux n'ont donné lieu qu'à quelques brûlures plus ou moins graves, dues à la maladresse ou à la négligence.

Cependant à une époque où l'on employait, pour obtenir le phosphate acide de chaux, de l'*acide sulfurique arsénifère*, d'où il résultait que le phosphore extrait par le moyen de cet acide contenait une portion assez notable d'arsenic, on a remarqué que les ouvriers employés à la distillation éprouvaient parfois une sorte de contraction douloureuse à la gorge; plusieurs furent même obligés de cesser ce travail. Cet accident se remarquait surtout quand on distillait des résidus de phosphore très-chargés d'arsenic. L'influence des vapeurs, dans ce cas, allait quelquefois jusqu'à déterminer des vomissements qui se répétaient quatre ou cinq fois par jour. Par suite alors il survenait bientôt de l'inappétence et un trouble plus ou moins prononcé des fonctions digestives; c'étaient là, d'ailleurs, les seuls accidents déterminés par l'action des vapeurs phosphorées arsenicales. — Depuis qu'on n'emploie dans la fabrique que de l'acide sulfurique *non arsénifère*, ou du moins *purifié* par le *sulfure de baryum*, selon le procédé que j'ai indiqué, ces accidents n'ont plus été remarqués. Du reste, ni pendant l'emploi des acides sulfuriques souillés d'arsenic, ni depuis, ni enfin à aucune autre époque, on n'a remarqué dans cet établissement, où l'on extrait et manipule cependant de si énormes quantités de phosphore, l'affection pulmonaire si grave observée par le docteur Gendrin chez les ouvriers de quelques fabriques d'allumettes chimiques de Paris. Il est essentiel de remarquer aussi qu'on n'y a vu aucun cas de cette maladie gangréneuse des gencives, avec nécrose des os maxillaires, signalée d'abord en Allemagne, et depuis étudiée par M. le docteur Théophile Roussel. — C'est là un point sur lequel les propriétaires de la fabrique de phosphore, de même que tous leurs ouvriers, se sont expliqués de la manière la plus nette et la plus positive.

Plusieurs faits, du reste, confirment l'exactitude et la sincérité de cette affirmation; depuis qu'on y fabrique le phosphore, l'établissement de la Guillotière n'a perdu qu'un seul ouvrier, mort après avoir eu le bras arraché par un cylindre qui sert à broyer les os. Tous les ouvriers qui, du ant cette fabrication, sont entrés à l'hôpital, étaient atteints d'affections qui n'avaient aucun rapport avec les maladies observées dans la fabrique d'allumettes chimiques. Tous, après leur guérison, sont venus reprendre leur travail ordinaire. Depuis un an, aucun ouvrier de la fabrique de phosphore n'a été forcé d'interrompre ses occupations habituelles pour entrer à l'hôpital. Bon nombre de ces ouvriers sont employés depuis cinq ou six années à la distillation et au mélange du phosphore, et n'ont toutefois jamais cessé de jouir de la santé la plus complète et la plus florissante. C'est ce qui résulte de l'interrogatoire que j'ai fait subir individuellement aux ouvriers de cette fabrique.

En témoignage de l'exactitude de ces faits, je crois, du reste, devoir rapporter ici, quoique très-succinctement, une partie des résultats de cet interrogatoire.

Obs. I. — Laurent (Pierre-Napoléon), âgé de 35 ans, d'une bonne constitution, travaille depuis trois ans et demi à la fabrique de phosphore. Durant ce temps, il n'a cessé d'être employé à la distillation de ce produit. Au commencement, les vapeurs le faisaient tousser, mais il s'y est promptement habitué. Pendant quelque temps il a éprouvé quelque malaise (c'était quand on employait des acides sulfuriques arsénifères), mais cela n'a pas eu de suite. Sa santé, au lieu d'être altérée par son travail, n'a fait que s'affermir davantage. Sur la demande faite audit Laurent, s'il est à sa connaissance que quelques ouvriers soient tombés malades pour avoir travaillé à la préparation du phosphore, il répond négativement, sans hésiter; il se rappelle seulement que le nommé Séraphin, que les vapeurs du phosphore faisaient tousser, a quitté la distillation pour être employé à un autre travail de la fabrique; mais il n'était pas malade au moment de ce changement d'occupation.

Obs. II. — Fillozat, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, travaille à la distillation du phosphore depuis trois ans et demi. Il a un peu toussé dans le commencement; mais il n'a pas été malade et n'a cessé de jouir d'une excellente santé. Il n'a pas connu d'ouvriers devenus malades par l'action des vapeurs phosphorées.

Obs. III. — Perrin, âgé de 30 ans, d'une constitution délicate, travaille depuis peu de temps à la distillation. Il a toussé au commencement, quand les vapeurs phosphorées devenaient abondantes: mais la toux cessait complétement dès qu'il quittait l'atelier. Il a conservé le même appétit qu'en entrant à l'atelier de distillation. Aujourd'hui il ne tousse plus.

Obs. IV. — Bourret (François), âgé de 49 ans, d'un tempérament bilieux, était en bonne santé lorsqu'il est entré à l'atelier de distillation en 1840. Depuis, il n'a cessé d'y travailler, et n'a pas été malade un seul instant; il n'a connu aucun ouvrier atteint d'une maladie des os de la mâchoire. Il n'en a pas vu que les vapeurs de phosphore aient rendu malade; il se rappelle seulement que le nommé Bodin est entré à l'hôpital, où il est resté deux mois.

Comme Bodin est absent, on fait venir plusieurs ouvriers pour avoir des renseignements sur son compte; il résulte de ce qu'ils rapportent que Bodin a travaillé trois ans à la distillation avant de tomber malade; que sa maladie a été causée par un refroidissement; qu'enfin il s'est remis à la distillation en sortant de l'hôpital, et n'a cessé d'y travailler jusqu'à ce jour sans en éprouver la moindre fatigue.

Obs. V. — Lacroix, âgé de 36 ans, d'un tempérament sanguin, est entré depuis sept ans à la fabrique, et travaille depuis six ans et demi à la distillation du phosphore. Il se portait bien lorsqu'il a été admis dans l'établissement et n'a jamais été malade, si ce n'est pendant quinze jours, à la suite d'un refroidissement. Depuis, il n'a cessé de se bien porter.

Obs. VI. — Jacquemin, âgé de 22 ans, d'une constitution sanguine, vigoureuse. Depuis 1841 il travaille dans l'établissement. Il a d'abord été employé à la fabrication de la gélatine. Depuis le mois de février 1845, il n'a cessé de mouler du phosphore et n'en a jamais éprouvé le moindre inconvénient, si ce n'est qu'il s'est enrhumé quelquefois, par suite de l'obligation que lui impose son travail de plonger continuellement les bras dans l'eau froide. Il n'est pas à sa connaissance que des ouvriers travaillant au phosphore aient été atteints de maladie des mâchoires ou de toute autre affection pouvant être attribuée à l'influence des vapeurs phosphorées.

Obs. VII. — Valéry-Mouillerat, âgé de 18 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution. Cet ouvrier travaille au moulage depuis six mois: il n'en éprouve d'autre indisposition que des rhumes causés par le contact de l'eau froide. Valéry-Mouillerat n'a pas connu d'ouvrier qui soit tombé malade pour avoir travaillé au phosphore.

Obs. VIII. — Gagne (Benoît), âgé de 25 ans, a moulé du phosphore pendant

---

Ces observations nous paraissent en tout applicables à l'espèce humaine et à la pluralité des familles des animaux.

Voici, au surplus, comment s'exprime, au sujet des caractères héréditaires, le Journal des haras: « Un principe établi par la science, c'est que la jument détermine en grande partie le genre du cheval que l'on veut produire; que l'étalon ne fait que perfectionner les formes du moule et donner au produit l'énergie et la vitesse dont il est doué. Ainsi elle constate que le *pur sang* versé sur une poulinière bien forte et bien membrée, fait de beaux et bons carrossiers; qu'avec une jument moyenne il fait des chevaux de chasse et de selle, et qu'avec une jument légère il fait des chevaux de course (1). »

Les Arabes, chez lesquels l'amour des chevaux est un précepte de religion, et qui rattachent la prospérité de leur nation à la conservation de leur race chevaline, semblent faire beaucoup plus de cas des juments que des chevaux, sous le rapport de la reproduction. Tous faits qui valident notre théorie: ainsi, une croyance en pleine vigueur chez eux est que Mahomet possédait cinq juments desquelles descendent les cinq familles de leurs chevaux les plus estimés. On peut voir aussi, dans les actes de naissances qu'ils dressent de leurs chevaux que c'est toujours de la mère que l'on parle; que c'est à elle que l'on rattache l'origine des nobles créatures dont le prophète a dit: « Leur sein est un coffre d'or, et leur dos un siége d'honneur (2). »

(1) Cardini, Dict. d'hippiatrique et d'équitation, p. 633, *Influence des reproductions*. Paris, 1845.

(2) Cardini, *Id.*, art. *Race*, p. 594.

Les observations dans les bêtes ovines, eu égard à la rapidité avec laquelle se succèdent les générations, ont été aussi faciles que nombreuses; elles sont en pleine harmonie avec nos opinions. Je lis à ce sujet, dans la Maison rustique du dix-neuvième siècle (1), que, « en alliant entre eux les animaux perfectionnés (moutons provenant de bêtes fines et de bêtes communes), on doit craindre sans cesse que le type maternel de la brebis commune ne reprenne le dessus, aux dépens des qualités du père.

» On n'évite ce danger qu'en éloignant constamment de la reproduction les béliers métis, et en ayant soin de renouveler constamment les étalons de pur sang sur qui l'on peut compter.

» Le cultivateur qui se laisserait séduire par la facilité du métissage et par ses prompts résultats, et qui concevrait l'espoir de pouvoir par ce moyen entretenir un troupeau de prix sans être obligé de renouveler sans cesse l'achat de béliers reproducteurs, courrait le risque de voir ses espérances déçues par la tendance que conservent ces animaux à redescendre sans cesse vers le type maternel (2). »

(1) Tom. II. p. 520, art. de M. Élisée Lefèvre. Paris, 1837.

(2) M. Elzéar Blaze, le spirituel historien du chien, raconte qu'une louve, habituée de jeunesse à vivre avec un chien braque, voulut bien recevoir ses caresses; quelques animaux métis en naquirent. Cela eut lieu chez M. de Spontin, qui envoya un mâle et une femelle de ces *loups-chiens* à Buffon. Ils s'accouplèrent entre eux à l'âge de 2 ans et 7 mois, il en résulta quatre petits. Pendant deux ou trois générations qui suivirent, on observa que ces animaux étaient

deux ans, et n'en a éprouvé aucune espèce d'inconvénient. Durant ce temps, il a été atteint d'une maladie syphilitique, que les vapeurs du phosphore n'ont point aggravée. Il n'a connu aucun ouvrier atteint de maladie des os maxillaires ou de toute autre maladie pouvant être attribuée aux vapeurs phosphorées; il se rappelle seulement qu'un nommé Rouget, atteint d'un ulcère vénérien au voile du palais, éprouvait quelque douleur par le contact irritant des vapeurs phosphorées.

Obs. IX. — Malvet (Claude), âgé de 58 ans. Il travaille depuis six ans et demi au toilement des os calcinés par l'acide sulfurique. Pendant ce temps, il n'a pas été malade, et n'a éprouvé que quelques rhumes causés par le froid.

Les renseignements qui précèdent ne peuvent laisser de doute sur l'innocuité bien réelle des vapeurs phosphorées. Il résulte, en effet, de tout ce que l'observation a appris dans la fabrique de phosphore de la Guillotière, que ces vapeurs n'ont donné lieu à quelques accidents que lorsqu'elles étaient arsenicales, par suite de l'emploi d'un acide sulfurique arsénifère dans la préparation du phosphate acide de chaux.

Pour compléter ces renseignements, j'ai pensé qu'il serait utile de faire une enquête semblable à la précédente dans les principales fabriques d'allumettes chimiques de Lyon et des environs. Voici quels ont été les résultats de ces nouvelles investigations relatives à l'influence des vapeurs phosphorées :

1° M. Chinard, habitant le faubourg de Vaise, près de la gare, y a élevé, depuis huit ans, une fabrique d'allumettes chimiques. Pendant longtemps il a employé quarante ou cinquante enfants qui travaillaient dans l'atelier même où se préparait la pâte phosphorée, où l'on trempait les allumettes dans cette pâte, et où elles étaient mises en paquets après leur dessiccation. Aucun de ces enfants, de même qu'une dizaine d'hommes ou de femmes adultes qui restaient toute la journée, comme les enfants, au milieu des vapeurs phosphorées, n'a été atteint de maladie des mâchoires ni d'affection des organes pulmonaires pouvant être attribuée à l'influence de ces vapeurs. Quelquefois cependant elles causaient un peu de toux par les temps humides, où elles formaient alors une sorte de brouillard au milieu de l'atelier. Loin de nuire aux ouvriers, ces vapeurs en ont guéri plusieurs qui étaient atteints de gales anciennes, de dartres et d'autres maladies de la peau.

Plusieurs ouvriers travaillant depuis longtemps dans la fabrique de M. Chinard ont confirmé l'exactitude de ces renseignements.

2° MM. Bardet frères, fabricants d'allumettes chimiques, rue du Bœuf, à Lyon, connus par l'excellence des produits de leur fabrique, n'ont vu, comme M. Chinard, aucun des ouvriers qu'ils emploient être atteints de nécrose des os maxillaires ou de maladie grave de l'appareil respiratoire. Ils affirment de la manière la plus positive que les vapeurs phosphorées n'exercent aucune influence fâcheuse sur les ouvriers employés à la préparation des allumettes chimiques. Depuis huit ans, les deux chefs de l'établissement préparent eux-mêmes la pâte phosphorée, et n'ont jamais éprouvé le moindre inconvénient de ce travail; aussi ont-ils été fort étonnés en apprenant, par les journaux, que la fabrication des allumettes chimiques donnait lieu à des maladies graves dans quelques fabriques de Vienne (en Autriche) et de Paris.

3° M. Crolas, pharmacien, qui a élevé au faubourg Saint-Just, près Lyon, une grande fabrique d'allumettes chimiques, a bien voulu me donner par écrit les renseignements suivants, qui confirment complétement ceux que je viens de faire connaître.

« Le 1er mai 1836, j'ai créé mon atelier d'allumettes phosphoriques, dans lequel j'ai occupé pendant dix-huit mois de quarante à soixante ouvriers, depuis l'âge de 12 ans jusqu'à 30. Depuis 1838, le nombre de mes ouvriers a successivement diminué, mais j'en ai eu qui se sont constamment occupés de cette fabrication pendant trois, quatre et même cinq ans, sans en avoir ressenti la moindre indisposition. Seulement, quand le temps était brumeux, les vapeurs phosphorées ne pouvant se dégager et se dissiper aussi facilement que par un temps sec, quelques-uns prenaient une toux, qui passait ensuite quand le temps redevenait beau. Je connais bon nombre d'ouvriers *des Brotteaux* qui fabriquent des allumettes phosphoriques depuis sept ou huit ans. Ces gens sont dans une position qui ne leur permet pas d'avoir d'autre habitation que la chambre dans laquelle ils travaillent. Comme ils mangent et couchent dans leur atelier, ils vivent constamment au milieu des vapeurs phosphorées; aucun d'eux cependant n'a été atteint de nécrose des os maxillaires. »

Conclusions. — Des faits nombreux exposés dans ce mémoire, il résulte :

1° Que les émanations phosphorées n'exercent point sur les ouvriers les influences funestes qu'on leur a attribuées;

2° Qu'elles ne donnent lieu qu'à une irritation bronchique nullement grave, et qui disparaît bientôt par l'habitude qu'acquiert la membrane muqueuse pulmonaire du contact de ces vapeurs phosphorées.

Par ces conclusions fondées sur ce qui a été observé dans les fabriques lyonnaises, je ne prétends pas cependant infirmer l'exactitude des faits graves signalés dans les fabriques allemandes et dans celles des environs de Paris. Ces faits seulement doivent être attribués à d'autres causes qu'à l'influence des vapeurs de phosphore. Peut-être sont-ils la conséquence de l'emploi de l'*acide arsénieux* dans la composition de la pâte phosphorique. J'ai appris, en effet, de la manière la plus certaine, que, malgré la défense faite par le conseil de salubrité de Paris de ne point employer d'arsenic dans la composition des allumettes chimiques, beaucoup de fabricants en introduisent encore une quantité considérable, qui s'élève même jusqu'au quart du poids total des matières employées dans cette composition (1).

Ce qui a été observé dans la fabrique de phosphore de la Guillotière pendant que ce produit contenait de l'arsenic, et la certitude que j'ai acquise d'ailleurs que les fabriques d'allumettes de Lyon ne faisaient jamais usage d'acide arsénieux, rendent au moins très-probable l'opinion que je viens d'émettre sur la cause des accidents produits à Paris et à Vienne par la fabrication des allumettes chimiques.

L'action stimulante bien connue qu'exerce le phosphore sur les organes génitaux quand il est administré à l'intérieur, m'avait fait penser que les ouvriers exposés aux vapeurs phosphorées devaient être sujets plus ou

(1) Je tiens d'un jeune homme, qui a été récemment employé comme commis dans une maison de droguerie de Paris, qu'on y vend des doses préparées à l'avance pour la composition des allumettes chimiques. Ces doses sont formées de parties égales en poids de phosphore, de chlorate de potasse, d'acide arsénieux en poudre et de gomme arabique pulvérisée. L'acide arsénieux entre donc pour un quart dans cette composition.

Depuis la rédaction de ce mémoire, ce même fait m'a été confirmé par un commis-voyageur pour la droguerie : il m'a affirmé de la manière la plus positive que plusieurs droguistes de Paris vendent journellement de l'acide arsénieux aux fabricants d'allumettes chimiques.

Les lois qui régissent l'espèce humaine étant les mêmes pour tous, les résultats sont semblables. Là où Dieu a placé un type au commencement des siècles, il s'y trouve encore, malgré les croisements les plus multipliés : et ce qu'il y a de remarquable, c'est que ce n'est pas dans une étendue considérable de terrain que se trouvent des variétés de type qui se sont conservées, c'est au contraire dans des limites assez restreintes. Ainsi, un habitant des Pyrénées va vivre en Normandie; il y prend une femme du pays; sa postérité aura les caractères normands : si à la première génération il est resté quelque chose du Midi, les suivantes s'en dépouilleront entièrement. Un Picard deviendra le père de Champenois, et le Limousin dans sa descendance aura des Provençaux, selon les unions que feront les uns et les autres. Observations de tous les temps, et qui ont fait dire à Étienne Pasquier, se demandant ce qu'étaient devenus les caractères physiques des Francs établis dans la Gaule : *La Gaule fait des Gaulois* (1).

Ces observations sont bien loin de nous; et cependant, dans notre pays comme ailleurs, on remarque qu'après avoir traversé un grand nombre de siècles, les types sont restés les mêmes dans telle ou telle localité, qu'ils étaient par exemple il y a mille ou douze cents ans, etc., et cela malgré les croisements successifs, lesquels ont été le résultat de grands déplacements, de l'émigration de nombreuses peuplades, et de l'envahissement des peuples conquérants. C'est, encore une fois, parce que la mère impose au fruit de son union les caractères de la race à laquelle elle appartient, et que, s'il y a une modification, elle s'affaiblit avec le temps et finit par disparaître entièrement.

Il était impossible que des faits aussi palpables ne frappassent point les observateurs; aussi les historiens, quelques-uns au moins, les ont-ils recueillis. Je citerai M. Amédée Thierry, qui, dans sa savante Histoire des Gaulois, a pu de la sorte établir des races historiques (1). Edwards, dans une lettre aussi remarquable par le savoir que par l'esprit d'observation, consigne toutes les impressions qu'il éprouve en voyant dans telle ou telle contrée des types que des tableaux et des sculptures lui annoncent avoir existé un grand nombre de siècles auparavant. L'explication qu'il donne de ces faits, par exemple, ne nous paraît pas exacte; il ne prononce pas une seule fois le mot de type maternel.

plus loups que chiens, tant par le caractère moral que par les habitudes physiques. Ils n'aboyaient point, ils hurlaient; ils étaient sauvages, craintifs, farouches; ils fouillaient la terre avec le museau, et avaient cette odeur particulière qui fait fuir les chiens. (E. B., Histoire du chien chez tous les peuples du monde, p. 368. Paris, 1843.)

(1) Recherches sur la France, d'Estienne Pasquier. Paris, 1655, liv. I, chap. 7. Ce mot est également de M. Serres. J'obtins de sa bienveillance qu'il entendit la lecture de mon travail, et c'est à ce passage qu'il fit cette citation.

(1) M. Amédée Thierry dit, dans son introduction, que parmi les raisons qui lui ont fait composer son ouvrage, il y a celle qui a pour but de restituer à la race prise en masse sa couleur générale, et aux subdivisions de la race leurs nuances propres et leur caractère distinctif. Il désigne les deux principales races sous les noms de *Galls* et de *Kimris*. Paris, 1828.

moins à cette sorte de surexcitation; mais tous les renseignements que j'ai pris à cet égard m'ont conduit, à mon grand étonnement, je dois le dire, à un résultat complétement négatif.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ACTION DES PRÉPARATIONS D'OR SUR NOTRE ÉCONOMIE, ET PLUS SPÉCIALEMENT SUR LES ORGANES DE LA DIGESTION ET DE LA NUTRITION; par M. le docteur A. LEGRAND.

Ce fut avant de soumettre à l'Académie des sciences mon second mémoire sur l'application de la MÉTHODE AURIFÈRE AU TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES DES OS (1), que je pensai qu'il était convenable et qu'il y aurait avantage pour la science à essayer d'apprécier, sinon d'une manière rigoureusement exacte (il est souvent trop difficile de le faire), du moins approximativement, le mode d'action de l'or et de ses composés sur l'économie animale. Il me semble en effet que pour faire faire à la thérapeutique de véritables progrès, il ne suffit pas de dire que tel médicament a guéri telle ou telle maladie, dans telles circonstances, d'indiquer comment il faut l'administrer; on doit encore faire connaître de quelle façon ce même médicament a modifié l'économie du malade, quels secours il a apportés aux forces médicatrices de la nature, et comment en dernier lieu il a réagi sur la maladie et sur ses causes. Je sais parfaitement bien que cette manière d'envisager les agents thérapeutiques est hérissée de difficultés; mais aussi que d'avantages à procéder ainsi! C'est alors que la thérapeutique deviendrait une véritable science, au lieu d'être de l'empirisme. Un médicament ainsi étudié ne serait plus seulement un spécifique, mais le praticien trouverait à tous moments l'occasion d'en faire des applications nouvelles et heureuses. Ai-je besoin de rappeler ici que c'est dans cet excellent esprit qu'est rédigé le formulaire publié par M. le professeur Magendie?

Déjà depuis fort longtemps je possède des faits qui mettront en lumière une des plus belles propriétés de l'*or médicament*, propriétés que j'ai déjà indiquées dans les lignes suivantes de l'ouvrage que j'ai publié sur l'emploi de ce métal dans le traitement des maladies syphilitiques (2).

« L'or est un médicament excitant; cette excitation, toujours douce au
» début quand elle est produite par des doses convenables, est d'abord re-
» çue par les organes de la digestion. L'estomac, quelque affaibli, quelque
» délabré qu'il soit par une cause quelconque, reprend promptement de
» l'activité par l'administration des premières doses des préparations auri-
» fères; l'appétit augmente quelquefois d'une façon incroyable, les fonc-
» tions digestives sont régularisées, l'assimilation, la nutrition, commencent
» à se faire mieux. Cet effet se soutient et ne se change jamais en une ac-
» tion malfaisante, et nous voyons tous les malades auxquels nous admi-
» nistrons ce métal prendre de l'embonpoint. De là un bien-être général
» qui se répand dans toute l'économie, qui fait que les malades se sentent
» contents et a fait dire de l'or qu'il a des propriétés *hilarantes!* Aussi
» l'or sera-t-il toujours efficace lorsque la vitalité, épuisée par de longues
» souffrances, se refuse à tout effort conservateur (1). »

C'est donc indépendamment de toute application de la méthode aurifère au traitement spécial de telle ou telle autre maladie, que j'examinerai dans ce mémoire l'action que peuvent exercer les préparations aurifères sur les organes de la digestion, de l'assimilation et de la nutrition. Mais avant d'exposer les faits qui tendront à démontrer cette action favorable de l'or sur ces organes, faits qui, je crois, ne seront pas dépourvus d'intérêt, ne serait-il pas à propos de rechercher si l'on ne trouve pas dans les auteurs anciens des notions, non pas vagues, mais précises sur cette manière d'agir de l'or? Voici le résultat de quelques recherches entreprises à ce sujet, et que j'ai rendues aussi complètes que possible (2).

Cette propriété si remarquable de l'or de rendre aux organes de la digestion une énergie nouvelle, de relever les forces vitales, avait été reconnue dès le seizième siècle. Les médecins de cette époque en la signalant n'ont pas seulement répété ce qu'en avaient dit les médecins grecs et arabes, mais ils paraissent avoir reconnu à l'or cette propriété par leurs expériences directes.

Ainsi Lœvinius Lemnius (3), au chap. VI du livre III de l'ouvrage qu'il a publié SUR LES MIRACLES SECRETS DE LA NATURE (4), s'exprime dans les termes suivants en parlant de ce métal : « Quod si laminas aurique segmen-
» ta ac bracteas carnibus elixis admiscere libeat, atque hujus liquamen va-

(1) Dans ce second mémoire, il n'est question que des scrofules qui ont porté leur action désorganisatrice sur les os et les articulations. Ce mémoire a été renvoyé à des commissaires dont j'attends le rapport sans impatience, désireux que je suis de soumettre au même corps savant de nouveaux faits aussi concluants que ceux qu'il renferme déjà, et qui, pour ces derniers, ont aujourd'hui reçu, quant à la solidité de la cure, la sanction du temps.

(2) DE L'OR, de son emploi dans le traitement de la syphilis récente et invétérée;

DU MERCURE, de son inefficacité et des dangers de l'administrer dans le traitement des mêmes maladies : *avec une appréciation du traitement antiphlogistique.*

Précédé d'un rapport verbal fait à l'Académie des sciences par M. le professeur Magendie.

Un vol. in-8°. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

(1) Un médecin de Copenhague s'est amusé à rechercher l'influence qu'exerce sur nos facultés morales et intellectuelles l'usage de certaines substances, et j'y trouve cette appréciation des effets de trois médicaments employés dans le traitement de maladies qui ont été l'objet, de ma part, de nombreuses recherches.

1° L'ARSENIC, à des doses infiniment petites, bien entendu, détermine la tristesse;

2° LE MERCURE cause une grande paresse;

3° Mais L'OR donne de la bonne humeur.

(2) On voit que je n'avais point attendu les observations qui m'ont été adressées plus tard pour rechercher quel était l'état de la science sur la question qui m'occupe, au moment où je voulais donner de la publicité à mes propres travaux.

(3) Lævinius Lemnius naquit en Zélande, l'an 1505, à Zierik-Sée, et il y mourut chanoine en 1565, après y avoir longtemps exercé la médecine. Avant d'entrer dans les ordres, il avait eu un fils, Guillaume, qui fut premier médecin d'Éric XIV, roi de Suède, et qui fut condamné à mort dans la même année où mourut son père.

(4) LEVINI LEMNII MEDICI ZIRIZÆI OCCULTA NATURÆ MIRACULA, etc. 2e édit. Un vol. in-8°. Anvers, 1564.

Suivant lui, « quand les races diffèrent le plus possible, comme lorsqu'elles ne sont pas de la même espèce, telles que l'âne et le cheval, le chien et le loup ou le renard, leur produit est constamment métis. Si, au contraire, elles sont très-voisines, elle peuvent ne pas donner naissance à des mélanges et reproduire les types purs primitifs (1). »

Si l'explication donnée par Edwards n'est pas exacte, ses observations n'en sont pas moins pleines d'intérêt. En le suivant l'histoire à la main, on retrouve, dans les diverses contrées qu'il parcourt, tel ou tel peuple dont la descendance vit encore aujourd'hui. Je ne sais, par exemple, comment il explique que le plus petit nombre s'éteint dans le plus grand (2); tandis que, au moyen de notre théorie, il est facile de comprendre que des hordes entières, en contractant des mariages dans des contrées étrangères, finissent par laisser à leur postérité les caractères propres à la race des femmes de la localité. Edwards suppose encore que les peuples, quelque nombreux qu'ils soient, qui ont fait une excursion dans un pays, en ont été chassés ou entièrement détruits; et c'est ainsi qu'il s'explique l'absence en Italie de traits qui rappelleraient les Visigoths, les Vandales, les Huns, les Hérules, les Ostrogoths, etc. (3). Qu'ils en aient été chassés et détruits en partie, cela est possible; mais nous ne croyons pas que, pendant tout le temps que ces invasions ont duré, ils n'aient point contracté d'unions dans le pays, et que les résultats que nous avons signalés n'aient fini par survenir : c'est là, suivant nous, la véritable explication.

La femme est si bien conservatrice du type de sa race, que, plus puissante que l'homme, elle en transporte avec elle les caractères d'une contrée dans une autre (1). Ainsi, il est un fait généralement admis, et d'ailleurs trop palpable pour être mis en doute, c'est que les Turcs, primitivement fort laids, ont été considérablement améliorés par les Mingréliennes et les Circassiennes, que l'on sait être de fort beaux types, qu'ils vont constamment chercher pour en faire leurs épouses. Cependant, comme cette importation ne s'applique pas à tous, le type indigène s'est conservé par les femmes, de concert avec celui que les belles étrangères ont importé.

Il est regrettable que les naturalistes ne se soient point occupés de la question que nous essayons de traiter; car nulle part nous n'avons rien vu sur la matière. Il y aurait des observations très-importantes à faire au sujet des alliances des blancs et des noirs. Malheureusement, je n'ai rien pu découvrir qui me parût propre à éclairer la question.

(1) Edwards, *loc. cit.*, p. 26.

(2) Edwards, *loc. cit.*, p. 63.

(3) *Id.*, 39.

(1) Les négresses nées en Europe conservent l'aptitude à être réglées de bonne heure. Il en est de même dans un sens inverse, des femmes créoles qui, nées dans un climat très-chaud, conservent sous ce rapport les conditions physiologiques de leurs mères. M. Raciborski a connu quelques femmes anglaises nées aux Indes, et qui avaient été réglées vers l'âge de 14 à 15 ans, comme si elles étaient nées en Angleterre, et qu'elles n'eussent jamais quitté leur pays. (Voir la note B., mise par M. le docteur Cerise, à la suite du livre de Roussel, sur LA FEMME, p. 334.

» letudinariis exhibere, dici vix queat quantopere vires ac vitales spiritus » erigat. Quocirca macie tabeque confectos, aut immoderatâ venere ex- » haustos ac delassatos hujusmodi decoctis reficio, viresque instauro (1). »

Je retrouve encore dans un vieux TRAITÉ DE CHIMIE (2), publié à Lyon, en 1566, par G. Sauvageon, docteur-médecin, agrégé au collége des médecins de Lyon, des idées semblables sur les propriétés de l'or, mais mieux définies, et annonçant surtout des connaissances plus exactes sur cette matière.

Après avoir décrit la dissolution de l'or dans l'eau régale, il indique comment on obtient un précipité en versant dans la liqueur aurifère *goutte à goutte, autant d'huile de tartre par défaillance* (3) *qu'il suffira pour faire la précipitation.*

Voici, selon notre auteur, les propriétés de cette poudre, qui n'est rien autre chose qu'un mélange d'or divisé et d'oxyde d'or : « *Elle a une vertu* » *cardiaque, elle corrobore le cœur, avec lequel elle a une occulte* » *sympathie, et on lui attribue encore celle de provoquer les sueurs,* » *atténuant les humeurs qui obsèdent le cœur* (4). »

Enfin le même auteur ajoute plus loin que l'*or potable*, dont il donne une recette qui n'aurait probablement pas les suffrages des chimistes modernes, *retarde la vieillesse.* Il termine en disant que Septalins, célèbre médecin de Milan, où il mourut en 1633, après avoir été nommé à 81 ans protophysicien de cette ville, *préfère la solution chimique de l'or à toute autre manière de le préparer;* ce qui montre que Septalins employait l'or dans sa pratique. Je dois faire ici observer que, pour les auteurs que je viens de citer, mais surtout pour les deux premiers, il ne peut point y avoir de doute, et qu'ils donnaient bien réellement de l'or à leurs malades, le premier à l'état métallique, mais dans un état de division peut-être insuffisant; mais pour Sauvageon, il administrait bien certainement à ses malades de l'*or divisé* et de l'*oxyde d'or par la potasse.* Quant à Septalius, le doute est aussi difficile ; car les expressions qu'il emploie sont formelles, la formule qu'il indique n'avait rien de compliqué, et la solubilité de l'or dans l'eau régale était un fait bien connu de son temps et même antérieurement. On s'étonne qu'après des notions si précises, si nettement formulées, les médecins et les chimistes qui ont succédé aux auteurs que j'ai cités, *tout en professant les mêmes opinions sur les propriétés médicales de l'or*, aient cessé de l'administrer directement (1), ou bien aient adopté des formules si extraordinaires que le doute vient nécessairement à l'esprit du lecteur, d'abord sur la présence du métal dans le médicament administré, puis sur la réalité de ses propriétés. De là sans doute cette réaction que je crois devoir combattre sans jamais avoir la pensée de vouloir présenter l'or, pas plus que tout autre médicament, comme une espèce de *panacée* qu'on pourrait administrer dans presque toutes les maladies, mais comme un agent thérapeutique dont on peut retirer, dans certains cas donnés, d'incontestables avantages.

J'arrive aux observations qui doivent servir de corollaire à tout ce qui précède, en faisant observer que, dans tous les cas que je vais rapporter, l'or n'a jamais été administré en vue de combattre un principe morbide quelconque.

(1) « Si l'on mêle à la viande cuite des feuilles, des parcelles, des fragments d'or, et qu'on donne ce mélange aux personnes valétudinaires, il est difficile d'exprimer combien il relève les forces vitales. C'est à l'aide de ce moyen que je rétablis les personnes atteintes de marasme, tombées en consomption ou épuisées par l'abus des plaisir vénériens et que je leur rends toute leur vigueur primitive. »

(2) TRAITÉ CHIMIQUE contenant les préparations, usages, facultés et doses des plus célèbres et usités médicaments chimiques. Un petit vol. in-12.

(3) C'est un liquide qui contient plus de la moitié de son poids de carbonate de potasse pur et quelque traces de chlorure de potassium. (SOUBEIRAN.)

(4) Il faut rapporter à l'estomac tout ce qu'à cette époque on disait du cœur.

(5) Lemery, esprit exact et froid, n'a pas peu contribué à propager le doute au sujet des propriétés médicales de l'or, et cependant, ainsi que nous le verrons plus tard, il en conseille l'emploi dans certains cas. Voici comment il s'exprime (COURS DE CHIMIE, in-4°, Paris, 1757) au sujet des propriétés de ce métal et de son administration pour ainsi dire de *seconde main* : — « Je sais bien qu'on » publie des histoires pour prouver que l'or communique ses vertus dans » le corps de ceux qui l'ont avalé, et entre autres de plusieurs personnes » qui, ayant mangé des chapons qu'on avait nourris d'une pâte faite avec des » vipères et de l'or, avaient été guéries de plusieurs maladies ; mais on a bien » plus lieu d'attribuer cet effet aux vipères qu'à l'or, puisque nous savons par » expérience que les vipères étant prises par la bouche sans mélange, produi- » sent divers effets sensibles, et que nous n'en remarquons pas quand l'or a été » pris seul. » Ainsi, on le voit, Lemery nie ici les propriétés de l'or qu'il admet plus loin, et il proclame les avantages de la chair de vipère, avantages auxquels personne (excepté moi peut-être) ne croit plus ! — Je ne finirai pas cette note sans faire observer que cette méthode qu'on préconise aujourd'hui, et qui consiste à mêler divers médicaments aux aliments des animaux pour donner à leur lait certaines propriétés, n'est pas nouvelle. Quelle est, du reste, sa valeur réelle? Je l'ignore.

APPÉTIT PRESQUE NUL ; FORCE MUSCULAIRE TRÈS-FAIBLE ; AMÉLIORATION CONSIDÉRABLE OBTENUE PAR 15 CENTIGRAMMES D'OR DIVISÉ.

OBS. I (2). — Le jeune K..., d'un tempérament très-lymphatique, ayant quelques dispositions au rachitisme, une dentition très-difficile, puisqu'il ne pouvait lui percer une dent sans qu'il eût des convulsions violentes, ne marchait point encore à la fin de l'année 1829, quoiqu'il eût alors près de deux ans. Cet état de faiblesse générale ne pouvait du reste qu'augmenter, vu le faible appétit de l'enfant. Je lui prescrivis 3 grains d'or divisés en douze doses, dont il prit une chaque matin à jeun dans un peu de miel. Dès les premières doses, l'appétit fut meilleur, et il était excellent à la fin de ce court traitement. La santé générale se ressentit de suite de cet heureux changement; le teint, qui était fort pâle, s'anima, et le jeune K... commença à marcher.

J'aurais voulu sans doute qu'on continuât encore l'usage de l'or ; mais quoiqu'on s'y soit refusé par des motifs étrangers au médicament et à moi, l'impulsion favorable donnée à l'économie a produit d'heureux résultats ; car, dans les premiers jours de janvier 1830, K... marchait parfaitement bien seul, et sa dentition continuait de se faire, mais avec plus de facilité.

Comme on le pense bien, un traitement aussi peu prolongé n'a pas détruit la disposition au rachitisme que j'ai signalée, et plus tard il a fallu soutenir un des pieds par un brodequin mécanique.

Quoi qu'il en soit, cette courte observation prouve déjà l'action bienfaisante de l'or métallique sur les organes de la digestion et de l'assimilation ; elle sera sans doute bien mieux prouvée par les deux observations suivantes.

(1) Toutes les observations contenues dans ce mémoire ont été prises dans ma pratique.

Je serais curieux de savoir ce qu'il adviendrait de mulâtres, c'est-à-dire d'enfants d'un père nègre et d'une mère blanche, et *vice versâ*, se mariant entre eux, et ce que avec le temps serait leur postérité. La mère étant blanche, les descendants reviendront-ils au type blanc? La mère étant noire, dans l'autre cas, la postérité retournera-t-elle au nègre? Edwards dit bien que dans le métissage les traces des nègres ou des blancs disparaissent vers la quatrième ou cinquième génération; mais il n'entre dans aucun détail (1). M. Lallemand, dans un de ses écrits, parle aussi du type noir qui est susceptible de s'effacer; mais, à ce qu'il paraît, avec une lenteur prodigieuse, laissant un brevet d'origine sur l'ongle; ce qui établit dans les colonies une aristocratie que nous n'avons pas ici, l'aristocratie de la peau. La question, dans ce cas, nous paraît complexe et bien digne de l'attention des gens à portée de l'étudier. Il est une loi posée par la nature, à laquelle elle ne déroge point, c'est que jamais un individu ne descend au-dessous de la classe à laquelle il appartient ; mais il ne lui est pas toujours interdit de s'élever. Le blanc étant supérieur dans l'animalité au nègre, il me semble alors possible, mais ce n'est qu'une conjecture, que les descendants d'un père blanc et d'une négresse, unis consécutivement entre eux, ne reviennent jamais au type nègre absolu; tandis que, au contraire, je crois que la postérité d'un nègre et d'une femme blanche retourne au type blanc, parce que c'était celui de la mère primitive. Si le fait est vrai, quel bien ne pourrait-on pas faire à la race nègre au moyen du croisement effectué avec des femmes blanches? Ce serait peut-être le cas où l'homme, ce dieu mortel, pour me servir du mot de Pythagore, pourrait se considérer comme un roi dans la nature, en appliquant son intelligence à un bienfait d'une quasi-création qui arracherait ses frères à un esclavage désormais impossible.

Le croisement semble dans la nature pourvu néanmoins qu'il s'effectue dans des genres très-rapprochés. Il paraît même une condition d'amélioration pour les nouveaux produits. La nature individuelle, la constitution du type aurait-elle besoin, pour maintenir sa vigueur, de se retremper en quelque façon dans l'organisation d'autrui, de lui donner du sien et d'en recevoir un échange? Nous sommes disposé à le croire.

Y a-t-il ici ce que nous avons dit exister pour les types de figures, pour lesquels évidemment la nature a admis le croisement en faisant ressembler les enfants à leurs parents du sexe opposé? Répétant ce que j'ai écrit plus haut des lois de la nature qui ne se spécialisent pas, je crois pouvoir dire que, si la nature a fait servir le croisement des traits du visage à la beauté physionomique, elle ne l'a probablement pas voulu, uniquement pour ce fait physiologique.

Les avantages du croisement sont consignés partout. Les agriculteurs savent que l'on améliore beaucoup les céréales par le croisement. Les jardiniers obtiennent aussi par ce procédé de beaux et bons produits. Il est inutile de dire ici que les croisements n'ont été aussi multipliés chez les animaux domestiques que parce que l'homme a trouvé son avantage à créer de nouvelles espèces. « Les métis, dit Virey, sont, en général, robustes et bien conformés, souples, agiles et nerveux, ce qui justifie l'opinion que le croisement des races perfectionne les

(1) Edwards, *loc. cit.*, p. 25.

AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL; EFFETS TONIQUES DU PERCHLORURE D'OR ET DE SOUDE A L'INTÉRIEUR.

Obs. II. — La petite Ernestine Rigot me fut présentée le 8 octobre 1830. En voyant les traits vieillis de sa petite figure, ses reins, ses fesses, ses cuisses, ses bras si maigres, ses mains décharnées, on lui aurait donné tout au plus 6 mois (elle en avait 18), et encore c'eût été un enfant de 6 mois fort chétif. De plus, elle toussait, avait les yeux malades, le dévoiement, et le ventre me parut plus développé qu'il n'aurait dû l'être; il paraissait cependant insensible à la pression. Des cataplasmes sur la poitrine et le ventre, de petits lavements émollients, l'eau d'orge, puis après un peu d'ipécacuanha, mais toujours un régime alimentaire extrêmement doux, dissipèrent ces accidents. L'enfant reprit un peu de gaieté, mais elle restait sans appétit. La nutrition ne paraissait pas se faire mieux qu'avant, puisqu'elle restait toujours aussi chétive; les chairs étaient aussi molles, les membres aussi faibles; le travail de la dentition, depuis longtemps suspendu, ne reprenait pas. C'est dans un semblable état de choses que, n'y voyant aucune contre-indication, je fis commencer l'usage du perchlorure d'or et de soude uni à la poudre d'iris (1), à la dose d'un trentième de grain (gr. 0,0016, ou un milligramme et demi environ), pris dans la première cuillerée de soupe.

Le 27 novembre, Ernestine n'avait encore consommé que 12 milligrammes de sel aurifère, et il y avait déjà dans son état un changement marqué. L'appétit était meilleur; avant, on avait toutes les peines du monde à lui faire manger des potages légers au maigre ou au lait, maintenant elle mange avec un plaisir marqué tout ce qu'on lui offre en aliments solides ou liquides, ses digestions sont faciles et ses garde-robes régulières. On voit en outre qu'elle a repris de la force et ses chairs sont moins molles. Le travail de la dentition marche de nouveau et paraît devoir se soutenir.

Je fis continuer le sel aurifère à la même dose pendant encore six semaines, de sorte qu'Ernestine en prit 10 centigrammes. L'amélioration obtenue alla toujours croissant, et à la fin de décembre, Ernestine n'était plus reconnaissable: c'était une petite fille bien potelée, à chair ferme et animée, pleine de gentillesse et de gaieté, se soutenant bien sur ses jambes et sur le point de marcher. Elle avait en outre deux ou trois dents de plus.

Je crus dès ce moment le perchlorure inutile et j'en fis cesser l'usage. Je ne me suis pas trompé dans mes prévisions, l'impulsion favorable donnée à la nature, toujours si puissante chez les enfants, s'est soutenue, et l'ayant rencontrée six mois plus tard, j'ai trouvé Ernestine fraîche, bien portante et à peu près de la force d'une petite fille de deux ans. Je n'ai pas depuis revu cette enfant.

Il peut paraître hardi au premier instant d'administrer à une si jeune enfant un médicament qu'on dit être aussi énergique que le perchlorure d'or et de soude. Tout en convenant que cette préparation aurifère est la plus active de toutes celles que j'emploie, je dirai que je ne lui reconnais pas tous les inconvénients qu'on lui a prêtés, et j'ajouterai qu'elle perd beaucoup de son activité par le mode d'administration. En effet, le sel aurifère, dont la dose est déjà si faible, se trouve en outre en grande partie décomposé par son contact avec des aliments avant d'être ingéré et par son mélange avec ces mêmes aliments, quand il a pénétré dans l'estomac. Et puis il faut dire que chez les enfants, et surtout chez des enfants affaiblis, l'administration des excitants a moins d'inconvénients qu'on ne le pense assez généralement. Sans doute les affections gastro-intestinales auxquelles ils sont sujets commencent la plupart du temps par être inflammatoires, mais cette période cède assez facilement aux émollients, et elle est suivie, comme en général toute excitation, d'un état d'atonie qui détermine la pâleur et le gonflement qu'on observe à la nécropsie dans la muqueuse gastro-intestinale, et celle-ci, dans cet état, supporte parfaitement bien l'action des médicaments excitants.

L'observation qui va suivre est le second cas où j'ai administré le perchlorure d'or dans le but de donner du ton à l'économie. Ce fait prouvera encore mieux que le précédent les bons effets et l'innocuité du sel aurifère.

MAIGREUR, PALEUR, FLACCIDITÉ DES CHAIRS, GRANDE FAIBLESSE MUSCULAIRE, FORCES DIGESTIVES PEU ACTIVES, DÉVOIEMENT; GUÉRISON PAR LE PERCHLORURE D'OR ET DE SOUDE A L'INTÉRIEUR.

Obs. III. — Gustave G..., venu au monde fort bien portant, fut immédiatement confié à une nourrice, qui peut-être ne remplissait pas toutes les conditions désirables. Soit cette circonstance, soit aussi des influences héréditaires, toujours est-il qu'à plus d'un an, époque où je le vis, cet enfant avait le teint blafard, ses chairs étaient d'une mollesse extrême, et il ne pouvait en aucune façon se soutenir sur ses jambes. Il avait un dévoiement continuel, le ventre était dur, ballonné, sensible. Je conseillai des cataplasmes de graine de lin sur le ventre, de grands bains, de l'eau d'orge très-légère pour boisson et pour tisane et une alimentation aussi douce et aussi réglée que possible. Ces moyens eurent le succès que j'en attendais; le ventre se détendit, devint souple, non douloureux, le dévoiement se calma. Mais les garde-robes étaient toujours liquides, la vie sans énergie, les chairs aussi molles et aussi décolorées et les jambes aussi faibles. Aussi voulut-on essayer dans les premiers jours d'octobre d'une alimentation plus substantielle. Mais quoiqu'on y fût arrivé graduellement, ce nouveau régime fit naître les anciens accidents et avec plus de gravité, puisque, outre les moyens indiqués plus haut, il fallut les combattre par une diète rigoureuse de quelques jours; après quoi, on le pense bien, l'enfant fut encore plus faible.

Cette extrême faiblesse, ce manque absolu d'énergie vitale, donnaient à la mère du jeune Gustave une inquiétude fondée pour la vie de son enfant, surtout au moment où l'on allait entrer dans une saison rigoureuse. Ce fut alors (20 octobre 1829) que tout en recommandant une alimentation douce et légère, je prescrivis le perclorure d'or et de soude mêlé à la poudre d'iris à la dose d'un trentième de grain (16 dix millièmes de gramme) pris tous les jours dans la première cuillerée de la soupe du matin. — A peine y avait-il huit jours que Gustave usait de ce moyen que déjà on pouvait observer des changements favorables dans son état; il avait plus d'appétit, plus de gaieté et ses garde-robes moins fréquentes étaient mieux liées.

10 novembre. Les effets toniques de l'or sont encore plus marqués. Gustave recherche avec avidité les aliments; il est très-gai, il digère parfaitement bien; ses garde-robes sont régulières et bien liées; ses chairs sont plus fermes, et il commence à engraisser.

Le 21 novembre, Gustave a fait quelques pas seul; les autres bons effets continuent. Je prescris le perchlorure à la dose d'un vingt-huitième de grain.

Vers la fin de ce mois, il se manifesta un peu de dévoiement que j'attribuai à de la surexcitation causée par le sel aurifère. Je le fis suspendre pendant trois ou quatre jours, et quand la quantité prescrite fut consommée, je revins à la première dose. Gustave a fait ainsi usage du sel aurifère jusqu'à la fin de décembre 1829, et en a consommé en tout 125 milligr. A cette dernière époque, il avait pris des couleurs, quoique toujours d'une blancheur éclatante; ses chairs étaient animées, fermes. Il avait beaucoup engraissé; il était d'une grande gaieté, d'un bon appétit, digérait parfaitement bien; enfin, il marchait seul. A ce même moment, le travail de la dentition, si en retard chez lui (puisqu'à 16 mois il n'avait point encore une seule dent), commença à s'établir.

(1) Le sel aurifère est mêlé à la poudre d'iris dans la proportion d'une partie de sel et de 3 parties de poudre d'iris, de sorte que 20 centig. du mélange forment 5 centig. de perchlorure.

---

individus, comme l'établissent Buffon et Vandermonde (1). »

Un mulâtre peut avoir pour père un homme grossier et sans esprit, pour mère une négresse stupide, et lui, être plus avantagé de la nature et plus intelligent que ses parents. C'est ce que confirme l'observation quotidienne.

Lorsque, au contraire, une famille s'ente toujours sur elle-même, elle semble user sa propre vie. Je suppose que c'est une des raisons pour lesquelles les législateurs ont défendu les mariages entre les proches parents.

Je sais aussi, pour l'avoir lu et l'avoir entendu professer, que la folie et autres affections nerveuses sont beaucoup plus communes dans les castes qui s'allient toujours entre elles. Telle est la noblesse qui, à part les conditions dans lesquelles elle vit, conditions si propres à surexciter le système nerveux, paraît fournir un plus grand nombre d'aliénés que les autres classes de la société.

Si le croisement est aussi favorable au produit, il ne l'est pas à beaucoup près aux agents qui l'effectuent, à la mère, par exemple.

La forme du bassin n'est pas la même dans les diverses races humaines: la matrice, dans la race caucasique, a plus d'ampleur que dans la race mongole et éthiopienne, partant le bassin est diversement conformé. Si une femme, appartenant à l'une de ces dernières races, vient à être fécondée par un homme faisant partie de la première, la fatigue sera extrême pour elle, et cela d'autant plus que la distance qui sépare les deux races sera plus grande, le moule n'étant pas approprié au fruit qu'il renferme. Dans ce cas même l'accouchement devient plus laborieux, et si ce travail de l'utérus est répété plusieurs fois, c'est toujours au détriment de sa santé et même de sa vie qu'elle semble céder à son enfant, parce qu'elle le place sur un degré supérieur à celui qu'elle occupe. Ce fait physiologique semblerait s'appliquer à la femme en général, lorsqu'elle donne le jour à un homme même de son espèce (1).

On trouverait peut-être, en appliquant ce fait d'observation à l'histoire, la raison pour laquelle tant de princesses, en passant dans le lit d'un prince étranger, ont été décimées.

Ces considérations, à une époque à laquelle l'industrie humaine tend à annihiler en quelque façon les distances, ne nous semblent pas dépourvues d'intérêt et d'actualité.

Nous sentons très-bien que nous n'avons fait qu'effleurer un sujet qui, pour être traité convenablement, exigerait des années et des volumes.

Dans cet ouvrage, nous ne pouvions et ne devions qu'établir un fait physiologique d'une haute portée, suivant nous, dans l'histoire de la femme. Alors nos réflexions, ainsi que nos preuves, devaient de toute nécessité nous ramener aux proportions ordinaires d'un chapitre.

(1) Virey, Hist. nat. du genre humain, t. III, p. 392.

(1) Il n'est pas rare de voir les juments avoir des couches très-laborieuses; cela pourrait tenir à ce qu'il y a presque toujours trop de supériorité de la part de l'étalon.

Le 1er juin 1830, Gustave continuait de jouir de la plus parfaite santé ; il avait un grand appetit, un bon sommeil, mais surtout une activité merveilleuse. Le travail de la dentition se continuait sans aucun accident. Malheureusement des convulsions violentes survenues à la suite d'une chute ont enlevé, le 1er octobre 1830, après trente-six heures de maladie, ce jeune enfant si bien fait pour inspirer le plus vif intérêt.

Les trois observations qui précèdent me paraissent déjà bien de nature à démontrer l'action que l'or exerce sur les organes de la nutrition. Cependant la première peut bien ne pas être suffisante pour convaincre tous les esprits que l'or métallique jouit de cette merveilleuse propriété, qu'on serait plus disposé à reconnaître dans le sel aurifère, mais en prétendant peut-être qu'elle réside tout entière dans le puissant acide qui sert de dissolvant à ce métal. C'est ce qu'on a dit, sans doute avec quelque raison, de l'*or potable* ou *teinture d'or de mademoiselle Grimaldi* et des *gouttes du général de La Motte* (1). Ces deux médicaments étaient très-employés vers le milieu du dix-septième siècle, et madame de Sévigné parle dans ses lettres de la manière la plus pompeuse de l'*or potable de mademoiselle Grimaldi*, qui était surtout administré dans l'extrême période des fièvres putride et maligne, aujourd'hui *fièvre typhoïde*, dans tous les cas où il s'agissait d'augmenter l'action du cœur et des vaisseaux, comme dans les *apoplexies séreuses*, dans les *paralysies qui proviennent du relâchement des fibres*, en un mot dans tous les cas où il s'agit d'animer et de fortifier ; enfin (ce que je n'ai point aussi bien compris) contre les *palpitations de cœur occasionnées par un sang trop épais et qui circule difficilement*. Il me paraîtrait plus raisonnable de conseiller ce même médicament dans les *palpitations des chlorotiques* si l'on n'avait pas les préparations ferrugineuses (1), qui laissent bien peu à désirer pour le traitement de cette maladie. Quant aux *gouttes du général de La Motte*, elles étaient surtout préconisées pour le traitement de la goutte, cette maladie des gens riches, et par conséquent si bien faite pour tenter la cupidité des *marchands de remèdes* de tous les temps.

Il est bien temps que je revienne à mes propres recherches ; j'y rentrerai par une observation qui, je l'espère, ne laissera aucun doute dans les esprits et convaincra les plus incrédules que l'*or métallique*, que l'*or administré en poudre*, est un des toniques les plus puissants qu'on puisse trouver.

(*La suite prochainement.*)

(1) Je vais donner ici, d'après Lemery (n. 1645, — m. 1715), la recette de ces deux préparations. — On prend 2 grammes d'or fin laminé et coupé en petits fragments, et on fait dissoudre à froid dans 65 gram. d'acide nitro-muriatique ; quand la solution est complète, on y ajoute 32 gram. d'huile essentielle de romarin. On laisse ce mélange en repos jusqu'à ce que l'huile essentielle ait acquis une belle couleur jaune et surnage l'eau régale, qui doit avoir perdu toute sa couleur ; on sépare ensuite les deux liqueurs, et à l'essence de romarin, qui reste chargée de toute la solution aurifère, on ajoute cinq fois son poids d'alcool rectifié. Ce mélange, reçu dans un matras fermé à l'aide d'une vessie mouillée, est mis en digestion sur un bain de sable pendant un mois ; au bout de ce temps, il aura pris une couleur pourpre et une saveur assez agréable, quoiqu'un peu amère et astringente.

Frédéric Hoffman (n. 1660, — m. 1739), ce qui prouve, je dois le dire en passant, que des esprits sérieux s'occupaient alors de cet agent thérapeutique, Frédéric Hoffman, célèbre médecin et chimiste distingué, préférait à l'essence de romarin l'huile essentielle de cannelle. Il en faisait dissoudre 4 grammes dans 12 gram. d'alcool rectifié ; il mettait ce mélange dans une cucurbite et y ajoutait 5 gram. de dissolution d'or aussi chargée que possible, et qu'il avait auparavant fait évaporer jusqu'à consistance sirupeuse. Il laissait le tout sur le bain de sable jusqu'à ce que la teinture fût devenue d'une couleur brune.

Si au lieu d'huile essentielle de romarin ou de cannelle, on se sert de la *liqueur éthérée de Frobénius* (TRANSACT. PHILOSOPH., ann. 1730) ou éther sulfurique pour enlever à l'eau régale l'or qu'elle tient en dissolution, on aura la liqueur si connue vers le milieu du même siècle sous le nom de *gouttes du général de La Motte*.

Enfin, à peu près à la même époque, un nommé Delahaye préparait et vendait des *gouttes d'or*, une *teinture aurifique*, un *elixir aurifique*, une *teinture d'or* ou *or potable*, qui, au dire du docteur Retz (NOUVELLES ET ANNALES DE L'ART DE GUÉRIR, POUR L'ANNÉE 1740), était un mélange d'or et d'antimoine. Retz considère comme chimérique et illusoire les merveilleuses propriétés que Delahaye attribue à sa préparation, dont je n'ai pas trouvé la formule, et que je ne comprends pas bien sur le simple énoncé de l'auteur des NOUVELLES.

Dans ces diverses préparations, l'or, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut (s'il en était pris), était pris en nature. C'est l'opinion de Macquer (n. 1718, — m. 1784), qui s'exprime ainsi (DICTIONNAIRE DE CHIMIE, 1778) : « Au reste, toutes » ces teintures d'or ne sont que de l'or en nature, extrêmement divisé et sus- » pendu dans une liqueur huileuse. Ainsi elles ne sont point, à proprement par- » ler, des teintures ; elles ne peuvent non plus se nommer *or potable* qu'autant » qu'on n'attache point d'autre idée à ce nom que celle de l'or nageant dans un » fluide et réduit en molécules assez fines pour pouvoir être bu lui-même sous » l'apparence d'une liqueur, ainsi que le remarque fort bien M. Baron dans son » édition de Lemery. » Macquer ajoute au sujet de ces mêmes préparations : « Il » est à propos d'observer que toutes celles dont on vient de parler contiennent » aussi une certaine quantité des acides de l'eau régale, et que, malgré cela, » elles sont sujettes à laisser déposer avec le temps une bonne quantité de l'or » dont elles sont chargées, à moins qu'elles n'en contiennent infiniment peu. Le » mélange de l'éther laisse en particulier déposer de l'or sous la forme métalli- » que, et cet or ainsi déposé est même très-brillant. »

Il faut reconnaître ici que Macquer, dans ses diverses suppositions, a fort approché de la vérité. En effet, dans les diverses opérations que je viens de relater, il se passe de véritables substitutions, qui trouvent leur explication dans la belle THÉORIE DES ÉQUIVALENTS CHIMIQUES qu'on doit à M. le professeur Dumas. Une partie du chlore de l'acide se substitue, dans des proportions qu'on pourrait sans doute déterminer, à l'hydrogène des huiles essentielles et de l'éther, et il les rend aptes à se combiner avec l'or, qui y reste alors en dissolution à l'état de sous-chlorure ; mais comme ce produit est peu sriable, vu le peu d'affinité du chlore pour l'or, celui-ci se précipite avec le temps à l'état métallique, ou à l'état d'oxyde s'il se combine avec l'oxygène de l'acide nitrique qui est décomposé. De là ces précipités d'aspect variable observés par Macquer. C'est donc à bon droit que ce dernier chimiste, que Lemery, que son annotateur Baron, que Retz et bien d'autres savants et médecins de la même époque ont pu émettre le doute que toutes ces liqueurs *aurifères* continssent réellement de ce métal. Ce qui est hors de doute, c'est qu'elles en contenaient d'autant moins qu'elles étaient employées à une époque plus éloignée du moment de leur préparation ; or si elles en contenaient encore alors, comme c'était à l'état métallique et précipité, il devenait peu probable que les malades en pussent prendre, puisque le métal, si divisé qu'il fût, devait gagner le fond des vases qui servaient à les administrer, avec d'autant plus de raison que si la *liqueur aurifère* offrait assez de consistance pour retenir le métal en suspension, il n'en était plus de même des boissons aqueuses qui lui servaient d'excipient. Je ne terminerai cependant pas cette longue note sans dire que si les malades prenaient de l'or, même à l'état métallique, cela ne pût et ne dût réagir sur leur santé d'une manière fâcheuse ou favorable.

(1) Ceci me rappelle que, chez une chlorotique dont la maladie avait résisté à l'administration des préparations ferrugineuses, je me suis parfaitement trouvé de combiner ces deux agents thérapeutiques. J'ai donné l'oxyde d'or par la potasse pour relever les forces vitales assoupies, quoique la malade fût une jeune fille de 20 ans, pour donner du ton à l'estomac, pour réveiller la puissance assimilatrice. Le fer alors digéré qu'on me passe cette expression), assimilé bien certainement, est venu rendre au sang ses qualités normales, et la guérison a été rapide et durable.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS, AU POINT DE VUE MÉDICAL, SUR LA FORME FERRUGINEUSE (CRÉNATE DE PROTOXIDE DE FER) DÉCOUVERTE PAR BERZÉLIUS, ET MINÉRALISANT ESSENTIELLEMENT LES EAUX DE FORGES (SEINE INFÉRIEURE) ; communiquées par M. CISSEVILLE, médecin inspecteur de l'établissement de Forges-les-Eaux.

On ne connaît généralement que deux classes d'eaux ferrugineuses naturelles, les sulfatées et les carbonatées. La découverte faite, il y a quelques années, dans les eaux minérales de Porla en Suède, par le professeur Berzélius, de l'acide crénique combiné avec l'oxyde de fer, et formant le crénate de protoxyde de fer, a nécessité l'admission d'une troisième classe appelée *eau ferro-crénatée*. L'étude de cette forme ferrugineuse, encore peu connue des praticiens, est digne de quelque intérêt au point de vue thérapeutique, maintenant que l'emploi médical du fer a pris une si grande extension.

L'acide crénique (substance organique azotée), reconnu ensuite dans quelques eaux minérales des Pyrénées, a été trouvé en grande quantité dans celles de Forges (Seine-Inférieure), lors de l'analyse chimique qu'en fit, l'année dernière, M. le professeur Henry, envoyé à Forges-les-Eaux pour cette opération par l'Académie royale de médecine.

Nous n'entrerons pas dans le détail des procédés employés pour les appréciations qualitative et quantitative de ce sel ferrugineux existant dans les eaux de Forges, et qui, plus connu, est appelé à occuper une place de quelque importance dans la thérapeutique médicale ; nous nous bornerons à faire observer que sur 500 grammes d'eau *intacte* prise à son point d'émergence, on trouve en crénate de fer dans la source

Cardinale.	0,0980
Dans la Royale	0,0670
Dans la Reinette.	0,0220

Les autres substances minérales analogues à celles qu'on trouve, en général, dans les eaux salines se composent de différents sulfates, chlorures

et nitrates à base alcaline; d'un crénate alcalin, de silice, d'alumine et de quelques traces d'un sel ammoniacal. Au nombre des substances gazeuses, l'acide carbonique en assez grande quantité, ainsi que des traces d'oxygène et d'azote, s'y rencontrent à l'état libre.

Les eaux de Forges sont essentiellement toniques; toutefois leur composition chimique indique qu'elles ne tirent pas uniquement leurs vertus du sel ferrugineux, récemment reconnu, qu'elle contiennent; mais que les autres substances salines et gazeuses, dont l'analyse y démontre la présence, leur communiquent aussi des qualités qui leur sont communes avec d'autres eaux minérales. Nous n'avons point à nous en occuper, maintenant qu'il ne s'agit que de faire ressortir la modification thérapeutique apportée dans les propriétés fortifiantes de l'oxyde de fer, combiné qu'il est dans les eaux de Forges avec l'acide crénique, qui est un des corps organiques dont la nature s'est réservé seule le secret de la composition. Cette modification sur l'économie animale est telle que les qualités astringentes et souvent styptiques du fer sont neutralisées, tandis que son action tonique est conservée et demeure intacte. La chimie, au reste, nous présente plus d'un fait analogue; ainsi tout le monde sait que le sulfate de magnésie, qui est un purgatif souvent employé, est composé de deux substances dont les propriétés toxiques de l'une (l'acide sulfurique) sont complétement annihilées par sa combinaison avec la magnésie. Il en est de même du chlorure d'oxyde de sodium (sel de cuisine) dont les composants, le chlore et la soude, ne seraient pas isolés introduits impunément dans l'estomac, et qui réunis sont indispensables à presque toute alimentation.

Cette neutralisation *naturelle* de l'action irritante du fer sur l'économie permet l'emploi de la forme ferrugineuse qui nous occupe à des personnes débiles qu'une excessive sensibilité des organes empêche absolument de faire usage de la plupart des préparations ferrugineuses artificielles. Ces dernières, en même temps qu'elles ont une saveur âcre et métallique très-désagréable, produisent souvent, à raison aussi de l'impureté de la matière première, une irritation plus ou moins vive sur le tube intestinal. Déjà plusieurs médecins, en présence de ces inconvénients qui se renouvellent fréquemment, n'ont pas hésité de les abandonner pour les remplacer par le crénate de fer *naturel* provenant des fontaines minérales de Forges, qui le contiennent dans des proportions que nous avons indiquées. Ce sel ferrugineux existe primitivement dans ces eaux, à leur point d'émergence, à l'état de protocrénate soluble, ou dissous à l'aide d'un excès de gaz acide carbonique; aussi ces eaux sont-elles parfaitement claires et limpides : qualités qu'elles ne perdent qu'en opposant à leur cours certains obstacles au moyen desquels le composé ferrugineux apparaît sous forme de flocons lanugineux, rouges ou rosés, plus légers que l'eau dans laquelle ils surnagent en s'enfuyant sous la main qui veut les saisir. MM. Chevallier et Henry, lors de la visite qu'ils ont faite de l'établissement de Forges, ont dit n'avoir rien rencontré de semblable dans l'espèce. Ces flocons, ramenés à l'état sec, ont donné à l'analyse chimique, pour 100 :

Acides crénique et apocrénique.	15 38
Sesquioxyde de fer.	84 62
	100 00

Voici dans quels termes M. Henry rend compte à l'Académie royale de médecine de la manière dont il pense que l'on peut utiliser le crénate de fer comme agent thérapeutique : « Déjà, sur l'avis exprimé par M. Chevallier, membre de l'Académie royale de médecine, qui avait reconnu également, dans le susdit dépôt, l'existence des acides crénique et apocrénique, on a eu l'idée d'utiliser ce produit comme succédané de l'eau minérale elle-même dans le cas où les malades voudraient en faire usage au loin, ou ne pourraient aller prendre les eaux sur place.

» J'ai applaudi à ce dessein; car, à mon avis, il doit représenter le produit naturel des eaux de Forges, et sa composition chimique étant connue, il devient facile au médecin d'en préciser l'emploi. »

Le *crénate de fer naturel* pourrait mieux, selon nous, être considéré comme le succédané des préparations ferrugineuses artificielles, que le représentant absolu des eaux de Forges qui, outre ce composé ferrugineux, tiennent aussi en dissolution divers sels à base alcaline qui les rapprochent des eaux salines, indépendamment des gaz acide carbonique et oxygène.

LETTRE SUR L'INFLUENCE DES COMPOSÉS INSOLUBLES DE CHAUX DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PHTHISIE TUBERCULEUSE ; par M. le docteur J.-H. JOSSWILL.

Funchal (Madeira), 4 septembre 1846.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

J'ai lu récemment, dans une publication anglaise, un extrait tiré de votre journal, où il est dit qu'un nommé Wanner, médecin à Salbin, a adressé à l'Académie des sciences une lettre relative à la phthisie. Ce médecin attribue la présence des tubercules pulmonaires à des matières calcaires déposées dans les poumons, et il ajoute que, dans les pays où l'on n'observe point la phthisie, on ne trouve aucune combinaison de chaux.

Si l'on accorde quelque valeur à cette théorie, que j'ai toute raison de croire fondée, il est juste que j'en réclame la priorité; car il y a près de deux ans que j'ai publié, dans le MEDICAL TIMES, une série de communications dans lesquelles j'ai, de la manière la plus évidente, donné comme mon opinion que la phthisie pulmonaire est toujours produite par les combinaisons insolubles de chaux déposées dans le tissu des organes, soit que cette substance y ait été introduite à l'état de solution, de dehors (avec l'eau qu'on boit, par exemple), ou bien que les phosphates solubles de ce minéral qui existent dans le sang en circulation se trouvent, par suite d'une diminution relative de la proportion du phosphore nécessaire pour les retenir en dissolution, réduits à l'état du sous-phosphate *insoluble*.

Agréez, etc.

QUELQUES OBSERVATIONS INTÉRESSANTES DE PLAIES PAR ARMES DE GUERRE ; communiquées par M. MARTENOT, chirurgien en chef de l'ambulance de Médéah.

Les observations qui suivent méritent peut-être d'être remarquées par la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue.

FRACTURE DE TOUS LES MÉTATARSIENS PAR UNE BALLE SUR UNE JEUNE ARABE AGÉE DE 6 ANS ; AMPUTATION PAR LE PROCÉDÉ DE CHOPPART ; GUÉRISON.

OBS. I. — Le 1er mai 1845, la colonne d'Orléansville, sous les ordres de M. le colonel Saint-Arnaud, eut un engagement assez sérieux. Dans la mêlée, un soldat du 2e bataillon d'Afrique, croyant apercevoir dans une broussaille un Arabe qui se cachait, tire à bout portant son coup de fusil. La balle fracasse latéralement le pied d'une jeune fille âgée de 6 ans, qui était portée dans les bras de sa mère, et lui enlève la partie charnue du talon de l'autre pied. S'apercevant de son erreur, le pauvre soldat s'empare de la malheureuse mère et de son enfant, et les amène à l'ambulance dont j'étais le chef.

Après avoir examiné attentivement les lésions, je reconnus que la balle était entrée au bord externe du cinquième métatarsien, les avait tous fracassés, et sortant par le bord interne, avait fait une énorme plaie contuse au talon de l'autre pied, sans intéresser le calcanéum. Je priai le docteur Strauss, aide-major au 2e bataillon d'Afrique, de venir m'aider de ses bons conseils pour l'opération que je me proposais de faire. La nuit commençait à nous couvrir de son ombre, et il fallut encore pratiquer l'opération sous la tente éclairée par des bougies que je fis allumer à cet effet.

Un infirmier mit la jeune fille sur ses genoux, je me plaçai moi-même à genoux, saisissant l'extrémité du pied de la main gauche, le pouce sur la face dorsale, et je désarticulai la partie antérieure en suivant en tous points les préceptes de Choppart; puis je plaçai trois points de suture pour obtenir, s'il était possible, une réunion immédiate.

Le talon de l'autre pied, après avoir été préalablement lavé et détergé, fut pansé à plat.

Le cinquième jour, nous arrivions à Ténès; je remis mes blessés entre les mains de M. Colmant, chirurgien en chef de l'hôpital. Le lendemain, à cinq lieues de cette ville, nos spahis, apercevant un burnous au milieu des broussailles, se précipitent dans la direction et ramènent ma pauvre amputée que sa mère emportait dans ses bras. La nuit précédente, elle s'était évadée de l'hôpital de Ténès avec son enfant, et tâchait de regagner sa tribu. Cette malheureuse, épuisée de fatigue, et voyant la colonne se diriger de son côté, avait fait marcher sa pauvre enfant en la traînant par la main. Les pansements faits aux deux pieds étaient souillés par la boue; je m'empressai d'examiner l'état des plaies, et je fus étonné de voir qu'il n'existait qu'un peu d'inflammation, et que les points de suture que j'avais appliqués quelques jours auparavant n'avaient pas déchiré la peau. J'employai de suite l'eau froide d'une manière continue, même pendant la marche de la colonne. Nous arrivâmes à Orléansville le surlendemain. Ma petite amputée resta encore cinq jours avec sa mère à l'hôpital, et retourna dans sa tribu le douzième jour après l'amputation.

La réunion avait été immédiate et la plaie s'était cicatrisée comme une plaie simple, sans suppurer.

La plaie du talon n'était pas encore guérie; on aurait désiré conserver cette petite plus longtemps, mais la mère, satisfaite d'un pareil résultat, voulut partir et emmena son enfant, que je n'ai jamais revue depuis.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN.

OBS. II. — Quelques jours après, un spahis nommé Lakal reçut à bout portant, près de l'appendice xyphoïde, un coup de feu chargé de deux balles. Dans le point diamétralement opposé, je sentis sous la peau une balle que j'enlevai de suite. L'ouverture d'entrée était fort large, et je ne pensai pas de prime abord qu'il y avait deux balles dans la plaie. Je ramenai mes blessés trois jours après à l'hôpital d'Orléansville. M. Habaïbi, chirurgien en chef de cet établissement, crut sentir un corps étranger à un pouce environ de l'ouverture que j'avais faite; il fit une incision et extirpa une seconde balle.

L'auscultation m'avait appris qu'il existait un peu d'épanchement à la partie inférieure du poumon gauche ; du reste, la respiration était libre ; il n'y avait pas de crachements de sang, seulement le malade ressentait de la douleur dans le lobe inférieur lorsqu'il faisait une forte inspiration. Je lui fis pratiquer deux saignées le premier jour et le lendemain ; aucun symptôme de péritonite ne se déclarait ; les fonctions de la nutrition s'exécutaient parfaitement, car le blessé, quoique soumis à une diète sévère, se faisait apporter à manger par ses camarades et fumait gravement sa pipe vers le troisième jour ; je le rencontrai même se promenant autour de la tente des blessés.

C'est dans cet état que je l'ai ramené à l'hôpital d'Orléansville, d'où il est sorti dix jours après, c'est-à-dire le seizième jour de sa blessure.

Il est évident que les balles n'avaient intéressé aucun organe important ; mais quand on réfléchit à la structure de cette partie du corps. On comprend difficilement que deux balles entrant à l'appendice xyphoïde ne lèsent ni l'estomac, ni le péritoine, ni l'œsophage, ni l'aorte abdominale, ni la colonne vertébrale, et se présentent sous la peau près des apophyses vertébrales, sans altérer gravement la santé du blessé.

Les ouvertures faites à la partie postérieure se sont cicatrisées d'une manière immédiate ; l'ouverture unique qui existait près de l'appendice a suppuré jusqu'au quinzième jour, et pendant tout ce temps Lakal n'a pas cessé de manger et de fumer.

Je l'ai revu souvent depuis : il n'éprouve plus ni gêne ni douleur.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR ARME A FEU ; GUÉRISON.

OBS. III. — Vilain, maréchal-ferrant aux spahis d'Orléansville, reçut à bout portant, dans la journée du 21 avril 1845, une balle qui lui traversa la poitrine de part en part. L'ouverture d'entrée était située près de la colonne vertébrale, au niveau de la sixième côte du côté droit, et la balle se présentait sous la peau près du sein du même côté. Après en avoir fait l'extraction, je fis pratiquer une forte saignée. La balle, qui était d'un calibre plus fort que celles de nos fusils français, avait fracturé la côte et s'était fait un trou très-large, entraînant avec elle des morceaux de vêtement et des fragments d'une trompette que ce soldat venait de placer sur son dos. Je le crus évidemment perdu ; malgré cela, à huit heures du soir, je m'aperçus que la saignée avait produit une grande amélioration ; la respiration, presque impossible aux premiers moments, commençait à reprendre un peu plus de liberté. Je fis faire une seconde saignée, qui fut encore renouvelée à quatre heures du matin, et le lendemain à six heures du soir. Après ces quatre évacuations sanguines, je commençai à concevoir l'espérance de sauver mon blessé.

Dix jours après, Vilain n'était plus dans un état désespéré ; je le remis à l'hôpital de Ténès, entre les mains de M. Colmant, qui continua jusqu'au bout à lui donner ses soins. Voici ce qui se passa : un vaste abcès se forma dans la cavité thoracique du côté droit, la respiration était presque interrompue, et Vilain allait succomber, quand tout à coup l'ouverture postérieure mal fermée donna issue à une immense quantité de pus qui entraîna avec elle des morceaux de burnous et de trompette. Cette suppuration abondante dura quinze à vingt jours, et Vilain put reprendre son service environ deux mois après sa blessure.

Me trouvant à Alger un an plus tard, je le rencontrai sur la place du Gouvernement, et je le présentai à M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée, à qui j'avais déjà envoyé cette observation.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE ; BALLE ENKYSTÉE DANS LE POUMON DROIT ; GUÉRISON.

OBS. IV. — Geoffroy, brigadier au 4e chasseurs d'Afrique, reçut, dans la journée du 21 mai, une balle qui pénétra dans le poumon droit, en traversant l'épaule de ce même côté, sans léser l'articulation scapulo-humérale ni les surfaces osseuses. La face était violacée, le pouls presque imperceptible ; lorsque l'on m'amena ce blessé à l'ambulance, je le fis saigner immédiatement ; deux heures après, la saignée fut encore ouverte, et le lendemain à cinq heures du matin, une troisième évacuation sanguine fut pratiquée.

L'ouverture d'entrée fut pansée à plat et arrosée de temps en temps avec de l'eau fraîche ; j'étais convaincu que la balle avait pénétré dans le poumon, et cependant tous les symptômes fâcheux se dissipèrent peu à peu, et vingt jours après Geoffroy retourna à son escadron.

Je l'ai revu depuis ; il accuse une certaine douleur lorsqu'il fait une forte inspiration, et il éprouve la sensation d'un corps rond qui roule dans un certain rayon, près du sein du côté droit.

Il est évident pour moi qu'il y a eu formation d'un kyste autour de la balle, dans l'épaisseur même du poumon, quoique je n'aie jamais rencontré ce cas sur le cadavre.

PLAIE DU FOIE PAR UN PROJECTILE DE GUERRE, SUIVIE DE GUÉRISON ; observation communiquée par M. le docteur DAVID, ex-chirurgien-major des armées.

OBS. I. — Le 19 décembre 1800, le régiment dans lequel je servais (57me) ayant passé le Traun sur le pont de Lambach et s'étant arrêté deux heures à peu de distance, on me prévint que des blessés autrichiens souffraient dans une pauvre chaumière voisine. Je trouvai, dans un petit nombre, un officier de hulans qui, la veille au soir, dans la défense du pont, avait reçu un coup de fusil, dont la balle avait traversé obliquement l'abdomen. Je fis le premier pansement d'usage et laissai à d'autres le soin de changer ces blessés de local, notre brigade avançant sur Lintz.

Revenu peu après cantonner à Lambach, pendant un nouvel armistice, je fus prié par le bailli de cette ville de visiter un blessé logé chez lui ; je reconnus l'officier de la chaumière : il m'accorda sa confiance.

C'était M. le comte Louis Attems, lieutenant au 2e régiment de hulans, âgé d'environ 30 ans, de stature moyenne, d'un tempérament nervoso-lymphatique, et portant un goître du volume d'un œuf de petite poule : j'en parlerai en terminant l'observation.

Examinant plus facilement cette grave blessure, je reconnus une double plaie d'arme à feu, dont l'entrée était à 2 pouces de l'épine rachidienne, à droite, au niveau de la douzième vertèbre dorsale ; sa sortie à quelques lignes de l'appendice xyphoïde peu allongé, et aussi à droite, son trajet suivait le bord inférieur du thorax, et je présumai une lésion du foie dans son grand lobe inférieurement. Un suintement roussâtre se montrait seulement par la plaie postérieure, suffisamment débridée et devenue inférieure à raison du décubitus en supination, attitude moins gênante pour le patient et favorable à la sortie des produits de l'inflammation qui fut peu intense, ainsi que la fièvre traumatique ; nous étions au sixième jour de l'accident : peu de pansements avaient été faits.

Une suppuration assez louable ne se fit pas attendre sous l'emploi des cataplasmes, émollients d'abord, puis avec addition de camomille ; bientôt elle se montra avec une teinte bilieuse de plus en plus manifeste par l'entrée du projectile, pendant les vingt jours suivants : à l'aide de la séparation des escarres, nous pûmes remarquer des débris parenchymateux du viscère lésé.

Le 29 janvier 1801, la cicatrisation parfaite de la plaie antérieure avançait ; seulement il en suintait parfois quelques gouttes séreuses non colorées ; mais M. Attems éprouvait une difficulté notable à se redresser complétement, bien qu'il eût quitté le lit autant que possible ; la douleur qu'il éprouvait dans ses tentatives pouvait être attribuée à des adhérences nouvellement contractées, et aussi à des douleurs sourdes instantanées, indiquées dans la région hépatique et longeant le bord du cartilage commun des côtes inférieures.

La plaie postérieure, manifestement fistuleuse profondément, donnait chaque jour du pus blanc, sans odeur, et assez souvent accompagné d'humeur séroso-lymphatique, en quantité capable quelquefois d'humecter tout l'appareil de pansement, même les draps, et parfois encore colorée en jaune.

La faiblesse générale de cet intéressant malade ne lui permettait pas encore de rester plusieurs heures levé.

Une douleur névralgique, semblable au tic douloureux, se faisait remarquer depuis dix jours à la partie droite de la peau du pénis, et, dans les premiers jours de son apparition, le blessé assurait éprouver en ce lieu une sensation de cuisson, de brûlure rayonnante, tel l'effet d'une étincelle électrique ; l'état de l'âme influait sur cette sensation, variable, avec intensité et parfois nulle.

Lorsque la plaie antérieure approcha plus de sa cicatrisation complète, il se manifesta deux ou trois fois un autre phénomène nerveux ; cette même sensation était plus vive, et si le patient voulait prendre quelques boissons, les premières gouttes, passant de la bouche dans le pharynx, la lui rendaient insupportable ; c'était une cuisson aiguë de brûlure qui forçait à suspendre toute déglutition. Des fomentations de décoction de jusquiame calmèrent ces effets nerveux. Notamment, le 28 janvier, j'eus recours avec succès à des frictions abdominales de laudanum.

Pendant ces crises, les digestions devenaient mauvaises, la fièvre se ranimait, la suppuration prenait un fâcheux caractère, et il fallait revenir aux cataplasmes de camomille, au quinquina, à l'intérieur, etc.

A cette époque de son traitement, M. Attems eut un vif désir de rentrer dans sa famille, à Grath (Basse-Styrie), et en adressa la demande au général en chef ; on y joignit un certificat constatant l'état de sa blessure et l'impossiblilité où serait cet officier de reprendre son service avant quelques mois. L'autorisation lui fut accordée, et il partit de Lambach dans les premiers jours de février. Cette faveur ranima son courage.

Un mois après, en quittant cette ville pour rentrer en France, j'écrivis, ainsi que nous en étions convenus, à M. Attems. Je lui demandais des détails sur sa santé ; je l'engageais à édulcorer pendant quelques jours sa boisson ordinaire : par exemple, une infusion de fleurs pectorales avec du sirop de violette, et à examiner chaque jour si les compresses et bandages de sa plaie ne prenaient pas, pendant cet usage, une teinte bleue, ce qui n'indiquerait rien, disais-je, qui pût inquiéter. J'étais porté à cette recommandation par le souvenir d'une observation de Desault : ce célèbre chirurgien ayant ouvert, chez un maître d'hôtel de M. de Massiac, place des Victoires, un dépôt hépatique d'où il retira plus de deux cents calculs biliaires à facettes, il observa que toutes les fois que le ventre n'était pas libre, une partie de la boisson, édulcorée par le sirop de violette, se présentait par la fistule et teignait les linges en bleu.

« Par une confusion inconcevable, votre lettre n'arriva à destination qu'à » treize mois de date, en Moravie, où mon régiment était en quartier, » répondait M. Attems le 11 avril 1802. Il ajoutait :

« Ma blessure est tout à fait fermée ; je peux redresser complétement mon » corps ; mais marcher à pied me coûte infiniment plus que d'aller à cheval : » c'est encore ce qui me désole le moins ; servant dans la cavalerie, je vais peu » à pied. Mes douleurs nerveuses du bas-ventre, toujours côté droit, me reviennent aussitôt que j'ai chaud ou que je m'expose au soleil.

» Vous savez que j'avais au milieu du cou une espèce d'enflure (goître) qui » me déplaisait plus qu'elle ne me gênait ; je la fis emporter par un habile chirurgien lorsque j'eus repris des forces. Cette opération m'a fait perdre plus » de trois pots de sang ; car ma grande veine fut coupée, et j'en ai été plus » faible que pour ma blessure de Lambach ; il m'a fallu sept semaines avant de

» pouvoir me lever. Actuellement, Dieu merci, je suis tranquille et n'ai plus mes » craintes sur l'avenir de cette enflure. »

En 1815, j'appris que M. Attems était à Paris, bien portant; mais, à mon grand regret, je ne pus me déplacer pour aller le voir.

Les plaies du foie, réputées mortelles par Hippocrate et bon nombre d'anciens médecins, surtout quand elles atteignent plus que les convexités de ce viscère, ces plaies qu'Ambroise Paré déclare ne pouvoir *se consolider*, offrent cependant plusieurs exemples de guérison. Des motifs d'espérance se trouvent notamment dans les *observations et histoires chirurgicales des quatre excellents médecins* du commencement du dix-septième siècle, Pierre Van Forest, Pierre de Marchettis, etc. Il y est dit : « Mais tous » ces exemples de guérisons sont rares, nouveaux, admirables et miracu- » leux, lesquels il faut imputer à une force particulière, à une singulière » providence de Dieu et à une adresse extraordinaire du chirurgien. »

Les guérisons des blessures du foie, plus fréquentes de nos jours, sont dues aux progrès de l'art, qui tient plus compte des efforts de la nature, tient à les seconder, et espère plus souvent en eux qu'en la puissance des onguents. Il n'admet plus que les fistules répondant au foie doivent être éternelles; il ne les entretient plus, en tout état de cause, par l'usage des bourdonnets, des tentes et des boissons irritantes.

Une bonne cicatrisation termina la blessure dont j'ai rendu compte, de même qu'elle termina l'ouverture d'un dépôt hépatique que je fis, il y a vingt-six ans, chez un jeune maçon de Maurecourt, près Poissy, lequel reprit son pénible métier avant la fin du deuxième mois et n'eut point de rechute.

Dans l'un ni dans l'autre de ces deux cas, je n'eus à noter le *hoquet qui, suivant Hippocrate, accompagne l'inflammation du foie.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Choix de faits chirurgicaux, clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux*; par M. Chaumet. 2° *De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers*; par M. Thouvenin. 3° *Traitement local des végétations syphilitiques par le soluté aqueux d'opium et de ciguë*; par M. Vénot. 4° *Hernie crurale chez une femme de 101 ans; étranglement depuis trois jours; opération*; par M. Martinez. (Mort le dix-septième jour seulement, imputable en très-grande partie à une escarre étendue qui s'était formée sur le sacrum.) 5° *Plaie grave de trois doigts de la main droite; résection et régularisation; guérison*; par M. Soulé fils. (Les doigts avaient été coupés au niveau de la première phalange. On rejeta l'idée de les amputer dans l'articulation métacarpo-phalangienne; et comme la section avait eu lieu obliquement, de la face dorsale à la face palmaire, on en profita pour tailler, aux dépens de celle-ci, sur chaque doigt, un lambeau dont on recouvrit l'extrémité de l'os, après l'avoir reséqué.) 6° *Observation d'un ulcère rebelle*; par M. Brunet. (Cet ulcère, suite d'une ancienne brûlure à la jambe, avait été traité infructueusement par mille moyens. L'auteur, malgré de désespérantes et multipliées récidives du travail ulcératif, en vint à bout par des pansements très-éloignés avec le coton cardé et le repos. Un traitement mercuriel, nécessité par quelques antécédents spécifiques, concourut aussi à la guérison.)

PROCÉDÉ POUR RETROUVER FACILEMENT L'URÈTRE APRÈS L'AMPUTATION DE LA VERGE; par M. CHAUMET.

La difficulté de retrouver l'urètre après l'amputation de la verge est l'écueil le plus grave de cette opération, et celui qui a le plus exercé le génie inventif des chirurgiens. Au procédé bien connu de M. Barthélemy, M. Chaumet préfère le suivant.

Avant l'amputation, on introduit une sonde par laquelle on évacue d'abord l'urine, puis qui sert à injecter dans la vessie un liquide émollient. Un aide placé à la racine de la verge comprime ensuite le canal. Alors l'opérateur coupe la verge, et pour apercevoir ensuite l'orifice de l'urètre, on comprend qu'il lui suffit de faire suspendre la compression, et d'ordonner au malade de céder au besoin d'uriner qu'il éprouve. Le liquide sortant par flots indique clairement la situation de l'ouverture urétrale.

DE L'INFLUENCE QUE L'INDUSTRIE EXERCE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DANS LES GRANDS CENTRES MANUFACTURIERS; par le docteur THOUVENIN.

La question des causes d'insalubrité qui pèsent sur la population ouvrière des grands centres manufacturiers est une de celles qui, depuis une vingtaine d'années, ont le plus préoccupé la science et les gouvernements. Indépendamment des sentiments de philanthropie dont ces derniers se sont assurément inspirés, un autre motif, qui n'a pas échappé à l'auteur du mémoire, appelait leur intervention : c'est l'inaptitude de beaucoup d'ouvriers, petits et débiles, au service militaire. A Lille, où la population ouvrière est la plus chétive de toute la France, les deux tiers des hommes sont impropres au service ; il faudrait dire les *quatre cinquièmes*, s'il s'agissait exclusivement des ouvriers. « En 1829, ajoute M. Thouvenin, pour la France entière, pour avoir 100 soldats valides, il a fallu 186 hommes ; à Rouen, il en fallait 266; à Mulhouse, 210; à Elbeuf, 268; à Nimes, 247 : d'où il est évident que la population ouvrière est inférieure à toutes les autres. »

L'idée la plus naturelle, celle qui prédomine encore aujourd'hui, a été d'attribuer aux travaux industriels eux-mêmes le dépérissement des individus qui y sont employés. De vifs reproches avaient été faits en particulier aux filatures de coton, de laine, et à certaines parties de l'industrie de la soie. Cependant beaucoup de médecins s'étaient élevés contre ces accusations, du moins en tant qu'exagérées, et avaient remarqué que des industries regardées comme funestes étaient compatibles, en certaines localités, avec une constitution robuste et une bonne santé. Ainsi, en Angleterre, M. Nassau W. Senior affirme dans ses lettres sur le *factory act* que, dans quelques-uns des districts les plus manufacturiers, les ouvriers des manufactures sont les mieux portants de toutes les personnes appartenant à la classe laborieuse. M. Ure va plus loin, et regarde le travail des filatures de coton comme un préservatif contre les scrofules ; on sait aussi que M. Villermé, délégué il y a sept ans par l'Académie des sciences morales et politiques pour étudier cette question, n'a pas trouvé dans le travail des manufactures de coton, de laine et de soie, autant de causes d'insalubrité qu'on se plaisait à en raconter.

M. Thouvenin divise son travail en deux sections : dans la première, il recherche quelles sont, dans les professions industrielles les plus répandues, les travaux réellement nuisibles à la santé ; la seconde est relative aux conditions hygiéniques et aux mœurs des ouvriers en dehors des établissements. « Inspecteur du travail des enfants dans les manufactures, dès la création de ces fonctions, dans l'un des arrondissements les plus industriels de France, j'ai eu, dit-il, occasion de visiter un grand nombre de fois toute espèce de fabriques, de voir les maîtres et les ouvriers dans ces établissements, de juger la pureté de l'air, la difficulté, l'insalubrité du travail ; j'ai pu interroger chaque fabricant sur son industrie, sur ses ouvriers ; j'ai suivi ces derniers dans leurs demeures, dans leurs cours, dans leurs caves ; je les ai soignés dans leurs maladies ; j'ai assisté à leurs repas ; je les ai interrogés sur leurs travaux, sur leurs salaires, sur leurs penchants. » Voilà, certes, des conditions favorables d'observation, et propres à inspirer confiance dans les résultats auxquels l'auteur est arrivé.

La première section de son travail parcourt successivement l'industrie *cotonnière*, l'industrie *lainière*, l'industrie *linière* ; celle des *dentelles, blondes, tulles* et *broderies* ; celle de la *soie* ; le *tissage* en général ; les manufactures d'*indiennes*, *teintureries* et *apprêts* ; enfin les ateliers de *construction*. Pour chacune de ces industries, il étudie, au point de vue de leur influence sur la santé, les opérations diverses qui s'y rattachent, et les conditions hygiéniques au milieu desquelles elles ont lieu. Comme l'espace ne nous permettrait pas de le suivre dans tous ces détails, nous nous bornerons à relever exactement, soit les remarques relatives à certaines opinions injustement accréditées, soit celles qui reconnaissent positivement, dans un travail industriel quelconque, une cause d'insalubrité, étant bien entendu que les travaux dont il ne sera pas question dans cette analyse sont considérés par l'auteur comme n'exerçant aucune influence fâcheuse sur la santé.

1° Une des opérations que subit le coton apporté brut dans les manufactures consiste dans le battage, qui se fait soit à la mécanique, soit à bras. Le premier a lieu dans des espèces de tambours, où un jeune ouvrier introduit continuellement de faibles portions de coton ; dans le second, le coton, posé sur des claies, est frappé continuellement avec des baguettes d'osier, et laisse échapper dans l'atelier des nuages d'une poussière irritante et de duvet cotonneux. Ce travail est extrêmement fatigant ; il nécessite de grands efforts musculaires, une position verticale très-longtemps prolongée, et donne lieu à une transpiration abondante. Or, dit M. Thouvenin, autant le battage à la mécanique est peu nuisible, autant le battage à bras est une opération dangereuse. Les ouvriers maigrissent rapidement, et la plupart

d'entre eux quittent ce genre de travail dès qu'ils trouvent de l'ouvrage ailleurs.

2° Pâtissier (TRAITÉ DES MALADIES DES ARTISANS) regarde les ouvriers employés au triage des laines en suint comme exposés au charbon et à la pustule maligne. Cette opération consiste à dérouler chaque toison sur des claies en bois, puis à en extraire avec la main les plus grosses ordures et les mèches feutrées. Elle entraîne une extrême malpropreté et une odeur repoussante chez les ouvriers qui en sont chargés. M. Thouvenin a observé chez ces derniers des furoncles, des érysipèles, des dartres ; jamais de charbon ni de pustule maligne. Et les ouvriers en laine ou marchands peigneurs qu'il a interrogés sur ce point n'avaient jamais entendu parler de ces affections.

3° Le peignage des laines se pratique avec des peignes en acier chauffés sur du charbon de bois que, dans certains ateliers, l'on place dans des fourneaux situés au milieu des salles de travail, sans cheminées d'appel ou tuyaux communiquants à l'extérieur. Cette pratique entraîne peu d'inconvénients l'été, parce que les fenêtres sont constamment ouvertes ; mais pendant l'hiver, elle produit fréquemment l'asphyxie. Cet accident, comme on le voit, tient uniquement à l'incurie des propriétaires d'ateliers, et non à la nature particulière du travail.

4° Le triage et le peignage du lin et du chanvre dégagent beaucoup de particules végétales ; mais cette poussière *ne paraît pas*, dit l'auteur, avoir autant d'inconvénient que celle qui provient du coton.

5° Dans les ateliers de filature linière, une chaleur humide est nécessaire à la dilatation des filaments du lin et du chanvre. Dans les réservoirs remplis d'eau que traversent les fils, la température est quelquefois de 40 à 50 degrés centigrades. Les salles sont ordinairement, malgré l'ouverture des portes et des vitraux, à une température de 15° à 20°. Tous les vêtements s'imprégnent d'eau pendant la durée du travail, et si les ouvriers n'ont pas soin de se garantir du froid en sortant des ateliers, s'ils remettent le lendemain des vêtements que la nuit n'a pas complétement séchés, ils sont exposés à contracter des affections catarrhales et rhumatismales.

6° Certains établissements filent, soit par voie humide, soit par voie sèche, les étoupes obtenues par le peignage du lin. Quand on file à sec, il se dégage autant de poussière que par le battage du coton à la baguette ; mais la poussière des étoupes *paraît* moins malfaisante que celle du coton. D'ailleurs, toutes les opérations sur les étoupes se font à la mécanique.

7° La population ouvrière des fabriques de fil de lin retors, concentrées dans le nord de la France et particulièrement à Lille, est blême, petite, rachitique, difforme. On pourrait attribuer cette circonstance au genre d'industrie exercée dans ces fabriques ; mais, suivant l'auteur, elle est due, en premier lieu, à ce que les individus chétifs et malingres recherchent de préférence des travaux qui, à l'exception du battage et du moulinage du fil, sont peu fatigants ; en second lieu, à l'habitude où sont ces individus mal portants de tenir les fenêtres constamment fermées, de manger dans les ateliers, et ainsi de respirer du matin au soir un air vicié. M. Thouvenin croit aussi que certaines difformités peuvent être engendrées chez les enfants par les opérations de devidage ou de bobinage, dans lesquelles tout le poids du corps porte sur la jambe droite. Enfin, le moulinage et le battage, quand il se fait au maillet, sont deux opérations très-fatigantes.

8° On peut regarder comme un fait positif que, sur 100 jeunes filles prises à 5 ou 6 ans, et qui apprendront la fabrication de la dentelle à Lille pendant quatre ans, comme c'est l'usage, 50 au moins, arrivées à l'âge de 30 ans, seront bossues, scrofuleuses, ou atteintes de quelque affection des yeux, comme la blépharophthalmie, l'amaurose, la myopie, la cécité. Les causes auxquelles on doit rapporter ces accidents sont la position fléchie du corps pendant toute la journée, l'immobilité presque absolue, l'application continuelle des yeux sur un travail fin et difficile. De plus, à Lille, ces ouvrières habitent des caves ou des chambres humides et mal aérées, et ne vivent guère que de *lait battu*. Ce qui prouve que la détérioration de la santé générale tient surtout à ces dernières conditions, c'est que les dentellières de Caen, de Mirecourt, d'Ypres, de Bruges, mieux logées et mieux nourries, ne diffèrent pas du reste de la population, et sont seulement sujettes aux affections des yeux.

Les mêmes remarques sont applicables aux travaux de broderies.

9° Les femmes employées au tirage de la soie appartiennent à la classe la plus pauvre et la plus misérable ; leurs mains sont d'une malpropreté dégoûtante, et leurs vêtements dégagent l'odeur infecte de la chrysalide en putréfaction. Vincent et Baumes (TOPOGRAPHIE DE LA VILLE DE NIMES, 1802) les croyaient exposées aux fièvres putrides, aux catarrhes, aux hémoptysies, aux vomissements, etc. Suivant M. Thouvenin, en dehors des effets inséparables de la misère et de la malpropreté, elles ne sont exposées qu'au panaris, par suite de l'immersion fréquente des doigts dans de l'eau presque bouillante.

10° Le résidu des cocons dépouillés de leur enveloppe extérieure est séché, puis battu et cardé pour en obtenir la filoselle. Le battage et le cardage, faits ordinairement dans des galeries en partie souterraines et éclairées d'un seul côté par des fenêtres exactement fermées, dégagent des poussières malsaines et exposent aux ophthalmies chroniques, à l'asthme, aux catarrhes, à la phthisie, etc.

11° Les tisserands à bras qui, chaque jour et pendant quatorze à seize heures, travaillent dans des rez-de-chaussée humides, souvent même dans des caves, sont habituellement pâles et d'une faible complexion. Ce sont eux qui, dans les villes industrielles de Mulhouse, Sainte-Marie-aux-Mines, Rouen, Amiens, fournissent la plus grande part de malades aux hôpitaux. Ils offrent principalement des rhumatismes, des tumeurs blanches, des hydropisies. Dans les localités où existent de grands établissements de tissage à la mécanique, à part un certain degré d'humidité nécessaire à la confection des toiles de coton, de lin et de chanvre, les ateliers réunissent toutes les conditions possibles de salubrité.

12° Dans les ateliers de teinture et surtout d'apprêts, une chaleur humide de 25 à 40° centigrades détermine une transpiration abondante. Ceux qui restent constamment dans ces ateliers jouissent d'une bonne santé, et s'y débarrassent même promptement de leurs rhumes et de leurs rhumatismes. Mais les ouvriers que leurs fonctions obligent à passer alternativement de ces endroits si chauds à des courants d'eau froide, pour le lavage des étoffes, surtout pendant l'hiver, sont exposés à de graves affections. « Les ouvriers porteurs d'ulcères chroniques aux extrémités inférieures, ajoute M. Thouvenin, obtiennent souvent leur guérison du séjour prolongé dans de l'eau courante. » Cette remarque est directement opposée à l'opinion qui regardait les débardeurs comme sujets aux ulcères des jambes et s'accorde avec l'opinion contraire de Parent-Duchâtelet.

13° Les forgerons, tourneurs, ajusteurs, menuisiers, charpentiers, manœuvres, employés dans les fabriques de machines à vapeur et autres, offrent généralement l'apparence d'une belle santé. L'auteur attribue en partie cette circonstance à la respiration et à l'absorption lente d'une grande quantité de molécules de fer. « Mais, ajoute-t-il, autant le fer paraît être favorable à la santé des ouvriers, autant l'acier semble leur être funeste. Il m'a été assuré que presque tous les ouvriers employés en Angleterre au repassage des aiguilles mouraient phthisiques à l'âge de 30 à 40 ans ; et l'on considère leur fin prématurée comme le résultat de la pénétration de molécules d'acier dans les poumons. Il y a à Lille, à Turcoing, à Sedan, à Louviers, à Elbeuf, à Rheims, quelques ouvriers chargés d'un travail à peu près identique : ce sont ceux qu'on emploie à organiser les dents des peignes pour le peignage de la laine ; j'en ai vu quelques-uns succomber à la phthisie. »

— Si l'on récapitule les observations précédentes que l'auteur a eu peut-être le tort de ne pas appuyer d'un appareil de démonstration plus complet, on voit que les accidents directement liés à la nature des travaux industriels (nous ne parlons pas des fabriques de céruse ou autres établissements de ce genre, sur lesquels l'auteur ne dit qu'un mot en passant) se bornent aux suivants : 1° détérioration profonde de l'organisme (sans doute par suite d'affections chroniques de poitrine) dans le battage du coton ; 2° des furoncles, des érysipèles, des dartres, dans le triage des laines ; 3° des difformités (mal spécifiées) dans le dévidage et le bobinage du fil ; 4° des affections de la vue, la voussure du dos, dans les travaux de dentellerie ; 5° des panaris dans le tirage de la soie ; 6° des ophthalmies, des asthmes, des catarrhes, etc., dans le battage et le cardage de la filoselle ; 7° des affections catarrhales et rhumatismales dans certains travaux de teinture. Tous les autres accidents peuvent et doivent être rapportés à de mauvaises conditions d'hygiène non essentiellement liées aux travaux industriels.

Ce dernier point de vue est longuement développé dans la seconde section du travail de M. Thouvenin, où il montre comment des habitations étroites, humides, mal aérées, une mauvaise nourriture, des habitudes de débauche, sont, dans la classe ouvrière, les causes principales, permanentes, profondes, de la détérioration de l'organisme. Il fait à cet égard des rapprochements instructifs entre plusieurs manufactures où l'on observe, avec la même industrie, des différences remarquables dans la santé et la constitution des ouvriers, en rapport avec leurs habitudes hygiéniques. C'est ainsi que ceux de Roubaix et de Turcoing, bien nourris, bien logés, partant rangés dans leur conduite, sont très-supérieurs en force et en santé à ceux de Lille et de Rouen. Nous ne faisons qu'indiquer ce point de vue, dont on lira avec beaucoup d'intérêt les développements dans le mémoire de M. Thouvenin.

TRAITEMENT LOCAL DES VÉGÉTATIONS SYPHILITIQUES PAR LE SOLUTÉ AQUEUX D'OPIUM ET DE CIGUE ; par M. VÉNOT.

Pendant longtemps, M. Vénot a employé avec un grand succès contre les végétations une solution fraîchement préparée de 10 grammes d'opium pour 30 grammes d'eau. Mais il remarqua néanmoins que parfois et malgré

toutes les précautions, lorsque l'opium touche les parties saines ambiantes il y détermine de fâcheuses sphacélisations. Après avoir essayé de diverses combinaisons pour prévenir cet accident, il s'est arrêté à la formule suivante dont l'idée, dit-il, lui a été suggérée par des inductions purement empiriques :

Eau distillée	500 grammes
Extrait aqueux d'opium . . . . , .	60
— de ciguë	25

On renouvelle sur la tumeur, quatre fois par jour, l'application d'une compresse fortement imbibée de ce liquide médicamenteux, de manière à l'embrasser dans toute son étendue. Lorsqu'il existe des mamelons très-rapprochés, on insinue dans leurs intervalles principaux des brins de charpie chargés de la même solution.

— Quelle que puisse être l'efficacité de ce mélange, nous avons peine à croire que l'application des poudres d'alun et de sabine à parties égales ne doive pas suffire à le remplacer, dans tous les cas du moins où l'excision n'est point indiquée. Nous profiterons de l'occasion pour rappeler que ce dernier remède, donné en 1844 comme nouveau par M. Vidal (de Cassis), avait déjà été proposé et mis avec succès en usage sous forme de pommade par M. Baumès, qui en signala très-expressément les avantages dès l'année 1840. (Voy. PRÉCIS THÉOR. ET PRAT. SUR LES MALAD. VÉNÉR., t. II, p. 311 et 556.)

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, renferment les articles originaux suivants : 1° *Quelques mots sur les abcès de la prostate;* par M. Jallaguier (Exemple du traitement indiqué pour ces abcès par M. Lallemand, traitement qui consiste à fendre la prostate malade avec un lithotome comme dans la taille. Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 760.) 2° *Rapport sur un mémoire de M. Escolar, intitulé: La morve est-elle contagieuse?* par M. Carcassonne. 3° *Des abcès symptomatiques;* par M. Barthez. (Description détaillée des abcès qui résultent d'une carie plus ou moins éloignée.) 4° *Présentation mento-iliaque gauche antérieure, avec inclinaison de la joue droite au centre du bassin; accouchement prolongé; application du forceps et du crochet aigu; accouchement d'un enfant mort depuis plusieurs jours;* par M. Kosciakievitz. 5° *Des exutoires en général; du moxa, du cautère et du séton en particulier;* par M. Guépratte. 6° *Recherches sur les hallucinations, au point de vue de la psychologie, de l'histoire et de la médecine légale;* par M. Szafcowski.

III. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Revue des principaux faits observés à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, depuis le 1er mai jusqu'au 20 août 1845, et depuis le 1er novembre 1845 jusqu'au 28 février 1846. Leçon de clôture du cours de clinique, prononcée le 28 février 1846;* par M. Bouisson. 2° *Hygroma antibrachial;* par M. Cabaret. 3° *Du pansement des plaies traumatiques par le cérat opiacé;* par M. Verdier. (Relation de cas nombreux où ce topique, souvent secondé par des lotions à l'eau froide, a été employé avec succès.) 4° *De la ligature des artères rétro-pelviennes;* par M. Bouisson. (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 161 et suiv.) 5° *Compte rendu des principaux faits observés à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, pendant les mois de décembre 1845, janvier, février et mars 1846. Leçon de clôture du cours de clinique médicale;* par M. Dupré. 6° *Compte rendu des observations recueillies à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi;* par M. Bordes-Pagès. (Service de MM. les professeurs Broussonnet et Caizergues.) 7° *De la blennorrhagie chronique; des causes qui l'entretiennent et du traitement qui lui convient;* par M. Andrieu. 8° *Polype du pharynx; arrachement; guérison;* par M. Cabaret. (Ce polype sarcomateux et fibreux, qui naissait de la face supérieure du pharynx, fut aisément arraché par l'auteur; il le saisit entre l'index et le médius et le tira au dehors.) 9° *Rapport sur quelques instruments de chirurgie présentés à la Société de médecine;* par M. Bourdeaux. (Voy. cette note analysée déjà dans la GAZ. MÉD., 1845, p. 300.) 10° *Rapport sur le pain gluten adressé à la Société de médecine de Montpellier par M. Constantin, fabricant de vermicelle à Avignon;* par M. Rousset.

REVUE DES PRINCIPAUX FAITS OBSERVÉS A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER; par M. BOUISSON.

Cette revue, qui embrasse une période de près de huit mois, ne contient aucune observation assez détaillée pour qu'il soit possible de la reproduire fructueusement ici; mais le relevé statistique qui la termine mérite une mention toute spéciale. Sur 784 malades traités durant cet espace de temps, M. Bouisson n'en a perdu que 16; sur 50 opérations, il n'y a eu qu'un seul mort.

Ce succès paraîtrait sans doute encore plus beau si l'auteur eût pris soin de spécifier les opérations dont il s'agit. Tel qu'il est cependant, il constitue un des meilleurs titres de la chirurgie de Montpellier à ce bonheur de résultats qu'on lui a reconnu depuis si longtemps. Après avoir prouvé par des chiffres combien elle mérite sous ce rapport son ancienne réputation, M. Bouisson cherche ensuite à pénétrer la cause de ces réussites si fréquentes. Les opérateurs de Paris l'ont souvent attribuée au climat et au défaut d'encombrement; mais sans nier absolument la première de ces deux influences, l'auteur fait remarquer que l'hôpital Saint-Éloi est placé dans les quartiers les moins élevés de la ville, et entouré de rues si étroites que l'administration actuelle a dû s'occuper des moyens de lui assurer une aération convenable. Quant au défaut d'encombrement, au peu d'affluence des malades vers l'hôpital, c'est un grief entièrement mal fondé, même lorsqu'on compare les salles de Montpellier à celles des hôpitaux les plus populeux de Paris.

Ce n'est donc pas, dit M. Bouisson, à des conditions extérieures d'une influence équivoque que la chirurgie de Montpellier doit l'élévation et la sécurité relative qu'on ne saurait lui dénier sans injustice. Sachons le reconnaître et osons le répéter, notre bonheur, tantôt révoqué en doute, d'autres fois amoindri par des explications sans portée, tient à l'application des principes sages et féconds qui sont le patrimoine de notre école. La chirurgie n'a pu grandir ici au sein de l'hippocratisme sans lui emprunter les vues larges qui lui appartiennent, et auxquelles le génie propre à l'art chirurgical s'est ajouté avec son caractère positif et ses impulsions éminemment progressives. Si nous sauvons presque tous nos opérés, c'est grâce à l'influence de cette chirurgie médicale; c'est à cause de la rigueur que nous apportons dans la détermination des indications opératoires; c'est parce que l'opération n'est pour nous qu'un temps du traitement, et que les suites nous préoccupent aussi vivement que l'acte chirurgical lui-même; c'est parce que nous obéissons à des traditions d'une efficacité démontrée concernant les avantages de la réunion immédiate; c'est enfin parce que nous nous montrons justement défiant pour les innovations qui ne portent pas les caractères d'un progrès franc et rationnel, et que nous préférons les leçons d'une expérience éclairée aux douteuses entreprises qui compromettent la dignité de l'art et la vie des malades.

HYGROMA ANTIBRACHIAL; par M. CABARET.

La circonstance capitale de ce fait est le développement d'un kyste dans une région où l'existence d'une bourse muqueuse sous-cutanée accidentelle n'avait pas encore été bien signalée. Aussi insisterons-nous particulièrement sur le siége ainsi que le mode de formation de la tumeur, laissant à dessein dans l'ombre les autres détails, moins intéressants, de l'observation.

OBS. — Madame Alix, âgée de 42 ans, ayant eu, en 1840, un de ses enfants malade pendant longtemps, le tint presque constamment assis sur son avant-bras gauche, le promenant dans cette situation. Le point pressé du membre devint à la longue douloureux; puis il s'y manifesta une induration. A cette époque, des cataplasmes émollients et le repos firent cesser la douleur; mais au bout de quelques mois, la tuméfaction acquit progressivement du volume : elle était lisse et sans changement de couleur à la peau. Depuis ce moment, et malgré l'emploi des vésicatoires, de frictions fondantes, de douches, etc., la tumeur fit d'incessants progrès; elle s'étendit jusque et au-dessus du pli du bras, et finit par égaler en volume celui des deux poings, empêchant les mouvements du bras, et rendant impossibles les occupations ordinaires de la malade.

Lorsque M. Cabaret la vit, le 7 décembre 1844, la tumeur était très-dure, rénitente, oblongue, bosselée, indolore, recouverte de téguments sains, étendue depuis la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pli du bras, et tellement volumineuse que tout mouvement de flexion était radicalement impossible.

Pour déterminer la nature de cette tumeur, M. Cabaret y plongea un trocart qui donna issue à une liqueur bourbeuse, blanchâtre, inodore, ayant la consistance d'une bouillie de gruau à moitié cuite.

Après l'avoir évacuée, il injecta un mélange composé de 90 grammes d'eau et de 12 grammes de teinture d'iode. A la suite d'accidents inflammatoires assez intenses, la tumeur s'effaça, et la malade fut complétement guérie.

DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE, DES CAUSES QUI L'ENTRETIENNENT ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT; par M. ANDRIEU.

L'auteur, dont nous avons déjà (voy. GAZ. MÉD. 1845, p. 213) analysé le premier travail, continue dans ce second article à passer en revue les diverses diathèses qui entretiennent la blennorrhagie chronique. Il étudie spécialement ici la diathèse rhumatismale. La fluxion rhumatismale, fixée

sur la membrane urétro-cystique, lui paraît capable d'y devenir une cause propre à perpétuer la durée d'un écoulement muqueux ou muco-purulent. A l'appui de cette proposition, que personne ne songera guère à contester en principe, M. Andrieu invoque deux ordres de faits, ceux où l'apparition d'une jetée rhumatismale sur quelque articulation suspend un écoulement blennorrhagique existant, et ceux où, en cherchant à tarir l'écoulement par une médication locale, on provoque la manifestation ou le retour d'accidents généraux tenant au vice rhumatismal. Quoique, parmi les affections de cette seconde série que rapporte M. Andrieu, la nature rhumatismale de plusieurs pût être légitimement contestée, nous n'en avons pas trouvé moins d'intérêt dans la lecture de ces exemples de répercussion d'une maladie qu'on est ordinairement trop habitué à ne considérer que comme locale. L'observation suivante pourra être utilement méditée à ce point de vue.

Obs. — M. R., âgé de 45 ans, brun, fort, sanguin-nerveux, a eu trois blennorrhagies, dont la dernière, seule tenace, dure depuis quatre ans. Coupé à diverses reprises, l'écoulement s'est souvent reproduit sans nouvelle infection. Les intervalles de santé ont été parfois de six mois. Ce malade avait eu autrefois des hémorrhoïdes, et il était en proie à un rhumatisme chronique qui, après avoir parcouru toutes les grandes articulations, était, au moment où nous écrivons, fixé sur les articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite. L'écoulement urétral était abondant. Les astringents variés, en injection, avaient échoué. Tout d'un coup, le 27 janvier 1845, l'écoulement se suspendit ou du moins se convertit en un léger suintement séro-muqueux, et en même temps une fluxion rhumatismale aiguë se jeta sur la main où existait auparavant une douleur peu intense, et simultanément sur l'épaule du même côté. La cessation de l'écoulement persista onze jours; mais au bout de ce temps l'arthrite ayant beaucoup diminué, l'écoulement reprit de lui-même son intensité primitive.

Le malade ne voulant absolument se soumettre qu'à un traitement local, on lui fit une injection de 5 décigrammes de nitrate d'argent sur 32 grammes d'eau distillée, et il reçut le conseil de la réitérer de temps en temps si quelques indices lui annonçaient la réapparition prochaine de l'écoulement. Par ce moyen, celui-ci fut supprimé; mais au bout de cinq jours il survint des douleurs vives au niveau des attaches crâniennes des muscles trapèze, splénius, complexus, etc., gauches, ainsi qu'au moignon de l'épaule, au coude, au poignet, à la hanche et au genou du même côté.

Durant trois semaines que ces douleurs persistèrent, on pratiqua des injections caustiques toutes les fois que le malade éprouvait dans le canal une légère ardeur qu'il savait être l'avant-coureur d'un retour du flux urétral : ce qui suffisait pour en prévenir le retour.

Dans cet état, il eut des rapports avec une femme non malade; cependant l'écoulement étant revenu sous forme d'un suintement séro-purulent, il fit, sans perdre de temps, une injection caustique. Un écoulement abondant en fut la suite et dura quarante-huit heures. Au bout de ce temps, les douleurs rhumatismales avaient perdu les trois quarts de leur intensité. Le malade comprit dès lors (ce dont il avait jusque-là toujours douté) qu'il ne pouvait guérir qu'en soignant conjointement son rhumatisme et sa blennorrhagie.

Les faits de ce genre, continue l'auteur, prouvent qu'une blennorrhée qui passe à l'état chronique et tend malgré tout à se perpétuer indéfiniment n'a pas sa raison suffisante d'existence dans l'impression locale et primitive réalisée par le virus blennorrhagique, et qu'il faut chercher la cause de cette persistance de l'écoulement dans des conditions inhérentes ou à la partie elle-même altérée à la longue ou dans une disposition maladive du sujet. Dans ces cas, ou bien la blennorrhée résiste tant qu'aux moyens locaux on ne joint pas de modificateurs généraux appropriés à la nature de l'état morbide constitutionnel, ou bien elle ne disparaît que pour faire place à une nouvelle manifestation maladive qui est son équivalent pathologique.

En somme, chez tout individu affecté simultanément de blennorrhée rebelle et de rhumatisme chronique, il faut rechercher le rapport qui existe entre l'écoulement urétral ou vaginal et la maladie rhumatismale. En combattant cette dernière d'une manière rationnelle, de manière à l'attaquer dans sa véritable cause, on aura toutes les chances possibles de détruire aussi la cause éloignée de la blennorrhagie chronique et les traitements topiques, jusqu'alors inefficaces parce qu'ils ne s'attaquaient qu'à la surface malade, seront couronnés de succès.

— Nous ne reviendrons point aujourd'hui sur les réflexions que nous suggéra, il y a huit mois, la lecture du premier travail de M. Andrieu. Comme à cette époque, nous donnons notre adhésion entière à ses observations sur l'influence qu'exerce ici le principe rhumatismal; mais nous entrevoyons également et nous persistons toujours à signaler un danger réel dans l'extension exagérée que l'on pourrait être entraîné à donner à ces vues. M. Andrieu lui-même n'a-t-il pas involontairement cédé à cette tendance lorsqu'il écrit que, chez les malades dont il vient de faire l'histoire, il ne s'agit plus, après un certain laps de temps, de la blennorrhagie, mais d'une phlegmasie chronique avec catarrhe urétro-vésical... que l'écoulement est alors symptomatique d'une dyscrasie ou d'une affection interne?... Et cependant M. Andrieu sait fort bien qu'un écoulement urétral né sous l'unique influence de la diathèse rhumatismale serait un fait tout à fait exceptionnel : il sait aussi qu'opposer seulement à un suintement chronique le traitement antirhumatismal serait une thérapeutique, dans l'immense majorité des cas, illusoire. La pathogénie et la thérapeutique s'accordent donc à repousser cette idée d'écoulement de nature rhumatismale. Si pourtant M. Andrieu s'est laissé conduire à l'admettre en quelque sorte, ne serait-il pas à craindre que, moins éclairés et dépassant leur modèle faute de le comprendre, d'autres praticiens, dans des cas semblables, ne vinssent, au nom d'un prétendu rationalisme, rejeter du traitement de la blennorrhée tout autre moyen que les médications antirhumatismales générales? Voilà où est le péril de ces appréciations étiologiques faites d'un point de vue plus trop exclusif : il nous semble toujours assez grand pour nous engager à ne point laisser passer sans un mot de commentaire les publications conçues dans un pareil esprit.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE.

MM. Ad. Brongniard et Valenciennes donnent successivement lecture d'instructions rédigées en commun, le premier pour la botanique, le second pour la zoologie, en vue d'une expédition scientifique sur le fleuve des Amazones qui va prochainement être entreprise par les ordres du gouvernement. La commission a exprimé l'avis qu'au moment où un voyage si intéressant va s'exécuter, il serait convenable que l'Académie appelât l'attention des ministres de la marine, de l'instruction publique et du commerce, sur l'importance qu'il y aurait pour les sciences naturelles et médicales en particulier, à joindre à l'expédition projetée une ou plusieurs personnes possédant des connaissances spéciales.

Conformément au vœu exprimé par la commission, l'Académie a décidé qu'il serait écrit dans ce sens aux ministres.

TRANSPORT DU PHOSPHATE DE CHAUX DANS LES ÊTRES ORGANISÉS.

M. Dumas lit une note sur ce sujet. Le phosphate de chaux, quoique insoluble dans l'eau, pénètre dans les plantes et se dépose dans leur tissu. Les os qui le contiennent se désagrègent peu à peu sur le sol et disparaissent bientôt sous l'influence des eaux pluviales. M. Dumas dit avoir reconnu les causes qui produisent de tels effets; il en est deux qui peuvent intervenir, l'une rarement et avec une faible intensité, l'autre partout et avec une intensité remarquable. La première réside dans une propriété que le sel ammoniac possède : il favorise la dissolution du phosphate de chaux. La seconde réside dans l'action de l'acide carbonique. C'est là, suivant M. Dumas, que se trouve le véritable dissolvant du phosphate de chaux. En effet, l'eau chargée d'acide carbonique dissout de grandes quantités de phosphate de chaux. L'action de l'acide carbonique sur le phosphate de chaux est telle que des lames d'ivoire enfermées dans des bouteilles d'eau de Seltz s'y sont ramollies en vingt-quatre heures tout comme dans l'acide chlorhydrique dilué. Cette propriété, dit M. Dumas, explique le transport du phosphate de chaux dans les plantes. Elle explique comment les os se désagrègent et se dissolvent abandonnés sur le sol, sous l'influence prolongée de l'eau de pluie chargée d'acide carbonique; elle montre comment, dans l'économie animale, les os peuvent se redissoudre par l'action du sang veineux riche en acide carbonique; elle explique le rôle de l'émail des dents destiné par le fluorure de calcium qu'il renferme à en protéger la substance osseuse contre l'action de l'acide carbonique dégagé du poumon et dissous par la salive, qui, d'ailleurs habituellement alcaline, est, par cela même, fort propre à en neutraliser les dangereux effets. L'emploi habituel de l'eau de Seltz ne serait-il pas de quelque utilité dans la gravelle et les calculs de phosphate de chaux? Enfin, n'est-il pas évident, ajoute et dit en terminant M. Dumas, que deux corps aussi répandus dans la nature organique que le sont l'acide carbonique et le phosphate de chaux, doivent réagir l'un sur l'autre dans une foule de circonstances et donner naissance à des phénomènes de dissolution et de précipitation très-variés?

M. Lassaigne communique une note sur le même sujet. Ayant entendu dire à M. Dumas, dans son discours de rentrée de l'école de médecine, que le transport du phosphate de chaux de la matière minérale s'opérait dans le tissu des végétaux par l'action dissolvante de l'eau chargée d'acide carbonique, il a eu l'idée de faire quelques expériences dans cette direction. Voici les résultats qu'il transmet à l'Académie. Il a constaté que l'eau saturée de gaz acide carbonique, à la température de $+ 10°$ et à la pression ordinaire, avait non-seulement la faculté de dissoudre une petite quantité de sous-phosphate de chaux pur qui paraît s'élever à $\frac{75}{100000}$ du poids de l'eau saturée d'acide carbonique, mais que cette même solution opérait, dans les mêmes conditions, la dissolution d'une petite quantité des sels calcaires composant les os. Cette dernière expérience a été faite avec un os humain (tibia) retiré d'un cadavre inhumé depuis vingt ans; cet os était peu friable et contenait encore une portion de sa matière organique. Divisé par l'action d'une râpe ou mis en morceaux de la grosseur d'une petite noisette, il a cédé du carbonate et du phosphate de chaux à l'eau saturée de son volume d'acide carbonique. La proportion de ces sels calcaires enlevée aux morceaux d'os a été moindre que celle extraite des os réduits en poudre. Par une expérience directe, M. Lassaigne a reconnu aussi que l'eau chargée de bicarbo-

nate de chaux pouvait dissondre des quantités très-faibles de sous-phosphate de chaux.

M. Thénard fait remarquer, à l'occasion de ces deux communications, que les faits qui en sont l'objet sont déjà bien connus, mais qu'il n'en est pas de même du rôle qu'il convient de leur assigner dans l'explication du transport des phosphates et arséniates par l'eau chargée d'acide carbonique.

SÉJOUR PROLONGÉ DE PIÈCES DE MONNAIE DANS L'ESTOMAC D'UN CHIEN.

M. Becquerel signale un fait qui n'est pas sans quelque intérêt pour la physiologie. Il y a douze ans, un chien avait avalé en jouant deux pièces de monnaie, une pièce de 5 francs et un gros sou en métal de cloche. Il n'en fut nullement incommodé ni dans le moment ni plus tard. Ce chien étant venu à mourir il y a quinze jours, son maître le fit ouvrir et trouva dans l'estomac les deux pièces de monnaie mêlées aux débris du dernier repas que l'animal avait pris. La pièce de 5 francs, dont la surface n'était pas visiblement altérée, pesait 23 grammes 425 au lieu de 25 grammes. Le gros sou, au contraire, était notablement altéré; il était devenu très-mince et était recouvert d'une matière noire, de sulfure de cuivre probablement; elle ne pesait plus que 5 grammes 505 au lieu de 20 grammes. Il est probable que si l'animal eût vécu plus longtemps, la pièce de cuivre aurait fini par disparaître en totalité sans avoir produit aucun désordre dans l'économie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le docteur Legrand se porte candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique.

M. Desportes fait, au nom de la section de thérapeutique, le rapport sur la candidature ouverte dans cette section. La section a décidé que la liste des candidats à la place vacante devra contenir six noms.

Cette proposition est adoptée.

PESTE. — QUARANTAINES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

Les deux derniers paragraphes sont adoptés après une courte discussion et avec de légères modifications.

M. Prus présente alors à l'Académie la rédaction définitive des conclusions, ainsi conçue :

« Lieux où naît la peste. — I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

» Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc; le même danger ne paraît plus à craindre pour l'Algérie.

» Causes de la peste. — II. Les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux; un air chaud et humide; des demeures basses, mal aérées, encombrées; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation insuffisante et malsaine; une grande misère physique; un état habituel de souffrance morale; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

» Transmissibilité. — III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

» La peste à l'état épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

» Modes de transmission. — IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

» De nouveaux faits sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes ou vêtements des pestiférés.

» Il résulte des recherches faites dans les lazarets européens que, depuis plus d'un siècle, les marchandises n'ont pas transmis la peste.

» Durée de l'incubation de la peste. — V. En dehors des foyers épidémiques la peste ne s'est pas déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

» Prophylaxie de la peste : par l'hygiène. — VI. Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en détruisant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

» Par la législation sanitaire. — VII. Faire surveiller au départ, pendant la traversée et l'arrivée, par des médecins sanitaires légalement assermentés, institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

» On insistera sur l'emploi d'un bon système d'aération du navire pendant la traversée.

» Il sera délivré au port de départ :

» *Patente nette* en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existera pas ou n'existera qu'à l'état sporadique;

» *Patente brute* en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

» Les conclusions III et V indiquent, d'après les faits observés jusqu'à ce jour, quand il y a lieu à imposer des quarantaines et quelle doit être leur durée; l'Académie s'en rapporte à l'autorité pour déterminer par quels degrés et jusqu'à quel point la prudence permet de rapprocher la pratique des résultats de l'observation.

» La quarantaine sera comptée du jour du départ pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord.

» Pour ceux qui n'auront pas de médecin à bord, la quarantaine commencera du jour de l'arrivée en France.

» Quelle que soit la patente, s'il y a eu à bord pendant la traversée ou s'il y a, lors de l'arrivée au port, un ou plusieurs cas de peste, ou seulement de maladie suspecte, les passagers et l'équipage devront être soumis à la même quarantaine que s'ils sortaient d'un lieu où régnerait actuellement la peste épidémique.

» Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

» Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les conditions seront déterminées par l'autorité supérieure.

» Sur tous les navires partant avec patente brute on continuera à plomber les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, les soumettre pendant la traversée à une ventilation efficace.

» Regarder comme inutiles les moyens mis en usage pour purifier les marchandises.

» Disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires. »

M. le Président met aux voix cette rédaction définitive et l'ensemble du rapport.

A la première épreuve, l'Académie vote en masse pour l'adoption des conclusions.

A la contre-épreuve, M. Castel lève la main contre.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

M. Honoré : je propose que des remercîments soient votés à M. le rapporteur.

De toutes parts : Oui ! oui !

M. le Président : C'est avec bonheur que je transmets à M. Prus les remercîments de l'assemblée.

M. Prus quitte la tribune au milieu des applaudissements de l'assemblée.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'ARBRE BEBEERU ET SUR LE SULFATE DE BEBEERINE (NOUVEL ALCALOÏDE FÉBRIFUGE).

On connaît depuis longtemps en Angleterre, sous le nom de *green heart* (cœur vert), un bois dur, pesant, d'un jaune verdâtre, qui est originaire de la Guyane, et dont on se sert pour les usages industriels. Mais l'espèce en était inconnue : c'est au docteur Rodie que l'on doit d'avoir le premier décrit cet arbre, et d'en avoir extrait un alcaloïde fébrifuge dont l'usage commence à se répandre en Angleterre.

On trouve cet arbre dans sa plus belle végétation immédiatement après le terrain d'alluvion des côtes et des rivières et sur les montagnes argileuses peu élevées au-dessus du niveau de la mer. Il dégénère en s'élevant dans l'intérieur du pays jusqu'à ce qu'il disparaisse au niveau de la région la plus élevée des quinquinas. L'écorce en est blanchâtre et unie. Les feuilles sont opposées, oblongues aiguës, avec les bords repliés, etc. Les fleurs, fort petites, d'un blanc de neige et exhalant une odeur de jasmin, sont disposées en cymes axillaires. Les fruits sont obcordés ou oborés, de la grosseur d'une petite pomme, formés d'une coque mince et cassante et d'une amande à deux lobes charnus. Cette amande est très-amère, et plus riche en alcaloïde que l'écorce. Sa teinture alcoolique est d'un vert-olive foncé, vue par réflexion. Elle ne rougit pas la teinture de tournesol comme le fait celle de l'écorce.

L'écorce, telle que le commerce la fournit, est en morceaux plats, grisâtres, médiocrement fibreux, durs, pesants et fragiles. Elle est très-amère et dépourvue de toute partie aromatique. En la soumettant au procédé par lequel on obtient le sulfate de quinine, le docteur Rodie en a retiré deux alcaloïdes fébrifuges, dont l'un, nommé *bebeerine*, forme avec un léger excès d'acide sulfurique un sulfate très-coloré, ayant l'apparence de l'extrait sec de quinquina, et dont la vertu médicale paraît être à celle du sulfate de quinine comme 6 est à 11.

La découverte du docteur Rodie a dû naturellement exciter l'attention

des savants anglais sous le triple point de vue de la botanique, de la chimie et de l'application médicale. Sir Roberg Schomburg a examiné l'arbre sous le premier rapport, et a reconnu que c'était une espèce de *nectandra*, genre placé dans la famille des laurinées, auquel il a donné le nom de *nectandra Rodiei*, en l'honneur de M. Rodie.

M. Douglas Maclagan et M. Tilley, professeur de chimie à Birmingham, se sont occupés de constater l'existence et les propriétés de l'alcaloïde découvert par M. Rodie. Dans un mémoire publié en commun, ces deux chimistes proposent le procédé suivant pour extraire la bebeerine pure du sulfate préparé pour l'usage médical, qui contient les deux substances alcalines, et qui est toujours fortement coloré et presque semblable pour la forme à un extrait sec de la garaye. Ce sulfate étant redissous dans l'eau et précipité par l'ammoniaque, le précipité est lavé dans l'eau, puis trituré avec un poids égal d'oxyde de plomb récemment précipité, hydraté et encore humide. Le magma ainsi formé est desséché au bain-marie, pulvérisé et traité par l'alcool absolu. Ce liquide étant distillé laisse les deux bases organiques sous la forme d'une masse résinoïde et transparente, d'un jaune orangé. On pulvérise la matière et on la traite à plusieurs reprises par l'éther sulfurique, qui dissout seulement la bebeerine. On l'obtient, après l'évaporation de l'éther, sous forme d'une substance translucide, amorphe, homogène, d'un jaune pâle et d'une apparence résineuse.

Cette substance, qui ne cristallise pas, possède toutes les propriétés d'un alcali organique. Elle est très-soluble dans l'alcool, moins soluble dans l'éther, très-peu soluble dans l'eau ; soumise à l'action du feu, elle se ramollit d'abord, puis fond à la température de 185°,5 centigrades sans rien perdre de son poids. A une température plus élevée, elle se boursoufle en exhalant des vapeurs d'une odeur forte, et brûle enfin sans résidu. Elle forme avec les acides des composés tout à fait incristallisables. Elle forme avec les perchlorures d'or, de mercure, de cuivre, de fer et de platine, des précipités qui sont un peu solubles dans l'eau bouillante et dans l'alcool, et qui s'en séparent par refroidissement, mais non sous forme cristalline.

Cette composition a cela de remarquable, qu'elle ne diffère pas de celle de la morphine telle qu'elle a été déterminée par M. Regnault.

Quant à l'efficacité du sulfate de bebeerine comme fébrifuge, M. Maclagan a publié quarante observations dans lesquelles ce médicament paraît avoir été employé généralement avec succès.

SUR DIVERSES PRÉPARATIONS DE HASCHICH.

M. Louradour a présenté à la Société de pharmacie plusieurs préparations de *haschich* (cannabis indica) qui lui sont récemment parvenues et qui ont été de sa part l'objet de diverses recherches. Ces préparations, au nombre de trois, sont : la *poudre*, l'*extrait gras* et la préparation connue sous le nom de *dawamesk*.

1° La poudre de *haschich*, composée tout simplement des feuilles et des fleurs de la plante, desséchées et broyées le plus finement possible. Cette poudre est d'un vert jaunâtre un peu foncé, exhale une odeur très-forte et très-prononcée qui se rapproche beaucoup de l'odeur du chanvre à l'époque de sa floraison ; elle est complétement insipide. D'après l'intensité de son odeur, on serait tenté de croire *à priori* que ses effets doivent être très-marqués. C'est une erreur : les feuilles et les sommités du haschich, qui sont douées, lorsqu'elles sont encore fraîches ou du moins nouvelles, des propriétés les plus énergiques, semblent perdre en entier ces propriétés en se desséchant. Autant la poudre présentée par M. Louradour est active quand elle est récente, autant elle est inerte lorsqu'elle date d'un certain temps. Elle constitue la forme sous laquelle on fume le haschich, d'après les observations des médecins qui ont habité l'Orient ; les effets seraient difficiles à obtenir par la pipe, et beaucoup plus facile à produire avec la narghilé, ce qui prouve, comme l'a fait remarquer M. Aubert-Roche, que le feu ne détruit pas et que l'eau ne dissout pas le principe actif de la plante.

2° La seconde forme est l'extrait gras qui se prépare en faisant bouillir les feuilles et les fleurs de la plante fraîche avec de l'eau à laquelle on ajoute une certaine quantité de beurre frais. Le tout étant réduit par évaporation à la consistance d'un sirop, on passe à travers un linge. On obtient aussi le beurre chargé du principe actif et fortement coloré en vert. Lorsqu'il est frais, cet extrait, que les Arabes appellent extrait gras, exhale une odeur particulière, forte, que l'on ne peut guère comparer à aucune odeur connue, et qui se retrouve dans toutes les préparations dont il forme la base ; c'est pour éviter cette odeur particulière, assez nauséabonde lorsque l'on a pris plusieurs fois du haschich, que les Orientaux aromatisent leurs préparations avec de grandes quantités d'essence de rose ou de jasmin. Au goût, il ne présente, lorsqu'il est frais, qu'une saveur de beurre très-légèrement rance.

3° Enfin, la troisième préparation, connue sous le nom de *dawamesk*, est composée d'une certaine quantité d'extrait gras mélangé intimement avec des pistaches, de la farine d'amandes douces et du sucre. Le dawamesk, assez agréable au goût, se prend à la dose de 30 grammes, soit dissous dans une tasse de café à l'eau, soit en nature et sans aucune préparation. Les effets plus ou moins rapides, suivant les tempéraments, se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure ou une heure et démie après l'ingestion de la substance. Les individus impressionnables et nerveux sont, en général, plus rapidement pris que les sujets lymphatiques.

PRÉPARATION NOUVELLE DE SCAMMONÉE ET SON MODE D'EMPLOI.

M. Wimmer, médecin de Munich, propose une préparation nouvelle de scammonée, qui n'est autre que celle de la résine pure, obtenue par la solution de la scammonée d'Alep du commerce dans l'alcool très-rectifié, la filtration, la précipitation de la résine par l'addition d'eau, le lavage réitéré de la résine précipitée à l'aide de l'eau distillée, et enfin sa dessiccation à une douce chaleur.

Cette résine était employée d'abord à l'état de division et de mélange avec la gomme arabique, avec le baume de Canada, avec le savon de Venise, avec le sirop d'orgeat ; mais les mélanges liquides étant sujets à s'altérer pendant les chaleurs de l'été, la résine de scammonée a été donnée en dernier lieu sous forme de poudre sèche mêlée à du biscuit également pulvérisé ; c'est même sous cette forme qu'il est le plus aisé de l'administrer aux enfants.

M. Wimmer a trouvé que le mélange suivant est celui qui offre le plus d'avantages et de facilité pour l'emploi de cette substance.

Prenez : Résine de scammonée pure. 3 grammes.
Savon de Venise. . . . . . . 25 centigrammes.
Sucre blanc 275
M. et F. S. A. une poudre homogène et très-ténue.

Ajoutez peu à peu :

Biscuit pulvérisé. . . . . 24 grammes.
Eau. . . . . quelques gouttes.

Triturez fortement en ayant soin de détacher du pilon les parties de poudre qui s'y attachent, et de les mêler toujours de nouveau au reste de la poudre.

On fait ensuite sécher cette poudre à l'air, et on la divise en paquets du poids de 30 grammes chacun. 3 grammes de cette poudre contiennent 30 centigrammes de scammonée.

On l'administre à la dose de 40 centigr., qui suffisent pour provoquer plusieurs garde-robes chez un adulte. Pour les enfants de 15 ans, on réduit la dose à 30 centigr.; pour ceux de 7 à 8 ans, à 20 centigr.; enfin pour les enfants d'un à 2 ans, à 10 centigr.

Cette poudre joint à sa propriété purgative l'avantage d'être un vermifuge d'une très-facile administration.

PRÉPARATION DU VALÉRIANATE DE ZINC.

M. Lefort (de Gannat) a communiqué sur ce sujet au JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE une note que nous empruntons à ce journal.

On sait, depuis les nombreux travaux entrepris pour arriver à un mode de préparation économique du valérianate de zinc, que l'acide valérianique est le produit de l'oxydation de l'essence de valériane. M. Gerhardt s'était déjà aperçu que l'essence de valériane exposée à l'air donnait de l'acide valérianique.

C'est sur cette dernière observation qu'est basé le nouveau procédé indiqué par M. Brun-Buisson, pour obtenir le valérianate de zinc en assez grande quantité. Ce chimiste a remarqué qu'en exposant à l'air pendant un mois de l'eau distillée de valériane, on obtenait 15 grammes de valérianate de zinc avec un kilogr. de racine de valériane.

J'ai eu l'occasion, dit M. Lefort, de répéter ce procédé à plusieurs reprises différentes, et je suis arrivé, à quelques grammes près, au même résultat que M. Brun-Buisson.

J'ai recherché s'il ne serait pas possible d'arriver à une oxydation beaucoup plus rapide que celle de l'air. Voici le procédé auquel je me suis arrêté comme m'ayant le mieux réussi.

Prenez : Racine de valériane. . . . 1 kilog.
Eau. 5
Acide sulfurique . . . . . 100 grammes
Bichromate de potasse. . 60

Je fais macérer pendant vingt-quatre heures environ la valériane grossièrement pulvérisée, l'eau, l'acide sulfurique et le bichromate de potasse dans la cucurbite d'un alambic ; puis je distille. Je réserve dans la cucurbite le premier quart de l'eau qui a distillé comme contenant encore une notable quantité d'essence de valériane. Je continue la distillation jusqu'à ce que la liqueur ne réagisse plus sur le papier de tournesol.

Le produit de la distillation est ensuite mis dans une capsule de porcelaine ou un matras en verre avec un excès d'hydrocarbonate de zinc privé

d'oxyde de fer. Je laisse déposer pendant deux ou trois heures sur un bain de sable chauffé à 90 degrés.

La liqueur filtrée à chaud est évaporée à feu nu jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un demi-litre de liquide. Je continue l'évaporation jusqu'à siccité sur des assiettes et à la chaleur de l'étuve.

Par ce procédé, j'ai obtenu, à trois reprises différentes, 17, 18 et 18 gr. 1/2 de valériane de zinc pour 1 kilogr. de racine.

Il est important, lorsqu'on voudra faire servir la racine de valériane à la préparation du valérianate de zinc, d'employer de la racine fraîchement séchée. J'ai trouvé des différences notables dans le rendement du valérianate de zinc en me servant de racine ancienne ou de racine séchée depuis peu de temps.

Il est même probable que la racine de valériane ne contient pas toujours la même quantité d'essence à toutes les époques de l'année; l'on n'ignore pas que les feuilles de laurier-cerise donnent des quantités d'acide cyanhydrique variables avec les époques de l'année.

EMPLOI DU CHLORE ET DES ACIDES CHLORHYDRIQUE ET SULFURIQUE POUR LA CONSERVATION DES SANGSUES.

M. Roder, pharmacien à Lenzbourg, avait vu, dans le cours de l'été de 1845, un grand nombre de ses sangsues périr par une épidémie : tous les soins, tous les moyens préservatifs connus, tels que le charbon, le miel, le sucre, etc., avaient échoué. Il eut alors recours au chlore. A 48 onces d'eau, il ajouta 3, 4, 5 gouttes au plus de chlore liquide; il y mit les sangsues et les y laissa dix à quinze minutes, puis il jeta cette eau et la remplaça par de l'eau pure. Ce traitement sauva les sangsues sans qu'il fût nécessaire de le renouveler. On atteindrait probablement le même but par l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour neutraliser l'ammoniaque qui a pu se développer, et qui est, comme chacun sait, un poison très-dangereux pour les sangsues. En effet, elles se conservent très-bien dans l'eau acidule des terrains tourbeux, qui contient une petite quantité d'acide crénique et peut-être aussi d'acide acétique. L'emploi de l'acide sulfurique ordinaire et très-étendu (5 à 6 gouttes pour 12 onces d'eau) a également réussi dans un autre cas d'épidémie de sangsues. L'eau acidule a été, comme plus haut, remplacée par de l'eau pure, et toute trace de maladie a complétement disparu. (ARCHIV. DE PHARMACIE, avril 1846.)

EMPLOI DE L'APPAREIL DE SCOTT DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES.

M. R. Broussonnet (de Montpellier) a, le premier, fait connaître en France l'appareil de Scott et ses applications. Cet appareil se compose :

1° D'un onguent composé de la manière suivante dont on fait un onguent à froid :

Camphre pulvérisé . . . . .
Onguent napolitain double.
Cérat de savon . . . . } de chacun 15 grammes.

2° De bandelettes agglutinatives de diachylon, larges de 3 à 4 centimètres, assez longues pour faire un tour et demi du membre ou de la partie qu'elles doivent recouvrir.

3° De :

Emplâtre de plomb . . . . 3 parties
Savon 1

M. F. S. A. Emplâtre peu étendu sur une peau blanche.

4° D'une ou plusieurs bandes.

5° D'un soluté épaissi d'amidon.

Le mode d'application consiste : 1° à laver la partie avec de l'eau de savon chaude; 2° à frictionner avec eau-de-vie camphrée, jusqu'à excitation légère de la peau; 3° charger de l'onguent (n° 1) des bandes de linge souple, d'une longueur égale à une circonférence et demie du membre, et larges de 4 centim. On en recouvre la partie malade, depuis quatre travers de doigt au-dessous jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus, en suivant le procédé de Scultet, avec cette différence que l'on applique le plein de la bande tantôt en dessus, tantôt en dessous. On s'inspire, d'ailleurs, du besoin de bien recouvrir les parties sans laisser le moindre jour, sauf le cas où il y a des ulcérations ou trajets fistuleux; 4° agir de même, à l'aide de bandelettes de diachylon; 5° recouvrir le tout avec l'emplâtre de plomb et savon, en disposant les pièces de cet emplâtre selon la longueur du membre, de manière à entourer exactement l'articulation; 6° terminer par le bandage roulé et amidonné, en commençant par l'extrémité du membre, en comprimant régulièrement.

M. Boileau de Castelnau, médecin de Nîmes, a publié dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER une série d'observations de tumeurs blanches de diverses articulations qu'il dit avoir traitées avec succès par cette méthode. Voici les réflexions qu'il présente à ce sujet.

Plus la maladie est réduite à elle-même et dégagée de toute complication, plus on doit espérer que le sujet supportera l'appareil et qu'il en éprouvera du soulagement. Peu de temps après son application, le malade éprouve une forte démangeaison, même de la cuisson à la peau. L'action du calorique employé pour sécher l'amidon tend à augmenter ces phénomènes. Aussi est-il nécessaire de le faire sécher par un feu doux ou par l'action des rayons solaires pendant la belle saison.

On ne doit permettre des mouvements au malade que lorsque les bandes sont bien sèches, que l'appareil fait corps, ce dont on s'assure en percutant. Au bout de quelques jours, par l'affaissement des parties, la diminution de l'enflure, le membre joue pour ainsi dire dans l'appareil. On ne doit pas plus tarder à le renouveler. Une fois la tuméfaction passée, l'auteur estime qu'il faut le renouveler le moins possible, et il le laisse de trente à quarante jours. Lorsque les phénomènes morbides ont disparu, il ne se hâte pas cependant d'enlever l'appareil; il le laisse assez longtemps pour que les cicatrices intérieures et l'ankylose, si elle doit se faire, soient formées.

Du reste, son application et le temps pendant lequel on doit le laisser en place sont subordonnés à la tolérance de la partie malade, et à la présence ou à l'absence d'accidents qu'il peut déterminer. Ainsi, lorsque l'inflammation est intense, la tuméfaction rénitente, que les téguments sont enflammés, l'on doit ajourner l'application de l'appareil; s'il est appliqué, on doit le retirer pour remplir les indications qui se présentent.

Quant à la durée totale de l'emploi de cet appareil, on voit, dans les observations de l'auteur, que les malades l'ont porté pendant un an, dix-neuf mois.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE NOCTURNE PAR L'ACIDE BENZOÏQUE.

M. de Fraene, chirurgien-accoucheur à Tubize, rapporte qu'une jeune fille de 15 ans, pour laquelle il fut consulté, ayant eu, à la suite de plusieurs atteintes d'arthrite aiguë, une incontinence d'urine nocturne qui, par une sorte de fausse honte de la mère, fut négligée pendant l'espace de 4 mois, il prescrivit d'abord un traitement aromatique et tonique. Mais ce traitement étant resté sans effet, et se rappelant que l'acide benzoïque avait été préconisé en pareille circonstance, il eut recours à ce dernier moyen. La jeune fille prit d'abord deux pilules le matin et autant le soir, pendant quatre jours, sans s'apercevoir d'aucun changement. On lui en fit prendre alors huit en deux fois, quatre le matin et quatre le soir. A partir de la première nuit qui suivit l'administration de ces huit pilules, l'incontinence d'urine n'eut plus lieu et cessa de se reproduire. La malade continua quelques jours encore à en prendre la même quantité; elle en prit ensuite des doses progressivement décroissantes. La guérison ne s'est pas démentie.

EMPLOI DE LA POMMADE AU NITRATE D'ARGENT DANS L'ÉRYSIPÈLE ET LES TUMEURS BLANCHES.

M. Jobert (de Lamballe) prescrit avec avantage comme traitement topique contre les érysipèles qui, à certaines époques de l'année, compliquent si fréquemment les plaies, l'usage d'une pommade au nitrate d'argent en onctions. Il fait faire trois espèces de pommades qui ne diffèrent entre elles que par la quantité de nitrate d'argent qui entre dans leur composition. On les distingue par les nos 1, 2, 3. En voici les formules :

Pommade n° 1.	Axonge	32 grammes
	Nitrate d'argent.	4 —
Pommade n° 2.	Axonge	32 —
	Nitrate d'argent.	8 —
Pommade n° 3.	Axonge	32 —
	Nitrate d'argent.	12 —

L'énergie de la pommade est évidemment proportionnée à la quantité de nitrate d'argent qui entre dans sa composition.

Ce n'est point seulement dans les érysipèles que son emploi est avantageux; M. Jobert l'emploie aussi dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations, des os, du périoste, du tissu cellulaire, par exemple dans les arthrites violentes, les hydarthroses, les tumeurs blanches, les phlegmons, etc.; il en a retiré de grands avantages dans ces diverses affections. Les onctions faites avec la pommade au nitrate d'argent constituent, pour M. Jobert, un des plus puissants antiphlogistiques.

Après l'application du topique les parties semblent augmenter de volume; mais bientôt les liquides, dont l'afflux avait déterminé une sorte de turgescence, ayant été absorbés, une diminution notable se manifeste dans les parties engorgées. Ordinairement aussi des douleurs assez vives se font sentir dans les points qui viennent d'être cautérisés. La peau à leur niveau prend une couleur brun bronzé. L'épiderme se ride, puis se détache, et le

derme se recouvre promptement d'une nouvelle enveloppe protectrice. Chez les femmes, les onctions déterminent quelquefois des pustules peu étendues et peu profondes. Dans ces cas, du reste, l'action résolutive antiphlogistique du médicament n'en est pas moins efficace.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR LA VACCINE, OU RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LES VACCINATIONS ET REVACCINATIONS DEPUIS LE COMMENCEMENT DE LEUR EMPLOI JUSQU'A NOS JOURS, etc.; ouvrage couronné par l'Académie des sciences en 1845; par le docteur CH. STEINBRENNER. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Cet ouvrage considérable, et qui renferme près de neuf cents pages *in-octavo*, avait été, comme le titre le rappelle, envoyé à l'Académie des sciences pour concourir au prix institué en 1838, sur la proposition de M. Breschet. Comment cette proposition avait pris naissance; quels en étaient le but et le sens, c'est ce qu'il ne sera pas inutile de rappeler, autant pour consigner dans ces colonnes les termes d'une des plus intéressantes questions qui aient agité la science depuis longtemps, que pour préciser tout de suite l'objet du livre de M. Steinbrenner.

A vrai dire, le débat remonte jusqu'à la découverte de la vaccine. Dans ses premières publications, Jenner ne repousse pas absolument l'idée d'une préservation temporaire chez quelques individus. Il compare même sous ce rapport la vaccine à la variole qui elle-même permet des récidives. Mais bientôt l'enthousiasme des expérimentateurs contemporains ayant fait place à la réserve scientifique, et l'action préservative de la vaccine ayant été proclamée d'une manière absolue, Jenner lui-même se laissa gagner à cette flatteuse doctrine et ses dernières publications portent l'empreinte de cette nouvelle disposition de son esprit non pas qu'il ait méconnu les cas tombés sous sa propre observation, où la variole était survenue chez des individus qu'il avait vaccinés lui-même et déclarés à tout jamais préservés; mais il expliquait ces exceptions en admettant une diathèse varioleuse. Dans ces cas, la vertu préservative de la vaccine ne s'était pas usée avec le temps; elle n'avait jamais été suffisante, à cause d'une disposition réfractaire de l'économie, et les individus avaient eu la variole après vaccine comme ils l'auraient eue après une première variole. Telle est, du reste, l'opinion de la société jennerienne qui, après de minutieuses recherches, a émis l'avis suivant: « Nous convenons qu'il s'est présenté à notre observation quelques cas de varioles chez des personnes qui, manifestement, avaient eu une vaccine régulière; mais il existe de même des cas tout aussi avérés de personnes qui, après avoir eu une variole régulière, soit par inoculation, soit par simple contagion, ont eu une seconde fois la même maladie. »

Cependant, sans parler des adversaires systématiques de la vaccine, des Moreley, des Vaumé et autres, beaucoup d'auteurs donnèrent aux faits de ce genre une autre interprétation. Hufeland, par exemple, dès 1800, formulait très-explicitement dans son journal des doutes sur la vertu préservative indéfinie de la vaccine, et ces doutes sont acquis à la science malgré les assertions contradictoires qu'on peut relever en différents endroits du même journal. Plus tard (en 1804) un auteur anglais, Goldson, appela plus spécialement l'attention sur les cas de variole après vaccine, et son petit traité causa une telle sensation que les médecins de l'établissement de vaccination de Pearson crurent devoir faire une expérience à ce sujet, et inoculèrent le virus de la variole à 60 personnes vaccinées : aucune d'elles n'eut la variole. Enfin, une épidémie de variole, qui sévit en 1805 dans le berceau même de la vaccine, en Angleterre, et quelques autres survenues plus tard en Allemagne et en France, en Hollande, en Suède, en Italie, en Bavière, etc., dans lesquelles la variole attaquait fréquemment les vaccinés, vinrent apporter à la question des éléments nouveaux et au débat une nouvelle activité. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans toutes les phases de ce long débat jusqu'à nos jours. La préservation temporaire fut soutenue principalement, avec des nuances diverses, par Gysberti, Hodenpyl, Harder, Gregory, Mitchel, Bell, Widing, Engberg, Grabner-Maraschini, Meuth, Pauli (de Landau), Hesse, Dornblüth, Wolfers, Sonderland, Ritger, Medicus, Oegg, Puchett, Moehl, Storch, Siedler, Lebenheim, l'assemblée médicale de Düsseldorf (1829), Pfaff, Krause, Eritschler, Fischer, Robert (de Marseille), Favart, Emery, Honorat (de Dijon), Bertrand, Germeuil, Mayer, Woldé, Bider, l'assemblée médicale de Zurich (1835), Schœffer, Lens, Heim, Roesch, Otto, Dezeimeris, Bittner, Kalt, Pommer, Cerutti, Frœlich, Strecker, Müller, Heim (de Metschede), Henke, Abelé, Kuhk, Horn, Ludwigs, Schacht, Lucas, Simon, Ebers, Ritter, Neumann, etc. Dans le camp opposé, celui qui n'admet que la préservation indéfinie, il faut ranger, après Jenner et ses premiers adhérents : Willan, Thomson (d'Édimbourg), Cohen, Lüders, Gittermann, Froelich, Julius (de Hambourg), Dufresne (de Genève), Coindet, Cribb, Krauss, Fodéré, Thulésius, Eichhorn, Barrey (de Besançon), Bousquet (ce médecin a été amené par les faits à changer d'opinion, et admet maintenant qu'après dix ou douze années, les vaccinés redeviennent aptes à contracter la variole), Sédillot, John Baron, etc. Ajoutons enfin, pour compléter cet historique, que la question des revaccinations, souvent introduite devant les Académies par la commission de vaccine, y a subi toutes les vicissitudes de la controverse.

Mais en même temps que s'affaiblissait la croyance primitive en la stabilité de la vertu préservative de la vaccine, des doutes s'élevaient sur l'inaltérabilité du virus-vaccin lui-même dans son passage à travers les générations. Ces doutes paraissent avoir traversé l'esprit de Jenner lui-même, puisqu'il recommande de prendre, autant que possible, le vaccin à sa source. En 1801, Aikini fit positivement la remarque que la lymphe du cow-pox produisait des boutons bleuâtres, plus beaux, plus saillants que ceux engendrés par la lymphe humanisée. Beaucoup plus tard, en 1814, le docteur Kinglake soulevait en termes exprès l'opinion que, après un certain nombre de reproductions dans le corps humain, le vaccin perdait peu à peu de sa vertu spécifique, comme cela a lieu, du reste, pour le virus variolique inoculé. Mais cette idée d'un affaiblissement progressif du vaccin n'acquit une véritable consistance qu'en 1818, après les travaux d'un médecin français, M. Brissel. Ce médecin s'appuyait principalement : 1° sur l'analogie qu'a le virus-vaccin avec d'autres virus dont l'énergie s'est affaiblie avec le temps, par exemple le virus syphilitique; 2° sur les épidémies de varioloïdes qui attaquent tous les ans un nombre plus considérable de vaccinés; 3° sur une différence entre les symptômes locaux et généraux de la vaccine d'aujourd'hui et ceux de la vaccine des premiers temps; 4° sur une différence analogue quant à l'aspect des cicatrices. Depuis lors, et malgré la vive opposition qu'elle rencontra, particulièrement en France, elle se fortifia de plus en plus. Les docteurs Goëlis, Kausch, Pieper, Seiler de Hœxter, Will. Schearmann, Léo Wolff, Gregory, Franque, Meyer (de Kreutzbourg), Lüders, Medicus, Oegg, Villeversch, Hesselbach, Edelmann, Moreau (de la Sarthe), Kaiser, Naumann, Nicolaï, Festler, et autres, l'appuyèrent plus ou moins explicitement de leurs observations. En 1828, M. Fiard apporta dans la question un élément nouveau et considérable. Il fit des expériences avec une lymphe envoyée d'Angleterre comme étant du *cow-pox*, et déclara avoir obtenu des boutons plus beaux et un appareil symptomatique, local et général, plus intense qu'avec le vaccin ordinaire. Malheureusement la véritable origine de ce cow-pox ne fut jamais bien justifiée. Le prince de Talleyrand, dans sa correspondance avec le docteur Bourdois de la Motte, affirma même qu'à cette époque il y avait plus de vingt ans qu'on n'avait vu le cow-pox en Angleterre, et cette assertion fut confirmée par le docteur Corpue, directeur de l'une des Sociétés de vaccine de Londres (v. Bousquet, NOTICE SUR LE COW-POX). M. Fiard ayant d'ailleurs perdu son vaccin anglais, on ne put faire immédiatement d'expériences comparatives. Mais le 21 mars 1836, le docteur Perdrau ayant découvert sur les mains d'une femme de Passy des pustules vaccinales prises en trayant une vache atteinte de la véritable picote, une nouvelle série d'expériences fut entreprise au sein même de la commission de vaccine. Ces expériences sont trop récentes et trop connues pour que nous les rappelions ici; on en trouvera d'ailleurs l'exposé dans le rapport lu par M. Bousquet, le 12 avril suivant, à l'Académie de médecine. Le résultat fut décisif en faveur de la dégénération du virus-vaccin, et entraîna M. Bousquet lui-même, jusqu'alors adversaire décidé de la dégénération, comme il l'avait été de sa préservation temporaire. Depuis ce moment, cette opinion s'étendit rapidement et se fortifia d'expériences nouvelles, tant en France qu'à l'étranger, notamment en Norwége, en Prusse, en Bavière, dans le Wurtemberg, dans le pays de Bade.

Les choses en étaient là quand l'Académie des sciences ouvrit, en 1838, le concours qui nous a valu l'ouvrage de M. Steinbrenner. Les questions dont elle propose la solution résument très-bien les éléments du problème, tels qu'ils ressortent des développements historiques dans lesquels nous venons d'entrer. Ce sont les suivantes :

1° La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire? Dans le dernier cas, pendant combien de temps la vaccine préserve-t-elle de la variole?

2° Le cow-pox a-t-il une vertu préservative plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

3° En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudra-t-il le renouveler, et par quels moyens?

4° L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec sa qualité préservative?

5° Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne et, dans les cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations ?

Voyons comment l'auteur a résolu les deux premières questions auxquelles les trois autres sont subordonnées.

Relativement à la dégénération temporaire, il met d'abord en avant une masse de faits de variole après vaccine dont les uns empruntés au traité de M. Heim sur les varioles épidémiques de Wurtemberg de juillet 1831 à juin 1836, sont au nombre de 1,055, et dont les autres, au nombre de 112 (total 1,167), appartiennent à l'épidémie observée par l'auteur à Wasselonne en 1839 et 1840. Or, parmi les variolés de M. Heim, il n'y avait que très-peu d'enfants au-dessous de 14 ans, et encore chez beaucoup d'entre eux les cicatrices de vaccine n'étaient pas parfaitement légitimes ou bien la variole suivait de si près la vaccine, qu'on ne pouvait croire l'infection varioleuse antérieure à la vaccination. C'est depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 27 que les varioles après vaccine ont été le plus fréquentes. De 27 à 36 ans, elles ont été très-rares. Les chiffres les plus élevés appartiennent spécialement par gradation décroissante aux âges de 20, 15, 17, 19, 24, 25 et 23 ans. Parmi 112 variolés vaccinés de Wasselonne, il n'en est pas un chez qui la vaccine ait daté, au moment de l'invasion, de moins de sept ans. Au-dessous de 12 ans, la maladie n'a sévi que trois fois ; au delà de 30 ans, quatre fois. Tous les autres malades, c'est-à-dire l'immense majorité, avaient de 13 à 30 ans. Le plus grand nombre avaient (par ordre de fréquence de la maladie) 19, 20, 16, 21, 23, 18 et 24 ans.

D'un autre côté, M. Steinbrenner, réfutant toutes les objections (abandonnées aujourd'hui pour la plupart) qu'on avait élevées sur la valeur des pustules obtenues par les revaccinations, arrive à cette conclusion que l'éruption, quand elle suit une marche régulière et présente à la période ordinaire l'aréole caractéristique, doit être considérée comme une *vaccine vraie*, à laquelle toute l'économie participe.

La plupart des auteurs, qui ont admis, comme base de raisonnement, les faits acceptés par M. Steinbrenner, en ont tiré la conséquence non-seulement que la vaccine ne préserve pas toujours de la variole, mais encore que cette maladie a d'autant plus de prise que la vaccine est plus ancienne, du moins en deçà des limites d'âge où l'organisme n'est plus guère apte à contracter la variole ; ce qui revient à dire que la qualité préservative de la vaccine s'affaiblit avec l'âge.

Ce n'est pourtant pas précisément le sens que donne à ces faits M. Steinbrenner. Il croit bien que la vaccine, même régulière, ne détruit pas complétement, chez tous les individus, la réceptivité de l'économie par la variole, mais non qu'elle permette à cette réceptivité de renaître après avoir été détruite. C'est à peu près ce qu'avait dit Jenner. « Si, dit-il, l'action préservative de la vaccine contre la variole n'était que temporaire.... il faudrait nécessairement que, tôt ou tard, tous les vaccinés fussent exposés de nouveau à contracter la variole comme ils l'auraient été dès leur enfance si on ne les avait pas vaccinés. » Or il existe, dit-il plus loin, « une énorme différence entre le nombre des sujets vaccinés depuis plus de dix ou quinze ans qui ont été effectivement atteints par les épidémies (récentes), et celui des sujets non vaccinés qui, autrefois, étaient affectés par les épidémies quand la vaccine n'était pas encore venue amortir leurs coups. » Il reste toujours à expliquer pourquoi la proportion des varioles après vaccine est beaucoup plus faible dans les premières années qui suivent la vaccination que postérieurement. Si le virus ne pèche jamais que par défaut d'action, ou bien la réceptivité demeure entière, et alors elle tient l'organisme sous l'imminence de la variole aussi bien un mois après la vaccine qu'au bout de dix, quinze ou vingt ans ; ou bien la réceptivité n'est que diminuée, et alors, pour expliquer l'aptitude croissante de l'économie à contracter la variole à mesure qu'on s'éloigne plus de l'époque de la vaccination, il faut admettre que la réceptivité incomplétement détruite s'accroît avec le temps. Or, nous l'avouons, une réceptivité en partie éteinte et qui se réveille ne satisfait guère mieux notre raison qu'une réceptivité abolie et qui renaît. A cette profondeur, la question est assez obscure pour nous rendre extrêmement circonspects sur l'interprétation de la nature intime des phénomènes. M. Steinbrenner veut-il dire que la vertu préservative de la vaccine n'est pas *toujours* temporaire ? On pourrait le supposer d'après ce passage de son livre : « L'analogie et l'observation nous défendent par conséquent d'admettre que la vaccine, *quelque bonne et efficace qu'elle soit*, ne détruit la prédisposition pour la variole que pour un certain temps » (page 453). Mais de ce que la vertu préservative du virus-vaccin ne serait pas toujours et nécessairement temporaire, il ne s'ensuivrait pas qu'il n'en pût être ainsi dans des cas exceptionnels. Quoi qu'il en soit, l'auteur fait à la première question de l'Académie la réponse suivante, dont les termes, ainsi qu'on va le voir, ne s'accordent pas très-bien avec les assertions rappelées tout à l'heure : « La vertu préservative de la vaccine est absolue dans la presque totalité des cas où la prédisposition était déjà bien établie lors de la vaccination, et a fourni au virus inoculé un aliment suffisant pour bien lui faire développer la fièvre vaccinale, qui a servi alors à détruire complétement toute la prédisposition. Mais toutes les fois qu'un obstacle quelconque s'est opposé à la destruction complète de la réceptivité, la vertu préservative de la vaccine *n'est plus que temporaire*. Dans ces cas, *le reste de la réceptivité regagne peu à peu son énergie*, et peut enfin, après un espace de temps plus ou moins long, *prédisposer de nouveau à la variole* (on voit que, malgré la confusion des termes, l'auteur reste fidèle à son idée d'une destruction imparfaite de la réceptivité). Dans d'autres cas enfin, la maladie vaccinale est restée locale et n'a rien détruit de la réceptivité, ou trop peu pour lui ôter sa force prédisposante. La contagion alors peut agir librement, et amener la variole presque immédiatement après la vaccine. »

Nous arrivons à la seconde question, celle de la dégénération du virus-vaccin. Parmi les arguments invoqués par M. Brisset en faveur de la dégénération, un seul est resté dans la science et a été fécondé par ses continuateurs, c'est celui qui est tiré de la différence existante entre les phénomènes locaux et généraux déterminés par le virus humanisé et ceux qui résultent de l'inoculation du cow-pox, ou, tout au moins, du vaccin régénéré. Mais M. Brisset n'ayant pas eu l'occasion de faire des vaccinations comparatives avec les deux espèces de virus n'a pu que ressusciter dans sa mémoire le souvenir de ce qu'il avait observé dans les premières années de ce siècle, c'est-à-dire une quinzaine d'années avant l'époque où il émit pour la première fois l'idée de la dégénération (1818). M. Steinbrenner entreprit, comme M. Bousquet et les membres de la commission de vaccine, de mettre à profit la découverte du cow-pox à Passy. N'ayant pu se procurer le cow-pox lui-même, il demanda et obtint, d'abord le 20 octobre 1840, puis en juin 1841, du vaccin régénéré qui n'avait encore passé que par un très-petit nombre de bras. De plus, il reçut le 21 septembre 1841, de MM. Héring et Jaeger (de Stuttgard), du vaccin de première, de troisième et de douzième génération. Deux cents piqûres faites avec le virus de Passy donnèrent 193 pustules ; deux cents avec le virus de Stuttgard, 192 pustules ; enfin, comme terme de comparaison, deux cents piqûres avec le virus ancien, apporté en France par Woodville, ne donnèrent que 164 pustules. La différence, quant au nombre des pustules, entre le virus ancien et les virus régénérés, est moindre que celle observée par M. Bousquet, qui avait obtenu du virus nouveau 776 pustules, et de l'ancien 628 seulement, malgré un plus grand nombre de piqûres. Mais telle qu'elle est, elle dépose encore en faveur de la supériorité du vaccin régénéré. L'auteur entre dans de longs développements sur les résultats de ses expériences. Ils peuvent, dans ce qu'ils ont de plus général et de plus important, se résumer dans ces deux faits que le virus nouveau a donné lieu à une plus forte réaction fébrile et à de plus belles pustules que le virus ancien. « On pourrait presque dire, ajoute-t-il, que les pustules de vaccine ancienne sont aux pustules de vaccine régénérée ce que les pustules de varioloïde sont aux pustules de variole. En effet, comme dans la varioloïde, les pustules du vieux vaccin sont moins développées, se dessèchent plus rapidement, laissent des cicatrices moins profondes, etc. » Enfin, dans deux cas, le virus régénéré a donné, entre les mains de l'auteur, de très-belles pustules chez des enfants qui avaient été inutilement vaccinés avec l'ancien virus.

Tous ces résultats sont absolument conformes à ceux qu'ont donnés à Paris les expériences de M. Bousquet, et ils indiquent suffisamment, sans qu'il soit besoin de les transcrire ici, la réponse faite par M. Steinbrenner à la seconde question de l'Académie des sciences.

Nous tenions à insister particulièrement sur ces deux premières parties du TRAITÉ SUR LA VACCINE, parce qu'elles renferment, comme nous l'avons dit, les éléments fondamentaux de la question. Sur les autres points, le défaut d'espace nous force à renvoyer à l'ouvrage lui-même. On y trouvera des considérations extrêmement étendues sur les moyens de renouveler la vaccine dégénérée, principalement en établissant, comme dans le Wurtemberg et ailleurs, des primes pour les vaches atteintes de cow-pox, sur l'incertitude du rapport qu'on a voulu établir entre l'intensité des phénomènes locaux de la vaccine et le degré de vertu préservative du vaccin, enfin sur l'utilité et l'opportunité des revaccinations. L'ouvrage de M. Steinbrenner sera éminemment utile, non-seulement par les faits nouveaux qu'il renferme, mais encore par l'étendue et la forme raisonnée donnée à la partie historique. C'est, on peut le dire dans le bon sens du mot, *la critique* de tout ce qui a été publié d'important sur la vaccine. Un peu plus d'ordre dans la disposition des matériaux et de précision dans l'exposé des faits et des opinions aurait ajouté un nouveau prix à un ouvrage déjà distingué et d'une valeur incontestable.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR LA PESTE.

Parlons bon sens et ne parlons pas médecine.

M. Thiers.

C'est à propos de la peste, que l'on jetait naguère au sein du parlement ces paroles brusques, mais pleines de sens, alors qu'un député médecin essayait à la tribune nationale d'un genre de discussion qui vient d'avoir longuement son cours à la rue de Poitiers. Les personnes qui ne verraient dans cette boutade qu'une épigramme assez vulgaire contre la médecine se méprendraient beaucoup sur le sens que nous lui donnons et que sans doute le député d'Aix lui a donné avant nous. La plupart des questions médicales, et celle de la peste en particulier, prêtent aux divagations de la théorie. Les doctrines les plus opposées, les esprits les plus excentriques peuvent s'y donner un libre cours comme aussi le bon sens plus humble et moins savant se renfermer dans les simples données de l'observation traditionnelle et de l'expérience de tous les jours. Les deux voies sont également praticables. On ne peut se dissimuler que les esprits fermes et habitués à résumer toute chose dans son dernier mot ne préfèrent l'une à l'autre. Ils laissent volontiers de côté l'appareil technique des discussions spéciales auxquelles ils peuvent être parfaitement étrangers, pour s'en tenir rigoureusement à ce qui est appréciable au seul bon sens. C'est ce que nous voudrions faire aujourd'hui à l'égard de la discussion sur la peste, que l'Académie a clôturée dans son avant-dernière séance. On ne niera pas que cette discussion n'ait offert tous les caractères du genre. Au dire des différents adversaires qui se sont partagé le champ du débat, il n'est pas d'idée vague, d'hypothèse gratuite, de théorie étrange, de raisonnement absurde, qui n'ait été soutenu; et si l'on n'écoutait que l'appréciation critique de chacun, ce serait une tentative bien téméraire que de chercher à filtrer ce mélange obscur et incessamment agité, dans le but et l'espérance d'en tirer quelque chose de clair et d'utile. Mais nous sommes loin de juger de la sorte l'important débat qui vient d'occuper l'Académie pendant près de six mois. En dehors des préjugés de la profession et des spéculations de l'esprit de système, la science positive peut y récolter une moisson de faits et d'idées propres à enrichir le domaine dans lequel voulait se renfermer le député des Bouches-du-Rhône. C'est à quoi nous allons nous attacher dans un dernier coup d'œil jeté sur la discussion.

Deux mots d'abord sur le caractère logique du débat. Comme dans presque toutes les controverses scientifiques l'observation matérielle et la méthode inductive ont été en présence et ont formé deux camps distincts. Il n'est venu à l'idée de personne de les concilier, de les combiner; au contraire, chacune d'elles s'est isolée dans ses seules ressources et, il faut le dire, s'est complue dans ses exagérations. Qu'en est-il résulté? c'est qu'au lieu de s'éclairer l'une par l'autre elles ont cherché à s'entre-détruire. L'observation matérielle surtout a donné dans une exagération qu'il importe de relever, parce que cette exagération tend à se généraliser et à s'impatroniser dans la science aux dépens de la vérité. La fâcheuse tendance que nous voulons signaler consiste, dans toute discussion, à scinder les faits, à les vouloir revêtir d'un appareil grossièrement uniforme, et enfin à n'en tolérer que d'un seul ordre, ceux qui parlent exclusivement aux sens et non à l'esprit. C'est ainsi, en ce qui concerne la contagion de la peste, qu'on a vu cette analyse mesquine et arbitraire rejeter non-seulement le nombre et l'autorité des témoignages, les analogies, les preuves inductives, les instincts les plus sûrs de l'esprit, mais encore s'isoler devant chaque fait particulier pour en détruire la signification, précisément à l'aide des moyens logiques pervertis dont elle refusait d'admettre le concours légitime. Ne l'a-t-on pas vue récuser tous les faits qui ne se présentaient pas sous la forme d'un procès-verbal en règle, tandis qu'elle se payait d'analogies grossières comme, par exemple, celles que présente le bubon syphilitique avec le bubon pestilentiel? C'est bien de vouloir de la rigueur et de la précision, mais il la faut aussi pour soi, et il n'y en a pas que d'une sorte. Il est aussi peu logique d'exiger pour chaque partie d'un ensemble la valeur et la signification du tout que d'accorder à chacune de ces parties la valeur et la signification de l'ensemble. Les faits circonstanciés prêtent appui à ceux qui le sont moins, ceux-ci à ceux-là, l'analogie à l'observation directe, l'induction à l'expérience, et le résultat doit être apprécié bien plus par la force des convictions qui en résultent que par l'intelligence des moyens logiques mis en œuvre. C'est ce qui nous dispose en toute chose à nous ranger d'abord de préférence du côté de ceux qui croient et affirment contre ceux qui nient.

Cependant nous voulons aussi l'inventaire et l'analyse des preuves. C'est pourquoi nous aurions désiré qu'à propos des différents points de fait que l'Académie avait à transmettre à l'administration pour servir de base aux réformes quarantainaires, elle eût pris soin de distinguer nettement ce qui est certain de ce qui est probable, ce qui est probable de ce qui est simplement possible, en un mot, de catégoriser ses croyances et ses convictions. Ainsi, par exemple, la peste est certainement contagieuse dans l'acception la plus générale du mot: l'inoculation la transmet de l'homme à l'homme et même de l'homme aux animaux avec des différences de degré. Il est également certain qu'elle peut se transmettre en dehors des foyers épidémiques. Des employés des lazarets l'ont contractée. L'observation directe, l'expérience, la tradition, l'analogie, l'induction, la croyance générale, tout s'accorde à reconnaître l'évidence de ces deux faits. Or ils sont à eux seuls la base de l'édifice sanitaire; il fallait donc les mettre en dehors de toute contestation et n'avoir pas égard, pour les promulguer comme des vérités incontestables, à la négation obstinée et aux subterfuges d'un scepticisme systématique. Puis seraient venues, dans leur ordre de certitude, les dépendances ou annexes de ces deux faits fondamentaux, ainsi que nous allons chercher à les indiquer.

Il est à peu près certain que la peste va d'Orient en Occident, que son principal foyer est l'Égypte, la basse Égypte surtout, puis la Syrie et les deux Turquies. Les recherches historiques approfondies auxquelles s'est livré M. le rapporteur de la commission porteraient à croire qu'antérieurement, au moyen âge surtout, elle se développait spontanément dans les différents points de l'Europe. Ce fait, étayé de quelques autres, tendrait à faire croire que la civilisation est l'arme puissante qui a refoulé le fléau dans le Levant. Cependant il y aurait à rechercher si, d'une part, ainsi qu'on l'a fait remarquer, la caractéristique de la peste sur laquelle on s'ap-

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le prix d'Argenteuil ne sera point divisé. — M. Ségalas au conseil général de la Seine. Candidatures médicales à la mairie du 6e arrondissement. — Prédictions et facéties de Petit-Jean. — Portrait de M. Velpeau; par le même. — Nouvelles lois médico-physiologiques à prendre ou à laisser. — Prévisions tardives d'un somnambule. — Nouvelles infortunes de la médecine cambrée.—Extrait d'une plaidoirie de Me Léon Duval.

— Conformément aux principes soutenus par la Gazette Médicale, le jurisconsulte dont l'avis avait été demandé par la commission du prix d'Argenteuil a décidé que le partage du prix serait contraire aux vœux du testateur. De son côté l'Académie, comme on sait, a rejeté le rapport de la commission. Que celle-ci se soit ou non déclarée dissoute, peu importe; elle est dissoute de droit, du moment que son rapport a passé par l'épreuve définitive du vote. Maintenant, quel parti prendra-t-on? Depuis le rejet du rapport, l'affaire semble oubliée. Nous ne savons si l'on s'en est occupé dans le comité secret de mardi; mais il nous semble que c'est là un de ces cas d'urgence qui appellent une prompte décision. Sans compter l'impatience bien naturelle des candidats, qui ont passé pour la plupart deux ans et demi à expérimenter leurs procédés devant la commission ou à faire des préparations anatomiques, il existe une raison péremptoire de se hâter : c'est qu'on est en retard. Le premier concours étant ouvert depuis le 22 septembre 1838 et devant durer six ans, le second concours est ouvert, aux termes du testament, depuis le 22 septembre 1844; et, de fait, on peut supposer que des chirurgiens qui n'ont pas couru les chances de la première lutte se préparent depuis deux ans à la seconde, qui doit se terminer dans quatre ans. Or ces deux ans sont manifestement perdus pour les compétiteurs actuels. Occupés à démontrer l'excellence de leurs procédés curatifs, ils ne peuvent guère songer à en inventer de nouveaux ou à perfectionner les anciens. Si, un œil fixé sur la couronne de cette année, ils sont obligés de tourner l'autre vers la couronne de 1850, il en résultera nécessairement un strabisme qui pourra nuire à la netteté de leurs perceptions. En un mot, et sans figure, cet état d'incertitude les place dans de mauvaises conditions pour le concours prochain. Voilà pourquoi nous exprimons le vœu qu'on fixe leur sort le plus promptement possible.

— M. Ségalas vient d'être élu membre du conseil général du département de la Seine. Tous les médecins du 6e arrondissement lui ont donné, assure-t-on, leurs suffrages. Nous constatons avec un plaisir sincère, et le fait et l'union confraternelle qui l'a préparé. L'introduction de l'élément médical dans les conseils généraux, les administrations municipales ou les grands pouvoirs publics, est toujours, pour nous, un heureux événement auquel, dans l'occasion présente, le caractère estimable de M. Ségalas, les qualités de son esprit, ne peuvent que donner un prix particulier. D'un autre côté, le renouvellement des élections municipales a fait surgir quelques candidatures parmi nos confrères. Ainsi, dans le 11e arrondissement, une réunion préparatoire a eu lieu, dans la-

puie aujourd'hui, n'a point été attribuée anciennement à d'autres maladies, et si la langue pathologique n'a pas plutôt changé de signification que la maladie n'a changé de foyer. Quoi qu'il en soit, ce point doit rester litigieux, et l'histoire du choléra pourra contribuer à l'éclairer.

La contagion n'est pas un fait absolu et nécessaire pas plus que son mode de transmission n'est uniforme. La circonstance qui ajoute le plus certainement à l'activité de ses germes, c'est leur provenance d'un foyer épidémique, c'est-à-dire d'une localité où la maladie sévit sur un grand nombre d'individus. Ici se présentait une question sur laquelle l'Académie ne nous paraît pas avoir suffisamment insisté. Le caractère épidémique consiste-t-il dans le grand nombre de malades affectés simultanément? faut-il admettre, au contraire, avec quelques auteurs, que ce caractère réside essentiellement dans une modification générale préalable des organismes, ou bien les deux circonstances seraient-elles simultanées et identiques au fond. S'il en était ainsi, et nous sommes portés à le croire, il serait inutile de laisser à leur résultat commun le caractère occulte qu'on lui a donné jusqu'à ce jour. Ainsi, il ne faudrait pas dire : la peste épidémique est seule contagieuse, mais dire simplement : la peste est d'autant plus susceptible de se communiquer qu'elle vient d'un pays où elle règne d'une manière plus intense. Ce fait est incontestable et il est appréciable par tout le monde. Ainsi exprimé, il a, en outre, l'avantage de ne rien faire préjuger quant au caractère non contagieux de la peste sporadique. Nous laissons d'ailleurs volontiers dans l'ombre les théories de l'infection et autres subtilités à l'aide desquelles la commission et l'Académie ont compliqué et obscurci ce qui était simple et clair.

Quant aux voies et moyens de communication, l'Académie n'a pas pu échapper à l'arbitraire que lui avait proposé la commission. On sait que celle-ci a à peu près borné les voies de transmission à l'exhalation et à l'absorption miasmatique pulmonaire, excluant le contact proprement dit et partant l'absorption cutanée. Son adoption nous paraît aussi arbitraire que son exclusion. L'Académie serait restée dans le vrai en disant que la peste se transmet évidemment par le rapport immédiat des malades, et cette transmission est d'autant plus facile que ce rapport est plus complet, qu'il a plus de durée, qu'il est mieux favorisé. Dans cet énoncé qui ne peut donner prise à aucune contestation, se renferment les différentes voies et objets à l'aide desquels la peste peut se communiquer. Il explique de lui-même la plus grande activité des exhalations et absorptions pulmonaires, la formation et l'accroissement des foyers de peste par l'agglomération des malades, la communication plus difficile par le simple contac. du corps et des vêtements, et la rareté, sinon l'impossibilité de la transmission par les marchandises. Ce sont les mêmes faits, les mêmes lois, mais formulés, différemment et si nous ne nous trompons, plus naturellement. La méthode de démonstration matérielle préférée par la commission est moins susceptible de se prêter à cet ordre qu'à celui qu'elle a adopté ; mais en ceci comme en toute chose, il vaut mieux adapter les preuves à l'esprit que l'esprit aux preuves.

Le service le plus réel et sans contredit le plus certain que l'Académie ait rendu à l'administration est la lumière qu'elle a jetée sur la période d'incubation. Ici les chiffres et les faits matériels sont tout-puissants. On peut préciser, à l'aide des observations scientifiques, la durée moyenne de cette période à peu près comme on calcule le mouvement des astres, le retour des éclipses : c'est le même ordre de recherches et la même certitude de résultat. Attendez cependant : les variations qui troublent les prévisions de la mécanique céleste sont assez limitées et d'assez faible importance; celles qui s'observent et doivent s'observer dans la durée de l'incubation de la peste sont, au contraire, comme tout ce qui tient à la mobilité et à l'instabilité du corps vivant, plus fréquentes et plus considérables. Ainsi, après avoir fixé à huit jours la durée ordinaire de la période d'incubation, il faut admettre, sans hésitation ni difficulté, les faits qui prouvent que, sous des circonstances et des conditions données, cette période a été de quinze, de vingt et même de trente jours. D'un côté est la règle, de l'autre l'exception ; l'une n'est pas plus contestable ni extraordinaire que l'autre. L'important serait de connaître dans quelles circonstances l'une et l'autre se produisent, et, à défaut de cette connaissance, dans quel ordre de fréquence elles se manifestent; car si l'exception n'est pas très-rare, elle doit influer beaucoup sur la moyenne à transmettre aux déductions quarantainaires. Or la science est très-loin d'être fixée à cet égard, et vu la gravité de la chose, il importe de rechercher tout ce qui peut suppléer à ces notions capitales. Eh bien ! il est un fait dont la commission ni l'Académie n'ont pas assez tiré parti dans cette circonstance : on sait que l'Allemagne et l'Angleterre se sont singulièrement relâchées, dans ces dernières années, quant à l'observation du régime quarantainaire. L'initiative de leurs imprudences est certainement blâmable; mais on peut, puisqu'elles s'exercent librement, en tirer tous les enseignements qu'elles renferment. A combien de jours peut être évalué le temps des traversées et des admissions? Connaît-on des exemples de peste survenue après débarquement? A l'aide de ces deux données, considérées comme étalons et expériences, et rapprochées, si l'on veut, des matériaux fournis par l'étude plus directe de la période d'incubation, on peut assigner un terme qui satisfasse les exigences du progrès et les restrictions de la prudence. Ce sera au gouvernement à faire ces rapprochements.

Nous n'insistons pas, comme on le voit, sur le bagage étiologique dont l'Académie a cru devoir flanquer sa prophylactique de la peste. Dire que les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont l'habitation sur les terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, un air chaud et humide des demeures basses et mal aérées, l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction, une alimentation insuffisante ou malsaine, une grande misère, l'inobservance des règles de l'hygiène, c'est confondre toutes les notions étiologiques et tomber dans cette fantasmagorie de causes banales invoquées pour toutes les épidémies et propres à toutes les maladies.

L'Académie eût mieux fait de s'en tenir à l'étiologie au moins fort ingénieuse de son secrétaire perpétuel, ou bien de déclarer nettement qu'on ne connaît rien, absolument rien sur la cause véritable de la peste. Un seul fait montrera combien tout cet échafaudage de lieux communs est stérile. M. Louis nous rappelait dernièrement qu'à Gibraltar l'épidémie avait cessé comme par enchantement à la suite d'un coup de tonnerre. Certes la nature du terrain, le caractère des habitations et les habitudes hygiéniques et politiques du pays, n'avaient pas changé à ce coup de baguette de Jupiter tonnant. Laissons donc toutes ces vieilleries propres tout au plus à témoigner de notre ignorance et encore plus de la facilité avec laquelle nous nous payons de vains mots et de préjugés vulgaires.

La commission et l'Académie ont cru devoir sortir du domaine scientifique pour empiéter sur celui de l'administration et du législateur. A-t-elle bien fait? a-t-elle été logique et prudente? Logique, cela se peut; prudente, non; car elle peut être certaine que ses conclusions en forme de décrets n'auront aucune influence si elles n'en ont pas une mauvaise sur

---

quelle deux honorables médecins, MM. Giniez et Bayle, ont été portés sur une des deux listes qui devra, dimanche prochain, servir à la formation de la liste définitive. Nous proposons le 6e arrondissement en exemple au 11e. Deux confrères sur la liste de présentation! cela réjouirait l'ombre de Desgenettes. Mais hélas! resterait encore le choix minist riel, et ce que nous savons des luttes qui ont précédé les élections préparatoires n'est pas fait pour nous donner confiance dans les bonnes grâces du gouvernement.

Nous racontons les choses simplement; mais Petit-Jean, qui a la vue longue, comme chacun sait, qui ne prend pas la plume sans *prédire* quelque chose ou rappeler une de ses *prédictions* passées, et qui aura bientôt transformé la GAZETTE DES HÔPITAUX en ALMANACH LIÉGEOIS, Petit-Jean a trouvé dans l'élection de M. Ségalas matière aux réflexions les plus profondes. Les *méchants et les jaloux* n'ont plus qu'à se cacher; *l'esprit de confraternité s'infiltre dans le corps médical; l'union fait la force; l'intérêt général doit l'emporter sur l'intérêt particulier*. Ledit Petit-Jean est bien de force à émettre sérieusement, et même avec un sentiment de satisfaction intérieure, des principes de cette nouveauté : c'est son élément habituel, et il se trouve d'ailleurs si dépaysé dans toute autre région (comme, par exemple, quand il se frotte à rebrousse-poil contre l'*induction*, à propos de la planète Leverrier), que nous lui conseillons fort de ne pas s'aventurer plus loin. Mais enfin, dans cette circonstance, une intention perce dans cet étalage de lieux communs. Les *méchants et les jaloux*, ce sont ceux qui ne professent pas une admiration profonde pour tous les actes ou pour tous les coryphées du congrès médical *de France* ; ceux-là sont nécessairement de mauvais cœurs, des esprits pervers, ennemis de tout ce qui peut servir les intérêts ou l'honneur de la profession. *Qui n'aime point* le congrès *n'estime point* ses confrères. Eh bien! nous ne sommes pas le moins du monde touchés de ces déclamations. Nous comptons sur les hommes sensés pour rendre justice à nos intentions et à notre conduite, et nous nous abandonnons, tête découverte, aux attaques de ces esprits étroits qui ne prennent jamais une question que par le petit bout, n'ont aucune idée de la position et des devoirs du médecin dans la société, et s'imaginent avoir tout dit quand ils ont emphatiquement prononcé les mots d'union et de confraternité, semblables à ce *représentant du peuple* qui, à l'armée, ne connaissait et ne voulait qu'une seule manœuvre: *tous ensemble, majestueusement et en masse*. Dans une circonstance récente, à propos d'un projet d'association électorale conçu par un de nos amis, nous n'avons pas craint de soutenir contre lui le principe de la prééminence de l'intérêt politique sur l'intérêt médical. Nous maintenons ce principe. Dans l'espèce, il n'est pas engagé, du moins en droit, les conseils généraux et les administrations municipales n'étant pas revêtus d'un caractère politique; mais s'il le devenait dans quelque circonstance que ce fût, nous emploierions encore, et ouvertement, nos efforts pour le faire prévaloir. Que ces messieurs du congrès nous accusent, autant qu'il leur plaira, de vues égoïstes; nous savons bien à quels égoïsmes a profité cette réunion, et ceux notamment qui crient aux jaloux et aux *méchants* n'ignorent pas plus que nous les *méchancetés ingrates* que de tristes instincts ou des besoins d'une autre nature leur ont inspirées.

Il est bien entendu que nous ne comptons pas parmi ces méchancetés l'innocente histoire de la souris qui a rongé une excellente thèse sur les maladies des os et a respecté *un mémoire à consulter pour un procès célèbre*. L'inventeur

l'esprit de nos gouvernants. Ceux-ci voient toujours d'un œil suspect tout empiétement sur leur terrain. A tort ou à raison, ils croient que les médecins n'ont pas toutes les connaissances ni les données nécessaires pour conclure administrativement. Plus ceux-ci ont de prétentions, moins elles ont de chances de réussite. Mieux eût donc valu dire au gouvernement, aux chambres : Voici ce que nous savons sur la peste, ce que nous regardons comme positif, comme certain; faites-en votre affaire, et si vous voulez des explications ultérieures, nous sommes à votre service. Voyons cependant les conclusions prophylactiques de la commission et de l'Académie.

Ces conclusions sont de deux sortes : les unes consistent dans des conseils hygiéniques; les autres dans un petit code sanitaire sur les quarantaines, lazarets et la délivrance des patentes. On croirait au premier abord qu'il n'y eût rien à redire aux premières, que les secondes seules fussent justiciables d'un sérieux examen. C'est tout le contraire, comme on va voir.

« Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène *pourrait*, » *en détruisant les causes* de la peste, *prévenir* son développement dans » les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance. » Tel est le texte de la première conclusion. On voit que la prophylaxie hygiénique de l'Académie est à l'avenant de son étiologie. Que dirait-elle si des esprits sensés, prenant au sérieux ses raisonnements et ses expédients hygiéniques, en concluaient à la valeur de son raisonnement et de ses ressources législatives? Elle peut heureusement se renfermer dans le privilége de sa spécialité, et ne rire, comme les augures, qu'en face d'elle-même. On l'embarrasserait fort, à coup sûr, si on la priait de s'expliquer sur les *causes* de la peste qu'on *pourrait faire disparaître*, et les applications des lois de l'hygiène qui *pourraient prévenir son développement*. N'était-ce pas le cas de formuler des conseils plus précis avec une circonspection et une humilité mieux inspirée? Nous le répétons, c'eût été donner du poids et de l'autorité à ce qu'elle sait ou croit savoir.

Tel est en somme le produit net du rapport et de la discussion sur la peste. Ceci, comme nous l'avons dit en commençant, est considéré au point de vue d'une appréciation dégagée de toute préoccupation purement médicale, telle en un mot que pourront la faire les hommes étrangers à la médecine, auxquels le travail de l'Académie sera adressé. Au-dessus et en dehors de ce niveau commun, ce travail offre des qualités, et il a rendu des services auxquels nous avons applaudi maintes fois et auxquels nous aimons encore à rendre justice aujourd'hui. C'est une collection de matériaux profondément élaborés, un ensemble de faits rigoureusement interprétés, et par-dessus tout une série de questions habilement posées. Si l'Académie n'a guère ajouté à ce qu'on savait sur la peste, elle a mieux montré ce qu'on ne savait pas; elle a signalé les points obscurs, difficiles, contradictoires, et elle a ouvert ainsi une multitude de voies nouvelles aux recherches de la science à venir.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PNEUMONIE LATENTE; par le docteur C. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Bien que la pneumonie latente ne soit pas inconnue aux praticiens, elle n'avait pas jusqu'à ces dernières années attiré suffisamment l'attention du public médical. En effet, nonobstant les indications fournies par Baglivi, Pinel et par les auteurs de quelques thèses peu connues, on ne la trouve décrite avec quelque soin que dans les monographies récentes de MM. Sestié et Grisolle et dans une thèse de M. Raymond (1842). Aucun observateur, que je sache, n'a cru pouvoir rattacher cette forme de pneumonie à la constitution régnante; c'est par des circonstances individuelles et exceptionnelles que l'on rend compte des cas de ce genre. Ainsi, selon M. Sestié, la pneumonie ne serait latente que par suite de l'obscurité des signes fournis par la percussion et l'auscultation, et de la négligence du médecin à s'en enquérir; ou par la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux; ou enfin par le caractère peu tranché des lésions fonctionnelles de l'organe affecté. Toutes ces circonstances expliquent fort bien sans doute pourquoi la *phlegmasie pulmonaire* est souvent inconnue; mais elles ne rendent nullement compte du génie propre à cette forme morbide. Le point sur lequel il importe surtout d'insister, c'est qu'il est une sorte de pneumonie qui n'offre ni la marche ni les symptômes ordinaires de cette affection, et qui tend *dès son début* vers l'état organique propre à la seconde période, c'est-à-dire dans laquelle l'hépatisation paraît succéder presque immédiatement à l'état d'engouement : maladie contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde dans certaines années, dans certaines constitutions médicales plus particulièrement favorables à son développement. C'est ainsi que je l'ai vue sévir, dans l'hiver de 1844 et de 1846, sur plusieurs militaires de notre garnison, tandis que, dans d'autres années, je ne l'ai pas observée une seule fois.

Quels sont, indépendamment des données fournies par l'auscultation et par la percussion, les signes pathognomoniques de la pneumonie? Le frisson et la fièvre inflammatoire qui en marquent l'invasion, le point de côté et la gêne de la respiration, la toux, les crachats rouillés et glutineux. Eh bien! non-seulement il n'est pas un de ces signes qui ne puisse manquer individuellement, ce que savent tous les praticiens, mais ce qu'il importe surtout de proclamer, c'est qu'ils peuvent manquer tous ensemble dans la pneumonie latente, ou tout au moins être si peu prononcés qu'ils sont facilement confondus avec ceux que produisent des affections moins graves ou d'un ordre différent. Mais l'auscultation et la percussion du moins ne feront pas défaut? Non, pas ordinairement; mais songe-t-on toujours à y recourir quand rien ne fait soupçonner, du moins au début, la gravité de l'affection que l'on a sous les yeux : quand, par exemple, on croit n'avoir affaire qu'à une légère bronchite ou même à une affection étrangère aux poumons? Je croirais donc avoir obtenu un résultat assez important si j'avais pu faire sentir à mes confrères et à MM. les chirurgiens militaires qui nous envoient leurs malades, la nécessité d'ausculter tous ceux qui se pré-

---

de cette farce a des raisons particulières pour ne pas voir ses œuvres dévorées par les souris. Nous avons bien mémoire d'une brochure *sur le traitement* PRÉSERVATIF ET CURATIF *de la phthisie pulmonaire* (plus d'un charlatan a été tancé pour un titre semblable); mais ce beau travail ne se trouve guère qu'en certains endroits où les souris ne vont pas.

— Au reste, à voir la délicatesse avec laquelle ledit critique distribue l'éloge, nous sommes charmés d'avoir à encourir ses injures. Ennemi, sa maladresse ne peut que nous profiter; ami, elle pourrait nous tuer. Demandez plutôt à M. Velpeau. L'ouverture du cours de clinique de ce professeur défraye à peu près à lui seul une des dernières *causeries hebdomadaires*. Or voulez-vous savoir quelles qualités *propres* et *sui generis* M. Velpeau apporte dans sa chaire? Petit-Jean va vous le dire : « Ce n'est ni cette qualité dans la mimique froide et fière de Dupuytren, la diction lente, mais si claire et si limpide de l'illustre chirurgien, ce diagnostic, tantôt si pénétrant et si hardi, tantôt chef-d'œuvre d'induction et de souplesse... Ce n'est ni cette facile et surprenante abondance de M. Roux (notez, en passant, que le même critique déversait il n'y a pas longtemps le ridicule sur cette *surprenante* abondance), ni sa rare élégance opératoire, ni cette richesse sans pareille de faits racontés, succès et revers, avec une bonne foi probe et charmante. » Qu'est-ce donc? c'est de l'*érudition*, pas davantage. Nous aurions cru, nous qui n'approchons pas M. Velpeau de si près, que, chargé d'enseigner la clinique, c'est-à-dire la pratique chirurgicale, il s'étudiait surtout à poser les éléments d'un bon diagnostic, à reconnaître les sources d'indications, à rechercher les moyens de les remplir, en un mot à initier les élèves au langage des faits particuliers; nous aurions cru que sa diction était *claire*, si non absolument *limpide*, et que, s'il ne lui est pas donné de raconter ses revers d'une manière *charmante*, il les racontait du moins avec *bonne foi*, voire même avec une *bonne foi probe*, pour parler le langage savant de la *causerie*. Petit-Jean devait rire sous cape de notre bonhomie : ce sont choses sur lesquelles ses rapports journaliers le mettent à même d'en savoir plus long que nous, et nous ne nous permettrons pas de le contredire. Ajoutez, pour compléter le tableau, que *la diction de M. Velpeau n'est pas de la plus fine fleur académique*, et se fait remarquer par *l'abandon, le sans-façon et la familiarité*.

Sincèrement, si la position toute particulière du critique n'éloignait à l'instant le doute sur ses intentions louangeuses, ce serait à croire à une mystification. Il n'en est rien. Nous pourrions donc comparer M. Velpeau à cet homme dont nous lisions récemment l'histoire dans le journal distingué où s'écrivent de si jolies choses, et qui reçut un jour à la chasse une balle *qui ne lui était pas destinée*. Mais puisque, à propos des souris qui n'ont pas rongé notre *mémoire à consulter*, le critique s'est mis en frais de citation poétique, nous aimons mieux profiter de l'occasion qui se présente de lui rendre la même politesse, en lui recommandant de méditer cette sentence bien connue, mais dont tout le monde, à ce qu'il paraît, ne profite pas :

Rien n'est plus dangereux qu'un ignorant ami;
Mieux vaudrait un sage ennemi.

— Nous avons reçu une sorte de prospectus qui nous met dans un grand embarras; c'est un imprimé ayant pour titre : DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS; LOIS MÉDICALES. Le sujet est tentant. Mais voilà que nous lisons en *post-scriptum* :

sentent à eux, quelque fugitifs et peu prononcés que puissent être les symptômes qui apparaissent du côté de la poitrine. Ce n'est guère, en effet, qu'à l'omission de ce soin, en même temps qu'à la répugnance qu'éprouvent beaucoup de militaires à se déclarer malades, qu'il me semble possible d'attribuer la fréquence de la pneumonie latente dans nos salles militaires, toute part étant faite, d'ailleurs, aux causes qui rendent cette phlegmasie plus commune chez ces hommes que dans les autres classes de la société. (Voir plus loin : *De l'étiologie*.)

Cela dit, je passe à l'histoire des principaux cas qui se sont offerts à moi en 1844 et en 1846, deux années qui, par leur constitution humide et froide, furent surtout favorables au développement des phlegmasies pulmonaires ; mais au lieu de faire de chacun de ces cas le texte d'une histoire qui offrirait nécessairement avec celles qui la suivraient une analogie plus ou moins complète, et par suite une monotonie fatigante, je grouperai les faits sous autant de divisions que j'aurai à signaler de circonstances capitales dans la maladie dont je m'occupe ici.

I. Prodromes et commémoratif vagues, mal dessinés, et se rapportant moins à l'état local qu'à un état général caractérisé par du malaise, des lassitudes, de l'inappétence (mais non constamment), des frissons légers, peu ou pas de fièvre. En somme, il fallait que ces phénomènes fussent bien peu tranchés pour que les malades restassent au quartier plusieurs jours, quelques semaines même, et pour que plusieurs d'entre eux continuassent leur service jusqu'à leur entrée à l'hôpital, comme le prouvent les observations suivantes.

Obs. I. — Pichonnier, soldat au 8e régiment de cuirassiers, entré le 28 décembre 1844 avec une vaste hépatisation du poumon gauche, n'avait passé que trois jours à l'infirmerie avant d'entrer. Jusque-là il avait continué son service militaire.

Obs. II. — Flammermont, soldat au même corps, entré le 6 mars avec une hépatisation considérable du poumon droit, n'était alité que depuis trois jours, quoiqu'il souffrît d'un point de côté et de dyspnée depuis trois semaines.

Obs. III. — Henburger, soldat au 4e dragons, entré le 9 janvier 1844 avec une hépatisation du poumon gauche, avait été pris d'un point la veille, et n'était alité que depuis ce moment-là.

Obs. IV. — Pernet, soldat au 9e dragons, entré le 7 du même mois avec une semblable lésion du poumon gauche, n'était alité que depuis quatre jours, et n'avait ressenti son point que la veille.

Obs. V. — Don, du même régiment, même cas, toussait depuis un mois, et n'était alité que depuis un jour.

II. Symptômes. — La température de la peau n'était pas sensiblement accrue dans la plupart des cas. Jamais je n'ai constaté cette chaleur mordicante propre à la fièvre inflammatoire des péripneumiques. Le pouls ne s'éloignait pas non plus sensiblement de son type normal chez le plus grand nombre. Chez Flammermont (*v. suprà*), la fièvre de continue qu'elle était d'abord devint ensuite tierce. La respiration n'était pas gênée (à moins qu'il n'y eut un point de côté) au point d'incommoder nos malades. Toujours est-il qu'interrogés à cet égard la plupart assuraient respirer aussi librement que de coutume. Mais ce n'était là probablement qu'un effet de l'habitude, et parce que la maladie s'étant établie lentement, une respiration supplémentaire, en quelque sorte, avait eu le temps de s'établir dans les portions des poumons restés sains. Si l'on invitait d'ailleurs la malade à se mouvoir, on s'apercevait plus facilement de l'accélération des mouvements respiratoires. Le décubitus était ordinairement dorsal. On trouvait toujours à la percussion une *matité* très-tranchée et, en général, assez étendue ; un souffle bronchique intense et de la bronchophonie. Dans quelques cas, un peu de râle muqueux ou crépitant autour des portions hépatisées. La toux était généralement légère, quelquefois tellement rare que le malade disait ne pas tousser du tout. Le cas suivant fait cependant exception.

Obs. VI. — Coulon, soldat au 9e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital le 6 mars 1846, toussait beaucoup depuis quinze jours, et gardait le lit depuis huit. Comme il n'offrait ni fièvre, ni point pleurétique, ni crachats pneumoniques, j'avais cru n'avoir affaire, dans les premiers jours, qu'à une simple bronchite ; mais l'auscultation me révéla bientôt une hépatisation considérable du poumon gauche.

Les *crachats* très-rares ou nuls, plutôt muqueux ou pituiteux que glutineux, et point rouillés dans la grande majorité des cas. Le plus souvent absence de *couenne* dans le sang des saignées. Le caillot assez mou ne se séparait pas du sérum. Y avait-il là une altération analogue à celle que l'on observe dans certaines fièvres continues et dans quelques maladies du cœur?

Rien de particulier à noter du côté du cerveau et du tube digestif. L'appétit n'était pas toujours complétement aboli. Quelques malades auraient mangé volontiers la demi-portion d'aliments. La langue est restée souvent naturelle jusqu'à la fin. Quant aux *forces*, tous nos malades étaient venus à pied à l'hôpital, c'est-à-dire qu'ils avaient fait un trajet de dix minutes à un quart d'heure sans trop de difficultés.

III. Marche. — S'il est souvent difficile d'apprécier la durée totale d'une affection franchement inflammatoire, au début de laquelle on n'a pas assisté, on sent combien cette difficulté devient plus grande quand il s'agit de ces phlegmasies latentes à marche chronique pour l'ordinaire, et auxquelles on n'oppose communément qu'un traitement tardif, et par cela même impuissant. J'en citerai comme exemple le cas suivant :

Le malade souffrait depuis environ un mois, nous dit-il, d'un point du côté gauche, lorsque cette douleur s'étant fait sentir plus vivement avec toux et gène dans la respiration, il se fit porter malade, et garda huit jours la chambre, sans d'ailleurs suivre un traitement. Au bout de ce temps, il *reprend son service*, mais le même soir, il se trouve plus malade ; on le saigne, et il reste cinq jours encore au quartier sans subir d'autre médication. Entré le 5 avril 1846, nous constatons chez lui une hépatisation complète du poumon gauche ; pas de fièvre ; un peu de toux sèche, seulement quand il monte un escalier ; le point a disparu, mais la gêne de la respiration subsiste. Le malade ne se plaint d'ailleurs que de faiblesse, et d'une sensation douloureuse vers le sternum quand il marche ; appétit moyen, digestion facile ; figure naturelle ; telle était en un mot (abstraction faite des signes tirés de l'auscultation et de la percussion) l'absence de caractères pathognomoniques de la maladie existante, que son billet d'entrée portait : *bronchite, palpitations*. Le sang tiré de la veine n'offrit aucune trace de couenne.

La *durée* de la pneumonie latente est, comme on le pense bien, très-variable. La constitution de l'individu, sa force de résistance vitale, les moyens employés pour combattre la maladie, la saison, la constitution régnante, introduisent à cet égard de telles variations qu'il me serait impossible de préciser quelque chose ; d'ailleurs les militaires qui en étaient

---

« Les journaux de médecine ou autres qui voudront reproduire ce factum devront le reproduire en entier, l'auteur n'en permettant pas la réimpression partielle. » C'est se montrer un peu dur envers les amis de la science. Comment! tout ou rien! Comment! parce que la Gazette Médicale ne peut pas servir à ses abonnés un plat de cette dimension et de cette composition, elle n'aura pas la permission de leur en faire goûter quelques morceaux! Voyez pourtant l'inconvénient. Si, en nous abstenant de toute reproduction proprement dite, nous nous bornons à exprimer la pensée-mère de l'auteur ; si nous disons que *l'action a toujours une réaction contraire et d'égale intensité pour le monde matériel et le monde intellectuel, et d'inégale intensité pour l'homme ;* si nous ajoutons que *l'effet d'un médicament, quoiqu'il soit évidemment en fonction de la quantité ingérée, ne se trouve pourtant pas en raison simple avec celle-ci, et que l'action est en raison du nombre de doses multipliées par leur quantité*, il est fort à craindre qu'on n'y comprenne rien. L'auteur a beau dire qu'il écrit *pour des gens qui entendent à demi-mot*, il en est de très-intelligents qui vont, à coup sûr, jeter leur langue au chien, et dont l'esprit se serait trouvé assez bien de quelques développements, commentaires ou explications. Mais, en les leur donnant, nous pourrions nous attirer une méchante affaire, et nous nous résignons, bien à regret, à les abandonner dans ces ténèbres.

— On connaît l'histoire de ce mathématicien qui, tombant d'un toit élevé, calculait à part soi la vitesse qu'il aurait en touchant le sol, en vertu de la loi d'accélération constante de la chute des corps. Un somnambule renommé qui prévoit tout, excepté les accidents qui le menacent personnellement, a donné ces jours-ci une preuve presque aussi remarquable de présence d'esprit. Frappé d'un coup de couteau, heureusement peu grave, par un homme qu'il n'a jamais vu, son plan est bientôt tracé. En deux minutes, les personnes qui l'entourent ont appris son histoire : il jouit d'une lucidité extraordinaire, il fait la fortune de M. le docteur X..., et il n'y a qu'un rival, un somnambule jaloux, un *sujet* de qualité inférieure, qui puisse lui avoir joué ce vilain tour. Le lendemain, dans un pur intérêt de sécurité publique, pour signaler l'agresseur à l'animadversion des honnêtes gens, tous les journaux racontaient l'aventure avec les circonstances accessoires que nous venons de dire.

Nous voudrions bien savoir si le blessé, qui fait métier de guérir les malades abandonnés par les médecins, continue à recevoir les soins du président de l'Académie de médecine, M. Roche, appelé au moment de l'accident. Ce pourrait être assez spirituel, mais ce serait humiliant.

— En fait d'humiliations, personne ne peut être aujourd'hui plus expérimenté que la médecine camphrée. Ses infortunes feront bientôt une odyssée complète. En vain frappe-t-elle aux portes de toutes les juridictions, chantant sur tous les tons son amour de l'humanité, sa charité évangélique, son culte pour la morale ; en vain cherche-t-elle à se dégager des liens de cette association mercantile, apparemment peu profitable, qui l'unit à un pharmacien de la rue des Lombards, liens étranges pour une doublure de Vincent de Paule ; les juges restent inflexibles. Deux fois condamné à l'amende pour exercice illégal de la médecine, M. Raspail l'a été deux fois à rester emprisonné dans son association. Cette dernière mésaventure est vraiment fâcheuse ; il est dur de ne pouvoir améliorer son commerce. Mais sur ce point, nous laissons la parole à plus habile que nous.

atteints sollicitaient presque tous un congé de réforme ou de convalescence. Dans les cas qu'il m'a été donné de voir se terminer sous mes yeux, le malade, ordinairement jeune et fort, luttait longtemps avant de succomber. Il n'était pas rare de le voir traîner cinq à six mois. Quand la terminaison devait s'opérer heureusement, la matité disparaissait graduellement, en même temps que le râle crépitant ou muqueux succédait au souffle bronchique; la respiration redevenait de plus en plus libre et les forces renaissaient peu à peu. Les symptômes opposés se montraient quand la maladie devait avoir une terminaison fatale; la fièvre s'établissait et prenait les caractères d'une hectique lente; la dyspnée faisait des progrès, et la maladie simulait une phthisie à la troisième période. Dans quelques cas, il y avait anasarque dans les derniers temps.

III. Diagnostic. — La pleurésie est l'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre, au moins pendant quelque temps, la maladie qui fait l'objet de ce travail. Je suis tombé souvent dans cette confusion à une époque où l'on ne connaissait pas, comme aujourd'hui, les signes de la pneumonie latente, et, avec bien d'autres, j'y tomberai peut-être plus d'une fois encore; heureusement que l'analogie des moyens à employer dans l'un et l'autre cas empêche que cette erreur ne compromette gravement le salut des malades. Je dirai d'ailleurs pour mon excuse que M. le professeur Cruveilhier avoue avoir commis lui-même cette méprise. Dans la pleurésie chronique, il y a moins fréquemment absence de douleur de côté; point d'élasticité des parois thoraciques à la percussion; la *matité se déplace* dans les différentes positions que prend le malade. A une certaine époque de la maladie, il y a égophonie, absence de bruit respiratoire quand l'épanchement est considérable, voussure thoracique. La phthisie pulmonaire ne peut simuler longtemps la pneumonie latente; les crachats qui lui appartiennent sont tout à fait différents; les lésions indiquées par la percussion et par l'auscultation sont bien moins tranchées, le plus souvent partielles; elles occupent ordinairement le sommet, tandis que c'est le contraire pour la pneumonie. Il est rare, d'ailleurs, qu'à la matité et au souffle tubaire qu'on perçoit parfois dans quelques points ne s'ajoutent pas dans d'autres des râles plus ou moins caractéristiques. Le commémoratif est aussi, dans la plupart des cas, de nature à éclairer le diagnostic différentiel. Enfin, des affections chroniques ou aiguës, antérieures ou intercurrentes, sont masquées parfois, ou masquent elles-mêmes la lésion des poumons. En voici deux exemples.

Obs. VII. — Aufant, entré le 8 avril 1846, avec une pneumonie latente du poumon gauche, dont l'invasion paraissait remonter à deux jours, offrait depuis quatre jours seulement des symptômes de gastro-entéro-colite à la suite desquels il s'était alité, et qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital. Son billet d'entrée ne portait pas d'autre indication.

Obs. VIII. — Leymat, soldat au 9e régiment de dragons, entré le 7 avril 1844, avait présenté pendant sa vie les signes d'une pneumonie latente. A sa mort, arrivée après cinq mois de maladie, je trouvai une affection tuberculeuse très-remarquable par son étendue. La matière tuberculeuse, répandue principalement dans les séreuses, se présentait en tumeurs plus ou moins ramollies, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix. Sur le péritoine, qui avait contracté partout des adhérences, elle s'étendait en larges plaques. L'un des poumons était induré; tous deux offraient des tubercules encore peu développés. Cet homme avait, pendant le cours de sa longue maladie, présenté des signes d'entéro-péritonite. Plusieurs fois la fièvre s'était dissipée, et il avait paru entrer en convalescence.

Je citerai encore le cas suivant, comme exemple bien remarquable des complications nombreuses qui peuvent se trouver réunies chez le même individu, et, par suite, des difficultés du diagnostic.

Obs. IX. — Montagnon, soldat au 9e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital le 12 mars 1846, avait passé une partie de l'hiver dans le service des vénériens, où il était entré à deux reprises pour une chaude-pisse à laquelle on avait opposé la potion de Chopart. Sa santé, nous dit-il, était languissante depuis quelques mois. Il était pâle, maigre, abattu, dans un état de prostration extrême, ne pouvant se tenir sur ses jambes; la peau était froide; le pouls donnait de 25 à 30 pulsations, dont une première assez forte, suivie immédiatement d'une seconde plus faible; l'impulsion du cœur médiocre. Pas de toux, pas d'oppression, pas de point de côté, pas d'expectoration. L'estomac ne pouvait rien supporter et rejetait même les boissons. Pas de douleur épigastrique, même à la pression; langue sèche, recouverte d'un enduit brun; papilles très-développées. Pas de rougeur au pourtour; vomissements bilieux, fréquents; le foie avait ses dimensions ordinaires, à en juger par la percussion et par la palpation. Toute mon attention se concentre sur l'état de l'estomac, et en l'absence de tout symptôme morbide vers les poumons, je n'ausculte pas. L'état des forces ne permettant pas les émissions sanguines, j'ai recours à la glace, aux poudres gazeuses, aux opiacés, aux révulsifs, le tout inutilement. Montagnon s'éteint dans le marasme, après un mois de séjour à l'hôpital.

L'autopsie, faite en mon absence par M. Thomassin, médecin adjoint, avec le concours de M. Castara, chirurgien en chef, présente les particularités suivantes : poumon gauche passé complétement à l'état d'hépatisation grise, si ce n'est dans une très-petite portion de la partie supérieure; adhérences nombreuses, très-étendues et anciennes de la plèvre costale; poumon droit sain. Le ventricule gauche du cœur est le siége d'une hypertrophie concentrique; ses parois ont, à la partie moyenne, 20 millimètres au moins d'épaisseur, et 13 au moins vers la pointe. Rien de plus à observer dans cet organe. Le sang des oreillettes et des veines caves est très-noir et en grande partie coagulé. L'estomac, rempli d'une grande quantité d'un fluide bilieux, très-épais, est ramolli, surtout vers le grand cul-de-sac, où la muqueuse, pâle, à replis valvulaires très-développés, s'enlève facilement sous l'ongle. Le lobe gauche du foie, fortement induré dans sa totalité, offre un aspect jaune presque safrané. Rien de signalé dans les autres organes.

IV. Pronostic. — Ce que j'ai dit précédemment de la terminaison la plus fréquente de la pneumonie latente fait juger de la gravité du pronostic. On voit souvent, comme dans les fièvres muqueuses, celles qui s'annonçaient sous la forme la plus bénigne se terminer d'une manière funeste. Règle générale : plus une maladie s'éloigne de son type régulier, plus elle est anomale, plus elle offre de danger. Il est presque inutile de faire observer qu'il n'y a aucune guérison à attendre dans les cas où la maladie envahit une vaste portion de l'organe, ou lorsqu'elle est arrivée à la période la plus avancée de l'hépatisation.

V. Altérations anatomiques. — Mes observations ne concernant que des militaires qui, par suite de leur position de santé obtenaient presque tous, soit des congés de convalescence, soit des congés de réforme, je n'ai eu que de rares occasions de faire des autopsies qui ne m'ont, d'ailleurs, rien révélé de plus nouveau que ce que l'on sait généralement. Le poumon affecté présentait les caractères de l'induration grise. Rien de constant dans les lésions concomitantes.

VI. Étiologie. — On sait que la profession militaire est une de celles qui offrent les plus fréquents exemples de pneumonie. Nonobstant l'assertion émise par un estimable observateur, qui l'attribue exclusivement aux

---

Dans ce procès soutenu par M. Raspail, en appel devant la cour royale contre M. Morel, pharmacien, son associé, tous les détails ne sont pas également intéressants pour nos lecteurs. Il leur importe assez peu, par exemple, de savoir les contrariétés que MM. Raspail père et fils ont éprouvées de la part de leur associé; mais ce qu'ils liront avec un plaisir indicible, c'est la plaidoirie si piquante et si spirituelle de Me Duval, qu'on dirait avoir été inspiré des meilleurs sentiments et des intérêts les plus chers de la profession médicale, contre une spéculation et des spéculateurs qui n'ont aucun rapport avec cette dernière. Il suffira d'ailleurs de lire un extrait de la réplique de M. Duval pour être parfaitement initié aux faits *principaux de la cause*.

Me Duval, avocat de M. Morel :

Vous avez entendu M. Raspail, et vous savez maintenant le grand malheur de sa vie : il n'a jamais fait que du bien à tout le monde, et il est toujours tombé sur des voleurs et sur des ingrats. J'ignore le bien qu'a fait M. Raspail : il l'a sans doute caché avec l'humilité d'un chrétien, et je pense qu'il n'en a parlé ici que par mégarde; mais je sais à merveille le mal qu'il a fait à M. Morel, et je crois fermement que vous serez sur ce point de l'avis des premiers juges.

Il y a quelques années que M. Raspail s'est mis à faire de la médecine. D'abord ce fut de la médecine gratuite, et M. Raspail employa ses matinées à médicamenter une foule de malades, qui venaient tous les matins à sa porte, à Montsouris, rue de la Tombe. Quand je dis une foule de malades, c'est pour parler comme les journaux, comme les annonces, comme les prospectus de M. Raspail, mais je n'y étais pas et je ne prends rien sur mon compte. Déjà, à cette époque, la médecine de M. Raspail n'était pas si gratuite, que son apothicaire ne lui en rendît quelque chose; car vous savez ce que c'est que la médecine gratuite : elle aboutit le plus souvent qu'elle peut au pharmacien, et le pharmacien fait des remises au médecin... des remises en argent ou en nature. M. Raspail en convient de bonne grâce : M. Colas, son pharmacien, lui faisait des remises en nature.

Ce que M. Colas lui remettait en nature, M. Raspail ajoute qu'il le distribuait aux pauvres. C'est possible, je répète que je n'y étais pas. Mais alors c'était une belle charité; car M. Raspail prend la moitié des bénéfices à son pharmacien, et il a dit à la dernière audience que sa méthode curative avait fait gagner en trois ou quatre ans à M. Colas de 4 à 500,000 francs de fortune. L'imagination s'épouvante de ces grandes aumônes, et elle ne peut que les bénir!

Cet état de choses n'a pas duré. M. Raspail s'est lassé de la médecine gratuite; il a dit pourquoi dans le petit livre que je tiens : la foule devenait trop grande, sa santé à lui-même s'y épuisait, et d'ailleurs il s'est aperçu que la police lui envoyait de faux malades.

Alors M. Raspail a loué un appartement rue des Francs-Bourgeois, 10, et on n'a été admis dans le sanctuaire qu'en payant 10 francs à la porte. En cela, il faut lui rendre justice, M. Raspail n'a pas cédé à un vil appétit de l'argent; il a dit ses raisons dans un acte authentique que j'ai sous la main : « Il a cédé à ses nombreux amis et à ses clients plus nombreux encore, lesquels ne cessaient de lui faire un reproche de son désintéressement. »

Vous l'entendez! le moyen de résister à des clients qui veulent absolument payer! M. Raspail les a pris au mot, il les a fait payer d'avance.

individus débilités par l'âge ou la maladie, la pneumonie *latente* ne me paraît pas moins fréquente chez nos soldats. Pour qui connaît un peu la vie de caserne et les nombreuses infractions à l'hygiène qui s'y commettent volontairement et involontairement, il n'y a rien là qui ne s'explique parfaitement. C'est presque toujours à l'issue d'une garde pendant laquelle ils ont été exposés au froid, sans être suffisamment vêtus, ou lorsqu'en sueur ils ont bu de l'eau froide, ou mis habit bas dans les salles froides et humides d'une caserne, que la maladie s'est déclarée. C'est aussi au sortir de l'hiver qu'on l'observe le plus généralement, comme pour la pneumonie aiguë. Comment, en effet, nos militaires, obligés de se vêtir tous d'une manière uniforme, quel que soit le degré de susceptibilité de leurs organes pulmonaires, ne seraient-ils pas atteints sous l'influence des vicissitudes continuelles de notre printemps? J'ai vu, pendant l'hiver rigoureux de 1840, de malheureuses recrues arriver du Midi au mois de janvier, en *pantalons de toile*, et contraints de les garder pendant une partie de l'hiver, par suite d'un défaut d'approvisionnement dans l'habillement militaire (c'était le moment où notre armée venait, par suite des appréhensions de guerre, de recevoir un notable accroissement). Pour comble de misère, on défendait même à ces malheureux, de garde dans les écuries, de se servir pendant la nuit de la couverture du cheval (car la literie manquait comme le reste, et beaucoup couchaient dans un sac de paille). Aussi eûmes nous cet hiver-là une foule de pneumonies typhoïdes à traiter, et une mortalité inconnue dans notre hôpital, où mon service seul s'éleva d'une quarantaine de malades (terme moyen) à cent et plus.

VII. Traitement. — L'absence presque complète, ou tout au moins le peu d'intensité de la réaction fébrile dans la plupart des cas, ne permettait guère un emploi un peu large des émissions sanguines; le plus souvent je me bornais à une saignée, suivie ou non d'une application de ventouses ou de sangsues quand il y avait un point, puis je passais immédiatement à l'emploi de antimoniaux combiné avec les révulsifs sur la peau. Le tartre stibié ou le kermès à dose altérante (10 à 20 centigrammes dans une potion ou en pilules), telle était, si l'on y joint l'application d'un très-large vésicatoire sur le côté affecté, la méthode que j'ai généralement suivie, et celle qui m'a le mieux réussi, quand il n'y avait pas de complication.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX VIVANTS, TENDANT A PROUVER LA DIMINUTION INSTANTANÉE DE LA RATE SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOLÉ DE QUININE; par M. Pagès, interne des hôpitaux.

La diminution presque instantanée de la rate sous l'influence des préparations de quinquina est un fait dont la constatation n'est pas facile pour tout le monde: il exige en plessimétrie des connaissances et de l'habitude qu'il n'est pas donné à tous les médecins de posséder; dès lors on peut s'expliquer le doute des gens de bonne foi, je dirai plus, des hommes d'une sage circonspection, qui, défiants de l'imperfection de leurs sens, refusent d'admettre sans les rejeter des phénomènes que leur annoncent des personnes plus versées dans ce mode d'exploration. Ces personnes doutent avec d'autant plus de réserve qu'elles savent très-bien que la rate se congestionne, augmente de volume dans les fièvres intermittentes, qu'elles croient parfaitement que le sulfate de quinine rend à leur dimension, *dans un temps donné*, des rates d'un volume considérable. Mais ce qu'on n'admet généralement pas, c'est que: 1° les préparations de quinine aient un effet assez prompt pour que dès la deuxième seconde on ait pu le constater; 2° c'est qu'on puisse, sur le vivant, mesurer assez exactement l'organe splénique, pour vérifier et suivre une diminution aussi rapide. Voilà deux points de doctrine dont l'utilité me paraît immense et qui souffrent du long oubli dans lequel on les laisse plongés. Qu'on ne croie pas que je veuille mentionner un rapport de cause à effet entre la fièvre intermittente et l'hypertrophie, ou plutôt la congestion de la rate; je ne parle que d'une simple coïncidence qui, dans le diagnostic, doit jouer un rôle important.

Qu'on me permette de rappeler en peu de mots une observation pour prouver la vérité de l'assertion précédente.

A ma visite du soir (25 novembre), je trouve un jeune homme dans un délire des plus aigus. Il a 20 ans. Son aspect est celui d'un homme qui n'a jamais été malade. Aucun renseignement sur son compte. L'état favorable sous lequel il se présente, me conduit à m'assurer s'il ne serait pas ivre; je m'approche de la bouche: aucune odeur alcoolique; au tact, la peau est chaude et couverte de sueur. Le faisant placer sur le côté droit, la rate percutée s'offre dans des dimensions au-dessus de la normale; mes appréhensions concernant un accès de fièvre intermittente pernicieuse étaient fondées: 1 gramme de sulfate de quinine est donné le soir vers les six heures et à neuf heures. Trois heures après, le malade racontait à la sœur qu'il était charpentier, qu'il travaillait sur les bords de la Seine à ses radeaux depuis quinze jours, et que la veille il avait été pris d'un frisson et d'un délire semblable à celui dont nous avions été témoins le lendemain. Trois jours après, il sortait guéri.

Ce fait, dont on trouve quelquefois les analogues en gravité, ne me paraît pas avoir besoin de commentaire. Le volume de la rate nous a éminemment servi; il nous a conduit à administrer à temps le sulfate de quinine. Mais arrivons au point capital, à la diminution instantanée de la rate sous l'influence de l'alcoolé de quinine. Depuis longtemps, ce fait constituait un des points importants de la doctrine de M. Piorry; il n'était pas nouveau: le judicieux Bally l'avait observé sur une rate dépassant le rebord des fausses côtes; il se trouvait au reste en rapport avec ce que l'on savait déjà sur la vitesse de la circulation; la structure de la rate, savamment démontrée par M. Bourgery, se prête admirablement aux diverses périodes de gonflement et de déplétion subite. La noix vomique avait, dit-on, eu un effet instantané sur l'organe splénique mis à découvert, dans les expériences de M. Magendie; on connaissait parfaitement l'action instantanée sur l'économie de plusieurs agents délétères; on savait très-bien qu'un des accidents des préparations de quinquina était de donner lieu à des hémorrhagies par diverses voies, phénomène qu'on explique facilement par le ratatinement de la rate, rendant à la circulation générale le sang déposé dans son tissu.

Enfin la percussion de la rate mettant sous nos yeux, à travers divers tissus de densités variables, l'organe splénique, nous énonçait tous les jours des résultats formels, mais pour ceux seulement qui, par une habitude patiemment acquise, savaient profiter de ce mode d'exploration; pour les autres, une expectation réservée et inactive les empêchait d'émettre une opinion décisive à ce sujet.

Puisqu'il renonçait au désintéressement, ma foi, M. Raspail n'a pas fait les choses à demi. Son apothicaire ne lui faisait que des remises en nature; il en a cherché un qui lui fît des remises en argent... Oui, des remises en argent, par exemple, la remise de la moitié du bénéfice! Situation délicate que celle du médecin et de l'apothicaire!

On dit qu'il faut éviter à tout prix de mettre ses devoirs en opposition avec ses intérêts. Il me semble que c'était ici un cas prohibé, car M. Raspail aura beau dire, quand on partage avec l'apothicaire, on est un peu plus tenté d'envoyer le malade à la pharmacie.

Quoi qu'il en soit, M. Raspail avisa rue des Lombards une pharmacie toute luisante d'ordre, de porcelaines et de propreté; il y trouva dans la personne de M. Morel un homme d'une bonhomie rare, et il l'honora de son choix.

Ici des explications étaient nécessaires; car réunir des malades, leur tâter le pouls, leur donner une consultation, leur prendre 10 francs, et les acheminer vers un apothicaire de la rue des Lombards, c'était tout à fait l'exercice illégal de la médecine, si M. Raspail n'était pas pourvu d'un diplôme de médecin.

Morel demanda donc ingénument à M. Raspail s'il avait pris ses degrés, s'il était en règle, enfin s'il était docteur en médecine; à cela M. Raspail répondit: « Ne me demandez pas si je suis docteur; contentez-vous de vous informer si je suis docte... » C'est un jeu de mot que M. Raspail place à tout propos, et qu'il a mis dans le plus curieux de ses ouvrages, dont je possède et produis un exemplaire. « Ah! vous êtes docte, fit M. Morel, dites-moi tout de suite ce que vous avez fait, ce que vous avez écrit, ce que vous avez inventé, que vous soyez le culte et le dieu de mon officine. » Alors M. Raspail laissa tomber ces apophthegmes, il les a imprimés depuis; je n'invente rien, je lis textuellement:

« C'est moi qui ai tracé les bases de l'anatomie. Il ne se professe pas dans l'univers une idée que je n'aie réformée ou que je n'aie inspirée.

» Au point où j'en suis et d'où je domine tous ces hommes (c'est bien entendu des savants qu'il parle), je les force, grands et petits, à me transcrire quand ils veulent avoir l'air de quelque chose. J'ai appris l'organisme à toute la Faculté, qui ne s'en doutait pas.

» A la faveur de ma méthode, la gastrite, la fièvre cérébrale, la fièvre typhoïde, sont dissipées comme par enchantement.

» Plus de gangrène, plus de fièvre, plus d'érysipèle, plus de tétanos après les opérations de la chirurgie!

» Plus de typhus dans les hôpitaux, dans les casernes, dans les prisons!

» Quand l'administration permettra à ma méthode de s'introduire dans les hôpitaux, elle fera une économie de 50 pour cent, car la moyenne de la durée des maladies diminuera, pour ne pas avoir l'air d'exagérer, des deux tiers au moins.

» Il y a plus de cinq ans que je guéris des malades déclarés à l'agonie par leurs médecins.

» Mon Manuel de la santé s'est répandu comme l'éclair dans toutes les classes de la population française et dans tout l'univers. »

Mais, objecta M. Morel, qui ne manque pas de bon sens, il paraît à peu près tous les huit jours dans le monde médical quelque nouveau *docte* qui promet les mêmes choses, dans le même langage et avec la même assurance. Chaque jour voit naître un quidam qui débite au peuple les mêmes propos, entre deux airs

C'est pour éclaircir cette question depuis si longtemps en litige, c'est pour remplir cette lacune, que je me suis livré à une série d'expériences dont je rapporte ici les résultats. Il est évident que si l'expérience directe vient sanctionner les faits antérieurement émis par la plessimétrie, il est évident, dis-je, alors que nous ne saurions, par ce dernier moyen, avoir été dupes d'une pure illusion.

Exp. I. — Le 4 décembre, M. Piedagnel, ancien élève de M. Magendie, homme d'une bonne foi connue, a bien voulu m'aider de ses conseils dans ce genre d'expérimentation dont il a une grande habitude.

Un chien de moyenne taille et paraissant bien portant a été placé sur une table; on a fait une incision suivant la ligne blanche, étendue depuis l'ombilic jusqu'au sternum; une autre incision portée du milieu de celui-ci, et perpendiculairement dirigée des bords du rachis sur le côté gauche. La rate a bientôt fait hernie, et nous avons pu l'observer à notre aise sur le paquet intestinal, qui était sorti avec elle et qu'elle recouvrait. Elle était oblongue, dirigée transversalement; son diamètre transverse pouvait avoir 20 centimètres, son diamètre vertical à peu près 6. Vers son milieu, elle présentait un étranglement. Une incision avait été faite au cou pour trouver la veine jugulaire; après l'avoir ouverte, on y a injecté une solution d'alcoolé de quinine (eau-de-vie, 10 grammes, quinine, 1 gramme). A l'instant, peut-être après une seconde, nous avons vu la rate diminuer dans tous les sens, les bords se recoquiller; de telle sorte que de convexe en avant, elle devient plane. En même temps elle perd son poli, devient rugueuse, ridée, présentant un phénomène analogue à celui que l'on désigne sous le nom de chair de poule; en même temps son tissu a considérablement durci, et ses diamètres ne présentent plus après l'expérience que 14 centimètres pour le transversal et 5 pour le vertical. Ce fait a eu pour témoins MM. Pinel-Grandchamp, Piedagnel, Mouchot, son interne, et les jeunes gens qui disséquaient dans le pavillon.

Le dimanche 6, nous nous sommes rendus à l'école pratique pour continuer nos expériences; je portais avec moi trois substances : de l'alcoolé de quinine, de l'alcool et du sulfate de quinine.

Trois chiens ont été soumis à nos épreuves.

Exp. II. — Le premier, le plus petit, était de chétive apparence. On a pratiqué les incisions nécessaires pour mettre la rate à découvert, et au dehors de l'abdomen; chez celui-ci comme chez les autres, l'organe au contact de l'air, préalablement à toute espèce de manœuvre autre que l'incision, a perdu un peu de son luisant, et a présenté (à un léger degré, il est vrai) cet aspect de chair de poule, cette érection de petites papilles que nous voyons être le premier degré de l'influence du sulfate de quinine.

Bientôt après avoir cherché le duodénum pour l'ouvrir, on a fait une injection d'alcoolé de quinine dans l'estomac. Cet organe était absolument vide d'aliments; la rate elle-même était de très-petite dimension. Après un moment d'attente, nous avons vu la surface de la rate se hérisser de nombreuses papilles, devenir aride, c'est-à-dire perdant un peu de l'humidité qui la lubréfiait avant l'injection, son tissu se durcir d'une manière notable sous le doigt. Ses diamètres, mesurés auparavant tout aussi bien qu'on a pu le faire avec une règle droite, n'ont cependant pas changé d'une manière notable. Néanmoins elle a un peu diminué de convexité, d'épaisseur, et l'influence de l'alcoolé de quinine a été notable pour tous.

Immédiatement après, une injection d'alcoolé de quinine a été faite par la veine, et nous avons cru remarquer un peu plus de rugosités sur la rate. L'effet a été peu sensible.

Exp. II. — Le deuxième chien était d'une taille un peu plus forte; les résultats ont été beaucoup plus saillants. La rate présentait avant l'injection :

En longueur.	80 lignes	(0,18 mètre).	
En largeur.	16 —	(0,036	—).
Dans sa plus petite largeur. .	9 —	(0,020	—).

Après l'injection par la veine, nous avons trouvé :

En longueur.	72 lignes	(0,162 mètre).	
Dans sa plus grande largeur.	14 —	(0,031	—).
Dans sa plus petite largeur. .	9 —	(0,020	—).

En même temps, le tissu a considérablement durci, l'épaisseur a diminué, la rate est devenue plane, ridée, rugueuse et sèche.

Nul doute pour personne.

Exp. III. — Le troisième chien était le plus gros et le plus fort. Après une incision au cou, on a fait dans la veine jugulaire une injection avec l'eau pure; la rate n'a présenté aucun changement dans son aspect extérieur. Elle présentait :

Dans son plus long diamètre.	5 pouces	(0,135 mètre).	
Dans sa plus grande largeur. .	15 lignes	(0,034	—).
Dans sa plus petite largeur. .	12 —	(0,027	—).

Après l'expérience :

Dans son plus grand diamètre.	5 pouces	(0.135 mètre).	
Dans sa plus grande largeur. .	18 lignes	(0,040	—).
Dans sa plus petite largeur. .	11 lig. 1/2	(0,026	—).

(Ici, augmentation d'un des diamètres de la rate, les autres n'ayant pas changé d'une manière assez formelle.)

Le chien n'est nullement affaibli. Injection d'alcool étendue de moitié d'eau. Consécutivement, aspect un peu rugueux de la rate; on dirait même qu'elle s'est légèrement ratatinée. Pas de changement notable dans aucun des diamètres.

Après une assez longue attente, troisième injection avec l'alcoolé de quinine.

Aussitôt, la rate se ride, se hérisse, se couvre d'aspérités nombreuses, se dessèche; en même temps ses bords se recoquillent de telle sorte que, de convexe qu'elle était auparavant dans le sens de sa longueur et de sa largeur, elle devient non-seulement plane, mais présente une concavité sensible dans le sens de sa longueur. Elle présente absolument le même phénomène que si elle avait été exposée au feu; en même temps son tissu durcit d'une manière très-sensible; cependant ses diamètres n'ont pas sensiblement varié; nous en donnerons l'explication.

On avait trouvé avant l'expérience :

Le plus grand diamètre égal à.	5 pouces	(0,135 mètre).	
Dans le sens de la plus grande largeur. .	18 lignes	(0,60	—).
Dans le sens de la plus petite largeur. . .	11 —	(0,025	—).

Après l'expérience :

Le plus grand diamètre.	5 pouces	(0,135 mètre).	
La plus grande largeur.	17 lignes	(0,040	—).
La plus petite largeur	11 lig. 1/2	(0,026	—).

Le premier phénomène qui se présente lorsque la rate est mise à découvert au contact de l'air, c'est l'aspect terne et rugueux qui contraste avec l'éclat brillant, lisse et humide de cet organe, au moment où on le retire de l'abdomen. Toutes les fois que nous avons fait nos expériences, nous avons attendu que cet état ait atteint son apogée, et ce n'est qu'après un stade assez long que nous avons commencé.

Au reste, cet aspect papillaire est assez peu prononcé, comparativement à celui que nous avons obtenu par nos injections.

Après avoir constaté d'une manière si évidente l'influence de l'alcoolé de

---

de clarinette, sur quelque place publique. On va vous demander en quoi vous différez de ces empiriques, et comment vous comptez vous y prendre pour réaliser votre programme.

Je vais, dit M. Raspail, vous satisfaire. Toutes les maladies qui désolent l'humanité procèdent des vers, qui s'engendrent dans le corps humain ou qui s'y introduisent. Le grand ennemi de l'homme, c'est le parasite. Par exemple, une fièvre typhoïde ou un rhume de cerveau se manifeste; dans le premier cas, ce sont des vers qui ont fait invasion dans les intestins; dans le second, ce sont des larves de vers qui éclosent derrière le voile du palais. M. Lafarge lui-même n'était pas autre chose qu'un malade attaqué des vers. On l'a cru empoisonné par l'arsenic : c'était tout simplement un homme molesté par les parasites. Or, puisque la cause des maladies est dans les vers, je défie qu'on trouve un spécifique plus clairement indiqué par la situation que le camphre.

Partant de là, ma méthode curative est bien simple. Je commence par les cigarettes de camphre; si le mal résiste, j'administre l'alcool camphré; s'il s'obstine encore, je prescris l'huile camphrée; et si le malade meurt, c'est qu'il le veut bien, car le camphre exorcise en un clin d'œil toutes les maladies.

« C'est égal, répliqua Morel, la police va vous dire qu'elle ne peut pas vous laisser camphrer tous les malades qui vous viendront, quelle que soit d'ailleurs leur maladie. Elle vous dira que le camphre est un poison violent; vous verrez qu'elle vous demandera vos papiers... et qu'elle prétendra qu'il vous faut un diplôme. — Un diplôme! fit M. Raspail; mais un diplôme, c'est un *chiffon sale revêtu de noms incompétents*. — Ne dites pas cela, interrompit sagement Morel, il y a plus de vingt mille diplômes de nos jours qui sont signés de Cuvier; on les garde avec vénération dans les archives des familles... » Et comme Morel finissait par embarrasser un peu M. Raspail... celui-ci donna enfin sa grande raison.

Cette raison est une anecdote, et comme elle fait beaucoup d'honneur à M. Raspail, je la prends telle qu'il l'a imprimée :

« Il y a vingt ans que Breschet m'adressait le même reproche. — Pourquoi donc, me disait-il, ne prenez-vous pas un diplôme? — Pourquoi? pourquoi? lui répondis-je, dites-le moi la main sur le cœur, Breschet, croyez-vous à la médecine? y croyez-vous sincèrement? Quant à moi, je n'en crois pas un mot, je n'en crois pas une syllabe. »

Voilà, messieurs, ce que j'ai lu avec étonnement dans cette brochure. Comment! M. Raspail convoque les malades rue des Francs-Bourgeois, il met un planton à la porte, on n'entre pas sans payer dix francs, il vous palpe, il vous ausculte, il vous mesure le camphre comme si d'un atome de plus ou de moins dépendait la mort ou la vie; il imprime qu'il est sûr de dominer toutes les maladies, et il n'en excepte que quatre, encore s'écrie-t il!, en se frappant le front, qu'il en viendra à bout et qu'il les guérira bientôt comme les autres; et tout cela n'est que jonglerie! et il est athée en médecine!

Au reste, de ce que M. Raspail n'est pas un croyant, de ce qu'il n'a pas foi en la médecine, nous autres nous concluons qu'il devrait s'abstenir d'en faire; lui, il n'en conclut qu'une chose, c'est qu'il a le droit de se passer de diplôme. Le dirai-je, messieurs, cette inconséquence étrange a suscité de méchants soupçons. Ceux qui ont conquis leur titre de docteur comme Bichat, comme Fouquier, comme Chomel, comme Marjolin, disent tous qu'il y a un moment embar-

quinine injecté dans les veines, sur la rate (voyez notre 1re expérience), nous avons voulu observer s'il en serait de même en injectant ce même sel dans l'estomac; après environ deux secondes, nous avons obtenu un résultat sensible. Les mesures, il est vrai, n'ont pas attesté une diminution dans les diamètres semblable à celle de la première expérience (6 centimètres sur 20); mais avec des mesures plus précises, nous aurions trouvé une différence que les yeux nous attestaient. Nos mesures étaient prises avec une règle droite. On conçoit combien était défectueux un semblable moyen, consistant à mesurer par une ligne droite une surface convexe dans tous les sens.

Au reste, tous ceux qui étaient témoins de l'expérience ont constaté et suivi l'effet sur la rate de l'alcoolé de quinine injecté par l'estomac. Il paraîtrait que la rate était naturellement à son summum de ratatinement (on doit, au reste, avoir soin de se rappeler que l'estomac étant vide, la rate devait naturellement être petite et revenue sur elle-même). Ce qui prouverait enfin que nos données étaient fondées, c'est qu'immédiatement, le chien étant dans toute sa vigueur, nous avons injecté de l'alcoolé dans la veine jugulaire, et la rate n'a pas bougé.

Sur le deuxième chien, une injection d'alcoolé de quinine a été faite dans la veine, l'animal était plus gros que le premier; les résultats ont été encore plus manifestes : nous avons eu une diminution assez considérable dans deux diamètres.

L'aspect de la rate, au reste, a été le même que dans l'observation précédente, néanmoins avec une plus grande intensité.

Enfin, arrivons à notre expérience culminante. Pour que nos résultats attestassent une spécificité dans l'alcoolé de quinine, il fallait que toute substance, tout liquide, au hasard, ne produisît pas le même effet. Reconnaissant sous ce rapport la valeur de l'objection, nous avons injecté de l'eau pure dans la veine jugulaire du troisième chien. Celui-ci était le plus gros et le plus fort. La rate, mise à nu, était volumineuse; aussi nous nous attendions à de beaux résultats. Nous n'avons pas été trompés : après la perte du poli de la rate, nous avons fait notre injection d'eau pure; aucun effet n'eut lieu.

Quelque temps après, nouvelle injection avec une solution *moitié eau, moitié alcool.* Ici nous avons cru remarquer une modification de la rate sous le rapport de son aspect; il nous a semblé la voir aussi se crisper, mais d'une manière très-peu sensible.

Après une attente assez longue, nouvelle injection avec l'alcoolé de quinine; aussitôt changement que j'ai détaillé dans la troisième expérience. Je ne puis mieux comparer la rate, après cette injection, qu'à un pareil organe qu'on aurait placé sur le gril. Le résultat a été assez manifeste pour qu'on ait pu suivre les bords de la rate vers une de ses extrémités se recoquillant et formant un godet assez prononcé d'une surface plane ou plutôt légèrement convexe auparavant.

Cette troisième expérience me paraît concluante. Trois substances ont été injectées sur le même animal : l'eau simple, l'alcool mélangé et l'alcoolé de quinine. Nul résultat pour le premier agent; résultat douteux pour le deuxième, résultat convaincant pour le troisième; et cependant, dans cette troisième injection, l'animal était affaibli par les deux précédentes.

Nous devions nous attendre à un effet moins palpable, il est vrai, et nous l'avons déjà fait remarquer; ayant trouvé l'estomac de ce dernier animal complétement rempli, la rate ne pouvait qu'être congestionnée; c'est ce qui nous explique, avec la taille plus élevée du chien, la plénitude du résultat.

Si mes expériences ont été bien faites, si d'autres viennent les sanctionner, me sera-t-il permis d'espérer avoir fait une chose utile? car, si je ne m'abuse, ces faits étant une fois connus et acceptés, je ne vois pas l'objection sérieuse qu'on pourrait faire aux résultats plessimétriques de la rate sous ce rapport. Nous n'avons pas, il est vrai, trouvé sur les trois derniers chiens une diminution de volume de la rate aussi surprenante que pour le premier. Je ne sais à quoi tient cette différence; peut-être le premier se trouvait-il dans des circonstances particulières de maladie, d'autant mieux que la rate était beaucoup plus volumineuse que dans les autres.

Si dans les animaux de quelques races, comme l'a établi M. Dupuy, il existe de véritables fièvres intermittentes, ces maladies ne devraient-elles pas ressembler organiquement à celles de l'homme?

Quoi qu'il en soit, si sur un petit animal pris au hasard, même à jeun, lorsque l'organe splénique est le plus revenu sur lui-même; si sur cet animal, dis-je, nous obtenons un résultat évident, quel effet, dans les fièvres intermittentes, ne doit pas avoir l'alcoolé de quinine chez l'*homme*, dont la rate est volumineuse, gonflée, peut-être même étendue au delà de son extensibilité naturelle! C'est ici que nous prouvons et suivons ligne par ligne cette diminution instantanée de la rate dès la deuxième seconde : point si controversé, et que j'espère avoir peut-être fixé. A côté d'un fait vient toujours se présenter la question de priorité. Rappelé dans ma famille, dans une petite ville de province, je tiens peu à un triomphe d'amour-propre dont, au reste, je ne pourrais recueillir les fruits. Je ne sais s'il existe quelque travail sur l'injection d'une préparation de quinquina dans l'organisme, et cela dans le but que nous nous sommes proposé.

Il paraîtrait néanmoins, d'après ce que m'a dit M. Piedagnel, que M. Magendie se serait occupé de ce sujet, et aurait trouvé des résultats neutres quant au sulfate de quinine, positifs quant à la noix vomique. M. Piorry m'a dit aussi que l'injection de quinine lui avait été donnée comme négative par le même physiologiste.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, j'y tiens peu; ce qui me flatterait le plus serait de croire avoir été utile.

Je sais qu'on pourrait exiger de moi un nombre plus considérable d'expériences; mais à la veille de partir, j'ai voulu mettre au jour celles-ci, qui me paraissent concluantes, afin que l'on pût en vérifier les résultats dans le plus bref délai possible pour en tirer, ce me semble, un grand avantage dans le diagnostic et le traitement des fièvres intermittentes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

SUITE.

IV. LA CLINIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations de fièvres rémittentes et de fièvres graves;*

---

rassant à passer. On a une place autour d'un tapis vert, et en face de soi on a M. Boissonnade, et puis on vous présente poliment un livre grec, et on vous invite à en traduire une page. Tenez pour certain que c'est là le motif qui dégoûte beaucoup d'esprits forts du diplôme. Il est bien plus simple d'en médire.

. . . .

Quelles sont les causes de résiliation invoquées par M. Raspail?

« M. Morel a, dit-il, colporté une biographie pleine de calomnies contre sa personne; cela est jugé contre Morel par une sentence correctionnelle, qui n'a sauvé une condamnation à Morel que parce que la publication s'est trouvée prescrite. »

Messieurs, M. Raspail a coudoyé trop de monde pour n'être pas discuté. Il s'est trouvé une plume charmante, spirituelle, qui lui a demandé quels sont ses titres, d'où il vient, où il va? On lui a prouvé que ses innovations ne sont que des erreurs réchauffées; enfin, on s'est moqué de lui, et vous savez qu'en France, on s'y connaît. Il y a surtout une certaine prescription dans le livre de M. Raspail, qui a excité des rires homériques, c'est une ordonnance qui condamne un malade à manger 75 gram. de fougère en poudre, entre deux tartines de confitures.

L'auteur de l'article prétend qu'il n'y a qu'un éléphant qui puisse exécuter ce tour de force (on rit), et j'ajoute moi qu'il faudrait encore que cet éléphant aimât les confitures. (On rit plus fort.) Eh bien! il est vrai que M. Morel a montré cela à ses amis, et je trouve qu'il a bien fait. M. Raspail lui a fait un procès en diffamation, par malheur il l'a fait trop tard et la prescription a empêché le débat. Mais j'aurais eu bien du plaisir à défendre l'article.

Autre grief. M. Morel a suscité à M. Raspail le procès dans lequel Raspail a été condamné en police correctionnelle pour exercice illégal de la médecine. M. Raspail impute ce procès à tout le monde; à la dernière audience, il s'en prenait à M. Orfila.

La vérité, la voici : Il y a à Paris une vaste association de médecins qui veille sur les droits et sur les devoirs de la médecine. A la tête de cette société sont les noms les plus haut placés dans la science, et je n'ai pas besoin de dire que ce n'est pas à ceux-là que M. Raspail fait ombrage. S'il n'y avait pas dans Paris des médecins qui savent porter honorablement le travail et l'obscurité, qui s'abstiennent du bruit et des annonces, et restent des prodiges d'abnégation et d'honneur à la face du charlatanisme qui triomphe, certes MM. Orfila et Fouquier dédaigneraient fort M. Raspail et lui laisseraient le haut du pavé. C'est de là qu'est parti le procès. M. Orfila n'y est pour rien, car il a cédé le fauteuil de la présidence à M. Fouquier le jour où cette affaire a été discutée dans l'assemblée. M. Fouquier a fait son devoir; il a mis les faits sous les yeux de M. le procureur du roi, et je vous assure qu'il a trop d'esprit, trop de talent et trop de malades pour avoir songé plus de cinq minutes à M. Raspail dans tout le cours de sa vie.

— Tous les journaux ont rapporté le grave accident arrivé ces jours derniers à M. le docteur F., qu'un fou furieux de ses clients avait assailli à coups de couteau-poignard. M. F. est notre excellent confrère et ami le docteur Fiévée. Il a eu la figure et le cou profondément entamés. Nous sommes heureux d'annoncer que, malgré la gravité de ses blessures, il n'a pas été empêché un seul jour de donner ses soins à sa nombreuse clientèle, et qu'il ne lui reste à cette heure que le souvenir du danger qu'il a couru.

par M. Bordes-Pagès. (Service de MM. Broussonnet et Caizergues.) 2° *Deux observations d'implantation du placenta au col, dans lesquelles les fœtus morts offraient tous les caractères de l'exsanguinité;* par M. Demolins. (La mère avait, dans les deux cas, perdu une quantité considérable de sang.) 3° *Des ulcérations de la langue;* par M. H. R. (L'auteur avertit que des ulcérations chroniques de la langue, pouvant simuler les caractères de la syphilis et même du cancer, sont quelquefois guéries par la simple avulsion d'une dent cariée dont les pointes aiguës entretenaient seules, par leur contact incessant, cette lésion.) 4° *De la taille par le haut appareil;* par M. (Trois cas assez simples et sans aucune circonstance digne d'un intérêt spécial, où l'opération fut suivie de mort.) 5° *Excision du nerf médian dans une saignée;* par M. Bürgkly. 6° *Recherches sur la nature et le traitement de la chorée;* par M. Socquet. 7° *Un mot sur le traitement de la suppression des menstrues;* par M. Dufour. 8° *Érysipèle traumatique;* par M. Jouve. (Un érysipèle se déclara à la face chez un malade qui avait subi l'ablation de tumeurs du nez. Contrairement à ceux qui n'admettent pas qu'une cause externe suffise à produire un érysipèle, M. Jouve croit que l'opération a eu ici une très-grande influence sur son développement.)

EXCISION DU NERF MÉDIAN DANS UNE SAIGNÉE; par M. BURGKLY.

OBS. — Le nommé Audouin, fourrier au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, entra à l'hôpital de Cherchell dans le courant de l'été de 1841, atteint d'un coup de feu. On lui prescrivit une saignée. Au moment où la piqûre fut pratiquée sur la veine, une sorte de flocon blanc se présenta à l'ouverture. La chasse de la lancette ne pouvant parvenir à refouler ce bourrelet, le chirurgien prit des ciseaux, et, d'un coup, trancha cette portion en quelque sorte herniée. La bande que le malade tenait à la main pour la faire tourner tomba immédiatement à terre; le bras ne put plus se soutenir et s'engourdit aussitôt. Les applications rubéfiantes, les moxas, etc., n'amenèrent aucun résultat. Le bras resta paralysé; il l'était encore avec atrophie au mois de juillet 1843, époque où ce militaire se trouvait à Paris.

Il est évident que, par suite d'une anomalie déplorable, c'était le nerf médian que les ciseaux avaient tranché.

— Presque tous les auteurs de petite chirurgie recommandent, lorsqu'une douleur locale vive et persistante accompagne la phlébotomie, de porter le tranchant de la lancette alternativement d'un côté, puis de l'autre, *pour achever de couper le nerf.* L'exemple ci-dessus pourra donner à réfléchir sur le danger qu'il y aurait à suivre ce conseil dans les cas où une anomalie semblable existerait.

NOTE SUR LA SUPPRESSION DES MENSTRUES; par M. DUFOUR.

Cette note se compose de cinq observations extrêmement courtes, destinées à démontrer l'efficacité de pilules habituellement employées par M. Lallemand contre la suppression des menstrues. Ces pilules contiennent: aloès, seigle ergoté, rhue, de chaque 5 centigr. Si les règles sont supprimées depuis peu, on attend le jour où elles auraient dû commencer à couler pour administrer les pilules. Si la suppression est ancienne, on choisit indistinctement un jour du mois pour continuer les mois suivants à la même époque. On donne d'abord neuf pilules par jour (trois le matin, trois à midi et trois le soir) pendant quatre jours. Les mois suivants on augmente progressivement la dose, qu'on peut porter jusqu'à dix-huit. On applique aussi, tous les jours, pendant qu'on donne ces pilules (c'est-à-dire pendant quatre jours), quatre ou cinq sangsues à la vulve. Chaque application de sangsues est suivie d'un bain de vapeur. Ce traitement est ainsi continué de mois en mois jusqu'au rétablissement de la menstruation.

— Il n'est pas douteux que l'emploi de ces moyens thérapeutiques ne puisse et ne doive fréquemment rappeler les règles. La combinaison adoptée par M. Lallemand présente à coup sûr de grandes garanties de succès. Mais, d'un autre côté, ce serait se faire illusion que de voir en ceci le remède universel de l'aménorrhée, et le tort de la note de M. Dufour est de laisser percer cette prétention. L'aménorrhée est, au contraire, un des états pathologiques qui présentent les indications, non pas précisément les plus nombreuses, mais au moins les plus diverses. Il est des cas où le meilleur emménagogne est la saignée du bras, pratiquée trois ou quatre jours avant l'époque ordinaire des règles. Il en est d'autres où l'emploi du fer est indispensable. Le seigle ergoté, qui fait partie des pilules de M. Lallemand, supprime ou diminue, d'une manière funeste, les menstrues chez certaines femmes dont l'utérus a besoin apparemment d'une certaine laxité pour laisser le sang suinter à sa surface interne; comme aussi, employé à doses modérées, il régularise les menstrues et les ramène au degré normal chez des femmes affectées d'un relâchement trop considérable de l'utérus. Ici comme partout il en faut toujours revenir à la cause essentielle de la maladie, et la thérapeutique n'a de base solide et vraiment scientifique que l'étiologie.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Burnhaupt-le-Haut (Haut-Rhin) depuis le 15 juillet 1845 jusqu'au 6 octobre;* par M. Bécourt. 2° *Du traitement des hydarthroses par le tartre stibié;* par M. Bièchy. 3° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1842 au 1er juillet 1844;* par M. Forget. 4° *Vomissements de matières fécales sans hernie; sans volvulus; abcès de l'intestin (?); guérison;* par M. Andrieux (de Brioude). 5° *Deux observations d'opération césarienne faite avec succès pour la mère et pour l'enfant;* par MM. Bach et Steinbrenner. 6° *Note sur un appareil nouveau rendant la marche possible dans un cas de fausse articulation de l'extrémité supérieure du fémur;* par M. Kayser. 7° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg du 1er novembre 1844 au 1er avril 1845;* par M. Schützenberger.

CAS D'HYDATIDES INTRA-CRANIENNES.

Les cas d'hydatides intra-crâniennes sont assez rares pour que nous croyions devoir rapporter celui-ci, recueilli à la clinique de M. le professeur Forget.

OBS. — Un homme de 24 ans, d'assez forte constitution, de tempérament nerveux-lymphatique, tailleur, entré à la Clinique le 31 août 1842. Il raconte qu'il a fait récemment un séjour de six mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il était entré pour une fatigue dans les membres. Il y eut une attaque d'épilepsie occasionnée, dit-il, par le voisinage d'un épileptique dont il voyait les accès. Venu à pied de Lyon à Strasbourg, il éprouve de nouveau de la fatigue dans les membres et de la céphalalgie qui l'obligent à entrer à l'hôpital.

Facies hébété, sensiblement bouffi; engorgement des ganglions sous-maxillaires; surdité; faiblesse de la vue; pupilles également dilatées; point de paralysie ni de contracture des membres, où le malade accuse pourtant un peu de faiblesse et de douleur. La marche est mal assurée; urines fréquentes, involontaires pendant la nuit; appétit; constipation; point de fièvre; rien du côté du thorax.

On prescrit successivement un laxatif, des frictions avec la pommade iodurée sur les tumeurs sous-maxillaires, des lotions froides sur le corps, un vésicatoire à la nuque dont le malade dit éprouver quelque soulagement, des pilules d'extrait alcoolique de noix vomique, une saignée, des ventouses scarifiées le long du rachis; le tout sans amélioration. Au contraire, la diarrhée survient; les jambes s'infiltrent légèrement; l'affaiblissement fait des progrès et oblige le malade à garder le lit. On combat la diarrhée par les opiacés, les astringents, les révulsifs. Bref, le malade succombe le 23 septembre, vingt-trois jours après son entrée.

NÉCROSCOPIE, trente-six heures après la mort.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Légère infiltration de la face et des extrémités.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE. Rien de particulier à la partie supérieure de l'encéphale; mais à la base existe une notable quantité de sérosité limpide. *La surface du pont de Varole, de la partie supérieure de la moelle allongée et de la face inférieure des deux lobes du cervelet est couverte d'hydatides nombreuses, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une aveline.* Les hydatides sont libres ou légèrement adhérentes à la pie-mère. Le tissu de l'encéphale est exempt d'altérations et d'une consistance remarquable.

Rien de particulier dans le *thorax.*

Dans l'*abdomen,* on trouve les parois du gros intestin rouges, hypertrophiées, végétantes. La vessie ne présente aucune lésion appréciable.

— Parmi les cas jusqu'ici publiés de produits accidentels développés dans le cervelet et la moelle allongée ou dans leur enveloppe, le fait qu'on vient de lire, recueilli avec une grande précision, est un de ceux où l'on aperçoit le mieux le rapport physiologique qui unit les symptômes à l'altération matérielle. Les désordres du côté des mouvements (épilepsie, faiblesse des membres, marche mal assurée) s'expliquent doublement par le siége des hydatides, attenantes tout à la fois à la face inférieure du cervelet et au pont de Varole, ainsi qu'à la partie postérieure de la moelle allongée. On en peut dire autant de la *douleur des membres.* L'auteur ne spécifie pas, il est vrai, si la lésion s'étendait à la partie supérieure de la moelle allongée; mais on doit le supposer d'après les termes de l'observation. On sait d'ailleurs que l'exaltation de la sensibilité s'observe rarement dans les lésions organiques bornées au cervelet et qui n'atteignent pas les cordons postérieurs de la moelle. Sur trente-six cas de ce genre, relevés par M. Andral, ce symptôme ne s'est présenté que quatre fois. Enfin le siége des hydatides au voisinage des nerfs optique et auditif, et même de la cinquième paire, rend compte de la faiblesse de l'ouïe et de la vue; on peut seulement se demander pourquoi la sensibilité de la face est demeurée intacte, l'origine du facial ayant dû être plus ou moins enveloppée d'hydatides. L'observation ne s'explique pas sur ce point.

DU TRAITEMENT DES HYDARTHROSES PAR LE TARTRE STIBIÉ; par M. BIÉCHY.

Nous avons déjà, l'année dernière, formulé (v. GAZ. MÉD., 1845, p. 393), d'après M. Gimelle, les règles de ce traitement. Le travail actuel de M. Biéchy indique d'abord de nouvelles précautions destinées à rendre l'emploi de la méthode plus assuré; puis il contient la relation d'exemples de guérison due à son usage.

M. Biéchy commence par établir assez longuement un principe sur lequel il rencontrera peu de contradicteurs : c'est que ce n'est point en révulsionnant, en perturbant, en dérivant, que le tartre stibié guérit les hydarthroses, mais bien comme contro-stimulant, en déprimant les forces vitales. Mais le genre de preuves qu'il a recherchées à l'appui de cette assertion l'a conduit à quelques préceptes fort utiles à connaître dans la pratique. Ainsi le meilleur moyen d'obtenir de l'émétique un effet rapide est de l'administrer de prime abord à haute dose, et de l'associer à quelque agent qui neutralise son action sur les voies digestives. Une fois la tolérance établie, il importe d'élever les doses autant que le permet la capacité morbide et organique. Si très-souvent on ne guérit pas avec un remède cependant bien adapté à l'essence du mal, c'est parce qu'on n'a pas su le proportionner aux exigences de celui-ci. M. Biéchy fut appelé auprès d'un paysan affecté d'une hydarthrose aiguë, qui prenait depuis vingt jours le tartre stibié à la dose de 25 centigrammes toutes les vingt-quatre heures. La maladie ne paraissait nullement se modifier. La tolérance était établie. L'auteur porta la dose à 5 décigrammes en l'augmentant ensuite graduellement et journellement de 2 décigrammes. Le sixième jour, il était guéri.

L'effet hyposténisant du tartre stibié est tellement réel, tellement certain, dans cette maladie comme dans les autres, que la dépression des forces vitales suscitée par son emploi peut atteindre à un degré véritablement dangereux. Chez l'un des malades de M. Biéchy, l'état d'anéantissement général devint un moment si profond que, selon sa propre expression, *il lui semblait ne plus vivre*. Il avait à chaque instant des défaillances caractérisées par une réfrigération de tout le corps, des tremblements, du vertige, des éblouissements. Un jour l'état syncopal fut porté si loin qu'on vint annoncer au médecin qu'il était mort... Accouru auprès du moribond, M. Biéchy trouva un pouls bas, déprimé, comme enseveli; une potion éthérée le ranima peu à peu. Dès lors la potion stibiée fut supprimée, et la maladie du genou, en bonne voie de guérison, se termina si heureusement que depuis elle n'a plus reparu. Cet exemple doit être médité : une fois la tolérance obtenue, il faut interroger avec soin l'état du pouls; car on s'exposerait, dit l'auteur, à de cruels mécomptes, si, prenant le silence de certaines fonctions pour de la tolérance, on pensait pouvoir, sans consulter l'appareil circulatoire, aller au delà. Il pourrait arriver que les forces vitales d'abord comprimées, puis lentement, insidieusement jetées dans un état d'hyposténie extrême, fussent tellement anéanties que l'homme de l'art ne fût plus à même de les relever de leur chute. On ne saurait donc assez, dans ces médications énergiques et héroïques, surveiller, interroger le degré de ressort de l'appareil circulatoire, ce dynamomètre de l'organisme animal, et graduer, proportionner les doses en raison de la résistance ou de l'affaissement qu'il présente.

Ces diverses prescriptions concourront sans doute à rendre la méthode exempte de dangers autant qu'à la faire plus efficace. M. Biéchy n'a eu qu'à s'en louer sous ce dernier rapport; car il dit compter pour sa part onze cas de succès par ce traitement. C'est beaucoup sans doute; mais nous ne pouvons néanmoins admettre qu'il ait passé sous ses yeux un nombre de faits suffisant pour lui donner le droit de juger la question, lorsque nous lisons dans son mémoire la phrase suivante sur les avantages du tartre stibié : « Employé contre les hydartroses, jamais il n'a failli, et nous n'avons point eu de récidives à déplorer. » Il y aurait trop de danger pour le jeune praticien à régler son opinion sur une statistique semblable pour que nous laissions passer l'occasion de déclarer que, à notre connaissance et entre des mains très-expérimentées, le même traitement, quoique souvent fort avantageux, a été loin de fournir des résultats aussi constamment heureux. Nous faisons d'autant plus volontiers cette remarque qu'elle est toute dans l'intérêt de ce précieux agent; car les premières conclusions de M. Gimelle promettaient également beaucoup au delà de ce que l'expérimentation clinique a tenu. Évidemment M. Gimelle comme M. Biéchy ont été sincères dans leurs affirmations; mais évidemment aussi leur pratique n'a pas encore été assez étendue pour qu'on doive accepter ces comptes rendus comme une formule absolue et définitive de la valeur de la méthode.

VOMISSEMENT DE MATIÈRES FÉCALES SANS HERNIE, SANS VOLVULUS; ABCÈS PRÉSUMÉ DE L'INTESTIN; GUÉRISON; par M. ANDRIEUX (de Brioude.)

Voici les principales circonstances de cette curieuse observation, trop longue pour que nous la rapportions en détail.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, d'une bonne constitution et habituellement bien portante. Au début de la maladie, rien de grave en apparence; quelques coliques, une constipation de trois jours et quelques nausées. Cependant la malade éprouvait un sentiment de terreur et sa face était altérée. Deux jours après, le 26 novembre 1843, aggravation rapide des accidents; les vomissements présentent quelques traces de fèces, le ventre devient douloureux. On s'assure qu'une petite hernie crurale gauche, que la malade porte depuis longtemps, n'est pas étranglée. Le lendemain, symptômes de péritonite qui, sous l'influence d'un traitement énergique, disparaissent rapidement. Cependant les vomissements continuent et deviennent de plus en plus stercoraux. On prescrit la belladone (10 centigrammes d'extrait en lavement et 4 grammes en décoction pour servir à préparer les cataplasmes). État comateux des plus prononcés. La malade se réveille cependant, mais elle paraît à l'agonie. Enfin, une sonde introduite par l'anus donne issue à un flot de pus; les matières fécales suivent bientôt, et la malade se rétablit promptement.

— De semblables accidents terminés par la sortie d'un flot de pus ne peuvent guère être attribués qu'à un abcès de la fosse iliaque ou à une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-muqueux du gros intestin. Les abcès iliaques donnent lieu à un appareil de symptômes locaux qu'on ne retrouve pas dans l'observation; on peut donc penser qu'il s'agissait ici d'une véritable entérite phlegmoneuse. On sait que cette dernière affection a été déjà observée plusieurs fois. La sonde, introduite par l'anus, aura perforé facilement la membrane muqueuse amincie, ramollie par le travail de suppuration, et vidé ainsi l'abcès. Nous pensons, d'après le titre de l'observation, que l'auteur considère les choses de cette manière, bien qu'il n'entre dans aucune considération et se borne au simple narré du fait.

NOTE SUR UN APPAREIL NOUVEAU RENDANT LA MARCHE POSSIBLE DANS UN CAS DE FAUSSE ARTICULATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR; par M. KAYSER.

L'appareil dont il s'agit a été appliqué sur une jeune fille de 25 ans, qui avait eu, à l'âge de 12 ans, le col du fémur gauche fracturé. Par suite de soins malentendus, il s'était formé une fausse articulation. Depuis cette époque, devenue incapable de se servir de son membre, elle ne marchait qu'à l'aide de béquilles. Ce fut dans l'espoir de diminuer un peu la gravité de ce fâcheux état que l'auteur imagina le système contentif suivant.

Cet appareil, construit en fer soigneusement rembourré, se compose d'une tige partant de dessous l'épaule à la hauteur du sein gauche, attachée autour du tronc par une ceinture très-large qui la fixe dans une immobilité complète.

De cette tige part en bas un losange à convexité externe, embrassant exactement l'os des iles pour empêcher l'appareil de tourner. Une seconde tige fixée le long de la face externe de la cuisse par des courroies et descendant jusqu'au-dessus du condyle externe du fémur vient s'adapter au losange au moyen d'une échancrure qui ne permet que les mouvements d'arrière en avant (de la flexion de la cuisse sur le bassin), suivant l'articulation du membre. — Inutile de dire que l'appareil doit s'appliquer exactement au corps et en suivre soigneusement le contour.

Avant d'en faire usage, la malade ne pouvait marcher sans béquilles, parce que, dès qu'elle levait le pied, le membre inférieur tout entier était porté dans l'abduction. L'appareil obvie à cet inconvénient, parce qu'il maintient la rectitude du membre, en s'opposant aux efforts des muscles abducteurs.

Un peu gênée d'abord, faute d'habitude, pour se servir de ce moyen prothétique, la jeune fille, qui en fait usage depuis sept mois, peut vaquer à ses travaux et parcourt facilement les rues sans aucun soutien.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur un état inflammatoire simple se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle*; par M. Diday. (Travail déjà inséré dans GAZ. MÉD., 1846, p. 303.) 2° *Nouvelle méthode pour guérir certains anévrismes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture;* par M. Pétrequin. (Voy. le travail complet publié sur ce sujet par M. Pétrequin, dans GAZ. MÉD., 1846, numéros 38 et 40.) 3° *Nouvelles recherches sur l'origine de l'électricité animale;* par M. Savoyen. 4° *De l'homme dégénéré sous l'influence de l'air, des eaux et des lieux;* par le même. 5° *De la fièvre intermittente chez les femmes en l'état de grossesse;* par M. Ébrard. (Voz. GAZ. MÉD., 1846, p. 825.) 6° *Histoire d'un phlegmon de l'orbite, avec quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement de cette affection;* par M. Rambaud. (Fait que nous avons déjà mentionné dans GAZ. MÉD., 1846, p. 235.) 7° *Mémoire sur quelques*

points des produits anormaux connus sous le nom de végétations qui se développent sur les valvules et sur les parois des cavités du cœur ; par M. Julia de Cazalès. (Mémoire déjà inséré dans Gaz. Méd., 1845, p. 845.) 8° *Note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes, et sur l'application de ce remède dans l'art vétérinaire;* par M. Bonjean.

VII. ARCHIVES MÉDICALES DU MIDI,

Journal publié a Marseille.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'opération du bec-de-lièvre* ; par M. Jourdan. (Exemple assez simple de guérison obtenue par le procédé qui consiste à combler l'échancrure du bord libre au moyen du bout des languettes résultant du ravivement.) 2° *Observations de hernies inguinales étranglées; opération ; guérison* ; par M. Rampal. (Relation détaillée de deux cas ordinaires de herniotomie pratiquée avec succès.) 3° *Rapport du service médical de M. Sue du 1er mars au 31 décembre 1845*; par M. Chapplain. 4° *Service de M. le professeur Girard du 15 août au 1er novembre 1845*; compte rendu par M. Bernard. 5° *Dystocies par abcès recto-vaginal et coarctation du vagin ;* observations par MM. Roberty et Villeneuve. 6° *Leçons orales sur quelques cas remarquables d'hydrothorax ;* par M. Ducros aîné, recueillies par M. Bernard. 7° *Transposition du cœur ;* par M. Seux. (L'anomalie, reconnue sur le vivant par la percussion et l'auscultation, a été regardée par quelques médecins comme congéniale, par d'autres comme l'effet d'un refoulement opéré anciennement en vertu d'un épanchement pleurétique du côté gauche. On crut aussi distinguer dans l'hypocondre gauche la matité étendue qui annonce la présence du foie.) 8° *Accouchement provoqué prématurément ;* par M. Ville. (Atteinte d'une affection des organes respiratoires, la malade, enceinte de huit mois, était sur le point de suffoquer quand on perfora les membranes avec la pointe d'une plume taillée en cure-dent; on lui donna aussi 1 gramme de seigle ergoté. Quatre heures après, elle accoucha d'une enfant bien portante et ne tarda pas elle-même à se rétablir entièrement.)

Dystocie par coarctation du vagin ; par M. Villeneuve.

Dans quelques-uns des cas semblables à celui-ci que possède la science, la tête en descendant peu à peu a dilaté les rétrécissements du vagin et a fini par sortir sans opération aucune. Dans d'autres, l'accoucheur a pu attendre quelques heures et ne se décider à inciser qu'après avoir reconnu par expérience l'insuffisance des efforts naturels. Ici une pareille conduite n'était pas permise. Appelé seulement au moment du danger, M. Villeneuve devait agir et il a agi immédiatement.

Obs. — Une dame (dont l'âge n'est pas indiqué) fut vue pour la première fois par M. Villeneuve en avril 1840. Trois mois auparavant elle avait eu un premier accouchement extrêmement long et laborieux, à la suite duquel les parties sexuelles se rétrécirent graduellement à un degré tel que la copulation devint impossible. Effectivement ni l'index, ni même le bout du petit doigt ne pouvaient y pénétrer. Il fallut dilater au moyen de l'éponge préparée; le premier résultat de l'ampliation obtenue fut de laisser reconnaître la présence de plusieurs cloisons ou diaphragmes dans la longueur du conduit. A l'éponge, on substitua les suppositoires, puis des bougies en cire. Bref, dans l'espace d'un an, les dimensions acquises permirent le coït. Une seconde grossesse se termina en avril 1841 par un avortement à trois mois et demi.

Parvenue, le 18 mars 1844, au huitième mois d'une troisième gestation, cette dame ressent, à cinq heures du soir, des douleurs d'enfantement qu'accompagne aussitôt une hémorrhagie abondante. Les douleurs redoublent, deviennent atroces, et cependant le travail ne fait pas de progrès. Arrivé au bout de quatre heures, M. Villeneuve entreprend l'accouchement forcé. Avec un long bistouri boutonné concave, il incise une bride à gauche et une autre à droite. La main, qui auparavant ne pouvait pénétrer, reconnut alors une présentation du placenta, et à côté de lui une épaule. Le fœtus fut saisi par les pieds et amené mort au dehors. Le placenta entier était muni de ses membranes et présentait sur un point de sa circonférence un cotylédon bleuâtre qui, par son décollement et sa présence à l'orifice utérin, paraissait avoir été la cause de l'hémorrhagie. Les suites de couches furent assez heureuses, à part un peu de fièvre de résorption, qui se déclara du cinquième au sixième jour.

Le 1er février 1845, elle était à la fin du sixième mois d'une nouvelle grossesse lorsqu'elle fut prise de contractions utérines vives et soutenues, avec un peu d'hémorrhagie : le fœtus était parvenu dans l'excavation, mais les douleurs ne pouvaient suffire à lui faire franchir l'extrémité inférieure du vagin fortement resserrée par une corde circulaire dure et résistante formée par un tissu inodulaire résultat des cicatrices anciennes mentionnées plus haut. M. Villeneuve incisa de chaque côté de cette bride, et quelques minutes après le fœtus fut expulsé mort. Quoiqu'il eût fait les incisions un peu en avant pour empêcher que les lochies en coulant à leur surface amenassent une résorption purulente, quelques symptômes de cet état se déclarèrent, légers à la vérité. Bientôt après, il survint une pleuro-pneumonie qu'une saignée et l'emploi du tartre stibié à dose rasorienne conjurèrent heureusement.

Aujourd'hui cette femme est de nouveau enceinte et parvenue au septième mois. Le vagin, plus court que précédemment, est large et dilatable. Il existe cependant encore une bride transversale à la partie postérieure, moyenne et un peu latérale gauche. On attend l'événement.

Les brides du vagin, dit M. Villeneuve, ont-elles été ou non cause de l'accouchement prématuré dans toutes ces grossesses? Il est permis de penser que l'utérus, en s'élevant dans l'abdomen et se développant, doit exercer des tiraillements, des changements physiques quelconques dans le canal vaginal. Il est donc permis d'admettre que ces changements peuvent exciter l'utérus à se contracter et à se débarrasser du produit de la conception.

Le débridement sous-cutané paraît, dans ces cas, à M. Villeneuve devoir être préférable au procédé qu'il a employé, surtout parce qu'une incision faite et maintenue hors du contact de l'air aurait diminué l'absorption purulente produite par le passage des lochies sur les plaies artificielles. Seulement les souffrances étant atroces, une fois même le danger imminent, il fait observer qu'il était naturel de chercher à soulager par la voie la plus rapide. D'ailleurs il eût été assez difficile, dit-il, de pratiquer l'incision sous-cutanée de brides dont la saillie semblait plutôt appartenir à l'endurcissement de la muqueuse elle-même qu'à un tissu subjacent.

— Nous admettons, bien certainement, l'extrême nécessité qu'il y avait, surtout dans le premier cas, à apporter un prompt remède. Mais l'incision *sous-muqueuse* aurait-elle exigé un grand surcroît de temps et suscité des obstacles aussi considérables que paraît le craindre M. Villeneuve? Ce sont là des appréhensions qu'on peut justement taxer de théoriques, et dont le savant professeur marseillais eût sans doute tenu moins de compte s'il avait pu relire au moment de se décider la belle observation de succès si aisément obtenu grâce au même moyen par M. Riberi (voy. Gaz. Méd., 1843, p. 496) dans un cas de coarctation très-serrée du vagin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE.

DE L'IMMUTABILITÉ ET DE L'ESSENTIALITÉ DES MALADIES.

M. J. P. Tessier lit un mémoire sur l'immutabilité et l'essentialité des maladies, comme base traditionnelle de la médecine. L'auteur s'est proposé dans ce travail, ainsi que l'indique le titre, de démontrer que la médecine repose sur une base traditionnelle qui est l'immutabilité et l'essentialité des maladies.

Les maladies sont immuables. L'immutabilité des maladies est établie, suivant M. Tessier, par la démonstration suivante. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la plupart des maladies ont été successivement décrites par des médecins de siècles, de pays et de systèmes tout à fait différents. Or ces descriptions, pour les maladies qui ont un nom, concordent parfaitement entre elles; seulement, les descriptions des auteurs modernes sont en général plus complètes, plus détaillées que celles des auteurs anciens. Pour n'en citer qu'un exemple, les fièvres décrites par Hippocrate, et dont la description est si différente de celle des fièvres que l'on observe actuellement à Paris, sont précisément celles que nos médecins militaires ont rencontrées en Morée et dans l'Algérie : ce sont les fièvres intermittentes et rémittentes des pays chauds, si bien décrites par Torti qui les étudiait à Rome. Enfin les observations cliniques démontrent chaque jour que les maladies sont toujours les mêmes dans leurs caractères fondamentaux. On décrit, il est vrai, ou l'on découvre, soit des maladies méconnues, soit des maladies nouvelles; mais ces maladies une fois connues et décrites ne changent pas plus que les autres. Ainsi les fièvres éruptives n'ont pas changé depuis les médecins arabes jusqu'à nous. Il en est de même de la syphilis depuis la découverte de l'Amérique ; enfin la morve, depuis qu'elle a été signalée chez l'homme, a toujours présenté les mêmes caractères fondamentaux. Tel est même ce caractère d'immutabilité des maladies, que la morve comme la rage peuvent traverser quelques espèces animales, et passer de l'une à l'autre sans se dénaturer.

Certaines maladies disparaissent de quelques contrées ; mais cette disparition ne constitue point et n'a jamais constitué une transformation.

Enfin on peut tirer de l'immutabilité des maladies un caractère zoologique. En effet, s'il est des maladies communes à plusieurs espèces animales et à l'homme, il en est qui sont exclusivement propres à une espèce. L'homme, sous ce rapport, fournit de nombreux exemples, dont le plus remarquable est celui que l'on tire des fièvres. Ces maladies, qui s'observent dans tous les pays médicalement connus, qui par conséquent sont communes à toutes les races humaines, n'ont jamais été observées dans aucune espèce animale, et celles d'entre elles qui sont inoculables d'homme à homme n'ont jamais pu être inoculées à un animal. Eh bien ! cette communauté pour les races humaines de maladies auxquelles échappe le règne animal tout entier me paraît un argument en faveur de l'unité de l'espèce humaine.

L'immutabilité des maladies est donc tout à la fois un fait médical incontes-

table et un caractère zoologique de quelque valeur. Or le principe de l'essentialité des maladies, considéré comme base de la médecine, doit servir à coordoner méthodiquement tous les faits médicaux. Il doit en conséquence permettre de constituer :

1° La pathologie générale, c'est-à-dire la théorie générale des affections contre nature et de leurs rapports ;

2° La médecine pratique, c'est-à-dire la classification de tous les faits particuliers au point de vue de l'art médical.

CYSTITE CANTHARIDIENNE.

M. MOREL-LAVALLÉE adresse un deuxième supplément à son travail sur la cystite cantharidienne. Ce troisième mémoire contient neuf observations : deux appartiennent à l'auteur ; les autres lui ont été communiqués par MM. Cullerier, Amédée Latour, C. Ollivier, Martinelli et Goblet. Dans le cas de M. Cullerier, un premier vésicatoire appliqué sur la poitrine pour une pleurésie n'avait exercé aucune réaction sur la vessie ; deux autres vésicatoires ont déterminé dans ce réservoir une sécrétion de fausses membranes si abondante que la garde-malade fut obligée de tirer dessus pour achever leur expulsion. Chez le phthisique de MM. A. Latour et Ollivier, les pseudomembranes, très-minces, étaient grandes comme une carte à jouer. Dans plusieurs des faits de M. Martinelli, outre les fausses membranes sorties par l'urètre, il s'est formé au fond du vase par le refroidissement une couche tremblotante, une sorte de caillot albumineux, ainsi que l'appelle M. Morel-Lavallée, et en même temps l'urine renfermait de l'albumine en dissolution. Dans les cas de M. Morel-Lavallée, et dans ceux de M. Goblet (ces derniers recueillis dans le service de M. le professeur Andral, alors suppléé par M. Henry Guéneau de Mussy), l'albumine n'existait qu'en dissolution dans l'urine, et trois fois sans douleur ni aucun autre symptôme dans l'urine. Ainsi tous les résultats importants auxquels M. Morel-Lavallée était arrivé sont pleinement confirmés par les autres observateurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain, à deux heures. L'Académie se formera en comité secret à quatre heures pour entendre les derniers rapports sur les prix.

RÉTRÉCISSEMENT CARTILAGINEUX DE L'URÈTRE; TRAITEMENT PAR LES SCARIFICATIONS ET LA DILATATION GRADUÉE.

M. GUILLON adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

« Quoi qu'en ait dit M. Villeneuve, président de l'ancienne commission d'Argenteuil, dans certaine note contre laquelle je proteste dès aujourd'hui, et que je me propose d'apprécier et de faire apprécier, quant à ce qui me concerne, à sa juste valeur, une autre fois, je suis toujours au nombre des prétendants au prix fondé par le marquis d'Argenteuil. En conséquence je viens vous prier de me permettre de soumettre à l'examen de l'Académie le nommé Liot, que j'ai opéré devant vous, monsieur le président, et vos collègues, MM. Bourdon, Castel, Lagneau, Moreau, Nacquart et Renauldin. Cet homme était affecté, vous le savez, de deux rétrécissements fibreux, dont l'un, situé dans la portion spongieuse de l'urètre, accessible au toucher et à la vue, avait été constaté par M. le professeur Velpeau. Ce chirurgien n'ayant pu traverser avec une sonde à dard ce premier rétrécissement, qu'il considérait comme étant de nature cartilagineuse et incurable, avait le projet de recourir au bistouri et à l'opération de la boutonnière pour l'enlever, lorsqu'il consentit à ce que je prisse chez moi le malade pour le soigner par la méthode que j'ai présentée au concours d'Argenteuil en janvier 1839.

Aujourd'hui, par suite de l'emploi de cette méthode qui est *mienne* (elle consiste en des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes, suivant l'indication, qu'on pratique dans les rétrécissements après les avoir convenablement dilatés), Liot, que vous avez déjà vu deux fois, est guéri de ses deux rétrécissements. On trouve à peine des traces de celui qui se trouvait dans la région spongieuse de l'urètre, et qui formait un anneau volumineux qu'on distinguait parfaitement au toucher et à l'œil.

Je crois devoir faire observer que la guérison aurait été plus prompte si le sujet n'avait point eu, à commencer à sa sortie de l'hôpital de la Charité, un certain nombre de furoncles très-gros accompagnés d'un état fébrile qui m'a forcé plusieurs fois à suspendre son traitement.

Pour assurer sa guérison, Liot devra continuer la dilatation temporaire pendant quelque temps encore.

CEINTURE HYPOGASTRIQUE.

M. VILLENEUVE lit un rapport officiel demandé par le ministre sur une ceinture hypogastrique d'une dame Girard. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que la ceinture confectionnée par la dame Girard peut être employée utilement, surtout dans certains cas où des moyens analogues ne peuvent pas être supportés.

Plusieurs membres réclament contre ces conclusions et manifestent la crainte qu'on en abuse en vue de la publicité.

M. CAPURON ne voit pas en quoi cette ceinture est supérieure aux autres appareils de ce genre; il voudrait du moins qu'on fît connaître comparativement ses avantages.

M. GUÉNEAU DE MUSSY propose de dire que cette ceinture n'a rien de supérieur aux appareils de même genre connus jusqu'à présent.

Cet amendement, adopté par le rapporteur, est mis aux voix et adopté.

ASSAINISSEMENT DES AMPHITHÉATRES.

M. LECANU fait, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Sucquet, intitulé : DES MOYENS D'ASSAINISSEMENT DES AMPHITHÉATRES. Il s'agit de l'emploi du sulfite de soude et du sulfate de fer. Nous avons déjà fait connaître l'application de ces moyens (voy. GAZ. MÉD., n° 6 de cette année).

M. le rapporteur conclut en proposant d'accorder à ce travail l'approbation de l'Académie et d'en voter l'insertion dans le BULLETIN.

M. CAVENTOU : Je n'ai aucune objection à faire au rapport de M. Lecanu, dont j'adopte les conclusions. Mais je regrette que M. le rapporteur n'ait pas songé à rappeler les expériences de M. Schatelman sur le sulfate de fer et sur les propriétés de cette substance comme engrais.

M. DUPUY : Nous n'avons pas à nous occuper ici des intérêts agricoles.

M. LECANU : Ce n'est pas une omission de me part; mais j'ai pensé, comme vient de le dire M. Dupuy, que l'Académie ne devait pas s'occuper de cette question. Aussi ai-je terminé mon rapport en disant : « Laissant de côté ce qui concerne l'application du sulfate de fer aux intérêts agricoles, nous proposons, etc. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

THÉORIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES; INFLUENCE DES ALTERNATIVES DE CHAUD ET DE FROID SUR LES ACCÈS.

M. PIORRY fait un rapport sur une lettre de M. Audouard relative à ce sujet. M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Messieurs, vous avez reçu de M. le docteur Audouard une lettre dans laquelle cet honorable médecin revendique pour son propre compte, la partie de la théorie de M. Durand de Lunel sur les influences des alternations de chaud et de froid, sur la production des fièvres intermittentes. Sa réclamation nous paraît être complétement juste, car voici quelques passages du COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES dans le mois de juillet 1842 :

« L'auteur de ce mémoire se propose de prouver que l'engorgement de la rate, » qui accompagne ces sortes de maladies, n'est point le résultat, mais la cause » de la fièvre. Suivant lui, l'action des miasmes jointe à l'action solaire produit » dans le sang une modification d'où résulte bientôt une congestion splénique, » et la congestion de cet organe est suivie d'une fièvre qui est nécessaire- » ment périodique. Quant au type de la périodicité, il dépendrait en grande » partie de l'influence de la chaleur et des saisons. En effet, dit l'auteur, si sur » dix fièvres intermittentes observées en été neuf sont quotidiennes et une seule » tierce, on est fondé à en conclure que le type quotidien résulte des jours les » plus longs et les plus chauds ; de même si sur les fièvres observées en automne » neuf sur dix sont tierces, on sera forcé d'assigner ce type à l'automne. Une » remarque semblable se fera pour la coïncidence des fièvres quartes à l'entrée » de l'hiver. Enfin, si l'on remarque que, dans les fièvres quotidiennes, il est très- » rare de voir les accès survenir la nuit, on en conclura que les conditions de » cette partie de la journée où le soleil est au-dessous de l'horizon, sont con- » traires à la périodicité. L'observation des fièvres pernicieuses qui règnent gé- » néralement dans les pays marécageux et chauds ne contribuera pas moins à » faire ressortir l'influence de la température, puisque ces fièvres dont le type » est toujours quotidien ou tierce ne sont observées qu'en été ou en automne. »

A la séance du 1er août, M. Audouard lit la seconde partie de son mémoire SUR LA PÉRIODICITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, et le termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il faut pour la génération des fièvres intermittentes, l'intoxication mias- » matique du sang et de la chaleur du climat.

» 2° La manifestation de ces fièvres est le résultat de la congestion sanguine » de la rate et de l'influence solaire diurne.

» 3° Les différents types dépendent de la modification de la congestion splé- » nique par la chaleur diurne, laquelle est elle-même dépendante des saisons.

» 4° L'intensité des fièvres pernicieuses vient d'une forte intoxication mias- » matique que procure et que seconde une forte chaleur atmosphérique : d'où » suit une congestion splénique des plus considérables.

» 5° Les fièvres intermittentes simples sont dues à ces mêmes causes, mais » moins intenses. »

M. Audouard, du reste, ne revendique en rien pour lui le rôle singulier que la rate jouerait pour M. Durand dans les fièvres intermittentes. Il n'a jamais dit, et je crois qu'il ne dira jamais que l'organe splénique contient un liquide putrilagineux, qu'elle constitue un petit marais interne, etc., etc.

Il renvoie à M. Durand et l'honneur et la responsabilité de sa théorie. Il annonce l'intention de vous adresser incessamment un mémoire sur ce sujet, et vous le recevrez avec plaisir ; car M. Audouard est un praticien et un pathologiste dont les travaux sont marqués au coin de l'utilité.

Tout en croyant comme M. Audouard, comme M. Montfalcon, comme M. Durand, etc., que les alternations de chaleur et de froid peuvent avoir une certaine influence sur la marche et la réapparition des accès fébriles, nous pensons en définitive que la périodicité tient à une loi générale du système nerveux, et que la plupart des phénomènes de la vie, soumis à l'influence nerveuse, ont quelque chose de régulier et de rhythmique dans le temps de leur retour. Le cœur bat à des époques rapprochées, mais fixes ; la respiration se renouvelle à

REVUE GÉNÉRALE.

HUITIÈME SESSION DU CONGRÈS DES SAVANTS ITALIENS TENUE A GÊNES EN 1846.

Au milieu de l'éclat et de l'empressement, inusités parmi nous, qui continuent à entourer les congrès en Italie, l'historien pourrait cependant aujourd'hui remarquer un temps d'arrêt, peut-être un pas rétrograde dans la faveur avec laquelle les cités de la Péninsule accueillent ces solennités. Le nombre des savants réunis à Naples en 1845 s'élevait à 2,000 : cette année, à Gênes, il n'a pas dépassé 935. Le choix du lieu a certainement eu sa part dans les motifs de cette différence, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il eût été bien difficile de fixer cette fois un rendez-vous aussi attrayant que la magnifique voisine du Vésuve et de Pompéia. Cependant, la patrie de Colomb et de Doria, l'ancienne reine des mers, Gênes *la superbe* n'était point faite non plus pour éloigner les savants voyageurs. Aussi est-ce dans d'autres circonstances qu'il faut, selon nous, chercher la cause du délaissement comparatif où a langui cette huitième session, et du petit nombre des travaux importants qui s'y sont produits.

En transportant annuellement d'un lieu à l'autre le siége de ses états-généraux scientifiques, l'Italie obéit à une nécessité de son organisation sociale. Là, en effet, où un centre unique, constant, est impossible, on est bien forcé d'en créer d'artificiels, de cultiver alternativement tous les foyers secondaires qui peuvent le suppléer. Mais dans cette mobilité incessante, peut-on trouver l'ordre, la suite, l'unité de vues, l'esprit de tradition, indispensables éléments de tout progrès? La raison ne permet pas de le croire, et l'expérience à cet égard n'est pas plus rassurante que l'induction. C'est dans les tentatives mêmes faites en vue de remédier à ce vice radical que nous allons trouver la preuve de la fâcheuse et bien réelle influence qu'il exerce. Pour perpétuer, pour sérier le mouvement intellectuel dont ils donnèrent l'élan, les premiers congrès italiens n'imaginèrent rien de mieux que de poser un certain nombre de questions qu'ils recommandaient spécialement aux méditations de leurs confrères jusqu'au congrès suivant, où l'on se proposait de les débattre et de les résoudre. L'on nomma même, pour les sujets les plus importants, des commissions permanentes chargées de préparer le travail et de recevoir tous les documents que le zèle des correspondants pourrait, d'un congrès à l'autre, fournir à la solution du problème. Tout paraissait donc institué, prévu, coordonné. Mais les questions qui avaient semblé opportunes une fois devaient-elles garder toute une année leur fraîcheur d'à-propos? Tel point litigieux qu'une discussion fortuite avait coloré d'un intérêt inopiné n'allait-il pas perdre sous peu cette accidentelle faveur? Les hommes eux-mêmes pouvaient-ils espérer se retrouver un an après les mêmes, avec des goûts, des tendances, des préoccupations identiques?..... L'expérience est faite aujourd'hui; et dans cette session même, par le plus frappant exemple, elle a montré que les discussions les plus stériles, les travaux les moins riches par le fond étaient justement ceux qui avaient été mis une année d'avance à l'ordre du jour. Ce qui a été dit au congrès de Gênes sur la pelviotomie, le traitement des calculs vésicaux, les indications de l'accouchement prématuré, etc. (tous sujets expressément désignés dans le programme du dernier congrès), s'est trouvé si peu de chose, que c'est à peine si l'indication sommaire s'en rencontrera dans nos comptes rendus.

Quant aux commissaires, quel encouragement pense-t-on que donne à leurs efforts la perspective de livrer leurs conclusions à de tout autres juges que ceux qui les avaient élus? Désignés comme les plus dignes à Milan, ou à Naples, comment oseront-ils arguer encore de ce titre à Gênes, à Venise, à Bologne, devant un auditoire plus qu'à demi renouvelé? Et vers ces commisssions toujours errantes, toujours en proie au travail de décomposition et de recomposition, pense-t-on qu'il puisse affluer des travaux bien sérieux? Non; et un feuilletoniste italien l'a dit avec justesse : « En fait de commissions de ce genre, la réalité est toujours inférieure à l'idéal, les hommes aux institutions et le fond à la forme. »

Le pire effet de ces questions arrêtées à l'avance est dans la place qu'elles réclament et usurpent à toute force. L'ordre du jour les ramenant invariablement à chaque séance, on veut rester fidèle quand même au programme, l'on s'évertue à traiter, *malgré Minerve*, un sujet qui ne captive personne, sur lequel personne n'a rien de nouveau à dire; et voilà la porte ouverte aux parleurs de profession. La voilà du même coup fermée à tous ceux qui étaient venus apporter au congrès ce qui lui donne sa vie et son actualité, un fait, un résultat, une expérience tentée récemment, une opération nouvelle à discuter, un instrument à essayer sur le cadavre, etc. Du reste, cette fausse direction donnée aux travaux du congrès n'a pas été aperçue de nous seuls. C'est à elle sans doute que, à Gênes, le prince de Canino faisait allusion, lorsque, dans la séance du 15 septembre 1846, il demandait pour les réunions futures une plus grande liberté de discussion et l'admission de questions autres que celles désignées jusqu'à présent. Ce vœu, dont les applaudissements de toute l'assemblée ont prouvé l'entière opportunité, est donc conforme aux désirs des savants italiens, autant qu'il l'est, selon nous, aux intérêts et à la glorieuse continuation des réunions annuelles qui jettent tant de lustre sur la Péninsule.

Les journaux politiques ont déjà fait connaître les détails de l'ouverture du congrès, qui a eu lieu le 14 septembre, dans la salle du palais ducal, par un discours du marquis de Brignole. On sait aussi les généreuses et libérales intentions du nouveau pape à l'égard des congrès, intentions dont le prince de Canino a été, auprès de ses collègues, l'interprète officiel et fréquemment applaudi. Diverses solennités, retardées à dessein jusque-là, ont transformé cette réunion en une véritable fête publique. Les savants invités ont pu voir poser la première pierre du monument qu'élève à Christophe Colomb la ville de Gênes, jalouse, dit la feuille médicale, d'expier ainsi devant les sommités de l'intelligence sa faute d'avoir méconnu celui qui fut le plus puissant génie des temps modernes. A la même occasion a été ouverte au public une exposition des produits des beaux-arts, inaugurée par un discours de M. Pareto. Une autre exposition des produits d'agriculture, d'horticulture et d'industrie nationale était également préparée pour cette époque. Enfin chaque membre a reçu un beau GUIDE à Gênes, suivi d'une carte géologique, ainsi qu'une médaille, œuvre du célèbre Girometti (de Rome).

Examinons maintenant les travaux principaux lus dans chaque section de médecine, de chirurgie et d'anatomie.

SECTION DE MÉDECINE. — PRÉSIDENT : M. SPERANZA.

DE L'ABUS DE LA SAIGNÉE.

Les émissions sanguines ont partout dans le peuple la réputation d'un

Feuilleton.

LETTRE SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

II.

(Voyez le n° 43.)

Monsieur le rédacteur,

Dans ma première lettre, en esquissant l'historique de la médecine militaire, je me suis proposé de faire mieux comprendre la situation que je vais exposer, et de faire mieux apprécier le caractère et les effets de la législation qui règle aujourd'hui les destinées de nos confrères de l'armée. On a pu voir que tous les administrateurs, soit qu'ils aient été distraits par d'autres intérêts, soit que réellement ils aient cédé à des sentiments peu bienveillants, avaient toujours traité la médecine militaire avec une indifférence regrettable. Il n'est pas possible de dire à quelle époque eût cessé un tel état de choses, lorsque surtout notre mécanisme social, en multipliant à l'infini les demi-instructions, condamne tant de jeunes gens à se contenter de carrière sans éclat et presque sans avenir; mais la loi de 1834, sur l'état des officiers, imposa aux administrateurs des obligations qu'ils ne purent éluder, après surtout que M. Dupin aîné eut protesté avec une généreuse indignation contre l'insistance réfléchie que l'on mettait à confondre les services des officiers de santé, hommes de savoir et de dévouement, avec ceux des agents des hôpitaux dont l'instruction et les mérites, fort recommandables d'ailleurs, sont d'une nature si différente. Dès lors le ministre reconnut que la loi de 1834, rendue applicable aux « officiers de santé de » l'armée de terre, créait pour ceux-ci des positions nouvelles, et nécessitait des » changements dans leur organisation;

» Qu'après tout,

» Le corps des officiers de santé n'était pas rétribué en proportion des services qu'il rend à l'armée et de la considération inhérente à son caractère de corps savant. »

Avant de donner une idée de l'ordonnance de 1836 et de discuter la valeur de ses principales dispositions, il n'est pas inutile de rappeler la part que prirent à sa rédaction les représentants de l'administration et ceux du corps lui-même. Personne n'ignora alors que le travail préparatoire de cette œuvre importante avait été confié par le ministre de la guerre à un chirurgien militaire devenu déjà depuis plusieurs années, par la vigueur de son esprit et l'élégance de sa plume, l'espoir de tous ceux qui croyaient encore qu'un bel avenir n'était pas impossible. C'est ce travail que les bureaux élaborèrent, et qui, revisé ensuite par une commission spéciale, présidée par un intendant militaire, composée de deux intendants militaires et de deux sous-intendants, de deux inspecteurs du service de santé et de deux officiers de santé principaux, fut présenté au roi et signé le 12 août 1836.

Le secret des discussions longues et détaillées dont parle le ministre dans son

remède souverain; les médecins, pour ce motif, sont très-portés à les prodiguer outre mesure. Est-il effectivement un moyen plus commode pour se tirer d'affaire dans un cas embarrassant que d'ordonner un remède qu'on est sûr de voir bien accueilli et par le malade et par les assistants? Ce qui rend encore les gens de l'art très-disposés à conseiller la saignée, c'est qu'un grand nombre d'entre eux ne reconnaissent guère de signes distinctifs entre l'irritation et la phlogose.

Ce sont là des propositions connues et admises de tout le monde. Comment se fait-il donc que leur énoncé au congrès ait soulevé d'unanimes applaudissements? C'est qu'elles sortaient de la bouche d'un praticien consommé, le docteur Guani, vénérable octogénaire dont elles semblaient véritablement, en cette occasion solennelle, être le testament médical.

DE L'ANTAGONISME ENTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES ET LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Cette question, si riche d'avenir et si grosse de controverses pour le présent, a été mise en avant par un intéressant travail de M. Salvagnoli (de Florence). D'après les observations qu'il a faites sur l'état sanitaire des plages de la Toscane, les affections périodiques y règnent en grand nombre, tandis qu'on y voit comparativement très-peu de sujets scrofuleux ainsi que de phthisiques. La statistique appliquée à la seule province de Grossetto lui a montré que, sur une population de 149,673 âmes, il ne s'y rencontre que 277 cas de phthisie pulmonaire, 242 de scrofules, 61 de cancer et 11,442 de maladies aiguës du poumon. Il ne croit pas que cette rareté des tubercules puisse être attribuée à l'influence de la latitude géographique ni de l'humidité de l'atmosphère. Il l'expliquerait plus volontiers par l'opposition qui existe entre les fonctions et altérations des viscères thoraciques et celles des viscères abdominaux.

MM. Silvano et Trompeo sont venus confirmer, par l'autorité de leur expérience, l'opinion de M. Salvagnoli.

Prenant ensuite la parole sur le même sujet, le professeur Buffalini a abordé quelques-uns des points litigieux de la discussion. Ainsi il est bien avéré que plusieurs médecins ont constaté la rareté des tubercules dans les pays où dominent les affections périodiques, tandis que d'autres disent avoir, dans des contrées également ravagées par les fièvres, trouvé des exemples de tuberculisation tout aussi nombreux qu'ailleurs. Aux yeux de M. Buffalini, cette divergence ne dénote point une contradiction dans le fond des choses; elle montre seulement que la nature ou le degré des fièvres intermittentes n'était pas le même dans les deux localités. Effectivement, là où les fièvres se développent avec intensité, affectent une longue durée et deviennent facilement pernicieuses, on observe toujours l'antagonisme dont il s'agit; il ne faudrait, au contraire, point s'étonner de le voir manquer dans les contrées où la fièvre est peu prononcée et demeure presque constamment bénigne.

DE LA PELLAGRE.

Depuis le sixième congrès tenu à Milan, une commission permanente s'occupe avec suite des questions nombreuses que soulève l'étude de la pellagre, et reçoit les communications adressées par les médecins qui ont pu l'observer dans diverses localités. Déjà, l'année dernière, cette commission fit connaître au congrès de Naples le résultat de ses premiers travaux. Elle a continué cette année cette louable coutume; mais, s'il faut en juger par l'extrait du rapport que nous avons sous les yeux, ses progrès ne paraissent pas avoir été très-rapides. Le rapporteur, M. Ampellio Calderini, se borne presque à mentionner les différentes opinions exprimées dans les mémoires qu'il a eus à dépouiller. Comme fait un peu saillant, il ne signale guère qu'un amincissement de l'intestin grêle qui a été trouvé à peu près constamment à l'autopsie des sujets morts de la pellagre. Sur un seul point, la commission semblerait avoir un peu modifié ses premières convictions. Elle exclut de l'étiologie de la pellagre l'alimentation par le maïs, du moins en la considérant comme seule cause efficiente; elle incline aussi à penser que la maladie dépend du défaut de principes assimilables et nutritifs, et cela, soit par l'effet d'un vice des organes assimilateurs, soit par le manque réel d'aliments.

A ces données un peu sommaires, M. Cipriani est venu ajouter le résultat de son expérience. Médecin de l'hôpital de Sainte-Lucie à Florence, il a pu constater que la pellagre fait d'année en année d'incessants progrès en Toscane. De 1821 en 1824, il n'y avait annuellement d'inscrits à l'hôpital que de 6 à 12 cas de cette affection, tandis que, pendant les trois dernières années, on en a reçu 140.

La maladie, en Toscane, a deux siéges particuliers: l'un à Mugello, au pied de l'Apennin, pays riche, sain, fertile, bien exposé; là elle se maintient longtemps au premier degré et est susceptible de guérison; l'autre dans la Romagne dite Toscane, contrée également favorisée, mais plus pauvre cependant, plus élevée, plus froide. Dans ce dernier pays, le mal précipite sa marche et devient presque toujours fatal. En général, la pellagre préfère les localités moyennement élevées, les petits villages ainsi que les agriculteurs.

Sans prétendre tirer de conclusion d'un seul fait, M. Cipriani raconte avoir observé un cas où la pellagre se développa, à la suite d'un accès de *delirium tremens*, chez un sujet adonné aux boissons spiritueuses. Il termine en demandant qu'on nomme une commission *toscane* qui poursuive dans cette province des études sur la pellagre, parallèlement à la commission de Lombardie. Cette proposition, accueillie avec faveur, a amené l'élection de six commissaires, parmi lesquels figure le nom de M. Cipriani.

Excité aussitôt par ce succès, M. Farini a fait savoir que la pellagre s'est aussi montrée dans quelques points des provinces romaines, surtout près de Rome et de Bologne. Il a conclu en sollicitant la formation d'une troisième commission spéciale pour observer dans cette localité: vœu auquel l'assemblée a immédiatement acquiescé.

De ces documents spontanément émanés de diverses sources, un fait résulte, et il nous paraît aussi incontestable qu'affligeant: c'est que la pellagre gagne du terrain en Italie, qu'elle s'accroît de plus en plus quant à l'étendue de l'espace qu'elle envahit aussi bien que quant au nombre de victimes qu'elle frappe. Cette opinion a été formellement exprimée par le professeur Buffalini.

Comme considération bien propre à balancer le fâcheux effet de celle-ci, nous devons ajouter que la contagion de la pellagre paraît plus que jamais douteuse. Cette manière de voir, mise en avant par M. Botto, a été vivement réfutée, et l'assemblée entière s'est prononcée contre le dogme décourageant qu'il avait voulu accréditer.

---

rapport au roi n'a pas été trahi; mais il est permis de penser que les célèbres confrères qui représentaient la médecine dans cette commission y apportèrent les uns plus de dédains et de fatigue que de volonté et de persistance, les autres le sentiment aigri de leur valeur et celui de l'oubli de leurs personnes, et que toute l'importance resta au représentant de la fraction la moins nombreuse et la moins intéressante des trois professions qui composent le corps. En effet, le pharmacien inspecteur de cette époque, assis depuis longtemps au conseil entre deux grandes illustrations, avait exploité avec une rare habileté le peu de sympathie qui unissait ses deux collègues, et il s'était ainsi emparé de tout le pouvoir dévolu à ces triumvirs dont l'union seule eut pu faire la force. On peut donc supposer que le représentant de la pharmacie eut le principal rôle dans la commission, et qu'il n'y disputa pas seulement un pouvoir dont il connaissait les ressources et l'étendue, mais qu'il y apporta seul une connaissance entière et du mécanisme du corps et de son personnel.

L'ordonnance du 12 août 1826 règle toutes les conditions de la constitution du corps des officiers de santé de l'armée de terre: le titre premier consacre la division ancienne de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, et détermine les grades qui composent la hiérarchie.

« ART. 1er. Le corps des officiers de santé de l'armée de terre se compose de trois divisions distinctes:

» Les médecins,

» Les chirurgiens,

» Et les pharmaciens.

» ART. 2. La hiérarchie pour chacune des divisions du corps des officiers de santé de l'armée de terre, et la correspondance des grades, sont réglées ainsi qu'il suit:

Médecins.	Chirurgiens.	Pharmaciens.
	Sous-aide.	
Adjoint.	Aide-major.	Aide-major.
Ordinaire.	Major.	Major.
Principal.	Principal.	Principal.
Inspecteur.	Inspecteur.	Inspecteur.

Vous le voyez, monsieur, dès la première page de ce travail tant désiré apparaît déjà cette circonspection, cette réserve timide, qui a toutes ses préférences pour les vieilles idées et les vieilles mesures: en 1836, la médecine militaire emprunte les bases de sa constitution à l'esprit des temps les plus malheureux; et ainsi se trouve détruit pour longtemps l'espoir de la fusion, mesure inévitable à laquelle on arrivera, parce que tous les bons esprits finiront par reconnaître qu'elle est plus importante encore pour l'armée que pour le corps lui-même. Plus tard j'arriverai, j'espère, à vous en démontrer la convenance et la nécessité, et je serai amené à établir que l'ajournement de cette mesure est le résultat le plus grave et le plus triste en même temps de l'importance que la médecine et la chirurgie alors eurent le tort d'abandonner au pharmacien inspecteur, et je n'échapperai pas à la nécessité de vous faire connaître l'influence qu'exerça toujours, contre les projets de fusion, l'anxieuse préoccupation de la pharmacie.

« TITRE II. — DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES. — Art. 6. les cinq officiers de santé inspecteurs forment, auprès de notre ministre de la guerre, le conseil de santé des armées.

SUR LES CAUSES ET LA NATURE DE LA SCROFULE.

Dans un volumineux travail, dont M. Farini a pris soin de rédiger un extrait substantiel, M. Speranza cherche à établir les propositions suivantes : La scrofule consiste dans une altération du procédé d'assimilation organique, de telle sorte que, chez les sujets atteints de cette affection, il y a un défaut marqué de force vitale, et la nature se montre en quelque sorte avare dans la composition de ses matériaux. Comme moyens de guérison, on doit par conséquent recommander la propreté de corps et d'habillements, l'exercice, la gymnastique, une diète animale nourrissante, l'usage de bon vin, l'emploi du fer.

A la suite de cette lecture, le professeur Buffalini, dont l'opinion avait été invoquée par M. Speranza comme conforme à la sienne, a cru devoir entrer dans quelques explications à ce sujet. « Ma manière de voir, a-t-il dit, était effectivement autrefois celle dont on vient de vous donner connaissance; mais de nouvelles réflexions l'ont modifiée depuis lors. Dans la constitution organique qui prédispose aux scrofules, il n'y a pas défaut de principes réparateurs, mais défaut ou plutôt insuffisance de cette formation organique qui est sous l'influence de l'oxygène ou de la fonction respiratoire. L'attention du médecin doit donc se porter, non vers la nutrition, mais vers une meilleure et plus convenable réparation des principes oxygénés. On est conduit à cette doctrine en considérant l'excès des productions albumineuses qui se remarque dans toutes les maladies des scrofuleux, la tendance dans ces cas aux formations organiques, à la pseudomorphose, à l'helminthiase, tous phénomènes desquels il résulte clairement que la matière organique productrice, loin de faire défaut, se trouve en excès. Et par analogie, observons que le défaut d'évolution organique et d'assimilation se rencontre dans les constitutions différentes de celles qui prédisposent à la scrofule, comme le tempérament nerveux et le lymphatique, sans cependant que, chez ces individus, les affections qui peuvent envahir leurs ganglions lymphatiques revêtent les caractères propres à la véritable scrofule. L'albumine, cet élément primordial de toutes les formations organiques réparatrices (comme le prouvent les cicatrisations) dominant chez les sujets disposés à la scrofule, si leur tempérament se prête à une superformation, c'est qu'il n'existe pas dans leur sang un élément plus noble et mieux préparé. La diathèse albumineuse est donc la diathèse des personnes et des tempéraments disposés à la scrofule, et elle consiste dans une ultra-efficacité de la première formation organique prolongée outre mesure, à laquelle a ensuite manqué cette évolution successive qui dépend de la respiration et qui constitue une bonne hématose. Si les analyses du sang des scrofuleux étaient plus exactes et plus multipliées, elles confirmeraient, en dévoilant ses altérations précises, la vérité de la doctrine qui attribue à une modification morbide de ce fluide la disposition à contracter la scrofule. »

« De ces idées préalables, il est aisé de déduire une méthode rationnelle de traitement qui serait combinée, non pas de manière à augmenter la substance nutritive, mais au contraire de façon à offrir aux scrofuleux une petite quantité d'aliments, de la qualité qui se prête le mieux à produire une bonne hématose, à augmenter la fibrine et le tissu musculaire; peu de nourriture animale, des exercices gymnastiques, l'habitation sur une plage maritime, l'air libre de la campagne, toutes prescriptions suggérées par les données de la chimie organique et dont l'expérience clinique a déjà confirmé l'utilité comme moyen préservatif des scrofules. »

DES SIGNES PHYSIQUES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE COMMENÇANTE.

M. Dubini a communiqué à l'assemblée la suite de ses recherches sur ce point délicat et ardu de séméiologie. Quoique ses idées, dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà eu occasion de signaler la valeur, se rapprochent en plusieurs points de celles de MM. Andral, Louis, Fournet, de Jackson, etc., elles n'en suscitent pas moins d'intérêt; car les conclusions du praticien italien ne fissent-elles même que confirmer celles des autres auteurs, ce serait encore beaucoup que la sanction donnée par un observateur aussi distingué à une doctrine aussi difficile à démontrer que celle-ci.

Pour étudier la signification que les modifications du bruit expiratoire ont dans le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire, M. Dubini a dû d'abord chercher à apprécier exactement ce qu'est ce bruit à l'état normal. Or, quant à sa durée et à son intensité, il adopte de préférence aux évaluations de MM. Pereyra, Barth et Roger, celle de M. Fournet qui les estime à deux, l'inspiration étant supposée égale à dix. Il tient également, dit-il, le plus grand compte des observations de M. Louis qui, sur des femmes exemptes de toute affection pulmonaire, a trouvé dix-sept fois l'expiration prolongée sous la clavicule droite et jamais sous la gauche. Ses observations ne lui ont cependant pas montré une différence aussi grande entre les de x côtés. Il cite à ce propos le cas observé sur un médecin très distingué, n'ayant jamais eu de maladie de poitrine, et qui lui a offert l'étrange anomalie d'un bruit expiratoire aussi prolongé que l'inspiration, et s'entendant des deux côtés et dans toute l'étendue du thorax.

L'expiration prolongée n'est pas un phénomène exclusivement propre au premier degré de la phthisie; il se rencontre aussi, dans la chlorose, l'œdème pulmonaire, les affections graves du cœur, les épanchements dans les cavités thoraciques, l'hépatisation du seul lobe supérieur du poumon quand la maladie est en voie de résolution, la bronchite simple et l'emphysème pulmonaire. Mais dans l'emphysème, l'expiration est sifflante; dans la bronchite, qui, lorsqu'elle est simple, n'est presque jamais partielle, le râle sibilant qui prolonge l'expiration s'entend dans presque toute la poitrine; dans la pneumonie tendant à la résolution, tandis que le bruit inspiratoire s'accompagne déjà du râle crépitant de retour, l'expiration est très-prolongée, mais tubaire et distincte par là de celle, toute vésiculaire, de la première période de la phthisie; enfin dans les autres maladies le bruit expiratoire peut aussi se prolonger, mais il offre toujours alors des caractères morbides, n'est pas sec, âpre, difficile dans sa production.

Le signe dont M. Dubini s'occupe ne lui paraît pas exister dans toutes les espèces de phthisie. Il peut manquer lorsqu'il s'agit des tubercules qu'on appelle scrofuleux, masses volumineuses, caséeuses, d'un blanc jaunâtre; on le cherche quelquefois également en vain quand les tubercules miliaires sont réunis en groupes isolés, laissant entre eux du tissu pulmonaire sain. La variété de phthisie où on l'observe presque invariablement et avec tous ses caractères est celle qui consiste dans l'infiltration générale du tissu pulmonaire par les granulations miliaires qui y sont uniformément répandues.

Il s'ensuit donc que l'expiration prolongée peut exister sans tubercules et les tubercules sans expiration prolongée. Il est cependant des circonstances où ce signe ne peut que très-difficilement induire en erreur. Ainsi quand le bruit expiratoire dure beaucoup plus longtemps que l'inspiratoire; quand il paraît âpre à l'oreille, dur, difficile dans sa production; quand il est retardé, c'est-à-dire qu'il continue à se faire entendre encore pendant

---

» Il leur est adjoint, lorsque le ministre le juge utile, des officiers de santé principaux ayant voix délibérative dans le conseil.

» Le conseil de santé rédige le programme des examens et des concours auxquels sont soumis les élèves et les chirurgiens sous-aides.

» Il fait partie du jury médical dans les concours qui ont lieu à l'hôpital de perfectionnement pour les grades de chirurgien sous-aide, de chirurgien aide-major et pharmacien aide-major, et pour l'admission dans le professorat.

» Il donne son avis sur les propositions d'avancement faites par les inspecteurs généraux d'armes, les intendants militaires et sur celles relatives au placement des chirurgiens aides-majors et des chirurgiens-majors dans les corps d'armes spéciales, les hôpitaux militaires, les postes sédentaires. Toutefois cet avis n'est point obligatoire pour le choix des candidats : il n'est qu'une indication de sujets qui, dans l'opinion du conseil, sont les plus méritants.

» Il présente annuellement la liste d'aptitude aux emplois de médecin adjoint.

» Les membres du conseil de santé font, lorsque le ministre leur en donne l'ordre, des inspections médicales dans les hôpitaux militaires et près les corps de troupes.

» Le conseil soumet au ministre ses vues sur les améliorations à introduire dans le service.

» Il donne son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre.

» Le conseil de santé entretient une correspondance suivie avec les officiers de santé des hôpitaux et des corps de troupes et avec les officiers de santé en chef et principaux des armées, pour tout ce qui a rapport à la science et à l'art de guérir.

» Dans aucun cas, les inspecteurs du service de santé ne peuvent être employés comme officiers de santé en chef d'un hôpital ou d'un établissement militaire quelconque. »

Telles sont, monsieur, les attributions faites à cinq hommes qui, par leur âge, leurs services et leurs talents, résument tout le savoir, le courage et le dévouement de douze cents médecins.

Ils constituent, comme vous voyez, un comité consultatif et *facultatif*, n'ayant jamais aucun rapport direct avec le ministre de la guerre, s'ils sont par leur position hiérarchique la tête du corps des officiers de santé, c'est une tête intelligente et malheureuse qui a le funeste privilége de sentir monter à elle les chaudes ondées d'un sang qui ne demande que le mouvement et l'espace, et d'être condamnée à ne rien pouvoir contre une immobilité qui est comme le premier signe de la mort. Toutes les destinées des officiers de santé sont remises à un bureau qui ne relève que d'un directeur de la guerre, sur lequel reposent déjà tous les intérêts sans nombre d'une immense administration. Cependant l'organisation des officiers de santé ne règle pas seulement les destinées d'un corps savant, elle embrasse encore tout un système d'instruction.

« TITRE III. — DES HÔPITAUX D'INSTRUCTION ET DE L'HÔPITAL DE PERFECTIONNEMENT. — Art. 7. Trois hôpitaux militaires d'instruction sont établis dans les villes de Strasbourg, Metz et Lille, et un hôpital de perfectionnement à Paris.

» Art. 8. Les cours professés dans les hôpitaux militaires d'instruction doivent traiter particulièrement :

un certain temps après l'entier abaissement des côtes; quand il est, en outre, interrompu, hésitant, saccadé, et se trouve limité à l'une ou l'autre région sous-claviculaire, près de l'épaule ou en haut de l'aisselle, alors, dit M. Dubini, le praticien peut porter le diagnostic d'une phthisie pulmonaire au premier degré, surtout si cet ensemble de signes physiques s'accompagne des symptômes généraux par lesquels se dénote l'existence de la maladie.

L'auteur avertit cependant que ce diagnostic, quelque certain qu'on le croie, ne doit être communiqué aux parents qu'avec beaucoup de précautions, après avoir répété quatre et cinq fois les explorations. Si un catarrhe concomitant donnait lieu à un sifflement qui masquât les caractères de ce bruit pathologique, il conviendrait d'instituer un traitement antiphlogistique qui détruisît cette complication et permît d'étudier ensuite le murmure respiratoire tel qu'il est entretenu par la tuberculisation de l'existence de laquelle on cherche à s'assurer.

(La fin au prochain numéro.)

ANATOMIE.

RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE; par le docteur DESCHAMPS (de Melun).

(Suite et fin. — Voir les numéros 33, 35 et 37.)

III. — DES MEMBRANES MUQUEUSE ET CADUQUE DANS L'UTÉRUS DES MAMMIFÈRES.

L'existence d'une membrane muqueuse dans la matrice des mammifères est généralement admise. En effet, les anatomistes quelque peu habiles parviendront sans peine à décomposer les parois de l'utérus en trois plans membraneux superposés, muqueux, musculaire et séreux. Ils suivront par la dissection la continuité directe de la membrane muqueuse avec celle du vagin et avec celle des trompes de Fallope. La ténuité des tissus au passage des cornes dans les trompes utérines leur présentera seulement une petite difficulté à vaincre. On ne saurait douter qu'une structure si évidente n'ait été transportée par analogie des animaux à la femme, de même que par une analogie forcée on a transporté la caduque de la femme aux mammifères.

La couche interne de l'utérus présente, dans les animaux, tous les caractères génériques d'une muqueuse. Après des macérations préalables, je suis parvenu à séparer l'épithélium, le corps muqueux et le derme, avant, pendant et après la gestation : séparation de tissus plus difficile à l'époque du rut. C'est au niveau des plaques elliptiques ou des cotylédons rudimentaires que la préparation réussit le mieux : les qualités propres, inhérentes aux tissus élémentaires de la muqueuse, y sont plus marquées.

E. Weber, qui s'est beaucoup exercé sur la structure intime de la matrice des mammifères, a décrit des utricules ou follicules allongés, tubulaires, logés dans l'épaisseur des tissus et offrant des orifices libres à la surface de la muqueuse. Il suffit de presser de dehors en dedans les parois utérines pour faire sortir le mucus par ces orifices libres. La muqueuse utérine des animaux est devenue le sujet des principales recherches pour découvrir rapidement avec la loupe ou avec le microscope, les villosités, les éminences papillaires, les cils vibratiles, enfin les follicules muqueux. Sans le secours des instruments d'optique, on aperçoit clairement les nouveaux plis de la muqueuse dirigés selon l'axe longitudinal des cornes utérines, et surtout les fronces ou les plis circulaires très-nombreux du col de l'utérus chez les femelles qui ont déjà mis bas.

Les injections couvrent d'un réseau admirable toute l'épaisseur de cette muqueuse. Le lacis vasculaire général diffère des capillaires circonscrits, limités, rectilignes et qui forment les villosités utérines, villosités dont j'ai constaté la nature dans un travail sur les *canaux angéiophores*. Rappelons seulement que le développement des villosités utérines ou maternelles suit ou accompagne toujours le développement des plaques muqueuses en cotylédons. Ces villosités sont toujours logées dans l'épaisseur de la caduque constituée par l'épithélium et le corps muqueux hypertrophié.

La dénomination de *membrane caduque*, encore applicable aux *vertébrés monoplacentaires*, devient complétement fausse, comme nous le verrons, quand on l'applique aux *vertébrés polyplacentaires*.

Avant d'exposer nos recherches, jetons un rapide coup d'œil sur l'histoire anatomique de la membrane caduque des animaux, membrane tour à tour admise ou rejetée en ovologie. Haller fut le premier à soutenir qu'il existait un chorion velouté dans tous les quadrupèdes, même dans ceux qui manquent de placenta, comme, par exemple, le cochon : il ignorait la disposition des placentas multiples de cet animal. Après une analyse sévère et une connaissance très-positive de la membrane caduque, Hunter parvint à des résultats complétement opposés, c'est-à-dire qu'il refusa d'admettre l'existence d'une formation pseudo-membraneuse entre le chorion et la muqueuse, excepté chez le singe, dont l'utérus unique se rapproche de celui de la femme. Cuvier, Joerg et Lobstein se sont au contraire prononcés pour l'affirmative. Le dernier de ces auteurs assure même avoir vu une caduque générale dans la vache et dans la brebis. « Je ne l'ai pas trouvée aussi épaisse ni aussi développée que cet anatomiste, dit M. Moreau, il est vrai que les brebis sur lesquelles j'ai fait des recherches étaient prêtes à mettre bas, ce qui fait que j'ignore entièrement la disposition de cette membrane dans les premiers temps de leur portée. »

M. Dutrochet nomme *épione* un fluide sécrété ayant l'aspect de lymphe plastique et recouvrant le chorion des carnassiers et des rongeurs. L'épione est, selon lui, la lame extérieure des deux couches signalées par Burns dans la caduque, lame externe appelée *decidua cellularis* par Bojanus, tandis que la couche interne serait sa *decidua spongiosa*.

La caduque de la femme est seulement divisible en deux feuillets distincts, en deux lames avec cavité centrale. C'est commettre une pétition de principe que d'établir une pareille division membraneuse dans la caduque des animaux sans disséquer d'abord, sans montrer ensuite la pseudo-membrane elle-même.

Cuvier a reproché à M. Dutrochet d'avoir pris le chorion pour la caduque dans la description suivante : « L'œuf de la brebis est extérieurement enveloppé par une membrane non vasculaire qu'on ne peut se dispenser de regarder comme l'analogue de la membrane de la coque de l'œuf des oiseaux et des reptiles. » Nous verrons si, comme le veut Cuvier, la coquille constitue la caduque anhyste des ovipares, ce qui a porté un ovologiste célèbre à dire : « Partout elle se présente sous l'aspect d'une couche également sans texture; » et quant aux mammifères, il ajoute : « Il existe à la surface externe du chorion une lamelle tantôt presque fluide, tantôt assez

---

» 1° Des maladies auxquelles l'homme de guerre est plus exposé;

» 2° Des plaies occasionées par les armes de guerre et des diverses manières d'opérer que ces plaies peuvent exiger;

» 3° De la connaissance du formulaire pharmaceutique militaire et de la manière de compter l'emploi des médicaments.

» Art. 9. Le personnel attaché à l'enseignement dans les hôpitaux militaires d'instruction est fixé ainsi qu'il suit :

» 1° Un premier professeur médecin, pour la clinique interne et les considérations de pathologie et de thérapeutique générale qui s'y rattachent;

» 2° Un professeur médecin pour la pathologie médicale;

» 3° Un professeur médecin pour l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale;

» 4° Un premier professeur chirurgien pour la clinique externe et pour les détails, tant sur le service en général que sur le devoir des officiers de santé dans toutes les positions;

» 5° Un professeur chirurgien pour l'anatomie physiologique normale et le traitement des maladies vénériennes;

» 6° Un professeur chirurgien pour la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire;

» 7° Un premier professeur pharmacien pour la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs et la toxicologie, la physique médicale et la météorologie;

» 8° Un professeur pharmacien pour l'histoire naturelle des médicaments et la matière médicale;

» 9° Un professeur pharmacien pour la botanique et la préparation des médicaments. »

L'ordonnance maintient les quatre hôpitaux militaires d'instruction, ces anciens amphithéâtres créés en 1775 et réorganisés en 1814; elle introduit toutefois dans la marche des études et dans l'enseignement lui-même des modifications importantes : les trois hôpitaux de Metz, Strasbourg et Lille, conservent leur caractère primitif, et l'hôpital militaire du Val-de-Grâce est consacré à un enseignement plus élevé; trois années sont accordées aux élèves; et puisque les conditions d'admissibilité ne sont pas rendues plus difficiles que par le passé, on est conduit à penser que les jeunes gens sont plus intelligents de nos jours qu'ils ne l'étaient en 1775; car l'énumération des cours et des professeurs les menace d'une instruction plus prétentieuse que réglée sur un juste sentiment des limites des intelligences communes, et des nécessités d'asseoir les études médicales sur des bases solides.

La disposition la plus importante du travail que je vous expose établit que :

« TITRE IV.—DES CONCOURS.—Art. 12. L'emploi de chirurgien élève, les grades de chirurgien sous-aide, de chirurgien aide-major, et de pharmacien aide-major, sont donnés au concours.

» Les emplois dans le professorat sont également donnés au concours.

» Art. 13. Des jurys médicaux, dont la composition varie suivant la nature des examens et des concours, sont chargés de prononcer sur le mérite des candidats. »

La mesure toute libérale du concours est une immense concession; elle eût dû équivaloir pour le corps à l'affranchissement, et devenir le point de départ d'une ère nouvelle de progrès et d'espérance. Les officiers de santé, chargés exclusivement

consistante et d'une épaisseur considérable, d'une couleur verdâtre ou jaunâtre, lamelle que V.-D. Viel a rencontrée chez la vache, » prenant la *couche granuleuse*, que nous ferons connaître, pour une pseudo-membrane anhyste. M. Muller a dit de la caduque : « Elle existe aussi chez les animaux, mais moins développée. »

M. Bischoff ne trouve, dans le principe de l'évolution à l'intérieur de la matrice des lapines, des chiennes, de même que dans les ruminants et les pachydermes, qu'une vascularité plus grande dans le tissu utérin, avec une turgescence et une augmentation des villosités de la muqueuse. La caduque, continue-t-il, ne se forme, au moyen des glandes utriculaires, qu'au moment où l'œuf et l'utérus se mettent en relation intime, lorsque l'embryon se développe. Dans une préparation sur un œuf de vache contenu dans l'utérus, Dugès a disséqué l'épithélium utérin sans le connaître, et il l'a décrit comme une membrane anhyste constituant la caduque des animaux. Aussi trouva-t-il que la caduque adhérait plus à la muqueuse qu'au chorion.

L'origine ou la formation de la membrane caduque des mammifères est un dédale dans lequel se perdent les savants. Guide infidèle, l'analogie ne sert qu'à les égarer. En effet, une différence extrême distingue le mode de formation de la caduque primitive de la femme avec celle des animaux, et c'est en vain que, depuis des siècles, on cherche une pseudo-membrane entre l'œuf et l'utérus des mammifères. Comment concevoir d'ailleurs l'exfoliation de la muqueuse utérine pour former la caduque de la femme, lorsque cette membrane, si évidente chez les animaux, persiste avant, pendant et après leur gestation ?

L'origine de la membrane caduque des mammifères n'est pas où les anatomistes s'exercent à la découvrir. Dans tout l'espace périplacentaire, il n'y a véritablement qu'un liquide, variable en quantité et en couleur, qui s'oppose à la réunion des deux surfaces de l'épithélium muqueux et du chorion de l'œuf. Ce liquide ambiant, blanchâtre chez les vaches et la truie, verdâtre dans les chiens, légèrement brunâtre dans les rongeurs, lubrifiant les deux surfaces épithéliale et choriale, renferme des masses granuleuses qui se déposent à la périphérie de l'œuf et font perdre au chorion sa transparence. Ces dépôts granuleux, plus ou moins concrets, toujours faciles à briser au moindre contact du doigt ou du scalpel, disparaissent à certaines périodes de l'évolution de l'œuf, ont été pris pour une pseudo-membrane caduque chez les animaux. Comme on les a observés plusieurs fois chez les rongeurs et chez les ruminants, par exemple, et étendus à toute la surface de l'œuf, on a conclu qu'ils formaient une membrane caduque générale. J'ai étudié avec beaucoup de soin ces espèces de concrétions granuleuses, et, de même que plusieurs ovologistes, *je nie formellement l'existence d'une organisation pseudo-membraneuse dans une caduque générale chez les mammifères.* Ces concrétions anhystes n'ont par conséquent ni vitalité, ni vascularité, ni aucune trace d'organisation membraneuse. Le liquide, avec les concrétions granuleuses, constituent évidemment le seul corps isolant placé entre l'œuf et la matrice ; d'où l'on peut dire avec précision que, dans les animaux vivipares, il n'y a qu'une couche granuleuse, espèce de *caduque primitive générale*, tour à tour *liquide* ou *concrète*, mais *non organisée*, caduque sans cesse soumise aux lois de l'exhalation et de l'absorption.

Le liquide périplacentaire représente fidèlement l'hydropérione de la caduque de la femme, toutefois avec cette différence, par rapport aux connexions, que l'ovule humain est séparé du liquide par la caduque réfléchie et que l'œuf des mammifères baigne au milieu de l'hydropérione avant d'avoir contracté une adhérence.

La mobilité de la couche granuleuse de ce liquide a fait croire à Dutrochet que la caduque disparaît dans les ruminants avant la formation des cotylédons, dans le rongeurs plus tôt que dans les carnassiers, et toujours avant la naissance. De même que Burdach, j'ai constaté que l'enduit muqueux ne disparaît jamais en totalité.

Privés d'une *membrane* caduque bifoliée ou organisée, membrane complétement inutile dans la position horizontale, car on n'a plus à redouter une chute rapide et complète de l'œuf hors des organes génitaux, les mammifères sont uniquement pourvus de la membrane *caduque secondaire, locale, utéro-placentaire.* Le mécanisme, suivant lequel s'opèrent les connexions des surfaces végétantes du chorion et de l'utérus, se fait sur deux plans distincts semblables par leur origine, différents par leur mode de jonction des surfaces et par les lois qui les régissent.

Rappelons d'abord succinctement le mode de progession des œufs des mammifères. D'après les expériences de Graaf, de Cruisanck, de Prévost et Dumas, de Baër, de Parry, de Warthon Jones, et d'après ce que j'ai vu bien des fois, les œufs libres passent directement et sans obstacle de la cavité des trompes utérines dans les cornes de la matrice ; parvenus à l'organe gestateur, ils glissent à la surface de l'épithélium, de sorte qu'il est assez facile de les séparer et de les enlever de cette surface au moment de leur arrivée ; mais ils ne sont pas toujours errants et libres sur le plan interne de la membrane muqueuse. Les villosités maternelles sont pour ainsi dire des points fixes, comme aimantés, sur lesquels les œufs ne tardent pas à se placer après un temps variable selon les espèces. Une sécrétion muqueuse assez abondante, à l'endroit des houppes villeuses de la matrice, retient chaque œuf en position, et déjà cette agglutination est assez puissante, d'abord pour cacher les ovules à la vue par la masse de mucus exhalé, ensuite par l'adhérence des deux surfaces épithéliale et choriale. M. Bischoff a dit avant moi, quoique j'ai peut-être observé le fait avant lui chez les lapines, que l'on briserait plutôt l'ovule que de le séparer de la muqueuse, et qu'il faut au premier temps de l'évolution disséquer la muqueuse de dehors en dedans pour arriver à l'œuf intact. Cette agglutination de l'ovule et de la muqueuse est plus forte pour les lapines et pour les chiennes que dans les solipèdes et les ruminants.

Arrive bientôt le développement du placenta et en même temps arrivent les différences anatomiques dans les connexions ovo-utérines.

Examinons primitivement les rapports de l'œuf et de la caduque secondaire chez les *vertébrés monoplacentaires.* Si, au moyen de l'avulsion, vous cherchez à séparer un œuf du point muqueux où il est adhérent, le placenta unique se partagera, se divisera en deux surfaces inégales, chagrinées, floconneuses, d'une faible cohésion et d'une épaisseur à peu près égale, l'une appliquée fortement au chorion, l'autre restant intimement unie à la muqueuse ou, pour dire juste, au derme. Dans cet arrachement placentaire, les éléments caduques de la muqueuse ont seulement été divisés, détruits, et l'élément dermeux est demeuré intact. En effet, ayant soulevé l'épithélium et le corps muqueux à une certaine distance du point d'avulsion placentaire, je suis arrivé à pouvoir séparer ces deux tissus élémentaires jusqu'à ce point, jusqu'à cette limite ; mais là les couches ou tissus caducs se brisent et s'enlèvent, de sorte que l'opération s'arrête par une véritable solution de continuité. En prenant de même le derme à quelques millimètres du placenta, comme je viens de le faire pour l'épithélium et le

---

mêmes de choisir les élèves, de les former, de les instruire, de faire leur avancement, de nommer les professeurs, avaient en main une de ces chartes de liberté sur lesquelles les grandes corporations fondent des établissements durables. Il y avait là un germe plus précieux que tous les avantages qu'on pouvait ambitionner ; il aurait dû produire une régénération nouvelle et éclater en un beau faisceau de savoir vrai, de dignité, de puissance et de considération ; si la réputation du corps, la médiocrité des hommes et la mauvaise disposition des études ne l'avaient étouffé dans ses premiers développements. Les candidats firent défaut à l'entrée de la carrière, il fallut débarrasser les avenues et supprimer des barrières qu'ailleurs il faut savoir franchir. L'émulation manqua aux élèves des hôpitaux ; abandonnés à eux-mêmes, ils n'étudièrent pas, ils ne satisfirent point au concours, et les nécessités du recrutement firent passer sur l'ignorance générale. Ainsi ce beau titre est resté sans application, et en vivant d'expédients sans dignité, d'artifices, de tolérance coupable ; les dépositaires de ce droit sacré d'affranchissement ont mérité tout le blâme d'une décadence qui semble convaincre les officiers de santé militaires de l'impuissance de rien créer de durable.

D'ailleurs les programmes de ce concours ont été réglés d'une manière dérisoire, et la nature des questions rend impossible l'élimination de ces natures dépourvues d'intelligence et de vigueur auxquelles manqueront toujours les aptitudes de la vocation médicale. Quel jugement porter sur une question de pharmacie extemporanée, sur l'application d'un bandage, etc. ?

« Art. 23. La durée du cours complet d'instruction est de trois ans : deux ans aux hôpitaux d'instruction, un an à l'hôpital de perfectionnement. »

Après trois années d'étude, les élèves sont appelés à concourir pour le grade de chirurgien sous-aide. A dater de leur nomination, ils comptent désormais dans les cadres de l'armée ; ils sont disséminés dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les ambulances de l'Algérie, et pendant deux, trois, quatre et cinq années, rien ne leur rappelle plus les éternelles obligations de l'étude. Les loisirs de garnison, la vie aventureuse de chirurgien d'ambulance, enivrent promptement ces jeunes gens, impatients du joug du travail et peu fixés par des devoirs secondaires, dédaigneux des humbles fonctions de la chirurgie ministrante et du travail plus modeste encore de l'officine. Le temps s'écoule cependant ; et lorsque les premières études ne laissent plus de souvenir, lorsque les habitudes du travail sont à jamais perdues, on rappelle ces jeunes gens fatigués, vieillis, honteux de ce qu'ils ne savent pas, effrayés de ce qu'ils ont à apprendre, et ils viennent de nouveau s'asseoir sur les mêmes bancs que les élèves qui ont à peine un an d'étude, pour se nourrir une seconde fois de la manne des hôpitaux d'instruction, et préparer à la fois le concours qui doit conférer le grade d'aide-major et les examens du doctorat sans lequel ce grade ne saurait être occupé ! Docteur ! allez-vous dire ; mais nulle part je n'ai vu le baccalauréat ès sciences, nulle part je n'ai rencontré ces jeunes gens dans une Faculté, nulle part ils n'abordent un hôpital de femmes, d'enfants, de vieillards... C'est vrai, monsieur, mais de chute en chute il faut arriver au diplôme, et quand on a satisfait à l'article 33 (1), la carrière se déroule presque toujours avec des attributions pure-

(1) « Art. 33. Nul ne peut être chirurgien aide-major s'il n'a servi au moins

corps muqueux, on soulève aisément ce derme en membrane continue, ayant une surface floconneuse au point de l'insertion placentaire.

L'avulsion artificielle des surfaces conjointes dans l'utérus des vertébrés monoplacentaires est l'image fidèle de l'avulsion naturelle, normale, qui se fait au moment de la parturition. En examinant la muqueuse d'un utérus bifide de lapine, de chatte, de chienne, au moment de la parturition, on trouvera les vestiges de l'épithélium et du corps muqueux après cette exfoliation locale, ou par suite d'un arrachement spontané. Le derme, organe fixe et générateur des couches caduques de l'utérus, répare tellement bien le point de greffe animale que sur les utérus de rongeurs et de carnassiers, longtemps après la sortie des petits, je n'ai plus retrouvé les moindres traces de la solution de continuité utéro-placentaire. L'épithélium et le corps muqueux avaient été reconstitués de toutes pièces par le derme.

Le corps muqueux hypertrophié est vasculaire à un très-haut degré. Il renferme des vaisseaux sanguins de deux ordres, de la mère et du fœtus, et par les injections habilement dirigées, on a prouvé que les deux ordres de vaisseaux ont des communications directes entre eux. Dans la séparation violente, soit artificielle sur les animaux vivants, soit naturelle au moment de la parturition, la caduque utéro-placentaire laisse écouler du sang par les lumières des vaisseaux divisés. Par un mode spécial et très-important de structure, les villosités du chorion ne baignent pas dans un liquide particulier ; elles sont adhérentes au corps muqueux. L'épithélium a disparu ou s'est profondément modifié au moment de la conjonction ovo-utérine.

Les *vertébrés polyplacentaires* n'ont pas à proprement parler de membrane caduque. Par une disposition spéciale, jamais le corps muqueux et l'épithélium ne s'exfolient. Ces deux tissus élémentaires persistent pendant la gestation et après la sortie des petits, comme je m'en suis assuré par des recherches directes sur une jument et sur des vaches, des brebis, des chèvres et des truies.

Cependant l'épithélium et le corps muqueux changent et se modifient dans les plaques ou rudiments cotylédonaires. Chaque *plaque muqueuse* devient le centre d'une vitalité insolite. Le tissu du corps muqueux augmente de volume graduellement, acquiert des proportions variables et se trouve creusé par des sillons, espèce de canalicules profonds, chez la vache et la brebis, par exemple. L'épithélium recouvre entièrement cette hypertrophie locale et se recourbe pour pénétrer jusqu'au fond des canalicules, sans aucune rupture ni solution de continuité. Les canalicules sont destinés à recevoir les villosités du chorion. On peut, comme je l'ai fait, s'assurer de la disposition de l'épithélium et du corps muqueux par les dissections après des macérations préalables; il faut pratiquer des coupes verticales pour suivre le prolongement de l'épithélium jusqu'au fond des canalicules.

Le nombre et le volume des cotylédons utérins sont toujours proportionnels à la quantité et à la grosseur des villosités choriales ou des cotylédons du fœtus. L'emboîtement des deux surfaces cotylédonaires est très-remarquable; chacun sait qu'il suffit d'un petit tiraillement pour obtenir la séparation ou l'énucléation de parties simplement contiguës, les villosités choriales baignant au milieu d'un liquide isolant dans les canalicules.

Au moment de la séparation cotylédonaire naturelle, le liquide seul s'échappe avec les villosités choriales, qui abandonnent les canalicules sans entraîner ni l'épithélium ni le corps muqueux. Il s'échappe quelquefois aussi des fragments des deux couches caduques localisées ; mais il n'y a jamais chute complète des cotylédons et formation de cicatrices, comme l'a avancé Dugès. La cicatrice qu'il observa dans l'utérus d'une vache était le résultat d'un état morbide. Loin de s'exfolier et de laisser après elles des traces indélébiles de cicatrisation, les couches caduques de la muqueuse sont soumises aux lois d'une absorption graduelle, et reviennent à l'état primitif de plaques muqueuses. J'ai très-souvent suivi, à différents termes, la marche ascensionnelle du développement cotylédonaire dans ses éléments, épithélium et corps muqueux, jusqu'au maximum d'hypertrophie, pour revenir, après des absorptions successives, aux plaques muqueuses dont j'ai indiqué ailleurs la structure.

L'organisation membraneuse du cotylédon constitue la trame organique du placenta utérin ou maternel, trame dans laquelle se développent les éléments vasculaires. Il y a dans cette structure un élément de plus que dans la caduque secondaire de la femme : c'est l'épithélium. Le rôle physiologique de ce nouvel élément n'offre pas de difficultés dans les espèces polyplacentaires, parce qu'il isole toujours l'œuf de l'utérus et persiste après la parturition. Mais par quel mécanisme se trouve résorbée ou modifiée la couche épithéliale dans les espèces monoplacentaires ? J'ai fait à ce sujet des expériences qui prouvent que certaines surfaces épidermiques, sans être déchirées, peuvent se modifier et même adhérer l'une à l'autre après de violentes irritations. Les professeurs J. Cloquet, Blandin et Marjolin ont vu avec intérêt, chez moi, une chatte dont la peau du pavillon de l'oreille renversée était adhérente à elle-même. Si l'épiderme se modifie, il doit en être de même de l'épithélium, couche plus délicate et moins concrète.

La disposition de l'épithélium, dans la structure des cotylédons, jette un nouveau jour sur les rapports vasculaires de la mère et du petit. Lorsque la couche épithéliale est intacte, les *villosités du chorion* sont libres, isolées dans *les canalicules* et simplement *pénétrantes ;* les deux cercles circulatoires de la mère et du fœtus sont en rapport de contiguïté : c'est le fait des animaux polyplacentaires. Quand l'épithélium est, au contraire, modifié au point de conjonction ovo-utérine, les *villosités* ne sont pas isolées; elles deviennent *perforantes.* Les deux cercles circulatoires de la mère et du fœtus se mettent en rapport de continuité. Voilà sans doute la raison anatomique inconnue pour laquelle, dans les espèces monoplacentaires, le sang et le liquide des injections passent directement des villosités choriales dans les capillaires utérins et sans solution de continuité. Remarquez bien que la modification de l'épithélium range ces dernières espèces dans le même rapport de communication vasculaire directe que l'embryon humain avec sa mère. Cette nouvelle preuve d'anatomie générale détruit les assertions fautives, erronées, d'un jeune médecin qui n'a pas su discerner, dans ma thèse inaugurale, l'historien de l'auteur d'une découverte.

Les œufs des ovipares et des ovovivipares (1) sont-ils pourvus d'une membrane caduque ? Posons en principe physiologique que la caduque doit nécessairement être une production membraneuse de l'utérus. Il deviendra dès lors évident qu'à l'exception des vivipares, tous les animaux vertébrés

(1) Les *monotrêmes* sont des mammifères ovovivipares d'après Owen, parce qu'ils ont des œufs composés d'un vitellus, d'un albumen aqueux et d'une coque extérieure coriace ou gélatineuse sans adhérence avec les organes génitaux. Cette coque est le chorion pour Owen ; c'est la caduque pour Dugès. L'ovoviviparité a pour cause une exfoliation insensible de cette coque qui permet à l'œuf de contracter des rapports nouveaux d'après la grande loi des substitutions organiques.

---

ment militaires. Il est des aides-majors qui sont restés seize ans dans les régiments, et si l'article 37 (1) établit un roulement des régiments dans les hôpitaux, le rapport des chirurgiens de régiment est si élevé qu'on ne peut compter sur ce moyen. Aussi c'est après avoir perdu les plus belles années de sa vie qu'on arrive enfin, entre 35 et 40 ans, au grade de chirurgien-major, cette suprême espérance des quatre cinquièmes des officiers de santé militaires. Pour échapper à cette triste carrière, il faut entrer dans la médecine ou la pharmacie, ces deux sœurs douillettes et tranquilles, ou faire partie du petit nombre des heureux qui arrivent dans les hôpitaux.

A partir du grade de sous-aide, l'ordonnance rappelle à leur spécialité ceux que leur vocation entraîne vers la carrière de la pharmacie (2).

C'était après trois ans de grade d'aide-major chirurgien que la même ordonnance concédait l'emploi de médecin adjoint (1). Une ordonnance postérieure a étendu à ce grade les bénéfices du concours, et le grade de médecin ordinaire s'obtient comme celui de chirurgien-major (2). Dès lors les trois professions viennent se présenter de front, mais non dans la même proportion, à la porte des

trois ans comme chirurgien sous-aide, et s'il ne justifie du diplôme de docteur en médecine. »

(1) « Art. 37. Nul chirurgien aide-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité au moins deux ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

» Les chirurgiens aides-majors de la ligne, des hôpitaux et ambulances aux armées, sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les postes sédentaires moitié à l'ancienneté, moitié au choix. »

(2) « Art. 42. Nul ne peut être pharmacien-major s'il n'a servi au moins quatre ans comme pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

» Les pharmaciens aides-majors sont promus au grade de pharmacien-major, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

» Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendants militaires. »

(1) « Art. 43. Nul ne peut être désigné pour le grade de médecin adjoint s'il n'a trois ans de grade comme chirurgien aide-major, et s'il n'a servi dans un hôpital militaire pendant au moins un an, s'il n'est docteur en médecine et si son aptitude n'est constatée par le conseil de santé. »

(2) « Art. 44. Nul ne peut être médecin ordinaire s'il n'a servi au moins deux ans dans l'emploi de médecin adjoint, et s'il n'est docteur en médecine.

» Les médecins adjoints sont promus au grade de médecin ordinaire, moitié à l'ancienneté dans l'emploi de médecin adjoint et moitié au choix.

» Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendants militaires. »

et invertébrés seront privés de ce lien maternel : lien membraneux utile seulement aux œufs adhérents de la femme, et en général des mammifères.

Tout produit de sécrétion de l'oviductus, qu'il soit calcaire, coriace ou membraneux, mou ou gélatineux, constituera le chorion à ses divers états de composition ou de structure.

Ces vues physiologiques présentent des difficultés à surmonter. Harvey, de Graaf, Tiedemann, par une division anatomique un peu arbitraire, il est vrai, partagent l'oviducte en trois parties qui représentent la trompe, la matrice et le vagin des mammifères ; ils appuient leur manière de voir sur des étranglements du conduit oviducteur et sur des particularités de structure et de fonctions : d'où il arrive que la coquille, par son lieu de formation, doit être analogue à la caduque. Carus et Cuvier nomment caduque, dans l'ordre de superposition des couches ovologiques, celle qui, située à la périphérie de l'œuf, l'enveloppe et le protége : ainsi la coquille des oiseaux, la coque dure et calcaire des chéloniens, l'enveloppe coriace, parsemée de points solides et pierreux des sauriens et des ophidiens, la coquille des escargots trouvée par Turpin, et dont les œufs des bulimes nous offrent un exemple si remarquable, seraient des caduques calcaires.

La coque dense, coriace, d'un tissu comme élastique divisible en deux lames chez les poissons osseux ; la membrane solide placée à la périphérie des œufs des poissons cartilagineux ovipares, membrane concrète, cornée, de forme quadrilatère avec des appendices contournés en vrilles a ses angles (1) ; la croûte plus ou moins coriace qui enveloppe les œufs des lézards et des serpents, des mollusques, des articulés, deviendraient des caduques coriaces.

L'oviducte, enfin, sécrétant une substance tremblante comme la gélatine ou le mucus, substance étrangère aux développements des batraciens, anoures et urodèles, et qui constituerait une caduque molle ou gélatineuse.

Des *organes collatéraux* aux organes de la génération sécrètent des matières glutineuses, visqueuses, pour agglomérer les œufs en masse comme dans les mollusques gastéropodes pectinibranches ; ou bien une humeur molle pour réunir les œufs des planaires, humeur qui se solidifie sous forme d'éponge chez les sangsues ; ou bien une toile soyeuse comme l'araignée la construit pour rassembler ses œufs ; ou enfin les poils de l'abdomen que des lépidoptères s'arrachent pour placer mollement le produit de leur ponte. Les œufs agglomérés, réunis en un seul tout, ont représenté à Dugès l'image « d'un œuf véritablement unique, mais à plusieurs germes. » Il n'y a qu'un pas, d'après ce savant, de la capsule à loges membraneuses dont accouche la blatte en une seule fois et l'ensemble lamelleux que fabrique la mante en déposant successivement chaque couche d'œufs entre des couches de mucus desséché. Cette enveloppe collective ayant sa source hors des voies génitales, et provenant de la sécrétion ou du produit d'*organes collatéraux*, ne saurait être ni le chorion ni la caduque : c'est un nid. En Chine, les hirondelles sécrètent un mucus particulier, selon le docteur Yvan : mucus ou gélatine qui, en se concrétant, sert à fabriquer ces fameux nids tant vantés par leur succulence. Dans l'histoire du NIDAMENTUM, Burdach s'éloigne de la vérité en disant : « Ainsi nous rapprochons la caduque des nids des ovipares. » Le nid est le berceau créé par l'instinct des parents, et il y a loin d'un acte d'industrie à l'exfoliation spontanée, ovologique, des couches caduques de l'utérus.

(1) Ces appendices flexibles se recourbent l'un sur l'autre aux deux pôles de l'œuf : pôles fermés par une membrane mucilagineuse destinée à être rompue par la queue du petit embryon au moment de l'éclosion. C'est dans une dilatation anguleuse et à parois glandulaires de l'oviducte que les œufs des raies, par exemple, se moulent et prennent leur forme et leur couche cornée.

En résumé : 1° la muqueuse de la matrice des mammifères est divisible comme celle de la femme en épithélium, corps muqueux et derme.

2° Privés d'une membrane caduque générale organisée, les mammifères ont une *caduque locale*, analogue à la membrane utéro-placentaire de la femme.

3° Cette caduque, circonscrite, localisée, formée par l'épithélium et le corps muqueux hypertrophié, constitue la trame organique des cotylédons ou placentas maternels.

4° L'espace périplacentaire est entièrement rempli par un liquide plus ou moins concret, variable en quantité et en couleur, pour empêcher l'adhérence du chorion à l'épithélium.

5° L'œuf arrive libre sur la muqueuse utérine, et contracte une adhérence par *simple contiguïté* de surfaces dans les espèces polyplacentaires, et par *continuité absolue* dans les espèces monoplacentaires.

6° Dans les rapports de contiguïté, la caduque locale, cotylédonaire, revient graduellement à l'état naturel par suite de l'absorption des couches hypertrophiées. Dans les rapports de continuité, il se fait une exfoliation de la caduque secondaire et une régénération de l'épithélium et du corps muqueux, de même que chez la femme.

7° Les mammifères possèdent seuls une membrane caduque. Tous les ovipares et les ovo-vivipares en sont dépourvus.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ACTION DES PRÉPARATIONS D'OR SUR NOTRE ÉCONOMIE, ET PLUS SPÉCIALEMENT SUR LES ORGANES DE LA DIGESTION ET DE LA NUTRITION ; par M. le docteur A. LEGRAND.

(Suiteet fin. — Voir le numéro 49.)

MARASME ; INAPPÉTENCE ABSOLUE ; FORCES ASSIMILATRICES NULLES ; DIARRHÉE ; GUÉRISON PAR DE FAIBLES QUANTITÉS D'OR DIVISÉ. — CINQ MOIS APRÈS MÊME ÉTAT, MAIS BEAUCOUP PLUS FACHEUX ; NOUVELLE GUÉRISON, CETTE FOIS DÉFINITIVE, PAR LE MÊME MOYEN.

OBS. IV. — Pauline F..., venue au monde délicate, mais bien portante, fut confiée à une nourrice qui ne lui donna le sein que pendant deux mois ; ensuite elle la nourrit *au petit pot* et la négligea beaucoup. Cette enfant fut de plus en plus languissante, et enfin rapportée à sa mère vers les derniers jours de l'année 1829 dans un état bien fâcheux. Elle fut confiée à une excellente femme qui, malgré les soins les plus empressés et les plus assidus, ne put pas la faire revenir à la vie. En effet, une condition s'y opposait, c'est que Pauline repoussait tout aliment et ne consentait qu'à boire de l'eau légèrement sucrée. Ses garderobes étaient liquides, mais peu fréquentes ; du reste, il ne paraissait y avoir aucun accident vers le ventre. Tel était son état quand je fus prié de la voir le 3 janvier 1830.

---

honneurs suprêmes du principalat (1) ; car pour la foule, il n'est pas permis de songer au conseil de santé, sorte d'Olympe auquel n'arrivent que les demi-dieux.

Du reste, monsieur, ce que j'ai essayé de vous esquisser a été tant revisé, tant commenté, tant remanié, qu'il faudrait être légiste pour mettre à leur place toutes les dispositions secondaires. L'œuvre de 1836 est empreinte d'un double caractère de timidité et de stérilité ; elle laisse dans les conditions anciennes des hommes que le temps et l'éducation de nos jours élèvent vers des fonctions meilleures ; elle s'inspire des règlements de 1745 et 1775, et ses rédacteurs ne semblent pas se douter que la condition nouvelle du doctorat, exigé dès le grade d'aide-major, et la mesure libérale du concours s'harmonisent peu entre elles, et surtout ne sauraient s'habituer aux limites étroites dans lesquelles les anciens règlements renferment la vie du médecin militaire.

Je suis donc forcé, monsieur, de donner cours à de bien légitimes plaintes, à servir d'écho à de bien justes colères en faisant connaître tout ce qu'il y a d'amertume et de souffrances dans le cœur des hommes sur qui ces mesures pèsent de tout leur poids : une éducation incomplète, mal réglée, sans but pratique, une vie inoccupée, sans considération, sans bien-être, telles sont à peu près les conditions de la vie commune ; et si, dans un moment d'espérance, l'officier de santé élève ses regards vers ceux qui sont arrivés à ce qu'on appelle pour lui les honneurs, l'abaissement de ses chefs, leur position subalterne, leur défaut absolu d'autorité lui rappellent cette triste pensée que, pour les officiers de santé, il y a bien des fonctions différentes, mais que le cercle étroit dans lequel se meut leur corps doit l'arrêter dans son développement et le condamner à la triste langueur des natures avortées et incomplètes : les officiers de santé ne forment point un corps, ils ont toute la faiblesse de l'isolement, et malheureusement aussi ils en ont les mauvaises passions : l'intelligence chez eux se consume non à suivre les nobles traces de ceux de leurs maîtres que la science a rendus honorables, mais plutôt à acquérir cette triste habileté qui a fait arriver aux premières positions des hommes sans valeur et sans autre mérite que celui d'avoir compris plutôt que les autres que l'empire du monde se vendait à l'encan.

A côté de ce mal sérieux, il s'élève pour l'administration des difficultés non moins graves : malgré tant de causes d'affaiblissement, l'esprit du temps pénètre et gagne cette fraction si intéressante de la grande famille médicale. L'amour du travail, de l'activité, rend promptement insupportable le joug militaire, l'indolence des garnisons, à ces natures jeunes, vigoureuses et avides d'avoir leur part au soleil de la vie. Ceux que l'Afrique n'absorbe pas désertent le plus vite possible un esclavage pour lequel on leur reproche de se montrer ingrats ; les cadres voient

(3) « Art. 45. Nul ne peut être médecin principal, chirurgien principal, pharmacien principal, s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de médecin ordinaire, chirurgien-major ou pharmacien major, et en outre si, dans l'un de ces grades, il n'a fait campagne et rempli les fonctions d'officier de santé en chef d'un corps d'armée ou dirigé en chef un grand établissement pendant deux ans, ou s'il n'a été pendant ce même laps de temps premier professeur dans un hôpital d'instruction. »

Je fus vraiment effrayé de l'état de marasme dans lequel je trouvai Pauline, dont la figure maigrie et tirée ressemblait à celle d'une petite vieille. Sans m'engager à rien, comme on le pense bien, je prescrivis pour boisson de l'eau panée et un miel dans lequel je fis incorporer de l'or divisé dans la proportion de 20 centigrammes sur 125 grammes de miel, et dont on devait donner une cuillerée à café tous les matins. Dès le 8 suivant, les garde-robes étaient un peu mieux liées et Pauline paraissait désirer vivement son eau panée, à laquelle je fis dorénavant donner la consistance d'une bouillie très-claire. Le 12, on commença à donner quelques petits potages au lait et au gras; ils furent mangés avec avidité, bien digérés; les garde-robes furent bien liées. Dès ce moment, on vit la petite malade reprendre de la chair et de la force. Je prescrivis deux cuillerées à café de miel aurifère par jour, et on continua ainsi jusqu'au 20 janvier. A cette dernière époque, Pauline mangeait à peu près de tout; cependant il est bien entendu que sa nourriture continuait d'être choisie et légère; mais on la voyait alors manger avidemment du pain sec. Quoique son corps fût resté maigre, ses chairs étaient plus fermes; la figure, bien remplie, offrait de la fraîcheur. Les garde-robes étaient régulières et solides, le sommeil paisible et réparateur. J'eusse désiré que le miel aurifère fût continué pendant deux ou trois mois, mais la mère pensa que c'était inutile et ne le voulut pas.

Les craintes que j'avais alors pour l'avenir étaient fondées, et le 17 mai 1830 je fus appelé de nouveau auprès de la petite Pauline. Je trouvai sur sa figure l'expression de la mort: les traits étaient grippés, les yeux étaient entr'ouverts et profondément enfoncés dans leurs orbites; la peau était aride, peu chaude; la respiration imperceptible; le pouls qui était filiforme donnait de 140 à 150 pulsations par minute. Le ventre était ballonné, dur, chaud; il y avait une altération considérable, et depuis quelques jours un dévoiement qui avait été croissant; il y avait au moment de ma visite de quinze à vingt garde-robes par jour. Le mot *marasme* est une expression trop faible pour peindre l'état de maigreur dans lequel était la petite mourante. Aussi fut-ce encore cette fois plutôt pour remplir un devoir qu'avec quelque espoir de succès que je prescrivis: diète absolue; pour boisson, décoction très-légère d'orge donnée en grande abondance; cataplasmes de farine de graine de lin, mous, très-humides à leur surface, d'une chaleur douce, entre deux linges, placés sur le ventre et renouvelés de deux en deux heures. Ces moyens calmèrent rapidement l'irritation gastro-intestinale, et on put, le 20, blanchir l'eau d'orge avec un peu de lait, et, le 22, donner deux petites semoules au lait coupé. On ne mit plus de cataplasmes que le soir. Cependant la diarrhée, quoique bien diminuée, persistait, l'appétit était presque nul, l'altération presque aussi considérable, l'anéantissement aussi grand, le sommeil rare.

Le 23, je fis commencer l'usage du même miel aurifère que celui qui avait été donné précédemment et à la dose d'une cuillerée à café le matin à jeun. Dès le 26, l'appétit se prononça; les garde-robes, moins fréquentes, ne furent plus vertes ni fétides et commencèrent à prendre de la consistance. Du 28, la petite Pauline a un grand appétit, elle mange de tout; elle a repris toute sa gaieté; elle n'a plus par jour qu'une ou deux garde-robes bien liées; elle conserve une grande altération et a toujours fort peu de sommeil; elle a rendu un long ver lombric; elle en rend un second le lendemain.

10 juin. Il est survenu un peu de dévoiement que j'attribue au travail de la dentition; il n'a point fatigué la malade, et le 16, il est calmé. Dès ce moment on a cessé le miel aurifère, et cette fois Pauline a pris 40 centigrammes d'or divisé. Depuis trois semaines elle prenait deux cuillerées à café par jour de ce miel, et quoique l'altération persistât, il n'y eut vers le ventre aucun signe d'irritation. Il n'y a plus qu'une ou deux garde-robes par jour, et toujours de matières bien liées. Pauline se tient aujourd'hui bien assise et commence à s'appuyer sur ses jambes. L'appétit est excellent, la figure pleine, et la physionomie exprime le bien-être.

Depuis ce moment Pauline s'est développée comme les autres enfants, et a toujours joui d'une fort bonne santé; il est même assez digne de remarque que, contrairement à sa sœur, qui a un an de plus qu'elle et qui en a été un peu tourmentée, elle n'a jamais offert le plus léger symptôme de scrofules. La médication a été si puissante que le rétablissement a eu lieu quoique Pauline eût été placée, pendant le cours de cette seconde maladie, dans une maison humide, moins bien aérée et moins bien éclairée que celle qu'elle avait habitée précédemment. Pauline est aujourd'hui (15 juillet 1846) une belle et forte fille, très-apte à remplir toutes les fonctions auxquelles la femme est appelée.

Depuis que cette observation est rédigée, j'ai eu l'occasion d'appliquer le même traitement à la jeune enfant d'une concierge de la rue du Bac et avec un succès semblable.

Obs. V. — Une petite fille de 2 ans environ, sans cause bien appréciable, commença à maigrir et à s'affaiblir au point qu'elle cessa bientôt de marcher. Sauf un dévoiement peu abondant, on n'apercevait guère la cause de ce dépérissement qui était rapide. Il n'y avait ni fièvre, ni toux, ni chaleur, ni sensibilité vers le ventre; mais l'examen des garde-robes me mit sur la voie, et la mère et moi nous y reconnûmes la présence des aliments presque intacts que prenait journellement la petite malade; car au milieu de tout ce désordre, l'appétit se soutenait assez bien. Il résultait évidemment de l'observation de ce fait que l'estomac ne faisait pas ses fonctions ou les faisait incomplétement, et que l'assimilation ne pouvait point avoir lieu. Je prescrivis immédiatement l'or divisé (1) à la dose de 5 centigrammes, incorporé dans 30 grammes de miel de bonne qualité, et lui fis prendre matin et soir une bonne cuillerée à café de ce mélange. Il y avait à peine huit jours qu'elle en faisait usage qu'on remarquait déjà une augmentation marquée dans son appétit, que ses garde-robes étaient mieux liées; sa physionomie reprenait en même temps de la vie, sa peau de l'animation. Après quinze jours de traitement, l'amélioration était encore plus prononcée; la marche, qui était vacillante, souvent impossible, s'était raffermie; ses chairs étaient moins molles, moins flasques, la peau mieux remplie, plus élastique; les garde-robes, bien régulières, étaient bien liées et ne renfermaient plus aucune trace d'aliments non digérés. Enfin, après un mois encore de l'usage du miel aurifère, on n'aurait plus reconnu cette enfant tant elle était engraissée, grandie, tant sa physionomie avait repris une expression de joie et de santé, qui se manifestaient par une merveilleuse activité, qui exigeait de la part de la mère la plus grande surveillance.

On pourra tirer plus d'un parti avantageux de cette propriété remarquable qu'a l'agent thérapeutique dont je m'occupe. Ne devra-t-on pas en effet, dorénavant, essayer d'administrer l'or, soit à l'état métallique ou oxydé, ou à l'état de sel, à la plupart de ces enfants venus au monde souvent trop débiles pour supporter l'alimentation la plus légère, mais surtout

(1) Je me contenterai, au sujet de la préparation de l'*or divisé*, de renvoyer à mon ouvrage sur l'Emploi de l'or de préférence au mercure dans le traitement des affections syphilitiques, et que j'ai déjà cité plus haut. J'y ai, en effet, indiqué avec un soin scrupuleux tous les procédés chimiques qu'on doit employer pour obtenir les diverses préparations aurifères qui sont usitées aujourd'hui en médecine, et même celles qui peuvent un jour être mises en usage, ainsi que les diverses formules que je suis dans ma pratique. Aussi puis-je dire hautement, et sans crainte d'être contredit, que ce n'est pas de mon fait si tous ces procédés, si toutes ces formules sont si mal indiqués dans les traités de matières médicales les plus répandus, dans tous les formulaires les plus usités et dans le Codex lui-même, circonstance qui est souvent une explication légitime des insuccès de plusieurs praticiens qui ont voulu essayer des préparations d'or indépendamment de cette autre non moins fréquente, qu'ils les ont expérimentées sans les avoir préalablement étudiées dans les écrits qui en traitent le plus spécialement.

---

passer incessamment des noms nouveaux, l'administration fait d'énormes sacrifices, et cependant le corps de santé laisse voir trop souvent la médiocrité des uns, l'esprit d'intrigue des autres, ou l'incompatibilité de marier à des fonctions inférieures des esprits intelligents et laborieux.

Dans ce triste naufrage des serviteurs les plus zélés et les plus dévoués, dans ce désastre auquel semblent ne pas devoir manquer les sauveurs intéressés et avides, qu'une voix indépendante et amie s'élève pour rappeler toutes les ressources dont on peut disposer pour l'organisation d'un corps utile, instruit et honorable.

Le budget des officiers de santé dépasse 3,000,000; la loi de 1834 leur assure un état qui n'est plus désormais soumis aux mobiles décisions des ordonnances, qui, sous la charte du bon vouloir, retiraient aujourd'hui le grade qui avait été octroyé la veille; l'armée compte en France quarante hôpitaux; elle en a vingt en Algérie; elle a enfin des salles dans la plupart des hospices civils. D'ailleurs l'intérêt pourrait-il manquer à une carrière qui se consacre au soulagement des plus nobles infortunes, qui livre aux bienfaits d'un homme instruit et bon le soldat atteint du double mal de l'isolement et de la maladie? L'attrait scientifique pourrait-il fait faire défaut à des études faites sur des hommes de même âge, de même condition, soumis aux mêmes influences? la statistique peut-elle trouver un plus beau champ? peut-elle rencontrer des éléments d'une plus facile comparaison que les conditions identiques dans lesquelles vit notre armée; elles forment comme les lignes d'une analyse naturelle, et il ne manque qu'un calculateur patient et habile pour en faire sortir une lumière qui dissiperait bien des incertitudes. Une seule page d'un travail semblable a été la première et peut-être la plus pure des gloires de Broussais, et il reste sur le terrain d'abondantes moissons à ceux qui voudront encore se mettre à l'œuvre et exploiter ce riche et fécond héritage. Mais qu'on y songe, pour avoir des ouvriers, il faut mettre fin au malaise général, il faut préparer des générations nouvelles par un travail sérieux, et une éducation complète, et faire luire pour tous l'espérence d'une émancipation possible. Les liens dont vous entourez ce corps sont, dites-vous, des moyens de protection; vous voulez l'assurer contre des chutes dangereuses, nous le croyons, mais au moins n'oubliez pas que les natures débiles ont besoin d'air et de mouvement, que les plaintes témoignent souvent des efforts de l'organisme, ne les prenez pas pour les signes d'une faiblesse native: il y a des germes de vie dans cet enfant chétif et malheureux; ne l'étouffez pas, il deviendra un homme!

— Le célèbre professeur Tomasini est mort à Parme le 26 novembre 1846. Il était né dans la même ville en 1769. On peut le regarder comme le médecin italien le plus célèbre des temps modernes. Il a partagé avec Rasori l'honneur d'avoir fondé une doctrine qui est devenue la base de l'enseignement et de la pratique de la médecine en Italie.

Nous consacrerons prochainement une notice détaillée à la vie et aux ouvrages de cet illustre médecin.

à ceux qu'une mauvaise nourriture, que le manque de soins ont placés dans une condition semblable? N'aura-t-on pas quelque chance de succès d'arracher à la mort ces enfants, ces jeunes gens même, qui, en proie à un mal inconnu, meurent dans un marasme effrayant, après une lente agonie, mal cruel qui ne respecte pas même les enfants placés dans les meilleures conditions sociales? Et ces autres jeunes gens de l'un et de l'autre sexe, qui par suite d'habitudes si souvent contractées dans les pensionnats et si souvent terribles dans leurs conséquences, languissent en attendant une mort prématurée, ne pourra-t-on pas essayer de les arracher à la consomption qui les mine? Et l'homme studieux qu'un travail impitoyable a miné lentement, qui, usé avant le temps, se voit dépérir au physique et au moral, ne pourra-t-on pas essayer de le conserver à son pays, qu'il a servi de ses veilles? ne sera-t-il donc pas possible de lui redonner une nouvelle vie à remplir encore par de nombreux travaux? Pourquoi donc pas, s'il est vrai que dans tous les états pathologiques que je viens d'indiquer, c'est par l'estomac que commence la *détérioration vitale*, pour employer les expressions de M. le docteur Reveillé-Parise, qui, dans un de ses ouvrages (1), a tracé un tableau fidèle de cet état particulier de l'estomac chez les hommes livrés aux travaux de l'esprit? Je crois devoir citer ce passage: « Les digestions sont d'abord plus ou moins pénibles, cette fonction s'altère de plus en plus, l'estomac perd, à peu de chose près, la faculté digérante, au moins pour beaucoup d'aliments. » Comme, dans un semblable état, l'assimilation ne se fait pas ou du moins se fait mal, « un sang appauvri, ajoute le même auteur, mal élaboré, ne répare qu'incomplétement les forces, la maigreur survient, augmente et parvient, pour quelques sujets, au *marasme squelettique*. » Mais il est bien entendu qu'il y a, dans tous les organes qui président à l'important mystère de la nutrition, *débilité* plutôt que *lésion*. Toute la constitution est épuisée; mais il n'y a nulle part altération profonde d'un organe; car certes je ne viens point ici prétendre que l'or guérit les tubercules pulmonaires, rend sa souplesse à la muqueuse gastro-intestinale désorganisée après une longue inflammation, ou bien devenue squirrheuse.

J'ai eu trois fois l'occasion d'administrer les préparations aurifères chez des personnes qui offraient des conditions pathologiques, si ce n'est tout à fait semblables, du moins très-analogues à celles dont je viens de tracer le tableau, et chaque fois j'ai eu à m'en féliciter.

Obs. VI. — La première fois, ce fut chez la femme du lieutenant-général D... Cette dame était dans un état horrible de maigreur que je ne m'expliquais alors que par le mauvais état de son estomac, tandis qu'il était causé par la présence de tubercules dans les poumons, comme il est résulté de la nécropsie qui a été faite à B..., où les fonctions éminentes de son mari l'avaient appelée et où elle a succombé. Toujours est-il qu'à l'époque (mai 1830) où je lui donnais des soins, elle était, comme je l'ai dit plus haut, d'une maigreur effrayante, et son estomac faisait très-mal ses fonctions. Elle était sans appétit, ses digestions étaient très-pénibles; elle ressentait à l'épigastre une douleur permanente qui augmentait après l'ingestion des aliments. Quand elle n'était pas constipée, elle avait des garde-robes en dévoiement. Ce fâcheux état durait depuis deux ans, et pendant cette période de temps, madame D..., qui déjà auparavant avait peu d'embonpoint, avait maigri de 17 livres; elle avait perdu toute sa gaieté et était devenue mélancolique, et quoique ses yeux eussent encore quelque éclat, son teint était terne, presque terreux, et sa physionomie pleine de tristesse trahissait assez ses souffrances physiques et morales, car son état l'affectait vivement.

C'est alors que je lui conseillai des pastilles de chocolat où il entrait un centig. d'or divisé; elle commença par en prendre une le matin à jeun et en augmenta successivement la dose jusqu'à en prendre cinq chaque jour. Après un mois de l'usage de ces pastilles, il y avait dans l'état de madame D... un changement bien remarquable, et qui fut visible pour tout le monde. Ainsi il n'était bruit dans sa société que de son appétit, que de l'impunité avec laquelle elle mangeait presque de tout; aussi son teint avait-il repris son éclat et avait-elle retrouvé toute son ancienne gaieté. Cette grande amélioration se soutint jusqu'à la fin de juin, et à cette époque madame D... était notablement engraissée. Malheureusement il y avait, comme je l'ai dit plus haut, chez cette regrettable personne, une cause encore éloignée, mais persistante, de maladie qui, quoiqu'elle eût son siége dans les poumons, n'en réagissait pas moins sur les organes de la digestion. Cependant, quoique son estomac, jusqu'à l'époque où elle quitta la France (juin 1832), se soit encore assez souvent dérangé, madame D... se trouva toujours dans un état de santé préférable à celui qui existait, avant qu'elle fit usage de l'or divisé.

Obs. VII. — C'est chez madame la baronne de F... que j'ai, pour la seconde fois, administré l'or dans le but plus encore de relever les forces générales que de tonifier l'estomac. Madame la baronne de F..., au milieu de souffrances morales de tout genre, qui entretenaient chez elle une gastro-entéralgie, pour laquelle je n'avais jamais pu lui procurer que du soulagement, vu la persistance de la cause de sa maladie, cette dame, dis-je, dans des conditions si défavorables, remarqua dans ses forces physiques une diminution qui allait chaque jour croissant et qui fut bientôt poussée au point que, malgré tout son courage, elle était comme anéantie et incapable de se livrer au moindre travail de corps ou d'esprit, et cela dans un moment où M. de F..., qui mourait lentement d'une affection tuberculeuse des poumons, réclamait tout son temps et où elle était seule pour faire face à tous les soins intérieurs et extérieurs qu'exige toujours la tenue d'une maison un peu considérable.

Après m'être assuré qu'une aussi grande faiblesse, qui se compliquait d'une maigreur presque effrayante, ne dépendait d'aucune lésion organique, je fis commencer à madame de F... l'usage de pilules qui contenaient un milligramme d'or par la potasse, associé à un extrait insignifiant. Après avoir pris une de ces pilules le matin à jeun pendant une vingtaine de jours, elle en prit deux pendant un mois environ, et elle consomma ainsi 30 centig. d'oxyde. Le résultat désiré fut complet, c'est-à-dire qu'au bout de ce temps, quoique l'état de l'estomac fût peu amélioré (et j'en ai dit la raison), madame de F... avait recouvré toute la vigueur que comportent son sexe et la faiblesse de son organisation; elle avait aussi repris un peu d'embonpoint. Ainsi l'oxyde d'or, dans ce cas, paraît surtout avoir porté son action favorable sur la partie des organes de la digestion où se passe le beau phénomène de l'assimilation. Cet effet a été durable chez madame de F..., quoique, par suite de chagrins plus vifs, son estomac fût devenu encore plus malade et qu'elle ait maigri de nouveau.

Plus postérieurement, j'ai encore administré le même oxyde dans un cas d'affaiblissement des forces vitales, et j'ai, de même que dans le cas précédent, parfaitement réussi à les relever.

C'est surtout chez les vieillards, alors que les forces vitales vont sans cesse s'affaiblissant, que les médecins des seizième et dix-septième siècle, ainsi que je l'ai dit au début de ces recherches, que les charlatans du siècle suivant administraient de l'or en nature ou des préparations pharmaceutiques auxquelles ce métal était joint. Ils l'administraient sans doute systématiquement, n'adoptant d'autres règles pour en agir ainsi que cette double circonstance qu'on était âgé et faible. Pour mon compte, malgré ma confiance dans cet agent thérapeutique, toutes les fois que j'avais eu occasion de rencontrer chez des vieillards cet affaiblissement graduel qui est trop souvent l'annonce d'une fin prochaine, je m'étais presque toujours contenté de le combattre, soit par le sirop, soit par le vin de quinquina, et je dois dire que ce fut presque toujours avec succès. Il m'arriva cependant une fois que le quinquina, administré sous la forme de sirop préparé à l'eau, ainsi que je l'avais fait plusieurs fois antérieurement pour la même personne, resta sans puissance; il me fallut bien alors avoir recours à une autre médication; mais ce fut dans des circonstances assez remarquables pour que je croie devoir les raconter ici.

INAPPÉTENCE ABSOLUE; AFFAIBLISSEMENT GRADUEL ET RAPIDE; INEFFICACITÉ DU QUINQUINA; GUÉRISON PAR 5 GRAMMES D'OR DIVISÉ A L'INTÉRIEUR.

Obs. VIII. — Madame la marquise de Pl..., âgée de 87 ans, était d'une grande maigreur, d'un appétit plus que médiocre, d'une faiblesse extrême, toutes conditions que j'ai toujours vues s'augmenter après chaque carême, qu'elle observe rigoureusement, ou bien à la suite du plus petit rhume; aussi ai-je souvent dû, dans ces circonstances, lui prescrire d'abord le sirop de quinquina à l'eau, puis ensuite, quand cette préparation ne suffisait pas, le vin de quinquina. Ces deux moyens, soit isolés, soit réunis, m'avaient toujours réussi pour lui rendre un peu d'appétit et un peu de force.

Madame de Pl... se trouvait toutefois dans des conditions de santé assez satisfaisantes, quand, le 1er février 1845, en descendant son escalier, elle tomba la tête la première d'une hauteur de cinq à six marches. Le front porta, et les chairs qui recouvrent la bosse frontale droite furent divisées jusqu'à l'os, qui fut dénudé dans une étendue irrégulièrement circulaire de la grandeur d'une pièce de 5 francs; deux artérioles furent en outre divisées. Ce n'est point ici le lieu de faire connaître tous les accidents locaux et généraux qui survinrent à la suite d'une chute aussi grave; qu'il me suffise de dire pour le moment que, par suite du développement de plusieurs érysipèles phlegmoneux du cuir chevelu, la vie fut plus d'une fois compromise; seulement, le fait sur lequel je dois ici insister, ce fut la faiblesse extrême qui se manifesta dès le surlendemain de la chute, avec une inappétence telle que la malade allait jusqu'à repousser tous les aliments, quoiqu'elle sentît la nécessité d'en prendre. Ces conditions, si fâcheuses chez une femme d'un aussi grand âge, étaient sans doute la conséquence d'une disposition maladive particulière que nous avons déjà signalée, mais aussi augmentée par l'ébranlement causé dans tout l'organisme à la suite d'une chute qui devait être mortelle. J'eus immédiatement recours au sirop de quinquina; pour cette fois il resta sans effet. Je fis essayer le vin de quinquina, qui ne fut pas plus avantageux et fut mal supporté. Les symptômes si fâcheux que j'ai signalés allèrent en augmentant chaque jour; il s'y joignait un pouls filiforme, très-intermittent, et la vie de la malade me parut bientôt en si grand danger que je la quittai le 14 février au soir avec la crainte de ne pas la retrouver le lendemain matin.

Cependant le 15 elle vivait encore, et ce fut tout à fait en désespoir de cause que je lui prescrivis l'*or divisé* (25 centigrammes) incorporé dans la gelée de pomme (100 grammes), à la dose d'une cuillerée à café prise chaque matin à jeun, et autant une demi-heure avant le repas du soir. Le 22, la dose de l'or divisé fut portée à 50 centigrammes, et à 75 le 1er mars. Le 9 de ce même mois, madame la marquise de Pl... avait consommé 3 grammes d'or divisé, et l'effet qu'elle en avait ressenti avait été très-prononcé et fut très-satisfaisant, c'est-à-

(1) Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit. — 2 vol. in-8°. Paris, 1834, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

dire qu'elle avait retrouvé quelque force, quelque énergie vitale, que l'appétit s'était réveillé, et que les aliments étaient désirés et surtout pris avec plaisir et une certaine avidité. J'aurais voulu faire continuer l'usage de l'or divisé plus longtemps encore, mais j'en fus empêché par la manifestation d'un symptôme qui ne pouvait être attribué qu'à ce même médicament : ce furent des envies incessantes d'uriner avec des ardeurs assez pénibles au moment où l'on satisfaisait ce besoin.

Les bons effets obtenus par l'or divisé se soutinrent à peu près jusqu'au 20 mars; mais à cette dernière époque tous les mêmes symptômes que j'ai signalés se représentèrent, et peut-être avec une plus grande intensité. Je remis de suite ma malade à l'usage de la *gelée aurifère* (2 grammes d'*or divisé* pour 200 grammes de véhicule), mais seulement à la dose d'une cuillerée à café chaque matin à jeun. Les mêmes résultats furent de nouveau obtenus, mais cette fois avec un bon effet de plus; car les garde-robes devinrent plus faciles, tandis que la première fois la constipation avait été si opiniâtre qu'il avait fallu curer le gros intestin. L'effet produit sur la sécrétion urinaire se manifesta de nouveau vers la fin de l'usage de cette dernière dose de la gelée aurifère.

Pour cette fois les avantages obtenus furent durables, et le rétablissement de madame de Pl..., quoique lent à se faire, fut complet, puisqu'elle put aller passer l'été dans ses terres, ainsi qu'elle avait l'habitude de le faire, un peu plus faible cependant et un peu plus cassée, ainsi qu'il devait arriver à une personne d'un aussi grand âge et après un semblable événement.

Plus récemment j'ai pu constater une seconde fois chez un vieillard les bons effets produits par les préparations aurifères sur la santé générale. Il s'est agi cette fois de M. P..., âgé de 63 ans, chez lequel on avait combattu par les antiphlogistiques et par des moyens chirurgicaux un engorgement assez considérable de la prostate et surtout du lobe moyen, affection qui avait déterminé une ischurie. Cette double médication, qui n'avait amené dans la maladie contre laquelle elle avait été dirigée aucune amélioration, avait jeté le malade dans un état de faiblesse et de prostration s'accompagnant d'une inappétence absolue, qui, surtout à cause de cette dernière condition, pouvait faire craindre une fin fatale et prochaine, quoique la médication si nuisible eût déjà été abandonnée depuis plusieurs jours. M. P... fut mis à l'usage du perchlorure d'or et de soude associé à la poudre d'iris en frictions sur la langue, et il consomma de cette façon, du 20 décembre 1845 à la fin d'avril 1846, grammes 2,70 de ce mélange, ce qui représente 675 milligrammes de sel aurifère. Cette seconde médication ne fut pas plus efficace, et l'engorgement prostatique ainsi que l'ischurie persistèrent et persistent encore aujourd'hui malgré l'emploi constant de moyens analogues ou différents; mais il s'opéra, et c'est le bon résultat que j'ai voulu signaler, un changement que je ne crains pas de qualifier de merveilleux. M. P... redevint ce qu'il était avant tout traitement et mieux qu'auparavant, c'est-à-dire un vieillard beau, alerte, plein de vie, de force et de santé.

Aucun médecin n'ignore combien le catarrhe pulmonaire exerce, surtout quand il se prolonge, une influence fâcheuse sur les organes de la digestion. C'est qu'en effet, dans la plupart des cas, le génie catarrhal (qu'on me passe cette expression) se porte de la muqueuse bronchique sur la muqueuse gastro-intestinale, dont la vitalité se trouve ainsi considérablement diminuée. Chez les adultes, même chez les adultes doués d'une forte constitution, l'appétit diminue, se perd même quelquefois entièrement, la langue devient saburrale, et le tube intestinal, embarrassé de sécrétions vicieuses, ne reprend généralement l'intégrité de ses fonctions qu'autant qu'on l'en débarrasse par des purgatifs. Mais chez les enfants, et surtout chez les très-jeunes enfants, le trouble peut être porté beaucoup plus loin, et l'estomac et les intestins grêles sont frappés d'une telle atonie qu'ils laissent passer les aliments sans presque les attaquer. Eh bien! encore, dans les cas de ce genre, les préparations d'or rendent promptement à la muqueuse gastro-intestinale toute sa vitalité; c'est ce que je vais démontrer par les deux observations suivantes qui me donneront en outre l'occasion d'établir un parallèle entre l'effet des diverses préparations d'or et me fourniront l'occasion de dire quelle est la forme sous laquelle il faut de préférence administrer ce métal dans les cas de ce genre.

CATARRHE PULMONAIRE ET INTESTINAL; TROUBLE PROFOND DANS LES FONCTIONS DIGESTIVES; GUÉRISON PAR DE FAIBLES DOSES DE PERCHLORURE D'OR ET DE SOUDE ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR.

OBS. IX. — Voici dans quels termes j'écrivais, le 15 juillet 1836, à madame B. L..., femme d'un des premiers magistrats de Paris.

« Madame, pour un moment j'avais craint, à Paris, ce qui arrive aujourd'hui » à Oscar, c'est-à-dire que l'affection catarrhale qui le tourmente depuis si long- » temps (1), se portant sur les intestins (et rappelez-vous qu'elle s'y est portée » déjà une fois) ne les mît dans un grand état d'affaiblissement et de délabre- » ment, de là cette circonstance si fâcheuse que vous me signalez dans votre » dernière lettre, *que les aliments sont rendus presque dans le même état* » *où ils ont été pris* et nagent dans un liquide qui est comme de l'eau, quoi- » que l'estomac continue de les désirer, puisque l'appétit se soutient, ce qui » dépend sans doute de ce que cet organe, où se commence la digestion, mais » où elle ne se termine pas, n'est pas encore arrivé à l'état de souffrance des » intestins, qui viennent après l'estomac. Ce qui m'empêcha de rien faire, à » Paris, pour combattre cette disposition générale au catarrhe, c'est que j'espé- » rais que le séjour à la campagne guérirait votre jeune enfant. Puisqu'il n'en » est rien, puisque loin de là son état empire, que son dévoiement augmente » chaque jour, il faut faire prendre à Oscar, tous les matins à jeun, dans un » quart de verre de décoction légère de gruau, une cuillerée à café du sirop » dont j'ai remis la formule (1) à M. B. L... Je lui fais prendre ce sirop dans le » but de détruire l'état catarrhal et de redonner du ton à l'estomac et à tout le » tube intestinal. C'est en continuant d'examiner attentivement les matières des » garde-robes que vous pourrez vous rendre compte si le sirop prescrit remplit » ce double but. »

Voici ce que, le 21 juillet suivant, madame B. L... m'écrivait :

« Je vous rends, mon cher docteur, mille actions de grâces, car je crois vrai- » ment que vous venez encore de rappeler à la vie mon bon Oscar. Je me hâte » de vous dire que le sirop qu'il boit le matin à jeun a fait son effet dès le » deuxième jour. D'abord Oscar a continué à ne plus rendre ses aliments dans » ses garde-robes, mais il avait toujours le dévoiement, ce n'est que de ce ma- » tin que les matières sont plus liées; depuis deux jours en outre il a un très- » grand appétit. »

Quoique ensuite Oscar ait contracté la coqueluche qu'il gagna de sa sœur, quoiqu'il ait eu plus tard une fièvre tierce et en dernier lieu la dyssenterie qui régnait dans la commune où son aïeule possède une maison de plaisance, ce jeune enfant n'éprouva plus dans les fonctions digestives le dérangement que nous avons signalé. Oscar est aujourd'hui (juillet 1846) un bel enfant, bien fort et bien portant.

Ainsi le perchlorure d'or et de soude, qu'on l'administre en poudre dans la première cuillerée de potage, ou bien en dissolution dans un sirop qui le décompose en grande partie, l'oxyde d'or par la potasse, l'or divisé, jouissent de cette curieuse propriété de relever les forces digestives et assimilatrices. Ces préparations aurifères exercent du reste cette action, quel que soit le mode selon lequel on les administre, et je les ai vues avoir constamment un effet semblable quand je les administrais en frictions sur la langue. Quoique je n'aie jamais administré le stannate d'or dans cette seule et même intention, les effets que je lui ai vu constamment produire en l'administrant, soit dans les affections syphilitiques, soit dans les maladies scrofuleuses, ne me permettent pas de douter qu'il ne possède au même degré cette précieuse propriété.

Ces quatre préparations possèdent-elles cette qualité au même degré? Peut-on les administrer indistinctement dans les cas dont il est ici question? Je ne le pense pas, et j'ai toujours cru que c'était à l'or divisé qu'il fallait, dans le plus grand nombre des cas, donner la préférence, d'abord à cause de sa parfaite innocuité, circonstance majeure, puisqu'il peut bien arriver que cette détérioration de l'estomac, que cet anéantissement des forces digestives qu'on veut combattre, dépendent d'une inflammation latente de cet organe, auquel cas le sel aurifère, le stannate d'or, pourraient agir d'une manière fâcheuse en donnant au travail inflammatoire une plus grande activité, inconvénient qu'aurait fort peu l'oxyde d'or par la potasse et que n'aurait pas l'or divisé. Mais indépendamment de ces raisons, j'avais pensé *à priori* que cette dernière préparation méritait cette préférence, parce que, dans mon opinion, cette propriété que je signale dans ce mémoire appartient en propre au métal, et qu'il ne l'acquiert pas en se combinant à d'autres corps et en passant ainsi à l'état d'oxyde ou à l'état de sel. Le fait que je vais rapporter, en montrant encore la fâcheuse influence exercée sur les organes de la digestion par le catarrhe pulmonaire, prouvera aussi combien étaient fondées mes préventions en faveur de l'or divisé.

CATARRHE PULMONAIRE ET INTESTINAL; ANÉANTISSEMENT GRADUEL DES FORCES DIGESTIVES ET ASSIMILATRICES; AMAIGRISSEMENT; MARASME; INEFFICACITÉ DU PERCHLORURE D'OR ET DE SOUDE A L'INTÉRIEUR; GUÉRISON PAR L'OR DIVISÉ AUSSI A L'INTÉRIEUR.

OBS. X. — Les trois enfants de ma blanchisseuse contractèrent successivement (en février 1835) la coqueluche, qui se transmit de l'aîné au second des enfants et de celui-ci à la plus jeune, âgée alors de 2 ans. Cette maladie, heureusement combattue chez les deux premiers enfants par une méthode que j'exposerai sans doute un jour, mais qui n'a de nouveau que l'enchaînement des moyens employés, se montra fort rebelle chez la petite Octavie. L'inflammation catarrhale, qui, dans mon opinion, forme la base de la coqueluche, envahit une

(1) Oscar B. L..., qui est âgé de 3 ans et demi environ, n'a presque pas cessé, depuis janvier 1833 jusqu'à la fin de septembre 1836, d'être tourmenté par un catarrhe pulmonaire qui fut plusieurs fois heureusement combattu, mais qui renaissait avec la plus grande facilité.

(1) Prenez : Perchloruretr. aur. et sod. 0,05
Aqu. distillat 5
Dissolv. et add.
Sirup. tussilagin. 245

grande étendue de la muqueuse bronchique, et pénétra sans doute dans ses plus petites ramifications. Aussi, quoique l'élément nerveux eût été éliminé par les moyens appropriés, la petite malade fut-elle plusieurs fois menacée de mourir par l'encombrement des mucosités qui s'accumulaient sans cesse dans les bronches, et je ne parvins à empêcher cette issue fatale qu'en administrant presque journellement pendant quinze jours l'ipécacuanha à doses vomitives. Soit parce que cette médication irrita et délabra l'estomac, soit plutôt parce que c'est le propre du génie catarrhal de se porter de la muqueuse bronchique sur la muqueuse gastro-intestinale, toujours est-il que le dévoiement survint et qu'il fallut combattre cette nouvelle forme de la maladie. Les émissions sanguines auxquelles il avait fallu avoir recours au début de la maladie, l'emploi prolongé des émollients et des adoucissants, la diète rigoureuse à laquelle il avait fallu maintenir la malade malgré son jeune âge, ces trois circonstances réunies avaient déjà produit un grand amaigrissement. Cependant je m'en inquiétai peu, parce que l'affection catarrhale cédait de tous côtés. Il y avait à peine de la toux, presque plus de dévoiement, plus de fièvre, plus d'altération; le sommeil était bon, mais l'appétit restait nul, et c'est en vain qu'on offrait des aliments à Octavie. La manne, administrée à deux ou trois reprises, ne modifia en rien cet état, et on s'aperçut bientôt qu'Octavie allait à la garde-robe presque chaque fois qu'elle mangeait et peu de temps après, et rendait presque intacts les aliments légers qu'elle avait pris. Ce fut alors que l'amaigrissement augmenta chaque jour d'une manière effrayante, qu'il se manifesta un dépérissement rapide qui ne se trahissait que trop à la vue, et qui dénotaient en outre une diminution notable de la chaleur animale et un affaiblissement du pouls, qui fut bientôt filiforme. Le marasme fut bientôt tel et le dépérissement si grand que je m'attendais à voir d'un moment à l'autre cette jeune enfant non pas mourir, mais s'éteindre.

Telle était la position d'Octavie quand, à la fin de mars, je fis commencer l'usage du sirop aurifère, précédemment prescrit, à la dose d'une demi-cuillerée à café dans une petite quantité de décoction de gruau, et pris le matin à jeun. Dans le premier moment, ce moyen parut rappeler à la vie ma pauvre petite malade; l'appétit, qui était toujours absolument nul, sembla renaître. Mais l'espoir qu'on avait conçu fut bientôt déçu; le dévoiement reparut avec une nouvelle intensité, parce que peut-être le perchlorure d'or et de soude avait réveillé une inflammation encore persistante, malgré l'anéantissement général que nous venons de dépeindre. Pour le coup je crus la mort d'Octavie certaine, et en conseillant le miel aurifère, je n'eus pas d'autre pensée que de faire voir à la mère que je n'abandonnais pas son enfant. C'est le 1er ou le 2 avril qu'Octavie en commença l'usage, à la dose d'une cuillerée à café prise le matin à jeun.

Le 5, l'affaiblissement était moins grand et le dévoiement diminué; le 9, il y en avait à peine, et Octavie manifestait de la joie quand on lui montrait des aliments. Cependant il y avait toujours une garde-robe après chaque repas, et des aliments non digérés dans ces garde-robes. Il n'en fut plus ainsi le 15; alors les garde-robes commençaient à être liées, et l'appétit augmentait étonnamment chaque jour. Octavie ne reprenait point encore; mais le pouls était sensiblement remonté, la peau avait retrouvé de la chaleur et de l'animation. Dès ce moment, tous ces bons effets se soutenant, le mieux alla chaque jour croissant, et à la fin de mai le rétablissement était complet, quoiqu'il persistât un peu de toux, qui me fit encore attendre un mois pour supprimer un exutoire que j'avais fait mettre au bras, et qui devint alors inutile.

Depuis ce moment, Octavie a continué de se bien porter; elle a supporté sans fatigue un petit rhume qui lui est survenu pendant l'hiver de 1835 à 1836, et c'est aujourd'hui (juillet 1837) une enfant remarquable par sa force, son embonpoint, sa fraîcheur et sa vivacité. Ce que je disais en juillet 1837 de cette enfant, je puis le répéter en juillet 1846; car Octavie vit toujours et jouit d'une aussi bonne santé que tout autre enfant bien constitué et bien portant.

L'or sans doute ne possède pas seul la propriété de tonifier l'estomac, et je me rappelle qu'un jour, entretenant M. le docteur Kapeler de l'or administré dans ce but, cet excellent praticien parut penser que le fer offrirait sous ce point de vue une ressource aussi assurée. Je ne tardai point à trouver l'occasion de faire un essai comparatif, et je la saisis avec empressement.

INAPPÉTENCE, DÉBILITÉ DE L'ESTOMAC, FAIBLESSE GÉNÉRALE, PALEUR ET FLACCIDITÉ DES CHAIRS; AMÉLIORATION OBTENUE PAR LE MIEL AURIFÈRE; RECHUTE; INEFFICACITÉ DE L'OXYDE NOIR DE FER; CURE DÉFINITIVE OBTENUE ENCORE PAR L'OR DIVISÉ.

OBS. XI. — On lit sur le registre des consultations du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement, en date du 22 octobre 1834 : « N° 5, madame Lachenal, » rue du Bac, n° 13, marché Boulainvilliers, pour sa fille âgée de 14 mois : Enfant chétif; dévoiement continuel. Continuer les bains déjà conseillés (sans » doute par mon collègue M. le docteur Troussel), en y ajoutant du son; cataplasmes de farine de lin pour la nuit; petits lavements d'eau de son. Pour » boisson, eau de riz gommée et sucrée. Pour nourriture, crème de riz et panades. — Signé A. Legrand. »

En date du 29 octobre 1834, on lit encore sur le même registre : « Madame » Lachenal, pour sa fille âgée de 15 mois; sevrée à 9 mois; quatre dents; enfant peu développé, chétif; dévoiement depuis plusieurs mois; diarrhée chronique. Tisane de riz gommée et sucrée; cataplasmes émollients sur le ventre; » bains d'eau de son. — Signé Troussel. »

Cette jeune enfant, dont l'état est plutôt constaté que décrit par les deux notes précédentes, avait langui depuis l'âge de 9 mois; aussi, quand je la vis, était-elle dans une position fâcheuse; sa petite physionomie pâle était terne et sans vie; ses yeux, qu'elle ouvrait péniblement, étaient éteints; le pouls était petit et fréquent, le sommeil nul; ses chairs étaient des peaux pendantes et décolorées; cette enfant était sans force et absolument incapable de se soutenir sur ses jambes. Elle allait sept huit ou fois au moins à la garde-robe par jour, et l'on retrouvait dans ses garde-robes des fragments tout à fait intacts des aliments qu'elle avait pris. Elle ne manifestait jamais le désir de manger et on était véritablement obligé de la contraindre pour lui faire prendre le moindre aliment. Du reste, le ventre était insensible à la pression, et il me sembla qu'il n'existait aucun organe malade ou irrité, et qu'il y avait chez cette enfant plutôt manque de vitalité que maladie. Les aliments doux et d'une digestion facile administrés pendant quelque temps n'avaient produit aucun effet avantageux, et l'état de l'enfant, malgré l'emploi de ce moyen, avait été en empirant. Je ne doutai pas qu'il n'y eût là une indication marquée d'administrer l'or métallique, et du 5 novembre 1834 au 17 décembre suivant, la petite Lachenal prit 20 centigrammes d'or divisé, incorporé dans du miel (5 centigrammes pour 32 grammes de miel); on lui donnait tous les matins à jeun une cuillerée à café de ce mélange.

Rien vraiment de plus merveilleux que le changement qui s'opérait dans l'état de cette jeune enfant au fur et à mesure qu'elle avançait dans l'usage du miel aurifère. A peine y avait-il quatre à cinq jours qu'elle en prenait, que le dévoiement fut considérablement diminué, et qu'on ne trouvait plus dans les garde-robes des fragments d'aliments qui avaient traversé, en restant intacts, tout le tube intestinal, et si alors l'appétit n'était point encore revenu, l'enfant du moins paraissait-elle prendre avec plaisir les aliments qu'on lui offrait; mais quelques jours plus tard, elle les demandait, et bientôt avec des cris d'impatience. Dès ce moment le dévoiement cessa, les garde-robes furent régulières, les digestions parfaites, et cette jeune enfant revint à l'état où elle était avant de tomber malade, gaie, sémillante; ses chairs prirent de la vie, de la fermeté; ses jambes se raffermirent.

Tous ces résultats étaient obtenus du 15 au 20 décembre, quand, sans me consulter et sans aucun motif, puisque, à ma recommandation, M. Legendre, pharmacien, fournissait gratuitement à la mère le miel aurifère, elle n'en fit plus prendre à sa fille. Elle eut lieu de s'en repentir; car le 9 janvier 1835, le dévoiement était reparu et s'accompagnait des symptômes précités; ils étaient cependant un peu moins graves.

La jeune Lachenal fut mise cette fois à l'usage de l'oxyde noir de fer, à la dose de 2 centigr. pris tous les matins à jeun; elle en consomma ainsi, du 9 au 19 janvier, 20 centigr. mêlés à du sucre en poudre. A cette dernière époque, son état était visiblement empiré, et je dus céder aux vives sollicitations de la mère, qui me demandait en grâce de donner de nouveau à sa fille le miel qui lui avait fait une première fois tant de bien. Son effet fut encore plus prompt et plus absolu, et il suffit de 20 centigr. d'or divisé, consommés depuis le 20 janvier jusqu'au 17 février suivant, pour rendre à Louise la santé la plus parfaite, toute la gentillesse et toute l'activité de son âge; car, dès les premiers jours de février, elle commença à marcher et n'arrêta plus depuis.

J'ai eu plus plus tard (26 octobre 1836) des nouvelles de cette petite fille, que sa mère avait enmenée avec elle dans les environs de Chambéry, son pays natal.

La mère elle-même m'a appris que sa fille avait continué de jouir pendant quinze mois de la plus parfaite santé, mais qu'elle lui avait été ensuite rapidement enlevée, ainsi qu'un autre enfant, par une fièvre intermittente pernicieuse qui exerça dans ce pays les plus grands ravages, et à laquelle la femme Lachenal elle-même a failli succomber.

Il me reste un dernier fait à enregistrer pour clore la série des observations que j'ai eu occasion de recueillir, et qui démontrent péremptoirement, à mon sens, les propriétés que j'ai attribuées, au début de ce mémoire, aux préparations aurifères en général et plus particulièrement à l'or divisé. Ce dernier exemple résume pour ainsi dire tous les faits précédents; car, dans ce cas, c'est bien l'or métallique, réduit en poudre impalpable, qui a rendu la santé à l'enfant qui fait l'objet de cette observation, alors que deux préparations ferrugineuses avaient été impuissantes pour procurer ce bon résultat.

COQUELUCHE; PLEUROPNEUMONIE DOUBLE; CATARRHE PULMONAIRE ET INTESTINAL PROLONGÉ; INAPPÉTENCE ABSOLUE; AMAIGRISSEMENT RAPIDE; MARASME; INEFFICACITÉ DES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES, DU SIROP AURIFÈRE; GUÉRISON PAR 60 CENTIGRAMMES D'OR DIVISÉ.

OBS. XII. — Le 13 décembre 1838, je visitai la femme Baillet, inscrite à mon bureau de bienfaisance, et dont la fille, âgée de 3 ans et quelques mois, avait la coqueluche déjà depuis plusieurs semaines. Des accidents d'une nature plus grave avaient déterminé la mère à m'appeler, et l'examen des organes de la respiration ainsi que les symptômes généraux ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'une pneumonie double. L'état d'affaiblissement dans lequel je trouvai la petite malade par suite de la maladie antérieure qui avait été fort intense, puisque chaque crise de toux déterminait le vomissement des aliments, ne me permit pas de songer aux émissions sanguines, et j'eus immédiatement recours à l'oxyde blanc d'antimoine à l'intérieur et aux frictions sur la face postérieure de la poitrine avec la pommade d'Autenrieth. En même temps je conseillai les applications émollientes sur la partie antérieure, et l'infusion légère de racine de guimauve pour tisane. La double inflammation pulmonaire parut céder; mais l'affection catarrhale, toujours compliquée de l'élément nerveux qui constitue la coqueluche, persista aussi intense, et la petite Baillet tomba dans un état de prostration qui permit de pressentir une fin prochaine. C'est alors (19) que, malgré un dévoiement assez intense, je prescrivis le sirop aurifère en même temps que je permis un peu de bouillon très-faible et du gruau léger. Les bons effets que j'a-

vais obtenus, dans les cas antérieurs, de cette médication ne se manifestèrent pas cette fois, quoique je fisse prendre deux cuillerées à café du sirop par jour, et le 25 décembre, je le remplaçai par le sous-carbonate de fer pris à la dose de 10 centigrammes de deux en deux heures. Le 27, à cause de l'intensité du dévoiement, je le remplaçai par le malate de fer à la même dose et de la même façon. Le dévoiement parut se calmer; mais la toux était aussi fréquente, quoique évidemment les crises de coqueluche fussent de plus en plus rares, et cette pauvre petite enfant ne reprenait aucune vitalité. Je revins (29) au sirop aurifère, puis (4 janvier) je lui adjoignis le sous-carbonate de fer. Le sirop ne fut pris cette fois qu'à la dose d'une cuillerée le matin à jeun, la préparation ferrugineuse dans l'intervalle à la dose de 10 centigrammes de trois en trois heures. A dater du 12, on ne donna plus que le sirop aurifère seul. Sans doute j'avais réussi à prolonger la vie de cette enfant; mais quoique la toux allât en décroissant, quoiqu'elle prît des aliments bien légers, le dévoiement persistant sans être fort intense, et malgré les applications émollientes qu'on n'avait jamais discontinuées, l'enfant restait toujours dans des conditions de faiblesse si grande, que le retour à la santé devait paraître toujours la chose la plus douteuse.

Le sirop était terminé, et ce fut alors qu'on s'aperçut de la présence d'aliments non digérés dans les garde-robes. Je compris immédiatement pourquoi la faiblesse de ma pauvre malade restait la même malgré les aliments qu'elle prenait, et quoique les accidents catarrhaux diminuassent chaque jour; immédiatement (22 janvier 1833) je conseillai le miel aurifère (20 centigrammes pour 64 grammes de miel) à la dose d'une cuillerée à café matin et soir. L'effet favorable que j'espérais de ce dernier moyen ne se fit pas attendre, et dès le 25, il me suffit de faire prendre une cuillerée à café du miel aurifère chaque jour, celle du matin. En effet, dès ce moment, l'enfant, qui mangeait sans plaisir, parut désirer de jour en jour davantage ses aliments; les garde-robes furent de mieux en mieux liées et de plus en plus homogènes; la physionomie reprit de la vie, et le 29 février, je pus cesser de la voir. Le retour à la santé, qui n'avait vraiment commencé à s'opérer que du moment où elle avait commencé l'usage de l'or divisé, était alors complet; elle en avait pris 80 centigrammes. Cette enfant a continué de se bien porter ensuite jusqu'en 1843, époque où je l'ai perdue de vue.

Je termine ce mémoire en signalant un autre mode d'action des préparations d'or, et c'est encore une action réparatrice, mais dont les effets, au lieu de se faire remarquer pour toute l'économie en général, sont tout à fait locaux. Ces effets sont si saillants que je n'eus pas besoin de les signaler à M. Kapeler. J'eus occasion de conduire ce médecin distingué chez un nommé G..., qui portait à la jambe de vastes ulcères syphilitiques. Ces ulcères avaient résisté aux mercuriaux administrés sous toutes les formes, et sous l'influence d'un traitement par la méthode aurifère, ils se cicatrisaient rapidement; de sorte qu'on avait en même temps sous les yeux des cicatrices anciennes obtenues sous l'influence de traitements mercuriels antérieurs, et d'autres toutes nouvelles se formant chaque jour sous l'influence curative de l'or. M. Kapeler, à la vue de ces deux ordres de cicatrices, fit remarquer que les plus anciennes étaient désagréables à la vue, couturées, profondes, comme sont enfin la plupart des cicatrices des ulcérations qui ont produit de grandes pertes de substance, tandis que ces dernières étaient linéaires, superficielles, de la couleur de la peau, et les ulcérations qu'elles recouvraient avaient eu 5 à 6 lignes au moins de profondeur. Sur-le-champ M. Kapeler me dit : *L'or a donc une puissance restauratrice?* J'ai, du reste, souvent été à même d'observer cette action locale de l'or, et chez plusieurs scrofuleux que j'ai traités, j'ai vu de vastes ulcères, tous avec perte considérable de substance, se refermer par des cicatrices à peine visibles et nullement sensibles au toucher.

Je ne terminerai pas ce mémoire sans faire ressortir une double considération que je ne crois pas sans importance :

1° C'est qu'on ne saurait plus maintenant établir aucun point de comparaison entre l'action qu'exercent les préparations d'or sur notre économie et celle qui résulte de l'administration des préparations mercurielles;

2° C'est que si, parmi les agents thérapeutiques plus connus, on voulait en trouver dont les effets offrissent quelque analogie avec ceux que produisent les préparations d'or, il faudrait, comme l'a fait dans son rapport et avec sa sagacité ordinaire M. le professeur Roux, désigner les préparations ferrugineuses. L'action favorable de ces dernières sur les organes de la digestion a été en effet bien des fois constatée; mais tout en reconnaissant cette analogie, je ne crois pas que cette action bienfaisante soit absolument comparable à celle que l'or produit presque constamment.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

1° APOPLEXIE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ET DU RAMOLLISSEMENT.

On sait avec quelle simplicité, quelle lucidité, quel degré de précision sont exposés, dans certains ouvrages, les signes diagnostiques différentiels des altérations cérébrales. Mais cette simplicité, cette lucidité, cette précision sont plus apparentes et plus artificieuses que réelles. Nous ne nous rappelons plus quel auteur a dit que les LETTRES SUR L'ENCÉPHALE marquaient la limite ascendante de la prétendue certitude du diagnostic des maladies cérébrales, et qu'arrivée à ce point cette certitude n'avait plus qu'à décroître. Cette certitude a décru en effet; elle a perdu de jour en jour, devant l'épreuve clinique, quelque peu de ce prestige qu'elle avait emprunté à la spéculation théorique. Il n'est pas de jour qu'une observation attentive, exacte et sans préjugé ne vienne réduire à leur juste valeur les prétentions d'un diagnostic plus spécieux et plus systématique que rigoureux. Il est regrettable, sans doute, que l'expérience ne vienne pas confirmer l'exactitude de ces ingénieuses distinctions qui donnaient au diagnostic des affections cérébrales l'apparence d'une si séduisante simplicité; mais ce qu'il importe avant tout, c'est de ne pas dissimuler les difficultés sous le prétexte de les aplanir, c'est d'exposer la vérité dans tout son jour, afin que les jeunes praticiens, à qui ceci s'adresse plus spécialement, ne s'exposent pas à affirmer et à trancher là où les maîtres les plus expérimentés ne craignent pas de se maintenir dans les termes du doute et d'une sage réserve.

Ces réflexions nous sont inspirées par quelques faits qui viennent de se passer tout récemment sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu et par les considérations dont ils ont été l'objet de la part de M. le professeur Chomel.

OBS. I. — Un homme âgé de 67 ans, concierge de son état, était occupé à balayer les escaliers de sa maison, lorsque s'étant pris de querelle avec une domestique, et s'étant laissé aller à un violent accès de colère, il tomba sans mouvement dans l'escalier, sans toutefois avoir perdu connaissance. On l'apporta aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Il avait tout le côté gauche dans un état de résolution complète; l'intelligence, d'abord intacte, s'était promptement altérée; il y avait un peu d'accélération dans le pouls. Le lendemain il se manifesta dans les membres sains *une légère contracture et quelques mouvements convulsifs.* Du reste, pas de paralysie du rectum, ni de la vessie. Cet homme succomba le surlendemain de son entrée à l'hôpital, après quelques alternatives de *convulsions* et de *résolution des membres.* A l'autopsie on trouva un *épanchement de sang considérable dans les ventricules*, avec une légère déchirure à la paroi postérieure du ventricule gauche.

OBS. II.—Une femme, âgée de 77 ans, fut frappée d'hémiplégie, le 20 novembre dernier, à la suite d'un léger étourdissement, sans perte de connaissance. Transportée le jour même à l'Hôtel-Dieu, on constata l'état suivant : dans tout le côté droit de la face, dans le bras et la jambe du même côté, le mouvement et la sensibilité étaient abolis, complétement du moins dans les parties supérieures, incomplétement dans l'extrémité inférieure. Lorsqu'on lui pinçait fortement la jambe, elle exprimait un vague sentiment de douleur, mais sans qu'il lui fût possible de la rapporter à son véritable siége. L'intelligence était obtuse; les réponses lentes et difficiles. La langue sortait droite; mais la bouche était déviée. Il y avait de la difficulté dans la déglutition. Tel était l'état de la malade à son entrée à l'hôpital. Cet état s'est modifié sensiblement les jours suivants. La parole s'est de plus en plus embarrassée, l'intelligence est devenue plus obtuse; le pouls a acquis un peu de fréquence. Mais en même temps que ces symptômes semblaient acquérir plus d'intensité, la paralysie loin d'augmenter paraissait au contraire s'amender; en excitant les membres, on provoquait un sentiment de douleur plus nettement perçu et de vagues mouvements. En même temps, il se développait une escarre au sacrum. Nonobstant un peu d'amélioration dans l'état des parties frappées de paralysie; le pronostic n'en conservait pas moins de gravité. Cette femme, bien que probablement vouée à une terminaison fatale, vit encore au moment où nous écrivons ces lignes.

Il y avait, comme on le voit, une grande analogie dans l'état de ces deux malades, sauf cependant cette différence que, chez le premier, il y avait dans le côté sain de la roideur et par instants même des mouvements convulsifs. Ces deux malades ont-ils une même affection, ou, en d'autres termes, les symptômes qu'ils ont présentés accusent-ils une même lésion organique?

Il est des cas, rares il est vrai, où une hémiplégie se manifeste sans qu'il y ait aucune lésion permanente des centres nerveux. Quelquefois c'est une hémiplégie passagère, de courte durée, une sorte d'engourdissement momentané du bras et de la jambe d'un même côté, qui dure quelques instants et cesse ensuite complétement, soit à la suite d'un vomissement ou de sécrétions alvines abondantes. Les hystériques présentent des exemples assez communs de ces sortes de paralysies plus ou moins passagères, sans désordre local dans les centres nerveux; mais à part ce dernier cas, qu'il ne serait pas possible de confondre longtemps avec une affection cérébrale, les hémiplégies sans lésions des centres nerveux son un fait exceptionnel. Si l'on fait abstraction de ces circonstances rares, l'hémiplégie est un signe certain d'une altération du cerveau. Mais elle a une signification très-différente, suivant qu'elle est aiguë, soudaine, ou qu'elle ne se manifeste que d'une manière lente, graduelle, qu'elle affecte en un mot une marche chronique. L'hémiplégie qui a lieu d'une manière soudaine ne se rattache guère qu'à deux lésions, à l'hémorrhagie ou au ramollissement du cerveau. Existe-t-il des signes diagnostiques, des caractères cliniques suffisants pour distinguer ces deux causes organiques de l'hémiplégie? Telle est la question que s'est proposée M. Chomel en présence de ces deux faits.

En théorie, il semblerait que l'on dût pouvoir distinguer aisément les phénomènes produits par l'hémorrhagie cérébrale de ceux qui sont dus au ramollissement. Il n'en est pas ainsi au lit des malades. Plus d'une fois les caractères assignés à chacun de ces états se sont trouvés être en contradiction avec les faits, et l'incertitude a été le résultat de cette confusion. Voici quelques-uns des exemples qu'a cités à cette occasion M. Chomel.

Obs. III. — Un jeune garçon, étant sur la place de Grève pour se faire embaucher, sentit un engourdissement dans un bras, avec de la gêne dans les mouvements; cette gêne et cet engourdissement allant croissant, il fut bientôt obligé de rentrer chez lui où il put se transporter à pied. Ce ne fut qu'au bout de vingt-quatre heures que, voyant cette gêne dans les mouvements augmenter toujours, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Là l'altération de la locomotilité et de la sensibilité s'accrurent rapidement, l'intelligence s'altéra à son tour; le malade tomba dans un état comateux et succomba. On croyait avoir eu affaire à un cas de ramollissement, l'autopsie démontra que ce qui avait causé ces phénomènes observés pendant la vie était une hémorrhagie.

Obs. IV. — Un homme, en voyage dans les environs de Paris, tomba tout à coup sans connaissance et frappé d'hémiplégie. Apporté dans cet état à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Agnès, n° 15), il revint à lui et recouvra assez nettement ses facultés pour qu'on pût apprendre de lui qu'il n'avait jamais été malade, et que les jours précédents il n'avait éprouvé aucune incommodité. Il venait de faire un voyage de trente lieues sans avoir éprouvé le moindre malaise. C'était certainement là un de ces exemples de la plus grande soudaineté possible d'une attaque d'apoplexie. Tout portait à croire à l'existence d'une hémorrhagie. A l'autopsie, on trouva un ramollissement.

Dans ces deux exemples, on voit : ici un ramollissement qui produit les effets de l'apoplexie foudroyante; là une hémorrhagie qui donne lieu à des phénomènes paralytiques à marche lente et graduelle.

Chez le malade du n° 15 dont il vient d'être question, il est survenu des phénomènes convulsifs. Ces phénomènes convulsifs ont été considérés par beaucoup de médecins comme des signes appartenant au ramollissement. Cependant M. Durand-Fardel, dont on connaît les importantes recherches sur ce sujet, est arrivé à un résultat tout différent. Il a reconnu, au contraire, que la contracture et les convulsions appartenaient plutôt à l'hémorrhagie qu'au ramollissement. Il a cru voir que cela arrivait particulièrement lorsque le caillot hémorrhagique déchire peu à peu et désagrége graduellement par son propre poids la substance cérébrale. Ce serait bien, en effet, là la circonstance qui expliquerait les phénomènes convulsifs observés chez le malade qui fait le sujet de ces réflexions.

En résumé, dit M. Chomel, les phénomènes de vertige, d'engourdissements, de convulsions d'un côté du corps, appartiennent aux signes précurseurs de l'hémorrhagie autant qu'à ceux du ramollissement. Ce qui darait appartenir plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie, ce sont les alternatives dans l'exercice des fonctions intellectuelles, du mouvement et du sentiment. Il y a lieu de soupçonner aussi un ramollissement plutôt qu'une hémorrhagie lorsque, avec une hémiplégie complète, intense, coïncide la conservation de l'intelligence. Cependant cette relation ne saurait être considérée comme l'expression d'une loi constante, puisque, chez le malade du n° 15, il y avait conservation de l'intelligence avec hémiplégie complète. Il y a, comme on le voit, quelques circonstances qui peuvent être considérées comme constituant des signes diagnostiques; mais les faits démontrent qu'il ne faut pas attacher à ces signes une valeur absolue, comme on le fait trop souvent.

2° DE LA TERMINAISON DES PHLEGMASIES AIGUES DU POUMON PAR INDURATION.

Il est un mode de terminaison des phlegmasies auquel les auteurs ne semblent pas avoir attaché une importance suffisante, et qui méritait cependant toute leur attention par les graves conséquences auxquelles il peut ultérieurement donner lieu, lorsqu'il s'agit surtout d'organes essentiels à la vie : nous voulons parler de la terminaison par induration. Nous avons eu l'occasion d'observer il y a quelque temps, dans le service de M. Rayer, à la Charité, un exemple assez remarquable de ce genre de terminaison dans un cas de pneumonie; en voici la relation sommaire.

PNEUMONIE AIGUE TERMINÉE PAR INDURATION CHEZ UNE FEMME AGÉE.

Obs. — Une femme d'un âge avancé entra à la Charité, dans le service de M. Rayer, pour une pneumonie au deuxième degré occupant un seul poumon. Nous ne rappellerons pas ici les symptômes et les signes stéthoscopiques; ils étaient on ne peut plus caractéristiques d'une inflammation aiguë franche du poumon, avec tous les symptômes d'une réaction fébrile intense. Sous l'influence de quelques saignées au début, suivies de l'administration du tartre stibié, la réaction fébrile ne tarda pas à tomber au bout de quelques jours. Tous les symptômes de la pneumonie, la toux, l'oppression, le point de côté, l'expectoration caractéristique, étaient également dissipés; cependant, en auscultant la malade, on entendait encore un bruit de souffle persistant dans la région du poumon qui avait été le siége de la phlegmasie, et la percussion sur cette même région rendait un son complétement mat, tandis que, dans tous les autres points, la résonnance et l'expansion vésiculaire étaient tout à fait normales. En un mot, tandis que tous les symptômes de la pneumonie étaient entièrement dissipés, les signes stéthoscopiques de la lésion pulmonaire semblaient persister. On se demanda un instant si l'on n'avait point affaire à une masse tuberculeuse autour de laquelle se serait développée la phlegmasie pulmonaire, laquelle, en se dissipant, aurait laissé à découvert, si l'on peut s'exprimer ainsi, la lésion primitivement existante; mais les antécédents de la malade, qui affirmait n'avoir jamais été sujette à la toux, n'avoir jamais eu d'hémoptysie ni de crachements de sang, l'absence absolue de signes de tubercules dans l'autre poumon, la constitution de cette femme, son embonpoint, l'état de conservation de ses forces, enfin son âge, tout éloignait l'idée d'une tuberculisation du poumon, soit ancienne, soit récente. Une hypothèse beaucoup plus naturelle consistait à admettre la persistance d'une induration du poumon tendant à se perpétuer à l'état chronique. La malade fut gardée pendant quelque temps en observation dans les salles; et bien que sa santé fût parfaitement rétablie, qu'elle n'éprouvât même pas de gêne notable dans la respiration, et qu'elle fût depuis longtemps au régime des personnes en santé, on constata encore, à l'époque de sa sortie, la persistance des mêmes phénomènes stéthoscopiques.

La terminaison de la pneumonie, par une résolution incomplète ou par induration chronique, apyrétique, n'est pas sans exemple, quoiqu'il n'en soit presque point fait mention dans les traités classiques. Ce mode de terminaison s'observe particulièrement chez les vieillards. M. Rayer s'est rappelé, à l'occasion de ce fait, en avoir observé plusieurs exemples; il a été signalé d'ailleurs avec quelques développements dans l'excellent travail publié en 1836, par MM. Hourmann et Dechambre, sur la pneumonie des vieillards. Voici ce qu'on lit sur ce sujet dans ce mémoire : « La guérison *complète* d'une pneumonie est, on peut le dire, rare chez les vieillards. Nous voyons des femmes sortir des salles de l'infirmerie après avoir recouvré l'appétit, les forces, en un mot toutes les apparences de la santé, et si l'on continue de pratiquer l'auscultation chez elles, on trouve encore des râles variés au niveau des points du poumon qui ont été affectés. Ces râles cessent et reviennent alternativement, puis s'établissent d'une manière définitive. Les vieilles femmes continuent de tousser légèrement, sans se plaindre d'ailleurs d'aucun malaise. Tout à coup l'inflammation mal éteinte prend de l'acuité, et les force à rentrer à l'infirmerie. Nous en avons vu un assez grand nombre revenir dans nos salles trois, quatre, cinq fois, pour des pneumonies auxquelles elles finissent par succomber. A l'autopsie, on trouve dans les poumons des noyaux d'induration chronique reconnaissables à leur aspect ardoisé, mêlés à une hépatisation rouge de date récente, et qu'environne une congestion sanguine plus ou moins étendue. »

Nul doute que ce ne soit là le cas de la malade en question, que la persistance de la matité et du bruit de souffle que l'on entend dans les points précédemment phlegmasiés ne soient l'indice d'un *reliquat* de la pneumonie non résolue. Telle est aussi l'opinion de M. Rayer. On conçoit toute la prudence et la réserve qu'exige le régime chez de pareils sujets, qui, bien que pouvant jouir de toutes les apparences d'une santé parfaite avec un pareil *reliquat* de phlegmasie, portent en eux une cause incessante de récidive qui doit tôt ou tard amener une terminaison funeste.

3° REIN MOBILE.

Obs. — Une femme, entrée dans les salles de M. Rayer pour une maladie légère, de peu d'importance, nous a offert un exemple d'une anomalie particulière du rein, sur laquelle M. Rayer a l'un des premiers appelé l'attention, ou dont, le premier du moins que nous sachions, il a constaté et établi les signes et les symptômes, de manière à éviter désormais les méprises et les erreurs quelquefois assez préjudiciables auxquelles cette anomalie a plus d'une fois pu donner lieu; nous voulons parler de la mobilité et du déplacement du rein. Chez la malade en question, on sentait dans la région lombaire gauche une sorte de dépression, un véritable vide dans le lieu habituellement occupé par le rein, ce qui devenait surtout très-évident par la comparaison avec le côté opposé. Mais en explorant toute cette région avec soin, on trouvait un peu plus inférieurement et en dehors une tumeur mobile cédant et fuyant presque sous les doigts. Lorsqu'on parvenait à la fixer, on sentait assez distinctement que cette tumeur était dure, qu'elle avait, autant que l'épaisseur des parties molles sus-jacentes permettait de l'apprécier, la consistance et le volume du rein opposé. La palpation n'y déterminait d'ailleurs aucune sensibilité. On pouvait la déplacer à volonté avec la plus grande facilité, sans que la malade parût en ressentir la moindre douleur. Cette femme n'éprouvait d'autres symptômes habituels qu'une certaine gêne et parfois une sensation de tiraillement dans le bas-ventre; aucune de ses fonctions n'était d'ailleurs sensiblement altérée. L'excrétion urinaire ne présentait rien d'anormal.

D'après les observations de M. Rayer, le rein droit est beaucoup plus fréquemment le siége de cette anomalie que le rein gauche; la mobilité du rein est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle coïncide le plus souvent avec une augmentation du volume du foie, avec un déplacement de l'intestin ou de l'utérus; elle peut aussi être la conséquence d'une disposition

particulière du péritoine, d'une flexuosité des vaisseaux rénaux, etc. Des grossesses multipliées, des efforts pour soulever des fardeaux, lui ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement. Les symptômes les plus ordinaires sont une douleur dans la région lombaire, se propageant quelquefois dans la direction des nerfs lombaires et cruraux, un sentiment habituel de faiblesse et de malaise dans le bas-ventre. Il s'y joint parfois les phénomènes d'une péritonite déterminée probablement par les tiraillements qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres fois la mobilité du rein donne lieu à des accidents variés analogues à ceux dont se plaignent les hypocondriaques.

M. Rayer cite en particulier le cas d'un médecin très-connu qui, se sentant une tumeur dans le flanc, avec quelques douleurs habituelles dans cette région, avait conçu une inquiétude très-vive sur son état, et qui ayant consulté plusieurs de ses confrères en avait recueilli les avis les plus divers. Consulté à son tour, M. Rayer le rassura en lui faisant connaître les faits en question, et depuis lors l'état stationnaire de cette tumeur, qui avait tant tourmenté ce médecin, a dû lui prouver l'exactitude de ce diagnostic rassurant.

Quant au traitement, il est évident qu'on ne peut en attendre d'autre résultat qu'un effet purement palliatif. L'expérience a démontré à M. Rayer qu'il suffisait le plus souvent de maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée pour faire cesser ou rendre supportable la douleur occasionnée par un rein mobile. Lorsque les douleurs lombaires sont très-aiguës et qu'il existe des symptômes de péritonite ou d'entérite concomitants, il s'est bien trouvé, momentanément au moins, de l'application d'un certain nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées et de topiques émollients et narcotiques, ainsi que des bains tièdes. Enfin, la constipation, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des laxatifs, afin de prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robes.

4° SCIATIQUE; GUÉRISON PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

OBS.—Au nº 7 de la salle Saint-Lazare (Hôtel-Dieu, service dirigé par M. Tessier), est couché un Italien, affecté d'une névralgie sciatique du côté droit durant depuis deux mois. Ce malade a eu dans sa jeunesse une affection syphilitique. M. Tessier prescrit le julep suivant :

Prenez : Eau sucrée. . . . 125 grammes.
Acide arsénieux . 1 milligramme.
Pour tisane : Gomme sucrée.

Le malade prend cette potion pendant trois jours consécutifs, le 16, le 17 et le 18 octobre. Voici ce que l'on constate le 19 à la visite. La veille, le malade avait ressenti après la visite des frissons ; pendant la journée il éprouva des douleurs à la région épigastrique, des coliques accompagnées de diarrhée et des frissons dans les lombes. Le 19 au matin, le malade éprouve encore des frissons dans les lombes. Il a de la diarrhée; de plus, il ressent des douleurs à la cuisse gauche qui n'était pas douloureuse jusqu'alors; mais les douleurs très-vives qu'il ressentait auparavant à la cuisse droite étaient complétement dissipées depuis le 18.

L'acide arsénieux est encore prescrit le 19, mais à une dose moindre; au lieu de 1 milligramme, on ne prescrit que 0,0002 d'acide arsénieux.

Le 20, le malade est dans un état satisfaisant. Il n'a plus eu, depuis la veille, ni frissons ni douleur épigastrique; il ne ressent plus aucune douleur dans la cuisse droite. La douleur qui s'était manifestée un moment dans la cuisse gauche s'est dissipée. On supprime la portion arsenicale et on donne des aliments.

Le 21, le malade a sué dans la nuit; il a de l'appétit. (Deux portions; gomme sucrée.)

22. Le malade dit avoir encore de la diarrhée, symptôme qu'il n'avait pas accusé dans les trois jours précédents. Cette diarrhée date du 18 octobre. (On réduit le régime et on ne donne que du bouillon et de la soupe.)

23. La diarrhée a cessé. (Demi-portion.)

Ce malade est resté encore quelques jours à l'hôpital, sans qu'il ait ressenti aucune nouvelle douleur.

La sciatique, qui durait depuis deux mois, a cédé en quatre jours à l'administration de l'acide arsénieux.

Quelque réservé que l'on doive se montrer dans l'appréciation des effets d'un agent thérapeutique, on ne saurait se refuser à reconnaître ici une action aussi prompte qu'efficace. Comment a agi l'acide arsénieux dans cette circonstance? A quelle indication répond-il? Quels sont les résultats qu'on pourrait s'en promettre à l'avenir dans de pareilles circonstances? Ce sont là tout autant de questions difficiles à résoudre. Si l'on voulait se payer d'un mot, on pourrait dire que l'arsenic a agi à la manière des substances altérantes, qu'il a modifié l'organisme par une action générale sur la crase des humeurs, et par suite sur le système nerveux affecté. Mais serait-on beaucoup plus avancé, et cette théorie éclairerait-elle beaucoup, pour l'avenir, sur la nature des indications qui réclameraient l'emploi de ce médicament. Tout ce que l'on peut dire dans l'état actuel, c'est que c'est là une médication empirique énergique dont on peut, dans des circonstances fort diverses, obtenir des résultats plus ou moins brillants, mais dont l'application doit être faite avec d'autant plus de prudence et de réserve, qu'on n'agit qu'en tâtonnant et que l'intoxication est toujours à côté de l'action thérapeutique.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOUNAUX BELGES.

I. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation d'abcès rétro-pharyngien ayant présenté les symptômes du croup;* par M. Bessems. 2° *Péritonite ; étranglement d'une petite portion de l'intestin grêle dans le canal inguinal, découvert après la mort;* par M. Gouzée. 3° *L'accouchement prématuré peut-il être provoqué dans les convulsions puerpérales survenant entre le septième et le neuvième mois de la grossesse? Oui ;* par M. Van Meerbeeck. 4° *Observation d'éclampsie terminée par l'accouchement prématuré;* par M. Van Haesendonck. 5° *Douleurs rhumatismales chroniques siégeant dans la partie moyenne des vertèbres dorsales, enlevées au bout de quelques jours au moyen de la vératrine;* par M. Berchem. 6° *Observations du bec-de-lièvre ; suivies de quelques remarques pratiques sur l'opération que réclame cette difformité;* par M. Heyleu. (Pour éviter l'échancrure du bord libre de la lèvre, échancrure dont la persistance presque constante a tant préoccupé les chirurgiens, M. Heyleu croit que le meilleur moyen, préférable même à ceux le plus récemment préconisés, est de tailler, en faisant l'avivement, des lambeaux aussi l.rges que possible.) 7° *Affection cérébrale guérie par l'emploi du calomel ;* par M. Van Hoof. 8° *Fièvre miliaire terminée par la mort;* par le même.

OBSERVATION D'ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN AYANT PRÉSENTÉ LES SYMPTÔMES DU CROUP; par M. BESSEMS.

L'incertitude de diagnostic dont cette observation offre un exemple n'est point chose rare dans les annales de la médecine pratique. Quoique pour éviter de commettre cette méprise il suffise de songer à sa possibilité, on a vu plusieurs fois (et nous en avons nous-mêmes cité un cas, V. GAZ. MÉD., 1842, p. 395), que l'abcès méconnu et non ouvert a entraîné la mort par suffocation. Il importe donc de raviver de temps en temps l'attention des médecins sur ce point de diagnostic; c'est dans ce but que nous rapportons le fait de M. Bessems.

OBS. — Le neveu de l'auteur, Henri Bessems, âgé de 2 ans et demi, fut pris, le 14 février 1845, de fièvre avec roideur de la tête, immobilité du cou et douleur lorsqu'on voulait lui imprimer un mouvement de rotation. Comme il n'y avait de tumeur en aucun point de la surface tégumentaire de cette région, ni rien d'anormal à l'arrière-gorge, que la déglutition et la voix étaient naturelles, on ne prescrivit qu'un purgatif, de la flanelle autour du cou, et l'état morbide céda entièrement, sauf un peu de gêne encore lorsque l'enfant tournait la tête.

Le 25 du même mois, la fièvre revint avec les autres symptômes. Le 27, il s'y joignit un peu de difficulté à avaler. Le 28 se déclara une toux forte et fréquente, que 10 centigrammes de kermès dans une potion gommeuse calmèrent. Néanmoins la fièvre persista, les amygdales étaient un peu tuméfiées, le pharynx rouge, ainsi que les piliers et le voile du palais. Cet état se prononçant de plus en plus, on appliqua, le 1er mars, dans la soirée, six sangsues au devant du cou et on continua la portion kermétisée, qui provoquait quelques vomissements.

Le même jour, à neuf heures du soir, il y avait eu deux accès de toux avec suffocation ; la respiration, très-difficile, s'accompagnait d'un sifflement laryngien très-prononcé; l'expiration était aussi prolongée que l'inspiration, la toux et les cris rauques, sourds et comme étouffés. Bruit respiratoire diminué dans toute la poitrine et presque complétement masqué par le sifflement laryngien et par un peu de râle ronflant ; déglutition des solides impossible, fièvre intense.

La grande ressemblance de ces symptômes avec ceux du croup fit penser à l'existence de cette maladie, malgré l'absence de fausses membranes sur le pharynx et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. (Encore six sangsues, frictions mercurielles, vésicatoire à la nuque, sinapismes, lavement purgatif, émétique à dose vomitive.)

Peu à peu, la respiration devint de plus en plus difficile et sifflante, yeux enfoncés dans l'orbite, face et lèvres bleuâtres, extrémités froides, pouls petit, misérable, agitation continuelle. De temps en temps l'assoupissement reprenait le dessus ; alors la respiration devenait stertoreuse et le pouls insensible, jusqu'à ce qu'on eût réveillé la vie, près de s'éteindre, par quelque stimulation qui provoquait l'expuition des glaires.

M. le docteur Bessems réfléchissant que l'aggravation des symptômes était graduelle et la marche de la maladie exempte de ces exacerbations qui sont le

type caractéristique du croup, ceci lui fit concevoir quelques doutes sur la vérité du diagnostic. Portant le doigt dans l'arrière-gorge, il trouva que la paroi postérieure du pharynx formait une saillie qui venait s'appliquer sur l'ouverture de la glotte. Lisse, molle, évidemment fluctuante, cette tumeur ne finissait pas nettement en bas ; en haut elle s'arrêtait à un pouce environ du sommet du pharynx. Après avoir inutilement essayé de la perforer avec l'ongle, il fit pénétrer jusqu'à elle le pharyngotome de J.-L. Petit, conduit le long de l'indicateur gauche : puis cet instrument fut plongé aussi bas que possible dans la tumeur, et par un mouvement rapide de bascule, en incisa la paroi antérieure. Près de 90 grammes de pus de bonne nature s'échappèrent immédiatement. L'amélioration fut instantanée, et trois jours après, la guérison était complète.

Des considérations générales sur les abcès rétro-pharyngiens suivent cette observation intéressante. Comme elles n'ajoutent aucune vue pratique bien importante à ce que l'on connaissait déjà à cet égard, nous nous abstiendrons de les rapporter ici, renvoyant, pour ce sujet, à l'essai sur l'histoire de la maladie, fort bien tracé dès 1841 par M. Mondière, dont nous donnâmes à cette époque une analyse détaillée (v. Gaz. Méd., 1842, p. 394), ainsi qu'aux réflexions dont nous l'accompagnâmes.

Péritonite ; étranglement d'une portion d'intestin grêle dans le canal inguinal découvert après la mort ; par M. Gouzée.

Obs. — Un soldat âgé de 21 ans fut apporté à l'hôpital militaire le 5 novembre 1845, à cinq heures du matin. La veille, il avait senti pendant la nuit des coliques qui bientôt s'étaient accompagnées de vomissements et de suppression des selles. Il n'avait jamais été malade et n'était sujet à aucune infirmité, seulement il avait éprouvé quelques atteintes de coliques cinq ou six mois auparavant.

L'abdomen était douloureux, surtout dans la région ombilicale, où le moindre attouchement était insupportable. Il n'existait de trace de tumeur sur aucun point du ventre. Pouls petit et fréquent, soif vive ; plaintes et jactitation continuelles.

Contre ces phénomènes, signes évidents de péritonite, un traitement antiphlogistique énergique fut ordonné. Mais vers deux heures après midi, neuf heures après l'entrée du malade à l'hôpital, il fut tout à coup pris d'un copieux vomissement, dans lequel les assistants crurent remarquer des matières fécales, et il expira immédiatement après.

Autopsie. — On trouva une petite portion de l'iléon, grosse comme une noisette, qui était engagée et serrée dans le canal inguinal droit. Les deux tiers environ de l'anse intestinale étaient pelotonnés et fortement comprimés dans cette ouverture. Il n'existait pas d'accumulation de matières fécales dans les parties voisines de l'intestin hernié. Le péritoine était le siége d'une vive injection. Cette rougeur, fortement prononcée dans la région ombilicale, diminuait vers la région inférieure où elle disparaissait entièrement ; la portion intestinale serrée dans le canal inguinal avait une couleur rouge foncé ; cette coloration était parfaitement limitée à l'étranglement. La séreuse péritonéale enflammée ne présentait nulle part des traces d'exsudation.

— Malgré la concision de cette narration et l'absence regrettable de quelques détails relatifs, soit à l'état du collet du sac herniaire, soit à la force avec laquelle l'intestin était retenu dans le canal inguinal, le fait précédent nous paraît propre à éclairer deux points importants, savoir :

1° Que, contrairement à l'opinion émise en 1840 par M. Malgaigne, une hernie *inguinale* peut fort bien s'étrangler dès le premier moment où elle s'est formée, fait en opposition directe avec la doctrine qui attribue exclusivement au collet du sac la faculté d'étrangler ;

2° Que les soins les plus minutieux doivent être apportés à rechercher une tumeur herniaire à l'aine et à l'ombilic, toutes les fois que des symptômes tranchés d'étranglement herniaire se manifestent ; car on ne peut s'empêcher de songer que, dans ce cas même, une investigation plus scrupuleuse, effectuée par plusieurs personnes, réitérée à diverses reprises, aurait peut-être suffi pour permettre d'employer à temps le seul remède qui pût sauver le malade, l'opération.

L'accouchement prématuré peut-il être provoqué dans les convulsions puerpérales survenant entre le septième et le neuvième mois de la grossesse ? oui ; par Van Meerbeeck.

Observation d'éclampsie terminée par l'accouchement prématuré ; par M. Haesendonck.

Le premier de ces deux travaux ne contient guère d'autre document intéressant que la solution très-explicitement affirmative que l'auteur donne à la question posée. Il est vrai, comme il en fait la remarque, que nul écrivain n'avait encore traité *ex professo* de ce sujet spécial. Mais le mérite d'avoir conseillé l'accouchement prématuré dans le cas d'éclampsie ne saurait pour cela être légitimement revendiqué par lui. Outre les recommandations entièrement dans ce sens que contiennent l'article de M. Dezeimeris (Dict. en 25 vol., t. I, p. 425), les traités de M. Velpeau (t. II, p. 412) et de M. Cazeaux (p. 765), on sait que cette opération a été exécutée avec succès pour l'éclampsie, dès 1830, par M. Lovati : aussi M. Fermiot voit dans l'éclampsie un cas qui nécessite la provocation de l'accouchement avant terme (Thèses de Strasbourg, 1836), et M. Hofmann place les convulsions puerpérales parmi les indications les plus positives qui puissent justifier une semblable conduite (v. Gaz. Méd., 1844, p. 208). On voit, d'après ce résumé bien incomplet, que le mémoire de M. Van Meerbeeck, d'ailleurs écrit avec une netteté attachante et une chaleur de bon goût, ne saurait en aucune manière être considéré comme ouvrant à la pratique, sous ce rapport, une voie qui lui eût été jusqu'ici fermée.

Passons maintenant au cas rapporté par M. Van Haesendonck.

Obs.—L'auteur fut appelé, le 4 novembre 1845, vers sept heures du soir, chez une femme de 41 ans, bien constituée, de bonne santé et enceinte de huit mois. Elle souffrait de légères attaques convulsives partielles, bornées aux membres ; vue égarée, face bouffie, yeux injectés, pouls fortement développé, dur, mais lent. Elle ne répondait pas aux questions que le médecin lui adressa. Bientôt après, la patiente eut une seconde attaque plus intense, avec contractions convulsives de la face, écume de la bouche, symptômes qui, après cinq minutes environ de durée, firent place à un état soporeux, lequel se prolongea au moins un quart d'heure. (Saignée de 470 grammes, fomentations froides sur la tête, sinapismes aux pieds.)

Demi-heure ou trois quarts d'heure après, nouvelle attaque plus forte suivie d'un état apoplectique plus prolongé (15 sangsues à la tête). Elle reprit connaissance, mais pour retomber, au bout d'un intervalle très-court, dans une attaque semblable. Cependant aucune action du côté de la matrice n'était appréciable. (Le docteur H., appelé en consultation à onze heures du soir, fit appliquer des fomentations vinaigrées sur le ventre). L'état sporeux étant maintenant continu et le pouls demeurant dur, on fit une seconde saignée très-copieuse ; vésicatoires aux jambes.

Malgré ces moyens, une heure plus tard, le visage devint violet, les lèvres blafardes, les membres pendants, comme paralysés ; la respiration, jusque-là lente, se fit rapide, irrégulière, presque stertoreuse ; le pouls tomba, s'effaça complétement par moments ; un râle trachéal croissant faisait appréhender la suffocation.

Dans cet état, et voyant l'inutilité des moyens de traitement prescrits, on prit la résolution de terminer l'accouchement s'il y avait possibilité. M. Van Haesendonck trouva, en touchant, une très-petite dilatation du col de la matrice, ce qui l'encouragea à procéder à la délivrance artificielle. Après qu'il eut rompu les membranes, le liquide amniotique s'écoula ; on remarqua quelques contractions utérines, auxquelles succédèrent de temps à autre de légères douleurs, à la suite desquelles la tête du fœtus descendit jusque dans le petit bassin. Quoique les douleurs continuassent, elles étaient cependant trop faibles pour amener la délivrance. L'auteur résolut donc d'avoir recours au forceps pour terminer l'accouchement, et quelques instants après il amena un fœtus mort et non entièrement développé. Il était alors deux heures de relevée.

Une amélioration notable suivit immédiatement la délivrance, la respiration devint moins stertoreuse, le pouls se releva et se régularisa. Toutefois l'état sporeux persista jusqu'au lendemain quatre heures du matin, malgré les excitants employés pour tirer la malade de son évanouissement. Enfin, elle se réveilla sans nul souvenir du passé. (Il est très-probable, quoiqu'aucun autre renseignement ne soit donné, que la guérison eut lieu.)

— Ce résultat est certes un beau succès ; mais on ne pourrait, sans équivoquer sur les mots, le présenter comme un exemple d'accouchement prématuré réellement *provoqué*. Ici le travail a été, non pas *sollicité*, mais *effectué* par la main. Ç'a été bien plutôt le procédé de Puzos que celui auquel on a attaché le nom de Macauley. Or la différence ici est dans les choses mêmes. On conçoit, en effet, que M. Haesendonck ayant trouvé le travail commencé par la nature, il n'y avait plus pour lui ni la même responsabilité ni les mêmes difficultés que s'il eût eu à en provoquer le développement *ab initio*. Un travail déjà commencé et la résolution d'en précipiter la marche le placent dans des conditions qui ne sont point celles où se trouve l'opérateur qui veut entreprendre l'accouchement provoqué proprement dit. Ici la sortie du fœtus eut lieu en douze heures environ ; elle fut puissamment aidée par des traitements énergiques. Quelle analogie établir entre ce cas et ceux où l'accoucheur, obligé d'attendre que la nature s'éveille et agisse, ne doit se permettre que de l'aiguillonner indirectement de loin à loin ! Tel est cependant le rôle auquel son intervention est bornée dans l'accouchement prématuré provoqué ; et l'on voit par conséquent que le succès obtenu par M. Haesendonck, loin de pouvoir être légitimement invoqué en faveur de l'application de cette méthode à l'éclampsie, n'est qu'un exemple d'une pratique plus active, d'ailleurs fort connue, et dont l'indication, pour le cas particulier de convulsions, remonte jusqu'à Lauverjat.

II. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de rupture de l'utérus pendant le travail de*

l'accouchement; par M. Robiquet (de Givet). 2° *Amputation faite à un enfant de 5 ans; absence d'hémorrhagie;* par M. Boddaert. 3° *Observation de hernie hydrencéphalique congénitale;* par M. Willems. 4° *Considérations sur la stomatite ulcéreuse des enfants;* par M. Dumont. 5° *Enquête sur le travail et la condition morale et physique des ouvriers employés dans les manufactures de coton à Gand.*

OBSERVATION DE RUPTURE DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; par M. Robiquet.

La rupture de l'utérus est toujours un accident très-grave; mais il devient presque nécessairement mortel quand la solution de continuité occupe le corps de la matrice, quand la perforation offre assez de largeur pour laisser passer la main, quand enfin une masse considérable d'intestins l'a traversée. Une guérison survenue dans de semblables circonstances ne peut donc manquer d'exciter au plus haut degré l'intérêt, et l'importance du fait s'accroît encore si l'on réfléchit que ce succès si remarquable a été en grande partie dû à l'habile conduite et à la sagacité de l'auteur.

Obs. — M. Robiquet fut appelé, le 8 juillet 1844, près d'une femme de 32 ans, pléthorique et bilieuse, ayant déjà accouché heureusement une première fois il y a près de trois ans. Cette femme n'avait jamais eu ni douleur ni indice de maladie, soit vers l'utérus, soit dans les parties génitales. Grande, bien conformée, offrant un bassin régulièrement conformé, elle paraissait devoir être exempte de tout accident.

Enceinte pour la seconde fois, elle était en travail depuis vingt-quatre heures quand M. Robiquet arriva auprès d'elle. Quelques heures auparavant, au milieu de contractions très-fortes, elle dit avoir senti quelque chose qui tout d'un coup s'était violemment remué en elle, qu'alors il lui avait semblé que ses entrailles se déchiraient, mais qu'un calme apparent, un affaissement, avaient de suite succédé à cette espèce de tourmente générale. Elle était alors dans l'état suivant : figure légèrement colorée; moiteur; pouls à 90, petit, filiforme; soif assez ardente; douleur vive dans l'abdomen, comme si un poids roulait au milieu du ventre et refoulait ses intestins; contractions utérines rares et courtes.

En palpant soigneusement l'abdomen, on le trouve affaissé, tout bosselé; au-dessous de l'épigastre, on rencontrait immédiatement sous la peau les deux pieds du fœtus très-reconnaissables. Ses membres, flottant au milieu du ventre, se déjetaient d'un côté et de l'autre selon que la femme se mouvait en tel ou tel sens. L'indicateur droit, introduit dans le vagin, sentit très-bas la tête de l'enfant, qui venait se présenter à l'orifice, l'occiput derrière la symphyse du pubis. Comme, après avoir attendu quelque temps, on s'aperçut que les efforts naturels ne suffiraient pas pour terminer le travail et que même il n'avançait point, on appliqua le forceps, qui amena bientôt une petite fille bien conformée, mais dont la mort suivit de près la naissance.

Bien que, d'après les symptômes ci-dessus énoncés, M. Robiquet eût déjà diagnostiqué une rupture de l'utérus, il fut cependant surpris lorsqu'il vit sortir aussitôt après l'enfant, et descendre jusqu'à la partie supérieure des cuisses, une masse de la grosseur d'une tête de fœtus constituée par des intestins et de l'épiploon. Sans perdre courage, il refoula avec la main ces intestins, et parvenu dans la matrice, il rencontra tout à fait à son fond et un peu vers la partie latérale droite une ouverture aux parois utérines, de 4 à 5 pouces de large. Attentif à maintenir les intestins réduits dans l'abdomen malgré leur tendance à repasser par la perforation qu'ils avaient franchie, M. Robiquet ne crut pas pouvoir mieux atteindre ce but qu'en maintenant la main immobile, et en cherchant simultanément, soit par de douces frictions, soit par l'administration d'un gramme de seigle ergoté, à provoquer le retour des contractions utérines. Au bout de deux à trois minutes, il sentit les bords frangés de la plaie, qui tout à l'heure flottaient autour de sa main, se rapprocher; le corps utérin commença à se contracter. Une faible hémorrhagie qui s'était déclarée cessa aussi à ce moment. Un second gramme de seigle ergoté détermina presque immédiatement une seconde contraction. La main fut retirée alors peu à peu de la perforation qui se rétrécissait de plus en plus. On la laissa quelque temps appliquée en dedans de la matrice, contre la rupture, pour empêcher la hernie de se reproduire. Bientôt l'utérus, revenant évidemment sur lui, comprima la main au point qu'il fallut la retirer.

M. Robiquet s'occupa alors de l'état général. Le ventre était météorisé; pouls à 104; douleurs abdominales sourdes augmentées par la pression; la matrice formait à l'hypogastre une tumeur dure et douloureuse. (15 sangsues sur ce point; cataplasmes émollients et frictions mercurielles sur le ventre; julep gommeux contenant 5 décigr. de seigle ergoté; demi-lavement émollient; silence et immobilité absolue au lit.)

Le 9, amélioration; il y a eu deux heures de sommeil, mais le ventre est le siége de douleurs aiguës. L'utérus, exploré par l'index et le médius, offrait une chaleur excessive. Une portion intestinale, de la grosseur du poing, descendait dans cet organe à peu près à deux ou trois travers de doigt; mais il fut impossible de parvenir jusqu'à la plaie. M. Robiquet essaya de nouveau la réduction de cette anse; il y réussit presque complétement, mais bientôt des contractions utérines ne lui permirent plus de la tenter plus longtemps. (15 sangsues; continuation du seigle ergoté; potion huileuse laxative.)

Le 10, mieux marqué; il y a deux selles, ce qui rassure sur l'existence d'un étranglement. Le doigt ne put atteindre qu'au col utérin, qui fut trouvé tuméfié et fort rétréci.

Le seigle ergoté fut continué jusqu'au 13; un peu de dévoiement nécessita ensuite une alimentation tonique et l'usage de la décoction de Sydenham. Une suppuration légère apparut dans les lochies. Enfin, à compter du 1er août, la convalescence marcha rapidement.

Aujourd'hui cette femme, complétement rétablie, se livre aux travaux de la campagne.

On ne pourrait citer qu'un bien petit nombre de cas aussi graves, et terminés avec un semblable bonheur. Sous le rapport de la conduite tenue par l'accoucheur, nous n'en connaissons qu'un qui ressemble à celui-ci. Il est rapporté par Simon (voy. MÉMOIRES DE L'ACAD. DE CHIRURG., t. V, p. 343) dans les termes suivants : « Si l'épanchement de sang n'a pas été considérable, et principalement s'il ne s'est pas fait dans la cavité du ventre, les femmes peuvent guérir avec autant de facilité de la rupture de la matrice que de l'incision qu'on y pratique dans l'opération césarienne. M. Heister (INSTIT. CHIRURG., partie 2, p. 728, Amst., 1750) cite une observation de Rungius qui, après avoir accouché une femme par les voies ordinaires, toucha très-distinctement les intestins à travers l'ouverture du fond de la matrice. Ce chirurgien y tint la main, et repoussa les intestins jusqu'à ce que la matrice se fût assez contractée pour empêcher qu'ils ne s'y engorgeassent. » Cette pratique, que d'ailleurs M. Cazeaux conseille très-explicitement (voy. TRAITÉ THÉOR. ET PRAT. DE L'ART DES ACCOUCH., 1844, p. 681), devrait être suivie dans tous les cas semblables; car les deux succès que nous venons de rapporter répondent suffisamment aux craintes théoriques qu'on pourrait exprimer de voir la main, corps étranger, tenue aussi longtemps en contact avec la séreuse abdominale, y provoquer une inflammation suraiguë.

AMPUTATION FAITE A UN ENFANT DE 5 ANS; ABSENCE D'HÉMORRHAGIE; par M. Boddaert.

L'auteur faisant l'amputation de la jambe, au-dessous du genou, à un enfant de 5 ans, remarqua qu'il ne sortait aucun jet de sang artériel annonçant qu'un vaisseau de grand calibre demeurât béant. Au bout d'une heure d'attente, nulle hémorrhagie ne se déclarant, on pansa la plaie sans avoir fait de ligature, et il n'y eut point d'accidents ultérieurs.

Il n'y a là jusqu'ici rien de bien étonnant, car la maladie pour laquelle l'amputation avait été pratiquée était une gangrène étendue du pied et de la partie inférieure de la jambe, de cause traumatique : or l'on sait que le propre de cette affection est de déterminer la coagulation du sang dans les vaisseaux à une certaine distance au-dessus du niveau des escarres. Mais ce qui paraîtra plus remarquable, c'est que M. Boddaert affirme avoir déjà fait sept amputations, soit de la jambe, soit *de la cuisse*, à des enfants au-dessous de l'âge de 10 ans, sans qu'aucune hémorrhagie des artères principales de ces parties ait eu lieu et sans qu'il ait fallu faire une seule ligature. Il conclut de ces observations que, dans les amputations faites à des enfants âgés de moins de 10 ans, il est inutile d'appliquer des ligatures.

— Ce précepte, qui rappelle la pratique du chirurgien de Munich, Koch, n'est pas aussi dangereux en réalité qu'il le paraît de prime abord; car malgré la prohibition absolue qu'il exprime, l'événement sera toujours là pour dicter à l'opérateur la conduite à tenir; et si, par exemple, chez un sujet même très-jeune, le sang sortait par jets volumineux, nous ne pensons pas qu'aucun médecin, que M. Boddaert lui-même, hésitât un seul instant à étreindre d'une ligature l'artère qui le fournirait. Mais toutefois, il nous a semblé convenable de ne point passer légèrement sur un conseil aussi extraordinaire que celui-ci, et qui, trop aveuglément suivi, aurait sans aucun doute des conséquences prochainement funestes.

CONSIDÉRATIONS SUR LA STOMATITE ULCÉREUSE DES ENFANTS; par le docteur Dumont.

Le but de l'auteur étant formellement de dévoiler *la véritable nature* de la stomatite ulcéreuse, il importe de bien préciser l'affection à laquelle ce nom s'applique dans sa pensée; car il existe plusieurs espèces de stomatite ulcéreuse. Or voici le tableau qu'en trace l'auteur lui-même : « La maladie débute presque toujours par les gencives, et particulièrement par le bord libre des gencives des incisives inférieures; la muqueuse se gonfle d'abord, s'engorge, devient livide et se couvre d'une couche blanche qui, en se détachant, met à nu un ulcère grisâtre à bords coupés à pic, gonflés et ecchymosés. Son fond est mou, inégal, et sécrète un pus ichoreux et fétide qui propage la maladie aux autres parties de la bouche, aux joues, aux lèvres et à leurs commissures. Si la maladie s'aggrave, l'ulcère s'étend, déchausse les dents qui vacillent et tombent, dénude les alvéoles; et si un traitement énergique ne vient pas enrayer sa marche destructive, la gangrène se développe, traînant à sa suite la mort la plus hideuse et la plus cruelle. » A ces traits, il est impossible de méconnaître la stomatite dite *couenneuse*, ou *diphthérique*, ou encore *ulcéro-membraneuse*, considérée dans son expression la plus grave. Cette affection a été regardée

par les uns comme de nature scorbutique, par d'autres comme identique à la stomatite gangreneuse, par d'autres encore comme un ulcère atonique. M. Dumont émet une opinion différente et qui lui appartient. Pour lui, la stomatite ulcéreuse n'est autre chose qu'un *impetigo larvalis*, une *teigne muqueuse* de la bouche. Sa raison est que ce genre de stomatite est, *pour ainsi dire*, propre aux enfants atteints de l'*impetigo larvalis* du cuir chevelu. Deux observations, choisies dans un nombre non spécifié, lui servent à établir ce fait. Les voici en quelques mots :

Obs. I. — Une petite fille de 3 ans 1/2 offre des croûtes épaisses, jaunes et grasses sur tout le côté droit de la tête. L'oreille tuméfiée a acquis le double de son volume ordinaire; quelques croûtes descendent le long des tempes jusqu'à la joue. (Emploi des cataplasmes émollients, saupoudrés plus tard de fleurs de soufre; médication altérante.) Tout à coup le mal disparait, et le lendemain les gencives sont boursouflées, une ligne blanche s'observe le long de leur bord libre. Le surlendemain l'ulcère est à nu; il s'étend, sous forme de croissant, à la racine de chacune des incisives inférieures. Des cataplasmes excitants, appliqués à la tête, font disparaître l'ulcère de la bouche en rappelant l'*impetigo* au cuir chevelu. Huit jours après, les mêmes accidents se reproduisent; le suintement muqueux se supprime, la stomatite ulcéreuse reparait, et ne guérit que par le retour de la maladie de la tête.

Obs. II. — Il s'agit d'une petite fille de 5 ans affectée d'une teigne muqueuse très-étendue. Traitée à l'hôpital pendant trois mois, on voit se développer successivement chez elle une otorrhée des plus fétides, un engorgement des ganglions cervicaux, une ophthalmie scrofuleuse, et enfin une stomatite ulcéreuse parfaitement caractérisée.

« Ces diverses complications, ajoute l'auteur, ont paru successivement de manière à se remplacer les unes les autres, de sorte que l'on peut dire avec raison qu'elles ont été des formes différentes de la même maladie, s'étendant successivement à différentes parties de la face. » Pour lui, ce sont les fluides âcres de l'impetigo qui, privés de leur voie habituelle d'élimination par le cuir chevelu, en prennent une autre, tantôt du côté des yeux ou des oreilles, tantôt du côté de la bouche, et, dans ce dernier cas, irritant, rongeant, ulcérant la muqueuse à travers laquelle ils cherchent un passage.

Il faut distinguer dans le travail de M. Dumont les faits et leur interprétation. Il n'est pas douteux (et les deux observations si précises qu'il rapporte suffiraient pour l'établir) que la stomatite ulcéreuse ne puisse être la conséquence d'une répercussion de l'impetigo. Nous ne répugnons même pas à croire que certains principes irritants de la teigne, emprisonnés dans l'économie, ne puissent se porter sur la muqueuse gengivale et y déterminer une inflammation ulcéreuse. Mais est-ce assez pour affirmer que cette inflammation soit réellement un impetigo ? A ce compte, un rhumatisme consécutif à la suppression de la gale serait une gale des articulations, une apoplexie produite par la suppression d'une ulcère atonique des jambes, serait un ulcère atonique du cerveau, et ainsi de suite. Jusqu'ici nous pouvons bien constater expérimentalement un rapport entre la disparition de certains exanthèmes ou autres lésions organiques et l'apparition de certaines maladies; mais en quoi, essentiellement, consiste ce rapport ? quels sont et comment s'agencent les anneaux de la chaine étiologique qui conduit des uns aux autres ? c'est ce que la science n'a pas encore établi. Au point de vue purement phénoménal, il est manifeste qu'il existe entre l'achor du cuir chevelu et la stomatite couenneuse et ulcéreuse une dissemblance énorme, et la tendance de cette dernière à la gangrène, signalée par l'auteur lui-même, en est un des traits les plus saillants. En outre, malgré le soin de n'affirmer que pour l'ulcération *chronique* de la bouche l'identité constante avec l'impetigo, M. Dumont n'en est pas moins engagé à prouver, dans ce cas, la liaison ou la succession, également constantes, des deux maladies. Or cette prétention ne nous semble pas pouvoir tenir contre les faits, et le *pour ainsi dire* dont il a cru devoir mitiger, comme on l'a vu plus haut, l'assertion où cette prétention est exprimée, n'annonce pas de sa part une conviction bien absolue.

Enquête sur le travail et la condition morale et physique des ouvriers employés dans les manufactures de coton a Gand. (Rapport fait à la Société de médecine de cette ville.)

Dans l'avant-dernier numéro, nous rendions compte d'un mémoire de M. Thouvenin, relatif à l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers. Dans ce mémoire, dont quelques documents étaient empruntés à la Belgique, l'auteur était arrivé, en ce qui concerne particulièrement l'industrie cotonnière, à ce résultat que la poussière de coton, développée surtout dans l'opération du battage à bras, était très-irritante, et que les ouvriers employés à cette opération maigrissaient rapidement. Il ne s'expliquait pas d'ailleurs catégoriquement sur les causes directes de cet amaigrissement, laissant seulement entrevoir qu'elles consistaient en des affections thoraciques. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapprocher cette partie du travail de M. Thouvenin des recherches plus étendues et plus précises auxquelles a donné lieu une enquête récemment ouverte à Gand sur la condition des ouvriers employés dans les manufactures de coton.

Les bases de cette enquête reposent sur deux sortes de renseignements. Les uns ont été directement obtenus par l'interrogation des ouvriers eux-mêmes ; les autres ont été empruntés à des états statistiques que, depuis quelque temps, tous les médecins et chirurgiens civils de Belgique sont tenus de remplir à la fin de chaque exercice. Or voici, en résumé, les résultats auxquels on est arrivé.

D'une manière générale, on peut dire que l'état sanitaire des ouvriers est satisfaisant, puisque plus des trois-quarts des hommes et à peu près les neuf dixièmes des femmes étaient dans de bonnes conditions de santé. Ce fait tend encore à prouver que la femme, malgré la délicatesse de son organisation, supporte mieux que l'homme l'influence du régime manufacturier. L'un des auteurs de l'enquête fait d'ailleurs remarquer en note que, dans la maison de détention de Gand, les femmes résistent mieux que les hommes à l'influence de l'emprisonnement.

Relativement aux maladies qui sévissent sur les ouvriers des fabriques de coton, les auteurs ont trouvé d'abord que 168 individus sur 1,000 étaient atteints de fièvre intermittente. C'est beaucoup plus que dans le reste de la population. Cependant rien, dans le travail de ces ouvriers, n'est de nature à rendre compte de ce résultat. Il faut en chercher la cause dans l'humidité des habitations voisines, pour la plupart, de petits canaux dont le lit boueux est mis à nu pendant une partie de l'année. En outre, un tiers environ des individus n'avaient pas pris la fièvre à Gand, mais bien en Hollande, où ils étaient allés travailler.

Mais un groupe d'affections regardé par les auteurs de l'enquête comme lié directement à la manipulation du coton, c'est celui qui attaque spécialement les voies respiratoires. La phthisie et les laryngites sont environ deux fois plus fréquentes chez les ouvriers des manufactures de coton que chez ceux des autres industries. Cependant si la comparaison porte, non plus seulement sur ces deux maladies, mais sur toutes celles dont les organes respiratoires sont susceptibles, le rapport de fréquence est beaucoup moins défavorable à l'ouvrier cotonnier; il n'est plus que de 57 à 52 pour les hommes et 53 à 41 pour les femmes. Ajoutez que l'âge moyen des ouvriers, dans les fabriques de coton, est de 23 ans et demi, circonstance qui, à elle seule, doit singulièrement contribuer à la fréquence des affections pulmonaires et en particulier de la phthisie. On sait que le professeur Van Coetsem attribue à la poussière de coton une action spéciale sur le poumon; il a donné à l'affection qui en résulte le nom significatif de *pneumomonie cotonneuse*. Les caractères anatomiques qu'il lui assigne ne nous paraissent, comme aux auteurs de l'enquête, avoir rien de spécifique; c'est tout simplement l'induration grise du parenchyme ou l'infiltration tuberculeuse, telle que l'a décrite Laennec, et l'on rencontre ces altérations chez des sujets qui n'ont jamais été exposés à la poussière du coton ou à toute autre émanation analogue.

Nous rappelions, dans notre avant-dernier numéro, l'opinion de M. Ure qui regarde le travail des filatures de coton comme un préservatif contre les écrouelles, à l'inverse de la plupart des médecins qui voient dans ce travail une cause prédisposante de scrofules. Or l'enquête, si elle ne donne pas absolument raison à M. Ure, contredit formellement l'opinion commune : car sur le grand nombre d'ouvriers observés à Gand, il n'existait que 9 scrofuleux.

En résumé, on voit que le travail dont l'analyse précède confirme, en les précisant davantage, les résultats déjà obtenus par M. Thouvenin. Toutefois, pour administrer une preuve irréfragable de l'influence de la poussière cotonneuse sur la production de la phthise et autres affections des voies respiratoires, et séparer cette influence de celle de l'âge et des autres conditions d'habitation, de régime, etc., il faudrait, ce nous semble, connaître la fréquence moyenne des mêmes affections, d'une part, chez des ouvriers d'autres fabriques, *ayant le même âge et vivant dans les mêmes conditions*, et, d'autre part, chez des ouvriers cotonniers d'âges différents et offrant des conditions différentes. C'est ce qui n'est pas suffisamment établi dans ce travail, non plus que dans celui de M. Thouvenin.

III. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Compte rendu de la clinique ophthalmologique de M. Jules Ansiaux pendant l'année* 1845; par M. Guerreiro. 2° *Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque*; par M. Hairion. (Voy. l'analyse de ce travail dans Gaz. Méd., 1846, p. 692.) 3° *Recherches sur la formation de paillettes mobiles et luisantes dans le corps vitré*; par M. Sichel. (V. l'analyse de ce travail, déjà faite dans Gaz. Méd., 1846, p. 194.) 4° *Notice sur*

les maladies oculaires que l'on observe le plus communément dans la province de Brabant; par M. Cunier. 5° *Rupture de la cornée par suite de l'extraction d'une dent; staphylôme : opération, réflexions*; par M. Duval. 6° *Aphorismes sur divers points d'ophthalmologie;* par M. Sichel. 7° *Absence de l'iris chez le père et l'enfant*; par M. Stœber.

RUPTURE DE LA CORNÉE PAR SUITE DE L'EXTRACTION D'UNE DENT; STAPHYLÔME : OPÉRATION, RÉFLEXIONS; par M. DUVAL.

OBS. — M. Desbans, professeur de mathématiques, s'étant fait arracher la première molaire droite supérieure dont il souffrait depuis peu, l'os maxillaire, dans cette extraction, fut brisé en plusieurs esquilles. Au bout de deux mois, quelques fragments de l'alvéole étaient encore vacillants. Un médecin de Caen, crut reconnaître une fistule du sinus et une carie de l'os maxillaire. Après avoir fait enlever la molaire voisine, il porta dans le sinus un instrument recourbé en forme de crochet, fractura l'os dans sa partie antérieure et parvint, après beaucoup d'efforts, à arracher un fragment osseux que le malade jugea être parfaitement sain.

A l'instant même où l'on brisa l'os maxillaire, le patient éprouva une douleur effroyable; ses deux yeux se dévièrent de leur axe; il perdit en quelque sorte la faculté de voir, tout lui parut confus. Sa bouche se contourna dans le sens opposé à l'opération; la langue perdit en partie sa faculté gustative et devint insensible, se portant, lorsqu'il la tirait au dehors, dans le sens de la déviation de la bouche; l'ouïe de ce côté devint nulle. En fermant l'un des deux yeux, l'autre reprenait en partie sa direction, ainsi que la faculté de voir.

Cet état dura jusqu'au soir. Le lendemain matin, l'œil gauche voyait, mais le droit n'apercevait les objets que comme recouverts d'un épais brouillard; la conjonctive était rouge, la sécrétion des larmes abondante, commencement de photophobie. Dès le soir même, ces phénomènes s'étaient tellement aggravés, que la cornée prit un aspect terne, la photophobie devint extrême. Enfin, au bout de huit jours, malgré l'emploi de l'opium et de la belladone, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, de collyres au sulfate de zinc et au sulfate de cuivre, quoiqu'on eût à plusieurs reprises scarifié la conjonctive, la cornée se rompit, l'iris vint faire hernie, et lorsque, à huit jours de là, M. Duval vit le malade, il existait un staphylôme énorme qui semblait enchâssé et sortir d'un bourrelet de chairs livides.

M. Duval enleva ce staphylôme à l'aide du couteau de Richter, en achevant la section avec les ciseaux, puis il excisa largement le chémosis dans la totalité du pourtour de la cornée. Cette double opération diminua les douleurs et ramena le sommeil. Peu à peu les bords ménagés de la cornée se froncèrent, et il se forma un disque à demi transparent qui simule la cornée et en remplit partiellement les fonctions de manière à ce que, de cet œil, le malade distingue très-bien le jour des ténèbres et perçoit même le passage de la main devant l'orbite.

Tel est l'état du malade, cinq mois après l'avulsion de la première dent. Ajoutons que la bouche est restée déviée; la langue continue d'être froide et insensible aux saveurs dans sa moitié droite et l'ouïe d'être obtuse. Un trajet fistuleux qui pénètre dans le sinus maxillaire en laisse suinter continuellement une sécrétion salée. Le malade ressent encore dans toute cette région une forte tension, plutôt incommode, du reste, que douloureuse; à gauche, les fonctions sont dans leur état physiologique.

Quoique l'auteur n'ait pu observer pas à pas les progrès de l'altération qui s'est terminée par la rupture de la cornée, il n'en paraît pas moins évident que cette altération a été due à la lésion du nerf de la cinquième paire : et cette observation est d'autant plus intéressante, sous le rapport scientifique, que par les perturbations qu'ont subies chez le malade le goût, la vue et l'audition, elle confirme d'une manière remarquable les idées de M. Magendie, non-seulement quant à l'action du trijumeau sur la nutrition de l'œil, mais aussi quant à l'influence de ce nerf sur les fonctions des organes des sens.

(La suite et fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE.

COMPOSITION DE L'AIR CONFINÉ DANS LES ESPACES CLOS ET HABITÉS.

M. LASSAIGNE adresse de nouvelles recherches sur la composition de l'air confiné dans les écuries où ont respiré un certain nombre de chevaux pendant un temps déterminé, suivies de quelques considérations sur la capacité des habitations destinées à ces animaux. C'est la seconde partie d'un mémoire que l'auteur a déjà présenté sur ce sujet.

Des observations et des faits rapportés dans ce mémoire, l'auteur déduit les propositions suivantes :

1° L'air imité des écuries où sont renfermés des chevaux contient, à différentes hauteurs, la même proportion de gaz acide carbonique.

2° Ce dernier gaz ne réside pas à la partie la plus rapprochée du sol des écuries, ainsi qu'on l'avait supposé; il est mélangé à toute la masse d'air contenu dans ces écuries, et, sous ce rapport, il y a conformité dans ce qui se passe dans les lieux fermés où sont réunis un grand nombre d'hommes et les endroits clos où séjournent des animaux.

3° La proportion d'acide carbonique exhalé en une heure forme environ le tiers du volume du corps du cheval, ou 219 litres, 72.

4° Le rapport des quantités d'acide carbonique exhalé par l'homme et le cheval, dans le même temps, est :: 1 : 12,3.

5° Les quantités de carbone brûlé dans le poumon de l'homme et du cheval sont proportionnelles aux quantités d'acide carbonique formé; elles sont, pour une heure, de 8,96 de carbone pour la respiration de l'homme, et de 110,21 pour la respiration du cheval.

6° Dans les écuries où les moyens de fermeture sont imparfaits, il s'établit de bas en haut un léger courant qui renouvelle peu à peu l'air ayant servi à la respiration des animaux, et empêche que la quantité d'acide carbonique s'élève proportionnellement au temps de séjour dans ces écuries.

7° Les résultats signalés dans le cours de ce travail tendent à démontrer que le volume d'air limité au milieu duquel peut être placé un cheval pour que sa respiration ne soit pas même gênée au bout de deux heures dans une écurie bien close, doit s'élever pour chaque animal à 31 mètres cubes d'air au moins, ou 31,000 litres d'air.

8° Les moyens ordinaires de fermeture établis pour les portes et les fenêtres des écuries ne peuvent s'opposer, au bout d'un certain temps, au renouvellement de l'air qui s'y trouve confiné.

9° Il est rationnel toutefois d'assainir les écuries étroites, ayant peu de capacité, soit par des vasistas ou fenêtres qu'on ouvre ou ferme à volonté, soit par des appareils simples et permanents de ventilation qu'on établirait en haut et en bas des écuries, à deux points opposés, pour favoriser le renouvellement de l'air qui a servi à la respiration des animaux.

STRUCTURE DES APPENDICES VITELLINS DU POULET.

M. COURTY adresse un mémoire sur la structure des appendices vitellins du poulet, dont M. Milne-Edwards présente, au nom de l'auteur, une courte analyse.

M. Courty s'est attaché principalement, dans ce travail, à l'étude du mode de formation des vaisseaux sanguins dans la vésicule ombilicale, et des changements qui s'effectuent successivement dans ces organes. Il résulterait de ses observations que ces vaisseaux ne se forment point par l'anastomose de cellules étoilées, comme l'avait pensé M. Kolliker, mais se constituent aux dépens de lames creusées au milieu de la substance granuleuse du tissu vitellin ou des méats intercellulaires.

— M. BLANDET lit un mémoire relatif aux eaux considérées sous le double point de vue de l'agronomie et de l'hygiène publique.

L'auteur critique, sous ce double point de vue, les systèmes actuellement en vigueur, et propose de leur substituer un système de réservoirs et de barrages permanents qu'il croit être seul susceptible de remplir le double but qu'il se propose.

La nature de ce travail le soustrait à nos moyens d'appréciation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Cette séance a été consacrée, suivant l'usage, à des lectures d'apparat et à la proclamation des prix. Voici le titre de ces lectures et l'ordre dans lequel elles ont eu lieu :

M. MALGAIGNE a lu un ESSAI SUR L'HISTOIRE ET LA PHILOSOPHIE DE LA CHIRURGIE.

M. ROCHE, président, a proclamé le nom des lauréats pour le concours de 1846, et a lu le programme des questions de prix proposées pour les années 1847 et 1848.

M. PARISET a lu l'éloge de M. Chevreul père, correspondant à Angers.

PRIX DE 1846.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1846 les questions suivantes :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible et les moyens chimiques de les constater; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie, les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient.

Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie a décerné ce prix à M. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine à Paris.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Des altérations du système lymphatique dans le cancer.

Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie avait proposé pour sujet du prix : Du suicide.

Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix; elle a accordé une mention honorable aux mémoires nos 5, 7, 8, 9 et 11, dont les auteurs sont MM. Tissot (Joseph), médecin à Dijon; Szafkowski-Rufin, à Beauzely (Aveyron); Bertrand (Louis), à Châlons-sur-Marne; Delahousse (A.-F.-J.-R.), à Saint-Pol (Pas-de-Calais), et M... (cet auteur ne veut pas être nommé).

PRIX FONDÉ PAR M. ITARD. — La commission n'a pu encore terminer les travaux relatifs au jugement de ce prix. Il sera décerné en 1847.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Ce prix, pour la période de 1838 à 1844, n'ayant pas été donné, une nouvelle commission sera appelée à juger les travaux qui ont eu lieu, dans ce laps de temps, « sur les moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre.

PRIX POUR LA PROPAGATION DE LA VACCINE. — M. le président proclame les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent, que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1848.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Établir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques.

Ce prix sera de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX.—Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie remet au concours le sujet de prix de 1846 :

Du suicide.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1848.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — EXTRAIT DE SON TESTAMENT : « Je lègue à l'Académie royale de médecine une » inscription de 1,000 fr. à 5 pour 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., » qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* » ou de *thérapeutique appliquée;* et pour que les ouvrages puissent subir » l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux » ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — EXTRAIT DE SON TESTAMENT : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., » pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en » rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'au» teur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de » temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le » cas, mais dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette » partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez » notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à » l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au » traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850. Sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1847.

PRIX DE L'ACADÉMIE.—De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme.

Ce prix sera de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

De l'asthme.

Ce prix sera de 1,000.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES DE L'ANNÉE 1845.

(Fin.)

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS LES FIÈVRES PUERPÉRALES; par le docteur HERSENT (27 décembre 1845).

L'impulsion communiquée dans ces derniers temps à l'étude du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie n'a pas tardé à produire, à côté de quelques illusions qui se dissiperont avec le temps, des résultats d'une importance incontestable. Sans trop compter sur l'analyse chimique pour éclairer l'étiologie essentielle et la nature intime des maladies, on peut raisonnablement lui demander, et l'on a déjà obtenu d'elle, de dévoiler, au profit de la physiologie et de la thérapeutique, certains rapports entre divers modes de manifestation morbide et divers modes d'altération du sang. La thèse dont nous allons donner l'analyse doit être comptée avec distinction parmi les travaux qui ont jusqu'ici concouru à faire entrer la science dans cette voie de progrès.

On sait que, dans leurs premières recherches hématologiques, MM. Andral et Gavarret, assimilant la fièvre puerpérale à d'autres affections de forme typhoïde, avaient avancé qu'elle s'accompagnait d'une diminution considérable dans la proportion de la fibrine. Plus tard, en 1844, dans un travail publié dans la GAZETTE MÉDICALE, MM. Becquerel et Rodier firent connaître le résultat de deux analyses du sang, relatives : l'une à un cas de fièvre puerpérale grave, avec formation de pus dans l'abdomen et les principales articulations; l'autre à un cas d'éclampsie violente survenue cinq à six heures après l'accouchement, terminée le troisième jour par la mort, et qui ne laissa aucune altération appréciable sur le cadavre. Dans ces deux cas, la proportion des globules et celle de l'albumine était considérablement abaissée; quant à la fibrine, elle était en proportion normale dans un cas et *augmentée* dans l'autre. « Faut-il conclure de ces deux faits, ajoutaient les auteurs, que, dans les fièvres puerpérales graves, il y a une diminution très-considérable des globules et une diminution de l'albumine égale, sinon supérieure, à celle qui a lieu dans la maladie de Bright?..... Ce résultat aurait besoin d'être vérifié et confirmé par d'autres faits avant d'être définitivement admis dans la science. »

C'est pour répondre en quelque sorte à cet appel que M. Hersent, élève distingué de M. le professeur Dubois, a entrepris ses recherches.

Dès le début, l'auteur s'est trouvé en présence d'une difficulté assez sérieuse. Qu'est-ce, nosologiquement parlant, que la fièvre puerpérale? Pour les uns, c'est une phlegmasie des veines de l'utérus; pour les autres, une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques; ceux-ci n'y voient qu'une péritonite ou une métro-péritonite ordinaires; ceux-là y rangent toutes les affections fébriles, accompagnées de symptômes abdominaux, dont peuvent être atteintes les nouvelles accouchées. M. Hersent voudrait qu'on réservât le nom de fièvre puerpérale à cette forme pathologique d'apparence typhoïde dans laquelle l'économie tout entière paraît en proie à une diathèse purulente, et dont les épidémies qui sévissent sur les femmes en couche offrent le type le plus parfait. « Cet état morbide *tout spécial*, ajoute avec un grand sens M. Hersent, on ne l'appellera pas une phlébite, quoiqu'il y ait du pus dans les veines; une lymphangite, quoiqu'il y ait du pus dans les lymphatiques; une métro-péritonite, quoiqu'il y ait du pus dans le péritoine et de la rougeur dans le tissu utérin; on l'appellera d'un nom qui ne préjuge rien sur la cause ou les effets de la maladie, on l'appellera *une fièvre puerpérale.* » Bien entendu que si cette cause venait à être dévoilée d'une ma-

nière certaine, rien ne s'opposerait à ce qu'on l'exprimât par une dénomination appropriée à sa nature.

Quoi qu'il en soit, pour soustraire le résultat de ses recherches aux chances d'une opinion particulière et exposée à la controverse, l'auteur a suivi la division généralement adoptée aujourd'hui des fièvres puerpérales en trois formes : *bilieuse, inflammatoire franche* et *typhoïde*, et il a étudié le sang chez 3 malades de la première catégorie, 8 de la seconde et 4 de la troisième. Des 3 malades appartenant à la variété *bilieuse*, une avait présenté les premiers symptômes presque aussitôt après la délivrance, une autre vers la fin du premier jour, et la dernière au commencement du quatrième. Des 8 malades appartenant à la variété *inflammatoire*, 4 avaient été prises le jour même de l'accouchement, une le deuxième jour (trente-six heures après l'expulsion du fœtus), une le troisième jour, une le quatrième et une le cinquième. Enfin, des 4 malades appartenant à la variété *typhoïde*, une avait été attaquée pendant le travail même, la seconde vingt ou vingt-quatre heures après la délivrance ; la troisième dix-huit heures et la quatrième quinze heures après l'accouchement. Voici maintenant à quels résultats l'auteur est arrivé quant aux proportions de la *fibrine*, de l'*albumine*, de l'*eau* et des *globules*. Nous ne dirons rien des *matières extractives*, des *sels* et des *matières grasses* qui n'ont, comme il le dit, *occupé son attention que d'une manière tout à fait indirecte*.

En ce qui concerne la *fibrine*, il importe de rappeler que sa quantité augmente constamment chez les femmes enceintes. Suivant MM. Andral et Gavarret, elle est représentée à son maximum d'augmentation par le chiffre 4,8, et la moyenne, dans le dernier mois de la grossesse, est de 4,3. De plus, les auteurs présument, d'après des expériences faites sur des brebis et des vaches, que la fibrine doit encore augmenter quelque temps après l'accouchement. Or, dans les expériences de M. Hersent, le maximum d'augmentation de la fibrine n'a été dépassé qu'une seule fois sur trois dans la forme bilieuse (5,7 au lieu de 4,8) ; une fois sur huit dans la forme inflammatoire (6,7 au lieu de 4,8) ; et une fois sur quatre dans la forme typhoïde (7,1 au lieu de 4,8). Quant au chiffre moyen, il offre ceci de remarquable, qu'il est presque le même dans les trois variétés ; ainsi, il est de 4,4 dans la première, de 4,1 dans la seconde, et de 4,3 dans la troisième. D'où il résulte que, dans la fièvre puerpérale, le chiffre de la fibrine ne s'élève que très-exceptionnellement, et que cette élévation, quand elle a lieu, se montre aussi bien dans la forme typhoïde que dans les formes bilieuse et inflammatoire. Ce résultat, ainsi que le remarque l'auteur, contredit formellement l'opinion qui compare le sang des femmes atteintes de fièvre puerpérale à celui des individus affectés de fièvre typhoïde.

Le chiffre moyen de l'*albumine*, qui est, dans l'état normal, de 70, et, dans l'état de grossesse, de 66, a été trouvé, dans les expériences de M. Hersent, de 55,1 dans la variété bilieuse, 35,9 dans la variété inflammatoire et 42,7 dans la variété typhoïde. L'auteur, préoccupé de ce principe généralement admis en hématologie pathologique, que l'albumine décroît en raison directe de l'augmentation de la fibrine, a été tellement surpris de cette diminution si considérable du premier de ces deux éléments, le second restant presque invariable, qu'il doute de l'exactitude de ses propres résultats et appelle de nouvelles expériences. Nous ferons pourtant observer que, dans l'un des deux cas publiés en 1844 par MM. Becquerel et Rodier, le chiffre de l'albumine était seulement de 58,2, et que, dans un autre cas tout récemment publié dans la GAZETTE MÉDICALE (1846, p. 698), ce chiffre était descendu à 45,8 : résultats peu différents de ceux obtenus par M. Hersent lui-même dans les variétés bilieuse et typhoïde.

L'*eau* contenue dans le sang est en général d'autant plus abondante que le sang est plus pauvre en parties solides. C'est aujourd'hui un fait admis que le sang des femmes enceintes contient proportionnellement plus d'eau que celui des autres femmes. Suivant MM. Becquerel et Rodier, la proportion étant de 791 chez ces dernières, est de 801 chez les premières. Chez la femme accouchée et malade, d'après les analyses de M. Hersent, cette proportion est extrêmement variable, et la différence entre les deux termes extrêmes s'élève au chiffre énorme de 77 sur 1,000. Quant au chiffre moyen, il est de 770,8 dans la forme bilieuse (moindre que dans l'état normal), de 800 dans la forme inflammatoire (environ 9 de plus que dans l'état normal, et même chiffre à peu près que dans l'état de grossesse), et de 830,7 dans la forme typhoïde (environ 39 en excès sur les femmes saines et 30 sur les femmes grosses.)

Enfin, relativement aux *globules*, la différence qui existe entre leurs proportions dans les trois variétés est très-considérable et bien plus forte que pour l'eau. Ainsi, tandis que la proportion d'eau varie entre 767,5 et 844,5, la proportion des globules varie entre 67,3 et 147,0 ; « c'est-à-dire, ajoute l'auteur, que la proportion d'eau contenue dans le sang des femmes affectées de fièvre puerpérale peut varier d'une quantité à peu près égale au *douzième* du poids normal de l'eau, tandis que la proportion des globules peut varier d'une quantité à peu près égale à la moitié du poids normal des globules. » Quant à la proportion *moyenne* de ces derniers, elle a été de 144,5 dans la forme bilieuse, de 114,0 dans la forme inflammatoire, et de 82,3 dans la forme typhoïde. Ce qu'il y a de remarquable dans cette proportion, c'est qu'elle est tantôt supérieure et tantôt inférieure à celle qui a été déterminée jusqu'ici pour les femmes enceintes (110 d'après MM. Andral et Gavarret, et 111,8 d'après MM. Becquerel et Rodier.) Mais M. Hersent a tiré de ces résultats un enseignement curieux, c'est que *la gravité des accidents puerpéraux et la promptitude de leur terminaison funeste est en raison proportionnelle de la diminution des globules.* C'est, en effet, ce dont on peut s'assurer en parcourant chacune des observations insérées à la fin de sa thèse à titre de documents et pièces justificatives.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° La modification appréciable du sang, dans la fièvre puerpérale grave, consiste dans une forte augmentation de l'eau, dans une diminution extrêmement considérable des globules, enfin dans une diminution très-grande de l'albumine.

2° Plus ces modifications sont faibles et moins la maladie est grave.

3° Le sang a généralement conservé toute sa proportion de fibrine et même plus ; par conséquent il n'est pas diffluent, comme on le pensait.

4° Néanmoins il existe un petit nombre de cas dans lesquels cette diffluence se rencontre, par suite de la forte diminution de la fibrine ; mais l'on ne peut pas la considérer comme une altération constante.

5° Probablement la viciation du sang préexiste au développement de la maladie, mais elle ne peut pas être regardée comme sa cause ; cependant son existence augmente beaucoup la gravité de l'affection morbide.

Cette thèse, nous le répétons, est l'œuvre d'un esprit distingué ; elle se recommande autant par le fond que par la forme. Cependant, nous ne le dissimulerons pas, elle n'est pas encore parvenue à dissiper nos incertitudes sur cette question si intéressante de l'état du sang dans la fièvre puerpérale. Nous avons examiné avec beaucoup d'attention, soit dans le cours du travail, soit dans les observations particulières, les trois tableaux symptomatiques correspondants aux trois formes morbides. Les deux premiers ne représentent autre chose que la fièvre bilieuse et la fièvre inflammatoire ordinaires, survenant chez de nouvelles accouchées, soit spontanément, soit sous l'influence d'une lésion locale, comme un phlegmon du bassin. Ce sont donc des affections bien différentes en apparence de la fièvre puerpérale typhoïde dont il n'est pas besoin de rappeler ici le formidable appareil symptomatique ; et l'on a vu cette remarque faite par l'auteur lui-même au début de sa thèse. Néanmoins, qu'arrive-t-il ? L'augmentation exceptionnelle de la fibrine a lieu aussi bien dans les deux premières variétés que dans la seconde ; il en est de même de la diminution de l'albumine ; bien plus, cet élément diminue en moins grande proportion dans la forme typhoïde que dans la forme inflammatoire. Faut-il induire de cette analogie de résultats que ces trois formes, quelque différentes qu'elles soient en apparence, sont unies par un lien commun d'essentialité ? Attendez : voilà que, pour les autres éléments, les résultats diffèrent suivant la forme sur laquelle on expérimente. L'*eau* est tantôt moins abondante que dans l'état de grossesse, tantôt en quantité égale, tantôt enfin plus abondante, suivant qu'il s'agit de la variété bilieuse, ou de la variété inflammatoire, ou de la variété typhoïde. Le chiffre moyen des *globules* s'élève, dans les deux premières formes, au-dessus du chiffre propre à la grossesse, et descend au-dessous dans la dernière forme. Cette uniformité de résultats, d'un côté, et cette diversité, de l'autre, ne sont pas de nature à satisfaire l'esprit ; on est également frappé de voir la proportion de l'eau tomber au-dessous de l'état normal dans la fièvre puerpérale bilieuse, en même temps que celle de l'albumine descend également ; car il est admis en hématologie (et M. Hersent le dit lui-même) que la quantité de l'eau est en raison inverse de la quantité des parties solides du sérum. On peut dire, il est vrai, que la diminution de l'albumine constitue le caractère hématologique essentiel de la fièvre puerpérale, quelle que soit sa forme, et que l'augmentation de l'eau et la diminution des globules sont des caractères *consécutifs* ou *secondaires*, qui nécessitent pour se produire un certain degré de gravité dans la maladie. Mais alors M. Hersent aurait eu bien tort, dès le début de sa thèse, de vouvouloir réserver pour la forme typhoïde seule le nom de *fièvre puerpérale*. A des caractères essentiels communs, il faudrait une désignation commune. En tout cas, on voit que ces diverses conjectures ne sauraient trouver, dans l'état actuel des choses, une solution satisfaisante. On ne l'obtiendra qu'au prix d'expériences plus multipliées et en variant leurs conditions un peu plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

HUITIÈME SESSION DU CONGRÈS DES SAVANTS ITALIENS TENUE A GÊNES EN 1846.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSSI.

PROCÉDÉ POUR LA LIGATURE DES ARTÈRES.

Nous serons brefs sur ce mode opératoire proposé par M. Pertusio, et dont les avantages ne nous semblent pas fort saillants. Le vaisseau étant mis à découvert, on commence par passer sous lui un fil dont on se sert pour le soulever; on le serre ensuite entre les mors d'une pince d'Amussat (pince à baguettes) jusqu'à ce que la tunique interne ait été divisée, ce que le doigt, promené sur la continuité du vaisseau, reconnaît à un enfoncement existant dans ce point. On termine en nouant le fil avec un degré modéré de striction.

Comme l'a fait remarquer M. Rossi, ce procédé n'est, pour le but, qu'une répétition de celui de Jones, adopté par les chirurgiens anglais, qui consiste à étreindre fortement l'artère avec un fil mince de manière à rompre les tuniques interne et moyenne. Il existe cependant entre les deux pratiques une différence, et elle ne serait point à l'avantage de l'opinion que conseille M. Pertusio : c'est que, dans celle-ci, la durée de la manœuvre est nécessairement plus difficile, plus longue; enfin, et surtout, en rompant les tuniques internes bien avant de lier le vaisseau, on s'expose à ce que le sang s'infiltre entre la membrane fibreuse coupée et la celluleuse intacte, et les chances d'un anévrisme consécutif ou d'une hémorrhagie prochaine se trouvent par là singulièrement accrues.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DU RACHIS PAR LA MYOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

Bien que cette question n'ait pas, cette année, reçu tous les développements que mérite son importance clinique, la cause de la myotomie rachidienne peut néanmoins se féliciter d'y avoir conquis de nouveaux partisans et un vote encore plus explicitement favorable que celui de l'année dernière. M. Secondi est venu proposer ce sujet à la discussion. Selon lui, cette opération ayant pour elle toute espèce de considérations préjudicielles, soit d'anatomie, soit de physiologie, s'appuyant aussi sur les exemples de succès obtenus, grâce à elle, par M. Calamai (de Florence), a bien droit de se reproduire honorablement au congrès et d'en obtenir l'approbation. M. Secondi se propose de répondre aux objections qui seraient adressées contre ce mode de traitement. Il le déclare indiqué quand il n'existe pas à la colonne vertébrale une altération telle qu'on puisse présager l'inefficacité du traitement orthopédique consécutif. Il cite les heureux résultats que la myotomie a fournis entre les mains de divers chirurgiens, et montre qu'on ne doit point être arrêté par la crainte de léser des troncs nerveux ou vasculaires importants. Faisant allusion à ce qu'on a dit des insuccès éprouvés par M. J. Guérin, il répond en soutenant que ce chirurgien a obtenu la guérison toutes les fois que l'opération était précisément indiquée. Déduisant enfin ses motifs des considérations anatomiques, des résultats indubitables, des vraies indications, il répète, approuvé par l'assemblée, que cette opération, appliquée aux cas spécifiés, doit être conservée non-seulement comme utile, mais comme rationnelle autant qu'exempte de dangers. Il propose enfin à l'assemblée de publier ce jugement pour l'honneur de la chirurgie, et pour la garantie des praticiens qui, dans l'avenir, auront à faire cette opération.

Après un discours de M. Carbonai, qui a rapporté quelques exemples de succès, et plusieurs observations faites par MM. Gherardi, Botto, de Beaufort et Rossi, la proposition de M. Secondi a été adoptée, et la discussion fermée sur ce sujet.

EMPLOI DE LA GALVANO-PUNCTURE POUR LA CURE DES ANÉVRISMES.

Les succès que M. Pétrequin a dus à cette méthode ont stimulé le zèle des médecins étrangers; on se rappelle sans doute que, peu de temps après les observations du professeur lyonnais, M. Ciniselli appliqua avec bonheur le même procédé sur un anévrisme de l'artère poplitée. Cette guérison eut en Italie un extrême retentissement. La Société de physique, de médecine et de statistique de Milan nomma une commission pour faire des expériences sur ce sujet, et en même temps plusieurs jeunes médecins de la même ville se réunirent d'eux-mêmes pour s'occuper de ces recherches. Après plusieurs discussions sans intérêt scientifique, sur la préséance à accorder à l'un ou à l'autre travail, le congrès s'en est remis à une commission spéciale du soin de les apprécier toutes les deux. M. Quaglino, membre de la Société de Milan, a répété devant cette commission deux des expériences qu'il avait déjà faites. Voici le texte du narré de l'opération :

Exp. I. — Sur un cheval, on découvrit la carotide droite, et on la soumit à l'action d'une pile de Wollaston de 12 couples, avec un liquide composé d'eau, d'acide nitrique et d'acide sulfurique, et en employant des aiguilles de platine enfoncées dans l'artère selon une direction opposée à celle de l'ondée sanguine. Après trente minutes, l'artère fut entourée de deux fils, liée, puis enlevée. Le caillot s'était formé, mais incomplet, c'est-à-dire petit, quoique solide et consistant, et n'oblitérant qu'en partie le canal du vaisseau.

Exp. II. — Sur le même animal, on mit la carotide gauche à découvert, et on fit agir sur elle une pile de Grove de 4 couples, par l'intermédiaire de quatre aiguilles d'acier implantées latéralement dans l'artère, leur pointe tournée dans la direction du sang, deux communiquant avec le pôle positif et deux autres avec le pôle négatif. Après trente minutes, on obtint un caillot obturateur, fibrineux, complet.

L'exposé de ces expériences est suivi de dix propositions, que nous ne transcrirons point ici parce que beaucoup d'entre elles sont relatives à des faits totalement étrangers aux deux expériences ci-dessus, les seules dont le rédacteur ait donné connaissance, et que par conséquent on puisse juger.

A propos de ces vivisections, diverses observations du même genre ont été citées. M. Caire a parlé d'un cas d'anévrisme poplité traité à l'hôpital de Novare par M. Pagani à l'aide de la galvano-puncture; mais l'augmentation de volume survenue dans la tumeur après l'emploi de ce moyen, la persistance des pulsations, l'œdème du membre, la douleur développée au talon, empêchèrent d'en réitérer l'application.

M. Ceutofanti a aussi mentionné l'histoire d'un anévrisme où la galvano-

Feuilleton.

ÉRUDITION. — IMPRESSIONS DE LECTURES.

On sait l'odieuse définition que madame de Staël donnait de la ligne à pêcher; je ne la rapporterai point pour l'honneur de sa mémoire. Comment cette femme, illustre entre toutes, n'a-t-elle pas compris le réel, le constant bonheur de l'homme se livrant au délicieux passe-temps de la pêche à la ligne; quoi qu'elle en dise, c'est une espérance et une crainte perpétuelles, c'est un jeu qui a ses angoisses, ses félicités, ses inquiétudes; il captive l'attention, il excite l'intérêt, il agite, il émeut, jusqu'au serrement de poitrine, jusqu'au battement de cœur. *Pêcher à la ligne!* il y a des milliers de sensations dans ces quatre mots. Toutefois ce plaisir a quelque chose de matériel dans ses moyens et surtout dans sa fin : messer Gaster ne veut rien perdre de ses droits. Mais il n'en est pas de même des plaisirs de l'érudit : ceux-là viennent directement de l'intelligence, aussi en ont-ils le fini, la saveur et l'exquise pureté.

Et cependant n'est-il pas singulier d'entendre certains hommes à petite cervelle et par conséquent vaniteux, se moquer d'un pareil goût, dire avec ce sourire de l'homme superficiel et ignorant : *Ces pauvres diables d'érudits.* Qu'ils sachent que ces pauvres diables jouissent peut-être de la plus grande somme de plaisirs accordée à l'humanité; tout bon observateur en conviendra facilement. *Vivacité, continuité, variété*, voilà les caractères principaux de leurs jouissances. En connaissez-vous de pareilles dans celles du monde, quoiqu'il y en ait à coup sûr de plus célèbres, de plus étourdissantes? D'abord elles ne dépendent que de lui-même; toujours libre de génuflexions, de prosternations, l'érudit vit dans sa sphère de plaisirs, sans être contrarié, gêné, ni élevé, ni abaissé par qui que ce soit. D'ailleurs, soyez jeune, soyez vieux, soyez riche, n'ayez qu'une fortune médiocre, l'érudition est toujours prête à vous ouvrir largement les trésors de sa munificence; l'été, l'hiver, la région, le climat, rien n'y fait. De l'aveu unanime des gens sensés, les plaisirs mondains sont stériles, fatigants, insuffisants, bornés, Dieu sait; ils laissent toujours je ne sais quel aiguillon de remords dans l'esprit, parce que le corps a été atteint dans sa force et sa vitalité; il y a toujours du trouble dans ce simulacre de bonheur. Les plaisirs de l'érudit sont au contraire permanents et néanmoins toujours vifs, notez bien ces deux points. Oui, toujours vifs; car, ne vous y trompez pas, sous le calme et le quiétisme quasi-brahminique d'un véritable bibliophile, existent un feu, un enthousiasme, une ardeur extrêmes. Pons de Verdun, dans sa célèbre épigramme, se moque de cet enthousiasme qui s'exalte en voyant, pages *neuf et seize*, la fameuse faute d'impression; mais c'est là précisément la cause de la béatitude de l'érudit, un profane ne la conçoit pas; cela doit être, un vieux livre n'a aucune valeur à ses yeux. Quel est le médecin amateur qui ne bondit de joie quand il trouve dans les cryptes enfumées d'un bouquiniste un Hippocrate des Alde de 1505, un Hippocrate des Elzévirs, à grandes marges et recouvert du parchemin classique? Il est heureux, il a quinze coudées de haut; il n'est plus sur la terre, ne le faites pas descendre du troisième ciel.

puncture donna lieu à une escarre, après l'élimination de laquelle il survint une hémorrhagie qui obligea de lier le vaisseau au-dessus.

M. Ciniselli, au contraire, n'a jamais observé ni gangrène ni aucun accident grave dans les anévrismes qu'il a traités ainsi. Au mois de juillet dernier, il a essayé à deux reprises la galvano-puncture sur un vaste anévrisme de l'aorte thoracique ascendante, qui était venu faire saillie dans le premier espace intercostal droit. Il n'obtint pas la coagulation du sang dans le sac, mais au moins la position du malade ne fut point aggravée par cette tentative; car il est encore à ce moment à l'hôpital de Crémone.

Mais l'observation la plus intéressante est celle qui s'est accomplie en la présence et pour ainsi dire avec la coopération du congrès tout entier, et dont nous allons rapporter les détails.

Obs. — Le 17 septembre, fut présenté à la section de chirurgie un homme de 60 ans, porteur d'une volumineuse tumeur à droite du cou. Ayant eu autrefois une gonorrhée et des ulcères, il vit, il y a trois ans, se développer cette tumeur, laquelle laissa sortir un peu de sang, puis, depuis dix-huit mois et à la suite d'un excès de coït, se mit à prendre une grosseur démesurée. Modéré par les émissions sanguines locales et les applications froides, cet accroissement ne put être arrêté. La tumeur, examinée par une commission spéciale, offrait à sa base une circonférence de 51 centimètres; dans sa plus grande longueur, verticalement, elle avait 22 centimètres; elle s'étendait de la nuque à la partie antérieure du cou, repoussant les organes respiratoires, ce qui avait produit de la suffocation et l'altération de la voix. Peau saine, mais à surface un peu inégale. La consistance de la tumeur était assez dure et résistante; mais enarrière, vers l'apophyse mastoïde, une partie paraissait très-élastique et fluctuante: c'était là que se sentaient le mieux les pulsations synchroniques aux battements du cœur. En enfonçant l'indicateur dans la gorge et plaçant le pouce en dehors du sterno-mastoïdien, on rencontrait entre ces doigts une sorte de pédoncule qu'on pouvait regarder comme formé par le faisceau des vaisseaux; en le comprimant, les pulsations cessaient dans la tumeur. Le reste du système artériel, ainsi que les viscères thoraciques et abdominaux, était intact.

Contre cet anévrisme si volumineux de la carotide droite au voisinage du tronc innominé, tout procédé opératoire ne pouvait apporter qu'un secours incertain, et un secours dont l'application même ne laissait pas que d'être dangereuse; cependant la section de chirurgie, au sein de laquelle s'éleva cette discussion, considérant que la maladie était mortelle, et qu'un remède même douteux devait par conséquent être tenté, décida qu'on essayerait la galvano-puncture.

En conséquence le malade fut placé à l'hôpital de Pammatone, et le 25 septembre il fut opéré par M. Ciniselli, en présence d'une commission composée, outre lui, de MM. Caire, Asson, Secondi et Quaglino. On choisit pour opérer la moitié antérieure de la tumeur, devant le sterno-mastoïdien. Six aiguilles y furent introduites à la profondeur de 35 à 40 millimètres; elles avaient 63 millimètres de longueur, et étaient recouvertes de vernis dans leur partie destinée à être en contact avec les tissus. On enfonça quatre de ces aiguilles vers la base, en forme de demi-cercle, et deux au milieu vers la partie proéminente de la tumeur. La distance entre les points d'implantation était de 2 à 3 centimètres. Les pointes, dirigées vers la profondeur de la tumeur, étaient écartées les unes des autres. On se servit de deux piles de Wollaston, de 10 couples chacune, de la dimension de plus d'un pouce carré, avec de l'eau acidulée dans la proportion de 6 à 1. Les deux aiguilles, fichées dans le centre, furent réunies aux conducteurs des pôles positifs, et celles de la circonférence aux conducteurs des pôles négatifs, et l'on maintint le courant douze minutes pour les premières et quinze pour les secondes. Les *aiguilles positives*, bien défendues par la couche isolante, présentaient à peine une petite aréole de couleur sombre; cependant elles furent difficiles à extraire, parurent être très-oxydées, et l'oxydation avait même détruit la pointe de l'une d'elles. Les *aiguilles négatives*, également vernies, offraient une aréole jaunâtre là où elles avaient été à nu; dans leur partie libre, dans la tumeur, elles étaient brillantes comme à l'ordinaire, et n'offraient aucun obstacle à l'extraction. Du point d'implantation de ces aiguilles il sortit un gaz avec crépitation, puis quelques gouttes de sang. Le patient ne donna pas de signe de douleur, si ce n'est lors du changement du contact des pôles négatifs. La tumeur, durant l'opération, devint rouge; la circulation fut très-accélérée dans le commencement; les pulsations de la tumeur restèrent toujours les mêmes. On avait fait l'opération sans comprimer la carotide. La tumeur, couverte de glace, puis de fomentations d'eau végéto-minérale pendant six heures, fut trouvée pulsatile le soir du même jour.

Le 26, nuit tranquille; la tumeur bat toujours, elle n'est presque plus rouge. A midi, fièvre précédée de frissons; tumeur rouge et douloureuse à son milieu; symptômes d'irritation gastrique. (Fomentations d'eau froide, saignée, limonade, purgatif pour le lendemain matin.)

Le 27, peu de fièvre; la tumeur, à sa partie saillante, est ferme et sans pulsations; au contraire, dans sa partie antérieure, à la base et postérieurement, elle est molle et bat encore, quoique moins fort. A midi, fièvre plus intense; tumeur chaude, douloureuse, rouge, partout pulsatile. (Saignée, répétée le soir, glace, eau fraîche.)

Le 28, nuit inquiète, moins la fièvre; tumeur rouge, douloureuse, pulsatile, quoique ferme dans sa plus grande étendue; douleur en avalant. (16 sangsues à la base de la tumeur; décoction de casse et de tamarin.) — Le soir, redoublement de la fièvre. (Une saignée.)

Le 29, nuit moins agitée; sensations de piqûre dans la partie postérieure de l'anévrisme; tumeur moins rouge, moins douloureuse, moins pulsatile, plus ferme; langue amère, sale, un peu rouge aux bords. (Magnésie à petites doses.)

Le 30, nuit troublée par des secousses partielles et générales dans la tumeur. La tuméfaction pâle que présentait le lieu d'implantation des aiguilles positives est maintenant à peine reconnaissable; celui des négatives est au contraire entouré de petites croûtes. Les pulsations continuent.

Le 1er octobre, à trois heures de relevée, augmentation des battements de la tumeur; elle acquiert beaucoup plus de volume, et le malade y éprouve une sensation de craquement.

Le 2, à une heure du matin, agitation, anxiété, mort.

Autopsie. — La carotide primitive se continue avec le sac: on mesure 4 centimètres de l'origine de celui-ci à la naissance de la sous-clavière. La carotide est dilatée et ses parois hypertrophiées; la sous-clavière, l'innominée et la crosse aortique participent à cet état.

Sur le trajet des aiguilles, on rencontre des points noirs ou de petites taches de couleur café ou de rouille. Dans la direction de l'aiguille supérieure correspondant au pôle zinc se trouve un centre de suppuration d'un demi-pouce, situé entre la face externe du sac et les couches musculaires. La tumeur ouverte, on la trouve pleine de caillots, les extérieurs solides, stratifiés et adhérents aux parois du sac, évidemment d'ancienne date: au centre, ils sont plus mous et isolés; en haut du sac, il y a quelques onces de sérosité sanguine. En suivant la marche des aiguilles, on en perd la trace dans les caillots les plus extérieurs, dont elles n'ont certainement pas pu traverser l'épaisseur. Après avoir détaché les caillots du sac, on reconnaît le passage des quatre aiguilles zinc, à quatre aréoles rondes, déprimées de 4 à 5 millimètres de diamètre, noirâtres, très-adhérentes au reste du sac, indurées et comme cornées. Le passage des deux aiguilles de cuivre est à peine reconnaissable à un petit point noir qui traverse la paroi du sac. Le sac vidé des caillots a des parois dures, résistantes et inégales, ici de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, là sur le point de se rompre.

Grande injection des membranes de la tête, des vaisseaux de la surface du cerveau et de la substance cérébrale, qui est très-pointillée.

Le cœur et les poumons sont dans l'état normal.

Le rédacteur de cette observation incline à attribuer en grande partie l'insuccès à ce qu'on s'est trop hâté d'opérer le malade sans lui avoir laissé le temps de s'acclimater au séjour de l'hôpital. Mais la marche de l'affection

---

Qu'on ne croie pas néanmoins que le véritable érudit méprise tout à fait les livres modernes; à la vérité il ne s'extasie pas devant eux, il les compare et il les pèse. S'il n'ignore pas que beaucoup de nos auteurs ne savent, comme le dit un poëte, Jean Dousa:

Arva per papyrina
Statu loquace, seminare litteras,

c'est-à-dire: « Semer des lettres bavardes dans des sillons de papier blanc, » il sait aussi qu'il y a, dans l'époque actuelle, de bons travaux qu'on ne doit pas négliger. Il aime ce qui est rare, ce qui est caché, sans dédaigner ce qui est offert à tous les yeux; il recherche les bons ouvrages recouverts de la vénérable poussière des bibliothèques, et le livre à couverture de papier lilas ou beurre frais, les pages jaunies et les pages encore humides d'un papier satiné. Ses prédilections, ses amours, son instinct biblique, sont, il est vrai, pour les vieux auteurs, mais il ne rejette pas les nouveaux, pourvu qu'il n'y ait ni rapsodies, ni plagiats, ni lacunes, ni redites, ni remplissage, ni oripeaux, ni fatras de doctrine, ni fanfreluches de style, etc. Or, jugez s'il est souvent satisfait. Alors il revient naturellement à son axiome favori: *Novitas falsitatem sapit.*

Le médecin amateur d'érudition a des droits infinis et justifiés aux jouissances les plus complètes, les plus variées, les plus étendues. Indépendamment des lettres et des sciences accessoires auxquelles il n'est point étranger, la médecine elle-même lui fournit d'amples récoltes à faire et dans tous les genres. Cette science se lie à tout et dans tous les temps, et son histoire, faite dans un large sens philosophique, serait, à peu de choses près, l'histoire même de l'esprit humain; or, qu'on imagine, s'il est possible, ce qu'on doit y trouver sous le rapport de l'érudition. Voilà trente siècles connus qu'on écrit sur la médecine; il y a dans cette branche de nos connaissances autant d'auteurs qu'en théologie, et ce n'est pas peu dire. Aussi, que de richesses accumulées, que de mines à ouvrir, à explorer, que d'or caché, que de diamants enfouis, qu'un bon esprit peut tirer des profondeurs du passé! Nos devanciers ne savaient peut-être pas ce que nous savons; mais ils avaient autant d'esprit, d'imagination, de génie, qu'on en peut avoir aujourd'hui. Moins distraits, ils portaient dans la nature universelle et dans celle de l'homme en particulier des regards plus profonds, plus attentifs et par cela même plus pénétrants que les nôtres. Il en résulte que toutes les bases de notre médecine actuelle viennent de cette source vénérable, l'édifice appartient aux anciens, nous ne faisons que le recrépir. Ils avaient d'ailleurs une sincérité, une bonne foi, qui deviennent de plus en plus rares dans les temps modernes. Aujourd'hui l'histriomanie est devenue presque générale; elle se glisse et s'infiltre partout, car la science n'est jamais un but, c'est un moyen, un instrument, le secret est de s'en servir avec plus ou moins d'adresse. Il y a des savants qui, ayant trouvé une demie, un quart d'idées, un semblant d'idée nouvelle, savent la faire valoir, la gonfler démesurément,

Et qui de mots fardés vous dorent la pilule,

avec un art, un aplomb qui étonnent toujours les gens candides, art très-certainement inconnu aux savants d'autrefois. Eh bien! ouvrez les anciens ouvrages, soulevez leur couche de poussière, et vous serez tout étonnés de retrouver ces idées, quelquefois même présentées avec plus d'ampleur, plus de force et d'évidence que dans les livres modernes.

constatée par les détails énoncés ci-dessus est, ce nous semble, en désaccord absolu avec cette interprétation. Ce n'est pas une fièvre d'hôpital qui a emporté le malade; ç'a été bien évidemment l'accroissement de volume de la tumeur, peut-être causé, probablement accéléré, par le traitement. — Nous ne désapprouvons point pour cela l'application qui a été faite de la galvano-puncture à ce cas; mais nous pensons qu'il aurait fallu y procéder autrement. L'anévrisme étant énorme, la poche liquide spacieuse outre mesure, on devait proportionner l'énergie du remède à l'intensité du mal, commencer par chercher à rendre le sang immobile dans la poche en essayant de serrer le pédicule dont on avait expérimenté que la compression supprimait les pulsations, multiplier les aiguilles, les croiser entre elles, prolonger le jeu de la pile 25 à 30 minutes, enfin réitérer coup sur coup les séances. Même employée de cette façon, la galvano-puncture n'avait sans doute pas, dans ce cas, de grandes chances de succès, à cause du volume de l'anévrisme. Mais, à notre avis, ce n'est qu'ainsi qu'il était permis de l'appliquer. Cette opération, en effet, a deux actions qui ne peuvent guère se séparer: l'une favorable, coagulant le sang; l'autre pernicieuse, irritant les tissus et déterminant parfois l'inflammation de la poche. Or dans un sac considérable, aller implanter timidement quelques aiguilles isolées et s'en tenir à une seule tentative, c'est se condamner volontairement à avoir les effets fâcheux de l'opération sans la moindre chance d'obtenir les effets curatifs. Dans cette question, on peut le dire, et surtout pour des cas presque désespérés comme l'était celui-ci, la réserve est bien loin de s'appeler prudence.

SUR LA CYSTIFELLÉOTOMIE.

M. Rossi appelle ainsi l'incision des parois de la vésicule biliaire faite pour en extraire un calcul. Dans plusieurs cas, la nature, en rapprochant des parois abdominales et y faisant adhérer la poche cystique, a mis le chirurgien sur la voie d'entreprendre cette opération. Il cite spécialement à ce sujet l'histoire d'une dame de 40 ans qui, après plusieurs accès de colique hépatique, présenta une tumeur à la région iliaque droite. On la prit d'abord pour une tumeur lymphatique, plus tard pour un abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal de la région iléo-lombaire. Le chirurgien ayant ouvert cette collection, il en sortit du pus; puis on y reconnut la présence d'un calcul biliaire dont l'extraction détermina la guérison.

PROPOSITION POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PHARMACOPÉE UNIFORME DANS TOUTE L'ITALIE.

Les différents États ou provinces qui divisent l'Italie ont chacun une pharmacie différente, souvent des poids et mesures particuliers. Aussi les médicaments diversement préparés ont une efficacité variable ici ou là. La diversité des poids et mesures qui, surtout au centre de la Péninsule, est si frappante à de courtes distances, ne cause pas moins d'embarras et de mécomptes aux praticiens. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir figurer cette année, parmi les actes du congrès, une lettre signée des plus grands noms de l'Italie, Calderini, Salvatore de Renzi, Rossi, Bertini, Turchetti, etc., qui demandent la révision du système pharmaceutique et la réduction de tous les poids et mesures à une même unité.

Le président de la section de chimie, M. Taddei (de Florence) a été nommé président général: c'est à lui que devront être adressés en définitive tous les documents recueillis sur cette grande réforme. Mais pour rendre son travail plus complet, pour rassembler plus sûrement toutes les indications relatives à ce projet, douze comités particuliers ont été élus, composés de chimistes, de médecins, de pharmaciens. Leurs membres résidants à Gênes, Milan, Rome, Naples, Bologne, Venise, etc., seront toujours en rapport avec le président. L'activité imprimée à cette utile rénovation est une garantie et de son importance et du succès prochain qui attend des efforts aussi bien combinés.

NOSOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES PSEUDO-CONTINUES, OU FIÈVRES CONTINUES A QUINQUINA; par F.-C. MAILLOT, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

J'ai donné le nom de *fièvres pseudo-continues* aux *fièvres intermittentes*, qui, sous l'influence de conditions qui restent peut-être à déterminer, affectent dès leur début, et pendant un temps plus ou moins long, une marche analogue aux fièvres que les anciens nosographes appelaient *fièvres continues*, *fièvres essentielles*, que Broussais avait expliquées par la *gastro-entérite*, et qu'aujourd'hui l'on désigne sous la dénomination de *fièvre typhoïde*.

J'avais voulu par là fixer l'attention des médecins sur un point de pathologie qui paraissait tombé dans l'oubli. Cette expression rendait parfaitement ma pensée en signalant les caractères essentiels de ces affections, leur continuité, d'une part, et, d'autre part, leur tendance à passer à l'intermittence ou à la rémittence. Celle de *subcontinue* me paraît dangereuse en ce sens qu'elle me semble entraîner l'idée que ce n'est que secondairement, que subsidiairement que la fièvre devient continue; avec elle, on est invinciblement porté à chercher, dans le cours de la maladie, la *subintrance* avant la *subcontinuité*, avant la *continuité;* et ce n'est pas ainsi, on ne saurait trop le répéter, que marchent d'ordinaire les fièvres continues à quinquina, bien que ce mode de progression vers la continuité ne soit point rare. Mais on voit bien plus souvent, pendant la saison des chaleurs et dans l'intensité des épidémies de fièvres intermittentes, la continuité se manifester dès le premier jour, s'établir de prime saut et faire place ensuite, par des degrés successivement décroissants, à la *rémittence*, à la *subintrance*, et enfin à l'*intermittence*.

Senac, bien qu'il ait observé dans des localités infiniment moins favorables que la Corse et l'Algérie au développement de ces fièvres intermittentes à apparence continue, a néanmoins parfaitement saisi et exposé les idées que je viens de rappeler. Voici ce qu'il dit (1): « Per æstatem torridam » et per insequentem autumnum grassabantur febres statim continuæ, at » per dies tantummodo quinque aut sex; deinde vero intermittentium » more cursum absolvebant. » Voilà bien les fièvres que j'ai spécialement appelées pseudo-continues. L'année suivante, c'est une marche inverse, c'est celle qui me semble constituer la véritable subcontinue: « At se» quenti anno, dit-il, cùm tertianarum duplicium aut simplicium ritu in» cœpissent, in continuas quindecim aut viginti dierum abire solebant.....»

On trouve des faits analogues dans tous les anciens qui ont écrit sur les

(1) DE RECONDITA FEBRIUM INTERMITTENTIUM, ETC., p. 161. — Genevæ, 1769.

L'érudition en médecine a donc deux avantages qui lui assurent une prédominance marquée; elle donne sa récolte de jouissances habituelles; elle montre les efforts du génie pour découvrir les secrets de la nature, la marche suivie, les coups de sonde donnés avec hardiesse et habileté pour pénétrer dans les mystères de la nature; puis elle sert à reconnaître dans ce qui se dit et se fait aujourd'hui ce qui s'est fait dans les époques précédentes, sauf parfois la platitude du calque et la grossièreté de l'imitation. Idées anciennes et exhumées, découvertes d'aujourd'hui et faites il y a des siècles, doctrines formulées de nos jours et qui ne sont que l'écho affaibli des anciennes doctrines, théories surannées, reprises et passées à l'enluminure moderne, méthodes d'autrefois retournées et données comme neuves, conceptions, aperçus, conjectures, essais, vérités, fictions, mensonges, tout cela se retrouve dans les vieux livres; il n'y a qu'à les tirer de leur gangue. N'est-ce pas là un spectacle toujours instructif, toujours amusant, toujours varié pour le bibliophile médecin? Sans trop d'orgueil, ne plane-t-il pas de haut sur son époque toujours haletante après le nouveau, pour en faire du bruit, de bonnes affaires, en un mot de l'argent; car la fin de l'homme n'est-elle pas de remuer de l'or et jeter de la boue sur le passé?

Explorer les cryptes cachées où sont enfouis les trésors de la vieille médecine, saisir et reconnaître dans l'idée nouvelle en apparence la marque ancienne, le *sigillum* presque effacé et resté en germe plus ou moins longtemps, voilà, pour le médecin érudit, une foule de jouissances dont sont privés les esprits qui s'en tiennent à la surface et au clinquant modernes. Si par hasard quelques lecteurs de ce journal veulent bien se rappeler les principes de mon vieil ami le docteur *Mathanasius* que nous avons exposés il y a peu d'années, ils ne doivent pas oublier qu'on retrouve en très-grande partie dans nos devanciers la médecine actuelle et même les principes fondamentaux de la chirurgie. Cet homme excellent, mais d'une grande sévérité, disait souvent: je fais peu de cas de tout ce qui est d'hier et encore moins de ce qui est d'aujourd'hui; principe trop exclusif et qui tombe nécessairement dans l'injustice; car « bien que les anciens nous servent *d'eschauguettes*, » comme dit Ambroise Paré, ils n'ont pas tout vu nécessairement. Cependant le vieux docteur Mathanasius avait de bonnes et spécieuses raisons pour appuyer son opinion. En voici une qui ne manque ni de poids ni de vérité. Prenez, disait-il, dix ouvrages de médecine modernes et des meilleurs, combien en reste-t-il au bout de vingt ans qui aient quelque valeur? *ergò*.... La réponse est cruelle et surtout décourageante. Ainsi l'érudition du médecin a cet immense avantage de pouvoir suivre la science dans ses origines, dans ses progrès, dans ses transformations, ses imitations, ses échos les plus heureux ou les plus infidèles. Selon La Bruyère, tout est dit et l'on vient trop tard. Cette assertion peut être vraie dans les beaux arts et la philosophie, mais non dans les sciences d'observation. Je ne sais pourtant si, quand il s'agit de notre science, un vieil érudit en médecine, judicieux, pénétrant, comme il y en a encore, ne serait pas de l'avis de La Bruyère.

Mais pour mériter ce titre d'érudit, trois qualités sont indispensables: un goût décidé pour ces jouissances, le don des langues et l'intelligence des livres. Cette dernière qualité est surtout indispensable; aussi gardez-vous de confondre la science des livres avec la manie des livres, c'est la différence de la santé d'avec la maladie. Une chose certaine, c'est que tout médecin qui fuit l'étude, tout médecin bibliophobe, fait à jamais partie de la plèbe empirique ou de la roture

fièvres intermittentes; c'est donc une question purement historique et sur laquelle je n'ai pas à insister.

Comme eux, j'ai pris pour base de mes dénominations le TYPE de ces fièvres, et c'est ce qui m'a conduit à la classification que j'ai adoptée, savoir : 1° fièvres intermittentes proprement dites, 2° fièvres rémittentes, 3° fièvres pseudo-continues.

M. Boudin est parti d'un autre point que moi et il a été plus loin; car il regarde ces fièvres comme des *fièvres continues*, mais comme des fièvres continues spéciales. Il ne donne plus aux fièvres paludéennes, soit la périodicité, soit l'intermittence, pour caractère commun : il place celui-ci dans l'*identité de la cause pathogénitique, ou, si l'on aime mieux, dans l'intoxication marécageuse*.

Puis il dit, page 131 (1) :

« 1° Que l'intoxication des marais est susceptible de se phénoméniser » sous les types intermittent, rémittent et continu ;

» 2° Que la phénoménisation pathologique présente généralement des in- » tervalles d'autant plus courts, c'est-à-dire se rapproche d'autant plus de » la continuité, que la latitude géographique ou la saison de l'année sem- » blent plus favorables au dégagement de la matière miasmatique ;

» 3° Qu'il est dès lors permis de considérer le type des maladies de ma- » rais comme exprimant dans les divers pays, comme dans l'évolution an- » nuelle, l'intensité ou le degré d'intoxication. »

Que l'on note bien toutefois que, au point de vue pratique, nous sommes parfaitement d'accord malgré cette dissidence apparente. Tous deux, en effet, nous pensons que ces affections paludéennes, sans intermittence, sans rémittence, sont dues à la même cause que les fièvres intermittentes proprement dites qui règnent en même temps, et qu'elles réclament le même traitement; seulement, conséquents tous deux à nos doctrines, je donne le sulfate de quinine comme antipériodique, parce que je soupçonne de la rémittence derrière cette continuité, et lui le prescrit comme agent de désintoxication.

Cette question paraissait donc jugée définitivement pour le fond, et tout semblait se réduire à une question de forme, à rencontrer une qualification exacte à la chose elle-même. Car si le mot *pseudo-continu* paraît ne pas convenir à une affection intermittente, d'un autre côté, il faut donner à ces fièvres continues, toutes particulières, une dénomination qui les distingue des autres fièvres continues, de la fièvre typhoïde en un mot, pour rester dans le langage de l'école actuelle; sans cela, il sera impossible de s'entendre, ainsi que l'a si bien exposé M. Littré dans le passage suivant : « Le nom de *continues*, dit-il (2), a été l'origine d'une grave confusion » qui est loin d'avoir cessé, et qu'on aurait évitée si on s'était rigoureuse- » ment tenu dans les termes d'Hippocrate. En effet, ce mot a une tout » autre signification dans les climats chauds que dans les climats tels que » le nôtre. Les médecins qui ont écrit sur les fièvres des pays chauds les » ont divisées en intermittentes, rémittentes et continues; ceux qui ont » écrit sur les fièvres de nos climats les ont également divisées en intermit- » tentes, rémittentes et continues. Mais les *continues* des uns sont-elles les » *continues* des autres? Pas le moins du monde. Et l'erreur a été fréquem- » ment réciproque, c'est-à-dire que les pathologistes des pays chauds ont » été entraînés à assimiler leurs fièvres aux nôtres, et que des pathologistes » de nos pays ont été non moins entraînés à assimiler nos fièvres aux leurs. » C'est cette confusion qui seule a empêché de reconnaître le véritable ca- » ractère des observations particulières des *épidémies*. Mais si l'on s'était » tenu rigoureusement dans la dénomination d'Hippocrate, qui, par *conti- » nues*, ξυνεχέας, entendait à la fois les fièvres intermittentes et continues, » on aurait reconnu que cette désignation appartenait à une autre maladie » que nos fièvres continues, qui ne sont pas susceptibles d'être indifférem- » ment rémittentes ou continues. C'est là, je le répète encore, le caractère » essentiel qui distingue de nos fièvres continues les fièvres continues des » pays chauds, et toutes celles qui doivent à des conditions locales d'être » comparables à celles des pays chauds..... C'est donc avec un très-juste » sentiment de distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le » nom de *pseudo-continues* aux fièvres continues des pays chauds... »

Je ne tiens, du reste, à cette appellation que parce que je la crois très-propre à donner l'éveil sur la nature des maladies qu'elle signale, et je suis tout disposé à admettre les expressions équivalentes, telles que *fièvres paludéennes continues*, *fièvres continues à quinquina*, *fièvres continues limnhémiques*, etc.

Je fais donc très-volontiers abandon de la dénomination elle-même, mais non de la chose qu'elle représente. Cette chose, je la retrouve consignée dans tous les anciens écrivains; je l'ai vue sous toutes ses faces, je l'ai observée dans ses moindres détails, et mon observation a été confirmée récemment par des hommes recommandables qui, dissidents sous plusieurs rapports, ont du moins été unanimes sur ce point.

C'est donc avec un vif sentiment de surprise que j'ai trouvé une opinion contraire dans le mémoire que M. Casimir Broussais vient de publier (1), et que j'y lis ce qui suit :

« Maintenant est-il nécessaire d'admettre cette troisième espèce de fièvre » qui ne serait pas continue, qui ne serait point intermittente ni rémit- » tente, qui serait pseudo-continue, suivant l'expression de M. Maillot, *spuria » continens*, selon celle de Torti ?

» Je dois avouer que je n'ai pu reconnaître cette nécessité, malgré le » soin que j'ai mis à étudier la rémittente sous toutes les formes. Telle est » aussi l'opinion de mon frère, après six ans de séjour en Afrique. » Nous avons pu facilement ranger tous les cas qui se sont présentés à » nous dans l'une de ces deux catégories; nous avons trouvé des fièvres » intermittentes et des fièvres rémittentes; mais des fièvres à quinquina » qui ne fussent ni rémittentes ni intermittentes, nous n'en avons pu dis- » tinguer une seule.

» .....Si l'on veut absolument diviser, que l'on établisse, dans l'ordre » des rémittentes, une sous-division à laquelle on appliquerait l'épithète de » pseudo-continue ou une autre analogue, si l'on croit devoir faire un » choix des cas dans lesquels les phénomènes continus sont les plus frap- » pants; mais ce sera une division peu importante sous le double point de » vue de la pathogénie et de la thérapeutique. En effet, toute fièvre rémit- » tente a l'apparence de la continuité, et, sous ce rapport, est pseudo- » continue; c'est en cela qu'elle diffère de l'intermittente... J'admets vo-

(1) TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, RÉMITTENTES ET CONTINUES DES PAYS CHAUDS ET DES CONTRÉES MARÉCAGEUSES. — Paris, 1842.

(2) ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, t. II, p. 576.

(1) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (*Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie*), t. LX. — Paris, 1846.

---

médicale; mais chercher les livres, fouiller les bibliothèques, les greniers, les magasins, les arrière-réduits des libraires pour avoir tel volume plutôt que tel autre et s'en tenir là, c'est rester dans le vulgaire et le sentier battu. Il faut un instinct particulier, il faut que *votre astre en naissant* vous ait constitué bouquiniste, sans cela rien ne se fait avec amour, avec enthousiasme, et partant rien de bon. Ajoutons que celui qui est étranger aux langues anciennes ne peut être qu'un triste et faux bibliophile; son érudition sera toujours superficielle, phrasière et parasite : le souffle de l'esprit antique n'a plus de vie dans ses écrits. On pourra faire quelques plongeons dans le fleuve d'oubli pour en retirer d'utiles vieilleries, mais il ne faut qu'une erreur, un oubli, un mot, un rien pour que le véritable savant mette à nu l'ignorance du faux érudit. Il en est même qui se vantent de connaître une langue qu'ils n'ont jamais étudiée, tant la vanité est parfois téméraire; mais écoutez-les avec attention, et bientôt, sous un vernis falsifié de savoir, se découvrira le personnage. On sait la réponse de cet ignare bibliomane, disant avec aplomb : J'ai étudié, je sais le latin, mais je ne me pique pas de le parler comme Homère : le bout d'oreille avait un mètre de hauteur.

Mais que servirait un goût inné d'érudition, aidé même de la connaissance des langues, sans l'intelligence des livres? Voilà le point difficile, c'est aussi le summum de l'art. Apprendre sans comprendre, c'est manger sans digérer. Il est d'étranges érudits qui ne trouvent dans les anciens livres, nous parlons des meilleurs, qu'un simple objet de curiosité, qu'une science à l'état fossile, tandis qu'elle est réelle, vivante, animée pour qui en a saisi le sens. Dans un fond qui recèle tant d'or, ils ne trouvent que du plomb, dans une mine si riche ils ne découvrent que de stériles filons. Aussi l'inanité de leurs conceptions, la faiblesse de leur esprit, se font aussitôt apercevoir. L'étiquette même du produit indique parfois le peu de valeur du contenu à l'homme pénétrant. Un sot avait mis à la tête de son livre, PENSÉES RAISONNABLES, Voltaire dit qu'il y avait deux erreurs dans ce titre, ce qui était vrai, et il n'en avait pas lu dix lignes. Pour tirer d'un vieux livre la portion de lumière qui s'y trouve, à beaucoup d'instruction il faut donc joindre un esprit net, profond, sagace, espèce de creuset où se fait le *départ* du vrai et du faux. Le sot érudit ne distingue rien, son esprit *rate* pour ainsi dire dans l'opération intellectuelle qu'il faut faire ici; il ramasse tout sans choix et sans goût; on a beau lui dire : gardez-vous de mettre dans votre van cette paille et cette ordure à la place du bon grain, on y perd son temps et sa peine; l'incapacité du pédant ne lui permet pas de comprendre; dès lors qu'espérer du résultat de ses travaux? ses ouvrages sont *ut sint thuris piperisque cucullus*, d'après l'ancien dicton.

Un autre point non moins essentiel est de lire la plume à la main; *studium sine calamo est somnium*, a dit Pline le jeune; rien n'est mieux démontré par l'expérience et la vérité; des impressions de lecture à fleur de peau ne laissent ni traces ni souvenirs. Si vous avez cet esprit puissant et patient qui réfléchit, qui observe, qui note, qui éclaircit, qui vérifie, qui classe, vous serez vous-même étonné des richesses que vous aurez accumulées au bout de quelque temps sur un point quelconque de la science. Ce n'est pas tout cependant : quand la provision est faite, que le trésor a grossi, il convient d'en tirer parti, c'est là ce qui distingue le savant vrai, toujours disposé à apporter son tribut, de l'érudit flâneur, musard, toujours bouquinant, toujours lisant, feuilletant, ramassant, mais toujours clos dans l'égoïsme de ses jouissances. L'érudit de bon aloi,

l'avortement quand il est temps encore de le provoquer? Et si la femme se refusait à l'opération césarienne, aurait-on le droit de la pratiquer malgré elle (1)? En l'abandonnant aux seules forces de la nature, on sacrifie et la mère et l'enfant; en faisant l'embryotomie, le fœtus est mort et la vie de la femme en danger. De part ou d'autre donc le sacrifice d'une existence doit être consommé. D'ailleurs l'accoucheur qui pratique l'accouchement forcé, celui qui morcelle un fœtus vivant, a-t-il davantage droit de vie sur le jeune être? N'oublions pas que la vie de la mère n'est achetée qu'au prix du sacrifice d'un parasite presque inerte, insensible, déjà menacé de toutes parts, et dont l'importance sociale est presque nulle, quand celle du tronc est ordinairement précieuse à tant de titres. De deux maux, nous choisissons évidemment le moindre. Il ne manque d'ailleurs point d'exemples où la société absout pleinement de pareils sacrifices : tel est le cas du matelot jeté à la mer pour sauver une embarcation; telle est la victime égorgée par une peuplade que la famine réduit à se nourrir de chair humaine, etc. L'homme a obéi à la grande loi de la nécessité irrésistible; la justice est désarmée....

Espérons que cette ressource ne tardera pas à être définitivement acquise à la science et à la pratique obstétricale, et que les accoucheurs moins timorés n'attendront pas qu'un texte dérogatoire vienne leur accorder un sceau d'impunité que leur conduite et leur conviction doivent seules leur garantir. Nous disons plus : s'il nous est permis d'élever un vœu, c'est que jamais le texte de l'article 317, qui concerne les gens de l'art, ne disparaisse du Code. C'est là un frein puissant opposé à l'abus, et les choses même les meilleures trouvent toujours des hommes disposés ou à en abuser ou à les fausser (2).

INDICATIONS. L'avortement provoqué dans un but médical sera formellement indiqué jusqu'au sixième mois révolu de la gestation, dans tous les cas d'angustie pelvienne au-dessous de 2 pouces 1/2 (67 millimètres). En effet, à 2 pouces 1/2 et au-dessus les ressources de l'accouchement prématuré se présentent évidemment préférables. Après le sixième mois, le volume transversal de la tête ayant déjà acquis au moins 2 pouces 6 lignes, ne permettrait plus l'expulsion facile du fœtus. C'est du quatrième au sixième mois, et surtout vers le cinquième, qu'il sera convenable de provoquer le travail. Avant cette époque, l'existence de la grossesse ne serait point assez certaine.

L'avortement médical est encore hautement indiqué quand il y a chez la mère une maladie absolument inhérente à l'état de grossesse, et que cette maladie, si la gestation continue, la fera infailliblement périr, tandis que tout fait prévoir que l'avortement arrêtera et éloignera le danger. Tels sont la rétroversion utérine avec phénomènes d'étranglement, les affections des organes thoraciques où la grossesse produit une suffocation imminente, les hémorrhagies qui jettent dans le marasme, etc.

CONTRE-INDICATIONS. La contre-indication la plus formelle est l'opposition de la mère. Si l'on ne parvient à vaincre cette opposition par des arguments que la raison suggère, il faut se résigner à l'extrême ressource de l'embryotomie ou de l'opération césarienne.

cordée par M. Simonard : total, 105 décès. Quant à l'opération césarienne, pour les enfants, Michaelis n'en a compté sur 110 cas que 43 morts, ou 39 sur 100. Pour les femmes, les chiffres du même auteur, qui concordent assez bien avec ceux de M. Simonart, portent le nombre de celles qui ont succombé à 57 sur 100 opérées : total, 96 décès par l'opération césarienne. A ce compte donc, et sans même prendre en considération les cas bien avérés où, malgré les plus rationnelles prévisions, on a vu l'accouchement cru impossible s'effectuer heureusement, tout l'avantage resterait à l'hystérotomie. Voudra-t-on maintenant discuter sur l'importance différente des êtres que sauve l'un et l'autre procédé? Ces considérations, qui demanderaient à être débattues, ont leur valeur sans doute; mais comme, ainsi que l'a bien dit M. P. Dubois, elles s'adressent plutôt au sentiment qu'à la raison, il me semble difficile qu'on leur donne ici l'autorité d'un arbitre en dernier ressort. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

(1) Non, s'il ne s'agissait que de sauver la vie de l'enfant; oui, et bien certainement oui, si, dans le cas particulier, il était démontré que la céphalotomie compromettrait davantage les jours de la mère, et que l'hystérotomie est le seul moyen de la sauver. Le chirurgien ne devrait pas plus hésiter alors à opérer de force qu'il n'hésiterait à lier l'artère fémorale ouverte, ou à fendre la trachée obstruée par un corps étranger, malgré la résistance du malade, si celui-ci méconnaissait assez ses intérêts pour s'opposer à un remède aussi indispensable. (IDEM.)

(2) Le vœu qu'émet ici M. Simonart est d'un esprit juste et éclairé; pour l'avortement médical comme pour l'accouchement prématuré provoqué, il y aurait des inconvénients sérieux à ce qu'une jurisprudence nouvelle s'établit tout à coup autrement que par les arrêts des cours royales. Dans un texte de loi formel et univoque, la perversité, qu'il faut toujours prévoir, de certaines personnes trouverait un trop facile abri. Craignons d'accorder les pouvoirs redoutables d'une immunité sans limites à un titre qui ne suppose nécessairement ni les connaissances ni la moralité suffisantes, et rappelons-nous que la justice ne saurait un moment déposer son glaive devant l'innocent sans s'exposer à se trouver désarmée en face du coupable. (IDEM.)

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. Les moyens que M. Simonart conseille sont généralement connus; aussi ne les rapporterons-nous que très-sommairement. Après avoir fait employer quelques jours les bains, injections émollientes, onctions belladonées ou opiacées, fumigations, etc., on introduit dans l'orifice utérin, et à travers le spéculum, un cône d'éponge ficelée, long de 2 pouces, large à sa base, et qu'on soutient au moyen d'une éponge ordinaire, de la grosseur d'un œuf et poussée au fond du vagin. L'appareil, laissé en place de huit à douze heures, est renouvelé deux ou trois fois, en prenant soin d'augmenter chaque fois le diamètre du cône. Pendant ce temps, la femme fait de l'exercice, frictions hypogastriques, légers excitants, etc.

Si le col est suffisamment dilaté, le travail actif, la poche des eaux saillante, on perce les membranes (mais seulement à mi-terme de la grossesse, car avant ce temps l'expulsion en bloc est préférable). Si, au contraire, le travail tarde trop, que le col assoupli ne se dilate pas, on donne le seigle ergoté, ou bien l'on pratique la dilatation au moyen des doigts groupés en cône, ou les titillations utérines, le décollement des membranes, ou enfin la ponction qui ne tarde ordinairement pas à amener le complément du travail. Les incisions sur le col utérin constituent une ressource extrême.

L'introduction préalable de l'éponge empêche que l'instrument destiné à opérer la ponction soit exposé à produire la lésion des organes internes. Si l'on éprouvait de la difficulté à la faire pénétrer dans l'orifice, on y obvierait par l'usage des injections, des bains de vapeurs, des onctions relâchantes. On emploierait même au besoin le doigt, le spéculum de Mende ou le dilatateur mécanique de Busch.

Le fœtus étant expulsé, l'ondoiement accompli, le premier soin doit être l'extraction rapide du placenta. Si l'on tarde, le col se resserre, et il est quelquefois fort difficile, impossible même d'extraire le gâteau spongieux sans violence.

V. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE;

PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques réflexions sur l'extraction des dents; modification de la clef de Garengeot*; par M. Dancel. 2° *Plaie pénétrante du genou; rupture de la substance fibreuse interrotulienne d'une ancienne fracture; suppuration de l'articulation; hémorrhagie; péripneumonie métastatique; amputation. Trois ligatures après l'amputation : deux de l'artère fémorale et une de la circonflexe externe. Extraction d'un sequestre de 4 pouces de long; guérison*; par M. Seutin. 3° *Opération césarienne pratiquée il y a six mois, avec succès pour la mère et l'enfant*; par M. Mussche. (Opération nécessitée par une déformation du bassin.) 4° *Observation sur une nouvelle méthode opératoire par la scléroticotomie sous-conjonctivale, pour l'extraction des cristallins réclinés ou abaissés dans la chambre postérieure et déterminant des douleurs très-vives*; par M. Vallez. 5° *Un mot sur le bandage amovo-inamovible*; par M. Fraene. (Trois cas de succès dus à son application dans des fractures.) 6° *Fracture compliquée de la jambe droite à sa partie supérieure; fièvre de résorption; affection de poitrine; extraction de deux esquilles le dix-septième jour après la fracture; mort le vingtième jour*; par M. Seutin. (Explications sur ce fait qui avait été le sujet d'une polémique dirigée contre la méthode de M. Seutin.) 7° *Du baptême intra-utérin sans opération césarienne préalable*; par M. Thiriot. *Examen de ce travail et réflexions sur la discussion à laquelle il a donné lieu au sein de l'Académie de médecine de Belgique*; par M. Meurice. 8° *Dissertation sur l'avortement provoqué dans un but médical*; par M. Simonart. (Voy. ci-dessus l'analyse de ce travail.) 9° *Résumé de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Pierre pendant le deuxième semestre de 1845*; par M. de Ladrier. 9° *Guérison d'une incontinence d'urine nocturne par l'acide benzoïque*; par M. de Fraene. 10° *Examen critique des nouvelles doctrines sur l'huile de foie de morue, mises au jour par M. de Jongh et M. Klencke*; par M. Duparc. 11° *Statistique de la consommation de l'homme, considérée sous le point de vue médical*; traduit de l'allemand par M. Biver.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'EXTRACTION DES DENTS; MODIFICATION DE LA CLEF DE GARENGEOT; par M. DANCEL.

L'idée la moins bien prouvée de ce travail, celle dont la démonstration préalable était cependant indispensable, est qu'il serait à désirer que l'extraction des dents incisives et canines pût être exécutée avec la clef de Garengeot. Malgré la légitimité, très-contestable à nos yeux, de cette première donnée, il est intéressant de connaître la modification que l'auteur a apportée à la clef afin de la rendre propre à extraire les dents de devant avec la même facilité que les molaires.

Pourquoi, dit-il, est-on obligé pour arracher les incisives et les canines

de renoncer à employer la clef ordinaire? parce que ces dents ont de longues racines, et qu'en se servant de l'instrument en question, qui agit comme un levier du premier genre, on ferait basculer ces dents trop court sur elles-mêmes, et qu'on les briserait plus ou moins loin de la couronne selon que le mouvement de bascule serait plus ou moins court. Le peu d'épaisseur des gencives et des alvéoles à la partie antérieure de la mâchoire contribue beaucoup à y rendre le mouvement de bascule peu étendu. La clef ordinaire prenant alors par son panneton un point d'appui très-voisin du corps qu'il s'agit de faire basculer, ne peut exécuter le mouvement que dans un cercle très-circonscrit.

Le moyen de remédier à cet inconvénient est de disposer les parties de manière à faire basculer ces dents dans une étendue assez grande pour que la connexion de leurs fibres ne soit point détruite. On y parvient en agrandissant l'espace entre le point d'appui et la résistance, entre le panneton et la dent. Pour cela faire, M. Dancel a percé le panneton de la clef ordinaire d'un trou à vis dans lequel passe un clou qui y tient fixé et adapté un morceau d'acier qu'il appelle *panneton supplémentaire*. Cette pièce, qu'on enlève aisément quand on veut extraire des grosses molaires, suffit pour arracher toutes les incisives avec une facilité et une promptitude que ne donne pas le davier, lequel exige toujours beaucoup de mouvements de latéralité et est quelquefois impuissant contre certaines canines.

Ce panneton supplémentaire trouvera encore fréquemment son application pour l'avulsion des dents de sagesse inférieures et des petites molaires supérieures. Ces dents, se dirigeant vers l'intérieur de la cavité buccale, n'en sont séparées que par une paroi osseuse mince qui est exposée à être brisée quand on emploie la clef ordinaire. Avec l'addition de M. Dancel, on agrandit le cercle dans lequel on fait basculer la dent, et elle pourra sortir selon une direction oblique de son alvéole qui sera alors brisée dans une moindre étendue ou même pas du tout.

OBSERVATION SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE PAR LA SCLÉROTICOTOMIE SOUS-CONJONCTIVALE, POUR L'EXTRACTION DES CRISTALLINS RÉCLINÉS OU ABAISSÉS DANS LA CHAMBRE POSTÉRIEURE ET DÉTERMINANT DES DOULEURS TRÈS-VIVES; par M. VALLEZ.

Lorsqu'on a opéré une cataracte par abaissement ou par réclinaison, le cristallin, déprimé au fond du corps vitré par la pression qu'il exerce sur la rétine, produit quelquefois dans l'œil des douleurs très-vives qui peuvent durer fort longtemps et même pendant toute la vie. Ce n'est guère qu'au moyen de la scléroticotomie qu'on peut remédier à ces symptômes, en faisant l'extraction du cristallin. Mais cette nouvelle opération entraînant, comme celle pour l'extraction, les chances d'une ophthalmie plus ou moins intense, expose par conséquent et l'œil et le malade lui-même à de sérieux accidents. Le procédé suivant, ingénieuse extension de la méthode sous-cutanée, apporterait un remède tout aussi efficace et beaucoup moins dangereux, si l'on en croit le succès dont la relation va suivre, ainsi que les données d'une analogie qui, sagement appliquée, n'a jamais jusqu'ici engendré de mécomptes.

OBS. — Madame M., âgée de 34 ans, d'une constitution athlétique, fut opérée il y a trois mois et demi d'une double cataracte lenticulaire dure datant de deux ans, par la méthode de réclinaison scléroticale. Immédiatement après l'opération, qui fut faite des deux côtés dans la même séance, elle vit bien des deux yeux. Le gauche, depuis lors, est toujours resté sain. Mais, à partir du dixième jour, la vue du côté droit commença à s'affaiblir. Quelques signes d'inflammation y parurent, et malgré un traitement antiphlogistique local et général, il survint bientôt dans tout l'œil et dans l'orbite une vive douleur qui s'irradiait jusqu'au sommet de la tête du côté gauche.

Examiné par M. Vallez, l'œil droit offrait une injection bulbaire traumatique, la cornée dépolie, nuageuse, l'iris ondulant d'un bleu verdâtre (l'iris droite était d'un gris sablonné), la prunelle contractée, irrégulière, immobile et sans adhérences appréciables, le cercle ciliaire se dessinait par sa teinte naturelle sur le globe de l'œil, et à sa partie la plus déclive il simulait un petit hypopion; il y avait de la photophobie, quelquefois photopsie; les souffrances persistaient malgré toutes les médications mises en usage; la vision était pour ainsi dire anéantie.

M. Vallez se proposant d'extraire le cristallin, afin de délivrer la malade des douleurs qu'elle éprouvait, procéda de la manière suivante, assisté par M. le docteur de Potter.

La paupière supérieure étant maintenue soulevée par l'aide et l'inférieure abaissée par l'opérateur, la malade fut engagée à regarder en dedans. Alors, pour rendre l'œil immobile, M. Vallez enfonça les crochets d'une pince-érigne dans la sclérotique, vers son côté externe, à 2 ou 3 millimètres de la circonférence cornéale. M. de Potter tint l'instrument aussi longtemps que la seconde érigne ne fut pas placée. M. Vallez prit alors celle-ci pour accrocher convenablement la conjonctive oculaire à sa partie supérieure et externe, vers le milieu du diamètre antéro-postérieur de l'œil, en ayant soin de diriger en bas les extrémités acérées de cet instrument. L'aide souleva la conjonctive de manière à former un pli conique dont la base était à la sclérotique et le sommet à l'érigne. C'est à la base et à la partie la plus déclive de ce pli que M. Vallez fit la ponction avec le couteau de Jæger, suivant la direction d'une ligne qui partait obliquement de l'angle supérieur de l'os temporal, pour se rendre de haut en bas et de dehors en dedans vers l'extrémité libre du nez, entre les muscles droits supérieur et externe. Il donna à cette incision un bon centimètre et demi de longueur : M. de Potter relâcha légèrement la conjonctive de manière à empêcher en même temps la pénétration de l'air dans la plaie et l'évacuation d'une partie des humeurs de l'œil. Ayant pris une pince fine, courbe et assez longue, à dents de Blomer, M. Vallez en introduisit les extrémités fermées dans la solution de continuité, saisit alors le cristallin opaque et l'extirpa aussi bien que possible. L'incision avait été pratiquée obliquement de haut en bas, entre les muscles droits supérieur et externe, parce que, faite suivant la direction des fibres musculaires, celles-ci sont plutôt écartées que divisées, et aussi parce que ces fibres écartées par l'action de l'instrument se contractent fortement sur elles-mêmes et font disparaître l'incision. Au contraire, dirigée comme il vient d'être dit, l'incision reste accessible aux instruments; et, quant à la sortie de l'humeur vitrée qui pourrait en être la conséquence, elle est presque impossible, parce que la conjonctive vient masquer la plaie aussitôt que l'œil est remis en liberté.

Aucune réaction traumatique violente ne se déclara : la malade fut délivrée de ses souffrances. La vision, comme du reste on s'y était bien attendu, ne fut pas améliorée; mais l'œil reprit beaucoup d'analogie d'aspect avec son congénère sain, quoiqu'il restât encore une décoloration de l'iris et une photophobie périodique.

Par le procédé que nous indiquons, dit M. Vallez, il ne peut y avoir de parallélisme entre l'incision de la muqueuse et de la fibreuse; on évite tous les accidents dus à l'action de l'air sur la plaie et les graves désordres qui peuvent en résulter; et de plus, on n'a à craindre ni la sortie des humeurs en grande quantité, ni le collapsus de l'organe, ni enfin la hernie du corps vitré. Les bords de la plaie, protégés par la conjonctive qui les recouvre, ne pourront point s'enflammer ni suppurer, la cicatrisation se faisant par première intention. Enfin, il n'y a pas de frottement direct possible des paupières sur la plaie. Les conditions normales de la méthode sous-cutanée ont été bien saisies par M. Vallez.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE.

NERFS DES OS.

M. GROS lit un travail physiologique sur la structure des os. Les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet l'ont conduit à quelques résultats nouveaux relatifs aux vaisseaux lymphatiques sanguins et surtout aux nerfs des os. Voici en quels termes il expose ces résultats :

VAISSEAUX LYMPHATIQUES. — La certitude de leur existence m'est acquise, au moins par les conduits médullaires des os longs.

VAISSEAUX SANGUINS. — Ils forment deux systèmes réticulés, un externe périostique et un autre interne médullaire. Dans ce dernier, j'ai aperçu quelques différences entre les artères et les veines. Les artères sont plus centrales, plus réticulées; les veines sont plus éloignées de l'axe, et disposées habituellement en rameaux longitudinaux et parallèles. Leurs derniers ramuscules ont été vus par moi au microscope, et montrés à l'œil nu, pénétrant dans les canalicules osseux. Pour une artère existent, en général, deux veines et deux nerfs.

NERFS. — Je ne parlerai, dans cette note, que de ceux des os longs. Je démontre dans le cours de mon travail, non-seulement l'existence des nerfs des os, mais encore qu'un bel ensemble de nerfs est affecté au système osseux, et que cet ensemble est numériquement double de l'ensemble artériel. C'est au niveau des grands conduits médullaires qu'existent ses plus belles manifestations, en rapport sans doute avec la présence de la moelle; il est d'ailleurs, comme partout, parallèle et harmonique à l'appareil vasculaire.

M. Gros expose les dispositions respectives qu'affectent les vaisseaux et nerfs dans le fémur du cheval. Le corps de l'os est embrassé par une sorte d'anse vasculo-nerveuse dont le sommet est représenté, d'une part, par le tronc diaphysaire, et de l'autre, par le ganglion, auquel l'auteur donne aussi le nom de diaphysaire. Cette anse est le lien vital qui unit les parties superficielles de la diaphyse à ses parties profondes.

Cette disposition se retrouve, au moins quant à ses parties essentielles, aux autres os longs de tous les mammifères en général; mais le *substratum* ordinaire est un plexus, qui se divise en médullaire et en périostique : il est plus ou moins complexe et quelquefois ganglionnaire, comme chez le bœuf. Le plexus est donc le cas ordinaire ou la loi dont le vrai ganglion du cheval représenterait l'expression la plus élevée, tandis que le plexus ganglionnaire du bœuf formerait un anneau intermédiaire.

Le but de ce plexus paraît être de rassembler des rameaux nerveux nés de sources diverses, pour en former ordinairement deux cordons qui s'anastomosent autour des vaisseaux médullaires, jusqu'à la bifurcation de ceux-ci, dans le canal de la moelle : là se forme un nouveau plexus, duquel partent les deux nerfs satellites de chaque division vasculaire, puis ces nerfs continuent à se ramifier de la sorte autour des vaisseaux, jusqu'aux extrémités spongieuses des os longs, où ils se répandent sur les cellules en formant des plexus terminaux, parallèles aux réseaux vasculaires. Sur une des pièces que l'auteur a déposées à la Faculté, les nerfs ont été suivis jusque sur les cellules de l'extrémité inférieure du tibia, où on les voit se ramifier en plexus.

Une autre loi, que nous ne pouvons ici qu'énoncer, est celle de l'union habituelle, des connexions intimes et très-multipliées entre les nerfs des os et ceux des articulations, et cela non-seulement pour les parties osseuses voisines des

Tel fut l'esprit dans lequel on observa et l'on traita, à Bone, en 1832, les *fièvres à quinquina*. On y vit des *gastro-entérites, gastro-céphalites*, c'est-à-dire les diverses formes des fièvres essentielles que l'on essaye de rattacher aujourd'hui exclusivement à la *fièvre typhoïde*.

Les mêmes doctrines présidèrent au diagnostic et à la thérapeutique de l'épidémie de 1833; et, d'après des documents précieux que j'ai eus longtemps entre les mains et qui ont été adressés par l'auteur au conseil de santé, « *les gastro-céphalites ont été les maladies les plus rebelles et les plus* » *funestes de l'été, et elles ont eu presque exclusivement le triste pri-* » *vilége d'encombrer les hôpitaux et les amphithéâtres.* »

Ces faits sont, il me semble, de grands enseignements qui démontrent, contrairement à l'opinion de M. C. Broussais, qu'il est impossible de rattacher *toutes les fièvres à quinquina, soit aux intermittentes, soit aux rémittentes*, et que, pendant l'été, ces fièvres prennent en grand nombre toutes les apparences d'une fièvre continue.

Mais si cette dichotomie des fièvres des marais en intermittentes et en rémittentes était aussi nette, aussi distincte que le veut M. C. Broussais, comment expliquer ce que M. Bailly rapporte des médecins de Rome, qui cependant vivent au milieu de ces maladies. « Lorsque plusieurs méde- » cins, dit-il, page 501, sont appelés en consultation pendant l'été, ils n'a- » gitent que cette question : *Est-ce une fièvre à quinquina ou non?*... » On conçoit, dit-il, page 524, que cette demande ne serait jamais faite si » une série de symptômes continus ne pouvait jamais appartenir à la même » disposition organique qui fait les fièvres intermittentes. »

On a vu par ce que j'ai exposé plus haut combien l'opinion que je défends a d'influence sur la mortalité fournie par ces fièvres continues à quinquina, par ces fièvres pseudo-continues. Mais ce n'est pas par là seulement que cette heureuse influence se révèle; elle se dénote aussi par la marche que les médications en rapport avec le diagnostic impriment à la maladie.

Relativement à cette question, on trouve dans Torti, qui l'emprunte à Morton, la relation d'un fait très-curieux et qui a beaucoup contribué à me mettre sur la voie du traitement que j'ai opposé à ces affections. Voici ce fait : « Nuperrime, inquit ille de febribus continuis in genere, in familiâ vi- » cini mei Domini Man (ubi octo ad minimum simul decumbebant uno, eo- » demque modo primum correpti) sex quos invisi antè tertium diem morbi, » scilicet priusquàm venenum (subintellige febrile) ex morâ exaltaretur, » mera corticis exhibitione, cum, vel sine venæ sectione, pro ratione sym- » ptomatum, spatio bidui, vel tridui integre restitui : Dominum verò ipsum, » atque ejus conjugem (qui opem medicam ad septimum, vel octavum diem » distulerunt) ex Orci faucibus non nisi spatio lunæ integræ difficulter ad- » modùm, usu frequentium vesicatoriorum, alexipharmacorum, cætero- » rumque ejusmodi antipestilentium remediorum liberare potui. Cortex » hic nihil valebat; delirabant enim, lypothymiâ, subsultibus tendinum, » cæterisque diris in genere nervoso symptomatis afficiebantur patientes, » petechiis etiam atque eruptione miliari quaquaversum interspersa nota- » bantur (1). »

Telle est la marche des affections que j'ai appelées pseudo-continues, suivant qu'on les combat ou non, dès leur début, par le quinquina. Dans le cas dont il s'agit ici, les premiers malades sont traités par le quinquina, et ils guérissent en quelques jours : Morton pense qu'il est trop tard pour l'employer chez les derniers, et l'on a bientôt les accidents les plus redoutables des fièvres graves. On voit très-bien aussi dans cette relation comment ces affections offrent, dans leurs dernières périodes, les phénomènes de l'état ataxo-adynamique, tout comme, dans les premiers jours, elles simulent, au dire de tous les auteurs, une fièvre continue qui serait à son début. Que l'on compare en effet ce passage de Torti avec la description que nous avons dans Pinel de la fièvre ataxique, et que l'on dise, au point de vue des symptômes, où est la différence.

Les écrits sur les fièvres intermittentes des pays chauds et marécageux ne laissent aucun doute sur ces points; ils contiennent tous de nombreuses histoires de *fièvres malignes, putrides, ataxiques, adynamiques*, qui ne sont, on ne saurait trop le redire, que des *fièvres pseudo-continues* qui n'ont pas été arrêtées dès l'invasion par une médication appropriée.

Frappé par la lecture de tous ces faits, éclairé par l'observation en Corse et à Alger de quelques cas analogues, je me suis demandé si l'on ne préviendrait pas ces accidents redoutables en donnant le sulfate de quinine dès le début de la maladie, et c'est ce qui me fit entrer si largement à Bone dans la thérapeutique que j'ai décrite, dirai-je que je m'y suis créée, en réponse aux personnes qui ont voulu l'attribuer soit à M. Antonini, soit aux médecins de l'expédition française de Morée. Voici ce que M. Antonini a écrit en 1833 (2) : « En beaucoup de cas, nous avons dû recourir aux fé- » brifuges *à la première lueur de l'intermittence*, ne reconnaissant » comme préparations convenables que celles qui peuvent le plus sûrement » rendre cette intermittence complète, en éteignant les phlegmasies persis- » tantes susceptibles de s'y opposer... Notre embarras devenait plus grand » lorsqu'il n'y avait que *rémittence* ou *subintrance*. A l'imitation du plus » grand nombre des praticiens, suivant en particulier l'exemple de Torti, » *c'est au déclin du paroxysme*, qui peut ne laisser qu'un intervalle très- » court et détruire bientôt toute ressource en se renouvelant, que nous » nous décidions à le prescrire, ne nous laissant arrêter par aucune préoc- » cupation, et sachant bien que la perte d'un seul moment précieux peut » être alors plus funeste que les inflammations que l'on a raison de redouter; » ces inflammations, d'ailleurs, cèdent presque toujours comme par en- » chantement, alors même qu'on ne mesure plus les doses des fébrifuges » que d'après l'imminence du danger que signale la violence de la pro- » stration. »

En 1834 j'insérais, dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES, un travail où se trouvent déjà exposées les propositions que je formulai d'une manière bien plus large, bien plus ferme, en 1835, dans mes RECHERCHES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES, et, en 1836, dans mon TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES. En 1835, je disais, page 17 : « Je me déterminai donc à donner avec har- » diesse le sulfate de quinine dans tous les cas d'affections continues, sans » attendre l'établissement, soit d'une rémittence, soit d'une intermittence » qui n'étaient qu'instantanées lorsqu'on réussissait à les obtenir. (Page 39.) » Ainsi, comme on le voit, j'en étais venu à donner le sulfate de quinine » lorsque la réaction était encore dans toute sa force, lorsque les symptômes » de gastro-entérite étaient dans toute leur violence. »

En 1836 : « Nous verrons qu'on arrive à ce résultat en prescrivant le » sulfate de quinine en même temps que l'on combat les irritations viscé- » rales par les déplétions sanguines, et *sans chercher à obtenir* soit une » intermittence, soit une rémittence, que le plus souvent on attendrait en » vain. (P. 170.) Voilà comment, pour mon propre compte, pratiquant la » médecine antiphlogistique pure à mon arrivée en Corse, je suis venu » progressivement à croire fermement qu'il faut, dans les cas dont je parle, » *administrer le sulfate de quinine à haute dose aussitôt, pour ainsi* » *dire, qu'on approche le malade* (page 207).... et, (page 293) *dans tous les* » *cas, sans attendre jamais, pour le faire, des signes de rémittence*..... » Je ne me lasserai pas d'insister sur ces faits, parce que je les crois de la » plus haute importance. Je sais qu'ils contrastent avec les opinions reçues; » mais en les rejetant, en les dénaturant, en éludant ou en faussant les con- » séquences qu'ils fournissent, on adoptera une médication fondée sur d'au- » tres principes, et alors la plupart de ces gastro-céphalites deviendront » typhoïdes (1) ou bien seront accompagnées de paroxysmes pernicieux. » (Page 338.)

En rapprochant de ces propositions les paroles de M. Antonini, on voit de suite l'intervalle qui nous sépare et la distance que j'ai laissée entre sa médication et la mienne. Ce n'est donc ni dans sa pratique ni dans ses opinions médicales que j'ai puisé ce que j'ai écrit sur la pathogénie et sur la thérapeutique des fièvres pseudo-continues.

On a dit aussi que j'avais été, sur ce point, devancé par les médecins qui ont écrit sur les maladies de la Morée pendant l'expédition de 1828. M. Lévy a, le premier, jeté en avant cette idée; il s'en est fait l'ardent propagateur; il y revient toujours et partout avec une complaisance vraiment extraordinaire. C'est à M. Raymond Faure qu'il veut à tout prix en faire les honneurs. Citons donc textuellement ce que dit ce dernier sur l'administration du sulfate de quinine (2) :

« Nous affirmons, sans trop vouloir l'expliquer, que le sulfate de qui- » nine et l'infusion de quinquina sont les remèdes dont nous retirons cha- » que jour le plus d'avantages contre les *fièvres intermittentes simples* » *ou pernicieuses*, et *même contre les rémittentes*, qui offrent parfois un » véritable caractère adynamique. Nous pensons que les symptômes d'affec- » tion locale doivent être négligés jusqu'à un certain point pour ne s'oc- » cuper que du traitement général, et que, *pour peu qu'une maladie qui* » *a été continue offre d'intermittence, il faut renoncer à ces remèdes* » *sans perdre de temps*. Je n'ai été arrêté en cela ni par la sécheresse ni » par la couleur brune de la langue, et récemment encore j'ai eu lieu de » me féliciter d'en avoir agi ainsi. »

J'ai souligné les mots par lesquels M. Faure exprime les conditions qu'il demande pour administrer le sulfate de quinine; c'est réduire au néant les prétentions que l'on a élevées en faveur de cet honorable médecin, prétentions qu'il ne saurait avoir en présence de ces lignes qu'il a tracées.

Quant à MM. Roux et Pallas, qui ont aussi écrit sur ces maladies de la Morée, je vois que M. Pallas pose aussi pour l'administration du sulfate de

(1) Torti, THERAPEUTICA SPECIALIS, t. II, p. 217. — Leodii, 1821.

(2) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, t. XXXV, p. 46. — Paris, 1833.

(1) Lisez : *ataxo-adynamiques*

(2) Raymond Faure, DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET CONTINUES, p. 143. — Paris, 1832.

quinine les règles contre lesquelles je m'élève ; il dit (1) : « Mais toutes les » époques de la maladie ne sont pas également favorables à l'administration » du sulfate de quinine ; il faut saisir le premier moment où l'estomac est » le moins irrité, et lorsque l'irritation de cet organe n'est plus que sympa» thique de la maladie principale, ou encore lorsque la gastro-entéro-cé» phalite nostalgique présente des exacerbations qui sont séparées par des » rémissions plus ou moins marquées ; c'est pendant la rémission que le » révulsif antipériodique doit être administré par l'estomac. »

Quant à M. Roux, il n'a rien précisé, rien formulé à cet égard, et il ne pouvait le faire, attendu qu'il ne traitait pas de malades.

Tel est le véritable état de cette question de *priorité*, que je n'ai pas soulevée (qu'on le remarque bien), et que je n'aurais pas à discuter aujourd'hui si, lorsque j'ai publié mes idées sur ce sujet, je ne m'étais dit avec Voulonne : « D'abord, commençons par lui ôter la tache de la nouveauté ; » car, en cette matière comme en quelques autres, le pire est d'inventer. »

Si l'on tient à trouver des idées analogues aux miennes, il faut aller les chercher dans les anciens, et encore on verra que Torti lui-même, entraîné par ses théories, n'a pas posé des règles aussi absolues que les miennes sur la nécessité de recourir immédiatement et à haute dose aux préparations de quinquina, dans le traitement de ses *fièvres subcontinues*.

Résumant, au point de vue pratique, les corollaires renfermés dans les faits que nous venons d'étudier et d'apprécier, je me crois autorisé à regarder comme chose démontrée :

1° Qu'il est impossible de ranger toutes les *fièvres à quinquina* dans les deux catégories des fièvres dites *intermittentes* et *rémittentes ;*

2° Qu'il faut absolument faire une classe distincte de celles de ces fièvres qui prennent la *forme de la continuité*, et auxquelles, en raison de cette marche, on pourra donner soit le nom de *fièvres pseudo-continues*, soit celui de *fièvres continues à quinquina*, ou *tout autre* qui rappellera leurs caractères essentiels ;

3° Que ces fièvres doivent être attaquées par les préparations de quinquina dès leur principe, et *lorsqu'elles ont encore la forme continue ;*

4° Enfin, qu'il est dangereux d'attendre, pour les traiter par les fébrifuges, *qu'elles revêtent les formes ou intermittente ou rémittente.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SECOND MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU SPINA-BIFIDA ; par le docteur LATIL DE TUMÉCOUR, de Trévoux (Ain), ancien élève des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'émulation de Lyon et de la Société d'émulation de l'Ain.

Dans un précédent mémoire (GAZ. MÉD. DE PARIS. 1845, n. 48 et 50), nous avons établi, contrairement à l'opinion généralement accréditée, que le spina-bifida n'est pas toujours une maladie essentiellement mortelle et par sa nature seule. Si la mort a jusqu'à présent suivi de très-près la naissance chez presque tous les enfants affectés de ce vice de conformation, il faut moins l'attribuer à l'essence même de la maladie qu'aux accidents qui se développent presque de toute nécessité à sa suite, et surtout à l'inflammation des enveloppes rachidiennes, qui est la conséquence la plus ordinaire soit de l'ouverture spontanée de la tumeur, soit des opérations diverses qui ont été essayées dans le but de prévenir cette fatale terminaison.

L'analyse et la discussion de faits assez nombreux et variés, épars dans différents auteurs, mais dont plusieurs manquent de détails suffisants, nous ont conduit à des conclusions très-différentes de celles qui sont, pour ainsi dire, stéréotypées dans les ouvrages classiques et autres ; et au lieu de n'admettre la guérison du spina-bifida que comme une exception curieuse sans doute, mais incompatible avec une théorie rationnelle, nous avons cherché à étudier et à indiquer le mécanisme et les conditions d'après lesquels, suivant nous, peut et doit s'effectuer cette guérison. Or voici précisément qu'un fait nouveau vient de s'offrir à notre observation comme en regard de celui dont nous avons fourni les détails, et il résulte de la comparaison de ces deux faits une preuve nouvelle à l'appui de notre manière de voir.

Quoique, dans ce cas, la guérison ne soit point le résultat d'une opération chirurgicale et qu'elle doive être attribuée aux seuls efforts de la nature, elle n'en offre pour nous que plus d'intérêt si elle peut servir de confirmation à notre théorie. Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le docteur Viricel, de Sbiribel (Ain), frère du célèbre praticien lyonnais, de la bienveillance et de la libéralité avec laquelle il a daigné nous faire connaître cette observation et la laisser à notre disposition libre et entière.

OBS. — Jean Jardel est né le 23 mai 1845, à Miribel, bourg de l'arrondissement de Trévoux, d'un père et d'une mère parfaitement sains à la suite d'un accouchement sans complications. La sage-femme qui le reçut remarqua presque aussitôt la présence à la région lombo-sacrée d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, plus que molle et non tendue, formée par une peau épaisse, ridée, comme frisée (pour conserver les expressions de la sage-femme), d'une couleur rouge en plusieurs points. La base en était large et épaisse, ce qui ne l'empêchait pas d'être mobile sur la colonne vertébrale, laquelle paraissait perforée en ce point, puisqu'on pouvait y enfoncer le doigt assez profondément et sentir une espèce de hiatus borné par deux crêtes osseuses. (Ces détails sont encore incomplets, mais nous ne pouvons les donner que tels qu'ils nous ont été transmis, n'ayant pas vu l'enfant au moment de sa naissance.)

Cet enfant ne présentait pas d'ailleurs d'autres difformités, il n'avait aucune paralysie des membres ni de la vessie ni du rectum ; il rendit le méconium naturellement, prit le sein sans difficulté et parut dans toutes les conditions ordinaires de la viabilité. Cependant la tumeur se remplit peu à peu de liquide ; sans cesser d'être dure à sa base, qui ne fut jamais transparente, et devint bientôt plus volumineuse, fluctuante, recouverte de plaques rouges circonscrites, et laissant apercevoir quelques stries fibreuses et des vaisseaux très-apparents et très-injectés. A cette époque, l'enfant avait l'air souffrant ; il poussait des cris plaintifs, avait une diarrhée presque continuelle, et rendait des selles vertes et séreuses d'une extrême abondance et d'une grande fétidité. *Il était fréquemment dans une somnolence d'où l'on avait peine à le tirer ;* il n'a jamais eu de convulsions et n'a présenté que quelques rares vomissements.

La tumeur s'est maintenue dans ces conditions jusqu'au sixième mois, en augmentant peu à peu de volume ; mais vers le septième elle prit en peu de jours un accroissement si considérable qu'elle en vint à égaler au moins les dimensions d'une moitié inférieure de bouteille en prenant cette disposition singulière, qu'elle se relevait vers la partie supérieure en forme de bosse de polichinelle de manière à remonter jusqu'au niveau des omoplates. Sa base toujours mobile s'était considérablement épaissie et indurée, et on ne pouvait pas alors réussir à diminuer le volume de la tumeur par des pressions même assez fortes qui ne déterminaient d'ailleurs ni suffocations ni autres accidents, quoique l'enfant finit par s'agiter et crier beaucoup quand on continuait un peu longtemps ces tentatives.

C'est alors que cet enfant fut présenté à un chirurgien de Lyon justement célèbre qui ne voulut entreprendre aucune opération, dissuada les parents de cette idée en disant que leur enfant en serait la victime, et que d'ailleurs il fallait, dans tous les cas, en faire le sacrifice. Il se contenta de prescrire quelques mesures de précaution et des frictions sur la tumeur. Elle était alors tendue, transparente seulement à sa partie supérieure, d'une couleur violacée et toujours recouverte par une peau épaisse, résistante et très-dure ; la mère prétend même qu'en la palpant avec attention on pouvait sentir deux enveloppes distinctes, et, pour conserver son expression, *deux peaux* dont l'une contenait l'autre. La base avait 3 centim. de diamètre au moins ; sa limite supérieure était le long de la colonne vertébrale, au niveau des crêtes iliaques supérieures, tandis que la limite inférieure n'était qu'à 28 millim. de l'ouverture anale. On pouvait encore faire pénétrer le doigt très-profondément dans l'angle supérieur, et il manquait évidemment là au moins une apophyse épineuse, car on y trouvait un hiatus très-apparent ; mais la dureté des autres portions du pédicule ne permettait pas de préciser davantage le diagnostic.

Cependant la tumeur continuant de grossir ; l'enfant ne cessait d'avoir la diarrhée, il paraissait de plus en plus souffrant, et la poche, très-distendue, semblait sur le point de se rompre ; de sorte que la mère, fatiguée de voir son enfant dans un pareil état, malgré la défense du chirurgien, s'avisa un jour de faire avec une épingle d'or une petite ponction à la partie supérieure de la tumeur, pour voir, dit-elle, ce qu'elle pouvait contenir. Un jet de liquide clair et transparent s'échappa par cette piqûre, mais il s'arrêta bientôt ; aucun accident ne survint et la plaie se cicatrisa si bien qu'au bout de deux jours les choses étaient dans le même état qu'auparavant. Alors la mère, poursuivant ses essais de chirurgie instinctive, imagina d'entourer la base de la tumeur avec un fil double ciré qu'elle serra aussi fortement que possible ; mais voyant bientôt que l'enfant s'agitait et criait plus que de coutume, que la tumeur prenait une couleur plus foncée et qu'elle paraissait grossir encore et s'enflammer, le fil fut coupé au bout d'une journée environ, et il n'a plus rien été essayé depuis ce moment.

Pendant quelques jours la tumeur conserva sa coloration et son volume : elle était chaude et enflammée ; mais bientôt la rougeur venant à diminuer et à se circonscrire en des points isolés séparés par des intervalles de peau saine, la tumeur sembla diminuer, et quel ne fut pas l'étonnement lorsque, sans autre cause appréciable, on la vit, dans l'espace d'une dizaine de jours, se crisper sur elle-même, se durcir en se ridant et le liquide disparaître entièrement, si bien qu'au lieu du volume d'une bouteille elle ne conserva plus que celui d'une petite pomme.

Telle est l'observation de ce fait remarquable dans sa simplicité et dans toute sa naïveté, telle que nous l'avons recueillie et constatée nous-même sur l'invitation de M. le docteur Viricel ; de sorte que la guérison ayant ainsi eu lieu spontanément dans le courant de janvier 1846, l'enfant se trouvait deux mois après (15 mars) et se trouve encore aujourd'hui (1er novembre) dans toutes les conditions de la meilleure santé. Il n'a plus de diarrhée et accomplit toutes ses fonctions avec régularité. Il porte seulement à la région lombo-sacrée une tumeur ressemblant très-bien à une pomme flétrie, dure, rénitente et comme cartilagineuse, sans fluctuation et analogue, comme dirait Camper, à une *mamelle squirrheuse*, recouverte par une peau rugueuse et qui s'écaille par le frottement. Elle est relevée en haut en forme

(1) RÉFLEXIONS SUR L'INTERMITTENCE, p. 57. — Paris, 1830.

de selle turcique ; on peut la comprimer dans tous les sens sans provoquer de vive douleur. La base en est large, comme étalée sur la colonne vertébrale à laquelle elle semble, pour ainsi dire, servir de bouchon, car elle ferme complétement l'hiatus qu'on y trouvait auparavant ; on peut l'entourer avec un fil de 12 centim. de longueur et elle ne forme plus en dehors des apophyses épineuses qu'une saillie de 2 centim. On aperçoit encore autour d'elle un cercle blanc sur la peau qui est la trace de la ligature appliquée pendant une journée et qui atteste que depuis ce moment ses dimensions se sont manifestement rétrécies.

Si l'on voulait préciser d'une manière complète la nature et la composition intime de cette tumeur, cette espèce d'anatomie pathologique serait peut-être assez difficile à établir ; mais n'est-il pas probable qu'elle est formée par du tissu cellulaire épais et condensé et par du tissu fibreux comme toutes celles que l'on a pu observer anatomiquement lorsqu'on en a pratiqué l'ablation. On pourrait presque la comparer à une bosse de dromadaire ou à cet appendice graisseux qui a été observé et décrit par Cuvier sur une femme qui fut connue dans le temps sous le nom de *Vénus hottentote;* bien qu'il soit probable qu'il n'y ait entre ces deux tumeurs aucune autre espèce d'analogie. Quoi qu'il en soit, cette difformité ne paraît plus gêner l'enfant en aucune manière ; il remue les membres sans difficulté, et à l'âge de neuf mois il pouvait déjà se tenir sur ses jambes en s'appuyant contre une chaise.

Cette observation a évidemment une valeur réelle pour faire connaître et apprécier la marche que suit la nature lorsqu'elle parvient à produire la guérison d'une affection si souvent mortelle ; mais elle acquiert plus d'importance encore par la comparaison, qu'on en peut faire avec les faits déjà connus ; de sorte qu'elle peut servir d'indication à l'égard de ceux qui se présenteront à l'avenir. S'il est vrai, comme on l'a dit depuis longtemps, que l'on puisse trouver le germe d'une bonne méthode thérapeutique dans l'observation attentive des guérisons obtenues par les seuls efforts de la nature, quel meilleur exemple faudrait-il choisir ?

Sans doute il est à regretter qu'un point d'une certaine importance n'ait pas été suffisamment éclairci, c'est celui de savoir s'il y avait une communication réelle entre la cavité de la tumeur et celle de l'arachnoïde, car c'est là, suivant nous, le point le plus essentiel du diagnostic du spina-bifida. Mais cette communication est probable et elle a dû exister à une époque qu'il n'a pas été possible de préciser expérimentalement quoiqu'elle soit presque certaine ; car c'est évidemment là l'origine de la maladie, ainsi qu'on doit le conclure des observations et des preuves anatomiques fournies par MM. Cruveilhier, Ledibérdère, Billiard, Ollivier d'Angers, etc. Il en résulte, en effet, manifestement qu'on a pu voir le liquide accumulé au centre même de la moelle ; qu'on l'a rencontré en dehors des membranes rachidiennes, bien que le plus souvent il soit contenu dans la cavité même de l'arachnoïde en même temps qu'on en trouve souvent aussi entre cette membrane et la pie-mère, de telle sorte que l'accumulation du liquide augmentant, l'arachnoïde se trouve distendue dans sa portion lombaire à l'endroit où elle se réfléchit au devant des nerfs lombaires ; alors la distension de cette membrane peut être suivie de sa rupture, ce qui explique également que la pie-mère soit ou intacte ou détruite ou seulement rompue en quelques points et la moelle elle-même plus ou moins altérée, bien qu'ainsi que nous l'avons dit dans notre premier mémoire, elle soit le plus souvent dans un état complet d'intégrité ; ce qui se comprend facilement quand on considère qu'il est extrêmement probable d'après les idées émises et les faits observés par M. Geoffroy Saint-Hilaire que l'hydropisie est une des causes les plus fréquentes de la désorganisation de l'œuf ; d'ailleurs ces opinions ont été développées par Béclard et par Dugès à propos de l'hydrocéphalie ; il en résulte que si l'hydropisie n'occupe que la cavité des membranes ; l'écartement des os peut avoir lieu *sans que la moelle épinière soit altérée;* tandis que si elle occupe à la fois les enveloppes de la moelle et le centre même de ce cordon nerveux, son ramollissement et sa destruction en sont l'inévitable conséquence. (Voir, pour plus de détails, les ouvrages de Geoffroy Saint-Hilaire, Béclard et Dugès, et aussi une observation dans les ANNALES DE MÉDECINE de Puchelt, Chélius et Nœgelé, 1835, t. II.)

Telle est aussi l'opinion de Trowbridge, qui dit formellement : « J'ai observé environ trente cas de spina-bifida *sur toutes les parties de la colonne vertébrale, depuis l'occiput jusqu'au sacrum*, ils étaient de volume très-varié, et j'avais vainement tenté de les guérir par la compression, par la ponction, par l'incision et par la ligature. *Je pense cependant qu'il en est de susceptibles de guérison quand on sait les distinguer*. Il y a des cas dans lesquels l'ouverture qui existe à travers les vertèbres ne s'étend pas plus loin dans le canal, et où il n'y a ni compression de la moelle ni altération de ses fonctions : *le plus souvent alors les malades peuvent être guéris par une opération chirurgicale.* » (JOURNAL DES PROGRÈS, tome XVII, page 175, et JOURNAL DE CHIRURGIE, février 1845.) A la suite d'une de ces observations, Trowbridge ajoute encore : « Quelques personnes pourraient penser que la qualification de spina-bifida ne convient pas à cette tumeur parce qu'il n'y avait pas, au moment où l'opération fut pratiquée, d'ouverture communiquant avec le canal rachidien ; et cependant il y avait un vice de conformation de la colonne vertébrale. Deux apophyses épineuses manquaient et présentaient des cavités profondes, et *je ne doute pas qu'à une époque peu éloignée ces deux os avaient été perforés.* » (*Loc. cit.*)

Toutes ces observations ont ici leur véritable intérêt et doivent être méditées attentivement ; mais dans l'opinion que nous cherchons à soutenir, il doit nous suffire d'avoir établi par des preuves positives que *le plus souvent la moelle épinière n'est pas altérée du moins profondément* et qu'alors l'opération est possible et peut être suivie de succès si elle est pratiquée dans des circonstances et dans des conditions convenables. Il s'agit surtout d'interrompre la communication entre la partie extérieure et le canal rachidien : or, selon toutes les probabilités, c'est par une compression lente, graduelle et progressive au moyen du tissu fibreux et du tissu cellulaire épais, dense et serré, qui constituent la base de la tumeur, que l'adhésion et l'obturation de ce canal de communication ont été obtenues chez Jean Gardel de la même manière que nous avions réussi à la produire chez Jean Marie Chaillou à l'aide de nos baguettes, de la même manière qu'elle a été produite dans tous les autres cas par un mode quelconque d'opération ; et cela nous paraît si positif que, dans l'exemple de Jean Gardel, dont il est ici question, bien qu'il soit évident que la guérison a été toute spontanée, on aurait pu tout aussi bien l'attribuer à chacune des méthodes qui ont été proposées si elles avaient pu successivement lui être appliquées.

Supposons en effet que la tumeur, au lieu d'être abandonnée à la nature, eût été ponctionnée un certain nombre de fois comme elle l'a été sans idée préconçue ; ne serait-il pas arrivé précisément ce qui a été observé dans les cas rapportés par A. Cowper, Probart de Hawarden et Rozetti, qu'elle eût été excisée d'après le procédé de M. Dubourg ? « Dans ma première observation, dit M. Dubourg (GAZETTE MÉDICALE, 1841, page 484), la cavité de la tumeur n'était pas proportionnée à son volume, et il y avait entre la dure-mère et les téguments *plusieurs couches* de tissus cellulaire et adipeux. Dans la seconde, la dissection montra un kyste formé par le concours de la peau et d'un tissu cellulaire épais, très-résistant et comme fibreux. » Eh bien ! qui pourra dire jusqu'à quel point cette circonstance n'a pas été une des conditions essentielles de ces deux succès, les seuls d'ailleurs obtenus par cette méthode ?

Mais en poursuivant plus loin les suppositions, la ligature n'aurait-elle pas pu s'attribuer aussi cette guérison ? La tumeur n'a-t-elle pas été liée, et cela si fortement qu'on en voit encore la trace ? Enfin qu'au moment de la naissance, lorsque la tumeur était encore petite et molle et même plus tard, l'on eût comprimé sa base soit avec des baguettes, comme chez Jean-Marie Chaillou, soit avec l'instrument compresseur que nous proposons, et que l'on eût ensuite ponctionné, excisé, incisé, renversé les lambeaux de cette tumeur, ou qu'elle eût été évacuée par une ponction ou simple ou sous-cutanée, n'est-il pas à peu près certain que le résultat eût été le même ? car toutes les observations que nous avons citées, celles de A. Cowper, de Bonn, de Warms, de Moulinié, de Swagermann, Prescott Hervert, Rozetti, Campas, Hoffman, Trowbridge, etc.. etc., ne trouvent-elles pas à la fois une analogie et un commentaire dans cette simple opération de la nature ?

Par exemple, n'est-il pas, sinon certain, au moins fort probable, que chez la femme observée à Londres avec un spina-bifida dont le liquide suintait parfois à la surface de la poche, le canal de communication avec la cavité arachnoïdienne était interrompu par une compression opérée à la base de la tumeur par du tissu cellulaire induré, et que le liquide n'était plus sécrété que par les parois d'un kyste d'ailleurs persistant, comme cela aurait pu arriver à Jean Gardel, si l'absorption ne l'eût pas fait disparaître ? N'est-ce pas aussi ce qui est arrivé dans tous les autres cas observés jusqu'à présent avec quelques circonstances de plus ou de moins, suivant l'époque de la maladie et les conditions diverses dans lesquelles les sujets de ces observations se sont trouvés placés ?

Ces considérations nous semblent tout à fait de nature à simplifier une question encore si controversée ; car, dans l'état actuel des choses il ne suffit pas d'enregistrer et de comparer des faits, il faut encore en tirer des conclusions. Or, en suivant la marche des idées et des événements à l'égard du spina-bifida, il faut finir par se demander quel a été leur résultat pratique. C'est la mort naturelle, il est vrai, mais la mort à peu près constante des malades à la suite de la rupture spontanée de leur tumeur. Eh bien ! dans les termes d'une statistique rigoureuse et malgré la défaveur qui pèse sur les tentatives d'opération, la comparaison est-elle donc réellement si favorable aux doctrines que nous voulons combattre ? Et pour nous servir d'une expression peut-être un peu vive, mais qui a le mérite de poser nettement la question, la chirurgie n'a-t-elle pas encore beaucoup moins tué d'enfants affectés de spina-bifida que l'expectation n'en a laissé mourir ? Qui donc peut dire d'ailleurs si ceux que l'opération a sauvés ne seraient

pas morts sans elle? Dès lors le reproche de témérité nous semble de beaucoup atténué, et il faut convenir qu'après tout la nature n'a guère mieux réussi jusqu'à présent que la chirurgie. Peut-être même si l'on eût opéré tous les enfants que l'on a laissés mourir de leur mort naturelle, quelques-uns auraient-ils encore pu y échapper.

Nous croyons donc fermement, et c'est surtout ce que nous avons le désir de démontrer, que, malgré sa gravité, le spina-bifida peut guérir dans un grand nombre de cas, et cela de plusieurs manières, soit par les seuls efforts de la nature, ce qui est le cas le plus rare, soit par les procédés de la chirurgie; d'où dérive la nécessité d'étudier sérieusement le mécanisme de cette guérison et l'obligation de multiplier et de perfectionner les tentatives.

Or, en passant en revue d'après ces idées les faits que nous avons rassemblés, on arrive à cette conclusion que, sur un total d'environ vingt guérisons authentiques, plus de la moitié des sujets doivent leur salut à ces circonstances tout à fait exceptionnelles, et surtout à la résistance insolite des parois de leur tumeur, quelques-uns à la compression, toujours en l'absence de l'ouverture de la tumeur, enfin neuf ou dix seulement à une véritable opération chirurgicale pratiquée par quatre procédés différents et qui comptent presque autant de modifications que de succès; c'est évidemment ici le cas de se demander comment, combien de fois et dans quelles circonstances chacune de ces guérisons a pu avoir lieu. Il faut alors de toute nécessité dégager cette question de toutes les complications de personnes et de procédés d'auteurs qui ne dominent que trop souvent les questions de science et d'humanité, et en appeler définitivement à l'expérience, pour juger en dernier ressort et pour faire cesser la confusion déplorable qui obscurcit encore aujourd'hui ce point si délicat de la pathologie de l'enfance!

Après les succès tant célébrés et d'ailleurs très-remarquables de Probart, de Hawarden, de A. Cowper, de Rozetti, la ponction ou acupuncture fut tout à coup acceptée comme une espérance de salut avec une telle faveur qu'elle fut pratiquée partout, on pourrait presque dire avec une sorte de rage. Et le nombre vraiment effrayant des revers qu'elle a subis depuis n'a pas suffi pour la faire abandonner complétement, puisque c'est encore la seule méthode conseillée dans presque tous les ouvrages de chirurgie et recommandée par les meilleurs auteurs, bien que suivant nous la lecture attentive de nos deux mémoires et des observations qu'ils renferment doive la faire juger et rejeter d'une manière définitive.

Ce n'est pas cependant que cette méthode modifiée ne vienne d'obtenir un nouveau et éclatant succès entre les mains de M. Robert; mais bien loin que ce fait infirme la théorie que nous avons cherché à établir, il peut au contraire lui servir de confirmation. Nous regrettons vivement de n'avoir pas réussi à nous procurer les détails circonstanciés de la guérison obtenue par M. Robert (de Beaujon) au moyen de la ponction *sous-cutanée suivie de la compression*, mais nous sommes si éloignés de récuser la valeur de ce fait, qu'avant d'en avoir aucune connaissance nous disions formellement (GAZETTE MÉDICALE, 1845, page 808): « Ne pourrait-on pas, quoi qu'en dise l'auteur d'un article inséré tout récemment dans le JOURNAL DE CHIRURGIE (1), essayer, pour arriver au même résultat, de la méthode sous-cutanée d'après les procédés de M. Jules Guérin pour les abcès par congestion? »

Depuis que ces lignes sont écrites, deux guérisons nouvelles ont été signalées, et, suivant nous, elles rentrent complétement dans les principes et les conditions que nous avions déjà posés. On lit dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 14 mars 1846: « La ponction sous-cutanée *suivie* de la compression a réussi, pleinement réussi entre les mains de M. Robert (de Beaujon); et si un mode opératoire devait être choisi, c'est celui-là que nous préférerions. » Or, dans notre théorie, le succès de cette opération s'explique parfaitement par cette circonstance, qu'en vidant la tumeur au moyen d'une ponction sous-cutanée, c'est-à-dire sans que la tumeur soit réellement ouverte, on évite ou au moins on diminue considérablement les chances d'inflammation, dont l'intensité est si souvent la cause de la mort par son extension aux membranes rachidiennes. Dès lors une compression bien dirigée peut amener l'oblitération complète du conduit par lequel la tumeur communique avec la cavité arachnoïdienne; et nous avions dit déjà: « Le point principal, dans toute opération de spina-bifida, consiste à empêcher l'inflammation de s'étendre et d'envahir les enveloppes de la moelle, parce que c'est toujours par cette extension à ces enveloppes que la mort arrive, soit que la tumeur s'ouvre spontanément, soit qu'on vienne à la vider par une opération chirurgicale: *or, c'est à prévenir cette inflammation des enveloppes de la moelle que doivent tendre tous les efforts et les perfectionnements à introduire dans les méthodes à proposer contre cette fatale terminaison.* (V. GAZETTE MÉDICALE, 1845, p. 808.)

Le fait consigné tout récemment par M. Beaunier dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (mai 1846) n'est pas moins concluant, par cela même qu'il réalise à peu près toutes les conditions de notre théorie, en les empruntant à la fois à plusieurs procédés, et en ce que la vraie cause de la guérison est encore ici la même que dans tous les autres cas, savoir: l'oblitération du canal de communication entre la tumeur extérieure et le canal rachidien, par suite de l'inflammation adhésive et modérée des parois de ce canal, *inflammation qui a été limitée précisément à son étendue.* Les conditions étaient d'ailleurs très-favorables: épaisseur des parois, abondance de tissu cellulaire, difficulté de réduction, exiguité de la tumeur, pédicule solide et induré. (Voir pour les détails l'observation de M. Beaunier, *loco citato*, et GAZETTE MÉDICALE, 1846, p. 759.)

Enfin, d'autres procédés ont aussi leurs succès et aspirent soit à conserver, soit à obtenir la préférence. Sans parler du séton de Desault, qui est complétement abandonné, et de la compression simple, qui n'a produit que des cures palliatives et qui ne peut être conservée que comme moyen accessoire, bien que M. Récamier dise avoir obtenu une guérison radicale par ce moyen, l'excision a réussi deux fois entre les mains de M. Dubourg. Cette méthode a été acceptée et décrite comme un véritable progrès dans l'un des traités de chirurgie les plus récents (TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS; par Ch. Sédillot, 1839-46), et cependant nous ne croyons pas qu'elle puisse rester dans la science. Elle expose à trop d'accidents, elle compte des revers trop éclatants, et l'essai malheureux qui vient d'en être fait sous le patronage de l'un des chirurgiens les plus distingués de la capitale, ne semble pas de nature à encourager de nouvelles tentatives. Elle a été du reste très-sévèrement jugée par les journaux de médecine; ainsi, l'un des articles écrits à cette époque se termine par cette condamnation formelle: « Le devoir de la presse est de porter de tels faits à la connaissance des chirurgiens, et le procédé de M. Dubourg dans notre opinion, désormais trop fondée, doit être rejeté, absolument rejeté. Il a réussi, nous le croyons, entre les mains de son auteur, mais il a contre lui l'insuccès, plus que l'insuccès, la mort, et la mort prompte de plusieurs opérés. Et ce n'est pas, comme on le voit, entre des mains vulgaires, c'est entre les mains les plus habiles et les plus expérimentées que l'opération a eu de telles conséquences. Dès ce jour une opération qui, en France, avait été accueillie avec une certaine faveur, doit être rayée du cadre de la médecine opératoire. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 14 mars 1846, p. 121.)

Reste donc à examiner la ligature qui a soulevé bien des objections, comme nous ne l'ignorons pas, puisque c'est pour y répondre que nous avons imaginé le procédé que nous proposons et qui nous a si bien réussi. Indépendamment des objections déjà examinées, nous devons ajouter que M. Tavignot s'est déclaré formellement contre la ligature des tumeurs hydrorachiques (ESCULAPE, 14 mars 1841). Il a renouvelé ses objections dans la GAZETTE MÉDICALE (4 septembre de la même année) à propos des opérations de M. Dubourg, dont il adopte la méthode en cherchant à la perfectionner. Il se fonde sur ce que « la ligature devant porter sur un certain nombre de nerfs, on doit comprendre la série d'accidents nerveux *qui peuvent* en être le résultat, surtout au voisinage de la moelle épinière. » Comme si la même objection n'était pas aussi bien applicable au tiraillement de ces nerfs, à leur section ou à leur piqûre par des épingles? « Quel but veut-on atteindre par la ligature? un seul, l'adhésion par une lymphe plastique des parois de la face interne du collet de la tumeur. Voyons si dans l'hydrorachis cette adhérence peut avoir lieu par le simple contact; évidemment non, puisque dans ce cas tout contact des parois de la séreuse arachnoïdienne est rendu impossible par la présence seule des cordons nerveux. » Eh bien! il y a évidemment erreur; car si l'on parvient à refouler ces cordons nerveux dans le canal rachidien, le prétendu obstacle n'existe plus; et puis, si ces tuyaux sont étalés, suivant l'expression de M. Ollivier (d'Angers), dans l'épaisseur même des parois de la poche, ne sont-ils pas presque toujours enveloppés par un feuillet de la membrane séreuse? et alors que devient l'objection de M. Tavignot? « On m'objectera, dit-il encore, que cet obstacle n'est pas invincible, car on peut espérer l'adhérence à l'aide de fausses membranes revêtant peu à peu tous les caractères de l'organisation; et d'ailleurs, les troncs nerveux ne persistent pas toujours, et la ligature finit par en opérer la section. » Comme ici M. Tavignot se réfute lui-même, nous n'avons rien à dire de plus; il ajoute: « Le fait est vrai; mais l'inflammation nécessaire pour cette cicatrisation sera de toute nécessité trop intense *pour demeurer locale et circonscrite*, et le malade guéri ou en voie de guérison de son spina-bifida ne tardera pas à succomber sous l'influence d'une arachnitis. » Voilà bien le point capital à examiner; mais pourquoi donc cette terminaison funeste serait-elle spéciale à la ligature? Et c'est précisément ce que l'expérience ne confirme pas. Comment se fait-il aussi que, malgré toutes les précautions accumulées par M. Tavignot pour échapper par son procédé opératoire à cette éventualité fatale, ce soit juste-

(1) Cet article est précisément dirigé contre la possibilité de l'application de la méthode sous-cutanée au spina-bifida, et il n'y est fait aucune mention du succès de M. Robert (février 1845).

ment par cette inflammation qu'il s'agissait de prévenir que périsse son opérée?

Dès lors il faut convenir qu'il n'est ni exact ni juste d'en accuser exclusivement la ligature, tandis que cet accident est bien plutôt la conséquence d'une disposition générale et commune à toutes les opérations pratiquées sur les méninges et si près du canal rachidien; car par quelque procédé qu'on opère, la section, la ponction, l'incision, l'excision, voire même la simple compression, l'oblitération du canal et la guérison qui en est la conséquence ne peuvent avoir lieu sans un certain degré d'inflammation, qu'il s'agit surtout de limiter à une faible intensité.

Mais il est une objection bien plus sérieuse à faire à M. Tavignot; car, dans son procédé, comme dans tous ceux qui comportent l'ouverture et l'ablation de la tumeur, la réunion par première intention est de toute rigueur. Or si par hasard, comme cela est arrivé à M. Tavignot, cette réunion n'a pas lieu, quelle ressource reste-t-il au chirurgien? Et enfin, est-ce que des aiguilles qui traversent une plaie et des fils qui l'étreignent et la serrent ne sont pas des agents d'irritation plus puissants qu'une ligature, surtout faite avec les précautions que nous avons recommandées, et qui, après tout, empêche tout aussi bien que tout autre moyen l'introduction de l'air, si tant est qu'il faille croire que ce soit là le point capital à éviter, et adopter complétement cette idée de M. Tavignot, « que si, par un perfectionnement bien simple du procédé d'opération, on parvenait à éviter l'entrée de l'air dans le canal, il y aurait entre la méthode qu'il propose et celle de M. Dubourg toute la différence qui existe entre les plaies simples non pénétrantes et les plaies pénétrantes des cavités séreuses? » Et cependant Maria Belin n'en a pas moins péri absolument comme tous les enfants qui succombent à l'ouverture spontanée de leur tumeur et avec les lésions anatomiques d'une méningite rachidienne. (Voyez les détails de l'observation dans l'expérience du 28 août 1844.)

Malgré cela, M. Tavignot pense que son opérée a succombé plus promptement « par suite de la pneumonie, quoique la méningite rachidienne fût déjà assez étendue pour ne laisser aucun espoir de guérison. » Mais que répondrait-on si l'on voulait soutenir que la pneumonie, au lieu d'être primitive, n'a été qu'une conséquence de la méningite? « La suture ne fut-elle pas laissée trop longtemps? Nous sommes portés à croire, dit M. Tavignot, que l'espèce de fistule qui s'est établie et qui a donné issue au liquide du canal et accès à l'air tient évidemment à une ulcération de la peau déterminée par la présence des aiguilles; c'est un enseignement dont on devra profiter à l'avenir en enlevant les aiguilles trois jours après l'opération et en appliquant des bandelettes à la place. » Mais si, au bout de quatre jours, il a suffi d'une légère traction pour faire bâiller la plaie, comment des bandelettes pourront-elles la maintenir hermétiquement fermée, surtout si elle est sollicitée par la force d'un liquide comprimé qui tendrait à s'échapper? En outre, chez Maria Belin, il n'y avait aucune adhérence, pas même d'injection sur la face interne des deux lèvres de la plaie le quatrième jour, alors que l'inflammation avait déjà gagné la partie moyenne du dos. Or, chez Jean-Marie Chaillou, c'était aussi la partie moyenne de la plaie qui n'était pas encore réunie, et cela le huitième jour; elle laissa échapper avec force un liquide également comprimé, mais limpide et clair. Ce rapprochement doit avoir son côté pratique, car c'est sans doute à la facilité avec laquelle il nous a été possible de parer à cet accident, alors que nous croyions, nous aussi, n'avoir plus rien à redouter, que nous devons le succès de notre opération; et cette circonstance renferme un enseignement et mérite d'être prise en sérieuse considération.

En résumé de cette discussion, nous voulons conclure: 1° qu'il ne faut plus désormais abandonner à une mort spontanée et presque certaine les enfants qui naissent avec des tumeurs rachidiennes, parce que l'expérience prouve que l'on peut réussir à les guérir; 2° qu'il faut savoir distinguer et choisir les cas dans lesquels l'opération peut avoir des chances de succès; 3° que la plupart des procédés opératoires proposés jusqu'à présent n'ont pas réussi parce qu'ils ne remplissent que par hasard les conditions nécessaires pour la guérison, et qu'ils sont pour la plupart incertains, incomplets ou dangereux. Nous n'en voulons d'autre preuve que cette conclusion d'un travail publié il y a deux années à peine, et dans lequel l'auteur résumait ainsi l'état de la science: « Pour quatorze *prétendues* guérisons éparses dans différents auteurs, plus de moitié concernent des tumeurs qui n'avaient point de communication avec le canal arachnoïdien, et les autres ont presque toutes pour objet des tumeurs d'un très-petit volume et qu'il eût été plus prudent d'abandonner à la nature. » JOURNAL DE CHIRURGIE, février 1845.) « Quant aux procédés, la compression est de nulle valeur; la ponction compte six guérisons pour un nombre indéfini de revers; l'incision en a deux, la ligature trois, l'excision trois; le séton ne vaut pas la peine d'être rappelé. Dans le cas cependant où l'accroissement rapide de la tumeur menacerait prochainement la vie, nous pensons qu'il est permis d'essayer quelque chose, et la ressource *la moins périlleuse* serait manifestement *la ponction.* » Tel n'est point notre avis, et en proposant à notre tour un procédé nouveau qui n'est après tout qu'une modification de la ligature, quoiqu'il en diffère par rapport à la manière dont il doit être appliqué, nous croyons avoir réussi à lui assurer l'avantage de pouvoir se modifier et se combiner diversement en raison des circonstances et des besoins. Ce procédé nous paraît réunir les conditions favorables à la guérison que présentent les autres moyens proposés, sans en avoir les inconvénients. C'est ainsi qu'il évite les froissements et l'irritation des membranes séreuses, qu'il les accole et les comprime directement et régulièrement, et qu'on peut graduer cette compression en même temps que diminuer à volonté la quantité du liquide sans crainte d'accident mortel, enfin agir sur la tumeur par la ponction simple ou sous-cutanée, l'incision, l'excision, au moment et dans les circonstances que l'on jugera les plus convenables. C'est ainsi qu'on aurait à la fois ou successivement à sa disposition chacun des procédés à l'aide desquels on a réussi à obtenir quelques guérisons qui se multiplieront sans doute à mesure que l'opération sera pratiquée plus souvent et dans des conditions mieux étudiées et plus favorables. C'est d'ailleurs à l'expérience que nous en appelons de tous nos vœux pour confirmer ou infirmer ces espérances et ces déductions.

Nous ajouterons que, dans l'opération du spina-bifida comme dans toutes les autres, il est à observer que les conditions de la guérison ne sont pas totalement et uniquement renfermées dans le manuel opératoire, et qu'on peut aussi en trouver dans une thérapeutique convenable et bien entendue et dans la direction à imprimer aux forces médicatrices de la nature. Par exemple, instruit par l'expérience et imitant en cela ce que la nature elle-même semble indiquer quand on voit après la ponction les convulsions et les accidents inflammatoires diminuer, cesser même, après l'apparition d'une diarrhée abondante, ne pourrait-on pas chercher à prévenir ou à conjurer ces complications par un traitement rationnel et approprié, par l'emploi des dérivatifs, des purgatifs, du calomelas en particulier, des antispasmodiques, des vésicatoires et des moxas, ou du caustique de Vienne le long de la colonne vertébrale, suivant les indications et les phénomènes que l'on pourrait observer pendant ou après la disparition de la tumeur?

Tel est le but que nous indiquons, tels sont les moyens que nous proposons pour y parvenir; à l'expérience de prononcer. *« Medeci certant; adhuc sub judice lis est. »*

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUES MÉDICALES.

(SUITE.)

5° VOMISSEMENT IDIOPATHIQUE.

OBS. — Une jeune fille de 19 ans est entrée à l'Hôtel-Dieu, étant au sixième mois environ de sa grossesse, et malade depuis trois semaines. Sa santé avait été bonne jusque-là; elle était assez bien réglée, sauf quelques retards sans conséquence; point de leucorrhée. Elle digérait habituellement bien; elle ne se rappelle pas avoir jamais vomi; il lui était arrivé seulement de loin en loin d'avoir un peu de diarrhée, encore ces dérangements momentanés étaient-ils toujours déterminés par l'ingestion de quelques aliments grossiers ou indigestes. En résumé, cette fille avait toujours joui d'une santé parfaite jusqu'au moment où elle est devenue enceinte. Sa grossesse date du mois de juin dernier. C'est vers le quatrième mois de sa grossesse, correspondant aux premiers jours du mois d'octobre, qu'elle a commencé à éprouver les premiers symptômes de la maladie pour laquelle elle est venue réclamer les secours de l'Hôtel-Dieu. Ces symptômes ne consistaient d'abord qu'en un sentiment de malaise et de lassitude, un peu d'étourdissement et quelques vomissements. Quinze jours après, elle éprouva des frissons, de la céphalalgie et des vomissements répétés. La faiblesse et le malaise étaient à tel point, qu'elle dut se faire transporter à l'hôpital en voiture.

A son entrée, le premier coup d'œil fit d'abord soupçonner une fièvre typhoïde. Il y avait, en effet, de la fièvre, de la céphalalgie, de la faiblesse, des étourdissements; le ventre était météorisé, la langue sèche, l'haleine fétide. Cet état offrait assez bien, au premier aspect, les apparences d'une fièvre typhoïde parvenue au huitième jour. Cependant la malade n'avait point eu d'épistaxis; on ne trouvait point de taches sur la poitrine, point de gargouillement dans la fosse iliaque; il y avait bien un certain air d'abattement, mais ce n'était pas là cette physionomie spéciale, cette expression de stupeur qu'offrent les sujets parvenus à cette période de la fièvre typhoïde; le regard était assuré, les yeux intelligents et expressifs. En un mot, on ne retrouvait point les caractères principaux, les signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde. D'un autre côté, on était frappé par une acidité et une fétidité extrêmes de l'haleine, qui ne sont point ordinaires dans la fièvre typhoïde. Le symptôme dominant consistait en des vomissements bilieux extrêmement fréquents, dans l'intervalle desquels la malade rejetait des crachats verdâtres en assez grande abondance. Enfin, pour compléter le tableau symptomatique qu'offrait cette femme, elle avait le pouls fréquent (de 110 à 120), la peau chaude et fébrile, une grande faiblesse, un état de malaise général; anorexie complète, impossibilité même de manger sans que l'estomac fût aussitôt soulevé; amaigrissement assez considérable; chairs molles, gencives légèrement tuméfiées et fongueuses. Tel était l'état dans lequel M. Chomel trouva cette ma-

lade lorsqu'il commença le service de la clinique. En présence de ces symptômes, il n'hésita pas à porter un pronostic grave, bien que les traits de la malade ne fussent point encore sensiblement altérés et que sa physionomie conservât une expression assez naturelle. En effet, depuis environ six semaines que cette jeune femme est entrée à l'hôpital, les phénomènes que nous venons de mentionner n'ont cessé de s'accroître; la faiblesse et l'amaigrissement surtout ont fait de rapides progrès. Tout porte à faire présumer une terminaison prochainement fatale.

A quelle affection a-t-on affaire chez cette femme? Laissons parler M. le professeur Chomel: C'est un de ces exemples, dit-il, d'une affection grave, incomplétement connue, à laquelle les médecins semblent n'avoir pas apporté une attention suffisante, habitués qu'ils sont à voir survenir assez fréquemment des vomissements chez les femmes grosses sans qu'ils croient devoir s'en préoccuper beaucoup. Cependant, depuis un certain nombre d'années que son attention a été fixée sur cette affection, M. Chomel dit en avoir observé un assez grand nombre d'exemples pour qu'il ait dû, vu leur extrême gravité, saisir toutes les occasions d'en rechercher les causes et les principaux caractères. Voici en quels termes il a fait connaître à son auditoire le résultat de ses recherches à cet égard :

La maladie dont il s'agit est caractérisée par des vomissements bilieux fréquents, par une haleine fétide, par de la fièvre; puis surviennent des accidents cérébraux, du délire, le coma et la mort.

Il est fort difficile de dire à quelle lésion anatomique cet état se trouve lié. Le plus grand nombre de faits que M. Chomel a observés s'étant passés dans la pratique civile, il lui a été le plus souvent impossible de constater les lésions cadavériques. Cependant quelques individus, en petit nombre, ont pu être ouverts; mais les investigations auxquelles on s'est livré, dans ce petit nombre de cas, ont donné des résultats si divers, qu'il n'est encore possible d'en déduire aucune relation, aucun rapport constant.

Chez quelques sujets, la membrane muqueuse a paru ramollie; mais dans des cas de ramollissement, même très-considérable, de la muqueuse stomacale, on n'a point observé les symptômes que nous signalons, et réciproquement, dans quelques cas où ces symptômes se sont montrés au plus haut degré d'intensité, on n'a trouvé aucune trace de cette lésion de l'estomac; de sorte qu'il a fallu renoncer à l'idée qui avait paru *à priori* la plus naturelle, celle de rapporter l'affection dont il s'agit au ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Dans un cas, on a trouvé une dégénérescence graisseuse du foie: mais cette lésion n'ayant été rencontrée que dans ce cas unique, on n'a dû lui accorder aucune importance. MM. Chomel et Rostan ont vu ensemble, dans le courant de cette année, une femme dans ce même état, mais hors des conditions de la grossesse. La malade ayant succombé, l'autopsie fut faite par M. Rostan, qui trouva l'estomac parfaitement sain; il constata en même temps l'existence d'un épanchement de sérosité assez considérable dans les ventricules. Rien de semblable n'avait été rencontré dans aucun autre cas. Ainsi, dans un cas, on trouve un ramollissement de l'estomac, dans un second une dégénérescence du foie, dans un troisième un épanchement séreux dans le cerveau. On voit que rien n'indique jusqu'à présent qu'aucune de ces lésions ait eu une relation directe, étiologique, avec la maladie dont il s'agit. D'un autre côté, quelques auteurs ont attribué cet état, encore mal défini et incomplétement décrit, à l'inflammation des membranes de l'œuf ou à une *lésion* de l'utérus, préoccupés qu'ils étaient de la coïncidence de cet état avec la grossesse. Mais outre que cette opinion n'a été vérifiée par aucune observation directe, l'existence de ces mêmes symptômes, chez des femmes non enceintes, doit éloigner nécessairement l'idée que cet état dépende de l'utérus ou du produit de la conception.

Les causes de cette affection sont fort obscures. L'âge adulte paraît y être seul disposé; on ne l'a observée que très-rarement dans l'enfance et chez les vieillards. Le début est ordinairement assez insidieux; il se manifeste par du dégoût, de l'éloignement pour les aliments. Quelques sujets éprouvent des douleurs à l'épigastre, des nausées, des vomiturition, bientôt suivies de vomissements bilieux, d'abord jaunâtres, puis verts. Ces vomissements persistent avec ce caractère jusqu'à la dernière période de la maladie, c'est-à-dire jusqu'à l'invasion des symptômes cérébraux, époque où ils cessent ordinairement. Ces symptômes sont accompagnés d'un mouvement fébrile tantôt passager, tantôt, mais toujours tôt ou tard, permanent. Chez quelques malades il y a des paroxysmes fébriles qui ont quelquefois inspiré l'idée de recourir au sulfate de quinine; mais l'administration de ce médicament a toujours été sans succès. La fétidité, l'acidité de l'haleine surtout, est telle chez la plupart de ces malades, que le médecin en est ordinairement frappé en entrant dans leur chambre; on ne peut mieux comparer cette odeur qu'à celle du vinaigre; on dirait du vinaigre en évaporation autour du lit du malade. Tels sont les symptômes de la première période. — La seconde période est caractérisée par la faiblesse, l'accélération du pouls, l'altération des traits. Dans quelques cas, le pouls baisse et s'accélère alternativement. Enfin la troisième période présente, entre autres phénomènes caractéristiques, des hallucinations passagères durant environ de cinq à six ou huit jours, suivies bientôt d'un délire permanent, puis de coma. Une fois à cette période les vomissements cessent; mais il n'y a plus alors aucune chance de salut. La terminaison est inévitablement fatale. Cette maladie offre, comme on le voit, dans sa marche trois phases assez bien marquées. Sa durée ordinaire est de deux à trois mois au plus; on ne l'a vue que très-rarement parvenir jusqu'au quatrième mois.

Le diagnostic offre rarement de la difficulté. L'acidité de l'haleine, les vomissements verdâtres, la fréquence du pouls, suffisent pour la caractériser même au début, et la différencier, soit d'avec la fièvre typhoïde, soit d'avec les diverses autres affections ou altérations organiques de l'estomac, soit enfin des vomissements symptomatiques de toute autre affection, si l'on tient compte surtout de l'absence des signes pathognomoniques de chacune de ces maladies.

Le traitement de cette affection est jusqu'à présent fort indécis. On a conseillé, à titre de moyens perturbateurs, les purgatifs doux, les laxatifs, la magnésie, le calomel à la méthode anglaise, la scammonée, l'aloès; mais ces divers moyens n'ont jamais réussi. On s'est demandé si les vomitifs n'auraient pas une action perturbatrice plus énergique et partant plus favorable que les purgatifs; ils ont été essayés dans cette vue, mais sans plus de succès. La maladie n'en a pas moins continué à suivre sa marche fatale. Il en a été de même des exutoires, des saignées, des sangsues, des ventouses; ces divers moyens, qui ont été employés quelquefois, n'ont jamais enrayé la maladie. On a eu recours enfin, dans le cas de coïncidence de la maladie avec la grossesse, à une dernière tentative, hardie et malheureusement infructueuse : ne pourrait-on pas, dans ce cas, s'est-on dit, tenter l'expulsion du fœtus pour sauver la vie de la mère? Un médecin consciencieux a cru devoir, dans un cas grave de ce genre, prendre sous sa responsabilité une pareille détermination; mais ce moyen ultime n'a pas eu le résultat qu'il s'en était promis: le sacrifice de l'enfant n'a point sauvé la mère.

En l'absence de toute donnée expérimentale, on a dû chercher les éléments d'un traitement méthodique dans les indications rationnelles qui peuvent se déduire des principaux symptômes. Or quelques indications existent. Voici comment M. Chomel formule le traitement qu'il croit le plus conforme à les remplir : S'abstenir de toutes substances acides ou susceptibles de subir dans l'estomac la fermentation acide, le sucre et les substances sucrées, par exemple, substances que les malades repoussent d'ailleurs d'eux-mêmes; administrer les eaux alcalines, telles que l'eau de Vichy, de Bussang, des solutions légères de potasse, de soude, les oxydes métalliques, le sous-nitrate de bismuth en particulier, l'eau de chaux ou l'eau magnésienne mêlées avec un peu de lait; ne prescrire jamais le lait seul, qui est presque toujours coagulé dans l'estomac et rejeté à l'état de fromage; il n'a de chances d'être digéré qu'autant qu'il est combiné avec des substances alcalines. Tels sont les moyens qui ont, suivant M. Chomel, quelques chances de succès, qui ont même réussi dans quelques cas, mais, il faut le dire, très-exceptionnellement encore.

6° INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA PHTHISIE.

Pendant longtemps on a écrit et enseigné partout que l'état de grossesse prévenait le développement de certaines maladies ou en enrayait la marche; on a attribué notamment cette influence à la grossesse par rapport à la phthisie. Aujourd'hui on semble plus disposé généralement à considérer cette influence comme nulle, ou si l'on en admet une, ce serait dans un sens tout différent de ce qu'on la croyait être, c'est-à-dire qu'elle serait plutôt aggravante qu'atténuante. Que penser au milieu de ces opinions divergentes? Il est évident qu'il n'y a qu'un moyen de sortir de cette incertitude, c'est d'en appeler à une observation exacte et rigoureuse. Sans doute les faits de ce genre n'ont jamais manqué à la science, et il est à croire que lorsque Moriceau, Desormeaux, Dugès et autres ont attribué à la grossesse le pouvoir d'enrayer la marche de la phthisie ou d'en empêcher le développement, ils avaient vu des faits qui pouvaient, en apparence au moins, les autoriser à émettre une semblable proposition; mais il est permis d'admettre aussi que pour quelques-uns de ces observateurs l'absence des moyens d'exploration dont on dispose aujourd'hui et l'obscurité qui régnait alors sur les symptômes initiaux de la phthisie ont pu être plus d'une fois une source d'erreurs et de fausses interprétations. Toute la question se réduit en effet à la détermination de l'époque du début de l'affection. Or l'on sait aujourd'hui que l'affection tuberculeuse peut exister plus ou moins longtemps à l'état latent, et faire des progrès plus ou moins rapides avant de se manifester par les désordres et l'appareil symptomatique d'où l'on faisait autrefois dater son début. On conçoit dès lors que, faute d'avoir pu déterminer avec une certaine précision la période initiale de la maladie, on ait été conduit souvent à ne fixer son début que d'une manière fort incertaine et à des époques souvent très-éloignées du début réel. C'est ce qui nous fait penser que, bien que les éléments de cette question soient en

quelque sorte vulgaires, il n'est pas sans intérêt aujourd'hui de chercher à réunir de nouveaux documents propres à fixer l'opinion à cet égard.

Voici quelques faits qui nous paraissent devoir offrir quelque intérêt sous ce rapport.

PHTHISIE AIGUE DÉVELOPPÉE PENDANT LE COURS DE LA GROSSESSE; MARCHE RAPIDE DE L'AFFECTION APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Obs. — Au n° 18, salle Saint-Anne (Charité), entra une femme de 21 ans, accouchée à terme depuis deux mois. Les règles n'avaient point reparu. Il y a cinq mois, le sixième mois par conséquent de sa grossesse, elle fut prise d'une toux sèche et d'oppression qui durèrent pendant toute la dernière période de la grossesse, et persistèrent après son accouchement. Elle avait auparavant joui d'une très-bonne santé. Quinze jours après sa délivrance, elle fut prise de fièvre, de sueurs nocturnes avec surdité. C'est à ce moment qu'elle entra à l'hôpital. Elle présentait alors une faiblesse très-grande, fréquence du pouls (124), dyspnée (32 inspirations), sueurs nocturnes abondantes, toux fréquente; à ces symptômes se joignaient de la stupeur, des bourdonnements d'oreille avec surdité incomplète, troubles et affaiblissement de la vue, phénomènes qui inspirèrent un instant l'idée d'une affection typhoïde; mais en examinant la malade avec soin, on ne tarda pas à être dissuadé de cette idée. On reconnut en effet, dans le côté droit de la poitrine un râle sibilant et crépitant dans la presque totalité du poumon, et sous la clavicule du même côté un souffle caverneux caractéristique, signes incontestables de phthisie. Les principaux signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde manquaient d'ailleurs; il n'y avait eu ni épistaxis, ni taches, ni sensibilité du ventre, etc. Il ne pouvait plus subsister aucun doute à cet égard.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, il se manifesta de la diarrhée, dix à douze selles par jour; la fièvre augmenta, ainsi que la toux et la dyspnée; les sueurs devinrent colliquatives; le délire qui s'était manifesté dès le début de la fièvre devint de plus en plus intense. Enfin, en auscultant tous les jours la malade, on constata que l'excavation faisait de jour en jour des progrès rapides.

C'est, comme on le voit, un de ces exemples de phthisie à marche aiguë, rapide, à laquelle on a donné la dénomination énergique de phthisie *galopante*, qui s'est manifesté pendant le cours de la grossesse, et qui a marché avec une rapidité et une intensité toujours croissantes.

Ici l'on n'a point constaté sans doute par l'exploration les premiers signes du début de l'affection; mais l'état parfait de santé dont cette jeune fille jouissait avant sa grossesse et pendant les premiers mois de sa durée, l'invasion si bien indiquée par les symptômes vers le sixième mois, ne permettent guère de douter que ce soit à cette époque effectivement qu'a débuté cette maladie. Du reste, s'il y avait quelque place pour le doute dans ce cas-ci, il n'y en aurait aucune pour quelques autres cas analogues dont nous avons été récemment témoins dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, et dans lesquels, soit par l'examen direct, soit par l'interrogation, cet habile et scrupuleux observateur a constaté, avec cette précision qu'il apporte dans toutes ses recherches, le début de la tuberculisation pulmonaire pendant le cours même de la grossesse.

Ainsi, chez une femme âgée de 39 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu seize mois après ses couches, salle Saint-Landry, n° 2, et qui présentait alors les caractères et les signes stéthoscopiques les plus manifestes d'une phthisie tuberculeuse avancée, il fut aisé de se convaincre, par un interrogatoire méthodique et par l'appréciation de l'état antérieur de la malade, que le début de sa phthisie remontait à peu près vers le milieu ou au plus loin vers les premiers mois de sa grossesse.

Chez une autre malade, couchée dans la même salle, à peu près à la même époque, les symptômes initiaux ont pu être constatés et suivis pas à pas, et parallèlement avec les signes stéthoscopiques. Or le début de la phthisie coïncidait ici avec le début de la grossesse, et la maladie ne cessa de faire des progrès pendant le cours de la gestation. Enfin une malade, actuellement couchée dans la salle de M. Rayer, à la Charité, offre un semblable exemple d'une phthisie dont les premiers symptômes se sont manifestés vers le début de la grossesse, et qui marche avec une grande rapidité.

Ces faits, que nous ne citons que comme les plus récents à notre connaissance, sont loin d'être sans analogues; si bien que M. Louis, qui a observé déjà un assez grand nombre de faits semblables, est porté à croire qu'il y a eu erreur ou au moins confusion de la part de ceux qui ont considéré la grossesse comme constituant une sorte d'immunité par rapport à la phthisie. Cette opinion est aussi celle de M. Rayer. On conçoit que la grossesse puisse avoir quelque influence sur la manifestation extérieure de la maladie, sur la production, la marche et le caractère de certains symptômes, qu'elle puisse jusqu'à un certain point en masquer, en dissimuler l'expression ordinaire; mais il y a toute apparence, et si les observations ultérieures viennent confirmer les faits que nous venons de rappeler, il y aura certitude acquise, que cette influence est beaucoup plus restreinte, beaucoup plus limitée qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent, et que, loin de constituer une loi, elle ne constituerait tout au plus qu'une exception. — C'est là une question dont nous recommandons l'étude aux médecins convenablement placés pour la faire avec fruit.

7° DE LA COÏNCIDENCE DE LA PLEURÉSIE AVEC LE RHUMATISME.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU GÉNÉRAL; DÉVELOPPEMENT D'UNE PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT PENDANT LE COURS DU RHUMATISME.

Obs. I. — Un jeune homme de 19 ans entre, le 26 novembre dernier à la Charité, pour un rhumatisme articulaire aigu multiple; il est couché au n° 15 de la salle St-Charles (service de M. Fouquier, actuellement suppléé par M. Behier). Ce jeune homme avait eu une affection de même nature il y a deux ans, avec dyspnée, palpitations et œdème. Le 20 du mois dernier, il fut pris, à la suite d'un refroidissement, de céphalalgie et malaise; le 22, il éprouva des frissons suivis de douleurs dans les hanches, puis de douleurs aux poignets, aux genoux et aux coudes. Pouls à 120, vif, résistant, régulier; point de palpitations; impulsion du cœur peu forte. En résumé, il n'y avait en apparence rien autre chose que des douleurs avec gonflement des articulations, chaleurs, fréquence du pouls. Malgré un bruit de souffle à la base du cœur et dans les carotides qui témoignait d'un certain degré d'anémie, on crut devoir pratiquer une saignée de trois palettes. Le lendemain, insomnie, persistance des douleurs; nouvelle saignée.

Le troisième jour, même état; troisième saignée. Quatrième jour, douleurs persistantes. On renonce aux saignées et l'on prescrit la poudre de Dower. Les jours suivants, il se manifeste de la toux et une légère dyspnée qui porte à soupçonner l'existence d'une péricardite ou d'une pleurésie. En explorant attentivement le malade, on trouve une matité très-prononcée, avec absence de la voix. Cette dyspnée ayant augmenté le lendemain, malgré l'application d'un vésicatoire, on constata tous les signes d'une pleurésie des mieux caractérisées qui finit par céder à l'usage combiné du tartre stibié et des ventouses scarifiées, laissant après elle un épanchement dont la résorption ne dut pas se faire longtemps attendre.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU GÉNÉRAL; ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE LATENT.

Obs. II. — Un jeune homme, âgé de 20 ans, est atteint le 28 octobre, sans cause connue, de douleurs de reins. Le 3 novembre, il survient des douleurs dans les membres inférieurs, de la céphalalgie; trois jours après des douleurs semblables envahissent successivement les poignets et les genoux. Le malade entra dans cet état à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 3; son pouls battait de 85 à 90. L'examen du cœur n'y révèle aucun phénomène anormal. On met ce malade à l'usage de la poudre de Dower et de la tisane de bourrache. Trois jours après, les douleurs persistant avec la même intensité, on fait prendre un bain de vapeurs. Le quatrième jour, la douleur augmentant M. Behier, se décide à faire pratiquer une saignée de 300 grammes; saignée de la même quantité le soir. (On ne put retirer que 120 grammes.) Le 17, persistance des douleurs, nouvelle saignée de 300 grammes. Le 18, même état. Six ventouses scarifiées autour des genoux où les douleurs sont le plus aiguës. Le 19, les douleurs n'ayant point cédé, encore une nouvelle saignée de 300 gr. qui n'a pas plus de résultat que la précédente. Malgré ce traitement énergique, il n'avait éprouvé aucune amélioration. Un bruit de souffle assez marqué dans les carotides indiquait assez qu'on ne pouvait pas insister davantage sur les déplétions sanguines, et qu'il fallait s'adresser à un autre ordre de moyens. M. Behier eut recours à l'opium à haute dose qui fut continué pendant plusieurs jours. Les douleurs persistèrent toujours; l'opium ayant donné lieu à quelques coliques et à de légers troubles de la digestion, on en cessa l'emploi et l'on s'abstint pendant quelques jours de toute indication. Mais les symptômes ne s'amendant nullement, ce qui venait de se passer chez le malade précédent engagea M. Behier à l'examiner avec plus d'attention qu'il ne l'avait fait jusqu'alors. Ces deux malades offraient en effet de nombreux points de contact, mais aussi quelques différences notables dans les symptômes accessoires. Tous deux étaient atteints d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, d'une grande intensité et d'une résistance en quelque sorte invincible à tous les moyens de traitement jusque-là employés. Chez le malade du n° 15, il y avait en outre de la dyspnée, de la toux. Rien de semblable chez le malade du n° 3. Cependant l'analogie des principaux phénomènes morbides, l'opiniâtre résistance de la maladie dans l'un et l'autre cas, la persistance chez ce dernier d'un état fébrile que ne pouvaient pas suffisamment expliquer les douleurs articulaires, tout portait à penser que l'analogie entre ces deux malades ne s'arrêtait pas aux symptômes de l'affection principale et qu'une lésion cachée et profonde devait, chez le malade du n° 3 comme chez celui du n° 15, compliquer l'existence du rhumatisme. En effet, bien qu'il n'existât chez lui aucun des signes rationnels capables de faire soupçonner l'existence d'une affection des plèvres, l'auscultation fit reconnaître un épanchement pleurétique considérable.

Cette circonstance de deux sujets affectés en même temps de rhumatisme articulaire d'une extrême intensité, compliqué d'un épanchement pleurétique dont l'invasion a été tellement sourde et la marche tellement insidieuse, chez l'un d'eux, que, sans le rapprochement qui suscita l'idée d'explorer la poitrine, on l'eût probablement méconnu tout à fait, cette circonstance, disons-nous, n'est pas un fait sans importance. On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire. Cette loi ou plutôt cette relation, dont la constance a pu être exagérée sans doute, a fixé néanmoins avec raison l'attention des cliniciens; mais cette complication serait-elle la seule que l'on eût à redouter dans le rhumatisme? Le péricarde aurait-il, à l'exclusion des autres enveloppes viscérales, le triste privilége de s'affecter sous l'influence d'une diathèse rhumatismale? Les plèvres resteraient-elles étrangères à cette influence? Tout porte à penser le contraire. Les nombreux exemples de métastases rhumatismales, rapportés par les anciens au-

teurs et notamment par Stoll, témoignent suffisamment que l'inflammation rhumatismale peut envahir les plèvres, comme les membranes du cerveau, comme l'enveloppe du cœur, comme les viscères eux-mêmes, soit par l'effet d'une métastase, soit par le fait de la généralisation de l'affection et de son extension par voie de migration. Les deux observations que nous venons de rapporter, et qui sont loin du reste d'être sans analogue dans la science, ne feraient donc que confirmer, par la constatation des signes directs d'exploration, un fait depuis longtemps admis d'après les seules données de l'analogie et des symptômes.

Il nous reste toutefois, à l'égard de ces derniers faits, un scrupule que nous ne pouvons entièrement dissimuler. Si l'on considère le contraste qu'offrent, d'une part, l'extrême acuité des douleurs et le retentissement général provoqué par l'affection articulaire, et, d'autre part, l'obscurité, le silence presque complet des symptômes de la pleurésie, ne peut-on pas se demander si l'épanchement pleurétique n'est pas ici plutôt un résultat en quelque sorte mécanique des évacuations sanguines abondantes poussées jusqu'à l'anémie, que l'effet dynamique d'une inflammation véritable des plèvres? Cette opinion ne serait peut-être pas complétement dépourvue de quelque vraisemblance, si l'on rapprochait ces faits de ceux qui se passent journellement dans les services de médecine où l'on fait largement usage de cette méthode. Cette circonstance pourrait peut-être bien aider aussi à s'expliquer comment il se fait que les affections du péricarde, parmi lesquelles les épanchements entrent pour une bonne part, sont si communes dans ces services qu'on a pu les considérer comme l'expression d'une loi presque constante, tandis qu'on ne les observe que beaucoup plus rarement dans les autres services. S'il en était ainsi, on ne saurait trop recommander à l'avenir une certaine circonspection dans l'usage des saignées abondantes et réitérées, dont on semble par trop méconnaître les fâcheuses conséquences possibles.

Quoi qu'il en soit, que les épanchements pleurétiques soient le résultat de l'abus des moyens thérapeutiques dirigés contre le rhumatisme des articulations ou qu'ils constituent l'une des complications naturelles de cette affection, toujours est-il que la coïncidence de ces épanchements avec le rhumatisme articulaire est un fait qui réclame l'attention des praticiens, et que la manière insidieuse dont ils se forment, et l'obscurité des signes capables d'en révéler l'existence, font un devoir d'explorer attentivement la poitrine pendant le cours de ces rhumatismes rebelles qui se prolongent au delà de leur durée moyenne ordinaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOUNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

IV. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1846 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Dissertation sur l'avortement provoqué dans un but médical;* par M. Simonart. 2° *Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque;* par M. Hairion (voy. GAZETTE MÉDICALE, 1846, page 692). 3° *Histoire de la syphilis dans l'antiquité;* par M. Rosenbaum. 4° *Mouvement de la prostitution dans la ville de Bruxelles pendant l'année* 1845; par M. Dugniolle. 5° *Considérations générales et observations particulières faites à bord de la* Louise-Marie, *goëlette de l'État, pendant une station de sept mois devant Santo-Thomas de Guatémala et sur les côtes du golfe de Honduras;* par M. F. Durant. 6° *Deux cas d'épilepsie; rétention du placenta et tumeur blanche du genou guéries par le tartre émétique à haute dose;* par M. Lenens. 7° *Coup d'œil sur la maison d'aliénés du docteur Kalcker, à Uccle-les-Bruxelles;* par M. Morel.

DISSERTATION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS UN BUT MÉDICAL; par M. SIMONART.

Cet intéressant sujet sur lequel M. Dubois appela, en 1843 (voy. GAZETTE MÉDICALE, page 135), la sérieuse attention des médecins, est, on peut le dire, depuis cette époque, resté constamment à l'ordre du jour. M. Simonart, déjà connu par un travail sur l'accouchement prématuré, vient aujourd'hui examiner la question. Quoique cette dissertation affecte le plus souvent la forme d'un plaidoyer en faveur de l'opération, elle n'en est pas moins utile à connaître, ne fût-ce que comme document dans un débat où les arguments opposés ne feront certainement pas défaut. Nous le reproduirons donc, non sans avertir le lecteur que plusieurs des considérations que M. Simonart développe ici, avec un véritable talent, avaient déjà été présentées par M. P. Dubois, dans le mémoire que nous venons de rappeler.

DISCUSSION MÉDICO-LÉGALE. — C'est principalement la légalité de l'avortement provoqué que l'auteur s'attache à établir. Fréquemment pratiquée en Angleterre, cette opération n'a point été admise en France et en Belgique, à cause de l'article 317 du Code pénal, qui « punit des travaux forcés à temps les médecins qui auront indiqué ou administré les moyens propres à déterminer l'avortement, dans le cas où l'avortement a eu lieu. » Ce texte paraît au premier coup d'œil formel ; mais faut-il s'en tenir à l'expression littérale pure et simple de la loi ? A-t-on suffisamment réfléchi que c'est le crime seul qu'elle veut atteindre ici, comme pour tous les articles du Code pénal...? Montesquieu l'a dit : la loi est la raison humaine, en tant qu'elle gouverne les peuples. Là où il est démontré qu'il n'y a, qu'il ne peut y avoir de crime, la raison humaine ou, en d'autres termes, la loi, qui n'en est que l'expression, ne peut trouver matière à peine afflictive ou infamante ; et dès lors l'impunité est garantie, sans que le Code ait à consacrer cette impunité par un texte exceptionnel. Le Code pénal, en effet, prévient le crime, mais n'a pas à sanctionner des actes de pure moralité.

Ne voyons-nous pas un présage assuré de cette impunité dans l'absence de toute poursuite contre les chirurgiens qui font l'opération *médicale* de la castration, alors cependant que l'article 316 du Code pénal, qui punit sévèrement le *crime* de castration, ne stipule aucune autorisation dérogatoire pour cette pratique exécutée dans un but curatif.

L'avortement ou *fœticide* est puni en Angleterre comme un crime capital ; néanmoins l'avortement, qui est bien un fœticide, s'y pratique assez fréquemment ; or de l'aveu du jurisconsulte Beck, l'Angleterre ne présente aucun exemple de poursuite judiciaire pour le fait de l'espèce.

Une identité non moins concluante nous est offerte par l'accouchement forcé. Cette manœuvre, exécutée tous les jours et par les chirurgiens les plus scupuleux, n'expose-t-elle pas directement la vie de la mère et celle de l'enfant ? Jamais pourtant magistrat n'a pensé ni cherché à sévir contre ses auteurs. Or, qu'est l'accouchement forcé sinon un accouchement avant terme, souvent un véritable avortement pratiqué même avec violence dans certains cas, tant le danger est pressant, et bien plus compromettant par conséquent pour les jours de la mère ?

Discutons maintenant la question au fond. Il est irrévocablement admis en droit que toute action pour être criminelle doit pécher ou par sa moralité ou par ses résultats. En dehors de ces deux chefs, intention et fait, il n'est point de crime possible ; la justice se tait. Or, du côté de la moralité, comment se fait l'opération ? C'est avec le consentement de la mère et à défaut de ressource qui puisse remplacer celle-ci, que l'avortement est décidé. Des confrères éclairés sont réclamés : pas de doute dans l'esprit des consultants ; la famille est prévenue ; toutes les précautions sont prises pour le succès, tout se fait au grand jour ; les chances sont franchement exposées; aucune violence ne s'emploie : les moyens les plus sûrs, les plus propres à rapprocher le travail de celui de l'accouchement à terme sont mis en usage ; l'embryon est expulsé et ondoyé si le culte l'exige ; la mère, entourée de soins, parcourt les phases ordinaires des couches prématurées. Nous le demandons, devant une pareille conduite, aussi désintéressée que franche et circonspecte, l'accusation ne doit-elle pas s'éteindre sur les lèvres du plus ardent des criminalistes ?

Quant aux résultats de l'avortement médical, ils sont ordinairement ceux qu'a prévus le médecin. L'opération en elle-même est peu douloureuse quand elle est convenablement faite; le fœtus ne tarde pas à être expulsé et à expirer. La mère ne court d'autres dangers que ceux d'un accouchement prématuré où un vingtième à peine succombe, et il est probable que la mortalité serait encore moindre à la suite de l'avortement provoqué, puisqu'il est reconnu que l'expulsion du fœtus est d'autant moins grave qu'elle se rapproche davantage de l'époque de la conception. Or, en comparant les résultats de l'avortement avec ceux des opérations destinées à le remplacer, on voit que, sur 720 femmes soumises à l'hystérotomie, 424 (près des deux tiers) succombent, et que l'embryotomie, qui tue tout aussi certainement le fœtus, est infiniment plus dangereuse pour la mère.

Mais, s'écrie-t-on, dans l'avortement vous sacrifiez nécessairement un être sur lequel vous n'avez pas droit de vie, tandis que l'opération césarienne le sauve le plus communément. Cette objection est la plus forte; mais, en principe, avons-nous davantage droit de vie sur la mère ? et lui laisser subir l'opération césarienne, n'est-ce pas la vouer à une mort presque certaine (1)? N'est-ce pas la pousser à cette triste extrémité que de négliger

(1) L'auteur exagère évidemment ici, dans l'intérêt de sa cause, ces données arithmétiques. Même en admettant ses chiffres, on pourrait lui objecter que 424 ne représente en aucune manière les deux tiers de 720. Mais il y a plus : en opposant, *sous le rapport des résultats*, l'opération césarienne à l'avortement provoqué, la question ne peut se poser que de la manière suivante : quel est celui de ces deux partis qui sauve le plus grand nombre d'individus ? Or on va voir que la solution serait aussi favorable à la cause de l'avortement que le présume son défenseur actuel. Supposons 100 femmes enceintes et dans les conditions spécifiées ; en les faisant avorter, le compte des décès sera d'abord 100 enfants nécessairement morts, plus, pour les femmes, la proportion d'un vingtième ac-

» lontiers l'expression de M. Maillot, quoique hybride, à condition qu'on
» lui donne le sens de la *spuria continens* de Torti.

» Ce n'est pas au reste sans y avoir sérieusement réfléchi que j'ai rejeté la » troisième catégorie de fièvres proposée de nos jours. Lorsque, après » avoir observé avec le plus grand soin les nombreux cas qui se présen- » taient à moi, j'ai relu les observations de Torti, de Bailly, de M. Maillot » lui-même, je n'ai pas trouvé un seul cas dans lequel on ne pût noter au » moins un des symptômes que j'ai dit caractériser la fièvre rémittente. » Tantôt la maladie se présente sous la forme de la continuité, elle est réel- » lement continue; puis il survient tout à coup, comme l'avait indiqué » Torti, des phénomènes irréguliers qui ont un caractère soit d'intermit- » tence, soit de rémission ou de mobilité qui font reconnaître à l'instant la » complication dont il s'agit. »

Ces propositions me paraissent de nature non-seulement à faire rétrograder la science, mais encore à compromettre de nouveau la thérapeutique d'une partie des maladies propres à l'Algérie et à engager une seconde fois les médecins militaires dans une voie où, dans les premiers temps de l'occupation, ils ont rencontré bien des écueils.

En effet, M. C. Broussais dit qu'il *n'a pas trouvé de fièvres à quinquina qui ne fussent soit rémittentes, soit intermittentes; qu'il n'a pu en distinguer une seule; qu'il a pu facilement ranger tous les cas qui se sont présentés à lui dans l'une de ces deux catégories (fièvres intermittentes, fièvres rémittentes)*; *enfin que telle est aussi l'opinion de son frère après six ans de séjour en Afrique.*

Je ne mets pas en doute la certitude du diagnostic de M. C. Broussais, mais je m'explique facilement comment il a pu y être conduit. Il n'a vu qu'une épidémie en Afrique, et encore cette épidémie a eu une *explosion tardive*, ce qui dénote une médiocre intensité dans ses causes; de plus, et surtout, il n'a observé qu'à Alger, pays où la rémittence est généralement saisissable, ainsi que je l'ai dit ailleurs, ainsi qu'il ressort encore de travaux que nous aurons occasion de rappeler. Dans les conditions donc où il a été placé, il a pu facilement trouver l'intermittence ou la rémittence, même dès le début de la maladie.

Cependant il dit : « Tantôt la maladie se présente sous la forme de la » continuité, elle est réellement continue; puis il survient tout à coup, » comme l'avait indiqué Torti, des phénomènes irréguliers qui ont un ca- » ractère soit d'intermittence, soit de rémission ou de mobilité qui font » reconnaître à l'instant la complication dont il s'agit. »

La complication.....? Non, ce n'est pas là ce qui constitue la complication; ce qui la forme, c'est la cause, quelle qu'elle soit, qui imprime à la maladie la *forme de la continuité*, comme dit M. Broussais. C'est au contraire lorsque la maladie est dépouillée de sa complication, que son caractère réel et fondamental se met à nu et se révèle *par ces phénomènes irréguliers qui sont un des caractères soit d'intermittence, soit de rémission ou de mobilité.*

Mais avant qu'apparaissent ces phénomènes qui la constitueront intermittente ou rémittente, que fera-t-on de cette fièvre qui a la *forme de continuité*, si l'on n'en fait pas dès ce moment une *fièvre à quinquina?*

La rangera-t-on dans les variétés de la fièvre typhoïde de l'école actuelle? sera-ce une des nuances de la gastro-entérite de la doctrine physiologique? sera-ce une des espèces des fièvres essentielles ?

Évidemment on ne pourra l'enchâsser dans ces cadres, parce que, dans ces dernières maladies, on n'a pas, comme chose essentielle, ces *phénomènes irréguliers* qui se présentent ici, parce que encore, et c'est un terrible argument, les médications propres à la fièvre typhoïde, à la gastro-entérite, aux fièvres essentielles, donnent ici une mortalité hors de toute proportion avec celle qu'y fournit la médication spéciale des fièvres intermittentes.

Que l'on n'espère pas sortir de la difficulté en disant avec M. Broussais : « Toute fièvre rémittente a l'apparence de la continuité, et, sous ce rap- » port, est pseudo-continue : c'est en cela qu'elle diffère de l'intermittente.» (Page 87.) En vérité, je ne comprends pas que cette objection ait été présentée sérieusement, et je ne l'accepte pas; car une fièvre rémittente après tout est une fièvre rémittente, et elle n'est pas une fièvre qui a la forme de la continuité. J'ai donné, ce me semble, des fièvres rémittentes une définition assez nette pour faire comprendre en quoi, pour moi comme pour tous, elles diffèrent des intermittentes proprement dites d'une part, et, d'autre part, des fièvres continues à quinquina. Cette définition a même paru assez exacte aux savants auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, pour qu'ils l'aient adoptée; la voici : « Des accidents continus avec des redou- » blements périodiques annonçant leur exaspération par des frissons, leur » déclin par des sueurs, pouvant devenir tout à coup pernicieux et cédant » à une médication particulière : tels sont les faits qui spécialisent les fièvres » rémittentes. »

Après avoir exposé les caractères généraux, les faits-types en quelque sorte des fièvres rémittentes, j'ai fortement appelé l'attention aussi sur celles de ces fièvres dont les phénomènes spéciaux vont s'affaiblissant de plus en plus et se réduisent à ne plus se montrer que comme une ombre. J'ai cité des faits à l'appui : c'était raconter ce que je venais de voir; j'ai rappelé ce que j'avais lu sur ce sujet, et j'ai écrit, page 165 : « D'après » la netteté plus ou moins grande des paroxysmes, Baumes établit trois » séries de fièvres rémittentes, et l'observation clinique confirme cette im- » portante distinction. » *La première comprend toutes les fièvres dont chaque paroxysme débute par le frisson; la deuxième renferme toutes celles dont les reprises commencent par une simple réfrigération des extrémités et du nez, ou par une toux plus ou moins vive; la troisième rassemble toutes celles dont les paroxysmes n'ont, dans leur premier temps, ni frisson, ni froid, ni refroidissement partiel, et ne sont remarquables que par la recrudescence de la fièvre, par une augmentation de chaleur âcre et des autres accidents fébriles qui décroissent après être montés à leur plus haut période* (1).

Je connaissais donc les nuances les plus délicates des fièvres rémittentes, et si elles ne m'ont pas suffi pour la classification des fièvres à quinquina, c'est qu'il est dans la nature de celles-ci de se présenter encore sous une autre forme; nous n'aurons que trop tout à l'heure la démonstration de ce que j'avance ici; on verra où conduisent ces idées sur l'intermittence et sur la rémittence appliquées aux fièvres des pays chauds et marécageux.

Il faut subir les conséquences des principes que l'on a posés; et lorsqu'on a pris pour base de ses distinctions le type des fièvres, on est bien forcé de dire que l'on n'a pas affaire ici à une véritable fièvre continue. M. Boudin et ceux qui professent ses idées échappent à cette difficulté, parce que la fièvre est pour eux, relativement à la marche, *continue*, bien que relative-

(1) TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRITATIONS CÉRÉBRO-SPINALES INTERMITTENTES. — Paris, 1836.

---

non-seulement domine ses lectures, juge, apprécie les auteurs, mais il veut que la science profite des recherches qu'il a faites dans les livres de tous les siècles, des richesses qu'il y a puisées de toutes parts.

Ainsi qu'une abeille au matin
Va sucer les fleurs de l'aurore,
Ou sur l'absinthe ou sur le thym,
Toujours travaille et toujours cause,
Et nous pétrit son miel divin
Des gratte-culs et de la rose, (VOLTAIRE.)

De même aussi le véritable amateur saura tirer parti de ses immenses lectures dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Mais, diront quelques docteurs mondains, c'est au fond une stérile et fastidieuse paperasserie, c'est là un triste métier. Qu'en savez-vous? Avant de prononcer, le connaissez-vous bien? En avez-vous savouré les jouissances, éprouvé les amertumes, senti les épines? Vaut-il mieux, en effet, se passionner pour les météores du moment, pour les bâtons flottants de l'*actualité*? La décision serait téméraire. Voyons pourtant les deux formidables objections des bibliophobes. La première, c'est que le temps manque, objection peu fondée; croyez-moi, on a beaucoup de temps, infiniment de temps, quand on n'en veut pas perdre. Ne dirait-on pas qu'il y a *turba clientum* pour le grand nombre des médecins, que la pratique les absorbe, que l'humanité les implore? et quand il en serait ainsi, il y aurait encore du temps pour l'étude. Boerhaave, qui avait trois chaires à desservir, qui était consulté de tous les points de l'Europe, lisait immensément, et il a écrit près de vingt volumes. Van Swieten, de Haen, Bordeu, Lorry, Morgagni, Scarpa, etc., en sont de notables exemples. Ce dernier avait en outre une belle galerie de tableaux dont il s'occupait beaucoup. Corvisart a peu écrit, mais il lisait prodigieusement, au lit, dans sa voiture et jusque dans la garde-robe. Le temps manque! mais en manquez-vous, très-honoré confrère, pour courir dans les spectacles bons ou mauvais, pour passer la nuit dans les salons, pour vivre dans les cafés, pour flâner dans les lieux publics, pour *carotter* à la bourse, etc.? Dites plutôt que vous avez une invincible répugnance pour l'étude, pour les vieux livres, que l'odeur de ces derniers vous suffoque, vous asphyxie; au moins vous aurez le mérite de la sincérité. On voit à quoi se réduit cette objection, traduite quelquefois en malignité balourde, s'exhalant contre les écrivains, les hommes studieux, la partie *travaillante* de la profession.

Voici la seconde objection : c'est qu'on ne s'enrichit pas. Oh! pour celle-là, elle est parfaitement juste. Mais voici le revers de la médaille : est-on heureux ou non? En définitive, n'est-ce pas là le but où tend un homme prudent et avisé? Faut-il estimer un art pour ce qu'il donne de jouissances réelles ou par ce qu'il rapporte pécuniairement? Or, comme je l'ai dit, il est d'expérience formelle que le véritable érudit, tout entier à ses recherches, ardent à ses occupations, fait ample moisson de plaisirs continus et variés. Que la fortune et le succès soufflent ailleurs comme ils voudront, que les ambitions se pressent et se froissent, le bibliophile enthousiaste ne s'en inquiète nullement; il se soucie même peu de la célébrité. Que lui fait celle-ci? le bonheur vaut mieux. Ces vieux livres, ces vieux caractères, ces parchemins jaunis, ces reliures d'un autre âge, cette histoire des progrès de la science, si intimement liés aux destinées de l'humanité, ont pour

ment au fond elle reste, comme pour moi, une *fièvre à quinquina*, ou à tout autre modificateur qui aurait la même puissance que cet agent thérapeutique.

En cela M. Boudin est beaucoup plus logique que moi; car il n'est pas obligé d'adresser des antipériodiques à des accidents de forme continue; et si j'avais à recommencer mon TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, je n'hésiterais pas, je crois, à adopter les bases de sa classification, tout en faisant ressortir, comme je l'ai fait, le tendance des affections continues paludéennes à reprendre les allures de l'intermittence et de la rémittence aussitôt qu'une cause quelconque vient à faire baisser la réaction circulatoire.

Les fièvres dont parle M. C. Broussais ne sont donc pas de la famille des véritables pyrexies continues, essentielles; elles en ont l'écorce, mais non le fond; la forme, l'apparence, mais non la nature, et c'est, je le répète, ce qui m'a conduit à leur donner le nom de fièvres pseudo-continues.

Sans doute plus tard, et cela dans un grand nombre de cas, après six, huit, dix, douze, vingt jours de durée, on finit par découvrir des phénomènes d'intermittence ou de rémittence. Mais il faut bien qu'il en soit ainsi pour pouvoir rattacher ces affections aux fièvres à fond intermittent; sans cela, elles seraient de véritables fièvres continues et je n'aurais pu les définir « celles dans lesquelles il n'y a plus ni apyrexie ni paroxysmes à retour appréciable, et qui ne révèlent leur nature que par l'explosion brusque d'accidents exclusivement propres aux fièvres intermittentes (1). »

Ces accidents, quels sont-ils? C'est du coma ou du délire qui tuent souvent comme la foudre; c'est l'apparition du phénomène ataxo-adynamique infiniment plus prompte que dans les fièvres continues proprement dites. Je sais très-bien que dans les localités peu marécageuses et que, dans certaines épidémies, les signes par lesquels se révèle le génie intermittent de ces affections n'ont pas toujours la même intensité que celle que je signale ici. Mais qui viendra jamais, quand on connait bien la marche de ces maladies, quand on sait que souvent, contre toute prévision, les accidents les plus graves succèdent, sans intermédiaire aucun, aux accidents les plus bénins, qui voudra, dis-je, exposer ses malades à des chances toujours périlleuses pour attendre l'intermittence ou la rémittence, quand surtout d'autre part, l'expérience a appris que le quinquina arrête ces fièvres alors qu'elles ont encore la forme continue, alors qu'elles sont encore dans toute leur acuité. Ce sont, du reste, des considérations pratiques sur lesquelles nous insisterons tout à l'heure.

Je veux seulement ici constater que M. Broussais lui-même, malgré ses premières assertions, est obligé de convenir qu'il a vu des fièvres qui, bien que manifestant plus tard leur nature intermittente, se sont présentées d'abord sous la *forme de la continuité*. Je constate aussi que, si ces faits ne l'ont pas frappé davantage, si cette division des fièvres intermittentes lui a paru *peu importante sous le double point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique*, cette conclusion tient, je n'en doute pas, aux circonstances de temps et de lieu dans lesquelles il était placé et que j'ai indiquées plus haut.

Mais il ne saurait en être de même de son frère qui était à Bone avec nous au mois de juillet 1834, époque à laquelle nos hôpitaux présentaient un grand nombre de ces fièvres pseudo-continues. Il doit se rappeler très-bien quelle différence immense il existait pour la marche des maladies et pour la mortalité dans les divers services, suivant que l'on y traitait immédiatement ces maladies par le quinquina ou bien que, voyant en elles des affections continues, on attendait pour le faire des phénomènes de rémittence. Ce sont même ces résultats si tranchés qui firent alors adopter par la plupart des médecins la médication que j'employais depuis le commencement de l'épidémie, et ce revirement dans la thérapeutique nous donna des résultats tels que, à la fin de la même épidémie, nous comptâmes, avec 856 malades de plus que pendant les deux années précédentes réunies, 1,437 morts en moins.

Les idées médicales soutenues par M. C. Broussais étaient celles des médecins qui m'ont précédé à Bone. Ils cherchaient *l'intermittence et la rémittence pour administrer les préparations du quinquina, et tout ce qui n'offrait ni intermittence ni rémittence était pour eux aussi des affections continues vraies.* Ce que j'avance ressort évidemment des travaux que le conseil de santé a fait publier sur ces désastreuses épidémies, et c'est dans ces documents que je puise textuellement la démonstration des propositions que j'émets.

« Au 16 juin, sur un effectif de 821 hommes, nous n'en avions que 26 » à l'hôpital (1)! Les premières maladies que nous eûmes furent en général » assez simples, mais dès lors déjà elles revêtaient le cachet inhérent au » pays, c'est-à-dire qu'une bonne partie des irritations gastro-intestinales » prenaient la forme de fièvres intermittentes; seulement, à cette époque, » les accès étaient peu tenaces, ne réclamaient que rarement l'usage du » sulfate de quinine et disparaissent aussi facilement que tout autre appareil » fébrile, sous l'emploi des antiphlogistiques, de la diète et des délayants. » Dans les mois suivants, alors même que le marais fut entièrement desséché, il y eut encore, et il y eut toujours quelques fièvres intermittentes; » mais je ferai remarquer qu'elles diminuèrent en nombre, que leurs frissons furent moins forts et devinrent d'autant plus faibles à mesure que » la chaleur atmosphérique augmenta, que l'intermittence tendit peu à peu » à être remplacée par la rémittence, et qu'enfin, *au fort de l'été, il n'y » eut à peu près plus que des fièvres continues, avec de simples exacerbations.* Notre effectif avait été porté à 2,289 hommes; et pourtant, au » 13 juillet, nous n'avions encore que 40 militaires du régiment à l'hôpital. » Mais cet état sanitaire satisfaisant changea bientôt... L'impulsion était » donnée, et les maladies augmentèrent progressivement en nombre, en » même temps qu'elles croissaient en gravité. C'est alors qu'on vit surgir » des *gastro-entérites*, des *gastro-céphalites*, des *gastro* et *entéro-colites*, etc., extrêmement intenses, et qui réclamaient les secours les plus » prompts et les plus actifs; c'est alors ou jamais que l'emploi immédiat des » saignées générales et locales était d'une application indispensable, et que, » dès son début, on devait faire en sorte de se rendre maître de la maladie... *Si les gastro-céphalites avaient paru nombreuses au mois » de juillet, elles le furent bien plus en août;* elles s'accompagnèrent » fort souvent, comme dans le mois précédent, d'un engorgement dur et » douloureux des parotides, engorgement qui s'abcéda rarement et qui fut » fréquemment d'un mauvais augure. A la fin de ce mois et en septembre, » ce furent les *gastro-duodénites* et *gastro-hépatites* avec ictère, qui » prédominèrent à leur tour comme maladies graves... »

(1) TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRITATIONS CÉRÉBRO-SPINALES INTERMITTENTES, p. 13. — Paris, 1836.

(1) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE MILITAIRES, t. XXXV. — Paris, 1833.

lui un attrait qui remplit son âme d'une joie sans mélange. Il a presque toujours assez de fortune pour jouir d'une pareille félicité. Écoutez un homme dont la vie, les idées, les opinions, me sont très-familières, l'illustre Gui Patin : « Je me tiens, dit-il, plus heureux céans avec mes livres et un peu de loisir que n'est le Mazarin avec tous ses écus et ses inquiétudes. *Si panem et aquam habuero, de felicitate cum ipso Jove certare paratus sum* (1). » Voilà le bibliophile en pleine jouissance, le voilà avec la franchise, la hauteur de ses opinions, la liberté, la vigueur de son esprit, parfois dominant son époque et ses contemporains. Les bibliophobes, tout à fait étrangers à la félicité de l'érudit, ne cessent de le confondre avec le pédant; ils s'imaginent que l'ennui fait toujours partie de l'étude du passé, ce qui est précisément le contraire de la vérité. Mais soyons justes, il n'appartient pas à tout le monde de bien comprendre cette vie simple d'un érudit, d'un bouquiniste, si l'on veut, dont le bonheur dérive des plus pures, des plus aimables jouissances, bonheur unique qui ne rend qui que ce soit envieux et jaloux, qui ne coûte rien à personne et ne finit qu'avec l'existence. Ami lecteur, jouissez longtemps d'un tel bonheur si vous l'avez, tâchez de l'obtenir s'il manque à votre vie.

R.-P.

(1) Il y a si peu d'érudition médicale en France, qu'à propos de notre nouvelle édition des LETTRES DE GUI PATIN, plusieurs personnes sont venues chez M. Baillière s'informer quel était ce médecin *et où il demeurait.* (Historique.)

— M. Broussonnet (Victor), professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est mort le 17 de ce mois, âgé de plus de quatre-vingts ans. M. Broussonnet était le plus ancien professeur des Facultés du royaume : la plupart des professeurs de Montpellier avaient été ses élèves, et on peut dire que jusqu'à sa dernière année il n'avait cessé de leur donner l'exemple du zèle dans l'enseignement et du dévouement pour l'instruction des élèves.

La chaire qu'il laisse vacante, l'une des plus brillantes, devra être livrée au concours. Nous ne doutons pas que la Faculté ne lui donne un remplaçant digne de continuer les traditions que son prédécesseur lui a léguées.

— MM. les docteurs Demeyer (de Bruges) et Lombard (de Liége) viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Putel est nommé médecin du château de Neuilly en remplacement de M. Destouches, qui conserve le titre de médecin honoraire.

— L'hôpital provisoire, dont nous avons annoncé dernièrement l'établissement dans les bâtiments de la rue de Charonne, occupés jusqu'ici par l'hôpital militaire, vient d'être ouvert il y a quelques jours, et reçoit actuellement des malades. Il porte le nom d'hôpital de Bon-Secours.

Il contient deux services de médecine, à la tête desquels sont MM. Monneret et Tessier, et un service de chirurgie, occupé par M. Chassaignac.

jointures, mais même pour ceux de la diaphyse, c'est-à-dire du point qui en est le plus éloigné. Nous trouvons encore à la cuisse une belle application de cette loi, par un rameau qui donne à la fois : 1° à l'articulation de la hanche et à la tête du fémur ; 2° au trou nourricier de la diaphyse ; 3° au condyle interne, par un autre rameau qui présente ces deux dernières distributions, mais surtout par l'ensemble de ces nerfs, qui forment entre le trou fémoral et le genou, auxquels ils sont presque exclusivement destinés, une sorte de treillage nerveux ou de plexus à larges mailles, s'élevant supérieurement le long de l'artère fémorale, qu'il enlace plus étroitement pour se terminer, dans la région inguinale, aux branches du tronc crural et à quelques filaments ténus émanés des ganglions lombaires inférieurs.

NOUVELLES RECHERCHES MICROSCOPIQUES SUR LES TUMEURS.

M. LEBERT adresse de nouvelles recherches sur les tumeurs. L'auteur déclare que dans ce nouveau travail il n'a nullement envisagé les investigations microscopiques comme but, mais seulement comme moyen d'éclairer l'observation clinique. Les conclusions de ses travaux inédits les plus récents sur cette matière sont les suivantes :

1° On a décrit jusqu'à présent sous le titre cancer de la peau deux affections entièrement différentes dans leur nature, leur curabilité et leur structure tant anatomique que microscopique, savoir le vrai cancer de la peau et ce que nous appelons le pseudo-cancer cutané.

2° Le pseudo-cancer de la peau commence par un petit nœud saillant dans l'épiderme ou dans la couche la plus superficielle du derme qui quelquefois se crevasse et s'ulcère sous forme de tumeur proéminente, mais ordinairement devient une tumeur muriforme plus ou moins injectée, composée d'éléments hypertrophiés et hypérémiés des papilles de la peau, de leur base et de la couche épidermique qui les recouvre.

3° Cette première période de l'hypertrophie est ordinairement assez longue (2-5 ans) lorsque la seconde période, celle de l'inflammation caractérisée par l'augmentation du volume de vascularité, et l'apparition de douleurs survient; ordinairement la troisième, celle de l'ulcération ne se fait pas longtemps attendre : la couche épidermique de la surface disparait, les groupes de papilles hypertrophiées se disjoignent et forment ainsi le fond fongueux de l'ulcère pseudo-cancéreux; les parties qui l'entourent se trouvent dans un état d'hypertrophie commençante et d'inflammation plus ou moins chronique.

4° Abandonné à lui-même ou irrité par l'usage incomplet des caustiques, l'ulcère s'étend de plus en plus en largeur et en profondeur, ressemblant ainsi au véritable cancer; cependant ni dans la sécrétion de l'ulcère, ni dans sa texture, ni dans le reste de l'organisme, si le malade meurt, on ne retrouve les éléments du vrai cancer. Le pus de l'ulcère montre un mélange de globules de pus et d'épiderme. Les fongosites du fond ainsi que leur base ne montrent que des papilles altérées, et les tissus ambiants sont infiltrés des éléments d'exsudation que l'on rencontre dans l'inflammation chronique.

5° On a aussi quelquefois désigné le cancroïde de la face sous le nom de *noli me tangere*. C'est justement l'inverse qui doit être la règle de conduite du chirurgien et le *noli tangere* l'exception.

6° Les récidives du pseudo-cancer après l'opération tiennent surtout à ce que le mal existe en germe et peu développé autour du mal plus apparent. Il faut par conséquent faire l'extirpation à une certaine distance dans les parties saines et faire une nouvelle opération dès que le mal reparait. Bien rarement alors le mal aura une terminaison funeste.

7° Beaucoup de passages dans les auteurs de chirurgie attestent qu'ils ont reconnu la différence de pronostic entre le cancer de la peau et celui des glandes, surtout du sein. Cela doit être, puisque dans la peau le pseudo-cancer, affection bénigne, est plus fréquente que le vrai cancer.

8° Le pseudo-cancer de la peau diffère du véritable cancer cutané par les caractères suivants : *A*. Le premier consiste en hypertrophie d'éléments normaux de la peau ; dans le second, du tissu squirrheux ou encéphaloïde avec ses globules caractéristiques et déposé dans les fibres du derme. *B*. La marche du premier est beaucoup plus lente que celle du second et n'influe que très-exceptionnellement sur la santé générale ; ainsi absence de diathèse et de cachexie qui accompagnent ordinairement le vrai cancer. *C*. Même après une et deux récidives, la chirurgie peut guérir le pseudo-cancer, ce qui n'est guère le cas pour le carcinome. *D*. Les engorgements cancéreux des glandes manquent dans le pseudo-cancer. *E*. On reconnaît dans l'ulcère cancroïde un fond fongueux de papilles, tandis que l'ulcère cancéreux a plutôt un fond grisâtre couvert de sanie, des bords calleux et souvent comme taillés à pic et une base cancéreuse.

9° Là où le bistouri ne peut pas enlever suffisamment le mal, on peut combiner d'une manière étendue l'emploi des caustiques avec l'excision, ou, ce que les progrès modernes de l'autoplastie permettent, la réparation des parties dont la perte défigure beaucoup les malades ; cela s'applique à la cheiloplastie et la rhinoplastie, surtout au pseudo-cancer de la lèvre inférieure et du nez.

10° L'hypertrophie diffuse de la peau (éléphantiasis des Arabes), l'hypertrophie tubéreuse circonscrite (se rapprochant de la description de l'éléphantiasis des Grecs) diffèrent plutôt par leur forme et leur étendue que par leur structure, c'est le tissu du derme qui est hypertrophié ; ses fibres sont augmentées quantitativement et ses mailles infiltrées d'éléments fibro-plastiques et graisseux. Le tissu fibro-plastique se trouve surtout dans l'hypertrophie que nous appellerons tubéreuse. Le tissu cellulaire sous-cutané participe toujours au travail d'hypertrophie dans l'éléphantiasis diffuse ; l'épiderme ainsi que les papilles sont beaucoup moins altérées, les nerfs du tissu cellulaire sous-cutané se trouvent parfois notablement hypertrophiés. L'étude des lymphatiques dans cette maladie est un des besoins de la science et nous fera peut-être trouver leur dernière cause dans une oblitération. Les muscles au-dessous de l'hypertrophie du derme subissent quelquefois une infiltration graisseuse étendue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour l'année 1847.

Pendant qu'on procède au scrutin, M. CHEVALLIER a la parole pour lire un rapport officiel sur des remèdes secrets.

M. DUMÉRIL succède à M. Chevallier et lit une observation relative à un individu qui a rendu des larves de mouches par le vomissement. Le bruit de l'assemblée ne nous permet pas d'entendre les détails de cette observation.

M. LE PRÉSIDENT procède au dépouillement du scrutin. Voici le résultat :

1° Pour la présidence. La feuille de présence porte 83 suffrages; majorité, 42.

M. Bégin obtient. . . . . . 80 suffrages.
M. Bricheteau 2
M. Jobert 1

M. Bégin ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé président.

2° Pour la vice-présidence. Nombre des votants, 78 ; majorité, 40.

M. Bouillaud obtient. . . . . 62 suffrages.
M. Bricheteau. 11
MM. Londe, Adelon et Prus, chacun . . . 1
Bulletins blancs. 2

M. Bouillaud est proclamé vice-président.

3° Pour le secrétaire annuel. Votants, 67 ; majorité, 34.

M. Mêlier obtient . . . . . 63 suffrages.
M. Prus 2
M. Pâtissier 1
Bulletin blanc. 1

M. Mêlier est réélu secrétaire annuel.

On procède individuellement à la nomination de trois membres du conseil.

Les trois membres qui ont réuni la majorité des suffrages, et qui ont par conséquent été proclamés membres du conseil, sont : MM. Roche, président sortant, Nacquart et Prus.

M. BOUVIER présente des pièces anatomiques relatives à un cas de cette forme d'altération du système nerveux sur laquelle M. Serres a récemment fixé l'attention des anatomo-pathologistes. Il s'agit d'une tumeur siégeant à l'origine des nerfs de la troisième et de la sixième paire. On a pu observer pendant la vie les symptômes produits par cette altération.

Les occupations actuelles de l'Académie n'ayant pas permis qu'il fût donné lecture de l'observation, M. Bouvier l'a déposée sur le bureau.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LE RÉTRÉCISSEMENT ET L'OBLITÉRATION DE L'INTESTIN DANS LES HERNIES ; par M. GUIGNARD. — In-4° de 56 pages. Paris, 1846, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

Je n'appellerai pas neuf le sujet de ce mémoire, car il serait un peu aventuré de prétendre qu'un point quelconque de la science ait pu rester jusqu'ici entièrement inexploré ; et l'histoire des hernies prêterait certes moins à cette supposition que toute autre branche de la médecine. Mais si rassembler et mettre en ordre des matériaux laissés épars, si confronter et envisager comme maladie distincte des symptômes où chaque auteur n'avait encore soupçonné qu'un phénomène fortuit et insolite, peut être considéré comme une œuvre de création, la monographie de M. Guignard est à coup sûr digne d'avoir une place honorable parmi les productions de cette utile espèce. Il n'y a là, dira-t-on peut-être, d'autre mérite que d'avoir pris la peine de regarder là où tout le monde se contentait de voir ! D'accord ; mais n'oubliez point que le même horizon était ouvert devant vous, et ne marchandez pas sa juste part d'éloges à celui qui a su féconder le champ où votre œil distrait eût éternellement méconnu le germe d'une si facile récolte.

Le mémoire de M. Guignard est donc d'abord une compilation, mais ce n'est pas seulement une compilation. Les cas de rétrécissement ou d'occlusion intestinale à la suite de hernies gisaient dispersés dans les archives de la science, et ç'a été un premier et très-méritoire labeur que d'en aller çà et là recueillir tous les faits, et, parmi les opinions, toutes celles qui semblaient s'appuyer sur l'expérience. Une fois les exemples exposés, la règle naissait d'elle-même : aussi la partie dogmatique, qui vient ensuite, sem-

blera-t-elle aux lecteurs ce qu'elle a sans doute été pour l'auteur lui-même, une conséquence naturelle et logique, implicitement contenue dans ces prémisses, et n'ayant aucun démenti à en appréhender, parce qu'elle n'y trouve sa démonstration qu'à la condition de se renfermer dans leur expression stricte. Cette méthode de composition n'est point brillante, mais elle prémunit à peu près sûrement contre toute chance de méprise. Si donc nous trouvons parfois à critiquer M. Guignard d'être trop servilement resté sous le joug des hésitations qu'elle engendre, nous devons par compensation le louer d'avance pour l'esprit modéré et le ton plein de retenue dont il y a également puisé l'inspiration.

L'intestin qui fait partie d'une hernie n'est pas seulement exposé à la gangrène, il peut encore parfois subir une diminution plus ou moins prononcée de son calibre. Cette altération est la suite naturelle de toute constriction exercée sur le canal intestinal; aussi a-t-elle été observée soit dans les hernies habituellement sorties, soit dans celles qui se sont étranglées, mais plus fréquemment néanmoins dans ce dernier cas. L'histoire générale, bien incomplète jusqu'ici de cette lésion, peut se diviser, telle qu'elle a été tracée par M. Guignard, dans les trois points suivants : 1° classification ; 2° diagnostic ; 3° traitement.

1° CLASSIFICATION. — Il existe entre les divers cas, pour la durée de la lésion, une variabilité qui conduit tout d'abord à une considération fondamentale. Tantôt, en effet, la partie du tube digestif qui s'est plissée ou contractée par le fait de sa constriction à l'ouverture herniaire ne tarde pas, une fois la réduction opérée, à reprendre sa capacité primitive; tantôt, au contraire, cette constriction s'est prolongée plus longtemps; alors les changements accomplis dans la texture des parties sont devenus définitifs et le rétrécissement de l'anse herniée est un état désormais permanent. C'est dans cette dernière classe que sont comprises les observations les plus nombreuses. Or, quant au mécanisme de sa formation, l'altération dont il s'agit peut encore présenter plusieurs espèces très-distinctes. Ce sont, d'après M. Guignard :

A. *La diminution du calibre par rétrécissement de l'anse herniée, avec hypertrophie des parois de l'intestin.* C'est ici la forme la plus fréquente; on a vu les parois intestinales acquérir une épaisseur de 6 lignes, et la cavité subir une réduction telle que, dans un cas, Garengeot a pu se demander si elle existait encore. Mertrud et Contavoz ont observé des faits analogues. Terras (de Genève) rapporte un cas où l'intestin lui parut être *très-rétréci* après cinq jours seulement d'étranglement. Dans une hernie étranglée depuis huit jours, Pelletan constata de même sur le cadavre que « l'intestin avait ses parois épaisses de 6 lignes et sa cavité réduite presque des deux tiers. » Une modification de structure aussi profonde, dit M. Guignard, laisse fort peu d'espérance de guérison.

B. *Le rétrécissement de l'intestin après la cicatrisation de l'ulcération de sa surface externe.* Cette variété n'a été admise par M. Guignard que d'après un passage de M. Velpeau. Malgré cette autorité, une *ulcération* réelle du péritoine nous paraît une chose tellement opposée à ce qu'on sait sur le mode de vitalité des séreuses, sur la marche et sur les effets constants de leur inflammation, que nous croirions volontiers ici à quelque méprise, et que nous sommes, au demeurant, fort peu étonnés de lire que M. Guignard *n'en connaît pas d'exemple.* Les cas attribués à tort à cette catégorie rentraient très-vraisemblablement dans la classe suivante.

C. *Le rétrécissement de l'intestin dû à la cicatrisation des membranes internes détruites.* Morand avait déjà constaté nécroscopiquement l'existence positive de cette lésion. Dupuytren rapporte un fait où il trouva la partie comprimée par le collet du sac blanche, déprimée, demi-transparente et réduite en apparence à sa tunique externe ou péritonéale. Ce malade guérit après réduction dans le ventre de l'anse altérée; mais on le perdit de vue au bout de quinze jours; aussi M. Guignard se demande-t-il avec un doute très-fondé si la cure persista. On trouve dans les bulletins de la Société anatomique l'indication d'un étranglement herniaire avec deux cercles blanchâtres dus à la section partielle de la tunique musculeuse, comme si l'intestin eût été serré par une ficelle; les fibres longitudinales étaient bien conservées. Dans de pareils cas, le rétrécissement se produit infailliblement à la suite; car les parties divisées ne peuvent se cicatriser que par l'intermédiaire d'un tissu dont la rétractilité est la propriété essentielle; et l'on comprend que cette rétractilité agissant dans une direction perpendiculaire à celle du canal intestinal, doit nécessairement y amener la formation d'une valvule transversale. M. Guignard a fort bien constaté ces phénomènes sur le cadavre d'une femme morte près de quatre mois après l'opération d'une hernie inguinale qui n'était demeurée étranglée que pendant deux jours ou deux jours et demi. Depuis l'opération ses digestions avaient été très-pénibles. Les accidents auxquels elle succomba en cinq jours étaient ceux d'une péritonite suraiguë; et, en effet, on trouva sur l'anse intestinale récemment herniée deux rétrécissements au niveau desquels le diamètre intérieur était réduit à 12 millimètres pour l'un et à 1 centimètre pour l'autre. Un peu au-dessus du rétrécissement inférieur, existait une perforation de l'intestin.

D. *Le rétrécissement dû à la cicatrisation, après gangrène d'une partie plus ou moins considérable de l'intestin.* M. Guignard ne note cette espèce que pour mémoire, son histoire se rattachant à celle de la gangrène des hernies.

E. *L'oblitération des intestins.* Pott a vu la cavité intestinale manquer dans la longueur de 3 pouces. John Hunter dit aussi l'avoir observé. M. Rigal en a cité un exemple. Ritch en détaille un cas très-circonstancié, où l'obstruction était complète chez un homme mort douze heures après avoir été opéré d'une hernie crurale qui n'était restée étranglée que deux jours environ.

En comparant avec nos propres souvenirs le tableau tracé par M. Guignard, il nous est venu une pensée qu'il convient d'exprimer dès à présent : c'est que cette lésion, dont il a si méthodiquement classé les espèces, si curieusement compulsé les exemples, est vraisemblablement beaucoup plus commune qu'il ne semble le penser. A voir le soin qu'il met à en rechercher les moindres observations, on ne peut guère douter qu'il ne l'ait considérée comme une affection assez rare. Or sans vouloir prétendre que des *rétrécissements prononcés et permanents* du calibre intestinal accompagnent dans la plupart des cas l'étranglement herniaire, il est peu de praticiens de qui nous appréhendions un démenti quand nous dirons que tout étranglement un peu serré, un peu durable, produit une empreinte, un sillon, une rainure sur la partie de la circonférence intestinale où il a porté. C'est là ce que nous avons maintes fois vérifié pendant les opérations de herniotomie faites devant nous dans les hôpitaux de Paris.

Il est bien aisé de comprendre comment, dans certaines conditions données, cet état, très-fréquent, peut devenir une altération permanente. Examinons pour cela le mécanisme de sa formation. Une anse intestinale qui s'engage dans une ouverture toujours plus étroite qu'elle, ne peut la traverser qu'en s'y plissant à la manière d'une bourse à cordons. Or, dans chacun de ces petits plis si multipliés, deux surfaces péritonéales se trouvent adossées. Par le fait de l'inflammation que l'étranglement développe, elles vont contracter entre elles une adhésion lâche d'abord, puis de plus en plus solide. Supposez l'étranglement faible ou l'intestin réduit de bonne heure, ou une partie seulement de son calibre engagée, ou des purgatifs énergiques administrés immédiatement après la réduction, alors les adhérences lâcheront prise et la paroi intestinale se déployant reprendra bientôt sa dimension primitive. Dans des circonstances opposées, l'adhérence tiendra bon ; ce sera, pour continuer la comparaison de tout à l'heure, comme une bourse plissée dont on aurait, à l'extérieur, cousu ensemble tous les plis. La paroi intestinale maintenue froncée par cet état de sa tunique externe, restera donc raccourcie dans le sens transversal : de là une valvule. Or tout obstacle, dans un canal, amène consécutivement l'hypertrophie de ses parois. Voilà l'origine de ces épaississements saillants à l'intérieur, de ces bourrelets, de ces *squirrhosités* signalés par plusieurs auteurs.

Ainsi que doit le faire toute hypothèse, celle-ci n'élève certainement aucune prétention à être admise sans discussion, sans contrôle; mais nous ne pensons pas du moins qu'elle soit en rien opposée à ce que l'on sait des effets de l'étranglement, ainsi que des fonctions et des propriétés vitales particulières aux membranes séreuses enflammées.

2° DIAGNOSTIC. — Les symptômes et les altérations anatomiques sont ici les mêmes que dans l'étranglement ou dans les obstructions intestinales. On comprend qu'elles varient en degré selon que l'obstacle est plus ou moins serré ou qu'il y a oblitération complète. La plupart des auteurs s'accordent à distinguer, quant à la marche, une forme chronique et une forme aiguë. D'après M. Guignard, il faut aussi en reconnaître une troisième dans laquelle les accidents seraient *tardifs.* Quelquefois ce n'est qu'après trois ou quatre mois de santé très-supportable que les phénomènes reparaissent. La mort est le terme ordinaire, et elle survient soit par les graves désordres qu'un état semblable amène dans la nutrition, soit parce que le rétrécissement se change en occlusion, soit parce qu'un corps étranger mêlé aux aliments vient à fermer l'ouverture rétrécie (M. Denonvilliers a vu une cerise à l'eau-de-vie boucher la cavité coarctée de l'intestin chez un vieillard dont cette cause entraîna la mort à la suite d'une opération de hernie étranglée); soit enfin par une perforation.

Le chirurgien appelé pour un cas qu'il peut soupçonner être de ce genre, tirera pour le diagnostic un utile parti des observations suivantes.

Si la hernie est ancienne et non étranglée, on apprendra que les accidents ont suivi une marche progressive et lente, et que la hernie est mal contenue ou ne l'est pas du tout. La réduction ne fait pas cesser les accidents.

Si la hernie est récente et si elle est étranglée, l'opération étant faite comme à l'ordinaire, l'état de l'intestin apparaîtra sous les yeux de l'opérateur.

Si l'on a réduit, les accidents persistent, les purgatifs sont sans effet ; ce n'est pas à une simple paralysie du bout supérieur que l'on a affaire. En allant à la recherche de l'intestin par la plaie non cicatrisée, on observe des altérations qui expliquent, si on n'y a pas porté son attention après le débridement, des désordres suffisants pour avoir la raison de ce qui se passe.

Enfin quelquefois les symptômes d'un étranglement se montrent chez un individu, et l'on apprend qu'un certain temps auparavant il a subi l'opération de la hernie étranglée, que depuis lors il a paru tout à fait bien remis jusqu'à une époque rapprochée de celle où on l'observe.

Dans tous ces cas, on trouvera dans un point de l'abdomen une tumeur dure, assez volumineuse. Cette tumeur est le siége d'une douleur qui peut être très-vive et que la pression augmente ; et si les autres points du ventre sont douloureux, le point occupé par la douleur l'est beaucoup plus.

Ce sont là, dit en terminant l'auteur, les seules remarques particulières de diagnostic qui ressortent des observations que j'ai pu lire ; aussi n'ai-je pas voulu être plus précis sur ce point en l'absence de faits suffisants.

C'est fort bien fait sans doute que de s'arrêter à temps ; mais au moins faudrait-il être sûr d'avoir été aussi loin qu'on pouvait aller sans crainte de s'égarer. Or il est une distinction qui eût, ce nous semble, puissamment éclairé le sujet et que M. Guignard semble avoir laissée dans l'ombre, si même il ne l'a pas entièrement méconnue. En parlant des lésions cadavériques du rétrécissement intestinal, il dit : « Ce sont les mêmes altérations que pour les *autres espèces d'étranglement interne* » (p. 35) ; et plus loin : « Voici certaines différences qui peuvent servir à distinguer l'affection dont nous nous occupons des *autres étranglements internes*. »(P. 38). Ailleurs il cherche comment on peut distinguer « que l'étranglement interne est dû à une cause autre que celle qui nous occupe. » (P. 53.) Ainsi, pour M. Guignard, le rétrécissement ou l'occlusion de l'intestin ne seraient que l'une des espèces de l'étranglement interne ! Il est aisé de voir à quelle confusion conduit ce rapprochement, aussi insoutenable en fait qu'en droit, et que l'étude des symptômes dément aussi haut que l'inspection nécroscopique. Cette lumineuse analyse, indiquée par King (GUY'S HOSPITAL REPORTS, octobre 1838), développée déjà par M. Tessier (ARCHIVES GÉNÉR. DE MÉDECINE, mars 1834), précisée et appliquée par M. Diday (GAZ. MÉD., 1839, pages 676 et 689), qui scinde en deux classes les signes de l'étranglement herniaire pour en rapporter une à la péritonite et l'autre à l'arrêt du cours des matières, se trouvera donc oubliée, laissée sans emploi dans le cas où son secours eût été le plus précieux ! Nous savons bien que la lésion dont il s'agit ici se manifestant le plus souvent peu après une hernie étranglée, les symptômes qui l'accompagnent se compliquent effectivement en général de ceux de l'étranglement, c'est-à-dire des signes de la péritonite, plus de ceux d'une obstruction du canal digestif. Mais si, comme il arrive quelquefois, un individu n'est affecté de rétrécissement intestinal que longtemps après avoir subi l'opération de la hernie étranglée, alors les effets distincts appartenant à chaque espèce se sépareront ; on observera les vomissements et la suppression des selles (symptômes de l'obstruction), et l'on notera au contraire l'absence de la prostration, du pouls petit et serré, de l'altération du facies (symptômes de péritonite), du moins au début des accidents. L'observation que M. Guignard a tirée de sa pratique est un frappant exemple ajouté à tant d'autres pour montrer la réalité de cette distinction et son utilité en matière de diagnostic. Pendant trois mois, la malade qui en fait le sujet n'offrit que les troubles de la digestion, phénomènes d'une obstruction intestinale. Tout d'un coup les symptômes changent : c'est qu'une péritonite suraiguë s'est déclarée, et la mort, qui survient en cinq jours, permet de vérifier la concordance parfaite de l'évolution séméiologique avec la succession des deux espèces de lésions anatomiques.

TRAITEMENT. — La conduite à tenir dans ces cas varie, et elle doit être examinée selon les trois circonstances principales où le chirurgien peut se trouver placé quand il est appelé :

A. *Les accidents existent chez une personne affectée d'une hernie ancienne et mal réduite, et ils ont de la gravité.* La question ne serait pas difficile à résoudre si l'on était sûr du diagnostic et que le danger fût pressant. Il s'agirait de faire l'opération comme pour la kélotomie ordinaire, de retirer l'intestin, dont le point rétréci est alors près de l'anneau, et de le fendre au-dessus de la coarctation pour établir un anus contre nature. Malheureusement l'on n'est que bien rarement assez certain de la cause des symptômes pour se conduire avec cette assurance.

B. *Les accidents se confondent avec ceux de l'étranglement ou continuent peu de temps après une opération de kélotomie.* Comme précepte de prophylaxie, il faut recommander au chirurgien, pendant la herniotomie, d'examiner toujours soigneusement l'état de l'intestin avant de le réduire. Pour en mieux juger, il devra retirer au dehors l'intestin, toutes les fois que des adhérences trop nombreuses ne s'opposeront pas à cette pratique, malgré les auteurs qui lui reprochent d'être plus difficile, d'exposer à la déchirure d'une partie amincie, ulcérée, enfin de mettre obstacle, loin de la favoriser, à la guérison des lésions qui peuvent exister derrière l'anneau. M. Guignard aurait pu faire remarquer, d'après Dupuytren, que, pour ôter à la traction de l'intestin toute chance de danger, il suffit, dans ces cas, de la faire précéder par le débridement de l'ouverture herniaire. L'intestin tiré au dehors paraît rétréci : mais la hernie était ancienne, mal contenue, habituellement sortie ; mais le rétrécissement n'est pas considérable, ses parois n'ont subi aucune altération durable de texture ; les deux points serrés par l'anneau ne semblent pas beaucoup plus coarctés que le reste, et en les faisant rouler légèrement entre les doigts, on ne sent pas que les membranes internes soient détruites ; il n'y a ni ulcération de la surface externe ni sugillation : alors il faut réduire en insistant ensuite sur les purgatifs, dont la plupart des auteurs vantent l'usage dans cette circonstance.

Si, au contraire, on trouve l'intestin très-resserré, dur, notablement épaissi dans ses parois, auxquelles une inflammation chronique a fait perdre leurs propriétés et donné cet état que les anciens auteurs appellent squirrheux ; si l'on voit aux deux extrémités ou à l'une d'elles une ulcération circulaire extérieure profonde, intéressant la presque totalité de l'épaisseur des parois ; ou si, dans ce point, l'intestin étant roulé avec la plus grande douceur entre les doigts, on trouve avec un rétrécissement considérable que les parois en ce point paraissent malades, amincies, que les membranes internes soient rompues, et que, comme Dupuytren l'a observé, la partie amincie soit blanche, déprimée, demi-transparente et réduite en apparence à la tunique externe, faut-il alors réduire ou inciser l'intestin au-dessus du resserrement ? M. Guignard hésite et s'abstient de conclure ; et nous dirions, nous, comme nous l'avons entendu professer à Dupuytren en 1833 : Pour peu qu'il y ait de doute sur l'état de l'intestin, laissez-le dans le canal herniaire après avoir largement débridé celui-ci pour que le cours des matières s'y exécute librement. Cette conduite pare à toute éventualité : car si le rétrécissement arrête ensuite le cours des matières, rien n'est alors plus aisé que de saisir l'intestin, de l'attirer à la vue et de l'inciser ; si, au contraire, le rétrécissement cède et disparaît spontanément, l'anse rentrera peu à peu d'elle-même dans le ventre sans qu'on ait davantage à s'en occuper.

Dans les cas où le rétrécissement est à son plus haut degré et où la circulation des matières serait évidemment impossible, il faudrait, soit couper l'intestin en travers en emportant toute la partie rétrécie et réunir ensemble les deux extrémités, comme le veut Britsch ; soit, ainsi que Garengeot le propose, inciser l'intestin au-dessus du point resserré, et faire ainsi une ouverture qui puisse parer aux premiers accidents et permettre quelquefois d'obtenir la dilatation de l'intestin.

Si, quelque temps après avoir fait rentrer l'intestin au moyen de l'opération, les selles ne se rétablissaient point, on pourrait, par la plaie non encore cicatrisée, aller chercher l'anse qu'on trouverait derrière l'anneau, la tirer au dehors, exciter la portion malade, et unir enfin par la suture ses extrémités. Cette série d'opérations, aussi délicates à tenter que difficiles à accomplir, a été exécutée heureusement par Vincent, dans un cas dont l'histoire détaillée se lit avec intérêt dans le mémoire de M. Guignard.

Après une opération de ce genre, on comprend que l'alimentation du malade devra être pendant longtemps l'objet de soins attentifs et minutieux.

C. *Les accidents surviennent à une époque éloignée de l'opération.* Ici encore l'indication serait claire si l'on pouvait avoir un diagnostic certain ; mais en l'absence de cette certitude, les vomitifs, purgatifs, antiphlogistiques, corps étrangers, tels que le mercure, les balles de plomb, n'apportant aucun espoir, faudrait-il abandonner le malade à des accidents qui ne peuvent manquer d'amener une mort prochaine ? Non, et la gastrotomie reste comme seule ressource.

Quelque difficile et grave qu'elle soit dans les étranglements internes en général, cette opération a cependant réussi, et a obtenu pour ces cas l'adhésion d'auteurs estimés. A plus forte raison devrait-on l'approuver ici où l'intestin sera placé dans le voisinage de l'anneau, où il y sera souvent maintenu par des adhérences qu'auront fait naître les lésions dont il aura été le siége et le travail de réparation dont il aura été l'objet. Souvent enfin une tumeur prononcée dans cet endroit annoncera le point malade, le lieu où il convient de porter l'incision.

Ce sera donc la gastrotomie qu'il faudra tenter, et ce sera dans le point voisin de celui où l'opération précédente a été faite, là où la tumeur sera plus saillante, la douleur plus vive. Une circonstance pourrait faire agir différemment : ce serait celle où une douleur aiguë et fixe, ou bien encore une tumeur évidente ayant un autre siége, semblerait indiquer que les accidents sont dus à une autre cause. Une observation remarquable de Renauld, empruntée au journal de Vandermonde, donne un exemple heureux de l'application de la gastrotomie et du résultat que le chirurgien en peut espérer, lorsqu'il sait prendre sa décision d'après l'analyse réfléchie des accidents et qu'il ose l'exécuter à temps.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

VARIÉTÉS.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique constitue ainsi qu'il suit les sections du conseil royal :

1° Section de l'état et du perfectionnement des études : MM. le chancelier de l'Université, président ; Poinsot, vice-président ; Orfila, Saint-Marc Girardin, Dubois, Cousin, Giraud, Letronne, Bourdon, Dutrey, Magin, l'abbé Glaire, Dumas, Le Clerc, Pouillet, Poirson.

2° Section de l'administration et de la police des écoles : MM. Orfila, président ; Saint-Marc Girardin, Guigniaut, Rousselle, Naudet, Beudant, Alexandre, Matter, Dutrey, Blondeau.

3° Section de comptabilité : MM. le trésorier de l'Université, président ; Dubois, vice-président ; Geoffroy Saint-Hilaire, Donné, Magin, Dumas, Riom.

4° Sections réunies du contentieux et du sceau : MM. Giraud, président ; Rousselle, Naudet, Alexandre, Blondeau.

Le chancelier de l'Université, le trésorier de l'Université et le secrétaire du conseil prennent séance de plein droit dans toutes les sections.

— Par arrêté en date du 18 décembre 1846, M. Orfila, conseiller titulaire de l'Université, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du concours qui doit s'ouvrir le 4 janvier 1847, devant l'École de pharmacie de Paris, pour trois places d'agrégés vacantes dans cette École.

M. Boudet, agrégé de l'École de pharmacie de Paris, et M. Balard, professeur adjoint de chimie à la Faculté des sciences de Paris, sont nommés juges adjoints dudit concours.

— Par arrêté en date du 7 décembre 1847, et en suite du concours ouvert le 1er juillet dernier devant la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Küs (Émile), docteur en médecine, est institué en qualité de professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté en date du 9 décembre 1846, MM. Sestier et Béhier, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés juges du concours d'agrégation (section de médecine), qui sera ouvert le 2 janvier prochain devant ladite Faculté.

M. Monneret, également agrégé, est nommé juge suppléant.

— Par arrêté en date du 2 décembre 1846, M. Dupuy est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pendant l'année scolaire 1846-1847.

— Par arrêté en date du 12 décembre 1846, M. Leprestre, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé, par voie de permutation, professeur de clinique externe, en remplacement de M. Lesauvage, appelé à d'autres fonctions.

M. Raisin, professeur de pathologie externe, est nommé, par voie de permutation, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale, en remplacement de M. Leprestre.

M. Lesauvage, professeur de clinique externe, est nommé, par voie de permutation, professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Raisin.

M. Lecœur, professeur adjoint, chef des travaux anatomiques, est chargé, à titre de suppléant, de la chaire d'histoire naturelle médicale et matière médicale.

M. Vaultier, suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Lecœur.

— Le concours ouvert le 10 octobre, dans l'École de médecine de la marine de Brest, pour pourvoir au remplacement d'un chirurgien professeur, de deux chirurgiens de première classe, de trois de deuxième et de quatre de troisième, s'est terminé le 28 novembre dernier.

Les concurrents à la chaire d'anatomie et de physiologie étaient MM. Dufour, Duval, Payen et Toussaint, chirurgiens de première classe. Les trois premiers sont docteurs de Montpellier. M. Dufour a été nommé.

— Le concours pour l'internat est terminé ; voici la liste des élèves reçus : MM. Coffin, de Paris ; Triquet, de Tours ; Réal, Mignot, de Moulins ; Bourret, Notat, Pierre, d'Autun ; Béraut, de Vaucluse ; Klippel, Pioget, de Pouilly ; Simonès, Empis, Violet, de Tours ; Pitet, Boivin, Rocas, Beauvais, de Paris ; Boulan, Landau, Denusset, Boursier, de Poitiers ; Huet, Delacasse, Viard, Juteau, Bouteiller, de Rouen ; Rieux, Viguès, de Paris ; Duclos, de Rouen ; Blondeau, de Paris ; Botrel, Vickam, de Paris ; Boulard, de Paris ; Thomas, de Paris ; Desternes, Fatant, Dufresnes, d'Autun ; Narbonne.

— On écrit de Bagdad, à la date du 27 octobre :

« Le choléra a fait encore, depuis une quinzaine, trente à quarante victimes par jour dans cette ville. Depuis deux jours on n'en compte pas plus de quatorze ou quinze.

» A Bassora, où la maladie a éclaté vers le 10 de ce mois, elle a enlevé, d'après des lettres du 18, de trente à trente-cinq personnes par jour.

» Le nombre total des victimes, dans le pachalik de Bagdad dépassera le chiffre de vingt mille.

Une grande partie de la population de la ville, qui s'était enfouie, est de retour. »

— Le choléra a envahi Mossoul ; voici ce qu'on nous mande de cette ville en date du 2 novembre :

« Le choléra a éclaté vers les derniers jours d'octobre dans la Mésopotamie. Mais grâce sans doute à l'état avancé de la saison et au froid rigoureux qui règne dans cette province, le fléau a très-peu d'intensité et se présente plutôt sous une forme sporadique ; ainsi, quinze ou vingt personnes seulement ont péri dans un espace de cinq ou six jours, et sur trente attaques une seule a été mortelle. »

— Deux médecins sont envoyés à Bagdad pour étudier le choléra, recueillir toutes les observations qui ont été faites depuis l'apparition du fléau dans ce pachalik, et adresser à ce sujet une série de rapports au gouvernement. Les médecins désignés pour cette mission sont Eumer Efendi, ancien élève de l'école de Galata-Séraïl, médecin de l'hôpital de la garde, et M. Droz, docteur de la Faculté de Paris. Eumer Efendi a été promu, à cette occasion, au grade correspondant à celui de chef de bataillon.

— Un professeur de botanique à la Faculté d'Abou Zabel, près d'Alexandrie, auquel nous laissons la responsabilité de ses observations, a observé que pendant le règne du choléra indien en Égypte, plusieurs plantes de la famille des graminées, exposées aux vents du nord, telles que maïs, etc., ont été frappées subitement et totalement exterminées dans de vastes étendues de terrain. Les feuilles de ces plantes ont paru presque instantanément couvertes d'une couche de matière visqueuse, sur laquelle des myriades d'insectes microscopiques ont été vues. Cette matière, appliquée et laissée pendant une demi-heure sur la main d'un homme vivant, produisait une sorte de démangeaison particulière qui se dissipait par le lavage, mais la peau restait rouge. La maladie passait bientôt des feuilles au reste de la plante, qui était immédiatement frappée de mort.

Mais, chose digne de remarque, les paysans voyant ces plantes anéanties sur une étendue immense de territoire, se hâtaient d'en utiliser de bonne heure les feuilles en les donnant pour nourriture aux bestiaux. Eh bien ! la presque totalité des animaux qui en ont mangé sont morts, et le lait que les vaches nourries de cet aliment fournissaient donnait des symptômes de choléra.

— Au dire du journal anglais The Lancet, le choléra se serait montré dans l'île de Candie. Plusieurs soldats du 95e régiment anglais aurait déjà succombé, et les autorités coloniales auraient fui de Candie pour se réfugier à Colombo.

— Le docteur Argumosa, savant professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Madrid, vient de pratiquer l'amputation du membre viril, à l'union de ses deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, à un vieillard affecté d'un cancer du prépuce et du gland. L'opération a été faite dans les trois conditions exigées : *cito, tuto* et *jucunde*. L'opérateur, au moment même d'approcher l'instrument tranchant des tissus, et dans le but d'éviter la douleur, surprit le malade en disant à haute voix : *C'est déjà fait !*

— Le docteur Ramon de Capdevile, professeur de matière médicale à la même Faculté, est mort subitement. Le 9 de ce mois, il s'était couché bien portant, et le lendemain matin, à huit heures, on le trouva mort. (Annales de chirurgie de l'Academia matritense.)

— Siége du prochain congrès et programme des questions qui y seront traitées. — La neuvième session du congrès, en 1847, aura lieu à Venise.

Voici la liste des questions qui y seront discutées :

1° Déterminer si, dans les vices du bassin limités à la seule réduction du diamètre sacro-pubien, entre 1 pouce 8 lignes et 2 pouces 3 lignes, la pelviotomie peut être convenablement et rationnellement appliquée avec l'espoir de sauver la mère des effets médiats et immédiats de l'opération, et de sauver aussi le fœtus, bien que, à cause de la position transversale ou du développement anormal de celui-ci, on doive encore ajouter un acte opératoire manuel ou instrumental.

La méthode de Galbiati répond-elle à ce but, ou convient-il de la modifier ?

Pour donner plus de précision à la solution, il faudra que les expériences soient faites sur le cadavre de femmes mortes pendant la grossesse ou l'état puerpéral, et chez lesquelles le bassin soit seulement vicié dans l'étendue du diamètre susmentionné et sans aucune autre altération.

2° Quelles sont les causes qui produisent le glaucome, quelle en est la condition pathologique, et comment peut-on le prévenir ou en arrêter le cours ?

3° Déterminer les symptômes généraux et les caractères distinctifs qui, selon les différentes conditions individuelles, peuvent décider le chirurgien à faire l'ablation des squirrhes glandulaires parvenus à la seconde période.

4° Préciser les cas de strabisme où la ténotomie est indiquée, et les caractères diagnostiques précis pour en déduire l'indication.

5° Rechercher comparativement quels sont les avantages de la galvano-puncture dans la dilatation veineuse, et ceux qu'on en a obtenus dans les anévrismes externes.

Le siége du dixième congrès scientifique, en 1848, aura lieu à Bologne. C'est le 15 septembre que ce choix a été fait au scrutin par tous les membres du congrès réunis en assemblée générale. Les villes qui ont obtenu le plus de voix après Bologne sont : Sienne, Rome, Palerme, Vérone, Sinigaglia, Modène et Pavie.

— On écrit de Constantinople :

« Le conseil supérieur de santé de l'empire ottoman vient d'adresser un long mémoire à S. A. Ahmed-Féthi-Pacha, beau-frère de Sa Hautesse, et directeur général des quarantaines de l'empire.

» Ce mémoire, qui a pour objet le développement complet de l'institution quarantainaire, à laquelle la Turquie doit le parfait état sanitaire dont elle jouit, contient, entre autres propositions :

» Celle de laisser au conseil supérieur de santé toute l'indépendance possible dans son action ; celle d'organiser définitivement le service de la Syrie sur la frontière méridionale ; celle d'augmenter le nombre des préposés placés sur tout le littoral ; celle de construire et d'organiser convenablement six nouveaux lazarets.

» Le concours du pacha ne peut manquer à une pareille proposition, qui, si elle est adoptée, augmentera les garanties données déjà à l'Europe sous le rapport quarantainaire. »

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME PREMIER

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1846.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

P

Q

R

S

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.